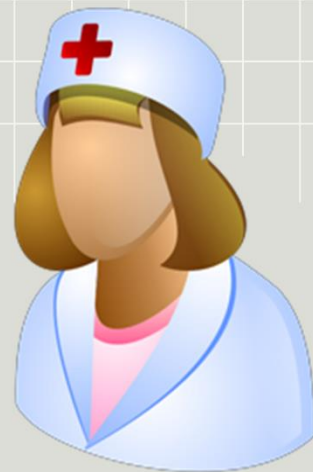


Managed Care

Bagian A

Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan
Pembiayaan Pelayanan Kesehatan



Edisi Mei 2014

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

Managed Care – Bagian A

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 A* 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 A* 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 A* edisi Mei 2000, yang digunakan oleh PAMJAKI sebagai buku modul ujian sertifikasi Ahli Asuransi Kesehatan di Indonesia.

Edisi Mei 2014 kali ini dengan editor Rosa Ch. Ginting, 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@pamiaki.org.

Selamat belajar, Semoga sukses!

Mei 2014

PAMJAKI

Editor: Rosa Ch. Ginting

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	iii
Bab 1 Memperkenalkan Managed Care	1
Pendahuluan.....	1
Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perlunya Mengembangkan Managed Care	1
Hal- Hal Yang Perlu Dirubah	2
Alasan Dibutuhkannya Perubahan Di Pihak Konsumer.	3
Alasan Dibutuhkannya Perubahan Di Pihak Provider	3
Alasan Dibutuhkannya Perubahan Di Pihak Pembayar.....	4
Pendekatan Baru Terhadap Kemajuan Teknologi.....	5
Dibutuhkannya Perubahan Di Pihak Pemerintah.....	6
Kekurangan Data	6
Pergeseran Biaya Oleh Pemerintah	7
Pasokan Sumber Daya Kesehatan	8
Perlunya Menanggapi Kebutuhan Demografis Yang Berubah.....	8
Bagaimana Dengan Indonesia?	8
Konsep Managed Care.....	10
Apakah Managed Care Itu ?	10
Beberapa Ciri Umum Managed Care	11
Perbedaan Antara Asuransi Ganti Rugi Tradisional Dengan Managed Care.....	11
Ringkasan	13
Istilah-Istilah Penting	13
Bab 2. Perkembangan Managed Care	15
Pendahuluan.....	15

Para Perintis.....	16
Asuransi Rumah Sakit (Hospital Insurance)	16
Praktek Kelompok Prabayar (Prepaid Group Practice)	16
Preferred Provider Organization (PPO) dan Individual Practice Association (IPA).....	17
Health Maintenance Organization (HMO)	17
Paket Manfaat Kesehatan Selama dan Setelah Perang Dunia II	17
Penentangan terhadap Managed Care	18
Teknik-teknik Awal Paket Pelayanan Prabayar (Prepaid Plan)	19
Undang-undang HMO (HMO Act).....	19
Di luar Undang-undang HMO	20
Pertumbuhan Managed Care	20
Masa 1980-an sampai dengan 2000-an	22
Perubahan Perspektif	23
Reaksi Asuransi Terhadap Managed Care	25
Perluasan Pasar	25
Perubahan pada Produk dan Sistem	26
Pasar Managed Care Saat Ini	27
Variasi Regional dalam Kepesertaan.....	29
Pedesaan Amerika Serikat.....	31
Ukuran Efektivitas	32
Managed Care di Indonesia	35
Latar Belakang.....	35
Managed Care dan Perkembangan JPKM, Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat.....	36

Managed Care dan Perkembangan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek, Asuransi Kesehatan bagi Pekerja Swasta	39
Managed Care dan Perkembangan Program Asuransi Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil	43
Managed Care dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	44
Ringkasan.....	45
Istilah-istilah penting	46
Bab 3 Organisasi, Pemilik dan Struktur Manajemen Managed Care.....	49
Pendahuluan.....	49
Health Maintenance Organization (HMO)	50
Pembayaran Pelayanan.....	51
1. HMO Model Staf.....	51
2. HMO Model-Kelompok/Grup.....	52
3. Individual/Independent Practice Association (IPA)	52
4. HMO Model Jaringan atau Model Campuran (Network- or Mixed-Model HMO).....	56
Preferred Provider Organization (PPO)	56
Exclusive Provider Organization (EPO)	58
Point of Service (POS).....	59
Ciri-ciri program POS:	59
Manfaat layanan Pencegahan Penyakit	60
HMO Model Pelayanan Terbatas atau HMO Spesialis	61
Program Kesehatan Mental (Behavioral Health Programs).....	61
Pengendalian Obat Yang Diresepkan (Prescribed Drug Plans)	62
Program Spesialis Gigi (Dental Specialty Program).....	63
Program Pelayanan Spesialis Terkendali Lainnya	67

Indemnitas Terkendali (Managed Indemnity)	68
Pusat Unggulan (Centers of Excellence)	68
Pemilik MCO	69
1. Perusahaan Asuransi	69
2. Health Maintenance Organizations (HMO).....	69
3. Organisasi Dokter-Rumah Sakit (ODR)	69
Tantangan Umum.....	70
Transisi dari Organisasi Nirlaba ke Pencari Laba.....	70
Dewan Komisaris.....	70
Struktur Organisasi.....	71
Kebijakan Umum Komisi	72
Susunan Komisi MCO	72
Struktur Manajemen	73
Manajemen Eksekutif.....	74
Pemasaran dan Penjualan.....	75
Pelayanan Kesehatan dan Medis.	76
Sumber Daya Manusia	78
Keuangan.....	79
Manajemen Operasi.....	80
Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi managed care	81
Organisasi Managed Care di Indonesia	82
Ringkasan.....	83
Istilah-Istilah Penting	84
Bab 4 Dampak Managed Care Terhadap Individu dan Perusahaan	87

Pendahuluan.....	87
Individu dan Managed Care.....	87
Cost Sharing Sebagai Kendali	87
Pengendalian Utilisasi Pelayanan oleh Konsumen.....	88
Dampak Kendali Utilisasi Pelayanan	89
Kendali Asuransi Indemnitas terhadap Pelayanan Rumah Sakit	90
Perubahan Pilihan Konsumen.....	90
Memilih Program Kesehatan.....	90
Biaya Pelayanan di Luar Tanggungan Asuransi	90
Pengaruh Disain Program Terhadap Kendali Biaya.....	91
Koordinasi Manfaat (Coordination of Benefit/COB) sebagai Kendali.....	92
Pengaruh Program Kebugaran dan Pencegahan Terhadap Kendali Biaya.....	93
Program Kebugaran	93
Program Pencegahan sebagai Kendali Biaya	93
Pengaruh Konsumen Terhadap Managed Care.....	94
Perusahaan dan Managed Care	95
Pilihan Karyawan	95
Strategi Premium Sharing antara Perusahaan-Karyawan untuk Kendali Biaya.....	96
Pengaruh Perusahaan Terhadap Managed Care.....	97
Perusahaan Besar	98
Perusahaan Kecil	98
Bentuk Organisasi Lain dan Managed Care.....	99
Serikat Buruh.....	99
Koalisi Bisnis Dan Program Pembelian Pelayanan Secara Koperatif.....	100

Ringkasan	102
Istilah-Istilah Penting	102
Bab 5 Keterlibatan Pemerintah Dalam Managed Care	103
Pendahuluan	103
Medicare	103
Kontrak Risiko HMO	105
Biaya rata-rata per Kapita	105
Kontrak Berbasis Biaya	107
Metode Kontrak Lainnya	107
Medicare SELECT	107
Program Pelayanan Kesehatan Prabayar	108
Point of Service	108
Program Hanya HMO Grup	109
Managed Care dan Long Term Care	109
Medicaid	110
Upaya Managed Care Sebelumnya	111
Omnibus Budget Reconciliation Act	111
Pedoman Federal Baru	112
Masalah Managed Care	113
Mengendalikan Pelayanan dalam Managed Care Medicaid	113
Persyaratan Kualitas	114
Pengendalian Peserta Medicaid	115
Memperluas Managed Care Medicaid	115
Sistem Pelayanan Kesehatan bagi Militer	116

Inisiatif Reformasi CHAMPUS.....	116
Jaminan Kesehatan Pegawai Federal	116
Program Negara Bagian	117
Program Jaminan Kesehatan Pegawai Pemerintah Negara Bagian	117
Program Kompensasi Pekerja.....	118
Manfaat Jaminan Kompensasi Pekerja	118
Penggunaan Fitur Managed Care.....	118
Program Pertanggung 24 Jam	120
Aliansi Managed Care	123
Sistem Penyediaan Pelayanan Kesehatan di Pedesaan	124
Peran Pemerintah di Indonesia dan di Negara Lain	125
Ringkasan	127
Istilah-Istilah Penting	128
Bab 6 Kendali Mutu.....	131
Pendahuluan.....	131
Konsep Manajemen Mutu	132
Jaminan Mutu	133
Kendali Keuangan untuk Mutu.....	134
Penilaian Klinik dan Utilisasi	134
Proses Kredensialisasi	135
Protokol Terapi	136
Pengembangan Pedoman Praktis	136
Kajian Jaminan Mutu	138
Penentuan Prioritas.....	138

Penilaian Awal	138
Perencanaan.....	139
Memilih Alternatif	139
Pelaksanaan dan Evaluasi.....	139
Perbaikan Mutu berkesinambungan (CQI)/Manajemen Mutu Total (TQM)	139
Rantai Deming	140
Perbedaan antara QA dan CQI	141
Metode dan Alat CQI.....	141
Analisis Sebab-Akibat	144
Pelaksanaan CQI	148
Manfaat CQI.....	150
Kepuasan Konsumen	150
Peningkatan Mutu Profesional.....	150
Perbaikan Produktivitas	150
Trend yang Mempengaruhi Mutu	151
Orientasi Konsumen (Consumer Orientation)	151
Pendidikan Konsumen/Melek Kesehatan (Consumer Education/Health Literacy)	151
Pendidikan dan Pelatihan Profesional	152
Belajar Berkelanjutan (Lifelong Learning).....	152
Peran Internet	152
Teknologi Informasi.....	153
Akses Pelayanan Kesehatan	153
Ringkasan.....	154
Istilah-Istilah Penting	154

Bab 7 Data Untuk Kendali Mutu, Biaya dan Utilisasi	157
Pendahuluan.....	157
Sumber Data	158
Hubungan Data Dengan Waktu	158
Tipe-Tipe Informasi Managed Care	158
Per Peserta Per Bulan.....	158
Akumulasi Peserta-Bulan	159
Per Peserta Per Tahun (PMPY).....	159
Biaya Per Peserta Per Bulan (PMPM).....	159
Jumlah Hari Rawat di Rumah Sakit per 1,000 Peserta	159
Kinerja Keuangan	160
Data dan Perhitungan Lainnya	160
Proyeksi Pasien Rawat Jalan.....	160
Penyusunan Profil	161
Sistem Otomatis Dalam Pelayanan Kesehatan.....	162
Sistem Informasi Manajemen.....	163
Tipe-Tipe Sistem Informasi Manajemen	163
Jaminan Mutu Klinik dan Peningkatan Mutu	163
Pengendalian Biaya dan Manajemen Produktivitas	163
Kendali dan Analisa Utilisasi.....	164
Analisa Kebutuhan	164
Perencanaan dan Evaluasi.....	164
Penggunaan SIM Lainnya	164
Mengendalikan Kecurangan (Fraud) dan Penyalahgunaan (Abuse)	165

Data Untuk Pengukuran Kesehatan Perilaku	168
Data Untuk Mengukur Hasil	169
Data Yang Dibutuhkan Untuk Organisasi Sertifikasi Atau Akreditasi	169
Komisi Bersama bagi Akreditasi Organisasi Pelayanan Kesehatan (JCAHO).....	169
Komite Nasional untuk Jaminan Mutu (NCQA).....	171
Ringkasan	172
Istilah-Istilah Penting	173
Referensi	175

BAB 1 MEMPERKENALKAN MANAGED CARE

Pendahuluan

Faktor-faktor yang mempengaruhi perlunya mengembangkan Managed Care

Hal-hal yang perlu dirubah

Konsep Managed Care

Perbedaan antara asuransi ganti rugi Tradisional dengan Managed Care

Ringkasan

Istilah-Istilah Penting

PENDAHULUAN

Sistem pelayanan kesehatan mengalami tantangan yang besar. Perusahaan, konsumen, industri pelayanan kesehatan dan pemerintah terus berupaya menemukan cara untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu dan menekan laju inflasi biaya kesehatan serta memperluas akses masyarakat kepada pelayanan kesehatan.

Di Amerika Serikat, masih banyak penduduk (lebih dari 35 juta orang) yang tidak memiliki jaminan pelayanan kesehatan. Akses mereka terhadap pelayanan kesehatan akan menjadi lebih sulit, jika tidak ada sistem pengendalian biaya pelayanan kesehatan yang lebih baik. Pada saat yang sama, ketika biaya dan akses merupakan dua persoalan utama, ternyata masih banyak orang yang mengeluh dan tidak puas terhadap penanganan medis dan kualitas pelayanan yang diterima. Meskipun ada perbedaan pendapat mengenai caranya, kebanyakan orang Amerika setuju bahwa perlu diadakan pembaharuan atau perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan (*health care reform*).

Sementara perdebatan mengenai pembaharuan pelayanan kesehatan terus berlangsung, sistem usaha yang bebas di Amerika Serikat telah menyuburkan berkembangnya bentuk-bentuk baru penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan. Perkembangan bentuk penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan ini secara umum dapat digolongkan sebagai *managed care*. Sistem penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang terus berkembang inilah yang akan dibahas dalam modul ini.

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERLUNYA MENGEMBANGKAN MANAGED CARE

Amerika Serikat secara tradisional menerapkan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan swasta, yakni menarik premi dari tertanggung, membayar tagihan pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) berdasarkan *fee-for-service*, dan membayar pertanggung jawaban atau manfaat (*benefit*) sesuai ketentuan atau kerugian yang diperjanjikan (*covered loss*). Meskipun sistem ini cukup berhasil di masa lampau, belakangan muncul beberapa persoalan operasional seperti pelayanan kesehatan yang semakin mahal, dan orang-orang yang membutuhkan perlindungan tidak mendapat pertanggung jawaban. Secara umum, masalah-masalah ini merupakan akibat dari:

- tidak memadai atau tidak ada insentif bagi *provider* dan konsumen untuk menerapkan sistem pelayanan kesehatan secara efisien;
- kurangnya koordinasi dan integrasi dalam penanganan penyakit kronis atau penyakit serius (katastropik);
- harapan masyarakat yang tidak realistis terhadap sistem pelayanan kesehatan
- kurangnya tanggung jawab individu dalam memelihara gaya hidup sehat;
- berkembangnya teknologi medis dan farmasi yang baru dan mahal tetapi manfaat yang dihasilkan tidak signifikan;
- pergeseran ke arah jasa pelayanan kronik dan lama, karena meningkatnya populasi lanjut usia dan perubahan struktur demografis
- pergeseran biaya dari Medicare dan Medicaid ke pasien yang diasuransikan (asuransi swasta) untuk mengganti kerugian pendapatan (*revenue lost*), baik karena kurangnya biaya yang dibayarkan pemerintah maupun karena mereka yang tidak sanggup membayar sama sekali.

Faktor-faktor lain yang ikut mempengaruhi masalah pelayanan kesehatan adalah:

- Kelebihan sumber daya pelayanan kesehatan di daerah-daerah tertentu (kapasitas berlebihan atau *excess capacity*), dan kekurangan sumber daya pelayanan terutama di daerah pedesaan
- Praktek kedokteran defensif, dimana pelayanan yang diberikan berlebihan karena kekhawatiran akan dituntut karena malpraktek;
- Kecurangan dan penyalahgunaan
- Hambatan peraturan dalam pengendalian biaya;
- Tidak tersedianya data yang memadai untuk menentukan cara pelayanan terbaik dan paling efisien.

Salah satu cara untuk menanggulangi masalah-masalah ini adalah dengan mengidentifikasi dan memperbaiki kekeliruan system, seraya mempertahankan aspek-aspek positif sistem tersebut. Dengan demikian beberapa aspek sistem pelayanan kesehatan harus diubah.

HAL- HAL YANG PERLU DIRUBAH

Tidak ada cara pemecahan masalah yang sederhana dalam menghadapi peningkatan biaya pelayanan kesehatan dan akibat yang ditimbulkannya. Solusi yang efektif menuntut perubahan mendasar dalam sikap, perilaku, dan harapan- di pihak konsumen, pemberi pelayanan, pembayar, dan pemerintah. Perubahan juga dibutuhkan dalam beberapa bidang

seperti sistem evaluasi, penggunaan teknologi modern dan identifikasi pergeseran demografis yang menimbulkan kebutuhan baru dalam sistem pelayanan kesehatan.

ALASAN DIBUTUHKANNYA PERUBAHAN DI PIHAK KONSUMER.

Bagi orang yang memiliki asuransi, pertimbangan dalam mengambil keputusan untuk memanfaatkan pelayanan bukanlah aspek finansial; dengan kata lain biaya tidak menjadi persoalan. Akibatnya terjadi konsumsi yang berlebihan dan membiarkan diberikannya pelayanan kesehatan yang mahal dan kadang-kadang tidak perlu atau tidak efisien.

Orang Amerika memandang akses kepada pelayanan kesehatan sebagai hak, suatu pandangan tersendiri terkait dengan biaya pelayanan langsung. Mereka cenderung beranggapan bahwa pelayanan kesehatan adalah suatu manfaat asuransi (*benefit*) yang tidak seharusnya dibatasi oleh harga atau kendala sosial ekonomi lainnya. Akibatnya, mereka sering beranggapan bahwa setiap orang seharusnya mampu memperoleh pelayanan jika dibutuhkan. Mereka tidak mempertanyakan, sebagaimana halnya barang dan jasa lainnya, apakah pelayanan tersebut berdampak biaya atau tidak

Kecenderungan tingginya kebutuhan masyarakat akan pelayanan seringkali didorong oleh sikap yang tidak peduli terhadap pencegahan penyakit. Seharusnya mereka bertanggung jawab atas pemeliharaan fisik dan biologis mereka; namun yang terjadi sebaliknya, kerap kali mereka beranggapan bahwa sistem medis akan menyembuhkan semua penyakit. Anggapan dan sikap yang demikian itu menambah buruknya sistem kesehatan. Bahkan orang Amerika menganggap bahwa tidak diperlukan biaya untuk memecahkan masalah itu. Sekali lagi, keadaan ini menimbulkan pengaruh yang besar terhadap peningkatan biaya untuk belanja kesehatan.

Akhirnya, konsumen berada pada posisi yang tidak menguntungkan, terlebih ketika kompleksitas diagnosa dan pengobatan modern memaksa mereka untuk menyerahkan semua keputusan kepada para dokter. Bahkan walau ada dorongan ekonomis pun, konsumen seringkali kurang pengetahuannya dalam mengambil keputusan yang tepat. Hal ini dikarenakan para konsumen tidak menguasai seluk beluk masalah medis dan juga tidak memahami jasa pelayanan apa yang dibutuhkan, sehingga mereka membiarkan dokter dan *provider* lainnya yang mengambil keputusan bagi mereka.

ALASAN DIBUTUHKANNYA PERUBAHAN DI PIHAK PROVIDER

Dokter memegang peranan kunci dalam menentukan tindakan dan pemeriksaan medis apa saja yang digunakan. Sekali seseorang mencari pelayanan, keputusan dokterlah yang sangat mempengaruhi sebagian besar biaya pelayanan. Sayangnya, kebanyakan dokter tidak memiliki pengetahuan maupun insentif untuk peduli terhadap persoalan biaya. Kenyataan menunjukkan sistem *fee-for-service* yang mendominasi cara pembayaran kepada dokter mendorong para dokter untuk memberikan pelayanan yang berlebihan. Selama penghasilan dokter langsung ditentukan oleh jumlah jasa yang mereka berikan atau jumlah pasien yang datang, kenaikan biaya pelayanan kesehatan sukar untuk dikendalikan. Masalahnya tidak

hanya sekedar ada dokter - walau hanya sebagian kecil - yang secara sadar mencoba untuk memaksimalkan penerimaan pembayaran dengan cara memodifikasi sistem pengobatan menurut cara mereka sendiri. Insentif non-ekonomi seperti kemauan menyenangkan pasien dan meyakinkan pasien bahwa mereka memperoleh pelayanan bermutu tinggi, dorongan untuk mengurangi ketidakpastian, ancaman tuntutan malpraktek, keinginan menggunakan teknologi terbaru, mendorong para dokter yang paling teliti sekali pun untuk memberikan pelayanan lebih dari yang diperlukan.

Sekalipun seandainya sistem pembayaran kepada dokter tidak mengakibatkan insentif yang buruk dan boros, dokter tidak selalu dapat memberikan pelayanan yang paling efektif dan efisien dari segi biaya. Seringkali mereka bertindak tanpa didasari pengetahuan yang memadai. Dalam upaya memilih cara pengobatan yang paling efektif dan efisien untuk setiap masalah kesehatan, seorang dokter harus dapat mengidentifikasi cara pengobatan tersebut. Sayangnya sekali, hingga saat ini, informasi mengenai seni penegakan diagnosa dan terapi yang membedakan antara yang hemat dengan yang mahal sangat langka. Di samping itu, pengetahuan yang ada pun tidak disebarluaskan secara luas dan efektif untuk dijadikan standar pelayanan. Tambahan pula, dokter bebas untuk tidak menggunakan prosedur yang lebih efektif dari efisien dalam praktek medis mereka. Akibatnya, pelayanan menjadi lebih mahal dari pada seharusnya.

Demikian pula halnya dengan rumah sakit. Mereka sangat dipengaruhi oleh Sistem Pembayaran Prospektif (*Prospective Payment System, PPS*) yang diterapkan pada Medicare. Rumah Sakit menyadari akan dampak jangka panjang PPS tersebut, seperti berkurangnya jumlah pasien, pergeseran kepada pola rawat jalan, dan kesukaran mempertahankan atau menambah staf kesehatan. Sesungguhnya, rumah sakit ingin melindungi hubungan mereka dengan para spesialis yang mendatangkan pasien. Para spesialis ini ingin mencapai suatu kinerja klinik yang cukup untuk mendukung kinerja praktek mereka di rumah sakit dan mempertahankan penghasilan mereka sendiri. Untuk menjaga agar para spesialis itu betah, rumah sakit berupaya melindungi dan memperluas dasar rujukan dokter, dan berlaku sebagai sistem pendapatan mereka. Rumah sakit dan para spesialis diposisikan sebagai menemukan alternatif terhadap sistem rujukan tradisional, seperti kontrak untuk menanggung risiko bersama.

ALASAN DIBUTUHKANNYA PERUBAHAN DI PIHAK PEMBAYAR

Sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan dewasa ini masih terdiri dari banyak *provider* yang berdiri sendiri-sendiri dan tanpa koordinasi dalam pemberian pelayanan kesehatan. Cara kerja seperti itu tidak efisien dan juga tidak memperhatikan kepentingan pasien. Sistem ini seringkali membiarkan semua *provider* yang mengendalikan semua aspek pelayanan pasien. Sistem penggantian biaya tradisional atas asas *fee-for-service* memberikan penghasilan bagi *provider* menurut proporsi jumlah jasa yang mereka berikan. Insentif ekonomi semacam ini menyuburkan pola-pola praktek medis yang mahal. Tanpa pemantauan atau pencegahan, cara kerja tersebut mendorong terjadinya pelayanan kesehatan biaya tinggi.

Dengan semata-mata membayar rekening tagihan, sebagaimana halnya sistem asuransi *fee-for-service* tradisional, konsumen didorong untuk terus menggunakan sistem secara tidak efisien, dan hanya memiliki sedikit kepedulian dan pemahaman tentang biaya. Apabila semua atau sebagian besar tagihan pelayanan medis langsung dibayar oleh asuradur kepada *provider*, konsumen hanya memiliki sedikit insentif untuk mempelajari efektif tidaknya biaya yang dikeluarkan atau membandingkan mutu suatu pelayanan.

Masalah lain dari sistem asuransi indemnititas tradisional yang berazaskan *fee-for-service* tersebut adalah biaya administrasi yang tinggi. Sistem asuransi tradisional menciptakan iklim yang mendorong keanekaragaman, pilihan, dan fleksibilitas. Keadaan yang demikian mendorong terciptanya kerugian ekonomis dalam biaya administrasi. Biaya administrasi yang tinggi tersebut mempengaruhi kemampuan kelompok kecil atau perusahaan untuk ikut serta dalam asuransi kesehatan swasta bagi para pegawainya. Akibatnya, para pekerja tetap tidak diasuransikan sehingga dapat menimbulkan dampak sosial yang tidak dikehendaki.

Asuransi tradisional juga mengarahkan sistem pembayarannya pada pengobatan penyakit bukan pencegahan atau intervensi dini. Pertanggungansian asuransi (*benefit plans*) jarang membayar biaya pencegahan penyakit; biasanya pertanggungansian asuransi lebih bersedia membayar untuk biaya rumah sakit mahal dan dokter spesialis dari pada untuk pelayanan kesehatan primer, dan pelayanan rawat jalan. Kecenderungan sistem yang mementingkan pelayanan orang sakit (kuratif) dari pada pemeliharaan kesehatan, turut menaikkan biaya kesehatan dan semakin tergantung pada metode pelayanan kesehatan yang lebih intensif dan mahal.

PENDEKATAN BARU TERHADAP KEMAJUAN TEKNOLOGI

Sistem pelayanan kesehatan tidak lepas dari lingkungan teknologi yang terus berkembang, yang tentu saja berdampak terhadap kenaikan biaya. Kemajuan kedokteran dewasa ini, pada umumnya tidak memberi dampak kemampuan menyembuhkan atau mencegah penyakit-penyakit yang tergolong berat secara signifikan. Sebaliknya, meski teknologi sudah demikian kompleks dan canggih, kemajuan teknologi ini cenderung meningkatkan hanya sebagian kecil kemampuan mengobati penyakit. Kerap kali, kemajuan tersebut terjadi dalam teknologi diagnostik untuk meningkatkan kemampuan mengidentifikasi masalah-masalah medis, dan hanya berdampak sedikit dalam kemampuan untuk memperbaiki kesehatan pasien. Teknologi baru juga berdampak menggunakan lebih banyak sumber daya dari pada menggantikannya. Sebagian memang bermanfaat dalam memperbaiki kesejahteraan pasien yakni mengurangi rasa sakit dan risiko; tetapi sebagian lainnya hanya menyumbang sedikit pada perbaikan status kesehatan. Menjamurnya teknologi baru, mencerminkan kecenderungan umum orang Amerika untuk menggantungkan diri pada teknologi dan intervensi medis dalam menangani masalah kesehatan. Bukti-bukti menunjukkan bahwa hanya terdapat sedikit hubungan antara status kesehatan dan tingkat pengeluaran biaya pelayanan medis, dan juga memperlihatkan bahwa gaya hidup dan kondisi lingkungan kerap kali memberikan dampak yang lebih luas pada status kesehatan dari pada penggunaan pelayanan kesehatan. Biaya untuk memenuhi

kebutuhan akan teknologi baru telah menjadi masalah penting dalam beberapa dekade terakhir.

DIBUTUHKANNYA PERUBAHAN DI PIHAK PEMERINTAH

Banyak aspek kebijakan pemerintah yang mempengaruhi biaya dan pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan. Beberapa di antaranya yang menonjol adalah sebagai berikut:

Hambatan Peraturan/Perundang-Undangan

Tindakan pemerintah kadang-kadang lebih berakibat pada masalah biaya dari pada membantu masyarakat. Perundang-undangan di Amerika Serikat, khususnya pada tingkat negara bagian, adakalanya menghambat asuradur dan sejenisnya dalam melaksanakan upaya pengendalian biaya (*cost-containment*). Upaya pengendalian biaya ini membutuhkan upaya inovatif dari *provider*, insentif finansial untuk konsumen agar dapat memilih *provider* yang efisien, atau bentuk kajian pemanfaatan (*utilization review*) yang efektif.

Manfaat Yang Diwajibkan

Perundang-undangan negara bagian Amerika Serikat yang mewajibkan cakupan pertanggunggunaan (*coverage*) bagi penyakit tertentu, oleh kelompok-kelompok *provider*, atau jasa kesehatan lainnya seringkali menambahkan biaya asuransi. Banyak negara bagian, karena tekanan dari kelompok kepentingan tertentu, lebih memilih menetapkan bahwa semua paket manfaat asuransi kesehatan mencakup pelayanan khusus atau kategori khusus, dari pada menyusun pokok-pokok persyaratan umum bagi pelayanan pertanggunggunaan kesehatan dasar yang dapat dikendalikan. Pelayanan seperti ini kerap kali, merupakan manfaat yang berlebihan dan mahal.

Tuntutan Hukum (Litigation)

Iklim hukum dewasa ini menjurus kepada praktek kedokteran defensif (*defensive medicine*). Ancaman gugatan hukum nampaknya mendorong para dokter memberikan pelayanan yang berlebih, dibandingkan bila mereka tidak khawatir akan ancaman gugatan hukum karena malpraktek. Tambahan pula, biaya proses hukum dan penyelesaian sengketa di pengadilan menyebabkan bertambahnya biaya premi malpraktek, yang akhirnya menyebabkan biaya pelayanan yang tinggi. Negara bagian yang tidak menetapkan batas ganti rugi akibat malpraktik dan hukuman ganti rugi turut mengakibatkan inflasi biaya dalam praktek medis.

KEKURANGAN DATA

Kekurangan data adalah penyebab lain meningkatnya biaya pelayanan kesehatan.

Kekurangan data seringkali membatasi:

untuk kalangan sendiri

- kemampuan asuradur dan pembayar untuk memantau kinerja *provider*;
- pemahaman mengenai bagaimana suatu gejala yang ada dalam bisnis kesehatan dibandingkan dengan yang lain;
- pengkajian mengenai efektivitas biaya teknologi yang sudah ada, yang baru, dan sedang muncul, dan standar praktek.

Beberapa unsur data yang diperlukan untuk mengendalikan *provider* secara efektif, sama sekali tidak dikumpulkan atau dihimpun secara konsisten dalam *provider* maupun asuradur. Tambahan pula, data yang dikumpulkan seringkali tidak tersusun dalam format baku, sehingga informasi dari sumber-sumber yang berbeda tidak dapat diolah dan dibandingkan. Akibatnya gambaran akurat dari sistem pelayanan secara keseluruhan tidak diperoleh. Ketidak-berhasilan pemerintah federal dalam menetapkan format pengumpulan data yang umum mendorong sistem kesehatan menjadi lebih mahal dan kurang efisien. Ketidak-berhasilan ini juga menjurus kepada ketidak-konsistenan, karena setiap negara bagian bekerja sendiri dalam membangun data yang diperlukan, yang ternyata tak selalu sesuai dengan yang dikembangkan negara bagian lain.

Di samping ketidakmampuan menggunakan masukan statistik yang umum untuk perencanaan dan pengendalian biaya, pihak asuransi menemukan bahwa kurangnya *database* baku mengakibatkan kecurangan dan penyalahgunaan dalam sistem pelayanan kesehatan lebih mudah terjadi. Meskipun banyak negara bagian Amerika Serikat memiliki Biro Kecurangan Asuransi, kerap kali sukar mengidentifikasi bagaimana *provider* melakukan kecurangan terhadap asuradur demi keuntungan finansial.

PERGESERAN BIAYA OLEH PEMERINTAH

Pelaksanaan Public Law 89-97 pada tahun 1965 (amandemen UU Jaminan Sosial) mengawali zaman baru bagi pemerintah federal dan pemerintah negara bagian untuk membiayai jasa pelayanan kesehatan masyarakat secara nasional. Undang-undang federal ini menghasilkan program Medicare dan Medicaid. Medicare dirancang untuk membantu membayar jasa pelayanan kesehatan orang yang berusia 65 tahun ke atas. Medicaid dirancang sebagai program yang pembiayaan oleh gabungan federal dan negara bagian, untuk menanggung biaya pelayanan kesehatan masyarakat miskin dari semua usia.

Karena biaya Medicare dan Medicaid jauh lebih besar dari pada yang diperkirakan ketika program tersebut dikembangkan, pemerintah federal dan negara bagian kemudian mengembangkan berbagai metode untuk membatasi pembayaran bagi *provider* termasuk memperketat perundang-undangan untuk menetapkan berapa besar biaya yang dapat diganti. Sebagai hasilnya, pembayaran rumah sakit dan dokter dalam program Medicare dan Medicaid lebih rendah dari pada pembayaran yang biasa berlaku. Pasien Medicare dan Medicaid menurut peraturan membayar lebih rendah dibandingkan pasien yang membayar sendiri. Sejauh *provider* berupaya menutupi kekurangan penghasilan ini, pergeseran biaya dari

program pemerintah ke program asuransi swasta akan tetap menjadi faktor inflasi biaya pelayanan bagi orang-orang yang ikut serta dalam program asuransi swasta.

PASOKAN SUMBER DAYA KESEHATAN

Penyediaan sumber daya kesehatan tertentu di Amerika Serikat meluas dengan cepat, tetapi tanpa mengikuti hukum kebutuhan dan permintaan. Akibatnya, menurut para pengamat terjadi kelebihan pasokan dokter, tempat tidur di rumah sakit, dan teknologi mahal, yang semua itu turut meningkatkan biaya. Walaupun terjadi peningkatan pasokan dokter, penyebaran dokter dari satu daerah ke daerah lain tidak merata. Meski pasokan berbagai spesialis dan subspecialis jauh lebih besar dari pada yang dibutuhkan, khususnya di daerah perkotaan, suplai dokter pelayanan primer tetap saja tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan medis di banyak daerah. Hanya sedikit tindakan yang telah dilakukan untuk menyesuaikan sumber daya medis tersebut dengan jumlah yang dibutuhkan.

PERLUNYA MENANGGAPI KEBUTUHAN DEMOGRAFIS YANG BERUBAH

Umur harapan hidup penduduk Amerika Serikat meningkat dengan cepat. Selama tahun 1980-an, jumlah orang Amerika yang berusia 65 tahun ke atas meningkat menjadi 12% dari seluruh penduduk. Menjelang tahun 2025, diperkirakan lebih dari 18% penduduk akan berusia di atas 65 tahun. Kelompok usia yang tumbuh dengan cepat adalah warga negara senior yang berusia 85 tahun lebih. Kelompok ini memanfaatkan sistem pelayanan kesehatan lebih banyak dari pada kelompok usia lainnya. Selain itu, karena penyakit kronis atau kelemahan tubuh yang berkaitan dengan proses penuaan, pelayanan kesehatan mereka kerap kali meliputi pelayanan yang lebih mahal, rehabilitasi, atau penggunaan pelayanan dan obat-obatan untuk jangka waktu lama.

Perkembangan kemajuan teknologi telah memperpanjang hidup orang yang pada masa lampau mungkin telah meninggal akibat kecelakaan atau penyakit. Mereka ini kerap kali membutuhkan rehabilitasi ekstensif dan pengobatan terus menerus seumur hidupnya.

Jenis pelayanan kronis lainnya di mana pemanfaatannya meningkat selama lima belas tahun terakhir adalah perawatan sakit jiwa/mental. Lahirnya intervensi, program, dan obat-obatan yang baru telah mendorong meningkatnya kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa.

Peningkatan kelompok pengguna pelayanan kronis ini telah menimbulkan kebutuhan yang lebih besar terhadap sistem pelayanan kesehatan. Kebutuhan ini diikuti oleh meningkatnya pasokan jasa, yang pada gilirannya akan meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.

BAGAIMANA DENGAN INDONESIA?

Masalah-masalah yang dihadapi negara maju seperti Amerika Serikat sebenarnya juga cenderung terjadi di Indonesia. Peningkatan biaya pelayanan kesehatan, ketidak-merataan akses terhadap pelayanan kesehatan, hadirnya teknologi canggih dalam praktek kedokteran yang belum terbukti khasiatnya bahkan kecenderungan terjadi komersialisasi jasa pelayanan

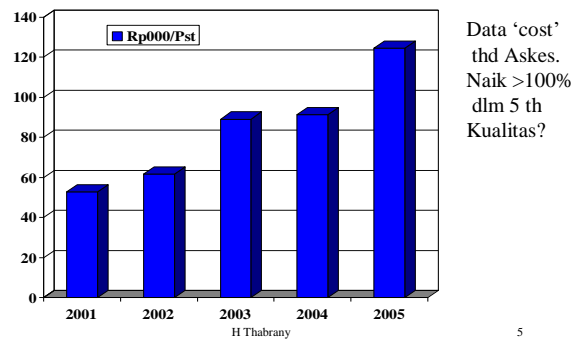
kesehatan. Semuanya ini membutuhkan perubahan dalam pengelolaan sistem pelayanan kesehatan.

Pendanaan kesehatan di Indonesia didominasi oleh sektor swasta yang umumnya merupakan pengeluaran dari kantong pasien sendiri (*out of pocket*) yang dibayarkan langsung kepada *provider* yang jumlahnya saat ini mencapai 60-70%, sedangkan pemerintah berkontribusi sekitar 20- 30% dari pendanaan kesehatan secara keseluruhan. Tingginya pengeluaran *out of pocket* ini bersifat regresif, yakni semakin berat dirasakan bagi mereka yang berpenghasilan rendah dibandingkan dengan mereka yang berpenghasilan tinggi. Sistem regresif ini dikenal sebagai sistem pendanaan yang tidak adil karena justru memberatkan penduduk golongan bawah. Studi yang dilakukan Thabrany dan Pujiyanto (2000) menunjukkan bahwa 10% penduduk terkaya mempunyai akses rawat inap di rumah sakit 12 kali lebih besar dibanding 10% penduduk termiskin. Berbagai studi menunjukkan bahwa kesenjangan pelayanan (*inequity*) dapat diperkecil dengan memperbesar porsi pendanaan publik atau asuransi kesehatan publik. Sayangnya cakupan asuransi kesehatan yang berkesinambungan di Indonesia masih rendah, yaitu sekitar 16% dari jumlah penduduk (Thabrany 2002)

Program Askeskin yang kemudian berubah nama menjadi Jamkesmas yaitu jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin telah memperluas cakupan masyarakat yang dijamin biaya pelayanannya. Jumlah peserta yang dicakup dalam program ini mencakup 76,4 juta orang, terdiri dari masyarakat miskin dan mendekati miskin (*poor and near poor people*). Selama 3 tahun penyelenggaraan program Askeskin (2005 – 2007) terlihat tingkat utilisasi yang meningkat sangat tajam. Beberapa indikator yang dapat disebutkan antara lain pemanfaatan rumah sakit untuk rawat jalan meningkat 392% dari 1,4 juta kunjungan di tahun 2005 menjadi 6,9 juta kunjungan pada tahun 2006, kunjungan rawat inap di rumah sakit meningkat lebih dari 184%, dari 562.167 kasus pada tahun 2005 menjadi 1,6 juta kasus pada tahun 2006, tindakan operasi jantung meningkat 676% dari 380 orang pada tahun 2005 menjadi 2950 orang pada tahun 2006, kasus hemodialisa yang dilayani meningkat dari 4.862 orang pada tahun 2005 menjadi 5.418 pada tahun 2006. Walaupun dilihat dari akses terhadap pelayanan kesehatan terjadi peningkatan yang positif, masalah peningkatan biaya turut menyertai. Saat ini ada kekhawatiran bahwa dana yang disediakan oleh pemerintah dengan perhitungan premi sebesar Rp.5.000 per jiwa tidak akan cukup untuk membiayai program ini untuk jangka panjang.

Peningkatan biaya pelayanan kesehatan yang terus terjadi juga dipengaruhi oleh metode pembayaran *fee for service* kepada *provider*. Metode ini umumnya digunakan oleh asuransi swasta dan masyarakat yang membayar dengan *out of pocket*. Dengan metode pembayaran yang mendorong *provider* untuk memberikan pelayanan sebanyak-banyaknya untuk memperoleh pendapatan sebesar-besarnya peningkatan biaya pelayanan kesehatan semakin mengkhawatirkan banyak pihak. Data tentang peningkatan biaya pelayanan kesehatan peserta yang dijamin asuransi kesehatan dapat dilihat pada tabel berikut:

Fakta Kenaikan Biaya: Biaya Askes per Peserta/Tahun



Kebijakan pemerintah yang mengizinkan rumah sakit untuk mencari laba juga turut memperburuk keadaan. Tidak hanya rumah sakit swasta, bahkan rumah sakit milik pemerintah juga cenderung untuk mencari laba baik melalui perubahan rumah sakit vertikal menjadi Perjan (Perusahaan Jawatan) bahkan beberapa rumah sakit daerah di Jakarta telah berubah bentuk menjadi PT (Perseroan Terbatas) dan Badan Layanan Umum (BLU).

KONSEP MANAGED CARE

Dalam beberapa dekade terakhir telah terjadi perubahan yang sangat substansial dalam sistem pelayanan kesehatan, dan perubahan ini terus berlangsung. Sebagaimana dikemukakan sebelumnya, sistem yang berkembang ini mengandung persoalan, khususnya dalam hal inflasi biaya, sehingga memerlukan strategi untuk memecahkannya. Semakin berkembangnya sistem penyelenggaraan *managed care* merupakan sebuah jalan keluar yang berupaya untuk memecahkan masalah dan isu yang telah dikemukakan di atas.

APAKAH MANAGED CARE ITU?

Karena *managed care* merupakan konsep yang berkembang, tidak ada definisi tunggal dari konsep ini yang dapat diterima secara universal. Modul ini mendefinisikan *managed care* sebagai sistem yang mengintegrasikan pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan dalam suatu sistem yang mengelola biaya, kemudahan dalam mengakses pelayanan bagi pesertanya serta menjaga mutu layanan kesehatan. Integrasi pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan ini dilakukan melalui satu atau lebih cara berikut:

- Kesepakatan dengan pemberi pelayanan kesehatan tertentu untuk melaksanakan serangkaian pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi peserta program;
- Patokan/standar yang dinyatakan secara eksplisit dalam seleksi pemberi pelayanan kesehatan;
- Program formal untuk memperbaiki kualitas layanan kesehatan dan kajian pemanfaatan layanan kesehatan;

untuk kalangan sendiri

- Penekanan pada upaya pemeliharaan kesehatan peserta agar tetap sehat sehingga penggunaan jasa pelayanan pengobatan berkurang;
- Insentif pembiayaan bagi peserta bila memanfaatkan *provider* yang ada dalam jaringan.

BEBERAPA CIRI UMUM MANAGED CARE

Sebagian besar sistem *managed care* memiliki enam ciri sebagai berikut:

1. Kajian pemanfaatan pelayanan yang menyeluruh;
2. Memantau dan menganalisa pola-pola praktek dokter;
3. Menggunakan tenaga dokter pelayanan primer dan *provider* lainnya untuk melayani peserta;
4. Menggiring pasien kepada *provider* yang efisien dan bermutu tinggi.
5. Program peningkatan/jaga mutu;
6. Sistem pembayaran yang mendorong para *provider* bekerja *accountable* (dapat dipertanggung-jawabkan), baik dalam aspek biaya maupun kualitas pelayanan kesehatan.

Prinsip yang mendasari adalah adanya tanggung jawab atas pengendalian dan integrasi keseluruhan pelayanan yang dibutuhkan pasien. Tujuan mendasar adalah mengurangi biaya dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan.

PERBEDAAN ANTARA ASURANSI GANTI RUGI TRADISIONAL DENGAN MANAGED CARE

Ada beberapa perbedaan mendasar dalam operasional dan tujuan antara asuransi ganti rugi tradisional dengan *managed care*. (Gambar 1.1). Salah satu perbedaan utama adalah kaitannya dengan akses peserta terhadap pelayanan kesehatan. Dalam program asuransi ganti rugi tradisional peserta bebas memilih dokter atau rumah sakit untuk kebutuhan pelayanan kesehatan mereka. Sebaliknya program *managed care* membuat kontrak dengan beberapa *provider* yang dipilih dan peserta dirujuk kepada *provider* yang ada dalam jaringan *provider* tersebut.

Fitur lain yang membedakan asuransi tradisional dengan *managed care* adalah pembagian risiko (*risk sharing*) antara asuradur dengan *provider*. Pada asuransi ganti rugi tradisional, risiko yang diasuransikan yaitu biaya pelayanan medis akibat sakit atau kecelakaan ditanggung oleh peserta dan asuradur. Semakin sering seorang tertanggung mendapatkan pelayanan medis semakin besar uang yang harus dibayar tertanggung dan asuradur kepada *provider*. Dokter atau rumah sakit yang merawat tertanggung tidak mempunyai risiko finansial apapun dari penyakit atau kecelakaan yang dialami oleh tertanggung. Dokter atau rumah sakit dibayar setiap kali tertanggung menggunakan layanan tersebut. Dengan demikian, semakin sering

seseorang bertanggung mengunjungi *provider*, yang menurut asuransi tradisional dibayar dengan *fee for service*, semakin besar keuntungan financial yang diperoleh oleh *provider*.

Pada *managed care* penyebaran risiko finansial diperluas dengan mengikutsertakan *provider*. Filosofi dari program ini adalah bahwa *provider* harus turut berbagi risiko finansial dari kondisi kesehatan bertanggung yang terganggu dan *provider* tidak boleh mengambil keuntungan dari penggunaan jasa yang berlebihan. Bahkan *provider* didorong untuk memberikan pelayanan dengan biaya yang efisien. Berbagi risiko (*risk sharing*) ini dilakukan dengan menerapkan berbagai metode pembayaran dan prosedur layanan yang disepakati dalam kontrak yang mendorong *provider* melakukan pelayanan dengan biaya yang efisien.

Asuransi Tradisional	Managed care
Tidak ada batasan dalam memilih <i>provider</i>	Mendorong penggunaan <i>provider</i> yang ditentukan.
Membayar <i>Provider</i> dengan cara <i>fee-for-service</i>	Membayar <i>provider</i> berdasar tarif negosiasi
Fungsi pembiayaan terpisah dari sistem peny <i>provider</i> elenggaraan pelayanan kesehatan	Mengintegrasikan pembiayaan dengan sistem pelayanan kesehatan
Perusahaan Asuransi menanggung semua risiko finansial	Peerusahaan Asuransi berbagi risiko finansial dengan <i>provider</i>
Tidak ada insentif keuangan untuk mengendalikan biaya	Menciptakan insentif keuangan bagi <i>provider</i> maupun bertanggung untuk mengendalikan biaya
Tidak tertarik untuk mengukur mutu dan kelayakan pelayanan	Ikut serta secara aktif dalam pengukuran kualitas dan memantau kelayakan pelayanan.
Tidak memiliki ketentuan biaya yang rill, semata-mata "kalau sudah selesai, bayar."	Sebagian besar sudah menetapkan anggaran biaya pelayanan, prabayar dengan premi yang tetap.

Ciri lain yang membedakan *managed care* dengan asuransi ganti rugi tradisional adalah diterapkannya manajemen utilisasi (*utilization management*), yaitu suatu proses yang

dilakukan untuk memastikan tertanggung menerima pelayanan yang diperlukan, tidak berlebihan, sesuai kebutuhan medis dan berkualitas tinggi dengan biaya yang efisien.

Managed care, yang mengintegrasikan pembayaran dan penyediaan pelayanan kesehatan mempunyai pengaruh kuat terhadap pasar. Pengguna/pembeli pelayanan kesehatan sekarang ini menuntut kendali yang lebih besar atas biaya yang mereka keluarkan, kualitas pelayanan yang lebih baik, tanggung jawab *provider*, dan dihubungkan dengan pajak, administrasi yang efisien. Program *managed care* kini menantang pihak asuransi - yang sebelumnya menjadi pemain tunggal di bisnis pelayanan kesehatan - untuk merancang peranan baru dari pihak lain. Mereka menciptakan sistem yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi konsumen, melalui hubungan kerjasama dengan *provider*, dan menjalankan organisasi baru yang lebih rumit.

RINGKASAN

Perusahaan, konsumen, pemberi layanan kesehatan dan pemerintah berupaya mencari upaya pemecahan terhadap masalah semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan memperluas akses kepada pelayanan kesehatan. Metode tradisional yang menerapkan asuransi ganti rugi tradisional yang berazaskan *fee-for-service* terbukti tidak efektif dalam mengendalikan biaya pelayanan kesehatan yang semakin meningkat dalam sistem pelayanan kesehatan yang terus berkembang. Pengembangan konsep *managed care* yang mengintegrasikan pembiayaan dengan penyelenggaraan pelayanan merupakan satu cara perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan. Asuransi swasta memberi respons terhadap tantangan meningkatnya biaya dan buruknya akses dengan berupaya memadukan prinsip-prinsip dasar *managed care* ke dalam praktek pelayanan kesehatan.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

<i>Asuransi ganti rugi</i>	<i>Malapraktek</i>
<i>Beban tagihan sebelumnya</i>	<i>Managed care</i>
<i>Fee-for-service</i>	<i>Medicaid</i>
<i>Fraud</i>	<i>Medicare</i>
<i>Insentif</i>	<i>Pelayanan kronis</i>
<i>Kapasitas berlebihan</i>	<i>Pembayaran di muka</i>
<i>Kedokteran defensif</i>	<i>Pemberi pelayanan Kesehatan (PPK/provider)</i>
<i>Kedokteran pencegahan</i>	
<i>Kelayakan pelayanan</i>	<i>Pergeseran biaya</i>

Pertanggung jawaban wajib

Peserta program pelayanan

Pola-pola praktek kesehatan

Sistem Pembayaran Prospektif

Sistem penggantian biaya

Standar Praktek

Telaah pemanfaatan, telaah utilisasi

Utilisasi atau pemanfaatan pelayanan

BAB 2. PERKEMBANGAN MANAGED CARE

<i>Pendahuluan</i>	<i>Reaksi Asuransi terhadap Managed Care</i>
<i>Para Perintis</i>	<i>Pasar Managed Care Masa Kini</i>
<i>Paket Manfaat Kesehatan Selama dan Setelah Perang Dunia II</i>	<i>Managed Care di Indonesia</i>
<i>Undang-undang HMO (HMO Act)</i>	<i>Ringkasan</i>
<i>Periode tahun 1980-an sampai 2000-an</i>	<i>Istilah-istilah Penting</i>

PENDAHULUAN

Managed care berasal dari konsep asuransi ganti rugi tradisional (*fee for service*) yang berlandaskan pembayaran di muka untuk jasa pelayanan medis. Konsep asuransi, yakni mengalihkan semua atau sebagian risiko (*risk*) kerugian finansial kepada pihak ke tiga (asuradur) dalam suatu bentuk pembayaran premi. Konsep modern mengenai asuransi indemnitas kumpulan (*group indemnity insurance*) di Amerika mulai dikenal pada abad ke 20. Pada tahun 1911, Montgomery Ward and Company menyusun paket asuransi yang memberikan manfaat mingguan bagi para karyawan yang tidak mampu bekerja karena sakit atau kecelakaan. Sebelumnya, perusahaan sendiri yang memberikan jasa pelayanan kesehatan ini kepada karyawan, bukan dalam bentuk membeli paket asuransi.

Di Amerika, biro jasa medis (*medical service bureau*) yang pertama dibentuk pada tahun 1917 di Tacoma, Washington, oleh para dokter yang menjalin kontrak kerjasama dengan perusahaan kayu dan pertambangan. Praktek kelompok multi-spesialis (*multispecialty group practice*) yang pertama, Mayo Clinic, didirikan pada awal abad ini di Rochester, Minnesota, oleh suatu keluarga dokter yang memahami efisiensi praktek kelompok.

Selama bertahun-tahun, perubahan di bidang ekonomi Amerika Serikat, mempengaruhi berbagai hal dalam pembiayaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Beberapa perusahaan raksasa yang muncul pada era industrialisasi abad ke 19 dengan cepat merasa bahwa menyediakan pertanggung jawaban pelayanan medis dapat membantu mereka untuk menarik dan mempertahankan tenaga kerja yang baik. Pada tahun 1920-an perusahaan asuransi besar menjalin kontrak dengan perusahaan-perusahaan yang memasukkan layanan rawat inap (*group hospital care*) ke dalam paket asuransi karyawan (*employee insurance*). Masa depresi mengakibatkan pelayanan medis tidak dapat dinikmati oleh jutaan orang Amerika, serta mendorong serikat buruh untuk menjalin kontrak langsung dengan praktek dokter kelompok prabayar (*prepaid group practices*). Hal ini juga mendorong perluasan gerakan perusahaan ke arah pelayanan kesehatan.

Selain berasal dari konsep asuransi indemnitas, jauh sebelumnya, yaitu pada sekitar abad ke-17 sampai 21 SM, konsep pelayanan kesehatan terkendali (*managed health care*) sudah

dirumuskan dan dijalankan di Babylonia ketika kekuasaan raja Hammurabi. Dalam piagam yang tercantum pada prasasti kuno (Codex Hammurabi) dijelaskan rincian menyangkut pelayanan kesehatan bagi penduduk yang terdiri dari beberapa kelas sosial dengan hak dan kewajiban untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pembayarannya disesuaikan dengan kesanggupan membayar (*ability to pay*); pemilik budak wajib membayar pelayanan kesehatan para budaknya; pedoman baku pengukuran dan kepastian mutu layanan, promosi dan evaluasi pelayanan kesehatan, pembayaran kepada *provider* (penyedia layanan kesehatan) menurut kerumitan prosedur layanan, mirip dengan sejenis sistem penetapan pembayaran medis yang didasarkan atas diagnosis pasien (*diagnosis-related groups, DRG's*); proses kredensialing *provider*; penghargaan dan hukuman bagi *provider*; pengaturan pengobatan; rujukan ke spesialis; dan tentang catatan medis, merupakan praktek-praktek *managed care* saat itu keseluruhannya diatur dalam ratusan pasal di dalam Codex Hammurabi.¹

PARA PERINTIS

Ada beberapa perintis pengaturan organisasi dan pendanaan pelayanan kesehatan sampai dewasa ini.

ASURANSI RUMAH SAKIT (HOSPITAL INSURANCE)

Pada tahun 1929, prinsip dari prabayar (*prepayment*) bagi kelompok masyarakat untuk biaya rumah sakit (premi dibayar di muka untuk menutupi biaya jasa layanan yang spesifik) dipelopori oleh Baylor University Hospital di Dallas, Texas. Sekitar 1.500 guru sekolah dan anggota suatu kelompok masyarakat gotong royong (*mutual benefit society*), dijamin untuk biaya perawatan rumah sakit selama 21 hari perawatan, di ruang semi-pribadi (*semi private*), termasuk jasa rumah sakit yang diperlukan. Paket Baylor (Baylor Plan) dianggap sebagai perintis dari pelayanan paket yang saat ini dikenal sebagai Blue Cross Plans, yaitu suatu program yang menyediakan pertanggungjanaan atas biaya layanan rumah sakit di area wilayah terbatas. Paket pada masa awal ini khusus menanggung biaya perawatan rumah sakit, sehingga paket ini lebih dikenal sebagai Paket Rumah Sakit (*Hospitalization Plan*).

PRAKTEK KELOMPOK PRABAYAR (PREPAID GROUP PRACTICE)

Pada tahun 1929, Donald E. Ross, mantan dokter ahli bedah di perusahaan kereta api, dan H. Clifford Loos yang pernah bekerja di Mayo Clinic, mendirikan praktek kelompok prabayar yang pertama. Paket praktek kelompok prabayar adalah suatu jasa kesehatan spesifik yang diberikan oleh sekelompok dokter kepada sekelompok orang yang menjadi peserta (*enrolled group of persons*). Pembayaran berkala yang jumlahnya telah ditetapkan di muka dilakukan oleh atau atas nama masing-masing orang atau keluarga. Konsep ini adalah merupakan perintis dari organisasi pemeliharaan kesehatan yang disebut Health Maintenance Organization, (HMO), yang selanjutnya akan diuraikan pada Bab 3.

Dalam kemitraannya, Ross membawa pengalamannya mengenai prabayar untuk jasa medis, sedangkan Loos mempraktekkan pengalamannya tentang sistem penelaahan catatan pasien

dan kinerja dokter di Mayo Clinic. Dalam tahun yang sama dengan Ross-Loos Clinic didirikan, Baylor University melakukan kontrak dengan rumah sakit universitas yang diperuntukkan bagi para pengajar Baylor.

PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION (PPO) DAN INDIVIDUAL PRACTICE ASSOCIATION (IPA)

Pada tahun 1934, Southern California Edison membentuk jaringan *provider* selektif (*selective provider relationship*) yang pertama, suatu perintis Preferred Provider Organization (PPO) dengan melakukan kontrak dengan semua *provider* yang mandiri, mencakup rumah sakit, untuk menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan jumlah biaya yang telah ditetapkan.

Paket PPO merupakan paket *managed care* yang terdiri dari sekelompok rumah sakit, dokter, dan *provider* lain yang terikat kontrak dengan pihak asuransi, perusahaan, administrator pihak ketiga (*third party administrator*), atau kelompok sponsor lain untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi para tertanggung (*covered persons*). Paket PPO ini diterangkan lebih lanjut pada Bab 3.

Pada dasa warsa yang sama, suatu kelompok dokter Oregon mengorganisasikan sebagai perintis *individual practice association* (IPA,) untuk dapat bersaing dengan praktek kelompok prabayar. IPA adalah suatu paket *managed care* yang dibangun oleh asosiasi dokter (*physician association*). IPA Clackamas (Physicians' Association of Clackamas County) menggunakan fitur dari kelompok prabayar, namun dokter tersebut masih tetap melakukan praktek sendiri (*solo practitioner*).

HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (HMO)

Pada tahun 1938, industrialis Henry J. Kaiser meminta dokter ahli bedah Dr Sidney Garfield untuk memulai suatu praktek kelompok untuk melayani para pekerja di Grand Coulee Dam miliknya. Setelah pecah Perang Dunia II, Kaiser membuka galangan kapal untuk menyediakan keperluan perang. Selain itu Garfield juga mengorganisir rumah sakit dan klinik untuk memberikan pelayanan kesehatan menyeluruh secara prabayar bagi pekerja galangan kapal tersebut. Selanjutnya setelah perang, paket asuransi ini membuka kepesertaan bagi masyarakat umum. Paket asuransi ini kemudian dikenal sebagai Kaiser Permanente Medical Care Program, merupakan HMO model kelompok (*group-model HMO*) terbesar dewasa ini. HMO model kelompok membuat kontrak dengan satu atau lebih kelompok *provider* yang sepakat untuk menyediakan jasa bagi peserta HMO sebagai imbal balik biaya yang dikeluarkan.

PAKET MANFAAT KESEHATAN SELAMA DAN SETELAH PERANG DUNIA II

Program kesejahteraan karyawan atau paket manfaat karyawan (*employee benefit*) mengalami peningkatan selama perang. Paket manfaat ini bertujuan untuk menarik para pekerja terampil yang langka saat itu, dan untuk menyerap kelebihan keuntungan yang ada

sesuai dengan ketentuan profit cap, yakni suatu ketentuan perpajakan di Amerika Serikat yang diberlakukan untuk industri manufaktur dan industri umum. Setelah perang, dimungkinkan penyusunan dan perubahan peraturan perundangan perpajakan yang mendorong perluasan manfaat kesehatan kelompok (*group health benefits*) disambut antusias oleh serikat buruh. Pada tahun 1948, National Labor Relations Board (NLRB) menegaskan bahwa paket manfaat kesehatan (*health benefits*) adalah subjek yang tepat untuk negosiasi atau tawar-menawar kolektif (*collective bargaining*) antara pekerja dengan pemberi kerja (pengusaha, majikan).

Selama 20 tahun berikutnya, paket manfaat kesehatan yang dibayar perusahaan, telah menyebar ke para pekerja profesional dan pekerja yang bukan anggota serikat buruh yang secara keseluruhannya dikonsolidasikan ke dalam satu tipe polis yang dikenal sebagai paket medis katastrofik untuk kelompok (*group medical catastrophe coverage*). Polis ini menyediakan asuransi untuk menghadapi situasi katastrofik seperti perawatan inap yang lama di rumah sakit dan prosedur medis yang mahal.

PENENTANGAN TERHADAP MANAGED CARE

Paket praktek kelompok prabayar dan paket *managed care* model staf (*staff-model plan*) merupakan suatu HMO yang mempekerjakan dokter mereka sendiri, pada hakekatnya bisa menyebar lebih cepat lagi, bila tidak ditentang oleh pihak dokter yang sudah mapan. Asosiasi Dokter Amerika (American Medical Association, AMA), dan masyarakat kedokteran (*medical societies*) negara bagian dan lokal tidak bersimpati terhadap *managed care*, karena mereka tidak mempunyai kepentingan finansial pada keberhasilannya. Mereka menganggap praktek kelompok prabayar merupakan ancaman terhadap pelayanan kesehatan tradisional, dengan mekanisme *fee-for-service*. Oleh karena itu, mereka melancarkan kampanye untuk menghalangi keberhasilan model praktek kelompok ini. Masyarakat kedokteran mengancam para dokter praktek kelompok prabayar dengan mengeluarkan mereka dari keanggotaan masyarakat kedokteran dan menggunakan kekuasaan mereka untuk mencabut rekomendasi di rumah sakit (*hospital privilege*) bagi mereka. Akan tetapi, pada tahun 1943 kasus yang melibatkan AMA dan Medical Society, District Columbia, Supreme Court (Mahkamah Agung) secara bulat menyatakan bahwa masyarakat kedokteran telah melanggar Sherman Antitrust Act (Undang-undang Anti Monopoli Sherman) yang mana mereka bersekongkol memonopoli lapangan praktek kesehatan.

Kemudian AMA mengakhiri penentangannya terhadap praktek kelompok prabayar tersebut pada tahun 1949. Akan tetapi masih ada oposisi tidak resmi dari beberapa kelompok tertentu yang terus menentang. Seiring bertambahnya jumlah dokter yang ambil bagian dalam program *managed care*, menumpulkan dampak oposisi tersebut. Sebenarnya, masyarakat kedokteran tertentu mulai berusaha mengorganisasi diri agar semua dokter terlibat dan ambil bagian dalam *managed care*, sekalipun program *managed care* tidak berharap atau memerlukan keikutsertaan mereka.

TEKNIK-TEKNIK AWAL PAKET PELAYANAN PRABAYAR (PREPAID PLAN)

Pada masa awal, praktek kelompok prabayar dan IPA, telah menimbulkan banyak kontroversi dalam menerapkan teknik-teknik *managed care* generasi pertama, diantaranya:

- penggunaan dokter pelayanan primer (*primary care physicians*) sebagai *gatekeeper*, suatu pendekatan manajemen kasus pelayanan primer (*primary care case management approach*) yang memerlukan otorisasi dokter pelayanan primer terlebih dahulu sebelum mendapatkan jasa medis dari dokter spesialis;
- pengendalian mutu melalui telaah sejawat dokter (*physician peer review*) dengan melakukan evaluasi praktek dokter berdasar seperangkat kriteria oleh para dokter yang lain;
- persetujuan awal (*pre-approval*) bagi pelayanan tidak darurat di rumah sakit (*nonemergency hospitalization*);
- penyediaan pelayanan alternatif bagi pelayanan pasien rawat inap, seperti pelayanan rawat jalan, tindakan pembedahan dengan rawat jalan atau pembedahan pada hari yang sama (tanpa perlu menginap);
- pendapat dokter bedah kedua (*second surgical opinion*), yakni suatu proses penyaringan prospektif (*prospective screening process*) dengan cara konsultasi dengan dokter ahli bedah lainnya akan perlu tidaknya tindakan pembedahan.

Teknik-teknik ini membuktikan bahwa pada masa awal Praktek Kelompok Prabayar ini dapat menahan biaya perawatan dan mampu menarik para pengusaha (*employer*) yang prihatin akan inflasi biaya kesehatan. Lonjakan biaya mulai terjadi pada tahun 1950-an, dan mengalami peningkatan pada dasa warsa berikutnya. Pada tahun 1970-an, biaya tersebut lebih tinggi dari seluruh Indeks Harga Konsumen (Consumer Price Index).

UNDANG-UNDANG HMO (HMO ACT)

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Amerika Serikat mengalami perubahan cepat di bawah tekanan pembaharu pelayanan kesehatan, yaitu ketika pemerintah Nixon memperkenalkan Undang-undang HMO (HMO Act) pada tahun 1973. Disahkannya Undang-undang HMO memberikan legitimasi kepada HMO dan mendorong perkembangannya di seluruh negeri dengan memberi dana hibah dan pinjaman (*grants and loans*) untuk mengembangkan HMO yang baru. Hal ini dilakukan dengan menghapuskan mandat negara bagian yang membatasi perkembangan HMO, dan memberi mandat lain bahwa HMO yang memenuhi syarat dari federal (*federally qualified*) bisa menjadi peluang bagi para pengusaha besar untuk menawarkan sedikitnya satu HMO bagi karyawannya.

Selain itu, Undang-undang HMO tahun 1973 telah memantapkan proses sertifikasi sukarela (*voluntary certification process*) bagi HMO. Agar memenuhi syarat dari federal, Undang-undang HMO mensyaratkan para pengusaha untuk menawarkan paket kesehatan ini sebagai

bagian program manfaat kesehatan di perusahaannya. Pada awalnya, HMO yang memenuhi syarat dari federal dapat mengajukan permintaan dana hibah dan pinjaman. Banyak HMO pada masa awal ini yang memenuhi syarat secara federal secara sukarela, sehingga dapat dipertimbangkan untuk disetujui untuk mendapat dana hibah dan pinjaman.

Pada akhir tahun 1981, pendanaan untuk pinjaman dihentikan; dana hibah sebesar \$ 145 juta telah diberikan sesuai Undang-undang untuk tujuan studi kelayakan, perencanaan, dan pengembangan HMO. Selain itu, HMO menerima pinjaman langsung sejumlah \$ US 185 juta dan menerima jaminan hibah sejumlah hampir \$ US 9 juta. Namun, tujuan ambisius untuk menciptakan 1.700 HMO dan 40 juta peserta tidak pernah tercapai.² Pendanaan HMO sesuai Undang-undang berumur relatif pendek. Para pengusaha tetap enggan, dan "ledakan HMO" pada mulanya juga tidak banyak menyita perhatian. Namun sejak itu, masyarakat yang bisa menerima kehadiran HMO semakin besar dan ditambah adanya perubahan Undang-undang, tetapi HMO yang berupaya agar memenuhi syarat dari federal semakin sedikit.

Selain kualifikasi federal, ada undang-undang negara bagian yang juga mengatur HMO. Hampir setiap negara bagian menetapkan aturan hukum mengenai lisensi, yang di dalamnya terdapat proses sertifikasi. Peraturan HMO dapat ditemukan di bawah kode kesehatan negara bagian, kode asuransi, ataupun keduanya. Hal yang perlu juga dicatat bahwa pada awal evolusi HMO, National Association of Insurance Commissioners (NAIC), suatu organisasi komisioner asuransi negara bagian, mempunyai prakarsa mengembangkan model Undang-undang HMO untuk negara bagian.

DI LUAR UNDANG-UNDANG HMO

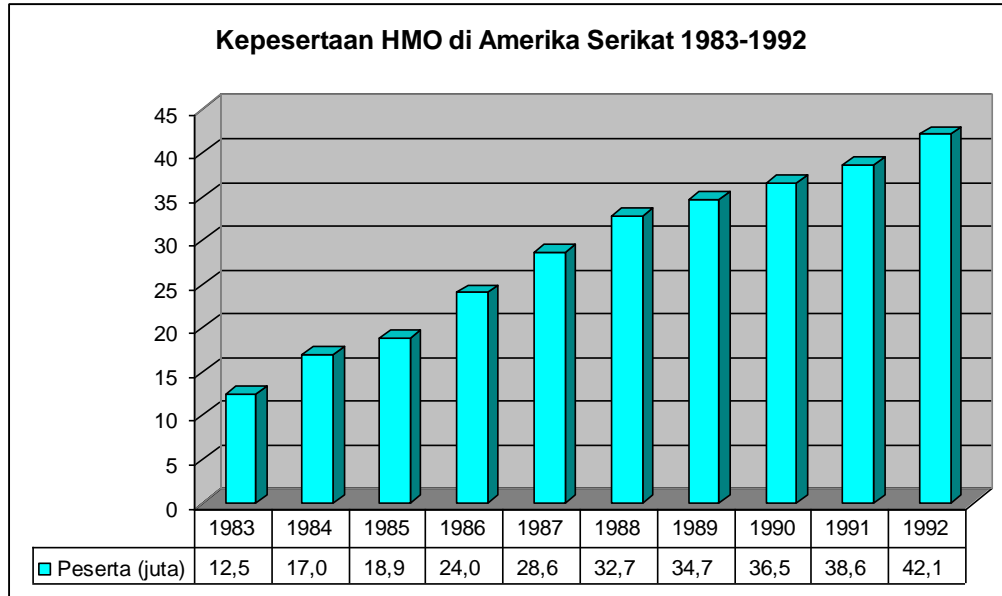
Pada akhir 1970-an, para pengusaha terus diperingatkan akan terjadinya peningkatan biaya paket manfaat kesehatan karyawan mereka. General Motors, sebagai contoh, membayar lebih dari \$ US 1 milyar setiap tahun untuk premi asuransi kesehatan, yang berarti penambahan \$ US 400 terhadap harga setiap mobil yang diproduksi. Banyak pengusaha menyadari bahwa pelaksanaan sistem *managed care* dapat mengurangi biaya ini. Pada waktu yang sama, sekolah-sekolah kedokteran menghasilkan banyak lulusan dokter yang berkualitas dan terserap dalam HMO; hal ini menepis mitos bahwa HMO tidak dapat menarik dokter berkualitas tinggi.

PERTUMBUHAN MANAGED CARE

Sejak pertengahan 1970-an hingga 1990-an, jumlah peserta yang dicakup dalam HMO meningkat sebesar 25% sampai 30% setiap tahun. (Gambar 2.1).

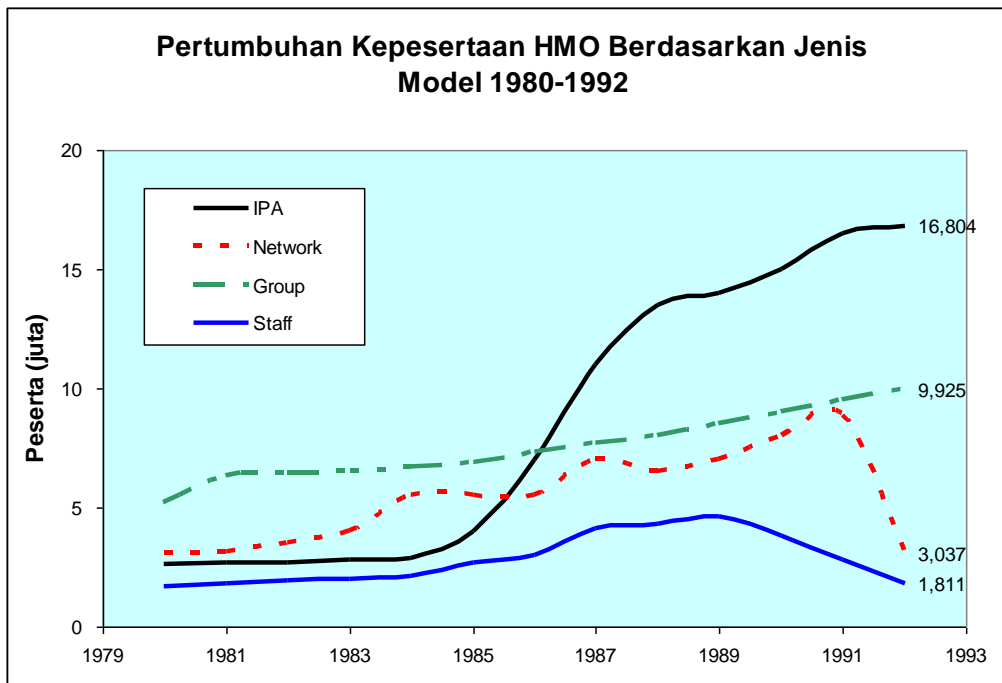
HMO model IPA semakin populer karena beberapa alasan, diantaranya:

- membangun HMO model IPA lebih murah dibanding HMO model kelompok, sebab model IPA beroperasi melalui tempat praktek/klinik yang telah dibuka oleh dokter-dokter praktek sehingga mengurangi biaya pengembangan;



Gambar 2.1. Kepesertaan HMO di Amerika Serikat 1983-1992

Sumber: The InterStudy Competitive Edge, 1993.



Gambar 2.2. Pertumbuhan Keanggotaan HMO Berdasarkan Jenis Model 1980-1992

Sumber: The InterStudy Competitive Edge, 1993.

- o para dokter praktek swasta dapat bergabung dengan HMO model IPA tanpa harus menjadi karyawan yang digaji sehingga banyak dokter bergabung dengan lebih dari satu HMO;

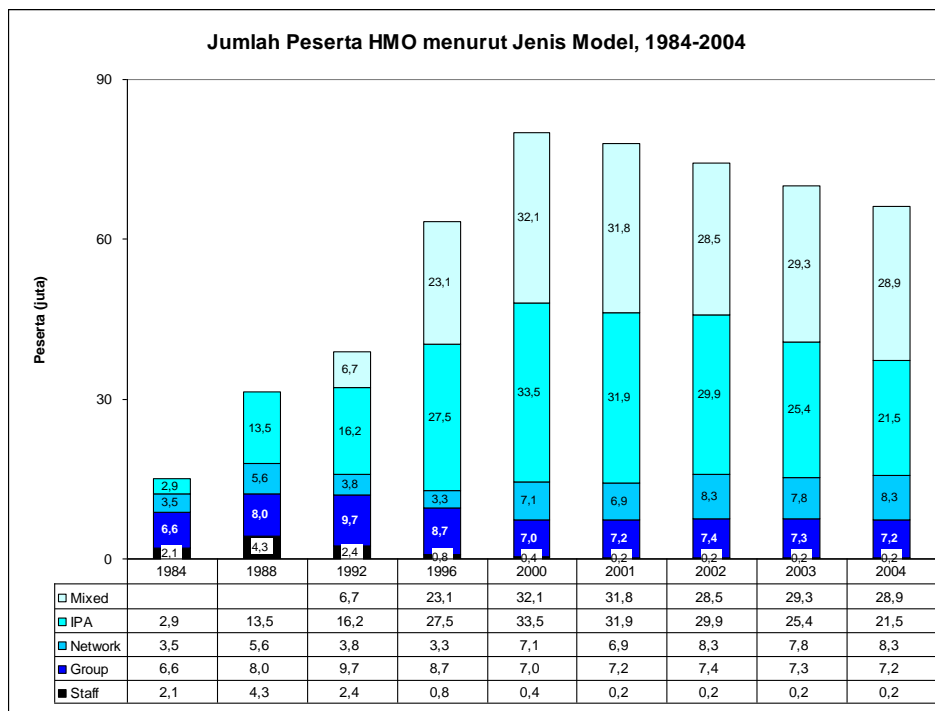
- o pasien dapat akses ke dokter praktek atau dokter keluarga di lingkungan pasien sendiri yang biasa dikenal. Beberapa pasien bahkan menemukan dokter keluarga mereka ikut ambil bagian di HMO di mana pasien menjadi peserta.

Pada periode 1979-1993, IPA merupakan model HMO yang paling cepat pertumbuhannya. (Gambar 2.2)

MASA 1980-AN SAMPAI DENGAN 2000-AN

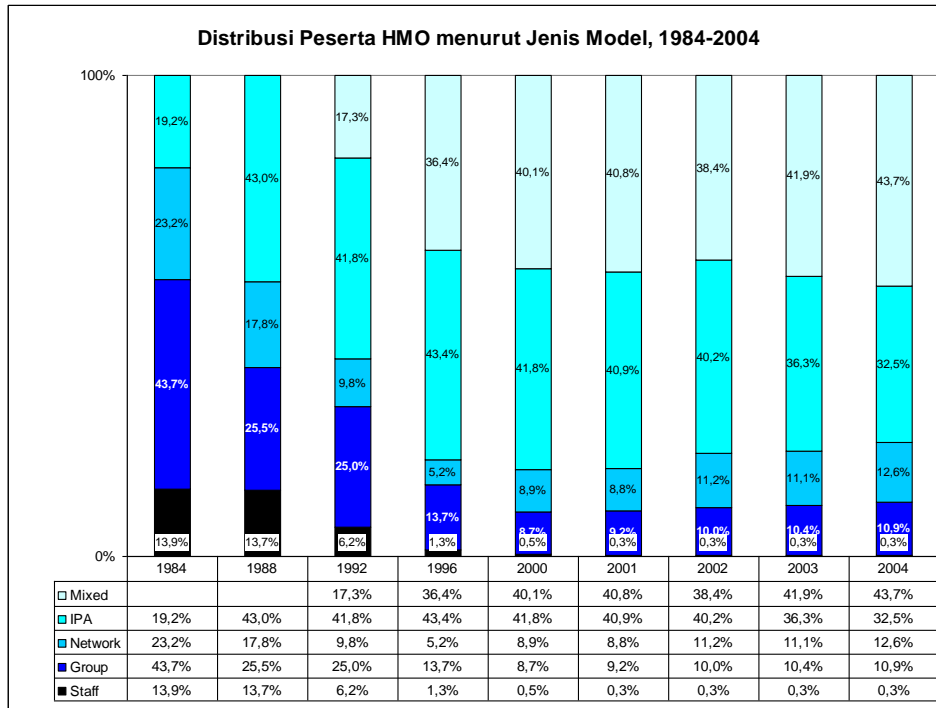
Pertumbuhan jumlah HMO di 1970-an mengakibatkan meningkatnya kebutuhan untuk mendanai perluasannya. Sejumlah paket mandiri yang tidak berorientasi laba (*not-for-profit*) dan paket yang disponsori *provider* berubah status menjadi paket yang berorientasi laba (*for-profit*). Bahkan beberapa perusahaan HMO berubah menjadi perusahaan publik agar dapat mendapatkan dana dari pasar modal (*capital market*).

Pada pertengahan tahun 1980-an muncul gelombang pertama penggabungan dan akuisisi (*mergers and acquisitions*) HMO dimana sponsor memerlukan pendanaan untuk pertumbuhan HMO setelah mereka menyadari kesalahan mereka dalam memperkirakan sumber daya yang diperlukan. Paket HMO yang disponsori *provider* juga mencari mitra atau investor untuk penggabungan dan usaha patungan (*mergers and joint ventures*).



Gambar 2.3. Jumlah Peserta HMO menurut Jenis Model, 1984-2004

Sumber: Kaiser Family Foundation, Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, 2002, May 2002, dengan pembaharuan data dari HealthLeaders-InterStudy, The Competitive Edge, Spring 2005.



Gambar 2.4. Distribusi Peserta HMO menurut Jenis Model, 1984-2004

Sumber: Kaiser Family Foundation, Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, 2002, May 2002, dengan pembaharuan data dari HealthLeaders-InterStudy, The Competitive Edge, Spring 2005.

Dari hasil survei tahun 2002-2005, terlihat sebagian besar HMO adalah HMO model campuran/mixed (44%) dan HMO model IPA (33%). Keanggotaan paket model campuran dan model IPA tumbuh dengan cepat sebelum tahun 2000 dan kemudian melandai. Sementara itu, proporsi keanggotaan paket model kelompok dan model staf yang masing-masing 11% dan 0.3% pada tahun 2004 menurun sejak tahun 1984.³ (Gambar 2.3 dan Gambar 2.4)

PERUBAHAN PERSPEKTIF

Perusahaan penyelenggara *managed care* dan penjual layanan kesehatan pihak ketiga (*third-party vendor*) secara mandiri mulai menyertakan program dan teknik *managed care* yang sukses, seperti telaah utilisasi (*utilization review*), audit tagihan rumah sakit (*hospital bill audit*), program kesehatan jiwa terkendali (*managed mental health*) dan program penyalahgunaan obat, serta program farmasi terkendali (*managed pharmacy program*), menjadi produk yang khusus dan dijual secara terpisah. Produk dan program ini, pada hakekatnya baru bagi industri pelayanan kesehatan. Ketika lingkup masalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan telah dikenali, suatu industri baru akan tumbuh untuk menjawab kebutuhan itu (misalnya industri telaah utilisasi).

Preferred Provider Organization (PPO) pertama dibentuk di California dimana peraturan mengizinkan melakukan kontrak selektif dengan *provider*. PPO adalah paket *managed care* yang kurang ketat dan berbeda dengan HMO model IPA pada dua hal pokok, yaitu pada PPOs:

- (1) peserta diperbolehkan berobat di luar jaringan *provider* yang dikontrak, dengan konsekuensi pengurangan manfaat, bukannya kehilangan manfaat;
- (2) dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan menawarkan diskon *fee-for-service (fee-for-service discount)* untuk paket layanan kesehatan, tetapi tidak berbagi risiko lainnya. Hal ini dikarenakan pihak asuransi percaya bahwa fitur ini akan menarik bagi kedua pihak, yaitu *provider* maupun konsumen.

Dengan karakteristik ini PPO menyebar dengan cepat di luar California.

HMO yang ingin memanfaatkan fleksibilitas yang ditawarkan PPO, mengembangkan suatu produk perpaduan (*hybrid product*), disebut HMO yang terbuka (*open-ended HMO*), dimana diharapkan mereka mampu bersaing dengan PPO. Suatu HMO yang terbuka mengizinkan anggotanya untuk menggunakan *provider* di luar jaringan, dengan konsekuensi kewajiban finansial tambahan dalam bentuk suatu *deductible* (jumlah biaya pelayanan medis yang termasuk dalam paket yang harus dipenuhi dan dibayar oleh tertanggung sebelum klaim dapat dibayarkan oleh asuransi), koasuransi (*coinsurance*), atau urun bayar (*copayment*). Karena sebagian besar peserta menggunakan *provider* jaringan (*network provider*), maka HMO jenis ini memperkirakan hanya sedikit tambahan risiko keuangan. Group Health of Minneapolis menawarkan jaminan HMO yang terbuka sejak tahun 1961 dan keberhasilan di Minnesota telah mendorong berbagai daerah lain menawarkan juga jaminan HMO yang terbuka. Akan tetapi HMO di beberapa negara bagian dicegah oleh aturan hukum setempat yang tidak memperbolehkan untuk menerima risiko keuangan bagi layanan di luar paket (*out-of-plan care*). Mereka wajib bergabung dengan asuransi untuk merencanakan jaminan terproteksi (*wrap-around coverage*). Uji coba ini mendorong pengembangan penyelenggara paket *point-of-service* (POS) dan sudah memperoleh dukungan besar dari pengusaha yang memandangnya sebagai program pengendalian biaya yang cukup fleksibel. Paket POS adalah HMO yang menawarkan paket *managed care* tetapi mengizinkan tertanggung memperoleh jasa di luar paket *managed care* pada saat pelayanan jasa terjadi dengan tambahan biaya sendiri (*out-of-pocket*). Keanggotaan HMO tumbuh dari 3 juta di tahun 1970 sampai 18,9 juta di tahun 1985.⁴ Pada tahun 1986, persaingan mengakibatkan perang tarif premi. Hanya HMO yang memiliki dana cadangan cukup, premi yang pantas, serta memiliki manajemen medis (*medical management*) efektif yang dapat selamat dari ketidakstabilan keuangan pada masa itu. Suatu studi yang diselenggarakan oleh HMO Solvency Working Group of NAIC, menyimpulkan bahwa kemungkinan penyebab ketidakmampuan HMO membayar hutang (*insolvency*) pada tahun 1988 adalah:

- modal awal yang tidak memadai;
- tidak ada atau tidak efektifnya pengendalian utilisasi (*utilization control*);
- tarif premi yang tidak memadai;
- modal permanen yang tidak memadai;
- penganggaran dan estimasi biaya yang tidak memadai.

Dengan kata lain, organisasi yang mengalami kesukaran atau ketidakmampuan membayar hutang, akan lemah di bidang pendanaan, di bidang medis, di bidang aktuarial dan manajemen tingkat eksekutif.

Karena HMO merupakan suatu sistem penyelenggara pelayanan kesehatan dan suatu sistem pendanaan, HMO memerlukan infrastruktur dan keahlian yang sesuai pada keduanya. HMO yang berhasil adalah yang dapat menggabungkan sistem-sistem pemasaran, manajemen medis, hubungan *provider*, jaminan mutu, manajemen jaringan, pengumpulan dan analisa data, pemeringkatan, aktuarial, keuangan, dan administrasi umum.

REAKSI ASURANSI TERHADAP MANAGED CARE

Banyak asuransi memasuki pasar *managed care* selama masa penggabungan dan pertumbuhan pada pertengahan 1980-an; hal ini karena mereka menyadari serta menanggapi fenomena berkembangnya *managed care*. Perusahaan asuransi kesehatan tradisional melakukan akuisisi dan terlibat dalam kegiatan pengembangan agar tetap kompetitif dan mempertahankan pangsa pasar, di dalam pasar pelayanan kesehatan yang sedang berubah. Memasuki bisnis *managed care* juga diilhami oleh keberhasilan program tersebut dalam mengendalikan biaya pelayanan kesehatan. Para pengusaha melihat laba perusahaan berangsur susut dimakan oleh biaya manfaat kesehatan yang memaksa asuransi untuk mengembangkan fitur-fitur pengendalian biaya yang lebih kuat dan lebih efektif.

Masuknya asuransi untuk pertama kali ke dalam *managed care* adalah melalui uji coba dengan HMO. Baik paket layanan kesehatan melalui perusahaan asuransi, maupun paket yang dikelola sendiri (*self-insured*) oleh pengusaha, walaupun keduanya jarang menjalankan sendiri pengolahan klaim dan administrasi manfaat. Oleh karena PPO tidak memerlukan investasi awal seperti yang dibutuhkan HMO, sejak dini pihak asuransi lebih cenderung tertarik dengan model ini, karena lebih dekat dengan ciri asuransi ganti rugi atau indemnitas tradisional (*traditional indemnity insurance*).

Ketika industri asuransi mulai menyadari bahwa asuransi indemnitas tradisional kehilangan pasar paket kesehatan prabayar, mereka bereaksi dengan melakukan investasi berbagai bentuk *managed care*, termasuk HMO, PPO, dan EPO (*exclusive provider organization/organisasi penyedia layanan eksklusif*). EPO adalah serupa dengan PPO dalam hal organisasi, tetapi EPO membatasi penerima manfaat (*beneficiary*), yaitu hanya boleh pada jaringan *provider* mereka saja dan EPO tidak membayar manfaat apapun untuk pelayanan di luar jaringan itu. Pada tahun 1980-an terjadi konsolidasi penting di industri HMO dimana perusahaan asuransi mendapat kesempatan untuk membeli sejumlah paket HMO. Sejak saat itu, industri asuransi telah memainkan peran penting dalam membentuk *managed care*.

PERLUASAN PASAR

Pertumbuhan cepat *managed care* mencerminkan kesadaran pengusaha dan perusahaan asuransi bahwa harus menemukan kiat-kiat untuk mengurangi biaya, dan pasien tetap memperoleh pelayanan yang sesuai. Asuransi semakin menyadari bahwa paket indemnitas

fee-for-service yang tidak dikendalikan, tidak mempunyai mekanisme yang cukup untuk mengendalikan biaya. Akibatnya banyak asuransi bertekad untuk mengembangkan dan mempertahankan sistem *managed care* yang komprehensif.

Perusahaan HMO nasional (didefinisikan sebagai perusahaan yang mengoperasikan HMO di dua atau lebih negara bagian, termasuk perusahaan asuransi komersial yang memenuhi kriteria ini) bersama dengan paket Blue Cross/Blue Shield menguasai hampir dua per tiga dari semua HMO dan mewakili mayoritas penduduk Amerika yang ikut serta dalam paket *managed care*.⁵

Pada tahun 1992, lebih dari dua per tiga dari total peserta paket *managed care* dari asuransi komersial adalah PPO. PPO yang disponsori asuransi meningkat 37% sejak tahun 1988 dari 13 juta menjadi sekitar 17,8 juta pendaftar atau anggota.⁶ Dari sekitar 8,3 juta pendaftar di HMO yang disponsori asuransi, 67% telah didaftarkan pada paket HMO model IPA, 22% pada paket HMO model kelompok, dan 9% pada paket HMO model staf.⁷ Penjelasan lebih lanjut tentang model-model HMO, dapat dilihat pada Bab 3.

Paket Blue Cross/Blue Shield juga mengalami pergeseran dramatis ke *managed care* dalam tahun 1990an. Paket Blue Cross/Blue Shield memiliki 68 paket mandiri secara kolektif yang mengasuransikan 68 juta anggota di Amerika Serikat. Asosiasi Blue Cross/Blue Shield melaporkan bahwa pada tahun 1992, 31% anggotanya terdaftar di paket *managed care*. Hal ini merupakan suatu perubahan dramatis dari 1,5% yang terdaftar di *managed care* pada tahun 1981. Asosiasi ini memperkirakan kepesertaan *managed care* melonjak 50% pada pertengahan tahun 1990an dan mencapai 80% pada akhir dasa warsa.⁸ Asosiasi yang beroperasi dengan sistem waralaba (*franchise*) ini, pada periode tahun 1990an terdiri dari 39 perusahaan independen yang mencakup 97 juta penduduk Amerika Serikat.⁹

PERUBAHAN PADA PRODUK DAN SISTEM

Managed care telah mengubah industri asuransi. Selain berfungsi sebagai pembayar klaim dan sebagai *underwriter* (menetapkan atas dasar tertentu apakah suatu aplikasi asuransi diterima atau tidak), asuransi kesehatan komersial kini mengelola baik penyelenggaraan maupun pembiayaan manfaat kesehatan untuk para penerima manfaat.¹⁰

Managed care memerlukan pihak asuransi untuk melakukan investasi substansial pada aspek modal (fisik dan sumber daya manusia) serta perubahan-perubahan dalam banyak praktek bisnis dari yang sudah lama berjalan.

Investasi terutama pada program dan produk yang dirancang untuk meningkatkan efisiensi produk *managed care* yang ditawarkan. Saat ini, perusahaan asuransi mengoperasikan model HMO dan PPO yang besar, model POS, serta paket pilihan majemuk terpadu (*integrated multiple option*) yang merupakan kombinasi dari HMO, paket indemnititas, atau PPO dalam berbagai cara.

Melalui sponsor usaha Asuransi patungan dan (*joint ventures and multiple-insurer*), banyak asuransi berskala menengah menyewa jaringan *provider*. Mereka memasarkan program

manajemen utilisasi yang dapat diterapkan ke semua lini produk termasuk produk indemnitas tradisional. Banyak yang menerapkan prinsip *managed care*, seperti pra-sertifikasi (*precertification*) layanan rumah sakit dan layanan rawat jalan ke dalam produk indemnitas tradisional. Pra sertifikasi adalah proses dimana *provider* memberitahu pihak asuransi terlebih dahulu, sebelum pasien diberi layanan perawatan yang sifatnya tidak darurat. Asuransi kemudian menyetujui atau tidak menyetujui penjaminan untuk perawatan yang diajukan atau rekomendasi alternatif tindakan lainnya. Asuransi juga memerlukan pra otorisasi (*preauthorization*) terlebih dahulu atau proses penyaringan (*screening*) lainnya untuk mengevaluasi perlu atau tidaknya perawatan medis yang mahal atau invasif yang dilakukan di luar rumah sakit.

Asuransi yang tumbuh di pasar *managed care* adalah mereka yang sudah bekerja sama secara efektif dengan masyarakat medis dan sudah mengintegrasikan manajemen medis, hubungan *provider*, dan sistem pelayanan peserta secara efisien ke dalam organisasi mereka.

PASAR MANAGED CARE SAAT INI

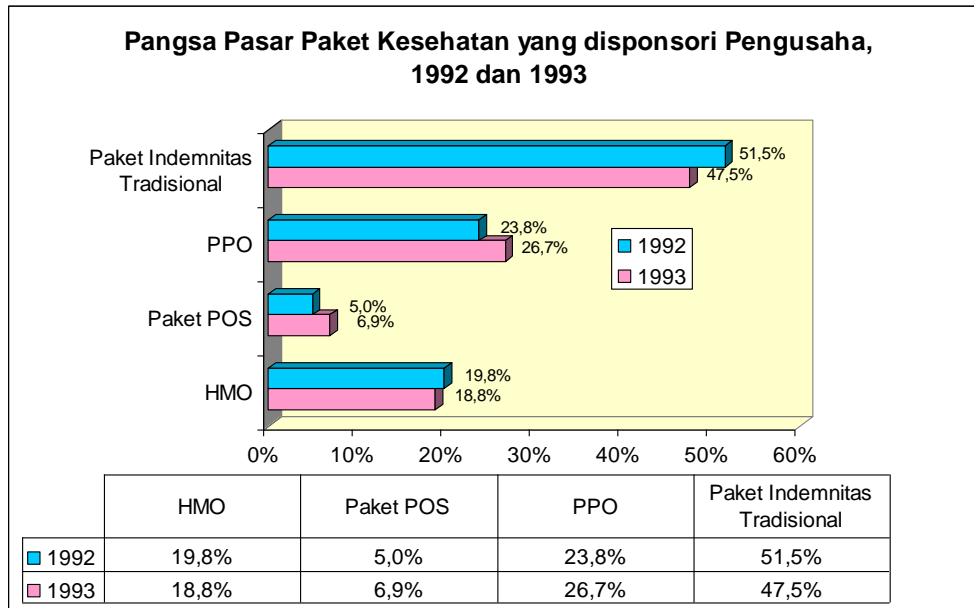
Pertumbuhan *managed care* semakin cepat, karena terjadi peningkatan konsumen, *provider* dan pembayar. Pada tahun 1991, survei HIAA (sekarang bernama AHIP) menunjukkan bahwa untuk pertama kali sebagian besar dari 150 juta peserta paket layanan kesehatan yang disponsori perusahaan masuk ke paket *managed care*.¹¹ Pada tahun 1993, survei lain juga melaporkan hanya 48% karyawan yang terdaftar dalam paket indemnitas tradisional. (Gambar 2.5)

Peran asuransi dalam *managed care* telah meningkat secara dramatis pula. Pada pertengahan tahun 1990an, Asuransi memiliki atau mengelola 43% dari semua HMO.¹² Pada tahun 1991, 33% karyawan yang terdaftar di PPO merupakan peserta dari paket yang dikelola Blue Cross/Blue Shield, 29% adalah peserta paket yang dikelola oleh suatu administrator pihak ketiga (*third-party administrator*, TPA), dan 28% adalah peserta paket PPO yang dikelola oleh asuransi komersial. Tiga belas tahun yang lalu sebelumnya, hanya tidak sampai 1% dari peserta bisnis asuransi kesehatan komersial adalah *managed care*.¹³

Kecenderungan ini juga berdampak besar terhadap *provider* pelayanan kesehatan karena hampir semua mempunyai kontrak dengan *managed care* dalam beberapa bentuk, di antaranya melalui perjanjian resmi. Pada tahun 1993, lebih dari 90% rumah sakit di Amerika Serikat melakukan kontrak dengan satu atau lebih organisasi *managed care* (*managed care organization*, MCO) dan 75% dokter praktek aktif melakukan kontrak dengan sedikitnya satu MCO.¹⁴

Kecenderungan lain yang berkembang adalah pengaturan *managed care* untuk layanan khusus jasa kesehatan, seperti kesehatan jiwa (*mental health*). Kesehatan perilaku (*behavioral health*) atau kesehatan mental telah menjadi perhatian dalam beberapa tahun terakhir ketika pengusaha, asuransi, dan masyarakat berupaya keras mengatasi meningkatnya kebutuhan jasa seperti itu dan kesulitan dalam mengelola biaya perawatan jangka panjang. Utilisasi kesehatan mental dan penyalahgunaan obat telah meningkat pada beberapa tahun terakhir

dan biaya jasa itu sudah meningkat pada suatu tingkat yang lebih cepat dibanding biaya pelayanan primer (perawatan medis rutin). Sebagai contoh, dari tahun 1987 sampai tahun 1988, biaya kesehatan mental bagi pengusaha naik 27%, sedangkan biaya medis seluruhnya yang dipikul pengusaha naik 19%.¹⁵ Asuransi dan pengusaha mulai menggunakan teknik *managed care* untuk mengendalikan biaya dari program kesehatan perilaku melalui pengaturan *managed care* spesialis (*specialty managed care arrangement*). Pengaturan seperti itu sering disebut sebagai HMO jasa tunggal (*single-service HMO*), atau PPO jasa tunggal (*single-service PPO*).



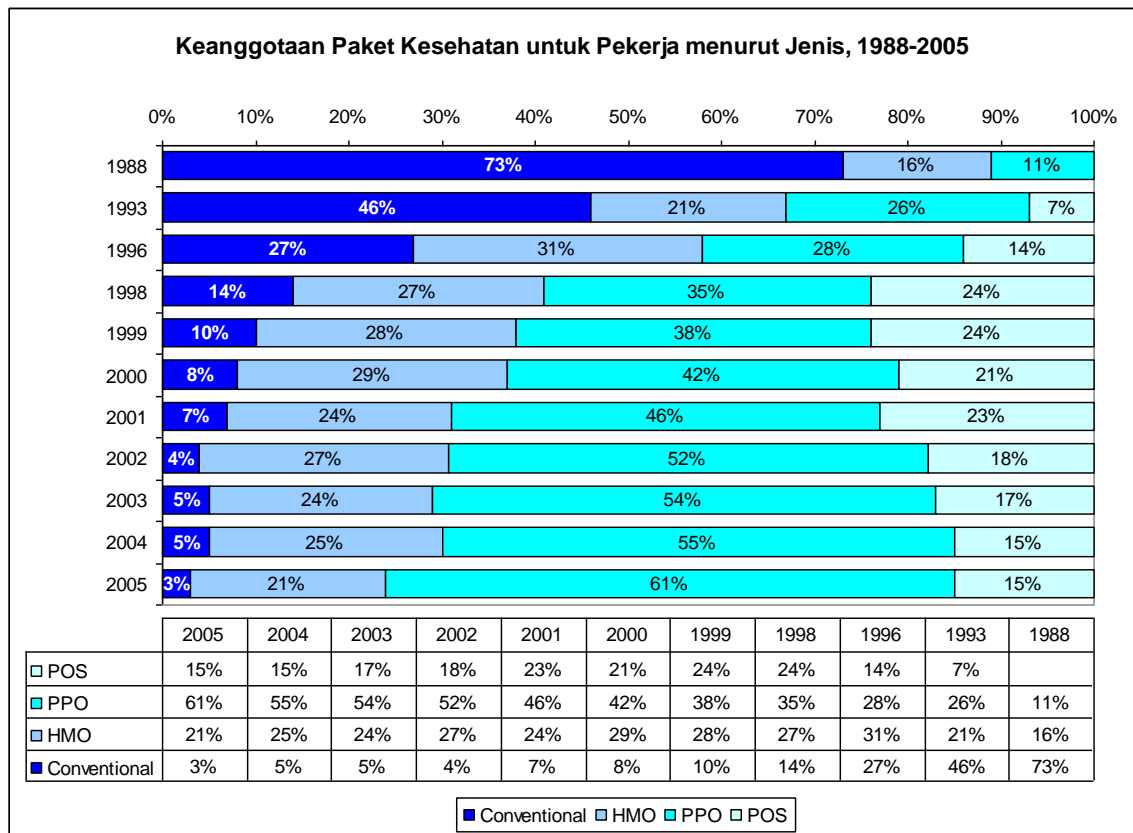
Gambar 2.5. Pangsa Pasar Paket Kesehatan yang disponsori Pengusaha, 1992 dan 1993

Sumber: Foster Higgins National Survey of Employer-Sponsored Health Plans, 1993

Biaya obat resep naik dengan cepat. Selama tahun 1980-an tingkat kenaikan biayanya melewati tingkat kenaikan Indeks Harga Konsumen dan komponen medis dari Indeks Harga Konsumen.¹⁶ Dalam laporan staf The Special Committee on Aging kepada Senat Amerika Serikat pada bulan September 1991, 6% dari total biaya kesehatan berhubungan dengan obat resep.¹⁷ Suatu studi yang diumumkan Kantor Akuntan Publik (General Accounting Office, GAO) pada musim panas tahun 1992 menunjukkan hasil yang serupa dimana dilaporkan harga sebagian obat resep yang paling banyak digunakan meningkat hampir dua kali dari keseluruhan tingkat inflasi pelayanan kesehatan dari tahun 1986 sampai tahun 1991.¹⁸ Dalam kasus obat resep, berbagai teknik pengendalian biaya dikembangkan oleh pengusaha, asuransi, dan perusahaan *managed care*. Telaah utilisasi obat, penggunaan jaringan apotek tertentu, dan pengiriman pesanan resep melalui pos adalah tiga teknik yang sering digunakan.

Keinginan untuk mengendalikan biaya juga telah menimbulkan berbagai pilihan *managed care* di bidang jasa kesehatan gigi (*dental service*). Pengusaha, asuransi, dan HMO semuanya berupaya menyertakan teknik *managed care* ke dalam paket khusus layanan gigi.

Sampai pertengahan tahun 2000-an, peningkatan kepesertaan pada paket *managed care* yang disponsori oleh pengusaha (HMO, PPO, dan POS) naik secara dramatis dari 27% pekerja pada tahun 1988 menjadi 97% di tahun 2005. Peserta PPO meningkat dari 11% pada tahun 1988 menjadi 61% pada tahun 2005; pada HMO meningkat dari 16% pada tahun 1988 menjadi 31% pada tahun 1996. Akan tetapi sejak tahun 1996 kenaikannya merosot menjadi 21% pada tahun 2005. Sebaliknya, peserta program *fee-for-service* konvensional merosot dari 73% dari total pendaftaran pada tahun 1988 menjadi hanya 3% pada tahun 2005.¹⁹ (Gambar 2.6)

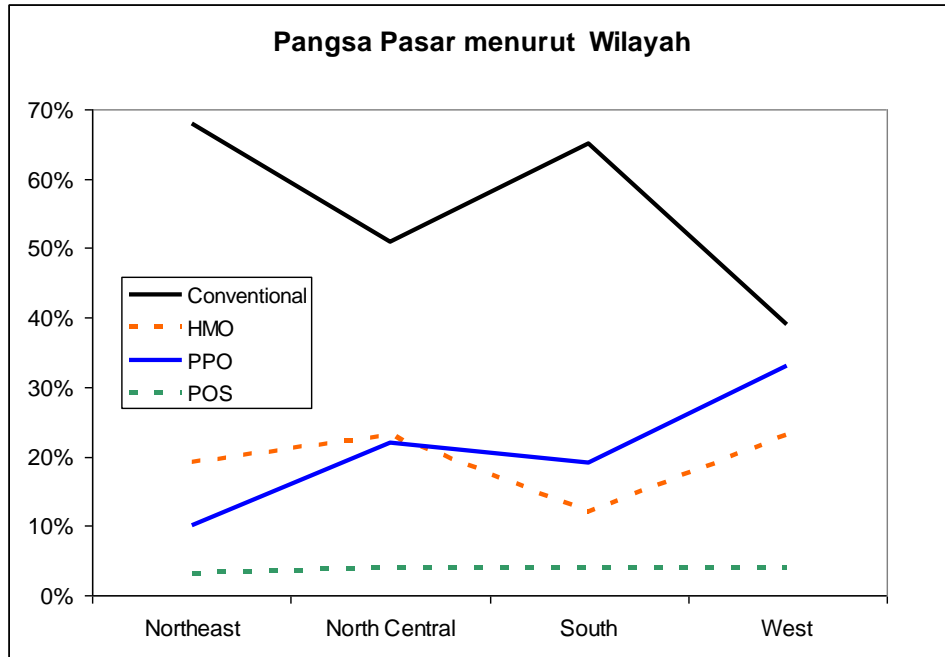


Gambar 2.6. Keanggotaan Paket Kesehatan untuk Pekerja menurut Jenis, 1988-2005

Sumber: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999-2005; KPMG Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1993, 1996, 1998; The Health Insurance Association of America (HIAA), 1988.

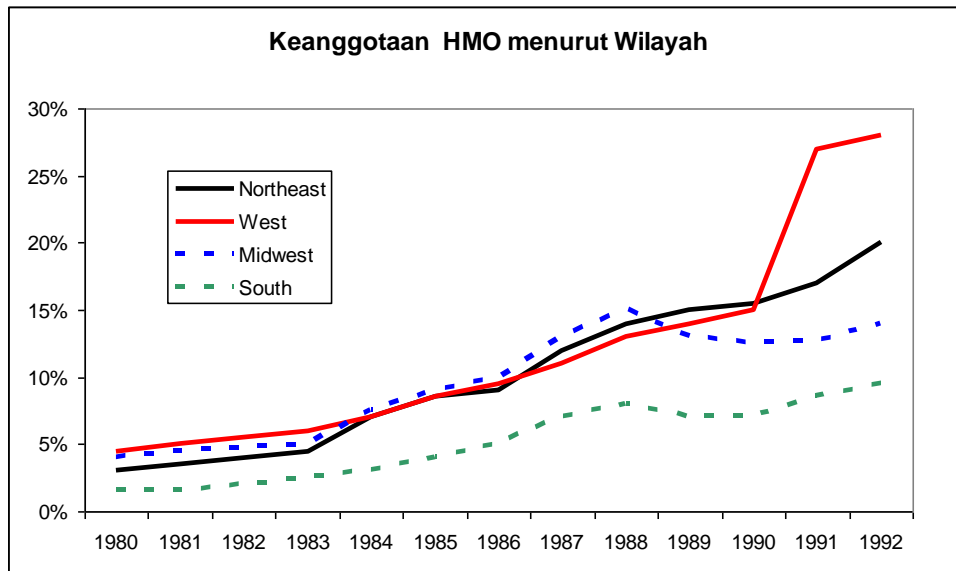
VARIASI REGIONAL DALAM KEPESERTAAN

Managed care telah masuk ke beberapa daerah tertentu di Amerika Serikat jauh lebih cepat di satu daerah dibanding dengan daerah yang lain. (Gambar 2.7 dan 2.8) Jumlah kepesertaan HMO meningkat dari 14 juta orang menjadi lebih dari 45 juta dalam waktu 10 tahun dan jumlah individu dengan akses ke PPO tumbuh dari 8 juta menjadi 35 juta sepanjang periode yang sama. Kebanyakan pertumbuhan ini terjadi di kurang dari 20 negara bagian. Variasi dari satu negara bagian ke negara bagian lain cukup besar. Sebagai contoh, di 12 negara bagian, lebih dari 20% populasi terdaftar di HMO, sedangkan di negara bagian yang lain kurang dari 8% populasi terdaftar di HMO.²⁰



Gambar 2.7. Pangsa Pasar menurut Wilayah

Sumber: HIAA Employer Survey, 1992.



Gambar 2.8. Keanggotaan HMO menurut Wilayah

Sumber: The InterStudy Competitive Edge, 1991, 1993.

Pada tahun 1992, di Amerika Serikat keanggotaan HMO terbesar adalah di bagian Barat 27% dan Timur Laut 20%, sedangkan di Barat Tengah 15%, dan yang paling rendah adalah di bagian Selatan, yaitu 9%.²¹ Di California, jumlah penduduk yang terdaftar di paket HMO adalah 35%, lebih tinggi dibanding negara bagian yang lain diikuti oleh Massachusetts (34,1%), Arizona (32,9%), Maryland (32%), Oregon (31%), dan Minnesota (30,1 percent).²² California diikuti Texas merupakan negara bagian dengan penduduk yang terdaftar dalam paket PPO lebih

banyak dibanding negara bagian yang lain. Minnesota menempati peringkat nasional tertinggi pada keanggotaan paket POS.

Tidak diragukan lagi bahwa perbedaan demografi, perkembangan politik, dan perkembangan sosial di negara bagian berperan dalam penerimaan masyarakat atas *managed care*. Meskipun demikian, umumnya *managed care* tumbuh subur di daerah dimana hal ini merupakan suatu awal penampilan yang efektif.

Beberapa kota mengalami tingkat penetrasi *managed care* begitu tinggi sehingga budaya *managed care* dapat dikatakan sudah terbentuk. Minneapolis - St. Paul adalah salah satu contohnya. Sejak awal, prakarsa *managed care* terbentuk di Minnesota dimana karakteristik demografi dan tradisi populis membuat masyarakat di sini mau menerima eksperimen dan bekerja sama dalam pelayanan kesehatan. Pada tahun 1993, 46% penduduk Twin Cities terdaftar di HMO.²³ Rochester, New York; Worcester, Massachusetts; dan San Francisco, California, lebih tinggi masing-masing dengan 54%, 51%, dan 49%, dari penduduk yang terdaftar. *Managed care* berkembang menjadi produk yang matang dan canggih di kota-kota ini dan pengalaman mereka menggambarkan potensi yang luar biasa perkembangannya.

Walaupun perbedaan besar tetap ada di beberapa negara bagian dalam pengembangan *managed care*, perbedaan tersebut makin mengecil. Pada tahun 1980, terdapat 10 atau lebih HMO di hanya 10 negara bagian dan hanya California yang mempunyai lebih dari 1 juta anggota HMO. Pada tahun 1993, 21 negara bagian mempunyai 10 atau lebih HMO, dan 12 HMO dengan anggota lebih dari 1 juta.²⁴ Negara-negara bagian selatan bereaksi lebih lambat untuk memulai metoda organisasi pelayanan kesehatan (MCO), tetapi kepesertaan HMO berkembang pesat di daerah ini, terutama sekali di Atlantik Selatan.

PEDESAAN AMERIKA SERIKAT

Di Amerika Serikat, 23% dari penduduknya hidup di daerah pedesaan dengan tantangan khusus dalam penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan. Karena penduduk pedesaan tersebar luas dan mempunyai persentase orang miskin lebih tinggi dibanding wilayah perkotaan, hal ini belum dapat menarik dan mendukung banyak dokter dan fasilitas medis. Oleh karena itu, banyak daerah pedesaan mengalami akses terbatas terhadap pelayanan kesehatan.

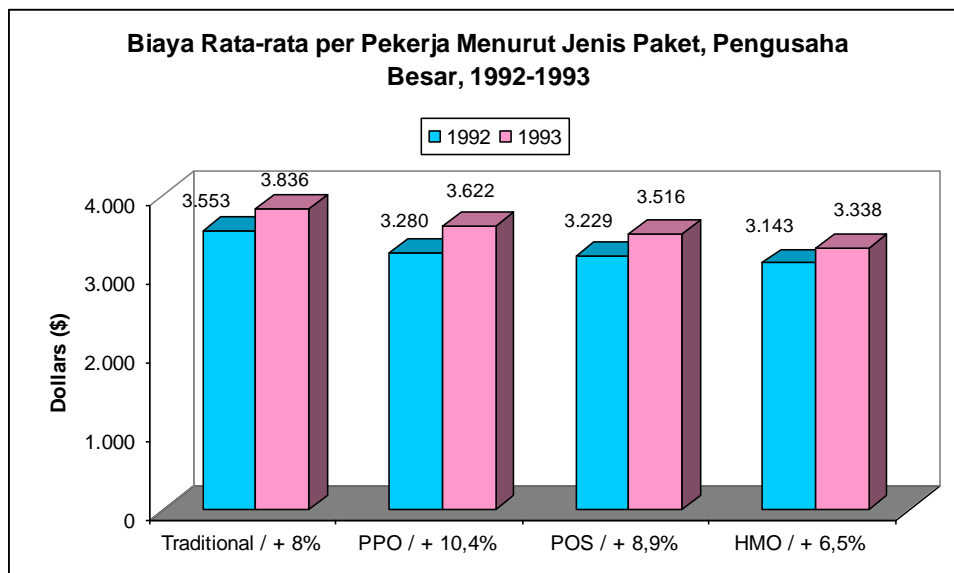
Penduduk pedesaan tetap dapat menikmati penyelenggaraan dan pembiayaan *managed care* yang rasional, namun kelangkaan sumber daya pelayanan kesehatan tetap terjadi dan ketiadaan peluang berkompetisi antar *provider* menjadi halangan utama bagi pengembangan jaringan *managed care* di pedesaan. Meskipun ada permasalahan ini, tetap dilakukan beberapa uji coba mengadaptasi konsep *managed care* ke daerah pedesaan.

Sangat menarik untuk dicatat bahwa sebagian paket *managed care* yang pertama diciptakan adalah untuk memecahkan permasalahan akses di daerah terpencil. *Managed care* mempunyai potensi untuk memecahkan permasalahan di pedesaan saat ini dan di masa datang. Suatu laporan terbaru²⁵ yang disusun oleh National Rural Electric Cooperative

Association dan Metropolitan Life Insurance Company, menganalisa operasionalisasi dari tiga PPO dan satu HMO model-staf (*staff-model HMO*), yang keseluruhan meliputi 11 negara bagian. Laporan ini menyimpulkan bahwa *managed care* itu tidaklah hanya sesuai di pedesaan tetapi juga berkembang. Dari laporan ini, kita mengetahui bahwa pengusaha pedesaan sudah mengukur penghematan mereka dari paket *managed care* dan kebanyakan mereka dapat menghemat 10% sampai 15% dari biaya biasanya.

UKURAN EFEKTIVITAS

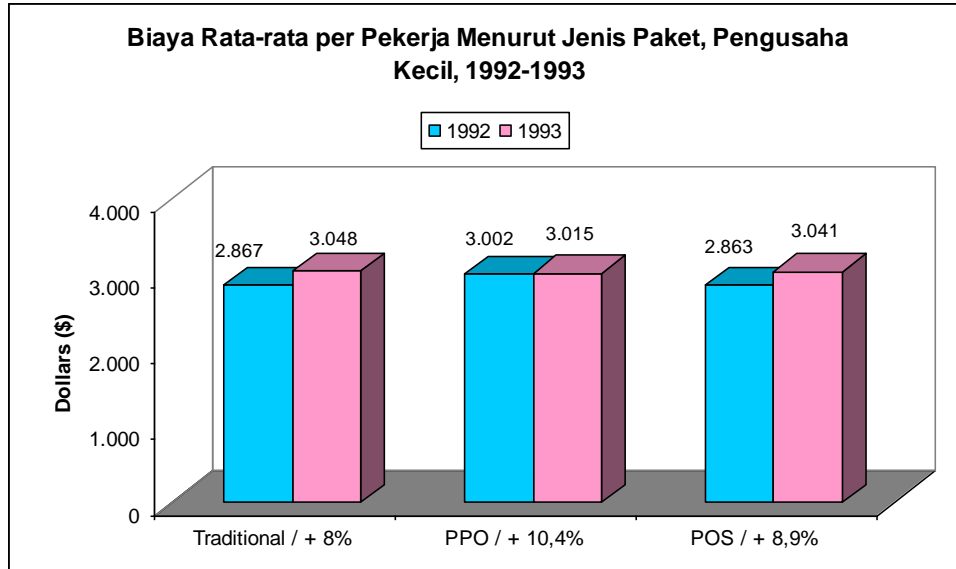
Karena pertumbuhan yang cepat disertai evolusi yang cepat, belum cukup informasi untuk membuktikan efektivitas *managed care*, terutama yang berkenaan dengan model *managed care* yang terbaru. Diperlukan waktu yang cukup untuk menilai dampak dari berbagai model atas penggunaan, pembiayaan, dan mutu pelayanan kesehatan. Bagaimanapun, beberapa hasil evaluasi awal menunjukkan hal yang positif. Sebagai contoh, suatu perbandingan biaya kesehatan karyawan oleh A. Foster Higgins menunjukkan bahwa biaya untuk peserta yang menggunakan *managed care* lebih kecil dari pada yang menggunakan paket konvensional. (Gambar 2.9 dan 2.10)



Gambar 2.9. Biaya Rata-rata per Pekerja Menurut Jenis Paket, Pengusaha Besar, 1992-1993

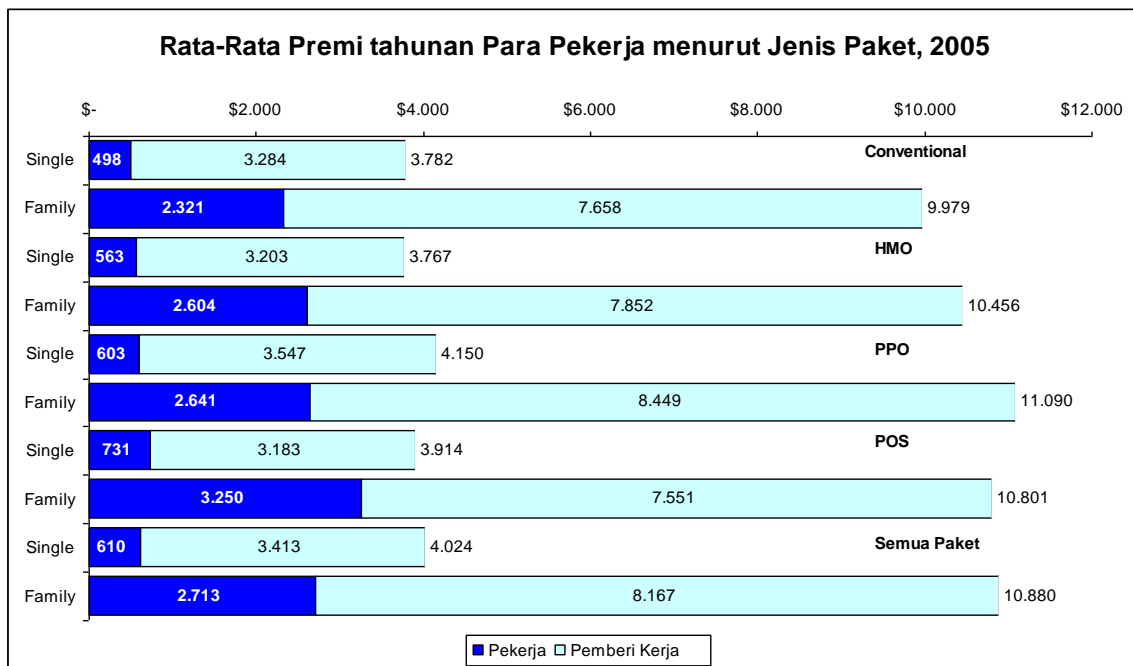
Sumber: Foster Higgins National Survey of Employer-Sponsored Health Plans, 1993

Berdasarkan survei yang dilaksanakan pada tahun 2005, besaran premi asuransi komersial yang disponsori pengusaha rata-rata setiap tahunnya \$4.024 untuk peserta bujangan (*single*) dan \$10.880 untuk peserta keluarga (*family*). Paket PPO lebih disukai walaupun paling mahal, yaitu untuk bujangan (\$4.150) dan keluarga (\$11.090). Sedangkan harga paket HMO \$3.767 untuk bujangan, adalah 9% lebih murah dari paket PPO. Pada paket konvensional untuk keluarga juga lebih murah sekitar 10% dibandingkan dengan paket PPO.²⁶ (Gambar 2.11)



Gambar 2.10. Rata-rata Biaya per Pekerja Menurut Jenis Paket Pengusaha Kecil, 1992-1993

Sumber: Foster Higgins National Survey of Employer-Sponsored Health Plans, 1993



Gambar 2.11. Rata-Rata Premi tahunan Para Pekerja menurut Jenis Paket, 2005

Sumber: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999-2005.

Biaya yang lebih murah merupakan fakta yang menunjukkan *managed care* secara umum menawarkan paket manfaat yang lebih luas dibanding paket *fee-for-service*. (Gambar 2.12) HMO dan PPO keduanya mempertahankan atau memperbaiki kelengkapan cakupan manfaat selama periode 1988-1993.

	HMO 1988	HMO 1993	FFS 1988	FFS 1993	PPO 1988	PPO 1993
Adult Physicals	96%	93%	20%	43%	37%	51%
Well-Baby Care	95	91	38	56	58	72
Outpatient Mental Health	92	90	93	94	95	96
Inpatient Mental Health	92	86	94	96	96	96
Substance Abuse	93	90	84	91	91	93

Gambar 2.12. Persentase Pekerja dalam Paket Kesehatan yang Menawarkan Manfaat Khusus, 1988-1993

Sumber: KPMG Peat Marwick 1993 Survey of Employer-Sponsored Health Benefits; HIAA 1988 Health Benefits Study.

Hasil studi yang dilaksanakan pada tahun 2004, menunjukkan bahwa umumnya paket kesehatan yang disponsori oleh perusahaan dan diberikan kepada para pekerja mencakup layanan kehamilan (prenatal care) dan layanan fisik, selain layanan obat resep dan kesehatan mental. Ada juga beberapa pengusaha yang memberikan paket layanan akupunktur dan *chiropractic*.²⁷ (Gambar 2.13)

	All Small Firms (3-199 Workers)	All Large Firms (200 or More Workers)	All Firms
ALL PLANS			
Adult Physicals	96%	94%	95%
Prescription Drugs	100	100	100
Outpatient Mental	95	99	98
Inpatient Mental	96	99	98
Annual OB/GYN Visit	99	98	98
Prenatal Care	97	100*	99
Oral Contraceptives	87	89	89
Well-Baby Care	95	98	97
Acupuncture	41	50	47
Chiropractic Care	79*	91*	87

Gambar 2.13. Persentase Pekerja dengan Manfaat Khusus, 2004

Sumber: Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust, Employer Health Benefits, 2004 Annual Survey, September 2004

MANAGED CARE DI INDONESIA

LATAR BELAKANG

Asuransi Kesehatan di Indonesia telah berkembang sejak lama; pada tahun 1950 sudah dikenal Sistem Restitusi Pemeliharaan Kesehatan, yaitu sistem penggantian biaya kesehatan oleh pemerintah atas biaya kesehatan yang dikeluarkan pegawai negeri. Saat itu penggantian biaya masih memungkinkan karena jumlah pegawai negeri masih sedikit. Pada tahun 1969 terjadi perubahan, yang didasarkan pada Keputusan Presiden No. 230 Tahun 1969 yang menetapkan sistem pembiayaan pra-upaya (*prospective payment*) dengan iuran melalui pemotongan 2% gaji pegawai negeri sipil dan pensiunan yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). BPDPK mengalami beberapa kali perubahan bentuk, yaitu pada tahun 1968 Menjadi perusahaan Umum (Perum) dengan nama Perum Husada Bhakti (PHB); Pada tahun 1992 berubah menjadi bentuk perseroan terbatas (PT) dengan nama PT Asuransi Kesehatan Indonesia (PT ASKES, Persero); dan terakhir, pada tanggal 1 Januari 2014 menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang Kesehatan.

Sejak tahun 1980 dikenalkan konsep pembiayaan pra-upaya dengan sistem kapitasi yang merupakan pola Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM). Selanjutnya sejak tahun 1992 pelaksanaan DUKM ini berjalan dalam bentuk JPKM seperti yang tercantum dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Dalam undang-undang tentang Kesehatan, JPKM diatur dengan adanya keterpaduan pelayanan kesehatan dan pembiayaan untuk mewujudkan kendali mutu dan kendali biaya yang dikenal sebagai *managed care*. Bahkan, JPKM oleh pemerintah sempat digunakan sebagai salah satu pilar Strategi Nasional menuju Indonesia Sehat 2010.

Pada dasarnya JPKM melakukan penataan sub-sistem pembiayaan kesehatan dalam bentuk pemupukan dana masyarakat serta menata sub-sistem pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif seimbang dengan pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Hal ini dilakukan, karena dinilai akan lebih efektif dan efisien dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan. Namun dengan ditetapkannya Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, konsep JPKM tidak lagi mempunyai landasan hukum untuk pelaksanaannya.

Pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan pemerintah terus mencari bentuk. Beberapa skema yang telah dan akan dikembangkan antara lain:

- pengembangan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yakni bentuk jaminan kesehatan pra bayar yang bersifat wajib untuk seluruh masyarakat;
- pengembangan jaminan kesehatan berbasis sukarela, seperti asuransi kesehatan komersial dan JPKM sukarela;

- pengembangan jaminan kesehatan sektor informal, jaminan kesehatan mikro (dana sehat), dana sosial masyarakat;
- pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK-Gakin, Askeskin ataupun Jamkesmas).
- Pengembangan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yakni bentuk jaminan kesehatan pra bayar yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.

Asuransi kesehatan indemnititas atau ganti rugi tradisional di Indonesia yang diatur dalam Undang-undang No 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, selain menjual produk-produk asuransi kesehatan tradisional juga menawarkan produk-produk asuransi kesehatan *managed care*, dan ada yang menawarkan produk-produk hibrida sebagai gabungan dari keduanya.

Berikut ini beberapa penjelasan tentang masuknya pengaruh *managed care* pada beberapa program yang pernah dilaksanakan, seperti program JPKM yang dijual ke masyarakat luas, program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Jamsostek (JPK Jamsostek) bagi pekerja swasta, dan program Asuransi Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (ASKES).

MANAGED CARE DAN PERKEMBANGAN JPKM, ASURANSI KESEHATAN BAGI MASYARAKAT

JPKM menyediakan pelayanan kesehatan paripurna dan berjenjang dimana pelayanan diawali dengan pelayanan tingkat pertama, melalui jaringan pemberi *provider*. Sistem pembiayaan secara di muka atau prabayar (prepaid premium) oleh para konsumennya melalui suatu badan pengelola dana yang kemudian menerapkan pembayaran pra-upaya kepada *provider*. Sistem ini bertujuan agar peserta atau anggota mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhannya dan mengeluarkan biaya yang lebih efektif (cost effective). Pelayanan harus dilaksanakan pada tingkat pelayanan primer terlebih dahulu. Pelayanan spesialis hanya dapat diberikan atas dasar rujukan dari pelayanan primer. Pelaksanaan azas rujukan ini dimaksudkan agar dapat dilakukan penyaringan kasus dan pengendalian biaya karena pelayanan kesehatan spesialis dan rawat inap meskipun frekuensinya kecil namun menyerap biaya tinggi. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik atau kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur, yang dilakukan di rumah sakit.

Organ JPKM terdiri dari:²⁸

- Badan Pembina (Bapim) JPKM adalah lembaga pemerintah yang berfungsi melaksanakan pembinaan dan pengembangan JPKM. Bapim dibentuk di setiap tingkat pemerintahan yaitu pusat, provinsi maupun kabupaten/kota. Pembentukan Bapim ini dilakukan melalui pengukuhan dalam beragam bentuk seperti Surat Keputusan, Surat Edaran atau Instruksi, dari kepala daerah, atau kepala dinas kesehatan atau kepala kantor wilayah departemen kesehatan (sebelum berlakunya otonomi daerah).

- Badan Penyelenggara (Bapel) JPKM adalah badan hukum sebagai penyelenggara JPKM yang memiliki izin operasional JPKM. Bapel memperoleh izin dari pemerintah dan melaksanakan praktek-praktek *managed care*. Badan penyelenggara JPKM dapat dikelompokkan dalam beberapa kategori sebagai berikut:
- jika mendapat izin operasional dari Menteri Kesehatan disebut Badan Penyelenggara (Bapel). Sampai tahun 2000, terdapat 27 Bapel JPKM di 9 provinsi. Dari Bapel yang ada, sebagian besar berbentuk Perusahaan Terbatas (PT), sedangkan lainnya berbentuk Koperasi dan Yayasan, serta Badan Usaha Milik Daerah (BUMD).
- jika belum mendapatkan izin operasional dari Menteri Kesehatan tetapi telah mendapat izin operasional dari Kepala Kanwil Departemen Kesehatan Provinsi (sebelum berlakunya otonomi daerah), dikenal dengan sebutan Pra-Bapel. Pra-Bapel dapat dikelompokkan dalam dua kategori yaitu:
 - Pra-Bapel JPSBK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan) adalah penyelenggara JPKM dengan peserta utamanya adalah golongan masyarakat miskin (keluarga miskin, Gakin). Pra-Bapel ini dibentuk untuk mengelola dana subsidi pemerintah berupa premi bagi masyarakat miskin pada masa krisis moneter tahun 1997.
 - Pra-Bapel Non-JPSBK adalah penyelenggara JPKM dengan peserta utamanya bukan golongan masyarakat, dan menjadi peserta secara mandiri.
- Jumlah Bapel dan Pra-Bapel tersebut terus berkurang dan beberapa diantaranya masih beroperasi dalam situasi status quo setelah terbitnya Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang SJSN, yang mensyaratkan harus berbentuk BUMN.
- Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK/*provider*) adalah sarana pelayanan kesehatan baik individual maupun institusional yang memberikan pemeliharaan kesehatan kepada peserta JPKM. Penggunaan jaringan *provider* adalah berjenjang melalui *provider* tingkat pertama yang bermutu dan menerima pembayaran secara pra-upaya (kapitasi, budget system dll).
- Peserta JPKM adalah setiap orang dalam kesatuan keluarga atau kelompok orang, yang membayar premi dan terdaftar pada badan penyelenggara JPKM.

JPKM mempunyai ciri-ciri *managed care* seperti:

- pembayaran premi dilaksanakan secara prabayar dari peserta kepada Bapel JPKM dan pembayaran biaya pelayanan secara pra-upaya (*prospective payment*) dari Bapel kepada *provider*;
- adanya mekanisme bagi risiko dan hasil (*risk profit sharing*), antara Bapel JPKM dengan *provider*;

- o hubungan antara Bapel dan *provider* dan antar Bapel dengan peserta diatur melalui ikatan kerja/kontrak tertulis yang menata secara rinci serta jelas antara hak dan kewajiban masing-masing pihak;
- o penanganan keluhan dilaksanakan oleh Bapel bertujuan untuk menjamin mutu dan stabilitas dalam menjalankan kegiatan JPKM;

No	Provinsi	JPK	Non-JPK	Penduduk	Gakin	% Gakin
1	NAD	1.090.813	3.075.227	4.166.040	1.725.684	41,42%
2	Sumatera Utara	3.320.617	8.636.538	11.957.155	460.617	3,85%
3	Sumatera Barat	1.583.697	2.713.305	4.297.002	588.810	13,70%
4	Riau	1.034.267	3.856.248	4.890.515	1.662.775	34,00%
5	Jambi	435.939	1.971.390	2.407.329	124.298	5,16%
6	Sumatera Selatan	1.211.363	5.823.214	7.034.577	401.771	5,71%
7	Bengkulu	317.591	1.275.335	1.592.926	92.689	5,82%
8	Lampung	2.010.270	4.644.084	6.654.354	1.996.307	30,00%
9	Kep. Bangka Belitung	19.287	931.139	950.426	-	-
10	DKI Jakarta	2.974.027	5.410.826	8.384.853	162.465	1,94%
11	Jawa Barat	6.623.183	29.524.305	36.147.488	2.060.879	5,70%
12	Jawa Tengah	11.325.356	20.240.665	31.566.021	1.790.853	5,67%
13	DI Yogyakarta	1.491.626	1.839.211	3.330.837	235.421	7,07%
14	Jawa Timur	7.668.902	27.097.096	34.765.998	7.267.843	20,91%
15	Banten	465.335	8.064.464	8.529.799	473.642	5,55%
16	Bali	868.856	2.379.505	3.248.361	92.964	2,86%
17	Nusa Tenggara Barat	565.503	3.075.925	3.641.428	489.570	13,44%
18	Nusa Tenggara Timur	1.000.678	2.940.048	3.940.726	579.627	14,71%
19	Kalimantan Barat	442.016	3.458.255	3.900.271	240.777	6,17%
20	Kalimantan Tengah	258.076	1.565.639	1.823.715	445.744	24,44%
21	Kalimantan Selatan	645.507	2.494.493	3.140.000	159.273	5,07%
22	Kalimantan Timur	761.386	1.797.186	2.558.572	123.441	4,82%
23	Sulawesi Utara	570.226	1.410.227	1.980.453	234.776	11,85%
24	Sulawesi Tengah	361.619	1.704.775	2.066.394	-	-
25	Sulawesi Selatan	822.261	7.160.854	7.983.115	-	-
26	Sulawesi Tenggara	366.350	1.425.323	1.791.673	208.836	11,66%
27	Gorontalo	119.331	706.043	825.374	84.132	10,19%
28	Maluku	128.169	1.071.898	1.200.067	-	-
29	Maluku Utara	362.418	494.106	856.524	88.900	10,38%
30	Papua	272.758	2.114.610	2.387.368	265.514	11,12%
	Jumlah	49.117.427	158.901.934	208.019.361	22.057.608	10,60%

Gambar 2.14. Cakupan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin (Gakin) tahun 2003

Sumber: Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, "Profil Kesehatan Indonesia", Bank Data Departemen Kesehatan, dari situs web <http://bankdata.depkes.go.id/Profil/INDEX.HTM>

- o menjaga mutu pelayanan kesehatan agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai kebutuhan dan standar profesi serta kaidah pengobatan rasional;
- o adanya pemantauan pemanfaatan (telaah utilisasi) pelayanan kesehatan. Pemantauan ini diperlukan untuk dapat melakukan penyesuaian kebutuhan medis peserta, mengetahui

perkembangan epidemiologi penyakit peserta, dan pengendalian penggunaan pelayanan kesehatan oleh peserta; dan

- adanya mekanisme pemeliharaan kesehatan paripurna mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif yang dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang oleh sarana pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier.

Dengan pembayaran pra-upaya kepada *provider*, Bapel membebaskan diri dari risiko kerugian yang timbul akibat pembayaran *provider* yang berdasarkan tagihan atas jasa pelayanan yang telah diberikan (bentuk *fee-for-services* atau *reimbursement*). Pembayaran pra-upaya kepada *provider* membuat *provider* dapat merencanakan pelayanan kesehatan dengan sebaik-baiknya secara efektif biaya berdasarkan profil peserta.

Pada tahun 1998 Departemen Kesehatan membuat program bantuan di bidang kesehatan untuk masyarakat miskin yang dikenal dengan Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPBSK) yang di dalamnya terdapat program JPKM-JPBSK. Banyak pihak yang dilibatkan dalam program ini baik pemerintah daerah maupun swasta melalui Bapel JPKM yang telah ada hampir di seluruh wilayah Indonesia. Pada tahun 2005, Departemen Kesehatan menunjuk PT Askes sebagai pelaksana JPBSK. Keputusan ini mengundang reaksi karena sebelumnya pemerintah sudah membentuk Bapel JPKM.²⁹

Selanjutnya program JPBSK terus berubah dan masyarakat mengenalnya dengan program Askeskin. Pada tahun 2008, pemerintah tidak lagi sepenuhnya menggantungkan pelaksanaan program ini kepada PT Askes. Jumlah peserta program ini pada tahun 2003 berjumlah lebih dari 22 juta kepala keluarga miskin.³⁰ (Gambar 2.14) Penjelasan lebih lanjut tentang JPKM, dapat dipelajari dalam Buku Modul Asuransi Kesehatan Nasional.

MANAGED CARE DAN PERKEMBANGAN PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN (JPK) JAMSOSTEK, ASURANSI KESEHATAN BAGI PEKERJA SWASTA

Program JPK Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) merupakan salah satu program yang berbeda dengan program Jamsostek lainnya, yakni Jaminan Hari Tua (JHT), Jaminan Kematian JKM, dan Jaminan Kecelakaan Kerja JKK, terutama menyangkut dengan mekanisme pelayanan yang diberikan kepada peserta. JPK merupakan program pemeliharaan kesehatan yang ditujukan bagi tenaga kerja beserta keluarganya dengan jumlah anak yang menjadi tanggungan paling banyak tiga orang. Bagi pengusaha yang telah menjalankan program pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerjanya dengan manfaat yang lebih baik dari paket JPK Jamsostek, tidak wajib ikut dalam JPK Jamsostek yang diselenggarakan oleh PT Jamsostek (*opting out*).

Untuk kepesertaan JPK Jamsostek berkaitan dengan ketentuan peraturan seperti disebutkan di atas, maka bagi perusahaan yang tidak mengikuti program JPK Jamsostek, seharusnya harus dapat menunjukkan bukti bahwa perusahaan tersebut telah menyelenggarakan program pemeliharaan kesehatan yang lebih baik dari program JPK Jamsostek. Upaya pembuktian ini dapat berupa dokumen dan keterangan dari Dinas Tenaga Kerja setempat. Namun belum

dapat diketahui dengan pasti jumlah perusahaan dan pekerja yang tidak mengikuti JPK Jamsostek.

Menurut Undang-undang No 3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja, besarnya tarif iuran JPK Jamsostek adalah sebesar 6% dari upah sebulan bagi tenaga kerja yang sudah berkeluarga, dan 3% dari upah sebulan bagi tenaga kerja yang belum berkeluarga. Seluruh pembayaran premi ditanggung pengusaha (*noncontributory plan*). Dalam Undang-Undang SJSN dan turunannya ditetapkan bahwa iuran menjadi ditanggung bersama antara pengusaha dan pekerja (*contributory plan*) dengan proporsi tertentu

Pembayaran iuran JPK Jamsostek sedikit berbeda dengan program lainnya, yakni berdasarkan pada upah atau gaji sebulan untuk perhitungan iuran, sebagaimana dimaksud dalam peraturan pemerintah adalah setinggi-tingginya Rp. 1.000.000. Dengan demikian, iuran program JPK Jamsostek untuk tenaga kerja lajang paling tinggi Rp. 30.000 dan untuk tenaga kerja yang berkeluarga Rp. 60.000. Ketentuan batas atas upah sebesar Rp. 1.000.000 sejak tahun 1992 ini, sudah tidak sepadan lagi dengan naiknya biaya pelayanan kesehatan selama satu dasa warsa terakhir, sehingga perlu dilakukan penyesuaian terhadap ketentuan tersebut.

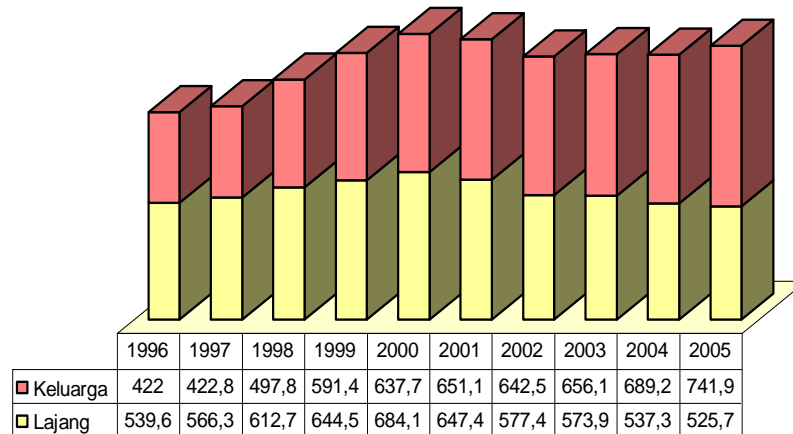
Sampai tahun 2001, paket JPK Jamsostek hanya mencakup sekitar 2,7 juta penduduk (1,3 juta para pekerja) dan program ASKES mencakup sekitar 14,5 juta penduduk. Dengan demikian, hanya di sekitar 8% dari total penduduk yang dijangkau oleh program kesehatan publik. Bila dijumlahkan dengan yang dijangkau oleh asuransi kesehatan komersial, baru mencapai 15% dari penduduk Indonesia.³¹

Rata-rata premi per pekerja sebagai peserta aktif dalam program JPK Jamsostek pada tahun 2003 adalah Rp 21.166 per bulan dari 16.431 perusahaan dengan 1.330.596 pekerja peserta aktif yang bergabung dalam program JPK. Jumlah pekerja tersebut belum termasuk anggota keluarga yang ditanggung dalam program JPK Jamsostek.³²

Sejak diselenggarakannya program JPK Jamsostek dari tahun 1992 sampai tahun 2005, kepesertaan mengalami pertumbuhan rata-rata sebesar 38,82% untuk perusahaan; 26,28% untuk tenaga kerja; dan 25,51% untuk jumlah tertanggung. Namun, tingginya pertumbuhan tersebut hanya terjadi di awal pembentukan program JPK pada tahun 1992, sementara sejak tahun 2001 sampai tahun 2004 pertumbuhannya justru sedikit menurun dan pada tahun 2005 kembali terjadi peningkatan sebanyak 944 perusahaan atau sebesar 4,38%; penambahan 88.971 tenaga kerja atau sebesar 7,55%; dan penambahan 245.397 orang tertanggung atau sebesar 9,39% dibandingkan tahun sebelumnya.

Pada tahun 2005, tercatat jumlah iuran untuk program JPK Jamsostek adalah Rp 461,03 milyar dengan rata-rata iuran per kapita (tertanggung) sebesar Rp 13.660 setiap bulannya. Dibandingkan dengan tahun 2004, nilai iuran per kapita meningkat 14%, dimana besarnya iuran per kapita yang diterima untuk tahun 2004 adalah Rp 12.746 dengan jumlah iuran untuk tahun ini sebesar Rp 393,2 milyar. Rata-rata pertumbuhan iuran tiap tahun cukup tinggi yaitu 40,26%. Salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah adanya kenaikan rata-rata Upah Minimum Pekerja (UMP) setiap tahun, ini dibuktikan dengan meningkatnya iuran per kapita setiap tahun.

Pada tahun 2005, perusahaan yang mendaftarkan tenaga kerjanya untuk mengikuti program JPK paket dasar sebanyak 22.473 perusahaan dengan jumlah tenaga kerja baik lajang maupun yang sudah berkeluarga sebanyak 1.267.600 orang dan tertanggung 2.860.012 orang. (Gambar 2.15)



Gambar 2.15. Kepesertaan Tenaga Kerja Program JPK Jamsostek 1996-2005 (dalam ribuan orang)

Sumber: Statistik Deskriptif Program Jamsostek 2005

Paket JPK Jamsostek diberikan sebagian besar berupa pelayanan kesehatan langsung di *provider* (dan beberapa jenis pelayanan dalam bentuk penggantian biaya dengan ada plafon biaya maksimum. Pelayanan diberikan melalui jaringan *provider* (PPK) yang tersebar hampir di seluruh wilayah Indonesia. Penyelenggaraan program JPK Jamsostek dilaksanakan secara berjenjang, terstruktur, berkesinambungan dan komprehensif. Jenis jasa layanan medis yang diberikan kepada peserta JPK Jamsostek, antara lain:

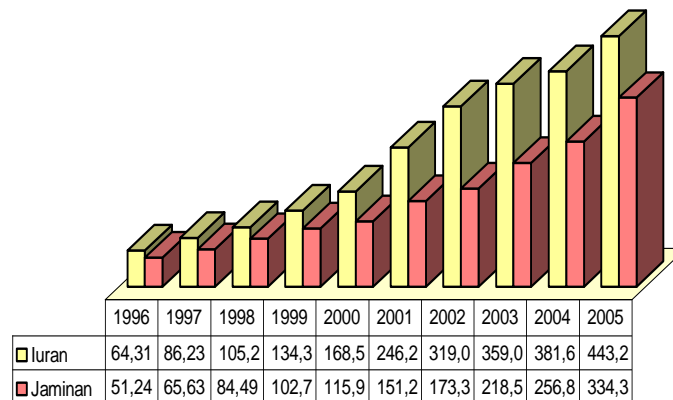
- rawat jalan tingkat pertama berupa pemeriksaan dan pengobatan dokter umum dan dokter gigi;
- rawat jalan lanjutan oleh dokter spesialis;
- rawat inap;
- pertolongan persalinan;
- penunjang diagnostik berupa pemeriksaan laboratorium, radiologi, EEG, dsb.;
- penggantian biaya protese, ortose, dan kacamata; dan
- pelayanan gawat darurat.

Sejak dilaksanakannya program JPK Jamsostek pada tahun 1992 sampai 2013, proporsi biaya/jaminan untuk program ini sebagian besar digunakan pada *provider* Tingkat I yang jumlahnya melebihi 50% dari biaya keseluruhan. Akan tetapi sejak tahun 2000 terjadi penurunan proporsi dan berada pada kisaran 40-50%. Proporsi biaya terbesar kedua

digunakan di *provider* Tingkat II rawat inap, kemudian *provider* Tingkat II rawat jalan, dan terakhir di Pelayanan khusus.

Dalam kurun waktu 1995-1999, rasio klaim untuk program JPK Jamsostek ini cukup tinggi, yaitu di atas 70%. Akan tetapi sejak tahun 1996, rasionya menurun dan berada pada kisaran yang ideal yaitu di antara 60-70%, kecuali untuk tahun 2002 mencapai rasio yang rendah yaitu 54,31%. Rata-rata rasio klaim dari tahun 1992 sampai 2005 adalah 69,29%. Pada tahun 2005, besarnya rasio klaim ini kembali mengalami peningkatan, yaitu sebesar 75,42%. (Gambar 2.16) Tingginya rasio adalah akibat dari antara lain:

- tingginya biaya pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh banyaknya peserta non-aktif yang masih dilayani;
- tingginya tunggakan iuran yang tidak termonitor;
- tidak dapat dipastikannya jumlah kepesertaan JPK di perusahaan;
- masih banyaknya perusahaan memasukkan tenaga kerja yang berupah rendah saja;
- adanya kenaikan biaya pelayanan kesehatan setiap tahun; dan
- belum optimalnya pengendalian biaya pelayanan kesehatan (pengendalian pada utilisasi, pelaksanaan *quality assurance*) karena keterbatasan Sumber Daya Manusia.³³



Gambar 2.16. Perkembangan iuran dan Jaminan program JPK Jamsostek (dalam miliar rupiah)

Sumber: Statistik Deskriptif Program Jamsostek 2005.

Sejak 1 Januari 2014, program JPK Jamsostek dialihkan ke program JKN sebagai pelaksanaan UU Sistem Jaminan Sosial Nasional.

MANAGED CARE DAN PERKEMBANGAN PROGRAM ASURANSI KESEHATAN BAGI PEGAWAI NEGERI SIPIL

PT Asuransi Kesehatan Indonesia (lebih populer disebut PT ASKES) sebagai perubahan dari bentuk sebelumnya, yaitu Perum Husada Bhakti. Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang dibentuk tahun 1968 menyediakan pelayanan kesehatan untuk pegawai negeri sipil (PNS), pensiunan PNS, dan anggota keluarga mereka. Paket pelayanan kesehatan diatur PP No. 69 tahun 1991 yang memberikan paket jasa kesehatan secara menyeluruh.

Jasa pelayanan kesehatan diberikan melalui jaringan pelayanan kesehatan terstruktur melalui upaya-upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Program ini dibiayai melalui kontribusi dari 2% dari gaji. Sejak tahun 2000, berdasarkan keputusan Presiden Pemerintah selaku pemberi kerja juga membayar kontribusi sebesar 2% dari gaji. Dengan demikian maka sejak tahun 2000 besaran premi asuransi kesehatan bagi PNS, Pensiunan PNS dan Pensiunan TNI/POLRI adalah 4% dari gaji;

Pembayaran *provider* dilaksanakan dengan sistem kapitasi, sistem anggaran dan sistem paket di bawah konsep *managed care*.

Jasa pelayanan kesehatan disediakan secara komprehensif mencakup layanan primer (rawat jalan tingkat pertama), rawat jalan di rumah sakit, rawat inap di rumah sakit, layanan kehamilan dan bersalin, farmasi, transfusi darah, perawatan gigi, anggota badan tiruan, alat bantu dengar, kacamata, dan jasa khusus seperti cuci darah, *CT scan*, dan penyakit jantung.

Pusat layanan kesehatan dan dokter keluarga digunakan untuk pelayanan primer, sedangkan pelayanan sekunder dan tersier dirujuk ke rumah sakit pemerintah, rumah sakit militer, dan rumah sakit swasta.

No	Program	1995	1996	1997
A	Asuransi Sosial (wajib)			
1	Pegawai Negeri Sipil (PNS)	3.884.589	4.021.066	4.029.492
2	Keluarga PNS	7.837.930	7.998.011	7.689.124
3	Pensiunan PNS	1.440.415	1.491.960	1.421.775
4	Keluarga Pensiunan PNS	2.906.324	2.967.550	2.713.048
	Jumlah	16.069.258	16.478.587	15.853.439
B	Asuransi Komersial (sukarela)			
1	Karyawan (pekerja)	322.487	495.158	579.612
2	Keluarga	-	-	-
	Jumlah	322.487	495.158	579.612

Gambar 2.17. Kepesertaan Program Askes Sosial dan Sukarela

Sumber: Awaloedin Djamin, Sentanoe Kertonegoro, Social Security Profiles in ASEAN Countries, ASSA, YTKI, Jakarta

Jenis jasa layanan medis yang diberikan kepada peserta asuransi kesehatan sosial/wajib (PNS), antara lain:

- rawat jalan melalui pusat layanan kesehatan primer, Puskesmas, klinik swasta, dokter praktek umum, Poli Spesialis RS Umum dan Swasta, praktek dokter spesialis;
- rawat inap di rumah sakit umum pemerintah dan swasta;
- pelayanan kehamilan dan bersalin;
- pelayanan obat-obatan;
- uji laboratorium untuk layanan diagnostik;
- perawatan gigi dan mata;
- layanan gawat darurat;
- operasi termasuk operasi jantung dan paru-paru;
- hemodialisis (cuci darah); dan
- cangkok ginjal
- Penunjang Diagnostik: Radio Diagnostik, Elektromedik, MRI, dll

Jumlah peserta asuransi kesehatan sosial/wajib untuk pegawai negeri sipil relatif konstan, sekitar 14 juta orang. (Gambar 2.17) Pada tahun 2003 berjumlah 13.822.400 orang dan peserta asuransi kesehatan komersial/sukarela berjumlah 1.217.616 orang.³⁴

Melalui berbagai upaya pengembangan sistem pelayanan dan pembiayaan yang telah dilakukan PT Askes, laju peningkatan biaya pelayanan dapat dikendalikan menjadi sekitar 17-20% per tahun. Walaupun demikian, PT Askes masih belum mampu mencukupi biaya rumah sakit untuk melayani peserta sehingga kesenjangan antara biaya yang dibayarkan PT Askes dengan biaya yang dikeluarkan rumah sakit masih tetap terjadi. Untuk mengurangi kesenjangan tersebut, sejak tahun 1999 telah diberlakukan iur biaya (cost sharing), sebagai alat pengendalian biaya. Pada tahun 2003, secara bertahap Pemerintah telah memberikan premi kepada PT Askes, agar manajemen mampu mengupayakan peningkatan pelayanan berupa perluasan jaringan pelayanan rawat jalan tingkat pertama oleh dokter keluarga, serta memperluas pelayanan rawat inap di rumah sakit swasta. Peningkatan lain adalah memberikan bantuan kepada Pemda yang mempunyai daya ungkit terhadap pelayanan langsung kepada peserta berupa bantuan untuk pelaksanaan Program Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS), bantuan hibah ambulance, dan lain-lain yang disesuaikan dengan kebutuhan Pemda setempat.³⁵ Penjelasan lebih lanjut tentang Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, dapat dipelajari dalam Buku Asuransi Kesehatan Nasional

MANAGED CARE DAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

Dengan diterapkannya sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk seluruh masyarakat mulai tanggal 1 Januari 2014, dengan sistem *managed care*, maka mulailah era baru penerapan *managed care* secara meluas di Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

(BPJS) Kesehatan merupakan badan penyelenggara program JKN yang melaksanakan jaminan kesehatan secara nasional bagi seluruh penduduk Indonesia,

JKN menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana prinsip *managed care* dengan karakteristik sebagai berikut:

- Pelayanan kesehatan yang dijamin bersifat menyeluruh sesuai kebutuhan medis, dapat diperoleh di seluruh Indonesia
- Pelayanan kesehatan diberikan oleh *provider* yang telah menjalin kerjasama dengan BPJS
- Pelayanan yang dilakukan di luar jaringan *provider* tidak dijamin, kecuali untuk kasus emergensi, dapat dilakukan penggantian biaya yang besarnya sesuai dengan tarif yang berlaku dalam JKN
- Pelayanan kesehatan dilakukan secara berjenjang; seluruh pelayanan yang tidak bersifat emergensi harus dimulai di pelayanan primer; pelayanan spesialis hanya dapat diberikan atas dasar rujukan pemberi pelayanan primer.
- Pelayanan primer diberikan oleh Puskesmas atau dokter keluarga yang menjalin kontrak kerjasama dengan BPJS dan ada dalam jaringan *provider*
- Pelayanan spesialis, diberikan oleh pemberi pelayanan spesialis, yang menjalin kontrak kerjasama dengan BPJS, baik milik pemerintah maupun swasta
- Pemberi pelayanan primer dibayar dengan sistem kapitasi; pemberi pelayanan rujukan (spesialis) dibayar dengan metoda INA CBG
- *Provider* yang ada dalam jaringan diseleksi berdasarkan criteria khusus dan menjalin kerjasama dalam kontrak hukum dengan BPJS
- Obat yang dijamin adalah yang ditetapkan oleh pemerintah (Kementerian Kesehatan) dan disusun dalam Formularium Nasional (Fornas)
- Monitoring dan kendali utilisasi dilaksanakan secara prospektif, *concurrent* retrospektif

RINGKASAN

Managed care muncul akibat dari adanya tantangan dan masalah dalam penyelenggaraan dan pendanaan pelayanan kesehatan sejalan dengan pengembangan lingkungan ekonomi, politik, dan sosial di Amerika Serikat. Pada awalnya para perintis melahirkan *managed care* sebagai praktek kelompok prabayar yang membangun struktur pembiayaan dan manfaat pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh pengusaha. Adanya dukungan pemerintah federal terhadap *managed care* melalui Undang-undang HMO tahun 1973, dan ditambah dengan minat besar pengusaha akan pendekatan *managed care* dalam menghadapi lonjakan biaya kesehatan telah menghasilkan pertumbuhan HMO yang berarti sejak tahun 1970-an hingga kini.

Masuknya korporasi di Amerika Serikat, termasuk perusahaan asuransi, menjadi faktor penting yang mempengaruhi perkembangan *managed care*. Pihak asuransi, menyadari adanya perubahan pasar, dan menanggapi nya dengan melakukan investasi dalam program *managed care* yaitu dengan berbagai jenis atau bentuk organisasi untuk meningkatkan efisiensi dan menjaga mutu.

Managed care dengan variasi regional yang berbeda-beda dalam penetrasi pasar terus tumbuh dan meluas. Bahkan pengaruhnya sampai ke daerah pedesaan di Amerika Serikat.

Pengaruh dan teknik *managed care* juga terjadi pada penyelenggaraan asuransi kesehatan di Indonesia dalam bentuk dan pengalaman yang tidak sepenuhnya sama dengan apa yang terjadi di Amerika Serikat. Asuransi sosial atau asuransi wajib seperti Asuransi Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (program ASKES) dan JPK Jamsostek bagi pegawai swasta, dan program JKN bagi seluruh rakyat Indonesia sedikit banyak dipengaruhi oleh teknik *managed care*. Demikian halnya, pada asuransi sukarela seperti JPKM dan tidak terkecuali perusahaan-perusahaan asuransi di Indonesia, juga ada yang menjual produk-produk kesehatan yang dipengaruhi teknik *managed care*.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

<i>American Medical Association (AMA)/Asosiasi Dokter Amerika</i>	<i>Gatekeeper</i>
<i>ASKES</i>	<i>HMO</i>
<i>Asosiasi dokter</i>	<i>HMO model kelompok</i>
<i>Asosiasi Praktek Dokter Perorangan</i>	<i>HMO terbuka</i>
<i>Asuransi ganti rugi atau indemnitas tradisional</i>	<i>INA CBG</i>
<i>Audit Tagihan Rumah Sakit</i>	<i>Indeks Harga Konsumen</i>
<i>Baylor Plan</i>	<i>Individual Practice Association (IPA)</i>
<i>Biro jasa medis</i>	<i>Jaminan</i>
<i>Blue Cross/Blue Shield</i>	<i>Jaminan terproteksi</i>
<i>Deductible</i>	<i>JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)</i>
<i>Demografi</i>	<i>JPK Jamsostek (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Jamsostek)</i>
<i>Dokter praktek sendiri</i>	<i>JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)</i>
<i>Exclusive Provider Organization (EPO)</i>	<i>Kantor Akuntan Publik</i>
<i>Fee-for-service</i>	<i>Kesehatan jiwa terkendali</i>

untuk kalangan sendiri

Kesehatan perilaku (mental)
Koasuransi
Layanan di luar paket
Manajemen medis
Memenuhi syarat secara federal
National Association of Insurance Commissioners (NAIC)
Paket Baylor
Paket katastrofik medis kelompok
Paket model staf
Pasar modal
Pelayanan primer
Pembayaran pra-upaya
Pendapat dokter bedah kedua
Pengaturan Managed Care spesialis
Pengelompokan tarif berdasarkan Diagnosa
Pengendalian utilisasi
Penyaringan prospektif
Penyedia atau pemberi layanan kesehatan
Perawatan di Rumah Sakit
Point-of-Service (POS) Plan
Pra sertifikasi
Prabayar
Praktek kelompok prabayar
Preferred Provider Organization (PPO)
Premi
Program farmasi terkendali
Proses sertifikasi sukarela
Provider jaringan
Risiko
Sertifikasi
Sherman Antitrust Act
Telaah sejawat dokter
Telaah utilisasi
Undang-Undang HMO
Underwriter
Urun bayar
Urun biaya
Utilisasi
Voluntary certification process
Wrap-around coverage

BAB 3 ORGANISASI, PEMILIK DAN STRUKTUR MANAJEMEN MANAGED CARE

<i>Pendahuluan</i>	<i>Pemilik MCO</i>
<i>Health Maintenance Organization (HMO)</i>	<i>Pengelolaan dan Struktur Manajemen MCO</i>
<i>Preferred Provider Organization (PPO)</i>	<i>Faktor-faktor yang mempengaruhi managed care</i>
<i>Exclusive Provider Organization (EPO)</i>	
<i>Point of Service (POS)</i>	<i>Ringkasan</i>
<i>HMO model pelayanan terbatas/khusus</i>	<i>Istilah-istilah penting</i>
<i>Managed Indemnity</i>	

PENDAHULUAN

Managed care mulai berkembang di tahun 1930an, di kala pembayaran pra upaya pada praktek kelompok (*prepaid group practice*) yang pertama didirikan sebagai suatu cara meningkatkan akses kepada pelayanan kesehatan yang bermutu dan sebagai alat untuk menyediakan pelayanan preventif. Praktek kelompok dengan pembayaran pra upaya ini merupakan bentuk awal dari organisasi penyelenggara pemeliharaan kesehatan (Health Maintenance Organization, HMO).

Sistem kesehatan telah berubah dengan kecepatan yang tidak diperkirakan banyak orang; umumnya sebagai reaksi terhadap tingginya peningkatan biaya kesehatan. Perubahan yang tampak paling menonjol adalah menjamurnya *managed care organization* (MCO).

Meskipun banyak variasi bentuk dan operasinya, kebanyakan MCO memiliki elemen yang sama, yaitu:

- Kerja sama dengan pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) untuk memberikan pelayanan kesehatan komprehensif kepada peserta.
- Standar baku dalam pemilihan *provider*
- Program formal dalam jaga mutu (*quality assurance*) dan tinjauan utilisasi (*utilization review*).
- Ada insentif ekonomis bagi peserta untuk menggunakan jaringan *provider* dan mengikuti prosedur yang ditetapkan MCO.
- pengendalian penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan;
- teknik-teknik pengendalian biaya;
- risiko keuangan pada batas tertentu ditanggung bersama oleh *provider* dan pembayar

- manajemen utilisasi pelayanan.

Banyak tipe *managed care* yang berkembang sampai kini, variasinya pun terus muncul. Amerika Serikat, yang memiliki model asuransi kesehatan swasta yang kompetitif, ternyata lebih inovatif dalam mengembangkan model-model penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan dibandingkan negara-negara lain yang pemerintahannya mengendalikan program asuransi kesehatan.

Ada kesinambungan model *managed care* dari yang paling kurang terkendali hingga yang paling terkendali. Program yang paling kurang terkendali, yaitu asuransi indemnitas tradisional, membebaskan peserta memilih *provider*, akan tetapi pembayar (*payer*) dan peserta program (*enrollee*) membayar lebih mahal. Sedangkan pada pelayanan yang paling terkendali, seperti HMO model staf, membatasi secara ketat akses peserta terhadap *provider*, akan tetapi dengan biaya yang lebih rendah bagi pembayar dan peserta program.

Ketika pendekatan *managed care* semakin canggih, *provider* diminta untuk memberi pelayanan bermutu tertinggi dengan biaya sewajar mungkin. Pasar pelayanan kesehatan yang kompetitif di Amerika Serikat menyebabkan lingkungan *managed care* terus berubah dalam upaya mencapai tujuan di atas.

Perlu diingat bahwa tidak ada model *managed care* yang dapat memberikan ketiga hal berikut ini yaitu: manfaat sebanyak mungkin, kebebasan memilih *provider*, dan harga yang murah sekaligus. Program *managed care* terbaik hanya mampu menyediakan dua dari tiga aspek tersebut. Beberapa program mengutamakan kebebasan memilih dan biaya murah, sedang yang lain mengutamakan manfaat dan biaya, atau kebebasan memilih *provider* dan manfaat.

HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (HMO)

Health Maintenance Organization (HMO) adalah organisasi *managed care* masa kini yang paling canggih dalam mengendalikan biaya, utilisasi, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Secara umum HMO memiliki karakteristik sebagai berikut:

- Paket program jaminan kesehatan (*health benefits*) bersifat komprehensif dengan premi tetap (*fixed-premium*).
- *provider* terbatas pada jaringan dokter dan rumah sakit yang tergabung dalam HMO.
- Peserta tidak perlu membayar atau hanya membayar sedikit bila menggunakan *provider* yang tergabung dalam jaringan HMO.
- Dokter pelayanan primer berperan sebagai gate keeper atau sebagai pengendali rujukan ke dokter spesialis atau rawat inap.

Beberapa HMO berada di bawah perusahaan asuransi, sedangkan yang lain beroperasi secara mandiri dan tidak berafiliasi dengan perusahaan asuransi. Berbeda dengan asuransi tradisional, HMO memberikan layanan langsung kepada peserta dengan memiliki sendiri atau mengontrak dokter dan rumah sakit. Pada proses perekrutan *provider* dalam jaringan HMO, para *provider* harus melalui proses kredensial berupa penilaian cermat atas kualifikasi pendidikan, riwayat pekerjaan, status rumah sakit dan sejarah malapraktek, serta kadang-kadang wawancara dengan komite *peer review*. Kecermatan itu menjadi landasan dalam memilih sejumlah *provider* dengan tipe tertentu yang merupakan bagian jaringan *provider* suatu HMO.

PEMBAYARAN PELAYANAN

Pada HMO, peserta atau pemberi kerja membayar premi tetap per peserta per bulan atau per tahun untuk mendapatkan seluruh pelayanan yang ditawarkan, bukan dengan *fee-for-service* seperti asuransi indemnitas tradisional. HMO menanggung risiko bahwa biaya pelayanan tidak akan melebihi premi tersebut. Hal ini bisa tercapai bila ada efisiensi dan ada program pemeliharaan kesehatan peserta agar tetap sehat.

Sekarang ini ada empat model utama HMO; keempatnya berbeda dalam hal mengontrak dan mengganti biaya *provider*. Keempat model itu adalah model staf, model kelompok, model asosiasi praktek individu (*the individual practice association*), dan model jaringan atau model campuran.

1. HMO MODEL STAF

HMO model staf kerap kali memiliki sendiri fasilitas klinik untuk digunakan oleh peserta. Para dokter merupakan karyawan HMO yang mendapat gaji (tidak dibayar berdasarkan jumlah pasien yang ditangani), memberi pelayanan hanya kepada peserta program. Metode ini disebut panel tertutup dan paling ketat mengontrol pola praktek dokter, sehingga memungkinkan kontrol lebih besar terhadap utilisasi. Para dokter selain menerima gaji, mungkin juga menerima insentif atau bonus tergantung kinerja mereka, dan HMO menanggung risiko biaya pelayanan.

Keuntungan dan Kerugian. HMO model staf mungkin paling nyaman bagi peserta karena menawarkan paket pelayanan lengkap seperti pemeriksaan dokter, laboratorium, radiologi, dan farmasi yang sepenuhnya berada dalam satu lokasi. Namun, biaya investasi awal untuk model ini cukup mahal. Oleh karena itu, HMO model staf membutuhkan modal awal yang lebih besar dibanding HMO model lain.

2. HMO MODEL-KELOMPOK/GRUP

Tidak seperti HMO model staf, HMO model kelompok membuat kontrak dengan kelompok multi-spesialis untuk memberikan pelayanan bagi peserta program. Para dokter bukan karyawan HMO, namun dipekerjakan oleh kelompok multi spesialis. HMO membayar kelompok dokter dengan cara kapitasi yang disepakati jumlahnya dan kelompok dokter kemudian membayar para dokter yang menjadi anggotanya dengan berbagai cara. Pada beberapa kasus, HMO membentuk sendiri kelompok multi spesialis untuk melayani anggota HMO, akan tetapi praktek kelompok itu tetap mempertahankan identitas kelompoknya sendiri. Dalam kasus tertentu, praktek kelompoklah yang memiliki HMO.

Para dokter di HMO model kelompok menggunakan fasilitas yang dimiliki oleh kelompok atau HMO. Kelompok pada umumnya memperoleh imbalan tetap untuk setiap orang yang ikut serta dalam HMO atas semua pelayanan yang diberikan, baik layanan primer maupun layanan rujukan. Pembayaran dilakukan secara kapitasi, di muka, sebelum pelayanan diberikan kepada peserta. Dalam kasus tertentu, kelompok praktek dokter dapat membuat kontrak dengan HMO dengan sistem pembayaran atas dasar biaya pelayanan bukan kapitasi. Tergantung pada model kelompok itu, sebagian kelompok memperkenankan pasien dilayani di luar HMO dan mendapat pembayaran dari pasien tersebut. Ada pula kelompok praktek yang dibayar secara kapitasi oleh HMO dan menanggung risiko dengan membayar semua atau sebagian biaya rumah sakit.

HMO model staf dan HMO model kelompok disebut HMO panel tertutup. Istilah "panel tertutup" mengacu pada kenyataan bahwa para anggota/peserta HMO hanya boleh menggunakan jasa kelompok dokter yang dikontrak atau dipekerjakan oleh HMO.

Keuntungan dan Kerugian. Keuntungan model kelompok dibandingkan model staf adalah modal untuk model kelompok lebih kecil, kurang perlu membeli fasilitas kesehatan, dan biaya kapitasi pada model kelompok lebih murah dibanding gaji dokter pada model staf

Model kelompok barangkali kurang menguntungkan dibandingkan model HMO lainnya karena jumlah kelompok yang memberi pelayanan rawat jalan sedikit, atau penyebaran kelompok tidak merata sehingga menyulitkan peserta. Selain itu, model ini, meskipun mampu secara signifikan mengendalikan pola praktek dokter dan utilisasi, tidaklah seketat model staf, dimana dokternya adalah karyawan HMO.

3. INDIVIDUAL/INDEPENDENT PRACTICE ASSOCIATION (IPA)

Dalam model ini, HMO mengontrak dokter praktek secara individu maupun kelompok/asosiasi secara terorganisasi. Sebagian besar HMO mengambil model ini. IPA adalah badan hukum

yang mengadakan kontrak dengan HMO. Dokter yang terhimpun dalam organisasi ini tetap mempertahankan praktek mandiri dan klinik mereka sendiri selain menerima peserta HMO. Dokter–dokter di suatu komunitas boleh bergabung dengan IPA.

Sebagian besar HMO memberikan kompensasi bagi dokter IPA melalui kapitasi. IPA menerima sejumlah kapitasi untuk peserta HMO untuk menutupi jasa pelayanan. Dalam kasus tertentu, kapitasi langsung dibayar ke dokter bukan ke IPA. Pada kasus yang lain, IPA mengganti biaya dokter anggotanya yang melaksanakan pelayanan primer berdasar *fee-for-service* atau kombinasi *fee-for-service* dan kapitasi.

Bila penggantian biaya secara *fee-for-service*, maka kerap kali sebagian pembayaran itu ditahan (*withhold*) sebagai metode untuk menanggung bersama risiko dalam keadaan terjadi risiko melebihi perkiraan. Apabila pelayanan yang diberikan ternyata *cost effective*, jumlah dana yang ditahan dibagikan kepada *provider* yang terlibat dalam program. Kebanyakan dokter spesialis dibayar berdasar *fee-for-service* dengan diskon dan metode *withhold*. Secara umum, peserta HMO hanya dapat dilayani oleh dokter spesialis jika mereka dirujuk oleh dokter pelayanan primer. Pada sebagian IPA, dokter pelayanan primer menanggung risiko finansial apabila merujuk ke dokter spesialis atau rumah sakit. Cara menanggung risiko keuangan diatur dalam berbagai mekanisme.

Stop-Loss Arrangements.

Metode *withhold* sering pula memasukkan *stop-loss arrangements* untuk melindungi dokter agar tidak rugi besar apabila ada pasien berbiaya mahal. *Stop-loss* adalah tipe asuransi yang memberikan perlindungan bila klaim lebih besar dari jumlah tertentu per orang yang ditanggung (*covered*). *Stop-loss* merupakan proteksi yang umum dilakukan untuk menghadapi kerugian finansial dari kasus-kasus bencana.

Ada banyak tipe *stop-loss*. Pada sebagian besar tindakan *stop-loss*, batas-batas liabilitas ditentukan di awal atas dasar agregat atau atas dasar spesifik.

Bila atas dasar agregat (*aggregate stop-loss insurance*) maka klaim yang melebihi suatu batas agregat pada masa tertentu akan diganti. Batas tersebut biasanya ditetapkan sekian persen dari klaim (sebagai contoh, 125%) dan dihitung dari jumlah bulan dikali jumlah individu yang ditanggung. Diperhitungkan juga frekuensi klaim, dan rata-rata besaran klaim.

Stop-loss insurance atas dasar spesifik (*specific stop-loss insurance*) akan memberi perlindungan dari klaim individual yang besar jumlahnya dengan cara membatasi tanggung gugat (*liability*) pembeli polis selama periode tertentu. Batas ini biasanya dinyatakan dalam nominal, misalnya Rp 10.000.000

Physician-Hospital Organization (PHO)

Physician-hospital organization (PHO) sebagai suatu bentuk IPA. PHO adalah bentuk IPA yang makin lazim dimana rumah sakit dan dokter berhimpun untuk membuat kontrak dengan organisasi *managed care*. PHO diorganisasikan secara formal, bersifat kontrak atau korporasi, dan dapat melibatkan para dokter yang bukan anggota staf medis rumah sakit.

PHO adalah organisasi yang sah secara hukum dan dimiliki oleh satu atau lebih rumah sakit dan kelompok dokter agar memperoleh kontrak demi kepentingan bersama. Dokter tetap praktek mandiri dan melayani pula pasien *managed care* di bawah persyaratan-persyaratan PHO. PHO bertindak sebagai negosiator, kontraktor, dan unit pemasaran.

Hubungan dalam PHO bersifat simbiosis, rumah sakit harus memiliki modal dan infrastruktur organisasi, suatu hal yang seringkali tidak dimiliki oleh dokter. Di lain pihak, rumah sakit rentan terhadap perubahan pasar. PHO memungkinkan dokter untuk memusatkan perhatian pada hal-hal yang terkait dengan kesehatan dan manajemen klinik sedangkan rumah sakit bertindak sebagai pusat administrasi atau keuangan.

PHO diorganisasikan dengan berbagai cara namun dengan ciri yang sama. Kekhasan PHO adalah memberi hak yang sama bagi dokter dan rumah sakit dalam hal kepemilikan dan perwakilan di PHO. Para dokter terlebih dahulu berhimpun dalam satu IPA. Bila quorum tercapai, yaitu jumlah wakil dokter dan wakil rumah sakit sama, mereka memilih perwakilannya untuk duduk di dewan PHO.

PHO bervariasi dalam hal menanggung risiko dan memberi pelayanan, tergantung dengan siapa PHO membuat kontrak. Namun, sekali mereka berhimpun, mereka dapat mengadakan kontrak dengan IPA-HMO atau program *managed care* lainnya.

Berbagai struktur PHO lainnya meliputi:

* Management Services Organization (MSO)

MSO adalah organisasi yang sah secara hukum, yang dibentuk untuk mengurus administrasi dan manajemen bagi dokter praktek solo atau praktek kelompok. MSO merupakan salah satu bentuk aliansi dokter dan rumah sakit yang paling kurang terintegrasi, karena organisasi ini berhubungan dengan dokter hanya melalui kontrak pelayanan administratif. Dalam struktur yang lebih formal, MSO memberi peluang yang sama kepada dokter dalam hal kepemilikan. Banyak pula MSO yang membeli aset milik praktek dokter. Bentuk MSO bervariasi; ada yang merupakan bagian dari rumah sakit, ada pula yang bersifat bebas dan dapat dimiliki oleh para investor.

* Praktek Kelompok Tanpa Dinding Pembatas (Group Practice without Wall)

Group practice without wall adalah dokter- dokter yang bergabung dalam satu organisasi legal, akan tetapi mereka bebas praktek di klinik mereka masing-masing. Dengan cara ini ada keuntungan lain yaitu terpusatnya pelayanan administratif, dalam skala ekonomi yang lebih besar, kesempatan pasar yang lebih luas, dan tambahan perlindungan hukum. Hubungan rumah sakit dengan kelompok semacam ini bervariasi.

* Medical Foundation (Yayasan Medis)

Dalam model ini, suatu yayasan nirlaba dibentuk dan bertugas membeli aset bisnis dan klinik dari kelompok dokter atau beberapa dokter yang bekerja mandiri. Yayasan menyediakan semua hal untuk mendukung bisnis dan administratif praktek dokter. Di California, negara bagian yang melarang praktek korporasi dalam bidang kesehatan, model yayasan ini populer karena ada aturan khusus bagi yayasan medis yang menerima pembayaran atas pelayanan dokter.

* Integrated Delivery System. (Sistem Pelayanan Terintegrasi)

Model ini memadukan seluruh dokter dan *provider* lainnya di bawah sebuah organisasi. Bisa satu atau lebih rumah sakit, beberapa praktek kelompok, beberapa program kesehatan, dan pelayanan kesehatan lainnya. Para dokter adalah karyawan atau anggota kelompok afiliasi.

PHO berusaha mengontrol biaya rumah sakit dan pelayanan spesialis dengan mengontrol rujukan dan mengendalikan pelayanan rawat jalan. PHO juga berusaha memangkas biaya yang tidak perlu, mengendalikan utilisasi, dan meningkatkan mutu pelayanan.

PHO bervariasi dalam banyak dimensi, seperti:

- Besaran kapitasi;
- Fungsi administrasi dan manajemen klinik;
- Komposisi keanggotaan antara pelayanan primer dan spesialis;
- Tujuan organisasi.

Keuntungan dan Kerugian IPA. Beberapa keuntungan model IPA adalah: modal awal dan biaya penyelenggaraan yang diperlukan dari HMO lebih kecil, karena HMO tidak perlu memiliki sendiri fasilitas atau membayar gaji. Selain itu, IPA juga mempunyai lebih banyak dokter yang dapat dipilih oleh peserta sehingga model ini lebih menarik dan lebih berkembang pada masa kini. Adanya forum komunikasi yang lebih baik antara dokter dan rumah sakit, dan peluang untuk pengembangan minat bersama yang lebih kuat antara dokter dan rumah sakit. Namun demikian, alasan utama pertumbuhan PHOs adalah PHOs dapat dikendalikan secara

politis, memungkinkan rumah sakit dan dokter memiliki hak yang sama dalam hal pengambilan keputusan, dengan risiko kecil bagi setiap pihak.

Kerugian utama IPA adalah pengendaliannya paling longgar dibanding HMO lain. Oleh karena para dokter IPA tetap mempertahankan praktek pribadi, mereka tidak mempunyai rasa memiliki HMO dibandingkan dengan HMO model staf maupun model kelompok. Lebih sukar mengontrol pola praktek dan utilisasi pelayanan kesehatan pada model IPA ini.

4. HMO MODEL JARINGAN ATAU MODEL CAMPURAN (NETWORK- OR MIXED-MODEL HMO)

HMO model jaringan, kadang-kadang disebut juga HMO model campuran, adalah HMO yang mengontrak sejumlah IPA atau sejumlah praktek kelompok untuk memberi pelayanan kesehatan bagi peserta HMO. Model ini merupakan model ganda hasil kombinasi dari bentuk kelompok, staf, atau IPA. Kadang-kadang model jaringan mengontrak kelompok-kelompok kecil dokter pelayanan primer dan membayar kelompok dengan kapitasi. Kelompok ini kemudian membagikan kapitasi tersebut kepada dokter-dokter yang menjadi anggota. Pada kasus lain, HMO model jaringan mengontrak pemberi pelayanan primer, kelompok spesialis, dan rumah sakit. HMO yang lebih terintegrasi ini mengurangi risiko utilisasi pelayanan bagi kelompok dokter pelayanan primer karena risiko tersebar ke kelompok-kelompok *provider* lainnya. Model jaringan dapat berupa panel tertutup maupun terbuka.

Keuntungan dan Kerugian. Keuntungan utama model jaringan adalah paling banyak *provider* nya. Hal ini membuat calon peserta HMO tertarik. Namun, jumlah dokter yang berpartisipasi bervariasi tergantung kebutuhan pasar dan jenis plan serta sejumlah faktor lainnya. Meski model jaringan dibentuk agar lebih banyak *provider* berpartisipasi, dengan tingkat partisipasi yang sama antara dokter dan kelompok dokter, namun dalam kenyataannya model IPA justru memberi partisipasi yang lebih besar untuk salah satu pihak.

Aspek negatif model jaringan kurang lebih sama dengan model IPA atau model kelompok. Cara pengendalian utilisasi bervariasi, tergantung pada tipe kontrak.

PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION (PPO)

PPO adalah organisasi *managed care* yang terdiri atas suatu kelompok rumah sakit, para dokter, dan *provider* lainnya yang mengadakan kontrak dengan asuradur, perusahaan, administrator pihak ketiga, atau kelompok sponsor lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi para tertanggung. Sebagian besar PPO memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif (menyeluruh). Akan tetapi, sebagian PPO hanya memberi satu jenis pelayanan

saja, berupa kelompok-kelompok *provider* yang berhimpun untuk menawarkan pelayanan khusus. Contohnya adalah PPO kesehatan jiwa.

Provider yang bisa bergabung di PPO ditentukan lewat proses seleksi, dan PPO kerap kali membatasi jumlah *provider*. Berbeda dari HMO, PPO memberikan kesempatan kepada peserta untuk menggunakan pelayanan primer di luar PPO. Namun, peserta mendapat insentif keuangan bila berobat ke *provider* yang bergabung di PPO karena bila mereka pergi ke *provider* di luar yang telah ditetapkan, mereka harus membayar *copayment* yang lebih tinggi, dalam bentuk koasuransi (*coinsurance*) (persentase biaya medis yang dibebankan pada pasien), atau *deductible* (jumlah biaya yang harus ditanggung peserta sebelum pertanggunggunaan HMO berlaku).

Elemen yang umumnya ada di PPO

Sebagian besar PPO menggabungkan unsur-unsur operasional berikut ini:

- **Membatasi jumlah provider:** Dalam PPO, asuradur mengadakan kontrak dengan sejumlah *provider* yang memenuhi kriteria tertentu yaitu efisiensi biaya, ruang lingkup pelayanan, atau credential.
- **Pembayaran yang dinegosiasi:** Dokter pelayanan primer (dan dalam kasus-kasus tertentu, semua *provider*) dalam jaringan PPO setuju untuk menerima pembayaran yang disepakati bersama.
- **Utilization Review:** Dokter dalam jaringan PPO setuju untuk mengikuti prosedur *utilization review* yang diatur oleh PPO.
- **Mekanisme Reimbursement**

Keuntungan finansial bagi *provider* dalam PPO sejalan dengan semakin meningkatnya jumlah pasien, lebih cepatnya *reimbursement*, dan berkurangnya klaim yang tidak ditagih/tidak dapat ditagih. Pada kasus-kasus tertentu, para dokter layanan primer berlaku sebagai gate keeper yang bertanggung jawab mengatur rujukan ke dokter spesialis dan secara eksklusif ke *provider* yang dikontrak PPO lainnya dan mengirim pasien rawat inap hanya ke rumah sakit yang terikat kontrak dengan PPO.

Pada PPO yang menerapkan model *gate keeper*, pasien PPO harus mendapatkan pelayanan dari dokter *gate keeper* sebelum dapat berobat ke dokter spesialis. Dengan cara ini pelayanan spesialis yang mahal dapat dikendalikan. Pasien diminta agar tidak langsung ke pelayanan spesialis karena tidak atau sedikit akan ditanggung. Mereka didorong agar datang ke dokter *gate keeper* lebih dahulu, dan mereka mungkin cukup dilayani oleh dokter *gate keeper* tanpa pelayanan spesialis yang lebih mahal.

Untuk jasa pelayanan primer, para *provider* dalam PPO paling sering di-*reimbursed* atas dasar *discounted fee-for-service*, meski pun beberapa menerapkan sistem kapitasi. PPO jarang menerapkan sistem *withhold* untuk pelayanan spesialis karena sukarnya mengontrol pelayanan spesialis yang berada di luar jaringan. Beberapa negara bagian memiliki aturan yang melarang PPO membayar kapitasi, hanya HMO yang boleh. Beberapa negara bagian melarang PPO menerapkan *withhold*.

Keuntungan dan kerugian.

Ada beberapa keuntungan PPO yaitu:

- Menyediakan pilihan lebih banyak dengan memperkenankan pasien mendapat pelayanan baik dari *provider* dalam maupun di luar jaringan PPO;
- Menggunakan teknik-teknik *managed care* seperti *utilization review* dan manajemen kasus untuk mengendalikan biaya dan mutu pelayanan; dan
- Segera me-*reimburse provider* dengan tarif negosiasi yang lebih rendah dan meningkatkan jumlah pasien.

Salah satu kerugian PPO adalah mekanisme jaminan mutu dalam PPO kurang ekstensif dibandingkan dengan HMO karena perbedaan struktur organisasi. PPO kurang dapat mengontrol perilaku *provider*, dan pengumpulan data kurang komprehensif dibandingkan *managed care* lainnya, khususnya HMO. PPO kurang melakukan *utilization review* dan kurang meminta *provider* untuk mengontrol biaya, khususnya jika tidak ada *gate keeper* atau tipe lain dari bentuk tanggung renteng risiko. Banyak yang beranggapan bahwa insentif keuangan merupakan mekanisme terbaik untuk mengendalikan biaya.

EXCLUSIVE PROVIDER ORGANIZATION (EPO)

EPO berasal dari PPO terutama karena EPO terdiri dari sekelompok *provider* yang melaksanakan perjanjian kontrak dengan asuradur, perusahaan, administrator pihak ketiga, atau kelompok sponsor lainnya. EPO merupakan bentuk PPO yang lebih terkendali. Meskipun kriteria untuk menjadi *provider* jaringan adalah sama antara EPO dan PPO, banyak EPO melakukan proses seleksi dan *credential* bagi *provider* secara lebih ketat. Karenanya, banyak jaringan EPO mempunyai sedikit dokter yang telah lulus proses ketat ini. Jadi, peserta mendapat pelayanan dokter yang bermutu tinggi, tetapi dengan jumlah yang terbatas. Peserta program EPO harus mendapatkan pelayanan secara eksklusif (tergambar dari namanya) dari *provider* jaringan EPO seperti halnya HMO. Bila peserta mendapatkan pelayanan di luar jaringan, mereka membayar sendiri seluruh biaya.

EPO mengontrak sejumlah *provider* yang memenuhi kriteria *credential*. Seperti halnya pada PPO, *provider* setuju menerima *reimbursement* yang telah disepakati bersama serta mengikuti prosedur *utilization review* yang telah ditetapkan. *Provider* juga setuju untuk merujuk pasien hanya ke *provider* lain yang dikontrak EPO, dan hanya memperkenankan pasien untuk dirawat di rumah sakit yang ada dalam jaringan. *Provider* dibayar atas dasar *discounted fee-for-service*. EPO mungkin punya program penanganan risiko berupa *withhold* atau jenis insentif lainnya, akan tetapi kebanyakan kontrak tidak memasukkan insentif semacam itu di dalamnya.

Keuntungan dan Kerugian. Awalnya perusahaan mengontrak EPO untuk menghemat biaya pelayanan kesehatan. Dulu EPO digunakan sebagai pengganti program asuransi indemnitas tradisional dan memiliki banyak ciri-ciri positif HMO. Namun, karena peserta hanya bisa berobat ke dokter jaringan, tanpa alternatif lain, banyak karyawan yang tidak memilihnya. Perusahaan-perusahaan besar jarang memilih EPO sebagai satu – satunya pengganti asuransi indemnitas tradisional. Mereka menawarkan EPO sebagai salah satu pilihan di antara beberapa pilihan.

POINT OF SERVICE (POS)

POS suatu model *managed care* yang relatif baru, merupakan salah satu pilihan yang paling cepat berkembang. Program POS mengkombinasikan ciri-ciri HMO dan PPO. Program ini menyediakan seperangkat jaminan kesehatan yang komprehensif dan menawarkan pelayanan kesehatan berskala penuh, mirip dengan HMO. Peserta dapat memilih untuk menggunakan *provider* jaringan atau pergi ke *provider* di luar jaringan dengan membayar selisih biaya pelayanan (misalnya, 100% dijamin bila berobat ke *provider* yang ditunjuk; tetapi 80% dijamin kalau mencari pelayanan di luar yang ditunjuk).

CIRI-CIRI PROGRAM POS:

- Menggunakan dokter pelayanan primer yang berperan sebagai *gate keeper* untuk mengontrol rujukan spesialis;
- Memperkenankan peserta untuk mendapatkan pelayanan di luar jaringan tetapi dengan tingkat jaminan yang lebih rendah (biasanya dalam bentuk *copayment* yang lebih tinggi), peserta yang memilih untuk mendapatkan pelayanan di luar jaringan harus mendaftarkan klaimnya; dan
- Memperkenankan peserta program untuk mendapatkan seluruh pelayanan kesehatan di dalam dan di luar jaringan setiap saat mereka membutuhkan.

POS yang menggunakan jaringan HMO biasanya memiliki susunan kontrak yang sama dengan HMO. Mungkin ada pengaturan tambahan dengan *provider* di luar jaringan untuk menanggung bersama risiko, walau peraturan beberapa negara bagian melarang hal ini.

Tipe yang kurang lazim adalah program POS dengan tipe PPO, yang menerapkan asas *discounted fee-for-service* tradisional untuk *reimburse provider*. Pada tipe ini, *provider* tidak menanggung bersama risiko pelayanan di luar jaringan. Insentif keuangan bagi *provider* minim sekali dan bila ada umumnya dalam bentuk *utilization review*. Peserta juga mendapatkan insentif keuangan yaitu bila berobat ke *provider* yang telah ditunjuk, terhindar dari *copayment* yang lebih tinggi.

Teknik-teknik manajemen utilisasi dalam POS sama dengan yang dikenal dalam HMO. Teknik-teknik ini mungkin berbeda bagi peserta yang berobat di luar jaringan, akan tetapi sangat sedikit program POS yang memperkenankan pelayanan *fee-for-service* yang tak terbatas yang diterima di luar jaringan.

Kegiatan jaga mutu bagi *provider* jaringan tidak dapat diterapkan di luar jaringan karena tidak ada proses seleksi terhadap *provider* di luar jaringan. Selain itu, tidak ada kontrak yang mewajibkan kedua belah pihak untuk mematuhi prosedur administratif tertentu, dan sangat sedikit atau tidak ada sama sekali intervensi terhadap tindakan *provider* di luar jaringan tersebut.

Keuntungan dan Kerugian. Program POS memiliki kemampuan kontrol dan ciri positif HMO dan PPO serta fleksibel karena peserta boleh mendapatkan pelayanan di luar jaringan. Perusahaan memandang program POS sebagai salah satu cara positif berpindah dari asuransi tradisional ke *managed care*. Perusahaan mendapatkan manfaat dari pengendalian biaya khas *managed care* dan peserta bebas memilih *provider* di luar jaringan asal membayar lebih mahal.

Selain itu, banyak HMO dan asuransi dengan HMO telah membuktikan bahwa dengan memasukkan POS dalam program mereka akan lebih menarik bagi perusahaan dan pembeli lain jasa asuransi kesehatan. Sekali orang turut serta dalam POS, mereka akan nyaman dengan jaringan pelayanan dan akan terus menggunakannya.

Aspek negatif POS adalah kurangnya kontrol bagi penggunaan pelayanan kesehatan di luar jaringan. Hal ini menyebabkan teknik-teknik penanggulangan biaya tidak dapat dilaksanakan maksimal.

MANFAAT LAYANAN PENCEGAHAN PENYAKIT

Program HMO dan POS biasanya menanggung biaya pelayanan rutin dan program pencegahan penyakit, seluruhnya atau dengan *copayment* minimal. Manfaat ini yang tidak tersedia pada asuransi tradisional dan merupakan manfaat *managed care* yang dapat dirasakan peserta bila mereka menggunakan dokter pelayanan primer untuk mendapatkan pelayanan dan rujukan

yang sesuai ke jaringan dokter spesialis atau *provider* lainnya. Pada sebagian program PPO, manfaat ini tersedia hanya apabila pasien memilih *provider* yang ditunjuk. Pelayanan preventif dapat mengontrol biaya kesehatan secara keseluruhan karena peserta yang mendapat pelayanan ini tidak akan menunda pengobatan sampai penyakitnya lebih serius dan perlu biaya pengobatan yang lebih mahal.

HMO MODEL PELAYANAN TERBATAS ATAU HMO SPESIALIS

Dengan berkembangnya *managed care*, beberapa jenis pelayanan kesehatan di pisah dan diurus tersendiri misalnya kesehatan mental, obat-obatan yang diresepkan dan kesehatan gigi. Layanan diatur melalui program pelayanan tunggal atau pelayanan terbatas. Jenis pelayanan ini yang diselenggarakan oleh HMO atau PPO berkembang di negara-negara bagian yang mengijinkannya. Perusahaan, asuradur, dan program *managed care* lainnya membuat kontrak untuk pelayanan tersebut melalui HMO atau PPO pelayanan tunggal. Pelayanan tunggal ini kerap kali disebut "*carve out*" karena tidak termasuk manfaat standar dan akan dikelola secara individual.

Banyak organisasi *managed care* dan asuradur tradisional sukar mengontrol biaya pelayanan kesehatan di atas karena penyakit tersebut bersifat kronis dan berjangka panjang. Oleh sebab itu, *provider* untuk jenis pelayanan ini berhimpun dan mengurus manajemen pelayanan tunggal yang sudah di *carve out*. Beberapa dari mereka dibayar dengan kapitasi. Cara pembayaran ini mirip dengan HMO.

PROGRAM KESEHATAN MENTAL (BEHAVIORAL HEALTH PROGRAMS)

Pelayanan kesehatan mental sebagaimana disebutkan dalam Bab 2, mempunyai masalah khusus bagi perusahaan dan asuradur dalam hal pengendalian biaya. Asuransi indemnititas tradisional telah melaksanakan beberapa cara di bawah ini untuk mengontrol biaya, yaitu:

- Mendefinisikan dan menetapkan batas lama rawat inap di rumah sakit;
- Membatasi jumlah nominal biaya yang ditanggung
- Menaikkan *copayment*
- Menaikkan premi
- Mengganti layanan rawat inap penuh dengan layanan rawat jalan atau perawatan sebagian (pelayanan rumah sakit pada siang hari saja, tanpa menginap).

Meningkatnya utilisasi dan biaya pelayanan kesehatan mental dan penyalahgunaan obat selama dekade terakhir mendorong perusahaan yang memberikan jaminan kesehatan kepada karyawannya untuk mencari strategi *managed care* agar biaya dapat ditekan. Karenanya,

kedua pelayanan ini termasuk pelayanan yang pertama kali di *carve out* oleh perusahaan dari *health benefit plans*, dan asuradur berusaha agar biaya pelayanan ini tidak cepat naik.

Kini, perusahaan, HMO, dan asuradur mengadakan kontrak dengan pihak ketiga yang telah berhasil mengelola dan menurunkan biaya, sebagai pengelola kesehatan mental. Program pelayanan spesialis terkendali ini juga menggunakan cara-cara pengendalian ala *managed care*. Sebagai contoh, mereka mungkin menggunakan:

- Teknik-teknik manajemen kasus
- Pemantauan utilisasi untuk mengetahui cara lain yang efektif dan efisien bagi pelayanan rawat inap dan *residential* (misalnya, pelayanan di rumah sakit hanya siang saja);
- Penilaian profesional terhadap pelayanan yang diusulkan untuk menentukan pengobatan yang paling efektif dan efisien;
- Penyediaan layanan 24 jam;
- Integrasi program kesehatan mental yang terkendali dengan program bantuan karyawan (Employee Assistance Programs, EAP) agar prinsip *managed care* dapat dilaksanakan.
- Teknik lain manajemen data dan mutu seperti pedoman dan protokol terapi,
- Perbaikan komunikasi antara para *provider* dalam jaringan.

Walaupun kriteria evaluasi dan kinerja lebih lambat dibuat dan lebih sukar diterapkan pada kesehatan mental dibandingkan pada bidang-bidang kesehatan lainnya, program kesehatan mental terkendali semakin lama semakin diminati oleh *health benefit plans* dan EAP.

PENGENDALIAN OBAT YANG DIRESEPKAN (PRESCRIBED DRUG PLANS)

Hampir semua program jaminan kesehatan kelompok memberikan jaminan untuk obat *resep* (*prescribed drug*). Data dari HIAA Employer Survey tahun 1992 menunjukkan bahwa lebih dari 90% program HMO, PPO, dan asuransi konvensional menawarkan jaminan obat resep. Dengan manfaat yang demikian luas, dan fleksibilitas program obat resep akan berpengaruh pada sebagian besar biaya dan program jaminan kesehatan.

Dengan meningkatnya biaya dan penggunaan obat resep, serta dampaknya terhadap paket jaminan kesehatan, asuradur dan perusahaan telah memperkenalkan teknik-teknik *managed care* ke dalam program jaminan obat resep.

Program manajemen farmasi membantu pemantauan dan pemantauan utilisasi dan biaya obat resep. Program ini meliputi pembelian obat secara kelompok atau dalam jumlah besar, penggunaan jaringan farmasi terbuka atau tertutup, dan review pemakaian obat; akan tetapi

penggunaan formularium adalah cara paling efektif untuk menekan biaya obat-obatan. Formularium adalah suatu daftar obat-obatan yang digunakan oleh para dokter yang ada dalam jaringan *provider*. Formularium disusun berdasarkan hasil evaluasi obat-obatan dalam hal efisiensi, keamanan, dan efektifitasnya. Sebagian formularium memuat nama generik sebagai substitusi obat-obatan bermerek yang lebih mahal, sedangkan sebagian lainnya memberikan informasi mengenai obat-obatan yang lebih murah harganya tetapi sama khasiat terapinya. (Obat generik adalah obat yang isinya identik dengan obat bermerek. Terapetik ekuivalen artinya obat yang struktur kimianya tidak identik, tetapi memberi khasiat terapi yang sama.)

Fungsi penting lain dari program manajemen farmasi adalah pengumpulan dan interpretasi informasi mengenai obat – obatan yang biasa diresepkan para dokter. Informasi ini berguna dalam menangani jaringan para dokter dan dapat menjadi alat penting dalam mendorong dokter agar memberikan obat bermutu tinggi dan efisien. Informasi tentang obat-obatan yang digunakan oleh pasien berguna pula untuk meningkatkan pelayanan kepada peserta.

Manfaat pelayanan farmasi terkendali pada umumnya meliputi:

- Resep ditebus di apotek jaringan;
- Dokter merujuk ke formularium ketika menulis resep,
- Pasien harus bayar lebih mahal bila memilih obat bermerek;
- Obat yang dijamin hanya yang diresepkan oleh dokter dalam jaringan *provider*
- Untuk memenuhi kebutuhan obat penyakit kronis, apotek dapat melakukan dengan pemesanan melalui Pos, dalam jumlah yang lebih besar.

PROGRAM SPESIALIS GIGI (DENTAL SPECIALTY PROGRAM)

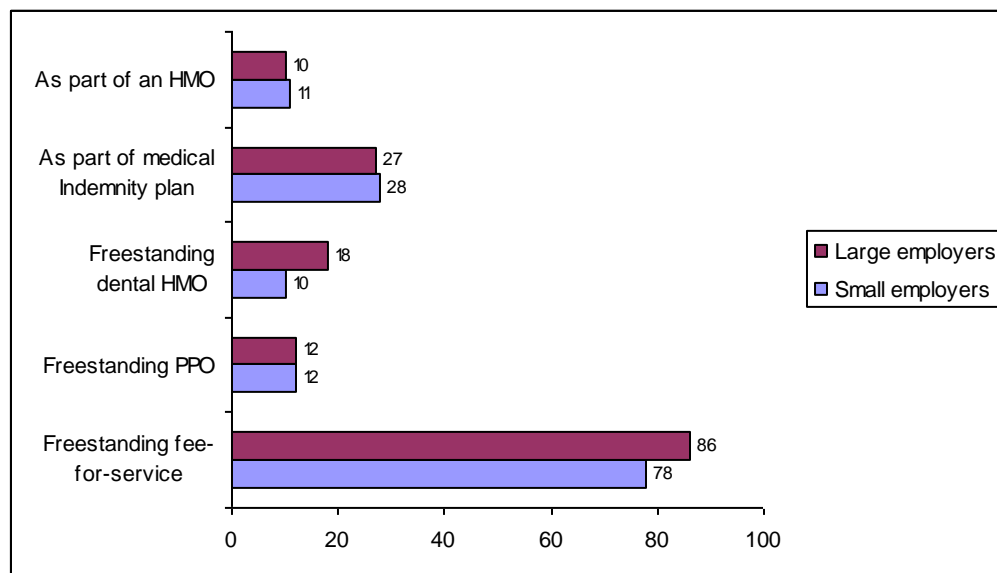
Pengendalian biaya merupakan stimulus utama bagi perusahaan untuk tertarik menerapkan *managed care*. Manajer manfaat dan asuradur telah mulai mengidentifikasi manfaat pendekatan *managed care* dalam pelayanan kesehatan gigi (*dental benefit*) dan berusaha mempelajari apakah manfaat *managed care* di bidang pelayanan kesehatan juga terjadi di pelayanan kesehatan gigi. Manfaat yang ingin diperoleh dapat berupa:

- Biaya makin efisien;
- Biaya yang layak sesuai dengan manfaat;
- Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan gigi;
- Standarisasi kualitas pelayanan;

- Lebih banyak manfaat pelayanan kesehatan gigi yang dapat diterima per peserta per satuan biaya.

Menurut HIAA Employer Survey 1992, 22% karyawan di HMO memperoleh jaminan kesehatan gigi. Lebih dari separuh biaya pelayanan gigi dibayar dari kantong peserta sendiri. Sisanya 44.4% ditanggung oleh asuransi swasta.

Asuransi gigi tradisional biasanya membayar pelayanan kesehatan gigi dengan *fee-for-service*. Sebagian besar asuransi ganti rugi membayar pelayanan dengan biaya yang lazim, sesuai kebiasaan dan layak (*usual, customary, and reasonable fees*), ada batas *benefit* maksimal tahunan (*an annual benefit cap*), dan klaim harus memenuhi syarat. Namun demikian, menurut HIAA Employer Survey 1988 pembayaran umumnya dilakukan secara *fee for service* terkendali (*managed fee-for-service*), walaupun sebagian besar peserta asuransi swasta yang mendapat pelayanan gigi membayar dengan *fee-for-service*. (Gambar 3.1).



Gambar. 3.1 Jaminan yang Ditawarkan oleh Perusahaan Besar dan Kecil yang Meliputi Pelayanan Kesehatan Gigi dalam Program Jaminan, 1993

Sumber: Foster Higgins National Survey of Employer Sponsored Health Plans, 1993

Catatan: Beberapa perusahaan menawarkan lebih dari satu program.

Perubahan menuju pelayanan gigi yang terkendali dimulai dari para karyawan yang mengikuti asuransi tradisional. Jadi, banyak program jaminan kesehatan gigi terkendali dianggap sebagai program tradisional terkendali yang dibayar berdasar *fee-for-service*. Masa peralihan lebih mudah karena perubahan-perubahan ini tidak mengejutkan dan tidak tampak bagi karyawan dibandingkan pilihan *managed care* lainnya.

Manfaat jaminan terkendali (*managed indemnity benefits*) memiliki ciri-ciri:

untuk kalangan sendiri

- Bebas memilih *provider*,
- *Utilization review* dan *claim review* dilakukan oleh dokter gigi profesional.

Dental PPO mirip dengan *fee-for-service indemnity plans* tetapi Dental PPO mempunyai jaringan pelayanan kesehatan gigi sebagai ciri khasnya. Jaringan ini dikembangkan dengan cara yang mirip dengan mengembangkan jaringan PPO di masa awal, dimana sebagai kriteria utama dalam memilih *provider* untuk masuk dalam jaringan adalah persetujuan untuk dibayar dengan biaya sesuai hasil dinegosiasi. Pada beberapa *fee-for-service dental plans*, peserta bebas memilih pelayanan kesehatan gigi, akan tetapi bila memilih *provider* dalam jaringan ada insentif keuangan, misalnya tidak ada atau sedikit *deductible*, dan/atau *copayment*. Ciri khas PPO pelayanan gigi adalah:

- Mengontrak *provider* yang mau dibayar lebih murah;
- Pembayaran dilakukan dengan cara *discounted fee* atau *fee schedule*.

Sebagian besar peserta Dental PPO dapat menghemat 10 hingga 20% biaya dibandingkan kalau mereka mengikuti *indemnity*. Penghematan ini terjadi karena peserta harus sehat sebelum ikut program, biaya pelayanan dikurangi, *claim review* oleh profesional, dan manajemen utilisasi.

Program pelayanan kesehatan gigi dapat merupakan bagian dari kontrak pelayanan kesehatan, atau yang ditambahkan ke kontrak pelayanan kesehatan dengan adanya premi tambahan; namun dapat juga berdiri sendiri sebagai *unbundled* atau *carve out* dengan kontrak terpisah. Sebagian besar HMO memilih untuk melakukan kontrak jaminan kesehatan gigi dengan program prabayar dan/atau PPO dari pada mengelola sendiri. Program kesehatan gigi prabayar menggunakan kapitasi, mirip dengan praktek kelompok prabayar. HIAA Employers Survey 1992 melaporkan bahwa 43% karyawan yang menjadi peserta PPO memiliki jaminan kesehatan gigi (*dental benefits*).

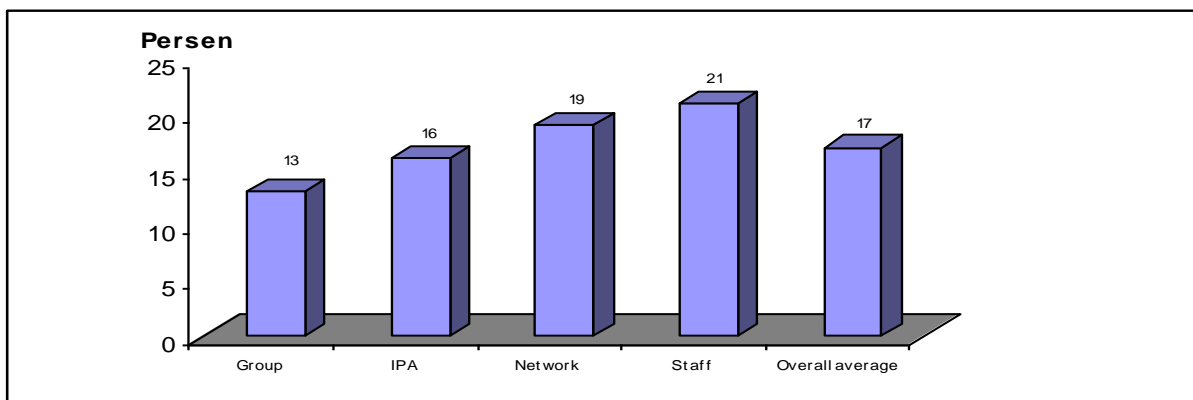
HMO kesehatan gigi (Dental HMO, DHMO) menggunakan teknik *managed care* yang sama seperti HMO yang lain untuk jaminan kesehatan gigi. Sebagai contoh, program kesehatan gigi prabayar, proses *credential* untuk sertifikasi dan lisensi *provider*, tinjauan ulang riwayat tindakan disiplin *provider*, dan liabilitas cakupan asuransi. Karena tekanan persaingan dan masalah liabilitas, pola praktek para dokter gigi secara berkala ditinjau ulang agar konsisten dengan tujuan organisasi. Mereka menggunakan review klaim oleh profesional, *review data* utilisasi, dan review keamanan kantor serta prosedur pengendalian infeksi.

DHMO menanggung risiko keuangan dan bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan gigi bagi kelompok penduduk tertentu dengan sistem pembayaran kapitasi

(*capitated payment*) per orang atau keluarga. DHMO meliputi HMO, rumah sakit, dokter, perusahaan asuransi, penanam modal mandiri, dan administrator pihak ketiga.

Model DHMO dapat berupa model-staf, model IPA (lihat Gambar 3.2), atau model jaringan. Seperti HMO lainnya, model staf menggunakan personil mereka sendiri. IPA membuat kontrak dengan dokter gigi mandiri yang boleh terus menjalankan praktek mandiri mereka seraya menggunakan IPA sebagai sumber penghasilan utama maupun tambahan. Sebaliknya, model jaringan menjalin kontrak dengan satu atau lebih badan hukum sebagai kelompok yang mewakili praktisi profesional. DHMO POS (*point-of-service* DHMO) yang baru berkembang memperkenankan tertanggung keluar dari HMO setiap saat dan jaminan kesehatan gigi diperlakukan lewat indemnity plan seperti POS kesehatan.

Perusahaan, seperti juga HMO mulai memisahkan pelayanan kesehatan gigi dari program pelayanan kesehatan pada umumnya. Dengan demikian mereka dapat menawarkan pelayanan kesehatan gigi sebagai program tersendiri (*freestanding plans*), memungkinkan para karyawan untuk memilih jaminan kesehatan gigi atau memilih alternatif lain dalam program jaminan yang fleksibel yang dilakukan perusahaan mereka. (Gambar 3.3)



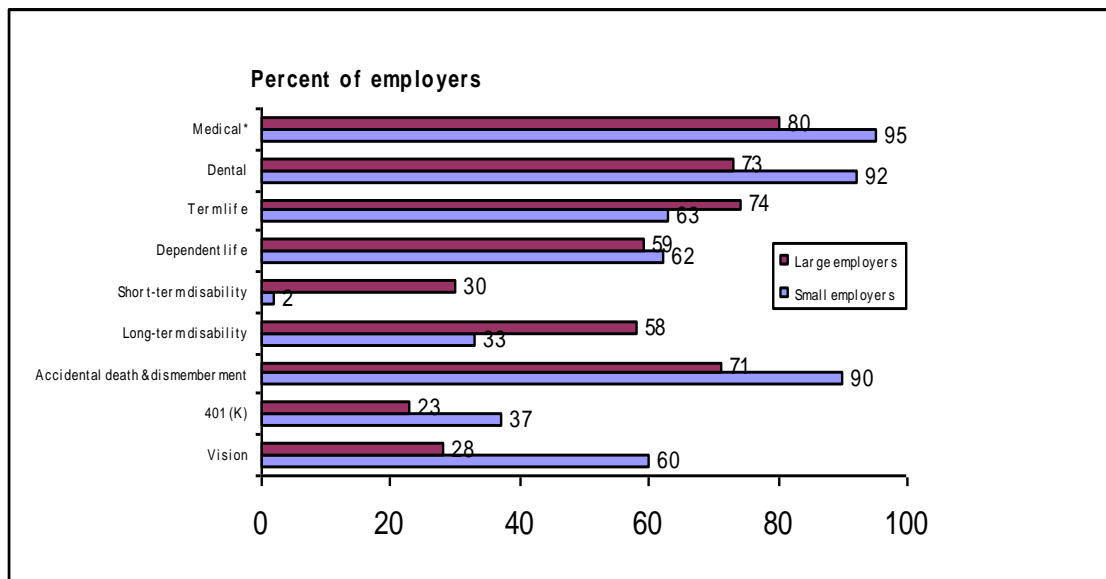
Gambar 3.2. Persentase HMO yang Menawarkan Program Pelayanan Kesehatan Gigi Terpisah (Menurut Jenis Model)

Sumber: Marion-Merril Dow *Managed Care Digest*, HMO Edition, 1992

Pada tahun 1991, 86% HMO menawarkan pelayanan kesehatan gigi yang terpisah dari jaminan pelayanan kesehatan karena cara ini makin populer. Program yang paling sering dalam bentuk terpisah adalah jaminan kesehatan gigi (*dental benefit*) dan program jaminan obat resep (*prescription benefit plans*). Kedua program ini terpisah sama sekali dari jaminan kesehatan dan bedah medis HMO, dan 38% dari HMO menawarkan program spesialis kesehatan gigi sebagai bagian dari rancangan yang terpisah ini. Program-program tersebut memberikan jaminan tambahan untuk kesehatan gigi dengan premi tambahan. Dari empat tipe program HMO di bawah ini, program kesehatan gigi yang terpisah dilaporkan sebesar:

untuk kalangan sendiri

- 13% dari program kelompok;
- 16% dari model IPA;
- 19% dari model jaringan; dan
- 21% dari model staf.



Gambar 3.3. Prevalensi dari Pilihan-pilihan yang Ditawarkan oleh Flex Programs untuk Perusahaan Besar dan Kecil, 1993

* Selain HMO

Dalam Flex Programs. Sumber: Foster-Higgins National Survey of Employer-Sponsored Health Plans, 1993

PROGRAM PELAYANAN SPESIALIS TERKENDALI LAINNYA

Mahalnya pelayanan untuk penyakit kronis yang membutuhkan perawatan lama mendorong banyak para spesialis untuk mengembangkan program *managed care* dan melaksanakan kontrak dengan asuradur dan HMO. Banyak program menawarkan alternatif agar tidak dirawat inap dan berupaya memberikan pelayanan yang dibutuhkan dengan biaya lebih rendah dan menerapkan *managed care*. Diantaranya: *skilled nursing facilities*, perawatan sub-akut, program *hospice*, pelayanan kesehatan di rumah, dan fasilitas rehabilitasi.

Banyak *provider* spesialis bergabung dalam kelompok-kelompok lalu membuat kontrak dengan asuradur, PPO, dan HMO. Hanya sedikit yang membuat kontrak untuk melayani satu macam program secara eksklusif. Berbagai mekanisme penggantian biaya (*reimbursement*) digunakan dalam kontrak ini, mulai dari *discount fee-for-service* hingga kapitasi.

Pelayanan spesialis baru lainnya, tengah dikembangkan dan ada banyak variasi dalam hal program jaga mutu dan program efektifitas dan efisiensi biaya pelayanan. Kebutuhan perusahaan dan pihak pembayar (*payers*) lainnya mendorong penyelenggara pelayanan spesialis ini untuk mengembangkan standar pelayanan dan ukuran keberhasilan pelayanan agar tetap bertahan dalam persaingan pasar.

INDEMNITAS TERKENDALI (MANAGED INDEMNITY)

Program asuransi berbasis *fee-for-service* yang tradisional telah mengambil beberapa teknik *managed care* untuk menekan biaya yang mereka tawarkan kepada perusahaan/pembeli asuransi. Yang paling umum adalah:

- *Utilization review*, termasuk *preadmission certification* (persetujuan sebelum dirawat inap);
- Pembentukan organisasi khusus untuk manajemen utilisasi;
- Manajemen kasus untuk kasus kronis, biaya tinggi atau bencana.

Meskipun program indemnitas terkendali (*managed indemnity*) menawarkan cara *managed care* yang paling tidak terkontrol, mereka menyediakan beberapa pilihan untuk menekan biaya.

PUSAT UNGGULAN (CENTERS OF EXCELLENCE)

Banyak program *managed care* menggunakan pusat-pusat unggulan. Pusat-pusat ini berupa fasilitas medis yang menyediakan pengobatan yang lebih canggih (misalnya, pencangkokan organ dan pengobatan kanker). Pusat-pusat ini dipilih atas dasar jumlah kasus, hasil pengobatan dan reputasi, lokasi, dan kesediaan untuk bernegosiasi tentang biaya. Perusahaan mencari program *managed care* yang memanfaatkan pusat-pusat unggulan untuk memenuhi kebutuhan karyawan mereka akan pelayanan spesialis. Dalam kasus tertentu, perusahaan menjalin kontrak langsung dengan pusat-pusat unggulan.

Manajemen kasus kerap kali menggunakan pusat-pusat unggulan, selain rumah sakit, seperti fasilitas rehabilitasi, agen-agen untuk pelayanan kesehatan di rumah, dan penyelenggara lainnya. Cara ini memungkinkan pasien dengan penyakit berat atau penyakit yang tidak bisa disembuhkan lagi, bebas dari perasaan cemas dan stres ketika mencari pelayanan yang memuaskan. Program ini yang mengoordinasikan setiap aspek pengobatan, dari diagnosa sampai penyembuhan, terasa bermanfaat bagi pasien, keluarga, dan masyarakat. Banyak program memberikan juga pelayanan *hospice* yaitu pengobatan simptomatik bagi pasien yang tidak bisa disembuhkan lagi. Pelayanan manajemen kasus yang ditawarkan oleh *managed care*

memberi informasi yang dibutuhkan agar konsumen dapat memilih. Informasi dan dukungan itu amat bernilai bagi keluarga pada masa kritis pasien.

PEMILIK MCO

Kepemilikan MCO mempunyai pengaruh yang penting dalam pengelolaan dan struktur manajemen perusahaan/organisasi. Hal ini disebabkan karena falsafah dan budaya perusahaan pemilik mewarnai berbagai aktifitas organisasi. Ada tiga pemilik utama MCO yaitu perusahaan asuransi, HMO, dan organisasi dokter-rumah sakit.

1. PERUSAHAAN ASURANSI

Kegiatan inti dari perusahaan asuransi kesehatan adalah melakukan underwriting (seleksi risiko) terhadap konsumen/potensial konsumen, menetapkan potensial risiko dan pembiayaan risiko kesehatan. Kekuatan utama MCO yang ditunjang oleh perusahaan asuransi terletak pada kemampuan membuat kontrak dan administrasi klaim. Banyak perusahaan asuransi kesehatan, yang tradisinya membayar per pelayanan (FFS), telah mengembangkan produk *managed care* seperti PPO. Tantangan terbesar adalah mengelola *provider* secara efektif dan efisien.

2. HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS (HMO)

Bisnis utama HMO adalah pengendalian pelayanan dengan cara mengintegrasikan pembiayaan dan penyediaan pelayanan. HMO dapat bersifat for-profit (mencari laba), dapat juga bersifat nirlaba. Yang membedakan HMO dengan perusahaan asuransi adalah dalam aspek manajemennya, seperti tinjauan utilisasi, manajemen penyakit, dan program jaga mutu serta penekanan pada pelayanan kesehatan primer. Untuk tetap bersaing, HMO mulai menawarkan berbagai pilihan untuk memperluas pilihan konsumen. Tantangan terbesar HMO adalah pengembangan sistem yang mampu mengelola berbagai pilihan produk dan membuat laporan yang memperlihatkan kinerja prima. Sistem baru tersebut tidak bisa dihindari dalam lingkungan persaingan yang semakin ketat.

3. ORGANISASI DOKTER-RUMAH SAKIT (ODR)

Bisnis utama ODR adalah penyediaan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan pelayanan medis lainnya. ODR dapat berupa entitas pencari laba atau nirlaba. Keunggulan utama ODR terletak pada pengetahuan dalam bidang kesehatan dan kedokteran, kedekatan mereka dengan masyarakat di lingkungannya, dan modal yang mereka miliki dalam bidang teknologi kedokteran. Namun demikian, pada keadaan dimana pembayar (*payer*) yang memusatkan

pada *cost-efektif*, ODR menghadapi tantangan terbesar dalam mengelola keuangan dan kemampuan mereka untuk mengambil dan mengelola risiko.

TANTANGAN UMUM

Ada empat tantangan umum yang dihadapi oleh MCO, terlepas dari kepemilikannya, yaitu:

- Pembeli mengharapkan MCO dapat menyediakan pelayanan medis dan non medis yang berkualitas tinggi dan dengan biaya yang lebih murah
- MCO harus menyediakan pelayanan untuk para usia lanjut yang memiliki masalah kesehatan kronik yang kompleks.
- MCO harus mampu menyediakan keseimbangan antara pembiayaan pengobatan/kuratif dan kebutuhan untuk menyediakan pelayanan komprehensif yang mencakup pelayanan promotif dan preventif.
- MCO harus mengembangkan indikator kinerja dan sistem pemantauan yang mampu mengukur keluaran (*outcome*) kesehatan terbaik dengan penggunaan sumber daya yang paling efisien dan efektif.

TRANSISI DARI ORGANISASI NIRLABA KE PENCARI LABA

HMO sebagai bentuk pertama *managed care*, merupakan organisasi nirlaba. Undang-undang HMO tahun 1973 memberikan insentif terhadap pertumbuhan HMO nirlaba, dimana pemerintah Federal menyediakan bantuan keuangan. Ketika bantuan keuangan pemerintah Federal dihentikan di tahun 1980an, banyak HMO mengubah status mereka menjadi pencari laba dengan menggunakan modal swasta sebagai sumber pembiayaan.

Mulai tahun 1980an dengan semakin ketatnya persaingan, para wiraswastawan dan pemilik modal mulai menanamkan modalnya di dunia kesehatan, khususnya dalam HMO. Perusahaan asuransi swasta juga mulai memasuki bisnis *managed care*. Pada periode tahun 1981 sampai 1995, jumlah HMO pencari laba meningkat dari 18% menjadi 56%. Sebaliknya, sebagian besar PPO didirikan dan dilaksanakan oleh rumah sakit nirlaba dan para dokter untuk menjalin kontrak pelayanan dengan pengusaha. Pada umumnya PPO masih tetap sebagai lembaga nirlaba sampai kini. Perusahaan asuransi komersial memiliki pangsa pasar yang semakin besar dan tampaknya PPO juga akan semakin menjadi lembaga pencari laba.

DEWAN KOMISARIS

Peran dan komposisi Dewan Komisaris bervariasi antar MCO, yang menggambarkan perbedaan asal, kepemilikan, kepribadian anggota dewan dan manajer senior. Pada satu sisi, Dewan Komisaris terdiri dari orang-orang luar organisasi, seperti pemimpin masyarakat,

pengusaha, anggota legislatif, dokter, dan profesi kesehatan lainnya. Di sisi yang lain, yang paling berpengaruh pada MCO adalah para manajer senior dari dalam organisasi MCO. Terlepas dari komposisinya, Dewan Komisaris mempunyai peran di dalam mengarahkan manajemen dan menjamin pengelolaan MCO yang profesional.

Untuk memenuhi peran dan tanggung jawab yang harus diemban, Dewan Komisaris membutuhkan orang-orang yang berpengetahuan, berketerampilan dan dapat dipercaya untuk mampu berperan efektif dengan badan legislatif, pemerintah, media masa, dan pihak lain yang berhubungan dengan MCO.

STRUKTUR ORGANISASI

Struktur organisasi MCO harus mampu membuat MCO mengembangkan:

- Misi yang jelas yang dapat diterjemahkan ke dalam tujuan yang fleksibel dan garis besar langkah-langkah efektif untuk mencapai tujuan tersebut
- Definisi atau indikator yang jelas dari keluaran (outcome) atau hasil yang akan dicapai organisasi
- Proses yang bertanggung jawab dalam mencapai misi, kinerja, hasil, dan sumber daya yang produktif.

Selanjutnya, diperlukan prinsip-prinsip dasar pengelolaan yang mampu menjelaskan dan membedakan antara fungsi ke

- Dewan Direksi mewakili dan bertanggung jawab kepada pemilik
- Dewan Direksi menjalankan peran kepemimpinan strategis dengan memperjelas nilai-nilai organisasi tentang tujuan jangka panjang dan dengan menggariskan batasan-batasan dimana tujuan tersebut akan tercapai
- Dewan Direksi berwenang dalam pengambilan keputusan dengan membuat interpretasi kebijakan Dewan Direksi secara wajar
- Dewan Direksi melakukan pemantauan kinerja organisasi, dan karenanya melakukan evaluasi terus menerus terhadap kinerja Eksekutif MCO
- Dewan Direksi menjabarkan secara tegas (explicit), kebijakan organisasi dan proses pengelolaan, prinsip-prinsip dan peran memadai untuk menjamin terlaksananya kepemimpinan strategis, kinerja manajemen, dan tanggung jawab kepada pemilik
- Dewan Direksi harus memusatkan perhatian pada tugasnya: melakukan pertemuan dengan pemegang saham/pemilik atau wakil mereka (seperti Dewan Komisaris) untuk menghasilkan kebijakan yang kuat dan terbuka; melakukan eksplorasi, menerapkan kebijaksanaan, mendebat, dan menyelesaikan berbagai masalah yang berkaitan dengan tujuan jangka panjang.

KEBIJAKAN UMUM KOMISI

Banyak pencapaian manajemen dilakukan melalui berbagai komisi. Keberhasilan pengelolaan MCO terletak pada dua hal yaitu: jumlah komisi yang tepat dan komposisi dari anggota komisi. Komisi yang efektif mampu memperkuat peran kepemimpinan Eksekutif dan meningkatkan hubungan antara anggota manajemen. Perlu diperhatikan agar tidak terjadi duplikasi peran antara fungsi komisi dan fungsi staf. Komisi yang duplikasi atau tumpang tindih dapat merusak tanggung jawab antar unit.

Peran komisi adalah mempersiapkan topik-topik kebijakan untuk dibahas oleh Dewan Komisaris. Agar peran Dewan Komisaris berhasil baik, dewan harus mengetahui berbagai pilihan kebijakan dan akibat yang timbul dari setiap kebijakan. Tugas komisi adalah melakukan evaluasi menyeluruh dari tiap topik atau masalah yang akan dibahas oleh dewan direksi. Tidak ada struktur komisi yang baku untuk setiap MCO, akan tetapi ada tiga komisi yang paling umum yaitu:

- komisi keuangan dan manajemen,
- komisi manajemen medis,
- komisi hubungan masyarakat.

Komisi lain adalah

- komisi perencanaan perusahaan,
- komisi hubungan *provider*,
- komisi jaga mutu,
- komisi farmasi dan pengobatan,
- komisi etik.

Pada umumnya semakin terintegrasi dan semakin canggih sebuah MCO semakin banyak jumlah komisinya.

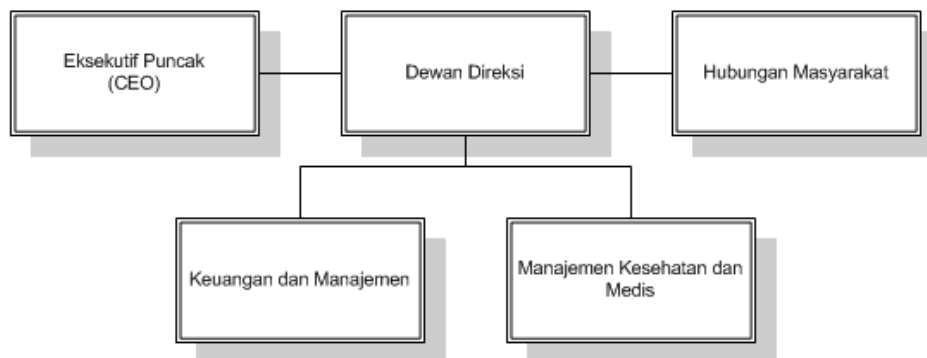
SUSUNAN KOMISI MCO

Komisi Keuangan Dan Manajemen

Komisi Keuangan dan Manajemen biasanya diketuai oleh Direktur Keuangan. Tanggung jawab utamanya adalah dalam aspek keuangan, kepada pemegang saham, dan pemangku kepentingan lainnya, yaitu pelanggan, dan masyarakat pada umumnya.

Kebijakan keuangan yang efektif mengharuskan Dewan Komisaris mempertimbangkan persyaratan dan asumsi rencana strategis dan rencana keuangan secara simultan. Rencana

strategis tidak akan berguna jika secara finansial tidak layak, dan rencana keuangan tidak mempunyai banyak arti jika tidak sesuai dengan rencana strategis yang telah disepakati Dewan Komisaris dan Eksekutif.



Gambar 3.4. Susunan Komisi MCO

Komisi Manajemen Medis

Berbagai kebijakan yang dikembangkan oleh Dewan Komisaris MCO diperlukan untuk rancangan dan implementasi strategis *managed care*. Tanggung jawab komisi ini adalah penetapan paket jaminan, manajemen utilisasi, masalah-masalah farmasi dan pengobatan, dan peningkatan mutu. Umumnya dokter duduk di dalam komisi ini, akan tetapi tidak seluruhnya dokter.

Komisi Hubungan Masyarakat

Komisi Hubungan Masyarakat biasanya bersifat sebagai penasihat dan tidak merupakan bagian dari struktur pengambil keputusan. Akan tetapi komisi ini sangat membantu Dewan Direksi dalam melaksanakan fungsi-fungsi kritis seperti: memberikan informasi, penyuluhan, dan mendorong MCO untuk menyadari seberapa jauh organisasi ini dinilai oleh masyarakat dan seberapa puas para peserta terhadap pelayanan MCO. Banyak MCO yang mencantumkan tokoh masyarakat dalam Komisi Etik untuk membantu Dewan Direksi dalam masalah-masalah etika. Komisi ini membicarakan berbagai masalah sulit seperti jaminan terhadap pelayanan yang masih bersifat eksperimental dimana biaya, kualitas, dan hasil tindakan sulit dievaluasi.

STRUKTUR MANAJEMEN

Jika Dewan Komisaris bertanggung jawab atas kebijakan dan pengelolaan umum, Eksekutif Puncak (CEO, *Chief Executive Officer*) bertanggung jawab atas struktur, fungsi, dan kinerja organisasi. Perlu diingat bahwa tidak ada struktur manajemen organisasi yang baku dalam

MCO. Berbagai faktor internal dan eksternal mempengaruhi bentuk MCO yang terus berubah dan mempengaruhi struktur manajemen. Ada enam komponen yang umum dimiliki oleh MCO, yaitu:

- Manajemen Eksekutif,
- Manajemen Pemasaran dan Penjualan,
- Manajemen Medis,
- Manajemen Sumber Daya Manusia,
- Manajemen Keuangan,
- Manajemen Operasional.

Uraian berikut menggambarkan secara garis besar fungsi manajemen dan indikator kinerja untuk tiap-tiap komponen.

MANAJEMEN EKSEKUTIF

Manajemen eksekutif mempunyai tiga fungsi utama yaitu kepemimpinan, pengambilan keputusan strategis, dan implementasi manajemen.

- Kepemimpinan meliputi menyusun visi organisasi di masa depan, menciptakan budaya korporat, dan mengomunikasikan bagaimana setiap kegiatan seseorang berperan dalam misi organisasi.
- Pengambilan keputusan strategis adalah mewujudkan visi dan budaya korporat dalam keputusan manajemen. Termasuk dalam fungsi ini adalah keseimbangan fungsi perusahaan dalam pemasaran, keuangan, patuh terhadap peraturan, hubungan dengan *provider*, dan operasional perusahaan.
- Implementasi manajemen meliputi pengembangan rencana operasional yang menggunakan indikator kunci kinerja untuk menjamin akuntabilitas dan pengukuran kinerja.

Peran Eksekutif Puncak (CEO)

Peran utama CEO adalah menetapkan arah strategis perusahaan untuk mencapai keadaan optimal, dari dua tujuan (*goal*) yang tampaknya bertentangan yaitu, penghematan biaya dan peningkatan kualitas pelayanan. Setiap fungsi manajemen mempunyai efek nyata terhadap kemampuan organisasi mencapai kedua tujuan tersebut. Di sini, kinerja organisasi dan kinerja CEO tidak berbeda. Indikator kunci yang digunakan untuk mengukur keberhasilan organisasi adalah pangsa pasar, ratio biaya administrasi dan biaya medis, stabilitas keuangan, dan laba secara keseluruhan.

	Pemasaran dan penjualan	Manajemen Media dan Kesehatan (Direktur Medis)	Sumber Daya Manusia	Manajemen Operasional dan Manajemen Sistem Informasi	Manajemen Keuangan	Manajemen Eksekutif (CEO)
Fungsi Manajemen	Riset pasar Pengembangan produk Periklanan Penjualan Pelayanan	Manajemen jaringan <i>provider</i> Promosi kesehatan dan manajemen penyakit Manajemen utilisasi Peningkatan mutu	Perencanaan ketenagaan Pengangkatan Pelatihan dan pengembangan	Manajemen pelaporan Manajemen kontrak Administrasi klaim Pengukuran kinerja Reengineering	Perencanaan keuangan Pelaporan dan analisa Risiko finansial/kontrak insentif Underwriting Kepatuhan hukum	Kepemimpinan Perencanaan Integrasi Penyeimbangan (balance) Inovasi
Indikator kinerja	Pertumbuhan peserta Retensi perusahaan Retensi peserta kepuasan	Pola praktek cost-effective Penurunan penyakit dan disabilitas Perbaikan hasil klinik dan status kesehatan Retensi dan kepuasan jaringan <i>provider</i>	Ratio staffing Produktifitas administratif Produktifitas <i>provider</i>	Laporan manajemen yang akurat dan tepat waktu Efisiensi dan efektifitas operasional	Stabilitas keuangan Stabilitas premi Profitabilitas	Pangsa pasar/posisi Kepuasan peserta dan <i>provider</i> yang tinggi Posisi stabilitas keuangan Biaya administrasi yang rendah Stabilitas premi Profitabilitas

Gambar 3.5. Fungsi dan Indikator Kinerja Utama MCO.

PEMASARAN DAN PENJUALAN

Pemasaran dan penjualan yang berhasil mencakup perolehan dan retensi peserta.

Ada tiga komponen utama strategi perolehan peserta:

- Riset pasar memberikan MCO informasi tentang tingkat persaingan pasar dan pilihan konsumen. Informasi ini digunakan untuk mengembangkan produk yang memenuhi tantangan dan peluang pelayanan kesehatan di masa depan
- Pengembangan produk dan penetapan harga didasarkan pada hasil riset pasar tentang kebutuhan dan harapan konsumen

- Manajemen penjualan merupakan usaha yang harus diorganisasikan secara maksimal dalam sebuah MCO. Kontrak dengan perusahaan disamakan waktunya dengan perpanjangan kontrak dan pendaftaran terbuka (*open enrollment*), dan pengembangan protokol *follow-up* yang baik. Komputer mengendalikan dan menelusuri (*tracking*) proses pemasaran dan penjualan mulai dari pengembangan daftar prospek sampai pada penjualan.
- Periklanan, terutama di televisi, radio, dan media cetak, merupakan faktor kritis dalam memperoleh pengakuan sebuah MCO dan pembedaan (*brand image*) MCO tersebut dari MCO lainnya.

Pelayanan Dan Retensi Peserta

Divisi pelayanan peserta (*customer service*) memiliki tiga peran utama yaitu:

1. merupakan penghubung penting antara MCO dengan peserta/pelanggan,
2. merupakan sarana untuk pendidikan peserta,
3. merupakan sumber vital berbagai umpan balik untuk perencanaan manajemen dalam kepuasan peserta dan kinerja *provider*.

Orientasi pelayanan yang kuat dengan komitmen dan perhatian manajemen puncak adalah sangat kritis dalam keberhasilan penjualan. Sebuah komitmen MCO dalam pelayanan biasanya tercermin dari kepuasan peserta yang diperoleh dari survei, yang mengambil peran semakin penting dalam persaingan *managed care* yang semakin berat.

Banyak MCO yang menelusuri dan menganalisis keresahan dan keluhan peserta dan berbagai masalah peningkatan kinerja dan pelayanan secara rutin.

PELAYANAN KESEHATAN DAN MEDIS.

Meskipun MCO berbeda dalam struktur dan fungsinya, falsafah seluruh *managed care* adalah mendorong pengobatan yang tepat guna, mencegah pengobatan yang berlebihan, mendorong pelayanan preventif, dan berusaha mempromosikan pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas dan *cost-effective*. Divisi Pelayanan Kesehatan dan Medis memiliki tanggung jawab utama untuk keberhasilan pencapaian falsafah tersebut di atas.

Tanggung jawab utama Divisi Pelayanan Kesehatan dan Medis, yang berada di bawah tanggung jawab Direktur Medis, termasuk hubungan dengan *provider*, manajemen utilisasi, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, dan perbaikan kualitas.

Peran Direktur Medis

Direktur medis memiliki fungsi sebagai berikut:

- Mengangkat/mengontrak dokter yang berkualitas tinggi yang mempunyai komitmen kuat dengan *managed care*
- Mengikutsertakan dokter tersebut dalam aspek bisnis perusahaan
- Membantu mereka mencapai keseimbangan antara pelayanan berkualitas dan biaya yang efisien
- Berperan sebagai jembatan antara dokter dengan MCO

Hubungan Provider

Secara tradisional, perusahaan asuransi kesehatan memiliki interaksi personal yang kecil sekali dengan dokter, rumah sakit, atau penyedia pelayanan kesehatan lainnya. Pengembangan jaringan *provider* merupakan perubahan fundamental bagi banyak perusahaan asuransi.

Fungsi utama dari Divisi Hubungan *provider* adalah mengelola jaringan pelayanan dengan melakukan negosiasi kontrak dengan *provider* dan memelihara hubungan baik dengan mereka. Komunikasi dengan dokter merupakan aspek kritis untuk suksesnya jaringan pelayanan. MCO memberikan informasi kepada para dokter tentang pola utilisasi pada praktek dokter tersebut dan berbagai alternatif penghematan biaya. MCO juga perlu memperoleh berbagai masukan dari para dokter. Dokter dapat memberikan MCO berbagai cara baru untuk menurunkan utilisasi, berbagai ide untuk memperbaiki pelayanan kepada peserta, dan informasi tentang apa yang sedang terjadi di dalam komunitasnya.

Tujuan utama dari komunikasi dan pendidikan dokter adalah untuk mencapai tingkat kesehatan yang tinggi dengan penggunaan sumber daya kesehatan yang efektif dan efisien. Dalam banyak hal, untuk mencapai hal tersebut dibutuhkan perubahan pola praktek dokter.

Manajemen Utilisasi

Tonggak keberhasilan sebuah MCO diukur dari keberhasilannya mengendalikan biaya dengan cara mengendalikan utilisasi dan kualitas pelayanan kesehatan. Melalui manajemen utilisasi, program *managed care* memantau jumlah, perlu-tidaknya, dan tepat tidaknya berbagai intervensi medis.

Tinjauan utilisasi (*utilization review*) adalah salah satu alat yang digunakan dalam manajemen utilisasi. Tinjauan utilisasi memiliki keunggulan terhadap audit klaim secara retrospektif yang biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi. Dalam tinjauan utilisasi, ketepatan pelayanan

kesehatan dievaluasi sebagai suatu usaha untuk meniadakan pemborosan dan potensi risiko terhadap pasien sebelum perawatan diberikan.

Meskipun program tinjauan utilisasi belum seragam, terdapat pokok-pokok kegiatan yang relatif sama. Kegiatan yang paling umum dilakukan dalam tinjauan utilisasi adalah persetujuan rawat inap, tinjauan selama perawatan (*concurrent review*), perencanaan pasien pulang, manajemen kasus, dan persetujuan rawat jalan.

Promosi Kesehatan Dan Manajemen Penyakit

Dalam usaha mencapai keseimbangan antara manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen biaya, promosi kesehatan dan manajemen penyakit menjadi semakin penting bagi MCO. Program perangkat lunak komputer yang menghubungkan antara diagnosis dan materi penyuluhan kepada dokter dan pasien membantu MCO melakukan intervensi pada tahap dini suatu penyakit dan mengelola penyakit seorang pasien dengan lebih baik. Hasilnya seringkali menunjukkan bahwa tingkat kesehatan mengalami perbaikan dengan penggunaan sumber daya kesehatan yang lebih sedikit.

Manajemen Kualitas

Manajemen kualitas adalah sebuah proses di mana sebuah MCO melakukan pengukuran sejauh mana *provider* memenuhi standar yang telah ditetapkan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Proses tersebut dapat mencakup pengukuran dan analisis derajat kesehatan pasien setelah suatu pengobatan atau sumber daya kesehatan yang digunakan untuk meningkatkan status kesehatan peserta.^{xxxvi}

Beberapa elemen dasar dari manajemen kualitas adalah: standar akreditasi dokter (*credentialing* dan *recredentialing*), tinjauan pola praktek dokter, kriteria rumah sakit, mekanisme formal untuk identifikasi pelayanan substandar dan intervensi yang diperlukan, analisis keluaran pelayanan kesehatan, dan prosedur formal penanganan keluhan.

Kinerja Direktur Medis dan divisi manajemen kesehatan dan medis diukur dengan pola praktek yang mencerminkan utilisasi yang tepat, perbaikan kualitas pelayanan, dan keluaran kesehatan (*health outcomes*). Pengukuran lain adalah retensi dan kepuasan *provider*.

SUMBER DAYA MANUSIA

Suksesnya sebuah MCO tergantung dari kemampuan memperoleh dan mempertahankan keunggulan kompetitifnya dalam industri padat karya yang mengalami perubahan besar. Untuk mencapai sukses tersebut, sebuah MCO perlu mengembangkan sebuah tim kerja yang

produktif dan bermotivasi tinggi serta menempatkan orang pada tempat dan waktu yang tepat.^{xxxvii} Perusahaan MCO yang sukses mengelola biaya karyawan melalui manajemen strategis sumber daya manusia. Hal ini termasuk pemantauan lingkungan eksternal pelayanan kesehatan dan pengukuran dampak lingkungan tersebut terhadap staf dan misi MCO.

Pengukuran kinerja SDM didasarkan atas fungsi yang terkait dengan pengangkatan staf (rekrutmen, seleksi, dan kontrak), pengembangan staf (orientasi dan pelatihan jabatan), dan penggantian staf. Sebagai ukuran finansial tentang manajemen SDM yang baik, MCO yang seperti juga organisasi lainnya dapat mencapai produktifitas staf yang tinggi tanpa menambah biaya SDM.

KEUANGAN

Fungsi manajemen keuangan terbagi menjadi dua yaitu fungsi bendahara dan fungsi pengawasan.

- Fungsi bendahara termasuk pencarian dan investasi dana
- Fungsi pengawasan mencakup akuntansi, pengawasan internal, penganggaran, underwriting, penagihan premi, dan penetapan premi.

Salah satu fungsi utama manajemen keuangan adalah penyediaan informasi yang akurat, relevan, dan tepat waktu (timely). Informasi ini digunakan untuk evaluasi kondisi keuangan sebuah MCO, menilai efisiensi, menilai efektifitas, dan menentukan tingkat pemenuhan peraturan internal dan eksternal.

Menilai Kondisi Keuangan MCO

Suatu kondisi keuangan sebuah MCO biasanya disamakan dengan kemampuannya untuk terus mencapai tujuan MCO secara konsisten. Kemampuan (viability) di sini lebih dari sekedar solvabilitas. Beberapa MCO mungkin memiliki tingkat solvabilitas yang baik tetapi tidak viable.

Menilai kondisi keuangan sebuah MCO mencakup penilaian pada efek jangka pendek dan jangka panjang. Jangka waktu penilaian mungkin berubah-ubah, tergantung dari pertimbangan yang akan diambil untuk membuat suatu keputusan. Sebagai contoh, sebuah pemasok mungkin tertarik pada kondisi keuangan jangka pendek karena pada periode itulah ia berharap mendapat pembayaran. Sebagai pemberi kredit jangka panjang, sebuah bank lebih tertarik pada kondisi keuangan organisasi untuk masa yang jauh lebih panjang.

Efisiensi Dan Efektifitas

Pada umumnya MCO mengejar efisiensi dan efektifitas di dalam pemberian pelayanan kesehatan. Efisiensi adalah rasio antara output terhadap input—biaya terkecil untuk suatu tingkat produksi dan kualitas tertentu. MCO mulai memperkenalkan berbagai standar dimana biaya aktual dapat dibandingkan. Standar tersebut dapat digunakan sebagai tolok ukur (bench-mark) untuk mengevaluasi efisiensi relatif.

Efektifitas lebih sulit diukur karena hal itu didasari pada keluaran kesehatan (health outcomes), dan alat untuk mengukur keluaran kesehatan masih pada tahap awal. Ada beberapa cara lain untuk mengukur efektifitas, seperti mengukur akses peserta kepada pelayanan MCO. Untuk mengukur efektifitas dengan lebih baik dalam pelayanan kesehatan, MCO perlu mengembangkan pengukuran yang akurat tentang keuangan, operasi, dan kinerja klinik.

Pemenuhan Ketentuan Hukum

Informasi keuangan digunakan untuk menentukan apakah pemenuhan suatu aturan atau hukum (compliance) telah tercapai. Suatu contoh dari peraturan internal MCO adalah anggarannya, yang merupakan suatu persetujuan antara dua tingkat manajemen tentang penggunaan sumber daya untuk suatu masa tertentu. Pihak ketiga juga menuntut aturan yang menyangkut informasi keuangan. Sebagai contoh, suatu instansi pemerintah dapat menetapkan batas maksimum tarif yang ditetapkan dalam suatu organisasi.

Profitabilitas

Semua MCO, terlepas dari status pencari laba atau nirlaba, harus tetap *solvent* dan memenuhi kebutuhan arus kas normal seperti pembayaran hutang dan investasi di dalam aset tetap dan asset terkini (current assets). Dalam perkataan lain, MCO harus mampu menunjukkan pengembalian investasi dalam kegiatannya. Apakah pemilik MCO atau pemegang saham adalah perusahaan pencari laba, atau masyarakat (stakeholders) pada MCO nirlaba, dewan direksi dan manajer eksekutif mempunyai tanggung jawab untuk menjamin tingkat solvabilitas, stabilitas, dan profitabilitas tertentu untuk menjamin bahwa MCO mampu bekerja mencapai misi dan tujuan strategisnya.

MANAJEMEN OPERASI.

Fungsi utama dari Manajemen Operasi adalah mengembangkan dan mengelola sistem informasi. Sistem informasi MCO mencakup:

- Sistem informasi bisnis untuk penagihan, pendaftaran, penagihan piutang lancar, pembayaran gaji, pembayaran hutang, dan buku kas besar.
- Sistem informasi klinik yang didasarkan pada catatan medik dan informasi lainnya yang digunakan untuk pengambilan keputusan perawatan pasien.
- Sistem informasi manajemen (SIM)

MCO semakin memberikan perhatian besar kepada penggunaan manajemen informasi secara elektronis. Kebanyakan MCO memiliki Direktur atau Wakil direktur yang bertanggung jawab pada pengembangan manajemen informasi. Fokus manajemen informasi jangka pendek adalah pengintegrasian sumber-sumber informasi yang ada menjadi sistem fungsional. Sedangkan tujuan jangka panjang manajemen informasi adalah mengoptimalkan kinerja departemen/divisi untuk mencapai kinerja MCO yang maksimum.

Sistem Informasi Manajemen (SIM)

SIM memegang peranan yang penting untuk membantu MCO menemukan solusi dari berbagai masalah ketersediaan dan keterjangkauan yang harus diselesaikan dalam pelayanan kesehatan. Tanggung jawab utama SIM adalah membantu berbagai fungsi divisi utama (pemasaran, pelayanan kesehatan dan medis, sumber daya manusia, keuangan, dan operasional) dalam penentuan, pengumpulan, dan pelaporan ukuran-ukuran kinerja.

Suatu infrastruktur SIM yang efektif dalam MCO menekankan pada keluaran kesehatan dan menyediakan pengintegrasian informasi status kesehatan, utilisasi, dan biaya di antara berbagai *provider*. Suatu sistem komputer dalam pencatatan pelayanan rawat jalan (COSTAR, Computer Stored Ambulatory Record System), yang dikembangkan oleh Badan Penyelenggara Harvard Community Health Plan dan Rumah Sakit Umum Massachusetts (Massachusetts General Hospital), adalah suatu contoh bagaimana informasi berbagai *provider* diintegrasikan dengan menggunakan keanggotaan MCO sebagai dasar.^{xxxviii}

Tantangan SIM adalah bagaimana melayani seluruh fungsi bisnis dan klinik dari MCO sambil menyediakan basis data umum untuk pelaporan manajemen yang dibutuhkan untuk kegiatan sehari-hari dan pengambilan keputusan strategis jangka panjang.

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI MANAGED CARE

Managed care terus berkembang, sejalan dengan perubahan ekonomi, teknologi, dan lingkungan sosial. Faktor-faktor ini dan saling keterkaitannya penting untuk dimengerti agar dapat memahami konsep *managed care*. Faktor-faktor lingkungan yang paling penting adalah sebagai berikut:

Faktor-faktor lingkungan	Contoh-contoh
Pemangku kepentingan (Stake holders)	Pasien dan keluarga Pembayar (perusahaan, asuradur, pemerintah) Pembuat undang-undang <i>Provider</i> profesional Fasilitas pelayanan kesehatan
Harapan	Kepuasan pelayanan Kesesuaian pelayanan Akses kepada pelayanan Keefektifan biaya Credentialing dan pelatihan
Dasar Pengetahuan	Pengembangan indikator mutu Pengembangan praktik Pengembangan ukuran hasil Pengembangan data dasar Pengembangan manajemen sistem informasi

Gambar 3.6. Faktor-faktor yang Memberi Dampak Terhadap Managed Care

ORGANISASI MANAGED CARE DI INDONESIA

Di Indonesia, MCO tidak berkembang seperti yang terjadi di Amerika. Di masa lalu perkembangan *managed care* dimungkinkan dengan adanya UU Kesehatan, no 23/92, yang pada pasal 66 dimana terdapat aturan JPKM, meskipun cacat hukum karena PP-nya sampai hari ini tidak ada.

Itu sebabnya, dalam uji materi UU SJSN, Perbapel (sebagai asosiasi badan penyelenggara JPKM) tidak diakui oleh Mahkamah Konstitusi dengan menyatakan Perbapel tidak memiliki *legal standing*.

Dalam Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional sama sekali tidak disebut adanya JPKM. RUU JPKM yang dulu pernah diusulkan juga sudah masuk kotak karena sudah ada UU SJSN.

Jadi, untuk Indonesia, satu-satunya organisasi MCO yang mungkin adalah Perusahaan Asuransi Jiwa atau Asuransi Kerugian yang diatur dalam UU nomor 2/1992.

Di lain pihak, UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN sudah jelas mewajibkan semua penduduk, secara bertahap) untuk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan. Organisasi BPJS Kesehatan bersifat Sentralisasi, dengan kantor Pusat di Jakarta dan Kantor Cabang sebagai kantor operasional yang tersebar di seluruh Kota/Kabupaten di seluruh Indonesia. Dalam operasionalisasi *managed care*, BPJS melakukan kontrak kerjasama dengan *provider*, baik milik Pemerintah maupun swasta, Dalam kontrak ini diatur dan disepakati tentang berbagai hal, seperti:

- Jenis pelayanan yang disediakan
- Tarif Pelayanan
- Prosedur layanan
- Tata cara Penagihan dan Pembayaran klaim

BPJS Kesehatan, menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia dengan prinsip *managed care*. Apabila masyarakat menginginkan *benefit* “lebih” dari *benefit* yang disediakan oleh BPJS, masyarakat dapat memperolehnya dari perusahaan asuransi lainnya, yang melakukan “koordinasi manfaat”

Mekanisme kerjasama antara BPJS dan Perusahaan Asuransi penyedia layanan tambahan mengacu pada ketetapan Pemerintah, sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden No 12/tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dan didokumentasikan dalam kontrak kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Perusahaan Asuransi terkait

RINGKASAN

Managed care terus berkembang; sekarang ini ada berbagai tipe yaitu HMO, PPO, dan POS. Bidang-bidang khusus seperti kesehatan perilaku, obat-obatan yang diresepkan, dan kesehatan gigi seringkali dipisah menjadi pelayanan tersendiri atau terbatas.

Perkembangan program *managed care* dipengaruhi oleh berbagai faktor lingkungan yang menuntut sistem pelayanan kesehatan semakin bermutu dan efektif-biaya.

Di Indonesia, dengan mulai diberlakukannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyat Indonesia dengan sistem *managed care*, BPJS merupakan Badan tunggal (*Single Payer*). BPJS memiliki Kantor cabang di seluruh wilayah Indonesia yang melaksanakan kegiatan operasional. Untuk pelayanan yang melebihi pelayanan BPJS, dapat diberikan oleh perusahaan asuransi swasta, yang melakukan kontrak kerjasama dengan BPJS dalam konteks koordinasi manfaat.

MCO tumbuh secara evolusi dan prinsip *managed care* semakin digunakan pada berbagai bidang, seperti perawatan jangka panjang (long term care) dan komponen medis dari asuransi kecelakaan mobil dan jaminan kecelakaan kerja. Pasar yang baru memerlukan struktur manajemen dan pengelolaan yang fleksibel dan responsif di dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi dengan biaya yang *cost-effective*.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

<i>Asuransi ganti rugi tradisional</i>	<i>Klaim yang memenuhi syarat</i>
<i>Biaya yang lazim, sesuai kebiasaan, dan layak</i>	<i>Komisi sejawat untuk melakukan review</i>
<i>Carve-outs (Pelayanan di luar yang tercakup dalam sistem kapitasi)</i>	<i>Managed Indemnity</i>
<i>Credentialing</i>	<i>Model jaringan atau campuran</i>
<i>Deductible</i>	<i>Model kelompok</i>
<i>Dokter pelayanan primer; dokter umum</i>	<i>Model staf</i>
<i>Exclusive Provider Organization, EPO</i>	<i>Manajemen kesehatan jiwa</i>
<i>Fasilitas Rehabilitasi</i>	<i>Model pelayanan terbatas</i>
<i>Formularium obat-obatan</i>	<i>Obat Generik</i>
<i>Gatekeeper (Pengendali rujukan)</i>	<i>Panel terbuka</i>
<i>Health Maintenance Organization, HMO</i>	<i>Panel tertutup</i>
<i>HMO dan PPO yang hanya melaksanakan satu jenis pelayanan</i>	<i>Pelayanan kesehatan di rumah</i>
<i>HMO spesialis</i>	<i>Pelayanan di luar jaringan</i>
<i>Individual Practice Association, IPA</i>	<i>Pelayanan kronis</i>
<i>Jaminan mutu</i>	<i>Perawatan subakut</i>
<i>Jaminan tambahan</i>	<i>Program penyelenggaraan pelayanan ganda</i>
<i>Kapitasi</i>	<i>Program Spesialis peresepan obat</i>
<i>Kesetaraan terapi</i>	<i>Pembelian dalam jumlah besar</i>
<i>untuk kalangan sendiri</i>	<i>Pola-pola Praktek</i>

<i>Potongan biaya atas dasar fee-for-service</i>	<i>Program mandiri, di luar Program Dasar</i>
<i>Physician-Hospital Organization, PHO</i>	<i>Pusat Unggulan</i>
<i>Point-of-Service Plans</i>	<i>Review oleh professional</i>
<i>Praktek kelompok</i>	<i>Risiko keuangan</i>
<i>Pelayanan farmasi</i>	<i>Sertifikasi sebelum masuk perawatan</i>
<i>Penatalaksanaan penyakit</i>	<i>Telaah utilisasi</i>
<i>Preferred Provider Organization, PPO</i>	<i>Telaah utilisasi penggunaan obat</i>
<i>Program bantuan untuk pegawai</i>	<i>Third party administrator, TPA (Administrator pihak ketiga)</i>
<i>Program pelayanan spesialis kesehatan gigi</i>	<i>Urun biaya</i>
<i>Program kesehatan perilaku</i>	<i>Withhold arrangement - Pengaturan dana ditahan</i>

BAB 4 DAMPAK MANAGED CARE TERHADAP INDIVIDU DAN PERUSAHAAN

<i>Pendahuluan</i>	<i>Pengaruh Perusahaan terhadap Managed Care</i>
<i>Individu dan Managed Care</i>	<i>Kegiatan-kegiatan Bisnis Lain dalam Managed Care</i>
<i>Perubahan Pilihan Konsumen</i>	<i>Ringkasan</i>
<i>Pengaruh Program Kebugaran dan Pencegahan Terhadap Kendali Biaya</i>	<i>Istilah-Istilah Penting</i>
<i>Pengaruh Konsumen terhadap Managed Care</i>	

PENDAHULUAN

Seperti diuraikan pada Bab 3, dampak *managed care* terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sangat signifikan. *Managed care* telah menghasilkan perubahan-perubahan dalam hal pemberian layanan medis, cara para dokter mengorganisasi pelayanan medis dan metode penggantian biaya. *Managed care* juga menimbulkan akibat yang bermakna terhadap pelayanan kesehatan baik terhadap konsumen selaku perorangan/individu maupun konsumen kelompok perusahaan yang berupaya meyakinkan para pekerja mereka akan kelebihan sistem *managed care*. Bab ini membahas dampak *managed care* terhadap individu, perusahaan, asosiasi perusahaan dan serikat buruh/pekerja.

INDIVIDU DAN MANAGED CARE

Sebagaimana halnya kebanyakan barang dan jasa, semakin rendah harga maka akan semakin tinggi pula sisi permintaan dan konsumsinya. Oleh karena biaya yang berada di luar tanggungan asuransi kerap kali kecil, yang dalam banyak kasus tidak ada sama sekali/nihil, konsumen seringkali menggunakan pelayanan kesehatan dalam jumlah yang berlebihan. Meskipun diakui bahwa tidak hanya konsumen, tetapi juga pemberi layanan kesehatan yang dapat mempengaruhi keputusan penggunaan layanan secara berlebihan tersebut, konsumen dan pihak penyelenggara layanan kesehatan nampaknya kurang memperhatikan dampak finansialnya. Hal ini diperparah dengan kenyataan bahwa pihak asuradurlah yang akan membayar seluruh atau sebagian besar dari biaya layanan kesehatan yang diperoleh konsumen, dan pihak perusahaanlah yang membayar premi asuransi kesehatannya; bukan konsumen yang menanggung biayanya. Hal ini hanya akan mengakibatkan tingkat konsumsi yang jauh lebih tinggi, biaya medis yang melambung tinggi dan alokasi sumber daya yang tidak efisien.

COST SHARING SEBAGAI KENDALI

Hingga saat ini, orang yang memiliki jaminan asuransi bertindak seolah-olah bahwa biaya layanan kesehatan bukanlah faktor yang harus diperhitungkan ketika

mengonsumsi/mendapatkan pelayanan kesehatan. Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan berkembangnya program *managed care* telah mengubah skenario ini. Sebelum lahirnya *managed care* dan program pertanggung jawaban yang fleksibel, sarana utama untuk mempengaruhi perilaku konsumen pada asuransi tradisional adalah dengan cara menerapkan sistem menanggung biaya bersama (iur biaya, *cost sharing*) dalam rancangan pertanggung jawaban/manfaat (*benefit design*). Perubahan rancangan pertanggung jawaban/manfaat ini bertujuan untuk memberikan kewajiban finansial kepada para konsumen pada saat mendapatkan layanan kesehatan. Bentuk *cost sharing* yang paling sering digunakan adalah *coinsurance* dan *deductible*. Kedua skema ini memberikan keuntungan finansial bagi konsumen secara langsung, untuk memperoleh pelayanan yang paling efektif dan efisien (*cost effective*) dan untuk menghindari pemberian pelayanan yang secara medis tidak diperlukan. *Coinsurance* adalah sejumlah persentase dari biaya medis yang harus dibayarkan oleh peserta pada saat mendapatkan layanan medis. *Deductible* adalah sejumlah biaya yang harus dibayarkan oleh seseorang terlebih dahulu, sebelum dia berhak menerima manfaat yang dijamin oleh asuradur. Metode ini memberi dampak berkurangnya pemanfaatan layanan kesehatan, khususnya untuk pelayanan-pelayanan yang dianggap konsumen kurang bermanfaat. Sayangnya, metode ini tidak bermanfaat untuk pencegahan (*prevention*) dan intervensi dini (*early intervention*), sehingga biaya layanan kesehatan menjadi lebih mahal untuk jangka panjang.

Ada kalanya, asuransi tradisional memasukkan klausul “menanggung biaya” (*cost sharing*) oleh konsumen. Pada awalnya, biaya-biaya di luar tanggungan asuransi, yang menjadi beban konsumen sebagai *cost sharing* ini terlalu kecil untuk membuat konsumen sadar akan mahalnnya biaya layanan kesehatan. Terlebih lagi, nilainya semakin merosot karena inflasi, meningkatnya penghasilan, dan tersedianya pertanggung jawaban (*coverage*) yang lebih dari satu. Sejak akhir tahun 1960an dan terus berlangsung hingga tahun 1980-an, asuransi dan perusahaan memberikan respons dengan menaikkan tingkat biaya konsumen hingga ke suatu titik di mana orang didorong untuk menimbang secara saksama antara manfaat layanan yang akan diperoleh dengan biaya yang harus dibayarkan sebelum menikmati layanan medis. Di Amerika sekarang ini, program indemnitas dengan nilai *deductible* \$ 1,000 atau lebih dan 60% - 40% *coinsurance* cukup lazim ditemukan. Adapun untuk pasar Indonesia, mayoritas perusahaan asuransi kesehatan memilih sistem *coinsurance* dibandingkan sistem *deductible*.

PENGENDALIAN UTILISASI PELAYANAN OLEH KONSUMEN

Kendali biaya telah diberlakukan banyak sistem asuransi tradisional indemnitas sebagai upaya mengendalikan penggunaan layanan kesehatan yang tidak tepat. Pelayanan tertentu seperti pelayanan kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dimana layanan kesehatan cenderung diberikan secara cepat, banyak diminati oleh konsumen asuransi kesehatan, meskipun dia sebenarnya secara medis tidak membutuhkan pelayanan di IGD tetapi cukup pelayanan yang lebih efisien dan tepat secara medis. Penyebab pemanfaatan layanan yang tidak tepat biasanya karena ketidak-tersediaan dan atau kurangnya pengarahan yang tepat dari pihak pemberi pelayanan kesehatan (*provider*). Pelayanan kesehatan seperti ini menjadi masalah yang besar dalam upaya kendali biaya.

Konsumen kerap kali mendatangi Instalasi Gawat Darurat dalam kondisi yang sama sekali tidak gawat dan tidak darurat, hanya karena Instalasi Gawat Darurat buka selama 24 jam dan pelayanan yang diberikan cenderung lebih cepat dari pada yang didapatkan di poliklinik. Di samping itu, jaminan yang diberikan asuransi tidak mendorong adanya hubungan yang baik antara pasien dengan Dokter, sehingga Dokter dapat memberikan pelayanan berkesinambungan dan pada gilirannya dapat menghapuskan kebutuhan akan kunjungan Instalasi Gawat Darurat yang secara tidak langsung akan dapat menurunkan biaya kesehatan. Sebagaimana yang telah kita ketahui bersama, biaya layanan kesehatan di Instalasi Gawat Darurat lebih mahal dibandingkan biaya layanan kesehatan di poliklinik. Berangkat dari pemikiran inilah Dokter pelayanan primer diperlukan dalam program *managed care*. Dalam upaya menanggulangi penggunaan layanan Instalasi Gawat Darurat yang tidak tepat, program asuransi indemnititas kerap kali memasukkan tambahan beban finansial yang signifikan guna memaksa konsumen menyadari adanya konsekuensi biaya yang terkait dengan penggunaan Instalasi Gawat Darurat. Sebagai contoh, sistem deductible yang substansial dapat diterapkan untuk pelayanan Instalasi Gawat Darurat dimana pihak konsumen diwajibkan membayar sejumlah \$200 pertama sebagai biaya yang tidak ditanggung oleh pihak asuradur. Pihak asuradur sendiri baru akan membayarkan biaya yang timbul setelah biaya \$200 tersebut dibayar oleh peserta, tentunya sesuai dengan tabel manfaat yang menjadi pertanggung jawaban konsumen.

Metode kendali terhadap utilisasi pelayanan yang tidak tepat, yang paling sering diterapkan oleh perusahaan asuransi di Indonesia adalah metode *preadmission review* (penilaian pra perawatan rumah sakit) dan *precertification of outpatient testing* (otorisasi pra pemeriksaan rawat jalan). Metode *preadmission review* mewajibkan pihak *provider* untuk memberikan informasi seputar status medis dan indikasi medis perawatan kepada pihak asuradur yang selanjutnya akan memberikan Surat Jaminan/Persetujuan Rawat Inap jika kasus tersebut memang memerlukan perawatan. Adapun metode *precertification of outpatient testing* diperuntukkan bagi beberapa pemeriksaan penunjang pada kasus rawat jalan. Sebagaimana *preadmission review*, *provider* harus memberikan indikasi medis atas pemeriksaan yang diinginkan.

DAMPAK KENDALI UTILISASI PELAYANAN

Utilisasi pelayanan juga dikendalikan pada banyak program indemnititas. Membebaskan lebih banyak biaya substansial pada konsumen dan atau membatasi jumlah maksimal kunjungan per tahun secara langsung ke Instalasi Gawat Darurat dan atau Laboratorium akan memberi konsumen alasan untuk mengurungkan maksudnya menggunakan layanan-layanan tersebut, dan cukup pergi ke Dokter di poliklinik karena masalah yang dihadapinya kecil saja. Hal ini nampaknya dapat mengurangi biaya layanan kesehatan terutama dalam hal menghindari tes/pemeriksaan penunjang, diagnosa dan prosedur terapi lainnya yang berlebihan, yang semua itu nampaknya justru ingin dilakukan oleh pihak *provider* selama kunjungan konsumen.

KENDALI ASURANSI INDEMNITAS TERHADAP PELAYANAN RUMAH SAKIT

Meningkatnya beban biaya yang harus ditanggung konsumen (*cost sharing*) dalam layanan rawat jalan harus disesuaikan dengan meningkatnya biaya pelayanan yang tidak ditanggung oleh asuransi (*out-of-pocket costs*) untuk layanan rawat inap. Apabila manfaat layanan rawat inap yang ditanggung lebih baik dibandingkan rawat jalan, peserta akan cenderung dirawat-inapkan meskipun secara medis tidak diperlukan. Hal ini justru akan membuat biaya layanan kesehatan melonjak tinggi. Untuk mencegah perawatan di rumah sakit yang mahal dan tidak diperlukan secara medis, banyak program asuransi indemnitas yang secara rutin memasukkan penilaian *utilization review* secara prospektif bagi kasus-kasus rawat inap yang tidak bersifat darurat. Dengan menyelaraskan *utilization review* (UR) dengan *cost sharing* yang tepat, konsumen didorong untuk menyadari tingginya biaya kesehatan dalam menentukan pilihan apakah menggunakan pelayanan rawat inap atau rawat jalan saja.

PERUBAHAN PILIHAN KONSUMEN

Dengan berkembangnya *managed care* dan meningkatnya pilihan program asuransi kesehatan, seperti *fee-for-service*, PPO, HMO atau POS, kini konsumen menghadapi banyak pilihan dengan dua hal pertimbangan pokok dalam memilih.

MEMILIH PROGRAM KESEHATAN

Keputusan penting pertama adalah memilih program kesehatan yang tepat. Idealnya, konsumen memperoleh insentif finansial jika memilih program yang paling efektif dan efisien dari program yang ditawarkan. Insentif yang memadai, menuntut perusahaan pemberi kerja membayar kurang dari 100% biaya premi dan karyawan membayar sebesar selisih biaya program yang paling murah dan biaya program lainnya yang menjadi pilihan. Kerap kali, program yang paling murah adalah program *managed care* yang menawarkan jaminan layanan kesehatan dengan *provider* yang terbatas. Oleh karena itu, karyawan kerap kali harus memilih di antara pilihan program yang terbatas dengan premi yang lebih tinggi. Selain itu, banyak karyawan diberi pilihan beberapa rancangan manfaat, dengan nilai pertanggunganan dan manfaat yang berbeda-beda dan tingkat *cost sharing* yang berbeda pula. Pilihan ini menimbulkan *trade-off* tambahan antara kontribusi premi dan *cost sharing*.

BIAYA PELAYANAN DI LUAR TANGGUNGAN ASURANSI

Keputusan penting yang kedua terjadi setiap saat ketika konsumen memperoleh layanan kesehatan. Pada saat itu, insentif keuangan dapat secara langsung mempengaruhi pilihan untuk menggunakan atau tidak layanan kesehatan atau pilihan di antara berbagai alternatif pelayanan. Sebagai contoh, individu yang ikut serta dalam program *managed care* yang memperkenankan peserta memperoleh pelayanan di luar jaringan, pada umumnya menerima manfaat yang lebih kecil dibandingkan apabila mereka menggunakan jasa *provider* yang ada di dalam jaringan, dan mendapatkan pelayanan yang dikoordinasikan oleh dokter pelayanan primer yang mereka pilih. Bagi kebanyakan program tradisional dan program POS, pilihan

individu juga sangat dipengaruhi oleh biaya di luar tanggungan asuransi yang mereka bayar setiap kali memperoleh pelayanan.

Baik sebagai pilihan "tunggal yang berdiri sendiri" maupun sebagai bagian dari paket pelayanan *fee-for-service* dan *managed care*, program *managed care* mempengaruhi seseorang dalam memilih pelayanan medis yang bertujuan untuk mencapai tingkat pembiayaan yang lebih efektif. Dalam kasus tertentu, seorang individu akan lebih tertarik dengan nilai manfaat yang lebih besar atau lebih komprehensif. Nilai manfaat ini menggantikan keterbatasan pilihan *provider* dalam program yang lebih terbatas. Dalam kasus lain, perbedaan besaran *cost sharing* di antara program atau tingkatan program (misalnya layanan di dalam jaringan dengan layanan di luar jaringan), mempengaruhi seseorang dalam memilih program atau tipe *provider* yang digunakan.

PENGARUH DISAIN PROGRAM TERHADAP KENDALI BIAYA

Program *managed care* pada umumnya menempatkan tanggung jawab yang lebih besar dalam hal penghematan biaya (*cost saving*) kepada pihak *provider* dibandingkan dengan program asuransi tradisional. Peserta sangat didorong untuk menggunakan jasa *provider* yang ada dalam jaringan. Sebagai contoh, HMO, secara khusus memberikan insentif finansial yang signifikan kepada para pihak *provider* yang ada dalam jaringan agar dapat memberikan layanan medis yang efektif dan efisien ketika peserta program menggunakan jasa mereka.

Program HMO memperbolehkan peserta menggunakan jasa *provider* yang tidak termasuk dalam jaringan hanya untuk kasus-kasus kedaruratan medis saja. Jika tidak menggunakan *provider* yang ada dalam jaringan, peserta harus menanggung biaya atas layanan kesehatan yang diperolehnya tersebut. Program *managed care* lainnya seperti PPO, memperkenankan peserta mendapatkan layanan dari *provider* yang tidak termasuk dalam jaringan kapan saja mereka membutuhkannya; namun program PPO tetap mendorong peserta untuk menggunakan jasa *provider* yang ada dalam jaringan. PPO memberikan insentif jika peserta menggunakan jasa *provider* dalam jaringan dengan mensyaratkan peserta menanggung proporsi biaya yang lebih tinggi jika mereka memilih mendapatkan layanan kesehatan di luar jaringan. PPO mungkin akan menanggung 100% biaya pelayanan yang didapatkan di dalam jaringan tetapi hanya akan menanggung 70% dari jumlah biaya tersebut jika layanan diperoleh di luar jaringan.

Program POS dikembangkan untuk menawarkan pilihan yang tidak tersedia pada program HMO yang tradisional. Seperti PPO, program POS memperbolehkan peserta untuk menggunakan jasa *provider* yang mereka pilih kapan saja mereka mau, tentu saja dengan membayar. Perbedaan pokok antara program POS dan PPO adalah bahwa program POS pada umumnya mensyaratkan peserta untuk mempunyai rujukan dari dokter pelayanan primer untuk dapat memperoleh layanan dari jaringan yang lebih luas. Di Amerika, dalam beberapa tahun terakhir, kepesertaan POS tumbuh dengan cepat karena rancangan program POS membawa perusahaan dan konsumen yang tadinya enggan untuk mengambil program *managed care* akhirnya memilih *managed care* melalui berbagai insentif yang dipadukan dengan kebebasan memilih. Saat ini, program-program baru *managed care* lainnya mulai

bermunculan yang menggabungkan variabel kebebasan memilih *provider* sesuai keinginan konsumen, dengan unsur *cost sharing* untuk mendapatkan keberhasilan *managed care*.

KOORDINASI MANFAAT (COORDINATION OF BENEFIT/COB) SEBAGAI KENDALI

Jika *cost sharing* merupakan cara efektif untuk menghindari penggunaan layanan kesehatan yang tidak perlu secara medis, maka penting mempertahankan elemen *cost sharing* ini dalam paket asuransi kesehatan meskipun ada lebih dari satu sumber jaminan pertanggungjawaban (mempunyai lebih dari satu jaminan kesehatan). Satu masalah serius dalam sistem asuransi kesehatan masa kini adalah bahwa banyak keluarga mempunyai lebih dari satu sumber jaminan pertanggungjawaban/asuransi kesehatan. Dalam COB tertentu, program yang kedua (atau penjamin sekunder) akan menanggung sebagian besar atau semua *copayment* dan *deductible* dari konsumen yang tidak ditanggung oleh asuradur pertama/primer. Dalam hal ini insentif ekonomi bagi konsumen menjadi hilang, karena sesungguhnya pelayanan yang diterima menjadi gratis.

Walaupun demikian, banyak konsumen yang mencoba untuk mengambil keuntungan dengan mendapatkan penggantian yang melebihi biaya layanan kesehatan yang sesungguhnya dari lebih dari satu asuransi kesehatan yang dimilikinya. COB ini bertujuan untuk mempertahankan prinsip bahwa peserta/konsumen hanya berhak mendapatkan penggantian maksimal sebesar/tidak melebihi biaya layanan kesehatan yang terjadi. Sayangnya, di Indonesia belum ada sebuah badan/organisasi yang khusus menangani COB. COB hanya diterapkan oleh pihak asuradur tertentu dengan berhubungan langsung dengan pihak asuradur lainnya yang juga memberikan pertanggungjawaban kepada konsumen yang sama untuk kasus yang sama.

Ada beberapa cara menanggapi persoalan ini. Satu pendekatan adalah mengatur COB sehingga tingkat minimal *cost sharing* ini tetap dapat dipertahankan tanpa mempersoalkan adanya *multiple coverage* yang tumpang tindih. Namun tentunya pendekatan ini tidak sesuai dengan prinsip-prinsip asuransi. Pendekatan yang lebih ekstrim memerlukan perubahan aturan yang memperkenankan perusahaan asuransi/asuradur memberikan jaminan pertanggungjawaban bagi karyawan dan peserta keluarganya yang masih belum mandiri hanya apabila karyawan tersebut adalah pencari nafkah utama (atau si pencari nafkah utama tadi belum memiliki pertanggungjawaban asuransi).

Walaupun sudah banyak dilakukan oleh beberapa asuradur di Indonesia, untuk sekarang ini, program COB bagi orang-orang yang memiliki lebih dari satu jaminan kesehatan (*multiple insurance plans*) belum dibakukan dalam satu aturan yang jelas.

Di dalam Peraturan Presiden No 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, sudah diatur bahwa bagi peserta yang ingin mendapatkan layanan yang “lebih” dari layanan yang disediakan oleh BPJS, dapat memperolehnya dengan membeli program dari perusahaan asuransi swasta yang melakukan koordinasi manfaat dengan BPJS.

PENGARUH PROGRAM KEBUGARAN DAN PENCEGAHAN TERHADAP KENDALI BIAYA

Pertanggungjawaban (*coverage*) *managed care* dalam hal pelayanan pencegahan (*preventive care*) berbeda dari asuransi tradisional. Meski pun ada anggapan umum bahwa kembalinya modal (uang) yang ditanam dalam kesehatan pencegahan seringkali memakan waktu puluhan tahun, namun secara umum diakui bahwa menjaga kesehatan adalah cara terbaik untuk menghindari pengeluaran biaya besar. Karena mereka yang mampu membiayai pelayanan pencegahan juga lebih suka mengupayakan pengobatan dini, kondisi yang lebih serius dapat dicegah agar tidak berkembang menjadi pengobatan yang membutuhkan biaya mahal.

PROGRAM KEBUGARAN

Kebanyakan orang mempunyai kemampuan mempengaruhi kesehatan mereka menurut cara yang positif melalui tindakan yang tidak ada kaitannya dengan sistem pelayanan kesehatan. Bukti yang kuat menunjukkan bahwa perilaku pribadi merupakan faktor penentu status kesehatan yang lebih bermakna dibanding penggunaan pelayanan medis. Bagi banyak orang, pilihan gaya hidup mereka dapat memberi dampak lebih besar terhadap kesehatan mereka dibanding dengan apa yang dapat diperbuat oleh pihak penyelenggara layanan kesehatan untuk mereka. Strategi yang secara positif mempengaruhi gaya hidup layak mendapat dukungan. Perubahan pilihan gaya hidup di sebagian kalangan masyarakat merupakan indikasi bahwa pendidikan dapat mempengaruhi orang untuk mengubah gaya hidup mereka yang memperbaiki tingkat kesehatan mereka. Diharapkan perubahan gaya hidup itu dapat terus membantu menekan biaya pelayanan kesehatan; misalnya dengan menerapkan pola makan yang sehat, berolahraga secara teratur dan pemeliharaan lingkungan yang bersih dan sehat.

Akan tetapi, kita tidak dapat begitu saja membebani program-program semacam itu untuk memecahkan masalah biaya pelayanan kesehatan. Meski ada potensi besar untuk mengurangi kebutuhan akan pelayanan kesehatan dengan cara mendorong masyarakat agar berpola hidup lebih sehat, namun sukar sekali mendorong mereka agar mengubah perilaku tertentu. Oleh karenanya, promosi pihak asuradur mengenai gaya hidup/pola hidup yang lebih baik perlu mendapatkan perhatian yang serius sebagai upaya mengurangi biaya dan sekaligus memperbaiki kualitas hidup manusia.

PROGRAM PENCEGAHAN SEBAGAI KENDALI BIAYA

Konsumen seharusnya didorong untuk menggunakan pelayanan kesehatan pencegahan yang benar-benar efektif dalam mempromosikan kesehatan. Satu cara untuk mencapai kondisi ini adalah dengan menyusun mekanisme *cost sharing* sehingga tidak menjadi penghambat penggunaan pelayanan pencegahan. Penting diingat bahwa pelayanan pencegahan adalah *benefit* standar dalam program HMO, di mana para penyelenggara juga harus memiliki insentif yang lebih kuat untuk mengontrol penggunaannya. Jadi, HMO mempunyai kemampuan untuk mempromosikan kesehatan dan kendali biaya. Kunci pemecahan adalah membatasi *benefit* ini pada pelayanan yang secara ilmiah terbukti efektif dan efisien; misalnya pelayanan prenatal,

pelayanan bayi sehat (termasuk di dalamnya program imunisasi) dan pelayanan profilaksis gigi.

Ketika memerlukan pelayanan medis, konsumen perlu tahu bagaimana menggunakan sistem dengan cara yang paling efektif. Bagi banyak orang, sistem pelayanan kesehatan adalah semacam teka-teki yang sukar dipecahkan. Pihak asuransi dapat membantu konsumen memahami bagaimana memperoleh akses ke pelayanan yang paling tepat, termasuk memberikan informasi mengenai bagaimana menggunakan pelayanan pencegahan. Program HMO menerapkan secara signifikan beberapa pelayanan pencegahan yang sepenuhnya memperoleh pertanggungjawaban (*coverage*). Pelayanan tersebut antara lain pelayanan bayi sehat, imunisasi dan pemeriksaan fisik berkala.

Di Indonesia saat ini banyak perusahaan asuransi yang sudah mulai mempromosikan program kebugaran maupun pencegahan penyakit. Memang jika dilihat dari investasi yang dikeluarkan, tentunya pelaksanaan program-program ini tidak menguntungkan bagi perusahaan. Namun demikian, pelaksanaan program ini tetap dilakukan dengan tujuan untuk mengedukasi konsumen agar lebih memilih pola hidup sehat yang pada gilirannya nanti dapat menciptakan individu-individu yang sehat pula sehingga secara jangka panjang dapat menurunkan tingkat pemakaian manfaat layanan kesehatan yang mereka miliki. Di samping itu pula, banyak perusahaan asuransi kesehatan yang melaksanakan program-program ini sebagai wujud rasa tanggungjawab/kepedulian social dari perusahaan tersebut (*corporate social responsibility, CSR*).

PENGARUH KONSUMEN TERHADAP MANAGED CARE

Para karyawan semakin tertarik pada *managed care*, terutama karena pelayanan ini menawarkan manfaat yang komprehensif dengan biaya tetap. Oleh karena program *managed care* ingin menarik dan mempertahankan kepesertaan, pandangan peserta secara teratur diselidiki melalui survei dan keluhan-keluhan mereka ditampung.

Survei peserta *managed care* menunjukkan kepuasan akan pelayanan yang mereka terima dan jumlah biaya yang mereka keluarkan. Kepuasan ini cenderung meningkat sejalan dengan lamanya seorang individu menjadi peserta. Ketika diminta untuk memilih, 70% responden jejak pendapat Gallup memilih *managed care* ketimbang program jaminan/asuransi kesehatan yang lain; dan mereka puas dengan pelayanan kesehatan yang mereka terima seperti halnya mereka yang mengikuti asuransi tradisional. Survei lain menemukan bahwa lebih banyak responden (sekitar 84%) merasa puas dengan program *managed care* dari pada responden yang mengikuti program tradisional. Yang bermakna adalah bahwa kebanyakan responden kedua survei merasa khawatir dengan kemungkinan premi yang lebih tinggi ketimbang keterbatasan pilihan *provider*.

Meningkatnya pemanfaatan survei mengenai *managed care* merupakan suatu perkembangan dalam evolusi *managed care*. Di masa depan, organisasi *managed care* dapat diharapkan menjadi lebih terpercaya dalam hal kualitas pelayanan dan pelayanan yang lebih berpusat pada peserta/konsumen.

PERUSAHAAN DAN MANAGED CARE

Karena kegagalan sistem *premium sharing* tradisional dalam menanggulangi masalah inflasi biaya kesehatan dengan tepat, banyak perusahaan akhirnya berpaling kepada *managed care* dan menerapkan konsep *managed care* sebagai cara mengendalikan biaya kesehatan karyawan (*employee benefit*). Ketika biaya pelayanan kesehatan dengan metoda tradisional meningkat tajam pada tahun 1970an dan 1980an, secara signifikan memberi pengaruh terhadap perusahaan. Ketika premi naik hingga 50% per tahun, perusahaan merasakan bahwa sistem pembiayaan pelayanan kesehatan karyawan secara tradisional telah mengakibatkan penurunan laba perusahaan. A. Foster Higgins, sebuah perusahaan konsultan manfaat karyawan, memperkirakan bahwa perusahaan yang bertahan dengan sistem pembiayaan tradisional, walaupun dengan *premium sharing*, akan membayar lebih dari \$ 20,000 premi per tahun per karyawan pada tahun 2000, atau sekitar 42% di atas angka rata-rata nasional.

Pengendalian biaya bukanlah satu-satunya isu yang merangsang minat perusahaan akan *managed care*. Undang-undang HMO 1973 mendorong perkembangan HMO dan menciptakan ciri-ciri program HMO yang banyak memberi pengaruh pada perusahaan dan kelompok-kelompok karyawan. Sekitar tahun 1992, 54% peserta program pelayanan kesehatan yang disponsori oleh perusahaan ditanggung oleh program *managed care*, meningkat dari 27% pada tahun 1987.

Perusahaan-perusahaan yang tidak mengikuti program *managed care*, semakin cenderung memasukkan kegiatan manajemen utilisasi dalam program konvensional mereka. Teknik-teknik manajemen utilisasi pelayanan dalam *managed care* adalah salah satu upaya untuk menurunkan biaya pelayanan kesehatan. Tahun 1991, hampir 95% dari program konvensional menggunakan teknik-teknik manajemen utilisasi, meningkat secara bermakna, dari 44% pada tahun 1987.

PILIHAN KARYAWAN

Di masa lampau, banyak perusahaan tidak memberikan pilihan program kesehatan atau mendorong karyawan untuk memilih pelayanan yang paling efektif dan efisien. Pada beberapa kasus misalnya perusahaan membayar 100% premi tanpa memperdulikan pilihan yang diambil karyawan. Untuk menghadapi masalah ini, banyak perusahaan mensyaratkan karyawannya untuk membayar sebagian dari premi, meskipun banyak rancangan *premium sharing* tidak memberikan insentif yang layak bagi karyawan untuk memilih struktur *benefit* yang paling ekonomis atau program dengan pelayanan yang dikendalikan paling ketat.

Perusahaan asuransi mendorong perusahaan sebagai pemberi kerja untuk memilih paket layanan yang menghubungkan batas *cost sharing* dengan besaran upah atau gaji karyawan. Ada beberapa alasan penting untuk mencoba menghubungkan ukuran kemampuan konsumen membayar dengan besar gaji mereka. Tujuannya adalah membuat tingkat biaya yang ditanggung cukup terjangkau agar dapat memotivasi orang untuk menimbang biaya dan *benefit* sebelum menggunakan pelayanan, tetapi tidak menghambat mereka dalam mengakses pelayanan yang dibutuhkan. Besar *cost sharing* tertentu yang mencapai

keseimbangan ini tentu berbeda-beda untuk berbagai tingkat penghasilan; lebih tinggi bagi orang yang besar penghasilannya dibandingkan mereka yang berpenghasilan rendah

STRATEGI PREMIUM SHARING ANTARA PERUSAHAAN-KARYAWAN UNTUK KENDALI BIAYA

Premium sharing mempengaruhi keputusan konsumen dalam pelayanan medis. *Premium sharing* adalah strategi yang bermanfaat jika perusahaan menawarkan banyak pilihan pertanggung jawaban bagi karyawan mereka; yakni ketika mulai menjadi karyawan, kepada karyawan ditawarkan antara dua atau lebih pilihan *benefit*.

Sharing premi asuransi kesehatan antara perusahaan dan karyawan dirancang sedemikian rupa sehingga karyawan yang memilih program yang lebih mahal menanggung biaya akibat pilihannya tersebut. Hal ini merupakan penerapan prinsip ekonomi di mana orang diharapkan membayar lebih jika mereka memilih untuk mengonsumsi barang atau jasa yang membutuhkan lebih banyak sumber daya untuk memproduksinya.

Konsumen harus memiliki perhatian dan keinginan finansial untuk memelihara sumber daya kesehatan. Akan tetapi peningkatan *cost sharing* konsumen dalam jumlah besar secara tiba-tiba akan mengundang tentangan yang hebat dari para karyawan. Kenaikan sedemikian itu juga dapat diinterpretasikan sebagai upaya menggeser biaya dari perusahaan ke pihak karyawan. Untuk menghadapi persepsi seperti ini, *cost sharing* dibuat secara bertahap dan perubahan tersebut harus dikaitkan dengan:

- Besaran upah atau gaji tertanggung
- Peningkatan biaya pelayanan medis (suatu pendekatan untuk membuat konsumen menyadari dampak kenaikan biaya kesehatan);
- Indeks Harga Konsumen.

Untuk memelihara keberlangsungan dampak *cost sharing* meskipun terjadi inflasi, pihak asuradur harus menyarankan kepada perusahaan untuk memilih paket *benefit* yang besar *cost-sharing*-nya terkait dengan perubahan pada indeks harga yang tepat, seperti halnya komponen harga pelayanan medis dalam Indeks Harga Konsumen. Pembuatan indeks itu lebih baik karena efek berlawanan (*deterrent effects*) dari *deductible* dan biaya yang tidak ditanggung asuradur (*out-of-pocket*) menjadi persoalan bilamana harga dan penghasilan meningkat. Selain memperhatikan efek berlawanan (*deterrent effects*) dari *cost sharing* tadi, pembuatan indeks juga membantu konsumen agar berhati-hati terhadap efek kenaikan biaya medis secara langsung agar mereka semakin mendukung upaya penghematan biaya.

Sebagai contoh, perusahaan kerap kali membayar persentase tetap premi untuk semua pilihan; pada hal pendekatan ini berarti memberikan subsidi lebih besar bagi pembelian program yang lebih mahal; yakni program dengan pilihan *provider* terluas, *benefit* paling besar, dan/atau program dengan penerapan sistem *managed care* yang paling sedikit. Di samping itu pula, pendekatan persentase tetap mengandung potensi menciptakan anti seleksi

terbesar untuk menarik individu yang lebih buruk kondisi kesehatannya tetapi dengan program *managed care* yang paling jelek mutunya. Dalam arti lain, peserta dengan kondisi kesehatan yang buruk akan diberikan suatu program jaminan dimana sistem *managed care* tidak banyak diterapkan sehingga kendali biaya tidak dapat dijalankan dengan baik. Oleh karena adanya subsidi yang lebih besar untuk *benefit* yang lebih besar atau kesempatan untuk terus melanjutkan pelayanan spesialis pilihan sendiri (bahkan di luar jaringan), individu dengan status kesehatan yang paling buruk akan meningkatkan klaim biaya kesehatan dalam program yang sulit dikendalikan oleh *managed care*.

Perusahaan kadang-kadang enggan membuat komitmen pada program kebugaran (*wellness*) dan pencegahan (*prevention*) karena mereka tidak yakin bahwa manfaat yang akan diperoleh sebanding dengan besarnya investasi yang dikeluarkan untuk melaksanakan program tersebut. Dengan memberikan bukti yang sah secara ilmiah mengenai efektifitas biaya, industri asuransi membantu perusahaan dalam memilih program tersebut. Di Indonesia dewasa ini sudah ada beberapa perusahaan asuransi yang mulai memberikan program *wellness* dan *prevention* secara gratis dan dimasukkan dalam manfaat/layanan tambahan.

PENGARUH PERUSAHAAN TERHADAP MANAGED CARE

Masih banyak perusahaan merasa enggan memanfaatkan *managed care* sepenuh hati, khususnya model HMO. Alasan utama keengganan meninggalkan model asuransi tradisional adalah anggapan bahwa karyawan akan merasa tidak puas dengan kurangnya pilihan dalam program HMO dan bahwasanya model-model *managed care* pada masa awalnya seperti PPO tidak memiliki kontrol utilisasi yang efektif yang dapat benar-benar mengurangi biaya premi.

Pada masa awal, perusahaan berpengaruh besar terhadap perkembangan sistem *managed care* dan metode kontrol biaya *managed care*.

Pembeli asuransi perorangan dan kelompok kini dapat memilih dari aneka ragam program manfaat (paket jaminan) dengan berbagai kemungkinan penghematan biaya dan *cost sharing*. Asuransi dengan banyak pilihan program yang akan dipilih satu oleh karyawan, juga tersedia bagi kelompok perusahaan.

Banyak perusahaan besar aktif dalam mengatur biaya layanan kesehatan mereka, baik dengan membentuk jaringan penyelenggara layanan kesehatan mereka sendiri maupun memainkan peranan yang lebih kuat dalam manajemen program manfaat mereka. Yang lebih umum ditemukan, perusahaan minta data yang lebih rinci mengenai utilisasi pelayanan oleh perusahaan mereka dan minta *experience rating* (angka pengalaman), yaitu tingkat penghitungan premi atas dasar pengalaman pemanfaatan dan pengalaman klaim sebelumnya, dibanding *community rated* yaitu penetapan premi yang besarnya sama untuk semua kelompok perusahaan yang menjadi peserta oleh pihak asuradur.

Didorong oleh kebutuhan mengendalikan biaya, perusahaan mempunyai peranan penting dalam menentukan model *managed care* masa kini. Tekanan dari perusahaan mengakibatkan modifikasi terus-menerus model *managed care* dan produknya. HMO melakukan diversifikasi

produknya sebagai tanggapan terhadap kebutuhan perusahaan. Unsur yang paling menyolok adalah berkembangnya program POS. Pada saat yang sama, perusahaan menekan HMO untuk memberikan informasi rinci mengenai tingkat penggunaan berdasar pengalaman (*experienced rate*).

Selanjutnya, perusahaan sebagai suatu kelompok merupakan elemen yang sangat berpengaruh dalam evolusi kebijakan kesehatan karena mereka adalah pembeli utama manfaat jaminan/asuransi kesehatan secara nasional. Preferensi mereka akan terus mempengaruhi perkembangan *managed care*.

PERUSAHAAN BESAR

Perusahaan besar membantu menyusun rancangan program *managed care*. Mereka mensyaratkan tingkat pelayanan yang dapat diterima dari program yang mereka beli dan ikut serta dalam membuat rancangan paket manfaat. Mereka meneliti dengan cermat tidak hanya biaya, tetapi juga kualitas pelayanan dan kepuasan peserta. Mereka menggunakan tenaga ahli layanan kesehatan untuk membantu mereka mengevaluasi program dengan menetapkan kriteria dan mengembangkan pedoman.

Sebagai contoh, saat Perusahaan Xerox memutuskan untuk meninjau kembali program manfaat kesehatannya, perusahaan ini mempelajari sungguh-sungguh program *managed care*. Akhirnya, Xerox mengorganisasikan beberapa HMO menjadi sebuah jaringan dan menunjuk enam organisasi *managed care* sebagai manajer jaringan yang diperlukan untuk mengumpulkan data mengenai penggunaan dan kepuasan peserta, untuk mengevaluasi UR dan kualitas manajemen. Lebih dari separuh karyawan Xerox di Amerika Serikat ikut serta program layanan kesehatan di dalam jaringan.

Selain itu MCO besar yang mengoperasikan jaringan di tingkat nasional berhasil memasarkan produk-produk *managed care* ke perusahaan-perusahaan besar yang beroperasi secara nasional. Perusahaan besar yang melaksanakan bisnis di banyak lokasi, menggantikan asuransi tradisional mereka dengan satu program *managed care*, seperti program POS.

PERUSAHAAN KECIL

Sementara 98% perusahaan dengan 100 karyawan atau lebih menyediakan asuransi kesehatan kepada karyawannya, hanya 36% perusahaan kecil dengan kurang dari 100 karyawan yang melakukan hal yang sama. Sesungguhnya, semakin kecil perusahaan, semakin kecil pula kemungkinan para karyawannya dapat menikmati manfaat layanan kesehatan. Karena perusahaan kecil cenderung mempekerjakan karyawan dengan gaji rendah dan bekerja dalam kondisi margin operasional yang lebih kecil dibandingkan perusahaan besar, perusahaan kecil lebih cenderung menganggap biaya layanan kesehatan menyulitkan ketimbang perusahaan besar. *Managed care*, yang berupaya menghemat biaya sekaligus memantau kualitas, memberi kemampuan kepada perusahaan kecil untuk memberikan pertanggungjawaban layanan kesehatan bagi karyawan-karyawannya. Pada akhir tahun 1991, 8% dari perusahaan dengan karyawan kurang dari 25 orang menawarkan HMO dan 11%

menawarkan PPO. 15% perusahaan dengan antara 25 dan 99 karyawan menawarkan HMO dan 15% menawarkan PPO.

Perusahaan kecil cenderung memilih PPO karena strukturnya yang relatif longgar membuatnya lebih menarik bagi karyawan yang tidak mengenal konsep *managed care*. Lebih lanjut, banyak agen yang selama ini memasok perusahaan-perusahaan itu dengan asuransi tradisional memasuki pasar *managed care* dengan produk PPO, yang kemudian mereka jual kepada klien mereka. Semakin banyak jumlah perusahaan kecil menemukan bahwa pilihan *managed care* lain, seperti program EPO dan POS, lebih menarik.

Fleksibilitas program POS membuatnya semakin populer di kalangan perusahaan kecil. Seperti halnya perusahaan besar, banyak perusahaan kecil menggantikan program asuransi tradisional mereka dengan program POS. Perusahaan kecil juga menunjukkan minat mereka terhadap EPO, yang merupakan sistem yang dikendalikan lebih ketat dibandingkan PPO tetapi memerlukan administrasi yang lebih longgar dari pada HMO. EPO pada umumnya menawarkan biaya yang lebih rendah dan lebih ketat kontrol biayanya, suatu ciri yang menarik bagi perusahaan kecil.

BENTUK ORGANISASI LAIN DAN MANAGED CARE

Selain perusahaan, bentuk bisnis lain juga tertarik pada *managed care*. Organisasi dimaksud meliputi perserikatan buruh dan koalisi dan kerjasama bisnis.

SERIKAT BURUH

Dari tahun 1930an, serikat buruh ikut serta dalam pembentukan HMO bagi peserta-peserta mereka. Ketika biaya pelayanan kesehatan meningkat dan perusahaan berupaya melaksanakan penghematan biaya dan strategi *cost sharing* dalam program layanan kesehatan bagi para karyawannya, ketegangan antara manajemen dan tenaga kerja semakin meningkat. Ketidaksepakatan antara manajemen dan tenaga kerja berkenaan dengan manfaat kesehatan mendorong terjadinya pemogokan, meskipun para pemimpin serikat pekerja nampaknya ingin bekerja sama dengan manajemen dalam menanggung biaya layanan kesehatan melalui sistem *managed care* jika penghematan yang diperoleh dibayarkan untuk pekerja dalam bentuk upah atau meningkatnya keamanan kerja.

Hal penting bagi para pemimpin serikat pekerja adalah membatasi biaya yang tidak ditanggung asuransi, mengatasi masalah akibat meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan perbaikan *benefit* pelayanan kesehatan. American Federation of Labor-Congress of Industrial Organization (AFL-CIO) mendukung *managed care* sebagai kebijakan, dan yakin bahwa *managed care* mempunyai peranan substansial dalam mengendalikan biaya dan memantau kualitas pelayanan kesehatan.

KOALISI BISNIS DAN PROGRAM PEMBELIAN PELAYANAN SECARA KOPERATIF

Sejak tahun 1970an, bisnis memegang peranan penting dalam membangun koalisi, yang pada mulanya bertindak sebagai forum informasi bersama, memahami lebih baik faktor-faktor yang mendorong meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan mengidentifikasi cara-cara melaksanakan program *benefit* yang efektif dan efisien. Koalisi bisnis mulai mensponsori program pembelian layanan kesehatan secara bersama (*cooperative*) untuk menanggulangi masalah biaya dan peningkatan kualitas pelayanan.

Suatu survei pada tahun 1992 oleh Dunlop Group of Six melaporkan bahwa, dari 115 koalisi dimana bisnis adalah unsur pokok, 56 diantaranya terlibat dalam pembelian pertanggung jawaban layanan kesehatan. Pada tahun 1994, National Business Coalition on Health Care, suatu asosiasi koalisi bisnis lokal, melaporkan bahwa lebih dari 80 peserta organisasi terlibat dalam upaya pembelian bersama.

Oleh karena itu, minat perusahaan dalam koalisi bisnis meningkat dengan kesepakatan pembelian secara kolektif untuk membantu menurunkan biaya layanan kesehatan yang terus meningkat. Sesungguhnya, perusahaan kecil telah menemukan akses kepada *managed care* dengan membangun koalisi yang bertindak sebagai satu satuan pembelian untuk menghimpun risiko dan menemukan program yang efektif dan efisien.

Sebagai contoh di Minneapolis terdapat 14 perusahaan dengan berbagai ukuran membangun koalisi dan proses tawar-menawar kompetitif di kalangan penyelenggara pelayanan kesehatan. Koalisi perusahaan ini secara langsung mengontrak dua HMO dan beberapa penyelenggara rumah sakit. Kompetisi di kalangan penyelenggara yang saling tawar-menawar itu tidak hanya didasari oleh biaya, tetapi juga kualitas, dan pada saat yang sama semakin banyak perusahaan menganut falsafah bahwa mutu adalah kunci pelayanan kesehatan yang efektif-biaya. Program pembelian melalui koalisi juga terdapat di banyak tempat seperti Memphis, Nashville, Cleveland, St Louis, Chicago, Milwaukee, Denver, San Diego dan San Francisco.

Koalisi, yang beberapa di antaranya pada mulanya dibentuk untuk tujuan lain, menemukan berbagai cara untuk menangani persoalan biaya pelayanan kesehatan secara langsung. Selanjutnya, perusahaan yang pada mulanya prihatin dengan meningkatnya premi asuransi kesehatan mempunyai target untuk memperbaiki mutu, selain biaya yang rendah. Di antara berbagai strategi yang dilaksanakan adalah:

- Upaya pendidikan yang diarahkan pada karyawan dan keluarganya;
- Perkembangan sistem informasi yang seragam dan komprehensif;
- Perkembangan program *benefit* yang efisien;
- Penggunaan program manajemen;
- Penggunaan jaringan *managed care*.

Koalisi berupaya membangun jaringan provider yang berlandaskan komunitas dan digerakkan oleh pasar melalui proses tawar-menawar yang kompetitif. Volume pembelian dan tawar-menawar kompetitif tersebut digunakan secara efektif dalam beberapa hal untuk menurunkan biaya pelayanan kesehatan, tidak hanya bagi peserta-peserta koalisi, tetapi juga bagi masyarakat.

Koalisi membangun atau menjalin kontrak dengan jaringan PPO atau HMO yang setuju dengan metode pembayaran yang dinegosiasikan yang dapat mencakup:

- Jadwal pembayaran pelayanan medis yang sudah didiskon;
- Biaya *per diem* rumah sakit yang sudah didiskon;
- Besar kapitasi atau bentuk-bentuk pembayaran lainnya.

Kesepakatan lainnya adalah menyelaraskan sistem tagihan (*billing system*) dengan menggunakan format yang standar dan seragam, meningkatkan program manajemen utilisasi (*utilization management*) dan persyaratannya serta memantapkan ukuran kualitas dan tujuannya. Pemantapan dan ketaatan pada persyaratan bagi pelaporan data dan pelayanan informasi lainnya dapat dimasukkan. Nampak semakin besar kepentingan melalui koalisi dalam mensyaratkan semua penyelenggara pelayanan untuk menggunakan metode yang lazim dan seragam dalam hal pelaporan data pelayanan kesehatan sehingga memudahkan pengukuran dan perbandingan hasil dan kualitas.

Selain PPO dan HMO untuk perawatan medis dan bedah di rumah sakit dan pelayanan dokter, jaringan dan program yang sudah dinegosiasikan kerap kali juga digunakan untuk:

- pengobatan ketergantungan zat kimia (narkoba) dan kesehatan jiwa;
- perawatan kompensasi pekerja;
- pelayanan farmasi;
- pelayanan kesehatan di rumah; dan
- kebutuhan khusus lainnya.

Pemanfaatan dan program manajemen kualitas dapat dikembangkan secara in-house oleh koalisi atau dipersiapkan melalui kontrak dengan pihak-pihak luar. Komponen program manajemen utilisasi dapat mencakup penilaian pra perawatan (*preadmission review*), pra sertifikasi testing peserta rawat jalan, penilaian retrospektif, manajemen kasus untuk klaim biaya tinggi, perencanaan sesudah peserta keluar rumah sakit dan penilaian rekening rumah sakit.

RINGKASAN

Managed care berpengaruh signifikan terhadap perilaku individu dan kelompok perusahaan. *Managed care* juga dipengaruhi oleh konsumen dan kepentingan si pembayar dalam upaya memperoleh *benefit* kesehatan yang komprehensif dengan biaya yang wajar. Pendidikan dan eksperimen merupakan pilar penting pertumbuhan *managed care* di mana instrumen kontrol biaya diadopsi oleh asuransi tradisional, dan program *managed care* menjadi semakin populer.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

<i>Coinsurance</i>	<i>Overutilisasi</i>
<i>Community-rated</i>	<i>Pelayanan instalasi gawat darurat</i>
<i>Concurrent and retrospective review</i>	<i>Point-of-service (POS) plan</i>
<i>Coordination of benefits; COB</i>	<i>Pra-sertifikasi pemeriksaan penunjang pasien rawat jalan</i>
<i>Copayments</i>	<i>Produk asuransi tambahan dari Asuransi Dasar</i>
<i>Cost sharing</i>	<i>Rancangan manfaat</i>
<i>Deductible</i>	<i>Sertifikasi pra masuk rumah sakit</i>
<i>Experience-rated</i>	<i>Telaah/kajian utilisasi</i>
<i>Fee-for-service</i>	<i>Traditional indemnity insurance</i>
<i>Health Maintenance Organization; HMO</i>	<i>Utilisasi</i>
<i>Iur biaya</i>	
<i>Jaringan provider</i>	
<i>Koordinasi manfaat</i>	

BAB 5 KETERLIBATAN PEMERINTAH DALAM MANAGED CARE

<i>Pendahuluan</i>	<i>Program Negara Bagian lain</i>
<i>Medicare</i>	<i>Program Kompensasi Pekerja</i>
<i>Metode-Metode Kontrak Lainnya</i>	<i>Aliansi Managed Care</i>
<i>Managed Care dan Long-Term Care</i>	<i>Peran Pemerintah di Indonesia dan di Negara Lain</i>
<i>Medicaid</i>	<i>Ringkasan</i>
<i>Sistem Pelayanan Kesehatan Militer</i>	<i>Istilah-Istilah Penting</i>
<i>Jaminan Kesehatan Pegawai Federal</i>	

PENDAHULUAN

Di Amerika, Pemerintah Federal adalah pembeli tunggal (*single payer*) pelayanan kesehatan terbesar, yang membayar lebih dari 40% biaya pelayanan kesehatan melalui Medicare, Medicaid, dan program kesehatan pegawai federal, baik sipil maupun militer. (Gambar 5.1) Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dalam dekade terakhir (sampai Tahun 2000), menjadi persoalan besar bagi Pemerintah Federal Amerika. Masalah dana yang tak terkendali tersebut mendorong Pemerintah mengembangkan insentif untuk terselenggaranya apa yang kini disebut sebagai *managed care* yang dimulai pada tahun 1973 dengan memperkenalkan Health Maintenance Organization (HMO).

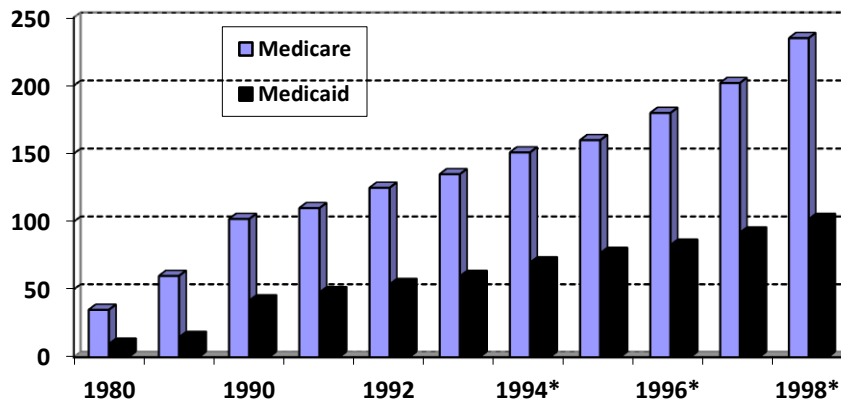
Undang-undang tentang Organisasi Pemeliharaan Kesehatan (HMO) merupakan inisiatif bipartisan, dan konsep *managed care* didukung oleh semua Presiden Amerika, sejak tahun 1973. Akan tetapi, meskipun Pemerintah Federal Amerika mendorong dan mendukung berbagai program, komitmennya tidak konsisten, khususnya dalam program Medicare.

Selain Medicare dan Medicaid, program pemerintah yang lainnya juga menerapkan teknik-teknik *managed care*, seperti The Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS), program kesehatan Departemen Pertahanan, dan program Jaminan Karyawan. Program-program ini berupaya mengendalikan biaya secara lebih efektif. Banyak negara bagian juga melakukan upaya pelayanan terkendali (*managed care*) dalam program Medicaid.

MEDICARE

Amerika Serikat merupakan satu-satunya negara maju di dunia yang tidak memiliki program jaminan kesehatan untuk semua penduduknya (*universal coverage*). Pemerintah Amerika memiliki program jaminan kesehatan bagi penduduk usia lanjut (di atas 65 tahun) yang dikenal dengan istilah Medicare. Di negara lain seperti Kanada, Australia, dan Taiwan, istilah Medicare juga digunakan sebagai sistem jaminan kesehatan universal, untuk seluruh penduduk.

Medicare di Amerika Serikat adalah program yang dikelola Pemerintah Federal yang sumber dananya berasal dari kontribusi pekerja aktif dan pemberi kerja, sesuai undang-undang Jaminan Sosial (Social Security Act). Program Medicare menjamin perawatan di rumah sakit bagi orang-orang berusia 65 tahun ke atas dan orang berusia di bawah 65 tahun yang menderita penyakit tertentu yang termasuk dalam undang2 jaminan sosial. Program Medicare Amerika Serikat terdiri atas dua bagian: Bagian A menjamin perawatan di rumah sakit dan bagian B yang bersifat sukarela, membayar persentase premi asuransi kesehatan untuk pelayanan rawat jalan.



Gambar 5.1. Belanja Managed Care Pemerintah Federal dalam Program Medicare dan Medicaid, 1980-1998

Sumber: Congressional Budget Office, 1994.

Program *managed care* pada Medicare yang merupakan program asuransi publik atau asuransi sosial, tidak mencapai hasil yang seluas dan seberhasil *managed care* yang diselenggarakan oleh sektor swasta. Walaupun teknik *managed care* berhasil mengendalikan biaya di sektor swasta, namun belum berhasil mencakup peserta dalam jumlah yang besar untuk secara signifikan memberi dampak terhadap penghematan biaya.

Sejak awal, Medicare menerapkan pembayaran secara jasa per pelayanan (*fee for service, FFS*) yang sebagian disebabkan oleh tekanan *provider*. Cara pembayaran FFS cenderung mendorong penggunaan pelayanan kesehatan berlebihan (*overutilization*), seperti yang juga terjadi pada asuransi tradisional. Ketika biaya Medicare meningkat jauh, barulah Pemerintah Federal yang menciptakan kerangka hukum HMO pada tahun 1973 dengan meminta bantuan HMO.

Sebelum diundangkannya Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA) pada tahun 1982, jaminan program Medicare dengan sistem *managed care*, hanya terbatas pada HMO yang memenuhi kriteria yang ditetapkan oleh pemerintah federal sebagaimana diatur dalam HMO Act. Karena kriteria ini sukar dipenuhi dan besaran penggantian biaya untuk pelayanan yang ada dalam kontrak Medicare kerap kali dianggap tidak memadai, sebagian besar HMO yang berpartisipasi dalam Medicare, tidak menerima pembayaran berbasis risiko (*risk based contract*) seperti kapitasi, melainkan dibayar atas dasar biaya yang dikeluarkan (*cost based*)

atau menagih biaya pelayanan atas layanan yang diberikan kepada setiap peserta Medicare. Dengan demikian maka manfaat penghematan dengan sistem kapitasi sebagaimana tertera dalam kontrak, tidak dapat diperoleh. Pada tahun 1993, dari 100 HMO, hanya melayani 5% dari seluruh peserta Medicare.

KONTRAK RISIKO HMO

Cara Medicare mendanai pelayanan HMO bagi peserta adalah dengan cara kontrak risiko dengan HMO atau secara *benefit* medis yang kompetitif (*competitive medical plan CMP*). Program ini melakukan kontrak dengan organisasi yang memenuhi kriteria eligibilitas spesifik bagi Medicare, tetapi tidak harus dengan HMO. Organisasi yang bersedia melakukan kontrak dengan pembayaran berbasis risiko (*risk based*) dikenal dengan nama Competitive Medical Program. Persyaratan eligibilitas program kompetitif ini mencakup:

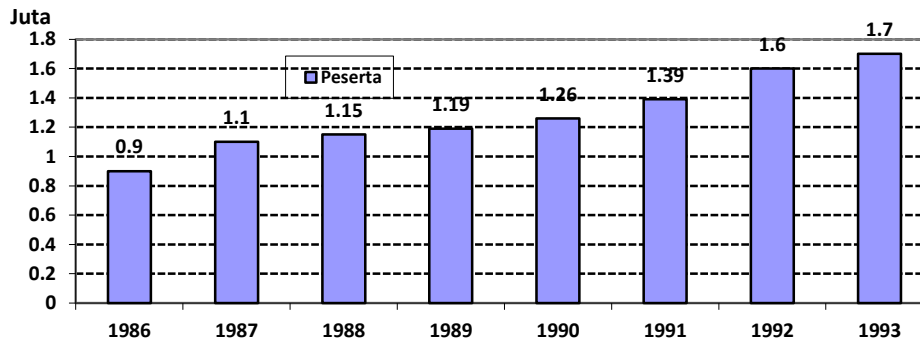
- HMO/CMP memiliki ijin operasi sesuai Undang-Undang Asuransi negara bagian; Bersedia menyediakan pelayanan dasar Medicare bagian A (rawat inap) dan Medicare bagian B (rawat jalan) dan berbagai pelayanan rawat jalan lainnya;
- HMO/CMP bersedia menanggung risiko keuangan secara penuh, untuk pelayanan kesehatan yang masuk dalam kontrak;
- Memiliki cadangan keuangan yang cukup untuk menjamin peserta Medicare yang terdaftar terdanai, khususnya ketika mereka memerlukan pelayanan gawat darurat di luar jaringan *provider* HMO/CMP;
- Bersedia menerima kontrak kapitasi.

BIAYA RATA-RATA PER KAPITA

Dalam kontrak dengan HMO atau CMP, Medicare mengembangkan formula pembayaran kapitasi yang dikenal dengan Adjusted Average per Capita Cost (AAPCC). Prinsip AAPCC adalah memperkirakan biaya yang dibutuhkan untuk melayani peserta yang diproyeksikan atas dasar komposisi usia, status kesehatan, jenis kelamin, dan biaya rata-rata pelayanan kesehatan di wilayah tempat tinggal peserta. Oleh karena kontrak kapitasi ini diharapkan lebih efisien dibandingkan dengan pembayaran FFS, Pemerintah menetapkan besaran kapitasi yang lebih rendah dibandingkan biaya per orang dalam cara FFS.

Sebagai tambahan, Institusi Penyelenggara Medicare, Health Care Financing Administration (HCFA, kini berubah menjadi Center for Medicare & Medicaid Services, CMS) sebuah Badan di bawah Departemen Kesehatan Amerika Serikat mensyaratkan bahwa AAPCC harus dibandingkan dengan besaran kapitasi dalam perhitungan Adjusted Capitation Rate (ACR) di wilayah yang sama, yang didasarkan pada variasi faktor risiko peserta HMO seperti usia dan jenis kelamin. Apabila besaran ACR lebih kecil dari AAPCC, HMO/CMP harus mengembalikan selisih besaran kapitasi kepada Pemerintah atau menurunkan premi/kapitasi Medicare sampai sama dengan ACR. Pada tahun 1980 dan 1981, HCFA melaksanakan serangkaian proyek

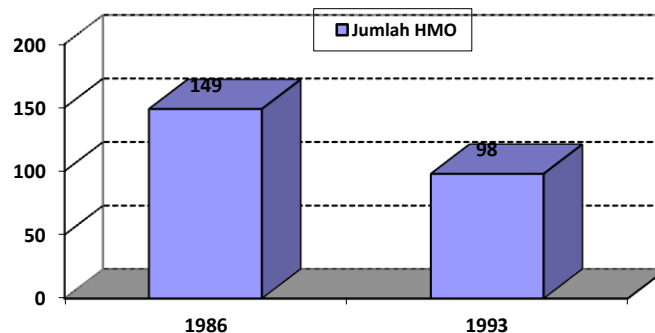
pilot/percontohan untuk menguji metode perhitungan dan pembayaran HMO. Delapan HMO, yang memiliki proporsi risiko peserta yang berbeda mengadakan kontrak untuk menerima pembayaran kapitasi sebesar 85%–95% dari AAPCC daerah mereka masing-masing. Antara tahun 1982 dan 1984, ketika TEFRA memperluas kontrak berbasis risiko (*risk contract*), sebanyak 27 HMO memasukkan juga peserta Medicare dalam kontrak tersebut. Dalam hal itu, HCFA memberikan pembayaran kepada HMO sebesar 95% dari besaran AAPCC lokal, yang proporsinya tidak berubah sampai sekarang ini.



Gambar 5.2. Peserta Kontrak Kapitasi Medicare Tahun 1986-1993

Sumber: Health Care Financing Review, 1993

Sejak kontrak kapitasi peserta Medicare dimulai pada tahun 1980, jumlah HMO yang ikut serta meningkat dan pertumbuhan jumlah peserta Medicare yang terdaftar pun makin banyak, namun setelah itu jumlahnya semakin menurun. (Gambar 5.2 dan 5.3)



Gambar 5.3. HMO Kontrak Kapitasi Medicare Tahun 1986-1993

Sumber: Health Care Financing Review, 1993

Program kontrak risiko TEFRA tidak mengalami pertumbuhan yang sama dengan pertumbuhan pasar *managed care* di era tahun 1980an. Penghasilan HMO dari program merupakan satu faktor penting rendahnya pertumbuhan tersebut. Survei HMO yang dilakukan oleh Group Health Association of America (GHAA) menemukan bahwa hanya 53% dari HMO yang kontrak dengan program Medicare pada tahun 1989 mengalami surplus⁴⁸. Pada tahun 1991, lebih dari separuh kontraktor kapitasi TEFRA adalah HMO IPA. Namun, dalam beberapa tahun belakangan, terjadi pertumbuhan jumlah peserta dalam kontrak kapitasi HMO baik dengan Medicare maupun dengan TEFRA.

Selain ketidak-puasan HMO terhadap kontrak kapitasi Medicare, Pemerintah juga mengeluh terhadap rendahnya efektifitas kontrak tersebut. Dalam kajian General Accounting Office (Semacam BPK di Indonesia) tahun 1994,49 diperkirakan kontrak tersebut memaksa pemerintah membayar lebih besar jika peserta Medicare membeli asuransi kesehatan tradisional. Hal ini karena peserta yang memilih program Medicare HMO/CMP pada umumnya orang yang lebih muda dan para pensiunan yang sehat. Karena manfaat HMO yang komprehensif, peserta cenderung mengonsumsi lebih banyak pelayanan dibandingkan jika mereka membeli asuransi kesehatan tradisional dengan urun biaya (*cost-sharing plans*). Ketika peserta Medicare semakin tua dan sering sakit, mereka cenderung keluar dari program HMO/CMP dan beralih ke askes tradisional.

KONTRAK BERBASIS BIAAYA

Untuk menambah jumlah peserta dalam pasar yang sangat kompetitif, HMO melakukan kontrak berbasis biaya (*cost contracting*) bagi peserta Medicare sebagai suatu alternatif kontrak kapitasi (*risk contracting*). Hal itu mempengaruhi beberapa hal. Pertama, karena HMO tidak memiliki sistem yang baik dalam memantau klaim FFS, keikutsertaan HMO dalam kontrak berbasis biaya menjadi terbatas. Di sisi lain, kontrak berbasis risiko dihadapkan pada tidak memadainya besaran AAPCC dan tingginya utilisasi pelayanan oleh lansia. Hal itu mendorong HMO untuk melakukan kontrak berbasis biaya, agar dapat melindungi HMO dari kerugian. Dalam hal ini, HCFA secara kritis mengkaji kontrak kapitasi Medicare untuk menentukan efektifitas pengendalian biaya oleh HMO/CMP.

METODE KONTRAK LAINNYA

Dalam menyiasati peningkatan biaya kesehatan yang tidak terkendali di Amerika Serikat, yang tidak terjadi di Negara lain, HCFA berupaya membenahi beberapa masalah kontrak. Pengelola Medicare memahami bahwa HMO/CMP harus sekurang-kurangnya mencapai titik impas (*break-even*) dalam melayani peserta Medicare. Para pejabat Medicare mempelajari cara-cara yang lebih efektif untuk mendorong pemanfaatan HMO/CMP dalam upaya memperoleh kendali biaya kesehatan, khususnya dalam program Medicare. Beberapa inisiatif kemudian diperkenalkan untuk mencari jalan tengah kepentingan HMO/CMP dan Medicare.

MEDICARE SELECT

Program Medicare SELECT diperkenalkan oleh Omnibus Reconciliation Act (OBRA-90) tahun 1990, dengan memberikan peserta program Medicare pilihan pada sistem *managed care* untuk asuransi kesehatan suplemen/tambahan; program ini dikenal dengan istilah MediSupp. Kira-kira 70-75 peserta Medicare membeli asuransi MediSupp. MediSupp menyediakan paket tambahan (suplemen) program Medicare Bagian B, yang biasanya tidak menjamin semua

biaya rawat jalan. Program SELECT menyediakan jaminan MediSupp melalui PPO sebagai cara khusus yang masih memberikan pilihan skema askes tradisional dan mendorong kendali biaya.

Percontohan Medicare SELECT dilaksanakan di 15 negara bagian di awal tahun 1992. Sebelumnya, hanya ada satu percontohan, yakni Blue Cross dan Blue Shield di Negara bagian Arizona. Keberhasilan percontohan ini tergantung pada sejauh mana peserta Medicare dapat mengakses jaringan penyelenggara yang ada. Selain itu, kemampuan PPO menciptakan insentif bagi peserta untuk menggunakan jaringan dokter, tanpa copayment, dan memberikan diskon jika peserta menggunakan dokter di luar jaringan.

PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN PRABAYAR

Program lain yang diperkenalkan HCFA adalah Program Pelayanan Kesehatan Prabayar (Health Care Prepayment Program, HCPP) melalui kontrak dengan organisasi managed care yang mengorganisasi, membiayai, dan hanya menyelenggarakan pelayanan Medicare Bagian B. Program ini juga memberikan pilihan untuk penggantian biaya atas dasar tagihan yang wajar dan layak. Untuk memenuhi syarat penggantian biaya, HCPP harus:

- Menandatangani kontrak tertulis dengan HCFA;
- Menyenggarakan pelayanan rawat jalan oleh dokter yang digaji, sub kontrak dengan kelompok dokter, IPA, atau dengan dokter secara perorangan;
- Menyediakan rawat jalan yang dijamin program Medicare Bagian B.

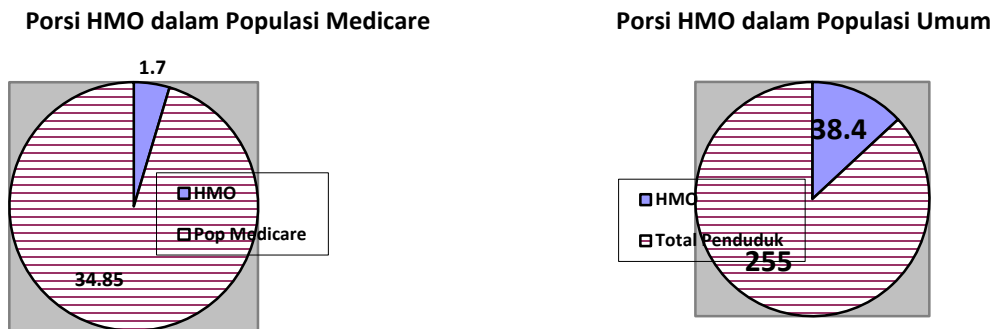
Skema HCPP memperkenankan pelayanan yang lebih terbatas bagi sebagian peserta yang berusia lebih tua, yang karena pengalaman masa lalunya enggan dan tidak mengenal baik pelayanan HMO. Intinya, program HCPP merupakan kompromi untuk mendorong lansia yang telah terbiasa dengan FFS, yang belakangan semakin mahal, untuk mulai masuk ke dalam skema *managed care*.

POINT OF SERVICE

Selain skema di atas, HCFA juga merancang pilihan POS, Point-of-Service Plans, yang secara khusus dimaksudkan untuk memperkenalkan teknik *managed care* kepada para peserta Medicare. Dalam skema POS, peserta tidak perlu menetapkan dokter primer untuk enam bulan di muka seperti pada skema HMO. Namun, peserta harus menggunakan sistem rujukan dengan terlebih dahulu mengunjungi dokter primer, ketika ia butuh pelayanan (*at the point of service is needed*). Rancangan HCFA pada tahap awal kurang menguntungkan dan insentif mengikuti program POS kurang efektif. Namun, Medicare POS masih terus diperbaiki dan tentu saja perlu evaluasi, modifikasi jika perlu dan berbagai uji coba lebih lanjut.

PROGRAM HANYA HMO GRUP

Badan HCFA juga mengembangkan kontrak khusus HMO hanya untuk melayani kelompok peserta Medicare yang merupakan pensiunan, yang ketika masih aktif sudah menjadi peserta HMO. Dengan kontrak khusus ini, manfaat Medicare diberikan melalui HMO yang lama. Dengan cara ini, penerimaan konsep HMO oleh peserta Medicare tidak mengalami perubahan budaya dan perubahan dokter yang melayani. Dalam kontrak ini, HMO yang bersedia kontrak akan mengambil peserta Medicare yang dengan pembayaran kapitasi. Dalam kontrak ini HMO menentukan besaran kapitasi berdasarkan pengalaman utilisasi sebelumnya dan HCFA akan menggunakan besaran tersebut, bukan besaran AAPCC sebagaimana biasanya. Program ini memberi harapan bagi pensiunan, perusahaan di mana dahulu mereka bekerja, dan HMO terkait. Keuntungan program ini adalah terjadinya kesinambungan hubungan *provider*-pasien lansia.



Gambar 5.4. Kepesertaan HMO dalam Medicare dan Populasi Umum, dalam Juta Jiwa

Sumber: Health Care Financing Review, 1993

Setelah lebih dari satu dekade kontrak Medicare dengan pembayaran berbasis risiko, ternyata hanya 4,9% dari peserta Medicare yang *eligible* yang mengikuti program Medicare *managed care*. Rasio kepesertaan peserta Medicare dalam *managed care* lebih rendah dari pada rasio peserta *managed care* dalam populasi umum (Gambar 5.4). Pengalaman mengikuti mekanisme pasar dan selera penduduk di Amerika ini memang tidak dilakukan di Negara lain di dunia. Pendekatan asuransi sosial yang berlaku untuk seluruh penduduk jauh lebih efisien dan efektif dalam melayani lansia secara berkesinambungan dibandingkan dengan penanganan parsial model Amerika.

MANAGED CARE DAN LONG TERM CARE

Pada tahun 2020an, rasio penduduk Amerika yang berusia lebih dari 65 tahun akan meningkat dari 12,6% menjadi 20%. Pertumbuhan yang tercepat terjadi pada kelompok yang berusia lebih dari 85 tahun. Populasi demikian ini mengonsumsi pelayanan kesehatan yang tidak seimbang dengan kemampuan keuangannya. Sekarang ini, sepertiga belanja kesehatan di Amerika dikonsumsi oleh penduduk lansia dan proporsi tersebut akan terus meningkat. Integrasi Medicare dengan *managed care* yang lebih kompleks dapat menimbulkan masalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi lansia. Karena program Medicare merupakan

program publik yang dikelola Pemerintah, perbaikan dalam program Medicare saja dapat mempengaruhi belanja dan sistem pelayanan bagi bukan lansia. Padahal, program publik seharusnya dinikmati oleh seluruh penduduk.

Pengelolaan pelayanan kesehatan bagi lansia berarti pendanaan berjangka panjang dan kronis yang biasa dikenal dengan *long-term care* (LTC). Pada masa kini, Medicare menjamin sangat sedikit perawatan jangka panjang (LTC), seperti perawatan di rumah (*nursing homes*), pelayanan orang cacat dan perawatan lansia. Peran asuransi swasta/komersial dalam LTC sangat kecil, yang menjamin kurang dari 5% penduduk yang memerlukan. Masalahnya sederhana, asuransi LTC tidak memberikan laba yang memadai dan sektor privat umumnya tertarik pada segala upaya yang memberikan laba memadai.

Beberapa percontohan Pemerintah Federal dilakukan dengan mengembangkan empat Social Health Maintenance Organization (SHMO) yang menggunakan teknik *managed care* untuk LTC. Kendali biaya dilakukan dengan pembayaran kapitasi dan untuk kasus mahal dilakukan manajemen kasus. Peserta diarahkan untuk mengonsumsi pelayanan yang kurang mahal, pelayanan non-institusional, dan banyak pelayanan yang diberikan melalui manajemen kasus; bukan manfaat reguler program Medicare. Percontohan tersebut menghasilkan informasi mengenai efektifitas teknik *managed care* dalam mengurangi biaya LTC, dan tentang kualitas yang lebih tinggi dan lebih memuaskan bagi lansia yang menderita penyakit kronis dengan biaya yang masuk akal.

Sampai sekarang, upaya Amerika yang *fragmented* dan parsial dalam mengendalikan biaya tidak menunjukkan hasil yang optimal. Banyak pekerjaan harus diselesaikan oleh asuransi kesehatan dan industri *managed care* dalam menjawab kebutuhan masyarakat yang tengah berubah menuju kebutuhan perawatan jangka panjang akibat penyakit kronis. Pengembangan model manajemen yang berlandaskan pengalaman model pelayanan akut di masa lampau mungkin tidak akan sesuai.

MEDICAID

Medicaid adalah program bersama Pemerintah Federal dan Pemerintah Negara Bagian berupa bantuan dana (*aid*) bagi penduduk yang pendapatannya tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan biaya pelayanan medis, tanpa melihat usia. Di Indonesia program ini dikenal dengan Askeskin dan dalam UU SJSN orang miskin dan tidak mampu dan dikenal dengan istilah Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Belakangan tumbuh keluhan Negara bagian tentang kemampuan mendanai program Medicaid ini. Hal ini mendorong pengelola untuk mencari teknik-teknik pengendalian biaya yang sudah berjalan di sektor swasta. Pemerintah Negara bagian berharap Pemerintah Federal dapat meringankan beban mereka. Tetapi kenyataannya, tekanan untuk memperluas Medicaid memperberat krisis keuangan yang dihadapi Negara bagian. Upaya yang dilakukan negara bagian adalah menurunkan manfaat yang dijamin Medicaid dan meningkatkan syarat eligibilitas. Kepesertaan dalam program Medicaid mencapai 30,1 juta penduduk miskin di tahun 1992 dengan biaya program mencapai \$127,2 milyar (sekitar Rp 1.115 triliun). Besarnya

dana untuk Medicaid mendorong pemerintah mengendalikan biaya dengan menerapkan teknik-teknik *managed care*. Semula pemerintah negara bagian bertindak lamban dalam mengendalikan biaya program Medicaid tetapi kini berubah. Pada tahun 2000, terdapat 3,6 juta jiwa penerima Medicaid, atau 13% dari populasi Medicaid nasional, ikut dalam skema *managed care*.

UPAYA MANAGED CARE SEBELUMNYA

Sebelum tahun 1981, beberapa pasal dalam peraturan Medicaid Federal melarang negara-negara bagian untuk melaksanakan teknik *managed care*, sebelum melakukan proyek percontohan. Pada awal 1970-an, beberapa negara bagian, khususnya California, Michigan, dan New York, memulai program kendali biaya secara sukarela dengan menerapkan sistem pembayaran kapitasi kepada MCO. Akan tetapi, karena pemasaran program ini di California tidak berjalan baik, pada tahun 1977 Pemerintah Federal melarang skema pembayaran kapitasi bagi peserta Medicaid.

Setelah tahun 1977 hingga 1981, negara-negara bagian diperkenankan mengasuransikan peserta Medicaid dengan membayar kapitasi jika syarat tertentu terpenuhi. Syarat itu antara lain adalah bahwa HMO yang dikontrak harus memenuhi kualifikasi federal dan jumlah peserta Medicare dan Medicaid di dalam HMO tersebut tidak boleh lebih dari 50% dari seluruh peserta HMO yang dikontrak. Selain itu, peraturan Pemerintah Federal mensyaratkan bahwa penerima Medicaid harus diberikan kebebasan memilih HMO. Ketentuan tersebut membatasi jumlah penerima Medicaid yang masuk program *managed care* selama 1970-an.

OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT

Pada tahun 1981, Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA, semacam UU APBN di Indonesia—tetapi terpadu) memberikan kelonggaran yang lebih besar kepada negara bagian dalam menerapkan teknik-teknik *managed care* bagi penerima Medicaid. Pemerintah Negara bagian diperkenankan untuk mengembangkan standar kualifikasi HMO yang melayani penerima Medicaid di Negara bagian itu dan membolehkan pangsa pasar peserta Medicare dan Medicaid mencapai 75% peserta HMO yang dikontrak. Selain itu, penghapusan pasal-pasal pembatasan kebebasan memilih dalam Social Security Act memberi peluang kepada negara bagian untuk mengembangkan manajemen kasus rawat jalan primer dan memilih MCO yang menjamin efektifitas biaya.

Sejak berlakunya OBRA tahun 1981, negara-negara bagian melaksanakan dua strategi dasar dalam menerapkan teknik *managed care* bagi penerima Medicaid, yaitu:

1. Mengembangkan manajemen kasus rawat jalan primer di mana *provider* dibayar secara jasa per pelayanan (FFS) atau secara kapitasi; dan
2. Mendaftarkan penerima Medicaid dalam sebuah HMO dan membayar HMO secara kapitasi.

Peraturan OBRA mendorong penerima Medicaid untuk ikut dalam program *managed care*. Pada tahun 1981, sebanyak 282.000 jiwa penerima Medicaid ikut serta dalam skema prabayar di 18 negara bagian; pada akhir tahun 1987, lebih dari 1,5 juta penerima Medicaid masuk dalam program *managed care* di 31 negara bagian. HCFA memperkirakan bahwa di tahun 2000 terdapat 4 juta penerima Medicaid (13% dari penerima Medicaid Nasional) sudah masuk dalam skema *managed care*.

PEDOMAN FEDERAL BARU

Sampai akhir abad ke 20, program *managed care* Medicaid dibatasi oleh Peraturan Federal yang hanya memperkenankan skema kendali biaya sesuai dengan batasan khusus yang diatur oleh HCFA. Pasal 2175 OBRA tahun 1981 menghapus peraturan yang membatasi kebebasan memilih, memungkinkan negara bagian untuk mengambil inovasi penyelenggaraan Medicaid. Negara-negara bagian dapat menerima persyaratan tertentu; misalnya, persyaratan bahwa penerima Medicaid dibebaskan untuk memilih *provider* yang disukainya, yang memungkinkan pendaftaran ke suatu HMO.

Selain itu, Pasal 1115 dari UU Jaminan Sosial Amerika Serikat (Social Security Act) memungkinkan dilakukan percontohan atau demonstrasi, yang dengan izin Menteri Kesehatan, mempromosikan penerapan teknik *managed care* untuk mencapai tujuan Medicaid. Dalam hal ini HCFA meniadakan persyaratan khusus pengelolaan Medicaid yang terkait dengan syarat jumlah, waktu, eligibilitas, dan ruang lingkup pelayanan dalam menerapkan teknik *managed care*. HCFA juga menghapus persyaratan bahwa semua pelayanan Medicaid harus berskala nasional dan persyaratan bebas memilih penyelenggara. Banyak negara bagian sudah memperoleh, atau sedang mengajukan permohonan agar memperoleh, kebebasan di atas agar dapat memodifikasi tugas federal tertentu untuk dapat menerapkan program yang meningkatkan efektifitas-biaya dalam mendanai program kesehatan bagi penduduk miskin.

Sampai Juli 1991, HCFA memperkirakan penghematan biaya dari program *managed care* Medicaid mencapai \$ 227 juta. Sebagai contoh, program pengobatan kecanduan narkoba di Minnesota telah menghemat rata-rata \$ 3.500 per penerima Medicaid selama dua tahun. Program pelayanan penderita diabetes di Maryland menghemat sekitar \$ 1.600 per penerima Medicaid selama dua tahun. Di South Carolina, program manajemen kasus kesehatan jiwa menghemat sekitar \$ 950 per penerima Medicaid selama dua tahun.

Untuk menghindari pendirian HMO hanya untuk mendapat kontrak pemerintah, HMO diwajibkan untuk membatasi peserta dari kelompok penerima Medicaid dan Medicare maksimal 75% dari jumlah seluruh peserta HMO tersebut. Sisa 25% harus diperoleh dari penjualan produk HMO ke sektor swasta. "Aturan 75/25" ini bertujuan untuk menjamin tidak ada diskriminasi pelayanan antara peserta Medicaid dan peserta umum.

MASALAH MANAGED CARE

Oleh karena penduduk Amerika Serikat mempunyai rentang penghasilan yang luas, HMO di suatu lokasi mengalami kesulitan melayani pasien Medicaid maupun yang bukan Medicaid dengan fasilitas yang sama. Peraturan 75/25 menciptakan hambatan operasional bagi MCO yang ingin melayani penerima Medicaid tetapi tidak dapat menyertakan 25 pangsa peserta asuransi swasta. Populasi Medicaid memiliki kebutuhan khusus tertentu yang harus dipenuhi oleh MCO jika ingin menjalin kontrak dengan negara bagian. Di antara kebutuhan khusus adalah sebagai berikut:

- Banyak penerima Medicaid tidak memiliki dokter primer atau akses kepada pelayanan preventif reguler. Oleh karena itu mereka kerap kali menggunakan sistem pelayanan kesehatan secara tidak tepat (misalnya, langsung ke pelayanan gawat darurat yang mahal untuk gangguan yang tidak darurat).
- Penerima Medicaid kerap kali membutuhkan pendidikan dan pelayanan di luar paket manfaat standar agar mereka dapat menggunakan pelayanan kesehatan *cost-effective*.
- Penerima Medicaid kerap kali tinggal di daerah kumuh atau daerah pedesaan, di mana akses kepada pelayanan *managed care* terbatas karena pelayanan tersebut disediakan bagi populasi peserta di daerah yang berbeda.
- Program Medicaid berbagai negara bagian menjamin paket manfaat yang berbeda, target populasi yang berbeda, mekanisme administrasi yang berbeda, dan status kepesertaan (sukarela atau wajib) yang berbeda pula yang menyulitkan MCO Nasional maupun regional untuk menetapkan tarif sama bagi penerima Medicaid dan populasi pekerja lainnya.

MENGENDALIKAN PELAYANAN DALAM MANAGED CARE MEDICAID

Untuk menangani isu-isu tersebut, MCO yang menangani Medicaid menggunakan satu atau lebih mekanisme kendali di bawah ini:

Manajemen Kasus Pelayanan Primer

Manajemen kasus selama ini umumnya dilakukan untuk kasus-kasus rawat inap yang mahal dan dengan masa perawatan yang lama. Dalam program ini telaah, pengaturan, dan pemantauan semua pelayanan pasien yang dibutuhkan pada tingkat pelayanan primer dipantau secara bersamaan (*concurrent*). Penilai manajemen kasus menerima jasa/fee manajemen kasus yang sama besarnya untuk tiap kasus. Dokter yang menerima pembayaran kapitasi untuk menangani peserta Medicaid menerima pembayaran yang sama. Negara bagian dapat membatasi jumlah peserta Medicaid yang dapat ditangani seorang dokter agar mutu pelayanan tidak dikorbankan.

Kontrak Risiko

Negara bagian menjalin kontrak dengan HMO atau organisasi lain untuk menyelenggarakan pelayanan tertentu sebagai cara pembayaran pasti, khususnya kapitasi. Pembayaran ini didasarkan pada proyeksi biaya atas muatan kasus (*caseload*) yang khas. Peraturan Federal menetapkan bahwa besaran kapitasi ini harus layak dan tidak melebihi nilai ekivalen *fee-for-service*.

Kontrak Risiko Kapitasi Penuh Atau Komprehensif

Provider harus menawarkan sekurang-kurangnya tiga pelayanan wajib di bawah kontrak berbasis risiko Medicare dan harus setuju untuk melaksanakan semua pelayanan yang lain yang diwajibkan untuk peserta Medicaid.

Kontrak Risiko Kapitasi Sebagian

Provider menerima risiko untuk seperangkat pelayanan (misalnya, pelayanan dokter dan laboratorium, x-ray, atau pelayanan klinik) yang disepakati. Pelayanan lain dibayar berdasarkan jasa per pelayanan (FFS). Setiap pembayaran untuk setiap peserta direkam untuk penilaian kinerja dan setiap surplus dibagi bersama untuk fasilitas primer, sekunder, dan tersier.

Perusahaan Asuransi Kesehatan

Perusahaan melakukan analisis dan kajian risiko (*underwriting risk*) pelayanan medis peserta dalam menghitung premi yang dibayarkan negara bagian. Perusahaan asuransi kesehatan tidak memberikan pelayanan secara langsung, melainkan lebih membayar klaim dari fasilitas kesehatan.

PERSYARATAN KUALITAS

Kualitas pelayanan merupakan hal penting dalam *managed care* Medicaid. Pandangan Federal (termasuk kebebasan memilih, aturan 75/25, dan hak setiap penerima Medicaid untuk berhenti dari HMO), evaluasi tahunan tentang kualitas dan pemantauan negara bagian tentang kualitas layanan dapat menjamin tidak adanya diskriminasi atas pelayanan kepada penerima Medicaid. Negara bagian berpendapat bahwa banyak persyaratan Federal, khususnya aturan 75/25, dapat meningkatkan mutu pelayanan bagi penduduk miskin. Dengan pengawalan ketat, kualitas *managed care* Medicaid lebih baik dari program Medicaid yang tradisional yang membayar fasilitas kesehatan dengan cara jasa per pelayanan (FFS).

PENGENDALIAN PESERTA MEDICAID

Pada umumnya, tingkat pembayaran program Medicaid yang berbasis jasa per pelayanan (FFS) dan besar kapitasi dianggap oleh banyak pihak sangat rendah dibandingkan dengan harga pasar, sehingga banyak MCO dan fasilitas kesehatan enggan untuk berpartisipasi dalam program Medicaid. Ketidak-tertarikan tersebut bertambah dengan kompleksitas eligibilitas Medicaid. Penerima Medicaid seringkali dikaitkan dengan program bantuan sosial lain dalam program jaminan sosial di Amerika yaitu program Aid for Family with Dependent Children (AFDC), yaitu bantuan untuk keluarga yang memiliki anak. Jika seseorang penerima program AFDC mengalami perubahan kemampuan finansial, misalnya dapat pekerjaan, ia akan kehilangan eligibilitas untuk tetap ikut dalam program *managed care* Medicaid. Para anggota HMO Medicaid dapat menjadi peserta dan berhenti, karena kehilangan eligibilitas, beberapa kali dalam setahun. Hal ini tentu menyulitkan administrasi. Tambahan, banyak negara bagian yang memerlukan waktu beberapa pekan bahkan berbulan-bulan untuk memperbaharui eligibilitas kepesertaan yang menambah kesulitan.

Dalam kondisi dimana negara bagian dilanda krisis keuangan, pihak legislatif enggan menambah belanja program Medicaid. Hambatan teknis dan peraturan Federal juga mempersulit upaya mereka untuk melaksanakan HMO bagi para penerima Medicaid. Akibatnya banyak Negara bagian yang tidak mendorong penerapan *managed care*. Beberapa negara bagian mulai kampanye untuk meningkatkan jumlah peserta Medicaid dalam *managed care*. Sebagai contoh, Arizona adalah Negara bagian yang pertama memulai program *managed care* Medicaid pada tahun 1982, semua orang yang eligible ikut dalam Medicaid diikutsertakan dalam program *managed care*. New York di tahun 1991 mengesahkan peraturan yang berupaya mencapai target 50% dari yang eligible menerima Medicaid harus menjadi peserta *managed care* Medicaid dalam lima tahun.

MEMPERLUAS MANAGED CARE MEDICAID

Pertumbuhan program *managed care* Medicaid, sebagian, tergantung pada:

- Sejauh mana mekanisme penentuan besar kapitasi dapat diperbaharui secara memuaskan bagi MCO;
- Penghapusan atau modifikasi persyaratan merupakan hambatan dalam melakukan percontohan *managed care*;
- penghapusan peraturan 75/25; dan
- Perubahan dalam sistem bantuan sosial di Amerika, dimana penduduk miskin diharapkan memiliki kemampuan finansial yang baik sebelum mereka keluar dari program bantuan sosial (tidak miskin lagi) dan mampu membeli asuransi.

Seperti halnya program Medicare, sistem *managed care* Medicaid merupakan peluang efisien bagi penerima Medicaid yang baru. Sayangnya, penerima Medicaid yang baru harus

menyesuaikan diri, jika mereka belum pernah berada dalam sistem *managed care*, bisa menjadi hambatan efisiensi.

SISTEM PELAYANAN KESEHATAN BAGI MILITER

Sistem Pelayanan Kesehatan bagi Militer (Military Health Service System, MHSS) menyediakan jaminan kesehatan bagi lebih dari 9 juta anggota militer aktif dan pensiunan, serta anggota keluarga mereka. Hampir 4 juta di antaranya tidak lagi aktif di militer. Hampir 10 persen yang berhak mendapat jaminan MHSS berusia lebih dari 65 tahun dan proporsi ini meningkat secara substansial di masa depan. Persoalan usia lanjut ini mempengaruhi biaya kesehatan yang harus dianggarkan dalam MHSS. Meskipun biaya kesehatan militer meningkat lebih lambat dibandingkan peningkatan biaya kesehatan di kalangan sipil, terjadi kenaikan kira-kira 55% dalam lima tahun. Anggaran MHSS pada tahun fiskal 1991 mencapai \$ 15 milyar.

Pada tahun-tahun belakangan ini, Departemen Pertahanan Keamanan telah mengembangkan sejumlah percontohan untuk menguji efisiensi dan efektifitas kendali biaya. Proyek percontohan itu juga digunakan dalam menjamin pegawai sipil Departemen Pertahanan yang termasuk program CHAMPUS. Program ini menerapkan urun biaya bagi anggota keluarga, militer aktif, pensiunan serta anggota keluarga mereka. Biaya jaminan (*benefit cost*) program CHAMPUS meningkat sekitar dua kali lipat dalam lima tahun, dari 1985 hingga 1989.

INISIATIF REFORMASI CHAMPUS

Reformasi CHAMPUS meliputi penggunaan HMO, program POS, praktek dokter keluarga, PPO, dan program khusus pelayanan kesehatan jiwa. Percontohan menunjukkan bahwa model-model tersebut efektif, baik dalam melayani anggota maupun dalam menurunkan biaya. Percontohan dalam HMO dan PPO menunjukkan kenaikan kepuasan pasien dan penghematan biaya. Di California dan Hawaii, keikutsertaan 300.000 orang yang memenuhi syarat dalam HMO dan PPO menghemat belanja Departemen Pertahanan dan Keamanan kira-kira \$ 100 juta selama dua tahun. Pengelola MHSS cukup terkesan dengan hasil awal tersebut dan mencoba memadukannya dengan sistem MHSS.

JAMINAN KESEHATAN PEGAWAI FEDERAL

Program *managed care* juga tersedia bagi pegawai federal melalui Program Jaminan Kesehatan Pegawai Federal (Federal Employee Health Benefit Plan, FEHBP) selama tiga dekade terakhir. Pada awalnya, partisipasi dalam HMO oleh para pegawai Federal dan anggota keluarganya hanya terbatas. Pada tahun 1970, hanya 6% peserta FEHBP yang terdaftar dalam HMO. Peraturan Federal mendukung HMO Act tahun 1973. Jumlah HMO yang melayani peserta FEHBP berkembang dari 21 pada tahun 1970 menjadi 99 pada tahun 1980. Pada akhir 1991, lebih dari 350 HMO memiliki pangsa pasar 27% dari hampir 9 juta peserta FEHBP.

Dari tahun 1982 hingga 1992, pemerintah federal membentuk komisi untuk mengkaji cara-cara memperbaiki program jaminan kesehatan pemerintah. Rekomendasi komisi

menyarankan agar Office of Personnel Management (OPM) dan Congress seharusnya menerapkan alternatif *managed care* yang telah jalankan sektor swasta. Secara khusus, komisi merekomendasikan penerapan pra-sertifikasi rawat-inap bukan darurat, mengadopsi pendapat ahli bedah kedua, manajemen kasus, dan meningkatkan kepesertaan di HMO dan PPO. Dalam OBRA-90 sudah tercakup beberapa gagasan pembaharuan. Pembaharuan tersebut mendorong semua program fee-for-service FEHBP untuk melaksanakan pra-sertifikasi rumah sakit dan manajemen kasus. Peserta FEHBP yang tidak mau menerima syarat tersebut ketika dirawat di rumah sakit yang bukan darurat akan menerima manfaat yang \$500 lebih kecil dibandingkan jika ia mau mengikuti prosedur *managed care*.

Walaupun perundangan telah diusulkan pada tahun 1991 untuk mengkombinasikan program FFS dalam FEHBP ke dalam satu skema *managed care*, Pemerintahan Bush menentang usulan itu karena hal itu dipandang sebagai peningkatan belanja pemerintah. Padahal, hasil kajian memperkirakan bahwa penerapan *managed care* akan menghemat belanja FEHBP antara \$200 - \$500 juta per tahun.

Walaupun masih terlalu dini untuk mendapatkan nilai penghematan belanja dari pengaturan OBRA-90, peserta FEHBP sudah menikmati kualitas pelayanan yang makin baik yang dari *managed care*. Selama masa pendaftaran tahunan lebih dari 25% peserta FEHBP memilih HMO dan sebagian besar yang lainnya tetap dalam program FFS PPO. Diharapkan bahwa dalam waktu berikutnya, program jaminan kesehatan pemerintah akan menyetujui program tiga pilihan (*triple option plan, TRICARE*) yang diterapkan swasta: yaitu pilihan HMO, PPO, atau POS.

PROGRAM NEGARA BAGIAN

Banyak program asuransi negara bagian terbukti mahal dan sukar dikelola. Fitur *managed care* tampaknya merupakan cara efektif untuk memecahkan persoalan itu. Program jaminan kesehatan pegawai pemerintah negara bagian dan program jaminan kecelakaan kerja (yang wajib di negara bagian) adalah dua program asuransi kesehatan yang utama yang menyerap anggaran negara bagian yang besar, di luar Medicaid.

PROGRAM JAMINAN KESEHATAN PEGAWAI PEMERINTAH NEGARA BAGIAN

Pemerintah negara bagian biasanya merupakan pemberi kerja terbesar; seperti halnya perusahaan, pemerintah negara bagian mulai menerapkan *managed care* bagi pegawainya. Keikutsertaan dalam HMO dan PPO bervariasi luas di antara 50 negara bagian. Pada tahun 1992, 42 negara bagian melakukan kontrak dengan 364 HMO. Dari 3,6 juta pegawai aktif yang dijamin oleh 50 negara bagian, lebih dari 1 juta pegawai, kira-kira 30%, ikut serta dalam HMO. Dua puluh delapan program jaminan kesehatan negara bagian menggunakan PPO. Dari 28 tersebut, 20 menggunakan program POS dimana PPO sebagai bagian dari asuransi indemnititas; 6 negara bagian menggunakan PPO dengan persyaratan kepesertaan secara terpisah; 2 negara bagian menggunakan kombinasi dari kedua tipe di atas.

Selain keikutsertaan dalam HMO, sebagian besar program jaminan kesehatan pegawai negara bagian melaksanakan pula program kendali biaya dalam program asuransi tradisional indemnitas. Hampir separuh dari 50 negara bagian memiliki program pra-sertifikasi rawat-inap, telaah konkuren (concurrent review), dan program manajemen kasus.

PROGRAM KOMPENSASI PEKERJA

Program Kompensasi Pekerja, dimulai tahun 1911, merupakan program asuransi sosial tertua di Amerika. Setiap negara bagian memiliki peraturan tentang jaminan ini. Meskipun prinsipnya sama, tidak ada dua negara bagian yang mempunyai manfaat yang sama persis. Umumnya, manfaat yang dijamin adalah pengobatan dan kompensasi kerugian yang terkait dengan kecelakaan kerja dan penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan. Kebanyakan negara bagian mewajibkan majikan membayar premi untuk pegawai atau membuktikan bahwa majikan mampu menjamin sendiri (swa-asuransi).

MANFAAT JAMINAN KOMPENSASI PEKERJA

Beberapa jenis manfaat yang diatur dalam peraturan negara bagian mencakup:

- Jaminan kematian, yang diterimakan oleh ahli waris pegawai
- Jaminan biaya pengobatan akibat kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja
- Jaminan hilangnya penghasilan selama terjadi disabilitas akibat kecelakaan kerja atau penyakit akibat kerja, biasanya berupa persentase dari gaji

Total biaya untuk jaminan kecelakaan kerja lebih banyak terserap untuk menjamin kehilangan penghasilan dan klaim perawatan jangka panjang. Secara nasional, rata-rata biaya medis untuk jaminan kompensasi pegawai mencapai \$150 per pekerja di tahun 1991, meningkat 11,8% dibandingkan dengan rata-rata biaya di tahun 1990. Biaya medis merupakan 40% dari total biaya jaminan kompensasi pegawai dan merupakan biaya yang meningkat paling cepat. Karena itu, masalah biaya medis merupakan topik hangat yang selalu diperdebatkan sebagaimana biaya kesehatan pada umumnya yang mencakup tiga masalah besar: akses, pendanaan, dan reformasi.

Di tahun 1990an, kebanyakan pengaturan negara bagian memusatkan pada strategi menurunkan biaya jaminan kompensasi pegawai. Legislator mencoba menurunkan biaya medis, mengurangi biaya litigasi (tuntutan hukum), mengurangi biaya administrasi, meningkatkan keselamatan kerja, dan menekankan manajemen pegawai. Tujuan umumnya adalah mengurangi laju pertumbuhan biaya JKK.

PENGGUNAAN FITUR MANAGED CARE

Sampai akhir abad ke-20, program jaminan kompensasi pegawai merupakan program asuransi kesehatan yang tidak atau hanya sedikit menerapkan kendali biaya. Perusahaan asuransi yang

menjamin program jaminan kompensasi pegawai belakangan mulai mencoba menerapkan beberapa fitur *managed care*.

Utilisasi Rawat Inap

Teknik yang umum digunakan dalam program jaminan kompensasi pegawai adalah pra-sertifikasi untuk pelayanan rawat inap yang bukan gawat darurat atau telaah konkuren. Fitur utilisasi rawat inap ini telah membantu penurunan kasus rawat inap dan lama hari rawat yang tidak diperlukan (*unnecessary*).

Manajemen Kasus

Manajemen kasus telah menjadi program yang semakin banyak dilakukan dalam program jaminan kompensasi pegawai di Amerika. Prinsip dasarnya adalah mengelola kasus-kasus katastrofik dan mahal agar bisa diberikan dengan kualitas yang baik tetapi dengan biaya yang paling *cost-effective*. Faktanya, manajemen kasus dilakukan untuk semua kasus kecelakaan atau penyakit akibat kerja, tidak selektif untuk kasus katastrofik. Dengan pendekatan “holistik” atau menyeluruh terhadap kasus katastrofik, manajemen kasus terbukti berhasil menurunkan biaya medis dan mempercepat pekerja kembali kerja.

Preferred Provider Organizations

Sejumlah negara bagian mempunyai peraturan yang membolehkan pemberi kerja menetapkan fasilitas kesehatan untuk mendapatkan jaminan kompensasi pegawai. Setelah menetapkan sebuah fasilitas kesehatan, seorang pekerja dan berpindah ke fasilitas kesehatan lain. Pilihan fasilitas kesehatan pada umumnya merupakan fasilitas PPO. Sebagaimana juga terjadi pada populasi umum, sekali seseorang memilih PPO, jarang mereka pindah ke produk asuransi lain.

Pengelola PPO mengalami beberapa kesulitan dalam menangani program jaminan kompensasi pegawai. Beberapa kesulitan tersebut tidak berbeda dengan program PPO pada umumnya, yaitu kesulitan mendapatkan fasilitas kesehatan di daerah tertentu dimana pekerja bertempat tinggal yang mau dikontrak PPO. Selain itu kesulitan lain adalah menjamin bahwa pekerja mendapatkan pelayanan spesialis tertentu di tempat tinggalnya, karena sebaran spesialis yang tidak sesuai dengan sebaran pekerja.

Beberapa perusahaan asuransi dan MCO secara khusus berupaya memenuhi kebutuhan medis populasi pekerja yang dijamin program JKK dengan membangun jejaring dokter spesialis yang relevan untuk menangani kecelakaan kerja.

Beberapa negara bagian mencoba memecahkan tantangan JKK dengan mengadopsi prinsip-prinsip *managed care* khususnya pelayanan terintegrasi. Pada saat ini kesulitan penting adalah mengintegrasikan antara program JKK dengan program jaminan kesehatan reguler, bukan karena kecelakaan kerja. Beberapa program integrasi tersebut dijabarkan di bawah ini.

PROGRAM PERTANGGUNGAN 24 JAM

Asosiasi Nasional Komisioner Asuransi (NAIC) mendefinisikan pertanggungungan 24 jam sebagai setiap kombinasi antara program JKK dengan program jaminan kesehatan yang berupaya untuk memecahkan masalah dalam memadukan jaminan pengobatan atas dua penyebab penyakit akibat kerja dan yang bukan akibat kerja. Program pertanggungungan 24 jam, meskipun berbeda dalam pola pemasarannya, mempunyai enam jenis utama.

Program Pemasaran Pertanggungungan 24 Jam

Program ini menawarkan koordinasi atau integrasi manajemen klaim jaminan kompensasi pegawai dan asuransi kesehatan kumpulan. Kebanyakan peraturan negara bagian tidak membolehkan perusahaan asuransi mengkombinasikan program jaminan kompensasi pegawai dengan paket asuransi kesehatan kumpulan yang ditawarkan ke perusahaan. Oleh karena itu, kedua produk (jaminan kompensasi pegawai dan asuransi kesehatan kumpulan) tetap memiliki dua polis yang berbeda. Akan tetapi, program ini memadukan beberapa pelayanan yang sama, misalnya penagihan, proses klaim, manajemen medis, manajemen disabilitas, dan pelayanan pelanggan.

Pertanggungungan Medis 24 Jam

Pendekatan ini memadukan pelayanan medis untuk seluruh pekerja, baik untuk pengobatan penyakit atau kecelakaan akibat kerja maupun tidak terkait pekerjaan, akan tetapi program ini mengelola manfaat disabilitas yang dipisahkan untuk penyakit/kecelakaan akibat kerja dan bukan akibat kerja. Beberapa peraturan negara bagian menguji coba model ini.

Pertanggungungan Disabilitas 24 Jam

Berbeda dengan program sebelumnya, program ini malah memadukan manfaat disabilitas, baik yang disebabkan oleh penyakit akibat kerja maupun bukan akibat kerja. Akan tetapi program ini justru memisahkan manfaat perawatan medis antara yang akibat kerja dan yang tidak berhubungan dengan pekerjaan. Model ini direkomendasi oleh Komisi Pemeliharaan Penghasilan negara bagian New Jersey di tahun 1980, akan tetapi rekomendasi tersebut tidak pernah dilaksanakan.

Pertanggungungan Kecelakaan 24 Jam

Model ini memadukan semua pertanggungungan perawatan medis dan manfaat disabilitas yang disebabkan oleh kecelakaan (meskipun tidak berhubungan dengan pekerjaan) dan penyakit akibat kerja. Namun demikian, perawatan penyakit yang tidak berhubungan dengan pekerjaan tidak dijamin. Model ini diterapkan dalam program Pertanggungungan JKK di Selandia Baru.

Pertanggungjawaban Perawatan Penyakit 24 Jam

Model ini menyediakan pertanggungjawaban perawatan medis dan manfaat disabilitas untuk semua penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja, tetapi penyakit yang bukan akibat kerja tidak ditanggung. Program ini dirancang dalam berbagai konteks di Amerika, namun belum pernah dilaksanakan. Di Indonesia, program Jaminan Kecelakaan Kerja oleh Jamsostek mengambil model ini.

Pertanggungjawaban Perawatan dan Disabilitas 24 Jam

Model ini merupakan model universal yang menyediakan pertanggungjawaban 24 jam untuk semua penyakit, terlepas dari hubungan sebabnya dengan pekerjaan. Belanda menggunakan model ini untuk seluruh pekerjanya.

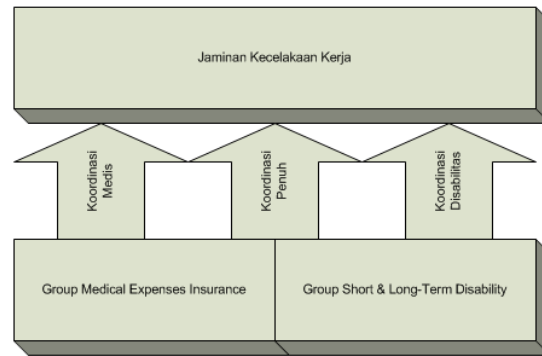
Dari keenam jenis pertanggungjawaban terpadu pertanggungjawaban jenis pertama memisahkan polis antara jaminan kompensasi pegawai dan non jaminan kompensasi pegawai, kelima jenis pertanggungjawaban berikutnya tidak memisahkan polis (alias benar-benar terpadu). Penerapan program terpadu ini mencakup aspek peraturan, institusi (badan penyelenggara), dan hambatan-hambatan pengaturan di Amerika. Ketiadaan konsensus di AS, yang memadukan peraturan dan kebijakan, di lapangan terjadi pemusatan pada program pertama yaitu pemasaran dan manajemen terpadu, dengan polis yang berbeda. Program ini di Amerika sering disebut Pelayanan 24 Jam.

Penerapan pelayanan 24 jam tidak membutuhkan pengaturan oleh negara bagian, sehingga program ini menghindarkan berbagai hambatan peraturan yang sampai saat ini masih sulit diatasi karena ketiadaan konsensus Amerika. Program model ini hanya memerlukan perubahan institusional di perusahaan asuransi maupun di fasilitas kesehatan.

Pelayanan 24 Jam

Ada tiga variasi Pelayanan 24 Jam, yaitu:

1. **Perawatan Medis 24 Jam.** Pelayanan ini hanya mengoordinasikan belanja kesehatan dari program jaminan kompensasi pegawai dan program reguler asuransi kesehatan (bukan akibat kerja/okupasi)
2. **Disabilitas 24 Jam.** Pelayanan ini hanya memadukan belanja atau pembayaran untuk manfaat disabilitas, baik yang okupasi/akibat kerja maupun yang bukan akibat kerja.
3. **Perawatan Medis dan Disabilitas 24 jam.** Program ini merupakan koordinasi penuh belanja atau pembayaran manfaat jaminan kompensasi pegawai dan bukan jaminan kompensasi pegawai.



Gambar 5.5. Tiga Variasi Pelayanan 24 Jam

Pengaruh pasar yang mendorong terbentuknya pelayanan 24 jam mencakup: pertumbuhan manajemen medis dalam jaminan kompensasi pegawai dan penekanan manajemen disabilitas dalam asuransi kesehatan. Manajemen medis dan manajemen disabilitas dapat diterapkan dalam program jaminan kompensasi pegawai maupun dalam produk asuransi kesehatan reguler, bukan jaminan kompensasi pegawai

Harapan Dalam Manfaat Pelayanan 24 Jam

Koordinasi jaminan kompensasi pegawai dengan produk asuransi kesehatan lainnya memungkinkan:

- **Penghematan biaya administrasi.** Pelayanan yang terkoordinasi atau terpadu memerlukan biaya yang lebih sedikit dibandingkan jika pelayanan tersebut dikelola secara sendiri-sendiri.
- **Manajemen medis yang lebih baik.** Koordinasi atau konsolidasi teknik *managed care* dan pelayanan untuk mengatur seluruh belanja kesehatan perusahaan menghasilkan konsistensi yang lebih tinggi, utilisasi jejaring fasilitas kesehatan yang lebih baik, dan kemampuan penerapan teknik manajemen medis yang lebih cepat.
- **Kesederhanaan administrasi.** Pemberi kerja/perusahaan dapat menyelenggarakan bisnisnya dengan rekan bisnis yang lebih sedikit (karena penyatuan asuradur).
- **Kembali kerja yang lebih cepat.** Koordinasi atau konsolidasi manajemen disabilitas kepada pemberi kerja dalam pengelolaan pemberian santunan disabilitas sementara pegawai tidak mampu bekerja akan mempercepat proses dan mengurangi duplikasi klaim disabilitas yang akan mempercepat kembalinya karyawan bekerja.
- **Menghindari pembayaran ganda.** Koordinasi atau konsolidasi proses klaim mengurangi kemungkinan double dipping, yaitu pembayaran klaim yang sama untuk dua polis berbeda (JKK dan asuransi disabilitas)
- **Penyederhanaan administrasi bagi karyawan.** Karyawan harus memahami bahwa *managed care* menghasilkan pelayanan yang efektif. Penggunaan aturan *managed*

care yang sama untuk program jaminan kompensasi pegawai dan asuransi kesehatan lainnya memudahkan karyawan dan memudahkan komunikasi. Hal ini akan meningkatkan pemahaman kedua pihak dan sekaligus kepatuhan pada aturan pengendalian biaya.

Beberapa negara bagian telah mengeluarkan peraturan Pelayanan 24 Jam sebagai percontohan. Meskipun untuk program pemasaran 24 jam tidak memerlukan pengaturan negara bagian, percontohan pelayanan 24 jam menarik perhatian publik dan memungkinkan evaluasi kuantitatif maupun kualitatif tentang manfaat program 24 jam. Hal tersebut pada akhirnya akan meningkatkan penerimaan konsumen dalam keikutsertaan program terpadu ini.

ALIANSI MANAGED CARE

Beberapa negara bagian telah mulai mencoba membentuk aliansi *managed care* untuk memudahkan pengusaha kecil yang kesulitan membeli asuransi kesehatan untuk karyawannya. Selain itu, aliansi juga mendorong penggunaan teknik-teknik *managed care* dalam pooling asuransi yang lebih baik dan lebih *cost-effective*.

Sebagai contoh, di tahun 1992. California mengeluarkan peraturan Aliansi kesehatan sebagai bagian dari reformasi perluasan asuransi kesehatan bagi karyawan perusahaan kecil. Sebuah aliansi sukarela bernama Health Insurance Plan of California (HIPC) mulai beroperasi efektif tanggal 1 Juli 1993 dan di tahun pertama mampu memperoleh lebih dari 54 ribu peserta dari lebih 3.000 perusahaan kecil. Sekitar 72% perolehan peserta dilakukan melalui agen-broker. Hampir 23% peserta berasal dari perusahaan kecil yang sebelumnya tidak mampu membeli asuransi kesehatan.

Aliansi bersifat sukarela yang memungkinkan pengusaha kecil menentukan sendiri untuk membeli asuransi kesehatan dari aliansi, dari asuradur di luar aliansi, atau tidak membeli asuransi. Suatu badan bernama Managed Risk Medical Insurance Board (MRMIB) dibentuk untuk mengelola aliansi, merancang produk dan menetapkan bahwa *managed care* merupakan kendaraan terbaik untuk jaminan kesehatan komprehensif dan *cost-effective*. Dengan demikian, peraturan hanya membolehkan HMO dan PPO yang dapat bergabung dalam Aliansi.

Dalam model Aliansi di California, MRMIB mengembangkan dua variasi produk untuk tiap produk HMO dan PPO, yaitu standar dan pilihan (*Preferred*). Kedua variasi sesungguhnya mempunyai paket jaminan pelayanan yang sama, hanya berbeda pada besaran copayment. Produk Preferred mempunyai copayment yang lebih kecil dan karenanya premi asuransi produk ini lebih murah. Aliansi HIPC sesungguhnya juga menawarkan pilihan kepada karyawan. Ketika pengusaha memilih untuk mengasuransikan karyawannya melalui HIPC, karyawan mereka boleh memilih satu dari lebih 20 asuradur (umumnya HMO) yang bergabung dalam HIPC. Sekitar 80% asuradur dalam Aliansi ini berbentuk HMO.

Dalam Aliansi ini, faktor risiko yang boleh diperhitungkan dalam menghitung premi hanyalah empat yaitu: usia, tempat tinggal, paket pelayanan, dan komposisi keluarga. Meskipun dalam

reformasi perluasan asuransi untuk grup kecil membolehkan variasi premi berdasarkan riwayat kesehatan dan riwayat klaim, reformasi Aliansi tidak membolehkan variasi premi berdasarkan riwayat kesehatan dan klaim.

Beberapa negara bagian lain juga mempunyai reformasi grup kecil dengan beberapa variasi. Negara bagian Washington mengharuskan semua produk asuransi, bukan saja yang ditawarkan melalui sebuah aliansi, mulai tahun 1995 harus berbentuk produk HMO. Negara bagian Florida (1994) juga membentuk 11 Aliansi bernama Community Health Purchasing Alliances (CHPAs) membolehkan aliansi hanya menjual produk *managed care*, tetapi tidak mengharuskan. Di Texas, juga mulai tahun 1994, membolehkan setiap asuradur yang berkinerja baik untuk bergabung dalam aliansi untuk menjual asuransi kepada grup kecil. Kentucky membatasi penawaran asuransi pada lima produk standard, yang boleh ditawarkan sebagai produk indemnitas maupun produk HMO. Aliansi di North Carolina, yang mulai efektif tahun 1995, mengharuskan aliansi menyediakan dua produk yang ditawarkan oleh dua jenis asuradur: indemnitas dan HMI.

SISTEM PENYEDIAAN PELAYANAN KESEHATAN DI PEDESAAN

Hampir 23% penduduk Amerika tinggal di daerah pedesaan dimana jumlah dokter dan rumah sakit tidak memadai, masyarakat berpenghasilan rendah, dan merupakan grup kecil untuk bisnis asuransi. Hal tersebut menyebabkan masalah besar dalam pendanaan dan penyediaan pelayanan kesehatan. Sebuah asosiasi the National Rural Electric Cooperative Association (NRECA) melaporkan bahwa *managed care* berkembang dan menolong penduduk di pedesaan. Di Oklahoma, sebuah Tim Kerja Reformasi Medicaid dan Kesejahteraan merekomendasikan agar program Medicaid di Oklahoma ditransformasikan menjadi sebuah sistem *managed care*. Tim memberikan catatan bahwa pengembangan produk yang memberikan jaminan komprehensif sulit dikembangkan di sebagian daerah pedesaan. Dalam kondisi itu, Tim merekomendasikan untuk mengembangkan model *primary care case management*, dimana negara bagian membayar dokter untuk menjadi *gate keeper*. Penerima Medicaid hanya bisa dibiayai perawatan di rumah sakit jika ada rujukan dari dokter primer.

Catatan Penulis. Pembaca yang mengikuti perkembangan *managed care* dan asuransi kesehatan di Amerika akan mendapatkan bahwa berbagai upaya *managed care* yang dikembangkan secara parsial di Amerika tidak menghasilkan kendali biaya pada tingkat makro. Biaya kesehatan di Amerika tetap yang tertinggi di dunia, yang di tahun 2007 mencapai USD 7.000 per kapita per tahun, meskipun konsep *managed care* telah diterapkan di berbagai program jaminan kesehatan pemerintah maupun swasta secara luas. Hal ini menimbulkan sikap skeptis penentu kebijakan dengan menyatakan telah tiba *the end of managed care era*. Hal ini membuktikan terjadinya kegagalan pasar (*market failure*) dalam sistem pendanaan dan penyediaan pelayanan kesehatan di Amerika, yang di negara maju lain di dunia telah lama disadari. Negara bagian Massachusetts akhirnya mengadopsi model *universal coverage*, atau asuransi kesehatan nasional pada tingkat negara bagian. Hal ini merupakan pelajaran penting bagi Indonesia, sehingga kita di Indonesia memang tidak lagi mengembangkan model *managed care* yang dulu dicoba dengan memperkenalkan model HMO yang dikenal dengan

JPKM. Dengan keluarnya UU SJSN, Indonesia mengarah pada model asuransi kesehatan nasional sebagaimana diselenggarakan di Australia, Kanada, Korea Selatan, Filipina, dan Taiwan.

PERAN PEMERINTAH DI INDONESIA DAN DI NEGARA LAIN

Dari bahasan di atas, yang menggambarkan fragmentasi dan dengan otonomi masing-masing program Pemerintah Amerika dalam menjamin pegawai negeri, penduduk miskin, dan penduduk lansia, tampak jelas bahwa manajemen menjadi sulit dan tidak efisien. Dengan belanja kesehatan per kapita di Amerika yang mencapai US\$ 7.000 di tahun 2007 dan praktis lebih dari 70% penduduk yang memiliki asuransi kesehatan telah masuk dalam skema *managed care*, kegagalan *managed care* secara makro dalam menekan biaya kesehatan tidak dipungkiri lagi. Banyak pihak salah memahami seolah *managed care* merupakan obat tunggal bagi masalah biaya kesehatan. Berbagai penelitian dan angka-angka kenaikan belanja kesehatan di berbagai Negara menunjukkan bahwa dengan meluasnya skema *managed care*, a la Amerika, ternyata kenaikan belanja kesehatan di Amerika masih tetap yang tertinggi. Hal ini terkait dengan skema *managed care* yang berorientasi pasar dimana jumlah MCO mencapai ribuan dan program-program pemerintah maupun swasta juga bervariasi. Oleh karenanya dapat dipahami mengapa di Negara maju lain, model *managed care* Amerika yang dibahas dalam buku ini tidak diterapkan. Di semua Negara maju lain, yang berlaku adalah sistem asuransi sosial dengan menerapkan teknik-teknik *managed care* seperti pembayaran prospektif, pembayaran DRG, penetapan harga seragam secara nasional, mengalokasikan global budget untuk rumah sakit, dll yang jauh lebih sederhana dan karenanya hanya menghabiskan biaya administrasi yang rata-rata kurang dari 5% dari total. Atau dengan kata lain, rasio klaim--*claim ratio*, selalu di atas 95%. Jelas, dari biaya administrasi saja (*loading factor*) tidak ada satupun konsep *managed care* komersial di Amerika, baik berbentuk HMO, PPO, maupun POS, yang mampu bersaing dan berproduksi dengan rasio klaim setinggi itu atau *loading factor* serendah 5%.

Untuk memahami berbagai peran Pemerintah di berbagai negara dan untuk lebih menghayati sejauh mana model *managed care* Amerika mampu mengendalikan biaya, sebagaimana dijanjikan dalam banyak buku-buku tentang *managed care*, dianjurkan agar pembaca menonton dua film berjudul "John Q" dan "Sicko". Di kota besar tentu tidak sulit mencari DVD tentang kedua film tersebut. Mungkin anda akan meneteskan air mata ketika menonton kedua film tersebut dan bertanya-tanya, "kapan cakupan universal yang efisien bisa terlaksana di Indonesia?". Sah saja.

Peran Pemerintah Indonesia dalam mendorong terwujudnya asuransi kesehatan dengan penerapan teknik-teknik *managed care* jauh lebih besar dari peran Pemerintah Amerika. Sejak awal diselenggarakannya program Askes pegawai negeri dan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Jamsostek, Pemerintah Indonesia sudah mengatur penggunaan teknik-teknik *managed care* khususnya sistem *gate keeper* dan sistem pembayaran prospektif seperti pembayaran kapitasi, pembayaran paket *per diem* atau per prosedur, dan jaminan yang bersifat komprehensif. Di tahun 1990an dan sampai diundangkannya UU SJSN, Peraturan

Menteri Kesehatan tentang JPKM jelas merupakan peran penting Pemerintah untuk mendorong pelayanan kesehatan terkendali sejak awal. Cuma saja, sejak diundangkannya UU SJSN, maka Pemerintah tidak lagi mendorong terbentuknya organisasi *managed care* seperti HMO yang di Indonesia di kenal dengan Bapel JPKM, yang berbasis pasar seperti di Amerika, tetapi Pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) suatu badan milik pemerintah yang otonom. Sesungguhnya, secara *de jure* (legal) sistem Bapel JPKM belum pernah diakui kuat dalam sistem hukum Indonesia karena keberadaan Bapel JPKM hanya diatur dengan Permenkes. Dalam keputusan Mahkamah Konstitusi tentang uji materi UU SJSN jelas disebutkan bahwa permohonan Perbapel JPKM ditolak karena Perbapel tidak memiliki legal standing, tidak diakui sebagai badan hukum yang memiliki kewenangan untuk melakukan uji materi. Peran swasta dalam *managed care* sukarela, berbasis pasar, dalam koridor hukum Indonesia akan terbatas pada penjualan paket suplemen atau komplemen. Sedangkan bentuk badan hukum yang diakui adalah perusahaan asuransi sebagaimana diatur oleh UU nomor 2/1992 tentang Asuransi. Dengan demikian, maka produk *managed care* komersial yang setara dengan produk di Amerika tidak akan didorong oleh Pemerintah. Namun demikian, bentuk produk *managed care* komersial yang dapat dijual di Indonesia tetapi hanyalah bentuk HMO/PPO suplemen atau komplemen. Sehingga bentuk MCO komersial yang mungkin beroperasi dan diatur Pemerintah Indonesia di masa datang hanyalah MCO berbentuk perusahaan asuransi.

Konsep BPJS jaminan kesehatan adalah menjadikan PT Askes Indonesia dan PT Jamsostek sebagai BPJS yang bukan lagi PT Persero, tetapi suatu Badan Khusus yang dibentuk dengan UU, sebagaimana diamanatkan oleh UUD 45 pasal 23A dan amanat UU SJSN pasal 5 ayat 1. Sangat besar kemungkinannya bahwa pimpinan kantor pusat dan cabang BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan nanti akan terbuka kepada siapa saja (melalui uji kelayakan dan kepatutan) yang memiliki kompetensi asuransi kesehatan dan teknik *managed care*.

Dengan demikian, peran Pemerintah Indonesia akan menjadi hanya regulator penyelenggaraan single payer atau bi-payer program jaminan kesehatan dasar komprehensif sebagaimana diatur oleh UU SJSN. Program jaminan kesehatan dasar, sebagaimana konsep HMO, merupakan jaminan komprehensif dengan menerapkan sistem pembayaran prospektif seperti kapitasi, *per diem*, per prosedur, DRG, atau *global budget*. Sistem dan besaran pembayaran dimungkinkan bervariasi antar wilayah sebagaimana diatur dalam Pasal 24 UU nomor 40/2004 tentang SJSN. Dimungkinkannya perbedaan besaran dan sistem pembayaran prospektif jaminan kesehatan di bawah UU SJSN merupakan komitmen besar Pemerintah Indonesia untuk menerapkan teknik *managed care* di era desentralisasi. Peran kendali biaya akan jauh lebih kuat, sebagaimana telah terbukti di Eropa, Jepang, Korea, Thailand, dan Australia karena besaran tarif prospektif dinegosiasikan oleh BPJS dengan asosiasi fasilitas kesehatan di suatu wilayah. Dengan demikian, maka peran Pemerintah Indonesia jauh lebih solid, konsisten dan komprehensif dibanding peran Pemerintah Amerika.

Yang jelas, di semua negara maju dan negara industri baru seperti Malaysia, Thailand, dan Korea, peran Pemerintah sederhana yaitu mengatur asuransi kesehatan nasional yang berbasis asuransi sosial dan menerapkan beberapa teknik *managed care*. Sistemnya seragam untuk seluruh negeri dan tidak menggunakan jargon-jargon kebebasan memilih, harga pasar,

non-diskriminasi dan tidak mengatur model pasar seperti yang diatur di Amerika. Di Korea, Australia, Filipina, Kanada, Mexico, Taiwan, dan banyak negara lain, sistem kendali biaya yang sangat efektif diatur pemerintah dengan menciptakan single payer yang di Filipina dikenal dengan PhilHealth, di Korea dikenal dengan National Health Insurance Corporation (NHIC), di Taiwan dikenal dengan Bureau of the National Health Insurance, dan di Australia dikenal dengan Health Insurance Commissioner. Kecendrungan sistem single payer semakin besar di dunia karena kemampuannya mengendalikan biaya dan kemajuan teknologi informasi memungkinkan manajemen berskala sangat besar. Meskipun di Jepang dan Jerman terdapat banyak badan penyelenggara, tetapi fungsi badan penyelenggara umumnya hanya sebagai pengumpul premi/kontribusi. Fungsi pembayaran di-*pooled* ke dalam satu entitas yang Jepang disebut sebagai *claim administrator* atau di Jerman disebut asosiasi *sickness funds*.

Pembaca yang ingin mendalami teknik-teknik pengendalian biaya di dunia yang seragam, selain sistem *managed care* Amerika yang boros dan tidak efektif, dapat mengunjungi situs WHO di www.who.int/WHOLIS, kemudian *search social health insurance*. Di situ pembaca dapat mengunduh/download beberapa buku yang dapat membuka mata bahwa di luar Amerika, sistem kendali biaya sesungguhnya sudah berjalan dengan amat baik. Ke sanalah Indonesia akan menuju, sebagaimana diatur dalam UU SJSN.

RINGKASAN

Pemerintah, di semua tingkatan, dihadapkan dengan isu-isu meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan secara tidak tepat, dan masalah ekuitas dan akses kepada pelayanan kesehatan. Dalam upaya memecahkan masalah ini, baik pemerintah federal maupun pemerintah negara bagian berupaya menggabungkan prinsip-prinsip pelayanan terkendali dan program-programnya ke dalam sistem pelayanan kesehatan yang disponsori pemerintah. Banyak percobaan dilakukan berkenaan dengan cara terbaik memecahkan masalah ini, yakni cara yang efektif-biaya dan kualitas tinggi. Asuransi, organisasi pelayanan terkendali, perusahaan, dan konsumen semuanya memiliki andil dalam upaya pemerintah mengendalikan pelayanan kesehatan.

Di negara lain, peran pemerintah adalah mengatur sistem asuransi kesehatan sosial berskala nasional yang tidak berbasis pasar, yang sangat berbeda dengan sistem di Amerika yang berupaya mengendalikan biaya kesehatan berbasis pasar. Indonesia juga tidak akan mengembangkan sistem *managed care* berbasis pasar. Pemerintah Indonesia telah menetapkan pilihan sistem asuransi kesehatan sosial melalui UU SJSN yang dengan tegas akan menggunakan teknik-teknik *managed care* seperti konsep gate keeper, pembayaran kapitasi, atau pembayaran prospektif lain yang besarnya dapat bervariasi di berbagai wilayah. Sebagaimana telah terbukti di negara-negara maju dan berkembang lain di dunia, sistem berbasis asuransi sosial dengan penerapan teknik-teknik *managed care*, jauh lebih sederhana dan lebih mampu mengendalikan biaya kesehatan dibandingkan dengan sistem *managed care* berbasis pasar/komersial di Amerika sebagaimana kita pelajari di buku ini.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

<i>Adjusted Average Per Capita Cost; AAPCC</i> <i>Rata-rata biaya per-kapita yang sudah disesuaikan</i>	<i>HMO yang memenuhi syarat Federal</i>
<i>Adjusted community rate; ACR Rate</i> <i>komunitas yang sudah disesuaikan</i>	<i>Indemnity plan</i>
<i>Aid to Families with Dependent Children; AFDC</i> <i>Bantuan bagi keluarga dengan anak-anak</i>	<i>Independent Practice Association; IPA</i> <i>Kapitasi</i>
<i>Aliansi Managed Care</i>	<i>Kapitasi perspektif</i>
<i>Asuransi indemnitas tradisional</i>	<i>Kontrak risiko prabayar</i>
<i>Aturan 75/25</i>	<i>Kasus medis berbiaya besar</i>
<i>Besaran kapitasi</i>	<i>Keluar dari keanggotaan</i>
<i>Benefit yang terintegrasi</i>	<i>Kontrak risiko kapitasi total</i>
<i>Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS)</i>	<i>Kontrak biaya</i>
<i>Competitive Medical Plans; CMP</i>	<i>Kontrak risiko dengan kapitasi sebagian</i>
<i>Disabilitas sebagian</i>	<i>Kontrak risiko</i>
<i>Disabilitas total</i>	<i>Long term care</i>
<i>Dasar penentuan biaya</i>	<i>Manajemen kasus</i>
<i>Duplikasi pembayaran</i>	<i>Manajemen kasus pelayanan primer</i>
<i>Federal Employee Health Benefit Program; FEHBP</i>	<i>Managed Risk Medical Insurance Board; MRMIB</i>
<i>Fee-for-service</i>	<i>Medicaid</i>
<i>Group Health Association of America; GHAA</i>	<i>Medicare</i>
<i>Health care prepayment plan; HCPP</i>	<i>Medicare Part A</i>
<i>Health Insurance Plan of California; HIPC</i>	<i>Medicare Part B</i>
<i>Health-insuring organizations</i>	<i>Medicare SELECT</i>
<i>Health Maintenance Organization HMO Act</i>	<i>Military Health Services Systems; MHSS</i>
<i>untuk kalangan sendiri</i>	<i>Omnibus Budget Reconciliation Act; OBRA</i>
	<i>Overutilisasi</i>
	<i>Pembayaran tetap</i>

<i>Pelayanan tidak darurat</i>	<i>Prospective capitation</i>
<i>Penghapusan aturan tertentu</i>	<i>Risk adjustment</i>
<i>Pertanggungjawaban 24 jam</i>	<i>Risk contract</i>
<i>Point-of-service, POS, plan</i>	<i>Risiko keuangan</i>
<i>Polis yang terintegrasi</i>	<i>Self-insurers</i>
<i>Provider yang memenuhi syarat untuk melayani program Medicare</i>	<i>Sertifikasi pra-masuk rumah sakit</i>
<i>Preadmission certification</i>	<i>Social Security Act</i>
<i>Pra-sertifikasi</i>	<i>Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA) of 1982</i>
<i>Preferred Provider Organization; PPO</i>	<i>Telaah/ kajian pasien yang sedang dirawat</i>
<i>Penyesuaian risiko</i>	<i>Tidak bebas memilih provider</i>
<i>Pendapat ahli bedah kedua</i>	<i>Urun bayar</i>
<i>Primary care case management</i>	<i>Urun biaya</i>
<i>Program tiga pilihan</i>	<i>Utilisasi jaringan</i>
<i>Program jaminan kecelakaan kerja, Program kompensasi pekerja</i>	<i>Utilisasi rumah sakit</i>

BAB 6 KENDALI MUTU

Pendahuluan

Pelaksanaan CQI

Konsep Manajemen Mutu

Manfaat CQI

Jaminan Mutu

Trend yang Mempengaruhi Mutu

Protokol Terapi

Ringkasan

Kajian Jaminan Mutu (Pemecahan Masalah)

Istilah-Istilah Penting

*Perbaikan Mutu Berkesinambungan (CQI)/
Manajemen Mutu Total (TQM)*

PENDAHULUAN

Pengertian tentang mutu pelayanan kesehatan sangat bervariasi di antara para pihak terkait dalam proses pelayanan kesehatan. Bagi tenaga medis, pelayanan kesehatan bermutu, berarti tingkat imunitas yang tinggi atau tingkat mortalitas yang rendah. Bagi pasien, pelayanan kesehatan bermutu bisa berarti waktu tunggu yang singkat di klinik, pelayanan yang ramah, informasi yang jelas, keluhan/penyakit cepat sembuh. Bagi perusahaan, bisa berarti biaya yang rendah untuk pertanggung jawaban *benefit* dasar. Perbedaan konsep mutu pelayanan kesehatan di antara para pihak yang berkepentingan sering menimbulkan konflik yang membuat hubungan kerja menjadi tidak harmonis.

Konsep mutu dalam pelayanan kesehatan terus tumbuh dan berkembang dalam beberapa tahun terakhir sebagai akibat meningkatnya teknologi kesehatan yang berdampak terhadap peningkatan biaya kesehatan, evolusi *managed care*, kemampuan sistem informasi mengelola data, dan tumbuhnya persaingan yang signifikan di antara pembayar pelayanan kesehatan dan penyelenggara pelayanan. Secara tradisional, mutu pelayanan kesehatan diartikan sebagai penggunaan lebih banyak teknologi, melakukan lebih banyak tes, atau memberikan pelayanan yang lebih intensif, yang semua itu cenderung meningkatkan biaya tanpa memberikan manfaat yang signifikan. Definisi mutu bagi profesional kesehatan lebih kepada upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kecacatan walaupun berakibat pada kenaikan biaya pelayanan.

Keinginan konsumen (pasien dan pembayar) untuk memperoleh pelayanan yang bermutu tinggi dengan biaya yang tidak begitu mahal menyebabkan terjadinya pergeseran fokus dari model tradisional mengenai mutu ke sistem yang lebih luas yaitu peningkatan mutu berkesinambungan. Pertumbuhan *managed care* dewasa ini telah ikut berperan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan karena *managed care* mengintegrasikan penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan. Organisasi *managed care* dapat menjalankan kendali yang lebih besar terhadap mutu pelayanan kesehatan dan menggunakan instrumen keuangan dengan memberikan insentif yang layak kepada *provider*.

Pelaksanaan kendali mutu pada *managed care* sangat penting untuk memelihara suasana persaingan dalam pasar pelayanan kesehatan. *Provider* yang bermutu akan lebih mudah memperoleh dan mempertahankan peserta dan kontrak dengan MCO, serta akan menghadapi lebih sedikit situasi yang dapat menimbulkan litigasi. Jaringan *managed care* yang bermutu tinggi dan profesional juga lebih mudah untuk melakukan rekrutmen dan mempertahankan dokter-dokter yang bermutu pada jaringan pelayanan kesehatan.

Semua pihak yang berperan harus saling terlibat dalam proses jaminan mutu. Para pemimpin di kalangan organisasi *provider* menggunakan kebijakan, sasaran dan ukuran-ukuran mutu internal untuk mempertahankan standar mutu. Pihak pembuat peraturan, sebagai pemangku kepentingan eksternal yang berperan dalam *managed care*, mulai menggunakan ukuran mutu untuk memantau *provider* dalam upaya memelihara standar umum. Para pembayar pelayanan kesehatan, dapat berperan sebagai audit internal dan eksternal (pasien, perusahaan, pemerintah) menggunakan ukuran-ukuran mutu untuk membandingkan mutu dan biaya pelayanan antara satu *provider* dengan *provider* yang lain.

Bab ini membahas perkembangan manajemen mutu dalam *managed care*, dari metode yang tradisional ke metode yang lebih baru, dan alat untuk meningkatkan mutu yang berkesinambungan.

KONSEP MANAJEMEN MUTU

Pemahaman konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan membutuhkan pengertian atas beberapa konsep dan istilah penting tentang mutu. Istilah-istilah penting yang akan digunakan dan dijelaskan dalam bab ini tercantum di bawah ini.

- **Pelanggan** atau **Konsumen** adalah Para pemakai jasa kesehatan, misalnya pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan; pemberi pelayanan kesehatan; pembayar pelayanan kesehatan, seperti individu, perusahaan; pemerintah
- **Mutu**; artinya Memenuhi atau bahkan melebihi harapan konsumen.
- **Jaminan Mutu (*Quality assurance, QA*)**. adalah Seperangkat kegiatan yang mengukur karakteristik pelayanan kesehatan dan termasuk upaya perbaikannya
- **Peningkatan Mutu (*Quality improvement, QI*)**; adalah Konsep jaminan mutu dengan menggunakan pendekatan proaktif dan prospektif yang secara internal diarahkan dan difokuskan pada semua individu dan kegiatan yang dilaksanakan organisasi. Peningkatan mutu berbeda dari jaminan mutu, karena berusaha memperbaiki proses ketimbang hanya memecahkan masalah.
- **Proses** adalah kumpulan kegiatan yang saling terkait atau berinteraksi yang mengubah masukan menjadi keluaran atau produk. Proses dalam organisasi biasanya direncanakan dan dilaksanakan dalam kondisi terkendali untuk menambah nilai.

- **Peningkatan Mutu Berkesinambungan (*Continuous Quality Improvement, CQI*) dan Manajemen Mutu Total (*Total Quality Management, TQM*)** merupakan Dua istilah yang sering digunakan saling bergantian yang menguraikan suatu proses berkesinambungan dalam meningkatkan total mutu dalam organisasi pelayanan kesehatan. Konsep ini berfokus pada konsumen dan bersifat proaktif. CQI berupaya mencegah timbulnya masalah berarti berusaha menemukan penyebab terjadinya masalah kemudian memecahkan persoalannya dan meluruskan prosesnya.
- **Produk** atau **Keluaran** adalah hasil dari suatu proses. Ada empat kategori produk generik yaitu: 1) Jasa (misalnya pelayanan rawat jalan); 2) Perangkat lunak (misalnya: formularium obat, program sistem informasi rumah sakit); 3) Perangkat keras (misalnya: alat Rontgen, CT scan dll); 4) Bahan yang diproses (misalnya: spesimen darah dan jaringan)
- **Ukuran Keluaran;** adalah Suatu alat yang digunakan untuk menilai kinerja sistem pelayanan kesehatan yang mengukur keluaran intervensi tertentu (misalnya: tingkat kematian karena prosedur tertentu, lama hari rawat untuk penyembuhan, dsb.)
- **Manajemen Keluaran.** Dengan menggunakan ukuran keluaran, manajemen keluaran berupaya untuk mengendalikan dan meningkatkan mutu pelayanan serta mutu keluaran medis melalui proses yang berkesinambungan.
- **Indikator Klinik;** adalah Suatu unsur yang dapat diukur dalam proses atau keluaran pelayanan yang nilainya menunjukkan satu atau lebih dimensi mutu pelayanan dan secara teoritis dapat diubah oleh *provider*.
- **Pedoman Praktis;** adalah Rekomendasi spesifik dan secara profesional disepakati bagi praktek kedokteran untuk digunakan dalam atau di antara organisasi pelayanan kesehatan dalam upaya membuat standar praktis untuk mencapai keluaran mutu yang konsisten. Pedoman praktis dapat disempurnakan didorong oleh indikator klinik spesifik.
- **Standar Praktis.** Sama dengan pedoman praktis, tetapi lebih ketat dan perlu diambil tindakan-tindakan khusus.

JAMINAN MUTU

Provider menggunakan banyak proses dan program untuk mencapai pelayanan yang bermutu lebih tinggi. Beberapa diantaranya sudah disebutkan dalam bab-bab sebelumnya karena berkaitan dengan kontrol *provider* yang berdampak tidak hanya terhadap biaya tetapi juga terhadap mutu pelayanan kesehatan. Jaminan mutu menggunakan metode untuk mengendalikan mutu seperti yang tercantum berikut ini.

KENDALI KEUANGAN UNTUK MUTU

Selama bertahun-tahun, pihak asuransi dan *provider* menggunakan sejumlah insentif keuangan untuk meningkatkan mutu dan mengendalikan biaya. Yang paling khas adalah sebagai berikut.

Privileges Rumah Sakit

Privileges rumah sakit berarti dokter dapat memberikan pelayanan rawat inap kepada pasiennya di Rumah Sakit. Seorang dokter tanpa privileges rumah sakit tidak akan dapat mengobati pasien di Rumah Sakit atau tidak akan dapat memperoleh penggantian biaya atas pelayanan yang diberikan. Ancaman akan adanya pengurangan, modifikasi, atau penundaan pemberian privileges rumah sakit oleh rumah sakit, membuat dokter harus dapat menerima parameter praktik yang berlaku di rumah sakit tersebut. Dokter yang tidak diperkenankan memberikan pelayanan kepada pasiennya yang dirawat di rumah sakit berakibat terjadi pengurangan pada penghasilannya. Alasan pengurangan atau pembatalan oleh rumah sakit tersebut termasuk perbuatan malapraktek atau pelayanan berlebihan, atau gagal melaksanakan standar yang sudah ditentukan.

Menahan Sebagian Pembayaran

Adanya ketentuan mengenai “menahan sebagian pembayaran” memberikan kesempatan kepada MCO menilai efisiensi praktik dan pola utilisasi pelayanan berkaitan dengan pemberian imbalan untuk *provider* yang mempraktekkan pelayanan bermutu tinggi dan efisien. Sebagian pembayaran yang ditahan akan diberikan apabila *provider* melaksanakan pelayanan kesehatan yang efisien dan bermutu tinggi. Biasanya, jika *provider* telah melaksanakan praktek yang efisien dan bermutu sesuai harapan, maka pembayaran yang ditahan itu akan dibayarkan pada akhir tahun.

Penolakan Pembayaran

Jika pelayanan dianggap tidak tepat, tidak perlu, atau bermutu buruk, maka pembayaran dapat ditolak. Asuransi atau pembayar tidak akan membayar pelayanan yang tidak memenuhi standar *benefit*.

PENILAIAN KLINIK DAN UTILISASI

Proses penilaian utilisasi adalah memeriksa mutu pelayanan berikut biayanya. Komponen-komponen spesifik yang dinilai meliputi:

- Penilaian pra admisi rumah sakit atau skrining terhadap pelayanan rumah sakit yang bukan darurat dan pelayanan bedah;
- Pra sertifikasi atau otorisasi skrining bagi rujukan medis atau pemeriksaan penunjang pasien rawat jalan;

- Review retrospektif atau skrining untuk menentukan pola-pola utilisasi pelayanan berkaitan dengan diagnosis;
- Review sejawat dan audit kasus dengan melaksanakan pemeriksaan utilisasi retrospektif, rekaman kasus atau catatan medis;
- Review yang ketat atas rekam medis untuk menghindarkan adanya hasil klinik yang buruk.
- Penilaian konkuren utilisasi pelayanan selama masa perawatan di rumah sakit.

Penilaian utilisasi pelayanan kesehatan adalah komponen penting dari kontrol mutu dalam organisasi *managed care*. Organisasi *managed care* mengukur penggunaan pelayanan yang disesuaikan dengan seperangkat kriteria untuk menentukan ketepatan dan efektivitas pelayanan kesehatan.

PROSES KREDENSIALISASI

Proses kredensialisasi adalah metode penilaian kinerja *provider* sebelumnya, meliputi: riwayat pekerjaan, riwayat malapraktek, pendidikan, pelatihan, riwayat dan pola praktek, dan sertifikasi Konsil Kedokteran untuk menentukan apakah seseorang memenuhi syarat kriteria yang ditetapkan MCO.

Proses kredensialisasi memberikan fokus obyektif praktis bagi Jaminan Mutu. Data yang dikumpulkan untuk proses kredensialisasi itu digunakan untuk menentukan apakah suatu *provider* memenuhi atau tidak memenuhi kriteria sebagai kandidat dalam jaringan pelayanan. Proses kredensialisasi yang menyeluruh meliputi hal-hal berikut:

- Dibangunnya standar dan kriteria oleh MCO yang digunakan untuk mendefinisikan tujuan kredensialisasi.
- Verifikasi pendidikan profesional, pengujian Konsil Kedokteran, dan riwayat kerjanya;
- Analisis pola praktek, termasuk pola penggunaan penunjang diagnostik dan rujukan;
- Pengujian tempat praktek
- Hasil survei mengenai kepuasan pasien terhadap pelayanan, jika tersedia.

Pelaksanaan sebagian besar atau seluruh kegiatan penilaian dalam proses kredensialisasi dan seleksi ini akan membantu mengembangkan dan memelihara mutu *provider* dalam jaringan *managed care*. Membangun dan mempertahankan proses kredensialisasi yang baik akan membantu:

- Mengurangi risiko MCO akan kemungkinan menerima *provider* yang tidak bermutu atau tidak memenuhi standar;

- Meningkatkan kemampuan daya jual MCO dengan cara menaikkan reputasi organisasi melalui ukuran standarnya yang tinggi;
- Konfirmasi standar mutu dari organisasi akreditasi luar (pihak lain) untuk verifikasi kredensial (akreditasi oleh organisasi luar demi persaingan yang sehat dan, untuk kasus-kasus tertentu, penggantian biaya pelayanan);
- Memelihara ketaatan terhadap ketentuan negara bahwa MCO harus melaksanakan kredensialisasi.

Proses kredensialisasi menyeluruh meliputi kredensialisasi awal dari *provider*, dan kredensialisasi ulang, biasanya dilakukan setiap dua tahun. Proses kredensialisasi dapat mencakup pemantauan yang tengah berjalan agar MCO selalu teliti untuk mendorong *provider* juga taat terhadap syarat kredensial itu.

PROTOKOL TERAPI

Pengembangan protokol terapi adalah cara lain meningkatkan mutu *provider*. Protokol terapi dikembangkan untuk bidang-bidang klinik medis di mana pendekatan diagnostik atau terapi didefinisikan dengan baik. Penilaian teknologi dan kajian mutu digunakan untuk membangun protokol terapi bagi penyakit tertentu. Proses mutu ini dapat dikembangkan dalam suatu organisasi *provider* atau MCO atau dapat terjadi di luar organisasi (misalnya, oleh pembayar, melalui saluran hukum, atau oleh organisasi jaringan yang lain atau kelompok *provider*).

PENGEMBANGAN PEDOMAN PRAKTIS

Organisasi yang mempunyai peran besar dalam sistem pembiayaan dan penyelenggaraan kesehatan pada dasarnya memiliki kepentingan besar dalam pengembangan pedoman praktis. Jadi, kepentingan dokter, rumah sakit, asuransi, organisasi dokter spesialis, badan-badan pemerintah, dan organisasi swasta dalam pengembangan pedoman praktis tidaklah mengherankan. Asosiasi Kedokteran Amerika (AMA) menggalakkan pengembangan parameter praktis. Direktori parameter praktis yang dikeluarkan AMA berisikan 1.600 daftar pedoman dengan rentang dari diagnosis prenatal hingga keputusan menjelang akhir hayat. Direktori juga mencakup 70 organisasi dokter tingkat nasional dan beberapa kelompok lainnya.

Di Indonesia pedoman praktis disusun dan dikembangkan oleh organisasi dokter spesialis, sesuai bidangnya masing-masing.

Salah satu upaya pengembangan pedoman yang paling penting dimulai tahun 1989 dengan dibentuknya Badan untuk Penelitian dan Kebijakan Pelayanan Kesehatan (AHCPR) oleh Departemen Kesehatan dan Pelayanan Masyarakat AS. Di antara banyak tanggung jawabnya, AHCPR menggunakan panel-panel ahli untuk mengembangkan pedoman bagi praktek klinik.

Pedoman yang diterbitkan oleh AHCPR hingga 1994 mencakup manajemen untuk kasus-kasus:

- Nyeri Akut

- Tukak lambung akibat stres pada orang dewasa
- Gangguan buang air kecil pada orang dewasa
- Katarak pada orang dewasa;
- Depresi dalam Pelayanan Primer:
- Penyakit Sickle-Cell Anemia: Skrining, Diagnosis, Manajemen, dan Konseling pada Anak dan Bayi Baru Lahir
- Infeksi HIV Dini
- Hiperplasia Prostat Jinak
- Rasa Sakit Penderita Kanker
- Angina yang Tidak Stabil
- Gagal Jantung: Evaluasi dan Perawatan Pasien dengan Disfungsi Sistolik Ventrikel Kiri
- Otitis Media pada Anak-anak
- Nyeri Punggung Bawah Akut pada Orang Dewasa
- Penatalaksanaan Mamografi
- Awal Penyakit Alzheimer
- Gangguan ansietas dan panik primer
- Pencegahan dan Upaya Meninggalkan Kebiasaan Merokok
- Rehabilitasi Pasca Stroke
- Rehabilitasi Penyakit Jantung
- Skrining Kanker Kolorektal

Tujuan dibuatnya pedoman adalah untuk mencapai efektivitas biaya; namun demikian ternyata penghematan tidak selalu tercapai pada penggunaannya. Sebagian pedoman (misalnya yang diterbitkan oleh AHCPR untuk mengembangkan terapi yang sesuai bagi anemia sickle-cell) dalam kenyataan dapat meningkatkan biaya.

Pedoman dapat memainkan peranan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan, yakni dengan menentukan standar-standar praktis. Namun, tidak semua situasi klinik dapat dikendalikan secara ketat agar mengikuti pedoman tersebut. Sebagai contoh, penggunaan secara berlebihan X-Rays dan elektrokardiogram terjadi tidak karena kurangnya pedoman,

melainkan karena khawatir tuntutan hukum. Oleh sebab itu, lingkungan praktik yang bermutu membutuhkan lebih dari sekedar mengembangkan pedoman praktis saja.

KAJIAN JAMINAN MUTU

Banyak kegiatan jaminan mutu sejalan dengan langkah-langkah manajemen klinik seorang pasien. Pendekatan ini berfokus pada penggunaan proses pemecahan masalah untuk mencapai jaminan mutu yang tinggi melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang lebih efektif. Proses jaminan mutu klinik mencakup beberapa langkah.

PENENTUAN PRIORITAS

Langkah pertama dalam kajian jaminan mutu adalah memilih indikator mutu yang tepat. Di antara yang patut dipertimbangkan adalah tipe-tipe permasalahan yang terkait, indikator penting, praktik efektivitas dan efisiensi yang sedang berlangsung, kelayakan dan biaya untuk melakukan perbaikan tersebut.

PENILAIAN AWAL

Tahap penilaian awal dalam melaksanakan kajian mutu berpusat pada identifikasi masalah. Ada beberapa metode yang dapat digunakan untuk mendapatkan bukti mutu kinerja klinik. Diantaranya yang paling lazim adalah:

- Audit medis;
- Mempelajari peta atau diagram;
- Pemantauan indikator; dan
- Uji hipotesa.

Semua metode di atas bersifat retrospektif dan memungkinkan pengkajian tindakan-tindakan sebelumnya dan keluaran tindakan medis selanjutnya digunakan untuk menilai mutu.

Satu alat yang digunakan untuk melakukan penilaian awal adalah standar kinerja yang diterima. Standar kinerja yang diterima harus ditentukan; bila tidak, sukar menilai kebutuhan akan perbaikan atau keberhasilan seperti apa yang dianggap memenuhi standar. Seringkali, standar klinik digunakan untuk menentukan kriteria ini. Kriteria (*benchmark*) adalah perbandingan antara keluaran yang diharapkan dengan kenyataan praktik/di lapangan. Sebagai contoh, kasus infeksi pasca operasi *bypass* jantung, kriteria ditetapkan pada angka 5% batas atas tingkat infeksi yang dapat diberikan toleransi. Di atas 5% dianggap kurang dari standar kinerja yang dapat diterima.

Satu tugas penting dalam penilaian awal ini adalah menentukan peranan dan tanggung jawab dalam proses jaminan mutu itu. Seringkali, komite jaminan mutu ditunjuk oleh orang-orang yang mengambil keputusan atas dasar kerangka waktu yang spesifik. Komite ini mengasumsikan tanggung jawab utama adalah untuk tindakan korektif dan dengan atau tanpa keterlibatan pihak lain dalam organisasi.

PERENCANAAN

Penilaian awal merupakan proses perencanaan yang menentukan tindakan apa saja yang disarankan untuk dilakukan oleh komite jaminan mutu. Ketetapan diambil dengan mempertimbangkan apakah masalah atau kekurangan mutu pelayanan merupakan akibat teknik penilaian yang buruk atau pelaksanaan rencana yang kurang baik.

MEMILIH ALTERNATIF

Tahap selanjutnya dari proses pemecahan masalah adalah seleksi alternatif. Pada titik ini, alternatif yang diidentifikasi kemudian di seleksi sehingga ditetapkan satu pendekatan terbaik berdasarkan pada kelayakan, biaya, dan kepraktisannya.

PELAKSANAAN DAN EVALUASI

Pada waktu yang tepat, tindakan diambil untuk memecahkan masalah. Keluaran diukur dan dievaluasi untuk menentukan apakah keluaran yang diharapkan tercapai. Pemantauan dilakukan untuk menentukan apakah terjadi penyimpangan keluaran dari standar. Selanjutnya, tindakan koreksi dapat dilakukan jika diperlukan.

Kegiatan jaminan mutu dapat memperbaiki kinerja dengan mengidentifikasi apa dan siapa saja yang terlibat dalam “kesalahan” atau dimana lokasi masalah tersebut. Karena proses pemecahan masalah pada jaminan mutu tradisional tidak berorientasi pada sistem, maka perubahan yang terjadi per unsur dan hanya berkaitan dengan situasi klinik yang spesifik saja.

PERBAIKAN MUTU BERKESINAMBUNGAN (CQI)/MANAJEMEN MUTU TOTAL (TQM)

CQI atau TQM menjadi metode yang semakin penting dalam mencapai dan memelihara mutu *managed care*, karena *managed care* mengintegrasikan pembiayaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara sistematis dan fokus kepada konsumen. CQI menjadi metode kunci dalam mencapai tujuan ini.

CQI mengandung unsur-unsur jaminan mutu dan pemecahan masalah sebagaimana dikemukakan di atas dan meluas ke seluruh prinsip. Keinginan untuk meningkatkan mutu adalah hasil kerja W. Edward Deming, yang menggunakan konsep ini untuk membantu membangun kembali kemampuan industri Jepang sesudah Perang Dunia II. Pendekatan Deming terletak pada beberapa prinsip penting sebagaimana tercantum di bawah ini.

- Melembagakan peningkatan mutu, harus ada komitmen terhadap proses dari manajemen puncak.
- Organisasi harus fokus pada konsumen, dan konsumen harus didefinisikan secara luas.
- Harus dikembangkan tujuan organisasi yang berorientasi pada mutu, dan konsisten yang berlandaskan pada identifikasi kebutuhan konsumen yang aktual dan potensial.
- Umpan balik dari proses yang tengah berlangsung dan kepuasan konsumen harus digunakan untuk mencapai tingkat mutu yang diharapkan, bukan inspeksi (inspeksi terlalu terlambat dan tak dapat dipercaya).
- Sistem peningkatan mutu yang konstan harus dikembangkan yang pada gilirannya secara konstan pula menurunkan biaya.
- Pelatihan kerja berkesinambungan harus dilembagakan, dan ditegaskan bahwa semua staf dapat melaksanakan tugas mereka sedapat mungkin pada tingkat mutu yang tertinggi.
- Proses pendidikan yang berkesinambungan untuk meningkatkan mutu kerja agar dapat terus dikembangkan.
- Persaingan antara bagian-bagian suatu organisasi harus dihapuskan, sedangkan kerja sama serta “kepemilikan” tujuan bersama harus dikembangkan.

RANTAI DEMING

Filosofi Deming mengenai mutu adalah “reaksi rantai” interaktif dengan unsur-unsur berikut:

- Meningkatkan mutu
- Meningkatkan produktifitas
- Menurunkan biaya
- Meningkatkan pangsa pasar
- Tetap dalam bisnis
- Menyediakan pekerjaan
- Kembali berinvestasi



Gambar 6.1. Deming Chain
Diambil dari www.shmula.com

Reaksi rantai ini membangun teori sistem yang didasarkan pada keterkaitan hubungan semua bagian dari suatu organisasi. Tidak seperti pendekatan jaminan mutu, orientasi CQI adalah sistem yang luas dan secara berkesinambungan terus berlangsung.

PERBEDAAN ANTARA QA DAN CQI

Perbedaan antara QA dan CQI diperlihatkan pada Gambar 6.2

Jaminan Mutu (QA)	Perbaikan Mutu Berkesinambungan (CQI)
Tujuan Pencapaian	Tujuan pemenuhan kebutuhan konsumen
Konsumen adalah profesional dan organisasi penilai	Konsumen adalah pasien, pembayar, profesional, dan organisasi penilai
Secara umum berorientasi retrospektif dan pemecahan masalah	Secara umum berorientasi prospektif, berorientasi proses
Batas ukuran Indikator mutu bersifat statis	Batas ukuran indikator mutu bersifat dinamis, perbaikan berkesinambungan
Hanya beberapa staf klinik yang ditunjuk dan secara spesifik terlibat dalam proses	Semua staf terlibat

Gambar 6.2. Perbandingan antara Jaminan Mutu (QA) dan Perbaikan Mutu Berkesinambungan (CQI).

METODE DAN ALAT CQI

Dalam proses CQI, ada perbedaan di antara karyawan dalam menggunakan metode dan alat untuk menguji kegiatan masukan, proses, dan keluaran. Banyak di antara metodologi tersebut

bersifat prospektif. Selanjutnya, banyak teknik yang digunakan untuk memantau indikator jaminan mutu (yang mengukur mutu unsur-unsur proses atau keluaran).

Berikut adalah metode-metode CQI yang paling umum digunakan.

Brainstorming (Brainstorming)

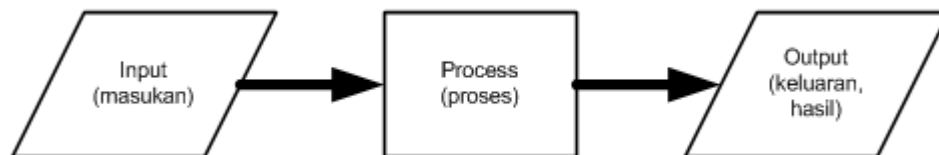
Brainstorming adalah metode diskusi kelompok dan tim untuk mengeluarkan sejumlah gagasan tentang masalah, kemungkinan penyebab, solusi dan hambatan dalam memecahkan masalah.

Analisis Afinitas

Alat pemecahan masalah ini menggunakan konsep brainstorming sebagai metode untuk menghasilkan gagasan. Kemudian gagasan yang dihasilkan melalui brainstorming diproses ke dalam kelompok terkait (afinitas) atau kelompok-kelompok yang berhubungan untuk dibahas lebih lanjut. Metode ini membantu menjangkar banyak gagasan atau informasi yang dikembangkan melalui brainstorming dan mengategorikannya.

Model Sistem

Teknik ini digunakan untuk menilai bagaimana berbagai komponen bekerja sama (yang disebut sebagai sistem) untuk menghasilkan keluaran. Cara yang paling lazim untuk menerapkan model sistem adalah membuat diagram sebuah model masukan, proses, dan keluaran kegiatan pelayanan kesehatan.



Gambar 6.3. Model Sistem (Input-Process-Output)

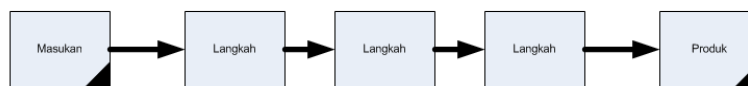
- Masukan adalah sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan suatu kegiatan atau proses seperti tenaga kerja ahli, obat-obatan, dan suplai.
- Proses adalah kegiatan dan tugas yang mengubah masukan menjadi produk atau jasa seperti melaksanakan pemeriksaan fisik, melakukan prosedur bedah, prosedur penjadwalan pasien, atau mencatat riwayat medis.
- Produk adalah hasil proses dan dapat bersifat langsung atau tidak langsung -- suatu contoh keluaran langsung adalah membaiknya fungsi sendi sesudah dilaksanakannya operasi persendian tulang. Contoh hasil tidak langsung adalah rasa puas pasien karena waktu tunggu di klinik yang tak lama.

Ketika kita mengidentifikasi suatu proses pokok atau sistem yang akan dijadikan model, yang menjadi perhatian khusus kita adalah menentukan dampak proses tersebut. Mengkaji dampak adalah pertimbangan penting dalam membangun model (misalnya, pengurangan secara signifikan dalam hal biaya atau waktu tunggu hingga 50% untuk semua pasien). Perbaikan mutu terbaik dilaksanakan jika model sistem didasarkan pada unsur penting dan berdampak besar terhadap mutu. Ketika mengembangkan proses model, lebih baik jika kita bekerja dengan arah terbalik, mulai dari dampak terus ke unsur sebelumnya secara berurutan kemudian dilakukan analisis.

Diagram Alur

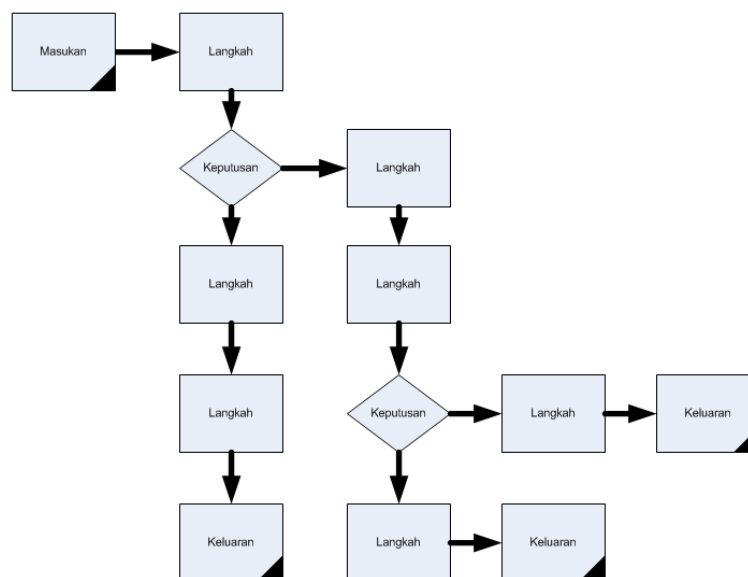
Diagram alur adalah presentasi grafik yang menggambarkan bagaimana proses bekerja; seringkali dengan menunjukkan rangkaian langkah. Diagram alur membantu kita menyajikan proses yang sedang berlangsung, daerah yang perlu perbaikan atau peningkatan efisiensi, dan unsur-unsur penting dari proses, seperti daerah-daerah penting untuk memantau atau mengumpulkan data. Selain itu, diagram alur dapat digunakan untuk mengidentifikasi anggota tim yang tepat, menentukan siapa memberi masukan atau sumber daya, dan memungkinkan pengembangan hipotesis tentang penyebab-penyebab masalah.

Ada beberapa macam diagram alur. Setiap unsur penting mengidentifikasi proses menghasilkan produk. Setiap diagram mencakup masukan, tahap-tahap, dan produk



Gambar 6.4. Diagram Alur.

Ada diagram alur yang lebih rinci, tetapi mengandung unsur-unsur yang sama sebagai rancangan diagram alur sederhana sebagaimana diuraikan di atas. Sebagai contoh:



Gambar 6.5. Contoh Diagram Alur.

Tipe diagram alur ini berguna untuk mengkaji daerah-daerah proses secara rinci dan untuk mencari daerah-daerah permasalahan atau ketidak-efisienan.

Tanpa mempersoalkan tipe diagram alur, beberapa langkah yang biasa digunakan untuk merancang diagram yaitu:

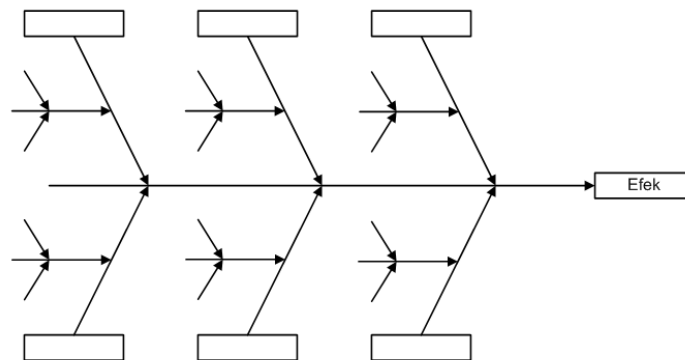
- Mendefinisikan tujuan diagram dan format yang paling tepat.
- Menentukan awal dan akhir proses yang akan dibuatkan diagramnya
- Bagaimana kita mengetahui bahwa proses selesai; Apa keluaran akhirnya
- Mengidentifikasi unsur-unsur diagram alur (Siapa yang memberi masukan untuk langkah tertentu; Siapa yang menggunakannya; Apa keputusan yang diambil; Apa keluaran dari suatu langkah)
- Mencerminkan apa yang sesungguhnya terjadi dalam suatu proses, bukan ideal.
- Memusatkan diagram untuk masalah yang akan diidentifikasi.

ANALISIS SEBAB-AKIBAT

Analisis sebab akibat, membantu tim melakukan brainstorming, digambarkan oleh dua metode grafik yang berbeda – diagram tulang ikan dan diagram pohon.

Diagram Tulang Ikan

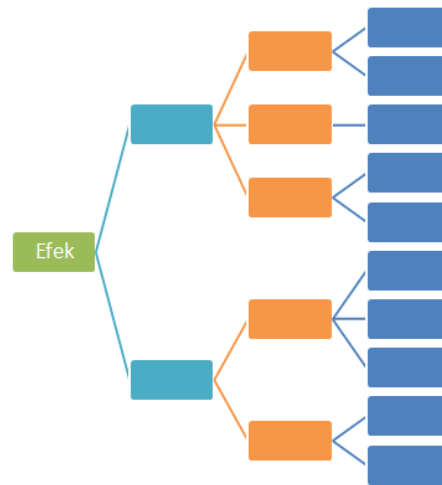
Diagram tulang ikan, disebut demikian karena bentuknya; diagram ini dikembangkan oleh Kaoru Ishikawa untuk menentukan akibat (sesuatu yang diharapkan atau tidak diharapkan) yang dihasilkan oleh suatu sistem penyebab. Dalam diagram sebab-akibat, masukan brainstorming seharusnya diberikan oleh sejumlah orang yang terlibat dalam proses. Setelah brainstorming suatu akibat (effect) ditentukan kemudian, kelompok mendiskusikannya sampai menghasilkan penyebab (atau masukan) yang hampir sempurna dan realistis yang menghasilkan akibat.



Gambar 6.6. Diagram Tulang Ikan.

Diagram Pohon

Diagram Pohon. Diagram pohon merupakan rantai penyebab yang dapat menggambarkan kelompok penyebab sesuai dengan percabangannya. Dengan demikian, setiap cabang penyebab dapat memperlihatkan hubungan antara penyebab dan akibat (efek) secara langsung atau tidak langsung. Diagram ini juga menggambarkan lapisan-lapisan penyebab dan membantu dalam menemukan akar penyebab atau penyebab permasalahan.



Gambar 6.7. Diagram Pohon.

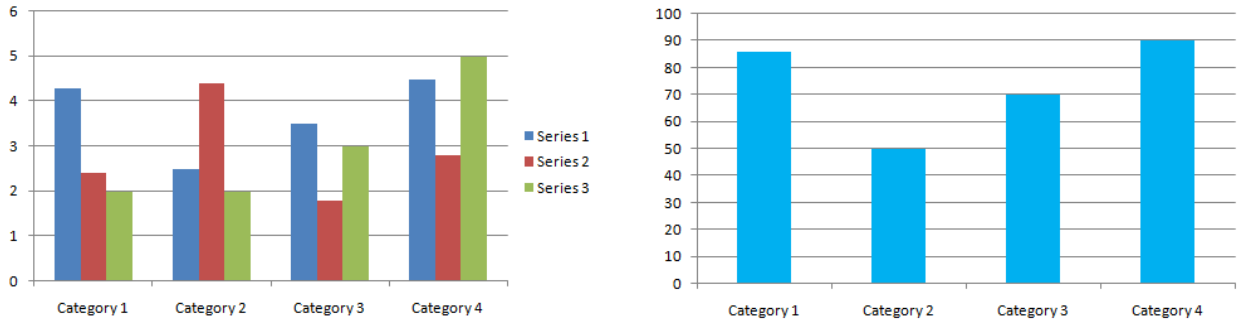
Semua diagram sebab-akibat mengandung beberapa unsur persamaan:

- mendefinisikan masalah atau hasil yang diharapkan dalam kotak akibat;
- mendefinisikan langkah-langkah pokok atau kategori-kategori masukan;
- mengidentifikasi penyebab-penyebab spesifik;
- tetap bertanya “mengapa ?” dan
- mengkaji logika rantai penyebab.

Apabila proses ini selesai, akan lebih bijak jika kita mengurangi daftar penyebab menjadi bentuk yang lebih sederhana untuk mengembangkan alat pengumpulan data untuk membuktikan teori atau sebab.

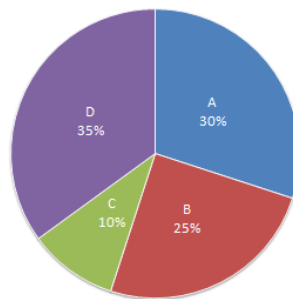
Diagram Balok dan Diagram Pie

Diagram balok dan diagram pie dapat membandingkan kelompok-kelompok yang berbeda dan menyajikan data sebagai gambar yang memungkinkan keluarannya dapat dipahami dengan jelas. Diagram balok umumnya digunakan untuk menyeleksi data menjadi kategori - kategori atau membagi data dalam setiap kategori. Contoh dari kedua tipe diagram ini adalah sebagai berikut:



Gambar 6.8. Diagram Balok.

Diagram lingkaran pie mengategorikan data dan menghitung persentase kontribusi bagi setiap unsur atau faktor yang berperan.

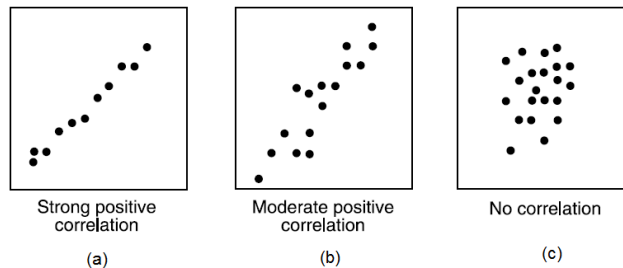


Gambar 6.9. Diagram Pie.

Diagram harus menggunakan skala dengan interval yang teratur agar tidak menyesatkan pembacanya. Jika diagram digunakan untuk membandingkan data maka perbandingan harus dibuat dengan skala yang sama.

Diagram Sebar

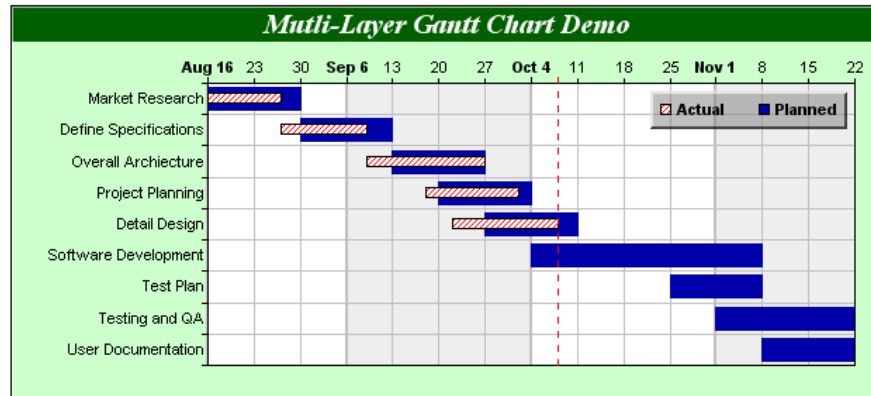
Diagram sebar memberikan gambaran hubungan antara dua variabel. Diagram ini dapat menunjukkan, meskipun tidak membuktikan, hubungan kausal, atau juga dapat memberikan indikasi bahwa tidak ada hubungan kausal. Korelasi yang kuat diperlihatkan dalam contoh (a) dan korelasi lemah diperlihatkan pada contoh (b). Contoh (c) tidak menunjukkan adanya korelasi dan memberi indikasi bahwa penyebab yang menghasilkan keluaran tertentu adalah keliru.



Gambar 6.10. Diagram Sebar.

Diagram Gantt

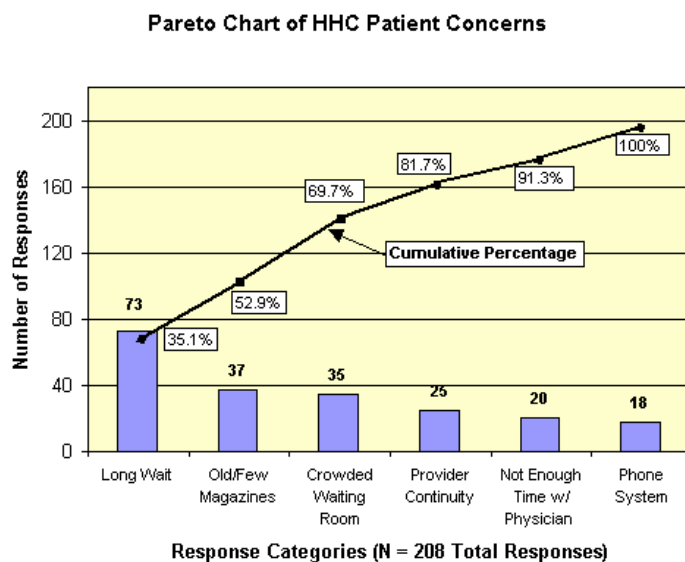
Diagram Gantt menyajikan presentasi mengenai bagaimana melaksanakan serangkaian kegiatan dalam proses peningkatan mutu. Diagram ini sangat berguna dalam proses perencanaan karena memungkinkan pengguna mengetahui tugas-tugas apa saja yang harus dilakukan dan keterkaitan antara kegiatan-kegiatan dan waktu yang diperlukan.



Gambar 6.11. Diagram Gantt
© 2012 Advanced Software Engineering Limited

Diagram Pareto

Diagram Pareto mengorganisasi dan menyajikan informasi yang dapat menunjukkan arti penting relatif berbagai masalah atau penyebab masalah. Diagram Pareto adalah bentuk khusus diagram balok vertikal yang membuat peringkat berdasarkan urutan dari yang paling tinggi ke paling rendah. Prinsip dasar diagram Pareto adalah bahwa banyak faktor mempengaruhi suatu situasi, tetapi hanya beberapa faktor yang paling memberi dampak.



Gambar 6.12. Diagram Pareto
Diambil dari The Healthcare Improvement Skills Center v. 3.0

Dengan menempatkan unsur-unsur dalam urutan pentingnya, maka mudah diketahui penyebab atau masalah yang memberikan efek terbesar terhadap hasil. Untuk memperbaiki mutu proses tertentu, diagram Pareto membantu kita untuk memusatkan kegiatan dan pikiran pada faktor-faktor yang memberi dampak terbesar dan mencegah penggunaan waktu dan upaya pada faktor-faktor yang relatif tidak penting.

Pembuatan diagram Pareto mencakup langkah-langkah berikut:

- membangun sebuah daftar masalah atau penyebab yang akan dibandingkan;
- mengembangkan suatu standar ukuran untuk membandingkan unsur-unsur (misalnya, frekuensi kejadian, jumlah sumber daya yang digunakan);
- memilih kerangka waktu untuk mengumpulkan semua data; dan
- membuat daftar semua data menurut urutan menurun agar terwujud sebuah diagram.

Benchmarking

Benchmarking adalah suatu alat untuk mengukur mutu dengan mengambil informasi dari keberhasilan pihak lain di bidang yang membutuhkan peningkatan mutu. Dalam mengembangkan solusi terhadap persoalan mutu, sangat membantu jika kita tahu benar bagaimana orang lain melakukan pendekatan terhadap situasi yang sama. Hal ini berguna juga jika kita menggunakan alat ukur mutu ini untuk mengidentifikasi bidang/daerah perbaikan dengan cara memahami tingkat mutu yang dicapai pihak lain.

Sebuah contoh *benchmarking* adalah pengembangan *rates* atau persentase keluaran mutu yang kurang dari optimal. Sebagai contoh, HMO anda memiliki waktu tunggu rata-rata (*waiting time*) untuk kunjungan konsultasi adalah 35 menit, sedangkan waktu tunggu bagi HMO lain dalam wilayah yang sama adalah 15 menit. Berarti anda harus menyesuaikan tolok ukur mutu menjadi 15 menit dan kemudian melakukan penilaian atas masukan dan langkah-langkah yang diperlukan untuk mencapai tolok ukur (*benchmark*) tersebut. Penting dicatat bahwa ketika menggunakan *benchmark*, proses yang sedang berlangsung harus dipahami dengan baik dan memang dapat diterapkan pada organisasi anda.

PELAKSANAAN CQI

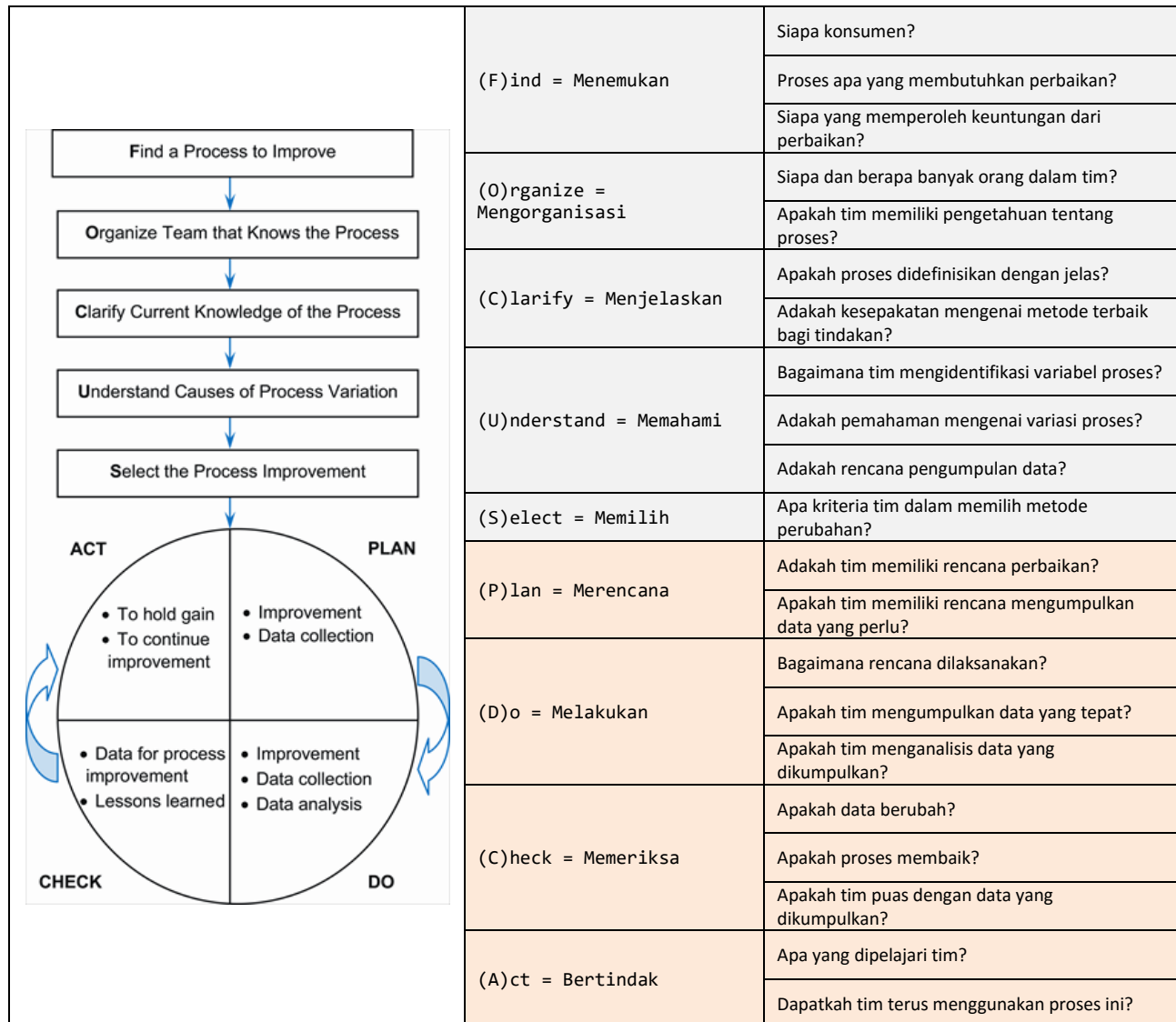
Sejumlah model digunakan untuk melaksanakan CQI. Salah satu model yang paling populer yang digunakan oleh organisasi pelayanan kesehatan adalah FOCUS-PDCA, yang dikembangkan oleh Hospital Corporation of America pada tahun 1989. Proses ini, berbeda dari kajian Jaminan Mutu/model pemecahan masalah karena berorientasi pada proses dan berkesinambungan.

Model FOCUS-PDCA untuk melaksanakan proses perubahan, berupaya untuk proses perubahan, membentuk tim yang mengetahui proses, mengidentifikasi konsumen dan hasil proses yang memenuhi kebutuhan konsumen, mengumpulkan data yang akurat, menganalisis

data, mendokumentasi proses, menghilangkan variasi yang tidak sesuai, dan mendokumentasi perbaikan yang berkesinambungan.

FOCUS-PDCA adalah proses yang secara berkesinambungan mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang penting bagi organisasi pelayanan kesehatan. Secara khusus pertanyaan-pertanyaan tersebut meliputi:

- Apa yang kita upayakan untuk mencapai tujuan
- Bagaimana kita tahu bahwa perubahan adalah perbaikan
- Perubahan apa saja yang kita lakukan sehingga dapat kita perkirakan akan memperbaiki
- Bagaimana kita seharusnya merencanakan tes pendahuluan



Gambar 6.13. FOCUS PDCA.

- Apa yang kita pelajari ketika kita melaksanakan tes pendahuluan itu
- Apa yang kita peroleh ketika kita mengecek dan mempelajari
- Apa saja yang dikerjakan ketika kita menahan hasil atau meninggalkan tes pendahuluan

Bagian PDCA dari model suatu proses kontinu yang mengakibatkan penggunaan data secara ekstensif.

MANFAAT CQI

CQI adalah metode yang tidak mudah digunakan. Dibutuhkan komitmen dan kerja keras untuk mengembangkan perbaikan proses pada program yang sedang berjalan. Namun, ada sejumlah manfaat bagi MCO dalam rangka implementasi CQI.

KEPUASAN KONSUMEN

Proses CQI fokus pada konsumen. Sebagaimana diuraikan terdahulu, konsumen didefinisikan sangat luas dalam *managed care*. Konsumen bisa jaringan *provider*, pasien, peserta, kontraktor, pembayar, perusahaan, dan komunitas. CQI menuntut agar semua konsumen dapat diidentifikasi dan kebutuhan mereka dinilai. Selain itu, survei kepuasan peserta dan diskusi kelompok terfokus digunakan untuk menentukan apakah hasil atau produk proses CQI sebenarnya memenuhi kebutuhan yang ditentukan.

PENINGKATAN MUTU PROFESIONAL

Implementasi CQI dapat menjadi sumber konflik bagi dokter yang berpraktek secara tradisional dan otonom. CQI menempatkan tanggung jawab keluaran pada seluruh proses dalam sistem, dari pada satu individu. Dalam *managed care*, profesional klinis harus memiliki akuntabilitas baik yang berkesinambungan untuk keluaran maupun kinerja proses. Oleh sebab itu, proses CQI ideal untuk praktik yang berkesinambungan perbaikan mutu klinik.

PERBAIKAN PRODUKTIVITAS

Fokus pada pemantauan berkelanjutan dan perbaikan proses dalam CQI bertujuan meningkatkan mutu keluaran. Reaksi rantai Deming menunjukkan bahwa meningkatnya mutu juga menurunkan biaya. Melalui analisis membuat masukan sistem lebih efektif, menghasilkan mutu keluaran membaik. Dengan menggunakan sebuah contoh, melalui proses CQI dikembangkan suatu cara yang lebih efisien dalam menjadwalkan penggunaan MRI. Proses ini menghasilkan lebih banyak pasien dapat diperiksa per hari dengan jumlah operator MRI yang sama. Hasil yang efisien dengan mutu lebih tinggi akan menghasilkan penurunan biaya secara keseluruhan.

TREND YANG MEMPENGARUHI MUTU

Banyak aspek dari perencanaan dan pelayanan kesehatan berpengaruh kepada mutu pelayanan. Ada sejumlah faktor yang dipercaya akan dapat membawa mutu pelayanan meningkat bila faktor-faktor tersebut dikelola dengan baik. Dengan kata lain, jika faktor-faktor tersebut bekerja dapat dipastikan mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan. Berikut adalah daftar faktor-faktor, (bukan peringkat), yang potensial dapat meningkatkan mutu pelayanan yaitu:

- Orientasi konsumen (*Consumer orientation*)
- Pendidikan konsumen/Melek Kesehatan (*Consumer education/Health literacy*)
- Pendidikan dan pelatihan profesional
- Belajar berkelanjutan (*Lifelong learning*)
- Peran internet
- Teknologi Informasi
- Akses pelayanan kesehatan

ORIENTASI KONSUMEN (CONSUMER ORIENTATION)

Orientasi konsumen merupakan faktor yang sangat penting dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Para ahli kesehatan terus menerus menekankan pentingnya pemberdayaan konsumen sebagai manager dari kesehatan mereka sendiri. Kecenderungannya semakin banyak konsumen yang mempunyai pengetahuan yang cukup dan asertif untuk mendapatkan informasi pelayanan kesehatan yang mereka terima. Pendekatan orientasi konsumen paling efektif melalui advokasi kepada anggota legislatif dan eksekutif untuk mengembangkan undang-undang, peraturan dan kebijakan yang memberi perlindungan serta pemberdayaan konsumen. Di Indonesia, sebagai contoh adalah Undang-undang RI No. 8 tahun 1999 tentang perlindungan konsumen dan Undang-Undang Praktik Kedokteran RI No. tahun 2004.

PENDIDIKAN KONSUMEN/MELEK KESEHATAN (CONSUMER EDUCATION/HEALTH LITERACY)

Program layanan pendidikan konsumen adalah kebutuhan penting pada semua tingkat baik lokal sampai nasional, dari pusat kesehatan masyarakat yang kecil sampai dengan rumah sakit unggulan rujukan nasional. Organisasi *managed care* membuat program pendidikan yang efektif sehingga kemajuan orientasi perspektif konsumen menjadi solid. Pendidikan konsumen potensial sebagai pendorong peningkatan mutu adalah strategi yang baik dan akan berhasil. Target penting dari program pendidikan konsumen adalah peningkatan usaha pencegahan primer dan sekunder pada kelompok masyarakat miskin.

PENDIDIKAN DAN PELATIHAN PROFESIONAL

Suatu cara paling efektif untuk pengembangan mutu pelayanan adalah meningkatkan pelatihan pada profesi kesehatan. Masalahnya, program pendidikan dan pelatihan dikendalikan dengan ketat oleh organisasi profesi dan para akademisi. Program pendidikan profesi kesehatan punya karakteristik sulit berubah; walaupun sebenarnya tantangan dan usulan kelompok ahli menuntut perubahan pada program pendidikan terutama pendidikan dokter baik umum maupun spesialis. Pengetahuan, teknologi dan pendekatan baru perlu waktu yang cukup lama untuk dapat diterima dan dilaksanakan pada pendidikan profesi kesehatan. Dengan demikian, peningkatan mutu pendidikan profesi kesehatan tidak mudah diimplementasikan.

Suatu hal yang menggembirakan adalah pada beberapa fakultas kedokteran di Indonesia, sudah dilaksanakan kurikulum pendidikan kedokteran berbasis kompetensi yang diyakini dapat meningkatkan mutu lulusan. Bila kebijakan pendidikan kedokteran ini dapat dilaksanakan pada seluruh institusi pendidikan kesehatan (kedokteran, kedokteran gigi, farmasi, keperawatan dan kesehatan masyarakat) maka dapat diharapkan mutu layanan kesehatan akan semakin meningkat.

BELAJAR BERKELANJUTAN (LIFELONG LEARNING)

Belajar berkelanjutan tentunya sangat berhubungan erat dengan pendidikan dan pelatihan profesi kesehatan, tetapi ini merupakan tanggung jawab individual praktisi. Kegiatan belajar berkelanjutan biasanya didukung oleh program pelatihan yang dilaksanakan oleh perguruan tinggi, organisasi asosiasi profesi dan lembaga pelatihan lainnya. Institusi penyelenggara pelatihan biasanya menawarkan variasi pelatihan sesuai kebutuhan. Ada pelatihan singkat untuk penyegaran pengetahuan ada juga pelatihan yang cukup lama 1-3 bulan yang bukan saja memberikan pengetahuan tetapi juga keterampilan baru.

Managed care sangat mendukung kegiatan ini dengan memberikan fasilitas yang mudah diakses oleh praktisi untuk mendapatkan bermacam informasi seperti: on line rujukan pustaka, National Guideline Clearinghouse dan surat elektronik. Belajar berkelanjutan menjadi bagian dari budaya profesi kesehatan yang akan membawa mutu pelayanan semakin meningkat.

PERAN INTERNET

Internet merupakan media yang dapat mentransformasikan informasi pelayanan kesehatan sebagaimana perubahan yang terjadi pada lingkungan akademis dan lapangan lainnya. Tampaknya, internet akan terus digunakan untuk pengembangan kompetensi profesional dan pemberdayaan konsumen. Internet dapat memfasilitasi untuk mengurangi kesenjangan pengetahuan, wewenang dan komunikasi antara provider, system, dan konsumen. Internet akan merubah bagaimana pelayanan kesehatan diakses dan dievaluasi. Internet mempunyai sangat banyak Web site mutu layanan kesehatan dengan variasi isi dan user friendliness, tapi tetap sederhana. Berikut sejumlah Web site yang memberikan informasi tentang mutu layanan kesehatan:

- Agency for Healthcare Research and Quality (www.ahrq.gov)
- Center for Studying Health System Change (www.hschange.com)
- Coalition for Affordable Quality Healthcare (www.caqh.org)
- Healthcare Policy Journal such as Health Affairs (www.healthaffairs.org)
- Institute for Healthcare Improvement (www.ihl.org)
- Medical Outcomes Trust (www.outcome-trust.org)
- National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov)
- National Quality Forum (www.qualityforum.org)
- Robert Wood Johnson Foundation (www.rwjf.org)

TEKNOLOGI INFORMASI

Piranti keras dan piranti lunak seperti komputer personal, digital asisten personal, jaringan tanpa kabel, dan sumber berbasis Web memungkinkan para ahli layanan kesehatan mengakses banyak informasi secara virtual. Mereka dapat mengakses ke alat pendukung keputusan, informasi riset dan praktik, informasi lengkap tentang pasien termasuk sejarah penyakitnya dan praktisi lainnya untuk tujuan koordinasi perawatan kesehatan. Kecenderungan penggunaan teknologi informasi menjanjikan peningkatan mutu layanan. Meningkatnya penggunaan teknologi informasi pada layanan kesehatan menyebabkan diperlukan pelatihan khusus agar mahasiswa kedokteran tidak hanya ahli pada bidang kedokteran tetapi juga ahli pada bidang manajemen klinis.

AKSES PELAYANAN KESEHATAN

Penyediaan akses terhadap layanan kesehatan bukanlah suatu kecenderungan tetapi lebih merupakan tantangan. Akses pelayanan merupakan komponen penting mutu layanan sebagaimana faktor lain seperti: kesesuaian, efektivitas dan efektivitas biaya. Tanpa akses pada layanan maka tidak ada atau sangat sedikit mutu karena hanya sedikit layanan yang dapat digunakan. Walaupun komponen ini sangat penting di dalam struktur mutu sistem kesehatan, tetapi komponen akses pelayanan sering tidak diperhatikan.

Pemerintah Indonesia telah berusaha untuk mengembangkan akses layanan dengan mendirikan rumah sakit di setiap kabupaten dan Puskesmas pada setiap kecamatan. Dua tahun terakhir (2006) pemerintah membuka akses layanan yang lebih luas khusus untuk penduduk miskin dengan program Askeskin. Tantangan terhadap program Askeskin masih sangat luas seperti: kecukupan anggaran, eligibilitas peserta, kesiapan dan distribusi provider, kecurangan peserta dan provider dan serta masalah lainnya.

RINGKASAN

Organisasi *managed care* berusaha memberikan pelayanan bermutu tinggi dengan biaya yang wajar. Mereka berharap bahwa pembiayaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan akan selaras dalam mencapai tujuan ini. Ada sejumlah cara yang digunakan oleh organisasi *managed care* untuk mencapai pelayanan bermutu dan biaya efisien, termasuk kendali utilisasi, analisis manajemen, jaminan mutu, dan metode perbaikan mutu.

MCO yang paling kurang berkembang pada umumnya menggunakan metode retrospektif dalam menilai mutu. Organisasi *managed care* yang lebih terorganisasi dan terkontrol lebih menggunakan metode prospektif dan berkesinambungan dalam mencapai standar mutu yang tinggi.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

Agency for Health Care Policy and Research; AHCPR

Analisa sebab-akibat

Audit kasus

American Medical Association; AMA

Benchmark

Continuous Quality Improvement; CQI

Credentialing

Diagram balok

Diagram Gantt

Diagram pohon

Diagram sebar

Diagram tulang ikan

Diagram Pareto

Diagram pie

Deming's chain

Flow charts

Focus groups

Fokus pelanggan

Hospital privileges

Hubungan kausal

Indikator klinik

Jaminan mutu

Keluaran

Malapraktek

Medical board examination

Manajemen keluaran

Mutu

Overutilisasi

Parameter praktek

Pedoman praktek klinik

Pelanggan

Peer review

Penilaian retrospektif

Peningkatan mutu

untuk kalangan sendiri

<i>Penilaian di lokasi</i>	<i>Regulator</i>
<i>Penolakan pembayaran</i>	<i>Retrospective</i>
<i>Pedoman praktek</i>	<i>Site review</i>
<i>Pola praktek</i>	<i>Standard pelayanan</i>
<i>Pola rujukan</i>	<i>Standar praktek</i>
<i>Pra sertifikasi</i>	<i>Survei kepuasan pasien</i>
<i>Preadmission review</i>	<i>Technology assessment</i>
<i>Protokol terapi</i>	<i>Total quality management; TQM</i>
<i>Quality assurance; QA</i>	<i>Ukuran hasil yang dicapai</i>
<i>Quality improvement; QI</i>	<i>Withhold arrangements/Pengaturan dana ditahan</i>

BAB 7 DATA UNTUK KENDALI MUTU, BIAYA DAN UTILISASI

Pendahuluan

Mengontrol Kecurangan (Fraud) dan Penyalahgunaan (Abuse)

Sumber Data

Data untuk Pengukuran Kesehatan Perilaku

Hubungan Data dengan Waktu

Data untuk Mengukur Hasil

Tipe Informasi managed care

Data yang dibutuhkan untuk Sertifikasi atau Akreditasi Organisasi

Data dan Perhitungan Lainnya

Ringkasan

Sistem Otomatis dalam Pelayanan Kesehatan

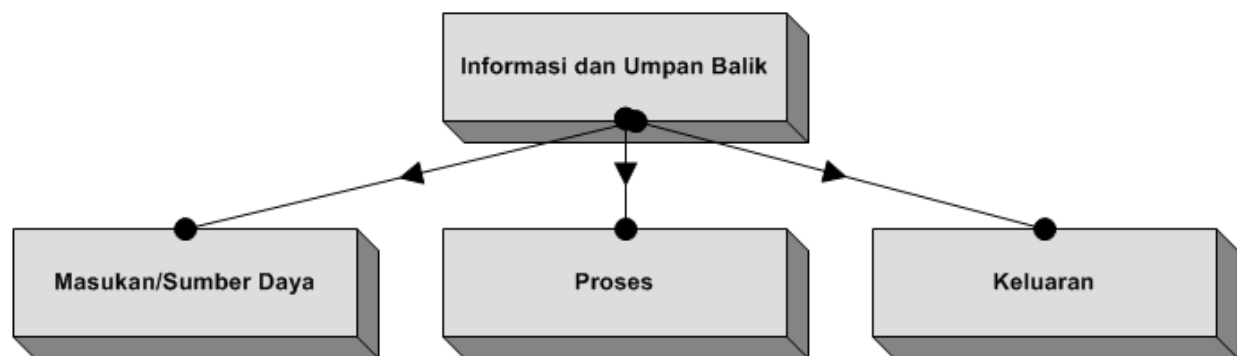
Istilah-Istilah Penting

Sistem Informasi Manajemen

Tipe Sistem Informasi Manajemen

PENDAHULUAN

Konsep model sistem MASUKAN-PROSES-KELUARAN sebagaimana diuraikan dalam Bab sebelumnya, memerlukan informasi dan umpan balik. Data dibutuhkan untuk memahami masukan atau sumber daya apa saja yang tersedia selain untuk mengukur proses dan hasilnya. Proses umpan balik dari peningkatan mutu yang berkesinambungan membutuhkan masukan data terus-menerus agar dapat menganalisa pekerjaan yang tengah berlangsung. Model di bawah ini menunjukkan hubungan antara informasi dan umpan balik ke unsur-unsur model sistem.



Tipe data yang paling membantu dalam *managed care* adalah data yang turut mendefinisikan mutu klinik, akseptabilitas pelayanannya oleh pembayar dan pasien, dan aksesibilitas pelayanan tersebut. Bab ini membahas tentang tipe data, informasi, dan pengukuran yang dapat membantu mengendalikan mutu, biaya, dan penggunaan pelayanan kesehatan dalam organisasi pelayanan kesehatan.

SUMBER DATA

Data yang dibutuhkan untuk mengukur mutu, biaya, dan utilisasi pelayanan dapat berasal dari berbagai sumber yang luas, baik internal maupun eksternal organisasi *managed care*. Sumber data yang paling sering digunakan adalah:

- Catatan medis;
- Contoh-contoh kasus;
- Profil dokter;
- Kuesioner dan wawancara terhadap pasien;
- Hasil proses kajian pemanfaatan (*utilization review*);
- Data klaim;
- Data mengenai fasilitas, peralatan, dan suplai (misalnya, inventaris dan pesanan pembelian);
- Ukuran komparatif dari luar organisasi dan kelompok (seperti kartu laporan konsumen).

HUBUNGAN DATA DENGAN WAKTU

Nilai waktu dari data sangat penting untuk agar dapat digunakan secara efektif untuk perbandingan dan untuk menilai hasilnya secara efektif. Data paling sering diukur atas dasar waktu per tahun, per musim, atau per bulan. Data yang dikumpulkan dalam periode waktu yang sama digunakan sebagai pembanding.

Waktu juga merupakan faktor pertimbangan penting untuk periode pengumpulan data. Dalam pengukuran aspek klinis, faktor waktu dapat berupa periode perawatan di rumah sakit atau lama perawatan di rumah sakit. Parameter waktu harus dilakukan dengan hati-hati, karena permulaan dan akhir masa perawatan masing-masing pasien berbeda.

TIPE-TIPE INFORMASI MANAGED CARE

Untuk mengukur efektivitas organisasi *managed care* digunakan Angka Rasio dan statistik tertentu secara teratur. Perhitungan ini dikembangkan dari berbagai sumber data. Perhitungan yang paling umum digunakan adalah sebagai berikut:

PER PESERTA PER BULAN

Penentuan perhitungan ini digunakan untuk setiap peserta program *managed care*, biasanya disingkat sebagai Per Anggota Per Bulan (*per member per month, PMPM*).

AKUMULASI PESERTA-BULAN

Akumulasi Peserta pada satu atau beberapa bulan tertentu (*cumulative member month, CMM*) digunakan secara luas dalam menghitung indikator dan angka (*rate*) kejadian. Indikator dan rate ini dalam *managed care* sangat tergantung pada data PMPM untuk mengontrol biaya atau menentukan besaran kapitasi (*capitation rates*). CMM dihitung dengan cara berikut ini:

$$\sum ((\text{peserta bulan } 1) + (\text{peserta bulan } 2) + \dots + (\text{peserta bulan } n)) = CMM$$

PER PESERTA PER TAHUN (PMPY)

Pelayanan per peserta per tahun (*per member per year, PMPY*) adalah rumus matematika yang dapat digunakan untuk memperkirakan dan membandingkan tingkat utilisasi antara dokter pelayanan primer (*Primary Care Physician/PCP*) atau kelompok medis dalam suatu jaringan. Besaran tarif dapat bervariasi tergantung pada jenis pelayanan. Sebagai contoh, pada HMO normal, PCP bisa saja mendapat 3-4 kunjungan per anggota per tahun, tetapi seorang dokter ahli anak mungkin memandang rata-rata kunjungan bayi baru lahir bisa tujuh kali lebih besar dari pada anak berusia satu tahun, dalam periode satu tahun. Perhitungan pelayanan PMPY adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah Pelayanan} \times 12}{CMM} = \text{Pelayanan PMPY}$$

BIAYA PER PESERTA PER BULAN (PMPM)

Ukuran ini berguna dalam membandingkan biaya yang dikenakan oleh berbagai *provider*. Rumusnya adalah membagi biaya total untuk semua pelayanan (misalnya, kunjungan klinik dan pelayanan x-rays) pada periode yang dinilai, terhadap besaran CMM, untuk periode yang bersangkutan, sebagai berikut:

$$\frac{\text{Biaya Pelayanan}}{CMM} = Rp. PMPM$$

JUMLAH HARI RAWAT DI RUMAH SAKIT PER 1,000 PESERTA

Perhitungan ini penting untuk membandingkan penggunaan pelayanan rumah sakit oleh PCP, kelompok dokter spesialis, kelompok medis, kelompok perusahaan, kelompok pasien, dan organisasi *managed care*. Kerap kali, masa perawatan di rumah sakit per 1,000 anggota peserta dihitung bulanan. Jumlah hari perawatan di rumah sakit pada suatu periode tertentu dikalikan 12 di kali 1000 dan dibagi oleh CMM.

$$\frac{\text{Hari} - \text{hari perawatan di rumah sakit} \times 12 \times 1000}{CMM} = \text{Hari}/1000$$

KINERJA KEUANGAN

Penilaian kinerja keuangan suatu MCO sangatlah penting dalam mengambil keputusan manajemen maupun klinis selain untuk menunjukkan kepada pihak regulator, lembaga akreditasi, dan pembayar bahwa organisasi tersebut efisien dan mampu memecahkan persoalan. Sebagian dari besaran tarif dan rumus yang lebih lazim untuk menilai kondisi keuangan organisasi *managed care* adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Biaya dokter}}{\text{Peserta Bulan}} = \text{Biaya dokter PMPM}$$

$$\frac{\text{Biaya rumah sakit}}{\text{Peserta Bulan}} = \text{Biaya rumah sakit PMPM}$$

$$\frac{\text{Biaya Medis Lainnya}}{\text{Peserta Bulan}} = \text{Biaya Lainnya PMPM}$$

$$\frac{(\text{Cadangan Premi}) - (\text{Biaya pelayanan kesehatan})}{\text{Peserta Bulan}} = \text{Margin Bruto PMPM}$$

$$\frac{\text{Penghasilan bersih}}{\text{Pendapatan}} = \text{Margin Keuntungan}$$

$$\frac{\text{Jumlah klaim IBNR}}{\text{Jumlah anggota}} = \text{Total IBNR per anggota}$$

* IBNR = *incurred but not reported* (terjadi tapi belum dilaporkan)

DATA DAN PERHITUNGAN LAINNYA

Perhitungan lain yang pada umumnya digunakan adalah perkiraan ke depan dan profil pasien rawat jalan.

PROYEKSI PASIEN RAWAT JALAN

Ketika *managed care* berkembang, banyak rumah sakit mengembangkan program pasien rawat-jalan yang komprehensif. Beberapa rumah sakit telah membentuk suatu bagian atau divisi dan bahkan telah mendirikan Badan Pelaksana Jaminan Kesehatan. Program ini mencakup rancangan, konstruksi, pusat operasi bagi pasien rawat jalan, klinik umum, dan klinik-klinik satelit. Para pimpinan rumah sakit benar-benar harus mengambil keputusan jenis pelayanan rumah sakit mana yang harus diubah menjadi pelayanan rawat jalan serta menilai apakah pelayanan itu akan meningkatkan jumlah pasien dan menghasilkan keuntungan tambahan.

Untuk membantu strategi pelayanan pasien rawat jalan, sejumlah organisasi menggunakan database untuk proyeksi. Database untuk pasien rawat jalan ini menggunakan data pasien rawat inap untuk memperkirakan besarnya pasar penggunaan pelayanan di rumah sakit. Selain

itu, database tersebut digunakan untuk memperkirakan jumlah pasien di masa mendatang untuk prosedur rumah sakit tertentu di pasar yang sedang dinilai.

PENYUSUNAN PROFIL

Konsep penyusunan profil yaitu mengumpulkan data untuk membandingkan pola-pola praktek dokter adalah ukuran mutu *managed care* yang semakin lazim digunakan. Dalam kenyataannya, organisasi *managed care* adalah pelopor dalam tipe pengumpulan data ini karena mereka terlibat dalam mempengaruhi pola-pola praktek medis dan mutu keluaran dari praktek tersebut.

Membangun profil adalah metode sistematis dalam mengumpulkan, melakukan kategorisasi, dan menganalisis data pasien untuk mengembangkan profil *provider* yang spesifik. Informasi mengenai faktor-faktor risiko pasien digunakan untuk menganalisis data, seperti usia pasien, diagnosis, dan status fungsional. Kerap kali, faktor-faktor risiko tidak diperhitungkan dalam meninjau variasi yang tak dijelaskan dalam praktek medis. Sebagai contoh, Maine Medical Assessment Foundation (MMAF) menemukan variasi tiga kali lipat tingkat histerektomi di berbagai tempat negara bagian Maine. Diketahui bahwa berbagai angka (*rates*) tidak berbeda secara signifikan dalam hal keluarannya, dan variasi tersebut tidak dijelaskan. Melalui proses umpan balik, informasi kepada ahli obstetri dan ginekologi, tingkat histerektomi di daerah kajian ini turun hingga pada tingkat rata-rata dua per 1,000 penduduk.

Sumber data untuk membangun profil harus terpercaya dan mutakhir agar profil ini dapat dipakai sebaik-baiknya. Data juga harus tersedia untuk memahami mengapa ada variasi. Yang termasuk dalam sumber data yang paling lazim digunakan untuk membangun profil adalah:

- Data klaim;
- Data kunjungan pasien;
- Data orang yang dirawat rumah sakit;
- Catatan klinis pasien; dan
- Data penggunaan pelayanan (masing-masing pasien dan *provider* secara spesifik).

Unsur data yang digunakan dalam membangun profil meliputi:

- Angka (*rate*) orang yang masuk rumah sakit (*admission*) dan yang masuk kembali ke rumah sakit (*readmission*);
- Tingkat kunjungan peserta secara spesifik;
- Indikator klinik seperti tingkat infeksi, tingkat imunisasi, tingkat kematian, dan tingkat kelahiran.

Sangat disayangkan, sumber data yang lazim ini tidak begitu lengkap sebagaimana yang diharapkan. Sebagai contoh, data klaim dikumpulkan terutama untuk tujuan penagihan dan tidak selalu mampu menangkap rincian klinis yang relevan. Selain itu, kesalahan pegawai dan ketidaktepatan lainnya dapat terjadi ketika melakukan pengisian kode (coding) formulir-formulir klaim, sehingga menyebabkan data yang diperoleh kurang berarti.

Karena adanya masalah dalam sumber data tradisional, data lain digunakan untuk membangun profil, seperti data administratif dan laporan dari laboratorium. Namun sulit dan seringkali mahal bagi sebuah MCO untuk memperoleh data yang diperlukan secara akurat untuk dapat memberikan profil yang akurat pula. Oleh karena itu, dikembangkan beberapa program penyusunan profil, dengan menghubungkan pengumpulan data dengan sistem pengumpulan data berdasarkan area geografis, di antara *provider* yang ada dalam jaringan *managed care*, atau oleh badan pembayar pemerintah.

Seharusnya ada suatu badan nasional yang membuat kajian tentang *managed care* serta membangun profil, yang dapat memberikan berbagai macam laporan statistik dan melakukan studi banding sehingga perusahaan para peserta serta para jaringan pelayanan dapat menerima laporan komparatif mengenai pelayanan-pelayanan per 1,000 peserta Medicare.

Organisasi *managed care* yang membangun profil memandangnya sebagai bagian dari peningkatan mutu yang berkesinambungan dan sebagai cara yang sangat tepat untuk mengendalikan utilisasi pelayanan. Profil tidak boleh bersifat memaksa, melainkan digunakan untuk memberi informasi kepada dokter mengenai bagaimana pola kerja mereka dibandingkan dengan pola kerja dokter-dokter lainnya dan perubahan-perubahan apa saja yang harus dilakukan. Sanksi bagi *provider* yang memiliki profil di luar batas yang dapat diterima meliputi pemberian pendidikan, reduksi dalam pembayaran, pembatasan penggantian biaya, atau pada kasus tertentu dikeluarkan dari jaringan.

SISTEM OTOMATIS DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Dalam sepuluh tahun terakhir, ada peningkatan kesadaran kebutuhan akan informasi pelayanan kesehatan yang meliputi seluruh komunitas, tidak hanya organisasi tertentu. Komunitas ini meliputi semua organisasi yang terlibat dalam menghasilkan, menyediakan, atau memproses data pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan dokter, rumah sakit, ahli farmasi, laboratorium, dokter gigi, pembayar, bank, dan pembeli jasa pelayanan kesehatan.

Sistem otomatis dalam pelayanan kesehatan secara umum dapat digolongkan menjadi dua kategori: administratif dan klinis. Sistem administratif di rumah sakit dan praktek dokter memberikan pelayanan administrasi seperti pendaftaran pasien, penjadwalan konsultasi, accounting, pembayaran rekening, pembelian, dan manajemen inventaris.

Sistem administrasi bagi organisasi pembayar, melaksanakan pelayanan otomatis untuk fungsi-fungsi seperti pelayanan klaim, penagihan premi, pelayanan konsumen, dan pemegang polis serta pelaporan oleh *provider*. Sistem klinis memberikan pelayanan untuk fungsi-fungsi seperti

pemeriksaan laboratorium, radiologi (sinar-x), dan instruksi bagi prosedur medis dan tes bagi pasien.

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN

Manajer organisasi pelayanan kesehatan sangat tergantung pada data dan informasi untuk merencanakan, memecahkan masalah, dan mengendalikan biaya, utilisasi pelayanan, dan mutu. Sangat penting bagi mereka untuk memiliki informasi yang akurat, lengkap, dan tepat. Metode yang paling efisien untuk melaksanakan hal ini adalah melalui sistem informasi manajemen (SIM).

SIM adalah istilah yang digunakan untuk membahas sistem computer yang menghimpun, menyimpan, melaporkan informasi jika dibutuhkan. Secara tradisional, sistem semacam itu dikembangkan secara intern tetapi saat ini sistem administrasi dan klinis organisasi pelayanan kesehatan mulai dikembangkan oleh ratusan perusahaan software. Di Amerika Serikat saat ini, ada ratusan sistem administrasi bagi klinik dokter, rumah sakit, dan pembayar.

TIPE-TIPE SISTEM INFORMASI MANAJEMEN

Sistem informasi manajemen, secara umum ada tiga tipe yaitu aplikasi sistem pelaporan, sistem manajemen database, dan sistem pendukung keputusan (Decision Support System /DSS). Semakin canggih Sistem DSS, maka kemungkinan simulasi statistik yang dapat dibuat semakin luas, sehingga semakin akurat proyeksi yang dapat dibuat. Sebagai contoh, suatu sistem interaktif DSS dapat diminta untuk memperkirakan dampak ekonomi dari penambahan 30% jumlah peserta Medicare dari sebuah HMO

Ada sejumlah area dalam organisasi *managed care* yang dapat dilayani oleh SIM. Salah satu yang penting adalah jaminan mutu dan peningkatan mutu klinik, pengendalian biaya, manajemen produktivitas, analisis dan pengendalian utilisasi pelayanan, penganggaran, perencanaan, dan evaluasi.

JAMINAN MUTU KLINIK DAN PENINGKATAN MUTU

Informasi klinik yang diperoleh dari catatan status pasien, kini sudah bisa dikomputerisasi. Data dimasukkan secara langsung atau ditranskripsikan dari notasi tertulis ke dalam sistem komputer. Data ini diproses menjadi laporan yang memungkinkan komite sejawat, komite jaminan mutu, tim peningkatan mutu, dan manajer klinik untuk menilai praktek dan keluaran layanan klinik. Semua itu dapat digunakan sebagai landasan bagi tindakan korektif jika hasil tidak menunjukkan tingkat mutu yang diharapkan.

PENGENDALIAN BIAYA DAN MANAJEMEN PRODUKTIVITAS

Sistem komputerisasi memberikan kemungkinan dilakukannya analisis biaya dan laporan produktivitas yang dapat digunakan oleh manajemen untuk memperbaiki efisiensi dan

efektivitas dari operasi *managed care*. Sebagai contoh, data mengenai biaya pemeriksaan *management resonance imaging* (MRI) berupa biaya peralatan, staf, dan ruangan, yang dibagi oleh frekuensi utilisasi akan memungkinkan MCO untuk:

- Menilai biaya suatu tes;
- Menentukan apakah peralatan dan staf digunakan secara produktif;
- Memungkinkan bagi penjadwalan tes yang efektif dan efisien

KENDALI DAN ANALISA UTILISASI

Sistem informasi yang lengkap dan dirancang dengan baik dalam sistem *managed care* akan memberikan data dan informasi historis, sampai data yang terbaru mengenai penggunaan pelayanan kesehatan. Efisiensi dalam penggunaan sumber daya dapat diuji dengan menggunakan data ini untuk selanjutnya melakukan peningkatan mutu dan realokasi sumber daya serta penggunaannya. Sebagai contoh, penggunaan MRI sebagaimana disebut di atas, memungkinkan menggunakan data tersebut untuk menganalisis penggunaan peralatan secara efektif.

ANALISA KEBUTUHAN

Data yang dihimpun untuk analisis utilisasi pelayanan kesehatan dapat digunakan untuk membantu organisasi *managed care* dalam rangka memperkirakan kebutuhan akan sumber daya dan pelayanan pada masa mendatang. Dari sistem data, kecenderungan dapat diketahui untuk membantu menentukan alokasi sumber daya dalam rangka menyelenggarakan pelayanan yang bermutu bagi konsumen internal maupun eksternal.

PERENCANAAN DAN EVALUASI

Data yang diperoleh melalui berbagai penerapan SIM seperti diuraikan di atas, yang dikombinasikan dengan data demografis, juga dapat melayani manajemen dalam mengevaluasi program yang tengah berjalan, memproyeksikan kebutuhan akan pelayanan pada masa mendatang, dan perencanaan pengembangan pelayanan serta program yang baru.

PENGGUNAAN SIM LAINNYA

SIM memainkan peranan penting dalam semua aspek pengendalian mutu. Sistem ini terbukti efektif dalam menilai alur kerja, proses, prosedur, identifikasi masalah, pelaporan, dan pengukuran hasil. Data yang tersedia melalui SIM juga dapat memberikan dampak positif terhadap hubungan konsumen melalui:

- Menyediakan informasi tentang klaim dan informasi pemanfaatan pelayanan apabila diperlukan bagi representatif pelayanan konsumen dalam organisasi *managed care*;

- Pengawasan proses yang mengakibatkan berkurangnya kemungkinan klaim dan tuntutan-tuntutan lain;
- Pemantauan dan peningkatan mutu, sehingga meningkatkan kepuasan konsumen;
- Menurunkan risiko litigasi melalui dokumentasi yang efektif dan memantau proses serta prosedurnya;
- Melancarkan hubungan *provider* dengan memberikan laporan yang bermanfaat dan tepat waktu serta penggantian biaya bagi *provider*.

MENGENDALIKAN KECURANGAN (FRAUD) DAN PENYALAHGUNAAN (ABUSE)

Kecurangan dan penyalahgunaan dalam *managed care*, sebagaimana halnya dalam asuransi, sangat nyata dan dapat menggelembungkan biaya pelayanan kesehatan. Bentuk kecurangan yang biasa ditemukan dalam sistem penggantian biaya berbasis *fee-for-service* diperburuk dengan penggunaan pelayanan secara berlebihan dan insentif untuk memperoleh penggantian biaya yang sesungguhnya tidak ada. Dalam *managed care*, khususnya dalam sistem pembayaran dengan kapitasi, jenis-jenis kecurangan yang sering terjadi, adalah sebagaimana bawah ini:

- Memberikan data yang salah atau tidak representatif agar dapat memperoleh kapitasi yang lebih tinggi;
- Mendaftarkan peserta fiktif;
- Dengan sengaja tidak memberikan pelayanan yang dibutuhkan;
- Memberi suap atas pasien tipe tertentu yang dirujuk.

Sistem Informasi Manajemen adalah alat yang sangat penting untuk mendeteksi dan mengendalikan kecurangan dan penyalahgunaan. Banyak data digunakan untuk meningkatkan pengamanan data. Untuk mengendalikan kecurangan dan penyalahgunaan medis dikembangkan pemicu atau tanda bahaya (*red flag*).

Dengan SIM dapat dilakukan peningkatan deteksi atas kecurangan dalam pelayanan kesehatan dengan cara mengembangkan data yang lebih komprehensif dan memenuhi standard dimana pola-pola kecurangan tersebut dapat segera dideteksi. Sistem otomatis dapat memudahkan penilaian dan analisis data. Ada dua pendekatan umum dalam menganalisis data kecurangan dalam pelayanan kesehatan yaitu secara retrospektif dan prospektif. Analisis data retrospektif yang mencakup penilaian sejumlah informasi historis dalam rangka mengidentifikasi pola-pola perilaku kecurangan; sedangkan analisis data prospektif meliputi analisis data terbaru (*current data*) atas dasar kasus demi kasus, seperti klaim yang diajukan tetapi tidak dibayar, dan menentukan apakah klaim itu absah dan layak dibayar.

Analisis retrospektif dilakukan atas riwayat klaim untuk menentukan pola-pola perilaku dan mengidentifikasi kecenderungan yang berpotensi terhadap kecurangan. Teknik-teknik

prospektif meliputi evaluasi terhadap klaim yang diajukan, dan menunda atau menolak pembayaran bagi klaim yang dicurigai. Klaim yang mencurigakan harus diperhatikan lebih serius, sedangkan klaim yang absah dapat diteruskan untuk diproses. Penilaian penggunaan prospektif dapat mengidentifikasi pelayanan yang meragukan sebelum dianggap absah untuk kemudian diteruskan.

Sebagian organisasi pelayanan kesehatan telah mengembangkan peralatan otomatis mereka untuk membantu mendeteksi kecurangan. Alat yang paling lazim digunakan dalam *managed care* adalah:

- Keamanan dalam sistem pemrosesan data, seperti misalnya kerahasiaan *passwords*;
- Prosedur pemasukan data yang sudah diberi otoritas sehingga orang-orang yang memasukkan data tidak akan dapat membayar klaim;
- Akuntabilitas sistem sehingga orang yang menyimpan catatan *provider (provider records)* tidak akan dapat membayar klaim; dan
- Membatasi jumlah uang yang dibayarkan kepada staf baru yang atau *provider* yang baru dikontrak hingga masa percobaan selesai.

Satu metode penting untuk mengontrol penyalahgunaan adalah menjaga kerahasiaan rekam medis pasien secara ketat. Klaim medis dan catatan (record) pasien mengandung informasi yang sangat sensitif yang tidak boleh diberikan kepada siapapun di dalam maupun di luar organisasi yang secara tidak langsung memberikan pelayanan kepada pasien. Staf harus dilatih tentang prosedur menjaga kerahasiaan itu. Pada umumnya, mereka diminta menandatangani perjanjian akan menjaga kerahasiaan informasi pasien. SIM dapat digunakan untuk menetapkan kode rahasia catatan pasien tertentu misalnya, klaim untuk pelayanan psikiatri dengan member tanda untuk dibawa ke jenjang penilaian klaim yang lebih tinggi.

Secara eksternal, organisasi *managed care* perlu memperketat dalam hal pengendalian kecurangan dan penyalahgunaan. *Provider* dari luar perlu diaudit karena adanya tagihan-tagihan yang begitu besar dan tidak layak. *Red flag* (tanda peringatan) dapat digunakan dalam proses audit itu. Misalnya, *red flag* tersebut dapat menunjukkan adanya kombinasi tidak logis dalam pelayanan medis (misalnya, prosedur medis yang dilaksanakan terhadap orang-orang yang tidak sesuai jenis kelaminnya).

Tanda peringatan lazim diberikan untuk:

- Semua klaim rumah sakit yang melebihi jumlah tertentu (misalnya, Rp 10.000.000,-);
- Tagihan rumah sakit lebih dari 50% nya untuk pelayanan di luar kamar perawatan dan fasilitasnya; dan
- Pelayanan yang tidak layak menurut diagnosis (misalnya, tidak melakukan pemeriksaan laboratorium tertentu untuk diagnosis diabetes).

Dalam hal biaya obat-obatan, baik *provider* maupun pasien dapat memerangi kecurangan. Upaya untuk memberantas kecurangan farmasi ini meliputi:

- Persyaratan agar menggunakan obat generik;
- “*red flag*” bagi resep yang mahal, melebihi jumlah tertentu (misalnya, Rp. 200.000); dan
- “*red flag*” bagi notasi yang meragukan atau tidak jelas.

SIM jaringan atau antar organisasi dapat digunakan untuk mendeteksi kecurangan dan penyalahgunaan obat-obatan. Sistem ini sering menemukan penyalahgunaan yang terjadi karena resep yang tidak benar. Sistem farmasi harus dicek dan diperhatikan secara saksama untuk mencegah penggunaan obat dan dosis yang tidak tepat. Secara retrospektif, pengecekan sistem dapat dilakukan untuk membandingkan instruksi dokter dengan obat dan dosis yang sesungguhnya diberikan.

SIM sangat berguna dalam pengendalian obat-obatan; sistem yang canggih mampu untuk:

- Memeriksa kelayakan seorang untuk memperoleh resep tertentu;
- Mengonfirmasi apakah resep ditanggung oleh program asuransi atau merupakan bagian dari formula obat-obatan yang dapat disetujui;
- Menunjukkan otorisasi sebelumnya untuk obat-obatan khusus;
- Validasi apakah jumlah atau dosis berada pada norma praktek medis yang dapat diterima; dan
- Memperhatikan informasi konsumen untuk mencegah interaksi obat-obatan, interaksi obat dengan penyakit, atau penggunaan berlebihan obat-obatan tertentu (misalnya, memberikan tanda bahwa suatu resep terlalu cepat diberikan).

Rumitnya persoalan kecurangan dan penyalahgunaan obat-obatan berakar pada luasnya variasi pelayanan kesehatan dan dinamika variasi regional. Ciri khas kegiatan yang berkaitan dengan kecurangan dapat bervariasi menurut tipe industri pelayanan kesehatan (laboratorium, dokter, chiropractor, ahli farmasi), organisasi (individu, klinik, institusi) dan geografi. Ini berarti bahwa karakteristik perilaku curang bagi seorang spesialis di kota-kota besar bisa berbeda dengan spesialis di kota-kota kecil. Selain itu, karakteristik ini dapat berubah sewaktu waktu.

Untuk mengurangi risiko kecurangan dalam lingkungan elektronik, tindakan-tindakan berikut dapat diambil:

- Penetapan kriteria mutu untuk eligibilitas *provider* agar turut berpartisipasi dalam sistem atau jaringan SIM;
- Penerapan persetujuan kontraktual tertentu yang mengatur catatan medis dan klaim dengan *provider* yang ikut serta;

- Perkembangan dan penggunaan mekanisme identifikasi *provider* yang unik; melalui mekanisme ini klaim yang diajukan secara elektronik dapat ditelusuri sumbernya;
- Pemicu atau “peringatan keras” yang menunjukkan adanya kejanggalan atau mencurigakan agar dilakukan pengkajian lebih lanjut;
- Fleksibilitas untuk menambahkan “*red flag*” baru dalam sistem elektronik pada saat diidentifikasi dalam analisis statistik;
- Mendefinisikan kegiatan atau perilaku yang berpotensi untuk curang oleh ahli pelayanan kesehatan untuk mengidentifikasi penyimpangan yang berisiko tinggi;
- Penelusuran riwayat perilaku keseluruhan dan komponen individual perilaku bagi *provider* pelayanan selama beberapa tahun; dan
- Alat analisis statistik untuk mendefinisikan pola-pola perilaku yang berisiko tinggi untuk menjadi curang.

Jika dilaksanakan dengan sebaik-baiknya, sistem data elektronik membantu mendeteksi kecurangan dan penyalahgunaan pelayanan kesehatan, meningkatkan mutu dan mengurangi biaya pelayanan kesehatan.

DATA UNTUK PENGUKURAN KESEHATAN PERILAKU

Perkembangan data untuk menilai biaya dan mutu program kesehatan perilaku, merupakan bagian integral dari perluasan akses pelayanan dalam tipe cakupan pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, laporan kinerja (*performance*) membantu organisasi *managed care* dalam membuat kontrak dan mengarahkan pelayanan yang diberikan oleh staf *provider*. Laporan semacam itu meliputi data utilisasi pelayanan, hasil klinik dan survei kepuasan pasien.

Dalam pelayanan kesehatan dengan perilaku terkendali, pelayanan harus dilakukan untuk mengontrol baik penggunaan berlebihan maupun rendahnya penggunaan pelayanan. Tanpa kontrol, *managed care*, khususnya program pembayaran dengan kapitasi, dapat mempengaruhi *provider* pelayanan kesehatan untuk memberikan lebih sedikit pelayanan dari kelayakan yang seharusnya. Sistem informasi klinik yang sudah dikomputerisasi tengah dikembangkan dan menekankan manajemen kasus selektif pada kasus-kasus dimana pelayanan menuntut perhatian lebih cermat. Tidak semua kasus membutuhkan biaya dan waktu kontrol manajemen kasus, tetapi kasus-kasus selektif benar-benar menjamin benefit seperti itu dalam hal memberikan pelayanan yang bermutu baik.

Dalam pengelolaan pelayanan kesehatan perilaku, penekanan harus diberikan pada pengendalian pelayanan baik yang berlebihan (*overuse*) maupun yang kurang memadai (*underuse*). Tanpa pengendalian yang baik, program *managed care* dengan sistem kapitasi cenderung mendorong *provider* untuk member pelayanan yang kurang memadai. Sistem informasi klinik secara komputerisasi, dikembangkan dengan memberi penekanan pada manajemen kasus tertentu yang memerlukan perhatian khusus. Tidak semua kasus

memerlukan perhatian khusus dalam manajemen kasus dan biaya, tetapi pada kasus tertentu saja, dapat meningkatkan mutu layanan.

Selain itu, kepada praktisi kesehatan perilaku diminta keterangan oleh organisasi *managed care* untuk mendokumentasikan program pelayanan kesehatan perilaku, untuk menunjukkan ketepatan pelayanan, dan untuk mengonfirmasi ketepatan sumber daya dalam rangka memberikan pelayanan yang dibutuhkan.

DATA UNTUK MENGUKUR HASIL

Untuk menggunakan ukuran hasil secara efektif, data harus dihimpun secara akurat dan efektif. Data untuk mengukur hasil seharusnya:

- dikumpulkan dari sejumlah besar individu, karena jika hanya beberapa kasus saja mungkin tidak memberikan data yang akurat atau representatif;
- dikumpulkan dalam kategori yang seragam dan pada diagnosis maupun pengobatan yang sama;
- sesuai dengan risiko untuk menghadapi efek faktor seperti usia, tingkat keparahan penyakit, dan faktor risiko bagi penyakit;
- sesuai dengan risiko ketika membandingkan kinerja aktual dengan kinerja yang diprediksi dengan menghitung atas dasar rata-rata kelompok spesifik; dan
- dihitung dengan formula probabilitas statistik untuk menghindari kesimpulan yang berlandaskan kebetulan.

DATA YANG DIBUTUHKAN UNTUK ORGANISASI SERTIFIKASI ATAU AKREDITASI

MCO kadang-kadang membutuhkan sertifikasi atau akreditasi dari berbagai organisasi luar dan independen untuk menunjukkan akuntabilitas terhadap konsumen eksternal, menghindari beban berat peraturan spesifik negara bagian yang dapat diabaikan (*waiving*) apabila akreditasi diperoleh, dan untuk melakukan validasi mutu pelayanan. Sejumlah organisasi melakukan berbagai kegiatan sertifikasi atau akreditasi untuk organisasi *managed care*. Dua organisasi utama adalah Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) dan National Committee on Quality Assurance (NCQA).

KOMISI BERSAMA BAGI AKREDITASI ORGANISASI PELAYANAN KESEHATAN (JCAHO)

JCAHO adalah organisasi swasta dan sukarela yang memberi dampak besar terhadap organisasi pelayanan kesehatan di Amerika Serikat. Organisasi ini mulai melakukan survei terhadap rumah sakit pada tahun 1918, memulai sebagai organisasi yang menilai akreditasi untuk menentukan standard minimal rumah sakit; sekarang organisasi ini telah tumbuh menjadi organisasi yang menilai akreditasi semua tipe organisasi pelayanan kesehatan. Penekanan bergerak sepanjang continuum dari standard minimal ke audit medis, lalu kajian berorientasi masalah, kemudian

sampai pemantauan standard-standard departemen, hingga kinerja mutu yang berkesinambungan antara organisasi besar dan berjangkauan luas.

Untuk menilai akreditasi, JCAHO mengirim tim survei ke organisasi pelayanan kesehatan untuk mengumpulkan data yang berkaitan dengan:

- Organisasi peningkatan mutu berskala luas dan kepemimpinan dalam CQI;
- Kebutuhan dan kepuasan pelanggan internal dan eksternal;
- Proses kerja dari manajemen dan berbagai disiplin;
- Stabilitas keuangan.

Suatu survei dan proses akreditasi JCAHO, mengkaji semua unsur organisasi pelayanan kesehatan dengan menggunakan standard-standard eksplisit. SIM organisasi, adalah salah satu bidang yang dievaluasi. Standard evaluasi SIM mencakup persyaratan dimana organisasi pelayanan kesehatan harus mengidentifikasi kebutuhan informasi internal maupun eksternal, merancang sistem yang tepat, dan menangkap dan menggunakan data yang akurat.

Dimensi yang dinilai dan diukur oleh JCAHO adalah:

- Efisiensi,
- Ketepatan,
- Ketersediaan,
- Tepat waktu,
- Kesiambungan,
- Keamanan, dan
- Penghargaan dan kepedulian.

Sasaran JCAHO adalah mendorong organisasi pelayanan kesehatan untuk mengembangkan siklus peningkatan kinerja yang berkesinambungan. Setiap organisasi seharusnya memiliki database internal mengenai informasi yang dapat dibandingkan dengan informasi yang sama dari luar organisasi. Penilaian harus dilakukan untuk menentukan apakah perbaikan perlu dilakukan. Organisasi didorong untuk menggunakan proses yang sama dengan FOCUS-PDCA untuk perbaikan proses dan akreditasi yang berfokus pada kinerja.

Organisasi pelayanan kesehatan yang ingin memiliki atau membutuhkan akreditasi JCAHO, model CQI dapat menjadi standard bagi industri tersebut. Bagi mereka yang tidak menginginkan akreditasi tersebut, Manual Akreditasi JCAHO merupakan pedoman yang sangat bagus untuk mengumpulkan data yang berguna dan mengembangkan proses baru untuk memperbaiki mutu dan efektivitas.

JCAHO kini mengarahkan fokusnya pada hasil, proses, dan mutu pelayanan yang tinggi. Fokus baru ini membawa JCAHO mengembangkan indikator bagi rumah sakit untuk menciptakan standard pelayanan.

Sistem pengukuran indikator (*indicator measurement system, IMS*) mengembangkan “tanda-tanda” yang menunjukkan hal-hal yang memerlukan analisis yang lebih rinci. Varian terhadap angka yang diharapkan dapat menunjukkan bahwa ada masalah. Data yang digunakan untuk IMS mencakup kejadian-kejadian penting (luar biasa) yang selalu menjadi pemicu bagi analisis atau penilaian lebih jauh. Data untuk IMS juga berasal dari data agregat orang-orang, proses, dan tingkat frekuensi. Proses menyeluruh dalam pengujian validitas dan reliabilitas indikator kini berlangsung di rumah sakit-rumah sakit yang ikut serta dalam penilaian akreditasi, dengan sepuluh daerah yang termasuk dalam proses survei sukarela tahun 1995. Rumah sakit yang ikut serta dalam sistem IMS menyediakan unsur data yang dibutuhkan oleh JCAHO, yang menilai dan memproses informasi ini.

Dalam rangka otomasi data, sistem informasi manajemen mempunyai prasyarat dan data komponen yang bertujuan:

- Mengumpulkan data yang akurat dan terpercaya
- Membuat laporan yang dapat mengidentifikasi data yang hilang
- Menentukan indikator kategori secara akurat untuk setiap episode pelayanan
- Membuat laporan untuk membantu mengenal dan menggunakan data indikator
- Menyiapkan dan menciptakan berkas data dengan format yang tepat

Pengembangan dari manajemen sistem informasi JCAHO diharapkan memberikan keluaran akhir berupa informasi dalam bentuk “kartu laporan”. JCAHO membuat laporan kuartal pada seluruh individu yang berpartisipasi di dalam proyek indikator. Laporan ini memperlihatkan kinerja rumah sakit dibandingkan dengan rumah sakit lainnya untuk setiap indikator. Di masa depan, JCAHO berkeinginan untuk menyediakan tipe pelaporan komparatif lainnya seperti menurut daerah, atau tipe rumah sakit yang akan disediakan untuk pembayar seperti perusahaan, pasien, dan pihak lain yang tertarik. Sejumlah sistem jaringan pelayanan kesehatan dan organisasi kedokteran daerah, akhir-akhir ini menggunakan kartu laporan tentang praktek klinis, ukuran-ukuran keluaran atau data lain yang memberikan kesempatan kepada pembayar dan pasien untuk membandingkan biaya dan efektivitas pelayanan kesehatan.

KOMITE NASIONAL UNTUK JAMINAN MUTU (NCQA)

Komite Nasional Untuk Jaminan Mutu (NCQA) di Amerika didirikan pada tahun 1979, telah melakukan akreditasi pada semua tipe organisasi *managed care* dan HMO. NCQA menggunakan tim review untuk mengumpulkan data, menilai mutu, kredensialing, manajemen utilisasi, hak-hak konsumen, pelayanan kesehatan preventif dan catatan medis.

Sebagai tambahan, untuk me-review dan memproses administrasi pada HMO dan organisasi *managed care*, NCQA telah mengembangkan sekumpulan inti ukuran kinerja yang disebut Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) 2.0. HEDIS dikembangkan tidak hanya untuk melayani para perusahaan yang bertindak sebagai pembeli produk *managed care* tetapi disesuaikan untuk melayani kebutuhan pembeli lainnya.

HEDIS 2.0. telah dikembangkan untuk menanggapi kebutuhan paket pelayanan kesehatan dan perusahaan untuk dapat melakukan evaluasi lebih akurat terhadap kecenderungan kinerja dari paket kesehatan. HEDIS dapat memperbaiki ukuran-ukuran indikator dengan lebih baik dan dapat digunakan untuk alat perbandingan terhadap rumah sakit. Ada 5 area utama kinerja yang diukur di dalam HEDIS 2.0 yaitu mutu, akses, kepuasan pasien, keanggotaan, utilisasi, keuangan, dan informasi deskriptif tentang paket kesehatan. Kriteria data untuk setiap area yaitu:

- Relevan untuk komunitas perusahaan
- Beralasan untuk paket kesehatan yang akan dikembangkan dan disediakan
- Mempunyai dampak potensial untuk meningkatkan proses *provider* pelayanan kesehatan

NCQA juga mengembangkan system “kartu laporan” dari informasi HEDIS 2.0 dimana pembeli dan konsumen bisa mempelajari apakah suatu paket asuransi dapat memberikan manfaat paling menguntungkan dari setiap uang yang mereka keluarkan.

Kartu Laporan juga berusaha untuk membuat kinerja *provider* dapat dipertanggung-jawabkan (*accountable*). Untuk partisipasi dalam proses laporan kartu, paket pelayanan harus melakukan internal audit terhadap kapasitas informasi mereka sehingga dapat menggambarkan sebagai berikut:

- Dapat secara cepat memasukkan data ke dalam database administrasi paket pelayanan
- Mempunyai akses data tahun sebelumnya
- Mendapatkan data pasien dari formulir isian dan data diagnosis
- Kodifikasi data secara tepat
- Perhitungan secara hati-hati untuk seluruh biaya data

Tuntutan akuntabilitas di dalam *managed care* secara jelas membutuhkan sistem manajemen informasi yang canggih untuk dapat mengolah data klinik, manajemen dan keuangan secara akurat.

RINGKASAN

Pengumpulan data dan sistem pengumpulan data merupakan komponen-komponen yang esensial bagi setiap tipe organisasi pelayanan kesehatan, khususnya program *managed care*.

MCO adalah organisasi kompleks dengan persaingan untuk mencapai mutu baik, pengendalian biaya dan utilisasi, serta kepuasan pembayar dan konsumen. Pengumpulan data yang akurat, relevan, dan tepat waktu adalah inti dalam mengelola program yang bermutu tinggi, efektif biaya, dan program *managed care* yang terpercaya. Tipe data yang dibutuhkan adalah data yang membantu mendefinisikan mutu teknis, yang member informasi tentang penerimaan pelayanan oleh pembayar maupun pasien, serta komparasi organisasi dalam kompetitif, dan aksesibilitas terhadap pelayanan.

ISTILAH-ISTILAH PENTING

<i>Analisa biaya</i>	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; JCAHO</i>
<i>Analisa kebutuhan</i>	
<i>Angka rawat inap ulang</i>	<i>Jumlah peserta dalam bulan</i>
<i>Audit</i>	<i>Jumlah hari rawat per 1,000 peserta</i>
<i>Berkas administrasi</i>	<i>Kartu laporan</i>
<i>Besaran kapitasi</i>	<i>Kecurangan dan penyalahgunaan</i>
<i>Biaya per peserta per bulan</i>	<i>Keluaran</i>
<i>Biaya hari rawat inap per orang per bulan</i>	<i>Kendali utilisasi</i>
<i>Biaya lain per peserta per bulan</i>	<i>Kepuasan pelanggan</i>
<i>Biaya dokter per peserta per bulan</i>	<i>Kerahasiaan</i>
<i>Credentialing</i>	<i>Ketepatan pelayanan</i>
<i>Data klaim asuransi</i>	<i>Kesehatan perilaku</i>
<i>Decision support system; DSS</i>	<i>Klaim sudah terjadi tetapi tidak dilaporkan</i>
<i>Faktor risiko</i>	<i>Kodifikasi</i>
<i>Formularium</i>	<i>Komite jaminan mutu</i>
<i>Frekuensi</i>	<i>Laba kotor per peserta per bulan</i>
<i>Health care financing administration; HCFA</i>	<i>Laporan laboratorium</i>
<i>Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) 2.0</i>	<i>Laporan produktivitas</i>
<i>Incurred but not reported claims; IBNR</i>	<i>Manajemen kasus selektif</i>
<i>Indikator</i>	<i>Masukan</i>
	<i>Membangun system model</i>

Menyusun profil

National Committee on Quality Assurance (NCQA)

Organisasi medis regional

Peer review committees

Pelayanan otomatis

Perkiraan database

Per peserta per bulan

Per peserta per tahun

Petugas pelayanan pelanggan

Program pembayaran dengan kapitasi

Pola praktek komparatif

Prospektif

Prakiraan pasien rawat-jalan

Praktik pengobatan

Proses

Rates

Red flags

Rekam medis

Retrospective

Risiko yang disesuaikan

Sistem administrative

Sistem aplikasi pelaporan

Sistem Informasi Manajemen (SIM)

Sistem jaringan

Sistem klinis

Survei kepuasan pasien

Sistem manajemen database

Tim peningkatan mutu

Tingkat utilisasi

Underutilization

Utilization rates

Variasi

REFERENSI

- ¹ Allen D. Spiegel, Ph.D., "Hammurabi's Managed Health Care – Circa 1700 B.C.," *Managed Care* May 1997.
- ² Lynn R. Gruber, Maureen Shadle, dan Cynthia C. Polich, "From Movement to Industry: The Growth of HMOs." *Health Affairs*, Volume 1, 7, No. 3 (Summer 1998), 198.
- ³ The Kaiser Family Foundation, "Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, Section 2: Trends in Health Insurance Enrollment," Changing Health Care Marketplace Project, Exhibit 2.13: Number and Distribution of HMO Enrollment, by Model Type, 1984-2004, situs web <http://www.kff.org/insurance/3161-index.cfm> , update: 15 Maret 2006, diakses 24 Februari 2008.
- ⁴ Elizabeth Hoy, *Insurer-Sponsored Managed Health Care 1990* (Washington, D.C.: HIAA, 1991), 5.
- ⁵ Judy Packer-Tursman, "Blues Policy Shifts to MCOs," *Managed Health Care News*, Volume 2, No. 8 (August 17, 1992), 32.
- ⁶ Anthony R. Masso dan Wendy Knight Haesler, "The Impact of Managed Care on Health Insurance Industry," *Journal of Insurance Medicine*, Volume 23, No. 3 (Fall 1991), 155.
- ⁷ Cynthia B. Sullivan, Ph.D., Marianne Miller, M.A. and Claudia C. Johnson, M.P.H., M.P.P., *Employer-Sponsored Health Insurance in 1991* (Washington, D.C.: HIAA, 1992), 7-8.
- ⁸ Group Health Association of America, *National Directory of HMOs* (Washington, D.C.: GHAA, 1991), 19.
- ⁹ Situs web <http://www.bcbs.com/about/> diakses 24 Februari 2008.
- ¹⁰ American Hospital Association, *State of the Art of Managed care 1993-1994: A Special Report by Healthcare Provider Network Section of the Society of Healthcare Planning and Marketing* (Chicago: AHA, 1993). Lihat juga Emmons dan Simon, *Recent Trends in Managed Care* (Chicago: AMA, 1994).
- ¹¹ Sharon George-Perry, "Easing the Costs of Mental Health Benefits," *Personnel Administrator*, Volume 33 (November 1988), 62-67.
- ¹² Employee Benefit Research Institute, "Prescription Drugs: Coverage, Costs, and Quality," *EBRI Issue Brief No. 122* (Washington, D.C.: EBRI, Januari 1992).
- ¹³ United State Senate, Special Committee on Aging, "The Drug Manufacturing Industry: Prescription for Profits 1980-1990," 102nd Congress, 1st Session, September 1991.
- ¹⁴ United State General Accounting Office, "Prescription Drug: Changes in Prices for Selected Drugs," *GAO/HRD-92-128* (Washington, D.C.: GAO, August 1992).
- ¹⁵ Interstudy, *The Interstudy Competitive Edge*, Volume 2, No. 1 (Excelsior, Minn.: Interstudy, 1991), 14.
- ¹⁶ Nancy Kraus, Michelle Porter, dan Patricia Ball, *Managed Care: A Decade in Review 1980-1990. The Interstudy Competitive Edge* (1991), 79. Lihat juga *National Directory of HMOs* (1994), 27.
- ¹⁷ National Rural Electric Cooperative Association and the Metropolitan Life Insurance Company, "Managed Care Plans in Rural America," (Washington, D.C.: National Rural Electric Cooperative Association, 1991), 6-10.

-
- ¹⁸ Marrienne Miller dan Thgomas H. Dial, *Employer-Sponsored Health Insurance in Private Sector Firms in 1992* (Washington, D.C.:HIAA, 1993), 10.
- ¹⁹ The Kaiser Family Foundation, “Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, Section 2: Trends in Health Insurance Enrollment,” Changing Health Care Marketplace Project, Exhibit 2.3: Health Plan Enrollment for Covered Workers, by Plan Type, 1988-2005, situs web <http://www.kff.org/insurance/7315/sections/ehbs05-5-1.cfm> , update: 27 April 2006, diakses 24 Februari 2008.
- ²⁰ Jon Gabel, et.al., *Research Bulletin – The Health Insurance Picture in 1988* (Washington, D.C.: HIAA, July 1989), 3, 7, 11, 12.
- ²¹ “The Effects of Managed Care on the Use and Costs of Health Services,” United State Congress, U.S. House of Representatives, Congressional Budget Office (Washington, D.C., June 1992), 8.
- ²² Jon Gabel dan Derek Liston, *Trends in Health Insurance – HMOs Experience Lower Rates of Increase than Other Plans* (Washington, D.C.: KPMG Peat Marwick, December 1993), 14.
- ²³ The Gallup Organization, Inc., “The Satisfaction Level of Managed Health Care Members Compared with Members of Indemnity Insurance Programs,” a national poll (Princeton, N.J.: Gallup, 1991).
- ²⁴ Towers Perrin, “Managed Care: The Employee Perspective,” (New York: Towers Perrin, 1991).
- ²⁵ A. Foster Higgins, Inc., “The Public Sector: City and State Governments,” *Health Care Benefits Survey* (Princeton, N.J.: A. Foster Higgins, Inc., 1991), 1.
- ²⁶ The Kaiser Family Foundation, “Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, Section 2: Trends in Health Insurance Enrollment,” Changing Health Care Marketplace Project, Exhibit 3.1: Average Annual Premiums for Covered Workers for Single and Family Coverage, by Plan Type, 2005, situs web <http://www.kff.org/insurance/7315/sections/ehbs05-5-1.cfm> , update: 27 April 2006, diakses 24 Februari 2008.
- ²⁷ The Kaiser Family Foundation, “Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, Section 4: Trends in Health Insurance Benefits,” Changing Health Care Marketplace Project, Exhibit 4.1: Percent of Covered Workers With Selected Benefits, by Firm Size, 2004, situs web <http://www.kff.org/insurance/7148/sections/ehbs04-8-2.cfm> , update: 2 February 2005, diakses 24 Februari 2008.
- ²⁸ ____, *Pedoman Kerja Badan Pembina JPKM*, Departemen Kesehatan RI, 2001, 10.
- ²⁹ Sinar Harapan, “Bapel JPKM, Nasibmu Kini”, situs web www.sinarharapan.co.id/berita/0505/16/nas09.html, 15 Mei 2005, diakses 25 April 2008.
- ³⁰ Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, “Profil Kesehatan Indonesia”, Bank Data Departemen Kesehatan, 2004, situs web <http://bankdata.depkes.go.id/Profil/INDEX.HTM> diakses 25 April 2008.
- ³¹ ILO/Jakarta, “Restructuring of the Social Security System in Indonesia (Part 1),” Project Report (1 April 2001 - 30 April 2002), 27 May 2002, 44.
- ³² ____, “Laporan Kepesertaan Jamsostek Tahun 2003”, PT. Jamsostek, 2004, juga lihat laporan tahun 2004.
- ³³ ____, “Statistik PT. Jamsostek (Persero) 2005”, Bab III. Statistik Deskriptif, PT. Jamsostek, 2006.

³⁴ __, “Menakar Jaminan Kesehatan Nasional,” Buletin Info Askes No 1, April 2004, 9.

³⁵ __, “Asuransi Kesehatan Sosial”, situs web http://www.ptaskes.com/webaskes/detailProduct.htm?product_id=18 , diakses 25 April 2008.

^{xxxvi} Managed Care: A Health Strategy for Today and Tomorrow” managed care and Insurance Products Report (HIAA, 1993: 32-33

^{xxxvii} Norman Metzger, Handbook of Health Care Human Resources Management (Rockville, MD; Aspen Publishers, Inc., 1990) 21-26

^{xxxviii} Howard S. Rowland dan Beatrice L. Rowland, Hospital Administration Handbook (Rockville, MD: Aspen Publishers, Inc., 1994), 377-405

