

EVALUASI PENERAPAN KONSEP MANAGED CARE DALAM PROGRAM PT (PERSERO) ASURANSI KESEHATAN INDONESIA KANTOR CABANG SUMATERA BARAT

EVALUATION OF MANAGED CARE CONCEPT IMPLEMENTATION IN THE PROGRAM OF PT ASKES KANTOR CABANG SUMATERA BARAT

Sjarifuddin H. Sani¹, Johana E.Prawitasari,² dan Ali Ghufroon Mukti³

¹Kepala PT. ASKES Kantor Cabang Sumatera Barat

²Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada

³Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, a company which managed health service program for its members, has applied the concept of managed care in managing its program since 1980. By applying the managed care concepts on its program, PT ASKES is able to deliver health service with controlled cost for its members. It is important to evaluate how PT ASKES Cabang Sumatera Barat applies the concept of managed care in managing its program, and what kind of principles of managed care concept has been implemented. The type of this survey was a descriptive survey using a qualitative and quantitative approaches with cross sectional design. The subject of this research consisted of operational functionary of PT ASKES Kantor Cabang Sumatera Barat, and the physicians (GP's, Dentists and Specialists MD) who delivered health service to the members of PT ASKES. This research used Focus Group Discussion (FGD), document assessed, and structured questionnaire. The analysis was conducted to identify the principles of managed care concept implemented in managing the program of PT ASKES Sumatera Barat. The result of this research showed that not all of the principles of managed care concept had been implemented in the program. The principle of comprehensive benefit package, delivery services by selected providers, prospective pricing and prospective payment were already implemented. The principles of utilization review and utilization management and health promotion were implemented partially. However, the principle of quality criteria was not yet implemented. In addition some of the physicians complained that PT ASKES paid them lower than usual tariff. It is suggested that PT ASKES Sumatera Barat to apply all principles of managed care concept to its program, especially on the principle of utilization review, quality criteria and health promotion to its members. It is also suggested to improve communication and relation with its providers. It is important that PT ASKES Sumatera Barat to enhance the knowledge and understanding of PT ASKES program, pricing system, payment and procedures of health services for the physicians.

Key words: Managed Care - ASKES

PENGANTAR

Pada tahun 1987 Bank Dunia mengeluarkan sebuah publikasi yang berjudul "*Financing Health Services in Developing countries : an Agenda for Reform*", yang dilanjutkan dengan tahun 1993 dengan memilih kesehatan sebagai pokok bahasan *World Development Report*. Melalui publikasi dan pokok bahasan tersebut, Bank Dunia mengemuka-

kan fakta-fakta yang menunjukkan diperlukannya peningkatan sumber daya untuk meningkatkan status kesehatan melalui pendekatan di luar sektor pelayanan kesehatan. Peningkatan sumber daya di luar sektor kesehatan yang direkomendasikan antara lain peningkatan dana asuransi kesehatan, serta peningkatan pemerataan pelayanan kesehatan melalui realokasi sumber daya pemerintah dari pelayanan

kuratif tersier ke program-program kesehatan masyarakat dan pelayanan klinik dasar. Sistem asuransi kesehatan yang direkomendasikan adalah sistem asuransi kesehatan yang adil, disertai upaya untuk meningkatkan efisiensi melalui peningkatan mutu pelayanan.

Sementara itu data terakhir Departemen Kesehatan menunjukkan, bahwa biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk kesehatan memperlihatkan peningkatan yang berarti. Pada tahun anggaran 1987/1988 realisasi pengeluaran kesehatan berjumlah Rp 627.700 juta atau Rp3.700,- per kapita, meningkat menjadi Rp 4.560.793,40 juta atau Rp 22.313,- per kapita di tahun 1997/1998. Meskipun terjadi peningkatan dalam realisasi biaya pelayanan kesehatan, dibanding dengan negara lain pengeluaran untuk pembiayaan pelayanan kesehatan tersebut masih lebih rendah. Demikian juga halnya dengan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, baik dalam arti proses maupun *outcome* masih belum memuaskan.¹

Tantangan terhadap akses, pemerataan, peningkatan biaya dan tuntutan kualitas pelayanan kesehatan akan makin diperberat dengan adanya realitas perubahan demografi, sosial ekonomi dan perubahan pola penyakit. Akses terhadap pelayanan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor geografis, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi masyarakat. Perkembangan teknologi kedokteran, umur harapan hidup serta bergesernya pola penyakit dari penyakit infeksi kronis ke penyakit degeneratif dan kardiovaskular berpengaruh pula dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat.

Untuk menjawab tantangan-tantangan tersebut dibutuhkan suatu mekanisme yang dapat menggabungkan sistem pembiayaan dan sistem pelayanan sekaligus. Dibutuhkan suatu sistem pembiayaan yang dapat mengendalikan peningkatan biaya pelayanan, dan di sisi lain sistem pelayanan dapat memberikan pelayanan yang bermutu terhadap masyarakat, serta mudah diakses.

Konsep *managed care* yang semula tumbuh dan berkembang di Amerika Serikat menarik perhatian, karena menunjukkan kemampuannya dalam

mengendalikan peningkatan biaya pelayanan kesehatan, khususnya di negara maju. Sebelum diberlakukannya konsep *managed care*, dalam dua dasawarsa kenaikan biaya pelayanan kesehatan melampaui angka inflasi atau kenaikan barang konsumsi lainnya. Selanjutnya dengan perkembangan penerapan konsep *managed care* tersebut di Amerika Serikat, masyarakat dapat mengendalikan peningkatan biaya pelayanan sehingga untuk pertama kali terjadi kenaikan premi asuransi kesehatan lebih rendah dari inflasi umum.²

Di Indonesia, pelaksanaan beberapa program pemeliharaan kesehatan telah mengarah pada penerapan konsep *managed care* tersebut, seperti yang dilaksanakan oleh PT Askes, PT Jamsostek dan beberapa Badan Penyelenggara (Bapel) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) lainnya. Hanya oleh karena tingkat kesiapan beberapa pihak, baik dari *demand side* (masyarakat), maupun *supply side* (*provider*) perkembangannya masih belum seperti yang diharapkan.¹ Beberapa prinsip dalam konsep *managed care* telah dilaksanakan oleh organisasi pelaksana program pemeliharaan kesehatan tersebut. Misalnya adanya kontrak dengan dokter atau rumah sakit yang terpilih untuk memberikan pelayanan komprehensif, melaksanakan program promosi dan prevensi kepada populasi peserta, memberlakukan sistem pembiayaan pada *provider* dengan sistem pembayaran prospektif, pembayaran premi per orang per bulan yang telah ditentukan sebelumnya berdasarkan kapitasi. Juga adanya pengendalian utilisasi dan mutu ketika dokter atau rumah sakit telah menerima kendali tersebut dalam kontrak. Selanjutnya adanya insentif finansial bagi pasien untuk memanfaatkan *provider* dan fasilitas yang ditunjuk serta adanya resiko finansial bagi dokter atau rumah sakit.³

PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, sebuah BUMN di lingkungan Departemen Kesehatan, sejak kurang lebih tahun 1980 telah melaksanakan dasar-dasar konsep *managed-care*. Pelaksanaan konsep tersebut dimulai dengan introduksi konsep kapitasi pada pelayanan tingkat pertama, tarif paket RS (*Prospective pricing* dan *Pre-payment*), pelayanan dokter keluarga sebagai *gate-*

keeper, serta sistem rujukan di dalam pemberian pelayanan kesehatan pada peserta Askes /BPDPK. Selanjutnya pada tahun 1992 dikembangkan konsep *Total - capitation* secara nasional.⁴ Beberapa kebijakan lain yang mendukung operasional PT Askes antara lain adalah pemanfaatan sarana kesehatan pemerintah, pengembangan sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan serta pemanfaatan standar harga obat.

Melalui pelaksanaan pengelolaan program tersebut PT Askes berhasil mengendalikan peningkatan biaya pelayanan kesehatan. Pada tahun 1982/1983 sampai dengan tahun 1984/1985 (periode 3 tahun), kenaikan biaya pelayanan kesehatan untuk peserta Askes adalah sebesar 48% atau rata-rata 16% per tahun. Kenaikan biaya pelayanan kesehatan tersebut kemudian turun menjadi rata-rata sebesar 7,1% per tahun pada tahun 1986 sampai dengan 1990. Selanjutnya dengan diberlakukannya konsep *total capitation* peningkatan biaya pelayanan tersebut turun lagi menjadi rata-rata 6,3% per tahun pada periode 1991 sampai 1993.⁵

PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, yang selanjutnya disebut sebagai PT ASKES, sebagaimana disebutkan di atas adalah suatu Badan Usaha Milik Negara (BUMN) di lingkungan Departemen Kesehatan, yang mengelola Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri, Penerima Pensiun, Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya dan peserta lainnya. Sejarah PT ASKES ini dimulai sejak tahun 1968, berdasarkan Ketetapan Presiden nomor 230 dengan bentuk organisasi Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan. Bentuk organisasi berupa Badan tersebut kemudian berubah menjadi bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti pada tahun 1984. Selanjutnya pada tahun 1992 Perum Husada Bhakti tersebut berubah bentuk menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia.

Kepesertaan dalam program PT ASKES ini semula bersifat wajib bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Pada tahun 1991 kepesertaan tersebut dikembangkan dengan dimungkinkannya pegawai Badan Usaha Milik

Negara, Badan Usaha Milik Daerah dan Badan lainnya beserta anggota keluarganya untuk mengikuti program PT ASKES dengan sifat kepesertaan secara sukarela.

Sejak tahun 1991 kebijaksanaan sistem pembiayaan dan sistem pelayanan kesehatan juga diterapkan terhadap peserta sukarela, meskipun kebijakan prioritas pemanfaatan fasilitas pelayanan berbeda. Fasilitas untuk pelayanan peserta wajib menggunakan Puskesmas sebagai *gate keeper* dan memprioritaskan rumahsakit pemerintah untuk pelayanan rujukan. Bagi peserta sukarela, dokter umum praktek mengadakan kerjasama dengan PT ASKES yang bertindak sebagai *gate keeper* (dokter keluarga) dan dapat menggunakan RS swasta untuk pelayanan rujukan.

PT ASKES Kantor Cabang Sumatera Barat adalah salah satu Kantor Cabang dari PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia dengan wilayah kerja meliputi Daerah Tingkat I Propinsi Sumatera Barat, terdiri 14 Daerah Tingkat II. Kantor Cabang ini termasuk Kantor Cabang Klas B dengan membawahi 4 Kantor Perwakilan Cabang.

Pengelolaan program PT ASKES Kantor Cabang Sumatera Barat mengikuti arah dan kebijaksanaan yang ditetapkan oleh Kantor Pusat. Sistem pelayanan kesehatan menerapkan konsep *gate keeper* yang diperankan oleh Puskesmas dan dokter keluarga, serta melaksanakan konsep rujukan. Sistem pembiayaan pelayanan kesehatan menerapkan sistem kapitasi, sistem paket, meskipun pada pelayanan peserta sukarela, sebagian masih menerapkan sistem pembiayaan *fee for service*.

PT ASKES Sumatera Barat mempunyai karyawan sebanyak 58 orang, ditambah dengan 16 orang pegawai kontrak. Pegawai tersebut terdistribusi pada Kantor Cabang sebanyak 18 orang pegawai ditambah 3 orang pegawai kontrak. Sedang sisanya yaitu 40 orang pegawai ditambah 14 orang pegawai kontrak bekerja pada 4 Kantor Perwakilan Cabang. Distribusi pegawai terbanyak adalah di KPC Padang dan KPC Bukittinggi, yaitu 13 orang pegawai ditambah 6 orang pegawai kontrak di KPC Padang, dan 13 orang pegawai ditambah 3 orang pegawai kontrak di KPC Bukittinggi. Sementara di KPC

Solok dan Payakumbuh masing-masing hanya mempunyai pegawai 8 dan 6 orang, ditambah pegawai kontrak sebanyak 3 orang (Solok) dan 2 orang (Payakumbuh).

Sampai dengan akhir Desember 1996, jumlah Peserta wajib adalah sebanyak 169.318 orang dengan jumlah jiwa sebanyak 458.218 orang. Sementara jumlah peserta sukarela adalah sebanyak 5.754 orang yang berasal dari 66 Badan Usaha.

Pada akhir tahun 1997 jaringan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang tersedia untuk melayani peserta wajib adalah sebanyak 199 unit Puskesmas ditambah dengan 54 unit Puskesmas dengan tempat perawatan dan 687 unit Puskesmas Pembantu. Untuk Dokter keluarga bagi peserta sukarela telah diadakan kerjasama dengan 16 Dokter umum praktek. Untuk pelayanan spesialisik dan rawat Inap, tersedia 2 buah RS kelas B, 6 buah RS Kelas C, 7 buah RS kelas D dan 1 buah RS Khusus (Kelas E) Jiwa, BKMM dan RS ABRI 2 buah. Untuk Peserta sukarela ditambah dengan 13 orang Dokter Spesialis praktek dan 10 buah RS Swasta telah bekerjasama dengan PT Askes Sumatera Barat. Pelayanan obat dan kacamata diberikan oleh 20 buah apotik dan 14 buah optik, sementara pelayanan darah untuk transfusi diberikan oleh 2 UP Transfusi Darah PMI.

Managed care sebagai suatu sistem yang mengintegrasikan sistem pemberian pelayanan dan pembiayaan kesehatan mampu menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mudah diakses dengan biaya pelayanan kesehatan yang dapat dikendalikan. PT ASKES, termasuk Kantor Cabang Sumatera Barat, dalam pengelolaan programnya menerapkan prinsip-prinsip konsep *managed care*, di satu sisi memang mampu mengendalikan peningkatan biaya pelayanan kesehatan pesertanya. Namun di sisi lain masih dipertanyakan apakah upaya pengembangan sistem pembiayaan dan pelayanan tersebut disertai dengan upaya-upaya menjaga mutu pelayanan? Apakah semua prinsip-prinsip dalam konsep *managed care* telah dilaksanakan oleh PT ASKES Sumatera Barat.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi penerapan konsep *managed care* yang diterap-

kan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan oleh PT. ASKES Sumatera Barat.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian survei deskriptif yang menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif, rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* untuk data kuantitatif.

Subjek penelitian pada penelitian ini terdiri dari para pejabat operasional PT Askes Kantor Cabang Sumatera Barat dan para Dokter, baik dokter umum, dokter gigi maupun dokter spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta PT Askes tersebut. Jumlah sampel untuk para dokter adalah kurang lebih 200 orang dari jumlah 597 orang dokter yang ada di Sumatera Barat. Sampel yang diambil adalah sampel purposif, dengan penetapan jumlah memakai rumus dari Lemeshow dan Lwange. Berdasarkan rumus tersebut besar sampel dengan $d = 0,04$ dengan tingkat kepercayaan 95% didapat jumlah sampel sebanyak 114, sehingga jumlah sampel 200 tersebut sudah memenuhi. Pejabat operasional PT Askes yang dilibatkan adalah semua pejabat operasional di Kantor Cabang, yaitu para Kepala Bidang dan para Kepala Kantor Perwakilan Cabang (KPC).

Alat penelitian yang digunakan disesuaikan dengan sifat data yang dikumpulkan, yaitu terdiri dari data kualitatif dan kuantitatif. Data kualitatif dikumpulkan melalui cara diskusi kelompok terarah (DKT) dan mempelajari dokumen tertulis yang memuat tentang aturan dan ketentuan operasionalisasi PT Askes Kantor Cabang Sumatera Barat. Data kuantitatif dikumpulkan melalui kuesioner terstruktur yang disampaikan kepada para responden yang terdiri dari para dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis yang memberikan pelayanan kepada peserta Askes di Sumatera Barat.

Diskusi kelompok terarah yang dilaksanakan dalam penelitian ini digunakan untuk mengumpulkan pendapat kelompok pejabat PT Askes Kantor Cabang Sumatera Barat dalam mengelola programnya. Peserta DKT terdiri atas para kepala Kantor Perwakilan Cabang (KPC) dan kepala Bidang di lingkungan PT Askes Kantor Cabang Sumatera

Barat yang homogen dalam tingkat struktur jabatan. Peserta diskusi diminta untuk mengungkapkan pendapat mereka yang berhubungan dengan materi diskusi. Hasil diskusi tersebut dicatat dan pada akhir diskusi dibacakan kepada peserta.

Materi diskusi meliputi prinsip-prinsip konsep *managed care* antara lain tentang sistem pelayanan kesehatan yang diberlakukan terhadap peserta Askes Sumatera Barat, tentang sistem pembiayaan pelayanan, cara pembayaran serta lama proses penagihan sampai dengan pembayaran tagihan biaya pelayanan. Materi lain yaitu bentuk hubungan kerja antara PT ASKES Sumatera Barat dengan pelaksana pelayanan kesehatannya (PPK), kriteria yang digunakan PT ASKES Sumatera Barat dalam pemilihan PPK tersebut. Kuesioner yang disampaikan kepada para dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis, antara lain berupaya untuk mengungkapkan data tentang bentuk hubungan antara PT Askes Sumatera Barat dengan para dokter tersebut. Selain itu juga ditanyakan bentuk kegiatan PT ASKES Sumatera Barat untuk membina pelaksana pelayanan kesehatan, khususnya para dokter tersebut. Sistem pembiayaan, penetapan besaran biaya dan cara pembayaran biaya pelayanan yang diberlakukan oleh PT ASKES Sumatera Barat kepada para dokter tersebut juga diungkapkan tentang persepsi para dokter tersebut dalam melayani peserta Askes, serta upaya menjaga mutu dan manajemen pemanfaatan yang dilaksanakan oleh PT ASKES Sumatera Barat terhadap para dokter tersebut merupakan item penting dalam kuesioner.

Pengukuran validitas dan reliabilitas kuesioner hanya dilaksanakan untuk menilai tingkat penerimaan (akseptabilitas) atau pemahaman pertanya-

an-pertanyaan yang ada dalam kuesioner tersebut. Uji coba kuesioner dilaksanakan para dokter (umum, gigi dan spesialis) di salah satu Kantor Perwakilan Cabang, yaitu KPC Solok. Jumlah responden untuk uji coba tersebut sebanyak 30 orang, dengan jumlah kuesioner yang kembali sebanyak 27. Beberapa pertanyaan yang menimbulkan pengertian yang berbeda atau kurang jelas diadakan perbaikan.

Setelah selesai uji coba, dilaksanakan kemudian penyebaran 210 angket kepada para dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis sebagai responden. Data yang dikumpulkan dari dokumen meliputi data tentang cakupan/paket dan sistem pelayanan yang diberlakukan terhadap peserta Askes. Dipelajari pula tentang ketentuan-ketentuan yang berhubungan dengan sistem pembiayaan, prosedur dan tata cara penagihan dan pembayaran tagihan biaya pelayanan. Selain itu juga diteliti tentang ketentuan yang berhubungan dengan pembentukan jaringan pelayanan. Aturan yang mengatur tentang penanganan keluhan dan kegiatan penyuluhan serta kegiatan-kegiatan pembinaan peserta lainnya juga dipelajari dari dokumen.

Data yang diperoleh dari dokumen tersebut dianalisis dengan cara membandingkannya dengan prinsip-prinsip konsep *managed care* dari sumber kepustakaan bersama dengan data yang diperoleh dari DKT dan jawaban dari responden.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian melalui diskusi kelompok terarah, mempelajari dokumen dan jawaban kuesioner dibandingkan dengan prinsip-prinsip yang terdapat dalam konsep *managed care* dari sumber kepustakaan diuraikan dalam Tabel 1.

Tabel. 1 Perbandingan tentang konsep *managed care* menurut Kepustakaan, Hasil DKT, Dokumen PT Askes dan Jawaban Responden

Konsep <i>managed care</i> menurut kepustakaan	Operasionalisasi program PT Askes Sumatera Barat hasil DKT dan Dokumen	Operasionalisasi program PT Askes berdasar jawaban responden
Kontrak/Kerjasama dengan pelaksana pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan komprehensif.	Pelaksana pelayanan kesehatan ditunjuk berdasarkan ketentuan pemerintah, untuk peserta sukarela pelaksana pelayanan kesehatan berdasarkan kerjasama. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta bersifat komprehensif	Sebanyak 51,9% responden menyatakan melayani peserta Askes karena kewajiban, 31,8% melayani peserta Askes atas dasar kerja sama
Adanya insentif dan resiko finansial bagi peserta dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.	Pelayanan kesehatan di luar jaringan atau tidak mengikuti prosedur yang ditetapkan, dapat berakibat biaya pelayanan tidak ditanggung PT Askes. Pelayanan kesehatan pada jaringan pelayanan dan mengikuti prosedur yang ditetapkan, biaya pelayanan menjadi tanggungan PT Askes Sumatera Barat.	
Pembayaran bersifat prospektif, yaitu tarip telah ditetapkan di muka sebelum pelayanan diberikan. Bisa juga biaya pelayanan tersebut dibayar di muka. Bentuk-bentuk pembayaran prospektif ini antara lain: Sesuai tarip yang berlaku umum, potongan harga yang disepakati, DRG's, tarip paket, kapitasi, dll.	Tarip pelayanan telah ditentukan sebelum pelayanan diberikan. Untuk pelayanan peserta wajib, tarip pelayanan ditetapkan oleh pemerintah. Tarip pelayanan peserta sukarela ditetapkan berdasar kesepakatan. Bentuk-bentuk sistem pembiayaan berupa: kapitasi, tarip paket, tarip sesuai yang berlaku umum, potongan harga yang disepakati.	Responden dibayar dengan sistem kapitasi, 19,7% dibayar dengan sistem paket, dan 11,9% dibayar dengan <i>fee-for service</i> . Sebanyak 15,7% responden tidak tahu tentang sistem apa mereka dibayar. Cara pembayaran dengan dibayar di muka dijawab oleh 6,6%. Sebanyak 41,4% menjawab dibayar setelah mengajukan tagihan. Responden menyatakan dibayar otomatis pada bulan
Upaya peningkatan kesehatan dilaksanakan melalui penyuluhan tentang gaya hidup sehat.	Sistem kapitasi pada rawat jalan tingkat pertama dibayar di muka, sebelum pelayanan diberikan. Penyuluhan kesehatan tentang cara-cara hidup sehat dilaksanakan oleh PPK. Diselenggarakan seminar ilmiah populer bagi peserta resiko tinggi.	berikutnya sebanyak 31,8%. Sebanyak 18,7% menjawab tidak tahu cara pembayaran PT Askes. Sebanyak 53,5% responden menyatakan memberikan penyuluhan pada saat konsultasi, hanya 22,2% melaksanakan penyuluhan kelompok. Dan 17,7% responden menyatakan

	<p>Dari dokumen dinyatakan bahwa penyuluhan diarahkan kepada peningkatan kesadaran peserta akan hak dan kewajibannya dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Penyuluhan dilaksanakan dengan kerja sama yang erat dengan unit terkait. Pesan yang disampaikan diutamakan kepada pengertian tentang pelaksanaan program PT Askes serta anjuran untuk melaksanakan tindakan promotif, preventif dan <i>self care</i>.</p>	<p>tidak pernah memberikan penyuluhan tentang cara-cara hidup sehat.</p>
<p>Adanya kriteria mutu yang meliputi kriteria struktur, kriteria proses dan kriteria outcome. Kriteria struktur meliputi persyaratan dokter, akreditasi rumahsakit, dan penampilan dari fasilitas pelayanan tersebut. Kriteria proses berupa standar pelayanan medik yang menjadi acuan dalam pelayanan kesehatan. Kriteria <i>outcome</i> meliputi waktu penyembuhan, frekuensi/beratnya komplikasi serta kepuasan pasien.</p>	<p>Kriteria struktur dalam penunjukan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah tidak jelas terungkap (tidak ada). Demikian juga kriteria struktur dalam pemilihan dokter dan rumahsakit dalam pelayanan peserta sukarela. Standar pelayanan medik mengikuti standar pelayanan yang berlaku di fasilitas pelayanan yang bersangkutan. Tidak ditemukan adanya standar pelayanan medik yang dibuat bersama antara PT Askes Sumatera Barat dengan PPK. Pelayanan obat berpedoman kepada Daftar Obat (DPHO) yang ditetapkan oleh PT Askes. PT Askes mempunyai standar pelayanan non medik yang berada di bawah kendali PT Askes.</p>	
<p>Kajian pemanfaatan atau manajemen pemanfaatan meliputi kajian prospektif, konkurens dan retrospektif.</p>	<p>Pasien yang dirawat inap memerlukan surat keterangan perawatan (Sertifikasi pra-admisi).</p>	<p>Sebanyak 43% responden menyatakan tidak pernah ada pertemuan dengan manajemen PT Askes Sumatera Barat pada tahun 1997.</p>
<p>Kajian prospektif meliputi: sertifikasi pra admisi, pendapat kedua untuk tindakan bedah, serta protokol tindakan medik/terapi.</p>	<p>Surat keterangan memerlukan pelayanan khusus /canggih. Prokol terapi untuk pelayanan obat-obatan khusus. Tidak dijumpai adanya keharusan</p>	<p>Dari 49,5% yang menyatakan ada pertemuan dengan manajemen PT Askes, hanya 3,5% mengatakan bahwa acara pertemuan tersebut berupa evaluasi pelayanan.</p>

<p>Kajian konkurens meliputi: kajian perawatan berlanjut, rencana pemulangan pasien, dan manajemen kasus. Kajian retrospektif meliputi analisis pola praktek dokter, pengembangan protokol terapi, penilaian hasil pelayanan dan kajian kolega tentang pemanfaatan dan kualitas.</p>	<p>mendapatkan pendapat kedua untuk tindakan bedah. Menurut dokumen, kajian utilisasi adalah evaluasi pelayanan kesehatan. Evaluasi tersebut berupa pertemuan antar PPK yang diselenggarakan oleh PT Askes untuk membahas penyajian data pelayanan kesehatan dari PPK tersebut.</p>	<p>Sebanyak 36,4% responden menjawab tidak pernah dikunjungi petugas Askes, hanya 15,2% menjawab rutin dikunjungi setiap bulan oleh petugas Askes.</p>
<p>Konsep berbagi resiko dan keuntungan antara pengelola program pemeliharaan kesehatan dengan <i>provider</i> dilaksanakan melalui sistem pembiayaan. Insentif finansial akan diterima oleh dokter atau rumahsakit dan PPK lainnya dapat memberikan pelayanan kesehatan yang</p>	<p>Sistem pembiayaan terutama sistem kapitasi dan paket. Hanya sebagian kecil masih memakai sistem <i>fee-for-service</i>.</p>	<p>Sebanyak 72,2% responden belum pernah mendengar tentang konsep berbagi resiko dan keuntungan. Sebanyak 29,8% responden menyatakan PT Askes Sumatera Barat telah melaksanakan konsep berbagi resiko dan keuntungan tersebut.</p>
<p>efisien. Hal ini terjadi karena kontrak pembiayaan tidak tergantung kepada frekuensi pemanfaatan (sistem kapitasi), volume (sistem budget, paket harian) atau-pun waktu pemanfaatan (DRG's). Sebaliknya <i>provider</i> juga dapat menanggung resiko finansial jika tidak efisien dalam memanfaatkan sumber daya.</p>		

PT. ASKES Sumatera Barat memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) kepada pesertanya melalui jaringan pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan. Hal ini sesuai dengan salah satu prinsip dalam konsep *managed care* baik menurut The Health Insurance Association of America maupun yang dikemukakan oleh Baldor.⁶³

Sistem pembiayaan yang diberlakukan oleh PT ASKES Sumatera Barat terhadap pelaksana pelayanan kesehatan telah ditetapkan di muka, sebelum pelayanan diberikan. Hal ini sesuai dengan prinsip

pembiayaan prospektif dalam konsep *managed care* yang menyebutkan bahwa harga pelayanan kesehatan telah ditetapkan sebelum pelayanan diberikan.⁷ Sistem pembiayaan yang diberlakukan oleh PT ASKES Sumatera Barat berupa kapitasi, tarip paket, sesuai dengan tarip yang berlaku umum dan potongan harga yang disepakati.

PT ASKES Sumatera Barat belum mempunyai kriteria tentang penetapan suatu fasilitas pelayanan kesehatan untuk ditunjuk menjadi pelaksana pelayanan kesehatan. Standar pelayanan medik mengikuti apa yang ditetapkan oleh fasilitas pelayanan

tersebut, serta belum mempunyai standar waktu penyembuhan, frekuensi/beratnya komplikasi dan kepuasan pasien dalam mendapatkan pelayanan dari suatu fasilitas pelayanan. Hal ini tidak sesuai dengan prinsip kriteria mutu dalam konsep *managed care*. Dalam konsep *managed care*, prinsip kriteria mutu meliputi kriteria struktur, kriteria proses dan kriteria keluaran.⁷ Kriteria struktur meliputi persyaratan dokter, akreditasi rumahsakit dan penampilan fasilitas pelayanan tersebut. Kriteria proses berupa standar pelayanan medik yang menjadi acuan dalam pelayanan kesehatan. Kriteria keluaran meliputi waktu penyembuhan, frekuensi/beratnya komplikasi serta kepuasan pasien. PT ASKES Sumatera Barat mempunyai standar pelayanan medik, seperti standar waktu pembuatan kartu peserta, penyelesaian tagihan, dan lain-lain. Di samping itu PT Askes juga memberlakukan DPHO (Daftar dan Plafon Harga Obat) dalam pelayanan obat kepada pesertanya.

Kajian pemanfaatan yang dilaksanakan oleh PT. Askes Sumatera Barat hanya berupa sertifikasi pra admisi, protokol terapi untuk beberapa penyakit yang termasuk dalam kajian prospektif. Rencana pemulangan pasien, maupun manajemen kasus yang termasuk dalam kajian konkuren belum dilaksanakan oleh PT. Askes Sumatera Barat.

Perbedaan antara konsep *managed care* menurut sumber kepustakaan dengan operasionalisasi pada program PT Askes Sumatera Barat dari pembahasan tersebut di atas adalah :

1. Hanya sebagian cakupan pelayanan kesehatan komprehensif pada program PT Askes, diselenggarakan oleh jaringan pelayanan kesehatan yang berdasarkan kerja sama. Pelayanan kesehatan untuk peserta wajib berdasarkan kewajiban karena ketentuan pemerintah.
2. Sistem pembiayaan prospektif telah dilaksanakan oleh PT Askes Sumatera Barat melalui sistem pembiayaan kapitasi, paket, potongan tarif yang disepakati dan sebagian masih *fee for service*.
3. Upaya peningkatan kesehatan tidak jelas dilaksanakan oleh PT Askes Sumatera Barat. Kalau-

pun kegiatan ini diserahkan kepada PPK, pada kenyataannya tidak semua PPK melaksanakan kegiatan ini.

4. Tidak dijumpai adanya penyelenggaraan kriteria mutu, terutama mutu pelayanan kesehatan di lingkungan PT Askes Sumatera Barat. Kriteria penetapan dokter maupun rumah sakit yang merupakan kriteria Struktur tidak dijumpai. Demikian juga prosedur pelayanan kesehatan hanya berupa DPHO, protokol terapi untuk terapi dan pemeriksaan khusus.
5. Kajian pemanfaatan prospektif berupa sertifikasi pra admisi diberlakukan di lingkungan PT Askes Sumatera Barat. Tidak ditemukan adanya keharusan memerlukan pendapat kedua untuk setiap tindakan bedah. Kajian konkuren tidak ditemukan, sedang kajian retrospektif berupa evaluasi pelayanan tidak sepenuhnya dilaksanakan oleh PT ASKES Sumatera Barat.
6. Konsep berbagi resiko dan keuntungan antara PT Askes Sumatera Barat dengan PPK dilaksanakan, tetapi para PPK banyak yang belum memahami tentang konsep ini.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan tentang penerapan konsep *managed care* dalam program PT Askes di Kantor Cabang Sumatera Barat dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Belum seluruh konsep *managed care* dilaksanakan oleh PT Askes Sumatera Barat. Beberapa prinsip yang telah dilaksanakan antara lain kontrak kerja sama dengan jaringan pelayanan, sistem pembiayaan prospektif, insentif dan resiko finansial bagi peserta dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Upaya peningkatan kesehatan dan kajian utilisasi hanya sedikit dilaksanakan oleh PT Askes Sumatera Barat. Khusus kajian utilisasi hanya berupa evaluasi pasca pelayanan (retrospektif) dan sertifikasi pra admisi (prospektif). Kajian pemanfaatan konkuren belum dilaksanakan.

3. Kriteria mutu dalam pelayanan kesehatan belum dilaksanakan, yang sudah dilaksanakan adalah standarisasi pelayanan non medik.
4. Konsep berbagi resiko dan keuntungan antara PT. Askes dengan PPK telah dilaksanakan melalui sistem pembiayaan dalam pelayanan kesehatan. Belum semua PPK memahami tentang pelaksanaan konsep berbagi resiko dan keuntungan ini.
5. Hambatan dalam pengelolaan program menurut persepsi pengelola yakni belum dipahaminya secara utuh oleh PPK tentang program yang dikelola oleh PT. Askes. Tarif pelayanan peserta wajib di fasilitas pemerintah yang sangat jauh selisihnya dengan tarif yang berlaku bagi pasien umum selalu dikeluhkan oleh manajemen rumah sakit dan dokter spesialis.
6. Masih ada sebagian PPK yang merasa melayani peserta Askes merugikan, karena tarif pelayanan yang terlalu rendah, sehingga merasa Askes disubsidi oleh RS.
7. Masih ada para dokter yang tidak mengetahui dan memahami prosedur pelayanan bagi peserta Askes.

Saran

Mengingat bahwa konsep *managed care* bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan yang terjangkau dengan biaya yang terkendali dan bermutu, maka disarankan kepada PT. Askes Sumatera Barat untuk

1. a) Meningkatkan pengelolaan program dengan lebih mengarah terselenggaranya konsep *managed care* dalam program PT. Askes Sumatera Barat. b) Melaksanakan kajian utilisasi baik yang bersifat prospektif, konkuren maupun retrospektif, mengarah kepada terbentuknya tim/panitia kajian utilisasi. c) Secara bertahap minimal dalam satu tahun sekali melakukan program evaluasi pelayanan bersama-sama dengan para dokter yang memberikan pelayanan dan merupakan bagian dari kajian retrospektif. d) Melaksanakan prinsip kriteria mutu yang sesuai dengan konsep *managed care*, baik yang berhubungan dengan struktur, proses, maupun *outcomes*, melalui penetapan kriteria fasilitas pelayanan yang dipilih untuk bekerjasama, menyusun standar pelayanan medik bersama para dokter.
2. Melaksanakan upaya kegiatan peningkatan kesehatan melalui penyuluhan tentang cara-cara hidup sehat. Jika kegiatan ini diselenggarakan oleh PPK, maka harus ada petunjuk yang jelas bagi PPK tersebut untuk melaksanakan kegiatan ini.
3. Melaksanakan kegiatan untuk memberikan pengetahuan secara terus menerus kepada para dokter tentang program, prosedur dan sistem pembiayaan PT. Askes, sehingga *provider*, khususnya para dokter mendapatkan pengertian dan pemahaman yang utuh tentang program PT. Askes. Kegiatan ini dapat dilaksanakan terjadual melalui pertemuan berkala dengan para dokter yang memberikan pelayanan kepada peserta PT. Askes Sumatera Barat.
4. Mengusulkan kepada Kantor Pusat PT. Askes untuk memperbaiki struktur/besaran tarif pelayanan, terutama tarif pelayanan pada RS Pemerintah untuk pelayanan peserta wajib yang ditetapkan oleh Pemerintah. Kerjasama antara PT. Askes Sumatera Barat dengan RS, maupun ketentuan-ketentuan yang berhubungan dengan sistem pembiayaan, besaran tarif, dan prosedur pelayanan disebar luaskan informasinya kepada para dokter yang memberikan pelayanan di RS tersebut.
5. Selain itu disarankan juga kepada yang berminat untuk meneliti lebih lanjut antara lain bentuk hubungan PT. Askes dengan *provider*nya, seperti RS, apotik, dll. Penelitian yang berhubungan dengan penyelenggaraan program PT Askes di Sumatera Barat dapat juga dilakukan, seperti tingkat kepuasan *provider* PT. Askes dalam melayani peserta Askes, demikian juga penelitian tentang tingkat pengetahuan dan pemahaman *provider* terhadap program PT. Askes.

KEPUSTAKAAN

1. Mukti, A.G. Berbagai Pengalaman Managed Care di Indonesia, makalah dalam Cyberspace International Seminar, UGM, Yogyakarta, 1997.
2. Simon, C.J., and Boom, P.H. Physician Earning in A Changing Managed Care Environment, Health Affair, Vol-15, Number 3, 1966.
3. Baldor, A.R. Managed Care made simple, Blackwell Science, Inc, 1996.
4. -----, Managed Care, Konsep Dasar. Program Menjaga Mutu dan Sistem Pembiayaan Kesehatan Prospektif, PT Askes Publ. Jakarta, 1997.
5. Sulastomo. Asuransi Kesehatan. Konsep Dasar dan Perkembangannya, PT Askes Publ. Jakarta, 1966.
6. The Health Insurance Association of America. Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care, Washington DC, 1995.
7. Kongsvedt, P.R. The Managed Health Care Handbook, An Aspen Publ, 1989.