Kendali Biaya & Kendali Mutu dalam Managed Care

*Oleh : Christina Maria Aden MPH*

Penyelenggaraan jaminan kesehatan menggunakan prinsip-prinsip *managed care* yaitu suatu teknik yang mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali biaya dan kendali mutu yang bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan (Mukti, 2009). *Managed care* bertujuan untuk memberi pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan biaya yang bersaing (Kongstvedt, 2000). Teknik *managed care* dimaksudkan untuk meniadakan moral hazard dalam pelayanan kesehatan yang dapat mengakibatkan kerugian kesejahteraan masyarakat.

Organisasi *managed care* mempunyai ciri-ciri menjalin kontrak dengan penyedia pelayanan kesehatan (PPK), pembayaran pra upaya, *utilization review*, pelayanan berjenjang, program jaminan mutu dan kesesuaian ganti rugi dengan jasa dokter dan rumah sakit (*Health Insurance Association of America, 2008a*). Pengendalian biaya layanan kesehatan dengan cara managed care dilakukan dari dua sisi yaitu dari sisi PPK (supply) dan dari sisi peserta (sisi *demand*).

1. Kendali biaya dari sisi PPK (*supply*)
   1. Metode pembayaran fasilitas kesehatan.  
      Menurut Liu & Mills (2007), metode pembayaran PPK yang ideal hendaknya mampu mendorong ke arah kendali biaya, jaminan mutu dan efisiensi internal. Selain itu disertai dengan tidak memberikan insentif kepada PPK yang memberikan pelayanan berlebihan atau bahkan sebaliknya dibawah standar.
   2. *Utilization Review*.   
      *Utilization review* merupakan suatu metode untuk menjamin mutu pelayanan terkait penghematan biaya. Mekanisme pengendalian biaya *utilization review* dengan memeriksa apakah pelayanan secara medis perlu diberikan dan apakah pelayanan diberikan secara tepat. *Utilization review* memiliki keuntungan yang jelas dan telah dipraktekkan oleh banyak perusahaan asuransi yaitu mengevaluasi ketepatan penggunaan pelayanan kesehatan agar menghilangkan dan mengurangi hal-hal yang tidak perlu serta resiko potensial pasien.
   3. Standarisasi Pelayanan.   
      Upaya pelayanan kesehatan untuk melakukan kendali biaya sekaligus kendali mutu adalah dengan menerapkan suatu standarisasi pelayanan. Salah satu bentuk standarisasi pelayanan kesehatan adalah dalam bentuk formularium obat. Obat merupakan komoditi menarik dari industri rumah sakit. Obat bahkan mencapai lebih dari 40 % komponen biaya pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya kesehatan bisa disebabkan karena pemakaian obat diluar formularium yang telah disepakati (Adipratikto, 2004). Kondisi ini diperparah dengan kondisi dokter yang kurang peduli dengan harga obat yang diresepkan dan seringkali merasa tidak cocok dengan formularium yang berlaku (khan et al, 2008). Formularium obat merupakan suatu daftar obat yang disediakan untuk memebuhi kebutuhan medis dengan jenis obat yang dinilai lebih efektif dan lebih efisien (Kongstvedt, 2009). Nama obat yang tercantum dalam formularium adalah nama generik. Saat ini pemanfaatan obat generik di rumah sakit pemerintah belum mencapai 76 % (Depkes, 2009b). Kewajiban menggunakan obat generik pada PPK milik pemerintah diatur dalam Peraturan menteri kesehatan no HK 02.02 Tahun 2010 tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (kemenkes, 2010)
2. Kendali Mutu.   
   Perusahaan asuransi, pembayar dan penanggung biaya layanan kesehatan memiliki persepsi yang berbeda tentang layanan kesehatan yang bermutu. Bagi suatu penjamin biaya layanan kesehatan, layanan kesehatan yang bermutu adalah layanan yang efisien dan dapat memberikan kepuasan kepada pasien. Sedangkan pengertian mutu secara luas dan komprehensif dari Cosby (1984), Donabedian (1980) dan Zeithaml e al (1990) adalah sejauh mana realisasi layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kriteria dan standar profesional medis terkini dan baik yang sekaligus telah memenuhi atau bahkan melebihi kebutuhan dan keinginan pelanggan dengan tingkat efisiensi yang optimal (Mukti, 2007).

Menurut Brown et al (1990) mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan multi faset yang memiliki beberapa dimensi dalam menjaga mutu yaitu kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan, efektifitas, hubungan antar manusia, efisiensi, kelangsungan pelayanan, keamanan dan kenyamanan. Diantara 8 dimensi mutu tersebut, efisiensi pelayanan kesehatan merupakan dimensi yang penting karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas.

Menurut Mukti (2007) terdapat beberapa aktifitas yang dapat dilakukan untuk pencapaian mutu diantaranya manajemen risiko, utilization review (UR), *peer review*, indikator, prosedur tetap, audit medis, *clinical pathway*, algoritma. Bagi penjamin biaya layanan kesehatan, aktivitas yang biasa dilakukan untuk pencapaian mutu adalah melalui *utilization review*.

Berdasarkan waktu pelaksanaannya UR dapat dikelompokkan menjadi *Prospective Review*, *Consurrent Review* dan Retrospektif (HIAA, 2008). *Prospective review* merupakan UR yang digunakan untuk menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diberikan, utamanya untuk penggunaan pelayanan di rumah sakit. Beberapa cara kajian jenis ini adalah *case management*, *preadmission certification*, *outpatient presertification*, *referral authorization* and *second opinion* (Kongstvedt, 2009). *Concurrent review* merupakan UR yang dilakukan ketika pelayanan diberikan kepada pasien. Tekniknya yang digunakan adalah menilai *Length of stayed* (LOS), *Discharge planning* dan *continued stay Review*. *Retrospective review* adalah UR yang dilakukan setelah pelayanan diberikan kepada pasien. *Retrospective review* umumnya dilakukan dengan *claim review* dan *pattern review*. *Claim review* merupakan kajian terhadap klaim:apakah klaim sesuai dengan paket manfaat yang disepakati atau apakah ada kekeliruan pada klaim. *Pattern review* melakukan kajian terhadap pola pemanfaatan pelayanan kesehatan sehingga diperoleh pola pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta dan PPK serta pembiayaan pada msing-masing unit Penyedia Pelayanan Kesehatan (Hendrartini, 2010b). Salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan dalam UR adalah kepuasan pasien (Hendrartini, 2009b)

**Referensi :**

Christina, M (2012) Implementasi kendali biaya dan kendali mutu pelayanan kesehatan program jaminan kesehatan daerah Kutai Kartanegara di RSUD Parikesit Tenggarong. Tesis. Universitas Gadjah Mada