



MODUL
MANAGED CARE BAGIAN A
(MCA)

BAB 1 – MEMPERKENALKAN MANAGED
CARE

Januari 2026

© PAMJAKI Academy 2026. All rights
reserved.



Faiza Kamalia

QCRO, CFP, AAK, CHIA, AAAIJ, LCACC, ACC



Work Experience

- Independent Consultant for EB and Health Insurance (Present)
- FWD Insurance Indonesia (2019 – 2024)
- AXA Mandiri Financial Services (2014 – 2019)
- INHEALTH Mandiri (2008 – 2014)
- BPJS Kesehatan d/h PT Askes Persero (2002 – 2008)
- Lecturer at Faculties / Universities for Insurance (Health)

Organization Experience

- Secretary General 2026 – 2027
- Treasury of PAMJAKI 2023 - 2027
- Panel of Experts of PAMJAKI
- Head of L&D of PAMJAKI 2018 - 2023

Education History

Actuarial Associate Degree from University of Indonesia
Public Health Graduate from University of Indonesia



INTRODUKSI

TANTANGAN HEBAT (MASALAH):

- Menekan Laju Inflasi / Biaya
- Memperluas Akses
- Keputusan Kesehatan Dan Kualitas Pelayanan Kurang Baik

LEBIH DARI 35 JUTA ORANG AS TANPA COVERAGE ASURANSI KESEHATAN

MASALAH UTAMA : BIAYA DAN AKSES

PELAYANAN TERKENDALI :

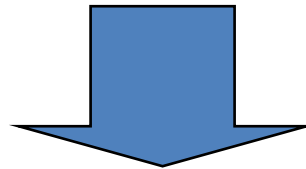
- Sistem Penyelenggaraan
- Sistem Pembiayaan



SISTEM PEMBIAYAAN DI AMERIKA (TRADISIONAL)

Menerapkan Sistem Pembiayaan Swasta, yaitu :

- Membayar Premi
- Membayar Klaim Atas Dasar FFS
- Membayar Pertanggungungan Atau Manfaat (*Benefit*) Sesuai Ketentuan Atau Kerugian Yang Diperjanjikan (*Covered Loss*)



Biaya makin mahal,
Ada yang tidak punya jaminan



FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBUTUHAN MC

- 1. Tidak Ada Insentif Bagi PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) dan Konsumen Bila Menerapkan Pelkes Yang Efisien**
- 2. Kurangnya Koordinasi Dalam Manajemen Penyakit Kronis/ Serius**
- 3. Harapan / Tuntutan Masyarakat Terlalu Tinggi Dan Tidak Ada Upaya Untuk Gaya Hidup Sehat**
- 4. Teknologi Baru (Biaya Mahal, Tidak Seimbang Dengan Benefit)**
- 5. Kurangnya Tanggung Jawab Individu Dalam Memelihara Gaya Hidup Sehat**
- 6. Berkembangnya Teknologi Dan Obat Yang Mahal Tetapi Manfaat Tidak Signifikan**
- 7. Pergeseran Penyakit Infeksi Ke Penyakit Kronis (Jiwa) / Jangka Panjang, Populasi Usia lanjut Semakin Besar**



FAKTOR LAIN YANG MEMPENGARUHI MASALAH KESEHATAN:

- **KELEBIHAN / KEKURANGAN SUMBER DAYA DI WIL TERTENTU**
 - ✓ **SDM, TEKNOLOGI, TT RS**
- **PRAKTEK KESEHATAN DEFENSIF**
- **FRAUD DAN ABUSE**
- **HAMBATAN PERATURAN DALAM PENGENDALIAN BIAYA**
- **DATA TIDAK MEMADAI :**
 - ✓ **Kesulitan Memantau Kinerja PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan)**
 - ✓ **Efektifitas Biaya Teknologi**
 - ✓ **Analisa Standar Praktek**



PERUBAHAN KOMPONEN

- **SISI DEMAND / KONSUMEN: PESERTA**
- **SISI SUPPLIER : PROVIDER (Dokter, Institusi Pelkes)**
- **SISI PEMBAYAR : ORGANISASI ASURANSI KESEHATAN**
- **SISI REGULATOR : PEMERINTAH**



PERUBAHAN KONSUMEN

- **MORAL HAZARD:** Orientasi Pelkes Mahal, Tidak Efisien
- **TINGGINYA DEMAND:** Akibat Buruknya Respon Terhadap Pencegahan
- **ANGGAPAN:** Sistem Medis Akan Menyembuhkan Semua Penyakit
- **ASIMETRIS INFORMASI DOKTER – PASIEN :**
 - ☛ Konsumen Tidak Memiliki Pengetahuan Dalam Pengambilan Keputusan
 - ☛ Dokter Pengendali Tunggal



PERUBAHAN PPK / PROVIDER

- PPK PERANAN KUNCI DALAM PENETAPAN SUMBER DAYA MEDIS
- DOKTER TIDAK MEMPUNYAI INSENTIF UNTUK PEDULI BIAYA
- SISTEM FFS TIDAK MENDORONG PENGENDALIAN BIAYA
- CENDERUNG MEMAXIMALKAN PELKES / OVER UTILIZATION
 - Insentif Finansial
 - Insentif Non Finansial
- PENGOBATAN : TIDAK EFEKTIF BIAYA



INSENTIF NON FINANSIAL

- **Menyenangkan Pasien**
- **Untuk Meyakinkan Pelayanan Kesehatan “Bermutu”**
- **Tekanan untuk Mengurangi Ketidakpastian**
- **Ancaman Mal Praktek**
- **Keinginan Mencoba Teknologi Baru**

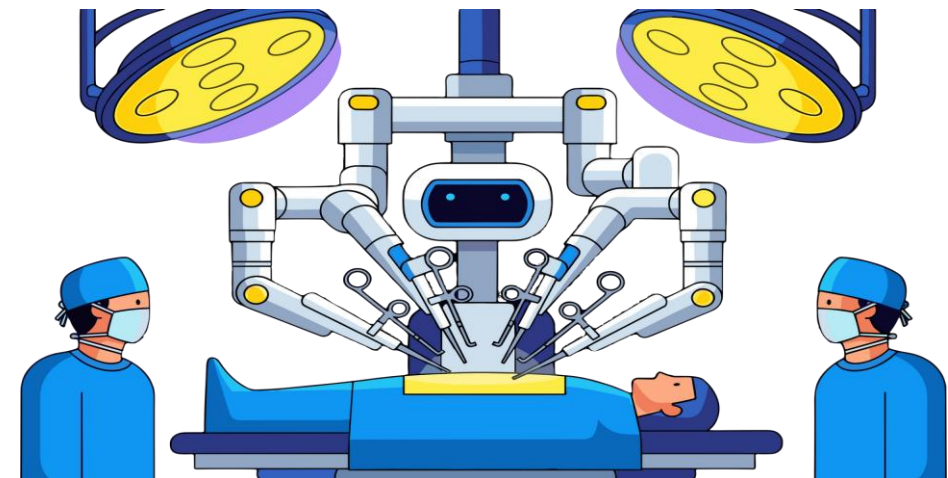


TEKNOLOGI BARU

- Menggunakan Sumber Daya Lebih Besar
- Sumbangan Kecil Pada Perbaikan Status Kesehatan Secara Umum
 - Teknologi diagnostik meningkatkan kemampuan untuk mengidentifikasi masalah medis, tanpa banyak menambah kapasitas untuk memperbaiki kesehatan pasien
- Meningkatkan Kemampuan Mengidentifikasi Masalah Medis Tanpa Banyak Menambah Kapasitas Memperbaiki Kesehatan
- Bermanfaat Dalam Memperbaiki Kesejahteraan Pasien, Namun Hanya Menyumbang Sedikit Pada Perbaikan Status Kesehatan

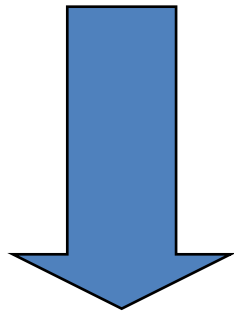


Meningkatkan Biaya

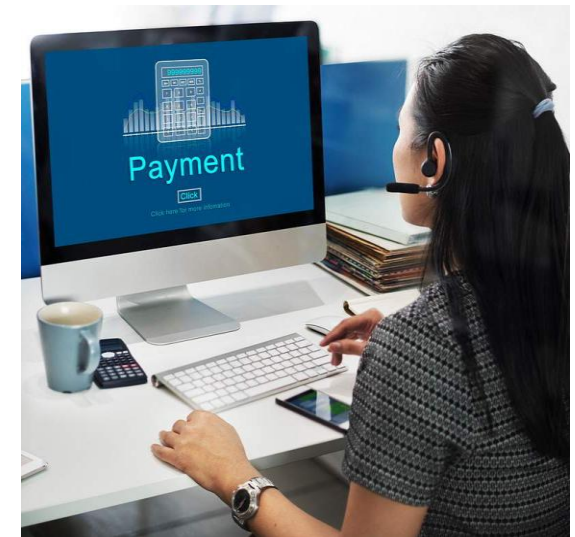


DAMPAK PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM BAGI RS

- BERKURANGNYA PASIEN
- PERGESERAN KE RAWAT JALAN
- KESUKARAN MEMPERTAHANKAN / MENAMBAH STAF (HUB RS – DR Sp)



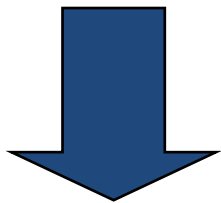
- MEMPERLUAS RUJUKAN UNTUK MENJAMIN SPESIALIS



PERUBAHAN PEMBAYAR

ASURANSI TRADISIONAL :

- FFS, KLAIM / GANTI RUGI → Konsumen Di Dorong Untuk Tidak Efisien Dan Kepedulian Thd Biaya Kecil
- FFS → Biaya Administrasi Tinggi, karena Sistem Asuransi Tradisional Mendorong Variasi Pilihan Dan Fleksibilitas
- Mengarahkan Pada Pengobatan Penyakit, Bukan Pencegahan Atau Intervensi Dini



SISTEM ASURANSI YANG LEBIH EFISIEN



PERUBAHAN PEMERINTAH

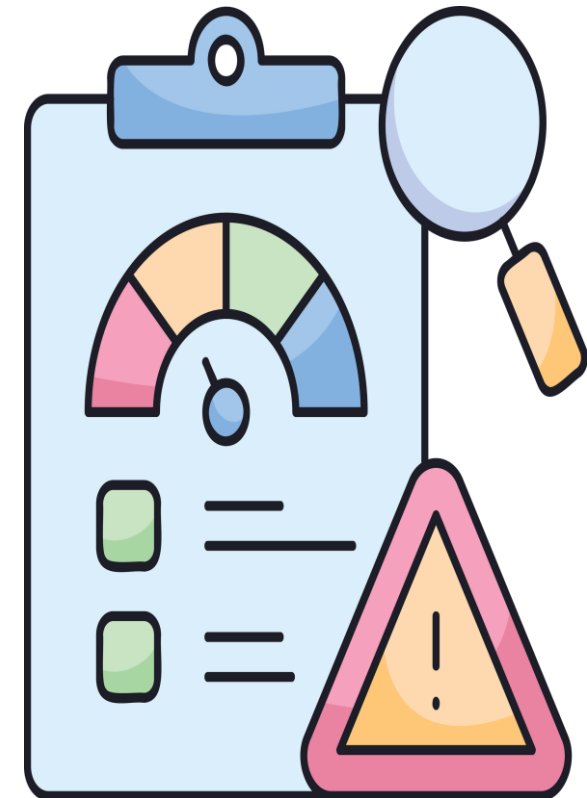
- Hambatan Legislatif / Perundang-undangan yang Menghambat Upaya Pengendalian Biaya
- Penetapan Benefit Dan Coverage Justru Sering Menghambat Asuransi → **Manfaat yang Berlebihan Dan Mahal**
- Tuntutan Hukum / Litigation → **Mendorong Ke Praktek Defensif** untuk Mengantisipasi Ancaman Hukuman Malpraktek



KEKURANGAN DATA MEMICU PENINGKATAN BIAYA PELKES

AKIBATNYA ADA KETERBATASAN DALAM :

- Asuradur dan Pembayar Memantau Kinerja Pemberi Pelayanan
- Pemahaman Mengenai Bagaimana Perbandingan Institusi Kesehatan Menyelenggarakan Pelayanan
- Menganalisis Efektifitas Biaya Teknologi Yang Sudah Ada, Yang Baru Dan Standar Praktek



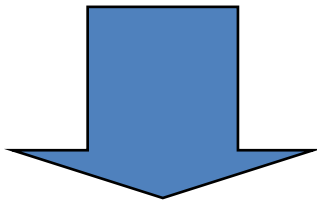
HAMBATAN LAIN DALAM PENGOLAHAN DATA

- **Format tidak baku**, sehingga sulit dianalisis, dan tidak dapat dibandingkan antar daerah → sehingga sistem kesehatan lebih mahal dan kurang efisien
- **Ketidakmampuan dalam menggunakan statistik data** dalam perencanaan dan pengendalian biaya
- **Kurangnya database** mengakibatkan ketidakjujuran dan keborosan sistem pelkes



KEBUTUHAN DATA

- MEMANTAU KINERJA PPK
- MEMBANDINGKAN KINERJA ANTAR PPK
- ANALISIS EFEKTIFITAS BIAYA PELAYANAN
- MASALAH :
 - ☛ DATA TIDAK TERSEDIA
 - ☛ FORMAT TIDAK BAKU



PERAN PEMERINTAH



PERGESERAN BIAYA OLEH PEMERINTAH

- Biaya Medicare dan Medicaid lebih besar dari yang diperkirakan → UPAYA :
 - ☛ Membatasi pembayaran PPK → dibayar lebih rendah
 - ☛ Iur Biaya pasien



BAGAIMANA DENGAN KONDISI DI INDONESIA ??

- HAMPPIR SAMA
 - ☛ Peningkatan biaya pelayanan kesehatan
 - ☛ Ketidakmerataan akses terhadap pelayanan kesehatan
 - ☛ Teknologi canggih
 - ☛ Komersialisasi jasa pelayanan
- Pendanaan kesehatan di Indonesia → di dominasi OOP (60 – 70%), pemerintah 20% – 30%
 - ☛ Pendanaan tidak adil → regresif → in equity
- Kebijakan yang memperbolehkan RS mencari untung



MEDICAID DAN MEDICARE

- **Mulai 1965 (public law)**
- **Sebagai suatu bentuk pergeseran keuangan pemerintah dalam hal pembiayaan pelkes**
- **Medicare : pelkes usia 65 tahun ke atas**
- **Medicaid : program pembiayaan gabungan federal dan negara bagian untuk pertanggung jawaban pelkes golongan miskin**



MASALAH PPK

- **SUPPLY BERLEBIH :**

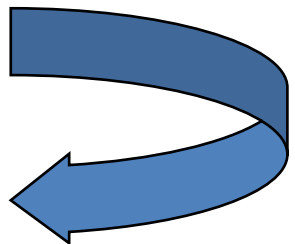
- ✓ DOKTER (SPESIALIS DAN
- ✓ SUB SPESIALIS)
- ✓ TEMPAT TIDUR DI RS
- ✓ TEKNOLOGI CANGGIH

- **DISTRIBUSI TIDAK MERATA**

- ✓ KURANG DOKTER UNTUK PELAYANAN PRIMER DI DAERAH TERTENTU



PERAN PEMERINTAH SEBAGAI REGULATOR



KONSEP PELAYANAN TERKENDALI

Merupakan konsep yang berkembang

Tidak ada definisi tunggal yang diterima universal

Merupakan program yang digerakkan pasar

Prinsip dasar :

- Bertanggung jawab atas pengendalian dan integrasi keseluruhan pelayanan yang dibutuhkan pasien

Tujuan mendasar :

- Mengurangi biaya dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan



MANAGED CARE

Sistem yang mengintegrasikan pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan dalam suatu sistem yang mengelola biaya, kemudahan dalam mengakses pelayananserta menjaga mutu layanan, MELALUI :

- **KESEPAKATAN DENGAN PPK : PELKES KOMPREHENSIF (kontrak)**
- **SELEKSI PPK (credentialing)**
- **PROGRAM JAMINAN MUTU DAN UR**
- **PENEKANAN : AGAR PESERTA TETAP SEHAT**
- **INSENTIF BAGI PESERTA YG MEMANFAATKAN JEJARING PPK**



CIRI MANAGED CARE

- 1. Kajian Pemanfaatan Menyeluruh**
- 2. Memantau dan Menganalisa Pola Praktek**
- 3. Menggunakan Tenaga Dokter Pelayanan Primer**
- 4. Mendorong Provider yang Efisien dan Bermutu**
- 5. Program Jaga Mutu**
- 6. Sistem Pembayaran yang Mendorong PPK Lebih Akuntabel Baik Biaya maupun Mutu**



PERBEDAAN ASURANSI TRADISIONAL DAN MANAGED CARE

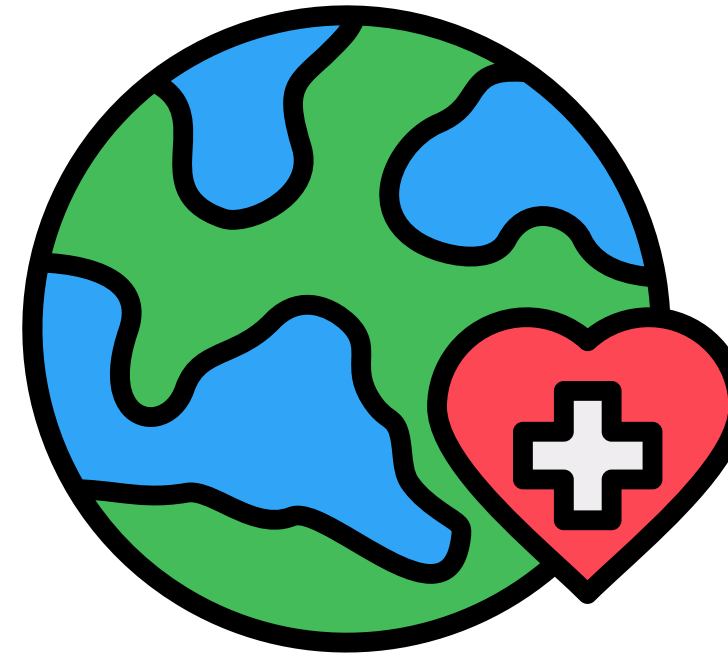
- Tidak ada Batasan Pilihan PPK
- Reimbursement FFS
- Pembiayaan Terpisah Dari Sistem Penyelenggaraan Pelkes
- Resiko Keuangan Ditanggung Sendiri
- Tidak Ada Insentif Keuangan Untuk Pengendalian Biaya
- Tidak Mengukur Mutu Dan Kelayakan Pelkes
- Tidak Memiliki Perhitungan Biaya Riil

- Mensyaratkan PPK Tertentu
- Negotiated Fee
- Integrasi Pembiayaan Dan Penyelenggaraan
- Menanggung Resiko Dalam Batas Tertentu/ Risk Sharing
- Insentif Keuangan Bagi PPK Dan Peserta Untuk Pengendalian Biaya
- Mengukur Mutu Dan Memantau Kelayakan Secara Aktif
- Menetapkan Anggaran Biaya Pelkes
→ Pra Bayar Dengan Premi Tetap



KESIMPULAN

- **Managed Care Muncul Sebagai Tantangan Persoalan Dalam Penyelenggaraan Dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan**
- **Asuransi Tradisional Terbukti Tidak Efektif Dalam Mengendalikan Biaya**
- **Merupakan Salah Satu Upaya Untuk Memecahkan Masalah Meningkatnya Biaya Pelkes Dan Akses**



TIPS

- **Harus dibaca keseluruhan minimal satu kali, tidak bisa hanya dibaca sekilas saja**
- **Istilah istilah penting perlu dibaca dan dipahami**





Terima Kasih

© PAMJAKI Academy 2026. All rights reserved.