

Manajemen Mutu dan Biaya

Dr. H. Samsi Jacobalis

Jakarta

TRIKOTOMI MUTU, BIAYA DAN PEMERATAAN

Trikotomi dalam pemberian asuhan kesehatan adalah antara mutu, biaya dan pemerataan. Tiga unsur itu saling mempengaruhi, namun tidak selalu saling mendukung, bahkan dapat saling berlawanan. Misalnya : biaya yang ditingkatkan dapat mengakibatkan pemerataan layanan juga bertambah, tetapi dapat juga terjadi hal yang bertentangan. Jika biaya yang meningkat itu karena membeli teknologi yang mahal, dan pasien harus membayar mahal pula untuk dapat menikmati teknologi itu, ini akan berarti justru berkurangnya pemerataan, karena sebagian masyarakat terpaksa harus tersisih dari kenikmatan mendapat layanan.

Banyak negara industri yang dikenal sebagai *welfare states* (Inggris, Swedia, Jerman, Kanada, dan lain-lain) sedang mengalami masalah berat dalam pembiayaan layanan kesehatan bagi rakyat mereka. Umumnya mereka sedang berusaha melakukan restrukturisasi sistem layanan kesehatan nasionalnya, karena biaya makin lama makin melonjak tinggi. Sedang giat direncanakan *cost containment* tanpa mengorbankan mutu dan keterjangkauan atau pemerataan layanan. Contoh yang paling mengesankan adalah Amerika. Di negara kaya itu sudah sejak beberapa tahun terakhir biaya kesehatan naik dengan tajam. Tahun ini diperkirakan akan menjadi hampir 14% dari GNP negara itu. Persentase itu adalah tertinggi di seluruh dunia. Tetapi apakah dengan meningkatnya biaya itu pemerataan juga jadi lebih meningkat di sana ? Justru tidak. Saat ini lebih dari 38 juta orang Amerika tidak terjangkau oleh layanan kesehatan yang memadai karena mereka tidak terlindung oleh asuransi. Biaya layanan kesehatan di negara itu sudah demikian tingginya, sehingga dalam biaya satuan (*unit cost*) satu mobil Amerika yang diproduksi, biaya untuk pemeliharaan kesehatan buruh pabrik

adalah lebih tinggi daripada biaya pengadaan baja untuk memproduksi satu mobil itu. Hal ini tentu mempunyai dampak merugikan dalam persaingan dengan industri otomotif Jepang dan beberapa negara lain.

Ny. Hillary Clinton, yang mendapat tugas khusus dari presiden Clinton, telah siap dengan rancangannya untuk mengatasi "krisis asuhan kesehatan" di negara adikuasa itu. Namun saat ini ia sedang sibuk berargumentasi untuk mempertahankan rancangannya terhadap serangan-serangan gencar dari beberapa anggota Kongres yang sangat berpengaruh. Di kalangan masyarakat, terutama segmen tertentu, rancangan itu juga mendapat dorotan tajam dan diperdebatkan oleh pihak-pihak yang pro dan kontra (Time, 27 September 1993).

Di Indonesia masalah pemerataan layanan kesehatan sangat dipentingkan, bahkan dijadikan salah satu kebijakan pokok dalam pembangunan sektor kesehatan nasional sejak Repelita I. Untuk itu ujung tombaknya adalah penyebaran Puskesmas dan Puskesmas pembantu sampai ke pelosok-pelosok terpencil. Demikian juga program Posyandu, peningkatan ketahanan hidup anak, bidan desa, pos obat desa, dokter PTT dan lain-lain adalah program pemerataan layanan kesehatan seera nasional. Upaya-upaya pemerataan itu tentu harus didukung dengan biaya. Harus diakui bahwa demi pemerataan, dan dalam keterbatasan sumberdaya, pada awal pembangunan kesehatan dulu mutu belum terlalu mendapat perhatian.

Namun sejak sekitar sepuluh tahun yang lalu situasi sudah mulai berubah. Peningkatan mutu juga dijadikan tujuan pembangunan kesehatan nasional. Sudah giat dikembangkan upaya-upaya menuju keseimbangan antara mutu, biaya dan pemerataan serta keterjangkauan layanan kesehatan. Sekarang dapat kira-kira diikhtisarkan perkembangan sebagai berikut :

- 1) Kesadaran akan mutu makin berkembang. Sudah mulai meluas pengalaman menggunakan beberapa cara untuk meningkatkan mutu. Banyak rumah sakit sudah mempunyai program meningkatkan mutu, sekalipun terbatas.
- 2) Sedang dikembangkan cara-cara untuk meningkatkan pembiayaan layanan kesehatan, a.l. dengan pengembangan sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, *cost recovery* dan pengswadanaan rumah sakit pemerintah, serta peningkatan peran serta swasta (termasuk kemungkinan investasi oleh swasta asing) dalam pengembangan sarana layanan kesehatan.
- 3) Pemerataan layanan terus ditingkatkan.

KORELASI ANTARA MUTU DAN BIAYA

Tantangan utama dalam manajemen mutu dan manajemen biaya layanan kesehatan adalah bagaimana menyelenggarakan layanan yang bermutu dengan biaya yang masih dalam batas kemampuan masyarakat dan pemerintah untuk mendukungnya. Dengan kata lain harus dapat ditetapkan *berapa harga* jasa kesehatan yang bermutu baik dan apakah harga itu mampu dibayar oleh pemerintah dan masyarakat. Perlu juga ditetapkan apa yang dimaksud dengan "bermutu baik". Menetapkan nilai material tentang mutu tidak mudah, jika tidak mau dikatakan tidak mungkin.

Mutu adalah abstrak dan subyektif. Untuk membuatnya relatif "nyata" produksi jasa kesehatan diuraikan dalam komponen-komponen yang relevan dengan mutu, yaitu *struktur*, *proses* dan *outcome*. Struktur adalah masukan berupa sumberdaya yang relatif mudah dikuantifikasikan dalam nilai uang.

Tetapi proses klinis sangat bervariasi, tergantung pada banyak faktor kualitatif dalam sarana kesehatan (rumah sakit dan lain-lain), antara lain padaperilaku manajemen, misi rumah sakit, "budaya" rumah sakit, faktor-faktorpsiko-sosial padaparapemberi layanan, tingkat pendidikan staf rumah sakit, kemampuan unsur-unsur penunjang, serta keadaan yang menyangkut pasien sendiri. Di samping itu tiap penyakit dan tiap pasien adalah unik, dan tiap dokter yang menangani pasien dengan penyakit tertentu itu juga mempunyai keunikan sendiri. Semua variabel itu sukar dikuantifikasikan, sehingga sukar juga ditetapkan padanan nilai uangnya. Oleh karena itu harga suatu proses yang rutin sekalipun (misalnya pertolongan pada persalinan normal) tidak mudah ditetapkan secara eksak, walaupun biasanya ada tarif paket untuk proses itu. Besar kemungkinan tarif itu tidak mewakili harga yang sebenarnya dari proses itu. Demikian juga *outcome* sukar dipadankan dengan nilai uang. Sukar ditentukan berapa harga misalnya keadaan "bebas dari rasa nyeri, sembuh dari penyakit, rasa puas atau tidakpuas terhadap pengobatan, eacad setelah suatu tindakan, dan sebagainya."

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa mutu asuhan kesehatan sukar dipadankan dengan biaya, karena yang satu adalah abstrak dan kualitatif sedangkan yang lain eksak. Dengan kata lain pemerintah dan masyarakat (selaku penyedia dana) tidak dapat mengatakan apakah mereka membayar lebih atau kurang untuk derajat mutu tertentu. Sebagai contoh nyata dari Amerika lagi : sekalipun dikatakan mutu asuhan kesehatan adalah terbaik di negara itu (karena manajemen mutu sudah

paling lama berkembang di sana), dan rakyat membayar mahal untuk pemeliharaan kesehatan mereka (14% dari GNP), dalam tahun 1986 saja sudah 89% rakyat Amerika tidak puas dengan asuhan kesehatan yang mereka terima (Blendon, *World Hospitals*, Vol 26 No. 1). Belum lagi kenyataan bahwa sekitar 15% orang Amerika tidak terjangkau oleh layanan kesehatan yang layak. Jadi jelas sekali trikotomi antara biaya, mutu dan pemerataan di negara itu.

MENGEVALUASI BIAYA DALAM LAYANAN KESEHATAN

Dalam manajemen layanan kesehatan sekarang ini orang tidak boleh lagi beranjak dari pendirian : "pengobatan dilakukan berapapun biayanya" (*treatment at any cost*). Seperti juga dalam industri lain, layanan kesehatan pun sekarang sudah beralih menjadi "dipacu oleh biaya" (*cost driven*). Rumah sakit yang tidak mewaspadai prinsip ini lambat laun pasti akan mengalami kesulitan pembiayaan dan akhirnya mungkin harus gulung tikar.

Dalam manajemen rumah sakit sekarang (terutama rumah sakit swasta, BUMN, swadana) dituntut adanya kemampuan beriwraswasta dan penguasaan kiat-kiat bisnis. Dalam penyelenggaraan rumah sakit yang akan semakin bersaing di masa depan harus disadari perlu adanya keunggulan kompetitif (*competitive advantage*). Keunggulan itu tidak lain kecuali bersumber pada seni kemampuan manajemen :

- Biaya (*Cost*),
- Mutu (*Quality*),
- Penyampaian jasa (*Delivery*).

Secara sederhana dapat dikatakan rumah sakit (atau sarana pemberi layanan kesehatan yang lain) dapat bertahan dan berkembang apabila dapat menyediakan dan menyampaikan :

- Jasa yang tepat sesuai kebutuhan masyarakat
- Jasa yang bermutu
- Jasa yang diproduksi secara efisien
- Jasa yang dipasarkan seera efektif.

Seperti juga dalam industri lain, dalam manajemen rumah sakit pun efisiensi dalam pemanfaatan sumberdaya-sumberdaya menjadi sangat strategis. Efisiensi dapat diartikan sebagai : manfaat dieapai dengan sumberdaya yang seera kuantitas dan kuantitas tepat. Dengan kata lain mendapatkan nilai tambah tanpa pemborosan sumberdaya.

Yang dapat menjadi masalah adalah bahwa tidak semua manfaat dalam asuhan kesehatan dapat diukur. Misalnya : berkurangnya rasa nyeri, berkurangnya stres, membaiknya mutu kehidupan dan teregahnya kecacatan adalah manfaat-manfaat yang sukar diukur dalam nilai uang. Paling-paling orang dapat mengatakan, andaikan hal-hal yang tidak diinginkan sampai terjadi dan keadaan itu harus diatasi dengan upaya-upaya tertentu, dapat dihitung biayanya akan sebesar sekian rupiah. Jadi dapat *diperkirakan* saja berapa rupiah yang dapat *dihematkan* karena hal-hal yang tidak diinginkan itu tidak terjadi. Di samping itu beberapa jenis biaya tidak langsung dalam layanan kesehatan juga sukar dinilai seera pasti, seperti misalnya biayapendidikan tenaga kesehatan, biaya mengembangkan sikap dan perilaku

tenaga kerja dan lain-lain. Padahal pengetahuan, keterampilan dan perubahan perilaku yang dihasilkan oleh upaya pengembangan sumberdaya manusia tadi sangat potensial untuk peningkatan manfaat bagi pasien.

PERAN DOKTER DAPAT MENDUKUNG MANAJEMEN MUTU DAN BIAYA

Di atas tadi dicontohkan bagaimana mutu yang ditingkatkan dapat menekan biaya karena secara preventif dapat dihemat biaya untuk mengatasi *outcome* yang tidak diinginkan. Demikian juga biaya yang digunakan secara efisien dapat meningkatkan mutu, seperti misalnya pemakaian obat secara rasional.

Di sini peran dokterlah yang paling strategis. Dokter adalah faktor yang sangat menentukan dalam pemanfaatan dana untuk kesehatan, bukan pasien atau pihak lain. Namun sayangnya para dokter umumnya bersikap kurang mendukung terhadap upaya penghematan biaya (*cost containment*) secara langsung, baik oleh manajemen rumah sakit atau oleh pembayar pihak ketiga (JKM, Askes, atau majikan perusahaan). Para dokter umumnya tidak sadar-biaya. Banyak yang masih berpikir bahwa pembatasan biaya adalah pembatasan terhadap otonomi profesinya. Banyak yang masih menganut prinsip *treatment at any cost*. Banyak juga yang sengaja melanggar peraturan yang bertujuan meningkatkan efisiensi biaya (misalnya standardisasi obat di rumah sakit) dengan alasan hal itu bertentangan dengan apa yang mereka dapat selama pendidikan, dan dapat merugikan pasien. Jadi yang diperlukan sangat adalah perubahan sikap dan perilaku para dokter agar mereka mendukung upaya-upaya efisiensi biaya, dengan menielaskan tujuan akhirnya.

DAMPAK PENGHEMATAN BIAYA TERHADAP MUTU

Harus diakui pendirian para dokter seperti di atas tadi tidak seluruhnya salah. Memang dapat terjadi pemerintah atau pihak

asuransi kesehatan, karena keterbatasan sumberdaya, terpaksa seolah-olah lebih mementingkan aspek biaya dengan "mengorbankan" aspek mutu. Suatu penelitian di luar negeri berkesimpulan bahwa penghematan biaya di suatu unit perawatan intensif memang dapat membawa *outcome* yang kurang baik, karena :

- *Ratio* yang memburuk antara perawat dengan pasien
- Pasien cepat-cepat dipindahkan dari ICU, padahal ia belum stabil
- Makin banyak penggunaan tenaga tidak tetap, atau pembantu perawat yang kurang pengetahuan dan keterampilannya.
- Tidak ada waktu untuk memberikan pendidikan pada pasien atau keluarganya
- Pasien terpaksa dimasukkan lagi di ICU setelah baru saja dikeluarkan
- Jumlah kegawatan meningkat sebagai akibat pemantauan tidak sempurna
- Ruang perawatan biasa tidak dapat memberikan layanan khusus yang dibutuhkan
- Perhatian dokter berkurang, terutama kepada yang kurang mampu membayar

Sebaliknya dampak positif dapat juga terjadi akibat penghematan biaya, apabila :

- Sumberdaya rumah sakit dimanfaatkan secara efisien dan efektif sesuai dengan indikasi yang tepat
- Digunakan teknologi tepat-guna
- Obat digunakan secara efektif
- Produktifitas sumberdaya manusia ditingkatkan
- Hari rawat dan jasa perawatan digunakan secara lebih efisien, dan lain-lain.

Jadi dengan penghematan biaya dapat ditingkatkan atau diturunkan derajat mutu asuhan, tergantung pada tepat tidaknya penghematan itu dinilai dan dihayati oleh para pelaksana.



No answer is also an answer