

JAMINAN KESEHATAN DAN MANAGED CARE

Rachmad Suhandra

Abstrak. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN. Beberapa prinsip yang dianut pada JKN yakni prinsip gotong royong, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, efektivitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. *Managed care* adalah suatu system pembiayaan pelayanan kesehatan yang disusun berdasarkan jumlah anggota yang terdaftar dengan kontrol mulai dari perencanaan pelayanan serta meliputi kontrak dengan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelayanan yang komprehensif. Secara keseluruhan *managed care* menimbulkan reaksi positif dalam mengontrol pertumbuhan biaya pelayanan kesehatan. Pendekatan ini dapat mengurangi bahaya moral (*moral hazard*) terhadap pelayanan kesehatan yang tidak dibutuhkan oleh pasien sehingga mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat. *Managed care* ini berbeda dengan asuransi kesehatan *indemnity* tradisional. Dalam *managed care* pembayaran pada provider tidak berdasarkan *fee for service* dan *reimbursement*, akan tetapi besar biaya telah ditentukan dan dibayar untuk memberikan pelayanan yang komprehensif termasuk pelayanan preventif. (JKS 2015; 2: 104-113)

Kata kunci: JKN, *Managed Care*, Pelayanan Kesehatan

Abstract. The National Health Insurance (NHI) developed in Indonesia is part of the National Social Security System. Some of the principles adopted at JKN are the principle of mutual cooperation, nonprofit, transparency, prudence, accountability, efficiency, effectiveness, portability, participation is mandatory, a trust fund and management outcomes of the Social Security Fund. National Health Insurance Benefits include promotive, preventive, curative, and rehabilitative care including drugs and medical materials consumables according to medical need. *Managed care* is a health care financing system that is based on the number of members registered with the control from the planning services and includes contracts with health care providers for comprehensive service. Overall *managed care* cause a positive reaction in controlling the growth of health care costs. This approach can reduce *moral hazard* to health services that are not needed by the patient. *Managed care* is different from the traditional *indemnity* health insurance. In *managed care* payments to providers not based on *fee for service* and *reimbursement*, but the cost has been determined and paid to provide comprehensive services including preventive services. (JKS 2015; 2: 104-113)

Keywords: National health insurance (JKN), *Managed Care*, Health Services

Pendahuluan

Asuransi sosial dimulai di Jerman pada masa pemerintahan Bismarck (1883) dengan mewajibkan para pekerja untuk mengikuti asuransi sakit dengan pembiayaan melalui pajak penghasilan dengan nama *Social Health Insurance*.

¹ Rachmad Suhandra adalah Dosen Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala Banda Aceh

Asuransi di Jerman menggunakan pendekatan pasar pada asuransi swasta,

tetapi dengan subsidi negara. Besarnya premi berdasarkan persentase bergantung dari penghasilan peserta, sehingga akan terjadi subsidi silang antar peserta asuransi.¹ Inggris memulai sistem asuransi kesehatan sosial pertama pada 1991 yang berkembang menjadi *British National Health Service* (NHS) pada tahun 1946. Ciri-ciri NHS adalah pelayanan kesehatan

dilaksanakan oleh pemerintah, dan termasuk kategori model pelayanan kesehatan nasional. Pendanaan bersifat sentralistik dengan prinsip ekuitas berdasarkan kebutuhan serta status kesehatan setempat, sedangkan pelayanan bersifat desentralistik dengan dokter umum sebagai *gate keeper* yang bukan pegawai negeri. Jika diperlukan, pasien dapat dirujuk ke dokter rumah sakit (RS) yang merupakan pegawai negeri. Sistem pembayaran prospektif, dan untuk mengatasi permintaan yang berlebihan diberlakukan *co payment*.¹

Eropa mengasumsikan sistem pelayanan kesehatan berorientasi pasar, dan kurang lebih sepertiga pembiayaan kesehatan langsung dibayar oleh pasien. Sisanya berasal dari organisasi asuransi swasta yang *profit*, organisasi asuransi *not for profit* seperti *Health Maintenance Organization* (HMO). Sistem yang diterapkan pada HMO menerapkan praktek kelompok pelayanan kesehatan yang dibayar di muka berdasarkan kapitasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan. Pertengahan 1960-an diperkenalkan *Medicare* dan *Medicaid*. *Medicare* merupakan asuransi sosial bagi usia lanjut, sedangkan *Medicaid* merupakan asuransi bagi masyarakat miskin.¹

Kanada juga menganut asuransi kesehatan nasional *medicare* dengan pengertian yang berbeda, yaitu asuransi berbasis pada pemerintahan provinsi yang bersifat universal, komprehensif, independen dan *portable*. Individu dapat mentransfer perlindungan dengan mencari pelayanan ke provinsi lain dan intervensi pemerintah sangat kecil. Cara pembiayaan ini dapat menekan biaya serendah mungkin, meningkatkan efisiensi teknis dan alokasi sumber daya serta meningkatkan pendelegasian wewenang untuk pengambilan keputusan.¹

JPKM mengikuti pola *managed care* di Amerika dengan pembayaran prepaid

berdasarkan kapitasi dan pelayanan yang bersifat komprehensif meliputi **preventif**, **promotif**, **kuratif** dan **rehabilitatif**. Sementara ini baru puskesmas yang dicakup oleh pelayanan JPKM dengan dokter puskesmas sebagai *gate keeper*, dan saat ini mulai dikembangkan dokter keluarga yang diharapkan menjadi *gate keeper* pada masa yang akan datang.¹

Sebagaimana amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional maka dibentuk Badan penyelenggara Jaminan Sosial melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.²

Pada era otonomi daerah yang disertai dengan *desentralisasi* bidang kesehatan sebagai salah satu pelayanan dasar untuk mensejahterakan kesehatan masyarakat di daerah pemerintahan. Hal tersebut sebagaimana termuat dalam Undang – Undang No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah disebutkan bahwa salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah provinsi, kabupaten/kota adalah urusan penanganan bidang kesehatan.³

BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 dan merupakan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero).² Pada saat yang bersamaan JKA juga berubah menjadi JKRA.

Dalam pelaksanaannya, asuransi kesehatan sosial di Indonesia harus menerapkan *good governance* sebagai basis pelaksanaan, dan *managed care* sebagai upaya penjagaan mutu. *Good governance* dalam asuransi kesehatan mengandung pengertian tata kelola yang baik dalam system dan operasionalisasi asuransi kesehatan sosial. Tata kelola yang baik menjadi sangat penting dan prasyarat

kesuksesan pengembang asuransi kesehatan social dengan pendekatan *managed care*.⁴

Dalam Undang Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992, Asuransi atau pertanggungan didefinisikan sebagai perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan. Obyek asuransi itu sendiri dapat berupa benda dan jasa, jiwa dan raga, kesehatan manusia, tanggung jawab hukum, serta semua kepentingan lainnya yang dapat hilang, rusak, rugi dan atau berkurang nilainya.⁵

Asuransi kesehatan mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri (*out of pocket*), dalam jumlah yang sulit diprediksi dan kadang-kadang memerlukan biaya yang sangat besar. Untuk itu diperlukan suatu jaminan dalam bentuk asuransi kesehatan karena peserta membayar premi dengan besaran tetap. Dengan demikian pembiayaan kesehatan ditanggung bersama secara gotong royong oleh keseluruhan peserta, sehingga tidak memberatkan secara orang perorang. Tetapi asuransi kesehatan saja tidak cukup. Diperlukan Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Sosial (JKN) karena premi asuransi komersial relatif tinggi sehingga tidak terjangkau bagi sebagian besar masyarakat dan manfaat yang ditawarkan umumnya terbatas.⁶

Jaminan Kesehatan Nasional

Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No.40 tahun 2004). Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.⁶

Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN. Sistem ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.⁶

Ada beberapa perbedaan dari sistem asuransi social dibandingkan dengan asuransi komersil, yaitu:

Asuransi Sosial	Asuransi Komersil
Kepesertaan bersifat wajib yang berpotensi mencakup 100% penduduk (universal coverage) dan relative dapat menekan biaya pelayanan kesehatan.	Kepesertaan bersifat sukarela
Non profit	Profit
Manfaat komprehensif	Manfaat sesuai dengan premi yang dibayarkan

Ada beberapa prinsip yang dianut pada Jaminan Kesehatan Nasional, yakni sebagai berikut:⁵

1. Prinsip gotong royong

Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong-royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba
Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.
3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.
Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
4. Prinsip portabilitas
Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib
Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja

di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

6. Prinsip dana amanat
Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
7. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial
Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.⁶

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.⁶

Bila di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa: penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.⁶

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing dan rekredensialing.⁶

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:⁶

- Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai penge lolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri, Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPT HB), Polio, dan Campak.
- Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
- Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, namun masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:⁶

- Tidak sesuai prosedur
- Pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS
- Pelayanan bertujuan kosmetik
- *General check up*, pengobatan alternatif;

- Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi;
- Pelayanan kesehatan pada saat bencana
- Pasien Bunuh Diri /Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ Bunuh Diri/Narkoba.

Masyarakat cenderung memilih asuransi kesehatan untuk menanggung resiko kesehatan yang mungkin terjadi pada dirinya, dan jenis asuransi konvensional yang dipilih berdasarkan keinginan masing-masing. Kemudian muncul permasalahan, perusahaan-perusahaan asuransi tersebut mempengaruhi masyarakat untuk memilih pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan seharusnya. Managed care dibentuk sebagai suatu solusi dari permasalahan tersebut.¹¹

Asuransi kesehatan untuk penduduk Indonesia tersedia dari berbagai sumber. Askes merupakan asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil yang tertua dan terbesar di Indonesia diperkenalkan pada tahun 1968. Asuransi ini menanggung seluruh pegawai negeri sipil, pensiunan pegawai negeri sipil, pesiunan anggota militer, veteran dan keluarganya. Premi yang ditetapkan adalah 2% dari gaji bulanan dan langsung dipotong. Asuransi kesehatan kedua terbesar adalah Jamsostek yang menanggung pegawai swasta yang dimulai pada tahun 1992. Tanggungan asuransi kesehatan di Indonesia sangat rendah. Data yang berasal dari Susenas tahun 1998 menunjukkan hanya 14% dari seluruh populasi di Indonesia yang memiliki asuransi kesehatan dengan jenis apapun. Susenas tahun 2001 menunjukkan 20% dari seluruh populasi memiliki asuransi kesehatan, tetapi 6% di antaranya merupakan jaminan kesehatan yang diberikan pemerintah untuk masyarakat miskin.¹²

Proporsi dari penduduk Indonesia yang memiliki asuransi kesehatan relatif stabil dalam 10 tahun. Dapat disimpulkan bahwa perkembangan asuransi kesehatan berbanding lurus dengan pertumbuhan populasi.¹²

Setelah krisis ekonomi, pertumbuhan perusahaan asuransi swasta berkembang pesat karena peningkatan pelayanan kesehatan di sektor swasta. Hal ini menimbulkan tekanan bagi pemerintah, sehingga disusun suatu sistem finansial yang adil untuk pelayanan kesehatan. PT Persero yang berbasis profit-oriented, PT Askes dan PT Jamsostek ditransformasi menjadi korporasi publik non-profit. Jaminan Kesehatan Nasional akan menggunakan aset dari PT Askes dan PT Jamsostek. Pemerintah akan membayar kontribusi untuk rakyat miskin.¹²

Managed Care

Managed care adalah suatu sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang disusun berdasarkan jumlah anggota yang terdaftar dengan kontrol mulai dari perencanaan pelayanan serta meliputi kontrak dengan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelayanan yang komprehensif, penekanan agar peserta tetap sehat sehingga utilisasi berkurang, unit layanan harus memenuhi standar yang telah ditetapkan dan terdapat program peningkatan mutu pelayanan.¹

Menurut Sekhri (2000), *managed care* secara umum dapat diartikan sebagai pengaturan finansial dan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berkesinambungan.¹³ *Managed care* dibagi menjadi beberapa bentuk, yaitu:¹¹

a. HMO (*Health Maintenance Organization*)

HMO pertama kali diperkenalkan pada tahun 1970-an, yang menjelaskan tentang organisasi spesifik, dimana jaminan kesehatan, dokter dan rumah sakit berada dalam satu organisasi. Dokter biasanya bekerja di satu

gedung rumah sakit tersebut. Dalam bentuk ini, dokter mendapatkan gaji, perencana yang memiliki rumah sakit, pasien (kecuali pasien emergensi) harus menggunakan pembiayaan kesehatan sesuai peraturan rumah sakit.

HMO adalah satu bentuk *managed care* yang mempunyai ciri sebagai berikut (Djuhaeni, 2000):

1. Pembayaran premi didasarkan pada perhitungan kapitasi. Kapitasi adalah pembayaran terhadap penyelenggara pelayanan kesehatan berdasarkan jumlah sasaran anggota, biasanya didasarkan atas konsep wilayah dan bukan berdasarkan jumlah pelayanan yang diberikan. Dulu (HMO tradisional) dibayar *reimburse* berdasarkan *fee for service*.
2. Terikat pada lokasi tertentu.
3. Pembayaran *out of pocket* sangat minimal.
4. Ada dua bentuk HMO; *pertama*, HMO merupakan badan penyelenggara merangkap sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan sehingga kontrol lebih baik dan mengurangi utilisasi yang berlebihan. *Kedua*, HMO mengontrol penyelenggara pelayanan kesehatan.
5. Pilihan PPK terbatas, perlu waktu untuk menukar PPK.
6. Ada pembagian risiko dengan PPK.
7. Kendali biaya dan pemanfaatan tinggi.
8. Ada kemungkinan mutu pelayanan rendah.

Ada beberapa tipe HMOs, yaitu :

- *Staff-model* yaitu dokter secara langsung menjadi pegawai HMO dan diberikan imbalan dengan sistem gaji.
- *Group-model* yaitu HMO mengontrak dokter secara kelompok dan

biasanya didasarkan atas kapitasi.

- *Network-model* yaitu HMO mengontrak lebih dari satu grup dokter.
- *Individual Practice Assosiation* (IPA) yaitu HMO mengontrak sejumlah dokter dari beberapa jenis praktek dan biasanya didasarkan pada *fee for service*.

b. PPO (*Preferred Provider Organization*)

PPO memiliki kesamaan dengan IPA, tetapi lebih kepada memilih salah satu dari provider yang ada dan membuat persetujuan kontrak yang terfokus kepada harga. PPO dapat menarik lebih banyak pasien karena premi yang ditawarkan lebih rendah. Dokter dibayar dengan sistem *fee for service*, dengan negosiasi sebelumnya mengenai setiap pelayanan yang ditawarkan.

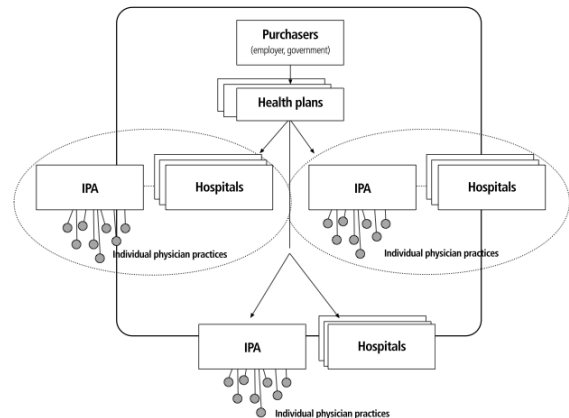
c. POS (*Point of Service*)

Sering disebut dengan HMO tanpa pembatas. POS memiliki sistem kapitasi untuk setiap pendaftar. Kompensasi POS adalah per pasien per tahun.

PPO dan POS merupakan bentuk *managed care* yang memberikan pilihan PPK yang lebih luas kepada konsumen yaitu *provider* yang termasuk dalam jaringan dan *provider* yang tidak termasuk dalam jaringan pelayanan sehingga harus dibayar penuh. Ciri-cirinya sebagai berikut :¹¹

1. Pelayanan bersifat komprehensif.
2. Kebebasan memilih PPK.
3. Insentif untuk menggunakan PPK murah.
4. Pembayaran PPK berdsarkan *fee for service* dengan potongan harga.
5. Pengeluaran *out of pocket* sedang.
6. Inflasi biaya relatif masih tinggi.
7. Ada kendali utilitas dan mutu.
8. Tumbuh paling cepat.

Berikut ini merupakan *flow-chart* yang menggambarkan sistem *managed care* horizontal.¹³



Gambar flow-chart sistem *managed care* horizontal (who)

Berikut ini merupakan hal yang paling sering dikomplein dari sistem *managed care*, yaitu:¹³

1. *Cost savings* (penghematan biaya)
Penghematan biaya yang diklaim oleh *managed care* dianggap tidak benar atau tidak berkelanjutan.
2. *Provider reimbursement*
Reimbursement rumah sakit dan kompensasi untuk dokter terlalu rendah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik
3. *Quality of care* (kualitas pelayanan)
Kualitas pelayanan yang diberikan oleh organisasi *managed care* di bawah standar, termasuk penolakan pelayanan, akses yang sulit untuk konsultasi dengan dokter spesialis dan batas waktu untuk rawat inap.

Secara keseluruhan *manage care* menimbulkan reaksi positif dalam mengontrol pertumbuhan biaya pelayanan kesehatan tanpa menimbulkan efek negatif terhadap kualitas pelayanan rumah sakit. Berikut keuntungan dari sistem *managed care*, yaitu:¹³

a. Manajemen penyakit

Dengan sistem *manage care*, sistem pembiayaan *fee for service* dimana *provider* membayar untuk suatu

penyakit, berubah ke sistem kapitasi dimana keuntungan dapat diperoleh jika penduduk dalam keadaan sehat. Pengobatan juga semakin efektif dengan melibatkan pasien dan keluarga pasien dalam menangani penyakit kronik dan melakukan promosi manfaat dari regimen obat yang digunakan. Selain itu, target utama lainnya adalah program manajemen penyakit seperti asma pada anak, diabetes, cedera tulang belakang, nyeri tulang belakang, penyakit ginjal kronik dan kesehatan mental dengan biaya yang masuk akal.

b. Pengukuran kualitas

Beberapa teknik digunakan dalam *managed care*, salah satunya adalah guideline yang berdasarkan praktik klinik terbaik, buku laporan yang berkualitas yang berisikan informasi mengenai *provider* dan kinerja rencana kesehatan dan evidence-based-medicines yang berhubungan dengan penemuan kedokteran mutakhir serta data efektivitas biaya. Protokol klinis yang dikembangkan oleh HMOs memiliki efek positif untuk memperbaiki kualitas. *Evidence-based-medicines*

memerlukan hal tersebut untuk mempromosikan kualitas pelayanan, baik dokter dan pasien dapat melakukan diskusi untuk meningkatkan kualitas dalam menentukan pengobatan yang akan dilakukan.

c. Penyelarasan insentif

Managed care melakukan beberapa cara untuk membayar *provider* dengan harga terbaik dan membuat kerangka agar pembiayaan kesehatan menjadi efektif, produktif dan berkualitas. Biaya juga dibatasi dengan cara mengeliminasi hal-hal yang tidak sesuai dan tidak penting dalam sistem pelayanan kesehatan.

Asuransi Kesehatan dan *Managed Care*

Managed care (Managed Health Care) adalah sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali mutu dan biaya dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Pendekatan ini dapat mengurangi bahaya moral (*moral hazard*) terhadap pelayanan kesehatan yang tidak dibutuhkan oleh pasien sehingga mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat. Pendekatan *managed care* mempunyai 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 system pembayaran prospektif termasuk kapitasi, pembayaran premi per orang per bulan telah ditentukan sebelumnya, adanya kendali utilisasi dan mutu dimana 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.¹⁴

Managed care ini berbeda dengan asuransi kesehatan *indemnity* tradisional. Dalam *managed care* pembayaran pada *provider* tidak berdasarkan *fee for service* dan *reimbursement*, akan tetapi besar biaya telah ditentukan dan dibayar untuk memberikan pelayanan yang komprehensif termasuk pelayanan preventif seperti perawatan anak, imunisasi, *papsmears* dan lain-lain.¹⁴ Tidak seperti asuransi *indemnity*, *managed care* memberikan pelayanan promotif dan preventif. Dengan demikian dapat dipandang bahwa *managed care* merupakan kombinasi dari perusahaan asuransi kesehatan dan system pemberian pelayanan kesehatan.

Jika asuransi kesehatan tradisional hanya bertanggungjawab memberikan *reimbursement* pada peserta atas biaya pelayanan kesehatan maka *managed care* juga bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan bagi peserta. Konsekuensinya *managed care* harus menjamin akses pelayanan kesehatan, manajemen kualitas dan kesesuaian pelayanan peserta.¹⁵

Berikut merupakan tabel perbedaan antara asuransi konvensional dengan *managed care*:¹

Konvensional	Managed Care
Menghindari kerugian	Meningkatkan status kesehatan
Cara penentuan premi dengan <i>experience rating</i> yaitu risiko dihitung dengan memakai data biologis individu. Orang risiko tinggi akan membayar lebih mahal	Menggunakan <i>community rating</i> yaitu risiko dihitung berdasarkan <i>data community</i>
Tidak ada <i>cost containment</i>	Ada <i>cost containment</i>
Tidak ada manajemen utilisasi	Ada manajemen utilisasi
<i>Risk transfer</i>	<i>Risk sharing</i>
Risiko terpilih	Komprehensif

Kesimpulan

Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No.40 tahun 2004). Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.⁶

Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN. Sistem ini diselenggarakan melalui mekanisme

Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.⁶

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.⁶

Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh (JKRA) adalah suatu jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada seluruh penduduk Aceh yang iurannya dibayar oleh pemerintah Aceh dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan dari Pemerintah.¹⁰

Managed care adalah suatu system pembiayaan pelayanan kesehatan yang disusun berdasarkan jumlah anggota yang terdaftar dengan kontrol mulai dari perencanaan pelayanan serta meliputi kontrak dengan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelayanan yang komprehensif, penekanan agar peserta tetap sehat sehingga utilisasi berkurang, unit layanan harus memenuhi standar yang telah ditetapkan dan terdapat program peningkatan mutu pelayanan.¹

Daftar Pustaka

1. Djuhaeni, Henni. 2007. *Asuransi Kesehatan dan Manage Care*. Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjajaran: Bandung.
2. Badan Penyelenggara Jaminana Sosial Kesehatan. *Pedoman Umum Tata Kelola yang Baik (Good Governance) BPJS Kesehatan*.
3. LAN. 2011. *Kajian Efektivitas Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh*

- (JKA). Banda Aceh: Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV LAN Aceh.
4. Mukti, G. A. (2007). *Good Governance dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Manajemen Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UGM.
5. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian
6. Tim Sosialisasi dan Advokasi JKN. *Buku Pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
7. Putri, Asih Eka. 2014. *Paham BPJS Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta: Kantor Perwakilan Indonesia
8. Ulinuha, Fuzna Elsa. 2014. Kepuasan Pasien BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Terhadap Pelayanan di Unit Rawat Jalan (URJ) Rumah Sakit Permata Medika Semarang Tahun 2014. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro.
9. Badan Penyelenggara Jaminana Sosial Kesehatan. *Buku Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan*.
10. Peraturan Gubernur Aceh Nomor 21 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh.
11. Phelps CH. Managed Care. In: Health Economics. Chapter 11. 2010. USA: Pearson. p.366-375.
12. Thabrany H. Politics of National Health Insurance of Indonesia: A New Era of Universal Coverage. Presented at the 7th European Conference on Health Economics. 2008. Rome, Italy: NHI Indonesia. p.1-10
13. Sekhri NK. Managed Care: The US Experience. In: Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78 (6). p. 830-843. Available from: [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)830.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)830.pdf)
14. Mukti, G. A. (2007). *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*. Yogyakarta: Manajemen Kebijakan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UGM.
15. Barnum, W. H., & Kutzin, J. (1993). *Hospital Cost and Efficiency*. London: John Hopkins University Press.