

Manajemen Utilitas (*Utilization Management*) pada Asuransi Kesehatan

Ade Heryana, SSt, MKM

Dosen Prodi Kesmas Universitas Esa Unggul

e-mail: heryana@esaunggul.ac.id

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa dapat memahami pengertian *Utilization Management*
2. Mahasiswa dapat memahami teknik-teknik dalam *Utilization Management* pada Asuransi Kesehatan

PENGERTIAN

Pada pembahasan tentang *moral hazard* disebutkan ada beberapa cara untuk mengurangi dampak *moral hazard* antara lain *coinsurance*, *copayment*, *deductible*, dan monitoring. Tiga cara pertama ditentukan saat insurer dan insured menandatangani kontrak asuransi, sedangkan monitoring dilakukan setelah kontrak disepakati. Metode monitoring ini dalam asuransi kesehatan disebut juga dengan *Utilization Management* (UM) atau manajemen utilitas atau *Utilization Review* (UR).

Morrissey (2008) dalam bukunya yang berjudul "*Health Insurance*" menyatakan "*Utilization management (UM) consists of a variety of mechanisms to deal with the moral hazard problem by using clinical judgment to determine whether particular health services are worth their cost for specific patients*" atau secara bebas dapat diterjemahkan sebagai berikut Manajemen Utilitas pada asuransi kesehatan merupakan mekanisme atau metode untuk mengatasi permasalahan moral hazard dengan menggunakan pertimbangan klinis untuk mengetahui apakah pelayanan kesehatan yang diberikan memiliki biaya yang efisien pada pasien tertentu.

Sementara itu Green & Rowell (2011) mendefinisikan manajemen utilitas sebagai berikut: "*a method of controlling healthcare costs and quality of care by reviewing the appropriateness and necessity of care provided to patients prior to the administration of care (prospective review) or after care has been provided (retrospective review)*". Jadi dalam manajemen utilitas terdapat dua metode review yaitu prospektif yang dilakukan sebelum pelayanan, dan restrospektif yang dilakukan setelah menjalani pelayanan kesehatan.

Dengan demikian dari definisi tersebut, Manajemen Utilisasi pada asuransi kesehatan memiliki komponen-komponen sebagai berikut:

1. *Moral hazard*

Dampak dari *moral hazard* adalah terjadi kelebihan utilisasi (*over utilization*) terhadap pelayanan kesehatan, sehingga harus dikelola sedemikian rupa sehingga dapat menghasilkan pembiayaan yang efisien.

2. Pertimbangan klinis

Manajemen utilitas menggunakan pembatasan-pembatasan secara klinis terhadap penentuan utilitas pelayanan dengan memberikan persetujuan atau penolakan terhadap perawatan yang dibuat berdasarkan kepentingan medis.

3. Pelayanan kesehatan yang efisien biaya

Manajemen utilitas pada prinsipnya bukan menghalangi seseorang mendapatkan pelayanan kesehatan, melainkan metode ini menginformasikan kepada insurer bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan secara biaya tidak efisien.

TEKNIK-TEKNIK UTILIZATION MANAGEMENT

Samuel (2012) membagi teknik *utilization management* ke dalam tiga kelompok, yaitu:

1. *Prospective*

Teknik ini terdiri dari tiga jenis yaitu 1) *Referrals*; 2) *Precertification* atau *authorization*; dan 3) *Second surgical opinion*

2. *Concurrent*

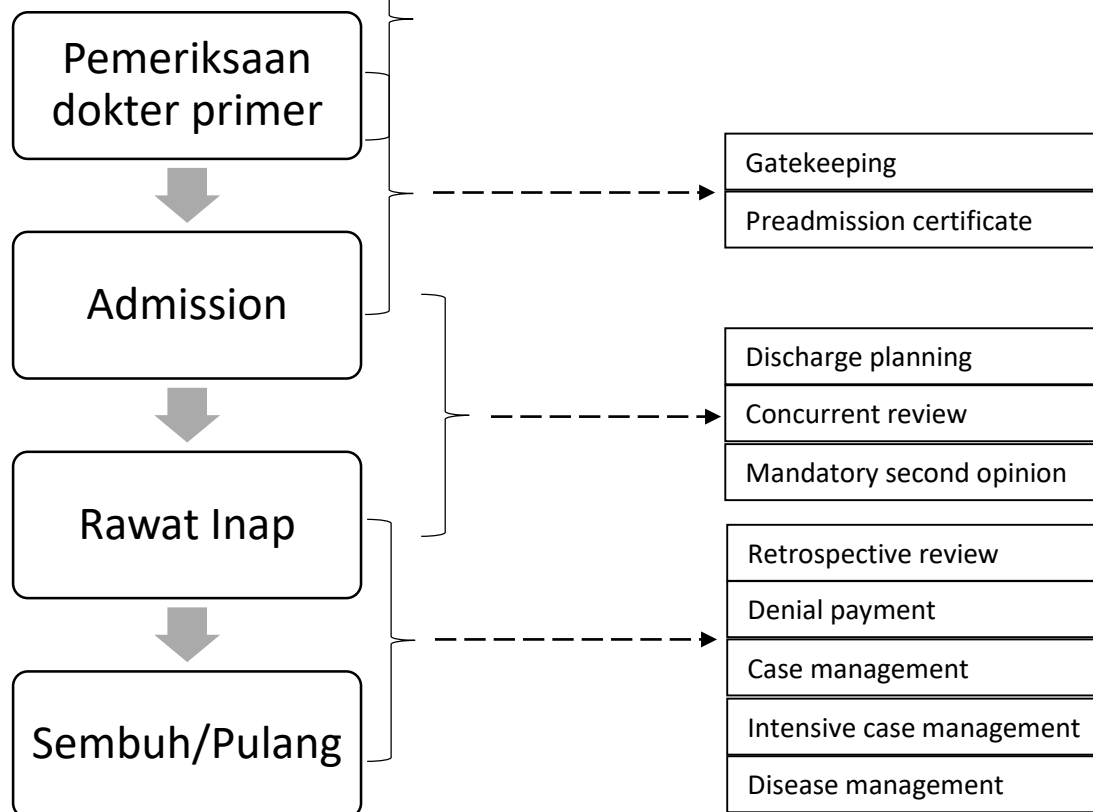
Teknik ini terdiri dari tiga jenis yaitu 1) *Concurrent length-of-stay review*; 2) *Discharge planning*; dan 3) *Case management*

3. *Retrospective*

Teknik ini terdiri dari: *Pattern analysis*, *Medical record review*, *Appropriateness review*, *Procedures code review*, *Bill audits*, *Restrospective claim review*, dan Identifikasi terhadap klaim provider yang terindikasi ada kecurangan

Sementara beberapa teknik manajemen utilisasi yang sering digunakan menurut Morissey (2008) antara lain: *Gatekeeping*, *Preadmission certification*, *Concurrent review*, *Retrospective review*, *Denial of payment*, *Discharge planning*, *Mandatory second surgical opinion*, *Case management*, *Intensive case management*, dan *Disease management*.

Pada artikel ini penulis membagi teknik *Utilization Management* berdasarkan urutan proses pelayanan mulai dari pasien menjalani pemeriksaan di fasilitas kesehatan primer hingga dinyatakan sembuh/pulang atau meninggal dunia. Bila digambarkan menurut proses pelayanannya, akan tampak seperti gambar 1 berikut.



Gambar 1. Jenis Manajemen Utilitas Asuransi Kesehatan menurut Proses Pelayanan

Berdasarkan gambar 1 di atas, teknik *utilization management* terbagi menjadi tiga, yaitu: 1) Dilakukan saat pasien menerima pelayanan pemeriksaan di faskes primer hingga akan menjalani proses admission di faskes lanjutan; 2) Dilakukan saat pasien selesai melakukan proses admission hingga menjalani perawatan; dan 3) Dilakukan saat pasien menjalani perawatan hingga dinyatakan sembuh atau pulang.

Teknik-teknik UM tahap awal pada prinsipnya adalah ingin melakukan skrining terhadap kasus penyakit yang bisa dilakukan di faskes primer agar tidak dirujuk ke faskes sekunder dan memastikan bahwa pihak insurer menyetujui proses rujukan tersebut. Teknik ini umumnya tidak berlaku pada pasien-pasien yang dikirim ke faskes sekunder dengan kondisi emergency atau butuh pertolongan tetap. Teknik tersebut antara lain *gatekeeping* dan *pre-admission certificate*.

a. Gatekeeping

Disebut teknik *Referrals* (Samuel, 2012). Teknik ini mewajibkan dokter pelayanan kesehatan primer (atau FKTP) memberikan persetujuan kepada pasien yang akan melakukan pemeriksaan kesehatan ke dokter spesialis. Jika pasien menjalankan pemeriksaan spesialis tanpa persetujuan, maka ia wajib membayar sendiri pemeriksaan. *Gatekeeping* berusaha agar pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter spesialis atau yankes tingkat lanjut dapat dikendalikan sehingga tidak semua kasus penyakit langsung dirujuk.

Dalam asuransi kesehatan sosial di Indonesia, peran *gatekeeper* dilakukan oleh Puskesmas. Namun peran ini masih belum maksimal. Hasil penelitian yang dilakukan pada Puskesmas di wilayah kabupaten Bogor tahun 2014 menunjukkan terdapat 144 jenis diagnosis yang seharusnya bisa ditangani oleh Puskesmas, namun dirujuk ke rumah sakit (Ursila & Ijanto, 2015). Bahkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Sumbersari Bantul pada tahun 2013 menunjukkan beberapa dokter belum memahami peran *gatekeeper* dalam jaminan kesehatan (Wulandari & Hafizurrachman, 2013).

b. Preadmission certificate

Disebut juga *Pre-admission review* atau *Prospective authorizations* atau Setifikasi Pre Rawat Inap atau Surat Jaminan Asuransi. Teknik ini mengharuskan *insured* mengajukan ijin masuk rumah sakit yang telah disetujui insurer sebelum pasien dilayani oleh rumah sakit (kecuali kasus emergency). Studi menunjukkan bahwa program manajemen utilitas akan efektif jika pelayanan kesehatan menerapkan sistem admisi yang ketat.

Termasuk dalam teknik ini adalah *pre-authorisation review* yaitu evaluasi kebutuhan bentuk diagnosis dan terapi pada layanan rujukan, yang terfokus pada pemeriksaan kesehatan dengan biaya tinggi seperti pelayanan MRI (Amelung, 2013). Teknik ini selain dijalankan pada pasien rawat inap, juga diberlakukan pada pasien rawat jalan (Samuel, 2012).

Teknik-teknik UM berikutnya dilakukan pada pasien yang telah menjalani proses admission atau pada pasien yang tidak memerlukan proses admission misalnya pada pasien dengan kegawatdaruratan (emergency). Tujuan dari teknik-teknik ini adalah menilai berdasarkan pertimbangan medis apakah pasien mendapatkan penggantian biaya pelayanan kesehatan oleh insurer. Teknik tersebut terdiri dari empat yaitu *discharge planning*, *concurrent review*, *retrospective review*, dan *mandatory second opinion*.

a. Discharge planning

Pada dasarnya tujuan utama dari discharge planning adalah memperpendek lama hari rawat inap atau Length of Stay pasien (Amelung, 2013). Teknik ini mewajibkan pemberi pelayanan kesehatan atau rumah sakit melakukan evaluasi terhadap kebutuhan medis pasien sehingga dapat ditentukan perawatan yang sesuai setelah pasien pulang dari rumah sakit (Marcinko & Hetico, 2006). Dengan demikian pemberi pelayanan kesehatan memiliki rencana jumlah hari rawat inap dan wajib disampaikan kepada pasien saat menjalani perawatan termasuk perencanaan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang sesuai setelah pasien pulang ke rumah, misalnya menjalankan *home care*.

b. Concurrent review

Pada *concurrent review*, pemberi pelayanan kesehatan menyetujui proses admission dan pemberian perawatan kepada pasien, namun setelah itu dilakukan peninjauan sesuai dengan pertimbangan medis (Amelung, 2013). Samuel (2012) menekankan concurrent review pada lama hari rawat inap sehingga menyebut teknik ini sebagai *concurrent length-of-stay* (Samuel, 2012).

Teknik ini merupakan metode evaluasi persetujuan pelayanan kesehatan yang dijalankan secara paralel (konkuren) dengan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, misalnya mengharuskan pasien mendapat persetujuan dari insurer mengenai jumlah hari rawat inap bila melebihi ketentuan atau kontrak asuransi kesehatan dan sesuai dengan saran/petunjuk dokter pemeriksa. Jika seorang pasien diharuskan oleh dokter pemeriksa menjalani rawat inap 10 hari, padahal menurut kontrak hanya 3 hari rawat inap, maka hal ini harus mendapat persetujuan dari perusahaan asuransi.

c. Mandatory second opinion

Disebut juga *second opinion programe*. Prosedur ini adalah upaya agar pasien wajib mendapatkan opini kedua (*second opinion*) dari dokter lain sebelum mendapatkan tindakan medis, seperti tindakan operasi/bedah (kecuali kasus emergency). Bila hasil dari *second opinion* tidak merekomendasikan pasien untuk menjalani tindakan operasi, maka insured diminta memilih tindakan yang harus dijalankan. Bila tetap harus menjalani tindakan operasi, maka pasien menanggung biaya pelayanan tersebut.

Disamping untuk mengawasi pelaksanaan tindakan medis agar sesuai dengan dengan prosedur yang berlaku (sebagai instrumen kontrol), *second opinion* program dapat digunakan sebagai pengendalian kualitas pelayanan (Amelung, 2013).

Teknik-teknik UM yang terakhir dilakukan saat pasien menjalani perawatan di faskes sekunder hingga dinyatakan sembuh dan boleh pulang, atau meninggal dunia. Tujuan teknik ini sama dengan teknik sebelumnya yaitu memastikan dengan pertimbangan medis mengenai kelayakan pembayaran ganti rugi pelayanan kesehatan oleh insurer. Teknik tersebut terdiri dari empat macam yaitu *denial of payment*, *case management*, *intensive case management*, dan *disease management*.

a. Retrospective review

Disebut juga *discharge review* dan merupakan teknik klasik dalam UM untuk mengontrol pemberian pelayanan kesehatan (Amelung, 2013). Teknik ini dijalankan setelah pasien diijinkan dirawat inap di pelayanan kesehatan. Pemberi pelayanan kesehatan harus mengikuti ketentuan yang dibuat oleh insurer jika ternyata pasien tidak diijinkan mendapatkan pelayanan atau tidak diperbolehkan dirawat inap terlalu lama.

Samuel (2012) menyebutkan ada tujuh metode yang dilakukan dalam *retrospective review*, antara lain:

1. *Pattern analysis*, yaitu analisis yang dilakukan secara intensif terhadap pola pemeriksaan terhadap pasien serta mengidentifikasi permasalahan-permasalahan yang kemungkinan timbul
2. *Medical record review*, yaitu peninjauan terhadap data-data rekam medis (status pasien) untuk menentukan pelayanan kesehatan yang sesuai
3. *Appropriateness review*, yaitu peninjauan terhadap kesesuaian antara klaim asuransi kesehatan dengan standar perawatan dan merupakan dasar untuk menentukan pembayaran klaim
4. *Procedure code review*, yaitu peninjauan terhadap kesesuaian antara klaim asuransi kesehatan dengan kode diagnosa penyakit yang ditetapkan oleh provider, biasanya menggunakan aplikasi komputer. Dari peninjauan ini diputuskan apakah klaim dilakukan *coding* ulang atau ditahan.
5. *Bill Audits*, yaitu peninjauan terhadap kesesuaian klaim asuransi kesehatan terhadap prosedur penagihan, kesalahan pembayaran, dan pelayanan kesehatan yang sesuai. Peninjauan ini ditujukan untuk menghindari duplikasi klaim dan pelayanan kesehatan yang berbiaya tinggi.

6. *Retrospective claim review*, yaitu peninjauan terhadap pembayaran klaim secara statistik untuk mengidentifikasi ketidakwajaran pola pelayanan kesehatan yang dilakukan provider atau pasien.
7. *Identification of fraudulent bills submitted by providers*, yaitu prosedur mengidentifikasi penagihan yang terindikasi kecurangan oleh provider.

b. Denial of payment

Teknik ini merupakan metode evaluasi persetujuan pelayanan yang dijalankan secara paralel dengan retrospective review. Bila insurer menetapkan bahwa pasien tidak diijinkan mendapatkan pelayanan atau tidak diperbolehkan dirawat inap melebihi ketentuan, maka pasien harus membayar biaya pendaftaran dan rawat inap di luar ketentuan.

c. Case management

Teknik case management dilakukan umumnya berdasarkan hasil dari *discharge planning* yang telah dilakukan (Rickel & Wise, 2000). Tujuan case mangement adalah menerapkan pelayanan kesehatan yang berbiaya rendah dan memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai (Samuel, 2012).

Prosedur ini adalah upaya insurer untuk mengidentifikasi pelayanan kesehatan berbiaya tinggi yang dilakukan oleh seorang *Case Coordinator* atau Manajer Kasus. *Case Coordinator* memiliki kewenangan untuk menyetujui penggantian biaya pelayanan pengganti atau cakupan pelayanan lainnya yang tidak ditanggung, sedemikian rupa sehingga penggantian pelayanan tersebut memiliki biaya yang minimal atau minimal sama dengan cakupan pelayanan yang ditanggung. Contohnya persetujuan pelayanan Home Care untuk menggantikan jumlah hari rawat inap tambahan di rumah sakit.

d. Intensive case management

Teknik ini merupakan upaya yang dijalankan secara individual pada pasien tertentu yang memiliki biaya pelayanan tinggi dan dengan kondisi medis yang kompleks dan komplikatif.

e. Disease management

Prosedur ini merupakan teknik koordinasi antar pelayanan kesehatan bagi pasien dengan penyakit kronis untuk memastikan agar praktik kedokteran dijalankan sesuai pedoman medis.

PELAKSANAAN UTILIZATION MANAGEMENT

Sepintas manajemen utilisasi hampir mirip dengan penilaian klaim (*claim adjudication*), namun keduanya secara prinsip memiliki perbedaan. Manajemen utilitas merupakan prosedur untuk menentukan kebutuhan medis pada pelayanan kesehatan yang ditanggung, sedangkan penilaian klaim menentukan pelayanan kesehatan yang ditanggung (Morissey, 2008).

Pelaksanaan Utilization Management oleh perusahaan asuransi kesehatan swasta di Indonesia masing-masing mengalami kendala terutama disebabkan oleh SDM dan kepatuhan pada prosedur operasionalnya. Studi yang dilakukan Handayani pada tahun 2012 pada perusahaan asuransi kesehatan swasta di tiga wilayah yaitu Tangerang, Bontang, dan Palembang menunjukkan pelaksanaan utilization review mengalami kendala pada ketersediaan dan kompetensi SDM serta penerapan SOP yang kurang baik.

Demikian pula pelaksanaan UR di Bapel Jamkessos Yogyakarta tahun 2011 berdasarkan studi yang dilakukan Yuniarti dan Mukti (2011) belum maksimal dan terbatas hanya pada pemberian persetujuan dan penyesuaian dengan standar yang ada. Pengkajian dan analisis terhadap data-data yang ada untuk melakukan evaluasi kinerja dan pengendalian biaya pelayanan kesehatan belum dilakukan. Sehingga tidak ada perubahan terhadap kinerja dan rata-rata biaya pelayanan kesehatan pada sebelum dan sesudah penerapan Utilization Review.

KESIMPULAN

Moral hazard dalam pelaksanaan asuransi kesehatan menimbulkan inefisiensi terhadap biaya pelayanan kesehatan. Upaya pencegahan dilakukan pada dua kondisi yaitu saat polis asuransi kesehatan belum disetujui kedua belah pihak, dan saat polis sudah disetujui kedua pihak. *Utilization Management* merupakan teknik monitoring dan pengendalian akibat moral hazard yang dilakukan setelah polis asuransi disetujui kedua pihak.

Ciri khas utama dari *Utilization Management* adalah adanya pertimbangan klinis (*clinical judgment*) dari dokter atau tenaga medis yang ditetapkan perusahaan asuransi. Dengan demikian, UM berbeda dengan proses *claim adjudication* yang semata-mata hanya mengetahui pelayanan kesehatan yang ditanggung dan tidak ditanggung tanpa pertimbangan medis.

Teknik UM dapat dilakukan saat pasien menjalani pemeriksaan di faskes primer hingga menjalankan admission di faskes sekunde (*gatekeeping*, dan *pre-admission certificate*), saat

pasien melakukan admission hingga menjalani perawatan di faskes sekunder (*discharge planning, concurrent review, dan mandatory second opinion*), dan saat pasien menjalani perawatan hingga dinyatakan sembuh/pulang atau meninggal dunia (*retrospective review, denial of payment, case management, intensive case management, dan disease management*).

DAFTAR ISTILAH

<i>Appropriateness review</i>	<i>Bill audits</i>
<i>Case Coordinator</i>	<i>Case management</i>
<i>Claim adjudication</i>	<i>Clinical judgment</i>
<i>Concurrent review</i>	<i>Concurrent length-of-stay review</i>
<i>Denial of Payment</i>	<i>Discharge planning</i>
<i>Disease management</i>	<i>Gatekeeping</i>
<i>Home care</i>	<i>Intensive case management</i>
Manajer Kasus	<i>Mandatory second opinion</i>
<i>Medical record review</i>	<i>Over Utilization</i>
<i>Pattern Analysis</i>	<i>Preadmission certificate</i>
<i>Preadmission review</i>	<i>Preauthorization review</i>
<i>Procedure code review</i>	<i>Prospective authorization</i>
<i>Prospective review</i>	<i>Referrals technique</i>
<i>Retrospective review</i>	<i>Second surgical opinion</i>
Sertifikasi Pra Rawat Inap	Surat Jaminan Asuransi
<i>Utilization management</i>	<i>Utilization review</i>

LATIHAN SOAL

1. Mengapa Utilization Management sangat dibutuhkan dalam asuransi kesehatan?
2. Bagaimana hubungan antara Utilization Management dengan kualitas pelayanan kesehatan?
3. Identifikasi teknik *Utilization Management* yang pernah Anda jalankan sebagai tenaga kesehatan atau Anda alami sebagai peserta asuransi kesehatan, lalu Anda ceritakan dalam bentuk narasi. Termasuk jenis teknik UM apakah?
4. Berikan tanda checklist (✓) pada kotak yang kosong dan sesuai dengan jenis teknik Utilization Management.

Teknik Utization Management	Prospective	Concurrent	Retrospective
Appropriateness review			✓
Bill audits			
Case management			
Concurrent review			
Denial of payment			
Discharge planning			
Disease management			

Teknik Utization Management	Prospective	Concurrent	Retrospective
Gatekeeping			
Intensive case management			
Mandatory second opinion			
Medical record review			
Pattern analysis			
Preadmission certificate			
Preauthorization review			
Procedures code review			
Prospective authorization			
Referrals technique			
Surat Jaminan Asuransi			
Sertifikat Pra Rawat Inap			

KEPUSTAKAAN

- Amelung, Volker Eric. 2013. *Healthcare Management: Managed Care Organisations and Instruments*, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin
- Marcinko, David Edward dan Hope Rachel Hetico, 2006. *Dictionary of Health Insurance and Managed Care*, New York: Springer Publishing
- Morrissey, Michael A. 2008. *Health Insurance*, Washington: AUPHA Press
- Rickel, Annette U, dan Thomas N Wise, 2000. *Understanding Managed Care: An Introduction for Health Care Professional*, Switzerland: Karger AG
- Samuel, David I, 2012. *Managed Healthcare in the New Millenium: Innovative Financial Modeling for the 21st Century*, CRC Press
- Yuniarti, Evi dan Ali Ghufon Mukti, 2011. “Evaluasi Pelaksanaan Utilization Review Badan Pengelola Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi Daerah Istmewa Yogyakarta” dalam *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.14 No.3 September 2011*