

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Managed Care

Secara umum dikatakan bahwa *managed care* adalah suatu pelayanan pemeliharaan kesehatan melalui suatu jaringan pelaksana pelayanan kesehatan yang diberi tanggung jawab untuk mengelola dan menyediakan pelayanan yang bermutu dan biaya yang efektif (Baldor, 1996). Sementara itu *The Health Insurance Association of America* (1995) menyebutkan *managed care* sebagai suatu sistem yang mengintegrasikan pembiayaan dan pemberian pelayanan kesehatan yang dibutuhkan kepada pesertanya melalui elemen-elemen sebagai berikut: adanya kontrak atau kerjasama dengan pelaksana pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan yang bersifat komprehensif bagi pesertanya, adanya standar dalam seleksi pelaksana pelayanan kesehatan, dan program formal untuk perbaikan mutu dan kajian utilisasi, adanya upaya untuk menjaga pasien tetap sehat untuk mengurangi pemanfaatan pelayanan serta adanya insentif bagi peserta yang menggunakan pelaksana pelayanan kesehatan dan prosedur yang ditetapkan.

Managed care (Managed Health Care) adalah sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan yang tepat dengan ciri-ciri sebagai berikut: kontrak dengan dokter atau rumah sakit yang terpilih untuk memberikan pelayanan komprehensif termasuk promosi dan prevensi kepada populasi peserta, pembayaran pada *provider* dengan sistem pembayaran prospektif

termasuk kapitasi, pembayaran premi per orang per bulan telah ditentukan sebelumnya, adanya kendali utilisasi dan mutu di mana dokter atau rumah sakit telah menerima kendali tersebut dalam kontrak, adanya insentif finansial bagi pasien untuk memanfaatkan provider dan fasilitas yang ditunjuk dan adanya risiko finansial bagi dokter ataupun rumah sakit (Mukti, 2004).

Kelahiran konsep *managed care* ini dilatarbelakangi oleh peningkatan biaya pelayanan kesehatan yang tidak terkendali melalui mekanisme asuransi kesehatan dengan sistem *indemnity* di Amerika Serikat. Pada tahun 1929 mulai diperkenalkan suatu upaya paket pemeliharaan kesehatan dengan berdasarkan pembayaran pra-upaya (*prepaid*). Selanjutnya antara tahun 1930 sampai 1960 tumbuh beberapa kelompok *prepaid group* maupun kelompok-kelompok dokter dan juga kelompok *health provider* yang juga menawarkan program pemeliharaan kesehatan *prepaid*. Pada tahun 1973 terbit Undang-undang tentang HMO (*HMO Act*), yang memberi dorongan kalangan swasta untuk mendirikan perusahaan yang mengelola pemeliharaan kesehatan dengan menerapkan konsep *managed care*.

Konsep dasar bentuk-bentuk *Managed Care Organization* itu dapat dikenali sebagai berikut :

1. HMO (*Health Maintenance Organization*)

HMO adalah sistem pemeliharaan kesehatan yang terorganisir, yang bertanggung jawab atas pembiayaan kesehatan (*financing of healthcare*) dan pemberian pelayanan kesehatan (*The delivery of care*) yang komprehensif, terhadap sekelompok masyarakat yang menjadi pesertanya (*enrolled population*) dengan

pembayaran pradana praupaya (*prepaid*) dalam jumlah yang tetap (*fixed fee*). Adapun prototipe dari HMO yang sering diperkenalkan adalah Kaiser Permanente Health Plan, di mana Kaiser Permanente Health Plan memiliki jaringan pelayanan kesehatan yang lengkap (RS, laboratorium, klinik, apotik, dan lain-lain), dengan dokter-dokter yang bekerja penuh waktu (staf model) serta pembayaran berdasarkan kapitasi (*capitation basis*).

2. PPO (*Preferred Providers Organization*)

PPO adalah sebuah lembaga/organisasi dari sekelompok profesi/dokter dan institusi kesehatan yang menyelenggarakan perjanjian (*contract arrangement*) dengan Perusahaan/Perusahaan Asuransi Kesehatan/HMO serta *third party administration* lainnya, pada sekelompok peserta sesuai dengan biaya yang disepakati bersama. Meskipun dokter-dokter tidak dalam posisi menanggung risiko seluruh pembiayaan kesehatan, dokter-dokter dapat memperoleh pembayaran atas dasar kapitasi, khususnya apabila terikat pada *IPA model (Independent Practice Association)*. Peranan dari PPO dalam hubungan dengan pihak ketiga, misalnya MCO, adalah menetapkan/memilih Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK), negosiasi tarif pelayanan, melaksanakan program menjaga mutu dan pemanfaatan pelayanan (*utilization review*). Meskipun demikian, dalam perembangannya PPO juga memungkinkan peserta untuk memilih PPK lain dengan menerapkan prinsip *cost sharing*.

3. IPA (*Independent Practice Association*)

IPA juga sering dikenal sebagai *Individual Practice Association* adalah sekelompok dokter (yang jumlahnya tidak besar) yang menyetujui untuk dapat melayani sekelompok peserta MCO. IPA dapat dalam bentuk *not for profit* maupun *for profit organization*, sekadar *partnership* dan lain sebagainya. Peranan IPA sering sangat penting dalam penyelenggaraan sebuah program MCO, baik dalam pemberian pelayanan kesehatan maupun menetapkan biaya pelayanan kesehatan, misalnya pelaksanaan konsep kapitasi pada dokter-dokter yang menjadi anggotanya. Selain itu, dengan adanya IPA, MCO juga dapat memperoleh garansi dalam pengendalian mutu pelayanan kesehatan (*quality assurance programme*) melalui (misalnya) program *peer review* dan bahkan penggunaan pelayanan kesehatan (*utilization review*).

4. IPO (*Independent Practitioner Organization*)

IPO adalah sebuah organisasi yang dibentuk oleh kalangan profesi dan masyarakat kedokteran untuk mengevaluasi kepesertaan mereka dalam program MCO. IPO tidak berperanan dalam kepesertaan seorang dokter dalam program MCO, tetapi lebih berperanan sebagai semacam *clearing house* bagi anggotanya untuk memperoleh informasi tentang perkembangan MCO dan lain-lain.

B. Kontrak dengan Provider

Kerjasama atau kontrak yang dilakukan oleh organisasi pengelola program pemeliharaan kesehatan dengan dokter atau rumah sakit serta fasilitas pelaksana pelayanan kesehatan yang lainnya adalah dalam rangka menyediakan fasilitas pelayanan bagi pesertanya. Dalam konsep *managed care* pengendalian biaya

dilaksanakan terutama melalui tempat di mana peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan.

C. Sistem Pembiayaan Prospektif

Yang dimaksud dengan sistem pembiayaan prospektif adalah bahwa harga atau besaran biaya pelayanan ditetapkan dimuka, sebelum pelayanan itu sendiri diberikan. Pembayaran prospektif ini dapat pula berupa biaya pelayanan dibayar di muka atas kesepakatan bersama antara organisasi penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dengan pelaksana pelayanan kesehatan. Bentuk-bentuk pembayaran di muka (*pre-payment/prospective payment*) bagi rumah sakit dapat berupa: sesuai dengan besaran tarif umum yang berlaku, potongan harga yang disepakati (*negotiated discount*), tarif paket harian (*per-diem*), ataupun tarif berdasarkan diagnosis penyakit (*DRG's*).

Sementara itu bentuk pembayaran di muka bagi dokter dapat berupa: sesuai harga tagihan (*billed charges*), potongan harga yang disepakati (*negotiated discount*), *fee schedule*, kapitasi ataupun dengan penggajian (*salary*) (Kongsvedt, 1989).

D. Pengendalian Utilisasi dan Mutu

Pengendalian utilisasi selalu dilaksanakan oleh organisasi pemeliharaan kesehatan, tidak saja untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan medik, tapi juga untuk pengendalian biaya dan memperbaiki mutu pelayanan. Manajemen utilisasi atau umum disebut sebagai kajian utilisasi, merujuk kepada proses pengkajian pemanfaatan sumber-sumber medik yang dibandingkan dengan

standar. Manajemen utilisasi (*utilization Management*) meliputi kajian prospektif, seperti surat jaminan perawatan/pelayanan sebelum masuk/dirawat di rumah sakit, pendapat kedua untuk tindakan bedah, serta protokol tindakan medik/terapi, kajian konkurens yang meliputi *continued stay review*, rencana pemulangan pasien, maupun *case management*, kajian retrospektif seperti: analisis pola praktek dokter, analisis variasi, pengembangan protokol terapi, penilaian hasil pelayanan, dan *Peer Review* (kajian sejawat) tentang pemanfaatan dan kualitas (Kongsvedt, 1989. Baldor, 1996).

Organisasi pemeliharaan kesehatan yang menerapkan konsep *managed care* juga menetapkan kriteria mutu (*Quality Criteria*). Kriteria mutu tersebut meliputi kriteria struktur, kriteria proses dan kriteria *outcome*. Kriteria struktur mencakup: persyaratan dokter (*Physician Credentialing*), akreditasi rumah sakit, dan penampilan fasilitas tersebut. Kriteria proses mencakup standar pelayanan medik yang menjadi acuan dalam pelayanan kesehatan. Sedang kriteria *outcome* meliputi waktu penyembuhan, frekuensi/beratnya komplikasi, serta kepuasan pasien (Kongsvedt, 1989).

E. Insentif dan Resiko Finansial bagi Peserta

Peserta akan mendapatkan insentif finansial berupa ditanggungnya seluruh biaya pelayanan atau tingkat iur biaya yang rendah jika menggunakan fasilitas pelayanan yang ditentukan. Sebaliknya dapat terjadi, organisasi pemeliharaan kesehatan tidak menanggung biaya pelayanan atau dikenakan iur biaya yang tinggi jika mendapatkan pelayanan di luar jaringan pelayanan yang ditetapkan (Kongsvedt, 1989. Baldor, 1996).

F. Risk and Profit Sharing

Sistem *Risk and Profit Sharing/RPS* (Pembagian Risiko dan Keuntungan)

pada dasarnya merupakan kesepakatan antara suatu organisasi pemelihara kesehatan dengan konsep *managed care* dengan penyedia pelayanan kesehatan. Kesepakatan itu meliputi dua hal :

1. Penyedia pelayanan kesehatan (PPK) menerima pembayaran prospektif (di muka) secara kapitasi untuk setiap peserta yang terdaftar pada PPK tersebut. Atas dasar pembayaran ini, PPK berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan sebagaimana ditentukan di dalam kontrak.
2. PPK sepakat akan turut menanggung risiko finansial yang disebabkan karena penggunaan berlebihan (*over utilization*) dan turut mendapatkan sebagian dari keuntungan yang didapat pada akhir masa kapitasi.

Dengan demikian baik penyedia pelayanan kesehatan maupun organisasi pemelihara kesehatan akan mempunyai dorongan yang sama untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan cara yang paling *cost-effective* dan efisien. Hal ini berlainan dengan cara pembayaran *fee for service* yang biasanya dilakukan oleh asuransi kesehatan tradisional, di mana badan asuransi kesehatan berusaha untuk membayar seminimal mungkin. Manfaat Asuransi *Risk and Profit Sharing* adalah pengendalian biaya agar dapat dilakukan secara terencana antara organisasi pemelihara kesehatan dengan penyedia pelayanan kesehatan.

G. Upaya Promotif dan Preventif

Upaya-upaya peningkatan kesehatan (*Health Promotion*), dilaksanakan melalui penyuluhan tentang gaya hidup sehat, serta menghindari/berhenti merokok, penyuluhan tentang gizi, pengurangan stress serta penyuluhan tentang perawatan masa hamil dan menyusui. Dalam upaya peningkatan kesehatan ini juga diberikan insentif terhadap mereka yang berupaya melaksanakan cara-cara hidup sehat, seperti, potongan harga untuk masuk sebagai anggota klub kesehatan, dll (Kongsvedt, 1989).

H. Landasan Teori

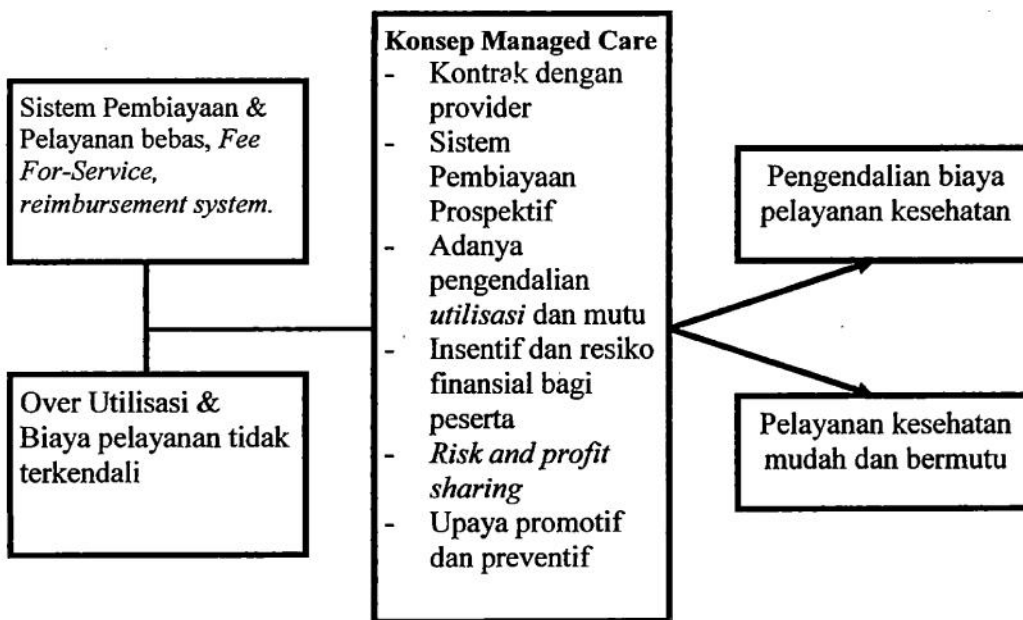
Managed care adalah suatu sistem yang mengintegrasikan sistem pembiayaan dan sistem pelayanan kesehatan, sehingga peningkatan biaya pelayanan kesehatan dapat dikendalikan. Integrasi sistem tersebut juga mengantarkan masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu dengan mudah.

Dalam upaya mewujudkan pengendalian biaya pelayanan kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mudah diakses kepada pesertanya, GMC Health Center UGM Yogyakarta menerapkan konsep *managed care* dalam pengelolaan programnya.

Sistem pelayanan kesehatan yang bebas, dengan sistem pembiayaan *fee for service* dan sistem asuransi kesehatan dengan sistem penggantian biaya akan mendorong terjadinya pemanfaatan yang berlebihan dengan biaya yang tidak terkendali. Melalui penerapan prinsip-prinsip konsep *managed care* akan dapat dicapai tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu dan mudah diakses dengan

biaya yang terkendali. Dalam penelitian ini yang diteliti adalah penerapan konsep-konsep *managed care* dalam program GMC Health Center UGM Yogyakarta.

Kerangka konsep penelitian penerapan konsep *managed care* dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola oleh GMC Health Center UGM Yogyakarta tersebut, dapat digambarkan sebagai berikut :



I. Pertanyaan Penelitian

Apakah semua prinsip-prinsip dalam konsep *managed care* dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola oleh GMC Health Center UGM Yogyakarta? Apakah pengembangan sistem pembiayaan dan sistem pelayanan kesehatan GMC Health Center UGM Yogyakarta tersebut disertai dengan upaya menjaga mutu yang merupakan salah satu ciri pokok dalam konsep *managed care*?

Bagaimana upaya-upaya promotif dan preventif dalam pemeliharaan kesehatan dilaksanakan?

Bagaimanakah bentuk hubungan antara GMC Health Center UGM Yogyakarta dengan para dokternya? Apakah para dokter tersebut mengetahui program dan prosedur pelayanan peserta? Apakah dalam kerjasama tersebut terdapat juga kesepakatan dalam menanggung resiko dan berbagi keuntungan secara jelas?

Demikianlah beberapa pertanyaan penelitian yang akan menjadi arahan bagi proses penelitian yang dilakukan.