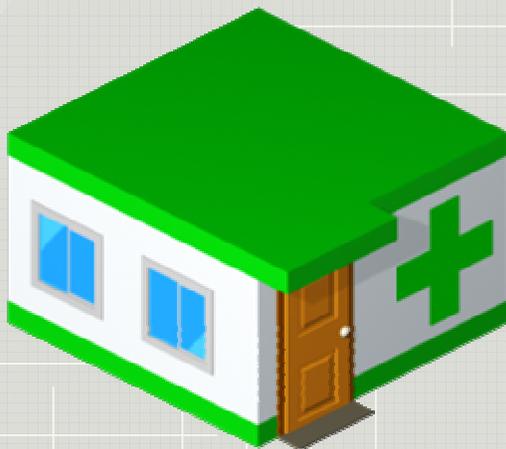


Managed Care

Bagian B

Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan
Pembiayaan Pelayanan Kesehatan



Edisi Mei 2014

Edisi ini merupakan penyempurnaan dan penyesuaian dari buku *Managed Care – Bagian B* edisi Agustus 2008 diterbitkan oleh Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia, PAMJAKI.

Managed Care – Bagian B

Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Buku ini dipersiapkan sebagai bahan utama pendidikan profesi asuransi kesehatan yang diujikan oleh PAMJAKI. Untuk informasi lengkap tentang pendidikan profesi asuransi kesehatan silakan kunjungi website PAMJAKI di www.pamjaki.org

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak isi buku ini baik sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari Penerbit

Diterbitkan oleh

PAMJAKI

(Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia)

Jakarta.

Sanksi Pelanggaran Pasal 44 : Undang-undang No. 7 tahun 1987

Tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 6 Tahun 1982

Tentang Hak Cipta

- 1.Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 100.000.000,- (seratus juta rupiah)
- 2.Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Keinginan untuk membuat bahan pendidikan profesi yang bermutu dan sesuai dengan perkembangan di sekitar kita untuk ujian Ahli Asuransi Kesehatan sudah lama diidamkan oleh Pengurus PAMJAKI. Namun dengan perkembangan perasuransian dan kesibukan para penulis dan editor yang juga merupakan pengurus PAMJAKI menyebabkan keinginan tersebut baru kali ini terwujud. Sebelum buku ini disusun, ujian PAMJAKI menggunakan buku *Managed Care -- Bagian B* edisi Agustus 2008 yang diterbitkan oleh PAMJAKI.

Edisi Agustus 2008 tersebut merupakan adaptasi, penyempurnaan dan penyesuaian yang ide dasarnya diambil dari buku *Managed Care – Part B* yang diterbitkan tahun 1997 oleh Health Insurance Association of America yang kini bernama America's Health Insurance Plans (AHIP), yang diterjemahkan atas kerjasama antara Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia dengan judul buku *Managed Care – Bagian B* edisi Mei 2000, yang digunakan oleh PAMJAKI sebagai buku modul ujian sertifikasi Ahli Asuransi Kesehatan di Indonesia.

Edisi Mei 2014 kali ini dengan editor Nurbaiti, merupakan pembaharuan edisi Agustus 2008 dilengkapi beberapa perkembangan terakhir dan diselaraskan dengan buku-buku modul ujian PAMJAKI lainnya, dengan memperhatikan masukan-masukan berharga dari para peserta ujian dan anggota PAMJAKI.

Kami berharap buku ini dapat memudahkan calon peserta ujian dalam mempersiapkan diri menghadapi ujian **PAMJAKI** untuk memperoleh pengakuan sebagai **profesional**, baik sebagai **Ajun Ahli Asuransi Kesehatan** ataupun **Ahli Asuransi Kesehatan**. Diharapkan buku ini bermanfaat pula bagi para mahasiswa di bidang kesehatan ataupun praktisi asuransi dalam mencari bahan-bahan rujukan yang terkait dengan asuransi kesehatan.

Akhir kata, untuk meningkatkan kualitas pembelajaran di masa depan PAMJAKI mengundang para pembaca untuk memberikan kritik dan saran bagi penyempurnaan buku ini. Kritik dan saran dapat disampaikan melalui sekretariat@pamjaki.org.

Selamat belajar, Semoga sukses!

Mei 2014

PAMJAKI

Editor : Nurbaiti

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Bab 1 Teknik-Teknik Pengendalian Biaya	1
Pendahuluan	1
Pengendalian Biaya Melalui Reimbursement.....	1
Pembayaran untuk Dokter Pelayanan Primer dalam Panel Tertutup	1
Reimbursement Pelayanan Spesialis	4
Kompensasi untuk Dokter dan PHO	5
Fee-for-Service.....	5
Kapitasi.....	5
Case Rates	6
Per Diem.....	6
Diagnosis-Related Group	6
Fee Schedules (Daftar tarif).....	6
Tarif Discounted RBRVS	7
Penggunaan Metode Reimbursement HMO di Amerika, 2001	7
Pengendalian Biaya Melalui Kontrak dan Seleksi Provider.....	8
Credentialing.....	8
Profil Dokter.....	10
Riwayat Malapraktek	10
Ekspektasi yang Jelas.....	11
Peran Gatekeeper dalam Pengendalian Biaya	11
Telaah Utilisasi dalam Pengendalian Biaya.....	12
Manajemen Kasus (Case Management)	12
Telaah Utilisasi Rawat Inap (Inpatient Utilization Review).....	12
Telaah Prospektif (Prospective Reviews).....	13
Retrospective Claims Review (Telaah Klaim Retrospektif).....	14
Ringkasan	15

Istilah-Istilah Penting.....	15
Bab 2 Mengontrak Provider Secara Selektif	17
Pendahuluan	17
Pertumbuhan kontrak dengan provider	17
Pentingnya Kontrak Provider Secara Selektif	18
Melakukan kontrak dengan provider	18
Jenis provider.....	18
Mengkoordinasikan provider dengan Struktur Benefit.....	19
Mengapa kontrak itu perlu	20
Regulasi Pemerintah Negara Bagian dan Pemerintah Pusat (Federal).....	20
Menjamin Tersedianya Pelayanan	20
Pengendalian Pelayanan dan Utilisasi.....	20
Proteksi Hukum	20
Faktor-faktor dalam kredensialing dokter	20
Verifikasi Lisensi.....	21
Sertifikasi Dewan (Board)	21
Privilege Klinik.....	21
Afiliasi dengan Pendidikan	21
Tinjauan Dewan Kedokteran Negara Bagian.....	21
Asuransi Malpraktek	21
Masalah kredensialing provider lainnya	22
Proses kontrak dengan <i>provider</i>	22
Faktor-faktor dalam kredensialing fasilitas kesehatan	23
Persetujuan provider	23
Kontrak dokter	23
Kontrak dengan Tenaga Kesehatan Lainnya.....	25
Kontrak dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	25
Isi Kontrak	26
Manajemen utilisasi dan program penjaminan mutu	27

Mengelola kontrak provider	28
Survei Peserta dan Pengukuran Kinerja Lainnya.....	28
Rekredensialing	28
Penanganan keluhan provider dan Peserta	28
Perkembangan ke depan	29
Kesimpulan.....	29
Istilah-istilah penting.....	29
Bab 3 Administrasi Jaringan dan Hubungan dengan Provider	31
Pendahuluan	31
Bentuk dan ukuran jaringan.....	31
Jaringan PPO	32
Jaringan HMO	34
Merekrut jaringan.....	37
Identifikasi provider	37
Komunikasi dengan provider	38
Rekrutmen provider sebagai alat pemasaran	38
Orientasi dan pendidikan provider.....	38
Pendidikan dokter	39
Pendidikan staf	39
Frekuensi pelatihan	39
Menilai kinerja Provider	39
Pengukuran kinerja Provider berdasarkan biaya	40
Pengukuran kinerja Provider berdasarkan kualitas layanan dan kepuasan peserta	41
Insentif untuk yang berkinerja tinggi	41
Kesimpulan.....	41
Istilah - istilah penting	42
Bab 4 Pemasaran dan Pelayanan Peserta	43
Pendahuluan	43
Peran dan fungsi staf pemasaran dan penjualan	43

Struktur organisasi bagian pemasaran dan penjualan	43
Fungsi-Fungsi Pemasaran.....	45
Peran staf bagian pemasaran dan penjualan	45
Fungsi staf bagian pemasaran dan penjualan	46
Fungsi dan peran pelayanan pelanggan.....	46
Siapa Pelanggan itu ?	46
Struktur organisasi dan staf pelayanan peserta.....	46
Fungsi pendidikan/penyuluhan	47
Fungsi informasi	48
Koordinasi antar staf	49
Produk manfaat dan pemasaran	50
Pilihan produk: perspektif perusahaan.....	50
Pilihan produk: perspektif karyawan	50
Penggunaan rancangan paket ganda	50
Dua pilihan	50
Tiga pilihan.....	51
Menetapkan area pelayanan	52
Definisi dan penggunaan wilayah pelayanan	52
Pengecualian wilayah cakupan.....	52
Aplikasi untuk wilayah cakupan	52
Riset pasar.....	52
Tujuan riset pasar	53
Jenis riset pasar	53
Survei kepuasan pelanggan	54
Tujuan survei kepuasan pelanggan.....	54
Jenis survei kepuasan peserta	54
Metode survei	55
Survei provider dan kepesertaan lain	56
Survei khusus untuk perusahaan tertentu	56

Data tentang perusahaan Rancangan Kesehatan dan kumpulan informasi	56
Proses penanganan komplain dan pengaduan peserta	57
Definisi komplain	57
Komplain informal.....	58
Komplain formal.....	58
Pengaduan (grievance).....	59
Komite pengaduan (grievance committee)	59
Proses pengaduan	60
Naik banding (appeals).....	60
Alternatif penyelesaian sengketa	61
Ringkasan	61
Istilah – istilah penting	61
Bab 5 Administrasi Klaim.....	63
Pendahuluan	63
Administrasi klaim dan rancangan manfaat produk	64
Produk MCO tradisional.....	64
Produk Point of Service (POS).....	64
Produk tumpangan/riders	65
Proses klaim dan pengaturan provider	65
Sistem dokter keluarga/gate keeper.....	65
Jaringan akses terbuka.....	66
Kapitasi.....	66
Mekanisme pembayaran lain	67
Manajemen utilisasi	67
Rujukan.....	67
Persetujuan di muka/preauthorization	68
Telaah peserta yang sedang dirawat dan manajemen kasus.....	68
Pembayaran di luar kontrak	69
Pelayanan gawat darurat.....	69

Pelayanan di luar wilayah cakupan untuk pelajar	69
Koordinasi manfaat (Coordination of Benefit, COB)	70
Pedoman NAIC	70
COB dan pelayanan yang dikapitasi	70
Medicare	71
Subrogasi Dan Ganti Rugi Pihak Ketiga	71
Ganti Rugi Biaya Pihak Pertama	71
Pengumpulan dan pertukaran data	72
Pertukaran data elektronik	72
Efisiensi untuk <i>provider</i> dan pembayar	72
Clearinghouse vs sambungan langsung dengan provider	73
Menentukan pembayaran biaya pelayanan medis	73
Kode-kode Diagnostik dan perawatan	73
Membayar atau menolak klaim	75
Investigasi klaim	75
Audit Rumah sakit	75
Administrasi klaim dan customer service (layanan pelanggan)	75
Manajemen kinerja untuk administrasi klaim	76
Penagihan yang tidak layak dan kecurangan (fraud)	76
Ringkasan	77
Istilah-istilah penting	77
Bab 6 Pembiayaan, Penganggaran, dan Penetapan Premi	79
Pendahuluan	79
Anggaran operasional: proyeksi	79
Kepesertaan	80
Pendapatan dari kapitasi	81
COB	82
Pendapatan dari investasi	82
Biaya pelayanan medis	82

Anggaran yang disepakati	84
Pembayaran lainnya	84
Biaya administrasi.....	84
Biaya-Biaya Lain.....	85
Penghasilan bersih.....	85
Anggaran operasional: analisis varians	85
Varians kepesertaan	86
Varians pendapatan	86
Varians biaya medis.....	86
Varians staf	86
Varians biaya administrasi	86
Populasi khusus dan variasi produk	87
Populasi khusus	88
Variasi Produk	88
Underwriting Dan Penetapan Premi	88
Faktor kunci	89
Penetapan premi HMO	89
Penetapan premi PPO dan POS.....	90
Pertimbangan lain dalam penetapan premi.....	91
Laporan keuangan dan persyaratan solvabilitas	92
Persyaratan laporan keuangan.....	92
Persyaratan solvabilitas	93
Ringkasan	94
Istilah –istilah penting	94
Bab 7 Masalah Hukum.....	97
Pendahuluan	97
Tanggung jawab malpraktek medis (Medical Malpractice Liability).....	97
Keberadaan Duty of Care.....	98
Kegagalan dalam memenuhi standar pelayanan	98

Penyebab langsung (Proximate Cause).....	99
Tanggung jawab dalam kelalaian misrepresentasi	99
Tanggung jawab langsung dalam kesalahan manajemen	100
Tanggung jawab derivatif dalam kegiatan manajemen.....	101
Dampak pemberlakuan ERISA	101
U.U. Praktik Kedokteran dan U.U. lain terkait tanggung jawab Malpraktik Medis Indonesia.....	102
Masalah antimonopoli (Antitrust Issues).....	103
Kerangka peraturan.....	103
Pedoman pernyataan bersama	103
Analisis antimonopoli (Antitrust Analysis).....	104
Berbagai Masalah Antimonopoli Bagi MCO	105
Praktik Monopoli terkait operasional Penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia.....	108
Kerahasiaan catatan medis.....	109
Model Undang-undang NAIC tentang Informasi Asuransi dan Proteksi Kerahasiaan.....	109
Proteksi Kerahasiaan Lainnya	110
Rekam Medis dan Kerahasiaannya terkait operasional Jaminan Kesehatan di Indonesia	110
Hukum any willing provider	111
Ringkasan	111
Istilah –istilah penting	111
Bab 8 Akreditasi	113
Pendahuluan	113
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHO)	114
Sejarah dan peran	114
Kriteria eligibilitas.....	114
Standar akreditasi.....	114
Proses survei.....	115
Proses pengambilan keputusan akreditasi	116
Kerahasiaan dan pengungkapan informasi	117
National Committee for Quality Assurance (NCQA)	118

Sejarah dan Peran.....	118
Kriteria eligibilitas.....	118
Standar akreditasi.....	119
Proses survei.....	119
Proses keputusan akreditasi	119
Kerahasiaan dan pengungkapan informasi	120
Utilization Review Accreditation Commission (URAC).....	121
Kriteria eligibilitas.....	121
Standar akreditasi.....	121
Proses survei.....	122
Proses keputusan akreditasi	122
Kerahasiaan dan pelepasan informasi.....	122
Komisi Mutu Medis (Medical Quality Commission).....	123
Kriteria eligibilitas.....	123
Standar akreditasi.....	124
Proses survei.....	124
Proses pengambilan keputusan akreditasi	124
Kerahasiaan dan pengungkapan informasi	125
Akreditasi di Indonesia	125
Pengertian dan Tujuan akreditasi	125
Standar akreditasi.....	125
Proses akreditasi.....	127
Ringkasan	127
Istilah – istilah penting	127
Bab 9 Regulasi.....	129
Pendahuluan	129
Peraturan Federal dan Negara Bagian tentang MCO.....	129
Undang-undang federal 1973 tentang HMO.....	130
Model Undang-undang HMO dari NAIC	131

Model Undang-undang PPA (Preferred Provider Arrangements) dari NAIC.....	131
ERISA.....	132
Peraturan lain di tingkat Federal dan Negara Bagian	133
Pembentukan, Organisasi, Dan Lisensi	134
Pembentukan dan organisasi HMO	134
Organisasi dokter-rumah sakit (Physician-Hospital Organizations, PHO)	135
Persyaratan Finansial dan Perlindungan Solvabilitas.....	136
Persyaratan Kekayaan Bersih	136
Persyaratan Deposito	136
Pelaporan Keuangan	136
Masalah keanggotaan	137
Penjelasan paket dan pelayanan.....	137
Keluhan peserta.....	138
Akses kepada pelayanan	138
Masalah provider.....	138
Pembayaran kapitasi	139
Telaah utilisasi	139
Kualitas pelayanan.....	139
Telaah sejawat	140
Keluhan provider	140
Pemutusan hubungan/terminasi	140
Managed care dan regulasi penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia	140
Kepesertaan	141
Premi	141
Paket manfaat.....	142
Penetapan jaringan dan Seleksi Fasilitas kesehatan	142
Pembayaran ke fasilitas kesehatan	142
Penanganan keluhan	143
Ringkasan	143

Istilah –istilah penting	143
Referensi.....	145

BAB 1 TEKNIK-TEKNIK PENGENDALIAN BIAYA

Pendahuluan

Peran Gatekeeper dalam Pengendalian Biaya

Pengendalian Biaya Melalui Reimbursement

Telaah Utilisasi

Kompensasi untuk Rumah Sakit dan Dokter

Ringkasan

Pengendalian Biaya Melalui Seleksi dan Kontrak Provider

Istilah-istilah Penting

PENDAHULUAN

Pertumbuhan dan perkembangan *managed care* telah menciptakan lingkungan baru bagi para pemangku kepentingan (*stake holders*) sistem pelayanan kesehatan. Secara khusus, *managed care organization* (MCO), *provider*, konsumen dan pihak pembayar (pengusaha, perorangan dan pemerintah) dipengaruhi dan mempengaruhi perkembangan *managed care*. Yang terpenting untuk berhasilnya perkembangan *managed care* adalah keterkaitan dan kerja sama antara MCO dan para pemangku kepentingan untuk mengendalikan perilaku. Bab ini menguraikan teknik-teknik pengendalian biaya dan utilisasi yang umum digunakan dalam *managed care*.

PENGENDALIAN BIAYA MELALUI REIMBURSEMENT

Kompensasi untuk *provider* merupakan alat yang penting untuk pengendalian biaya dalam *managed care*. Kompensasi mencakup unsur berbagi risiko (*risk sharing*) dan insentif yang dapat mempengaruhi perilaku *provider*. Tentu saja pengaturan *risk sharing* serta penggajian berdasarkan utilisasi dan produktifitas merupakan salah satu upaya untuk mendorong para *provider* agar lebih sadar biaya. Ada beberapa jenis sistem pengaturan kompensasi yang dipakai dalam *managed care plans*, yaitu sebagai berikut :

PEMBAYARAN UNTUK DOKTER PELAYANAN PRIMER DALAM PANEL TERTUTUP

Dokter pelayanan primer (*primary care physician*; PCP) memegang peran kunci dalam *managed care*. Para dokter pelayanan primer inilah yang sesungguhnya melaksanakan dan mengelola pelayanan kesehatan, sebagai pusat pengendalian biaya serta utilisasi pelayanan. Dokter pelayanan primer memberikan pelayanan dasar bagi para peserta program, melakukan rujukan ke dokter spesialis dan melaksanakan pelayanan tindak-lanjutnya. Terdapat berbagai cara reimbursement untuk pelayanan yang diberikan oleh dokter pelayanan primer ini. Tipe-tipe reimbursement yang utama adalah gaji, kapitasi, kapitasi dengan *carve-outs*, dan *fee-for-service*.

Gaji

Seringkali PCP mempunyai risiko finansial agar program *managed care* berhasil. Sebagian besar HMO model-staf membayar para dokter berbasis gaji. Pada umumnya mutu, utilisasi dan target profit akan mempengaruhi besar kecilnya gaji ini. Para dokter yang ikut menanggung risiko dalam program *managed care* akan mendapat keuntungan atau kerugian berdasarkan kinerja mereka sendiri, kinerja rekan dokter lainnya dan dari keberhasilan program secara keseluruhan. Karena kinerja para dokter pelayanan primer terkait langsung dengan kondisi keuangan program *managed care*, maka kinerja mereka merupakan target dari pengaturan insentif dan risiko. Meskipun para dokter yang digaji tersebut mungkin tidak memperoleh penghasilan sebesar para sejawatnya yang dibayar dengan *fee-for-service*, mereka menerima beberapa manfaat lain pada sistem kompensasi gaji. Sebagai contoh asuransi malapraktek, asuransi kesehatan dan jiwa serta dana pensiun adalah manfaat penting yang bisa merupakan bagian paket kompensasi gaji, yang tidak diterima oleh dokter yang berpraktek pribadi.

Kadang-kadang sebagian gaji dokter, biasanya 20%, akan ditahan (*withhold*) menunggu hasil penilaian kinerja program pengelolaan pelayanan kesehatan pada akhir tahun. Jika dokter pelayanan primer terbukti efisien dan tujuan finansial organisasi tercapai, maka porsi yang ditahan itu dikembalikan. Bila terjadi kerugian, maka jumlah yang ditahan itu tidak diberikan kepada dokter pelayanan primer tetapi dipakai untuk menutupi kerugian program *managed care*. Dalam beberapa situasi, persentase dari gaji yang ditahan dapat dinaikkan pada periode tahun berjalan jika biaya untuk rujukan dan perawatan di rumah sakit melampaui target. Seringkali juga diberikan bonus sebagai tambahan gaji, jika utilisasi pelayanan lebih rendah dari yang telah diperkirakan.

Pemberian bonus bisa diberikan langsung kepada setiap dokter atau bisa terkait dengan evaluasi kinerja. Kurang bijaksana bila pemberian bonus untuk para dokter hanya berdasarkan kriteria tunggal, karena kriteria tunggal bisa dimanipulasi oleh dokter. Pemberian bonus sebaiknya menggunakan sistem penilaian kinerja yang lebih luas.¹

Kriteria obyektif mencakup rasio-rasio utilisasi (misalnya ratio rawat inap, ratio rujukan, ratio pemeriksaan penunjang, dan lain-lain), jumlah seluruh biaya kesehatan (misalnya biaya per peserta per bulan), produktifitas (misalnya jumlah kunjungan per hari), dan sebagainya. Permasalahan utama kriteria obyektif adalah semuanya masih bisa "dimainkan" (*churning, buffing, turfing*). Contoh kriteria subyektif mencakup penilaian perilaku, profesionalisme, keramahan dan sebagainya.

Penggunaan kriteria obyektif maupun subyektif bisa menimbulkan permasalahan. Permasalahan utama kriteria subyektif adalah interpretasi yang sangat bervariasi, tergantung opini penilai dan bisa menimbulkan favoritisme serta bias.

Lebih bermanfaat bila menggunakan kedua jenis kriteria evaluasi tersebut untuk menilai kinerja dokter. Beberapa kriteria yang perlu dicatat dalam penilaian adalah disiplin, sesuai prosedur, panggilan setelah jam kerja (*after-hours call duty*), pengetahuan medis, manajemen pelayanan dan perawatan pasien, manajemen sumber daya, *patient relations*, *staff relations*, perilaku, kepemimpinan dan partisipasi.²

Kapitasi

Pendekatan umum yang lain, khususnya untuk HMO model-kelompok, adalah membayar PCP secara kapitasi untuk pelayanan rutin. Agar nilai kapitasi dapat ditentukan dengan tepat, pelayanan PCP harus didefinisikan secara cermat untuk memperkirakan jumlah biaya pelayanan primer.

Perhitungan ini juga disesuaikan untuk pasien-pasien dengan biaya tinggi atau beberapa kategori pasien. Dua variabel yang paling sering digunakan untuk penyesuaian dalam kapitasi adalah usia dan gender.

Dokter pelayanan primer dibayar sejumlah uang dengan nilai yang tetap per bulan per anggota (*per member per month, PMPM*), misalnya \$25 per peserta per bulan, tidak tergantung jumlah kunjungan atau biaya pelayanan. Banyak HMO juga menerapkan withhold kapitasi yang tergantung pada jumlah rujukan ke pelayanan spesialis dan jumlah serta lama perawatan di rumah sakit. Sebagai contoh, jika PMPM \$25, maka \$5 per bulan disisihkan dan dibayarkan ke PCP jika target rujukan ke pelayanan spesialis sesuai perkiraan.

Ada beberapa biaya tertentu yang risikonya bisa tidak di tanggung oleh para dokter pelayanan primer. Misalnya biaya pemeriksaan laboratorium yang dipisahkan dari jumlah kapitasi untuk rujukan sehingga tidak berakibat pada kompensasi dokter. Contoh pelayanan non-risiko adalah beberapa jenis rider benefit (misalnya kaca-mata, obat dan gigi), atau pelayanan lain yang para dokter pelayanan primer mempunyai peran yang kecil dalam pengendaliannya. Tetapi bila terlalu banyak yang masuk dalam kategori ini maka konsep kapitasi yang utuh akan sirna. Sekali pelayanan dikeluarkan dari kategori at-risk, akan sangat sulit untuk mengembalikannya.³

Konsep pembayaran kapitasi untuk para dokter dan rumah sakit oleh *managed care organization* berbeda dengan penyusunan anggaran per kapita oleh organisasi untuk dikonversikan menjadi premi *per member per month* (premi PMPM).

Penerapan kapitasi di Indonesia perlu kajian mendalam karena kondisi dan situasi di Indonesia berbeda dari Amerika Serikat dimana kapitasi dan/atau *managed care* tumbuh. Persyaratan utama bagi organisasi dan *provider* untuk mampu menerapkan kapitasi adalah dua dimensi kesiapan yaitu kesiapan struktural dan sistem informasi.⁴

Pool Rujukan (Referral Pool)

Program reimbursement lainnya adalah menetapkan pool kapitasi untuk pelayanan rujukan atau rumah sakit dan panti jompo. Misalnya, PCP dibayar \$15 PMPM, tetapi selain itu disisihkan \$15 PMPM untuk rujukan dan \$20 PMPM untuk pelayanan rumah sakit dan panti jompo. Pool kapitasi ini menghapus beberapa risiko bagi PCP, dan PCP dapat menikmati sisa dana *pool* pada akhir tahun jika utilisasi untuk pelayanan rujukan, rumah sakit dan panti jompo sesuai dengan perkiraan. Kapitasi adalah suatu metode untuk mengendalikan utilisasi dengan menciptakan insentif untuk pemberian pelayanan yang paling efektif-biaya (*cost-effective care*) melalui keseimbangan utilisasi, yaitu pelayanan yang tidak kurang dan tidak lebih (membatasi pelayanan yang diperlukan dapat meningkatkan kebutuhan pelayanan lebih mahal di kemudian hari, sebaliknya memberikan pelayanan yang tidak perlu akan memberikan tambahan biaya).

Carve-Outs

Beberapa program kapitasi memungkinkan pelayanan tertentu yang tidak dicakup oleh kapitasi dasar PCP untuk di *carve-out*. Pelayanan ini umumnya dibayar berdasarkan *fee-for-service* yang nilainya sudah ditetapkan sebelumnya. Tujuan *carve-out* adalah untuk menjamin agar peserta tetap memperoleh pelayanan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan lainnya yang telah dijamin HMO. Beberapa pelayanan seperti imunisasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium dasar serta mamografi sering di *carve-out* dari jenis pelayanan dasar dan tidak dibayarkan secara kapitasi ke dokter pelayanan primer. Hal ini untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi peserta program dengan mendorong dokter pelayanan primer agar memberikan pelayanan tersebut, yang akan dibayarkan secara *fee-for-service*.

Fee-for-Service

Fee-for-service pada *managed care* berbeda dengan *fee-for-service* tradisional. Pada *fee-for-service managed care*, pengendalian biaya dibangun melalui sistem *negotiated fees* dan "*global*" fees.

Negotiated fee. *Negotiated fee* adalah seperangkat tarif yang berlaku untuk setiap jenis pelayanan yang telah disepakati bersama oleh pengelola *managed care* dan *provider*. *Negotiated fee* ditetapkan berdasarkan pelayanan sesuai definisi dalam kode Current Procedural Terminology (CPT), dan ada diskon dari tarif *provider* yang berlaku umum. Karena dokter pelayanan primer tidak dapat menuntut lebih dari nilai ini maka dokter pelayanan primer akan didorong untuk memberikan pelayanan seefisien mungkin.

Global fee. Global fee adalah seperangkat *negotiated fee* dimana seluruhnya sudah tercakup (satu tarif untuk semua pelayanan yang diberikan pada satu episode pelayanan). Sebagai contoh, satu *global fee* untuk pelayanan antenatal meliputi semua pemeriksaan laboratorium dan uji diagnostik lainnya serta pelayanan rawat jalan berkaitan dengan kehamilan.

Global fee sesungguhnya adalah sejumlah anggaran yang akan diterima *provider* untuk seperangkat pelayanan. Dengan mengikuti "anggaran" ini *provider* didorong untuk memberikan pelayanan yang lebih efektif-biaya. Sebagai tambahan, global fee sering dikaitkan dengan beberapa jenis ukuran

kinerja atau target dan mengambil beberapa fitur dari kapitasi. Jika *global fee* untuk pelayanan tertentu ditetapkan \$15, kinerja yang baik bisa berarti bahwa dokter pelayanan primer tidak harus menggunakan seluruh \$15 tersebut, melainkan menyisakan sebagian. Global fee memberikan insentif agar pelayanan primer lebih efektif-biaya dalam sistem *fee-for-service*.

REIMBURSEMENT PELAYANAN SPESIALIS

Lingkup pelayanan spesialis meliputi para dokter spesialis (misalnya ahli penyakit jantung, ahli penyakit syaraf dan ahli bedah) dan para profesional kesehatan lainnya seperti ahli terapi fisik, spesialis rehabilitasi, ahli psikologi dan pekerja sosial. Walaupun *provider* spesialis juga mampu memberikan pelayanan primer, umumnya mereka memberikan pelayanan yang sifatnya spesialisik, bukan pelayanan primer.

Para peserta *managed care* mempunyai akses ke spesialis lewat berbagai cara. Pada pengelolaan yang lebih longgar atau tidak terlalu ketat seperti misalnya *simple discount PPO*, peserta diperkenankan mendapat akses langsung ke dokter spesialis tanpa ke pelayanan primer terlebih dulu. Keputusan untuk melaksanakan rujukan atas keinginan sendiri ("*self referral*") ini dapat dilakukan oleh peserta *managed care*. Mereka bisa memilih *provider* **di dalam jaringan** maupun **di luar jaringan**. Peserta yang memilih *provider* jaringan membayar *copayment* dan *coinsurance* lebih rendah dibandingkan mereka yang memilih *provider* non-jaringan.

Pada program yang lebih ketat, pelayanan spesialis hanya diberikan apabila dokter pelayanan primer merujuk peserta ke dokter spesialis atau ke pelayanan spesialis lainnya. Untuk pelayanan spesialis, peserta harus mendapat persetujuan dari penjamin (*plan*) sebelum menjumpai spesialis. Peserta dapat menghubungi penjamin atau dokter pelayanan primer untuk mendapatkan persetujuan. Pada MCO yang tidak mengharuskan peserta untuk terdaftar di salah satu dokter pelayanan primer yang ditunjuk, rujukan spesialis dapat dibuat oleh setiap dokter pelayanan primer di jaringan atau kelompok. Dalam beberapa kasus, suatu kelompok medis diberi pembayaran kapitasi untuk seluruh risiko biaya pelayanan. Dalam keadaan ini, kelompok medis mempunyai tanggung jawab yang lebih besar untuk mengendalikan rujukan dan mengelola pelayanan kesehatan. Tetapi kapitasi dengan risiko penuh seperti itu sangat jarang, lebih sering adalah keharusan rujukan pelayanan spesialis melalui dokter pelayanan primer.

Sejumlah kelompok praktek multispesialis dalam *IPA-HMO* juga di kapitasi seperti halnya dokter pelayanan primer. Tetapi sejauh ini metode reimbursement yang paling umum diterapkan untuk spesialis adalah *discounted fee-for-service* dengan pengaturan *withholding*. Dalam pengaturan ini, *provider* pelayanan spesialis diasumsikan mempunyai risiko finansial yang lebih kecil dibandingkan dokter pelayanan primer. Umumnya dalam sistem *fee-for-service* ini digunakan *negotiated-fee* atau *global fee* untuk pengendalian biaya semaksimal mungkin.

Penggunaan Resource-Based Relative Value Scale

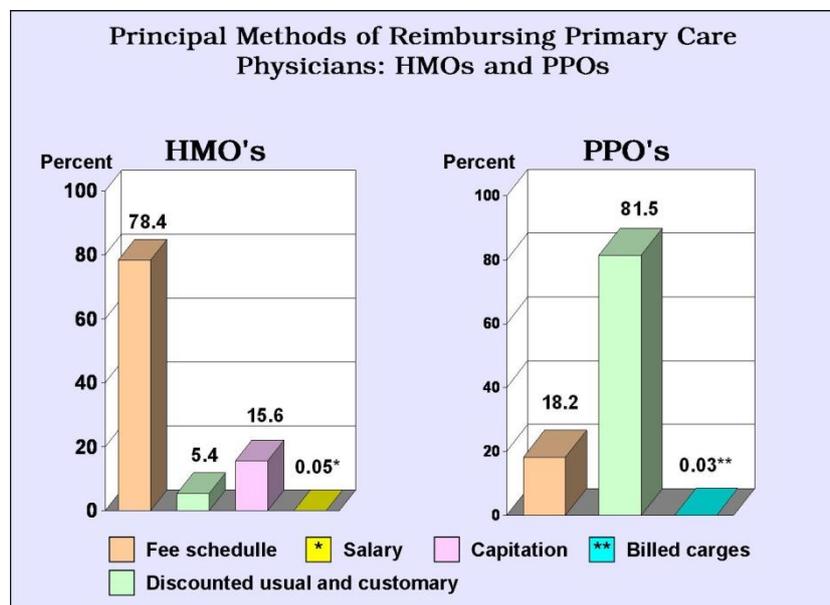
Metoda pembayaran berdasarkan *resource-based relative value scale (RBVS)* dapat digunakan untuk *reimbursement* spesialis. RBRVS dikembangkan oleh Health Care Financing Administration (HCFA) pemerintah federal. Tujuan dari RBRVS adalah mendistribusikan pembayaran dokter sedemikian rupa untuk mendorong penggunaan pelayanan primer. Pada RBRVS, jumlah semua sumber daya yang dibutuhkan untuk menghasilkan pelayanan kesehatan digunakan sebagai dasar untuk penetapan tarif. Metode RBRVS merupakan bentuk *fee-for-service reimbursement*. Walaupun metode ini lebih ilmiah dan obyektif dalam penyusunan tarif dibanding metode-metode lain yang dikembangkan oleh asuransi tradisional, metode ini juga memiliki kekurangan yang sama seperti pada metode penyusunan tarif lainnya. Metode ini harus dilengkapi insentif untuk mengendalikan utilisasi pelayanan sehingga bermanfaat dalam manajemen pelayanan yang efisien. Program *managed care* menetapkan *reimbursement* untuk spesialis dan konsultan dengan nilai RBRVS yang

telah disetujui. Kemudian tarif tersebut dikurangi diskon. Keuntungan jenis model ini adalah bahwa organisasi yang mengontrak bisa mengetahui secara tepat jumlah tagihan yang akan timbul untuk pelayanan yang diberikan.

KOMPENSASI UNTUK DOKTER DAN PHO

Physician Hospital Organization (PHO) menanggung risiko finansial melalui penerapan *global fee* untuk pelayanan rumah sakit dan medis. Para dokter dan rumah sakit berbagi risiko finansial dari kontrak-kontrak PHO dengan MCO. PHO memperoleh keuntungan skala ekonomi serta efisiensi dan menyebarkan risiko tersebut ke *provider* lain yang mereka kontrak. Dalam beberapa kasus, PHO melakukan kontrak langsung dengan para pengusaha untuk memberikan pelayanan rumah sakit (dan pelayanan dokter) bagi pegawainya. Pada beberapa kasus lain, rumah sakit melakukan kontrak langsung dengan *managed care organization* dan perusahaan asuransi untuk menyelenggarakan pelayanan rumah sakit.

Reimbursement rumah sakit dan PHO dapat melalui beberapa cara. (Gambar 1.1).



Gambar 1.1 Metode Utama *Reimbursement* Dokter Pelayanan Primer HMO dan PPO

Sumber: HIAA Managed Care Survey, 1990

FEE-FOR-SERVICE

Fee-for-service reimbursement adalah metode pembayaran yang paling lemah dalam pengendalian karena dapat mendorong *provider* untuk memberikan pelayanan lebih banyak. Banyak MCO menegosiasikan tarif diskon dengan rumah sakit dan PHOs ketika menggunakan metode *reimbursement* ini. Hasil negosiasi diskon memang mengurangi biaya jangka pendek tetapi tidak dapat mencegah *provider* untuk menaikkan biaya dan tidak dapat menghalangi mereka memberikan pelayanan yang tidak diperlukan. Untuk meningkatkan pengendalian biaya, banyak sistem pembayaran menerapkan *fee-for-service* dengan menahan sebagian dari pembayaran (*withhold arrangement*). Dengan cara ini, sejumlah persentase dari *fee-for-service* ditahan seperti pada program dokter pelayanan primer, untuk kemudian dibayarkan apabila kinerjanya baik.

KAPITASI

Bentuk lain *reimbursement* adalah pembayaran kapitasi (*capitation*). Pada jenis rancangan risiko ini (disebut rancangan risiko karena *provider* menghadapi risiko bahwa jumlah biaya pelayanan yang

diberikan bisa lebih besar dari pembayaran kapitasi), *provider* PHO menerima jumlah pembayaran tunggal per anggota per bulan (PMPM) untuk mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan oleh PHO. Karena hanya dibayar sejumlah tetap untuk kapitasi, maka PHO hanya akan memperoleh insentif bila mampu menyelenggarakan pelayanan secara efisien. Akibatnya, PHO akan bersandar pada anggaran.

Penerapan kapitasi untuk rumah sakit dan PHO lebih sulit daripada dokter pelayanan primer, karena rumah sakit harus mengelola seluruh lingkup pelayanan untuk melaksanakan perawatan pasien. Agar kontrak kapitasi rumah sakit bisa efektif, dibutuhkan kerja sama yang efektif pula antara dokter dan rumah sakit, karena dokter yang memutuskan pelayanan apa yang harus diberikan dan rumah sakit harus menyelenggarakannya secara efisien.

CASE RATES

Reimburse rumah sakit dan PHO juga dapat dilakukan oleh *managed care organization* berdasarkan case rates (tarif-tarif kasus). Serupa dengan *global fee* yang sudah dijelaskan lebih awal, *case rate* adalah tarif tetap hasil negosiasi (negotiated fixed rate) untuk tindakan-tindakan pelayanan yang spesifik, misalnya untuk operasi bypass pencangkokan pembuluh darah koroner (coronary artery bypass grafting). Seperti halnya *global fee*, pada situasi yang butuh pelayanan lebih intensif (dan lebih mahal) dibanding biasanya maka perhitungan case rates dapat disesuaikan.

PER DIEM

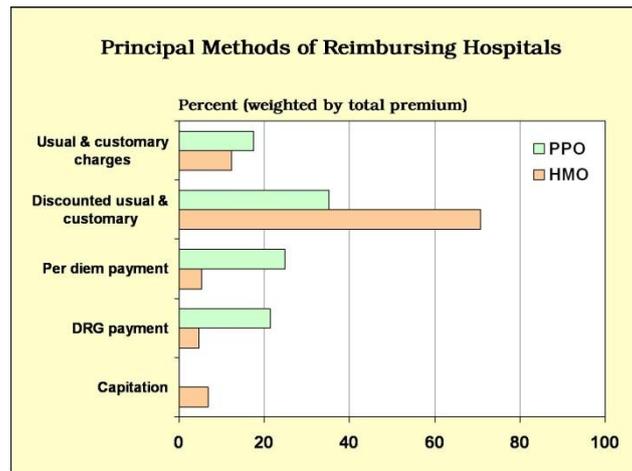
Per diem adalah pembayaran berdasarkan tarif tetap per hari untuk pelayanan yang diberikan. MCO menetapkan pelayanan apa saja yang tercakup dalam tarif *per diem* tersebut. *Per diem* biasanya dibayarkan untuk rumah sakit dan institusi lainnya untuk pasien rawat-inap, dan dapat dibatasi dengan memberlakukan maksimum lama rata-rata lama rawat inap (average of length of stay) di rumah sakit untuk setiap penyakit. Tarif *per diem* bervariasi, tergantung intensitas pelayanan yang diberikan. Sebagai contoh, tarif *per diem* untuk perawatan di Intensive Care Unit (ICU) jauh lebih tinggi dibandingkan tarif *per diem* untuk perawatan psikiatri.

DIAGNOSIS-RELATED GROUP

Diagnosis-related group (DRG) pada program pembayaran prospektif adalah tarif yang tetap dan sama (flat fee) untuk semua pelayanan rawat inap dengan satu diagnosa dalam satu episode pelayanan. Penggunaan DRG meluas setelah dipakai sebagai metode *reimbursement* rumah sakit untuk Medicare pada tahun 1983. Karena pembayaran DRG mencakup seluruh pelayanan yang diberikan selama satu episode perawatan, maka rumah sakit dan *provider* lain yang menerima metode *reimbursement* DRG dari MCO menanggung sejumlah risiko. (Gambar 1.2)

FEE SCHEDULES (DAFTAR TARIF)

Fee schedules merupakan daftar tarif dari jenis pelayanan tertentu. Tarif ini umumnya merupakan batas tertinggi dimana pembayar mau membayar pelayanan tersebut. Tujuan daftar tarif untuk meningkatkan kesadaran dan tanggung jawab pasien terhadap biaya, selain memberikan batasan yang jelas berapa yang akan ditanggung untuk setiap pelayanan. Tarif mengandung beberapa kelemahan. Di samping membatasi biaya-biaya pihak pembayar dan pembeli, tarif sering disesuaikan setiap tahun terhadap indeks inflasi biaya medis dan nilai-nilai penentu lainnya. Tarif juga dapat mendorong provider untuk "balance billing" (menyeimbangkan tagihan) dengan menagih kepada pasien untuk sisa biaya, jadi menggeser biaya-biaya dari pembayar kepada pasien. Kelemahan lain dari tarif adalah tidak mengatasi utilisasi yang berlebih atau kurang yang diberikan pihak *provider*.



Gambar 1.2 Metode Utama Reimbursement Rumah Sakit

Sumber: HIAA managed care Survey, 1990

TARIF DISCOUNTED RBRVS

Tarif *discounted* RBRVS digunakan pada PHO dengan cara sama pada pelayanan spesialis seperti telah diuraikan sebelumnya. Tarif RBRVS untuk pelayanan tertentu disepakati sejak awal.

PENGGUNAAN METODE REIMBURSEMENT HMO DI AMERIKA, 2001⁵

HMO lebih banyak menerapkan pembayaran kapitasi untuk jasa pelayanan dokter dibanding untuk pelayanan rumah sakit. Pada tahun 2001, 58% dari HMO membayar dokter pelayanan primer dan 42% membayar spesialis dengan kapitasi. *Fee-for-service* merupakan cara pembayaran yang paling umum, dan penggunaannya makin meningkat sejak tahun 1997 sampai tahun 2001, yakni untuk dokter pelayanan primer dari 33% menjadi 80%, dan untuk spesialis dari 49% menjadi 85%.

Pada tahun 2001, hanya sebagian kecil HMO (19%) yang menerapkan kontrak kapitasi untuk pelayanan rumah sakit. Metoda pembayaran yang paling banyak diterapkan adalah tarif *per diem* (digunakan oleh 89% dari program) dan *fee-for-service* (digunakan oleh 71% dari program). Ada peningkatan substansial dalam penerapan sistem *reimbursement* tersebut sejak 1997, saat itu hanya 53% dari HMO menggunakan tarif *per diem* dan 16% menggunakan metoda *fee-for-service*. Sejak 1997, penerapan *diagnosis-related groups* makin meningkat (dari 55% menjadi 62%), sedangkan penerapan kapitasi tetap sama (19%).

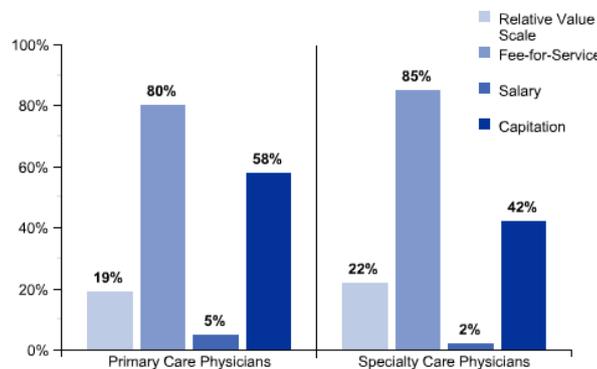
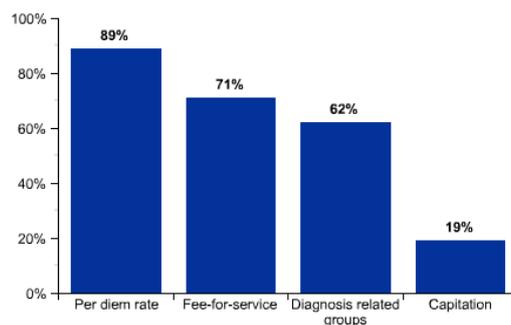


Fig 1.3. Metode Reimbursement Dokter HMO, 2001

Catatan: Data memperlihatkan persentase HMO yang memakai setiap metoda pembayaran dokter.



Gambar 1.4. Metoda Pembayaran Rumah Sakit oleh HMO, 2001

Catatan: Data memperlihatkan persentase HMO yang memakai setiap metoda pembayaran rumah sakit.

PENGENDALIAN BIAYA MELALUI KONTRAK DAN SELEKSI PROVIDER

Area pengendalian dalam MCO yang sangat penting adalah pada saat memilih *provider*. Beberapa metode dapat dipakai untuk memilih *provider* yang beroperasi secara *cost-effective* dan bisa bekerja sama sejalan dengan tujuan *managed care organization*. Melakukan seleksi jaringan *provider* yang efisien dan *cost-effective* sangat penting dalam penghematan biaya dan untuk pemasaran *managed care*.

Pemilihan dan penetapan ukuran jaringan yang optimum membutuhkan kemampuan untuk menyeimbangkan antara manajemen dan pasar. Untuk mengembangkan dan memelihara jaringan *provider*, MCO perlu menganalisis pasar sasaran. Mereka harus mampu menarik *provider* yang efektif dalam jumlah yang tepat dengan cara:

- menawarkan jumlah pasien yang cukup banyak;
- mengatur kontrak dengan *provider* secara efektif; dan
- menyusun daftar *provider* dengan kualifikasi tinggi dan sadar-biaya untuk membantu mengawasi kinerja medis dan finansial dari jaringan.

MCO akan berusaha membuat keseimbangan antara sebaran *provider* spesialis dengan jumlah *provider* primer yang tepat. MCO juga berupaya untuk menentukan jumlah dan biaya pelayanan dari calon *provider* dengan menilai kinerja mereka sebelumnya sebagai dasar untuk mengetahui pencapaian mereka di masa yang akan datang. Salah satu metode *assessment* kinerja tersebut adalah menggunakan profil dokter untuk mengevaluasi kinerja *provider* secara retrospektif.

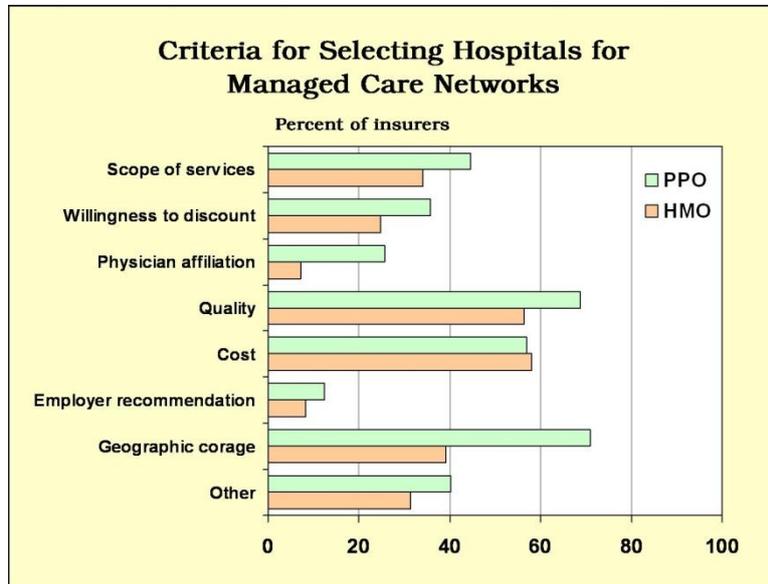
Akhir-akhir ini proses seleksi dokter menggunakan profil untuk membandingkan kinerja dokter terhadap rekan sejawat, komunitas, atau norma-norma khusus dari praktek dokter untuk menentukan peringkat.

Rumah sakit pada jaringan *managed care* dipilih berdasar ruang lingkup pelayanan yang mereka berikan, tingkat mortalitas dan morbiditas untuk beberapa kategori penyakit tertentu, keberhasilan mengobati pasien dalam limit biaya tertentu, dan reputasi dalam komunitas. Perbandingan yang tepat antara biaya dan kelengkapan pelayanan sangat penting bagi setiap rumah sakit. (Gambar 1.5 dan 1.6)

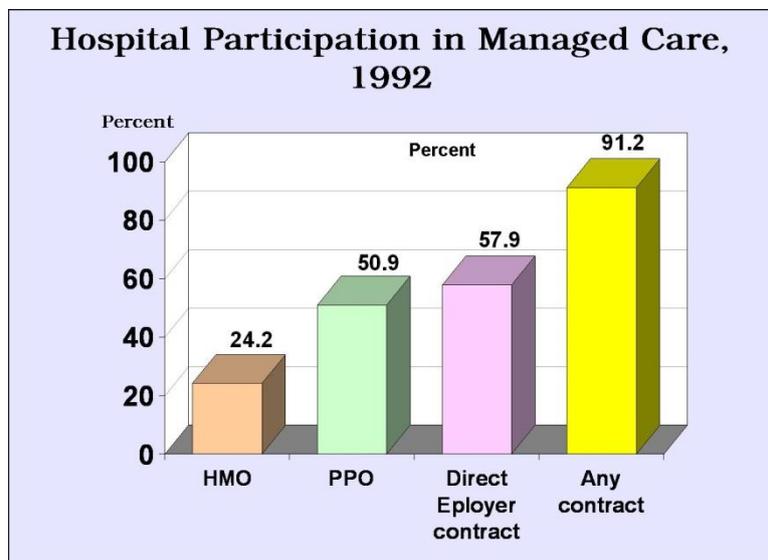
CREDENTIALING

Sebelum merekrut dokter atau membuat kontrak dengan *provider*, pemeriksaan kredensial profesional harus dilakukan. Kredensial profesional membuat MCO mengetahui mutu dan kesesuaian pola praktek dokter. Kredensial dikembangkan dari proses pemberian ijin praktek dokter, mereka yang lulus akan memperoleh sertifikasi dari Dewan Penguji Medis.

Berbeda dari asuransi indemnitas tradisional yang tidak melakukan pemeriksaan kredensial dokter, MCO umumnya sangat berhati-hati menetapkan bahwa seseorang yang akan direkrut atau dikontrak benar-benar sudah memiliki sertifikat untuk melaksanakan pelayanan yang diharapkan. Hal ini penting karena berbagai alasan, termasuk perlunya menjamin bahwa MCO memiliki dokter pelayanan primer dan spesialis yang *cost-effective* dengan jumlah yang seimbang.



Gambar 1.5 Kriteria Memilih Rumah Sakit untuk Jaringan *managed care*
 Sumber: HIAA managed care Survey, 1990



Gambar 1.6 Partisipasi Rumah Sakit dalam managed care, 1992

Termasuk juga jenis jaringan lainnya, utilization review dan kontrak manajemen kasus.

Sumber: State of the Art of Managed care 1993-1994: A Special research Report by the Healthcare Provider Networks Section of the Society of healthcare Planning and Marketing, American hospital Association, 1993

Dalam pengelolaan program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia, dinyatakan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) melakukan kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan yang akan memberikan pelayanan kepada peserta. Dalam hal ini Fasilitas Kesehatan harus memenuhi persyaratan kredensialing antara lain sebagai berikut:

(1) Bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama:

1. Surat Ijin Operasional
2. Surat Ijin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi, Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker, dan Surat Ijin Praktik atau Surat Ijin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
3. perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan
4. sertifikat akreditasi

(2) Bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan/Rumah Sakit

1. Surat Ijin Operasional;
2. Surat Penetapan Kelas Rumah Sakit
3. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktek;
4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
5. perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
6. sertifikat akreditasi

PROFIL DOKTER

Profil seorang dokter atau kelompok dokter perlu disusun untuk menentukan praktek yang cost-effective. Profil ini meliputi:

- jumlah dan jenis rujukan ke spesialis ; dibandingkan dengan dokter atau *provider* lain
- penggunaan pelayanan pendukung seperti sinar-X dan pemeriksaan laboratorium; dibandingkan dengan dokter atau *provider* lain
- jumlah kunjungan atau lama perawatan di rumah sakit untuk mengobati beberapa penyakit tertentu; dibandingkan dengan dokter atau *provider* lain
- biaya klaim aktual per pasien; dibandingkan dengan dokter atau *provider* lain
- telaah catatan medis, dimana sample catatan *provider* secara *confidential* ditinjau oleh rekan sejawat (*peer*) untuk menilai efektivitas pengobatan dan kelengkapan dokumen.

Profil dokter dikembangkan dari berbagai sumber data antara lain:

- formulir-formulir klaim fee-for-service, atau formulir pasien yang telah diisi oleh dokter pada sistem kapitasi;
- telaah utilisasi (*utilization review*) atau *assessment* ketepatan penggunaan pelayanan medis, seperti jumlah pemeriksaan laboratorium yang dilakukan dan kecenderungan merujuk ke spesialis;
- Analisis terhadap sekelompok pasien yang menerima pelayanan, termasuk menganalisis sampel berbagai penyakit yang diobati, distribusi usia pasien, dan proporsi pasien rawat inap dengan pasien rawat jalan;
- kuesioner survei status kesehatan yang diisi pasien untuk mengetahui sejauh mana perbaikan status kesehatan setelah intervensi medis (ukuran *outcome*); dan
- survei kepuasan peserta yang menggambarkan persepsi mutu pelayanan.

RIWAYAT MALAPRAKTEK

Proses seleksi *provider* seharusnya juga mencakup penelitian riwayat malapraktek *provider*. Walaupun gugatan malapraktek tidak selalu merupakan indikasi mutu praktek, tetapi pemeriksaan riwayat malapraktek secara seksama merupakan tindakan yang bijaksana.

Gugatan malapraktek dan pemeriksaan referensi terkait lainnya dapat diperoleh dari National Practitioner Data Bank yang merupakan implementasi dari Health Quality Improvement Act 1986. Undang-undang ini mensyaratkan agar organisasi *provider* dan perusahaan-perusahaan

asuransi melaporkan kasus-kasus malpraktek, baik yang sudah selesai maupun yang kalah. Karena database ini relatif masih sedikit pada saat ini, metode-metode lain untuk memeriksa gugatan malpraktek mencakup pula dokumen-dokumen pengadilan, telaah jurnal kasus-kasus pengadilan dan dewan kesehatan negara bagian.

Di Indonesia pihak yang melakukan pengawasan dan dapat menjatuhkan sanksi terhadap malpraktik adalah Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Sampai saat ini Indonesia belum memiliki Undang-Undang tentang malpraktek medis. Secara yuridis kasus malpraktek medis di Indonesia dapat bersandar pada beberapa dasar hukum yaitu: KUHP, KUHPerdata, di samping beberapa peraturan perundang-undangan antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit
6. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 4 Tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi;

EKSPEKTASI YANG JELAS

Untuk memilih *provider* yang *cost-effective*, MCO harus menyatakan harapan dan seluruh persyaratannya secara jelas. Penjelasan ini akan membantu meyakinkan *provider* untuk mau melaksanakan praktek kedokteran secara konsekuen sesuai dengan tujuan organisasi program *managed care*.

PERAN GATEKEEPER DALAM PENGENDALIAN BIAYA

Pengendalian biaya dan utilisasi dalam MCO sangat ditentukan oleh peran *gatekeeper*. *Gate keeper* merupakan kunci akses untuk memperoleh pelayanan pada Health Maintenance Organization (HMO) atau Exclusive Provider Organization (EPO). *Gatekeeper* yang umumnya adalah dokter pelayanan primer akan mengarahkan, mengelola, menyelia, mengkoordinasikan dan melaksanakan pelayanan dasar bagi para peserta program managed care. Ini berarti semua pelayanan yang tidak darurat hanya dapat diberikan oleh atau diotorisasi oleh gatekeeper. Meskipun peran *gatekeeper* tidak digunakan sebagai satu mekanisme pengendalian biaya pada Preferred Provider Organization (PPO), tetapi PPO juga sering menerapkan peran ini untuk dokter pelayanan primer. Seringkali peran *gatekeeper* menjadi basis pada model berbagi risiko finansial seperti kapitasi dan *pool* rujukan lainnya.

Yang termasuk kategori *gatekeeper* pelayanan primer adalah para dokter umum, dokter keluarga, spesialis penyakit dalam dan spesialis anak. Meskipun dokter spesialis lain seperti dokter spesialis kebidanan dan kandungan bisa memberikan pelayanan primer di HMO, mereka tidak melaksanakan seluruh fungsi dokter pelayanan primer. Walau program kesehatan mengharuskan penggunaan *gatekeeper* pelayanan primer untuk pelayanan bukan darurat, sering pemeriksaan tahunan ke spesialis kebidanan dan kandungan diperkenankan tanpa rujukan dari gatekeeper. Ini disebut limited self-referral option.

Pada dasarnya peran *gate keeper* adalah melakukan pengendalian biaya dan utilisasi. Dokter pelayanan primer yang berfungsi sebagai *gatekeeper* mengendalikan dan menghubungkan utilisasi pelayanan untuk MCO.

Tidak semua HMO mensyaratkan penggunaan *gatekeeper*. Di beberapa HMO ada satu unit dalam HMO yang bertanggungjawab atas manajemen rujukan.

TELAH UTILISASI DALAM PENGENDALIAN BIAYA

Telaah utilisasi (*utilization review*, UR) adalah suatu metode lain untuk menjamin mutu pelayanan terkait penghematan biaya. Berbeda dari audit klaim retrospektif pada asuransi tradisional, UR mengevaluasi ketepatan pelayanan kesehatan (Appropriate of care) sebelum pelayanan diberikan untuk menghapus pelayanan yang tidak perlu dan potensial bagi pasien. Teknik-teknik UR merupakan mekanisme pengendalian biaya dengan memeriksa apakah:

- pelayanan secara medis memang perlu diberikan; dan
- pelayanan sudah diberikan secara tepat.

Data UR berasal langsung dari *provider* dan para dokter praktisi atau dari rekam medis pasien. UR dilaksanakan melalui dua cara:

1. Pihak asuransi atau pengelola *managed care* seringkali melaksanakan sendiri program UR mereka. Staf yang melaksanakan, kebijakan serta prosedur untuk mendukung program tersebut seluruhnya merupakan operasional internal dari perusahaan asuransi. Mereka bisa merupakan pekerja langsung MCO, atau sebagai spesialis penilai (reviewers), dan mereka dibayar sebagai konsultan MCO.
2. Metode lainnya yang lazim bagi pihak asuransi atau pengelola *managed care* adalah mendapatkan pelayanan tersebut dari perusahaan UR independen. Industri yang merespon adanya kebutuhan UR in pun berkembang. Diperkirakan ada 300-400 perusahaan UR independen sudah memiliki ribuan kontrak dengan pihak asuransi dan perusahaan pemberi kerja.

Sejumlah penelitian publik maupun swasta untuk menilai efektifitas biaya dari UR telah dilakukan. Laporan tentang pengaruh UR terhadap program asuransi tradisional yang telah dipublikasikan secara luas oleh Congressional Budget Office menunjukkan bahwa pendekatan ini bisa efektif, khususnya jika diterapkan pada kelompok peserta yang memiliki pola penggunaan pelayanan rumah sakit sangat tinggi.³⁴

Masing-masing jenis MCO telah menggunakan program UR nya. Beberapa lebih formal dibandingkan yang lainnya. Komponen program UR yang paling banyak digunakan adalah sebagai berikut:

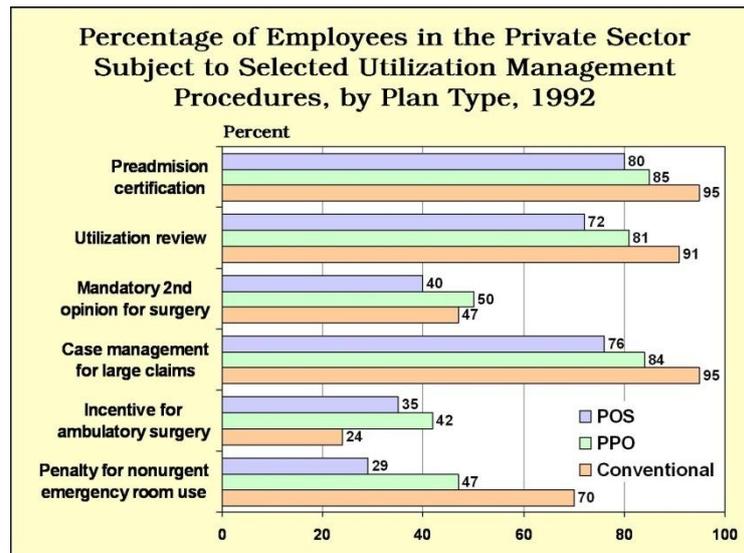
MANAJEMEN KASUS (CASE MANAGEMENT)

Manajemen kasus digunakan untuk kondisi-kondisi serius, rumit dan berlarut-larut seperti prematuritas, trauma hebat, kanker, dan AIDS. Manajer kasus (biasanya perawat) menangani setiap kasus secara individual, mengidentifikasi pengobatan yang paling cost-effective untuk penyakit-penyakit yang sangat membutuhkan banyak sumber daya. Manajer kasus bekerja bersama para dokter dan profesional kesehatan lainnya serta pasien dan keluarganya dalam perencanaan perawatan. Kasus katastrofik yang dikelola secara tepat dapat memaksimalkan manfaat jaminan pelayanan kesehatan bagi pasien, yang kalau hal tersebut tidak dilakukan, akses untuk mendapatkan sumber daya mungkin terbatas karena terbentur ketentuan batas manfaat maksimum dari suatu program jaminan/asuransi.

Sejumlah besar pegawai yang ikut serta dalam program *managed care* berhak mendapatkan manajemen kasus untuk klaim mereka yang mahal. (Gambar 1.7)

TELAH UTILISASI RAWAT INAP (INPATIENT UTILIZATION REVIEW)

Telaah utilisasi rawat inap (inpatient utilization review) melibatkan beberapa komponen yang bila dirangkum merupakan bagian yang signifikan dari program manajemen utilisasi.



Gambar 1.7 Persentase Pekerja Sektor Swasta sebagai Subyek Prosedur Manajemen Utilisasi Terpilih, berdasarkan Jenis Program, 1992

Sumber: HIAA Employer Survey, 1992

TELAAH PROSPEKTIF (PROSPECTIVE REVIEWS)

Telaah prospektif (*prospective reviews*) memiliki beberapa bentuk seperti yang akan diuraikan berikut:

Sertifikasi Pra Rawat Inap (Preadmission Certification)

Sertifikasi pra rawat inap (*preadmission certification*) dilakukan sebelum pasien dirawat di rumah sakit, untuk menentukan ketepatan rencana, prosedur, atau lama perawatan. Sistem akan mengidentifikasi, bila mungkin, pasien cukup rawat jalan saja. Bila ternyata memang diperlukan pelayanan rawat-inap, maka usulan perkiraan lama perawatan serta prosedur yang dimintakan dibandingkan dengan standar normal untuk menentukan ketepatannya. Preotorisasi ini akan menentukan apakah pengobatan yang diusulkan secara medis diperlukan (*medically necessary*) dan bila memang perlu maka diberikan otorisasi pembayaran untuk pelayanan. Tetapi bila usulan pengobatan dianggap tidak perlu atau tidak layak maka otorisasi pembayaran tidak dikeluarkan.

Biasanya, perawat (*registered nurses*) melakukan telaah awal (*initial review*) rawat inap dengan menelepon dokter yang merekomendasi pasien di rawat inap di rumah sakit. Selama proses telaah berlangsung, apabila diperlukan, dokter pelayanan primer dan dokter spesialis membantu dengan memberi pendapat klinis. Kemajuan sistem informasi mempermudah proses pengambilan keputusan dan penelusuran informasi melalui komputer sehingga memperlancar proses UR. Seringkali protokol untuk keputusan tetap dibiarkan on-line; tetapi informasi pasien yang spesifik disimpan secara elektronik.

Pra Sertifikasi Rawat Jalan (Outpatient Precertification)

Salah satu metode preotorisasi yang umum adalah pra sertifikasi rawat jalan (*outpatient precertification*). Pra sertifikasi rawat jalan paling sering dilakukan untuk menentukan ketepatan prosedur rawat jalan, seperti pembedahan. Pra sertifikasi digunakan juga untuk memantau perawatan di rumah (*home health care*) dan ketentuan penggunaan peralatan medis di rumah, di samping untuk mengevaluasi penyakit dengan diagnosa berbiaya dan risiko-tinggi. Ini dilakukan dengan cara yang mirip pada sertifikasi pra rawat inap.

Otorisasi Rujukan (Referral Authorization)

Metode preotorisasi lainnya yang umum dikenal adalah otorisasi rujukan (*referral authorization*). Otorisasi rujukan ke spesialis dan pelayanan spesialis diberikan oleh *gatekeeper* dokter pelayanan primer atau oleh program UR dari MCO.

Otorisasi rujukan umumnya dibuat untuk satu kali kunjungan. Otorisasi ini dimaksudkan sebagai kontrol untuk mendorong adanya telaah setelah satu kunjungan rujukan spesialis. Klaim untuk lebih dari sekali kunjungan tidak dibayar.

Concurrent Review (Telaah peserta yang sedang dirawat)

Concurrent review (telaah peserta yang sedang dirawat) adalah melakukan verifikasi kebutuhan kelanjutan perawatan di rumah sakit dan menentukan ketepatan pengobatan di rumah sakit tersebut. *Concurrent review* kadang-kadang dilakukan di tempat oleh perawat peninjau yang memeriksa catatan medis dan mewawancarai *care-givers* pasien (dan kadang-kadang pasien dan keluarga pasien) untuk menentukan ketepatan lama rawat-inap dan pengobatan sesuai kondisi yang bersangkutan.

Discharge Planning (Perencanaan pelayanan ketika pasien keluar dari rumah sakit)

Discharge planning (Perencanaan pelayanan ketika pasien keluar dari rumah sakit) merencanakan dan mengelola pelayanan yang perlu diberikan bagi pasien saat pulang dari rawat inap. *Discharge planning* umumnya disusun oleh perawat terdaftar (*registered nurse*) dengan memperhatikan kesinambungan pelayanan. *Discharge planning* seringkali diintegrasikan dengan *concurrent review* dan *case management* dan akan membantu tercapainya tujuan perencanaan yaitu mencari alternatif pelayanan rawat inap yang paling layak dan *cost-effective*.

Discharge planning merupakan metode pengendalian biaya dan mengarahkan pelayanan yang tepat ketika pasien keluar dari rumah sakit. Rencana ini seharusnya telah disusun sedini mungkin saat pasien masih dirawat. Bagi pasien yang belum sepenuhnya pulih dan/atau tidak memerlukan pelayanan rumah sakit yang sifatnya khusus serta mahal, *discharge planning* akan menjamin bahwa ketika pasien keluar dari rumah sakit, ia akan memperoleh pelayanan yang tepat, aman, dan *cost-effective*.

RETROSPECTIVE CLAIMS REVIEW (TELAAH KLAIM RETROSPEKTIF)

Retrospective claims review (telaah klaim retrospektif) memeriksa ketepatan pelayanan yang telah diberikan untuk menentukan biaya apa saja yang patut dan harus diganti. *Retrospective claims review* rumah sakit secara khusus menggunakan berbagai peralatan penapis klaim, telaah klinis awal dilakukan oleh perawat, dan selanjutnya oleh dokter dan konsultan.

Indikator khusus yang dapat digunakan untuk melihat efektifitas pelayanan medis adalah kejadian dirawatnya kembali pasien (*readmission*) ke rumah sakit dengan diagnosa yang sama dalam waktu 30 hari setelah keluar dari rumah sakit, atau masuk ruang gawat darurat setelah keluar dari rumah sakit.

Retrospective utilization review adalah evaluasi mengenai kebutuhan dan ketepatan pelayanan setelah pelayanan itu dilaksanakan.

Post Payment Utilization Review (Telaah Utilisasi Pasca Pembayaran)

Beberapa kriteria telaah utilisasi pasca pembayaran *post payment review* dapat dilakukan untuk mengetahui seberapa baik kinerja dokter atau kelompok dokter, secara retrospektif.

RINGKASAN

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi yang secara medis diperlukan, tepat sesuai tingkat pelayanan yang dibutuhkan, dan efektif-biaya merupakan perhatian pokok MCO. Dalam rangka mencapai ini, MCO menerapkan kontrol tertentu untuk melaksanakan pelayanan yang efektif-biaya. Di antara kontrol yang paling lazim digunakan adalah metode kompensasi, kontrol utilisasi pelayanan, dan kontrol seleksi.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

Appropriate of care - Ketepatan pelayanan

Authorization review - Penilaian otorisasi

Average of length of stay - Rata-rata lama rawat inap

Balance billing - Tagihan seimbang

Capitation - Kapitasi

Carve-outs - Produk khusus (di luar paket)

Case management - Manajemen kasus

Contracting - Melakukan kontrak

Copayment - Iur bayar

Cost-effectiveness of practice - Praktek yang memperhatikan efektivitas biaya

Credentialing - Kredensialing

Current Procedural Terminology (CPT)

Defined services - Pelayanan yang ditentukan

Designated PCP - Dokter pelayan primer yang ditunjuk

Diagnosis-related group (DRG)

Discharge planning - Perencanaan pasien setelah keluar dari rumah sakit

Discount - Diskon

Discounted RBRVS rates - Discounted RBRVS rates

Fee-for-service - Fee-for-service

Fee schedule - Daftar tarif

Gatekeeper

Hospital admission - Rawat inap

Hospital utilization management - Manajemen utilisasi rumah sakit

Malpractice - Malpraktek

Medical necessity - Kebutuhan medis

Medical record review - Telaah/kajian rekam medis

Multispecialty clinics - Klinik multi spesialis

Negotiated fees - Tarif kesepakatan

Non-network providers - Provider di luar jaringan

Norms of practice - Norma praktek kedokteran

Outcome measurement - Ukuran hasil yang dicapai

Out-of-pocket expenses - Biaya yang ditanggung sendiri

Outpatient precertification - Pra sertifikasi pasien rawat jalan

Overutilization - Overutilisasi

Per diem - Biaya per-hari

Per member per month (PMPM) - Per-anggota per-bulan

Physician or group profile - Profil dokter atau kelompok dokter

Practice profile - Profil praktek

Preadmission certification - Sertifikasi pra masuk rumah sakit

Preapproval - Pra-persetujuan

Preventive services - Pelayanan preventif

Primary care - Pelayanan primer

Primary care physician - Dokter pelayanan primer

Prospective utilization review - Telaah manfaat prospektif

Readmission - Rawat inap ulang

Referral - Rujukan

Referral authorization - Otorisasi rujukan

Referral pool - Pool rujukan

Reimbursement system - System pembayaran/penggantian biaya

Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS)

Retrospective claims review - Telaah/kajian klaim retrospektif

Retrospective utilization review - Telaah/kajian utilisasi retrospektif

Risk arrangements - Penanganan risiko

Selection controls - Kontrol seleksi

Self-referral - Rujukan atas permintaan sendiri

Single-visit authorization - Otorisasi untuk kunjungan tunggal

Specialty care - Pelayanan spesialis

Specialty services - Pelayanan spesialis

Stakeholders - Pemangku kepentingan

Utilization - Utilisasi

Utilization management - Manajemen utilisasi

Utilization review (UR) - Telaah/kajian utilisasi

Utilization review organization - Organisasi penilai pemanfaatan pelayanan

Withhold arrangement - Pengaturan dana ditahan

BAB 2 MENGONTRAK PROVIDER SECARA SELEKTIF

<i>Pendahuluan</i>	<i>Faktor-faktor kredensialing provider</i>
<i>Pertumbuhan kontrak provider</i>	<i>Persetujuan provider</i>
<i>Kontrak dengan provider</i>	<i>Mengelola kontrak provider</i>
<i>Pentingnya kontrak dengan provider</i>	<i>Ringkasan</i>
<i>Faktor yang mempengaruhi kredensialing dokter</i>	<i>Istilah – istilah penting</i>

PENDAHULUAN

Salah satu produk yang dihasilkan organisasi *managed care* adalah pemberian layanan kesehatan bagi pesertanya. Pelayanan kesehatan yang kurang baik akan menyebabkan ketidakpuasan peserta yang dapat berdampak pada keluarnya peserta dari organisasi *managed care* dan memilih organisasi *managed care* lain yang menawarkan pelayanan kesehatan yang lebih baik. Oleh karena itu kontrak antara *managed care organization* (MCO) dengan *provider* sangat penting untuk menjamin mutu layanan dan sekaligus pengendali biaya pelayanan.

Pertimbangan dalam menata dan menjalin kontrak pelayanan kesehatan dengan *provider*, adalah bahwa MCO berkewajiban memberikan pelayanan yang baik kepada pesertanya, yaitu memberikan pilihan pelayanan medis apa yang disediakan bagi mereka, dimana mereka mendapatkannya, dan berbagai faktor lainnya yang mempengaruhi akses dan mutu pelayanan yang bermutu. Keputusan tentang pemilihan *provider* di dalam suatu organisasi *managed care* mempunyai pengaruh terhadap pilihan seseorang terhadap *benefit* yang ditawarkan MCO tersebut.

Kontrak dengan *provider* juga harus mempertimbangkan kebutuhan MCO. Tujuan utama kontrak dengan *provider* dalam perspektif MCO adalah tersedianya jaringan *provider* yang memberikan pelayanan berkualitas dan *cost-effective*. Salah satu tantangan yang dihadapi MCO dalam melakukan kontrak dengan *provider* adalah keseimbangan antara kebutuhan MCO dan kebutuhan pesertanya. Sebagai perorangan atau kelompok, *provider* yang dikontrak oleh MCO akan menentukan seberapa baik dan seberapa *cost-effective* sebuah MCO menyediakan pelayanan medis yang berkualitas. Bab ini membahas tentang berbagai faktor yang terkait dengan kontrak organisasi *managed care* dengan dokter, profesi kesehatan lainnya, serta fasilitas kesehatan.

PERTUMBUHAN KONTRAK DENGAN PROVIDER

Kontrak dengan *provider* selalu merupakan bagian integral dari sebuah HMO. Dalam organisasi HMO model Staf, dokter yang memberikan pelayanan adalah karyawan HMO tersebut. Di dalam HMO model Grup, kelompok dokter multispesialis bekerja di bawah sebuah kontrak dengan HMO untuk memberikan pelayanan kepada pesertanya. Dalam HMO model IPA dan Jaringan (Network), dokter bisa di bawah kontrak dengan IPA atau langsung dengan HMO.

Kontrak dengan *provider* semakin menjamur pada awal tahun 1980-an karena tumbuhnya PPO. Selain ada beberapa perbedaan antara kontrak PPO dan HMO, informasi pada bab ini menjelaskan berbagai masalah kontrak dengan kedua jenis MCO ini (HMO dan PPO).

Saat ini kontrak dengan *provider* terjadi di sebagian besar wilayah Amerika. Namun demikian, ada perbedaan penerimaan *provider* berdasarkan geografis, untuk itu pengalaman dalam negosiasi dengan *provider* serta aturan administrasi yang berperan penting di dalam suksesnya suatu kontrak. Kesiadaan *provider* melakukan kontrak dengan sebuah MCO bergantung pada tingkat persaingan diantara *provider* di wilayah tersebut dan besarnya jumlah pasien.

Selain itu terdapat juga perbedaan dalam hal sistem pembayaran kepada *provider* di berbagai wilayah Amerika. *Provider* di daerah yang tingkat persaingannya tinggi dan kegiatan MCO-nya gencar cenderung lebih menerima berbagai bentuk risiko finansial dengan memperhitungkan akan memperoleh jumlah pasien yang lebih besar. *Provider* di daerah yang kurang kompetitif, *provider* tidak tertarik mengambil risiko finansial sebesar di daerah kompetitif, khususnya jika mereka telah memiliki jumlah pasien yang relatif stabil sebagai sumber penghasilannya.

Di daerah di mana cakupan Blue Cross tinggi, *provider* awalnya tidak berminat mengambil risiko finansial dengan entitas lain kecuali kontrak tersebut setara atau lebih baik dari kontrak dengan Blue Cross. Sekarang *provider* semakin bersedia melakukan kontrak risiko dengan pembayar lain sebagai alternatif terhadap semakin menurunnya jumlah penerimaan dari kontrak dengan Blue Cross.

Sejalan dengan meningkatnya kontrak *managed care* secara keseluruhan, *provider* juga sepakat untuk memisahkan biaya untuk pelayanan spesialisasi, prosedur, atau jenis pengobatan tertentu.

PENTINGNYA KONTRAK PROVIDER SECARA SELEKTIF

Pemilihan *provider* untuk setiap model sistem *managed care* sangat penting karena dua hal utama, yaitu:

- Peserta perlu diyakinkan bahwa *provider* yang dikontrak oleh sebuah MCO memenuhi standar perizinan dan pelayanan yang bermutu
- Agar sebuah MCO mampu bersaing, *provider* yang dikontraknya harus memberikan pengobatan tepat guna dengan pelayanan yang efektif dan biaya yang efisien.

MELAKUKAN KONTRAK DENGAN PROVIDER

Kualitas sebuah MCO ditentukan oleh kualitas dokter dan profesi kesehatan lainnya yang dikontrak MCO tersebut. Sebelum proses kontrak dilakukan, sebuah MCO perlu melakukan identifikasi dokter keluarga (*primary care physician*) dan menetapkan penggunaan *provider* atau profesi kesehatan lain.

JENIS PROVIDER

Yang dimaksud dengan dokter primer (*primary care physician*) dalam sistem *managed care* adalah dokter umum, dokter keluarga, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dan pada beberapa kasus dokter spesialis obstetri ginekologi. Dokter umum dan dokter keluarga mempunyai fleksibilitas dalam melayani pasien anak-anak maupun dewasa. Sedangkan dokter spesialis anak dan penyakit dalam menangani pasien dengan umur dan diagnosis tertentu. Dokter umum juga dapat memberikan pelayanan kebidanan dan ginekologi secara terbatas. Selain dokter-dokter di atas, MCO menggunakan tenaga kesehatan lain seperti asisten dokter dan perawat untuk memberikan pelayanan primer di bawah pengawasan dokter umum.

Jenis dan jumlah dokter spesialis di dalam jaringan *provider* didasarkan atas kebutuhan kesehatan pada umumnya yang diperkirakan dari variasi umur peserta dan persyaratan/ketentuan regional. Sebagai contoh, MCO yang menangani peserta Medicare tidak membutuhkan banyak spesialis kebidanan akan tetapi akan lebih banyak membutuhkan spesialis jantung dibandingkan dengan MCO yang melayani peserta umum.

Kebutuhan akan tenaga kesehatan penunjang lain seperti rehabilitasi medis, ditentukan oleh pelayanan dan paket/*benefit* yang ditetapkan oleh MCO dan cara MCO memberikan pelayanan tersebut.

MCO juga melakukan kontrak dengan rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. Sama halnya dengan *provider* lain yang dikontrak MCO, jumlah rumah sakit dan fasilitas lainnya tergantung dari

jenis paket yang ditawarkan, karakteristik demografi peserta, kepadatan penduduk, dan persyaratan pelayanan kesehatan regional. Lihat Gambar 2.1 tentang kategori dan jenis *provider* MCO.

Dokter primer	
• Dokter umum	• Spesialis obstetri-ginekologi
• Dokter keluarga	• Spesialis anak
• Spesialis penyakit dalam	
Dokter Spesialis	
• Alergi	• Mata
• Penyakit jantung	• Ortopedi
• Kulit	• Spesialis bedah lain
• Telinga, Hidung & Tenggorokan	• Patologi
• Bedah umum	• Jiwa
• Darah	• Radiologi
• Syaraf	• Spesialis lain
• Obstetri dan ginekologi	• Mata
Spesialis yang bukan dokter	
• Pekerja sosial medis	• Ahli psikologi
• Occupational therapist	• Ahli farmasi
• Optisian	• Speech therapist
• Rehabilitasi medis	• Lainnya
Perawat, tenaga praktek menengah, dan tenaga kesehatan pembantu	
• Perawat praktek	• Pembantu perawat
• Asisten dokter	• Penata rontgen dan laboratorium
• Bidan	• Perawat spesialis lain
• Perawat ter-registrasi	• Penata lain
• Perawat praktek berizin	
Fasilitas Pelayanan Kesehatan	
• Rumah sakit	• Pusat rehabilitasi
• home care (perawatan di rumah)	• Pusat pengobatan/penyalahgunaan narkotika
• Pusat bedah/klinik bedah	• Klinik bersalin
• Fasilitas perawatan terampil	• Fasilitas kesehatan lain
• Fasilitas perawatan tambahan (extended care facility)	• Dokter primer

Gambar 2.1 Kategori provider

MENGGKOORDINASIKAN PROVIDER DENGAN STRUKTUR BENEFIT

Dalam melakukan kontrak dengan berbagai jenis *provider*, yang harus diperhatikan adalah bahwa kontrak tersebut mencakup seluruh pelayanan kesehatan dalam *benefit*/paket, sehingga plan yang dirancang mampu bersaing. Sebuah MCO harus mengembangkan sistem pemberian pelayanan yang menampung jumlah maupun jenis *provider* yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pesertanya.

Kini semakin banyak MCO yang melakukan *carve-out*, mengemas khusus pelayanan spesialis seperti kesehatan jiwa, manajemen persalinan yang berisiko tinggi, dan pelayanan pendidikan kesehatan. Setiap jenis pelayanan khusus ini memerlukan kontrak dengan *provider* tertentu.

MENGAPA KONTRAK ITU PERLU

Ada empat alasan utama mengapa sebuah MCO melakukan kontrak dengan *provider*

- Untuk memenuhi ketentuan regulasi dari negara bagian maupun federal (aturan pemerintah)
- Menjamin tersedianya pelayanan bagi pesertanya
- Sebagai dasar untuk pengendalian biaya dan utilisasi pelayanan
- Untuk mengurangi kesalahpahaman dan tanggung jawab hukum (proteksi hukum) sebuah MCO

REGULASI PEMERINTAH NEGARA BAGIAN DAN PEMERINTAH PUSAT (FEDERAL)

Regulasi negara bagian dan federal mengharuskan adanya kontrak tertulis antara sebuah MCO dengan *provider* yang menyediakan pelayanan kepada peserta. Banyak negara bagian yang tidak hanya mengharuskan kontrak tertulis tetapi juga menetapkan syarat yang harus ada dalam kontrak tersebut.

Sebagai contoh, umumnya regulasi mengharuskan adanya klausula bahwa *provider* HMO tidak boleh menarik biaya ekstra selain *copayment* yang telah ditetapkan meskipun sebuah HMO belum membayar kewajibannya kepada *provider*. Regulasi lainnya mengharuskan sebuah kontrak harus mencakup aturan tentang pembayaran, untuk melindungi peserta dari permintaan pembayaran oleh *provider* atas pelayanan yang diberikan, hal-hal yang mengatur kualitas pelayanan dan laporan kajian utilisasi, serta proteksi terhadap malapraktek atau kecelakaan medis.

MENJAMIN TERSEDIANYA PELAYANAN

Dokumen kontrak antara MCO dan *provider* perlu mencantumkan bahwa pelayanan yang tertulis dalam kontrak harus tersedia jika dibutuhkan peserta. Sebagai contoh, dalam kontrak kepesertaan, sebuah HMO berjanji bahwa pelayanan tertentu akan disediakan. Kontrak dengan *provider* harus menjamin bahwa pelayanan yang dijanjikan HMO tersebut harus dapat diberikan kepada peserta yang membutuhkan.

PENGENDALIAN PELAYANAN DAN UTILISASI

Sebagian besar MCO mengharuskan *provider* memenuhi persyaratan tertentu untuk fasilitas rawat inap, rujukan untuk pelayanan spesialis, dan tarif. Dalam kontrak tertulis perlu mencantumkan pelayanan yang harus disediakan serta perkiraan utilisasi dan biayanya.

PROTEKSI HUKUM

Kontrak tertulis membantu mencegah kesalahpahaman kedua pihak tentang tanggung jawab, mekanisme pembayaran, dan berbagai hal lain yang tercantum dalam kontrak. Kontrak juga memberikan perlindungan hukum kepada MCO dari tanggung jawabnya jika *provider* tidak menjalankan kewajibannya.

FAKTOR-FAKTOR DALAM KREDENSIALING DOKTER

Dokter yang dikontrak MCO dipilih berdasarkan hasil tinjauan tentang kualifikasi mereka seperti izin praktek, lisensi, sertifikasi dewan kedokteran, sifat dan cakupan privilege klinik, afiliasi dengan lembaga pendidikan, riwayat kedisiplinan dan klaim tanggung jawab (*liability*) profesi, catatan kriminal (jika ada), paket asuransi profesi yang diambil, dan profil prakteknya.⁶ Semua proses kajian ini disebut kredensialing.

Pada umumnya MCO mengharuskan jaringan *provider* untuk mengisi formulir aplikasi untuk menjadi jaringan *provider*-nya. Formulir aplikasi ini berisi berbagai informasi tentang apa dasar MCO menawarkan kontrak kerja sama dengan *provider*.

VERIFIKASI LISENSI

Dokter harus memiliki izin praktek/lisensi sesuai dengan jenis praktek yang dilakukannya. Izin pemberian obat (*dispensing*) harus dimiliki *provider* untuk memberikan obat *ethical* dan narkotik. Tiap negara bagian memiliki organisasi pemberi izin praktek kedokteran untuk memantau perizinan semua jenis *provider* sesuai dengan hukum yang berlaku. MCO harus melakukan verifikasi kebenaran izin praktek melalui pusat data komersial atau data sendiri. Perizinan (lisensi) adalah dasar utama dalam verifikasi apakah *provider* memenuhi standar yang ditentukan untuk melakukan praktek kedokteran dan spesialisasinya.

Perizinan dapat juga diperlukan bagi profesi kesehatan penunjang lainnya, fasilitas kesehatan, dan *provider* lainnya.

SERTIFIKASI DEWAN (BOARD)

Sertifikasi Dewan Kedokteran merupakan suatu indikator dari kualitas jaringan dokter sebuah MCO. Pada umumnya MCO menargetkan 75-90 persen dokter jaringannya memiliki sertifikasi Dewan Kedokteran.

PRIVILEGE KLINIK

Dokter memiliki *privilege* klinik tertentu di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. *Privilege* klinik adalah kewenangan yang diberikan kepada dokter atau dokter gigi oleh pemerintah untuk memberikan perawatan pasien di rumah sakit. *Privilege* klinik dapat diperpanjang setelah dilakukan kajian terhadap rekam jejak dokter. Ada dua alasan penting mengapa MCO harus mengetahui *privilege* klinik dokter. Pertama, *privilege* klinik merupakan indikator kualitas seorang dokter dalam memberikan pelayanan, dan kedua, *privilege* klinik menunjukkan dimana seorang dokter dapat memberikan pelayanan.

AFILIASI DENGAN PENDIDIKAN

Beberapa dokter memberikan kuliah pada fakultas kedokteran, selain praktek sehari-harinya melayani peserta MCO. Melakukan kontrak dengan dokter yang memiliki afiliasi dengan fakultas kedokteran akan memperkuat kredibilitas jaringan dokter yang dikontrak oleh MCO.

TINJAUAN DEWAN KEDOKTERAN NEGARA BAGIAN

MCO melakukan pengecekan tentang riwayat dokter dalam pelanggaran disiplin/etika dan tindakan kriminal melalui dewan kedokteran negara bagian atau institusi lainnya. Data base nasional yang berisi informasi tentang pembatasan izin praktek atau sanksi disiplin para dokter di berbagai yurisdiksi juga dapat digunakan sebagai bahan untuk kredensialing *provider*.

ASURANSI MALPRAKTEK

Formulir aplikasi menjadi *provider* memuat informasi untuk verifikasi tentang status dan besarnya cakupan asuransi malpraktek/profesi yang dimiliki *provider*. Informasi ini dikaji untuk menentukan apakah seorang pasien terjamin jika terjadi komplikasi medik atau tanggung jawab hukum. Tinjauan

riwayat pertanggung-jawaban mal praktek *provider* juga dapat menyediakan informasi tentang sanksi yang pernah diberikan terhadap *provider* tersebut.

MASALAH KREDENSIALING PROVIDER LAINNYA

Sebagai tambahan dari tinjauan aplikasi dan lisensi, kredensialing sering juga mencakup profil praktek, penjadwalan pasien, jumlah pasien, dan program jaminan mutu (*quality assurance*).

Profil Praktek

Seringkali MCO melakukan tinjauan terhadap profil praktek seorang dokter berdasarkan informasi dari data klaim. Pola praktek seorang dokter ini dibandingkan dengan pola praktek normal seluruh populasi *provider* atau data nasional/regional. Hal ini memberikan informasi bagi MCO tentang kinerja praktek seorang dokter. Seperti halnya data normatif lainnya, pola praktek saja tidak memadai untuk membuktikan bagaimana sebenarnya seorang dokter nantinya akan memberikan pelayanan kepada peserta MCO.

Penjadwalan Pasien

Lokasi dimana *provider* melakukan praktek merupakan suatu hal yang penting untuk diperhatikan oleh MCO karena berhubungan langsung dengan kemampuan *provider* menjadwalkan kunjungan pasien. *provider* yang tidak mampu memberikan pelayanan sesuai waktu yang dibutuhkan karena lokasi atau karena hal lain, tidak menguntungkan bagi MCO. Terlebih lagi berkenaan dengan kontrak yang mencakup tanggung jawab *provider* tentang pelayanan gawat darurat serta pelayanan panggilan selama 24 jam sehari.

Jumlah Pasien

Provider yang telah menangani peserta MCO yang cukup banyak, mungkin tidak dapat menambah peserta baru dari suatu MCO. Dalam proses kredensialing, MCO sebaiknya melakukan penilaian terhadap kemampuan *provider* untuk menerima pasien tambahan. Rasio jumlah peserta dan *provider* dalam MCO akan mempengaruhi mutu pelayanan. Besar kecilnya rasio ini juga ditentukan oleh jenis MCO. MCO yang mempunyai jumlah peserta yang besar mempunyai rasio yang lebih besar dibanding MCO yang mempunyai peserta kecil. Sebagai contoh MCO besar mempunyai rasio dokter primer 0,66: 1000 peserta, sementara MCO kecil mempunyai rasio dokter primer 0,89: 1000 peserta (Kongsvedt, 2000)

Program Jaga Mutu

Proses kredensialing menetapkan apakah *provider* mampu memenuhi persyaratan program jaga mutu tertentu yang dilaksanakan oleh MCO untuk memberikan pelayanan kepada pesertanya. Pola praktek seorang *provider* di evaluasi secara periodik dengan norma standar dan disesuaikan dengan indeks risiko populasi untuk menilai kinerja *provider* tersebut. *Provider* juga harus memelihara data pasien secara akurat untuk dapat melakukan tinjauan utilisasi yang memadai.

PROSES KONTRAK DENGAN PROVIDER

Ada empat tahap proses kontrak dengan *provider*, yaitu:

- Seleksi dan kredensialing

untuk kalangan sendiri

- Kontrak
- Pemantauan kualitas
- Rekredensialing dan perpanjangan kontrak

Pendekatan integratif ini memungkinkan manajemen jaringan *provider* yang efektif. Hal ini merupakan cara proaktif dalam memilih *provider* dan bekerja sama dengan mereka untuk melakukan koreksi jika terdapat masalah.

FAKTOR-FAKTOR DALAM KREDENSIALING FASILITAS KESEHATAN

MCO menggunakan kredensialing untuk memudahkan pemilihan fasilitas kesehatan yang efisien dan berkualitas tinggi. Kontrak dengan fasilitas kesehatan harus memenuhi persyaratan adanya izin operasi dan sertifikasi yang menyatakan bahwa fasilitas kesehatan tersebut telah memenuhi standar yang ditetapkan untuk memberikan pelayanan kepada pasien Medicare, serta akreditasi yang diperoleh dari organisasi seperti JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) masih berlaku. Fasilitas kesehatan yang dikontrak MCO harus mengasuransikan seluruh tenaga profesi kesehatan yang bekerja di fasilitas tersebut dan menjamin peralatan yang digunakan dalam kondisi baik. Selanjutnya fasilitas kesehatan tersebut juga harus melindungi MCO dari sanksi hukum, peraturan pemerintah, atau sanksi lainnya yang mungkin terjadi, termasuk pembatalan asuransi profesi dan liabilitas atau penundaan penerimaan kontrak dengan program Medicare.

Kualitas merupakan elemen yang amat penting di dalam kredensialing fasilitas kesehatan. Kualitas dianalisis melalui beberapa indikator, yaitu:

- Laporan pelayanan
- Perizinan
- Akreditasi
- Wilayah yang dilayani
- Indeks mortalitas
- Spesialisasi fasilitas

Setiap elemen tersebut dinilai secara seksama termasuk ranking kinerja fasilitas menurut norma yang diterima secara nasional oleh asosiasi, institusi pemberi izin dan akreditasi, dan pemenuhan standar pemerintah federal untuk menetapkan sejauh mana sebuah fasilitas mampu memberikan pelayanan yang berkualitas. Kombinasi antara fasilitas yang bermutu dan *provider* pelayanan kesehatan yang berkualitas akan meyakinkan MCO dan pesertanya untuk terlayani dengan baik dan efisien.

PERSETUJUAN PROVIDER

Kunci utama dalam kesepakatan antara MCO dan *provider*-nya adalah persetujuan *provider*. Dalam perkembangannya, kesepakatan *provider* membutuhkan koordinasi dan negosiasi yang baik antar bagian dalam MCO seperti bagian hukum, pelayanan kesehatan, administrasi dan keuangan.

KONTRAK DOKTER

Kontrak antara seorang dokter dengan sebuah MCO menyatakan tentang hubungan kerja antara dokter dengan MCO dan tanggung jawab MCO, termasuk cara pembayaran kompensasi dan berbagai hal lain seperti yang tercantum dalam Gambar 2.3

Elemen tersebut perlu dijelaskan dalam kontrak untuk menjamin hal-hal berikut:

- Kedua pihak sepakat tentang jenis dan tingkat pelayanan yang harus disediakan bagi peserta
- Pelaksanaan program jaga mutu dan prosedur kendali utilisasi

- Tanggung jawab keuangan masing-masing pihak dalam penyediaan pelayanan dijabarkan dengan jelas
- Terpenuhinya kebutuhan informasi medis dan administratif oleh kedua belah pihak
- Pelayanan kesehatan dapat diberikan kepada peserta sesuai dengan peraturan yang berlaku dan tuntutan masyarakat yang menyangkut akses, kerahasiaan informasi medis, dan paket pelayanan.
- Provisi *hold harmless*, yaitu perlindungan peserta dari keharusan membayar paket pelayanan jika MCO merugi
- Semua pihak memahami tanggung jawab finansial yang tercantum dalam kontrak

Tanggung jawab dokter
<ul style="list-style-type: none"> • Secara spesifik mencantumkan jumlah jam pelayanan per minggu yang diberikan untuk peserta, melayani panggilan, dan pelayanan lainnya. Menentukan syarat-syarat yang diperlukan jika ada perawatan gawat darurat
<ul style="list-style-type: none"> • Menentukan batasan-batasan praktek tambahan
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan keharusan partisipasi dokter untuk program jaga mutu layanan dan kegiatan kendali utilisasi
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan keharusan dokter mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan dan jumlah waktu yang dibutuhkan untuk itu
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan tanggung jawab dokter untuk menggunakan tenaga kesehatan lain seperti perawat praktek, asisten dokter, dan perawat biasa
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan tanggung jawab dokter untuk memenuhi standar alat dan bahan medis di tempat praktek
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan tanggung jawab dokter untuk membagi informasi seakurat mungkin dengan tenaga medis lainnya
<ul style="list-style-type: none"> • Mengharuskan dokter menjaga kerahasiaan informasi medis peserta MCO
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan tanggung jawab dokter untuk menghormati hak khusus rumah sakit yang ditetapkan
Alur informasi antara MCO dan dokter
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan kebijakan dan prosedur pemberitahuan kepada dokter tentang status peserta dan paket pelayanan yang bisa diterimanya sesuai kesepakatan kontrak
<ul style="list-style-type: none"> • Acuan kebijakan mengenai pemilihan dokter primer dan prosedur pemberitahuan kepada dokter primer tentang pasiennya, misalnya memberitahu bahwa dokter tersebut telah dipilih sebagai dokter primer
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan informasi yang harus disampaikan dokter tentang pelayanan yang diberikan kepada peserta MCO
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan prosedur penanganan keluhan oleh MCO termasuk tanggung jawab dokter dalam hal penanganan keluhan ini
Kompensasi/pembayaran dokter
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan dengan rinci semua jenis pelayanan yang dapat diterima oleh peserta
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan kesediaan dokter untuk menerima sejumlah kompensasi yang ditetapkan sesuai dengan paket pelayanan dan memuat pula persetujuan dokter untuk tidak menarik biaya tambahan untuk paket tersebut, meskipun MCO dalam keadaan merugi, klausul <i>hold harmless</i> (tidak mengorbankan peserta)
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan jumlah maksimum biaya per pelayanan atau kapitasi yang dapat dibayarkan, termasuk kesediaan dokter menarik pembayaran hanya pada pelayanan tertentu yang disepakati, menjabarkan prosedur pembayaran kapitasi, dan berbagai penyesuaian pembayaran lainnya.
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan seluruh persyaratan untuk risk-sharing antara MCO dan dokter, termasuk provisi dana yang ditahan (<i>withhold</i>) oleh MCO.
<ul style="list-style-type: none"> • Memuat tata cara utama untuk proses klaim kepada MCO, termasuk rujukan ke dokter spesialis dan persetujuan rawat inap oleh dokter primer
<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan proses klaim dan jadwal penyerahan dan pembayaran klaim
<ul style="list-style-type: none"> • Rujukan tentang prosedur penyelesaian klaim
<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan segala persyaratan lain yang mempengaruhi pembayaran dokter
Hal-hal lain
<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan sifat kontrak antara dokter dengan MCO, misalnya sebagai pegawai kontrak atau praktisi independen
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan tanggung jawab MCO dan pihak lain dalam hal asuransi profesi/malpraktek
<ul style="list-style-type: none"> • Mencantumkan proses pemutusan kontrak, waktu yang dibutuhkan, dan denda
<ul style="list-style-type: none"> • Menjamin bahwa pelayanan yang diberikan kepada peserta MCO sama kualitasnya dengan pelayanan yang diberikan kepada bukan peserta MCO

Gambar 2.3. Topik-topik dalam kontrak dokter

KONTRAK DENGAN TENAGA KESEHATAN LAINNYA

MCO melakukan kontrak dengan tenaga kesehatan lainnya seperti teknisi medis dan sebagainya. Kontrak ini juga mencantumkan rincian hak dan tanggung jawab masing-masing pihak yang tertuang di dalam kontrak, termasuk:

- Lingkup pelayanan yang harus disediakan
- Tempat dan fasilitas pelayanan yang disediakan kepada peserta
- Tanggung jawab MCO
- Tanggung jawab institusi pelayanan lainnya yang terkait
- Prosedur untuk menentukan syarat yang harus dipenuhi peserta untuk mendapatkan pelayanan tertentu
- Jam dan hari di mana pelayanan diberikan
- Jumlah dan cara pembayaran kepada *provider*
- Proses penagihan oleh *provider*
- Komitmen *provider* untuk menjaga kerahasiaan informasi medis peserta
- Komitmen *provider* terhadap standar kualitas pelayanan yang ditetapkan MCO
- Persetujuan *provider* untuk menerima pembayaran secara penuh dari MCO, (kecuali jika ada provisi yang membenarkan co payment tertentu).
- Persetujuan *provider* untuk mempertahankan segala persyaratan izin dan sertifikasi untuk melakukan praktek
- Tanggung jawab *provider* untuk mempertahankan asuransi profesi/malpraktek sesuai dengan peraturan yang berlaku

KONTRAK DENGAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Kontrak antara MCO dengan fasilitas pelayanan kesehatan adalah untuk memenuhi tanggung jawab MCO dalam penyediaan pelayanan kepada peserta. Tujuan kontrak ini adalah untuk menjabarkan bagaimana pelayanan kepada peserta akan diberikan dan bagaimana fasilitas tersebut akan mendapat pembayaran oleh MCO. Kontrak juga mencantumkan proses administrasi yang harus dipenuhi oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

Hal-hal khusus yang harus tercantum dalam kontrak adalah:

- Prosedur dan kriteria rumah sakit dalam pemberian pelayanan dan pengobatan pasien kepada dokter MCO
- Prosedur yang diperlukan untuk penerimaan peserta MCO dan proses verifikasi keabsahannya
- Komitmen fasilitas pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan yang sama (tidak ada perbedaan) dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien lainnya.
- Prosedur untuk memberitahukan status kepesertaan dan hak terhadap paket layanan peserta
- Jenis-jenis pelayanan yang dapat diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dan tarif yang harus dibayar oleh MCO.
- Informasi yang harus diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tentang pelayanan yang telah diberikan dan biayanya yang ditagihkan.
- Jadwal penagihan dan pembayaran serta prosedur yang harus dipenuhi
- Persetujuan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menerima pembayaran sebagai pembayaran penuh (tanpa menarik biaya ekstra kepada peserta) kecuali co payment yang telah disepakati
- Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk memenuhi klausula hold harmless dimana kekurangan biaya pelayanan tidak dibebankan kepada peserta, jika MCO tersebut merugi.

- Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengikuti program penanganan keluhan, program jaga mutu, dan pengendalian utilisasi
- Tanggung jawab fasilitas pelayanan kesehatan untuk memelihara izin operasional, sertifikasi, dan jaminan bahwa MCO hanya bertanggung jawab terhadap pembiayaan atas pelayanan yang dilakukan dan disepakati serta menjadi hak peserta sesuai dengan yang ditentukan
- Prosedur pemberitahuan kepada MCO jika seorang peserta dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dengan kasus emergensi.

ISI KONTRAK

Paragraf berikut ini menjelaskan isi utama yang terdapat di dalam kontrak *provider*. Karena, ini merupakan dasar fungsi dan operasi sebuah MCO, maka akan dijelaskan secara lebih rinci pada bab yang berkaitan dengan hal tersebut.

Pelayanan Provider

Pelayanan *provider* adalah pelayanan kesehatan yang termasuk di dalam paket jaminan dan yang tercantum di dalam kontrak khusus dengan suatu MCO. Pelayanan ini berbeda antara kontrak kapitasi dan kontrak non risiko serta antara HMO dengan PPO atau kesepakatan non kapitasi lainnya. Kontrak juga mencakup berbagai referensi khusus yang terkait dengan persyaratan rancangan pelayanan kesehatan wajib, prosedur yang ditetapkan dalam paket, dan pelayanan yang tidak dijamin.

Tanggung Jawab Mco

Kontrak mencantumkan pelayanan administrasi dan pelayanan lainnya yang harus dipenuhi oleh MCO untuk menunjang pemberian pelayanan oleh *provider*. Contoh tanggung jawab MCO adalah sebagai berikut:

Administrasi dan pelayanan lainnya. MCO menyediakan dan bertanggung jawab terhadap administrasi, manajemen, dan pelayanan lain yang diperlukan untuk menjalankan, mengoperasikan, dan mengembangkan program pendukung seperti keuangan, pemasaran, pemrosesan data, dan aspek hukum.

Program jaga mutu dan laporan kajian utilisasi. MCO bertanggung jawab, secara sendiri atau bersama dengan MCO/organisasi lainnya untuk membuat kajian utilisasi dan program jaga mutu untuk mengendalikan biaya paket pelayanan dan jaminan lainnya yang bermutu tinggi.

Paket pelayanan dan jaminan lainnya. MCO bertanggung jawab atas paket pelayanan dan jaminan lainnya kepada peserta di luar yang menjadi tanggung jawab atau risiko *provider*. Paket pelayanan dan jaminan tersebut biasanya tercantum di dalam kontrak dan biasanya terbatas pada pelayanan gawat darurat di luar area/wilayah kerja *provider*.

Pelayanan peserta. MCO menyediakan pelayanan non medis kepada peserta termasuk penanganan pengaduan dan keluhan, menyiapkan dan mendistribusikan bahan-bahan pendaftaran peserta, dan bahan tertulis lainnya yang menjelaskan pelayanan yang ditanggung dan beserta tata cara mendapatkan pelayanan tersebut.

Akses terhadap pelayanan kesehatan. Kontrak secara rinci memuat tanggung jawab MCO dan *provider* untuk memantau dan mengevaluasi akses peserta dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, seperti evaluasi kepuasan peserta dan survei peserta. Tanggung jawab MCO lainnya yang terkait dengan akses mendapatkan pelayanan kesehatan adalah pemberian pelatihan kepada *provider* dan karyawan MCO serta penyuluhan kesehatan kepada peserta.

Penetapan manfaat dan harga paket jaminan. MCO bertanggung jawab atas penetapan paket jaminan yang akan diberikan *provider* sesuai dengan biaya yang dibayarkan. MCO juga bertanggung jawab atas pemberian informasi atau laporan yang harus diserahkan kepada negara bagian atau federal.

MANAJEMEN UTILISASI DAN PROGRAM PENJAMINAN MUTU

Kebanyakan kontrak MCO mengharuskan *provider* melakukan manajemen utilisasi dan program jaga mutu yang telah ditetapkan. Jika MCO menemukan bahwa *provider* gagal memenuhi persyaratan tersebut, maka MCO dapat memutuskan hubungan kontrak dengan *provider*.

Kompensasi Provider

Kontrak *provider* mencakup seluruh aspek yang berkaitan dengan kompensasi, termasuk cara-cara penetapan biaya kapitasi, diskon *fee for service*, batas *stop-loss*, dana cadangan, bonus, dana ditahan (*withhold*), modifikasi premi, biaya yang menjadi tanggung jawab peserta, dan pendistribusian dana. Kontrak juga mencantumkan informasi medis, administrasi, dan catatan keuangan yang harus dilakukan MCO dalam rangka memenuhi peraturan negara bagian dan federal.

Program Kepuasan Peserta

Kontrak *provider* mencakup prosedur dan langkah-langkah yang harus dipenuhi untuk menjamin kepuasan peserta terhadap pelayanan yang diberikan dan terhadap program *managed care* secara keseluruhan. Pengaduan yang diterima oleh MCO, grup *provider*, atau *provider* perorangan yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan biasanya diselesaikan sesuai dengan prosedur tetap yang telah digariskan dalam program kepuasan peserta.

Persyaratan Adanya Asuransi

Seringkali dipersyaratkan ada asuransi yang menanggung risiko profesi/malpraktek atau *stop-loss* yang harus dimiliki oleh *provider* melalui kontrak dengan MCO. Batas maksimum pertanggung jawaban malpraktek atau liabilitas biasanya tertuang dengan jelas di dalam kontrak.

Jangka Waktu Dan Pemutusan Kontrak

Kontrak dengan *provider* mencantumkan masa berlakunya kerja sama/kontrak yang mengikat kedua belah pihak, persyaratan perpanjangan kontrak, pemberitahuan tentang masa berakhirnya kontrak, alasan penghentian kontrak, dan akibat atau hal-hal yang terkait dengan peserta jika terjadi pemutusan kontrak. Provisi ini bertujuan untuk melindungi peserta dari hal-hal yang menyebabkan peserta tidak bisa menerima pelayanan baik dari *provider* maupun dari MCO. Regulator/pemerintah biasanya melakukan pemantauan secara rutin dan dengan cermat untuk melindungi agar peserta tidak dirugikan akibat putusnya hubungan kontrak antara *provider* dengan sebuah MCO.

Identifikasi Dan Penyelesaian Perselisihan

Kontrak harus mencantumkan cara-cara penyelesaian perselisihan jika kinerja salah satu pihak tidak sesuai dengan kontrak atau jika terjadi perbedaan pemahaman tentang isi kontrak. Kebanyakan kontrak berusaha menyelesaikan perselisihan melalui arbitrator dengan biaya ditanggung bersama atau oleh pihak yang melakukan pelanggaran.

Kontrak umumnya menetapkan bahwa salah satu pihak yang bersalah harus membayar ganti rugi kepada pihak yang dirugikan. Klausula tidak merugikan pihak lain ini (*hold harmless*) perlu untuk

melindungi pihak yang dirugikan akibat kegagalan atau perbuatan yang tidak tepat oleh pihak lainnya. Ini adalah diktum standar dalam setiap hubungan kontrak.

MENGELOLA KONTRAK PROVIDER

MCO bertanggung jawab atas pengelolaan kontrak selama masa berlaku kontrak. Dalam pengelolaan ini termasuk penyelenggaraan survei dan pembuatan laporan evaluasi kinerja, rekredensialing, dan secara aktif menangani keluhan *provider* dan peserta.

SURVEI PESERTA DAN PENGUKURAN KINERJA LAINNYA

Salah satu alat yang penting di dalam mengukur kepuasan peserta adalah melalui survei peserta. Selain itu, MCO mengumpulkan data dari MCO lain tentang kinerja *provider* sebagai perbandingan untuk menilai kinerja. Survei peserta secara rinci akan dibahas dalam bab 4.

REKREDENSIALING

Banyak MCO yang melakukan rekredensialing *provider* secara reguler, umumnya setiap dua tahun. Proses rekredensialing dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- Kunjungan oleh petugas bidang hubungan *provider* dari MCO ke tempat *provider* untuk memeriksa terpenuhinya persyaratan kontrak, khususnya yang menyangkut fasilitas.
- Tinjauan laporan keuangan yang terkait dengan pola praktek dokter dan membandingkannya dengan kinerja dokter lain di dalam MCO tersebut.
- Tinjauan oleh Direktur Medis dari MCO terhadap berbagai pengaduan terhadap pelayanan *provider* yang telah diterima
- Analisis survei peserta tentang waktu tunggu untuk pendaftaran (appointment), waktu tunggu di tempat praktek, dan kesan umum peserta tentang perawatan dan pelayanan yang diterimanya.
- Inspeksi mendadak tentang keberadaan dokter dan response time terhadap kasus emergensi di luar jam praktek
- Identifikasi dan peninjauan bidang-bidang yang berkaitan dengan perbaikan atau peningkatan praktek *provider*

Dokter yang tidak memenuhi standar kontrak yang telah disetujui dapat diberikan sanksi dengan tidak diberikan tambahan peserta, serta dilakukan rekredensialing yang lebih sering, atau kontraknya dihentikan.

PENANGANAN KELUHAN PROVIDER DAN PESERTA

Sebuah MCO mungkin telah berusaha keras untuk memelihara hubungan baik dengan *provider* yang telah dikontraknya. Dokter juga berusaha keras untuk memenuhi segala diktum kontrak untuk memenuhi kebutuhan medis peserta yang terdaftar padanya. Namun demikian, pengaduan atau keluhan tetap saja dapat terjadi. Kontrak harus secara eksplisit mencantumkan prosedur penanganan keluhan *provider* dan peserta. Laporan keluhan tersebut digunakan untuk rekredensialing *provider*.

PERKEMBANGAN KE DEPAN

Di masa yang akan datang sebuah MCO harus mampu mengelola biaya dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh *provider* yang dikontraknya. Inilah tantangan besar MCO di masa datang. MCO harus terus mengembangkan kemampuannya dalam memilih *provider*, negosiasi tarif, dan mengawasi tingkat dan kualitas pelayanan yang diberikan. Peraturan pelayanan kesehatan harus dibuat dengan

cermat dan seksama untuk memungkinkan program-program yang diperlukan tanpa membatasi kebebasan MCO melakukan pengendalian biaya yang diperlukan, misalnya melalui kontrak dan negosiasi dengan *provider*.

Beberapa negara bagian telah membuat peraturan yang mengatur partisipasi *provider* dalam sebuah MCO. Hal ini populer dengan sebutan peraturan “*any willing provider*” atau “perlindungan hukum pasien”, karena peraturan tersebut membolehkan pasien mendapatkan pelayanan di lebih banyak *provider* ketimbang *provider* yang melakukan kontrak dengan MCO melalui suatu proses kredensialing yang ketat. Dalam beberapa kasus, peraturan “*any willing provider*” ini telah menyebabkan MCO melakukan kontrak dengan *provider* yang memberikan pelayanan di bawah standar MCO.

Perubahan lain yang sedang berkembang adalah bahwa perusahaan dan beberapa kelompok yang disponsori oleh para dokter telah melakukan kontrak langsung dengan *provider*. Negosiasi kontrak langsung ini juga bertujuan untuk mengendalikan biaya pelayanan.

KESIMPULAN

Dengan melakukan kontrak dengan *provider* yang tepat, sebuah MCO dapat menyediakan pelayanan yang tepat pada tempat dan waktu yang tepat pula kepada para pesertanya. Kepuasan peserta terhadap *provider* atas pelayanan yang diberikannya merupakan elemen yang sangat penting untuk suksesnya sebuah MCO.

Pasar pelayanan kesehatan menuntut efisiensi di MCO dan di *provider*. *Provider* harus mampu melakukan praktek yang *cost-effective* dan kualitas pelayanan medis yang tinggi jika ia ingin terus berpartisipasi dalam jaringan MCO. MCO itu sendiri harus mampu memenuhi standar efisiensi yang tinggi dan memberikan kepuasan kepada peserta jika ia ingin sukses dalam persaingan pasar yang ketat. Kredensialing adalah salah satu alat yang digunakan MCO untuk memenuhi permintaan pasar.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

Accreditation - Akreditasi

Administrative services - Pelayanan administrasi

Allied health professional - Tenaga kesehatan lain

Any willing provider Law - Peraturan membolehkan *provider* yang ingin untuk ikut MCO

Arbitration - Arbitrase

Board certification - Badan Sertifikasi

Clinical privileges - Privilege klinik

Credentialing

Financial risk - Risiko finansial

Health care facility - Fasilitas kesehatan

Health care facility contracting - Kontrak fasilitas kesehatan

Hold harmless - Ketentuan bebas dari tanggung jawab akibat kerugian pihak lain

License verification - Verifikasi lisensi

Licensure - Lisensi

Malpractice insurance - Asuransi malpraktik

Malpractice liability history - Riwayat liabilitas malpraktik

Member grievance - Keluhan peserta

Member satisfaction - Kepuasan peserta

Member survey - Survei peserta

Non-physician specialist - Spesialis bukan dokter

Patient protection law - Hukum perlindungan pasien

Patient scheduling - Penjadwalan pasien

Patient volume - Jumlah pasien

Physician contracting - Kontrak dokter

Physician practice profile - Profil praktik dokter

Primary care physician - Dokter primer

Provider

Provider compensation - Kompensasi provider

Provider contracting - Kontrak provider

Provider grievance - Keluhan provider

Quality assurance - Program jaminan mutu

Quality monitoring - Pemantauan mutu

Recredentialing

Regulatory requirements - Persyaratan peraturan

Specialist - Spesialis

State Medical Board - Dewan medis negara bagian

Teaching affiliation - Afiliasi pendidikan

Termination - Terminasi

Utilization review - Telaah utilisasi

BAB 3 ADMINISTRASI JARINGAN DAN HUBUNGAN DENGAN PROVIDER

Pendahuluan

Menilai kinerja provider

Bentuk dan ukuran jaringan

Kecenderungan yang berkembang

Merekrut jaringan

Ringkasan

Orientasi dan pendidikan provider

Istilah – istilah penting

PENDAHULUAN

Di dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan tradisional, *provider* dan asuradur beroperasi secara independen. *Provider* memberikan pelayanan secara bebas dan asuradur membayar pasien maupun *provider* berdasarkan tarif *provider* yang wajar dan umum berlaku di suatu wilayah, atau atas dasar tarif yang telah ditetapkan oleh asuradur. Rancangan manfaat (*benefit*) asuransi kesehatan yang demikian tidak menggiring pasien ke *provider* tertentu dan konsumen pada prinsipnya dapat memilih *provider* secara bebas.

Sebaliknya di dalam organisasi *managed care*, asuradur dan *provider* saling berhubungan melalui sebuah ikatan kerjasama atau ikatan pekerjaan. Secara umum, *provider* setuju menyediakan pelayanan tertentu kepada peserta MCO dengan tarif diskon, tarif kesepakatan, atau melalui pembayaran alternatif lainnya seperti kapitasi. *Provider* juga setuju untuk mematuhi persyaratan administrasi, umumnya terkait dengan manajemen pelayanan medis dan pembayaran klaim.

Di dalam beberapa pengaturan MCO, khususnya HMO, *provider* menanggung beberapa risiko finansial untuk biaya dan jumlah pelayanan tertentu yang diberikan kepada peserta *managed care*. Dalam kontraknya *provider* juga mendapat insentif untuk mengendalikan biaya, mempromosikan penggunaan pelayanan preventif, dan memelihara kepuasan peserta pada tingkat tertentu. Tujuan pengaturan ini adalah agar *provider* mengurangi pelayanan yang tidak perlu secara medis dan mengendalikan biaya sambil tetap mempertahankan atau meningkatkan mutu pelayanan dan tingkat kepuasan peserta.

Meskipun *managed care* masih belum diterima secara universal oleh *provider*, pertumbuhan peserta di dalam HMO, PPO dan bentuk *managed care* lainnya telah menimbulkan keinginan *provider* untuk berpartisipasi dalam sistem *managed care* dan telah membuat *provider* lebih bisa menerima sistem pembayaran lain atas pelayanan yang diberikannya kepada peserta MCO. Pada akhirnya keberhasilan *managed care* tergantung dari kemampuan MCO merancang, mengembangkan, dan memelihara jaringan *provider* yang dapat memenuhi kebutuhan pasar. Termasuk di dalamnya adalah kemampuan adaptasi terhadap perubahan tuntutan pembeli dan *provider*. Bab ini menjelaskan prinsip-prinsip di dalam mengembangkan dan memelihara jaringan *provider* yang berkualitas dan dapat dipasarkan.

BENTUK DAN UKURAN JARINGAN

Pembentukan dan besarnya jaringan *provider* sebuah MCO sangat dipengaruhi oleh rancangan produk, selera konsumen, dan karakteristik *provider* di dalam suatu komunitas.

Faktor utama yang menentukan bagaimana sebuah jaringan *provider* dikembangkan adalah jenis produk yang ditawarkan. Produk PPO, dengan sistem pembayaran per pelayanan (*fee for services*) dan jaringan *provider* nya yang luas, umumnya lebih mudah untuk mengembangkan sebuah jaringan dibandingkan dengan produk HMO, khususnya bentuk HMO dimana *provider* menanggung risiko tertentu dan atau tanggung jawab administratif yang besar.

JARINGAN PPO

PPO yang memiliki jaringan *provider* yang luas menjadi daya tarik peserta dan calon peserta, khususnya mereka yang ingin pilihan *provider* yang luas. Jaringan *provider* suatu PPO dapat saja mencakup sebagian besar dokter dan rumah sakit di suatu komunitas, tergantung dari kondisi pasar.

Kelebihan dari PPO dengan jaringan *provider* yang luas adalah:

- Memberikan pilihan yang lebih luas kepada peserta untuk tetap menggunakan jaringan *provider*;
- Memungkinkan *provider* melakukan rujukan pasien kepada dokter lain di dalam jaringan tanpa harus memutuskan rantai rujukan;
- Memperbolehkan kontrak ganda sehingga mengurangi dampak jika ada *provider* yang memutuskan hubungan kontrak dengan MCO;
- Membantu pengendalian biaya karena pada akhirnya proporsi orang yang berobat di dalam jaringan dengan biaya diskon akan lebih besar.

Manfaat jaringan *provider* yang besar dan luas harus diperhitungkan dengan biaya pemeliharaan dan pengembangan jaringan *provider* yang luas tersebut. Namun demikian, sekali jaringan yang luas tersebut telah dikembangkan (atau telah terbentuk hubungan kerja dengan intermediari untuk mengembangkan dan memelihara jaringan) peningkatan biaya jaringan PPO yang luas menjadi relatif kecil.

Potensi kerugian lain dari jaringan *provider* yang luas adalah hubungan antara besarnya jaringan dan kemampuan MCO mendapatkan tarif diskon dengan *provider*. Secara teoritis, membatasi jaringan *provider* pada ukuran tertentu dapat membantu MCO memperoleh diskon yang lebih besar karena kemampuannya memberikan pasien yang lebih banyak kepada suatu *provider*. Hal ini mungkin dapat berlaku untuk kontrak dengan rumah sakit, karena rumah sakit umumnya mengetahui pesaingnya dan pangsa pasar masing-masing rumah sakit lainnya. Untuk kontrak dengan dokter secara perorangan hal ini mungkin kurang mengena karena dokter memiliki kemampuan yang kurang di dalam mengetahui tingkat persaingan dan manfaat kontrak dengan PPO.

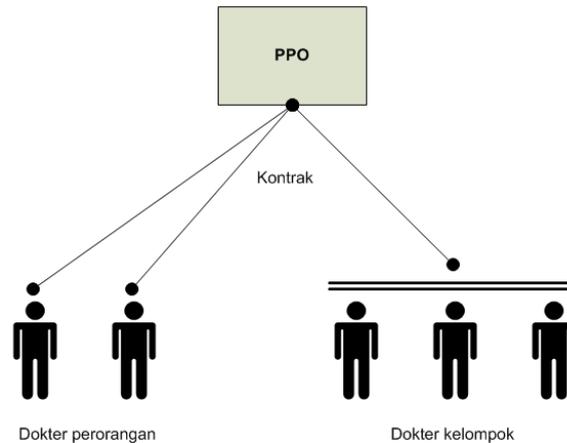
Penggunaan Jasa Intermediari (Perantara)

Pertimbangan penting dalam menjalin kontrak dengan *provider* bagi PPO adalah apakah MCO sebaiknya kontrak langsung dengan dokter atau menggunakan jasa organisasi perantara (intermediari) baik dalam melakukan negosiasi ataupun memelihara jaringan *provider* (gambar 3.1 dan 3.2). Organisasi intermediari mempunyai variasi yang luas dalam ukuran, cakupan, dan bentuk.

Organisasi intermediari PPO yang kecil umumnya dibentuk oleh *provider*, mewakili beberapa puluh dokter atau beberapa ratus dokter di dalam suatu wilayah. Misalnya, sebuah PPO bisa jadi hanya mewakili dokter di suatu *county* (semacam kota) atau hanya terdiri dari dokter yang bekerja di suatu rumah sakit saja. Bentuk intermediari PPO lain misalnya mempunyai ratusan dokter spesialis tertentu saja (misalnya ahli rehabilitasi medis, chiropraktor, atau psikiater) di dalam suatu wilayah yang relatif besar, seperti di suatu negara bagian. Intermediari ini memungkinkan *provider* kontrak dengan berbagai PPO secara lebih efektif. Mereka juga dapat melakukan kontrak dan administrasi terpusat.

Pada ekstrim lain, organisasi intermediari PPO dapat memiliki jaringan yang luas yang terdiri dari ratusan ribu dokter dan rumah sakit di beberapa negara bagian atau di sebagian besar negeri. Organisasi ini membantu MCO melakukan kontrak dengan amat mudah. Mereka memasarkan jaringan mereka kepada perusahaan besar atau organisasi yang tidak mau mengambil risiko dan membayar mahal untuk mengembangkan jaringannya sendiri. Intermediari ini juga sering menawarkan berbagai pelayanan ekstra seperti manajemen utilisasi dan memelihara atau mengerjakan kontrak dengan *provider* lain.

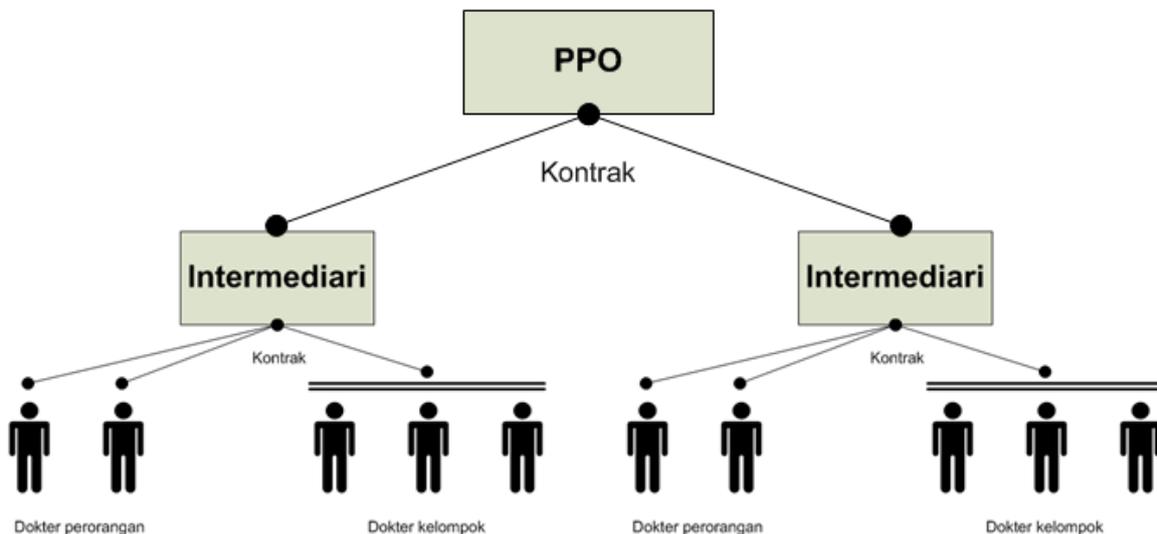
Suatu contoh intermediari jenis ini adalah organisasi yang bisnis utamanya adalah mengembangkan dan mengelola jaringan *provider* dan menawarkan jasanya kepada asuradur atau perusahaan besar. Contoh lainnya adalah intermediari Blue Cross-Blue Shield yang menawarkan jaringannya kepada perusahaan besar yang menjamin langsung karyawannya sendiri.



Gambar 3.1. PPO kontrak langsung.

Kontrak Langsung Vs Melalui Intermediari

Jaringan *provider* sebuah PPO dapat dibentuk dengan melakukan kontrak langsung dengan *provider* atau menyerahkan (*outsourcing*) pengembangan jaringan kepada organisasi intermediari. Keputusan sebuah MCO untuk melakukan kontrak langsung sendiri atau melalui intermediari sangat bergantung kepada berbagai faktor dan dapat bervariasi di berbagai wilayah seperti pangsa pasar MCO dan ada tidaknya organisasi intermediari.



Gambar 3.2. PPO kontrak melalui intermediari.

Keuntungan kontrak langsung dengan *provider* antara lain:

- Memberikan PPO keleluasaan kendali tentang besarnya pembayaran, cara pembayaran dan kemampuan PPO untuk memilih atau tidak memilih seorang dokter untuk memenuhi permintaan konsumen atau keterbatasan dana.
- Menghindari biaya administrasi tambahan yang mungkin mahal dan menghambat hubungan langsung antara PPO dan *provider*

- Dapat membantu MCO yang besar di dalam mendapatkan tarif yang lebih murah dibandingkan dengan melalui intermediari yang mewakili berbagai PPO kecil dengan daya tawar yang rendah
- Dapat memungkinkan PPO memiliki jaringan *provider* dengan kinerja tinggi yang mampu menarik pasar dan bersaing dengan PPO lainnya

Namun demikian, ada beberapa kerugian kontrak langsung yaitu antara lain:

- Membutuhkan modal yang cukup besar dalam bentuk infrastruktur dan tenaga yang mampu melakukan kontrak, kredensialing, dan memelihara jaringan *provider*
- Membutuhkan pengetahuan/penguasaan pasar setempat untuk menjamin bahwa negosiasi dapat diterima oleh *provider* dan memiliki daya saing yang tinggi
- Memakan waktu yang lama karena harus bekerja dengan jumlah dokter yang banyak

Secara umum, MCO melakukan kontrak langsung jika MCO tersebut memiliki kemampuan mengembangkan dan memelihara jaringan *provider* serta MCO tersebut memiliki pangsa pasar yang memadai untuk bisa menawar harga pelayanan. MCO yang memiliki kemampuan terbatas, memiliki pangsa pasar yang kecil, atau memiliki nama yang belum terkenal cenderung melakukan kontrak melalui intermediari.

JARINGAN HMO

Rancangan jaringan *provider* pada HMO berbeda dengan rancangan jaringan *provider* pada PPO, karena HMO memiliki

- Hubungan yang lebih erat antara dengan *provider*
- Adanya sebagian risiko finansial untuk biaya dan jumlah pelayanan medis yang diberikan kepada peserta
- *Provider* memiliki tanggung jawab yang lebih besar dalam hal fungsi administrasi (misalnya: kredensialing, otorisasi, dan pembayaran klaim)

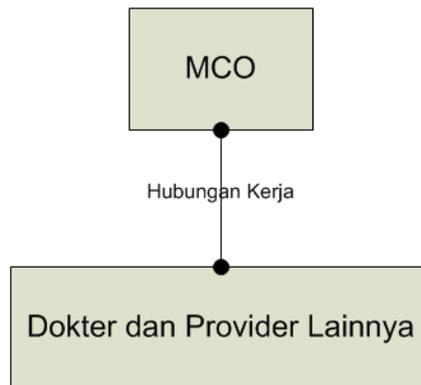
Tujuan utama berbagi-risiko (*risk-sharing*) adalah menghubungkan keputusan dokter dalam memberikan pelayanan dengan biaya yang ditimbulkannya melalui pemberian perhatian yang lebih besar terhadap biaya satuan (*unit cost*) dan perawatan/pengobatan klinis yang paling efisien dalam situasi klinis tertentu.

Beberapa model generik HMO - staf, grup, IPA, dan jaringan - ditentukan oleh struktur organisasi dokter dan hubungan antara MCO dengan dokter atau organisasi dokter (lihat Buku Managed Care – Bagian A Bab 3). Kontrak *provider* yang dibahas dalam bab ini menekankan pada perbandingan HMO Staf dan HMO IPA, yang mempunyai perbedaan menyolok dalam spektrum hubungan dokter-MCO.

HMO Staf

Di dalam HMO Staf, asuradur memiliki fasilitas kesehatan dan atau mempekerjakan dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan kepada peserta HMO (Gambar 3.3). Seringkali, dokter yang bekerja pada HMO tersebut hanya melayani pasien HMO itu saja. Cara seperti ini memberikan HMO kemampuan yang besar dalam mengendalikan biaya dan pelayanan. Model ini khususnya baik dikembangkan di komunitas dimana *provider* setempat tidak ingin melakukan kontrak dengan HMO atau mempunyai kapasitas terbatas untuk kontrak dengan HMO.

Namun demikian, mengembangkan dan mengelola fasilitas kesehatan dan mempekerjakan dokter dan *provider* lainnya membutuhkan modal yang cukup besar, waktu yang panjang, dan kemampuan khusus yang biasanya tidak dimiliki perusahaan asuransi tradisional. Biaya tetap bisa menimbulkan masalah khususnya dalam persaingan yang tinggi dan yang terus berubah. Misalnya beberapa HMO staf mengelola rumah sakit yang mempunyai tingkat okupansi jauh di bawah kapasitasnya.

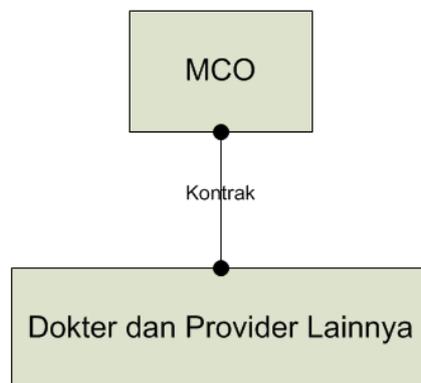


Gambar 3.3. HMO model staf.

Oleh karena itu, pengembangan HMO Staf hanya bisa dilakukan dalam situasi dimana terdapat sedikit tenaga kesehatan yang berminat dengan sistem HMO dan MCO tersebut memiliki penetrasi pasar yang tinggi, memiliki modal yang memadai, menguasai pengelolaan fasilitas (rumah sakit dan klinik), dan mampu mengelola tenaga profesi kesehatan.

HMO Model IPA

HMO model IPA dapat melakukan kontrak dengan dokter melalui berbagai cara. Salah satu caranya adalah HMO melakukan kontrak langsung dengan dokter dan *provider* lainnya, hal ini disebut kontrak langsung HMO model IPA (Gambar 3.4). Cara lain adalah dengan melakukan kontrak dengan asosiasi dokter (IPA), bukan dokter orang per orang (Gambar 3.5). Dengan melakukan kontrak melalui IPA, HMO dapat mengurangi beban negosiasi dan pemasaran dengan sejumlah dokter. Lagi pula, IPA dapat melakukan beberapa manajemen medis dan fungsi administratif, seperti manajemen utilisasi dan tinjauan seprofesi (*peer review*).

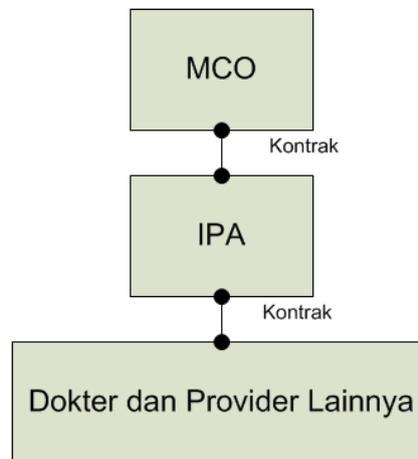


Gambar 3.4. HMO model IPA – Kontrak Langsung

Dalam model HMO-IPA, dokter merupakan *provider* yang dikontrak tidak terikat, sehingga dokter masih dapat melayani pasien non HMO dan biasanya dapat melakukan kontrak dengan HMO atau MCO lainnya. (Meskipun demikian, kontrak eksklusif antara HMO model IPA dengan dokter yang harus melayani peserta HMO itu saja semakin umum di berbagai tempat di Amerika). Untuk peserta, HMO model IPA memberikan pilihan *provider* yang lebih banyak. Keuntungan lain dari HMO IPA adalah bahwa model ini dapat dikembangkan secara cepat dan dengan modal yang relatif kecil, tanpa investasi modal untuk pemberian langsung pelayanan kesehatan.

Meskipun istilah IPA sering disebut dalam industri *managed care*, penting untuk mengenali bahwa IPA sangat bervariasi jika dilihat dari besarnya, strateginya, dan kemampuannya memberikan pelayanan kepada peserta. Ada IPA yang kecil yang hanya memiliki beberapa sistem administrasi dan

ada yang berbentuk perusahaan besar yang canggih pengelolaannya, dengan kemampuan manajemen medis dan pengalaman administrasi yang banyak, mempunyai pendapatan tahunan jutaan dolar, dan kemampuan menanggung risiko pelayanan kesehatan yang besar. IPA berkembang sangat pesat dan mereka berjanji bahwa mereka akan menjadi unsur kunci pembawa perubahan dokter yang mau ikut serta dalam *managed care*, khususnya dalam membantu dokter mengelola biaya dan kualitas pelayanan.

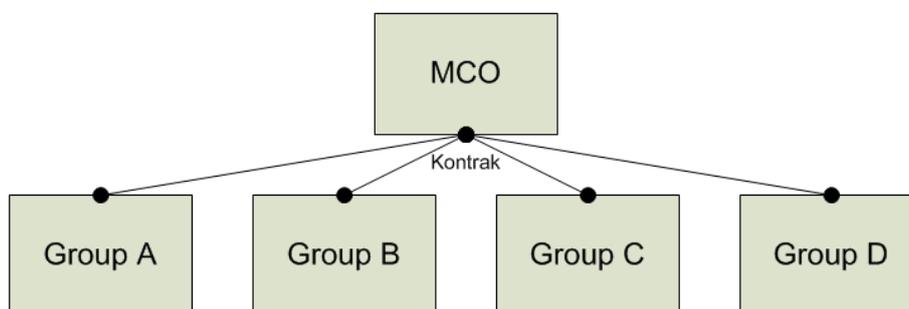


Gambar 3.5. HMO model IPA – Kontrak melalui Intermediari.

HMO model IPA mempunyai dua kekurangan utama, yaitu:

- Jika dibandingkan dengan HMO model Staf, model IPA lebih sulit mengendalikan biaya dan mempengaruhi pola praktek dokter, khususnya jika MCO hanya memiliki jumlah anggota yang sedikit.
- Hubungan non eksklusif antara asuradur dengan *provider* menyebabkannya sulit membangun jaringan *provider* yang berkinerja tinggi (istimewa) yang berbeda dengan yang ditawarkan MCO lain.

Ada banyak variasi antara HMO model Staf dan HMO model IPA yang dapat dikembangkan dalam hal kontrak dokter/*provider*, seperti misalnya kontrak dengan kelompok dokter multispesialis atau jaringan yang terdiri atas berbagai praktisi, IPA, dan kontrak langsung dokter. Model ini dikenal sebagai model HMO campuran (*mixed model* HMO) (Gambar 3.6). Model campuran ini semakin banyak ditemui di dalam pasar pelayanan kesehatan Amerika karena model ini menawarkan pilihan *provider* dan pelayanan klinis yang lebih luas.



Gambar 3.6. HMO model campuran (*mixed model*).

Ukuran Jaringan

Menentukan ukuran jaringan yang memadai memerlukan penyeimbangan antara permintaan pasar dan kesulitan pengelolaan jaringan *provider*. Jaringan *provider* HMO cenderung lebih sedikit, lebih selektif, dan lebih kecil dibandingkan dengan jaringan *provider* PPO di dalam suatu komunitas, karena jumlah *provider* yang mampu dan mau kontrak dengan menanggung risiko finansial dan

administratif yang harus dilakukan dengan HMO. Karena jumlah pasien merupakan faktor penting di dalam kontrak risiko HMO, manajer *provider* sebuah HMO harus mampu mencari keseimbangan antara permintaan jaringan *provider* dan keharusan memberikan volume pasien yang memadai.

Kontrak yang lebih eksklusif dapat memberikan jumlah pasien yang lebih besar untuk mengelola risiko dan memberikan insentif kepada *provider* untuk menyediakan sumber daya yang memadai, melakukan manajemen mutu, dan mengembangkan berbagai cara pengendalian biaya yang efektif. Jika sebuah MCO melakukan kontrak dengan sejumlah kecil *provider* yang terpilih dan hanya mencakup sebagian kecil *provider*, MCO tersebut umumnya akan melakukan kontrak eksklusif sehingga *provider* tersebut tidak bisa melayani pasien HMO pesaing. Dengan cara itu sebuah MCO dapat bersaing dengan lebih kuat, khususnya jika *provider* yang dikontrak adalah para dokter yang mempunyai reputasi tinggi.

Dalam sebuah komunitas, ukuran jaringan MCO dipengaruhi oleh:

- Besarnya peserta sebuah MCO
- Banyaknya dokter yang berminat melakukan kontrak dengan MCO di dalam komunitas tersebut
- Perilaku dokter setempat dan pengalaman kerja dengan HMO

Faktor-faktor tersebut perlu diperhatikan pada waktu mengembangkan jaringan HMO dan perlu diingat pula bahwa pasar pelayanan kesehatan selalu berubah dari waktu ke waktu.

MEREKRUT JARINGAN

Melakukan kontrak dengan *provider* membutuhkan staf dan sumber daya organisasi lainnya yang secara tradisional tidak tersedia di perusahaan asuransi. Sumber daya ini meliputi pengalaman staf dalam melakukan kontrak dengan *provider*, penguasaan serta sensitivitas terhadap tuntutan dokter dan rumah sakit secara umum, dan berbagai hal yang terkait dengan dinamika pasar. Hal yang penting lainnya adalah sistem informasi dan administrasi pengelolaan jaringan *provider*, misalnya, penetapan klaim sesuai dengan persetujuan dan persyaratan yang telah disepakati antara MCO dan *provider*.

Jika sebuah MCO menggunakan intermediari untuk mengembangkan dan memelihara jaringan *provider*, MCO harus mengetahui secara rinci proses seleksi *provider*. Organisasi intermediari yang merekrut *provider* dapat menjadi mitra penting di masa mendatang atau untuk waktu yang lama. Sebagai tugas tambahan, intermediari dapat diberikan fungsi atau bertanggung jawab atas pemeliharaan jaringan yang handal dari waktu ke waktu. Sebuah proses permohonan proposal (a request for proposal, RFP) dapat digunakan untuk memilih intermediari. Seleksi ditekankan pada elemen berikut:

- Jaringan *provider* yang tersedia di organisasi intermediari, yang meliputi jumlah dokter, variasi spesialisasi, dan distribusi geografisnya
- Tarif yang bersaing yang ditawarkan oleh organisasi intermediari di pasaran setempat
- Kemampuan administratif organisasi intermediari, khususnya dalam hal proses klaim dan manajemen utilisasi; hal ini sangat penting bagi MCO yang tidak memiliki pengalaman di bidang tersebut.

IDENTIFIKASI PROVIDER

Provider yang ingin dikontrak oleh MCO harus diidentifikasi secara sistematis. Faktor berikut ini sering masuk dalam pertimbangan dalam pemilihan jaringan *provider* sebuah MCO

- Aksesabilitas geografis
- Reputasi

- Sikap terhadap *managed care*
- Biasa tidaknya *provider* tersebut bekerja dalam lingkungan *managed care*
- Kapasitasnya
- Kemampuan administrasi
- Afiliasi organisasi
- Kemampuan bahasa dan budaya
- Afiliasi rumah sakit
- Partisipasi dalam jaringan MCO lainnya

KOMUNIKASI DENGAN PROVIDER

Biasanya ada dua cara komunikasi dengan *provider* yang telah diidentifikasi untuk diangkat atau dikontrak: rekrutmen melalui layanan pos dengan tindak lanjut telepon dan rekrutmen tatap muka. Cara yang digunakan sangat tergantung pada persyaratan kontrak dan apakah *provider* di dalam komunitas tersebut memiliki pengalaman dengan kontrak serupa.

Rekrutmen Melalui Layanan Pos

Untuk kontrak PPO dengan pembayaran per pelayanan (*fee for service*), rekrutmen via pos dapat dilakukan, dengan tindak lanjut telepon untuk menjawab beberapa pertanyaan tentang klausula kontrak. Tatap muka untuk kontrak semacam itu jarang diperlukan, kecuali jika dokter kurang pengalaman dengan kontrak *managed care*.

Rekrutmen Tatap Muka

Kontrak HMO, khususnya yang mengandung persyaratan administratif yang besar atau menyangkut kontrak risiko (seperti kapitasi, pool dana spesialis, berbagi risiko (*risk-sharing*) dengan rumah sakit, atau insentif lainnya) hampir selalu memerlukan tatap muka, presentasi, dan diskusi antara MCO dengan *provider* yang dituju. Cara ini memakan waktu lama dan biaya yang mahal, khususnya jika ingin dikembangkan jaringan yang luas. Salah satu proses yang harus dilakukan adalah meyakinkan bahwa *provider* menyadari sepenuhnya tentang tanggung-jawabnya di dalam kontrak dengan MCO.

REKRUTMEN PROVIDER SEBAGAI ALAT PEMASARAN

Proses rekrutmen *provider* dapat merupakan kontak pertama yang dilakukan MCO dengan *provider* di dalam suatu komunitas. Oleh karenanya MCO harus menjelaskan entitasnya dan tujuannya dengan jelas dan positif kepada *provider* yang akan dikontraknya. Sesungguhnya MCO melakukan pemasaran dirinya kepada komunitas *provider* dan mencari mitra kerja yang positif dan sebaik mungkin.

ORIENTASI DAN PENDIDIKAN PROVIDER

Orientasi *provider* dan pendidikan berkelanjutan bagi *provider* tentang operasi MCO merupakan faktor esensial di dalam memelihara kepuasan *provider*, kepuasan peserta, dan efisiensi administratif. Hal ini khususnya sangat penting bagi HMO karena persyaratan administrasi yang sangat berbeda dengan lingkungan pembayaran per pelayanan (*fee for service*).

Untuk mencapai efektivitas yang tinggi, pendidikan *provider* harus mencakup pendidikan kepada dokter yang bersangkutan dan kepada karyawan dokter/klinik yang akan berhubungan dengan peserta MCO

PENDIDIKAN DOKTER

Orientasi dokter harus mencakup masalah administrasi dan masalah klinis. Persyaratan administrasi harus logis, sederhana, dan disampaikan secara jelas agar bisa dilaksanakan secara baik (*compliance*) dan tidak birokratis. Kemampuan sebuah MCO mengendalikan biaya dan meningkatkan kualitas tergantung pada kemampuan organisasi dalam mengenali cara-cara khusus menangani masalah medis dan merangsang cara-cara ini dilaksanakan oleh *provider* yang dikontrak. Oleh karenanya, mendorong *provider* melakukan praktek terbaik sangatlah penting di dalam suksesnya sebuah MCO.

Komunikasi dokter-MCO tentang masalah klinis harus disampaikan secara profesional oleh staf yang terlatih yang mengerti kompleksitas pengambilan keputusan klinis dan mampu menjelaskan kebijakan klinis. Kebijakan klinis sebuah MCO harus ditunjang oleh literatur klinik yang terbaru, dan harus disampaikan secara reguler kepada dokter yang telah dikontrak. Karena standar klinik berkembang amat pesat dan sulitnya menerapkan kebijakan umum yang luas di dalam menangani seorang pasien, dokter yang dikontrak harus mendapat kesempatan untuk mendiskusikan kebijakan klinik dan aplikasinya kepada pasien mereka dengan dokter yang mempunyai reputasi tinggi yang mewakili MCO.

MCO yang tidak memberikan kesempatan kepada dokter yang dikontrak untuk memberikan masukan dalam pembuatan pedoman klinik mempunyai risiko kehilangan dokter terbaik di dalam jaringan *provider* nya.

PENDIDIKAN STAF

Ada dua alasan mengapa pendidikan yang efektif, sistematis, dan terus menerus kepada staf penunjang dokter praktek perlu dilakukan. Pertama bahwa staf penunjang tersebut berkomunikasi secara teratur dengan peserta MCO dan kedua tingginya pertukaran staf (*turnover rate*) di tempat praktek dokter.

Proses orientasi untuk staf penunjang tersebut harus menggunakan berbagai metoda komunikasi yang mencakup:

- Bahan tertulis
- Video
- Kunjungan lapangan
- Presentasi
- Telepon tindak lanjut
- Telepon hotline untuk *provider*

FREKUENSI PELATIHAN

Sering tidaknya sebuah MCO melakukan pendidikan kepada dokter dan stafnya bergantung kepada tingkat kompleksitas kontrak *provider*, seberapa sering pertukaran staf, dan apakah kesalahpahaman dan kekeliruan prosedur terjadi. Paling sedikit, sebuah MCO harus memberikan orientasi kepada setiap personalia baru, penyegaran tahunan, dan mampu memberikan pelatihan tambahan kepada *provider* yang mengalami kesulitan atau tingginya pertukaran staf.

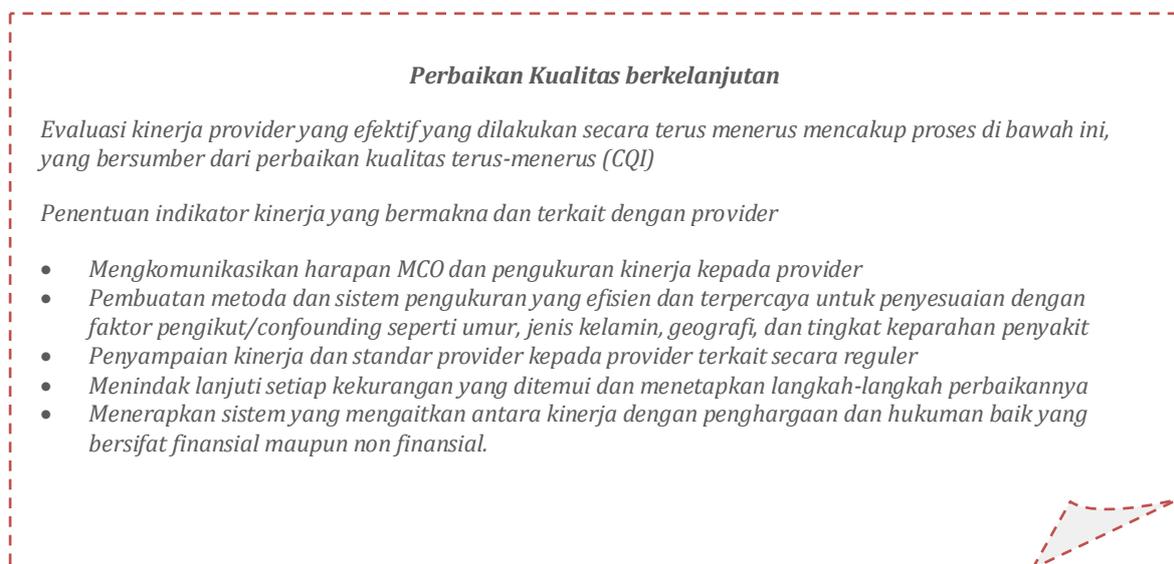
MENILAI KINERJA PROVIDER

HMO dan PPO melakukan penilaian/evaluasi *provider* secara ekstensif sebelum *provider* tersebut dikontrak melalui proses kredensialing, dan dalam beberapa hal, melalui kriteria seleksi tertentu (lihat Bab 2). Umumnya, ruang lingkup tinjauan sebelum kontrak ini lebih bebas pada HMO dibandingkan dengan pada PPO. Penilaian *provider* ini diteruskan setelah ikatan kerja sama

ditandatangani dengan penekanan pada kinerja praktek (Gambar 3.7). Penilaian berkelanjutan ini penting karena:

Pertama, karena MCO membatasi dan mempengaruhi pilihan *provider* oleh pesertanya maka MCO mempunyai kewajiban menjamin pilihan *provider* yang memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan MCO. Ketidak-mampuan MCO memantau mutu pelayanan yang baku menimbulkan risiko, khususnya jika peserta menerima pelayanan di bawah standar dari *provider* yang dikontraknya.

Kedua, penilaian berkelanjutan terus menerus membantu MCO memperbaiki mutu pelayanan dan perawatan serta menurunkan biaya pelayanan yang diberikan melalui jaringan provider. Penilaian ini juga membantu MCO mengenali berbagai permasalahan yang dapat menimbulkan biaya yang tidak perlu dan ketidak-puasan peserta. Bagi dokter jaringan, mengetahui kinerjanya sendiri dibandingkan dengan kinerja dokter yang lain juga perlu untuk peningkatan pelayanannya. Pengukuran kinerja berbasis biaya yang ditunjang dengan literatur ilmiah dapat merupakan piranti yang kuat untuk memotivasi dokter mencari penyelesaian klinis terbaik pada seorang pasiennya. Perlu diingat bahwa pengembangan dan penilaian kinerja klinik membutuhkan perhatian yang cermat terhadap berbagai perbedaan spesialisasi dan kelompok peserta, misalnya kinerja dokter spesialis anak harus dibandingkan dengan kinerja dokter spesialis anak yang lain, bukan dengan dokter umum.



Gambar 3.7. Perbaikan Kualitas Berkelanjutan.

PENGUKURAN KINERJA PROVIDER BERDASARKAN BIAYA

Berbagai cara digunakan untuk menilai kinerja *provider* sebuah MCO secara rutin, termasuk menggunakan berbagai kriteria yang telah digunakan pada waktu seleksi untuk kontrak *provider*. Karena pengendalian biaya, mutu pelayanan oleh berbagai *provider* merupakan faktor esensial dalam *managed care*, maka melakukan penilaian utilisasi dan biaya menjadi pusat perhatian MCO. Penilaian kinerja berbasis biaya mencakup:

- Biaya per kunjungan
- Biaya per hari rawat
- Biaya per perawatan
- Biaya per kasus operasi/pembedahan
- Biaya per peserta per bulan, dalam bentuk jumlah total dan per pelayanan tertentu

- Angka perawatan (hari rawat per 1000 peserta per tahun, jumlah pasien dirawat per 1000 peserta per tahun, rata-rata lama hari rawat)
- Angka operasi Caesar
- Angka operasi/pembedahan per rujukan

PENGUKURAN KINERJA PROVIDER BERDASARKAN KUALITAS LAYANAN DAN KEPUASAN PESERTA

Meskipun penilaian berbasis biaya akan tetap merupakan pusat perhatian MCO dalam penilaian kinerja *provider*, MCO akan semakin meningkatkan perhatian pada pengukuran kinerja berbasis kualitas layanan dan kepuasan peserta. Penilaian berbasis kualitas layanan dan kepuasan peserta mencakup:

- Akses terhadap pendaftaran pasien/perjanjian
- Lama waktu menunggu pendaftaran
- Angka keluhan peserta
- Angka peserta *lapse/drop out/berhenti*
- Tingkat kepuasan peserta
- Angka imunisasi
- Angka pelayanan preventif (misalnya imunisasi, mamografi, *screening* ginekologi, pemeriksaan kolesterol rutin, perawatan ante natal, dsb)
- Angka komplikasi (misalnya pembedahan)
- Perawatan yang tidak diharapkan (*unexpected*) atau yang dapat dicegah atau perawatan berulang.

Salah satu sumber untuk menilai kualitas layanan yang tersedia di Amerika adalah satu perangkat data dan informasi tentang MCO (Health Plan Employer Data and Information Set – HEDIS). Kini semakin banyak perusahaan yang menggunakan HEDIS untuk memilih MCO yang mendorong MCO melakukan pemantauan kualitas layanan dan terus mengukur kinerja *provider* yang dikontraknya. Diskusi lebih lanjut dapat dilihat pada Bab 4.

INSENTIF UNTUK YANG BERKINERJA TINGGI

Selain indikator kinerja yang tertulis di dalam kontrak dengan *provider*, pengukuran dan pemantauan lainnya masih tetap diperlukan. Agar penilaian dan pemantau kinerja *provider* dapat berjalan efektif, maka penilaian tersebut harus diikuti dengan insentif finansial dan non finansial. Kini semakin banyak MCO yang secara terbuka memberikan insentif finansial yang menarik kepada *provider* yang mempunyai kinerja dan tingkat kepuasan peserta yang tinggi. Penghargaan itu antara lain berupa pembayaran yang lebih tinggi bagi seluruh pelayanan yang diberikan atau pemberian bonus secara berkala kepada *provider* yang memenuhi atau melampaui standar mutu yang ditetapkan .

KESIMPULAN

Esensi *managed care* adalah terciptanya pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi dan terjangkau melalui koordinasi pembiayaan dan penyediaan pelayanan. Faktor kritis di dalam mencapai tujuan tersebut adalah proses pengembangan dan pengelolaan jaringan *provider* yang memiliki komitmen terhadap falsafah *managed care*. Yang juga merupakan faktor kritis adalah pemberian insentif finansial kepada *provider* yang berbeda dengan pola tradisional pembayaran per pelayanan, dimana *provider*, khususnya dokter, memiliki motivasi yang tinggi dan mendapatkan penghargaan yang menarik atas usahanya menyediakan pelayanan yang bermutu dan *cost-effective*.

ISTILAH - ISTILAH PENTING

Capitation - Kapitasi

Clinical protocol - Protokol klinik

Consolidation - Konsolidasi

Continuous quality improvement (CQI)

Contractual arrangements - Pengaturan kontrak

Cost-based performance measures - Pengukuran kinerja berbasis biaya

Credentialing

Direct contracting - Kontrak langsung

Discounts - Diskon

Face-to-face recruiting - Rekrutmen tatap muka

Financial incentives - Insentif finansial

Financial risk - Risiko finansial

Health plan employer data and information set (HEDIS)

Incentives - Insentif

Intermediary organization - Organisasi intermediary

IPA Model HMO

Mail recruiting - Rekrutmen via POS

Mixed model HMO - HMO campuran

Negotiated discount - Diskon negosiasi

Network configuration - Konfigurasi jaringan

Network recruiting - Rekrutmen jaringan

Network size - Ukuran jaringan

Nonfinancial incentive - Insentif non finansial

Physician education - Pendidikan dokter

Quality based performance measures - Pengukuran kinerja berbasis mutu

Reimbursement - Pembayaran penggantian

Request for proposal process - Proses permintaan proposal

Risk-sharing - Berbagi risiko

Specialty capitation - Kapitasi spesialis

Staff education - Pendidikan pegawai

Staff model HMO

Telephone recruiting - Rekrutmen via telepon

BAB 4 PEMASARAN DAN PELAYANAN PESERTA

<i>Pendahuluan</i>	<i>Survei kepuasan peserta</i>
<i>Peran dan fungsi staf pemasaran dan penjualan</i>	<i>Survei provider dan kepesertaan lain</i>
<i>Fungsi dan peran pelayanan peserta</i>	<i>Proses penanganan keluhan dan komplain peserta</i>
<i>Manfaat produk dan pemasaran</i>	<i>Tren yang berkembang</i>
<i>Mendefinisikan pelayanan</i>	<i>Ringkasan</i>
<i>Riset pasar</i>	<i>Istilah – istilah penting</i>

PENDAHULUAN

Pemasaran, penjualan, dan pelayanan peserta memiliki peran yang sangat berbeda antara MCO dengan asuransi kesehatan tradisional atau indemnititas, karena perbedaan manfaat dan berbagai pelayanan yang ditawarkan kepada prospek peserta. Asuransi kesehatan indemnititas sering dikenal dengan asuransi sakit, karena perusahaan asuransi berinteraksi dengan peserta atau tertanggung hanya pada waktu terjadinya klaim penggantian biaya karena jatuh sakit atau mengalami ruda paksa dan berobat.

Sebaliknya MCO berinteraksi dengan peserta/tertanggung jauh lebih sering karena pelayanan kesehatan dikelola oleh dokter primer sebelum, selama, dan sesudah terjadinya penyakit. Selain itu, ada interaksi antara bagian pemasaran dan bagian lain di dalam MCO misalnya, jika suatu klaim tidak dibayar, staf pelayanan peserta harus mengetahui tentang hal itu. MCO harus menyesuaikan pemasaran, penjualan, dan pelayanan peserta dengan kebutuhan informasi dan pendidikan yang terus berubah di dalam pasar pelayanan kesehatan.

Karena pemberi kerja dan pekerja terus mendapat pengalaman baru ketika berhubungan dengan MCO baik sebagai pembayar maupun sebagai peserta MCO, mereka menjadi pembeli dan konsumen yang semakin canggih. Seringkali perbedaan utama antara satu MCO dengan MCO lainnya terletak pada jaringan *provider* yang ditawarkan. Karena pelayanan *managed care* merupakan produk yang tidak tampak, konsumen berusaha mencari tanda-tanda yang dapat digunakan untuk menilai baik atau tidaknya pelayanan MCO, dan jaringan *provider* merupakan salah satu yang mudah tampak. Sebuah MCO yang memiliki keunikan tersendiri dibandingkan dengan pesaingnya akan mampu memperoleh pangsa pasar yang besar. Bab ini membahas peran pemasaran, penjualan, dan pelayanan peserta di dalam pasar yang terus berubah. Pembahasan dalam bab ini juga mencakup berbagai jenis MCO.

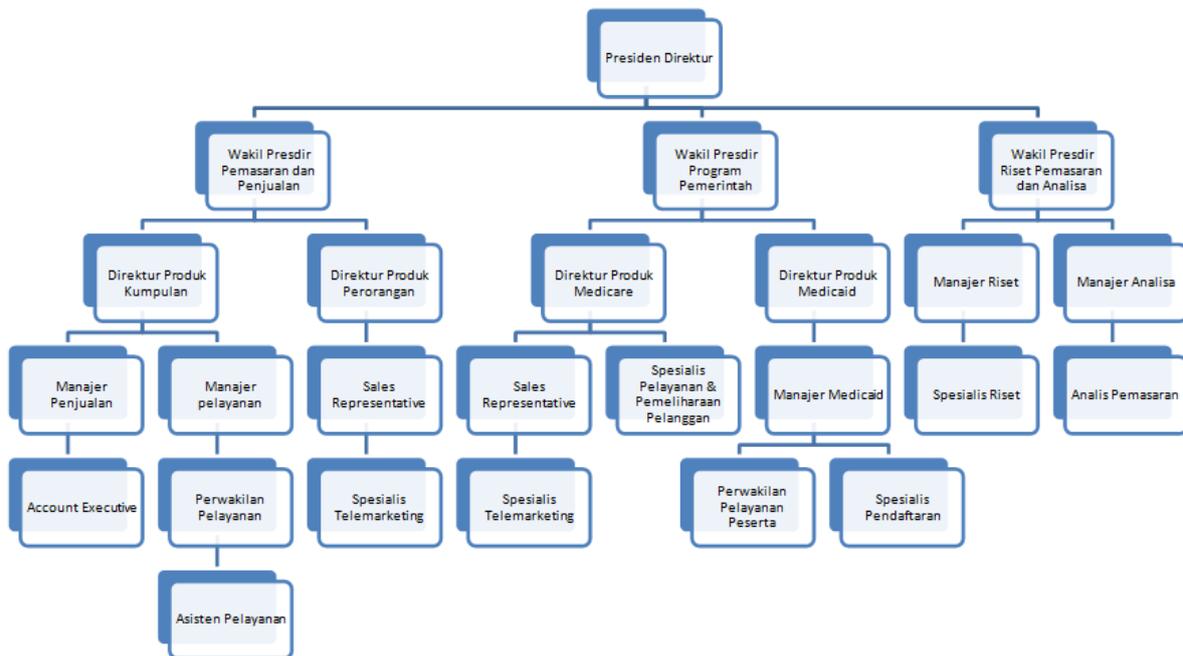
PERAN DAN FUNGSI STAF PEMASARAN DAN PENJUALAN

STRUKTUR ORGANISASI BAGIAN PEMASARAN DAN PENJUALAN

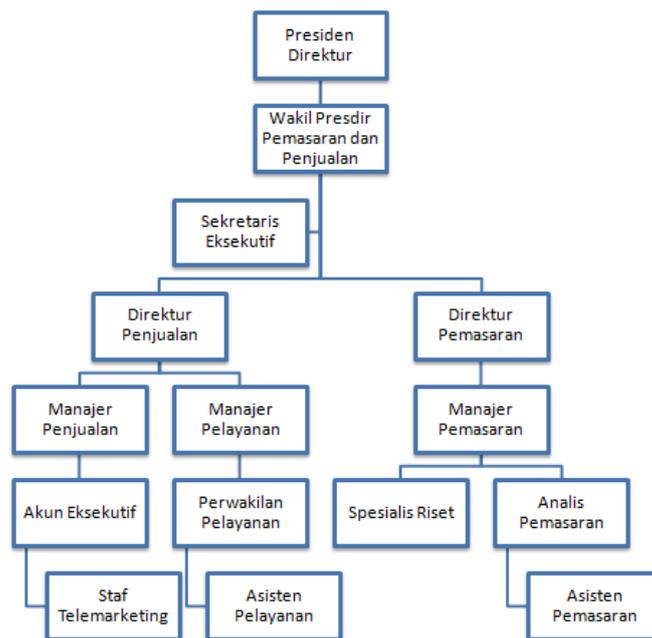
Penyedia jasa jaminan/asuransi kesehatan adalah perusahaan asuransi jiwa, asuransi umum dan badan pelaksana jaminan kesehatan (MCO). Perusahaan asuransi yang memasarkan asuransi kesehatan perorangan cenderung untuk mengembangkan organisasi product driven, yang secara tegas menekankan penjualan produk dengan mengutamakan sistem distribusi, misalnya keagenan dan harga yang bersaing. Dalam organisasi pengendalian produk, peran departemen pemasaran dibatasi hanya menjual produk-produk yang dirancang oleh perusahaan. Lain halnya dengan asuransi kumpulan atau kelompok atau group, perusahaan menyediakan produk atas permintaan nasabah dan populer dengan istilah produk tailored made. Secara tidak dideklarasikan, banyak perusahaan asuransi khususnya asuransi jiwa telah memasarkan produk jaminan kesehatan dengan

sistem klaim berupa pelayanan dan bukan berdasarkan indemnititas, hal ini atas permintaan pasar sebagai konsekuensi atas konsep *market driven*. Suatu organisasi market-driven tanggap atas kebutuhan pasar. Departemen pemasaran bekerja sama dengan departemen aktuaria, dan departemen underwriting untuk mengembangkan dan mendistribusikan produk-produk yang diinginkan pelanggan dengan premi yang menarik dan jaminan yang memuaskan.

Struktur organisasi bagian pemasaran dan penjualan dapat berbeda dari satu MCO dengan MCO lainnya. Beberapa organisasi hanya menggunakan satu fungsi saja yaitu pemasaran, meskipun dalam prakteknya bagian tersebut bertanggung jawab terhadap pemasaran dan penjualan. Perusahaan lain memisahkan antara fungsi pemasaran dan penjualan pada dua bagian berbeda. Staf penjualan mempunyai tanggung jawab terhadap produk tertentu saja sedangkan staf pelayanan peserta bertanggung jawab terhadap beberapa produk. Contoh struktur organisasi bagian pemasaran dan penjualan dapat dilihat pada gambar 4.1 dan 4.2.



Gambar 4.1. Contoh organisasi pemasaran dan penjualan.



Gambar 4.2. Contoh organisasi pemasaran dan penjualan.

FUNGSI-FUNGSI PEMASARAN

Departemen pemasaran dari berbagai jenis usaha melakukan fungsi sebagai berikut:

1. Perencanaan dan pengendalian

Kegiatan yang diperlukan untuk mengembangkan perencanaan, mengukur dan membandingkan hasil-hasil penjualan terhadap rencana pemasaran dan memodifikasi kegiatannya untuk mencapai sasaran sesuai dengan rencana pemasaran.

2. Identifikasi Pasar

Suatu kegiatan proses menguji dan menyeleksi potensi pasar. Sebuah pasar merupakan sekelompok orang yang masing-masing sebagai individu atau sebagai anggota organisasi yang sebenarnya merupakan pembeli potensial suatu produk. Identifikasi pasar memerlukan dua langkah yaitu segmentasi pasar dan sasaran pasar.

3. Pengembangan produk

Kegiatan yang diperlukan untuk menciptakan atau memperbaiki produk-produk guna memenuhi permintaan pasar. Proses pengembangan produk dapat melibatkan hampir setiap fungsi departemen lain yang ada pada perusahaan. Untuk perusahaan asuransi atau MCO, dapat melibatkan underwriting, administrasi klaim, hubungan jaringan pelayanan, aktuaria, sistem informasi, pelayanan pelanggan, akuntansi, keuangan logistik, dan hukum.

4. Distribusi

Suatu kegiatan agar produk sampai ke masyarakat. Jalur distribusi yang ada di pasaran adalah sistem keagenan, bank asuransi, surat langsung, broker, telemarketing, mass marketing dan TV media.

5. Promosi

Suatu kegiatan yang mempengaruhi masyarakat agar mengambil keputusan untuk membeli produk. Promosi bisa berupa apa saja, mulai pembicaraan empat mata sampai pada iklan televisi.

6. Penelitian pasar

Proses penemuan dan pengumpulan informasi tentang lingkungan perusahaan termasuk persaingan, peluang pemasaran atau permasalahannya serta meneliti kerja pemasaran yang telah dicapai.

PERAN STAF BAGIAN PEMASARAN DAN PENJUALAN

Staf penjualan (agen) biasanya mendapat lisensi dari departemen asuransi pemerintah. Di Indonesia agen asuransi jiwa dan kesehatan diwajibkan mempunyai lisensi yang dikeluarkan oleh Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI). Mereka bertanggung jawab untuk membuat kontak awal dengan prospek/calon peserta, melakukan semua kegiatan menurut siklus penjualan (*sales cycle*), dan melakukan penutupan penjualan. Kegiatan seorang sales representatif termasuk kontak langsung dengan pemberi kerja, bekerja sama dengan para agen, broker, konsultan, memberi tanggapan atas permintaan informasi, melakukan pertemuan dengan karyawan untuk kegiatan pendaftaran awal, dan mengkoordinasikan transaksi klien bersama sales representatif. Beberapa MCO menggunakan telemarketing dan promosi melalui pos untuk mendapatkan calon pelanggan bagi staf penjualan. Beberapa jenis cara penjualan tidak diijinkan oleh peraturan pemerintah. Misalnya MCO dilarang menawarkan formulir aplikasi secara “*door to door*” untuk peserta Medicare. Umumnya staf penjualan bekerja berdasar target bulanan atau triwulanan yang telah ditetapkan oleh atasannya. Tanggung jawab utama seorang staf penjualan adalah memperoleh peserta baru.

FUNGSI STAF BAGIAN PEMASARAN DAN PENJUALAN

Setelah sebuah perusahaan mendaftarkan karyawannya menjadi peserta MCO, sales representatif mengenalkan staf bagian pelayanan kepada manager manfaat di perusahaan tersebut. Petugas bagian pelayanan - yang biasanya juga berlisensi dari departemen asuransi pemerintah - bertanggung jawab menyediakan informasi, pendidikan berkelanjutan dan pelayanan sekaligus menjadi penghubung (*liaison*) dengan perusahaan. Dalam MCO yang kecil, petugas penjualan dapat juga merangkap sebagai penghubung ke karyawan.

Kegiatan staf bagian pelayanan ini termasuk memberikan penyuluhan kepada manager manfaat di perusahaan tentang proses penagihan, menambah dan mengurangi peserta, memberikan informasi tentang paket pelayanan seperti perubahan daftar dokter atau perubahan manfaat, mengkoordinasikan proses perpanjangan kontrak yang mencakup perubahan rancangan paket dan tarif, dan melakukan pendaftaran.

Kegiatan utama pelayanan peserta dipusatkan pada retensi peserta yaitu mengusahakan agar tiap peserta memperpanjang kontraknya setiap tahun. Pekerjaan ini sering disebut "*watching the back door/mengawasi pintu belakang*". Petugas pendataan/pencatatan peserta harus bekerja sama dengan petugas pelayanan peserta.

FUNGSI DAN PERAN PELAYANAN PELANGGAN

SIAPA PELANGGAN ITU ?

Persepsi terhadap siapa pelanggan itu dengan tepat harus dipertimbangkan secara lebih luas, yaitu mencakup semua orang yang melakukan kontak dengan perusahaan. Pelanggan sebuah perusahaan dapat dibagi dalam dua kelompok yaitu pelanggan eksternal dan pelanggan internal.

Pelanggan eksternal adalah mereka yang bukan pegawai dari perusahaan itu dan mereka dalam kedudukan sebagai (1) pembeli atau pengguna dari produk-produk perusahaan itu atau (2) pemberi saran kepada orang lain untuk membeli atau menggunakan produk perusahaan tersebut dan (3) Provider Pelayanan Kesehatan.

Tentunya, yang sangat nyata sebagai pelanggan eksternal adalah para pengguna Jaminan Kesehatan, antara lain para peserta, keluarga, ahli waris, serikat pekerja, serta pimpinan perusahaan pengguna jaminan kesehatan.

Pelanggan eksternal lainnya adalah para agen, broker, konsultan program kesejahteraan karyawan dan konsultan yang membantu pembelian Jaminan Kesehatan dalam memilih ruang lingkup jaminan yang mereka butuhkan.

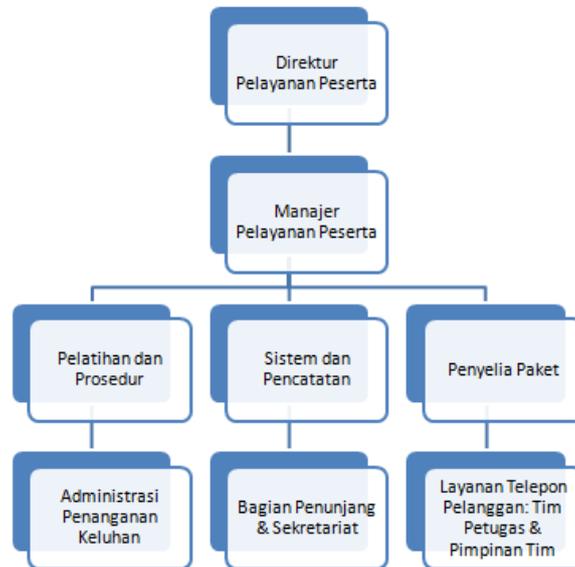
Sedangkan pelanggan internal adalah para pegawai MCO yang memelihara kontrak jaminan kesehatan, dan para pegawai yang menerima pelayanan dari pegawai lain dari perusahaan yang sama juga dikategorikan sebagai pelanggan dalam.

STRUKTUR ORGANISASI DAN STAF PELAYANAN PESERTA

Fungsi pelayanan peserta biasanya terletak pada bagian pemasaran dan penjualan. Dua fungsi utama pelayanan peserta adalah mendidik dan memberikan informasi kepada pelanggan. Bagian pelayanan peserta yang efisien, akurat, dan menyenangkan dapat membantu MCO menempatkan dirinya pada posisi unggul di pasar.

Staf pelayanan peserta umumnya melakukan kegiatan melalui telepon. Mereka menjawab berbagai pertanyaan dari prospek dan peserta, pegawai, dan *provider*. Bagian ini menyediakan titik kontak

terpusat untuk seluruh pelanggan MCO. Contoh bagan organisasi pelayanan peserta dapat dilihat pada Gambar 4.3.



Gambar 4.3. Contoh organisasi pelayanan peserta.

Pelayanan peserta mencakup berbagai fungsi/kegiatan seperti:

- Pemberian informasi dan klarifikasi tentang paket/manfaat
- Penjelasan tentang Status klaim
- Penelitian dan penyelesaian keluhan
- Mengadakan pendidikan untuk peserta
- Melakukan tinjauan dan verifikasi eligibilitas
- Penanganan keluhan
- Penerbitan kartu peserta
- Pencatatan tren kepuasan peserta
- Pencatatan dan entry data peserta
- Informasi prosedur paket
- Informasi *provider*

FUNGSI PENDIDIKAN/PENYULUHAN

Fungsi pendidikan/penyuluhan peserta merupakan proses yang terus menerus, dimana bagian pelayanan peserta bekerja untuk:

- Meningkatkan kepuasan peserta terhadap berbagai pelayanan yang diberikan
- Mengurangi jumlah keluhan
- Mengurangi kesalahan penggunaan pelayanan
- Membangun kesadaran dan pengertian peserta tentang paket-paket yang ada

Pelayanan penyuluhan peserta dilakukan pada masa kontak awal, pasca pendaftaran, dan pada masa perpanjangan pendaftaran terbuka (open enrollment).

Masa Kontak Awal

Selama masa kontak awal, calon peserta mungkin akan menelepon untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang paket-paket yang ditawarkan. Pertanyaan yang diajukan dapat bervariasi dari “apakah dokter langganan saya ada dalam panel dokter anda?” sampai pada “apa saja yang

ditanggung untuk pengobatan diabetes mellitus?”. Dengan menyediakan pelayanan yang efisien dan jawaban yang akurat, staf pelayanan peserta dapat membantu penjualan produk MCO dengan menciptakan gambaran positif tentang MCO.

Masa Pasca Pendaftaran

MCO biasanya menyediakan ‘paket selamat datang’ yang memuat bahan-bahan tentang MCO dan paket-paketnya. Sebuah pesan “telepon bagian pelayanan peserta jika anda mempunyai pertanyaan” tercetak pada semua bahan-bahan ‘paket selamat datang’. Peserta baru, seringkali menelepon untuk mendapatkan informasi tentang bagaimana memanfaatkan paket yang tersedia semaksimal mungkin. Beberapa contoh pendidikan yang dapat diberikan pada peserta pada fase ini antara lain dengan membantu peserta memilih dokter primer atau menganjurkan agar peserta baru mengikuti kelas penjelasan “bagaimana menggunakan paket”.

Masa Perpanjangan Atau Pendaftaran Terbuka

Pada periode perpanjangan atau pendaftaran terbuka, peserta perlu menyadari adanya perubahan-perubahan kebijakan MCO yang dapat mempengaruhi kepesertaan seseorang. Perubahan tersebut dapat mencakup penambahan atau pengurangan dokter primer atau *provider* penunjang dalam panel *provider*, perubahan besarnya iur-biaya (copayment), peningkatan atau pengurangan paket, atau perubahan persyaratan peserta. Keputusan untuk menjadi peserta atau memperpanjang kepesertaan sangat bergantung pada persepsi calon peserta tentang paket dan MCO yang dihasilkan dari jawaban atas pertanyaan mereka yang diberikan oleh staf MCO. Retensi peserta merupakan faktor yang sangat penting untuk keberhasilan MCO dalam jangka panjang.

FUNGSI INFORMASI

Pemberian informasi merupakan proses yang terus menerus. Pemberian informasi tentang jaringan *provider*, memastikan seorang peserta memilih dokter primer, verifikasi persyaratan keabsahan peserta, menjelaskan jenis paket dan iur biaya, memastikan manfaat paket, dan menangani berbagai keluhan, semuanya itu merupakan peran informasi dari bagian pelayanan peserta.

Sejalan dengan pertumbuhan kepesertaan MCO, pemberian informasi dapat semakin mahal karena biasanya disediakan telepon bebas pulsa dan perlunya penambahan staf untuk menjawab telepon rutin dengan pertanyaan yang berulang-ulang. MCO mulai mengembangkan dan menggunakan sistem otomatis untuk melakukan pelayanan peserta.

Teknologi Informasi Baru

Teknologi informasi yang paling banyak digunakan adalah sistem distribusi telepon otomatis (ACD, *automated call distribution*). Dengan menggunakan komputer yang dihubungkan dengan sistem telepon, sistem ACD dapat menyalurkan telepon ke staf pelayanan peserta dengan cara yang seragam sambil memaksimalkan produktifitas staf. Sistem ACD akan mencari saluran telepon yang tidak sibuk. Jika semua saluran sedang sibuk, hubungan telepon dimasukkan dalam daftar antrian sampai salah satu saluran bisa digunakan secara otomatis. Sistem antrian ini menghindari penelepon menerima nada sibuk pada saat seluruh saluran sedang digunakan. Sistem ini juga memungkinkan MCO memberikan informasi penting (key messages) kepada peserta pada waktu peserta menunggu jawaban dari staf.

Sistem ACD menghasilkan laporan kegiatan yang dapat melacak:

- Jumlah telepon yang masuk
- Rata-rata waktu tunggu untuk telepon masuk

- Rata-rata waktu tunggu telepon mendapat respon
- Tingkat (*rate*) yang menunjukkan waktu tunggu untuk berbicara dengan petugas
- Rata-rata lama hubungan telepon, mulai diterima mesin sampai selesai dijawab
- Jumlah telepon masuk setiap 15 menit

Laporan tersebut merupakan alat dan informasi untuk menetapkan jumlah staf yang dibutuhkan untuk dapat mengelola bagian pelayanan peserta secara efektif. Laporan tersebut juga digunakan untuk mengukur kinerja standar bagian pelayanan perusahaan, menunjang rekomendasi penambahan staf untuk produk tertentu, dan meningkatkan konsistensi dan kehandalan pelayanan dengan tetap mengendalikan biaya.

Teknologi informasi lain yang digunakan MCO adalah sistem jawaban otomatis (AVR, automated voice response). Sistem ini dihubungkan dengan komputer utama MCO dan akses ke sistem basis data sehingga memungkinkan jaringan *provider* menelepon satu nomor telepon, selama 24 jam sehari, untuk mengkonfirmasi beberapa informasi seperti keabsahan seorang peserta, masa berlaku kepesertaan, mulai berlaku jaminan, status anggota keluarga, dokter primer yang dipilih, dan besarnya iur biaya yang berlaku untuk konsultasi dokter serta resep obat.

Kunci sistem AVR adalah harus menggunakan telepon dial (touch-tone) dan nomor induk peserta. Sistem memberikan instruksi penelepon untuk memilih atau memasukkan nomor pilihan informasi yang diinginkan, kemudian mendapatkan akses ke basis data peserta. Sistem AVR dapat menerima beberapa telepon sekaligus. MCO yang besar telah menanamkan modal yang besar untuk sistem ini guna menyediakan pelayanan informasi yang akurat dan efisien kepada *provider* tanpa harus mengeluarkan biaya yang besar untuk menggaji staf.

KOORDINASI ANTAR STAF

Komunikasi Internal

Informasi yang diterima staf bagian pelayanan peserta dari penelepon dapat membantu staf pemasaran dan penjualan. Jika bagian pelayanan peserta menerima telepon dari kumpulan peserta baru yang menunjukkan kebingungan atau salah pengertian tentang pelayanan, staf penjualan harus memberikan informasi dengan jelas sebelum kontrak pertanggung jawaban berlaku. Pertemuan khusus dengan pemberi kerja dan karyawan untuk menjelaskan salah pengertian ini dapat membantu suksesnya masa pendaftaran.

Setelah kumpulan peserta mendaftar, umpan balik dari pelayanan peserta dapat membantu manajer menetapkan jenis informasi yang harus disediakan kepada peserta. Jika peserta atau kumpulan mempunyai masalah, misalnya kartu peserta datang terlambat atau tagihan premi yang tidak akurat, perwakilan pelayanan dapat menghubungi perusahaan/majikan untuk menyelesaikan masalah tersebut secepat mungkin.

Sebelum memasuki siklus perpanjangan, perwakilan pelayanan kontrak dapat memperoleh informasi tentang jenis keluhan/komplain yang diterima, apa solusinya, dan data lain tentang kumpulan yang mungkin penting untuk perpanjangan kontrak.

Lisensi Dari Negara Bagian

Di Amerika Serikat, sebagian besar staf yang bekerja di bagian pelayanan dan penjualan mempunyai lisensi sebagai agen asuransi jiwa, kesehatan, atau asuransi disabilitas dari negara bagian dimana MCO beroperasi. Banyak negara bagian memberikan lisensi hanya untuk produk HMO. Namun demikian, karena pertumbuhan produk MCO yang semakin luas, maka staf penjualan diharuskan memiliki lisensi tambahan untuk menjual produk yang lebih luas juga.

Personil yang bekerja di bagian pelayanan peserta sebenarnya tidak harus memiliki lisensi khusus dari negara bagian, karena pekerjaannya dilakukan di dalam lingkungan MCO (*in house*) dan tidak melakukan penjualan. Namun demikian, banyak MCO yang memberikan lisensi kepada staf pelayanan pesertanya sehingga mereka dapat mendampingi staf penjualan dan pelayanan pada pertemuan pendaftaran terbuka atau memberikan informasi pada pameran kesehatan atau pameran dagang lainnya. Pemberian lisensi kepada staf pelayanan peserta menimbulkan kredensial/keabsahan pada staf tersebut, yang bermanfaat untuk karirnya dan perkembangan organisasi.

PRODUK MANFAAT DAN PEMASARAN

Semua perusahaan memiliki budaya organisasi, metode, dan strategi masing-masing dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Namun dalam memilih MCO untuk memberikan jaminan karyawan, perusahaan memiliki tujuan yang hampir sama. Bagian pemasaran, penjualan, dan pelayanan peserta harus memahami perbedaan dan persamaan tujuan berbagai perusahaan.

PILIHAN PRODUK: PERSPEKTIF PERUSAHAAN

Bagian pemasaran dan penjualan suatu MCO memberikan penjelasan kepada perusahaan tentang konsep MCO dan perbedaan konsep MCO-nya dengan MCO lainnya. Untuk perusahaan yang baru saja memasuki arena *managed care*, bentuk PPO dan POS merupakan produk transisi bagi karyawan untuk memasuki bentuk *managed care* yang lebih terkendali tanpa harus memutuskan hubungan karyawan dengan dokter langganan dan kelanjutan perawatan mereka. Produk-produk tersebut memberikan keuntungan pelayanan dan biaya dengan tetap memberikan fleksibilitas paket indemnitas.

PILIHAN PRODUK: PERSPEKTIF KARYAWAN

Jika perusahaan memutuskan untuk membeli paket *managed care*, maka langkah selanjutnya adalah menjelaskan kepada karyawan berbagai pilihan paket yang tersedia. Idealnya, perusahaan akan bekerja sama dengan petugas penjualan MCO untuk memberikan informasi kepada karyawan. Kunci keberhasilannya adalah memberikan informasi yang sederhana dan mudah dimengerti serta menjelaskan manfaat dan pelayanan paket-paket yang tersedia tanpa harus menimbulkan rasa takut terhadap perubahan sistem jaminan. Sales representatif MCO membantu karyawan memutuskan paket yang akan diambil dengan memberikan berbagai keuntungan yang ada dalam paket tersebut.

PENGGUNAAN RANCANGAN PAKET GANDA

Perusahaan yang khawatir dengan perubahan produk indemnitas ke produk *managed care*, sering mengambil strategi menawarkan paket ganda. Dengan memberikan pilihan berbagai paket, perusahaan memperkenalkan konsep *managed care* secara perlahan-lahan tanpa harus merusak hubungan antara dokter dengan pasien dan perawatan yang sedang berlangsung. Paket ganda memungkinkan bagian pemasaran dan penjualan menawarkan perusahaan dengan produk yang sesuai kebutuhannya.

DUA PILIHAN

Paket yang paling sederhana adalah menawarkan dua pilihan yaitu tetap memberikan pilihan paket indemnitas dan satu pilihan produk PPO atau POS. Perusahaan membayar premi dalam jumlah yang sama sehingga karyawan harus menambah biaya premi untuk paket indemnitas yang dipilihnya.

Dua paket pilihan lainnya adalah menawarkan produk PPO atau POS dan paket HMO. Kontribusi perusahaan untuk kedua produk sama besarnya. Dengan cara ini, perusahaan mempunyai

untuk kalangan sendiri

pengeluaran yang tetap jumlahnya terlepas dari pilihan karyawan. Produk yang menawarkan lebih banyak kebebasan memilih *provider* biasanya lebih mahal. Jika karyawan memilih paket yang lebih mahal, maka ia harus membayar selisih biaya yang dibayarkan perusahaan.

Ada juga perusahaan yang menawarkan dua produk HMO dengan jaringan provider yang berbeda. Ini akan memberi pilihan yang lebih luas pada karyawan. Rancangan dan manfaat paket harus dalam standar yang sama untuk menghindari *adverse selection*.

TIGA PILIHAN

Tiga pilihan yang umum ditawarkan adalah paket HMO, PPO, dan POS. Pada umumnya, kontribusi perusahaan adalah sebesar premi untuk produk HMO, sehingga perusahaan membayar jumlah yang sama untuk seluruh karyawan. Karyawan boleh memilih satu dari tiga produk yang ditawarkan dan karenanya mereka dapat memilih produk yang paling sesuai dengan kebutuhannya dan kesanggupan/kemauannya membayar tambahan premi. Produk-produk yang ditawarkan dalam tiga pilihan ini dapat berasal dari satu MCO atau dari beberapa MCO.

PERSPEKTIF PERUSAHAAN	
Keuntungan	Kerugian
<ul style="list-style-type: none"> • Dapat menggunakan paket dengan premi termurah • Menyediakan pilihan terbanyak bagi karyawan • Dapat dijadikan alat untuk merekrut dan menahan karyawan yang bagus pada persaingan pasar tenaga kerja yang ketat • Dapat menjadi mekanisme pengenalan konsep <i>managed care</i> kepada karyawan • Dapat menghindari konflik tentang pilihan dokter dan kesinambungan pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat meningkatkan biaya, akibat meningkatnya biaya administrasi • Dapat meningkatkan waktu staf untuk menjelaskan dan mendaftarkan peserta • Dapat meningkatkan biaya premi secara keseluruhan jika terjadi utilisasi yang tinggi pada produk yang paling kurang terkendali • Dapat menimbulkan jumlah pendaftar yang kecil pada beberapa pilihan, yang pada akhirnya akan meningkatkan biaya administrasi
PERSPEKTIF KARYAWAN	
Keuntungan	Kerugian
<ul style="list-style-type: none"> • Dapat memilih paket yang paling memenuhi kebutuhan karyawan dan sesuai dengan kemampuan keuangannya • Meminimalkan atau meniadakan masalah kelanjutan perawatan dokter • Menyediakan kelenturan perubahan paket tahunan yang dapat memenuhi perubahan kebutuhan karyawan • Dapat membangun loyalitas kepada perusahaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Membutuhkan informasi dan penyuluhan yang ekstensif untuk memungkinkan karyawan mengerti pilihan yang tersedia • Dapat membingungkan dalam hal harus terikat (<i>locked in</i>) pada satu provider untuk masa satu tahun • Produk POS agak sulit dipahami oleh karyawan • Biaya paket yang paling memenuhi kebutuhan karyawan mungkin terlalu mahal bagi karyawan (untuk membayar tambahan premi)
PERSPEKTIF MCO	
Keuntungan	Kerugian
<ul style="list-style-type: none"> • Dapat mencakup seluruh karyawan berdasarkan berbagai pilihan produk, jika ditawarkan oleh satu perusahaan/MCO • Dapat mengurangi risiko kehilangan peserta pada masa perpanjangan kontrak • Dapat meminimalkan atau meniadakan masalah pilihan provider dan kelanjutan perawatan pada saat perpindahan MCO/asuradur • Dapat menawarkan paket yang lebih baik melalui lebih banyak paket <i>managed care</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat menyebabkan biaya tinggi pada tahun pertama untuk penagihan dan pendaftaran berbagai paket • Pendaftaran yang sedikit pada berbagai paket dapat menyebabkan biaya administrasi yang tinggi • Utilisasi paket <i>managed care</i> yang lebih sedikit pesertanya dapat meningkatkan premi • Kebingungan peserta dapat terjadi karena banyaknya produk dan paket

Gambar 4.4. Keuntungan dan kerugian pilihan produk ganda.

MENETAPKAN AREA PELAYANAN

Salah satu keputusan manajemen yang penting dan secara langsung mempengaruhi pemasaran adalah menetapkan wilayah cakupan dimana pelayanan akan ditawarkan. Wilayah cakupan adalah batas geografis dimana suatu MCO menyediakan pelayanan dokter. Untuk HMO, wilayah cakupan adalah daerah dimana calon peserta bertempat tinggal. Untuk PPO dan POS, wilayah cakupan adalah wilayah dimana tersedia dokter yang telah dikontrak. Wilayah pelayanan membatasi usaha pemasaran dan menggambarkan ketersediaan *provider* kepada calon peserta.

DEFINISI DAN PENGGUNAAN WILAYAH PELAYANAN

Peraturan pemerintah federal dan negara bagian mengatur cakupan wilayah di mana sebuah HMO boleh menawarkan produknya. Dalam hal dimana POS dikategorikan sebagai HMO dengan pilihan di luar jaringan *provider*, peraturan HMO berlaku untuk produk POS tersebut. Produk PPO dan POS tidak membutuhkan persetujuan Negara jika menyediakan pelayanan di wilayah tertentu.

PENGECUALIAN WILAYAH CAKUPAN

Masalah pemasaran kadang terjadi saat sebuah HMO memasarkan produknya kepada perusahaan, akan tetapi karyawan perusahaan tersebut ada yang bertempat tinggal di luar wilayah cakupan HMO. Dalam kondisi seperti ini, HMO bisa menerapkan pengecualian wilayah cakupan. Cara ini memungkinkan karyawan mendaftar pada HMO dengan menandatangani pernyataan bahwa karyawan tersebut tidak tinggal di wilayah cakupan HMO.

Pernyataan ini mencakup persetujuan karyawan bahwa karyawan tersebut akan menggunakan jaringan *provider* yang telah dikontrak HMO, kecuali dalam keadaan gawat darurat, karyawan tersebut menanggung segala biaya pemeriksaan dokter yang sifatnya rutin di luar jaringan *provider* HMO, karyawan juga menanggung biaya transport ke *provider*, dan HMO melakukan hal ini hanya untuk kasus tertentu. Pengecualian ini sangat membantu bagian pemasaran dan penjualan untuk memperluas peserta, akan tetapi hal ini juga dapat menjadi masalah jika pelayanan yang diterima peserta di luar cakupan cukup banyak jumlahnya.

APLIKASI UNTUK WILAYAH CAKUPAN

Sebuah HMO baru, harus mempertimbangkan dengan cermat batas-batas wilayah cakupannya. Jika sebuah MCO akan memasarkan berbagai produk, wilayah cakupan harus sesuai dengan produk yang ditawarkan untuk meningkatkan daya saing HMO. Jika wilayah cakupan terlalu kecil, usaha pemasaran dan penjualan akan terbatas karena terlalu sedikit potensi peserta. Jika wilayah cakupan terlalu luas, peserta mungkin sulit mendapatkan *provider* dan harus pergi cukup jauh untuk mendapatkan pelayanan. Instansi pemerintah tidak akan mengizinkan permohonan yang tidak mencerminkan kesiapan MCO dalam menyediakan *provider* untuk melayani peserta. Penundaan atau penolakan permohonan ini bisa menghambat usaha pemasaran dan mempengaruhi pencapaian target peserta.

RISET PASAR

Salah satu langkah yang amat penting yang dapat dilakukan sebuah MCO dalam menyusun rencana strategisnya adalah riset pasar.

TUJUAN RISET PASAR

Riset pasar membantu MCO mengetahui siapa potensi peserta, berapa besar jumlahnya, dan berapa besar keinginan mereka membayar suatu produk yang ditawarkan. Riset ini juga dapat mengetahui pesaing yang ada dan pelayanan yang ditawarkan pesaing tersebut. Informasi tersebut sangat membantu MCO dalam merancang dan menetapkan besaran premi produknya.

Tujuan riset pasar lainnya adalah untuk mengumpulkan dan menganalisis data, guna melihat tren terbaru. Pada umumnya, MCO yang berhasil, memiliki basis data tentang pesaingnya dan mengeluarkan laporan manajemen yang mencakup strategi pemasaran.

JENIS RISET PASAR

Analisis Demografi Peserta

Pengetahuan tentang gambaran demografis yang spesifik mengenai kepesertaan MCO dan provider sangat membantu sebuah organisasi menetapkan keputusan bisnis dan praktek bisnis yang baik. Misalnya, komposisi umur-gender, mempunyai pengaruh yang besar terhadap besaran premi, kombinasi panel dokter mempengaruhi besaran kapitasi, dan lokasi tempat tinggal peserta bisa jadi masalah jika tempat tersebut dikenal sebagai lingkungan yang tidak sehat.

Mengidentifikasi Kebutuhan Provider Melalui Demografi.

Penggunaan riset pasar untuk menetapkan kebutuhan *provider* berdasarkan gambaran demografis peserta, kini semakin mendapat perhatian. Sejalan dengan perkembangan masyarakat, MCO yang membangun fasilitas pelayanan medis harus merencanakan semua biaya yang dibutuhkan di awal. MCO yang menggunakan *provider* independen perlu menyiapkan kontrak sebelum permintaan bertanggung melampaui ketersediaan.

Salah satu instrumen yang kini semakin populer untuk memenuhi kebutuhan di atas adalah pemetaan geografis melalui perangkat komputer. Dengan perangkat lunak khusus, Analisis dapat menghitung aksesibilitas *provider* dengan membandingkan jumlah *provider* MCO dengan kode pos di wilayah peserta atau calon peserta. Analisis juga dapat menghitung persentase peserta dalam jarak tertentu dari *provider*. Pengkodean geografis juga memungkinkan MCO menetapkan secara tepat dimana seorang pegawai tinggal, dengan menggunakan kode pos alamat peserta. Hal ini memungkinkan MCO melakukan analisis secara akurat dengan melihat ketersediaan dan keterjangkauan *provider*-nya.

Dengan informasi seperti itu, staf pemasaran dapat dengan cepat menjawab pertanyaan perusahaan tentang dokter primer terdekat atau kapasitas jaringan secara keseluruhan.

Analisis Persaingan

Dengan melakukan analisis terhadap rancangan produk, premi awal dan premi perpanjangan, dan berbagai informasi keuangan pesaing, riset pasar dapat memberikan informasi yang lebih bermanfaat. Informasi tersebut dapat mengenai produk pesaing dan pelayanannya, strategi bisnis dan pemasaran, besarnya pasar, penetrasi pasar, serta praktek pemasaran seperti periklanan dan komposisi media. Laporan kepada manajemen senior tentang persaingan berisi tentang kecenderungan yang diamati, ditambah rekomendasi tentang produk yang akan dibuat, peningkatan atau pengembangan pelayanan. Banyak MCO yang memiliki basis data elektronik yang berisi keadaan keuangan pesaingnya.

SURVEI KEPUASAN PELANGGAN

Kepuasan peserta mudah dibayangkan akan tetapi sulit dicapai. Tujuan utama survei kepuasan peserta adalah untuk memberdayakan MCO memantau kemampuannya memberikan produk dan layanan yang memenuhi kebutuhan dan harapan peserta sebaik-baiknya. Kepuasan peserta yang tinggi sangat bagus bagi usaha pemasaran dan penjualan, karena:

- Biaya memperoleh peserta baru biasanya jauh lebih mahal dibandingkan dengan memelihara peserta yang ada
- Dampak negatif peserta yang tidak puas (berita dari mulut ke mulut atau melalui media) dapat menjadi sangat besar
- Peserta yang puas adalah alat bisnis dan pemasaran yang bagus
- Retensi peserta sangat penting untuk perolehan laba jangka panjang

TUJUAN SURVEI KEPUASAN PELANGGAN

Program kepuasan peserta dapat bernilai mahal bagi MCO dan peserta. Dengan mengidentifikasi tingkat kepuasan peserta terhadap suatu MCO, pemasaran dapat dipusatkan pada penjualan paket dan pelayanan yang paling berarti bagi calon peserta. Survei kepuasan peserta juga dapat menunjukkan MCO tentang perubahan yang diinginkan peserta.

Untuk mendapatkan hasil yang paling baik dari survei kepuasan peserta, analisis dan laporan survei harus dilakukan tepat waktu. Banyak MCO mengumpulkan data tiap bulan dan membuat laporan empat kali setahun, sehingga kinerja dan kepuasan peserta dari waktu ke waktu dapat ditelusuri.

Survei peserta digunakan oleh MCO untuk:

- Melihat kecenderungan dan penggunaan pelayanan, dibandingkan dengan data dari pesaing
- Mempromosikan hal-hal yang oleh peserta dinilai memiliki kekuatan
- Menetapkan hal-hal yang perlu diperbaiki
- Mengembangkan rencana strategis
- Kelengkapan dokumen dari persyaratan kontrak dengan grup dokter tentang pemberian insentif ketika mencapai atau melampaui standar kepuasan peserta
- Dilampirkan dalam proposal untuk calon pembeli sebagai nilai tambah kredibilitas perusahaan
- Sebagai informasi kepada peserta atau calon peserta pada saat pemilihan produk dan pendaftaran peserta

JENIS SURVEI KEPUASAN PESERTA

MCO biasanya mengembangkan alat yang mudah dan dapat digunakan untuk mengukur kepuasan peserta. Ada tiga sasaran survei yang biasanya digunakan yaitu: peserta baru berkunjung, peserta aktif, dan bekas peserta.

Survei Kepada Peserta Yang Baru Berkunjung

Survei ini mengukur kepuasan peserta terhadap *provider* yang baru saja dikunjungi. Yang dimaksud baru disini adalah dalam waktu empat minggu setelah kontak survei dilakukan. Pertanyaan yang disampaikan meliputi:

- Perilaku dan profesionalisme petugas loket *provider*
- Perilaku dan profesionalisme staf medis
- Perilaku dan profesionalisme dokter
- Waktu tunggu di tempat praktek

- Waktu tunggu untuk perjanjian (rutin dan darurat)
- Efisiensi proses rujukan
- Profesionalisme pelayanan penunjang (laboratorium, radiologi, apotik)

Survei Terhadap Mereka Yang Saat Ini Masih Menjadi Peserta

Persepsi peserta yang sudah lama tidak memanfaatkan pelayanan medis juga merupakan hal penting bagi MCO. Biasanya survei ini meliputi pertanyaan tentang pengalaman peserta dengan petugas administrasi MCO, serta tentang paket pelayanan, panel *provider*, dan aksesabilitas.

Survei Kepada Mantan Peserta

Survei kepada mantan peserta, disebut juga survei putusnya peserta, dapat memberikan umpan balik yang amat penting bagi MCO untuk mengetahui penyebab putusnya kepesertaan mereka. Melalui survei ini, sebuah MCO dapat menjawab pertanyaan seperti:

- Mengapa peserta keluar dari MCO?
- Apakah alasan utama keluar dipengaruhi langsung oleh produknya?
- Berapa lama peserta menjadi peserta MCO?
- Bagaimana peserta tersebut terdaftar (melalui perusahaan atau sendiri)?
- Dengan MCO mana peserta tersebut terdaftar, setelah putus?
- Bagaimana MCO yang baru menyediakan pelayanan medis, memberikan paket, dan biayanya?

Banyak penyebab putusnya kepesertaan tidak terkait langsung dengan MCO akan tetapi hal itu perlu mendapat perhatian. Survei mantan peserta dapat membantu MCO melihat kelemahan yang dapat mempengaruhi peserta berhenti dari MCO tersebut, dan ini mempengaruhi pertumbuhan jangka panjang MCO.

METODE SURVEI

Hasil suatu survei sangat bergantung dari bagaimana survei dirancang dan dilaksanakan. Pada waktu merancang dan melaksanakan survei peserta, sebuah MCO harus memperhatikan tiga faktor penting, yaitu definisi informasi yang dibutuhkan, pengembangan alat survei, dan pelaksanaan survei.

Definisi Informasi Yang Dibutuhkan

Langkah awal dalam melakukan survei adalah mendefinisikan tujuan survei dan menentukan informasi yang dibutuhkan. Banyak instrumen standar yang bisa dibuat khusus untuk kepentingan MCO. Lembaga penelitian di luar MCO dapat membantu fase ini. Besarnya jumlah dana yang disediakan menentukan cara, frekuensi, dan besarnya sampel.

Mengembangkan Alat Survei

Beberapa alat standar digunakan untuk merancang survei kepuasan peserta. Untuk studi kualitatif, metode yang paling sering digunakan adalah wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, dan diskusi meja bundar (round table discussion). Teknik survei kuantitatif dapat dilakukan melalui pos atau telepon.

Yang menjadi sampel survei MCO bisa seluruh peserta, peserta yang memenuhi kriteria tertentu, atau peserta di dalam suatu wilayah tertentu saja. Ukuran sampel merupakan elemen survei yang sangat penting untuk mendapatkan informasi yang valid secara statistik. Ukuran sampel saja tidak

bisa menghasilkan informasi yang berkualitas tinggi. Prinsip yang digunakan adalah lebih baik menggunakan sampel lebih sedikit tetapi hasilnya berkualitas tinggi ketimbang sampel lebih banyak dengan hasil berkualitas rendah

Jenis pengambilan sampel meliputi:

- Pilihan acak dengan menggunakan “nomor ke sekian”, misalnya melakukan survei terhadap pasien ke 10, 20, 30 dst dari kunjungan dokter setiap bulan
- Bertingkat, misalnya memilih perusahaan tertentu, kemudian memilih beberapa sampel dari karyawan perusahaan tersebut
- Secara sembarang, yaitu pengambilan sampel dilakukan berdasarkan siapa yang tersedia sampai jumlah sampel terkumpul. Jika sampel yang dibutuhkan adalah 100 perusahaan, dapat dilakukan survei telepon dengan cara yang baik, kemudian survei dikumpulkan dari 100 telepon yang telah menjawab.

Pengambilan sampel secara acak paling disukai karena cara itu paling dapat mewakili secara statistik. Sampel bertingkat dapat membantu bagian pemasaran dalam membandingkan kepuasan peserta terhadap berbagai produk. Pengambilan sampel sembarang adalah cara yang paling mudah akan tetapi memberikan hasil yang secara statistik kurang dapat dipercaya..

Pelaksanaan Survei

MCO yang besar cenderung menggunakan pihak ketiga atau lembaga riset yang profesional. Dengan cara outsourcing ini, hasil survei menjadi netral, tidak bias, dan tidak memihak. MCO yang lain melakukan survei sendiri oleh staf internal. Alternatif lain adalah pengumpulan data dilakukan oleh MCO akan tetapi analisis dilakukan oleh pihak lain yang profesional.

SURVEI PROVIDER DAN KEPESERTAAN LAIN

Selain survei kepuasan peserta, MCO menggunakan survei lain dalam usaha pemasaran dan penjualan. Beberapa survei ini hanya menyediakan informasi tentang MCO tertentu, survei lain meneliti bagaimana ranking sebuah MCO dibandingkan dengan MCO lain menurut indikator tertentu. Di bawah ini adalah sekilas tentang survei lain tersebut:

SURVEI KHUSUS UNTUK PERUSAHAAN TERTENTU

Survei semacam ini semakin banyak dilakukan karena semakin banyak perusahaan yang tertarik dengan informasi tentang biaya dan utilisasi. Dalam beberapa kasus, diperoleh temuan spesifik mengenai perusahaan dari survei kepuasan peserta yang dilakukan oleh MCO, yang bisa dimanfaatkan. Hal lain yang juga dapat dilakukan adalah survei mengenai hal khusus yang terkait dengan kebutuhan perusahaan, misalnya manfaat kesehatan mental dan pengobatan kecanduan narkotik. Survei semacam ini digunakan untuk negosiasi perpanjangan kontrak dengan perusahaan, khususnya terhadap hal-hal yang perlu mendapat perbaikan.

DATA TENTANG PERUSAHAAN RANCANGAN KESEHATAN DAN KUMPULAN INFORMASI

Walaupun survei khusus perusahaan cukup bermanfaat, namun tidak memberikan informasi yang standar. Sampai saat ini, cara perusahaan yang menawarkan banyak pilihan MCO untuk mendapatkan informasi yang seragam adalah dengan mengontrol alat survei yang digunakan.

Setelah bekerja sama bertahun-tahun antara MCO, perusahaan, dan The National Committee for Quality Assurance (NCQA), dibentuklah The Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS). HEDIS mengembangkan metode yang seragam dalam mengukur aspek penting MCI, termasuk kualitas, manajemen utilisasi, akses dan kepuasan peserta, penilaian kinerja keuangan, dan

manajemen MCO. Dengan menggunakan kriteria yang sama dan cara pengumpulan data yang sama, HEDIS menyajikan pengukuran kualitas di dalam MCO, seperti ketepatan pelayanan di bidang klinis. (Lihat gambar 4.5.)

HEDIS digunakan sebagai dasar untuk membuat semacam Kartu Laporan oleh MCO. Kartu laporan memungkinkan perusahaan dan karyawannya membandingkan kinerja MCO yang satu dengan MCO lainnya. Banyak perusahaan sekarang ini yang mengharuskan MCO menyampaikan laporan tahunan HEDIS sebagai syarat untuk penawaran kontrak.

<ul style="list-style-type: none"> • Angka imunisasi anak • Skrining kolesterol • Skrining mamografi • Skrining kanker leher rahim • Anak lahir dengan berat badan rendah 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan prenatal pada trimester pertama • Angka rawat inap pasien asma • Pemeriksaan retina penderita diabetes • Tindak lanjut rawat jalan bagi pasien rawat inap karena gangguan perilaku
--	---

Gambar 4.5. Pengukuran kualitas Data dan Informasi paket kesehatan kumpulan oleh HEDIS.

Sumber: NCQA's HEDIS 2.0/2.5

Survei Oleh Organisasi Lain

The Group Health Insurance Association of America (GHAA) adalah organisasi nasional HMO tertua dan terbesar. Setiap tahun GHAA melakukan survei tentang kepesertaan. Survei meliputi hal-hal yang menjadi ciri paket MCO seperti manfaat, premi, struktur pasar, data utilisasi, dan data keuangan. Jawaban tiap MCO dikumpulkan dan digabungkan untuk menghasilkan data statistik. Laporan ini merupakan dasar dari "Profil Industri HMO" yang diterbitkan GHAA yang merupakan analisis lengkap tentang struktur, kinerja, dan tren HMO. Survei lain juga tersedia dari perusahaan konsultan manfaat *managed care*.

Survei Oleh Jaringan Provider

Provider yang mengikat kontrak dengan MCO mulai melakukan survei kepuasan pesertanya sendiri. Dengan menggunakan kombinasi instrumen standar dan instrumen khusus, *provider* melakukan pengukuran tentang tingkat kepuasan peserta dan persepsi terhadap pelayanan administrasi dan penyediaan pelayanan medis. Dari hasil survei internal ini, *provider* dapat:

- Menerapkan standar kepuasan berdasarkan data normatif
- Menetapkan hal-hal yang perlu perbaikan kualitas
- Mengembangkan standar klinik untuk perbaikan keluaran
- Memperbaiki proses administrasi dan memperkuat pemasaran
- Memenuhi kriteria akreditasi

PROSES PENANGANAN KOMPLAIN DAN PENGADUAN PESERTA

Keluhan peserta dapat menjadi salah satu sumber informasi terbaik bagi sebuah MCO. Peserta yang mengeluh dapat menjadi konsumen terbaik jika keluhan tersebut ditangani dan diselesaikan dengan baik. Karena penanganan keluhan yang efektif dan efisien ditujukan untuk mempertahankan retensi peserta, maka proses penanganan komplain termasuk dalam aktifitas pemasaran.

DEFINISI KOMPLAIN

Istilah komplain digunakan untuk menjelaskan suatu situasi dimana harapan peserta tidak terpenuhi. Menurut Undang-Undang HMO, semua HMO harus mempunyai prosedur tertulis tentang penanganan keluhan untuk menjamin penanganan yang tepat dan cepat.

Kebanyakan negara bagian memiliki peraturan yang mengharuskan HMO mencantumkan prosedur penanganan keluhan di dalam kontraknya atau menyajikan bukti adanya proses tersebut. Kebanyakan peraturan negara bagian juga mengharuskan MCO menyimpan catatan tertulis tentang berbagai keluhan.

PPO dan POS cenderung terikat pada pedoman asuransi kesehatan tradisional. Oleh karenanya, keluhan terhadap PPO dan POS dipantau oleh divisi urusan konsumen di dalam departemen asuransi. Meskipun tanpa adanya peraturan yang mengharuskan, penanganan keluhan/komplain yang tepat waktu dan baik merupakan suatu kebutuhan bagi praktek bisnis MCO.

KOMPLAIN INFORMAL

Komplain informal adalah komplain sederhana atau keprihatinan dimana tertanggung mencari penyelesaian secara lisan. Kebanyakan komplain informal diterima oleh bagian pelayanan peserta melalui telepon dan biasanya dapat diselesaikan pada waktu telepon berlangsung atau dalam waktu satu sampai dua hari setelah telepon diterima. Banyak MCO yang mengumpulkan dan mengklasifikasikan keluhan ini setiap bulan atau kuartal untuk analisis tren.

Beberapa komplain informal disampaikan tertanggung dengan tidak mencari penyelesaian, tetapi hanya ingin menyampaikan informasi tentang keprihatinannya terhadap pelayanan MCO. Dalam hal yang demikian, bagian pelayanan peserta memberikan penghargaan lisan kepada peserta tersebut dan menyampaikan rasa terima kasih atas perhatiannya terhadap MCO. Komplain lain berupa masalah yang dapat diselesaikan oleh bagian pelayanan peserta. Dalam hal ini, MCO menjelaskan kepada peserta tentang hal-hal yang telah dilakukan sesuai dengan keluhan peserta.

KOMPLAIN FORMAL

Komplain formal biasanya menyangkut situasi dimana peserta mencari solusi atau meminta penggantian biaya. Komplain formal menunjukkan situasi dimana peserta tersebut sebelumnya telah mencari penyelesaian lewat komplain informal atau peristiwa yang terjadi lebih rumit. Biasanya komplain formal diterima oleh bagian layanan pelanggan secara tertulis atau secara lisan dari peserta yang telah didokumentasikan oleh petugas layanan pelanggan.

Proses penanganan komplain formal adalah sebagai berikut:

- Komplain diterima dari peserta
- Komplain dimasukkan ke dalam sistem pelacak dan dikirim surat pemberitahuan kepada peserta
- Komplain diteruskan kepada unit yang sesuai

Ketika diterima, komplain harus dicap tanggal terima dan direkam dalam sistem pelacak. Sistem ini bisa berupa katalog kertas biasa atau menggunakan sistem data komputerisasi.

Ketika dimasukkan ke dalam sistem, diberi nomor dan kode sifat keluhan. Kode ini dibuat oleh MCO, digunakan untuk analisa jenis keluhan, guna mengetahui apakah ada tren yang berulang dan mengetahui wilayah masalah yang dikeluhkan, apakah tentang paket layanan atau mengenai pelayanan medisnya. Berdasarkan informasi ini MCO dapat mengambil tindakan korektif yang tepat. Pengelompokan jenis komplain ke dalam kode dapat dilihat pada gambar 4.6.

Penyelesaian masalah yang diambil juga diberi kode dan dimasukkan dalam sistem pelacak. Gambar 4.7 menunjukkan solusi yang sering dilakukan. Tujuan MCO adalah memberikan solusi yang tepat waktu. Di beberapa negara bagian waktu penyelesaian klaim ini ditentukan, dan jika dilanggar akan dikenakan sanksi dan denda. Biasanya waktu penyelesaian komplain yang ditetapkan adalah 10-15 hari.

JENIS KOMPLAIN	
PELAYANAN MEDIS	RUJUKAN
<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan dokter • Pelayanan staf • Profesionalisme dokter • Profesionalisme perawat • Profesionalisme staf • Keterlambatan hasil lab/tes 	<ul style="list-style-type: none"> • Penundaan rujukan • Dokter primer tidak merujuk • Penolakan rujukan dari komite • Penolakan dari provider tertentu • Penolakan rujukan/rujukan tidak ditanggung • Naik banding tentang masalah obat
KLAIM	UMUM
<ul style="list-style-type: none"> • Keterlambatan pembayaran • Kesalahan proses klaim • Naik banding klaim dari luar wilayah • Naik banding klaim dari luar jaringan provider • Naik banding klaim tanpa otorisasi • Tagihan copayment 	<ul style="list-style-type: none"> • Informasi salah dari staf pelayanan • Masalah akses telepon • Masalah layanan jawaban • Telepon tertunda/tidak ada telepon balik • Kesulitan jadwal perjanjian • Tampilan fasilitas

Gambar 4.6. Jenis komplain.

HASIL PENYELESAIAN KLAIM	
<ul style="list-style-type: none"> • Surat permintaan maaf • Klaim tetap ditolak • Klaim dibayar: pengakuan provider • Penjelasa/penyuluhan peserta • Rujukan/pelayanan ditolak • Dirujuk ke manajemen kasus • Koreksi kesalahan administratif 	<ul style="list-style-type: none"> • Klaim dibayar :pengecualian paket • Klaim dibayar • Klaim ditolak karena kesalahan • Dokter primer diganti • Rujukan/layanan disetujui • Dirujuk ke komite quality assurance • Ucapan terima kasih bagi mereka yang telah menunjukkan perhatian

Gambar 4.7. Hasil penyelesaian klaim

PENGADUAN (GRIEVANCE)

Proses pengaduan disediakan bagi peserta yang tidak puas dengan solusi yang ditawarkan MCO pada komplain formal. Proses pengaduan tertulis yang lengkap menjadi penting karena setiap konflik dengan peserta berpotensi menjadi masalah hukum. Prosedur pengaduan tertulis yang diberikan kepada peserta berdasarkan permintaan dapat menghilangkan kesalahpahaman dan sakit hati dari pihak peserta.

MCO harus menyatakan secara jelas masalah-masalah yang dimuat pada prosedur pengaduan. Beberapa hal yang dikecualikan dari proses pengaduan antara lain masalah kualitas pelayanan, dugaan malpraktek, masalah kelayakan medis terkait underwriting, dan kasus-kasus tuntutan hukum (litigasi)

KOMITE PENGADUAN (GRIEVANCE COMMITTEE)

Komite pengaduan bertanggung jawab untuk menyelesaikan perselisihan pendapat mengenai kewajiban yang dicantumkan pada kontrak kepesertaan. Biasanya komite bisa membuat pengecualian untuk menetapkan kebijakan dan persetujuan cakupan medis tanpa harus tunduk pada apa yang pernah diputuskan oleh MCO. Keputusan komite bersifat final dan tidak dapat digugat oleh MCO maupun stafnya, sedangkan peserta masih bisa mengajukan naik banding.

Komite pengaduan terdiri dari 3 sampai 7 orang, mereka adalah orang yang tidak terlibat dalam penanganan komplain yang disengketakan sebelumnya. Beberapa MCO memasukkan konsumen dan direktur MCO, beberapa MCO lain hanya menunjuk staf bagian pelayanan. Komposisi komite harus menjamin bahwa evaluasi yang mereka lakukan adalah jujur dan tidak memihak.

PROSES PENGADUAN

Proses pengaduan terdiri dari 4 langkah yaitu: mengumpulkan dokumen pengaduan formal, review administratif, investigasi dan dengar pendapat.

Surat pengaduan formal yang disampaikan peserta menjelaskan secara umum sifat pengaduan, fakta kejadian yang menimbulkan pengaduan, ringkasan tindakan yang telah diambil, dan pernyataan tentang penyelesaian yang diinginkan dari situasi tersebut. Surat pengaduan biasanya diserahkan pada komite, yang menjawab secara tertulis dalam 1-3 hari kerja setelah diterima.

Telaah administratif terhadap pengaduan dilakukan oleh komite. Keputusan yang mungkin diperoleh dari telaah ini adalah keputusan dapat atau tidaknya pengaduan ini ditangani oleh komite, merujuk pengaduan ke departemen lain untuk di *review* dan ditanggapi, keputusan langsung (tanpa melakukan dengar pendapat), merujuk pada investigasi lebih lanjut, atau lanjut ke dengar pendapat. Jika menggunakan keputusan langsung, peserta diberitahu secara tertulis dan disampaikan bahwa yang bersangkutan masih bisa naik banding.

Jika tidak menggunakan keputusan langsung, komite melanjutkan ke telaah atas peristiwanya. Selanjutnya di kumpulkan kronologis yang lengkap tentang kejadian pengaduan. Setelah me-review bahan-bahan tersebut, komite bisa melanjutkan pada putusan langsung, memulai investigasi awal atau melakukan dengar pendapat.

Dengar pendapat berupa pertemuan non formal agar diperoleh pertukaran informasi yang bebas antara pihak-pihak yang bersengketa. MCO harus menetapkan siapa yang harus menghadiri dengar pendapat dan ini menjadi bagian dari prosedur pengaduan. Agar suasana informal tetap terjaga, kuasa hukum tidak diizinkan hadir, sebagian MCO mengizinkan mereka hadir namun tidak berpartisipasi aktif.

Bentuk dengar pendapat ini relatif simpel. Pihak yang mengadu mengajukan secara ringkas masalah dan penyelesaian yang ia harapkan, komite bisa mengajukan beberapa pertanyaan. Perwakilan MCO selanjutnya menyampaikan tanggapan, komite juga dapat mengajukan pertanyaannya. Setelah komite memperoleh semua informasi yang ada, semua pihak meninggalkan pertemuan. Komite selanjutnya mendiskusikan beberapa kemungkinan tanggapan. Keputusan komite mungkin sepenuhnya menerima atau menolak pengaduan, menyetujui atau menolak sebagian, atau mendamaikan pengaduan tanpa memberi keputusan. Dalam membuat rekomendasi solusi digunakan pengambilan suara, dan ketua komite menyampaikan keputusan mereka kepada pihak pengadu secara tertulis dalam 5-7 hari kerja setelah dengar pendapat.

NAIK BANDING (APPEALS)

Peserta dapat naik banding atas putusan dengar pendapat berdasar pemberitahuan tertulis dari ketua komite dalam 5-7 hari setelah pemberitahuan diterima. Naik banding biasanya melibatkan anggota dewan MCO dan CEO yang ditunjuk. Komite naik banding menelaah semua dokumen dan memutuskan apakah telaahan lanjut dapat diterima. Jika telaahan lanjut memang layak dilakukan, naik banding dilakukan dalam tempo 60 hari sejak permintaan naik banding. Prosesnya sama dengan dengar pendapat sebelumnya. Pihak penuntut menerima surat pemberitahuan tentang keputusan komite dalam 5-7 hari kerja setelah dengar pendapat. Keputusan komite tentang naik banding bersifat final.

Banyak MCO yang merevisi proses pengaduannya untuk menghindari adanya naik banding. Akibat tingginya biaya mengikut sertakan anggota dewan dalam komite, banyak MCO menggunakan solusi lain untuk menyelesaikan sengketa.

ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA

Alternatif penyelesaian sengketa (alternatif dispute resolution, ADR) adalah metode penyelesaian sengketa tanpa menggunakan proses yang mahal dan berlarut-larut. Bentuk paling lazim yang bisa digunakan adalah melalui arbitrase. Arbitrase adalah proses dimana pihak yang terlibat sepakat untuk menyerahkan kasusnya kepada pihak ketiga untuk memperoleh keputusan final dan mengikat. Umumnya biaya untuk proses arbitrase ditanggung oleh peserta dan biasanya ditangani oleh badan arbitrase yang resmi.

Sengketa yang dibawa ke badan arbitrase tidak dapat dilanjutkan ke pengadilan. Dengan arbitrase, kedua pihak melepaskan haknya atas proses pengadilan dan arbitrator tidak bisa digugat di pengadilan kecuali ada bukti kuat arbitrator melakukan kesalahan. Keuntungan dari proses arbitrase adalah kerahasiaan bukti rekaman terjaga, arbitrator merupakan para ahli yang berpengalaman menangani sengketa, dan keputusannya pasti.

Arbitrase secara luas diterima oleh MCO dan menjadi ketentuan wajib dalam kontrak kepesertaan. Begitu pun semakin banyak negara bagian yang melarang adanya ketentuan arbitrase dalam kontrak kepesertaan, namun secara sukarela (atas kesepakatan dengan peserta) banyak juga negara yang mengizinkan.

RINGKASAN

Berbagai MCO dan perusahaan asuransi beroperasi dan bersaing di dalam pasar yang terus berubah. Mereka yang mampu menyesuaikan diri dalam pemasaran dan penjualannya akan bertahan. Diferensiasi pasar, rancangan produk yang efisien dan berbagai instrumen pengendalian biaya yang dapat menahan kenaikan premi, dan kepuasan peserta yang tinggi merupakan elemen yang sangat penting dalam suksesnya sebuah MCO.

ISTILAH – ISTILAH PENTING

Account service staff - Staf pelayanan pelanggan khusus

Alternative dispute resolution (ADR)

Appeals committee - Komisi banding

Arbitration - Arbitrase

Automated call distribution (ACD)

Automated voice response (AVR)

Competitive analysis - Analisis pesaing

Complaint - Keluhan

Computerized geographic mapping - Pemetaan geografis berbasis komputer

Current member survey - Survei peserta yang ada sekarang

Customized employer survey - Survei sesuai kebutuhan pengusaha

Demographic analysis - Analisis demografis

Direct mail - Pengiriman langsung

Dual option - Opsi ganda

Formal complaint - Keluhan formal

Former member survey - Survei mantan peserta

Grievance - Pengaduan

Grievance committee - Komisi penanganan keluhan

Group health association of America (GHAA)

Health maintenance organization (HMO)

Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)

Hearing - Dengar pendapat

Informal complaint - Keluhan informal

Initial contact period - Periode kontak awal

Licensing - Lisensi

Marketing - Pemasaran

Market research - Riset pasar

Member satisfaction survey - Survei kepuasan peserta

Member services staff

Multiple plan option - Opsi manfaat majemuk

Open-enrollment period - Periode pendaftaran terbuka

Participating provider survey - Survei provider dalam jaringan

Point-of-service (POS) plan

Post enrollment period - Periode pasca pendaftaran peserta

Preferred provider organization (PPO)

Recent visit survey - Survei peserta yang baru menggunakan manfaat

Renewal period - Periode pendaftaran ulang

Response rate - Angka tanggapan

Retention - Retensi

Sales representative - Tenaga pemasaran/penjualan

Sales service staff - Staf bagian pelayanan

Sample size - Besar sampel

Service area - Daerah layanan

Service area waiver - Survei tanpa memperhatikan domisili

Survey design - Rancangan survei

Survey methodology - Metodologi survei

Telemarketing

Triple option - Opsi tiga pilihan

BAB 5 ADMINISTRASI KLAIM

<i>Pendahuluan</i>	<i>Menentukan pembayaran biaya pelayanan medis</i>
<i>Administrasi Klaim dan Rancangan manfaat produk</i>	<i>Membayar atau menolak klaim</i>
<i>Proses klaim & pengaturan provider</i>	<i>Administrasi klaim dan customer service</i>
<i>Manajemen utilisasi</i>	<i>Manajemen kinerja untuk administrasi klaim</i>
<i>Koordinasi manfaat</i>	<i>Ringkasan</i>
<i>Subrogasi dan ganti rugi oleh pihak ketiga</i>	<i>Istilah – istilah penting</i>
<i>Pengumpulan dan pertukaran data</i>	

PENDAHULUAN

Administrasi klaim adalah proses penyelesaian klaim sebuah MCO kepada peserta dan kepada *provider* yang telah memberikan pelayanan kesehatan dan bahan/alat medis kepada peserta. Administrasi klaim juga menyediakan data untuk analisis statistik tentang keuangan dan kecenderungan utilisasi yang dapat digunakan MCO untuk perencanaan dan pengelolaan paket-paket manfaat.

Perbedaan utama antara administrasi klaim pada asuransi indemnititas dan *managed care* adalah manajemen medis yang ketat terkait dengan pelayanan di dalam MCO. Pelayanan yang ditanggung dan tidak ditanggung tertulis dengan lebih jelas di dalam *managed care*. Demikian juga persetujuan di muka yang umumnya harus dilakukan dalam MCO. Di dalam MCO lebih banyak pelayanan atau cakupan pelayanan yang membutuhkan persetujuan di muka sebelum dilaksanakan oleh *provider*. Oleh karenanya di dalam MCO lebih sedikit klaim yang harus diputuskan sendiri oleh bagian administrasi klaim.

Aspek lain yang menunjukkan ciri yang lebih tegas tentang administrasi klaim dalam *managed care* adalah kontrak dengan *provider*. Kontrak yang telah disetujui dengan rumah sakit, dokter, atau institusi penunjang medis lainnya biasanya meliputi biaya yang akan dibayar untuk pelayanan yang telah disepakati. Pada sistem pembayaran dengan cara kapitasi bahkan pembayaran tersebut dilakukan di muka. Dengan demikian tidak perlu pemeriksaan retrospektif tentang besarnya jasa untuk pelayanan tertentu.

Administrasi klaim dapat bervariasi di antara berbagai model MCO, bahkan di dalam satu model MCO sekalipun. Misalnya, pada beberapa model HMO-IPA, pelayanan dibayar dengan cara kapitasi atas dasar perkiraan biaya pelayanan yang diberikan kepada peserta. Untuk pelayanan yang telah dibayar secara kapitasi, tidak ada klaim per pelayanan yang dibayarkan kepada *provider*. Di dalam model IPA lain, pembayaran dokter dilakukan dengan tarif per pelayanan yang telah disepakati.

Untuk HMO Staf dan Grup, tugas administrasi klaim sangat kecil karena *benefit* sudah ditetapkan sedemikian rupa sehingga hanya sebagian kecil saja yang harus dibayar oleh peserta. Kebanyakan HMO model ini membebaskan peserta dari copayment atau peserta hanya membayar sejumlah kecil seperti \$ 3 atau \$ 5 per konsultasi dokter dan HMO menanggung 100% biaya lainnya. Pengumpulan pembayaran copayment pun merupakan tanggung jawab *provider*. HMO membayar klaim kepada dokter spesialis dan rumah sakit. Karena sebagian besar pelayanan dokter primer - mempunyai kontribusi sekitar 50% pelayanan di HMO- dibayar secara kapitasi, maka kebutuhan administrasi klaim menjadi kecil.

Dengan perkembangan yang menuntut produk yang lebih lentur dan meningkatnya kebutuhan data, maka administrasi klaim telah berubah karena beberapa hal:

- Semakin banyak MCO yang membolehkan peserta mendapatkan pelayanan di luar jaringan *provider* yang telah dikontrak. Hal ini menuntut adanya administrasi klaim.
- Beberapa pelayanan di luar jaringan tidak membutuhkan persetujuan di muka atau rujukan oleh dokter primer, artinya akan dibutuhkan penilaian tentang perlu-tidaknya atau tepat-tidaknya suatu pelayanan medis yang telah diberikan dan diklaim.
- Semakin banyak dokter yang memberikan pelayanan kepada peserta sebuah MCO yang dibayar dengan *fee for service* atau sebagian dikapitasi dan sebagian dengan *fee for service*.
- Peran pengumpulan data semakin besar untuk menelusuri pola praktek dokter dan pola utilisasi oleh peserta.

Seorang administrator klaim yang menangani klaim-klaim biaya medis membutuhkan pengetahuan teknis yang sama banyaknya dengan yang dibutuhkan oleh para *underwriter* karena administrator klaim melakukan penilaian atas keabsahan dan akurasi informasi teknis mengenai penyakit serta kondisi fisik dan mental.

Bab ini membahas peran administrasi klaim pada berbagai bentuk MCO dan peranan pengumpulan dan analisis data dalam rangka mengelola klaim dan mutu pelayanan.

ADMINISTRASI KLAIM DAN RANCANGAN MANFAAT PRODUK

Kebutuhan administrasi klaim sangat terkait erat dengan rancangan produk sebuah MCO. MCO tradisional dengan panel *provider* tertutup membutuhkan administrasi klaim yang relatif sederhana, sedangkan MCO yang lebih fleksibel dengan produk yang sedang berkembang membutuhkan kemampuan administrasi klaim yang lebih kompleks. Tiga buah rancangan produk diberikan di bawah ini sebagai ilustrasi.

PRODUK MCO TRADISIONAL

Produk MCO tradisional menekankan pada pelayanan preventif melalui iur biaya yang kecil untuk konsultasi dokter primer dan tidak ada iur biaya, *co-insurance*, atau *deductible* untuk pelayanan lainnya. Rujukan dan otorisasi di luar jaringan dokter primer dikelola secara ketat oleh MCO. Pengeluaran yang ditanggung sendiri (*out of pocket*) sangat terbatas sehingga tidak ada jumlah maksimum biaya yang ditanggung sendiri oleh peserta.

Untuk produk jenis ini administrasi klaim adalah yang paling sederhana karena sangat sedikit hal-hal yang dapat meragukan. Suatu pelayanan kesehatan mempunyai dua kemungkinan, ditanggung atau tidak ditanggung, sehingga manfaat yang kompleks tidak diperlukan, dan keputusan manajemen utilisasi bersifat final. Untuk menjamin ketepatan maksimum penyelesaian klaim dan administrasi manfaat, sistem pengumpulan data MCO harus memiliki kapasitas untuk melacak jumlah maksimum kunjungan atau biaya untuk masa satu tahun kalender, masa suatu kontrak, atau seumur hidup.

PRODUK POINT OF SERVICE (POS)

Paket POS merupakan paket yang menarik bagi masyarakat yang belum pernah menjadi peserta *managed care* sebelumnya karena mereka menginginkan kebebasan memilih *provider*. Paket ini biasanya menawarkan manfaat *managed care* tradisional untuk mereka yang mengikuti pedoman rujukan dan yang menggunakan pelayanan di dalam jaringan *provider*.

Manfaat tingkat kedua tersedia bagi peserta yang menggunakan *provider* di luar jaringan atau yang tidak mengikuti pedoman rujukan melalui dokter primer. Tingkat manfaat ini seringkali mirip dengan produk indemnitas atau produk PPO dengan adanya *deductible* dan *co-insurance* untuk pelayanan yang ditanggung dan ada jumlah maksimum untuk biaya yang ditanggung sendiri. Biasanya ada

keharusan persetujuan di muka untuk mendapatkan pelayanan di dalam dan di luar jaringan dan ada sanksi bagi yang tidak mengikuti prosedur yang telah ditetapkan.

Sistem administrasi klaim produk POS jauh lebih kompleks karena sistem tersebut harus menggabungkan manfaat *managed care* tradisional dengan manfaat di luar jaringan. Misalnya, sistem harus mampu mengenali pelayanan yang membutuhkan persetujuan di muka, meskipun dilakukan oleh *provider* di luar jaringan. Bila peserta dirujuk atas permintaan sendiri MCO mengganti biaya manfaat di luar jaringan kepada *provider* dalam jaringan. Karena pembayaran kepada *provider* di luar jaringan tidak berdasarkan tarif kontrak, MCO harus mengganti biaya dengan menggunakan pedoman tarif yang wajar dan biasa, sedangkan peserta harus membayar iur biaya berupa *deductible* atau *co-insurance*.

PRODUK TUMPANGAN/RIDERS

Beberapa manfaat sering dimasukkan sebagai produk tumpangan terhadap paket dasar. Hal ini memungkinkan perusahaan menggabungkan berbagai pilihan tumpangan ke dalam paket dasar atau mengeluarkan (*carve out*) manfaat individual. Paket tumpangan mempunyai harga sendiri-sendiri dan terpisah dengan paket dasar/pokok.

Manfaat yang paling sering dicantumkan sebagai produk tumpangan adalah obat-obatan, perawatan mata, kesehatan mental, dan perawatan gigi. Seringkali MCO menawarkan berbagai tingkat paket obat-obatan dan kesehatan mental dengan jumlah iur biaya dan maksimum biaya tanggungan sendiri yang berbeda-beda. Perusahaan dapat memilih satu atau lebih tumpangan ini untuk ditambahkan ke dalam paket pokoknya.

Produk tumpangan atau pelayanan *carve out* yang ditawarkan oleh MCO biasanya dikelola oleh pihak ketiga. Pihak ketiga ini melaksanakan tanggung jawab administrasinya untuk sebagian manfaat tertentu. Adakalanya mereka juga mengambil risiko medis melalui kapitasi.

Meskipun tanggung jawab manajemen medis dan administrasinya diserahkan pada pihak ketiga, pengumpulan data dan pemrosesan klaim tetap penting bagi MCO untuk mendapatkan informasi tentang pelayanan *carve out* yang diberikan. Beberapa negara bagian mengharuskan adanya batas maksimum biaya tanggungan sendiri (*out of pocket*) baik dalam bentuk copayment maupun *co-insurance* pada paket tumpangan dan paket dasar. Dalam hal ini data manfaat dari pihak ketiga harus disampaikan kepada MCO agar bisa disatukan sebagai manfaat yang umum.

PROSES KLAIM DAN PENGATURAN PROVIDER

Kebutuhan pemrosesan klaim suatu MCO berkaitan langsung dengan bagaimana pelayanan diberikan kepada peserta dan bagaimana *provider* dibayar.

SISTEM DOKTER KELUARGA/GATE KEEPER

Banyak MCO mengharuskan agar seluruh perawatan kepada peserta dikoordinasikan melalui dokter primer. Bahkan, beberapa pelayanan tertentu harus diberikan oleh dokter primer, kecuali dalam keadaan tertentu seperti gawat darurat. Pelayanan dokter keluarga dapat mencakup radiologi rutin, imunisasi, dan pemeriksaan laboratorium. Jika dokter primer merujuk pelayanan yang seharusnya diberikan di tempat prakteknya, atau jika pelayanan dirujuk ke dokter selain yang telah ditunjuk, bagian klaim harus mengenali hal ini dan melakukan tindakan tepat sesuai yang telah ditetapkan MCO. Dalam beberapa hal, klaim dokter tersebut dapat ditolak, atau hanya diberi teguran. Apabila kasus rujukan yang tidak tepat sering terjadi, harus dilakukan sanksi kepada *provider*.

JARINGAN AKSES TERBUKA

Di dalam sebuah jaringan akses terbuka, peserta boleh mencari pelayanan di *provider* mana saja di dalam jaringan, tanpa ada manajemen melalui dokter keluarga. Persetujuan di muka untuk pelayanan tertentu masih tetap diperlukan akan tetapi pembatasan *provider* lebih kecil. Sistem pemrosesan klaim perlu mengenali apakah sebuah *provider* telah dikontrak dalam jaringan, bagaimana perjanjian pembayarannya, dan apakah pelayanan yang diberikan telah mendapat persetujuan yang benar.

Sistem terbuka ini merupakan sistem transisi yang efektif bagi mereka yang belum mengenal *managed care* dan tidak biasa dengan pelayanan terkendali. Namun demikian, kemampuan pengendalian biaya pada sistem ini lebih terbatas karena sedikitnya kontrol terhadap akses ke pelayanan spesialis dan terbatasnya pembayaran kapitasi.

KAPITASI

Pembayaran pra upaya dengan cara kapitasi digunakan secara luas di kalangan MCO. Pembayaran kapitasi memungkinkan MCO dan *provider* memperkirakan pengeluaran dan pendapatan yang diperoleh dari suatu populasi tertentu. Pembayaran kapitasi digunakan pada dokter primer, dokter spesialis, dan pelayanan non primer lainnya. Aturan yang membayar organisasi dengan kapitasi mencakup semua pelayanan yang ditanggung. Dalam situasi yang semakin kompleks sekarang ini, pelayanan kapitasi standar tidak lagi seragam dan seorang administrator klaim akan bekerja dengan berbagai bentuk aturan.

Kapitasi Dokter Primer Dan Pelayanan Sekunder

Setiap MCO memiliki berbagai cara pembayaran kapitasi, dan administrator klaim harus mengetahui pelayanan mana yang dikapitaskan sesuai kontraknya masing-masing, agar dapat dilakukan pembayaran yang tepat. Misalnya, pelayanan rutin tertentu dan preventif dicakup dalam kapitasi dokter primer. Mungkin ada beberapa jenis pelayanan dokter primer yang tidak dapat dirujuk ke spesialis akan tetapi dokter tersebut akan mendapatkan penggantian *fee for service* dengan tarif yang telah disepakati sebelumnya.

Beberapa pelayanan hanya dapat dirujuk kepada *provider* layanan penunjang yang dibayar dengan kapitasi seperti misalnya pemeriksaan radiologi dan laboratorium. *Provider* jenis ini mendapat pembayaran kapitasi untuk seluruh atau sebagian pelayanan dikaitkan dengan *provider* pengirim rujukan. Besaran kapitasi untuk pelayanan penunjang biasanya jauh lebih kecil akan tetapi mencakup jumlah peserta yang lebih banyak sedangkan hanya sejumlah kecil peserta yang membutuhkannya. Jika ada lebih dari satu *provider* penunjang atau hanya dikapitasi untuk sebagian peserta, maka administrator klaim harus mengetahui pelayanan mana yang dikapitasi dan mana yang dibayar *fee for service*.

Pelayanan Spesialis

Pembayaran kapitasi untuk pelayanan spesialis mempunyai tantangan yang berbeda bagi administrator klaim. Kapitasi spesialis paling sering terjadi pada klinik praktek multispesialis yang juga menyediakan pelayanan primer. Kapitasi spesialis umumnya terjadi pada dokter yang melayani rujukan dari dokter primer di klinik yang sama. Akan tetapi jika dokter spesialis menerima rujukan dari dokter primer di luar klinik, maka spesialis tersebut dibayar secara *fee for service*. Ketika menerima klaim spesialis, administrator klaim harus bisa membedakan bahwa rujukan tersebut berasal dari dokter di luar klinik multispesialis.

Kapitasi Kepada Organisasi

Pembayaran kapitasi kepada organisasi hampir sama dengan kapitasi spesialis, tetapi biasanya termasuk juga pelayanan rawat inap, pelayanan penunjang medis, alat-alat medis, dan layanan perawat terampil. Resiko pembayaran kapitasi ini dapat ditanggung oleh sebuah rumah sakit atau organisasi dokter-rumah sakit. Besaran biaya kapitasi biasanya cukup besar karena risiko yang dicakup dengan kapitasi juga besar.

Administrator klaim harus memiliki pengetahuan yang lengkap tentang seluk beluk kapitasi model ini dan berbagai pelayanan yang termasuk dalam kontrak kapitasi. Pelayanan di dalam dan di luar jaringan *provider* yang telah dikapitasi masih tetap memerlukan rujukan dan persetujuan di muka, akan tetapi satu hal penting disini adalah bahwa tidak boleh ada pelayanan yang dibayar atas dasar *fee for service* untuk pelayanan yang sudah dicakup dalam kapitasi.. Jika administrator klaim membayar pelayanan yang telah dikapitasi, maka akan terjadi pembayaran ganda.

Pengumpulan Data Dan “Kontak”

Secara umum yang dimaksud dengan kontak adalah pertemuan tatap muka antara peserta dan *provider* dalam pemberian pelayanan. Definisi kontak yang lebih terbatas menurut MCO adalah setiap pelayanan yang akan dibayar secara kapitasi. Karena pelayanan sudah dibayar secara kapitasi, tidak perlu lagi ada klaim yang harus dikumpulkan. Namun demikian, MCO tetap perlu mendapatkan informasi tentang kondisi pasien sehingga perlu konsultasi dan berbagai pelayanan medis yang diberikan. Informasi ini digunakan untuk analisis utilisasi dan pola pelayanan *provider*. Misalnya, jika MCO tidak memperoleh informasi yang akurat dan lengkap tentang apakah peserta menerima pelayanan preventif seperti imunisasi dan mamografi, maka sulit bagi MCO melakukan analisis tentang pelayanan yang diterima pesertanya. Informasi tersebut sangat penting untuk menetapkan besaran kapitasi pada periode berikut dan untuk perencanaan umum.

MEKANISME PEMBAYARAN LAIN

Selain kapitasi, banyak mekanisme pembayaran lain yang juga digunakan dalam MCO. Cara lain tersebut adalah pemberian rabat dari tarif *provider*, rabat dari tarif yang telah disepakati, tarif kesepakatan dengan dana ditahan, per kasus (*diagnostic related group/DRG* dan lain-lain), dan *per diem*.

MANAJEMEN UTILISASI

Melalui administrasi klaim MCO dapat mengidentifikasi rujukan oleh dokter primer, utilisasi pelayanan melalui persetujuan di muka dan telaah peserta yang sedang dirawat, pembayaran di luar paket standar dan di luar wilayah cakupan. Administrator klaim harus menerima informasi yang jelas dan lengkap tentang keputusan manajemen utilisasi, tidak hanya untuk menjamin bahwa pembayaran klaim dilakukan dengan benar akan tetapi juga untuk mencatat ada tidaknya pelayanan yang dibayar secara berlebihan, baik sengaja atau tidak sengaja. Hal ini menjadi lebih penting pada pembayaran di luar kontrak. Sistem informasi harus cukup lentur agar mampu mengenali batas maksimum manfaat secara otomatis dan pengecualian-pengecualian. Sistem administrasi klaim harus terpadu dengan sistem otorisasi dan system rujukan agar klaim dapat dibayarkan dengan lancar.

RUJUKAN

Rujukan adalah mekanisme dimana dokter primer menyarankan agar peserta mencari pengobatan dari *provider* lain, biasanya dokter spesialis atau pelayanan penunjang medis. Dokter primer memberi tahu MCO tentang peserta yang dirujuk, baik secara tertulis atau melalui telepon. Jika

pemberitahuan disampaikan tertulis, MCO dapat memeriksa ketepatan rujukan tersebut. Jika pemberitahuan diajukan via telepon, MCO mempunyai kesempatan mendiskusikan tepat tidaknya rujukan sebelum pelayanan rujukan diberikan. Sistem ini memberikan banyak manfaat dalam rangka manajemen medis, namun demikian sistem ini memerlukan banyak tenaga dan harus diproses secara efektif agar bisa memberikan pelayanan yang tepat kepada *provider* sambil mengendalikan biaya.

Laporan rujukan lisan dan tertulis harus dimasukkan dalam sistem informasi pada hari yang sama karena administrator klaim hanya membayar klaim jika rujukan disetujui. Beberapa MCO tidak mengharuskan dokter primer meminta persetujuan rujukan karena berdasarkan pengalaman sudah diketahui bahwa dokter tersebut mampu mengendalikan rujukan dengan baik. Hal ini akan mengurangi beban kerja dan biaya pada kedua belah pihak. Namun demikian, MCO yang melakukan hal ini masih tetap memantau kegiatan rujukan melalui data klaim yang diterima untuk menjamin bahwa manajemen medis dilakukan secara efektif.

PERSETUJUAN DI MUKA/PREAUTHORIZATION

Beberapa pelayanan tertentu, seperti yang telah tertulis dalam kontrak, harus mendapat persetujuan di muka dari MCO. Biasanya pelayanan tersebut adalah rawat inap, bedah rawat jalan dan pemeriksaan diagnostik, pelayanan rumah, dan alat medis. Sesuai dengan istilah yang digunakan, persetujuan ini dilakukan secara prospektif.

Pada MCO yang ketat, klaim yang diajukan tanpa adanya persetujuan di muka tidak dibayarkan. Pada produk yang tidak ketat, seperti POS, klaim yang tidak memiliki persetujuan di muka masih tetap dibayarkan akan tetapi peserta harus membayar iur biaya.

MCO sering mengharuskan persetujuan pelayanan yang diberikan di luar jaringan yang telah dikontrak. Kadang kala, suatu pelayanan tidak dapat diberikan oleh *provider* yang telah dikontrak, seperti transplantasi atau tindakan bedah rumit lainnya. Dalam keadaan darurat, peserta dapat mencari pelayanan di luar jaringan. MCO dapat melakukan telaah peserta yang sedang dirawat atau melakukan negosiasi biaya kepada *provider* yang tidak dikontrak baik dengan mendatangi fasilitas tersebut atau melalui telepon. Jaringan *provider* yang cukup berimbang antara ketersediaan pelayanan dan kebutuhan peserta dapat mengurangi keharusan otorisasi dan negosiasi yang sulit di luar jaringan *provider*.

TELAH PESERTA YANG SEDANG DIRAWAT DAN MANAJEMEN KASUS

Telaah peserta yang sedang dirawat dan manajemen kasus adalah bagian dari penilaian, perencanaan, intervensi, dan evaluasi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Keduanya merupakan bagian yang sangat penting dari manajemen utilisasi. Data yang dikumpulkan selama proses tersebut digunakan untuk membayar *provider*.

Telaah Peserta Yang Sedang Dirawat

Telaah peserta yang sedang dirawat dilakukan di tempat/rumah sakit atau melalui telepon jika tidak mungkin melakukan kunjungan ke rumah sakit. Telaah peserta yang sedang dirawat menjamin bahwa pasien akan menerima pelayanan medis yang diperlukan dengan dasar informasi yang tersedia dari catatan medis (status), observasi pasien, dan konsultasi dengan dokter yang merawat atau yang memeriksa dengan menggunakan kriteria objektif yang telah disetujui. Telaah pasien yang sedang dirawat juga memungkinkan perencanaan pasien pulang yang mencakup waktu, pemeriksaan, dan kelanjutan untuk menjamin kesinambungan perawatan. Catatan rinci tentang proses, perkembangan pasien, dan kebutuhan medis pasien disimpan dalam sistem informasi.

Manajemen Kasus

Manajemen kasus adalah penyediaan pelayanan medis atau penunjang medis kepada pasien yang mempunyai kondisi medis tertentu yang jika tidak dilakukan akan membutuhkan perawatan jangka panjang atau mahal sekali. Biasanya kasus yang ditangani adalah kasus katastrofik yang membutuhkan pelayanan di luar standar paket manfaat untuk mencapai kualitas pelayanan yang tinggi dengan biaya lebih murah.

Program manajemen kasus yang efektif memiliki ciri-ciri:

- Menjamin pelayanan yang berkualitas tinggi, pelayanan dengan biaya efektif dengan cara manajemen yang cukup leluasa, mungkin melebihi batas maksimum manfaat yang disediakan yang diberikan kepada peserta yang memiliki kondisi medis yang memerlukan biaya tinggi.
- Menggunakan *provider* yang telah dikontrak dan terpilih untuk mengurangi biaya perawatan
- Menyediakan bantuan kepada dokter primer untuk menangani kasus-kasus sulit
- Mengelola kebutuhan peserta dan memberi nasehat medis kepada peserta atau keluarga.

PEMBAYARAN DI LUAR KONTRAK

Sebuah MCO bisa memberikan pembayaran untuk pelayanan di luar manfaat standar jika perawatan yang diberikan lebih tepat. Dalam beberapa hal, pembayaran ini dapat mengurangi biaya keseluruhan. Misalnya, sebuah paket yang mempunyai batas maksimum manfaat untuk penggantian alat medis dan seorang peserta telah menghabiskan batas maksimum tersebut. Namun demikian, peserta mungkin masih membutuhkan alat tersebut seperti tempat tidur khusus yang biasanya tersedia di rumah sakit. Daripada MCO membayar perawatan terus di rumah sakit, MCO dapat membelikan tempat tidur khusus untuk ditempatkan di rumah pasien sehingga lebih menghemat biaya dan pasien tetap puas.

PELAYANAN GAWAT DARURAT

Organisasi *managed care* harus mampu memberikan keseimbangan antara manajemen biaya medis dan jaminan bahwa pasien mempunyai akses ke pelayanan medis yang diperlukan pasien. Beberapa MCO melakukan kontrak dengan berbagai fasilitas UGD (unit gawat darurat) yang dapat digunakan peserta jika dibutuhkan. Namun demikian, perawatan gawat darurat selalu tidak diketahui sebelumnya, pelayanan baru diketahui jika sudah terjadi.

Peserta diwajibkan menghubungi dokter primer atau MCO sebelum mencari pelayanan gawat darurat. Jika hal ini tidak memungkinkan, peserta harus memberi tahu MCO dalam waktu yang tidak terlalu lama (biasanya 48 jam) setelah perawatan diterima. Jika tidak ada pemberitahuan, MCO akan menilai tingkat kebutuhan perawatan berdasarkan diagnosis dan tingkat berat-ringannya kasus. Kelalaian memberi tahu MCO pada waktu yang ditetapkan dapat menyebabkan pelayanan tidak ditanggung/dijamin.

Jika peserta tidak menghubungi dokter primernya ketika dalam kondisi darurat, MCO akan bekerja sama dengan dokter primer untuk menilai apakah perawatan gawat darurat tersebut sudah tepat. Dokter primer didorong untuk melayani pasien di tempat praktek sejauh hal itu memungkinkan.

PELAYANAN DI LUAR WILAYAH CAKUPAN UNTUK PELAJAR

Sebuah MCO yang menawarkan POS memberikan keluwesan yang besar bagi keluarga yang memiliki anak yang sekolah di luar wilayah cakupan. Pelajar dapat menerima pelayanan dari dokter non jaringan dengan kepastian jaminan dan persetujuan dapat dimintakan melalui telepon.

Produk *managed care* tradisional dengan jaringan model tertutup menghadapi kesulitan untuk melayani pelajar di luar wilayah cakupan karena kurangnya *provider* yang dapat digunakan. Untuk mengakomodasi peserta seperti itu, beberapa MCO menyediakan jaminan yang terbatas seperti pengobatan alergi, rehabilitasi medis, pelayanan lanjut setelah gawat darurat, atau kondisi lainnya yang ditetapkan.

KOORDINASI MANFAAT (COORDINATION OF BENEFIT, COB)

Koordinasi manfaat (COB) adalah prosedur untuk membatasi manfaat dari dua atau lebih asuransi sehingga tidak melebihi nilai 100% dari biaya pelayanan. Kebanyakan asuransi kesehatan kumpulan memiliki aturan COB yang memungkinkan dua atau lebih asuradur mengambil tanggung-jawabnya masing-masing sehingga seluruh pelayanan yang dijamin terbayar, dan tidak membayar lebih besar dari seluruh biaya pelayanan, baik kepada peserta maupun kepada *provider*. Pada masa awal MCO, tidak ada klausula COB dalam kontrak sehingga peserta atau *provider* dapat memperoleh keuntungan dari penggantian asuransi yang melebihi biaya pelayanan. Hal ini mencegah koordinasi dengan asuransi indemnitas dan menyebabkan beberapa asuransi indemnitas menolak membayar penggantian jika sebuah MCO menanggung sebagai asuradur sekunder. Sekarang ini praktis seluruh MCO menyadari pentingnya klausula COB.

PEDOMAN NAIC

Dalam undang-undang, peraturan dan pedoman yang dikeluarkan NAIC (The national Association of Insurance Commissioners), tercantum pedoman untuk menetapkan "urutan penjamin" dan cara mengadministrasikan ketentuan pertanggungan ganda. Urutan penjamin menetapkan asuradur mana yang utama/primer dan mana yang sekunder dalam rangka membayar kewajibannya.

Asuradur utama/primer adalah asuradur yang menanggung peserta berstatus karyawan,, atau pembeli (bukan yang menjadi anggota keluarga). Asuradur sekunder adalah asuradur yang menjamin peserta yang berstatus sebagai dependent/anggota keluarga (bukan karyawan)

Sebagai contoh, jika kedua suami-istri bekerja dan masing-masing memiliki asuransi kesehatan kumpulan dari perusahaannya, maka jaminan dari suami menjadi utama/primer untuk suami dan sekunder untuk istri. Jaminan dari perusahaan istri menjadi utama/primer untuk si istri dan sekunder untuk suami.

Untuk menetapkan urutan jaminan bagi anak, NAIC menggunakan aturan tanggal lahir yang menetapkan bahwa jaminan dari asuradur orang tua yang tanggal lahirnya lebih dahulu digunakan terlebih dahulu sebelum jaminan asuradur orang tua yang tanggal lahirnya belakangan. NAIC juga telah menetapkan urutan penjamin bagi anak yang orang tuanya sudah cerai atau berpisah dan kondisi keluarga yang demikian ditetapkan oleh pengadilan.

Model ini telah digunakan oleh sebagian besar perusahaan asuransi, MCO, dan berbagai jenis administrator lainnya. Hal ini telah menciptakan mekanisme yang konsisten dengan pihak-pihak lain untuk menjamin bahwa manfaat dibayar maksimum, tetapi tidak berlebihan.

COB DAN PELAYANAN YANG DIKAPITASI

Karena pelayanan dengan sistem kapitasi dibayar di muka, peraturan standar COB tidak berlaku bagi pelayanan yang telah dikapitasikan. Jika pembayaran kapitasi telah dibayar oleh asuradur utama/primer, asuradur sekunder akan menilai bahwa pelayanan tersebut telah dibayar penuh dan karenanya tidak perlu membayar apapun menurut aturan koordinasi manfaat. *Provider* harus menerima pembayaran kapitasi sebagai pembayaran penuh oleh kedua asuradur karena pembayaran tersebut telah mencakup seluruh biaya yang diperlukan.

Jika MCO adalah asuradur sekunder, sebuah kontrak standar dengan *provider* yang dibayar secara kapitasi membolehkan pembayaran *fee for service* oleh asuradur yang tidak membayar kapitasi sebagai tambahan atas biaya kapitasi oleh MCO. Hal ini sebenarnya meniadakan koordinasi manfaat.

MEDICARE

Medicare adalah program asuransi kesehatan pemerintah federal yang dikelola oleh CMS (Center for Medicare and Medicaid Services, dahulu adalah Health Care Financing Administration, HCFA) untuk penduduk lansia (berusia 65 tahun ke atas) dan mereka yang menderita cacat/cacat tertentu. Dalam rangka COB, Medicare dianggap sebagai cakupan kumpulan. Penerima manfaat Medicare dapat menerima pelayanan melalui HMO yang memenuhi ketentuan federal. Undang-undang federal telah menetapkan tanggung jawab utama/primer ada pada asuransi kumpulan yang menjamin karyawan yang menderita cacat/penyakit tertentu, karyawan yang berusia di atas 65 tahun tetapi masih bekerja penuh, dan pasangan lansia yang masih berusia di bawah 65 tahun.

SUBROGASI DAN GANTI RUGI PIHAK KETIGA

Subrogasi adalah provisi kontrak yang memungkinkan MCO memperoleh seluruh atau sebagian pembayaran klaim jika peserta mendapatkan pembayaran klaim dari pihak ketiga. Pembayaran ini biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi liabilitas pihak ketiga. Pihak ketiga adalah perusahaan asuransi atau orang, atau perusahaan yang secara hukum bertanggung jawab atas penyakit atau cedera yang dialami oleh pengaju klaim.

Sumber subrogasi yang umum adalah asuransi kendaraan bermotor. Jika peserta adalah korban kecelakaan mobil karena kesalahan pihak lain dan terjadi cedera, pihak yang salah menanggung biaya medis. Karena jaminan asuransi liabilitas/kerugian pihak ketiga tidak tercakup dalam COB, provisi subrogasi harus diberdayakan agar *provider* atau seorang peserta tidak mendapatkan penggantian biaya yang lebih besar dari biaya medis. Sebuah MCO seringkali harus membayar terlebih dahulu klaim yang diajukan karena pembayaran subrogasi memakan waktu cukup lama.

GANTI RUGI BIAYA PIHAK PERTAMA

Kebanyakan subrogasi mencakup pembayaran pihak ketiga; beberapa provisi subrogasi juga mencakup kewajiban pihak pertama. Dalam contoh di atas, orang yang bersalah dalam kecelakaan tersebut bukanlah peserta sehingga tanggung jawab jatuh pada asuransi pihak ketiga. Jika pihak yang salah adalah peserta dan memiliki jaminan kesehatan melalui asuransi mobilnya, maka asuransi mobil tersebut menjadi penanggung pihak pertama dan tidak bisa ditagihkan kepada MCO, kecuali provisi subrogasi jelas-jelas menyebutkan begitu. Ini merupakan perbedaan penting karena biaya medis dapat dikendalikan dengan lebih baik jika tidak ada pihak yang mengambil untung dari suatu pelayanan.

SUBROGASI DAN PELAYANAN YANG DIKAPITASIKAN

Isi sebuah kontrak menentukan apakah sebuah MCO berhak mendapatkan subrogasi terhadap pelayanan yang telah dibayar secara kapitasi. Jika kontrak menyebutkan bahwa MCO berhak mendapatkan subrogasi, jumlahnya dapat diperhitungkan menurut tarif *fee for service*. Subrogasi menjadi lebih kompleks khususnya pada kontrak kapitasi yang kompleks. Kunci untuk terhindar dari masalah administrasi dan penagihan subrogasi ini adalah dengan mencantumkan secara jelas ketentuan tersebut di dalam kontrak dengan *provider*.

PENGUMPULAN DAN PERTUKARAN DATA

Kualitas dan integritas data yang dikumpulkan oleh sistem administrasi klaim sangat penting bagi sebuah MCO untuk mengelola keuangan dan pelayanan medis. Data tersebut dapat memberikan informasi sangat penting tentang pelayanan yang diberikan kepada peserta, kinerja *provider*, dan penggunaan berbagai manfaat di dalam dan di luar jaringan. Selain itu, administrasi klaim yang akurat dan tepat waktu merupakan faktor penting dalam manajemen keuangan MCO.

PERTUKARAN DATA ELEKTRONIS

Administrasi klaim sejak lama telah menggunakan proses otomatis. Pertukaran data secara elektronik sangat menarik bagi MCO karena standarisasi data dan kebutuhan untuk mengendalikan biaya administrasi.

Pertukaran data elektronik adalah kemampuan memindahkan data secara elektronik antara dua sistem komputer dengan menggunakan standar dan format pertukaran yang baku dalam rangka mengurangi biaya pengembangan dan operasional. Pertukaran data elektronik telah lama digunakan dalam industri perbankan, komunikasi, dan industri ritel. Industri kesehatanpun kini telah menggunakan pertukaran data elektronik dan menjadi pengguna yang cukup besar dalam berbagai transaksi termasuk dalam penanganan klaim. Salah satu organisasi terkemuka yang mempromosikan pertukaran data elektronik di dalam industri kesehatan adalah Working-group for Electronic Data Interchange (WEDI) yang didirikan tahun 1991.

Tujuan WEDI adalah:

- Menerapkan standar - standar
- Otomatisasi transaksi
- Menciptakan insentif bagi *provider*, dan
- Mendirikan pusat data untuk akreditasi

The American National Standards Institute (ANSI) mengembangkan standarisasi format untuk transaksi tertentu. Standar tersebut menciptakan metode komunikasi yang seragam diantara berbagai pihak yang terlibat dalam transaksi elektronik. Hal ini sangat penting mengingat masih banyak pihak yang menggunakan sistem informasi sendiri yang unik. Format yang unik ini harus di program secara khusus untuk dapat diterima dalam transmisi. Akan menjadi sangat sulit jika penerima (seperti MCO) harus menerima transmisi data dari berbagai pihak (misalnya rumah sakit) yang memiliki format unik. Standarisasi format menghilangkan masalah tersebut dan meningkatkan kualitas dan integritas data yang diterima. Beberapa format standar telah disetujui bersama dan telah digunakan.

EFISIENSI UNTUK *PROVIDER* DAN PEMBAYAR

Transaksi elektronik yang akan atau telah menggunakan format standar, meliputi:

- Pendaftaran
- Eligibilitas
- Rujukan
- Pengajuan klaim
- Status klaim
- Pembayaran dan bukti pembayaran

Penggunaan transaksi elektronik memungkinkan sebuah MCO menerima data pendaftaran dari kelompok perusahaan. Hal itu juga memungkinkan *provider* melakukan pengecekan eligibilitas pasien, mengirimkan rujukan ke spesialis, mengirimkan data klaim dan tindak-lanjutnya untuk mengetahui status klaim, dan menerima pembayaran serta catatan pembayaran tanpa harus menggunakan kertas atau kontak telepon dengan MCO.

Penggunaan format standar dalam transaksi elektronik memungkinkan sebuah MCO melakukan pembaharuan data yang disampaikan langsung ke dalam sistem informasi, sehingga menghilangkan atau sangat mengurangi pekerjaan pemasukan data secara manual untuk pendaftaran, rujukan, dan informasi klaim. Dalam beberapa hal sistem klaim dapat menetapkan klaim tanpa pekerjaan manual, sehingga memungkinkan efisiensi dan akurasi yang lebih baik lagi.

Penggunaan alat optik yang mampu mengenal karakter (Optical Character Recognition, OCR) juga semakin banyak digunakan dalam administrasi klaim. Piranti ini memacu pembakuan formulir yang digunakan dalam proses klaim. OCR memungkinkan alat scan untuk membaca klaim dan menempatkan data tersebut di field sistem informasi. Seperti pertukaran data elektronik, pada beberapa kasus, keputusan tentang status klaim dapat dibuat secara otomatis sehingga tidak diperlukan pemeriksaan secara manual. Karena sifat klaim yang diajukan tidak sempurna, OCR tidak bisa dilakukan tanpa pengawasan manusia. Namun demikian, jika klaim yang tidak disampaikan secara elektronik dapat diproses melalui OCR, MCO dapat meningkatkan efisiensinya.

CLEARINGHOUSE VS SAMBUNGAN LANGSUNG DENGAN PROVIDER

Pada kondisi dimana tidak tersedia format standar, sejumlah clearinghouse telah dimanfaatkan untuk menjadi perantara antara *provider* dan pembayar. Ada ratusan atau bahkan ribuan format *provider* yang dengan clearinghouse dikonsolidasikan menjadi satu format yang seragam, dan ini akan sangat mengurangi beban MCO. Namun demikian, biaya administrasi menggunakan *clearinghouse* perlu dipertimbangkan, apakah seimbang dengan penghematan yang ingin dicapai.

Alternatif lain bagi MCO adalah menghubungkan langsung jaringan informasinya kepada *provider*, sehingga MCO tidak harus membayar *clearinghouse*. Tanpa standar ANSI, hubungan langsung MCO hanya akan efisien jika *provider* menangani jumlah peserta yang cukup besar, seperti banyaknya jumlah dokter primer. Dengan standar ANSI hubungan langsung antara *provider* dan MCO akan lebih mudah dicapai.

Untuk memaksimalkan pertukaran data elektronik, sebuah MCO mungkin menggunakan sedikit *clearinghouse* dan untuk *provider* nya yang terbesar membuat sambungan langsung.

MENENTUKAN PEMBAYARAN BIAYA PELAYANAN MEDIS

Klaim biaya pelayanan medis biasanya diajukan

- secara manual menggunakan formulir klaim yang diisi oleh peserta atau para *provider* atau
- secara elektronik oleh *provider* dan stafnya yang berkomunikasi langsung dengan perusahaan asuransi.

Dalam menentukan apakah telah terjadi risiko kerugian, administrator klaim biasanya menginterpretasikan diagnostic and treatment codes (kode-kode diagnostik dan perawatan).

KODE-KODE DIAGNOSTIK DAN PERAWATAN

Untuk membantu komunikasi antara *provider* dengan perusahaan asuransi, dibuat kode-kode khusus untuk menguraikan diagnosis dan pelayanan medis yang spesifik. Diagnostic and treatment codes (kode-kode diagnostik dan pelayanan) adalah huruf dan angka dan kata-kata yang mewakili diagnostik dan pelayanan medis yang spesifik. Kode-kode tersebut mencakup

- suatu bilangan atau kombinasi huruf dan bilangan yang mengidentifikasi setiap diagnosa atau pelayanan dan
- uraian singkat dan spesifik mengenai setiap diagnosa atau pelayanan.

Kode-kode diagnostik dan pelayanan membiasakan orang dengan sistem pengkodean untuk segera tahu informasi apa yang dilaporkan. Kode-kode yang paling umum digunakan untuk diagnosa medis adalah International Classification of Diseases and Related Health Problems, yang umumnya disebut sebagai ICD dan administrator klaim biasanya mengacu ke edisi yang paling terakhir contohnya edisi ke 10 disebut ICD-10. Kode-kode yang paling umum digunakan untuk pelayanan medis adalah Physicians Current Procedural Terminology, yang umumnya disebut CPT. Gambar 5.1 menampilkan beberapa kode yang paling umum digunakan untuk mengidentifikasi diagnosa dan pelayanan yang terkait dengan usus buntu.

Dalam memeriksa kode-kode diagnostik dan perawatan yang dilaporkan di dalam klaim, administrator klaim pertama-tama akan menentukan apakah kode-kode tersebut akurat dan lengkap. Katakan lah seorang administrator klaim menerima klaim untuk *appendectomy* (operasi usus buntu) dengan kode diagnostic 540 (usus buntu parah dengan peritonitis dan radang selaput perut), termasuk usus buntu yang pecah dan kode perawatan 44960 (operasi usus buntu untuk usus buntu pecah dengan peritonitis abses umum). Karena kode diagnostik dan kode perawatan nampaknya konsisten, maka administrator klaim akan menyatakan bahwa tidak ada masalah dengan klaim tersebut.

Namun katakan lah kode diagnostiknya 540.9 (usus buntu parah tanpa menyebutkan peritonitis) dan kode perawatannya 44960 (operasi usus buntu untuk usus buntu pecah dengan peritonitis abses umum). Dalam situasi demikian, karena kode-kode tersebut tidak konsisten satu sama lainnya, maka administrator klaim akan menghubungi *provider* dan peserta yang bersangkutan untuk melakukan verifikasi atas diagnosis dan perawatan tersebut serta mendapatkan klarifikasi mengenai informasi yang saling bertentangan. Dengan menggunakan kode-kode tersebut, administrator klaim dapat menentukan apakah setiap pelayanan sesuai dengan *medical necessity* yaitu kriteria yang ditetapkan dalam prosedur medis yaitu:

- yang dianggap efektif dan yang biasa digunakan untuk penyakit atau cedera tertentu dan
- tidak melebihi cakupan, durasi atau intensitas tingkat pelayanan demi penegakan diagnosis atau pengobatan yang aman, memadai dan sesuai.

Kode diagnostik dan pelayanan yang tidak konsisten umumnya mengindikasikan adanya kesalahan manusia yang dapat diperbaiki dengan langsung menanyakan hal tersebut kepada *provider* yang bersangkutan.

Kode Diagnosa	Diagnosis
540	Usus buntu parah dengan peritonitis, termasuk usus buntu pecah
540.1	Usus buntu parah dengan abses peritonitis
540.9	Usus buntu parah tanpa menyebutkan peritonitis
542	Sakit usus buntu lainnya, termasuk serangan kronis atau berulang
Kode Perawatan	Perawatan
44900	Operasi dan penyedotan abses usus buntu
44955	Operasi usus buntu yang dilakukan pada saat prosedur utama lainnya
44960	Operasi usus buntu pecah dengan abses atau peritonitis umum

Gambar 5.1. Contoh Kode-kode Diagnosis dan Perawatan Yang Umum Digunakan Untuk Penyakit Usus Buntu

Contohnya sebagian besar perusahaan asuransi tidak akan membayar manfaat biaya perawatan medis untuk kunjungan ke rumah sakit atau kunjungan ke unit gawat darurat untuk cedera atau

penyakit yang sama pada hari yang sama. Demikian pula sebagian besar perusahaan asuransi tidak akan membayar manfaat biaya perawatan medis yang terpisah untuk prosedur operasi serta kunjungan pra operasi dan pasca operasi yang terkait dengan prosedur operasi tersebut. Apabila seorang administrator klaim menemukan bahwa *provider* telah melaporkan kode-kode yang tumpang tindih, katakanlah untuk prosedur operasi maupun pemeriksaan pasca operasi maka administrator klaim akan memberitahukan pihak *provider* mengenai hal tersebut dan kecuali terjadi keadaan yang tidak umum, administrator klaim tidak akan menyetujui pembayaran manfaat untuk kunjungan pasca operasi karena manfaat tersebut biasanya sudah termasuk di dalam manfaat operasi.

MEMBAYAR ATAU MENOLAK KLAIM

Jika hasil proses sebuah klaim menyatakan bahwa klaim yang diajukan dicakup dalam polis, maka manfaat bisa dibayarkan. Jika proses menyatakan bahwa biaya klaim tidak dicakup dalam polis maka klaim tersebut ditolak sehingga tidak ada manfaat yang dibayarkan. Apakah manfaat itu dibayarkan atau klaim ditolak, peserta selalu diinformasikan dengan surat. Ia dikirimkan sebuah formulir standar atau surat yang disebut *explanation of benefits*.

Untuk membayar sebuah manfaat, dua jenis informasi dibutuhkan yaitu jumlah pembayaran dan kepada pihak mana pembayaran itu dilakukan. Biasanya pihak ini baik peserta atau *provider* telah ditentukan dalam ketentuan polis sebagaimana ketentuan manfaat peserta. Biasanya manfaat dibayarkan kepada *provider* tetapi bisa juga dibayarkan kepada pihak lain misalnya kreditor.

Catatan peringatan pembayaran untuk tujuan pajak juga penting. Perusahaan asuransi diminta untuk menyerahkan formulir kepada layanan penerimaan internal untuk semua *provider* bagi yang dibayar lebih dari \$ 600 untuk pembayaran *benefit* dalam 1 tahun kalender. *Provider* juga mengirim salinan catatan peringatan tersebut.

INVESTIGASI KLAIM

Umumnya proses klaim berjalan sebagaimana disebut di atas. Pada beberapa kasus, administrator klaim dapat mengidentifikasi bahwa klaim tersebut tidak akurat atau dipertanyakan substansinya. Misalnya ia menduga biaya layanan yang seharusnya tidak diberikan atau biaya tersebut berkaitan dengan *preexisting condition* yang tidak dinyatakan oleh peserta pada aplikasi asuransi. Dalam hal ini perlu dilakukan investigasi klaim. Kelanjutan investigasi bermacam-macam sesuai jenis klaim. Investigasi dapat dibatasi dengan surat menyurat atau menelepon *provider*, atau mungkin perlu melibatkan tidak hanya personil perusahaan asuransi tetapi juga administrator klaim independent atau perusahaan inspeksi swasta.

AUDIT RUMAH SAKIT

Kebanyakan perusahaan asuransi mengaudit tagihan rumah sakit untuk memverifikasi apakah pelayanan yang ditagihkan benar-benar diberikan dan jumlah tagihannya benar. Beberapa perusahaan asuransi secara otomatis mengaudit seluruh tagihan yang besarnya tertentu (misalnya \$ 20,000) Sebagian lainnya menelaah tagihan yang jumlahnya melebihi untuk menentukan Audit dapat dilakukan oleh staf perusahaan asuransi atau perusahaan asuransi dapat menyewa perusahaan independent yang khusus menyediakan jasa tersebut, beberapa perusahaan asuransi mendorong peserta untuk mengaudit sendiri tagihannya, ketika mereka menemukan kesalahan maka ia diberikan insentif atas penghematan uang klaim tersebut.

ADMINISTRASI KLAIM DAN CUSTOMER SERVICE (LAYANAN PELANGGAN)

Biasanya peserta lebih banyak berhubungan dengan departemen klaim dibandingkan dengan bagian lainnya pada perusahaan asuransi. Sebagai akibatnya boleh jadi sebagian besar opini peserta terhadap perusahaan asuransi adalah refleksi dari layanan yang diterimanya dari personil klaim. Itu artinya administrasi klaim adalah area kesempatan bagi perusahaan asuransi untuk mencari, memelihara dan memperbaiki kepuasan pelanggan. Ini dapat dilakukan dengan berbagai macam cara, antara lain:

- Meningkatkan aksesabilitas kepada departemen klaim dengan menyediakan telepon toll free
- Menempatkan personil yang qualified di unit layanan pelanggan klaim untuk menjamin pertanyaan dari peserta dapat dijawab dengan baik dan benar. Unit ini diisi oleh staf administrasi klaim yang terlatih
- Mengirim penjelasan manfaat tertulis yang jelas dengan segera atau tepat waktu untuk menghindari kebingungan dan ketidaksenangan dari para peserta.

Biasanya layanan pelanggan fokus pada peserta individu. Namun kepuasan mereka yang menangani polis kumpulan, dokter, staf rumah sakit dan agen asuransi juga harus menjadi perhatian semua staf di departemen klaim.

MANAJEMEN KINERJA UNTUK ADMINISTRASI KLAIM

Manajemen kinerja sangat penting bagi administrasi klaim sebuah MCO. Efisiensi dan kualitas harus dievaluasi dengan ukuran yang setara, dan penelusuran data serta laporan secara rinci mutlak diperlukan. Standar ukuran pelayanan untuk administrasi klaim adalah turnaround time (atau disebut juga dengan hari pelayanan atau lag time), ketelitian pembayaran, dan penghematan yang diperoleh melalui proses klaim.

Turnaround time diukur dengan menghitung jumlah hari kerja mulai klaim diterima oleh MCO (baik secara elektronik maupun dengan formulir) sampai pembayaran dilakukan. Pengukuran *turnaround time* termasuk untuk klaim yang lengkap secara administrasi dan untuk yang membutuhkan informasi tambahan untuk dilengkapi. Selain itu, beberapa administrator klaim mengukur persentase klaim yang dibayar dalam suatu periode tertentu, misalnya 95% klaim dibayarkan dalam waktu 14 hari kerja.

Ketelitian klaim diukur melalui dua cara yakni dengan mengukur ketepatan pembayaran (ketepatan jumlah uang yang dibayarkan) dan ketepatan prosedur klaim. Beberapa MCO juga mengukur seluruh ketepatan dengan persentase klaim yang dibayar secara benar, tanpa merinci apakah kesalahan yang terjadi bersifat finansial atau prosedural. Beberapa MCO lain memberikan bobot yang lebih tinggi terhadap ketepatan finansial.

MCO mengukur penghematan yang diperoleh sebagai hasil dari kontrak dengan *provider*, rancangan paket, koordinasi manfaat, subrogasi, dan hal-hal lain yang terkait dengan klaim. Kategori penghematan ini dinilai sebagai persentase terhadap total klaim yang dikeluarkan, juga per peserta per tahun. Sistem informasi yang canggih memungkinkan MCO menganalisis data ini menurut jenis produk, *provider* perorangan atau spesialisasi kategori, atau kriteria demografis lainnya.

PENAGIHAN YANG TIDAK LAYAK DAN KECURANGAN (FRAUD)

Administrasi klaim juga mendata dan memeriksa kemungkinan adanya kegiatan kecurangan atau praktek penagihan yang tidak tepat. Kegiatan seperti itu bervariasi dari kecurangan yang disengaja yang dilakukan oleh *provider* atau peserta sampai ketidaktepatan kode pada klaim. Ketidaktepatan kode sering dikenal dengan istilah code gaming, dapat berbentuk pemisahan pelayanan yang

seharusnya ditagih dalam satu paket, penagihan atas pengobatan yang seharusnya tidak ditagih, atau prosedur yang tidak tepat untuk usia atau gender peserta.

Kombinasi yang efektif dari pengendalian prosedur yang ketat, sistem informasi yang canggih, dan pengalaman staf dapat menemukan berbagai penyalahgunaan.

RINGKASAN

Secara mendasar administrasi klaim yang cepat dan tepat masih tetap sama untuk sekian tahun baik dalam asuransi kesehatan indemnitas maupun *managed care*, tetapi keterpaduan data klaim dengan data lainnya semakin menjadi penting. Hal ini disebabkan kebutuhan yang makin spesifik dan juga karena kemajuan teknologi transmisi data elektronik. Administrasi klaim menyediakan informasi yang komprehensif yang diperlukan untuk membuat utilisasi yang tepat, manajemen mutu, dan keputusan keuangan yang amat dibutuhkan MCO.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

Allowable expenses - Biaya yang boleh digunakan

ANSI

Ancillary providers - Provider untuk pelayanan penunjang

Ancillary services capitation - Kapitasi pelayanan penunjang

Capitated organization - Organisasi penerima kapitasi

Carve outs - Produk khusus

Case management - Manajemen kasus

Case rates - Tarif per kasus

Claims - Klaim

Claim administration - Administrasi klaim

Clean claims - Klaim dengan administrasi lengkap

Clearinghouse

Code-gaming

Concurrent review - Telaah/kajian peserta yang sedang dirawat

Coordination of benefits (COB) - Koordinasi manfaat

Discounts – Diskon. Rabat

Electronic data interchange (EDI)

Emergency services - Pelayanan gawat darurat

Encounter - Kontak

Fee schedules - Daftar tarif

First party recovery - Penggantian biaya pihak pertama

Fraud - Kecurangan

Gate keeper system - Sistem Gate keeper

Inappropriate billing - Penagihan yang tidak tepat

In-network service - Pelayanan di dalam jaringan

Nonparticipating provider - Provider di luar jaringan

Open access system - Sistem akses terbuka

Optical character recognition (OCR)

Order of benefit determination - Penetapan urutan penanggung utama

Out of area student coverage - Jaminan kesehatan pelajar di luar wilayah

Out of network services - Pelayanan di luar jaringan provider

Participating providers - Jaringan provider

Per diem

Performance measures - Pengukuran kinerja

Point of services (POS) plan

Preauthorization - Otorisasi dari asuradur

Primary care physician - Dokter pelayanan primer

Primary plan - Penjamin utama

Referral - Rujukan

Sanctions - Sanksi

Secondary plan - Asuradur sekunder

Specialty services capitation - Kapitasi pelayanan spesialis

*Standard data and transformation format -
Format transformasi dan data standar*

Third party recovery - Ganti rugi dari pihak ketiga

Turnaround time - Waktu proses klaim

BAB 6 PEMBIAYAAN, PENGANGGARAN, DAN PENETAPAN PREMI

Pendahuluan

Anggaran Operasional

Analisis Varians Anggaran Operasional

Populasi Khusus dan Variasi Produk

Underwriting dan Penetapan premi

Laporan Keuangan dan Persyaratan Solvabilitas

Ringkasan

Istilah – istilah penting

PENDAHULUAN

Manajemen keuangan MCO dalam banyak hal sejalan dengan manajemen keuangan perusahaan asuransi kesehatan. Keduanya mempunyai fungsi:

- Penetapan harga produk yang didasarkan pada proyeksi pengeluaran
- Penetapan anggaran biaya dan pemantauan penggunaannya.
- Kinerja organisasi dari akuntansi keuangan

Namun demikian, ada beberapa perbedaan penting antara manajemen keuangan MCO dengan manajemen keuangan asuransi kesehatan tradisional.

Salah satu perbedaan penting tersebut adalah, pada perusahaan asuransi kesehatan dengan pola indemnity, pengelolaan penyediaan pelayanan dilakukan oleh pihak ketiga. Penekanan proyeksi lebih pada akurasi rasio kerugian dan pengeluaran terhadap pendapatan dan kurang menekankan pada hasil pengeluaran pelayanan kesehatan. Sedangkan pada MCO, pembiayaan pelayanan kesehatan dilakukan terpadu dengan penyediaan pelayanan. Proyeksi dan manajemen pengeluaran kesehatan saling terkait dengan penetapan premi dan penganggaran.

Perbedaan penting lainnya adalah lingkungan peraturan dimana MCO beroperasi. Produk PPO seringkali merupakan produk asuransi yang diatur oleh undang-undang asuransi kesehatan tradisional. Sementara produk MCO lainnya beroperasi dalam bentuk HMO yang pengaturan tarif dan keuangannya diatur oleh peraturan yang berbeda. Ada juga produk MCO lain yang beroperasi atas dasar kombinasi struktur hukum. Misalnya, produk POS dapat berupa produk asuransi kesehatan tradisional atau dapat berupa produk HMO. Beberapa paket *managed care* yang dikelola oleh perusahaan sebagai bentuk asuransi sendiri oleh pemberi kerja tidak terikat dengan undang-undang asuransi maupun undang-undang HMO karena dibenarkan oleh undang-undang Jaminan Penghasilan Pensiun Pegawai (ERISA). (lihat bab 7 dan 9)

Ada beberapa hal strategis yang terkait dengan penganggaran dan penetapan harga premi MCO. Secara khusus, MCO harus mampu mendapatkan pangsa pasar yang cukup besar di suatu wilayah agar mampu mencapai skala ekonomi atas biaya tetap yang dikeluarkan di wilayah tersebut; meningkatkan volume pangsa pasar untuk memperbaiki kondisi keuangan dan memperkuat hubungan dengan jaringan *provider*; dan meningkatkan kredibilitas di mata pemberi kerja dan peserta. Penetapan harga premi dan penganggaran harus mampu mencapai keseimbangan antara keinginan mendapatkan laba jangka pendek dengan strategi pertumbuhan pangsa pasar.

Bab ini membahas fungsi manajemen keuangan sebuah MCO, khususnya bagaimana MCO berbeda dengan asuransi kesehatan tradisional dalam hal manajemen keuangan.

ANGGARAN OPERASIONAL: PROYEKSI

Anggaran operasional adalah tulang punggung MCO dimana pembiayaan dan penyediaan pelayanan dipadukan. Perkiraan anggaran dibuat atas dasar jumlah penduduk yang akan dilayani, biaya

penyediaan pelayanan kesehatan untuk jumlah penduduk tersebut, dan pendapatan yang akan diperoleh dari peserta. Secara keseluruhan hal itu disebut anggaran operasional atau perencanaan keuangan. Lihat gambar 6.1 untuk contoh sebuah anggaran operasional MCO.

KEPESERTAAN

Langkah pertama dalam menetapkan biaya operasional adalah proyeksi kepesertaan. Pertumbuhan kepesertaan datang dari tiga sumber:

- Penjualan kontrak baru
- Pendaftaran pegawai dan anggota keluarga yang baru
- Perpindahan dari paket yang lain pada saat pendaftaran terbuka (open enrollment)

Pertumbuhan peserta baru tersebut, diimbangi oleh mereka yang keluar karena:

- Kontrak berhenti, lapse (kontrak tidak diperpanjang)
- Pergantian pegawai,
- Perpindahan ke perusahaan/produk lain.

Sumber pertumbuhan peserta bervariasi sesuai dengan strategi pemasaran MCO. Ketika sebuah MCO menawarkan produknya bersamaan dengan pesaingnya (termasuk asuransi kesehatan tradisional), beberapa pertumbuhan datang dari peserta baru. Bagian terbesar dari pertumbuhan tersebut adalah dari peningkatan kepesertaan dari kontrak yang sudah ada, karena semakin banyak pegawai yang ikut.

Strategi pemasaran penggantian total—dimana MCO menggantikan asuradur lain - dapat menghasilkan penambahan peserta yang besar kalau kontraknya baru akan tetapi menghasilkan pertumbuhan yang kecil jika hanya meneruskan kontrak yang sedang berjalan. Penjualan paket perorangan cenderung menyebar secara merata sepanjang tahun dan cenderung mempunyai *lapse* yang tinggi.

	Dec-1995	Jan-1996	Feb-1996	Mar-1996	Apr-1996	May-1996	Jun-1996	Jul-1996	Aug-1996	Sep-1996	Oct-1996	Nov-1996	Dec-1996	Total 1996
Kepesertaan														
Penambahan		4,1	0,3	0,3	1	0,3	0,3	2	0,3	0,4	1	0,2	0,2	10,2
Berhenti		1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,5	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	2,6
Total, bersih	51,2	54,3	54,5	54,7	55,5	55,6	55,8	57,3	57,5	57,8	58,6	58,8	58,9	58,9
Members - month		54,3	108,7	163,4	218,8	274,4	330,2	387,6	445,1	503	561,6	620,3	679,3	679,3
Pendapatan														
PMPM	125,1	127,85	128,03	128,2	128,91	129,09	129,26	130,69	130,87	131,15	131,87	132,02	132,17	130,06
Total dollar		6.939	6.973	7.007	7.145	7.179	7.214	7.494	7.529	7.586	7.729	7.758	7.787	88.341

Gambar 6.1. Contoh proyeksi premi MCO dalam anggaran operasional tahun 1996 (semua angka adalah dalam \$000, kecuali PMPM)

Proyeksi perubahan peserta dilakukan setiap bulan. Hal ini mampu mengenali waktu dimana terjadinya perubahan kepesertaan yang tinggi. Biasanya terdapat perubahan yang besar pada awal kuartal, khususnya pada tanggal satu Januari. Hal ini juga sejalan dengan tanggal efektif pendaftaran terbuka pada umumnya, dimana perubahan kepesertaan dilakukan. Proyeksi kepesertaan memerlukan pola riwayat peserta baru dan peserta keluar; juga berbagai perubahan penjualan

seperti kontrak baru dan kontrak putus; perkiraan biaya penjualan dan iklan; tingkat pelayanan; dan yang paling penting tingkat persaingan tarif.

Penjumlahan dari proyeksi peserta tiap bulan merupakan proyeksi member month untuk periode tersebut. *Member – month* adalah rata-rata jumlah tertanggung tiap bulan dikalikan dengan jumlah bulan dalam periode tersebut. Ratio antara premi yang diterima atau pendapatan yang diperoleh terhadap member-month dikenal dengan istilah X dollar *per member per month* (PMPM) atau sekian dolar per peserta per bulan. PMPM merupakan indikator yang paling banyak digunakan untuk mengukur pertumbuhan pendapatan dan pengeluaran MCO.

Pendapatan

Proyeksi pendapatan sangat bergantung dari proyeksi kepesertaan. Pendapatan sebuah MCO berasal dari tiga sumber utama yaitu:

- Premi (atau kapitasi, jika MCO milik *provider*)
- Koordinasi manfaat (COB)
- Pendapatan investasi

Setiap sumber tersebut diproyeksikan berdasarkan PMPM dan kemudian dikalikan dengan proyeksi member-month untuk menghasilkan pendapatan total.

Proyeksi Premi

Proyeksi premi merupakan hal yang paling kritis karena premi merupakan sumber utama pendapatan. Jumlah premi PMPM pada akhir periode merupakan titik awal untuk membuat proyeksi. Jumlah tersebut diproyeksikan tiap bulan dengan memperhitungkan adanya premi baru dan disesuaikan dengan penjualan dan lapse pada bulan yang bersangkutan. Pentarifan ulang (*rerating*) adalah perhitungan ulang tarif premi pada sebuah kontrak. Premi PMPM untuk satu periode tertentu ditentukan oleh pembobotan proyeksi PMPM untuk tiap bulan melalui proyeksi jumlah anggota pada bulan tersebut. Seperti halnya dengan kepesertaan, perubahan premi pada awal periode mempunyai dampak yang besar pada pendapatan premi PMPM untuk periode tersebut.

Dampak penetapan premi baru pada kontrak yang sudah ada pada bulan tertentu, diperoleh dari hasil perkalian berikut: rata-rata kontrak yang diperpanjang x rata-rata premi PMPM untuk kontrak tersebut x persentase peserta yang diperpanjang pada bulan tersebut.

Dampak penambahan dan pengurangan peserta terhadap premi PMPM tergantung pada strategi pemasaran dan pentarifan sebuah MCO. Jika penetapan premi PMPM berdasarkan tarif komunitas (*community rate*), maka dampak penjualan dan lapse tidak besar. Jika MCO menggunakan tarif pengalaman (*experience rate*), maka besarnya premi PMPM akan bervariasi dari satu kontrak dengan kontrak lain, dan dampak terhadap proyeksi PMPM perlu disesuaikan (jika penambahan dan pengurangan peserta tidak menggunakan rata-rata premi PMPM)). Asumsi yang umum digunakan adalah bahwa penambahan peserta cenderung mempunyai premi yang lebih rendah dari rata-rata sedangkan pengurangan peserta (*lapse*) cenderung mempunyai premi yang rata-rata lebih tinggi.

PENDAPATAN DARI KAPITASI

Tergantung dari peraturan negara bagian, organisasi *provider* dapat menerima pembayaran kapitasi dari asuradur sebagai pendapatan di muka. Metode proyeksi pendapatan dari kapitasi untuk organisasi *provider* menyerupai proyeksi pendapatan premi pada MCO. Untuk mendapatkan besaran kapitasi baru (*rerating*), *provider* melakukan renegosiasi. Proyeksi jumlah peserta juga dapat

dilakukan seperti halnya proyeksi peserta oleh MCO, namun disini peserta dapat bersumber dari berbagai MCO.

COB

Pendapatan “tabungan” dari COB seringkali merupakan pendapatan di dalam MCO (berbeda dengan perusahaan asuransi tradisional yang mengeluarkan biaya untuk COB). Biasanya jumlah pendapatan COB dihitung dengan PMPM berdasarkan pengalaman masa lalu dan dilakukan penyesuaian karena perubahan kontrak, intensitas pengumpulan COB, dan perubahan lingkungan eksternal.

PENDAPATAN DARI INVESTASI

Pendapatan investasi diperoleh berdasarkan hasil investasi dalam pengelolaan aliran kas sebuah MCO. Operasi aliran kas dipengaruhi oleh besarnya surplus, piutang lancar, besarnya biaya medis yang dibayar secara pra upaya (misalnya kapitasi), dan margin laba yang dimasukkan dalam perhitungan tarif. Dari faktor-faktor tersebut, hanya surplus yang tidak dipengaruhi oleh proyeksi *member-month*.

BIAYA PELAYANAN MEDIS

Proyeksi biaya medis dalam biaya operasional sebuah MCO biasanya dihitung dengan sangat rinci dan memperhitungkan berbagai faktor yang mencakup:

- Sifat pengaturan keuangan MCO dan model jenis penyediaan pelayanan medis kepada para pesertanya.
- Besarnya perubahan dan antisipasi perubahan dalam pengaturan keuangan selama periode tertentu
- Banyaknya pemanfaatan dalam utilisasi pelayanan medis selama suatu periode berikut antisipasi akibat perubahan (karena pengaruh peserta atau *provider*)
- Proyeksi kepesertaan dan perubahan profil risiko kepesertaan
- Tingkat pengeluaran biaya medis agar bisa bersaing dengan MCO lain di dalam pasar setempat.

Pengeluaran Berdasar Jenis MCO

Pengeluaran biaya medis bervariasi menurut jenis MCO. Pengembangan biaya operasi untuk pelayanan medis yang disediakan langsung oleh organisasi *provider* atau HMO Staf cenderung sejalan dengan biaya administrasi yang dibahas berikut ini (gaji, jaminan untuk karyawan, bangunan, perlengkapan kantor, alat kantor, dsb). HMO Grup atau IPA, yang memberikan pelayanan medis untuk pesertanya melalui pihak ketiga, membayar pelayanan tersebut dengan diskon *fee for service* atau berbasis pra upaya. Selain itu, mungkin juga ada insentif finansial yang diberikan (misalnya bonus) yang terkait dengan target keuangan, utilisasi, pelayanan, atau kualitas yang telah ditetapkan.

Pengeluaran Menurut Jenis Pelayanan

Biaya untuk pelayanan medis suatu MCO biasanya ditetapkan secara rinci yang menggambarkan berbagai pelayanan medis yang dibutuhkan untuk melayani peserta. Minimum biaya tersebut ditetapkan berdasarkan kategori rawat inap, rawat jalan rumah sakit, jasa dokter, obat-obatan, dan biaya medis lain yang selanjutnya dirinci lagi menurut berbagai pelayanan yang diatur oleh MCO.

Dalam memperkirakan biaya rawat inap rumah sakit, proyeksi ditentukan dengan menetapkan utilisasi dan biaya hari-rawat. Proyeksi utilisasi biasanya ditetapkan dengan jumlah pasien dirawat per 1.000 peserta dan jumlah hari rawat per 1.000 peserta. Biasanya rumah sakit mendapat pembayaran per diem menurut jenis perawatan dan dengan proteksi stop loss untuk klaim yang sangat besar (yang bisa memulihkan tarif diskon ke tarif normal). Dalam penetapan proyeksi biaya ini, tarif per diem disesuaikan dengan antisipasi pengaruh *stop loss* dikalikan dengan proyeksi hari rawat per 1.000 peserta dan dengan proyeksi rata-rata peserta untuk mendapatkan antisipasi pengeluaran rawat inap rumah sakit.

Dengan cara yang sama, proyeksi biaya rawat jalan rumah sakit diperkirakan dengan mengalikan jumlah perkiraan kunjungan PMPM dengan proyeksi rata-rata biaya per konsultasi dan proyeksi *member – month*. Jika diproyeksikan bahwa rawat inap akan berkurang, MCO dapat memperkirakan bahwa rawat jalan rumah sakit akan meningkat sebagai penyeimbangannya.

Biaya medis lainnya (misalnya jasa dokter, radiologi, laboratorium, dll) yang biasanya dibayar menurut tarif diskon *fee for service*, dapat dianggarkan menurut jenis pelayanan. Anggaran dapat dianggarkan berdasarkan tarif yang disepakati untuk tiap jenis pelayanan dikalikan dengan perkiraan jumlah penggunaan PMPM dan proyeksi jumlah *member-month*.

Dalam menyusun anggaran, perkiraan frekuensi penggunaan pelayanan medis diekstrapolasi berdasarkan data historis (sejauh data tersebut secara statistik dapat dipercaya) dan atau disesuaikan dengan pedoman klinik atau data normatif. Pedoman klinik atau data normatif ini dapat digunakan untuk menetapkan target utilisasi. Sejauh pedoman klinik atau data normatif lebih baik dari data historis, biaya operasional seharusnya mencerminkan intervensi yang berdasarkan kinerja mengenai rencana klinik dan manajemen utilisasi, tingkat kepatuhan *provider* terhadap target, dan luasnya jaringan *provider*. Faktor lain yang mempengaruhi target utilisasi adalah tingkat *cost sharing* peserta, kemampuan peserta untuk menggunakan *provider* di luar jaringan, insentif dan pengawasan dokter jaringan, dan seluruh profil risiko peserta.

Biaya Kapitasi

Biaya medis pra upaya dimasukkan ke dalam anggaran operasional. Pembayaran pra upaya dapat berbentuk:

- Kapitasi terhadap PMPM yang tidak disesuaikan (*unadjusted capitation*)
- Kapitasi yang disesuaikan dengan usia, gender, dan atau rancangan paket/program
- Kapitasi yang didasarkan atas persentase tertentu dari premi
- Anggaran pelayanan khusus yang disepakati

Pembayaran pra upaya dapat dilakukan terhadap segala pelayanan medis (misalnya pelayanan primer, pelayanan spesialis, radiologi, laboratorium, rumah sakit, dsb.). pembayaran kapitasi mempunyai efek pengalihan risiko utilisasi dari MCO kepada *provider*.

Anggaran biaya operasional untuk kapitasi biaya medis adalah proyeksi kapitasi gabungan (*composite capitation*) dikalikan dengan proyeksi *member-month*. Biaya kapitasi gabungan mencerminkan bauran faktor risiko yang berdasarkan historis, kecuali jika MCO yakin bahwa terjadi perubahan pada bauran tersebut.

Pelayanan yang dikapitasikan berdasarkan persentase tertentu dari premi diproyeksikan menurut proyeksi pendapatan seperti yang telah dibahas sebelumnya.

ANGGARAN YANG DISEPAKATI

Anggaran yang disepakati (*negotiated budget*) adalah suatu bentuk pembayaran dimana MCO sepakat membayar sejumlah dana tertentu kepada *provider*, yang disepakati untuk membiayai pelayanan medis yang telah ditetapkan dalam rangka melayani peserta MCO. Cara ini digunakan khususnya jika *provider* mempunyai hubungan yang eksklusif atau hampir eksklusif dengan MCO. Anggaran yang disepakati tidak memperhitungkan jumlah peserta dan dianggarkan langsung dalam anggaran operasional MCO. Anggaran yang disepakati mirip dengan anggaran HMO model staf untuk pelayanan yang setara (lihat pembahasan tentang biaya administrasi).

PEMBAYARAN LAINNYA

Pembayaran insentif kepada *provider* (misalnya bonus atau dana ditahan) juga diperhitungkan dalam anggaran operasional atas dasar proyeksi pembayaran PMPM dikalikan dengan proyeksi member-month. Perkiraan pembayaran PMPM diperhitungkan dengan asumsi pembayaran insentif kepada *provider* akan diberikan pada periode tersebut.

Di dalam beberapa MCO, potongan harga obat diperhitungkan PMPM dan dimasukkan dalam pendapatan untuk membiayai pelayanan medis di dalam anggaran operasional. Potongan harga obat adalah pembayaran dari perusahaan farmasi atas dasar penggunaan obat/formularium yang mencapai target pangsa pasar yang telah ditetapkan.

Pengaturan keuangan dengan *provider* yang dikontrak mungkin belum sepenuhnya selesai ditetapkan pada waktu anggaran operasional ditetapkan. Dalam hal ini, maka anggaran operasional ditetapkan berdasarkan perkiraan yang masuk akal tentang tingkat kompensasi yang dapat dicapai selama masa proyeksi dengan memperhatikan kecenderungan pasar, posisi persaingan, dan kemampuan negosiasi dengan *provider*.

BIAYA ADMINISTRASI

Porsi biaya administrasi dalam anggaran operasional MCO biasanya dirinci menurut fungsinya. Biasanya rincian fungsi tersebut adalah:

- Pemasaran dan penjualan
- Pelayanan peserta dan pelanggan
- Penagihan dan eligibilitas
- Klaim
- Manajemen pelayanan kesehatan
- Hubungan *provider*
- *Underwriting* dan administrasi kontrak
- *Overhead*

Proyeksi Karyawan/Staf

Proyeksi staf untuk berbagai fungsi didasarkan atas proyeksi kepesertaan setiap bulan. Fungsi yang paling sensitif terhadap kepesertaan—misalnya, pelayanan peserta, klaim, dan manajemen pelayanan kesehatan—diproyeksikan berdasarkan rasio staf. Rasio staf adalah perkiraan jumlah staf yang dibutuhkan untuk suatu fungsi dalam rangka melayani sejumlah peserta. Proyeksi staf mencerminkan kebutuhan mengangkat karyawan satu atau dua bulan sebelum kepesertaan bertambah.

Jumlah staf untuk fungsi yang tidak sensitif terhadap kepesertaan, misalnya hubungan dengan *provider* dan *overhead*, diproyeksikan tanpa memperhitungkan jumlah kepesertaan. Fungsi ini mungkin terkait dengan ukuran bisnis yang lain—misalnya, jumlah penjualan, jumlah kontrak, atau jumlah *provider*—atau mungkin sama sekali tidak terkait dengan besar-kecilnya usaha.

Proyeksi staf harus mempertimbangkan rencana strategis MCO. Faktor yang perlu mendapatkan perhatian dalam memproyeksikan staf adalah strategi pemasaran dan underwriting, proyeksi kombinasi produk, kemampuan sistem manajemen informasi, dan berbagai perkembangan baru di dalam pasar. Keseimbangan antara biaya administrasi dan biaya medis juga perlu mendapat perhatian.

Proyeksi Gaji

Bersamaan dengan ditetapkannya proyeksi staf, proyeksi gaji pegawai juga disusun di dalam anggaran operasional. Dalam hal ini tingkat gaji yang ada sekarang dan proyeksi kenaikan harus diperhitungkan. Rata-rata proyeksi gaji diperhitungkan berdasarkan proyeksi perubahan staf di berbagai fungsi usaha.

Beberapa biaya administrasi non gaji dipengaruhi secara langsung oleh jumlah staf dan diproyeksikan dari tingkat yang ada sekarang dengan memperhitungkan perubahan staf dan antisipasi inflasi. Biaya non gaji ini mencakup tunjangan, telepon, peralatan komputer, dan perjalanan.

Biaya administrasi lainnya diproyeksikan secara terpisah dari proyeksi staf. Biaya lainnya ini adalah biaya promosi/iklan, sewa gedung dan alat, dan biaya depresiasi.

Proyeksi Untuk HMO Staf

Jika MCO menyediakan langsung pelayanan, seperti pada HMO Staf, batas antara biaya administrasi dan biaya medis tidak lagi jelas. Dalam hal ini, anggaran biaya medis dibuat seperti penganggaran biaya administrasi dengan proyeksi jumlah dokter dan tenaga paramedis lainnya berdasarkan rasio staf, proyeksi kepesertaan, dan berbagai komponen lain seperti yang telah dibahas di atas.

BIAYA-BIAYA LAIN

Biaya lainnya antara lain pajak atas premi dan komisi. Pajak atas premi diproyeksikan atas dasar persentase premi, tergantung pada negara bagian dan bentuk MCO (semua negara bagian menarik pajak atas premi, sebagian negara bagian menarik pajak atas premi HMO). Besarnya komisi diproyeksikan dari persentase premi.

PENGHASILAN BERSIH

Penghasilan bersih diproyeksikan sebagai kelebihan pendapatan terhadap biaya medis, administrasi, dan biaya-biaya lain. Penghasilan bersih MCO dapat terkena pajak, tergantung dari status MCO. Jika MCO berstatus perusahaan nirlaba, maka penghasilan bersih tidak terkena pajak dan akan menjadi peningkatan sisa hasil usaha. MCO yang berorientasi laba terkena pajak atas penghasilan bersih organisasi. Dalam hal ini, penghasilan bersih diproyeksikan berdasarkan angka sebelum dan sesudah pajak.

ANGGARAN OPERASIONAL: ANALISIS VARIANS

Setelah anggaran operasional dibuat, MCO menggunakan anggaran ini sebagai alat untuk membandingkan perkembangan dengan rencana keuangan yang ditetapkan. Selisih antara jumlah uang yang diterima/dibayarkan dan yang dianggarkan dipantau setiap bulan. Variasi juga diukur atas

PMPM untuk menghindari efek naik turunnya kepesertaan. Varians PMPM diukur dengan mengurangi jumlah pendapatan atau biaya PMPM terhadap rencana PMPM kemudian dikalikan dengan jumlah member-month pada bulan tertentu. Selisih varians (aktual vs. rencana) disebut varians kepesertaan.

Varians dolar total = rencana \$ diterima - \$ yang sebenarnya diterima.

Varians PMPM = (rencana PMPM – aktual PMPM) x jumlah member-month sebenarnya.

Varians kepesertaan = varians \$ total – varians PMPM.

Tujuan analisis varians adalah untuk membantu manajemen mengetahui dan memantau dalam hal apa saja kinerja tidak sesuai dengan pendapatan dan pengeluaran yang diharapkan. Setiap varians dari rencana penghasilan bersih dapat dirinci dan dihubungkan menurut komponen rencana.

Komponen penting untuk analisis varians adalah kepesertaan, pendapatan, biaya medis, *staffing*, dan biaya administrasi. Lihat gambar 6.2 untuk contoh analisis varians.

VARIANS KEPESERTAAN

Kekurangan peserta dapat menyebabkan implikasi berat terhadap kecukupan dana untuk biaya tetap dan penambahan staf. Hal ini dapat tambah memprihatinkan jika kekurangan jumlah peserta mempengaruhi daya tawar MCO terhadap *provider*. Sebaliknya jumlah kepesertaan yang jauh lebih besar dari yang direncanakan dapat menyebabkan masalah dalam pelayanan. MCO harus segera bertindak dengan menyesuaikan strategi pemasaran, pentarifan dengan perencanaan staf.

VARIANS PENDAPATAN

Rendahnya pendapatan dapat terjadi karena jumlah peserta atau harga premi yang lebih kecil dari yang direncanakan. Pendapatan PMPM yang lebih kecil dari anggaran yang tidak disebabkan oleh perubahan profil risiko peserta, dapat menurunkan keuntungan MCO. Dalam hal ini MCO dapat mengubah strategi penetapan preminya atau meninjau ulang struktur biaya jika pasar tidak mampu bereaksi dengan premi yang sudah ditetapkan.

VARIANS BIAYA MEDIS

Terlampauinya biaya medis dari yang diperkirakan dianalisis secara rinci menurut komponen dan dapat disebabkan oleh varian kepesertaan atau manajemen medis. Varian manajemen medis dapat dibagi menjadi varian utilisasi dan varian harga. Yang harus dilakukan jika terjadi varian negatif pada utilisasi, adalah meningkatkan usaha penyuluhan dan pengawasan *provider*, meninjau kembali rancangan cost sharing, dan meneliti setiap perubahan di dalam profil risiko kepesertaan. Sedangkan tindakan untuk varians harga adalah meninjau ulang pengaturan keuangan dengan *provider*.

VARIANS STAF

Karena banyak biaya administrasi/operasional terkait langsung atau tidak langsung dengan staf, analisis varians staf merupakan komponen terpenting dalam biaya administrasi. Varians staf harus diuji untuk setiap fungsi secara menyeluruh sebagaimana pada PMPM. Varians staf dapat disesuaikan berdasarkan varians untuk proyeksi kepesertaan.

VARIANS BIAYA ADMINISTRASI

Varians biaya administrasi ditinjau menurut fungsi dan jenis pengeluaran. Fungsi dan kategori biaya yang berkaitan erat dengan kepesertaan dievaluasi atas dasar PMPM. Biaya-biaya yang tidak sensitif terhadap kepesertaan dianalisis menurut besarnya biaya.

	Aktual		Anggaran		Varians		Sumber Varians \$	
	Total	PMPM	Total	PMPM	Total	PMPM	peserta	PMPM
Peserta	55,3		58,9		-3,6			
Peserta-bulan (member month)	633,6		679,3		-45,7			
Pendapatan								
Premi	81.500	128.63	88.341	130.06	-6.841	(1.43)	-5.938	-903
Investasi	1.172	1.85	1.039	1.53	133	0.32	-70	203
COB	1.964	3.10	2.323	3.42	-359	(0.32)	-156	-203
Total	84.636	133.58	91.703	135.01	-7.067	(1.43)	-6.164	-903
Biaya medis								
Rawat inap	21.574	34,05	22.022	32,42	-447	1,63	-1.480	1.033
Rawat jalan RS	7.572	11,95	8.307	12,23	-736	-0,28	-558	-177
Jasa dokter	24.736	39,04	26.742	39,37	-2.007	-0,33	-1.798	-209
Obat-obatan	6.938	10,95	7.214	10,62	-276	0,33	-485	209
Penunjang medis	9.314	14,7	9.727	14,32	-413	0,38	-654	241
Total	70.133	110,69	74.012	108,96	-3.879	1,73	-4.975	1.096
Biaya administrasi								
Pemasaran	842	1,3	849	1,25	-25	0,05	-57	32
Pelayanan peserta	672	1,06	713	1,05	-42	0,01	-48	6
Klaim	1.837	2,9	1.936	2,85	-98	0,05	-130	32
Manajemen pelkes	1.096	1,73	1.100	1,62	-4	0,11	-74	70
Penagihan dan eligibilitas	482	0,76	509	0,75	-28	0,01	-34	6
Lain-lain	2.230	3,52	2.309	3,4	-79	0,12	-155	76
Total	7.141	11,27	7.417	10,92	-277	0,35	-499	222
Biaya lainnya								
Pajak premi	1.630	2,57	1.767	2,6	-137	-0,03	-119	-18
Komisi	2.852	4,5	3.092	4,55	-239	-0,05	-208	-32
Total	4482	7,07	4859	7,15	-376	-0,08	-327	-50
Biaya total	81.756	129,03	86.288	127,03	-4.532	2,00	-5.800	1.268
Pendapatan bersih								
Sebelum pajak	2.880	4,55	5.415	7,97	-2.535	-3,43	-364	-2.171
Setelah pajak	1.872	2,95	3.520	5,18	-1.648	-2,23	-273	-1.411

Gambar 6.2. Contoh Analisis Varians MCO Anggaran vs. Aktual, 1996 (semua angka dalam \$ 000, kecuali PMPM)

POPULASI KHUSUS DAN VARIASI PRODUK

Ketika MCO mengembangkan biaya operasional atau melakukan analisis varians terhadap biaya operasional, perlu dilihat variasi yang terkait dengan populasi khusus dan produk tertentu. Hal ini akan mempermudah melakukan analisis varians dalam mengelola hal yang khusus ini.

POPULASI KHUSUS

Peserta MCO biasanya homogen dimana jaminan kesehatan dibayarkan oleh majikan/perusahaan. Peserta jenis ini disebut populasi komersial. Populasi khusus mempunyai tantangan risiko dan manajemen tersendiri bagi MCO dibandingkan populasi komersial. MCO harus mengembangkan biaya operasional dan analisis varians terpisah untuk populasi khusus tersebut.

Peserta Medicare

Penduduk peserta Medicare adalah mereka yang berusia 65 tahun ke atas atau cacat. Pendapatan dan biaya PMPM kelompok ini jauh lebih besar dibandingkan dengan populasi komersial karena angka morbiditas (tingkat kesakitan) yang lebih tinggi. Peserta Medicare juga memerlukan pendekatan pemasaran yang khusus —biasanya pemasaran kepada mereka dilakukan secara perorangan— demikian pula pada manajemen pelayanan kesehatannya. Rasio staf untuk populasi ini biasanya jauh lebih tinggi dibandingkan dengan populasi komersial.

Peserta Medicaid

Populasi Medicaid, yang terdiri dari penduduk miskin atau mendekati miskin, memiliki angka morbiditas yang lebih jelek dibandingkan dengan populasi komersial. Manajemen medis yang efektif untuk populasi Medicaid memerlukan penjangkauan layanan yang lebih luas dibandingkan dengan populasi komersial. Program layanan yang terjangkau, khususnya pelayanan promotif dan preventif, diperlukan untuk populasi Medicaid agar angka kunjungan gawat darurat tidak tinggi. Program layanan yang terjangkau ini merupakan tambahan biaya medis maupun administratif bagi MCO.

CHAMPUS

Peserta Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS) mencakup keluarga tentara dan pensiunan tentara beserta keluarganya. Meskipun angka kesakitan populasi ini tidak harus berbeda dengan angka kesakitan populasi komersial, diperlukan anggaran dan analisis varians tersendiri untuk populasi ini. Populasi ini berhak menerima pelayanan kesehatan di lembaga kesehatan militer dan dapat memiliki jaminan asuransi kesehatan komersial melalui majikan masing-masing dan karenanya biaya mereka sering lebih kecil dibandingkan dengan populasi komersial. Selain itu, ada biaya administrasi khusus untuk koordinasi dengan fasilitas kesehatan tentara dan persyaratan administrasi tertentu dari pemerintah.

VARIASI PRODUK

Kebanyakan MCO melakukan penganggaran dan analisis varians secara terpisah untuk berbagai produk karena perbedaan morbiditas yang menyebabkan perbedaan pilihan produk dan tingkat manfaat, manajemen pelayanan kesehatan, dan penanganan akuntansi. Ada empat kategori besar produk, yaitu HMO, POS, PPO, dan ASO (*administrative services only*). Pada kontrak ASO, biaya medis tidak termasuk dalam kontrak. Jasa ASO dimasukkan dalam pendapatan tambahan atau dimasukkan dalam buku akuntansi sebagai penggantian biaya dari pihak ketiga.

UNDERWRITING DAN PENETAPAN PREMI

Underwriting adalah suatu proses menilai risiko sebuah kumpulan/group atau penduduk untuk didaftar sebagai peserta sebuah MCO. Penetapan premi adalah proses mengembangkan tarif yang tepat untuk risiko tersebut. Batas-batas mengenai penetapan premi MCO ditetapkan oleh pemerintah negara bagian dimana MCO tersebut beroperasi.

FAKTOR KUNCI

MCO perlu mempertimbangkan beberapa faktor di dalam menetapkan strategi *underwriting* dan penetapan premi, yaitu:

- **Umur dan gender.** Umur dan gender sebuah kumpulan merupakan faktor risiko yang penting dalam menilai risiko kumpulan. Penduduk berusia lebih tua memiliki angka morbiditas yang lebih tinggi, sedangkan proporsi wanita usia subur berisiko biaya medis yang tinggi karena pelayanan kehamilan dan persalinan.
- **Industri.** Industri merupakan salah satu faktor risiko yang digunakan untuk menilai risiko sebuah kumpulan. Hal itu menunjukkan potensi pengaruh kondisi tempat kerja terhadap kesehatan kumpulan, dan juga memiliki gambaran khusus tentang perilaku, pendidikan, dan penghasilan yang dapat mempengaruhi morbiditas kumpulan.
- **Kepatuhan terhadap *provider* jaringan.** Suatu populasi tertentu dapat memiliki kecenderungan patuh menggunakan jaringan *provider* dan karenanya dapat menghemat biaya. Contoh kelompok ini adalah orang-orang yang mendaftar secara perorangan dan sukarela, mereka yang sudah puas dengan jaringan *provider*, dan peserta yang telah bergabung dengan MCO cukup lama.
- **Populasi khusus.** Populasi khusus seperti Medicare, Medicaid, dan CHAMPUS memiliki risiko tersendiri yang perlu diperhitungkan dalam memperhitungkan risiko.
- **Kebebasan memilih.** Jenis pelayanan yang ditanggung, tingkat besaran cost sharing, dan segala bentuk batas atau aturan bagaimana pelayanan diperoleh dapat mempengaruhi biaya dan profil risiko populasi yang mendaftar ke MCO. Orang yang memiliki gangguan kesehatan, dan orang yang telah sedang atau dirawat *provider* cenderung memilih paket yang sedikit aturan/batasannya, jika mereka dibebaskan memilih.
- **Penetapan premi.** Tergantung dari negara bagian, penetapan premi dapat dibatasi oleh boleh-tidaknya faktor-faktor di atas diperhitungkan dalam menetapkan tarif premi.

PENETAPAN PREMI HMO

Peraturan HMO di masing-masing negara bagian menentukan tingkat kelenturan/fleksibilitas dalam menetapkan premi di negara bagian tersebut. Selain itu, HMO yang menangani peserta Medicare dan Medicaid harus memenuhi peraturan lisensi dan pentarifan yang ditetapkan pemerintah federal. Sebuah HMO dapat memenuhi kualifikasi negara bagian saja atau memenuhi kualifikasi negara bagian dan pemerintah federal.

HMO yang memenuhi kualifikasi pemerintah federal harus menetapkan tarif dengan cara satu atau lebih metoda berikut ini:

- Tarif komunitas (*community rating*), semua group membayar premi PMPM yang sama
- Tarif komunitas per kelas (*community rating by class*) merupakan modifikasi yang memungkinkan pentarifan dikelompokkan menurut umur, gender, dan faktor risiko lain yang dapat diterima. Pengalaman group sendiri tidak boleh diperhitungkan dalam tarif.
- Tarif komunitas yang disesuaikan (*adjusted community rating*) memungkinkan kelenturan yang lebih luas dalam menetapkan tarif sebuah kumpulan (termasuk boleh memperhitungkan pengalaman group sendiri) dengan catatan: 1) metoda perhitungan tarif terdokumentasi dengan baik dan disampaikan kepada pelanggan bila diminta, 2) metoda pentarifan didaftarkan ke dan disetujui oleh pemerintah, 3) tarif untuk kumpulan 100 orang atau lebih kecil tidak boleh melebihi 110% dari tarif komunitas, dan 4) HCFA diberitahu bahwa MCO tersebut menggunakan tarif komunitas yang disesuaikan.

HMO yang memenuhi kualifikasi pemerintah federal tidak boleh menentukan tarif pengalaman retrospektif. Tarif pengalaman retrospektif adalah tarif yang ditetapkan berdasarkan pengalaman utilisasi masa lalu dari suatu kumpulan.

Pembatasan pentarifan HMO oleh negara bagian dapat menyamai atau lebih terbatas dibandingkan dengan persyaratan pemerintah federal, atau mungkin lebih liberal (termasuk membolehkan tarif pengalaman retrospektif). Sebuah HMO yang memenuhi kualifikasi federal harus memenuhi syarat pemerintah negara bagian dan federal.

Sebuah HMO yang memenuhi kualifikasi federal dapat mengoperasikan produk terpisah (*separate line of business*—SLOB) yang tidak memenuhi kualifikasi pemerintah federal. Hal ini dapat terjadi di negara bagian dimana peraturan pemerintah federal lebih ketat. Dalam kondisi ini, produk SLOB hanya harus memenuhi aturan negara bagian. Perlu diingat bahwa sebuah HMO harus memenuhi syarat tertentu untuk bisa menjual produk SLOB, termasuk mempunyai pembukuan tersendiri dan menyatakan kepada peserta bahwa produk tersebut tidak memenuhi kualifikasi pemerintah federal.

Dalam banyak hal, cara sebuah HMO menetapkan premi sejalan dengan cara HMO menetapkan anggaran operasional. Dasarnya adalah bahwa proyeksi biaya medis untuk tarif komunitas, kelas, atau kumpulan ditambahkan biaya administrasi (*loading*), pajak, komisi, dan biaya lain-lain serta keuntungan yang diharapkan. Penyesuaian perhitungan aktuarial untuk berbagai produk kemudian dapat dilakukan sesuai dengan variasi produk.

Proyeksi biaya medis dilakukan dengan melakukan analisis dan penyesuaian pengalaman biaya medis yang terbaru. Pengalaman biaya medis disesuaikan dengan inflasi (antisipasi perubahan kesepakatan pembayaran) dan perkiraan perubahan utilisasi. Jika data biaya tahun lalu tidak cukup dipercaya, misalnya karena kumpulan kecil, proyeksi biaya medis dihitung dengan memberikan bobot (berdasarkan faktor kredibilitas) pada biaya medis kumpulan dengan proyeksi biaya keseluruhan atau atas dasar nilai pengalaman normatif tertentu.

Besarnya pengeluaran dan keuntungan dapat dikurangi sesuai dengan besarnya kumpulan, untuk mencerminkan skala ekonomi dan tingkat persaingan. Namun demikian, secara keseluruhan jumlah tersebut harus mampu menutup segala biaya dan mencapai target keuntungan tertentu.

Jika struktur biaya medis dan administrasi tidak cukup bersaing, misalnya karena HMO itu baru beroperasi, mungkin MCO tersebut terpaksa harus menjual premi di bawah biaya/tarif yang dibutuhkan. Tarif yang bersaing perlu untuk memelihara kepercayaan pasar dan pertumbuhan perusahaan, yang pada akhirnya sangat penting untuk mendapatkan kepercayaan perusahaan dan masyarakat. Oleh karenanya, kelangsungan hidup dan keberhasilan untuk jangka panjang sebuah HMO didasarkan atas kemampuannya mencapai struktur biaya yang bersaing.

PENETAPAN PREMI PPO DAN POS

Produk PPO dan POS diatur seperti halnya produk asuransi lainnya dan terikat pada peraturan penetapan premi yang berlaku untuk asuransi kesehatan indemnitas. Beberapa negara bagian mewajibkan tarif atau metoda perhitungan tarif disampaikan kepada pemerintah negara bagian (di beberapa negara bagian perlu mendapat persetujuan). Namun demikian, secara umum perusahaan atau MCO mempunyai kebebasan yang cukup luas dalam menentukan tarif premi kumpulan atas dasar pertimbangan faktor-faktor yang masuk akal.

Jika data pengalaman tidak dapat dipercaya (tidak cukup baik untuk memprediksi biaya di tahun berikutnya), maka biasanya perusahaan menggunakan tarif menurut kelas yang disesuaikan dengan usia, gender, industri, volume (*case size*), dan mulai berlakunya kontrak. Jika data pengalaman cukup baik, maka digunakan tarif pengalaman. Jika digunakan tarif prospektif- yang paling banyak digunakan untuk kumpulan yang lebih kecil - tarif ditetapkan di muka berdasarkan pengalaman kumpulan tersebut pada tahun sebelumnya. Kumpulan yang lebih besar cenderung memilih tarif

pengalaman atau menjamin sendiri (*self-insured*). Dalam hal tarif pengalaman retrospektif yang digunakan, tarif maksimum ditetapkan sama seperti pada kumpulan yang besar akan tetapi kemudian besarnya tarif disesuaikan dengan pengalaman pada akhir tahun kontrak melalui pembagian dividen atau pengurangan premi.

Tarif PPO dan POS dihitung dengan cara yang sama dengan cara perhitungan tarif produk HMO. Perbedaan kunci adalah bahwa sebagian pelayanan PPO dan POS tidak diberikan melalui jaringan *provider* MCO. Proyeksi biaya di dalam jaringan dihitung dengan cara yang sama dengan perhitungan pada HMO. Proyeksi biaya di luar jaringan dihitung atas dasar penyesuaian klaim pada masa sebelumnya dengan mempertimbangkan perubahan harga pelayanan medis dan tingkat utilisasi (*tren indemnitas*). *Tren indemnitas* tidak dapat dikendalikan oleh MCO tetapi dapat diproyeksikan atas dasar pengalaman sebelumnya dengan mempertimbangkan kemungkinan perubahan, misalnya karena adanya pengalihan biaya dari program pemerintah atau reaksi *Provider* atas program tersebut.

Perbedaan lainnya adalah jika sebuah perusahaan/MCO produk PPO dan POS menggantikan asuradur lainnya, maka pengalaman dari asuradur sebelumnya sering dipertimbangkan dalam penetapan premi. Jika paket dengan perusahaan terdahulu sama, maka cara penetapan tarifnya juga sama kecuali ada sedikit penyesuaian pada perbedaan kecil misalnya pengaturan pembayaran atau tingkat efektifitas manajemen utilisasi MCO yang baru dibandingkan dengan yang lama. Jika paketnya berbeda, maka penetapan premi dihitung berdasarkan metoda yang sama dengan produk sejenis di MCO baru akan tetapi disesuaikan dengan perbedaan aktuarial antara MCO tersebut dengan MCO sebelumnya.

PERTIMBANGAN LAIN DALAM PENETAPAN PREMI

Selain dari yang telah dijelaskan di muka, ada beberapa pertimbangan tambahan yang dilakukan dalam penetapan tarif tergantung dari bagaimana produk MCO dirancang dan karakteristik peserta atau nasabah.

HMO Wrap

HMO Wrap adalah produk POS dimana manfaat yang diterima di dalam jaringan diatur sesuai dengan HMO sedangkan manfaat yang diterima peserta di luar jaringan (*wrap*) di kelola melalui perusahaan asuransi. Jika produk POS dikemas melalui HMO Wrap, diperlukan dua jenis tarif: satu tarif untuk paket HMO dan satu tarif untuk paket asuransi kesehatan tradisional. Porsi HMO-nya harus memenuhi peraturan negara bagian dan federal. Porsi asuransi kesehatan tradisional harus memenuhi peraturan asuransi. Dalam hal tertentu, kemungkinan untuk penetapan premi yang lebih luwes dapat dilakukan pada porsi asuransi kesehatan tradisional untuk menghasilkan tarif POS yang lebih tepat dan kompetitif.

FEHBP

Sebuah MCO harus menetapkan premi bagi FEHBP (*The Federal Employees Health Benefit Plan*, asuransi kesehatan untuk karyawan pemerintah federal) yang tidak lebih besar dari tarif yang ditetapkan bagi kumpulan yang serupa yang telah mengikat kontrak dengan MCO tersebut, tanpa memperhitungkan perbedaan biaya yang sebenarnya. Hal ini dapat mempengaruhi penetapan premi bagi peserta grup lainnya, khususnya jika grup tersebut ingin menghindari diskon yang tidak diinginkan untuk pemerintah federal.

Asuransi Sendiri Oleh Pemberi Kerja (Self Insured)

Jika sebuah MCO melakukan kontrak dengan perusahaan yang menanggung sendiri biaya kesehatan karyawannya, maka jasa yang ditarik adalah jasa biaya administrasi dan keuntungan. Di samping itu MCO bisa menetapkan sejumlah jasa untuk kinerja yang dicapai dalam mengelola risiko.

Reformasi Kumpulan (Grup) Kecil

Sebagian besar negara bagian mempunyai peraturan reformasi kumpulan kecil yang membatasi penetapan tarif oleh perusahaan asuransi dan HMO. Aturan ini berbeda-beda antara satu negara bagian dengan lainnya, akan tetapi seringkali aturan membatasi tingkat penggunaan pengalaman kumpulan dalam premi yang dikenakan. Dalam beberapa hal, HMO atau perusahaan asuransi harus menggunakan tarif komunitas atau tarif komunitas per kelas untuk kumpulan kecil. Alternatif lain, pemerintah dapat menetapkan tarif maksimum. Definisi kumpulan kecil bervariasi antara negara bagian, tetapi semuanya didasarkan atas jumlah karyawan.

Tawaran MCO Ganda

Jika sebuah perusahaan menawarkan sebuah HMO, PPO, dan POS, Kumpulan yang memilih HMO cenderung mempunyai risiko yang lebih baik. Jika premi produk non HMO (dan kontribusi karyawan) jauh lebih besar, dapat terjadi perpindahan karyawan ke HMO. Hal ini dapat menyebabkan spiral anti seleksi pada produk non HMO. Akibatnya, kriteria underwriting khusus harus ditetapkan untuk membatasi perbedaan besarnya kontribusi karyawan atau jumlah pemilih HMO. Jika sebuah MCO menawarkan tiga pilihan produk, MCO tersebut dapat menetapkan tarif yang memungkinkan subsidi silang antara produk HMO, PPO, dan POS untuk menghindari dampak finansial dari seleksi karyawan.

LAPORAN KEUANGAN DAN PERSYARATAN SOLVABILITAS

Persyaratan finansial MCO bergantung pada status hukum MCO – misalnya HMO atau perusahaan asuransi - dan peraturan negara bagian dimana MCO beroperasi. Dalam beberapa hal, sebuah MCO dapat mengoperasikan lebih dari satu entitas legal, seperti pada HMO wrap dimana HMO menjual satu produk atas dasar dua entitas. Pelaporan keuangan untuk tiap entitas legal harus dilakukan berdasarkan peraturan yang mengaturnya.

Organisasi NAIC menetapkan aturan dan format umum untuk pelaporan keuangan menurut jenis entitas legal. Hal ini dapat memperbaiki keajegan dan keterbandingan antar negara bagian dalam hal formulir laporan keuangan. Namun demikian, tiap negara bagian dapat menyesuaikan format tersebut dengan peraturan dan persyaratan yang berlaku setempat.

PERSYARATAN LAPORAN KEUANGAN

Secara prinsip, laporan keuangan HMO dan perusahaan asuransi tidak banyak berbeda karena keduanya terkait dengan pelayanan kesehatan. Keduanya harus berisi laporan penghasilan, neraca, dan aliran kas. Perbedaannya terutama terletak pada tingkat rincian dan jenis pembiayaan yang harus dilaporkan serta prosedur akuntansi.

Laporan keuangan perusahaan asuransi cenderung menyajikan data rinci yang penting untuk analisis dan status keuangan asuransi indemnitas. Produk *managed care* dilaporkan terpadu dengan asuransi kesehatan tradisional dan asuransi jiwa dalam produk terpisah yang disebut Kesehatan dan Kecelakaan Diri (*accident and health*). Neraca keuangan perusahaan asuransi dibuat pada tingkat entitas perusahaan karena aset yang ada digunakan untuk menunjang seluruh produk asuransi jiwa dan kesehatan.

Laporan keuangan HMO menyajikan data lebih rinci tentang pendapatan dan pengeluaran biaya medis. Rincian ini mirip dengan anggaran biaya operasional sebuah MCO. Gambar 6.3 memperlihatkan perbedaan kunci antara laporan keuangan HMO dan perusahaan asuransi.

Laporan keuangan perusahaan asuransi	Laporan keuangan HMO
<ul style="list-style-type: none"> • Asset Investasi, cadangan asuransi, dan biaya administrasi lebih terinci • Harus menetapkan cadangan penilaian aset (AVR, asset valuation reserve), yang membantu mengecilkan variasi penilaian aset dari tahun ke tahun • Penerimaan jasa administrasi dapat digunakan untuk menutupi biaya administrasi keseluruhan • Laporan keuangan perusahaan asuransi 	<ul style="list-style-type: none"> • Penerimaan dirinci menurut kumpulan, perorangan, Medicare, dan Medicaid yang selanjutnya dirinci menurut cara penetapan tarif • Biaya medis dirinci menurut jenis pelayanan, koordinasi manfaat, dan copayment yang dilaporkan secara terpisah sebagai pengganti penerimaan • Rincian tambahan tentang kepesertaan dan data utilisasi harus disajikan • Jasa administrasi diperhitungkan sebagai tambahan penerimaan

Gambar 6.3. Perbedaan antara laporan keuangan HMO dan perusahaan asuransi.

Perusahaan asuransi dan HMO dapat sama-sama memiliki aset yang tidak dihitung (*non-admitted asset*) untuk penentuan laba atau kekayaan bersih perusahaan untuk penentuan tingkat solvabilitas. Aset yang tidak dapat diperhitungkan bervariasi di berbagai negara bagian dan biasanya mencakup tanah, bangunan, *furniture* dan peralatan, dan beberapa piutang lancar. Hal ini dapat menjadi kendala besar bagi MCO yang memiliki aset dalam bentuk tanah, bangunan, dan peralatan untuk penyediaan pelayanan kesehatan.

PERSYARATAN SOLVABILITAS

Pertimbangan terpenting dalam manajemen keuangan MCO adalah pemenuhan peraturan tentang tingkat solvabilitas. Sekarang ini, pemerintah melakukan evaluasi solvabilitas secara berbeda antara perusahaan asuransi dan HMO. Beberapa MCO, seperti organisasi PPO dapat beroperasi dengan sedikit atau tidak ada sama sekali kendali peraturan tentang solvabilitas.

Regulator/pemerintah menggunakan konsep modal berdasarkan risiko (*risk based capital, RBC*) untuk menilai tingkat solvabilitas perusahaan asuransi. Formula RBC menetapkan jumlah modal minimum yang dibutuhkan untuk menanggung potensi risiko yang dihadapi sebuah perusahaan asuransi. Formula ini menggunakan berbagai faktor ke dalam berbagai jenis aset, premi, dan atau tanggung jawab perusahaan (*liabilitas*) untuk mendapatkan jumlah modal yang dibutuhkan sebuah perusahaan. Ada empat risiko yang diperhitungkan, yaitu:

- C1= risiko depresiasi aset: potensi nilai aset akan turun (misalnya saham) atau jatuh tempo (*obligasi*)
- C2= risiko harga: potensi pengalaman (karena morbiditas atau mortalitas) yang lebih jelek dari yang diperkirakan.
- C3= risiko tingkat bunga: potensi perubahan tingkat bunga untuk mengurangi laba yang diperoleh dari perubahan nilai aset dan liabilitas.
- C4= risiko usaha umum: risiko usaha lainnya

Jumlah total RBC adalah penjumlahan dari C1 sampai C4 dikurangi penyesuaian *covariate*. Penyesuaian *covariate* menurunkan jumlah modal yang dibutuhkan sejauh risiko yang dihadapi bervariasi dan kecil kemungkinannya seluruh risiko tersebut terjadi bersamaan.

Risiko terbesar yang terkait dengan asuransi kesehatan, termasuk *managed care*, adalah C2, risiko harga/premi (yaitu risiko adanya variasi atau perbedaan antara perkiraan biaya dengan kenyataan/pengalaman). Risiko ini ditetapkan berdasarkan persentase tertentu dari premi untuk berbagai produk dengan persentase yang lebih kecil untuk organisasi yang lebih besar. Meskipun *managed care* dapat mengurangi risiko ini, formula RBC yang digunakan sekarang ini tidak membedakan antara asuransi kesehatan tradisional dan berbagai bentuk *managed care*.

Departemen Asuransi menggunakan formula RBC untuk menilai kecukupan laba perusahaan asuransi agar tetap memiliki tingkat solvabilitas yang memadai dalam kondisi yang buruk. Jika ternyata jumlah sisa hasil usaha tidak memadai, maka Regulator dapat melakukan intervensi tertentu dalam operasi perusahaan. Tingkat intervensi bervariasi dari peningkatan pengawasan sampai pengambil alihan perusahaan tergantung dari perbedaan antara RBC dan tingkat SHU.

Jumlah persyaratan solvabilitas untuk HMO jauh lebih sederhana dan lebih sedikit dibandingkan dengan persyaratan untuk perusahaan asuransi. Jumlahnya dapat bervariasi di berbagai negara bagian, akan tetapi NAIC mematok jumlah yang lebih besar dari:

- US \$ 1 juta (semula \$ 1,5 juta)
- 2 persen dari premi yang diterima dalam setahun
- Pengeluaran biaya kesehatan selama tiga bulan
- 8 persen dari pengeluaran kesehatan setahun, di luar kapitasi dan biaya rumah sakit, ditambah 4% dari pengeluaran rumah sakit.

Persyaratan solvabilitas sekarang ini sedang dinilai kembali dan agaknya akan menjadi seragam untuk seluruh MCO.

RINGKASAN

Sejalan dengan perkembangan *managed care*, batas antara *provider* dan perusahaan sponsor (financer) semakin kabur. Keduanya berusaha menjadi MCO dengan kebutuhan manajemen keuangan dan pengawasan yang mirip.

Terlepas dari bentuk/struktur hukum MCO atau bentuk asalnya, MCO harus membangun sistem manajemen keuangan yang mendukung usaha pemasaran dan manajemen pelayanan kesehatan bagi populasi tertentu. Manajemen keuangan yang berhasil harus mampu menilai/mengevaluasi dan mengelola pelayanan kesehatan dan penilaian premi sesuai dengan risiko yang ditanggung.

ISTILAH –ISTILAH PENTING

Account lapses - Kontrak yang tidak diperpanjang

Adjusted community rating - Tarif komunitas yang disesuaikan

Administrative expenses - Biaya administrasi

Administrative expenses variance - Variasi biaya administrasi

Asset depreciation risk - Risiko depresiasi asset

Assets - Asset

Assets valuation reserve - Cadangan penilaian asset

Billing - Penagihan

Capitation - Kapitasi

Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS)

Claims - Klaim

Commissions - Komisi

Community rating - Tarif komunitas

Community rating by class - Tarif komunitas per kelas

Composite capitation - Kapitasi komposit

untuk kalangan sendiri

<i>Coordination of benefits - Koordinasi manfaat, COB</i>	<i>Per member per month - Per peserta per bulan</i>
<i>Covariance adjustment - Penyesuaian kovarians</i>	<i>Pharmacy rebates - Diskon obat</i>
<i>Discounted fee for services - Diskon fee for service</i>	<i>POS Rating - Penetapan premi POS</i>
<i>Employee turnover - Keluar masuk karyawan</i>	<i>PPO rating - Penetapan premi PPO</i>
<i>Federal Employee Health Benefit Plan (FEHBP)</i>	<i>Premium - Premi</i>
<i>Federally qualified HMO - HMO yang memenuhi syarat federal</i>	<i>Premium projections - Proyeksi premi</i>
<i>Financial management - Manajemen keuangan</i>	<i>Premium taxes - Pajak premi</i>
<i>Financial reporting - Pelaporan keuangan</i>	<i>Pricing risk - Risiko penetapan premi</i>
<i>General business risk - Risiko bisnis umum</i>	<i>Product variations - Variasi produk</i>
<i>HMO wraps</i>	<i>Provider incentive payments - Pembayaran insentif untuk provider</i>
<i>Inpatient expenses - Biaya rawat inap</i>	<i>Rates - Tarif</i>
<i>Interest rate risk - Risiko tingkat bunga</i>	<i>Rating - Penetapan premi</i>
<i>Investment income - Pendapatan investasi</i>	<i>Renegotiations - Negosiasi ulang</i>
<i>Medical risk - Risiko Medicaid</i>	<i>Rerates - Penetapan premi ulang</i>
<i>Medicare risk - Risiko Medicare</i>	<i>Revenue variance - Varians pendapatan</i>
<i>Member growth - Pertumbuhan peserta</i>	<i>Risk Based Capital (RBC)</i>
<i>Member- month - Member- month</i>	<i>Selection - Seleksi</i>
<i>Member services - Pelayanan peserta</i>	<i>Self-insurance - Asuransi mandiri</i>
<i>Membership variance - Varians kepesertaan</i>	<i>Solvency requirements - Persyaratan solvabilitas</i>
<i>Negotiated budget - Anggaran negosiasi</i>	<i>Special population - Populasi khusus</i>
<i>Net income - Pendapatan bersih</i>	<i>Staffing ratios - Ratio staf</i>
<i>New accounts - Kontrak baru</i>	<i>Staffing variance - Varians staf</i>
<i>Non admitted assets - Aset yang tidak diperhitungkan/tidak diperkenankan</i>	<i>Terminating members - Peserta yang diberhentikan</i>
<i>Operating budget - Anggaran operasional</i>	<i>Unit costs - Biaya satuan</i>
<i>Overhead - Biaya penyelenggaraan</i>	<i>Underwriting</i>
<i>Payout - Pembayaran</i>	<i>Utilization - Utilisasi</i>
	<i>Variance analysis - Analisis varians</i>

BAB 7 MASALAH HUKUM

<i>Pendahuluan</i>	<i>Hukum any willing provider</i>
<i>Tanggung jawab malpraktek medis</i>	<i>Tren yang berkembang</i>
<i>Masalah antimonopoli</i>	<i>Ringkasan</i>
<i>Kerahasiaan catatan medis</i>	<i>Istilah – istilah penting</i>

PENDAHULUAN

Managed care secara mendasar telah mengubah hubungan antara tertanggung dengan asuradur/penanggung. Asuradur tidak lagi hanya melakukan administrasi dan pembiayaan jaminan kesehatan. Mereka juga mempengaruhi, sampai batas tertentu, sejauh mana pelayanan kesehatan diberikan kepada tertanggung, sehingga menjadi suatu organisasi *managed care*. Satu indikasi dalam perubahan ini adalah bahwa di banyak MCO istilah tertanggung diganti dengan istilah “anggota” atau “peserta”. Selanjutnya, perubahan mendasar dalam struktur pelayanan kesehatan telah memunculkan pemain baru di dalam pasar penyelenggara jaminan kesehatan dan telah menyebabkan asuradur terlibat dalam bentuk usaha dan aliansi baru.

Dari perspektif hukum, perkembangan ini berarti tantangan baru dan semakin kompleksnya masalah bagi entitas yang menyediakan jaminan kesehatan. Banyak negara bagian yang kini telah memiliki undang-undang yang mengatur pembentukan jaringan *provider* dan cara-cara manajemen utilisasi. Selain itu, undang-undang antimonopoli dan undang-undang tentang kerahasiaan informasi medis, yang sebelumnya tidak menjadi perhatian asuradur, kini harus mendapat perhatian serius oleh MCO.

Seperti halnya usaha yang lain, MCO terkait dengan berbagai hukum yang berlaku, termasuk hukum bisnis pada umumnya dan hukum ketenagakerjaan. Bab ini membahas masalah-masalah hukum yang khususnya terkait dengan MCO, termasuk liabilitas malpraktek, antimonopoli, kerahasiaan catatan medik, dan berbagai kontrak *provider* yang mempengaruhi operasi jaringan *provider*.

Di Indonesia kerahasiaan informasi medis, liabilitas malpraktek diatur dalam undang-undang nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan kegiatan Antitrust/Antimonopoli diatur dalam Undang-Undang No.5. Tahun 1999 Tentang Antimonopoli dan Persaingan Usaha. Akan tetapi sampai saat ini perspektif hukum ini tidak/belum mendapatkan perhatian serius dari para penyelenggara bahkan institusi penyelenggara jaminan kesehatan yang terbesar pun dengan peserta puluhan juta terkesan belum secara serius mengantisipasinya. Selain itu beberapa masalah khusus seperti *Duty Care*, *Proximate Cause*/kelalaian *Credentialing*, *Doctrine of Vicarious Liability* sama sekali belum diatur oleh Undang-Undang yang telah berlaku di Indonesia (U.U no 29 thn 2004 dan U.U no 5 thn 1999)

TANGGUNG JAWAB MALPRAKTEK MEDIS (MEDICAL MALPRACTICE LIABILITY)

Jika beroperasi sebagai MCO, maka sebuah perusahaan asuransi akan bekerja jauh berbeda dengan kegiatan asuransi kesehatan tradisional seperti *underwriting* dan manajemen klaim. Asuradur/Penanggung juga menggunakan berbagai teknik yang mempengaruhi harga, kualitas, atau jumlah pelayanan yang disediakan bagi peserta MCO. Teknik ini bervariasi dari mulai keharusan mendapatkan persetujuan di muka untuk perawatan sampai pada keharusan menggunakan panel tertutup. Beberapa pengacara yang mewakili peserta menyatakan bahwa MCO harus bertanggung jawab atas malpraktek yang diterima pesertanya.

Ada dua sumber potensi liabilitas malpraktek bagi MCO: liabilitas langsung atas kesalahan tindakan atau tidak bertindak oleh MCO dan liabilitas derivatif atas kesalahan tindakan oleh jaringan *provider* yang dikontrak MCO.

Liabilitas ini berakar pada prinsip tort. Tort adalah tindakan yang salah, cedera (*injury*), atau kerusakan/kerugian yang dapat dituntut dengan upaya hukum. Liabilitas ini tidak termasuk pelanggaran kontrak (*Breach of Contract*). Sejauh mana liabilitas MCO dapat dituntut masih belum diketahui karena gerakan *managed care* masih relatif baru. Secara umum potensi liabilitas MCO tercantum dalam jumlah terbatas pada berbagai keputusan yang telah diterbitkan, apakah semua negara bagian telah menerima tentang liabilitas akhir MCO masih belum jelas.

Alasan utama sebuah MCO dapat dinyatakan *liable*, bertanggung jawab, terhadap seorang peserta *managed care* adalah kelalaian (*negligence*). Untuk memenangkan tuntutan suatu kelalaian terhadap suatu MCO, seorang peserta harus menunjukkan/membuktikan hal-hal berikut:

- MCO berada dalam “*duty of care*” (tugas melayani) peserta/tertanggung menurut standar tertentu atau pihak lain melakukan tugas itu atas nama/untuk MCO.
- MCO tidak/gagal memenuhi standar pelayanan
- Terdapat hubungan yang dekat antara kelalaian dengan cedera
- Peserta/tertanggung mengalami kerugian atau kerusakan nyata

KEBERADAAN DUTY OF CARE

Ada tidaknya *duty of care* tergantung pada janji MCO yang tertulis dalam kontrak dan sejauh mana persepsi MCO terhadap akibat tidak terpenuhinya janji tersebut. Satu situasi dimana pengadilan dapat menilai sebuah MCO memiliki *duty of care* terhadap pesertanya adalah di dalam seleksi dokter yang akan menjadi jaringan *provider* nya. Pola pikir ini serupa dengan mengatakan bahwa sebuah rumah sakit bertanggung jawab terhadap kelalaian dalam seleksi dokter sebagai pegawai/staf medis rumah sakit.

Dengan menjadikan dokter sebagai staf rumah sakit, sebuah rumah sakit dianggap memiliki *duty of care* karena hal itu berarti bahwa rumah sakit tersebut telah menyatakan dokter tersebut mampu/mempunyai kualifikasi dalam merawat pasien. Rumah sakit dinilai bertanggung jawab jika institusi tersebut membolehkan dokter yang ceroboh bekerja di rumah sakit.

Kasus tersebut dapat berlaku bagi MCO karena adanya unsur yang serupa dimana MCO menyediakan jaringan dokter tertentu bagi pesertanya (panel tertutup) atau memberikan insentif untuk menggunakannya jika mereka membutuhkan pelayanan kesehatan. Pengadilan dapat menilai bahwa MCO memiliki *duty of care* terhadap pesertanya dimana seharusnya MCO hanya membolehkan dokter yang kompeten yang tercantum dalam jaringan *provider*.

Bagaimana prinsip ini dapat berlaku bagi sebuah MCO tergantung dari representasi/penjelasan MCO tersebut kepada pesertanya tentang jaringan *provider*. Sebagai contoh, sebuah MCO menjelaskan kepada pesertanya bahwa dokter dalam jaringan *provider* nya adalah yang telah mempunyai ijin dan telah setuju menjadi jaringan *provider* nya. Dalam hal ini MCO dapat menyangkal bahwa ia tidak memberikan janji bahwa hanya dokter dengan kualitas tertentu yang termasuk dalam jaringan *provider* nya dan bahwa dokter jaringan tidak diseleksi atas dasar kualitas atau kompetensinya. Dalam hal ini MCO dapat menolak tanggung jawab (*duty of care*) untuk tuduhan ia hanya menyediakan dokter yang mempunyai kompetensi tertentu. Sebaliknya, jika MCO menyatakan bahwa dokter jaringannya berkualitas tinggi, maka pengadilan dapat menilai MCO tersebut bertanggung jawab terhadap pelayanan yang tidak bermutu yang merugikan/membahayakan pesertanya.

KEGAGALAN DALAM MEMENUHI STANDAR PELAYANAN

Secara umum, rumah sakit tidak memberikan jaminan/garansi keamanan pasiennya atau memberikan pernyataan/deklarasi bahwa dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut memiliki

kualitas tertentu. Untuk menuntut tanggung jawab rumah sakit, seorang pasien yang dirugikan harus menyampaikan bukti-bukti—selain kasus pasien tersebut—bahwa dokter yang menanganinya tidak cukup kompeten dan bahwa rumah sakit mengetahui atau harus telah mengetahui dan berbuat sesuatu. Bukti-bukti yang disampaikan mencakup adanya kelalaian sebelumnya; apakah rumah sakit lain pernah menolak dokter tersebut, memutuskan hubungan kerja, atau menolak sementara dokter tersebut bekerja di rumah sakit; atau apakah dokter tersebut mempunyai reputasi kurang terampil atau faktor-faktor diskualifikasi lain (seperti pengguna obat terlarang atau peminum alkohol).

Sejalan dengan itu, MCO juga tidak boleh dianggap pemberi garansi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan jaringan *provider* nya, namun harus bertanggung jawab untuk menerima *provider* ke dalam jaringan dan tetap menjadikannya sebagai jaringan padahal bukti-bukti sebelumnya telah menunjukkan bahwa *provider* tersebut tidak kompeten.

PENYEBAB LANGSUNG (PROXIMATE CAUSE)

Dalam menetapkan bahwa sebuah rumah sakit bertanggung jawab terhadap kegagalan menyediakan staf yang bermutu, Pengadilan menggunakan isu penyebab langsung (*Proximate Cause*) dengan lebih memihak kepada pasien. Penyebab langsung dapat dipahami baik dengan uji "*but for*" ("jika tidak karena"): jika tidak ada kelalaian, bahaya tidak akan terjadi. ("*But for*" tes adalah sebuah tes yang umum digunakan untuk menentukan penyebab yang sebenarnya dari suatu kejadian.. Tes ini hanya meminta jawaban, "Jika tidak karena (*but for*) keberadaan X, apakah Y akan terjadi?" Jika jawabannya adalah ya, maka faktor X adalah penyebab sebenarnya dari kejadian Y). Rumah sakit dinilai bertanggung jawab karena jika rumah sakit tidak mengizinkan dokter berpraktek, mungkin pasien akan memilih dokter lain—yang bisa jadi—tidak merugikan si pasien.

Jalan pemikiran hukum yang sama dapat digunakan untuk menilai kelalaian kredensialing oleh MCO. Hubungan sebab-akibat bisa jadi lebih lemah di MCO dibandingkan dengan kasus di rumah sakit, karena peserta dalam MCO mempunyai pilihan dokter yang lebih luas (apa lagi dalam PPO/POS) dibandingkan dengan di rumah sakit. Namun, MCO tetap dapat dinilai bertanggung jawab karena jika MCO tidak menempatkan seorang dokter kompeten, maka seorang pasien dapat menuntut kelalaian MCO dalam kredensialing yang merugikan pasiennya.

Ada tidaknya tanggung jawab MCO, tergantung dari bagaimana sebuah MCO mengkomunikasikan kegiatan kredensialingnya kepada peserta, dan sebagian lagi tergantung pula pada seberapa kuat MCO mengharuskan peserta menggunakan jaringan *provider* nya. Misalnya, jika MCO menyatakan bahwa kompetensi bukanlah kriteria, peserta mempunyai pilihan yang lebih luas dalam menilai dan memilih jaringan *provider* dengan mencari sendiri informasinya. Dalam hal MCO memberikan insentif finansial bagi peserta untuk memilih *provider* dalam jaringan, maka MCO dapat menyatakan bahwa peserta dapat memilih *provider* yang mana saja.

TANGGUNG JAWAB DALAM KELALAIAN MISREPRESENTASI

Sumber tanggung jawab potensial lainnya bagi MCO adalah misrepresentasi tentang komposisi atau kredensialing jaringan *provider* nya. Sebuah misrepresentasi dapat berupa setiap pernyataan yang tidak benar yang dibuat MCO atau agennya yang menyebabkan peserta/tertanggung menderita kerugian.

Misalnya, jika sebuah MCO menyatakan bahwa kredensialing dokter jaringan dilakukan dengan cermat untuk menjamin bahwa hanya dokter yang kompeten dan berpengalaman yang ber kualitas tinggi yang menjadi dokter jaringan, maka peserta dapat merasa aman pergi ke dokter jaringan tanpa meneliti tingkat kompetensi dokter tersebut. Jika pernyataan MCO ternyata tidak benar dan MCO tahu atau seharusnya tahu ketidakbenaran tersebut, maka peserta yang dirugikan dapat menuntut MCO. Oleh karena itu, MCO harus mempunyai kebijakan yang seimbang dan memberikan

pernyataan dengan sangat hati-hati antara pernyataan tentang kualitas dokternya dalam usaha pemasaran dengan risiko hukum atas pernyataan tersebut.

TANGGUNG JAWAB LANGSUNG DALAM KESALAHAN MANAJEMEN

Situasi lain di mana pengadilan dapat menetapkan bahwa MCO mempunyai *duty of care* terhadap peserta adalah dalam hal manajemen utilisasi (*Utilization Review*) dan penetapan kebutuhan medis (*Medical Necessity Determination*). Saat ini terdapat preseden untuk menjadikan pembayar pihak ketiga (*Third Party Payer/Administrator*) bertanggung jawab atas kebijakan manajemen dalam mengendalikan biaya. Kasus yang menonjol dalam hal ini adalah kasus Wickline dengan negara bagian California.

Wickline adalah penerima Medi-Cal (jaminan kesehatan untuk orang miskin di California) yang menderita gangguan sirkulasi. Untuk mengobati gangguan sirkulasi tersebut, ia dirawat di rumah sakit untuk graft arteri (*Arterial Graft*). Sesuai dengan persyaratan Medi-Cal, dokter meminta persetujuan di muka, prosedur yang boleh, dan jumlah maksimum hari perawatan. Ketika Wickline belum sembuh sesuai dengan yang diperkirakan dokter, ia meminta perpanjangan hari rawat yang diberikan sebagian. Pada akhir masa perawatan yang diberikan Medi-Cal, dokter mengeluarkan pasien dari rumah sakit meskipun ia belum sembuh penuh. Wickline menderita komplikasi lebih lanjut di rumah, dan akhirnya harus masuk rumah sakit lagi untuk amputasi. Ia kemudian menuntut dokter terhadap tindakan malapraktek dan menuntut Medi-Cal atas kelalaiannya menolak perawatan lebih lanjut.

Dalam memutuskan kasus ini, pengadilan menetapkan aturan umum sebagai berikut:

Pasien yang meminta pengobatan dan dirugikan karena perawatan yang seharusnya diberikan tidak diberikan harus mendapatkan ganti rugi atas ruda-paksa yang dideritanya dari semua pihak yang bertanggung jawab atas ketidaksampaian perawatan yang dibutuhkan, termasuk—jika ada—pembayar jaminan pelayanan kesehatan. Pembayar pihak ketiga dapat bertanggung jawab secara hukum jika perawatan medis yang tidak tepat terjadi sebagai hasil dari rancangan atau penerapan mekanisme pengendalian biaya; Misalnya, jika permintaan perawatan medis atau rumah sakit untuk pasien ditolak atau diabaikan tanpa alasan yang kuat.

Pengadilan kemudian menetapkan, atas dasar hukum yang berlaku—sayangnya, bahwa keputusan mengeluarkan Wickline dari rumah sakit sepenuhnya merupakan masalah hukum dengan dokter yang merawatnya, bukan berdasarkan program Medi-Cal dan menolak Medi-Cal bersama-sama bertanggung jawab atas kasus tersebut.

Meskipun Medi-Cal terhindar dari kewajibannya dalam kasus ini, prinsip tanggung jawab MCO yang tertera dalam kasus Wickline pada hakikatnya menjadi dasar hukum kasus Wilson dengan Blue Cross di California Selatan. Dalam kasus tersebut yang menyangkut kasus bunuh diri pasien gangguan mental setelah asuradurnya menolak memberikan manfaat lanjutan perawatan inap gangguan jiwa, pengadilan memutuskan bahwa asuradur yang melakukan tinjauan bareng (*concurrent review*) dan memulangkan pasien lebih dini tidak bisa terhindar dari liabilitas yang mengakibatkan rumah sakit memutuskan untuk memulangkan lebih dini.

Kasus Wickline dan Wilson sangat besar pengaruhnya bagi MCO, meskipun kasus ini belum banyak terjadi di luar California, hal ini menjadikan potensi liabilitas bagi MCO bersama-sama dengan *provider* atas kasus-kasus malapraktek/kelalaian medis atas peserta MCO. Suatu pelajaran penting dari kasus ini adalah bahwa MCO harus menyampaikan dengan jelas kepada semua pihak bahwa MCO melakukan penetapan paket, bukan memberikan nasehat medis. Akan tetapi, jika keputusan MCO tidak menanggung rawat inap atau prosedur medis untuk kasus tertentu menyebabkan pelayanan tidak diberikan, maka cara yang terbaik mengurangi beban hukum adalah dengan melaksanakan tinjauan/*review* yang tepat waktu dan dengan tingkat kompetensi yang tinggi dalam menentukan apakah suatu pelayanan ditanggung atau tidak.

TANGGUNG JAWAB DERIVATIF DALAM KEGIATAN MANAJEMEN

Sumber terkait tentang potensi liabilitas bagi MCO berasal dari doktrin liabilitas substitusi (*Doctrine of Vicarious Liability*) yang didasarkan pemikiran MCO “seolah olah/dianggap sebagai wakil”. Doktrin ini digunakan untuk membawa HMO kepada liabilitas bersama dengan *provider* yang dikontraknya, karena status *provider* yang dikontrak dinilai sebagai agen atau wakil HMO.

Preseden yang penting ini timbul dari kasus Boyd dengan Albert Einstein Medical Center. Boyd adalah peserta HMO Pennsylvania yang dimiliki oleh Blue Cross-Blue Shield dan meninggal karena diduga terjadi tindakan malapraktek seorang spesialis dan dokter primer (dokter keluarga) HMO. Janda Boyd menuntut rumah sakit, dokter, dan HMO tersebut. Dalam menuntut IPA HMO, dia menyatakan bahwa dokter adalah dianggap sebagai wakil (*ostensible agent*) HMO karena:

- Peran HMO adalah juga penyedia pelayanan kesehatan untuk paket kumpulan di perusahaan Boyd bekerja
- HMO mengiklankan kegiatan kredensialingnya untuk mengontrak dokter
- Adanya keharusan memilih dokter yang terdapat dalam jaringan HMO tersebut
- Dokter primer (*Primary Care Physician/dr. keluarga*) berfungsi sebagai pintu gerbang yang mengharuskan Boyd dirujuk untuk pelayanan spesialis atau pelayanan rumah sakit
- HMO membayar pelayanan dokter primer dengan cara kapitasi

Keputusan Pengadilan Tinggi negara bagian mengalahkan HMO. Faktor penting yang menjadi dasar keputusan bahwa dokter jaringan dianggap sebagai wakil HMO adalah bahwa pasien mencari perawatan dokter berdasarkan institusi bukan sebagai perorangan dan HMO memperlakukan dokter sebagai karyawannya.

Kasus Boyd telah banyak dipertimbangkan di dalam berbagai kasus di negara bagian Pennsylvania dan pemerintah federal. Meskipun kasus Boyd tidak sepenuhnya jelas/disepakati, akan tetapi kasus-kasus serupa yang timbul kemudian menunjukkan bahwa HMO mempunyai liabilitas karena hubungan perwalian/wakil dalam kontrak kerja dengan *provider*, dan tidak dapat dihindarkan semata-mata karena hubungan kontrak *provider* yang independen dengan HMO. Faktor yang dipertimbangkan dalam kasus Boyd terdapat pada sistem *managed care* lain, dalam skala lebih luas atau lebih kecil, tergantung jenis dan pengaturan *provider* oleh MCO.

DAMPAK PEMBERLAKUAN ERISA

Sejumlah kasus telah memasukkan pertimbangan apakah ERISA (Employee Retirement Income Security Act) dapat digugat dengan kasus kelalaian yang diajukan oleh peserta kepada MCO karena hasil pelayanan medis yang merugikan peserta, atau dengan cara yang serupa dengan mempertimbangan bahwa ERISA memenuhi peraturan negara bagian tentang penyediaan paket jaminan tenaga kerja. Keputusan pengadilan yang telah terjadi selama ini bergantung dari apakah tuntutan yang diajukan berdasarkan kerugian yang timbul akibat administrasi jaminan atau ketidakmampuan *provider*.

Kegiatan administrasi yang dapat digugat termasuk:

- Pemilihan dan pengembangan jaringan dokter
- Kredensialing *provider*
- Penetapan paket jaminan
- Kegiatan manajemen utilisasi dan persetujuan di muka/prasertifikasi
- Membayar pelayanan yang dijamin.

U.U. PRAKTIK KEDOKTERAN DAN U.U. LAIN TERKAIT TANGGUNG JAWAB MALPRAKTIK MEDIS INDONESIA.

Guna melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dari *provider* (dokter dan dokter gigi), maka sesuai U.U Republik Indonesia nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, pemerintah membentuk suatu Konsil Kedokteran Indonesia yang terdiri dari Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden R.I. Fungsi Konsil Kedokteran Indonesia antara lain: pengaturan, pengesahan, penetapan serta pembinaan dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktek kedokteran dalam rangka menjalankan pelayanan medis. Tugasnya antara lain:

- a. Melakukan registrasi dokter dan dokter gigi
- b. Mengesahkan standar pendidikan dokter dan dokter gigi
- c. Melakukan pembinaan praktek kedokteran bersama lembaga terkait sesuai fungsi masing-masing

Bila ada suatu tindakan malapraktek yang dilakukan oleh seorang dokter atau dokter gigi, maka Konsil Kedokteran Indonesia sesuai tugas dan fungsinya tidak bisa langsung menindak atau melakukan sanksi kepada dokter tersebut. Yang berhak melakukan sanksi karena pelanggaran etika adalah organisasi profesi (IDI atau PDGI). Konsil Kedokteran Indonesia paling hanya bisa melakukan pembinaan bersama organisasi profesi tersebut membina para dokter yang melanggar etika dan hanya mencatat pelanggaran etika tersebut (U.U RI No 29 Bab III Bagian ke satu pasal 6,7 dan 8)

Duty of Care Dalam Pengelolaan Jaminan Kesehatan Di Indonesia.

Pengelola jaminan Kesehatan di Indonesia rata-rata merekrut dokter untuk jaringan *provider* hanyalah berdasarkan dokter yang berijin melakukan praktek dan tidak berdasarkan dokter yang mempunyai kompetensi atau kualitas tertentu. Kompetensi dokter yang berwenang menilai adalah Konsil Kedokteran Indonesia, sehingga hampir tidak ada Pengelola jaminan Kesehatan di Indonesia yang melakukan penilaian kompetensi dokter dalam jaringannya. Dengan demikian, Pengelola jaminan di Indonesia merasa tidak mempunyai tanggung jawab atas klausula Duty of Care ini dan merasa telah menyerahkan sepenuhnya pada *provider* yang dikontraknya. Akan tetapi pada prakteknya pernah terjadi kasus dimana Pengelola jaminan Kesehatan dituntut untuk bertanggung jawab oleh peserta karena adanya malpraktik yang dilakukan oleh salah satu *provider* nya, karena tindakan pembedahan dengan tertinggalnya kasa dalam perut/abdomen pasien sehingga perlu dioperasi kedua kali. Selain itu kejadian tuli menetap (irreversible) akibat salah menetapkan dosis Kanamycin injeksi yang seharusnya setiap 2 hari 1 gram dilakukan setiap hari 2 gram (overdose). Dengan adanya contoh kejadian di atas sudah saatnya Pengelola jaminan Kesehatan melakukan antisipasi dengan melakukan kredensialing calon *provider* nya dan di pihak regulator harus mengantisipasi hal ini. Mungkin perubahan/tambahan pada P.P (Peraturan Pemerintah) atau Kep Men (Keputusan Menteri) tentang U.U Praktik Kedokteran tersebut.

Proximate Cause Dan Doctrine of Vicarious Liability (Doktrin Liabilitas Substitusi) Pada Pengelola Jaminan Kesehatan Di Indonesia.

Mungkin saat ini, topik ini belum menjadi perhatian penuh bagi Asuransi atau Pengelola jaminan Kesehatan yang melaksanakan program PPO atau POS karena masih ada pilihan *provider* lain oleh peserta (*open panel*), akan tetapi bagi Pengelola jaminan Kesehatan yang *provider* terbatas sehingga peserta tidak bebas memilih *provider*/dokter keluarganya maka klausula *Proximate Cause* ini dapat dikenakan pada Pengelola jaminan Kesehatan tersebut akibat kegagalannya menyediakan staf medis yang bermutu atau gagal dalam melaksanakan kredensialing *provider* nya. Selain itu *Doctrine of Vicarious Liability* bisa juga dibebankan pada Pengelola jaminan Kesehatan tersebut bila terjadi

malpraktik pada *provider* nya. Karena pada saat ini hal tsb di atas tidak diatur dalam Undang-Undang no 29 tahun 2004 tentang praktik Kedokteran dan Undang-Undang lain maka topik-topik tersebut di atas belum sampai taraf litigasi di pengadilan.

MASALAH ANTIMONOPOLI (ANTITRUST ISSUES)

Belakangan ini tuduhan antimonopoli yang diajukan terhadap industri pelayanan kesehatan semakin berkembang karena struktur pelayanan kesehatan telah berubah menjadi MCO dan kapasitas *provider* semakin terkonsolidasi. Usaha-usaha meningkatkan kekuatan pasar dapat menjadi kunci keberhasilan MCO di dalam negosiasi tarif dengan *provider* dan merangsang berbagai kegiatan yang bertentangan dengan hukum antimonopoli.

Pemberlakuan hukum antimonopoli dalam pembentukan dan penyelenggaraan jaringan *provider* sedang terjadi di kalangan praktisi hukum, dan MCO harus memantau setiap tindakan yang bertujuan untuk memperluas, membentuk aliansi, dan penerapan teknik pengendalian biaya agar tidak bertentangan dengan hukum antimonopoli.

KERANGKA PERATURAN

Setidaknya ada tiga undang-undang federal yang membentuk hukum antimonopoli di Amerika, yaitu:

- Undang-undang Sherman (The Sherman Act) melarang semua kontrak, kombinasinya, dan konspirasi terhadap pembatasan perdagangan yang tidak beralasan, monopoli, mencoba memonopoli, dan berkonspirasi untuk memonopoli
- Undang-undang Clayton (The Clayton Act) melarang berbagai kegiatan usaha/bisnis, seperti perdagangan eksklusif, penjualan/perjanjian mengikat, dan diskriminasi harga barang-barang yang dijual antar negara bagian.
- Undang-undang Komisi Perdagangan Pemerintah Federal (The Federal Trade Commission Act) melarang cara-cara persaingan yang tidak sehat dan praktek-praktek penipuan dalam perdagangan.

Undang-undang tersebut dikendalikan atau ditegakkan terutama oleh Bagian Antimonopoli Departemen Kehakiman dan Komisi Perdagangan Pemerintah Federal. Tuntutan ke pengadilan dapat diajukan oleh negara bagian, perorangan, dan perusahaan. Hukuman yang dapat dikenakan kepada pelanggar dapat berbentuk hukum sipil, kriminal, atau keringanan putusan pengadilan.

Beberapa negara bagian juga telah mengeluarkan dan menerapkan undang-undang antimonopoli, kebanyakan isinya mirip dengan Undang-Undang Federal. Undang-undang ini ditegakkan oleh Kejaksaan Negara Bagian dan pihak swasta. Negara bagian semakin aktif mengendalikan antimonopoli, khususnya dalam hal merger dan akuisisi *provider*. Kebijakan pemerintah federal sangat kooperatif dengan aktifitas negara bagian, antara lain dengan memberikan informasi tentang rencana merger dan akuisisi yang mempengaruhi negara bagian tertentu.

PEDOMAN PERNYATAAN BERSAMA

Di bulan September 1994, Departemen Kehakiman dan Komisi Perdagangan Federal mengeluarkan pernyataan bersama tentang "Kebijakan Pemberdayaan Hukum dan Prinsip Analitik yang terkait dengan pelayanan kesehatan dan antimonopoli"(disebut dengan Pernyataan Bersama/*Joint Statement*). Meskipun pedoman yang tercantum dalam Pernyataan Bersama tersebut konsisten dengan analisis antimonopoli, namun demikian dikeluarkannya pernyataan tersebut merupakan suatu yang menakjubkan karena tidak ada industri lain yang mendapatkan pedoman serinci pedoman untuk pelayanan kesehatan yang pernah dikeluarkan oleh kedua instansi tersebut. Salah

satu alasan dikeluarkannya pedoman rinci tersebut adalah meningkatkan kegiatan antimonopoli dalam bidang kesehatan. Karena konsumen pelayanan medis tidak selalu pihak yang membayar, maka kekuatan pasar yang normal tidak selalu memadai untuk menciptakan kompetisi yang sehat.

Pernyataan Bersama memberikan pedoman kepada MCO bagaimana Departemen Kehakiman dan Komisi Perdagangan Federal dapat menetapkan status hukum untuk bermacam bentuk transaksi sebagai berikut:

- Merger rumah sakit
- Usaha patungan rumah sakit yang mencakup teknologi tinggi dan peralatan medis yang mahal
- Usaha patungan rumah sakit yang mencakup pelayanan spesialisik atau pelayanan lain yang mahal
- Provisi kolektif *provider* dalam hal informasi non/tanpa dikenakan-jasa kepada pembeli pelayanan kesehatan
- Provisi kolektif *provider* atas informasi biaya/jasa pelayanan kesehatan
- Persetujuan pembelian bersama/grup di antara *provider*
- Usaha patungan pembentukan jaringan *provider* (*Physician Network Joint Venture*)
- Jaringan *provider* berganda (*multi-provider network*)

ANALISIS ANTIMONOPOLI (ANTITRUST ANALYSIS)

Tujuan utama undang-undang antimonopoli adalah untuk melindungi konsumen (agar mendapatkan manfaat dengan harga dan kualitas terbaik dari suatu persaingan pasar), bukan untuk melindungi pelaku persaingan. Tuntutan bahwa sebuah entitas bisnis atau seseorang pelaku bisnis dirugikan oleh sebuah tindakan pasar (monopoli) tidak akan menang di pengadilan, kecuali jika kasus tersebut dapat dibuktikan merusak kompetisi atau merugikan konsumen.

Pengadilan menetapkan apakah tuntutan suatu kasus merugikan persaingan dengan analisis fakta-fakta dan kondisi pasar secara cermat dan lengkap. Termasuk dalam analisis tersebut adalah apa yang telah dilakukan oleh pihak pelanggar dan akibat yang ditimbulkannya kepada konsumen/pasar. Oleh karena itu dalam menelaah kasus antimonopoli, seseorang harus dengan teliti menafsirkan keputusan pengadilan apakah tindakan antimonopoli dapat dikenakan pada kegiatan yang sedang dijalankan. Suatu kegiatan yang dapat dikategorikan antimonopoli di suatu wilayah/negara bagian bisa saja tidak termasuk antimonopoli di wilayah lain.

Ada dua pendekatan dasar dalam menangani masalah gugatan untuk menetapkan apakah telah terjadi persaingan yang tidak sehat:

- Kegiatan tertentu seperti membekukan harga (*price-fixing*) masuk kategori anti kompetisi yang jika terbukti sudah jelas melanggar hukum. Akibat dari tindakan tersebut, tidak lagi dianalisis.
- Sering kali pengadilan menggunakan hukum alasan (*rule of reason*). Dalam kasus ini, pengadilan akan menetapkan apakah suatu tindakan telah terbukti mempunyai dampak negatif terhadap persaingan dan jika terbukti, pengadilan akan menilai untung ruginya dampak tersebut bagi konsumen. Kebanyakan kasus antimonopoli diselesaikan menurut hukum alasan ini.

BERBAGAI MASALAH ANTIMONOPOLI BAGI MCO

Kebanyakan masalah yang terkait dengan antimonopoli bagi MCO adalah yang berhubungan dengan jaringan *provider* yang telah sepakat menyediakan pelayanan dan bahan medis, biasanya dengan tarif diskon (*Discounted Rate*), sebagai imbalan kepada MCO yang memberikan pasien. Banyak masalah yang mempunyai potensi terkena hukum antimonopoli terkait dengan pembentukan dan pengoperasian jaringan *provider* atau tindakan *provider* dalam menyasiasi persaingan dengan jaringan *provider* lain. Beberapa contoh tentang antimonopoli yang dapat terjadi karena suatu keputusan manajemen disajikan di bawah ini.

Besarnya Jaringan Provider

Besarnya jaringan yang merupakan “kekuatan pasar” merupakan aspek pertama yang akan dinilai dalam meneliti ada tidaknya potensi tindakan antimonopoli. “Kekuatan pasar”/“Market Power” umumnya berarti kemampuan suatu entitas bisnis menetapkan harga di atas tingkat persaingan pada pasar yang seringkali terkait dengan besarnya jaringan *provider* di dalam pelayanan kesehatan. Semakin besar kekuatan pasar terkait (*relevant market*) yang dimiliki sebuah MCO, maka semakin besar pula potensi pelanggaran undang-undang antimonopoli.

Untuk jaringan dokter, yang dimaksud dengan pasar terkait adalah pasar untuk pelayanan medis. Untuk jaringan yang mengkombinasikan berbagai pelayanan kesehatan, masalah pasar terkait menjadi lebih kompleks karena setiap pelayanan yang diberikan dapat memiliki pasar terkait yang berbeda.

Pengaruh definisi pasar terkait terhadap dampak suatu kasus ditunjukkan oleh kasus antara rumah sakit Jefferson Parish Distrik No. 2 dengan Hyde,¹⁸ yang menggunakan kontrak eksklusif dimana semua pasien yang dirawat di rumah sakit tersebut harus menggunakan dokter anestesi dari suatu grup. Kasus ini dibahas pada tingkat pengadilan lokal/negeri, pengadilan banding, dan pengadilan tinggi. Tiap pengadilan mempunyai keputusan yang berbeda, yang terkait dengan definisi pasar terkait.

- Pengadilan negeri/lokal menyatakan bahwa kontrak tidak melanggar hukum antimonopoli. Karena ada 20 rumah sakit di daerah tersebut dan 70% pasien pergi ke fasilitas selain rumah sakit Jefferson. Pengadilan menyimpulkan bahwa rumah sakit Jefferson tidak memiliki kekuatan pasar ketika pengadilan menganalisa pasar pelayanan rumah sakit untuk wilayah metropolitan New Orleans.
- Pengadilan banding menetapkan bahwa rumah sakit Jefferson mempunyai kekuatan pasar karena pasar terkait bagi rumah sakit tersebut adalah wilayah Timur dari Jefferson Parish.
- Pengadilan tinggi mengembalikan kasus tersebut kepada pengadilan negeri/lokal untuk mendapatkan fakta lebih lanjut karena menurut pengadilan tinggi pasar terkait bukanlah pasar pelayanan rumah sakit tetapi pasar untuk pelayanan dokter anestesi.

Pernyataan Bersama dalam pedoman yang dikeluarkan mencakup cara-cara penetapan kekuatan pasar dalam menganalisa jaringan dokter. Ada dua uji persentase zona aman: satu untuk jaringan non eksklusif dimana dokter jaringan *provider* dari suatu MCO tidak dilarang menjadi dokter jaringan MCO pesaing, dan kedua untuk jaringan eksklusif. Zona aman menjabarkan jenis situasi yang apabila hal itu tidak ada maka aparat federal tidak menggugat tindakan antimonopoli.

Untuk jaringan eksklusif, zona aman mencakup jumlah dokter untuk tiap spesialisasi sebanyak 20% atau kurang di dalam pasar lokal terkait. Untuk jaringan non eksklusif, besarnya zona aman adalah 30%. Jika jumlah persentase tersebut dilampaui, maka aparat federal akan menggunakan hukum alasan (*Rule of Reason*) untuk melihat apakah ada dampak anti persaingan dari jaringan tersebut, seperti potensi peningkatan tarif jasa atau mencegah masuknya pelaku lain dalam jaringan, jika

potensi dampak tadi melebihi potensi dampak prokompetitif seperti penurunan biaya administrasi, peningkatan kualitas, atau tinjauan utilisasi yang lebih efektif.

Dalam Pernyataan Bersama tersebut tidak tercantum zona aman antimonopoli untuk jaringan *provider* yang bersifat *multi-provider*—yaitu jaringan yang terdiri atas berbagai jenis *provider* atau yang dianggap menanggung risiko. Namun demikian, analisis hukum alasan tetap dapat digunakan untuk menilai keseimbangan dampak anti kompetitif dan dampak pro kompetitif jaringan tersebut. Satu aspek jaringan *multi-provider* yang sudah pasti dapat diperiksa lebih lanjut adalah adanya klausula perjanjian dengan *provider* yang melarang *provider* menerima peserta dari MCO pesaing karena hal itu berarti menyulitkan MCO lain memasuki pasar.

Seleksi Provider

Sebenarnya kontrak dengan *provider* tertentu untuk membentuk jaringan *provider*, dapat diartikan sebuah MCO sudah menyingkirkan *provider* lainnya. *provider* yang tersingkirkan dapat menggugat bahwa jaringan *provider* yang dikontrak MCO melakukan group-boycott, khususnya jika seluruh *provider* jenis tertentu, seperti podiatris atau chiropraktor, tidak dikontrak atau ditempatkan pada posisi yang tidak menguntungkan.

Suatu *group-boycott* biasanya didefinisikan sebagai usaha bersama oleh pesaing untuk memperkuat posisi persaingannya dengan cara menyingkirkan pesaing lainnya. Oleh karena itu, suatu faktor kunci dalam analisis tindakan persaingan *provider* ini adalah apakah MCO dikendalikan oleh *provider* atau pihak ketiga, seperti perusahaan asuransi. Jika MCO dikendalikan oleh *provider*, maka tindakan penyingkiran *provider* lain akan cenderung dinilai sebagai tindakan melawan hukum.

Dua buah kasus yang menyangkut podiatris (ahli penyakit kaki) dapat menjadi ilustrasi kasus seleksi *provider*. Dalam kasus Podiatri di negara bagian Michigan melawan Blue Cross dan Blue Shield¹⁹, para podiatris tidak berhasil menggugat program yang telah ditetapkan yang tidak mencakup pelayanan podiatri. Dalam kasus Hahn melawan Oregon Physicians Service (OPS)²⁰, para podiatris lebih berhasil menggugat sebuah MCO pembayaran pra upaya yang membatasi peserta *provider* pada dokter dan ahli bedah. Meskipun MCO tersebut mengganti biaya pelayanan podiatris, besarnya penggantian lebih kecil dibandingkan dengan jika pelayanan tersebut diberikan melalui peserta OPS. Alasan utama pada kasus Hahn ini adalah bahwa dokter mengendalikan kebijakan harga/tarif pelayanan oleh OPS.

Provisi Eksklusif

MCO dapat saja meminta jaringan *provider* nya untuk tidak melakukan kontrak dengan MCO atau perusahaan asuransi lain. Pembatasan ini dapat secara eksplisit tercantum dalam kontrak dan dapat pula tidak secara jelas tercantum, tetapi *provider* tersebut tidak dibenarkan secara individual melayani peserta dari MCO/perusahaan asuransi lainnya.

Jika jaringan *provider* menggunakan kontrak eksklusif yang menyingkirkan jaringan pesaing, maka gugatan antimonopoli dapat datang tidak hanya dari *provider* yang tidak dikontrak oleh suatu MCO akan tetapi juga dari MCO atau perusahaan asuransi yang hendak menjalin kerja sama dengan *provider*. Karena kontrak eksklusif dapat menyebabkan hambatan masuknya pesaing ke pasar terkait, kontrak eksklusif memiliki risiko tinggi gagal dalam pembelaannya di pengadilan, kecuali jika ia dapat membuktikan bahwa manfaat pro kompetitif cukup besar.

Dalam kasus U.S. Healthcare melawan Healthsource, Inc. misalnya, perjanjian Healthsource memberikan pembayaran yang lebih besar kepada dokter jaringannya yang setuju untuk tidak melakukan kerja sama dengan HMO lain. Namun, dokter dapat melayani pasien dengan bayaran fee for service. Dengan menggunakan analisis hukum alasan, pengadilan membenarkan kontrak ini

setelah mendapatkan bukti bahwa kontrak seperti ini tidak menghalangi masuknya HMO lain ke pasar terkait dan perjanjian ini juga memberikan efisiensi yang lebih tinggi.

Dalam kasus lain, antara Blue Cross Washington dan Alaska melawan Kitsap Physician Service (KPS),²² KPS mempunyai kontrak eksklusif dimana dokter yang melakukan kerja sama dengan HMO lain harus keluar dari KPS. Pengadilan pertama menemukan bahwa KPS melakukan kontrak eksklusif karena hanya tiga dokter di daerah tersebut yang tidak menjadi peserta KPS karena menghalangi masuknya Blue Cross yang tidak melakukan kontrak dengan KPS. Dalam pembelaannya, KPS menyatakan bahwa tindakan tersebut adalah prokompetitif karena hal itu dilakukan untuk memproteksi pesertanya dari persaingan yang tidak sehat oleh pesaing. Alasan yang dikemukakan KPS adalah apabila dokter yang menjadi pesertanya melakukan kontrak dengan HMO pesaing akan menempatkan dokter tersebut pada posisi untuk menggiring pasien yang sehat kepada HMO yang membayar kapitasi atau menggunakan sumber daya KPS berlebih untuk mensubsidi peserta HMO.

Selain itu, KPS khawatir MCO tersebut tidak dapat mencegah akses kepada informasi confidential, seperti rencana pemasaran jika tidak ada pembatasan bagi dokter pesertanya. Pengadilan menolak argumen KPS dengan mengatakan bahwa untuk mencapai hal-hal yang diajukan tersebut dapat dilakukan dengan cara lain yang tidak menghalangi masuknya pesaing.

Negosiasi Jasa Pelayanan

Risiko antimonopoli terbesar dalam pembentukan dan pengoperasian jaringan *provider* terdapat pada penguasaan tarif (*price fixing*). Pelanggaran penguasaan tarif terjadi jika sebuah kelompok pesaing setuju dengan tarif tertentu untuk pelayanan yang diberikan yang mempunyai efek menetapkan atau menstabilkan tarif/harga. Praktek penguasaan tarif merupakan pelanggaran antimonopoli yang paling serius di Amerika dan pengadilan tinggi AS sering menetapkan praktek ini sebagai pelanggaran semata (*per se Violation*)

Praktek penguasaan tarif dapat terjadi dari cara negosiasi tarif dan bagaimana informasi tentang tarif pesaing dikumpulkan. Apakah tindakan tersebut menimbulkan pelanggaran atau tidak masih tergantung pada beberapa faktor berikut:

Bagaimana informasi tarif dikumpulkan. Dalam pedoman yang tercantum dalam Pernyataan Bersama, cara yang secara jelas dibenarkan hanyalah model penyampai (*messenger model*) dimana tarif dikumpulkan oleh pihak ketiga yang independen kemudian disampaikan kepada pembeli jasa medis (MCO) tanpa menyebutkan satu per satu *provider* yang memberikan informasi. Yang paling penting, pihak ketiga tersebut tidak boleh bertindak sebagai pihak/agen dalam tawar-menawar dengan *provider*. Setiap individu *provider* harus secara independen memutuskan apakah akan menerima tawaran sebuah MCO untuk menjadi jaringan *provider*.

Misalnya, Komisi Perdagangan Federal baru-baru ini memberikan persetujuan model penyampai yang diajukan oleh sekelompok spesialis dari Georgia. Staf administrasi dari kelompok berfungsi sebagai penyampai yang mengumpulkan informasi tentang tarif dan informasi lainnya dari berbagai MCO yang ingin memasukkan kelompok spesialis ini dalam jaringan *provider* nya. Informasi ini kemudian disampaikan kepada peserta kelompok, tiap peserta kemudian memutuskan sendiri keikutsertaannya dalam jaringan *provider* sesuai dengan persyaratan yang diajukan MCO. Tidak ada seorang pun yang mendapatkan akses data tentang bagaimana keputusan peserta lain di dalam kelompok tersebut.

Sifat organisasi *provider*. Jika organisasi *provider* ingin melakukan negosiasi tarif bersama, organisasi tersebut harus melakukannya sebagai suatu entitas terintegrasi bukan sebagai kelompok pesaing. Dalam pedoman yang diterbitkan, suatu integrasi dapat diakui sebagai entitas jika pihak-pihak yang berintegrasi menanggung risiko finansial yang cukup besar dengan berpatungan. Seringkali risiko finansial tersebut terjadi jika *provider* melakukan kontrak kapitasi atau perjanjian dana ditahan (*withhold arrangement*)

Jika organisasi *provider* merupakan usaha patungan (joint venture), maka risiko pelanggaran hukum dengan penguasaan tarif per se menjadi jauh lebih kecil. Jika organisasi itu digugat, maka pengadilan akan menggunakan analisis hukum alasan terhadap fakta-fakta yang ditemukan. Meskipun analisis akan melihat berbagai faktor yang terkait, faktor terbesar adalah kekuatan pasar.

Pentarifan Yang Paling Disukai Secara Nasional

Ciri perjanjian jaringan yang paling banyak ditemukan dalam hal pentarifan adalah adanya klausula yang paling disukai secara nasional (the most-favored-nation) yang menyatakan bahwa *provider* tidak akan menjual pelayanannya kepada jaringan lain dengan tarif lebih rendah dari yang telah disepakati.

Jenis klausula ini telah diterima oleh pengadilan sejauh harga yang disepakati tidak direndahkan untuk menyingkirkan pesaing lain masuk pasar/melakukan negosiasi. Namun demikian, Bagian Antimonopoli Departemen Kehakiman akan memperlakukan hal ini sebagai tindakan anti kompetitif jika ditemukan bahwa jaringan tersebut memiliki kekuatan pasar. Penggunaan klausula ‘yang paling disukai’ digunakan dalam kasus pemerintah Amerika dan negara bagian Arizona yang menggugat Delta Dental Plan of Arizona²⁴, dimana ditemukan bahwa terdapat kekuatan pasar (85% dokter gigi di Arizona ada dalam Bapel Delta) dan bahwa klausula tersebut ditujukan untuk mencegah Bapel lain memiliki cukup *provider* dalam memberikan pelayanan kepada pesertanya

PRAKTIK MONOPOLI TERKAIT OPERASIONAL PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DI INDONESIA

Pada U.U nomor 5 tahun 1999 tentang Larangan Praktik Monopoli dan Persaingan Usaha tidak sehat ada pasal yang menyatakan bahwa:

“Pelaku usaha dilarang membuat perjanjian yang mengakibatkan pembeli yang satu harus membayar dengan harga yang berbeda dari harga yang harus dibayar oleh pembeli lain untuk barang dan atau jasa yang sama”(Bagian Kedua, Penetapan Harga Pasal 6 U.U nomor 5 tahun 1999). Sebagaimana kita telah mengetahui bahwa PT Askes (sekarang menjadi BPJS Kesehatan) selaku MCO terbesar di Indonesia dengan peserta puluhan juta dan sebagai TPA program Askeskin (sekarang sudah menjadi bagian dari Jaminan Kesehatan Nasional) menerapkan Formularium obat yang lebih dikenal dengan nama DPHO (Daftar Plafon Harga Obat) yang berisi hampir 1000 (seribu) macam obat yang beredar di Indonesia. Dengan potensi pesertanya yang begitu besar, PT Askes berhasil mendapatkan harga khusus dengan pabrik obat dengan potongan/diskon yang cukup besar (significant). Hal ini tidak mungkin diperoleh bagi pelaku usaha pesaing PT. Askes. Apakah yang dilakukan PT Askes tersebut dianggap melanggar/bertentangan dengan pasal 6 UU nomor 5 tahun 1999 ? Jawabnya bisa Tidak dan bisa Ya.”Tidak” bila pengaturan harga melalui formularium DPHO tersebut digunakan khusus untuk program wajib yaitu program Asuransi Kesehatan Sosial Pegawai negeri, pensiunan pegawai negeri, pensiunan ABRI serta program ASKESKIN (Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin). Karena pada kondisi ini, program wajib tersebut merupakan program sosial, wajib dengan pengelola tunggal tanpa pesaing. Jadi tidak ada usaha lain yang merasa dirugikan bahkan bisa lebih efisien dalam pengaturan biaya kesehatan.”Ya” bila pengaturan tersebut juga diaplikasikan oleh penyelenggara Asuransi Kesehatan Komersial, karena jelas akan banyak perusahaan pesaing yang merasakan persaingan yang tidak sehat. Pada saat ini, hal tersebut mungkin tidak atau sedikit sekali dirasakan, tetapi bila semakin banyak pengelola program komersial melakukan praktek-praktek yang menggunakan “*market power*” nya, pasti akan dirasakan dampaknya oleh para pelaku usaha pesaingnya.

KERAHASIAAN CATATAN MEDIS

Untuk mengelola pelayanan kepada peserta lebih efektif, sebuah MCO memerlukan akses kepada informasi medis yang lebih rinci dibandingkan dengan jika MCO tersebut hanya membayar klaim seperti pada asuransi kesehatan Indemnitas/Tradisional. Selain itu, pembeli jasa MCO juga membutuhkan informasi serupa untuk mengevaluasi kinerja MCO, khususnya dalam hal kualitas pelayanan dan *cost-effective*-nya. Hal ini menyebabkan bahwa seseorang pada waktu mendaftar menjadi peserta MCO harus bersedia kompromi tentang rahasia medisnya.

Sampai saat ini, untungnya tidak banyak gugatan hukum yang diajukan dari pertukaran informasi antara *provider* dengan MCO dan antara MCO dengan perusahaan pembeli paket MCO. Namun demikian, MCO harus menyadari adanya potensi penyalahgunaan catatan medik/kerahasiaan medis peserta dan hukum-hukum yang mengatur tentang rahasia informasi medis.

Hukum yang umum berlaku adalah bahwa catatan medik merupakan milik *provider*. Namun demikian, pasien juga memiliki hak menggunakan catatan medis tersebut. Misalnya, hukum mengakui bahwa ada hak pasien dan dokter yang membenarkan dokter tidak memberikan informasi medis tertentu. Selain itu, dokter mempunyai tanggung jawab etik dari sumpah Hipokrates-nya untuk melindungi kerahasiaan medis pasiennya. Dengan sedikit pengecualian, informasi medis tidak dapat diberikan kepada pihak lain tanpa adanya persetujuan pasien.

MODEL UNDANG-UNDANG NAIC TENTANG INFORMASI ASURANSI DAN PROTEKSI KERAHASIAAN

Dalam mentaati prinsip umum bahwa informasi medis tidak dapat diberikan kepada pihak ketiga tanpa persetujuan pasien, NAIC (National Association of Insurance Commissioners) telah mengeluarkan model undang-undang yang telah dilaksanakan di 16 negara bagian dengan sedikit perubahan-perubahan. Dalam banyak hal, undang-undang tersebut berlaku bagi perusahaan Asuransi dan HMO.

Model undang-undang Perlindungan Rahasia Pribadi (Privacy Protection Model Act) menetapkan berbagai peraturan yang terkait dengan berbagai jenis informasi personal yang digunakan dalam transaksi asuransi. Informasi yang mempunyai dampak besar terhadap MCO mencakup otorisasi pelepasan informasi dan pengecualian terhadap peraturan yang mengizinkan informasi dikeluarkan tanpa otorisasi dari tertanggung.

Pengungkapan Informasi Pasien

Otorisasi pasien untuk mengeluarkan informasi, baru dapat dikatakan sah apabila dilakukan secara tertulis, diberi tanggal, dan ditandatangani oleh pasien. Otorisasi tersebut juga harus merinci jenis informasi apa yang akan dikeluarkan dan kepada organisasi mana informasi tersebut akan diberikan. Jangka waktu dimana otorisasi dinyatakan berlaku biasanya selama satu tahun atau selama proses klaim masih berjalan.

Dalam asuransi indemnitas, keharusan otorisasi pasien dilakukan dengan menyertakan pernyataan otorisasi pengungkapan informasi di dalam formulir klaim. Di dalam MCO tidak digunakan formulir klaim, karena pelayanan medis dibayar dengan cara kapitasi atau dalam kontrak disebutkan bahwa *provider* harus menyampaikan klaim langsung kepada MCO, keharusan otorisasi pasien bisa menjadi masalah. Namun demikian, umumnya MCO memberikan formulir pernyataan otorisasi pasien dalam masa pendaftaran akan tetapi tidak jelas apakah hal ini telah memenuhi persyaratan Hukum Perlindungan Rahasia Pribadi (Privacy protection Model Act) atau hal ini cukup efektif bila yang menandatangani formulir tersebut keluarga peserta. Banyak MCO yang memiliki kebijakan tegas untuk tidak mengeluarkan informasi medis pesertanya.

Pengecualian Terhadap Peraturan

Model undang-undang Perlindungan Rahasia Pribadi mengandung berbagai pengecualian terhadap peraturan umum tentang informasi seseorang yang tidak boleh dikeluarkan kecuali dengan otorisasi. Yang berkaitan dengan MCO adalah pengecualian tersebut adalah pemberian informasi kepada organisasi tinjauan sejawat profesi (*Peer Review Organizations*) dan kepada pemegang polis kumpulan untuk pelaporan pengalaman klaim atau dalam rangka audit operasional institusi asuransi. Pengecualian ini memberikan ijin terbatas pertukaran informasi terkontrol untuk memenuhi kebutuhan MCO atau perusahaan pembeli jasa asuransi yang sah secara hukum dalam rangka pemantauan operasi Bapel.

Perusahaan yang mengelola asuransi sendiri (*self funded plan*), yang tidak terkena peraturan perlindungan rahasia pribadi ini mempunyai situasi tersendiri. Dalam paket asuransi *self funded*, MCO dianggap sebagai agen dari *plan sponsor*. Dengan demikian, catatan medis yang dikumpulkan oleh MCO dimiliki oleh pembeli jasa (*Plan Sponsor*) tanpa ada ikatan kontrak. MCO harus menyelesaikan masalah akses terhadap catatan medis di dalam kontrak jasa administrasi, jika MCO tersebut ingin melindungi informasi peserta.

PROTEKSI KERAHASIAAN LAINNYA

Meskipun setiap jenis informasi medis peserta MCO perlu mendapat perlindungan, ada beberapa hukum khusus yang melindungi pasien dengan kondisi medis tertentu. Sebagai bagian dari undang-undang kesehatan masyarakat, berbagai negara bagian mengeluarkan undang-undang yang melindungi kerahasiaan informasi yang terkait dengan HIV. Definisi informasi terkait dengan HIV secara umum mencakup berbagai informasi fakta atau hasil uji darah dan informasi yang terkait dengan pengobatan penyakit yang terkait dengan HIV. Undang-undang tersebut umumnya melarang pengeluaran informasi pasien tersebut kepada pihak manapun tanpa ijin tertulis khusus dari pasien yang bersangkutan. Pernyataan umum seperti yang tercantum dalam formulir klaim tidak memadai untuk kasus HIV.

Hukum Federal juga mengandung perlindungan serupa tentang pengobatan ketergantungan obat di dalam program atau fasilitas yang menerima dana pemerintah federal.

REKAM MEDIS DAN KERAHASIAANNYA TERKAIT OPERASIONAL JAMINAN KESEHATAN DI INDONESIA

Rekam Medis dan Rahasia Kedokteran diatur dalam U.U no 29 thn 2004 pada Pasal 46, Pasal 47 dan Pasal 48 dan ketentuan lebih lanjut dari rahasia Kedokteran diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan no 269/2008 pasal 46 mengharuskan semua dokter dan dokter gigi yang berpraktek harus membuat rekam medis pasiennya dan harus dibuat segera setelah memberikan pelayanan serta dibubuhi dengan nama, waktu, serta tanda tangan dokter atau petugas yang melayani. Pasal 47 menyatakan bahwa dokumen rekam medis merupakan dokumen milik dokter, dokter gigi atau sarana pelayanan kesehatan sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien dan harus disimpan dengan baik dan dijaga kerahasiaannya oleh yang membuatnya atau oleh sarana pelayanan kesehatan. Pasal 48 khusus mengatur mengenai Rahasia Kedokteran yang wajib dilaksanakan oleh semua dokter atau dokter gigi yang melakukan praktek dan hanya dapat dibuka untuk kepentingan kesehatan pasien sendiri, atas permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum dan atas permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan.

Peraturan tersebut di atas tentunya merupakan salah satu yang sangat perlu diperhatikan oleh Penyelenggara Jaminan Kesehatan dan Perusahaan Asuransi di Indonesia, karena rekam/catatan medis tersebut sangat diperlukan untuk mendukung tugas investigasi dan verifikasi klaim. Guna mengantisipasi hal tersebut, sebagian Penyelenggara Jaminan Kesehatan dan Perusahaan Asuransi di

Indonesia mencantumkan pernyataan dari calon peserta/pemegang polis pemberian kuasa dari calon peserta kepada dokter atau provider untuk memberikan rekam medis mereka kepada Penyelenggara Jaminan Kesehatan atau Asuradur bila diperlukan dan pernyataan itu ditandatangani oleh calon peserta atau pemegang polis pada formulir aplikasi/pendaftaran peserta. Pada perusahaan Asuransi indemnitas pernyataan atau kuasa tersebut dapat dicantumkan pada formulir klaim, dan mungkin perlu dipertimbangkan untuk dicantumkan dalam suatu pasal pada perjanjian kerjasama dengan para *provider* untuk Penyelenggara Jaminan Kesehatan mempunyai pernyataan penyerahan rekam medis dari para pesertanya.

HUKUM ANY WILLING PROVIDER

Pertumbuhan *managed care* telah menghasilkan satu reaksi, yaitu timbulnya undang-undang anti *managed care* di berbagai negara bagian. Bentuk anti *managed care* yang paling banyak dijumpai adalah hukum “*any willing provider*”, yang mengharuskan MCO untuk menerima setiap *provider* yang bersedia menerima persyaratan MCO sebagai peserta jaringan. Kira-kira separuh negara bagian Amerika memiliki hukum ini.

Hukum ‘*any willing provider*’ telah menjadi bahan gugatan hukum di berbagai negara bagian. Dalam kasus RS Stuart Circle dengan Aetna Life and Casualty, 26 hukum negara bagian Virginia tentang *any willing provider* digugat dengan dasar bahwa hukum ini dapat digunakan oleh ERISA dalam hal pemberian jaminan tenaga kerja. Meskipun pengadilan setuju dengan pernyataan tersebut, namun pengadilan menguatkan hukum tersebut dengan alasan bahwa peraturan *any willing provider* dapat digunakan karena hukum tersebut mengatur bisnis asuransi.

Akan tetapi dalam kasus Bapel Cigna di Louisiana melawan negara bagian Louisiana,²⁷ pengadilan menolak peraturan yang dibuat lebih umum yang tidak dibuat untuk mengatur bisnis asuransi di negara bagian tersebut. Berbagai gugatan serupa diperkirakan akan lebih banyak terjadi, khususnya terjadi kecenderungan peraturan legislator yang menambah repot MCO.

RINGKASAN

Bentuk hukum yang mengatur operasi MCO masih dalam perkembangan dan variasi hukum dapat berubah dengan keputusan baru. Pada saat yang sama, masalah hukum yang dihadapi MCO semakin kompleks sejalan dengan pertumbuhan jumlah MCO. MCO yang cermat akan mengembangkan program manajemen risiko hukum yang mencakup setiap fase operasional, termasuk perancangan paket, kontrak *provider*, pengobatan medis, pemasaran, dan periklanan.

ISTILAH –ISTILAH PENTING

<i>Anti kompetitif - Anti persaingan</i>	<i>Department of justice - Departemen Kehakiman</i>
<i>Antimonopoli - Antimonopoli</i>	<i>Derivative liability - Tanggung renteng</i>
<i>Any willing provider - Setiap provider yang ingin</i>	<i>Detriment - Kerusakan</i>
<i>Capitation - Kapitasi</i>	<i>Direct liability - Liabilitas langsung</i>
<i>Closed panel - Panel tertutup</i>	<i>Duty of care - Tugas merawat</i>
<i>Competition - Persaingan</i>	<i>Employee Retirement Income Security Act (ERISA) - Employee Retirement Income Security Act (ERISA)</i>
<i>Confidential medical information - Kerahasiaan informasi medis/kedokteran</i>	<i>Exclusive network - Jaringan eksklusif</i>
<i>Credentialing</i>	

Federal trade commission - Komisi perdagangan federal

Group boycott - Group boycott

Guarantor - Penjamin

Injunctive relief - Injunctive relief

Joint statement - Pernyataan bersama

Joint venture - Usaha patungan

Malpractice - Malapraktek

Market power - Kekuatan pasar

Medi-Cal - Medi-Cal

Medical necessity - Kebutuhan medis

Medical outcomes liability - Liabilitas hasil pengobatan medis

Mergers and acquisitions - Merjer dan akuisisi

Most-favored-nation pricing - Pentarifan yang disukai secara nasional

Negligence - Kelalaian

Negligent credentialing - Kelalaian kredensialing

Nonexclusive network - Jaringan non eksklusif

Ostensible agency - Agen yang mewakili

Per se violation - Pelanggaran semata

Preauthorization - Persetujuan di muka

Preemption - Preemption

Price-fixing - Penguasaan tarif

Privacy protection model act - Model undang-undang proteksi rahasia pribadi

Procompetitive - Pro kompetisi

Proximate cause - Penyebab terdekat

Relevant market - Pasar terkait

Representation - Representasi

Rule of reason - Hukum alasan

Safety zone - Zona aman

Staff privileges - Privilege staf

Standard of care - Pelayanan baku

Tort - Gugatan malapraktek

Utilization review - Tinjauan utilisasi

Vicarious liability - Liabilitas substitusi

BAB 8 AKREDITASI

Pendahuluan

Komisi Mutu Medis

*Joint Commission on Accreditation of
Healthcare Organizations (JCHO)*

Akreditasi di Indonesia

National Quality for Quality Assurance (NCQA)

Ringkasan

*Utilization Review Accreditation Commission
(URAC)*

Istilah - istilah Penting

PENDAHULUAN

Akreditasi adalah pengakuan bahwa sebuah sarana pelayanan kesehatan telah memenuhi standar tertentu dalam menawarkan manfaat/paket kesehatan.

Akreditasi dilaksanakan oleh entitas swasta yang independent dengan misi utamanya adalah memastikan dan meningkatkan mutu, melalui penilaian penyelenggaraan dari suatu program atau organisasi, dalam hubungannya dengan satu set pengukuran dan standar.

Mendapatkan akreditasi adalah salah satu cara bagi suatu pengelola program untuk memperlihatkan kepatuhannya terhadap standar-standar yang telah dibakukan atau ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan.

Akreditasi pelayanan kesehatan berarti membicarakan mutu pelayanan kesehatan yang mencakup komponen struktur, komponen proses, dan komponen outcome (hasil) yang akan menentukan tingkat pencapaian Good Medical Care.

MCO memerlukan akreditasi karena berbagai alasan, antara lain:

- Pengguna pelayanan kesehatan semakin disadarkan untuk menggunakan akreditasi sebagai indikator untuk menilai mutu dan nilai/manfaat.
- Akreditasi dipandang sebagai suatu stempel pengakuan yang menyatakan bahwa organisasi yang terakreditasi telah memenuhi standar yang ditetapkan. Dalam pasar kompetitif, hal ini merupakan suatu cara untuk menambah peserta, pasien, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya.
- Meskipun akreditasi bersifat sukarela, namun negara bagian dapat mewajibkannya melalui peraturan perijinan, pengaturan kontrak dengan pembayar dan *provider*, lembaga keuangan, dan asuransi malpraktek.
- Akreditasi dapat disyaratkan bagi organisasi penyelenggara pelatihan profesional seperti residensi dokter spesialis

Dorongan paling kuat bagi akreditasi datang di tahun 1965 ketika Kongres Amerika mengeluarkan undang-undang Medicare dengan satu persyaratan bahwa rumah sakit yang mendapatkan akreditasi dari Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) dianggap memenuhi persyaratan dan dapat berpartisipasi untuk melayani pasien Medicare. Sejak itu, Medicare telah menyetujui penggunaan program akreditasi lainnya untuk menjamin bahwa sarana pelayanan kesehatan memenuhi persyaratan tertentu. Beberapa negara bagian telah mengikuti langkah Medicare dan membolehkan organisasi pemberi akreditasi memenuhi lisensi dan sertifikasi negara bagian.

Akreditasi digunakan oleh MCO dengan berbagai cara. Seluruh atau sebagian organisasi MCO dapat diakreditasi oleh satu atau lebih badan akreditasi. Satu jenis pelayanan, seperti penanganan darah dalam laboratorium dapat diakreditasi. Organisasi yang diakreditasi dapat berupa *provider*, organisasi MCO, dapat berupa administrator dari program pelayanan kesehatan, bukan *provider*.

Akreditasi pelayanan kesehatan sering dikritik sebagai upaya melayani diri sendiri di dalam industri yang dinilainya. Sering juga dipertanyakan masalah besarnya biaya yang terkadang tidak sebanding dengan manfaatnya dan keterkaitan akreditasi dengan persaingan pasar dalam lingkungan pelayanan kesehatan. Bab ini meninjau kegiatan empat program pemberi akreditasi utama yang digunakan MCO.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCHO)

SEJARAH DAN PERAN

Didirikan tahun 1952 sebagai Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), telah menetapkan berbagai standar yang digunakan untuk menilai *provider* di Amerika (kini kini merambah keluar Amerika). Selanjutnya di tahun 1987 organisasi ini berubah nama menjadi JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) dan melakukan akreditasi kepada organisasi *provider* yang lebih luas. Saat ini JCAHO telah melakukan akreditasi kepada lebih dari 5.200 rumah sakit dan 6.000 organisasi lainnya, termasuk MCO

Misi JCAHO adalah memperbaiki mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Misi ini dicapai melalui penetapan standar dan melakukan survei atas fasilitas kesehatan untuk mengetahui sejauh mana fasilitas tersebut memenuhi standar.

KRITERIA ELIGIBILITAS

Pusat perhatian JCAHO adalah organisasi pemberi pelayanan kesehatan, bukan kepada perorangan tenaga kesehatan seperti dokter. Sebuah organisasi pelayanan kesehatan layak (*eligible*) untuk disurvei lengkap apabila organisasi tersebut telah memberikan pelayanan paling sedikit enam bulan sebelum survei dilakukan, sedangkan organisasi baru (baru ditunjuk dan telah memberikan pelayanan kepada sedikitnya satu orang peserta) dapat memilih survei akreditasi profesi saja.

JCAHO mempunyai kriteria eligibilitas khusus untuk MCO, yang disebut sebagai jaringan. Menurut komisi tersebut, jaringan adalah sebuah entitas yang menyediakan pelayanan kesehatan terpadu untuk populasi tertentu. Pelayanan yang diberikan bersifat komprehensif atau pelayanan spesialisik, jaringan memiliki struktur terpusat untuk mengkoordinasi dan memadukan pelayanan yang diberikan oleh komponen organisasi dan tenaga kesehatan dalam jaringan tersebut. Contoh jaringan antara lain HMO, PPO, IPA, dan sistem pelayanan terpadu lainnya.

Persyaratan tambahan untuk eligibilitas akreditasi adalah:

- Komisi harus memiliki standar yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan oleh jaringan.
- Jaringan harus memiliki proses untuk menilai mutu pelayanan, meliputi telaah pelayanan oleh klinisi yang ada di dalam atau di luar jaringan

Meskipun seluruh komponen MCO harus memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan, JCAHO tidak memberikan akreditasi pada salah satu komponen saja.

STANDAR AKREDITASI

Komisi mengembangkan standarnya melalui proses penelitian panjang terhadap umpan balik dari organisasi yang menggunakan standar tersebut. Misalnya mencari masukan dari kelompok konsultan nasional, konsumen, pembayar, pembeli, dan *provider*.

Ketika pertama kali dilaksanakan, standar yang digunakan menggunakan standar minimal. Di tahun 1970 standar tersebut ditulis kembali untuk mencerminkan tingkat kinerja optimal yang dapat dicapai. Pendekatan ini mengakomodir kebutuhan untuk menjamin peningkatan jaga mutu yang

berkesinambungan dalam pelayanan kesehatan. Standar yang digunakan sekarang dipusatkan pada keluaran (*outcome*) kondisi pasien.

Pada tahun 1987, komisi melakukan perubahan mengenai 1) reformulasi standar yang difokuskan pada fungsi-fungsi kunci/penting, 2) merancang kembali proses survei agar lebih interaktif serta menyediakan evaluasi dan pendidikan di tempat, dan 3) mengembangkan sistem pengukuran indikator.

Standar JCAHO yang dikeluarkan tahun 1996 untuk jaringan pelayanan kesehatan, mencerminkan pendekatan fungsional yang sekarang digunakan pada semua program akreditasi. Secara khusus masalah yang terkait dengan keterpaduan sistem, koordinasi, dan akuntabilitas ditunjukkan melalui fungsi-fungsi sebagai berikut:

- hak, tanggung jawab, dan etika,
- kesinambungan perawatan,
- komunikasi dan edukasi,
- kepemimpinan jaringan,
- manajemen sumber daya manusia,
- manajemen informasi, dan
- perbaikan kinerja jaringan.

PROSES SURVEI

Tergantung dari program akreditasi, survei dapat dilakukan setiap tahun, dua tahun, atau tiga tahun sekali. Program akreditasi untuk jaringan dan rumah sakit adalah program tiga tahunan. Tenaga peneliti, yang dilatih khusus oleh JCAHO, melakukan evaluasi pemenuhan standar melalui wawancara dan diskusi mendalam, pengamatan langsung selama kunjungan lapangan, dan peninjauan berbagai dokumen penting. JCAHO mengharuskan adanya pemberitahuan tentang survei yang dilakukan.

Survei jaringan mencakup tiga tahap berikut:

- Langkah pertama adalah evaluasi kantor pusat. Kegiatan ini dilakukan oleh dua *surveyor* selama tiga sampai lima hari.
- Langkah kedua adalah evaluasi pelayanan jaringan yang belum terakreditasi. Termasuk dalam survei ini adalah pengumpulan data tentang seluruh pelayanan berisiko tinggi dan sampel pelayanan berisiko rendah. Pelayanan berisiko tinggi adalah anestesi, pusat persalinan, dialisis kronis, foto dengan kontras, terapi infus, radiasi onkologi, perawatan pernapasan, pusat pemulihan 24 jam, pusat perawatan gawat darurat, dan pusat terapi dengan lama rawat lebih dari 24 jam. Pelayanan berisiko rendah adalah pelayanan laboratorium, imaging, dan perawatan rumah.
- Langkah ketiga adalah survei paling sedikit di delapan tempat praktek dokter.

Dalam hal tertentu, komisi dapat melakukan survei mendadak misalnya bila ada laporan bahwa mutu pelayanan klinis menurun atau adanya tuduhan bahwa informasi yang disampaikan kepada JCAHO adalah palsu (Gambar 8.1). Jika fasilitas tidak kooperatif atau tidak mengizinkan suatu survei, maka komisi dapat menolak memberikan akreditasi atau menganggap fasilitas tersebut mengundurkan diri dari proses akreditasi.

Jenis survei	Definisi dan proses
Evaluasi penuh	Seluruh standar organisasi ditinjau setiap 1, 2, dan 3 tahun oleh surveyor (tidak ada pembaruan otomatis). Survei dilakukan dalam 90 hari ulang tahun survei tahun sebelumnya
Sementara	Dilakukan pada lembaga baru atau yang baru beroperasi (kurang dari 6 bulan) yang baru pertama kali mengikuti akreditasi. Jika organisasi tersebut memenuhi standar pada satu dari dua survei, akreditasi sementara diberikan dan survei kedua yang lengkap dilakukan dalam waktu 12 bulan. Jika ditemukan tidak memenuhi standar, maka akreditasi sementara tidak diberikan dan organisasi tersebut harus mengajukan permohonan akreditasi baru
Fokus	Dijadwalkan terlebih dahulu untuk evaluasi standar yang belum terpenuhi pada survei yang lalu. Organisasi diberi tahu tentang standar yang akan dievaluasi
Tanpa berita	Dilakukan tanpa pemberitahuan terlebih dahulu. Biasanya hal ini dilakukan jika JCAHO menemukan kekurangan yang berarti dalam pelayanan klinik, ancaman yang nyata dan mendesak terhadap keselamatan pasien/anggota, dan informasi yang dapat dipercaya yang menyatakan bahwa informasi sebelumnya adalah tidak benar
Tak terjadwal	Dilakukan tanpa pemberitahuan jika JCAHO menemukan adanya masalah tetapi tidak terlalu serius
Random	Dilakukan tanpa berita, di tengah siklus, dan pada 5 persen area yang diakreditasi. Perhatian diarahkan pada 5 persen area yang pada survei tahun sebelumnya ditemukan tidak memenuhi standar

Gambar 8.1. Jenis-jenis Survei JCAHO

Sumber: JCAHO 1994, Pedoman Akreditasi untuk jaringan pelayanan kesehatan, 1993

PROSES PENGAMBILAN KEPUTUSAN AKREDITASI

Surveyor memberikan penilaian kepatuhan MCO dengan menggunakan skala dengan lima tingkatan

- 1 (satu): hampir semua memenuhi standar. Secara konsisten institusi memenuhi seluruh standar yang utama
- 2 (dua): sebagian besar memenuhi standar.
- 3 (tiga): memenuhi sebagian standar.
- 4 (empat): memenuhi beberapa standar
- 5 (lima): tidak memenuhi satu standar pun

Temuan tersebut diteruskan kepada analis JCAHO yang memeriksa kembali laporan dan dokumen lain yang disampaikan MCO, seperti bukti-bukti perbaikan yang baru saja dilakukan. Berdasarkan pedoman yang kompleks, JCAHO merekomendasikan keputusan akreditasi (Gambar 8.2)

Bagi MCO rekomendasi JCAHO merupakan seluruh kinerja jaringan dan mencerminkan sebagian yaitu gabungan kinerja beberapa komponen di dalam jaringan. Jika salah satu komponen jaringan kehilangan akreditasi, maka dapat membahayakan status seluruh akreditasi.

Akreditasi tidak dapat ditransfer secara otomatis kepada organisasi baru atau organisasi yang berbeda dalam proses merger, akuisisi, atau restrukturisasi besar-besaran sebuah MCO. Perubahan MCO yang dapat mempengaruhi akreditasi harus dilaporkan secara tertulis kepada JCAHO dalam tempo 30 hari. Perubahan tersebut adalah:

- penambahan atau pengurangan komponen jaringan,

untuk kalangan sendiri

- kehilangan akreditasi komponen atau sertifikasi oleh JCAHO atau badan akreditasi lain,
- peningkatan atau pengurangan (lebih 30 %) jumlah dokter
- peningkatan atau pengurangan (lebih 30 %) jumlah penduduk yang dilayani
- perubahan yang signifikan dalam lingkup pelayanan
- perubahan pemilik atau pengendali, termasuk merger atau konsolidasi dengan jaringan lain.

Keputusan	Penjelasan
Berdasarkan survei pertama	
Akreditasi sementara	Menunjukkan tingkat pemenuhan pada dua survei yang pertama kali
Berdasarkan survei kedua, status berubah menjadi satu dari empat di bawah ini:	
Akreditasi penghargaan	Mengakui kinerja yang terbaik dengan standar
Akreditasi dg/tanpa rekomendasi tk I	Membutuhkan pemenuhan rekomendasi tingkat I (karena tidak memuaskan pada beberapa hal tertentu) dalam jangka waktu tertentu. Perkembangan dipantau oleh JCAHO dengan laporan tertulis atau survei terfokus
Akreditasi bersyarat	Perlu survei lanjutan dalam 6 bulan. Jika kekurangan belum dipenuhi, akreditasi tidak diberikan
Tidak terakreditasi	Bila jaringan: 1) ditolak akreditasinya, 2) akreditasinya dibatalkan oleh JCAHO, atau 3) mengundurkan diri dari proses akreditasi

Gambar 8.2. Keputusan Akreditasi JCAHO .

Sumber: JCAHO 1994, pedoman akreditasi untuk jaringan pelayanan kesehatan II,1993

Semua keputusan untuk tidak memberikan akreditasi atau keberatan terhadap akreditasi bersyarat diteruskan kepada Dewan Komisi Akreditasi JCAHO untuk penyelesaian akhir. Sebuah MCO dapat naik banding atas penolakan akreditasi sebelum keputusan final dibuat.

KERAHASIAAN DAN PENGUNGKAPAN INFORMASI

Di tahun 1995, Komisi mengeluarkan informasi kepada publik tentang organisasi yang diakreditasinya. Untuk MCO, informasi yang disampaikan kepada publik mencakup:

- status akreditasi terbaru,
- data kinerja jaringan termasuk pemenuhan standar,
- jumlah rekomendasi tipe I dan area komponen yang mendapat rekomendasi (rekomendasi tipe I adalah saran untuk memperbaiki kekurangan dalam suatu komponen tertentu; perbaikan atas rekomendasi tipe I harus dilakukan dalam waktu yang telah ditentukan agar akreditasi bisa tetap diterima),
- tanggal survei dilakukan,
- standar yang digunakan Komisi dalam pemeriksaan keluhan,
- jumlah dan sifat keluhan tertulis yang telah disampaikan kepada jaringan sejak survei terdahulu

- Komponen rekomendasi tipe I yang belum diperbaiki dan sifat rekomendasi untuk MCO yang mengundurkan diri dari akreditasi

Informasi lain yang digunakan untuk pengambilan keputusan akreditasi, termasuk informasi yang disampaikan MCO dan laporan akreditasi resmi, tetap dirahasiakan.

JCAHO juga menyampaikan informasi kepada instansi pemerintah dengan alasan:

- Kepada lembaga pemerintah pemberi lisensi di negara bagian yang mengakui akreditasi sebagai salah satu syarat untuk lisensi atau regulasi
- Sebagai realisasi dari persetujuan berbagi informasi (information sharing agreement) untuk memenuhi persyaratan laporan negara bagian kepada HCFA
- Jika terdapat hal-hal serius yang membahayakan keselamatan peserta atau masyarakat umum, dapat diketahui dalam survei oleh Komisi. Dalam hal ini, setelah memberikan nasihat kepada jaringan, Komisi memberi tahu instansi pemerintah daerah, negara bagian, atau federal yang membawahnya melalui telepon atau tertulis.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA)

SEJARAH DAN PERAN

NCQA mulai beroperasi tahun 1979 dibawah organisasi the Group Health Association of America (GHAA) dan the American Managed Care and Review Association (AMCRA). Selama tahun 80-an, NCQA melakukan survei kepada HMO untuk membantu pembeli, pemerintah, dan konsumen menilai MCO. Pada 1990 NCQA menjadi organisasi nirlaba yang independen dan mengembangkan akreditasi *managed care* dengan fokus pada perbaikan mutu. Standar mutu tersebut mulai dijalankan pada tahun 1991.

Akreditasi NCQA menilai dan memeriksa bagaimana sebuah MCO mengelola semua fungsi dalam pelayanan kesehatan untuk memperbaiki kesinambungan pelayanan kesehatan kepada pesertanya. Misi NCQA adalah memperbaiki mutu pelayanan pasien yang diberikan MCO. Fungsi utama NCQA adalah untuk mengembangkan dan menerapkan pengawasan proses serta pengukuran kinerja MCO. NCQA memiliki komitmen menyediakan informasi tentang mutu MCO kepada masyarakat, konsumen, pembeli asuransi kesehatan, dan pihak lain yang membutuhkan.

Pada tahun 1994 NCQA merupakan organisasi pertama yang mengumumkan kepada masyarakat daftar akreditasi MCO, kemudian langkah ini diikuti oleh organisasi pemberi akreditasi lainnya.

KRITERIA ELIGIBILITAS

MCO yang mendapat akreditasi dari NCQA adalah yang:

- menyediakan paket pelayanan kesehatan komprehensif mencakup pelayanan medis dan bedah untuk orang dewasa, anak-anak, pelayanan obstetrik, kesehatan jiwa, dan preventif,
- menyediakan atau mengatur pemberian pelayanan komprehensif melalui fasilitas terorganisir yang mencakup pelayanan rawat jalan dan rawat inap,
- berlokasi di Amerika atau wilayah protektorat Amerika,
- telah beroperasi paling sedikit 18 bulan, dan
- Memiliki proses untuk memantau, mengevaluasi, dan memperbaiki mutu pelayanan peserta, dan memiliki akses ke data klinis peserta untuk keperluan penilaian perawatan.

STANDAR AKREDITASI

Standar NCQA dirancang untuk menilai seberapa baik sebuah MCO memenuhi persyaratan mutu dan bagaimana langkah-langkah perbaikan dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan status kesehatan peserta MCO tersebut. Selain itu, NCQA telah menciptakan model nasional untuk mengukur kinerja sehingga perusahaan, konsumen, dan pembeli lainnya dapat membandingkan dan menilai mutu MCO-MCO yang ada.

Standar NCQA dibagi menjadi enam komponen mutu yang mencerminkan berbagai fungsi. Komponen dan bobotnya adalah sebagai berikut:

1. peningkatan mutu (35%),
2. kredensial dokter (25%),
3. hak dan tanggung jawab peserta (10%),
4. pelayanan kesehatan preventif (10%),
5. manajemen utilisasi (10%), dan
6. catatan medik (10%).

Standar tersebut diperiksa dan dinilai oleh Komisi, yang terdiri dari delapan wakil MCO, seorang Direksi NCQA, seorang wakil pemerintah negara bagian, dan seorang wakil pemberi kerja.

PROSES SURVEI

NCQA memiliki *surveyor* yang berpengalaman dan bertanggung jawab atas penilaian mutu dan telah menjalani pelatihan khusus. Besar dan komposisi tim bervariasi menurut jumlah *provider*, proses review, dan banyaknya catatan medis yang harus diperiksa. Sedikitnya, sebuah tim harus terdiri dari seorang dokter dan administrator MCO. Kunjungan ke lokasi dilakukan dalam dua sampai empat hari, tergantung dari banyaknya lokasi, jumlah *provider*, dan catatan medik yang harus diperiksa.

Pemenuhan standar ditentukan melalui:

- Pemeriksaan catatan dan dokumen tertulis yang diberikan oleh MCO.
- Observasi dan pencatatan oleh *surveyor* di lokasi.
- Informasi yang diperoleh *surveyor* selama wawancara tentang manajemen, *provider*, dan peserta MCO.
- Pemeriksaan catatan medik.
- Penilaian sistem pelayanan peserta seperti keluhan dan pengaduan, pendidikan peserta, dan survei kepuasan peserta.

PROSES KEPUTUSAN AKREDITASI

NCQA melakukan pemeriksaan dan peninjauan temuan survei, dokumen survei terkait, dan informasi lainnya. Laporan awal disiapkan oleh tim survei lapangan dan diperiksa oleh staf NCQA untuk konsistensinya. Informasi tambahan mungkin masih diperlukan dari sebuah MCO.

Setelah penilaian temuan survei dilakukan, Komisi Pengawas Penilaian (Review Oversight Committee, ROC) NCQA memeriksa rekomendasi tim survei dan staf NCQA. ROC ditunjuk oleh Dewan Direksi NCQA, terdiri dari delapan dokter praktek yang bukan pegawai NCQA.

Akreditasi awal NCQA dapat diberikan atas dasar:

- Tidak ada kekurangan berarti dalam satu kategori

- Tidak ada kekurangan berarti dalam pendelegasian program/proses kepada pihak ketiga
- Tidak ada ancaman terhadap mutu pelayanan
- Terdapat bukti-bukti perbaikan

ROC mempersiapkan laporan, yang mencakup juga temuan survei dan rekomendasi akreditasi. Laporan tersebut disampaikan kepada MCO untuk diperiksa dan dikomentari. MCO mempunyai waktu 30 hari untuk memberikan komentar dan atau menunjukkan kesalahan atau kekurangan informasi, dimana NCQA akan memperbaikinya jika perlu. Setiap perubahan atas ketetapan akreditasi atas dasar komentar ini harus dievaluasi lagi dan disetujui oleh ROC.

Ada lima kemungkinan keputusan akreditasi: akreditasi penuh, akreditasi setahun, akreditasi sementara, penolakan akreditasi, dan masih dalam penilaian (gambar 8.3)

Keputusan	Penjelasan
Penuh	Dari MCO yang dinilai, 32% menerima akreditasi penuh 3 tahun
Satu tahun	Dari MCO yang dinilai, 39% menerima akreditasi satu tahun
Sementara	Dari MCO yang dinilai, 13% menerima akreditasi ini, dengan syarat dalam satu tahun harus menunjukkan perbaikan
Ditolak	Dari MCO yang dinilai, 14% ditolak akreditasinya
Dalam penilaian	Kurang dari 2% termasuk dalam kategori ini. Ketetapan akreditasi awal sudah dilakukan akan tetapi Bapel meminta agar dilakukan penilaian ulang

Gambar 8.3. Keputusan Akreditasi NCQA .

Sumber: NCQA, Pedoman akreditasi MCO, 1995

Jika sebuah MCO naik banding atas keputusan akreditasi yang tidak lolos, hal itu akan dinilai oleh Komisi Pertimbangan (reconsideration committee) yang ditunjuk oleh Dewan Direksi, terdiri dari enam dokter tambahan yang berasal dari luar NCQA. Ketentuan dari Komisi Pertimbangan bersifat final dan tidak lagi dapat dinilai kembali.

Status akreditasi tidak dapat ditransfer, dan organisasi yang telah mendapat akreditasi harus memberi tahu NCQA jika terdapat perubahan yang signifikan dalam status organisasi seperti:

- Perubahan struktur organisasi, kepemilikan, atau organisasi pengelola
- Perubahan dalam status lisensi federal, termasuk pelanggaran peraturan negara bagian atau federal
- Penurunan pendaftaran peserta sebanyak 30% atau peningkatan pendaftaran peserta sebanyak 50% sejak survei terdahulu dilakukan
- Perubahan berarti dalam sistem penyediaan pelayanan
- Merjer atau akuisisi
- Bangkrut, berada dalam proses transfer atau likuidasi

KERAHASIAAN DAN PENGUNGKAPAN INFORMASI

Pada tahun 1994 NCQA mulai menerbitkan status akreditasi MCO dan tanggal survei dilakukan.³⁴ Selain itu, pada tahun 1996, NCQA mulai menerbitkan ringkasan laporan hasil akreditasi untuk tiap

MCO. Laporan tersebut berisi kinerja MCO pada survei yang terakhir. Laporan ini juga menjelaskan bagaimana NCQA menilai tiap MCO dalam enam kategori kinerja yang dijelaskan di atas.

Sebenarnya laporan NCQA merupakan rahasia antara NCQA dengan MCO yang mencari akreditasi. NCQA tidak akan mengeluarkan laporan dan proses dari survei kepada MCO kecuali: 1) mendapatkan ijin tertulis dari organisasi yang diakreditasi, 2) Untuk memenuhi persyaratan hukum, dan 3) diijinkan oleh prosedur kebijakan administratif NCQA. Selain itu, NCQA boleh memberi tahu instansi pemerintah yang berwenang apabila NCQA menemukan MCO yang tidak memenuhi syarat operasi yang mengancam atau keselamatan atau kesehatan peserta dan masyarakat. NCQA juga dapat menyampaikan temuannya kepada pihak ketiga jika lembaga tersebut menemukan bahwa MCO tidak menyampaikan informasi yang sebenarnya.

UTILIZATION REVIEW ACCREDITATION COMMISSION (URAC)

Pada tahun 1989 URAC terbentuk ketika American *managed care* and Review Association, AMCRA mensponsori pertemuan wakil-wakil organisasi telaah utilisasi untuk membahas masalah beragamnya prosedur telaah utilisasi dan berkembangnya dampak *managed care* terhadap *provider*.

Lembaga URAC dibentuk untuk mendorong proses telaah utilisasi yang efisien dan efektif, serta untuk mendapatkan suatu cara mengevaluasi dan akreditasi program telaah utilisasi. Tujuannya adalah meningkatkan efektifitas dan efisiensi interaksi di antara organisasi telaah utilisasi dan *provider*, pembeli, dan pembeli pelayanan kesehatan.

Sebagai institusi akreditasi, URAC berbeda dengan organisasi lainnya yang telah dibahas dalam bab ini karena awalnya URAC hanya melakukan akreditasi fungsi telaah utilisasi dari MCO. Dalam tahun 1995, proses akreditasi diperluas dengan mengembangkan standar untuk non-capitated PPO, PHO, IPA dan sistem penyediaan pelayanan terpadu lain.

Dewan direksi URAC merupakan wakil dari organisasi *provider*, organisasi konsumen, serikat pekerja, perusahaan telaah utilisasi, dan perusahaan asuransi.

KRITERIA ELIGIBILITAS

URAC melakukan akreditasi berbagai organisasi yang melakukan telaah utilisasi komprehensif, baik prospektif, berbarengan (*concurrent*) dan retrospektif terhadap pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Hal ini sangat penting bagi MCO, khususnya dalam menetapkan ketepatan klinis dan keuangan.

STANDAR AKREDITASI

URAC mengembangkan standar akreditasinya di bulan Januari 1990, dengan perbaikan dilakukan di bulan Maret 1990 dan April 1994. Standar itu dirancang untuk:

- Meningkatkan konsistensi di dalam prosedur interaksi diantara organisasi telaah utilisasi, pembeli, dan konsumen pelayanan kesehatan.
- Mengembangkan proses telaah utilisasi yang mengganggu penyediaan pelayanan kesehatan
- Menetapkan standar prosedur yang digunakan untuk sertifikasi pelayanan medis dan proses naik banding dalam penetapan sertifikasi.
- Menyediakan dasar untuk proses kredensialing yang efisien dan akreditasi organisasi telaah utilisasi, dan
- Menyediakan standar yang taat asas dan sebuah mekanisme akreditasi yang dapat dilakukan secara efisien di tingkat nasional, khususnya bagi negara bagian yang mengatur telaah utilisasi.

Standar URAC dibagi menjadi delapan segmen:

- Cakupan pelayanan telaah utilisasi
- Kerahasiaan informasi pasien
- Tanggung jawab untuk memperoleh sertifikasi telaah utilisasi
- Kualifikasi staf dan program
- Prosedur akses dan telaah di tempat
- Elemen data (informasi yang digunakan untuk telaah utilisasi)
- Prosedur untuk penetapan telaah
- Prosedur banding terhadap keputusan tidak memberikan sertifikat

PROSES SURVEI

Organisasi telaah utilisasi mengajukan permohonan dengan mengisi formulir yang telah disediakan dan kemudian permohonan ini dinilai oleh staf URAC. Jika diperlukan, maka informasi tambahan harus disampaikan kepada URAC. Setelah penilaian di URAC selesai, URAC menelepon personalia organisasi telaah utilisasi untuk verifikasi berbagai jawaban dan dokumen yang disampaikan. Jika seluruh informasi telah disampaikan dengan jelas, maka selanjutnya permohonan ini ditelaah oleh Komisi Akreditasi URAC. Kunjungan ke lapangan biasanya tidak diperlukan.

PROSES KEPUTUSAN AKREDITASI

Dalam menilai organisasi telaah utilisasi, Komisi Akreditasi menilai berbagai informasi yang telah disampaikan dengan nama organisasi disembunyikan/ditutup untuk menjamin obyektivitas. Permohonan diberi skor dan nilai, dan atas dasar jumlah skor tersebut, Komisi Akreditasi menetapkan status akreditasi. Komisi Eksekutif URAC menetapkan keputusan final tentang akreditasi. Jumlah poin maksimum yang dapat diperoleh dalam penilaian akreditasi adalah 340. Untuk memperoleh akreditasi penuh, organisasi yang diakreditasi harus memenuhi 340 poin standar WAJIB (*shall*). Di samping itu ada 15 standar HARUS (*should*) dimana 9 diantaranya harus dipenuhi untuk bisa menerima akreditasi.

Akreditasi tidak dapat dialihkan. Jika sebuah organisasi berubah status, seperti merger, konsolidasi, atau terdapat perubahan pengendali atau perubahan organisasi, fasilitas, kapasitas, atau pelayanan yang ditawarkan, maka organisasi tersebut harus memberi tahu URAC dalam tempo 30 hari. Jika terjadi perubahan tersebut, organisasi harus menjalani telaah tambahan untuk mencatat setiap perubahan dalam program telaah utilisasi, pelayanan, dan perubahan prosedur atau kebijakan. Tanpa pemberitahuan dan perubahan tersebut, akreditasi URAC dapat dibatalkan. Perubahan tersebut ditelaah oleh staf, Komisi Akreditasi, dan Komisi Eksekutif URAC.

KERAHASIAAN DAN PELEPASAN INFORMASI

URAC menetapkan bahwa semua informasi yang diterima atau dihasilkan dari proses akreditasi sebagai dokumen rahasia. Informasi tersebut hanya dapat digunakan untuk akreditasi, untuk penyampaian data statistik yang tidak menyebutkan nama organisasi telaah utilisasi, atau untuk memenuhi peraturan pemerintah. Selain itu, URAC menerbitkan nama dan alamat organisasi yang mengajukan akreditasi beserta status akreditasinya. Jika diberikan akreditasi maka tanggal pemberian dan tanggal habis berlakunya akreditasi tercantum dalam terbitan tersebut.

KOMISI MUTU MEDIS (MEDICAL QUALITY COMMISSION)

Komisi mutu medis merupakan pendatang baru di dalam lembaga akreditasi *provider*. Meskipun baru, komisi ini memiliki potensi pertumbuhan yang lebih besar dibandingkan dengan akreditasi lainnya, karena jumlah konsumennya—kelompok praktek dokter—terus bertambah. Sebagai lembaga akreditasi kelompok praktek dimana kelompok ini membutuhkan status tertentu dalam pasar, komisi ini akan mendapat permintaan dari kelompok dokter dan IPA.

Pada tahun 1983, beberapa HMO mensyaratkan *provider* yang dikontraknya memiliki akreditasi tertentu. Untuk memenuhi tuntutan ini United Medical Group Association (UMGA)—suatu asosiasi nasional kelompok praktek yang menawarkan pembayaran pra upaya—melakukan evaluasi lembaga akreditasi yang ada pada waktu itu. Kesimpulan yang didapat dari evaluasi tersebut adalah bahwa program akreditasi yang ada, seperti JCAHO, tidak memenuhi akreditasi dalam lingkup pembayaran pra upaya. Secara spesifik, program yang ada tidak melakukan evaluasi proses pembayaran pra upaya, manajemen utilisasi, manajemen mutu, dan pelayanan keperawatan.

Dewan direksi UMGA menyimpulkan bahwa diperlukan akreditasi untuk menilai seberapa baik suatu kelompok dokter memberikan pelayanan pada peserta pembayaran pra upaya. Berbagai survei dilakukan dengan menggunakan pedoman dan kriteria awal satu draft akreditasi yang disusun oleh satu komite di tahun 1987. Pada tahun 1990 delapan kelompok dokter UMGA telah memperoleh status terakreditasi untuk masa tiga tahun.

Pada tahun 1990 direksi UMGA membentuk sebuah usaha nirlaba, The Unified Medical Quality Commission (namanya kemudian berubah menjadi the Medical Quality Commission, Komisi Mutu Medis). Pemisahan ini memungkinkan penetapan program akreditasi secara independen serta menghilangkan kesan bahwa akreditasi mutu dapat diperoleh hanya dengan menjadi peserta UMGA.³⁷

Tujuan Komisi Mutu Medis adalah meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan kepada publik melalui organisasi pembayaran pra upaya. Komisi ini mempunyai komitmen yang kuat bahwa mutu pelayanan kesehatan yang tinggi, diberikan dengan cara yang paling *cost-effective*, memberikan manfaat kepada setiap orang. Tujuan ini dicapai melalui empat kegiatan utama, yaitu:

- Pemberian akreditasi kepada kelompok praktek dan IPA yang memberikan pelayanan kepada peserta MCO.
- Menawarkan program pendidikan yang dirancang untuk membantu MCO dalam menyediakan pelayanan yang terbaik yang memberikan manfaat bagi pasien, *provider*, dan pembayar.
- Berpartisipasi dalam riset yang dirancang untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, meningkatkan kesehatan pasien, dan menghasilkan teknik yang inovatif untuk meningkatkan mutu dan menurunkan biaya, dan
- Bekerja sama dengan pihak lain yang terlibat di dalam industri pelayanan kesehatan mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang *cost-effective* dan bermutu.

KRITERIA ELIGIBILITAS

Persyaratan untuk mendapatkan akreditasi komisi ini adalah kelompok dokter atau IPA telah berpartisipasi dalam jaringan pembayaran pra upaya paling sedikit tiga tahun. Selain program akreditasi penuh, program sertifikasi diberikan kepada suatu bagian tertentu dari kelompok dokter atau IPA. Sertifikasi ini mengharuskan bagian tertentu tersebut memenuhi standar yang sama dengan standar akreditasi penuh dan ini merupakan suatu opsi bagi kelompok dokter yang mempersiapkan diri untuk mendapatkan akreditasi penuh.³⁸

STANDAR AKREDITASI

Standar akreditasi dilakukan pada 14 bidang:

- Pelayanan setelah jam praktek*
- Pelayanan anestesi
- Sarana dan lingkungan praktek
- Pengelolaan
- Pelayanan manajemen dan administrasi
- Pelayanan laboratorium medis dan patologis*
- Catatan medik*
- Pelayanan keperawatan*
- Pelayanan bedah jalan*
- Pelayanan pembayaran pra upaya*
- Manajemen mutu*
- Pelayanan radiologi*
- Hak dan tanggung jawab pasien
- Manajemen utilisasi*

Akreditasi diberikan jika 152 standar terpenuhi pada 14 jenis pelayanan tersebut. Program sertifikasi ditawarkan kepada bagian dan unit pelayanan yang diberi tanda bintang (*) dan untuk pelayanan kesehatan perilaku/mental.

PROSES SURVEI

Proses survei komisi ini dilakukan oleh sebuah tim dokter yang berlisensi, perawat terdaftar, administrator klinis, dan seorang fasilitator tim. Tim membutuhkan paling sedikit dua hari survei di lapangan untuk memantau pelayanan melalui telaah catatan medik dan dokumen lain serta melakukan wawancara dengan karyawan tentang keselamatan, pendidikan dan kebijakan pelayanan pasien.

Survei untuk sertifikasi suatu bagian atau unit pelayanan dilakukan dalam setengah hari kerja, kecuali untuk pelayanan kesehatan perilaku yang membutuhkan satu hari penuh. Survei dimulai dengan pertemuan membicarakan aspek administrasi dan berakhir dengan pengambilan kesimpulan.

PROSES PENGAMBILAN KEPUTUSAN AKREDITASI

Pemenuhan suatu standar diberikan dalam empat kriteria: standar telah terpenuhi, perlu perbaikan, gagal memenuhi standar, dan tidak sesuai.

Status akreditasi diberikan jika suatu IPA memenuhi 100 persen standar pada 43 standar inti/kunci yang dimuat dalam buku pedoman dan paling sedikit 75% pemenuhan pada standar lainnya. Jenis akreditasi yang diberikan adalah akreditasi penuh, akreditasi sementara (provisional), ditunda, dan tidak terakreditasi. Gambar 8.4. Baik akreditasi maupun sertifikasi diberikan untuk masa tiga tahun.

Keputusan	Penjelasan
Penuh	Grup memenuhi 100% standar pada 43 standar inti ditambah 75% standar pada 109 standar lainnya.
Provisional	Diberikan jika pemenuhan untuk akreditasi penuh dapat dicapai dalam jangka waktu pendek. Seringkali perlu tindak lanjut laporan atau kunjungan lapangan.
Ditunda	Diberikan jika pemenuhan standar akreditasi penuh dapat dicapai dalam waktu enam bulan. Biasanya membutuhkan kunjungan ulang.
Tidak diakreditasi	Jika akreditasi ditolak, sebuah grup atau organisasi dapat mengajukan kembali setelah satu tahun.

Gambar 8.4. Keputusan Akreditasi Komisi Mutu Medis

KERAHASIAAN DAN PENGUNGKAPAN INFORMASI

Komisi Mutu Medis memperlakukan semua informasi yang didapat sebagai rahasia dan hanya nama grup atau IPA yang diumumkan.

AKREDITASI DI INDONESIA

Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan, dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Undang-Undang Kesehatan no 44 tahun 2009 pasal 40 ayat 1 menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali.

PENGETIAN DAN TUJUAN AKREDITASI

Tujuan Manfaat Akreditasi Rumah Sakit diantaranya:

- Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan Rumah Sakit yang bersangkutan karena berorientasi pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- Proses administrasi, biaya serta penggunaan sumber daya akan menjadi lebih efisien.
- Menciptakan lingkungan internal RS yang lebih kondusif untuk penyembuhan, pengobatan dan perawatan pasien.
- Mendengarkan pasien dan keluarga, serta menghormati hak-hak pasien serta melibatkan mereka adalah proses perawatan.
- Memberikan jaminan, kepuasan serta perlindungan kepada masyarakat atas pemberian pelayanan kesehatan.
- Sebagai alat pemasaran yang handal bagi rumah sakit
- Bagi penyandang dana; memberikan kepastian mutu rumah sakit sehingga layak menjadi *provider* bagi pesertanya.

STANDAR AKREDITASI

Akreditasi RS dilaksanakan KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit), suatu lembaga independen dalam negeri sebagai pelaksana akreditasi RS yang bersifat fungsional dan non-struktural. Akreditasi rumah

sakit di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1995, dengan menggunakan standar yang terus dikembangkan. Dimulai hanya 5 (lima) pelayanan, pada tahun 1998 berkembang menjadi 12 (dua belas) pelayanan dan pada tahun 2002 menjadi 16 pelayanan.

16 Standar pelayanan tersebut meliputi:

1. administrasi dan manajemen,
2. pelayanan medik,
3. pelayanan gawat darurat,
4. pelayanan keperawatan,
5. pelayanan rekam medik,
6. pelayanan farmasi,
7. keselamatan kerja, kebakaran dan kewaspadaan bencana,
8. pelayanan radiologi,
9. pelayanan laboratorium,
10. pelayanan kamar operasi,
11. pelayanan pengendalian infeksi,
12. pelayanan perinatal risiko tinggi,
13. pelayanan rehabilitasi medik,
14. pelayanan gizi,
15. pelayanan intensif, dan
16. pelayanan darah,

Mengingat berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi, dilakukan perubahan standar akreditasi rumah sakit ini. Perubahan tersebut menyebabkan ditetapkan kebijakan akreditasi rumah sakit menuju standar Internasional. Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan memilih akreditasi dengan sistem Joint Commission International (JCI) karena lembaga akreditasi tersebut merupakan badan yang pertama kali terakreditasi oleh International Standard Quality (ISQua) selaku penilai lembaga akreditasi.

Standar ini akan terus dievaluasi dilakukan perbaikan bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi di rumah sakit.

Standar akreditasi baru tersebut terdiri dari 4 (empat) kelompok sebagai berikut:

- Kelompok Standar Berfokus Kepada Pasien dengan 161 standar dan 436 penilaian
- Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit dengan 153 standar dan 569 penilaian
- Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien dengan 6 standar dan 24 penilaian
- Kelompok Sasaran Menuju Millennium Development dengan 3 standar dan 19 penilaian

Untuk versi 2012 KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) mengadopsi penuh standar akreditasi rumah sakit versi JCI (Joint Commission International) dan standar-standar yang berlaku di Kementerian Kesehatan RI, ditambah tiga point MDGs (Millennium Development Goals). Tiga tambahan point MDGs (Millennium Development Goals) yang meliputi Penurunan angka kematian bayi dan peningkatan kesehatan ibu, Penurunan angka kesakitan HIV/AIDS dan Penurunan angka kesakitan TB.

Dalam melakukan kegiatan akreditasi versi 2012 ini acuan yang digunakan meliputi

- International Principles for Healthcare Standards, A Framework of requirement for standards, 3rd Edition December 2007, International Society for Quality in Health Care/ISQua
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 4 rd Edition, 2011
- Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, edisi 2007, Komisi Akreditasi Rumah Sakit/KARS
- Standar-standar spesifik lainnya.

PROSES AKREDITASI

Elemen penilaian dalam pelaksanaan akreditasi ini meliputi hal-hal yang bersifat regulasi seperti kebijakan yang dituangkan dalam peraturan-peraturan tertulis, pedoman, standar operasional prosedur dan program-program. Di samping itu dilakukan asesmen terhadap bukti-bukti implementasi yang meliputi wawancara pasien, wawancara staf, observasi, dan dokumen pelaksanaan.

Hasil asesmen dinyatakan dalam hasil yang menunjukkan:

- skor = 10: tercapai penuh
- skor = 5: tercapai sebagian
- skor = 0: tidak tercapai
- tidak aplikabel

RINGKASAN

Akreditasi merupakan komponen penting di dalam evaluasi pelayanan kesehatan. Tujuan utama akreditasi adalah untuk mengembangkan standar tertentu, benchmark, untuk perbandingan dan pengukuran yang objektif mutu berbagai MCO dan *provider*. Dalam perjalanannya, berbagai ukuran standar telah tampil—yang paling baru di Amerika adalah pengukuran kinerja JCAHO. Kesempatan akreditasi baru juga telah berkembang seperti URAC, yang mengakreditasi pelayanan vital MCO.

Di Indonesia akreditasi di bidang pelayanan kesehatan terutama ditujukan kepada pelayanan di rumah sakit. Dengan mengikuti program akreditasi, berarti rumah sakit telah memenuhi standar-standar yang telah dibakukan dalam melakukan pelayanan dan perlindungan secara menyeluruh terhadap pasien. Rumah sakit telah mempunyai aturan-aturan yang wajib dilaksanakan secara berkesinambungan seperti *hospital by laws*, *medical staff bylaws*, pedoman *medico-legal* dan SOP-SOP yang terkait dengan pelayanan profesi.

ISTILAH – ISTILAH PENTING

Accreditation - Akreditasi

Accreditation award - Pengakuan akreditasi

Accreditation status - Status akreditasi

Accreditation with commendation - Akreditasi bersyarat

Compliance - kepatuhan

Confidentiality - Kerahasiaan

Decision report - Laporan pengambilan keputusan

Decision rules - Aturan pengambilan keputusan

Eligibility criteria - Kriteria eligibilitas

Functional approach - Pendekatan fungsional

Indicator measurement system - Sistem pengukuran indikator

Joint Commission International (JCI) - Komisi bersama internasional

Key functions - Fungsi-fungsi utama

KARS - Komisi Akreditasi Rumah Sakit

The Medical Quality Commission - Komisi Kualitas Medis

Membership satisfaction survey - Survei kepuasan peserta

Minimal compliance - Kepatuhan minimal

Noncompliance - Ketidakpatuhan

Not accredited - Tidak terakreditasi

Partial compliance - Kepatuhan sebagian

Performance measure system - Sistem pengukuran kinerja

Provisional accreditation - Akreditasi sementara

Public notification - Penjelasan umum

Rating scale - Skala nilai

Recommendation - Rekomendasi

Survey - Survei

Survey cycle - Siklus survey

Survey guidelines - Pedoman survei

Unannounced surveys - Survei tanpa pemberitahuan terlebih dahulu

Utilization review organizations - Organisasi telaah utilisasi

BAB 9 REGULASI

<i>Pendahuluan</i>	<i>Masalah kepesertaan</i>
<i>Peraturan pemerintah tentang MCO</i>	<i>Masalah provider</i>
<i>Pembentukan, Organisasi, dan Lisensi</i>	<i>Ringkasan</i>
<i>Persyaratan Finansial dan Perlindungan Solvabilitas</i>	<i>Istilah –istilah penting</i>

PENDAHULUAN

Pertumbuhan organisasi *managed care* yang semakin luas meningkatkan kebutuhan sistem regulasi dan pengawasan dari instansi pemerintah. Sistem regulasi pemerintah federal dan negara bagian yang ada sekarang bersifat terpecah-pecah, tak sistematis, dan kompleks. Beberapa masalah yang berkembang pun yang dapat mempengaruhi pengaturan MCO pada tahun-tahun mendatang. Kelompok konsumen dan dokter mulai mempertanyakan pengaturan negara bagian tentang bisnis MCO yang mengeruk keuntungan yang sangat besar. Beberapa peraturan telah diajukan di beberapa negara bagian yang mengharuskan MCO menyampaikan laporan biaya administrasi, termasuk laba.

Pada tingkat pemerintah federal, MCO diatur oleh Department of Labor (Tenaga Kerja), Department of Health and Human Service (kesehatan & sosial), Department of Defense (Pertahanan), Health Care Financing Administration, atau oleh Office of Personnel Management, tergantung undang-undang mana yang terkait dan instansi federal mana yang membayar jaminan kesehatan yang diberikan melalui MCO.

Pada tingkat negara bagian, MCO juga diatur oleh satu atau beberapa instansi pemerintah, yang berada di bawah departemen asuransi atau departemen kesehatan. Instansi negara bagian atau pemerintah daerah yang bertugas mengelola program kesehatan tertentu dapat juga mengawasi aspek tertentu operasi MCO. Terdapat variasi di dalam pengaturan MCO di berbagai negara bagian, dan di dalam satu negara bagian, berbagai jenis MCO (seperti HMO dan PPO) dapat diperlakukan secara berbeda.

Dalam berbagai hal, sistem pengaturan federal dan negara bagian dapat saling tumpang-tindih. Di California, misalnya, penyelenggara program pra upaya yang menyediakan pelayanan kesehatan untuk peserta Medicaid sebagai bagian dari program Medi-Cal diatur oleh HCFA, Department of Corporation, dan California Department of Health Service. HCFA dan Department of Corporation terutama mengawasi solvabilitas MCO dan kemampuannya menyediakan pelayanan kesehatan yang dikontraskan kepadanya. HCFA dan California Department of Health Service mengawasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada peserta Medi-Cal dan akses kepada pelayanan yang wajib disediakan. Karena adanya tumpang tindih dalam wewenang hukum, instansi federal dan negara bagian yang berbeda tersebut harus melakukan koordinasi dalam mengatur MCO yang berpartisipasi dalam program Medi-Cal.

Sesuai dengan kompleksitas pengaturan, MCO telah belajar bagaimana mengendalikan usahanya dengan sukses di dalam berbagai aturan yang ada. Bab ini menelaah sistem peraturan dan dampaknya khususnya terhadap HMO dan PPO.

PERATURAN FEDERAL DAN NEGARA BAGIAN TENTANG MCO

Beberapa hukum federal dan negara bagian, dan beberapa model undang-undang yang dikembangkan oleh NAIC (National Association of Insurance Commissioners) di negara bagian, menetapkan kerangka umum untuk sistem regulasi MCO. Berbagai hukum/peraturan tersebut dibahas berikut ini.

UNDANG-UNDANG FEDERAL 1973 TENTANG HMO

Undang-undang federal ini dikeluarkan pada waktu HMO baru tumbuh dan Kongres merasa perlu mengembangkan HMO melalui pemberian hibah dan pinjaman. Undang-undang ini menetapkan kerangka yang sama untuk bentuk organisasi dan kegiatan operasional HMO yang memenuhi kualifikasi federal. Undang-undang HMO, yang dikelola oleh HCFA, juga memberikan hak kepada HMO untuk tidak mengikuti peraturan negara bagian, seperti larangan praktek bisnis pelayanan medis atau harus menerima *provider* yang ingin kontrak dengan HMO (*any willing provider*).

Undang-undang HMO menyatakan bahwa HMO adalah entitas publik atau swasta yang menyediakan pelayanan kesehatan dasar dan tambahan kepada anggotanya, tanpa membatasi waktu dan biaya pelayanan tersebut. Pembayaran berkala dari anggota untuk pelayanan tersebut harus tetap jumlahnya dan berdasarkan tarif komunitas dan tidak boleh diperhitungkan dengan frekuensi, luasnya, dan jenis pelayanan yang digunakan anggota.

Undang-undang HMO juga mengharuskan HMO yang memenuhi kualifikasi federal memenuhi persyaratan organisasi berikut:

- Memiliki keuangan yang cukup
- Menanggung penuh risiko finansial untuk pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anggotanya
- Menerima pendaftaran peserta/anggota tanpa memperhatikan status kesehatannya
- Harus mengembangkan program baku mutu yang terus-menerus, dan
- Menyampaikan laporan tahunan kepada Departemen Tenaga Kerja pemerintah Federal

Meskipun undang-undang ini diamendemen tahun 1976, 1978, 1981, dan 1986; perubahan yang paling komprehensif terjadi di tahun 1988 ketika undang-undang diamendemen untuk mengizinkan HMO menyediakan paling sedikit 10 persen pelayanan kesehatannya melalui dokter di luar jaringan dan menarik biaya deductible yang memadai untuk pelayanan di luar jaringan tersebut. Amendemen 1988 memberikan keleluasaan bagi HMO yang memenuhi kualifikasi federal untuk menyesuaikan tarif komunitasnya dengan memperhitungkan pengalaman utilisasi kumpulan yang mendapat pelayanan dari HMO.

Amendemen 1988 juga mencakup klausula '*sunset*' yang mengharuskan perusahaan/majikan menawarkan dua pilihan, paling sedikit satu HMO model grup atau staf dan satu HMO IPA yang memenuhi kualifikasi federal, kepada pegawainya sebagai paket jaminan kesehatan perusahaan. Amendemen 1988 menunda waktu efektif dua pilihan sampai tanggal 24 Oktober 1995 dan menggantinya dengan pasal baru yang melarang perusahaan melakukan diskriminasi finansial kepada karyawan yang memilih HMO yang memenuhi kualifikasi federal, khususnya dalam kontribusi perusahaan.

Amendemen 1988 juga menghapus batasan entitas hukum yang melarang HMO yang memenuhi kualifikasi federal menawarkan produk indemnitas, mengelola jasa administrasi, dan produk jaminan yang tidak memenuhi kualifikasi federal dari entitas yang sama. Sekarang, HMO yang memenuhi kualifikasi federal dapat menawarkan produk-produk tersebut tanpa harus membuat badan hukum baru.

Kualifikasi federal merupakan kualifikasi opsional bagi HMO. Banyak pihak percaya sekarang ini kualifikasi federal tidak diperlukan lagi karena kekuatan pasar dan peraturan negara bagian yang meniadakan manfaat sertifikasi federal tersebut. Namun demikian, kualifikasi federal HMO tetap memiliki dua keuntungan, yaitu:

- Kualifikasi federal dinilai sebagai persetujuan federal
- HMO yang memiliki kualifikasi federal tidak terkena berbagai pembatasan negara bagian.

MODEL UNDANG-UNDANG HMO DARI NAIC

Sebelum tahun 1972, hanya sedikit negara bagian yang memiliki peraturan untuk perijinan HMO. Peraturan yang ada waktu itu tidak jelas (*ambiguous*) dan seringkali HMO diatur oleh peraturan undang-undang asuransi dan peraturan yang mengatur rumah sakit atau perusahaan pelayanan kesehatan. Di beberapa negara bagian bahkan peraturan yang ada tidak bisa digunakan untuk HMO, sangat membatasi HMO, atau melarang pembentukan dan penyelenggaraan sebuah HMO.

Pada waktu yang sama pemerintah federal menyadari bahwa ketidakjelasan di negara bagian dapat menimbulkan frustrasi dalam mencapai tujuan pengendalian biaya dan persaingan undang-undang HMO dan kemudian Departemen Kesehatan, Pendidikan, dan Kesejahteraan mengembangkan model undang-undang untuk dipertimbangkan di negara bagian. Beberapa tahun kemudian, NAIC mengambil alih tanggung jawab pengaturan HMO dan mengembangkan model undang-undang HMO. Sekarang ini, dengan beberapa pengecualian, kebanyakan negara bagian telah memiliki peraturan persyaratan penyelenggaraan HMO.

Ada dua tujuan yang hendak dicapai dengan model UU HMO, yaitu:

- Mengembangkan kerangka hukum untuk organisasi dan penyelenggaraan berbagai jenis HMO
- Mengembangkan sistem pemantauan hukum yang menetapkan kekayaan minimum dan persyaratan solvabilitas, mengharuskan standar baku mutu pelayanan yang diberikan kepada anggota, mewajibkan adanya informasi yang jelas tentang peraturan dan manfaat paket yang ditawarkan, mengharuskan adanya prosedur penanganan keluhan anggota di dalam HMO, dan menetapkan sistem persetujuan di muka tentang pengaturan tarif premi HMO.

Model UU HMO menetapkan bahwa Komisioner Asuransi memiliki tanggung jawab utama dalam penyelenggaraan HMO di negara bagian.

MODEL UNDANG-UNDANG PPA (PREFERRED PROVIDER ARRANGEMENTS) DARI NAIC

Model UU PPA, yang diterapkan tahun 1987 oleh NAIC, dimaksudkan untuk mendorong usaha pengendalian biaya dengan tetap menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan cara memberikan ijin kepada asuradur untuk melakukan kontrak PPA.

Ketika model UU PPA sedang dikembangkan terdapat berbagai keprihatinan bahwa PPA dapat melanggar undang-undang di beberapa negara bagian tentang praktek bisnis asuransi yang tidak adil (*unfair*) dan bahkan dapat bertentangan dengan undang-undang anti monopoli federal atau negara bagian, khususnya yang berkaitan dengan penguasaan tarif.

Model UU PPA berusaha menetapkan kerangka pengaturan minimal dalam penyelenggaraan PPA yang mencakup:

- **Pembayaran *provider*.** PPO harus menetapkan jumlah dan cara pembayaran kepada *provider*. Pembayaran harus mencakup usaha pengendalian biaya seperti telaah/tinjauan utilisasi dan proses untuk menetapkan apakah pelayanan yang diberikan memang secara medis diperlukan.
- **Akses terhadap pelayanan yang dijamin.** Orang yang mendapat jaminan dalam sistem ini harus mempunyai akses yang memadai terhadap pelayanan yang tercakup dalam paket dan tidak boleh ditolak secara tidak adil dalam mendapatkan pelayanan medis yang dibutuhkan.
- **Dorongan/insentif untuk menggunakan jaringan *provider*.** Asuradur kesehatan diberikan ijin untuk memberikan insentif kepada tertanggung untuk menggunakan pelayanan pada

jaringan yang dikontrak. Setiap perbedaan tingkat manfaat antara pelayanan yang diterima di dalam jaringan *provider* dan di luar jaringan *provider* harus dijelaskan kepada tertanggung.

- **Pembatasan pilihan provider.** Asuradur kesehatan diijinkan untuk memberlakukan pembatasan yang memadai dalam jumlah dan jenis *provider* yang dikontrak. Pemilihan *provider* harus didasarkan terutama pada biaya dan ketersediaan pelayanan dan kualitas pelayanan yang dapat diberikan *provider*.

Sebanyak 29 negara bagian telah memberlakukan model undang-undang PPA atau yang sejenisnya.

ERISA

Undang-undang Jaminan Pendapatan Karyawan Pensiunan (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) dirancang untuk menciptakan sistem pengaturan yang seragam dan komprehensif tentang jaminan karyawan yang dikelola sendiri, beberapa diantaranya mencakup jaminan kesehatan untuk karyawan. ERISA tidak menentukan isi jaminan karyawan, akan tetapi mengharuskan tanggung jawab yang baik dari administrator jaminan karyawan, termasuk juga keharusan pelaporan dan penyampaian neraca keuangan.

Dari perspektif MCO yang menyediakan jaminan pelayanan kesehatan di bawah ERISA, yang paling penting adalah mengabaikan semua undang-undang dan peraturan negara bagian yang terkait dengan jaminan karyawan oleh ERISA. Pengabaian ini menimbulkan potensi konflik antara state insurance regulator (negara bagian) dan Department of Labor (federal) yang mengatur ERISA.

Menurut ERISA, pelayanan kesehatan kepada karyawan yang terdaftar dapat diberikan oleh penyelenggara jaminan kesejahteraan karyawan, yang merupakan perencana, penyandang dana, atau program yang didirikan dan dikelola oleh perusahaan/majikan untuk memberikan jaminan kesehatan, termasuk bedah dan perawatan rumah sakit kepada karyawan yang terdaftar dan keluarganya.

ERISA mewajibkan sejumlah pelaporan dan neraca keuangan yang harus disampaikan penyelenggara. Hal ini ditujukan menjamin bahwa anggota/karyawan mengetahui dengan baik berbagai pelayanan kesehatan yang menjadi haknya dan cara mendapatkan pelayanan tersebut.

- Persyaratan disclosure. Termasuk keharusan menyediakan informasi ringkas tentang paket, ringkasan modifikasi materi, ringkasan laporan tahunan, dan penjelasan manfaat paket kepada seluruh peserta/anggota dan keluarganya.
- Persyaratan pelaporan. Penyelenggara wajib menyampaikan laporan berkala (biasanya tiap tahun) dan menyampaikan laporan tersebut kepada Secretary of Labor dan juga menyampaikan laporan pajak kepada Internal Revenue Service.

Preemption (Undang-Undang Federal Mengalahkan Undang-Undang Negara Bagian)

Pasal 514 ERISA secara umum menyebutkan undang-undang atau peraturan negara bagian yang terkait dengan jaminan karyawan, tidak berlaku apabila bertentangan dengan ERISA, kecuali peraturan yang mengatur bisnis asuransi. Hal ini, yang disebut *savings clause*, tampaknya membenarkan aparat Departemen Asuransi untuk memberlakukan peraturan asuransi negara bagian kepada penyelenggara pemberi jaminan kesehatan menurut ERISA. Namun demikian, ERISA juga memiliki *deemer clause* (klausula anggapan), yang melarang penyelenggara paket jaminan karyawan dianggap sebagai badan asuransi atau melakukan bisnis asuransi untuk dikenakan undang-undang asuransi negara bagian. Selama bertahun-tahun klausula yang tampaknya saling bertentangan telah menjadi fokus sejumlah putusan pengadilan yang seringkali tidak konsisten dalam menerjemahkan peraturan negara bagian dan federal terhadap penyelenggaraan jaminan karyawan.

MEWA

Tahun 1983 Kongres Amerika mengamandemen ERISA untuk memperjelas aparat negara bagian tentang penyelenggaraan jaminan kesejahteraan karyawan oleh gabungan beberapa perusahaan (*multiple-employer welfare arrangements*, MEWAs), yang didirikan oleh dua atau lebih perusahaan atau organisasi pekerja untuk menyediakan jaminan kesehatan dan jaminan lainnya secara bersama-sama untuk karyawan/anggota mereka. Banyak penyelenggara MEWA tidak dikenakan peraturan asuransi negara bagian karena *Preemption* oleh ERISA.

Ketika sejumlah penyelenggara MEWA bangkrut dan tidak dapat membayar jaminan pelayanan kesehatan kepada anggotanya, Kongres dan Department of Labor menempatkan badan penyelenggara ini di bawah pengawasan bersama pemerintah federal dan negara bagian. Amandemen 1983 menyatakan bahwa MEWA yang dibentuk berdasarkan ERISA dapat terkena peraturan asuransi di negara bagian, tergantung dari komposisi paket yang ditawarkan MEWA. Misalnya, MEWA yang mengasuransikan secara penuh harus memenuhi persyaratan iuran dan cadangan yang diatur negara bagian. Namun, MEWA yang tidak mengasuransikan penuh hanya terkena peraturan negara bagian yang tidak bertentangan dengan persyaratan pelaporan, disclosure, tanggung jawab, dan administrasi.

ERISA Dan Reformasi Pelayanan Kesehatan Negara Bagian

Dalam usaha mereformasi pelayanan kesehatan untuk memperluas cakupan asuransi kesehatan dan mengendalikan biaya di berbagai negara bagian, ERISA mendapat serangan sebagai penghambat usaha reformasi tersebut. Perusahaan yang bergerak di berbagai negara bagian yang telah menikmati keseragaman paket dan aturan ERISA yang menghindarkan mereka dari peraturan negara bagian, tetap mempertahankan penyelenggaraan jaminan menurut ERISA.

PERATURAN LAIN DI TINGKAT FEDERAL DAN NEGARA BAGIAN

Beberapa program federal dan negara bagian menyerahkan penyediaan pelayanan medis kepada karyawan dan anggota keluarganya pada MCO. Program-program tersebut dikelola oleh instansi pemerintah federal dan negara bagian, yang juga berfungsi sebagai pengatur terhadap MCO. Pada banyak hal, instansi ini mengharuskan MCO memenuhi berbagai persyaratan/peraturan komprehensif yang dibuatnya. Beberapa program pelayanan kesehatan dijabarkan di bawah ini.

Medicaid Dan Medicare

Medicare dan Medicaid mengizinkan peserta untuk mendaftarkan diri pada MCO. HMO yang memenuhi kualifikasi federal yang ikut serta dalam salah satu dari kedua program ini harus mematuhi persyaratan sertifikasi dan operasional tambahan, selain dari yang diatur oleh HCFA.

Sebagai contoh, kedua program mengharuskan adanya komposisi jumlah peserta tertentu pada MCO pengelola. Medicare mengharuskan bahwa sebuah HMO atau *competitive medical plan* yang melakukan kontrak dengan Medicare harus menjamin bahwa tidak lebih dari 50% anggota HMO tersebut berasal dari Medicare dan Medicaid. Program Medicaid membatasi maksimum 75% anggota dari Medicaid dan Medicare di dalam sebuah MCO. Persyaratan ini ditujukan untuk menghindari suatu MCO hanya melayani Medicare atau Medicaid saja yang dapat menurunkan kualitas pelayanan.

Sebuah HMO yang ikut dalam program *managed care* Medicaid dapat terkena peraturan lain yang terpisah dan berbeda dengan peraturan utama yang mengatur HMO di negara bagian tersebut. Di California, misalnya, Department of health service mempunyai tanggung jawab utama dalam mengawasi MCO yang dibayar pra upaya yang ikut dalam program Medi-Cal. Peraturan yang dikeluarkan oleh Department of health service ini merupakan peraturan tambahan dari yang

peraturan telah dikeluarkan oleh Department of corporation, sebagai pengatur utama HMO di negara bagian tersebut.

Federal Employee Health Benefit Program (FEHBP)

Undang-undang Federal Employee Health Benefit di keluarkan tahun 1959 untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi karyawan sipil aktif dan pensiunan pemerintah federal, termasuk anggota keluarganya. Undang-undang FEHBP menetapkan persyaratan eligibilitas untuk karyawan dan keluarganya, paket pelayanan yang harus disediakan oleh MCO, jenis paket yang harus ditawarkan, dan mendelegasikan tanggung jawab pengaturannya kepada Kantor Manajemen Personalia (*office of personnel management, OPM*). Undang-undang ini juga mengatur proses sertifikasi MCO penyedia pelayanan komprehensif (*comprehensive medical plans*) yang serupa tapi tidak identik dengan HMO yang memenuhi kualifikasi federal di bawah Undang-undang HMO.

Banyak program jaminan kesehatan bagi karyawan negara bagian yang meniru pola FEHBP dan memberikan kewenangan pada administrator program di negara bagian untuk mengatur MCO yang berpartisipasi dalam program tersebut.

PEMBENTUKAN, ORGANISASI, DAN LISENSI

Paket jaminan dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh HMO dan PPO mungkin tidak berbeda dipandang dari sudut konsumen, namun demikian keduanya diperlakukan berbeda oleh peraturan, keduanya merupakan entitas yang berbeda dengan penyelenggaraan yang berbeda pula.

PEMBENTUKAN DAN ORGANISASI HMO

Undang-undang HMO tidak secara khusus menyebutkan siapa yang dapat membentuk dan mengelola HMO, akan tetapi undang-undang tersebut menyatakan bahwa HMO haruslah “entitas swasta atau publik yang dikelola sesuai dengan peraturan negara bagian”. Model undang-undang HMO merinci lebih lanjut undang-undang HMO dengan menyebutkan setiap “orang” dapat mendirikan dan mengelola HMO. Definisi “orang” termasuk perorangan, kerja sama, asosiasi/organisasi, trust, atau perusahaan. Beberapa negara bagian memiliki peraturan khusus untuk pembentukan dan penyelenggaraan HMO nirlaba; negara bagian lain mengharuskan agar pengelola HMO harus mencakup persentase tertentu dokter dan konsumen.

Persyaratan Organisasi

Undang-undang HMO menyatakan bahwa HMO yang memenuhi kualifikasi federal haruslah:

- Entitas publik atau swasta yang dikelola di bawah peraturan negara bagian
- Memiliki kemampuan keuangan yang memadai untuk penyelenggaraan dan menanggung risiko dan memenuhi tingkat solvabilitas tertentu
- Memiliki kemampuan administratif dan manajemen
- Menanggung seluruh risiko penyediaan pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan di muka (walaupun HMO dapat mengasuransikan sebagian risikonya atau melakukan kontrak dengan dokter dan *provider* lainnya untuk menanggung seluruh atau sebagian risiko finansial)
- Menerima mereka yang mewakili berbagai golongan umur, sosial, dan pendapatan di wilayah kerjanya
- Tidak boleh menolak atau memberhentikan orang karena status kesehatan orang tersebut
- Menyediakan prosedur yang efektif dalam menerima dan menyelesaikan keluhan peserta

- Memiliki dan menjalankan program baku mutu
- Melindungi anggotanya dari tanggung jawab hukum/liabilitas yang merupakan tanggung jawab HMO (misalnya dengan melakukan kontrak dengan *provider* agar tidak menarik biaya dari peserta jika HMO belum membayar, asuransi insolvabilitas, atau memiliki cukup cadangan teknis)
- Memiliki kemampuan untuk mengumpulkan data dan pelaporan yang efektif tentang utilisasi dan hasil pelayanan kesehatan (*out comes*)
- Organisasi pengendali atau pemilik HMO harus memiliki kewajiban finansial

Persyaratan Ijin Operasional (Certificate of Authority)

Pada tingkat negara bagian, model UU HMO mengharuskan sebuah HMO yang mengajukan permohonan ijin operasional harus menyampaikan dokumen berikut kepada Komisioner Asuransi, banyak dari dokumen tersebut menyangkut pembentukan dan pengorganisasian HMO:

- Salinan dokumen organisasi, termasuk akta pendirian, asosiasi, kerja sama, atau trust.
- Salinan AD/ART atau peraturan intern entitas
- Daftar nama dan data biografi dari semua manajer senior, anggota dewan direksi, dan pejabat utama entitas HMO
- Salinan format kontrak dengan *provider* atau administrator pihak ketiga
- Salinan formulir bukti jaminan/kontrak pertanggungungan kepada peserta.
- Salinan format kontrak kumpulan yang akan digunakan kepada perusahaan, serikat pekerja, dan pihak lain
- Surat pernyataan keuangan yang menunjukkan aset yang dimiliki entitas, tanggung jawab/liabilitas, dan sumber-sumber keuangan
- Kelayakan finansial yang menunjukkan proyeksi peserta, perhitungan premi tahun pertama, neraca keuangan, pernyataan aliran kas, sumber modal dan sumber dana lainnya
- Surat kuasa kepada Komisioner Asuransi untuk mengambil alih entitas jika tidak mampu memberikan pelayanan
- Peta wilayah yang akan dilayani oleh entitas
- Penjabaran proses penanganan keluhan kepada peserta di dalam entitas
- Penjabaran proses program baku mutu
- Surat pernyataan akan mematuhi peraturan tentang persyaratan solvabilitas
- Daftar *provider* yang telah dikontrak

ORGANISASI DOKTER-RUMAH SAKIT (PHYSICIAN-HOSPITAL ORGANIZATIONS, PHO)

Organisasi NAIC dan beberapa Departemen Asuransi negara bagian mulai memfokuskan perhatian pada kegiatan menanggung risiko dari beberapa PHO. Mereka sering berpendapat bahwa transaksi tertentu oleh entitas ini, biasanya dengan perusahaan *self-insured*, perusahaan asuransi, harus memiliki ijin. PHO telah melakukan kontrak dengan perusahaan *self-insured* selama bertahun-tahun untuk menyediakan jaminan kesehatan kepada karyawan dengan pembayaran *fee for service* atau sistem PPO. Namun demikian, karena tekanan persaingan memaksa PHO menawarkan pelayanannya dengan pembayaran kapitasi, maka masalah transfer risiko menjadi perhatian regulator.

Organisasi NAIC baru-baru ini mengeluarkan sebuah buletin kepada seluruh Departemen Asuransi tentang transfer risiko bersamaan dengan surat edaran dan pendapat hukum yang dikeluarkan oleh negara bagian. Selain itu, NAIC sudah mulai melakukan langkah-langkah konsolidasi perijinan MCO dan entitas lain yang bergerak dalam pembiayaan jaminan kesehatan. Usaha tersebut dikenal dengan Consolidated Licensure of Entities Assuming Risk (CLEAR). Negara bagian Mississippi baru-baru ini mengeluarkan CLEAR versinya sendiri yang akan menjadikan HMO, PPO, PHO, Blue Cross/Blue Shield, dan berbagai MCO lainnya di bawah yurisdiksi umum Departemen Asuransi. Sampai akhir tahun 1995, negara bagian Minnesota dan Washington telah juga melakukan sistem perijinan yang seragam untuk seluruh MCO.

PERSYARATAN FINANSIAL DAN PERLINDUNGAN SOLVABILITAS

Sebagian besar negara bagian telah menetapkan persyaratan deposito, kekayaan bersih, modal, dan cadangan untuk HMO. Seperti halnya UU HMO, sejumlah negara bagian telah menyediakan persyaratan alternatif terhadap persyaratan tersebut, termasuk klausula persetujuan *hold harmless* dengan rumah sakit dan *provider* lainnya, dan pembelian reasuransi. Di beberapa negara bagian, direktur, pejabat tinggi, dan organisasi lain yang terkait dengan HMO untuk membeli surat obligasi terpercaya (*fidelity bond*) atau asuransi. Cuma sebagian negara bagian yang telah membentuk Dana Jaminan HMO.

PERSYARATAN KEKAYAAN BERSIH

Model UU HMO mendefinisikan kekayaan bersih (*net worth*) sebagai selisih dari aset total yang diakui dikurangi dengan kewajiban total. Model UU HMO mengharuskan sebuah HMO memiliki kekayaan bersih paling sedikit sebesar US \$ 1,5 juta ketika mengajukan permohonan ijin operasional, dan memelihara paling sedikit US \$ 1 juta setelah beroperasi (lihat Bab 6)

Beberapa negara bagian mensubstitusi persyaratan kekayaan bersih dengan persyaratan modal dan sisa hasil usaha sebagai gantinya. Negara bagian Arizona misalnya, sebuah organisasi pelayanan kesehatan harus memiliki dan memelihara modal atau SHU, atau keduanya, tidak kurang dari US \$ 1,5 pada waktu mengajukan permohonan dan \$1 juta untuk tiap tahun berikutnya.

PERSYARATAN DEPOSITO

Model UU HMO juga mengharuskan sebuah HMO mendepositokan paling sedikit US \$ 300.000 pada waktu mengajukan permohonan ijin operasional. Dana sebesar itu ditujukan untuk melindungi anggota HMO dan menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan bagi anggota HMO tersebut jika HMO itu berada dalam kesulitan atau rehabilitasi.

Selain itu, model UU HMO juga mengharuskan sebuah HMO mendepositokan dana untuk jaminan solvabilitas jika kewajiban HMO terhadap biaya kesehatan melampaui 10% dari seluruh biaya yang harus dikeluarkannya. Jumlah dana yang harus dimiliki HMO setiap saat adalah paling sedikit 120% dari biaya yang menjadi kewajiban HMO. Kewajiban HMO adalah sejumlah biaya pelayanan kesehatan yang menjadi kewajiban HMO terhadap anggotanya. Biaya tersebut termasuk biaya kesehatan di luar jaringan *provider*, pelayanan rujukan, dan biaya perawatan di rumah sakit, kecuali biaya yang termasuk dalam perjanjian *hold harmless* jika HMO tidak solven. Kewajiban deposito ini belum dilaksanakan di seluruh negara bagian.

PELAPORAN KEUANGAN

Undang-undang HMO mengharuskan HMO yang memiliki kualifikasi federal untuk menyampaikan laporan keuangan tahunan kepada HCFA. Dari laporan tersebut, regulator dapat menilai apakah

sebuah HMO memiliki keuangan yang sehat. Model UU HMO juga mengharuskan HMO menyampaikan laporan keuangan tahunan dan neraca keuangan yang telah diaudit.

California dan Arizona memiliki persyaratan pelaporan keuangan bagi HMO yang umum berlaku di Amerika. California mengharuskan HMO menyampaikan laporan tahunan yang berisi neraca yang telah diaudit untuk masa 12 bulan berlalu. Laporan tersebut harus disertai dengan sebuah laporan manajemen, ijin, atau pendapat akuntan publik yang independen dan berijin. Laporan tersebut harus dibuat sesuai dengan standar akuntansi yang umum diterima. Arizona mewajibkan organisasi pelayanan kesehatan menyampaikan laporan tahunan selain laporan keuangan yang telah diaudit, ditambah setiap perubahan yang telah terjadi di dalam organisasi sejak ijin operasional diberikan.

MASALAH KEANGGOTAAN

Ciri paling khas dari MCO adalah koordinasi seluruh pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anggotanya. Manajemen MCO jauh lebih luas dibandingkan dengan manajemen pembiayaan atau penanganan risiko pada asuransi kesehatan tradisional, sampai pada pemberian pelayanan kesehatan. Akibatnya, pejabat pemerintah federal dan negara bagian tidak hanya memperhatikan solvabilitas sebuah MCO dan kemampuan MCO membayar klaim, tetapi juga cara-cara MCO menyampaikan paket dan pelayanannya kepada peserta, kemampuan peserta mengakses pelayanan tersebut, kualitas pelayanan yang diberikan, dan hak peserta menggugat keputusan MCO dalam pemberian pelayanan yang diterimanya.

PENJELASAN PAKET DAN PELAYANAN

Model UU HMO mengharuskan sebuah HMO menyediakan kepada setiap peserta suatu kontrak atau bukti pertanggunggunaan, dan juga setiap kontrak kumpulan dengan sebuah batasan-batasan yang menjelaskan paket dan pelayanan.

Kontrak kumpulan atau perorangan dan bukti pertanggunggunaan harus mencakup:

- Informasi tentang HMO dan cara menghubungi HMO untuk mendapatkan informasi tentang bagaimana pelayanan dapat diterima
- Penjelasan tentang persyaratan eligibilitas untuk peserta dan tanggungannya
- Penjelasan yang rinci tentang paket dan pelayanan yang tersedia di wilayah pelayanan
- Penjelasan rinci tentang paket dan pelayanan yang tersedia bagi anggota dalam keadaan darurat dan di luar wilayah pelayanan
- Penjelasan tentang *copayment* dan *deductible*
- Penjelasan tentang pembatasan dan pengecualian, termasuk penyakit yang sudah diderita sebelumnya (*pre-existing*) dan waktu tunggu
- Proses pengajuan klaim
- Penjelasan tentang proses penanganan keluhan
- Klausula pelayanan lanjutan (*continuation*) dan konversi pertanggunggunaan
- Penjelasan tentang wilayah pelayanan
- Pembatalan, penghentian, perpanjangan, dan persyaratan reinstatement

Untuk PPO, model undang-undang PPA mengharuskan MCO menjelaskan kepada peserta bahwa pelayanan gawat darurat akan diganti jika peserta tidak bisa menjangkau *provider* jaringan karena alasan yang kuat. Model ini selanjutnya mengharuskan kontrak kepesertaan menjelaskan dengan rinci perbedaan manfaat yang dapat diterima antara *provider* jaringan dan *provider* di luar jaringan,

dan melarang MCO untuk menggunakan perbedaan ini untuk menolak jaminan secara tidak adil. Perbedaan pembayaran tidak boleh lebih besar dari biaya yang diperlukan untuk memberikan insentif yang wajar kepada peserta agar menggunakan jaringan *provider*.

KELUHAN PESERTA

MCO dan organisasi telaah utilisasi yang dimilikinya bertanggung jawab untuk menjamin bahwa hanya manfaat dan pelayanan yang sesuai kebutuhan medis yang ditanggung di dalam kontrak. Perselisihan sering terjadi antara MCO dan peserta tentang suatu manfaat atau pelayanan medis yang tidak ditanggung. Perselisihan ini menjadi sangat serius ketika pelayanan yang ditolak menyangkut pengobatan trial/uji coba/atau dalam penelitian untuk penyakit yang mengancam jiwa. Untuk mengatasi masalah ini dalam cara yang paling adil dan efisien, banyak peraturan asuransi negara bagian mengharuskan MCO untuk mengembangkan sistem penanganan keluhan peserta.

Negara bagian California, misalnya, mengharuskan semua MCO mengembangkan dan memelihara sistem penanganan keluhan untuk menangani keluhan peserta. Peserta dan peserta harus diberitahu prosedur penyelesaian dan penanganan keluhan pada saat pendaftaran dan diulang setiap tahun. MCO juga harus menyediakan peserta dan peserta formulir pengaduan dan harus menyimpan semua pengaduan untuk masa lima tahun. MCO di California juga harus menyelesaikan setiap keluhan peserta dalam waktu 30 hari, apabila memungkinkan, dan dalam waktu lima hari untuk kasus-kasus yang serius. Denda sebanyak maksimal US \$ 250.000 dapat dikenakan kepada MCO yang gagal menyelesaikan keluhan dengan cepat dan wajar beberapa kali. Lihat bab 4 untuk prosedur penanganan keluhan.

AKSES KEPADA PELAYANAN

Regulator sangat memperhatikan jaringan dokter, rumah sakit, klinik, dan sarana kesehatan lainnya yang didirikan atau dikontrak oleh MCO untuk melayani pesertanya. Tujuan utama pengaturan ini adalah untuk menjamin bahwa peserta mempunyai akses yang mudah kepada paket dan pelayanan yang ditawarkan kepada peserta. Evaluasi pemerintah umumnya terbatas pada memastikan bahwa MCO memiliki *provider* dan fasilitas yang cukup di suatu wilayah tertentu untuk memberikan jaminan/pelayanan kepada pesertanya. Namun demikian, pemerintah belakangan ini memperluas pengawasannya untuk mencakup masalah seperti akses langsung kepada pelayanan obgin dan pelayanan spesialis lainnya serta teknologi baru.

Ada beberapa preseden untuk menjamin akses kepada MCO, yaitu:

- Undang-undang HMO mengharuskan pelayanan paket dasar yang ditawarkan HMO yang memenuhi kualifikasi federal harus tersedia dan mudah didapat oleh peserta, dengan cepat dan menjamin kesinambungan perawatan
- Medicaid mengharuskan program *managed care* di negara bagian menjamin akses dan kualitas yang sama terhadap pelayanan bagi penerima bantuan Medicaid dan pasien umum.
- Model UU HMO mewajibkan HMO mengembangkan prosedur yang menjamin ketersediaan, akses, dan kesinambungan perawatan
- Model UU PPA mengharuskan PPO menjamin akses yang wajar kepada pelayanan yang ditanggung dan menyediakan jumlah *provider* yang memadai untuk pemberian pelayanan.

MASALAH PROVIDER

Di dalam pasar pelayanan kesehatan, MCO menjual janji untuk menyediakan dan akses pelayanan terhadap tertentu. Untuk menepati janjinya tersebut, MCO melakukan kontrak dengan dokter yang kompeten, rumah sakit, laboratorium, apotik, dan pelayanan penunjang medik lainnya. Dari sudut

pandang pengaturan, MCO bertanggung jawab terhadap jaminan bahwa *provider* yang dikontrak dapat memberikan pelayanan yang dijanjikan kepada pesertanya. Masalah *provider* dalam hal ini mencakup pembayaran kapitasi, telaa utilisasi, kualitas pelayanan, telaa sejawat, keluhan *provider*, dan terminasi.

PEMBAYARAN KAPITASI

Cara standar pembayaran dokter HMO adalah dengan kapitasi, biasanya berupa pembayaran sejumlah tetap per peserta per bulan atau persentase premi untuk pelayanan yang dikontrakkan kepada *provider*. Pembayaran tersebut tidak termasuk pelayanan yang diberikan oleh dokter atau fasilitas lainnya.

Beberapa HMO melakukan kontrak kapitasi penuh dengan *provider* yang pada hakikatnya mengharuskan *provider* menyediakan pelayanan kesehatan di luar di luar kewenangan yang diberikan kepada *provider* tersebut. Misalnya, sebuah IPA yang melakukan kontrak kapitasi penuh dengan sebuah MCO yang tidak hanya bertanggung jawab atas pelayanan profesional, pelayanan perawatan non institusional, tetapi juga mengatur dan membayar pelayanan institusional pasien di luar lembaganya.

Ada dua masalah peraturan yang terkait dengan pembayaran kapitasi penuh, yaitu: 1) status hukum *provider* sebagai penanggung jawab pelayanan di luar wewenang yang diberikan ijin kepadanya. 2) transfer tanggung jawab risiko penuh sebuah HMO berijin kepada *provider* yang tidak diatur, yang belum tentu memiliki kemampuan finansial untuk menanggung risiko.

TELAAH UTILISASI

Berbagai negara bagian memiliki peraturan yang berbeda tentang kegiatan telaa utilisasi oleh MCO. Kebanyakan perundangan negara bagian tidak memberikan kualifikasi tertentu terhadap organisasi independen telaa utilisasi, atau tentang protokol telaa utilisasi atau standar yang dapat digunakan secara internal oleh sebuah MCO. Di negara bagian di mana terdapat pengawasan telaa utilisasi, biasanya peraturan tersebut mencakup kualifikasi penelaah, waktu pengambilan keputusan telaa utilisasi, dan proses untuk penanganan pengaduan penolakan pemberian pelayanan yang dijanjikan.

Kelompok dokter terus menekan pemerintah/legislator untuk lebih mengawasi praktek telaa utilisasi oleh MCO. Arizona merupakan contoh negara bagian yang baru-baru ini mengembangkan kerangka pengaturan komprehensif untuk kegiatan telaa utilisasi oleh MCO dan entitas lainnya. Negara bagian tersebut mengharuskan grup telaa utilisasi mendapatkan sertifikat dari Departemen Asuransi, atau mendapatkan akreditasi dari NCQA (lihat bab 8).

KUALITAS PELAYANAN

Dalam membicarakan kualitas pelayanan yang terkait dengan masalah *provider*, penekanannya adalah pada peraturan dan hukum yang mewajibkan MCO untuk melakukan kredensialing dan kontrak hanya kepada *provider* yang memiliki keterampilan tertentu, pelatihan, dan lisensi untuk memberikan pelayanan yang diperlukan kepada peserta. *Provider* tersebut biasanya diharuskan menyediakan pelayanan medis yang dibutuhkan sesuai dengan standar profesi yang berlaku. MCO juga mempunyai kewajiban untuk mengembangkan program jaga mutu, biasanya bekerja sama dengan *provider*, yang menjamin ketersediaan, akses, dan kesinambungan perawatan kepada peserta MCO.

TELAAH SEJAWAT

Tradisi yang sudah berjalan adalah bahwa program jaga mutu menggunakan dokter untuk memantau praktek pemberian pelayanan oleh sejawatnya. Model UU HMO mengharuskan sebuah HMO mempunyai sistem telaah sejawat (peer review) sebagai bagian dari program jaga mutu. Negara bagian seringkali memperlakukan telaah utilisasi, jaga mutu, dan telaah sejawat sebagai satu masalah. Jika istilah telaah sejawat disebut dalam peraturan negara bagian, penekanannya umumnya adalah kualifikasi dokter yang dapat duduk dalam komisi telaah sejawat, hak *provider* untuk naik banding atas putusan telaah sejawat, dan imunitas terhadap kewajiban/liabilitas yang diberikan kepada tim telaah sejawat terhadap keputusan yang dibuatnya.

Pada tingkat federal, UU Perbaikan Kualitas Pelayanan Kesehatan mewajibkan adanya prosedur telaah utilisasi bagi MCO dan keharusan tindakan telaah profesional dilakukan jika ada dugaan kuat bahwa perbuatan tersebut akan meningkatkan pelayanan kesehatan dan jika *provider* yang ditelaah telah menerima haknya. UU tersebut biasanya memberikan imunitas hukum kepada organisasi telaah profesional dan organisasi yang menggunakan jasa tersebut. Selain itu, ada peraturan negara bagian yang memberikan imunitas terhadap kegiatan telaah sejawat.

KELUHAN PROVIDER

Seperti telah dibahas dalam bab terdahulu, banyak negara bagian yang mengharuskan MCO memiliki proses penanganan keluhan kepada pesertanya. Beberapa negara bagian juga mengharuskan MCO memiliki proses penanganan keluhan oleh *provider*. Biasanya prosedur penanganan keluhan itu menyediakan mekanisme dialog terbuka tanpa ada ancaman balasan dari MCO.

California, misalnya, mewajibkan MCO untuk memiliki mekanisme penanganan perselisihan di mana semua *provider* boleh menyampaikan perselisihan kepada MCO. MCO harus memberi tahu *provider* tentang proses yang berlaku pada waktu kontrak dan pada setiap ada perubahan isi kontrak.

PEMUTUSAN HUBUNGAN/TERMINASI

Undang-undang yang mengatur terminasi *provider* biasanya mencakup klausula yang mengharuskan MCO menyediakan hak menjalani proses hukum (due process) bagi *provider*. Hal ini dapat mencakup:

- Pemberitahuan 30 hari di muka sebelum terminasi
- Kesempatan *provider* untuk naik banding tentang masalah terminasi atau menggugat dalam proses penanganan keluhan
- Pemberitahuan kepada pasien *provider* yang putus hubungan
- Penjelasan tentang alasan terminasi oleh MCO kepada *provider*, khususnya jika menyangkut masalah kualitas pelayanan
- Kesempatan bagi *provider* untuk memperbaiki kekurangan yang ada
- Melarang terminasi hanya atas dasar nasihat atau anjuran *provider* terhadap perawatan kesehatan kepada pasiennya.

MANAGED CARE DAN REGULASI PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DI INDONESIA

Walaupun bentuk *managed care organization* (MCO) tidak dikenal dalam peraturan perundang-undangan di Indonesia, namun teknik-teknik pengendalian yang digunakan oleh MCO di negara asal (Amerika) telah cukup dikenal dalam praktek penyelenggaraan jaminan/asuransi kesehatan di

Indonesia. Beberapa perusahaan asuransi komersial, penyelenggara jaminan kesehatan sosial, bahkan kelompok *provider* yang bekerja sama dengan perusahaan yang menjamin kesehatan karyawannya, telah menggunakan teknik-teknik *managed care* dalam praktek sehari-hari. Sebagai contoh dapat dilihat adanya keharusan otorisasi, penetapan *provider* jaringan, system pembayaran kapitasi dan lain-lain sebagainya.

Salah satu Penyelenggara Jaminan Kesehatan terbesar saat ini yaitu PT Askes (sekarang berubah menjadi BPJS, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) adalah contoh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan yang sangat kental menerapkan teknik-teknik *managed care*.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (eks PT Askes) ditetapkan sebagai penyelenggara program jaminan Kesehatan Nasional melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan ini adalah lembaga yang diserahi tugas untuk melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai mana dimaksud oleh UU No. 24 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan agar setiap peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan.

Beberapa fitur penting dari program yang dikelola oleh BPJS Kesehatan ini antara lain:

KEPESERTAAN

Walaupun seluruh penduduk dinyatakan berhak menjadi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional, namun untuk dapat tercatat sebagai anggota dan dapat menggunakan pelayanan kesehatan, masyarakat harus mendaftarkan dirinya dan membayar iuran. Pendaftaran dilakukan di kantor BPJS Kesehatan atau titik-titik pelayanan yang ditunjuk, dengan menunjukkan identitas (KTP). Dengan mengisi formulir pendaftaran dan membayar iuran lewat bank yang ditunjuk (BRI, BNI dan Mandiri), calon anggota akan mendapat kartu BPJS Kesehatan sebagai bukti kepesertaannya. Khusus untuk masyarakat miskin dan tidak mampu tidak perlu membayar iuran karena sudah ditanggung oleh pemerintah.

PREMI

Besaran premi ditetapkan oleh pemerintah dengan memperhatikan kemampuan masyarakat, pemerintah dan pemberi kerja, di samping memperhitungkan kemampuan dana untuk menjaga kesinambungan biaya pelayanan. Iuran yang dibayarkan oleh peserta disesuaikan dengan jenis kepesertaan, yang dapat dibedakan sebagai berikut:

- Peserta penerima upah seperti pekerja perusahaan swasta, membayar jumlah iuran sebesar 4,5 % dari upah per bulan yang ditanggung oleh pemberi kerja 4 persen dan 0,5% ditanggung pekerja. Sedangkan PNS dan pensiunan PNS membayar iuran sebesar 5 %, sebanyak 3 % ditanggung pemerintah dan 2 % ditanggung pekerja.
- Peserta bukan penerima upah seperti pekerja sektor informal besaran iuran yang harus dibayarkan per orang per bulan dinyatakan dalam jumlah nominal, disesuaikan dengan jenis kelas perawatan yang dipilih di rumah sakit. Untuk tahun 2014 besaran iuran ini ditetapkan Rp 25.500 untuk ruang perawatan kelas III; Rp 42.500 untuk kelas II dan Rp59.500 untuk kelas I
- Anggota yang terdaftar sebagai penerima bantuan iuran (PBI), yaitu masyarakat miskin dan tidak mampu jumlahnya sudah ditetapkan oleh pemerintah (untuk tahun 2014 sebanyak 86,4juta orang dengan iuran Rp 19.225 per orang per bulan) dengan besaran iuran tertentu. Iuran untuk PBI ini ditanggung oleh pemerintah melalui APBN.

PAKET MANFAAT

Manfaat Jaminan Kesehatan diberikan sama pada semua peserta, meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat Jaminan Kesehatan terdiri atas Manfaat medis dan Manfaat non medis. Manfaat medis tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non medis meliputi Manfaat akomodasi dan ambulans. Manfaat akomodasi dikaitkan dengan besaran iuran yang dibayarkan. Sedangkan Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

PENETAPAN JARINGAN DAN SELEKSI FASILITAS KESEHATAN

Penyelenggara pelayanan kesehatan dalam program JKN adalah semua Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, terdiri dari Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat berupa:

- a. Puskesmas atau yang setara;
- b. praktik dokter;
- c. praktik dokter gigi;
- d. klinik pratama atau yang setara; dan
- e. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan berupa:

- a. klinik utama atau yang setara;
- b. rumah sakit umum; dan
- c. rumah sakit khusus.

Perjanjian kerja sama Fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan antara pimpinan atau pemilik Fasilitas kesehatan yang berwenang dengan BPJS Kesehatan. Perjanjian kerja sama dimaksud berlaku sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama.

Dalam melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, selain Fasilitas kesehatan yang memenuhi persyaratan, juga harus dipertimbangkan kecukupan antara jumlah Fasilitas kesehatan dengan jumlah Peserta yang harus dilayani.

PEMBAYARAN KE FASILITAS KESEHATAN

Pembayaran ke fasilitas kesehatan disesuaikan dengan jenis fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama dibayar berdasar kapitasi dan non kapitasi. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif Kapitasi ini diberlakukan bagi Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama yang melaksanakan pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif Non Kapitasi ini merupakan nilai besaran yang sama bagi seluruh Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama yang melaksanakan pelayanan kesehatan Rawat Inap Tingkat Pertama dan pelayanan Kebidanan dan Neonatal.

Pembayaran kepada Fasilitas kesehatan Tingkat Lanjutan menggunakan Tarif Indonesian - Case Based Groups (INA-CBG) yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Besaran Tarif INA-CBG dibedakan menurut kelas rumah sakit (kelas A-D) dan region (regional 1 sampai 5). Penetapan regional bagi setiap Fasilitas kesehatan Tingkat Lanjutan merupakan hasil kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas kesehatan Tingkat Lanjutan.

PENANGANAN KELUHAN

Dalam hal Peserta tidak puas terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan.

Jika Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan, mereka dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri. Penyampaian pengaduan harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan.

RINGKASAN

Lingkungan peraturan federal dan state dimana MCO beroperasi merupakan suatu yang kompleks dan pada beberapa hal menyangkut sistem yang saling tumpang tindih. Seiring dengan semakin kaburnya ciri organisasi dan operasional MCO, berbagai langkah sedang disiapkan untuk mengkonsolidasikan peraturan tentang MCO pada tingkat negara bagian.

Secara tradisional, state diberikan tanggung jawab pengaturan entitas yang menanggung risiko, dan Kongres tampaknya akan tetap memberikan kewenangan tersebut kepada negara bagian. Namun demikian, peraturan federal akan semakin relevan karena semakin banyak MCO yang menawarkan produk untuk penerima Medicare atau Medicaid dan juga PHO, jika diberikan pengecualian peraturan negara bagian.

Sedangkan di Indonesia, penyelenggara jaminan kesehatan yang berbentuk entitas nirlaba baru saja dimulai, sehingga masih sangat dimungkinkan adanya pengembangan peraturan yang perlu dilakukan, baik yang bertujuan untuk melindungi peserta (masyarakat), *provider*, penyelenggara maupun kesinambungan programnya sendiri.

ISTILAH –ISTILAH PENTING

<i>Certificate authority - Otoritas pemberi sertifikat</i>	<i>Federal Employee Health Benefit Program (FEHBP)</i>
<i>Consolidated licensure of Entities Assuming Risk (CLEAR)</i>	<i>Federally qualified HMO - HMO yang memenuhi syarat federal</i>
<i>Continuation of coverage - Kesenambungan manfaat</i>	<i>Grievance procedures - Prosedur penanganan keluhan</i>
<i>Conversion - Konversi</i>	<i>Health Care Financing Administration (HCFA)</i>
<i>Deemer clause - Klausula “anggapan”</i>	<i>Health Maintenance Organization (HMO Act)</i>
<i>Deposit requirements - Syarat deposito</i>	<i>Health Maintenance Organization Model (HMO Model Act)</i>
<i>Employee Retirement Income Security Act (ERISA)</i>	<i>Medicaid</i>
<i>Employee welfare benefit plan - Paket manfaat kesejahteraan karyawan</i>	<i>Medicare</i>

Multiple Employer Welfare Arrangements (MEWAs)

Net worth - Kekayaan bersih

Office of Personnel Management - Kantor Penyelia Federal

Peer review - Telaah sejawat

Preferred Provider Arrangements (PPA) Model Act

Quality assurance - Jaminan mutu

Risk transfer - Transfer risiko

Savings clause - Klausula tabungan

Utilization review - Telaah utilisasi

REFERENSI

¹ Peter R. Kongstvedt: Primary care in Closed Panels. The Managed Care Handbook, Chapter 4. Edited by Peter R. Kongstvedt. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland. 1989. Pp. 27-38.

² Peter R. Kongstvedt: Formal Physician Performance Evaluations. The Managed Care Handbook, Chapter 16. Edited by Peter R. Kongstvedt. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland. 1989. Pp. 133-140.

³ Peter R. Kongstvedt: Compensation of Primary Care In Open Panels. The Managed Care Handbook, Chapter 6. Edited by Peter R. Kongstvedt. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland. 1989. Pp. 47-55.

⁴ Deborah S. Kolb, PhD: Assessing Organizational Readiness for Capitation. American Hospital Publishing Inc., an American Hospital Association company. Jennings Ryan & Kolb, Inc. 1996

⁵ InterStudy Publications, The InterStudy Competitive Edge 12.1, Part II: HMO Industry Report, (reporting data as of July 1, 2001), April 2002, Table 22, p. 48 (2001 data). Kaiser Family Foundation, Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace Chartbook, August 1998, Exhibit 6.5, p. 62 (1997 data)

⁶ Terrance M. Murphy dan C. Thomson, Hospital Physician Integration, Strategies for Success (Chicago: American Hospital Publishing, Inc., 1994) 71



Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia