

**MANAGED CARE**  
Ade Heryana, SSt, MKM  
Dosen Prodi Kesmas, Universitas Esa Unggul  
Email: heryana@esaunggul.ac.id

## **PENDAHULUAN**

Belum diperoleh data yang pasti mengenai perkembangan *managed care* di Indonesia. Namun dalam sebuah rilis di media massa, salah satu perusahaan asuransi swasta besar di Indonesia melaporkan bahwa kontribusi produk *managed care* terhadap premi selama kuartal-III tahun 2017 mencapai 60% dari total premi. Perkembangan produk asuransi kesehatan berbentuk *managed care* makin bertambah karena skema ini memiliki keunggulan dibanding asuransi kesehatan indemnititas, dengan menerapkan kontrak selektif (*selective contracting*).

## **SELECTIVE CONTRACTING**

Menurut *Dictionary of Health Insurance and Managed Care*, kontrak selektif atau *selective contracting* adalah jenis kontrak asuransi kesehatan yang memungkinkan perusahaan asuransi mengembangkan sistem kontrak yang kompetitif bagi pelayanan kesehatan (Marcinko & Hetico, 2006). Dengan jenis kontrak ini, perusahaan asuransi dapat menekan biaya untuk memberikan pelayanan kepada beberapa pasien.

Menurut Morissey (2008) secara sederhana *selective contracting* mengandung arti bahwa ada provider yang menjalankan (menandatangani) kontrak dan ada yang tidak. Dengan demikian, insurer setuju untuk membayar hanya kepada layanan Rumah Sakit dan Dokter yang diajukan oleh sekelompok kecil rumah sakit, dokter, ahli terapi, dan apotik.

## **PENGERTIAN MANAGED CARE**

Definisi managed care menurut Marcinko & Hetico (2006) ada tiga pengertian antara lain:

1. Suatu sistem yang mengintegrasikan asuransi kesehatan, pembiayaan dan fungsi pelayanan kesehatan termasuk *risk sharing* dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan dan menentukan jaringan provider (PPK);

2. Suatu sistem pembiayaan kesehatan atau pelayanan kesehatan yang dirancang agar sebuah *plan* asuransi kesehatan dapat mengontrol dan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan dengan mewajibkan anggotanya untuk menekan belanja kesehatan dan meningkatkan kualitas
3. Suatu pendekatan terhadap pemberian pelayanan kesehatan dan pemberian manfaat, yang dirancang dengan mengintegrasikan pengelolaan dan koordinasi pelayanan dengan pembiayaan, yang diharapkan dapat mempengaruhi utilisasi, biaya, kualitas, dan hasil.

Dari definisi di atas, Managed Care merupakan sebuah sistem yang menggabungkan antara pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan upaya-upaya untuk memindahkan risiko sehingga diperoleh efisiensi dalam pemberian pelayanan kepada pasien. Sering orang menyebutnya sebagai asuransi kesehatan modern. Green & Rowell (2011) menyatakan managed care dibentuk untuk mengembangkan suatu metode/cara yang dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang terjangkau dan komprehensif (menyeluruh) bagi pasien atau anggota managed care.

Managed care pertama kali berkembang di Amerika Serikat pada tahun 1973 yang ditandai dengan lahirnya peraturan yang disebut dengan *Health Management Organization Act of 1973*. Peraturan ini memberi kewenangan kepada pemerintah federal untuk menghimpun dana atau memberikan pinjaman untuk mengembangkan *Health Management Organizations* atau HMOs.

## **ORGANISASI MANAGED CARE**

Organisasi yang menyelenggarakan managed care dapat dilakukan oleh rumah sakit, kelompok dokter, health plan (produk asuransi kesehatan), bahkan sistem kesehatan (health system). Organisasi ini bertanggung jawab terhadap kesehatan anggota atau kelompok pasien yang mendaftar managed care. Organisasi managed care disebut juga Managed Care Organization (MCO).

Metode pembayaran pelayanan kesehatan kepada organisasi penyelenggara managed care menggunakan metode kapitasi (*capitation payment*). Dengan metode ini, MCO akan memperoleh pembayaran tetap setiap periode waktu tertentu, tanpa memperhatikan jumlah pasien yang berkunjung atau menerima pelayanan kesehatan. Artinya jika MCO pada periode waktu tertentu membutuhkan biaya yang nilainya lebih kecil dari jumlah kapitasi maka dikatakan menerima profit/keuntungan, dan sebaliknya.

Terdapat beberapa ciri khas atau karakter dari sistem managed care dibanding dengan asuransi kesehatan tradisional, yaitu:

1. Peran fasilitas pelayanan primer sebagai Gatekeeper

Dalam managed care, seluruh pasien harus melalui pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang ditunjuk. Peran FKTP antara lain bertanggung jawab terhadap pengawasan dan koordinasi pelayanan kesehatan, menyetujui dan memberikan surat rujukan kepada fasilitas kesehatan tingkat rujukan lanjut (FKTRL). Dengan demikian peran FKTP adalah sebagai gatekeeper agar pelayanan kesehatan yang diberikan berbiaya rendah, tidak pelayanan yang irasional, dan memiliki sistem rujukan pelayanan yang sesuai.

2. Terdapat kendali mutu dan kendali biaya

Dalam managed care, penyelenggara akan secara rutin melakukan pengawasan terhadap mutu pelayanan (quality control) yang diberikan oleh organisasi managed care. Pengukuran kualitas pelayanan diselenggarakan sesuai dengan standar mutu pelayanan kesehatan. Misalnya pengawasan oleh lembaga berwenang, survey kepuasan pasien, data keluhan pasien, dan penilaiain oleh lembaga independen.

Metode lain dalam kendali mutu dan biaya adalah dengan menerapkan manajemen utilitas (utility management). Pembahasan tentang ini dapat dibaca pada weblog penulis.

## **JENIS MANAGED CARE**

Menurut Green & Rowell (2011) terdapat enam jenis atau model dari pelayanan dengan managed care, yaitu: 1) *Exclusive provider organization (EPO)*; 2) *Integrated delivery sistem (IDS)*; 3) *Health maintenance organization (HMO)*; 4) *Point-of-Service plan (POS)*; 5) *Preferred provider organization (PPO)*; dan 6) *Triple option plan*.

1. **Exclusive Provider Organization (EPO)**

EPO adalah jenis managed care yang memberikan manfaat pelayanan kesehatan menggunakan jaringan provider (*network provider*) kepada anggota yang membutuhkan. Jaringan provider adalah sekelompok dokter atau fasilitas pelayanan kesehatan yang menjalankan kontrak dengan managed care, biasanya pembayaran dengan cara *fee-for-service* atau FFS. Model ini merupakan model yang paling banyak diterapkan di Indonesia. BPJS Kesehatan menerapkan model EPO yakni pelayanan kesehatan kepada pasien diberikan oleh faskes yang telah melakukan kerjasama.

## 2. Integrated Delivery System (IDS)

IDS adalah jenis managed care yang ditawarkan kepada sekelompok orang/pasien oleh sekelompok provider (seperti: rumah sakit, klinik rawat jalan, atau kelompok dokter). Model ini terdiri dari:

- a. *Physician-Hospital Organization* (PHO). Pada model ini provider kesehatan, dokter, dan fasilitas pelayanan kesehatan melakukan negosiasi dengan perusahaan asuransi, organisasi penyelenggara managed care, atau penyelenggara jaminan kesehatan lainnya, untuk memberikan pelayanan kesehatan.
- b. *Management Service Organization* (MSO). Pada model ini yaitu rumah sakit, asosiasi dokter, atau pihak ketiga menjalankan pelayanan kesehatan. Kontrak managed care dilakukan antara pihak pembayar (misalnya perusahaan, kelompok orang) dengan rumah sakit atau dokter. Kontrak umumnya berisi skedul pembayaran, penanganan administrasi pelayanan, dan penagihan.
- c. *Group Practice Without Walls* (GPWW). Pada model ini sekelompok dokter yang memiliki lisensi/ijin membentuk badan hukum untuk memberikan pelayanan kesehatan. Pengertian *group practice* adalah sekelompok orang yang memiliki kewenangan (lisensi) untuk menjalankan praktik medis di suatu wilayah.
- d. *Integrated Provider Organization* (IPO). Pada model ini dibentuk sebuah badan hukum untuk menawarkan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit, dokter (sebagai karyawan IPO), dan fasilitas kesehatan lainnya (misal: klinik)
- e. *Medical foundation*. Pada model ini managed care dijalankan organisasi nirlaba yang menjalankan kontrak dengan klinik

## 3. Health Maintenance Organization (HMO)

Merupakan bentuk managed care yang menanggung dan memberikan pelayanan kesehatan secara komprehensif kepada pasien yang terdaftar dalam program managed care. HMO juga menyelenggarakan program pencegahan kesehatan untuk meningkatkan “wellness” atau kesehatan, dan mengurangi biaya pengobatan. Seseorang yang akan menjadi anggota HMO harus menjalani pemeriksaan kesehatan tahunan (annual MCU) dan penilaian risiko kesehatan. Biasanya pembayaran menggunakan skema copayment. Terdapat dua jenis HMO, yaitu:

- a. Closed-panel HMO, yaitu bentuk managed care dengan pelayanan kesehatan disediakan oleh organisasi HMO baik klinik sendiri atau klinik satelit atau oleh dokter yang secara khusus bagian dari HMO. Terdiri dari 1) Group Model HMO dan 2) Staff Model HMO

- b. Opened-panel HMO yaitu bentuk managed care dengan pelayanan kesehatan disediakan oleh individu-individu yang bukan merupakan bagian dari atau sebagai karyawan dari HMO. Terdiri dari dua jenis: 1) Direct contract model HMO; 2) Individual Practice Association (IPA) model; dan 3) Network model HMO.

#### **4. Point-of-Service plan (POS)**

Bentuk managed care yang memberi kebebasan kepada pasien untuk memilih pelayanan kesehatan yang akan dikunjunginya, bisa kepada pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan managed care, atau pelayanan kesehatan yang ditentukan sendiri oleh pasien. Pembayaran kepada pelayanan kesehatan yang tidak bekerjasama dengan managed care akan lebih mahal dibanding yang bekerjasama

#### **5. Preferred Provider Organization (PPO)**

Bentuk managed care yang ditandai dengan adanya gabungan kelompok dokter dan rumah sakit yang melakukan kontrak kerjasama dengan perusahaan asuransi, perusahaan, dan organisasi pelayanan kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan harga yang ekonomis tertentu secara *fee-for-service*.

#### **6. Triple Option plan**

Bentuk managed care yang memberikan pilihan pemeriksaan kesehatan kepada pasien lebih banyak dibanding model managed care lainnya. Disebut juga *cafeteria plan* atau *flexible benefit plan*.