Kajian Literatur Sistematis: Skema Pengendalian Biaya dalam Asuransi Kesehatan Nasional di Beberapa Negara

Cost Containment Application in The National Health Insurance Scheme: A Systematic Review

Eka Pujiyanti^{1,2,3}, Ery Setiawan¹, Euis Ratna Sari¹, Indah Pratiwi Suwandi³

¹Center for Health Economics and Policy Studies, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

²Program Doktorat Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

³Rumah Sakit Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

Korespondensi: Eka Pujiyanti
e-mail: eka.pyanti@gmail.com

Abstrak

Pengendalian biaya merupakan salah satu dari beberapa strategi untuk memastikan keseimbangan finansial dari skema asuransi kesehatan nasional. Beberapa model pengendalian biaya yang umum digunakan secara global yaitu seperti *cost-sharing*, *capping*, dan sebagainya. Review ini dilakukan dengan tujuan untuk menentukan biaya dan dampak dari implementasi skema kebijakan sebagai instrumen pengendalian biaya di berbagai negara. Review sistematis dilakukan dengan mengambil data dari beberapa *database* yaitu Proquest, Pubmed, dan Cochrane Library dengan intervensi utamanya yaitu menggunakan metode *cost-sharing*. Hasil dari review difokuskan pada skema pengendalian biaya dari perspektif pemerintah, yaitu lingkup asuransi sosial yang dapat berupa modifikasi sistem pembayaran, *cost-sharing*, *capping/quota*, dan *waiting period*. Berdasarkan salah satu studi di Kanada, dapat dilihat bahwa dihasilkan dampak yang signifikan pada sistem kesehatan, mengurangi pengeluaran dan penggunaan obat yang tidak esensial, serta secara tidak langsung meningkatkan efisiensi pasar obat melalui kepedulian peserta dalam penggunaan obat. Dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa implementasi dari skema pengendalian biaya dapat mengurangi risiko bahaya dari perspektif peserta dengan kontribusi tambahan pada penggunaan pelayanan kesehatan.

Kata kunci: JKN, *strategic health purchasing*, *prospective payment*, *cost containment*

Abstract

Cost-containment is one of several strategies to ensure the financial sustainability of the National Health Insurance scheme. Several cost-containment models were commonly globally, such as cost-sharing, capping, and others. This review aims to determine the costs and impacts of implemented policy schemes as cost-containment instruments in various countries. We performed a systematic review from several primary databases (Proquest, Pubmed, and Cochrane Library) with the primary intervention are the cost-sharing methods. The results of our review focused on the cost containment scheme from the government perspective, in which the context of social insurance can be a modification of payment systems, cost-sharing, capping/quota, and waiting period. From one of the studies in Canada, we can see that the result has a significant impact on the health system, reducing the expenditure and the use of drugs that are not essential, and also indirectly improve the technical efficiency of the drug market through the care of participants in drug utilisation. In this research, it can be concluded that the implementation of cost containment schemes can reduce the moral hazard risk from the perspective of participants with additional contributions to the utilisation of healthcare services.

Keywords: JKN, strategic health purchasing, prospective payment, cost containment

Pendahuluan

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diterapkan di Indonesia merupakan salah satu

upaya dari pemerintah untuk meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan dan memberikan penjaminan secara penuh terhadap kebutuhan dasar hidup secara layak

bagi peserta maupun anggota keluarganya seperti yang telah dijelaskan dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Salah satu bentuk jaminan yang diterapkan secara nasional adalah jaminan kesehatan yang merupakan perlindungan dan pemeliharaan kesehatan untuk pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat terhadap kesehatan dengan dilakukan penarikan iuran yang dibayar secara pribadi maupun oleh pemerintah seperti yang telah dijelaskan pada Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan diantara peserta asuransi dapat dipandang sebagai efek yang juga dapat meningkatkan kunjungan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit (Hadiyati *et al.*, 2017).

Peningkatan pelayanan kesehatan dapat dilihat pula sebagai efek yang negatif jika peningkatan tersebut disebabkan oleh perilaku yang kurang “bertanggung jawab” (*moral hazard*) baik oleh peserta maupun penyedia pelayanan kesehatan (*provider*). Menurut Morissey (2008) *Moral hazard* adalah kerugian yang timbul akibat kelalaian yang disengaja oleh peserta asuransi untuk mendapatkan keuntungan dari polis asuransinya, peserta asuransi dengan sengaja berniat untuk tidak menjaga kesehatannya (Heryana, 2013). Perilaku *moral hazard* dapat meningkatkan biaya kesehatan sehingga terjadinya inflasi pada sektor kesehatan, terdapat beberapa faktor lain yang menyebabk inflasi pada kesehatan diantaranya adalah; inflasi harga di masyarakat akan ikut meningkatkan biaya investasi dan biaya operasional pelayanan kesehatan, meningkatnya kuantitas (jumlah)

dan kualitas penduduk, kemajuan ilmu dan teknologi sehingga investasi terhadap biaya peralatan kesehatan juga menjadi tinggi, pergeseran pola penyakit dari yang akut menjadi kronis sehingga membutuhkan waktu perawatan lebih lama, terbentuknya spesialisasi dan sub-spesialisasi pada pelayanan kesehatan (*fragmented health service*), dan sebagainya (Setyawan, 2015). Peningkatan biaya kesehatan (inflasi biaya kesehatan) juga dapat terjadi dari pengaruh dua sisi yaitu sisi *supply* yaitu penyedia pelayanan kesehatan, tenaga medis, teknologi kedokteran, dan sebagainya. Selain itu juga terdapat pengaruh dari segi *demand* yaitu pemfaatan pelayanan kesehatan, transisi epidemiologis penyakit, dan sebagainya. Dikarenakan adanya pengaruh dari sisi *supply* dan *demand* tersebut, sehingga diperlukan teknik pengendalian biaya (*cost containment*) pada pelayanan kesehatan (Gani, 1996).

Strategi pembiayaan (*strategic purchasing*) merupakan kegiatan yang mencakup hubungan *provider payment* terhadap informasi, seperti performa *provider* atau kebutuhan kesehatan penduduk, menyelaraskan pendanaan dan pendapatan untuk mencapai peningkatan efisiensi, akuntabilitas, pengiriman layanan, dan ekuitas (Feldhaus and Mathauer, 2018). *Strategic purchasing* dan *provider-payment method* yang baik dibutuhkan dalam organisasi untuk mendukung *efficiency*, *cost-containment*, dan *equity outcomes* (Tangcharoensathien *et al.*, 2018). Beberapa *strategic purchasing* yang dilakukan di berbagai negara dalam upaya untuk mencapai *Universal Health Coverage* seperti pada Gambar 1 (Counte *et al.*, 2019)

Gambar 1. Model Pembayaran di Pelayanan Kesehatan Berbagai Negara

(Sumber : Bentuk-Bentuk Pengendalian Negara dikutip dari buku *“Paying for Performance in Health Care”*)

Dalam rangka mengantisipasi terjadinya efek negatif pada program asuransi maka diperlukan upaya pengendalian biaya. Berbagai instrumen pengendalian biaya kini telah tersedia dan banyak diadopsi oleh badan pengelola asuransi. Pada program asuransi yang mengadopsi *managed care*, upaya pengendalian biaya kesehatan dapat dilakukan melalui intervensi pada sisi *demand* (peserta asuransi), sisi *supply* (penyedia layanan kesehatan/providers), atau kedua-duanya. Intervensi pada sisi *demand* dapat dilakukan dengan menerapkan iur-biaya (*cost-sharing*). Iur biaya merupakan wujud keterlibatan peserta asuransi (tertanggung) dalam pembiayaan kesehatan. Wujud tersebut dibuktikan dengan keterlibatan peserta untuk membayar sejumlah biaya tertentu atas pelayanan kesehatan yang mereka gunakan. BPJS Kesehatan sebagai salah satu pihak asuransi memiliki kemampuan untuk dapat menghasilkan pendapatan yang tinggi, oleh karena itu disebut dapat mengelola *supply* dan *demand* dalam pelayanan kesehatan, *Deductible* merupakan jumlah biaya kesehatan yang harus dibayar oleh peserta

serta mempengaruhi tingkat keberhasilan dari penerapan konsep SJSN (Janis, no date).

Aturan mengenai asuransi dikelola oleh badan pengelola asuransi dan harus dipahami oleh peserta asuransi, serta tertulis jelas dalam kebijakan *cost-sharing* untuk menciptakan penggunaan pelayanan kesehatan yang optimal, tidak berlebih dan tidak kurang dengan mencegah terjadinya pemakaian layanan yang berlebih dan sesungguhnya tidak diperlukan. Menurut Liu dan Mills (2007), metode pembayaran yang dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan (PPK) seharusnya dapat mengarahkan menuju kendali biaya, jaminan mutu, dan efisiensi internal, serta tidak memberikan insentif atau keuntungan kepada PPK yang memberikan pelayanan berlebihan maupun sebaliknya (Aden, 2012). Jenis-jenis kebijakan *cost-sharing* memiliki berbagai macam jenis, diantaranya adalah model yang sering digunakan dalam bisnis asuransi kesehatan terdiri atas: *deductible*, *coinsurance*, *copayment*, limitasi atau kombinasi dari berbagai model tersebut. asuransi sebelum biaya tersebut menjadi kewajiban badan pengelola asuransi.

Coinsurance mewajibkan tertanggung membayar sejumlah persen tertentu dari biaya pelayanan kesehatan yang berlaku. Sedangkan *copayment* merupakan sejumlah biaya tertentu (*flat*) pada setiap jenis pelayanan yang harus dibayar oleh peserta (Manning and Marquis, 1996).

Skema asuransi sosial dan intervensi pengendalian biaya yang diterapkan di berbagai negara berbeda-beda tergantung kebijakan dari pemerintah negara tersebut, kebijakan yang berbeda-beda juga mungkin dapat memperlihatkan hasil yang berbeda pula, sehingga penting untuk melakukan penelitian ini dengan tujuan agar dapat mengetahui skema kebijakan pengendalian biaya yang diterapkan di berbagai negara sehingga dapat dilihat perbedaan yang dihasilkan dari kebijakan tersebut, selain itu juga ingin dilakukan eksplorasi dampak penerapan *cost containment* berdasarkan literatur yang telah diimplementasikan sebagai instrumen dari pengendalian biaya.

Metode

Studi literatur dilakukan secara sistematis dari artikel yang dipublikasikan tentang dampak implementasi iur biaya (*cost-sharing*); *deductible*, *coinsurance*, *copayment*, *waiting period* serta yang lainnya pada asuransi kesehatan nasional di berbagai negara. Pencarian dilakukan melalui database elektronik yaitu Proquest, Pubmed dan Chocrane Library. Manajemen basis data akan disiapkan dengan menggunakan perangkat lunak endnote®, sementara proses peninjauan judul/abstrak dan teks lengkap akan dilakukan dengan menggunakan sistem Covidence® online.

Proses penelusuran artikel pada database elektronik menggunakan istilah yang terkait dengan PICO (Populasi, Intervensi, dan Outcome), selanjutnya disaring dengan bahasa yang digunakan dalam pelaporan serta ketersediaan artikel lengkap. Namun, penelusuran ini tidak dibatasi oleh metodologi dan desain studi yang digunakan. Oleh karena itu, semua jenis artikel yang dianalisis harus memenuhi syarat yang telah ditetapkan dalam kriteria inklusi disajikan pada tabel berikut:

Tabel 1. Strategi Penelusuran Berdasarkan PICO

PICO	Kriteria	Kata Kunci
Population	Seluruh studi yang menilai dampak dari iur biaya: <i>deductible</i> , <i>coinsurance</i> , <i>copayment</i> dan <i>waiting period</i> pada pelayanan kesehatan.	<i>Health insurance</i> ; <i>Universal coverage</i> ; <i>Managed care</i>
Intervention	Seluruh skema pengendalian biaya termasuk berbagai metode iur-biaya.	<i>Cost sharing</i> ; <i>Deductible*</i> ; <i>Coinsurance</i> ; <i>Copayment</i> ; <i>Capping</i> ; <i>Quota</i> ; <i>Waiting period*</i>
Outcome	Dampak yang terukur dari setiap skema pengendalian biaya.	<i>Utilization</i> ; <i>Utilisation</i> ; <i>Benefit</i>

Teknik penelusuran :

(((((utilization) OR utilisation) OR benefit)) AND ((((((cost sharing) OR deductible*) OR coinsurance) OR copayment) OR capping) OR quota) OR waiting period*)) AND (((managed care) OR universal coverage) OR health insurance) Filters: Full text; Humans; English

Kualitas dari studi ini akan dilakukan dengan penilaian oleh satu orang reviewer dan penilaian tersebut diperiksa kembali oleh satu orang reviewer lainnya. Setiap perselisihan akan diselesaikan dengan diskusi, dan melibatkan reviewer ketiga jika diperlukan.

Hasil

Penelusuran artikel dilakukan di *database* PubMed, Cochrane dan Proquest sesuai dengan kriteria PICO dan kata kunci yang sudah ditetapkan sebelumnya. Hasil penelusuran *database* secara ringkas disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2. Strategi Penelusuran Berdasarkan PICO

No	PICO	Publikasi database Pubmed	Publikasi database Cochrane	Publikasi database Proquest
A. Population				
1	Health insurance	184.000	4.242	2.390.795
2	Universal coverage	6.497	288	409.791
3	Managed care	70.021	5.445	1.486.382
4	1 or 2 or 3	552.867	1.124.269	3.694.675
B. Intervention				
5	Cost sharing	7.196	514	1.555.988
6	Deductible*	2.180	65	346.550
7	Coinsurance	1.827	53	19.321
8	Copayment	614	70	12.737
9	Capping	12.810	232	197.230
10	Quota	2.034	114	468.469
11	Waiting period*	6.545	2.259	994.386
12	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	29.321	1.050.162	3.096.235
C. Outcome				
13	Utilization	340.212	16.032	2.113.341
14	Utilisation	14.269	4.682	2.113.341
15	Benefit	393.362	82.335	14.295.522
16	13 or 14 or 15	401.887	406.956	15.412.390
D. Result				
17	4 and 12 and 16	2.736	51.714	722.833
18	Limit to full text; humans; english	1.407	1.081	13.984

Berdasarkan hasil pencarian pada tiga *database* utama, antara lain Proquest, Pubmed dan Cochrane Library diperoleh total sekitar 16.472 publikasi. Sebanyak 27 publikasi terseleksi sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Terdapat beberapa kriteria eksklusi yang paling umum ditemukan dalam

proses penilaian, antara lain: publikasi tidak terkait dengan isu *cost containment* (*cost sharing; capping; waiting period*); tidak tersedia *full text*; desain studi tidak sesuai; dsb. Hasil PRISMA proses *review* yang dilakukan dapat dilihat pada Bagan 1.

Bagan 1. Jumlah Publikasi Hasil Penelusuran *Database* Sesuai Kriteria PICO

Terkait dengan karakteristik publikasi, tim peneliti mencoba untuk mengklasifikasikan dalam periode waktu dan regional (United States, Europe, Canada, Australia, Asia, dan Multi-Country). Jumlah publikasi yang sesuai dengan kriteria diketahui paling signifikan pada

periode setelah tahun 2000. Sedangkan *setting* regional/Negara-negara yang menjadi unit penilaian paling banyak adalah Europe dan United States seperti yang digambarkan pada Bagan 2, sementara skema intervensi asuransi yang ditemukan dapat dilihat pada Bagan 3.

Bagan 2. Distribusi Publikasi

Bagan 3. Distribusi Metode Cost Containment pada Publikasi

Secara lebih lanjut matriks yang menjelaskan mengenai studi mulai dari intervensi asuransi, pendekatan analitik, hingga hasil penelitian dari beberapa publikasi yang didapatkan terkait penerapan *cost containment* di berbagai negara dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Matriks Publikasi *Cost Containment*

No	Study	Negara	Penyedia	Intervensi Asuransi	Pendekatan Analitik	Hasil Penelitian
1	(Babayan and Katzmann, 1979)	United States	Medicare, Medicaid, Blue Cross, dan asuransi komersial lainnya	Coinsurance	Melakukan review biaya secara periodik dapat menggunakan copy billing pasien rumah sakit	Pelayanan urologi dapat menyumbang 15% dari admisi rumah sakit, yang dianggap sudah dapat membantu rumah sakit jika dibandingkan dengan pengeluarannya
2	(Nelson, Reeder and Dickson, 1984)	United States	Medicaid	Copayment	Melakukan pengumpulan data dari berkas klaim Medicaid: South Carolina (Program Eksperimental) dan Tennessee (Program Kontrol)	Jumlah copayment yang tergolong kecil (50¢) untuk pelayanan peresepan obat merupakan kesuksesan untuk mengontrol biaya dalam program peresepan obat Medicaid
3	(Allen, 1984)	California (United States)	Social health insurance: preferred provider, health planning, dan self care	Preferred provider, Health planning, Self care	Melakukan pengambilan random sample dari total 365 data orang dewasa dan dilakukan interview	Manfaat yang dihasilkan dari tiap strategi berbeda-beda sesuai dengan masyarakat yang menjadi sasaran, terdapat aspek yang mempengaruhi yaitu warna kulit, pendidikan, usia, dan pendapatan
4	(Crane, 1985)	United States	National health insurance fund dan pemerintah daerah	Coinsurance	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia	Efisiensi biaya yang dikeluarkan pemerintah diimbangi oleh penerapan program DRGs yang dapat disesuaikan, akan tetapi program DRGs hanya

						digunakan untuk pembayaran Medicare
5	(Donnelley, 1989)	United States	Medicare	Coinsurance	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia	Medicare saat ini membayar harga untuk rumah sakit berdasarkan rata-rata biaya pelayanan pasien dalam DRGs
6	(Annemans et al., 1997)	Belgium (Europe)	Social security, federal, regional	Coinsurance	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia	Terdapat 2 sistem yang perlu dilibatkan untuk mencapai kesuksesan yaitu harus mengetahui substitusi tiap bagian pelayanan kesehatan dan pengukuran farmasi tidak bisa diisolasi dari pengeluaran lainnya, serta peran evaluasi ekonomi farmasi harus didefinisikan dengan jelas
7	(Donev, 1999)	Macedonia (Europe)	Health insurance Fund Committee	Copayment	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia	Penerapan kebijakan baru diharapkan dapat memperkuat mekanisme pendapatan untuk NHI, serta memperkenalkan copayment atau metode pembayaran lainnya
8	(Davis, 1999)	Canada	Pemerintah	Copayment	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia, dengan melihat GDP dalam pengeluaran kesehatan serta status kesehatan populasi	Kebijakan cost containment kedepannya diharapkan dapat fokus mengatur cost sektor privat dan mengembangkan pendekatan determinan kesehatan
9	(Atella, 2000)	Italy (Europe)	Pemerintah	Copayment	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia dari tahun 1963 hingga 1994	Kebijakan MRP yang diterapkan tidak mengubah peningkatan trend dari pengeluaran farmasi privat maupun publik, namun akan meningkat kembali setelah dilakukan pengontrolan beberapa tahun
10	(Andersen, Smedby and Vagero, 2001)	Swedish (Europe)	Pemerintah	Deductible	Menggunakan data sekunder dan telaah dokumen untuk mengeksplor mengenai biaya pelayanan kesehatan	Pengendalian biaya di Swedia diperkirakan sukses, utamanya bukan karena mekanisme pasar tapi dari pengendalian budget dan pengurangan pelayanan yang dilakukan pemerintah
11	(Breyer, 2002)	Germany (Europe)	The German sickness fund system	Coinsurance, Copayment	Menggunakan data sekunder dan telaah dokumen untuk mengeksplor mengenai biaya pelayanan kesehatan dan data demografi	Penting untuk melakukan pengkajian kebijakan misalnya dengan penerapan kriteria usia

12	(Blais et al., 2003)	Canada	Commission de la construction du Que'bec (CCQ)	Coinsurance, Deductible	Studi Eksperimental Case-Control: Quebec Health Insurance sebagai intervensi dan Private Insurance Company sebagai kontrol	Terdapat penurunan rencana obat baru sebesar 37% dari konsumsi tiap bulannya selama 11 bulan belakangan
13	(Cunningham, 2005)	United States	Medicaid	Copayment	Menggunakan data sekunder dan telaah dokumen pada penelitian tahun 2000-2001 dan 2003 Community Tracking Study (CTS) household surveys	Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan efek negatif dari copayment dan penerapan aturan penggunaan peresepan obat pada kategori terapeutik yang luas
14	(Almarsdóttir and Traulsen, 2005)	Europe	Pemerintah	Copayment	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia	Penerapan aturan dan kebijakan yang dilakukan untuk mengatasi peningkatan biaya farmasi seperti meningkatkan copay obat, implementasi ini harus terus diikuti agar mengetahui manfaat sesungguhnya yang dihasilkan
15	(Anis et al., 2005)	Canada	Pemerintah	Copayment, Deductible	Memilih populasi penelitian berdasarkan populasi kohort dengan rheumatoid arthritis	Sekitar 18-20% populasi mencapai copayment maksimal tahunan, umumnya pasien hanya sedikit yang mengambil resep obat tapi menggunakan banyak pelayanan lainnya saat penerapan biaya peresepan obat
16	(The RAND Corporation, 2006)	United states	HMO	Coinsurance	Melakukan long-term study dan studi eksperimental yang disebut sebagai Health Insurance Experiment (HIE)	Cost sharing tidak secara signifikan memberikan efek pada kualitas dari pelayanan yang didapatkan oleh peserta, akan tetapi terdapat peningkatan penanganan yang baik dan berguna untuk pasien yang paling sakit dan pasien yang paling miskin
17	(Davidova, Praznovcova and Lundborg, 2008)	Sweden and Czech (Europe)	Czech: Public Health Insurance, Sweden: County Council Assistance	Czech: Copayment dan Sweden: Deductible	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia seperti peraturan, laporan, artikel ilmiah yang dicari menggunakan keyword	Pada negara Sweden terdapat harga maksimal yang telah ditetapkan untuk bahan farmasi dengan adanya proses regulasi harga dengan keputusan reimbursement yang ditetapkan Pharmaceutical Benefits Board, namun tidak diterapkan di Czech
18	(Chernew et al., 2008)	United States	Pemerintah	Copayment	Menggunakan model ekonometrik untuk menilai hubungan antara perubahan copayment obat dan	Pasien dengan pendapatan yang rendah akan lebih sensitif terhadap perubahan copayment dibandingkan pasien

					penanganan DM dan CHF	dengan pendapatan tinggi atau menengah
19	(Burns, 2009)	United States	Pemerintah	Coinsurance	Menggunakan dua bagian dari model regresi untuk mengestimasi probabilitas dan level pengeluaran Medicaid	Secara rata-rata total pengeluaran Medicaid per bulan tidak berbeda antara FFS dan MCO walaupun beberapa pelayanannya berbeda
20	(Averill et al., 2010)	England (Europe)	Medicaid	Pay for performance, best practice pricing, price discounting, alignment of incentives, the medical home, payment by episodes, and provider performance reports are a set of payment reforms that can result in lower costs, better coordination of care, improved quality of care, and increased consumer involvement	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia	Reformasi ini dapat membuat simpanan tahunan Medicare sebesar \$10 billion dan menciptakan framework untuk simpanan kedepannya
21	(Barham and Milliken, 2010)	Canada, UK, rural Australia (Multi-country)	Fee-for-service, capitation, or a mixed mechanism	Fee-for-service, capitation, or a mixed mechanism	Melihat bagaimana skema remunerasi physician dapat mempengaruhi jumlah pasien dan kualitas pelayanan kesehatan melalui perhitungan pada fungsi atau formula	Saat tenaga medis menjadi langka maka akan membutuhkan banyak biaya pula dalam mengakses pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat
22	(Aaltonen et al., 2010)	New Zealand and Finland (Multi-country)	Pharmaceutical Pricing Board (Ministry of Social Affairs and Health)	Copayment	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia dari MIMS New Ethicals 2007 Issue 6 (New Zealand) dan Pharma Fennica 2007 (Finland)	Masyarakat yang berhasil disubsidi sebesar 30,9% di Finland dan 29,5% di New Zealand, proporsi masyarakat yang disubsidi secara penuh lebih besar di New Zealand dibandingkan di Finland, adapun masyarakat yang disubsidi penuh adalah umumnya usia lanjut
23	(Chang, 2011)	Taiwan (Asia)	Taiwan's National Health	Coinsurance	Melakukan analisa melalui dokumen yang telah tersedia	NHI menurunkan bahaya mortalitas pada wanita tua yang sebelumnya tidak diasuransikan

			Insurance (NHI)			
24	(Athanasakis et al., 2011)	Greece (Europe)	Greek Health Insurance (SHI)	Social	Coinsurance	Melakukan perhitungan dengan model matematika untuk mengestimasi berkurangnya nilai pasien coinsurance
						Berkurangnya rate pasien coinsurance dari 25% menjadi 0% disebabkan peningkatan pada OAA sebesar 30,5%
25	(Da Roit, 2012)	Netherlands (Europe)	National insurance system	LTC	Copayment	Melakukan review sistematis, analisa statistik, dan analisa kebijakan
						Pengenalan tanggung jawab keuangan individu dan kewajiban perawatan keluarga telah menunjukkan potensi untuk mengurangi beberapa tanggungan LTC mendorong pelayanan kesehatan yang informal
26	(Andersen, 2013)	Denmark and Norway (Europe)	Regions/public health insurance		Coinsurance	Melakukan penelitian berdasarkan kebijakan, dokumen, analisa yang pernah dilakukan dan menganalisa 360 artikel koran
						Pengukuran cost containment terhadap physicians lebih lemah di Denmark dibandingkan Norwegia, sedangkan terhadap non medical professions lebih lemah di Norwegia dibandingkan Denmark
27	(Barnieh et al., 2014)	Europe, North America, Latin America and Australasia (Multi-country)	Pemerintah		Deductible (Denmark, the Netherlands, Sweden, and Medicare part D), Copayment Australia, Belgium, Czech Republic, England, Estonia, Greece, Hungary, Italy, Japan, New Zealand, Norway, Slovenia, South Korea, Spain, and Turkey)	Menggunakan data dari negara OECD sebagai sampel pada penelitian
						Terdapat berbagai variabel yang digunakan untuk cost containment untuk membatasi pengeluaran farmasi, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui penanganan biaya yang lebih tepat

Diskusi

Dalam proses penilaian/*review* artikel secara umum diketahui bahwa terdapat dua kategori intervensi pengendalian biaya (*cost containment*) yang telah banyak dilakukan yaitu diinisiasi oleh penyedia layanan kesehatan dan diinisiasi oleh pemerintah/pembayar dalam konteks asuransi sosial.

Skema *cost containment* yang diinisiasi penyedia layanan kesehatan dapat berupa modifikasi pedoman klinis, manajemen obat, hingga pengaturan sumber daya manusia di rumah sakit. Sementara skema *cost containment* dari perspektif pemerintah dapat berupa modifikasi sistem pembayaran; *cost sharing*; *capping/quota*; *waiting period*. Dalam kajian ini,

proses penilaian difokuskan pada skema *cost containment* dari perspektif pemerintah/pembayar, sehingga beberapa publikasi terkait dengan *cost containment provider* atau layanan kesehatan telah dieksklusi. Skema yang paling banyak ditemukan adalah *cost sharing*, dimana secara teori dapat berupa *copayment*, *deductible*, dan *coinsurance*. Diantara 3 jenis *cost sharing* beserta metode lainnya, berdasarkan Bagan 3 dapat dilihat bahwa yang paling banyak digunakan dalam pelayanan kesehatan di berbagai negara adalah skema intervensi asuransi *coinsurance* dan *copayment* yang masing-masing ditemukan di 9 dari 27 penelitian.

Masing-masing negara yang menjadi referensi dari penelitian menerapkan skema *cost containment* yang sangat bervariasi, baik yang menerapkan skema *cost containment* tunggal, maupun kombinasi. Contoh penelitian yang menggunakan penerapan skema kombinasi adalah di Canada pada penelitian Anis di tahun 2005 yang pada saat itu menerapkan skema *copayment* dan *deductible*, serta di Germany pada penelitian Breyer di tahun 2002 yang pada saat itu menerapkan skema *coinsurance* dan *copayment*. Secara prinsip, penerapan skema *cost containment* diharapkan mampu mendorong penurunan utilisasi pelayanan kesehatan yang tidak esensial dari segi pengendalian biaya. Dengan kata lain, dapat menurunkan risiko *moral hazard* dari perspektif peserta dengan adanya kontribusi tambahan atas pemanfaatan layanan kesehatan yang tidak dibutuhkan. Berdasarkan penelitian yang ditemukan, terdapat beberapa efek positif yang dihasilkan dari penerapan *cost containment* berupa *cost sharing*, yaitu diantaranya pada penelitian Babayan dan Katzmann di tahun 1979 menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan mendapatkan pendapatan yang cukup sehingga tidak mengalami kerugian karena pemasukan yang kurang memadai, namun perlu dikaji dengan baik mengenai nominal yang diterapkan karena akan memberikan dampak terutama pada pasien dengan pendapatan rendah. Selain efek positif, terdapat pula beberapa efek samping lain yang ditimbulkan dari penerepan *cost sharing*, seperti pada penelitian Anis di tahun 2005 menjelaskan bahwa penerapan *copayment* yang membuat pasien yang mengambil resep obat berkurang karena adanya biaya *copay* farmasi yang harus dibayarkan oleh peserta atau pasien. Oleh karena itu pemerintah atau lembaga lainnya yang memiliki tanggung jawab terhadap pemenuhan

universal health coverage di suatu negara harus melakukan pengkajian dengan baik dalam upaya menerapkan salah satu bentuk pengendalian biaya (*cost containment*) untuk menciptakan hasil yang lebih efisien dan tidak memberikan kerugian pada pihak manapun.

Kesimpulan dan Saran

Penerapan skema *cost-sharing* di beberapa negara terdiri dari berbagai macam jenis, berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa skema *cost-sharing* yang paling sering digunakan adalah *copayment*, *deductible*, dan *coinsurance*. Implementasi *cost-sharing* akan memberikan beberapa keuntungan diantaranya adalah: dapat mengurangi pengeluaran obat dengan turunnya utilisasi layanan kesehatan, dan mengalihkan sebagian porsi pengeluaran pemerintah provinsi kepada peserta/masyarakat; program ini mampu mendorong pola pemanfaatan obat yang lebih sesuai, atau mengurangi penggunaan obat-obat yang tidak esensial; secara tidak langsung akan meningkatkan *technical efficiency* pada *market* obat dengan semakin pedulinya peserta/masyarakat dalam pemanfaatan obat.

Daftar Pustaka

- Aaltonen, K. *et al.* (2010) 'The impact of pharmaceutical cost containment policies on the range of medicines available and subsidized in Finland and New Zealand', *Value in Health*. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), 13(1), pp. 148–156. doi: 10.1111/j.1524-4733.2009.00598.x.
- Aden, C. M. (2012) *Kendali Biaya & Kendali Mutu dalam Managed Care*, Tesis Universitas Gadjah Mada. Available at: file:///H:/Kerjaan PA/JEKI/Referensi tambahan revisi/Mutu Pelayanan Kesehatan.html (Accessed: 10 January 2019).
- Allen, H. M. (1984) 'Consumers and choice: cost containment strategies for health care provision', *Health psychology: official journal of the Division of Health*

-
- Psychology, American Psychological Association*, 3(5), pp. 411–430. doi: 10.1037/0278-6133.3.5.411.
- Almarsdóttir, A. B. and Traulsen, J. M. (2005) 'Cost-containment as part of pharmaceutical policy', *Pharmacy World and Science*, 27(3), pp. 144–148. doi: 10.1007/s11096-005-6953-6.
- Andersen, L. B. (2013) 'Health care cost containment in Denmark and Norway: A question of relative professional status?', *Health Economics, Policy and Law*, 9(2), pp. 169–191. doi: 10.1017/S1744133113000248.
- Andersen, R., Smedby, B. and Vagero, D. (2001) 'Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas', *Social Science and Medicine*, 52(8), pp. 1195–1204. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00239-2.
- Anis, A. H. *et al.* (2005) 'When patients have to pay a share of drug costs: Effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling of prescriptions', *Cmaj*, 173(11), pp. 1335–1339. doi: 10.1503/cmaj.045146.
- Annemans, L. *et al.* (1997) 'Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Belgium', *PharmacoEconomics*, 11(3), pp. 203–209. doi: 10.2165/00019053-199711030-00001.
- Ascobat Gani, *Pembiayaan Kesehatan di Indonesia, dibacakan pada seminar Sistem Pembayaran Kapitasi, Jakarta, 1996.*
- Atella, V. (2000) 'Drug cost containment policies in Italy: Are they really effective in the long-run? The case of minimum reference price', *Health Policy*, 50(3), pp. 197–218. doi: 10.1016/S0168-8510(99)00070-6.
- Athanasakis, K. *et al.* (2011) 'Abolishing coinsurance for oral antihyperglycemic agents: Effects on social insurance budgets', *American Journal of Managed Care*, 17(2), pp. 130–135.
- Averill, R. F. *et al.* (2010) 'Achieving cost control, care coordination, and quality improvement through incremental payment system reform', *Journal of Ambulatory Care Management*, 33(1), pp. 2–23. doi: 10.1097/JAC.0b013e3181c9f437.
- Babayan, R. K. and Katzmman, B. (1979) 'The Catch-22's of cost containment', *Journal of Urology*. The American Urological Association Education and Research, Inc., 122(3), pp. 283–286. doi: 10.1016/S0022-5347(17)56368-5.
- Barham, V. and Milliken, O. (2010) 'Payment mechanism and the composition of physician practices: Balancing cost-containment, access, and quality of care', *Health economics*, 19(11), pp. 1300–1317. doi: 10.1002/hec.
- Barnieh, L. *et al.* (2014) 'A systematic review of cost-sharing strategies used within publicly-funded drug plans in member countries of the organisation for economic co-operation and development', *PLoS ONE*, 9(3). doi: 10.1371/journal.pone.0090434.
- Blais, L. *et al.* (2003) 'Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among individuals receiving social assistance', *Health Policy*, 64(2), pp. 163–172. doi: 10.1016/S0168-8510(02)00158-6.
- Breyer, F. (2002) 'Reimbursement and Cost Containment', *Decoding History*, pp. 55–68. doi: 10.1057/9780230510142_4.
- Burns, M. E. (2009) 'Medicaid managed care and cost containment in the adult disabled population', *Medical Care*, 47(10), pp. 1069–1076. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181a80fef.
- Chang, S. (2011) 'The Effect of Taiwan's National Health Insurance on Mortality of The Elderly: Revisited', *Health economics*, 19(11), pp. 1300–1317. doi: 10.1002/hec.
- Chernew, M. *et al.* (2008) 'Effects of increased patient cost sharing on socioeconomic disparities in health care', *Journal of General Internal Medicine*, 23(8), pp. 1131–1136. doi: 10.1007/s11606-008-0614-0.
- Counte, M. A. *et al.* (2019) 'Global Advances in Value-Based Payment and Their Implications for Global Health
-

-
- Management Education , Development , and Practice', *Frontiers of health services management*, 6(January), pp. 1–7. doi: 10.3389/fpubh.2018.00379.
- Crane, T. S. (1985) 'Hospital costs control in Norway: A decade's experience with prospective payment', *Public Health Reports*, 100(4), pp. 406–417.
- Cunningham, P. J. (2005) 'Market watch: Medicaid cost containment and access to prescription drugs', *Health Affairs*, 24(3), pp. 780–789. doi: 10.1377/hlthaff.24.3.780.
- Davidova, J., Praznovcova, L. and Lundborg, C. S. (2008) 'Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in the Czech Republic and Sweden', *Pharmacy World and Science*, 30(1), pp. 57–64. doi: 10.1007/s11096-007-9141-z.
- Davis, J. B. (1999) 'Cost containment mechanisms in Canada', *Croatian Medical Journal*, 40(2), pp. 287–293.
- Donev, D. M. (1999) 'Health insurance system in the Republic of Macedonia', *Croatian Medical Journal*, 40(2), pp. 175–180.
- Donnelley, S. (1989) 'Cost Containment, DRGs, and The Ethics of Health Care', *Hastings Center*, 19(1), pp. 5–6.
- Feldhaus, I. and Mathauer, I. (2018) 'Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: A structured review of the literature', *BMC Health Services Research*. BMC Health Services Research, 18(1), pp. 1–15. doi: 10.1186/s12913-018-3779-1.
- Hadiyati, I. *et al.* (2017) 'Konsep Kualitas Pelayanan Kesehatan berdasar atas Ekspektasi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional', *MKB*, 49(2). doi: <http://dx.doi.org/10.15395/mkb.v49n2.1054> Konsep.
- Heryana, A. (2013) 'Moral Hazard dalam Asuransi Kesehatan', pp. 1–9.
- Janis, N. (no date) *BPJS Kesehatan, Supply, dan Demand Terhadap Layanan Kesehatan*.
- Manning, W. G. and Marquis, S. (1996) 'Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard', *Journal of health economics*, 15, pp. 609–639. doi: 10.1016/s0167-6296(96)00497-3.
- Nelson, A., Reeder, E. and Dickson, M. (1984) 'The Effect of a Medicaid Drug Copayment Program on the Utilization and Cost of Prescription Services', *Medical care*, 22.
- Da Roit, B. (2012) 'The Netherlands: The struggle between universalism and cost containment', *Health and Social Care in the Community*, 20(3), pp. 228–237. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01050.x.
- Setyawan, F. E. B. (2015) 'Sistem Pembiayaan Kesehatan', 11(2), pp. 360–362.
- Tangcharoensathien, V. *et al.* (2018) 'Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage', *The Lancet*. Elsevier Ltd, 391(10126), pp. 1205–1223. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30198-3.
- The RAND Corporation (2006) 'The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate', *RAND Health*, pp. 1–7. Available at: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_briefs/2006/RAND_RB9174.pdf.
-