

Remunerasi Berbasis Profit Sharing dan Pay for Performance

A. Heri Iswanto, Budi Iman Santoso

A. HERI ISWANTO

Pendidikan:

PhD : Ilmu Ekonomi

Master : Administrasi RS

Sarjana: Manajemen RS

Posisi:

Direktur Umum

Kemang Medical Care



Model Pembayaran

- Pembayaran terhadap jasa profesional tenaga pelayan kesehatan telah berkembang beberapa model pembayaran seperti fee for service, kapitasi, pay for performance, dan model gaji tetap (Berenson dan Rich, 2010).
- Fee for service adalah model dimana dokter dibayar berdasarkan jumlah pelayanan yang diberikan kepada pasien
- Kapitasi berdasarkan pada jumlah pasien yang dilayani
- Pay for performance berdasarkan kesembuhan pasien
- Gaji yaitu pembayaran berkala

Fee For Service

- *Fee for service* merupakan model umum yang memungkinkan biaya sangat terkendali dan karenanya paling umum dipakai di rumah sakit khususnya bagian kemoterapi, persalinan, dan bedah (Wibowo, 2012).
- Masalahnya, model ini tidak efisien karena tidak mendorong kolaborasi antar dokter padahal untuk banyak kasus seperti komplikasi, kolaborasi sangat diperlukan (Lawrence, 2005).
- Selain itu, sistem ini tidak peduli apakah pasien sembuh atau tidak (Sahney, 2005).

Model Gaji

- Model gaji memungkinkan dokter lebih berfokus pada pasien tanpa mempertimbangkan masalah ekonomi (untung-rugi)
- Besar gaji tetap tergantung pada kesejahteraan keuangan rumah sakit yang berarti akhirnya kembali pada kemampuan dokter pula dalam menghasilkan profit (Berenson dan Rich, 2010).

Kapitasi

- Kapitasi memungkinkan fleksibilitas bagi dokter
- Besaran yang ditentukan membuat pelayanan tertentu dapat ditunda karena jatah bulanan telah terlampaui (Gosden et al, 2000).

Pay Per Performance

- *Pay per performance* mampu meningkatkan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien
- Dapat mengabaikan pasien-pasien parah dan berisiko tinggi (Leichter, 2006)
- Belum terbukti efektif dalam menurunkan laju kematian pasien (Kristensen et al, 2014)
- Tidak adil jika diberikan per dokter karena peningkatan kualitas merupakan fungsi dari sistem (Leavitt, 2006).

Remunerasi "*Fee For Service*"

- Model remunerasi berbasis *fee for service* merupakan model yang tidak efisien (White, 2009)
- Model ini merupakan model umum yang dipakai di banyak rumah sakit.
- Masalah → karena insentif datang dari jumlah pelayanan, maka dokter akan mengejar presensi
- Presensi yang banyak → pasien yang dilayani juga banyak/ lebih banyak yang mendapatkan pelayanan

Masalah "*Fee For Service*"

- Dokter menjadi terlalu sibuk melayani pasien → kelengkapan pengisian data medis tidak menjadi prioritas
- Mengejar kuantitas ketimbang kualitas dari pelayanan
- Ketika bekerja dalam tim, dokter yang menjadi manajer justru mendapatkan keuntungan yang paling rendah
- Kemampuannya untuk mengelola tim tidak dinilai, kegiatan ini menyita waktunya yang dapat ia berikan dalam bentuk pelayanan pada pasien.
- Akibatnya, para manajer tim akan memiliki pasien lebih sedikit daripada para anggota tim, dan karenanya mendapatkan insentif yang paling kecil.

Kerangka Teoritis

- Untuk menghadapi berbagai kelemahan dari setiap metode, skema insentif dapat diterapkan kombinasi dari berbagai pendekatan tersebut.
- Dalam bentuk campuran paling sederhana, model pembayaran dicampur pada level dokter.
- Studi menunjukkan kalau model campuran antara skema fee for service dan gaji dapat mengurangi orientasi dokter pada kuantitas dan mulai meningkatkan kualitas pelayanan (Wright, 2014).
- Manajemen pembayaran di rumah sakit tidak hanya melibatkan dokter.
- Model paling sederhana melibatkan dua level: dokter dan departemen, dan departemen dan rumah sakit.

Metode Campuran

- Model *fee for service* cukup diadopsi pada level departemen dan rumah sakit.
- Model *pay for performance* digunakan pada level dokter dan departemen.

Mekanisme Campuran (1)

- Memungkinkan dokter bekerja bukan saja pada elemen kuantitatif tetapi juga pada elemen kualitatif.
- Karena mengetahui dirinya dibayar berdasarkan kinerja dan rumah sakit membayarnya berdasarkan jumlah pasien maka ia akan memberikan elemen kinerja kualitatif.
- Hal ini diprediksi berdasarkan teori multitasking (Wright, 2014).

Mekanisme Campuran (2)

- Mekanisme campuran memungkinkan pemerataan pada pendapatan dalam tim kerja.
- Penilaian tambahan pada kualitas kerja akan memberikan keuntungan yang sebelumnya tidak didapatkan oleh para manajer tim dokter.
- Hal ini akan mendorong dokter untuk mau mengambil posisi kepemimpinan di sebuah departemen.

Mekanisme Campuran (3)

- Departemen akan bekerja secara optimum ketimbang maksimum.
- Kemampuan memberikan pelayanan dalam bentuk kualitatif dan kuantitatif mendamaikan antara kebutuhan rumah sakit dan kebutuhan pasien.
- Rumah sakit memperoleh pendapatan lebih sedikit karena aspek kuantitatif tidak lagi ditekankan.

Mekanisme Campuran (4)

- Jumlah pasien sesungguhnya tetap terjaga karena pekerjaan dilakukan dalam iklim kooperatif ketimbang iklim persaingan.
- Dengan adanya dokter yang mengambil posisi manajer dengan sukarela, maka proses pengelolaan tim dapat lebih efisien bahkan jika dilakukan lintas departemen.
- Hal ini memungkinkan pasien-pasien yang sulit dapat diatasi, sama dengan pasien-pasien yang mudah.
- Ketika pasien mudah dihadapi, pekerjaan cukup diambil oleh satu dokter.
- Ketika pasien yang sulit datang, kerjasama dilakukan tanpa harus mengurangi insentif yang diterima dokter dan mekanisme kualitatif bekerja.

Indikator Performance

- Kesulitan dalam menentukan indikator performance yang adil antara kinerja kuantitatif dan kinerja kualitatif.
- Untuk merumuskan hal ini, membutuhkan sebuah usaha awal dari setiap departemen.
- Usaha ini dilakukan untuk merumuskan indikator apa saja yang layak menjadi indikator kinerja dari masing-masing spesifikasi pekerjaan.
- Hal ini memerlukan studi literatur, pengalaman dan pengamatan, serta diskusi bersama antara dokter dan kepala divisi dan departemen.
- Hasilnya kemudian adalah sebuah kumpulan indikator kinerja untuk setiap spesialisasi yang kemudian distandarisasi berdasarkan sistem yang telah ada seperti sistem point.
- Sistem point inilah yang kemudian menjembatani departemen dengan rumah sakit yang menuntut pembayaran berbasis fee for service.

Strategi Implementasi (Perencanaan)

- Setiap departemen menyusun indikator-indikator kinerja untuk setiap spesialisasi baik dalam pelayanan dasar maupun sekunder.
- Ada banyak sumber untuk penyusunan spesialisasi ini, mulai dari pengamatan, studi banding, hingga diskusi dengan staff.
- Setelah indikator kinerja disusun, setiap dokter mendapatkan salinan dan sistem IT yang mendukungnya segera disiapkan.

Strategi Implementasi (Implementasi di Level Dokter)

- Segera setelah setiap dokter menyetujui indikator kinerja, mereka bekerja sesuai tugasnya masing-masing.
- Pekerjaan ini dilakukan dengan spesialisasi masing-masing dokter baik dalam situasi sendiri-sendiri ataupun dalam tim.
- Output dari kegiatan ini ada dalam bentuk profit yang diperoleh dari pasien setelah pendapatan dikurangi dengan biaya-biaya.

Strategi Implementasi (Profit Sharing antar Departemen)

- Dana yang terkumpul dari masing-masing departemen kemudian dikumpulkan dalam satu rapat evaluasi kinerja.
- Dalam rapat ini, kontribusi dari masing-masing departemen diukur.
- Sebagian departemen jelas akan kekurangan karena memang ada sedikit pasien.
- Walau begitu, dokter-dokter di departemen tersebut harus dibayar sesuai dengan kinerjanya.
- Pembayaran untuk kinerja ini dapat melebihi profit yang diterima oleh departemen.
- Karenanya, dalam rapat evaluasi ini, agenda utamanya adalah melakukan profit sharing.
- Merupakan sarana mengabdikan karena pada dasarnya, departemen yang mengalami kelebihan pendapatan harus mentransfer sebagian pendapatan tersebut pada departemen yang mengalami kekurangan.

Strategi Implementasi (Pembagian Remunerasi)

- Tahap ini adalah tahap akhir dimana setiap departemen membagikan hasil rapat evaluasi antar departemen tersebut pada para staf.
- Pembagian ini didasarkan pada kinerja masing-masing staf setelah menyisihkan persentase tertentu dari keuntungan untuk biaya lainnya seperti biaya alat atau operasional.

Strategi Implementasi (Pengujian Lintas Departemen)

- Solusi ini dapat memecahkan masalah yang dihadapi oleh departemen-departemen di rumah sakit.

Referensi

- Berenson, R.A., Rich, E.C. 2010. US Approaches to Physician Payment: The Deconstruction of Primary Care. *J Gen Intern Med* 25(6):613–8
- Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. 2000. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* ;(3):CD002215
- Heneman, R.L., Werner, J.M. 2005. Merit Pay: Linking Pay to Performance in a Changing World. IAP
- Kristensen, S.R., Meacock, R., Turner, A.J., Boaden, R., McDonald, R., Roland, M., et al. 2014. Long-Term Effect of Hospital Pay for Performance on Mortality in England. *N Engl J Med*;371:540-8
- Lawrence, D. 2005. Bridging the Quality Chasm. *Dalam Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*. Proctor P. Reid, W. Dale Compton, Jerome H. Grossman, and Gary Fanjiang, Editors, Committee on Engineering and the Health Care System, National Academy of Engineering, Institute of Medicine, 99-102
- Leavitt, M.O. 2006. Physician Group Practice Demonstration First Evaluation Report. Report To Congress. Secretary of Health and Human Services Leichter, S.B. 2006. Pay-for-Performance Contracts in Diabetes Care. *Clinical Diabetes*, 24(2):56-58
- Sahney, V.K. 2005. Engineering and the Health Care Organization. *Dalam Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*. Proctor P. Reid, W. Dale Compton, Jerome H. Grossman, and Gary Fanjiang, Editors, Committee on Engineering and the Health Care System, National Academy of Engineering, Institute of Medicine, 113-116
- White, J. 2009. Cost Control and Health Care Reform : The Case for All-Payer Regulation. Case Western Reserve University
- Wibowo, B. 2012. Rencana Revisi INA-CBG. National Casemix Centre, Kementerian Kesehatan
- Wright, D.J. 2014. Specialists. *Dalam Encyclopedia of Health Economics*. Newnes, 335-339