

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu unsur yang ikut menentukan tingkat kesehatan, selain lingkungan, keadaan genetik, dan cara hidup (Blum, 1976). Teori ilmu kesehatan masyarakat klasik pun mengidentifikasi tingkat kesehatan masyarakat ditentukan oleh faktor: genetik, lingkungan, perilaku dan sistem pelayanan kesehatan (Picket dan Hanlon, 1990).

Reformasi sistem pelayanan kesehatan secara menyeluruh yang tepat arah dan sasaran akan lebih memastikan dan lebih mempercepat pencapaian visi misi Indonesia Sehat 2010. Pelayanan kesehatan ini merupakan salah satu indikator Indonesia Sehat 2010 disamping pembangunan lingkungan sehat dan perilaku sehat. Adapun pelayanan kesehatan yang diharapkan adalah pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata, yang menjangkau semua lapisan masyarakat tanpa adanya hambatan ekonomi dan non ekonomi, yang sesuai dengan standar dan etika profesi, yang tanggap terhadap kebutuhan masyarakat, serta memberi kepuasan kepada pengguna jasa (Depkes RI, 2002).

Tuntutan terhadap pelayanan kesehatan yang semakin tinggi dengan pemakaian peralatan kedokteran yang semakin canggih, perubahan pola penyakit dari penyakit akut ke kronis menyebabkan biaya pelayanan kesehatan semakin hari semakin meningkat.

Menurut data terakhir Departemen Kesehatan RI menunjukkan, bahwa biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk pelayanan kesehatan memperlihatkan peningkatan yang berarti. Pada tahun anggaran 1987/1988 realisasi pengeluaran kesehatan berjumlah Rp 627.700.000.000,- atau Rp 3.700,- per kapita, meningkat menjadi Rp 4.560.793.400.000,- atau Rp 22.313,- per kapita di tahun 1997/1998. Data di PT Asuransi Kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa meskipun realisasi kunjungan selama 4 tahun (1989-1992) tidak banyak mengalami perubahan akan tetapi realisasi biaya pelayanan melonjak tajam dari Rp 79.018.230.000,- menjadi Rp 115.882.360.000,-. Demikian juga alokasi anggaran Ditjen Pelayanan Medik selama 6 tahun (1988/1989-1993/1994) meningkat hampir 2 kali dari Rp 78.140.727.000,- menjadi Rp 149.104473.000,- (Mukti, 1997).

Meskipun terjadi peningkatan dalam realisasi biaya pelayanan kesehatan, dibanding dengan negara lain pengeluaran untuk pembiayaan pelayanan kesehatan tersebut masih lebih rendah. Demikian juga halnya dengan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, baik dalam arti proses maupun *outcome* masih belum memuaskan (Mukti, 1997).

Masih sangat rendahnya komponen tingkat kesehatan masyarakat yang menjadi salah satu komponen penting penilaian indeks pembangunan manusia (*human development index*) ini menjadikan peringkat Indonesia turun dari nomor 94 pada tahun 1995 menjadi 109 pada tahun 2000 di antara 174 negara di dunia (UNDP, 2000).

Untuk menjawab permasalahan tersebut dibutuhkan suatu mekanisme yang dapat menggabungkan sistem pembiayaan dan sistem pelayanan sekaligus. Dibutuhkan suatu sistem pembiayaan yang dapat mengendalikan peningkatan biaya pelayanan kesehatan, dan di sisi lain sistem pelayanan dapat memberikan pelayanan yang bermutu terhadap masyarakat, serta mudah diakses.

Konsep *managed care* yang semula tumbuh dan berkembang di Amerika Serikat menarik perhatian, karena menunjukkan kemampuannya dalam mengendalikan peningkatan biaya pelayanan kesehatan, khususnya di negara itu. Sebelum diberlakukannya konsep *managed care*, dalam dua dasawarsa kenaikan biaya pelayanan kesehatan melampaui angka inflasi atau kenaikan barang konsumsi lainnya. Selanjutnya dengan perkembangan penerapan konsep *managed care* tersebut di Amerika Serikat, dapat mengendalikan peningkatan biaya pelayanan sehingga untuk pertama kali terjadi kenaikan premi asuransi kesehatan lebih rendah dari inflasi umum. Sementara itu penghasilan dokter keluarga (*family physician*) yang berfungsi sebagai *gate-keeper* meningkat (Simon dan Boom, 1996).

Penerapan konsep *managed care* yang dilaksanakan di Amerika Serikat oleh kelompok *Managed Care Organization (MCO)/Health Maintenance Organization (HMO)*, berdampak pada penghematan biaya pelayanan kesehatan dalam jumlah yang luar biasa. Penghematan tersebut terjadi antara lain melalui penurunan hari rawat di rumah sakit (sampai 150-180 hari rawat per 1000 pasien, dibandingkan dengan hari rawat pada sistem *indemnity* yang dapat mencapai 350 hari per 1000 pasien). Terjadi juga kecenderungan untuk lebih memanfaatkan pelayanan

rawat jalan daripada rawat inap, serta penghematan biaya obat sampai sekitar 36-50 persen. Adanya insentif finansial untuk dapat menghemat biaya pelayanan kesehatan kepada para dokter, tanpa meninggalkan mutu pelayanan kesehatan, akan membuat para dokter yang memberikan pelayanan berupaya untuk memberikan pelayanan yang efisien dan mencegah terjadinya pemanfaatan yang berlebihan (Baldor, 1996).

Implikasi lain penerapan konsep *managed care* di Amerika dapat dilihat dari hasil penelitian eksperimen asuransi kesehatan oleh RAND *Coorporation*. Dalam penelitian luar biasa besar ini memilih individu secara random dikelompokkan menurut cara dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Sebagian mendapatkan pelayanan melalui sistem *fee for service* dan yang lain melalui *managed care*. Hasilnya sangat menakjubkan, yaitu mereka yang memanfaatkan *managed care* 40% lebih rendah masuk dan dirawat di rumah sakit dibanding yang memanfaatkan pelayanan dengan sistem *fee for service*. Angka rawat jalan hampir sama, pengeluaran biaya 25% lebih rendah dan tingkat kesehatan tidak jauh berbeda (Mukti, 2004).

Di Indonesia, pelaksanaan beberapa program pemeliharaan kesehatan telah mengarah kepada penerapan konsep *managed care* tersebut, seperti yang telah dilaksanakan oleh PT Askes, PT Jamsostek dan beberapa Badan Penyelenggara (Bapel) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) lainnya. PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, sebuah BUMN di lingkungan Departemen Kesehatan, sejak kurang lebih tahun 1980 telah melaksanakan dasar-dasar konsep *managed care*. Melalui pelaksanaan pengelolaan program tersebut PT Askes berhasil mengendalikan

peningkatan biaya pelayanan kesehatan. Pada tahun 1982/1983 sampai dengan tahun 1984/1985 (periode 3 tahun), kenaikan biaya pelayanan kesehatan untuk peserta Askes adalah sebesar 48% atau rata-rata 16% per tahun. Kenaikan biaya pelayanan kesehatan tersebut kemudian turun menjadi rata-rata sebesar 7,1% per tahun pada tahun 1986 sampai dengan 1990. Selanjutnya dengan diberlakukannya konsep *total capitation* peningkatan biaya pelayanan tersebut turun lagi menjadi rata-rata 6,3% per tahun pada periode 1991 sampai 1993 (Sulastomo, 1996).

Namun secara keseluruhan pengembangan program pemeliharaan kesehatan yang berbasis konsep *managed care* belum begitu menggembirakan, meskipun sudah dimuat dalam UU No. 23/1992 tentang Kesehatan. Dari pemantauan Departemen Kesehatan RI, baru 20,6 juta atau kurang lebih hanya 10 % penduduk di Indonesia ikut sebagai peserta program tersebut. Pengertian konsep JPKM sendiri di kalangan *provider* masih memprihatinkan. Hasil survei di 80 Dati II menunjukkan hanya 13% Kepala Dinas Kesehatan yang mengetahui dan paham tentang prinsip-prinsip JPKM tersebut (Sentika, 1998). Oleh karena tingkat kesiapan beberapa pihak, baik dari *demand side* (masyarakat), maupun *supply side* (*provider*) maka perkembangannya masih belum seperti yang diharapkan (Mukti, 1977).

Gadjah Mada Medical Center (GMC) Health Center Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta adalah sebuah pusat pelayanan kesehatan bagi mahasiswa berbasis asuransi kesehatan. Pendirian sarana dan fasilitas penunjang bidang kesehatan ini oleh Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta dilatarbelakangi

karena kesadaran bahwa seluruh kegiatan kuliah atau aktivitas proses belajar mengajar lain yang terkait sangat berkaitan erat dengan kesehatan.

Disamping biaya kesehatan yang cenderung meningkat merupakan beban yang sangat berat apabila harus ditanggung sendiri oleh mahasiswa yang bersangkutan apalagi sebagian besar mahasiswa UGM adalah pendatang dari luar Yogyakarta.

Pada penyelenggaraan pelayanan kesehatannya GMC Health Center UGM Yogyakarta menerapkan prinsip-prinsip konsep *managed care* sekaligus mengarahkan kepada bentuk klinik kesehatan berbasis kedokteran keluarga. Adapun pelayanan kesehatan yang diberikan oleh GMC Health Center UGM meliputi :

#### 1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) / di Klinik GMC

Rawat jalan tingkat pertama yang diberikan oleh GMC Health Center UGM Yogyakarta berupa: memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan yang menyeluruh (*comprehensive*) dengan iur biaya minimal, konsultasi medis, pemberian obat sesuai dengan kebutuhan medis, penyuluhan kesehatan, pelayanan rujukan ke fasilitas kesehatan, pemeriksaan dokter umum dan dokter spesialis, tindakan medis ringan atau kecil, konsultasi psikologi, dan pusat kebugaran.

#### 2. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

Rawat jalan tingkat lanjutan adalah pelayanan kesehatan yang bersifat spesialis/sub spesialis dan dilaksanakan di Poli Spesialis Rumah Sakit Pemerintah atau RS Swasta yang bekerja sama dan melalui rujukan dari GMC Health Center UGM Yogyakarta, meliputi: konsultasi, pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter

spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai kebutuhan medis, dan pelayanan/pemeriksaan gigi.

### 3. Rawat Inap

Adalah pelayanan kesehatan yang bersifat spesialis/sub spesialis dan dilaksanakan oleh rumah sakit dimana penderita menjalani rawat inap sedikitnya 1 (satu) hari, sesuai kebutuhan medis baik melalui sistem rujukan maupun dalam kondisi gawat darurat.

Rumah sakit yang bekerja sama dengan GMC Health Center UGM Yogyakarta adalah rumah sakit pemerintah dan swasta, peserta menggunakan sesuai dengan hak dan kelas perawatan yang disepakati, yaitu : RSUP DR. Sardjito, RS Panti Rapih, RS Bethesda, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, RS Ludira Husada, dan RSUD di seluruh DIY.

### B. Perumusan Masalah

*Managed care* sebagai suatu sistem yang mengintegrasikan sistem pemberian pelayanan dan pembiayaan kesehatan mampu menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mudah diakses dengan biaya pelayanan kesehatan yang dapat dikendalikan. GMC Health Center UGM Yogyakarta dalam pengelolaan programnya diarahkan untuk menerapkan prinsip-prinsip konsep *managed care*. Seperti apakah penerapan prinsip-prinsip dalam konsep *managed care* yang telah dilakukan serta apakah semua prinsip-prinsip dalam konsep *managed care* telah dilaksanakan oleh GMC Health Center UGM Yogyakarta?

### **C. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada manajemen GMC Health Center UGM Yogyakarta untuk mengembangkan pengelolaan programnya sesuai dengan prinsip-prinsip yang terdapat dalam konsep *managed care*. Dengan diterapkannya konsep *managed care* tersebut, GMC Health Center UGM Yogyakarta tidak hanya mampu mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, tapi juga mampu menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mudah diakses pesertanya disertai dengan biaya pelayanan yang efisien dan terkendali akan lebih meningkatkan kemampuan GMC Health Center UGM Yogyakarta dalam berkiprah di dalam dunia asuransi kesehatan.

Hasil penelitian ini pun semoga bermanfaat sebagai referensi bagi para penyedia pelayanan kesehatan yang memiliki ketertarikan untuk melaksanakan prinsip-prinsip yang terdapat dalam konsep *managed care* dalam pelayanan kesehatan yang dilakukannya.

### **D. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi penerapan konsep *managed care* yang telah ditetapkan sebagai kebijakan dan diterapkan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola oleh GMC Health Center UGM Yogyakarta. Secara khusus penelitian ini bertujuan mengevaluasi pelaksanaan prinsip-prinsip dalam konsep *managed care* yang dilaksanakan oleh GMC Health Center UGM Yogyakarta.