

ANALISIS BESARAN BIAYA PER KAPITA DAN PREMI  
JAMINAN KESEHATAN JEMBRANA (JKJ) BERDASARKAN  
BIAYA KLAIM DAN UTILISASI PELAYANAN TAHUN 2006



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat Sarjana 2

Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi  
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Oleh  
Pande Putu Januraga  
NIM: E4A006036

PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG

2008

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:

ANALISIS BESARAN BIAYA PER KAPITA DAN PREMI JAMINAN  
KESEHATAN JEMBRANA (JKJ) BERDASARKAN BIAYA KLAIM DAN  
UTILISASI PELAYANAN TAHUN 2006

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Pande Putu Januraga

NIM : E4A006036

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 17 Maret 2008  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing utama

Pembimbing pendamping

Dra. Chriswardani S. M.Kes  
NIP. 131 882 258

Septo Pawelas Arso, SKM, MARS  
NIP. 132 163 501

Penguji

Penguji

dr. Anneke Suparwati, MPH  
NIP. 131 610 340

dr. Veronica Margo Susilo, M.Kes  
NIP. 1677

Semarang, 17 Maret 2008

Universitas Diponegoro

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ketua Program

dr. Sudiro, MPH, Dr.PH.  
NIP. 131 252 965

## PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Pande Putu Januraga

NIM : E4A006036

Menyatakan bahwa tesis judul: **“ANALISIS BESARAN BIAYA PER KAPITA DAN PREMI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN JEMBRANA (JKJ) BERDASARKAN BIAYA KLAIM DAN UTILISASI PELAYANAN TAHUN 2006”** merupakan:

1. Hasil karya yang dipersiapkan dan disusun sendiri.
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program magister ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, 17 Maret 2008

Penyusun,

Pande Putu Januraga

NIM: E4A006036

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Pande Putu Januraga

Tempat/tgl. lahir : Gianyar, 10 Januari 1979

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Hindu

Alamat : Jl. Tukad Balian Gang Rajawali No.9  
Denpasar, Bali

Riwayat pendidikan :

1. Lulus SD : Tahun 1991
2. Lulus SMP : Tahun 1994
3. Lulus SMU : Tahun 1997
4. Lulus S1 (S.Ked) : Tahun 2001
5. Lulus Dokter : Tahun 2003

Riwayat pekerjaan :

1. Tahun 2003 : Dokter jaga pada klinik 24 jam  
RS Bakti Rahayu Denpasar
2. Tahun 2004-sekarang : Staf pengajar PSIKM  
Universitas Udayana, Bali

## KATA PENGANTAR

Jaya Radha Madawa, semoga menjadi sebuah karma yoga bagi bagian dari perjalanan baktiku pada-Mu. Tesis ini bisa diselesaikan dengan baik dan tepat waktu karena karunia-Mu yang tanpa sebab.

Penulis juga mengucapkan terimakasih yang dalam kepada :

1. Kedua pembimbing, Ibu Chris dan Pak Septo, yang mendorong dan memberikan semangat untuk maju menyelesaikan tugas ini.
2. Kedua penguji, Ibu Anneke dan Ibu Veronika yang meluangkan banyak waktu untuk perbaikan tesis ini.
3. Seluruh jajaran Pimpinan dan Pengelola Pasca Sarjana Undip atas bantuannya selama penulis menjadi mahasiswa Undip.
4. Pimpinan dan pengelola Program MIKM Undip yang memberikan dukungan penuh atas keberhasilan tugas belajar saya di Undip.
5. Pimpinan Daerah Kabupaten Jembrana dan Jajarannya atas bantuan yang luar biasa dalam penelitian tesis.
6. Teman-teman seperjuangan di MIKM Undip, semoga persahabatan kita abadi.
7. Istri dan anakku yang setia menunggu di rumah serta orangtua dan mertua yang selalu berdoa pada Beliau Yang Maha Berkarunia.
8. Semua pihak yang telah membantu

Tak ada gading, yang tak retak, akhir kata mohon maaf jika ada kesalahan, dan semoga bermanfaat bagi kesejahteraan umat.

Semarang, 17 Maret 2008

Pande Putu Januraga

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR ISTILAH .....	xii
ABSTRAK.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Pertanyaan Penelitian .....	9
D. Tujuan Penelitian.....	10
E. Ruang Lingkup .....	11
F. Manfaat Penelitian .....	11
G. Keaslian Penelitian.....	12
H. Keterbatasan Penelitian .....	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Prinsip Asuransi.....	15
B. Asuransi Kesehatan .....	16
C. Asuransi Kesehatan di Indonesia.....	21
D. Konsep Jaminan Kesehatan Nasional dalam UU SJSN .....	26
E. Konsep <i>Good Governance</i> dalam Asuransi Sosial.....	31
F. Prinsip Pelaksanaan <i>Managed Care</i> dalam Asuransi Sosial.....	33
G. Pengendalian Biaya pada <i>Managed Care</i> .....	34
H. Kendali Mutu dalam <i>Managed care</i> .....	38

I. Premi Asuransi Kesehatan .....	41
J. Komponen Perhitungan Premi .....	44
K. Langkah-langkah Perhitungan Premi .....	46
L. <i>Underwriting</i> dalam Penetapan Premi .....	48
M. Pengumpulan Premi .....	51
N. Paket Jaminan yang diatur dalam UU SJSN.....	51
O. Stakeholders Asuransi Kesehatan .....	52
P. Persepsi Stakeholders.....	54
Q. Kerangka Teori.....	55
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>	
A. Variabel Penelitian.....	56
B. Kerangka Konsep .....	57
C. Rancangan Penelitian .....	58
D. Jadwal Penelitian .....	65
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum JKJ .....	68
B. Penghitungan Nilai Kapitasi dan Premi .....	70
C. Analisis Persepsi Stakeholders .....	102
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	119
B. Saran .....	122
DAFTAR PUSTAKA .....	127
LAMPIRAN .....	130

## DAFTAR TABEL

Nomor tabel	Judul tabel	Halaman
1.1	Sumber Dana JKJ	3
1.2	Pemanfaatan Dana JKJ untuk Pembayaran Klaim PPK I	4
4.1	Daftar Responden Stakeholders Program JKJ	67
4.2	Jumlah PPK I Program JKJ	71
4.3	Rasio Perbandingan PPK dengan Peserta JKJ Tahun 2006	72
4.4	Jenis Kepesertaan Program JKJ	73
4.5	Rasio Jenis Kepesertaan Program JKJ tahun 2006	74
4.6	Tingkat Utilisasi PPK I Peserta JKJ tahun 2003-2006	75
4.7	Visit Rate dan Biaya Klaim Rata-rata PPK I JKJ tahun 2006	80
4.8	Tingkat Utilisasi dan Biaya Klaim Peserta Umum pada PPK I JKJ tahun 2006	84
4.9	Visit Rate dan Biaya Klaim Seluruh Penduduk Umum Jembrana Berdasarkan Hasil Generalisasi Data JKJ	85
4.10	Visit Rate dan Biaya Klaim Peserta Umum Jembrana Berdasarkan Utilisasi Normal	85
4.11	Tingkat Utilisasi dan Biaya Pelayanan Pasien Umum Rawat Jalan dan Rawat Inap RSUD Negara tahun 2006	87
4.12	Tingkat Utilisasi dan Biaya Klaim PPK II dan PPK III Sebagai Dasar Penghitungan Kapitasi dan Premi Program JKJ	90
4.13	Kapitasi PPK I JKJ Berdasarkan Utilisasi Riil dan Normal	90
4.14	Kapitasi Total Program JKJ	93



4.15	Biaya Operasional Program JKJ tahun 2006	95
4.16	Premi Bruto Program JKJ	97
4.17	Simulasi I Tarif Premi JKJ Berdasarkan Kriteria Bank Dunia pada Penduduk Umum dan Miskin Jembrana tahun 2006	99
4.18	Simulasi II Tarif Premi JKJ Berdasarkan Kriteria Bank Dunia pada Penduduk Umum dan Miskin Jembrana tahun 2006	99

## DAFTAR GAMBAR

Nomor gambar	Judul gambar	Halaman
2.1	Skema Aliran Pembiayaan Kesehatan dalam Skema Asuransi Kesehatan	53
2.2	Kerangka Teori	55
3.1	Kerangka Konsep	57

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor lampiran

1. Pedoman Wawancara Mendalam
2. Hasil Pengumpulan dan Pengolahan Data Sekunder
3. Transkrip Wawancara Mendalam
4. Surat-surat Ijin Penelitian

## DAFTAR ISTILAH

1. JKJ : Jaminan Kesehatan Jembrana
2. Bapel : Badan Penyelenggara
3. UU SJSN : Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional
4. MK : Mahkamah Konstitusi
5. AKN : Asuransi Kesehatan Nasional
6. JKD : Jaminan Kesehatan Daerah
7. PPK : Pemberi Pelayanan Kesehatan
8. VR : *Visit Rate*
9. Askes : Asuransi Kesehatan
10. Askeskin : Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
11. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah

## ABSTRAK

**Pande Putu Januraga**

**Analisis Besaran Biaya Per Kapita dan Premi Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) Berdasarkan Biaya Klaim dan Utilisasi Pelayanan Tahun 2006.**

129 halaman, 20 tabel, 3 gambar, 4 lampiran.

Program JKJ bertujuan memberikan jaminan kesehatan tingkat I bagi penduduk Kabupaten Jembrana. Selama ini pembiayaan JKJ bergantung dari subsidi yang terus meningkat dan memiliki kecenderungan salah sasaran sehingga mendorong pentingnya upaya pengendalian biaya melalui konsep *managed care*.

Penelitian bertujuan mengetahui besaran biaya per kapita dan premi JKJ secara komprehensif serta untuk mengetahui persepsi *stakeholders* JKJ terhadap sistem kapitasi dan premi.

Penelitian dilakukan dengan pendekatan studi kasus melalui telaah data sekunder dan wawancara mendalam.

Hasil penelitian menunjukkan angka kunjungan PPK I sebesar 404,9‰ per bulan dengan biaya klaim penduduk umum berjumlah Rp.14.040.878.776,-. Hasil perhitungan biaya per kapita total berdasarkan utilisasi riil PPK I adalah Rp.10.479,- per bulan per peserta, lebih tinggi 31,61% dibandingkan biaya per kapita total berdasarkan utilisasi normal PPK I yaitu Rp.7.166,- per bulan per peserta. Biaya operasional JKJ berjumlah Rp.1.751,- per peserta per tahun. Besaran premi bruto berdasarkan utilisasi riil PPK I adalah Rp.140.069,- per peserta per tahun, lebih besar 31% dibandingkan premi bruto berdasarkan utilisasi normal PPK I senilai Rp.96.341,- per tahun per peserta. Subsidi premi PPK I JKJ sebesar 8 miliar rupiah per tahun dapat digunakan untuk mensubsidi premi PPK I, II, dan III JKJ bagi 40% penduduk berpendapatan terendah, Sementara itu hasil wawancara mendalam menunjukkan terdapat persepsi yang keliru pada sebagian besar *policy makers* terhadap kebutuhan dasar kesehatan dan aspek keadilan egaliter, serta memiliki persepsi yang buruk terhadap sistem kapitasi dan menolak pembayaran premi pada PPK I JKJ. PPK juga memiliki persepsi yang buruk terhadap sistem kapitasi dan hasil perhitungan biaya per kapita.

Dari hasil penelitian diperoleh kesimpulan bahwa biaya per kapita total normal JKJ adalah Rp.7.166,- per bulan per peserta sedangkan tarif premi JKJ adalah gratis untuk 40% penduduk berpendapatan terendah, Rp.89.595,- bagi 40% penduduk berpendapatan sedang dan Rp.96.341,- bagi 20% penduduk berpendapatan tinggi *Policy makers* JKJ menolak pembayaran premi PPK I JKJ oleh masyarakat umum. Selain itu *policy makers* dan PPK memiliki persepsi yang buruk terhadap pembayaran kapitasi. Saran peneliti adalah agar Pemkab menerapkan prinsip *managed care* melalui kendali biaya dan mutu dalam kerangka jaminan kesehatan yang komprehensif.

**Kata Kunci:** Jaminan kesehatan, *managed care*, biaya per kapita, kapitasi, dan premi.

Daftar Pustaka : 48 (93-07)

# BAB I

## PENDAHULUAN

### **A. Latar Belakang**

Pembangunan nasional bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Untuk mendukung tercapainya tujuan tersebut, pemerintah telah menyusun strategi pembangunan jangka panjang yang dikenal sebagai Indonesia Sehat 2010<sup>1</sup>.

Untuk mendukung cita-cita Indonesia Sehat 2010, pemerintah melakukan reformasi kebijakan pembangunan kesehatan melalui pengembangan Sistem Kesehatan Nasional (SKN)<sup>1</sup>. Sistem Kesehatan Nasional terdiri dari enam subsistem yaitu subsistem upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan manajemen kesehatan<sup>1</sup>. Diakui masing-masing subsistem memiliki peran vital, akan tetapi keberhasilan seluruh subsistem yang ada sangat tergantung pada subsistem pembiayaan kesehatan<sup>2</sup>.

Salah satu bentuk reformasi pada subsistem pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah dikembangkannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang ditetapkan dengan UU No. 40/2004 tentang SJSN. Undang-Undang SJSN merupakan suatu reformasi sistem jaminan sosial yang meletakkan fondasi penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk jaminan atau asuransi kesehatan sosial, secara konsisten dengan prinsip-prinsip universal dan sesuai dengan konvensi ILO generasi II tahun 1952<sup>3</sup>. Selanjutnya dalam perkembangannya, setiap daerah di Indonesia berhak mengembangkan suatu sistem jaminan sosial. Kewenangan ini sesuai dengan keputusan Mahkamah

Konstitusi (MK) tentang *Judicial review* pasal 5 UU No. 40/2004 tentang SJSN dan merupakan bentuk implementasi UU pemerintahan daerah terutama pasal 22h yang mewajibkan daerah untuk mengembangkan sistem jaminan sosial termasuk jaminan kesehatan<sup>4</sup>.

Salah satu daerah yang memiliki inisiatif mengembangkan sistem jaminan sosial khususnya di bidang jaminan kesehatan sosial adalah Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali. Pada tahun 2003 melalui SK Bupati Jembrana No.31 tahun 2003, Pemerintah Daerah Kabupaten (Pemkab) Jembrana mengembangkan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) sebagai solusi bagi pembiayaan kesehatan di Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat I (PPK I) pemerintah dan swasta bagi seluruh penduduknya. Program JKJ merupakan salah satu strategi utama Pemkab Jembrana untuk melaksanakan tiga misi utama pembangunan daerah di bidang kesehatan, pendidikan dan pemberdayaan ekonomi masyarakat<sup>5</sup>.

Latar belakang dikembangkannya program JKJ adalah rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah (Puskesmas dan RSUD) dilihat dari *Bed Occupations Rate* (BOR) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Jembrana yang dibawah 60% dan tingkat kunjungan rata-rata Puskesmas hanya 20-30 orang perhari. Padahal subsidi yang diberikan Pemkab untuk belanja operasional Puskesmas dan RS mencapai angka 3.5 miliar setiap tahunnya. Pemkab menilai subsidi tersebut kurang efektif untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan tingkat utilisasi ke fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah<sup>5</sup>.

Melihat kondisi tersebut Pemkab Jembrana merancang suatu terobosan baru yang bertujuan untuk meningkatkan daya saing dan kualitas pelayanan fasilitas kesehatan milik pemerintah melalui mekanisme pengalihan subsidi secara langsung kepada masyarakat dalam bentuk pengembangan program

JKJ. Disamping itu program JKJ dimaksudkan untuk mewujudkan demokratisasi pelayanan kesehatan, dimana masyarakat Jembrana dapat secara bebas menggunakan fasilitas PPK I pemerintah dan swasta yang memiliki ikatan kontrak dengan Badan Penyelenggara (Bapel) JKJ di seluruh wilayah Jembrana tanpa harus membayar jasa pelayanan kepada PPK I atau premi kepada Badan Penyelenggara JKJ<sup>5</sup>.

Dana untuk penyelenggaraan program JKJ berasal dari Anggaran Penerimaan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Jembrana, yang sebagian besar berasal dari pendapatan asli daerah (PAD) kabupaten disamping berasal dari dana gakin (Askeskin dan dana Gakin Bali) dan dana Askes PNS. Dana tersebut dihimpun di Dinas Kesehatan dan Sosial (Dinkessos) Jembrana yang kemudian menyalurkannya kepada Badan Penyelenggara (Bapel) JKJ untuk membayar klaim PPK I yang telah memiliki ikatan kontrak melalui mekanisme penggantian biaya (*reimbursement/fee for service*) yang besarnya telah disepakati melalui ikatan kontrak<sup>5</sup>.

Berikut ini adalah gambaran sumber dana utama JKJ dari tahun 2003 sampai dengan tahun 2005:

Tabel 1.1. Sumber Dana Jaminan Kesehatan Jembrana<sup>5</sup>

Sumber dana	Tahun (rupiah dan persen)					
	2003		2004		2005	
APBD	2.431.400.000,-	77,69	5.100.000.000,-	82,45	7.602.466.525,-	100
Askeskin	519.054.391,-	16,58	835.066.000,-	13,50	-	
Gakin Bali	125.000.000,-	3,99	125.000.000,-	2,02	-	
Askes PNS	54.209.690,-	1,73	125.527.500,-	2,03	-	
Jumlah	3.129.664.081,-	100	6.185.593.500,-	100	7.602.466.525,-	100

Sumber : [http://www.jembrana.go.id/program\\_unggulan/jkj.php](http://www.jembrana.go.id/program_unggulan/jkj.php).

Dari tabel diatas jelas terlihat besarnya subsidi yang harus dikeluarkan Pemkab untuk menanggung keuangan program JKJ terus meningkat setiap tahunnya. Jumlah tersebut bisa saja terus meningkat karena sampai dengan



pertengahan tahun 2006 keanggotaan JKJ masih berkisar pada jumlah seratus ribuan peserta, masih berada di bawah target yang ditetapkan yaitu 200.000 orang<sup>6</sup>.

Berikut ini adalah tabel pemanfaatan dana JKJ dari tahun 2003 sampai dengan tahun 2006:

Tabel 1.2. Pemanfaatan Dana JKJ untuk Pembayaran Klaim PPK I<sup>5</sup>

Jasa dan Obat	Tahun (rupiah dan persen)					
	2003		2004		2005	
Gakin	140.293.252	10,34	362.954.228	4,44	395.825.401	5,72
PNS	201.865.350	14,87	610.663.982	7,48	412.382.771	5,96
Umum	1.015.008.180	74,79	7.194.795.053	88,08	6.111.861.851	88,32
Total	1.357.166.782	100	8.168.413.263	100	6.920.070.023	100

Diolah dari data pada [http://www.jembrana.go.id/program\\_unggulan/jki.php](http://www.jembrana.go.id/program_unggulan/jki.php).

Dari kedua tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar dana JKJ habis digunakan untuk membayar klaim PPK I swasta dan pemerintah. Pada tahun 2003 jumlah dana yang dibayarkan Pemkab hanya untuk klaim PPK I berada pada kisaran 43% dari besar premi yang dibayarkan Pemkab, sedangkan pada tahun 2004 jumlah tersebut naik tinggi menjadi kisaran 132% dari subsidi premi yang disiapkan Pemkab Jembrana, kekurangan untuk tahun tersebut masih ditutupi dari sisa premi tahun 2003. Pada tahun 2005 persentase klaim yang dibayarkan Pemkab dibandingkan premi yang disediakan berkisar 91%. Jumlah tersebut bukan turun karena turunnya utilisasi secara signifikan, tetapi karena besar subsidi premi yang meningkat dan adanya upaya menurunkan nilai klaim PPK I dan memperpanjang waktu kunjungan ulang pasien sebagai bagian upaya pengendalian biaya program JKJ.

Jika sebelumnya pada tahun 2004 klaim maksimal biaya jasa medis (tanpa obat) PPK I pasien umum adalah 10.000 rupiah, maka pada tahun 2005 diturunkan secara sepihak oleh Bapel JKJ menjadi 8000 rupiah. Jika

pada kontrak awal waktu kunjungan ulang pasien dibatasi 3 hari maka pada tahun 2005 dibuat menjadi 5 hari<sup>7</sup>.

Bukti lain terjadinya peningkatan utilisasi yang tidak wajar pada program JKJ dikemukakan oleh Santabudi<sup>8</sup> yang menghitung besaran subsidi premi JKJ Pemkab Jembrana berdasarkan standar utilisasi normatif. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pada tahun 2004 nilai subsidi premi per kapita berdasarkan tingkat utilisasi pelayanan berjumlah Rp. 3.634,86-. Nilai tersebut jauh lebih besar (30,20%) jika dibandingkan dengan besaran subsidi premi berdasarkan standar utilisasi normatif, yaitu sebesar Rp. 2.536,05,-.

Jika dikaji pada tabel 1.1 dan tabel 1.2 dapat dilihat bahwa rasio klaim dan besaran sumber subsidi dalam program JKJ memperlihatkan bahwa kelompok umum dan PNS lebih diuntungkan. Rasio klaim dan subsidi JKJ pada kelompok umum dan PNS berturut-turut di tahun 2003 adalah 0,4 dan 3,7 , sebesar 1,4 dan 4,9 pada tahun 2004 dan pada tahun 2005 bahkan sepenuhnya berasal dari subsidi APBD, sedangkan rasio tersebut pada kelompok gakin hanya berkisar 0,2 pada tahun 2003 dan ada pada kisaran 0,4 pada tahun 2004. Data tersebut menunjukkan hak gakin untuk memperoleh jaminan belum tersosialisasikan secara optimal, artinya juga asuransi kesehatan universal (*universal coverage*) melalui mekanisme subsidi model JKJ belum tentu menjamin atau melindungi hak kaum miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan<sup>9</sup>.

Dari berbagai data dan fakta diatas dapat diambil kesimpulan bahwa Pemkab Jembrana perlu secara serius memperhatikan aspek pengendalian biaya (*cost containment*) pada pelaksanaan program JKJ. Hal ini menjadi sangat penting untuk menjamin kesinambungan pelaksanaan program, mengingat selama ini pelaksanaan program JKJ sangat tergantung pada kemampuan finansial daerah dalam mensubsidi premi JKJ disamping juga

sangat tergantung pada dukungan atau komitmen politik yang kuat dari pimpinan daerah untuk tetap mensubsidi program ini.

Alternatif yang dapat diambil untuk mengatasi masalah pembiayaan dan ketidakadilan bagi kelompok gakin pada program JKJ adalah dengan menerapkan prinsip-prinsip *managed care* yang baik pada program JKJ. Salah satu aspek yang terpenting dari prinsip *managed care* adalah pengendalian biaya baik dari sisi *provider* atau PPK dan dari sisi konsumen<sup>2,3,10,11</sup>.

Dari sisi *provider*, Pemkab Jembrana melalui Bapel JKJ dapat memilih untuk mengembangkan alternatif pembayaran klaim selain *fee for service* (*prospective payment system*; PKJ), mengingat cara tersebut memang mengundang *moral hazard provider* melalui mekanisme yang dikenal sebagai *supply induced demand*<sup>10,12</sup> dan terbukti mengambil alokasi dana yang besar dari keseluruhan pembiayaan program JKJ. Salah satu mekanisme pembayaran prospektif dalam konsep *managed care* yang telah banyak dikenal dan diterapkan di Indonesia adalah sistem pembayaran kapitasi<sup>3</sup>. Dari sisi konsumen khususnya bagi kelompok masyarakat berpenghasilan cukup (non gakin dan non PNS) dapat diterapkan suatu kebijakan yang memungkinkan digalinya potensi pembiayaan kesehatan kuratif bagi diri mereka sendiri melalui mobilisasi dana masyarakat dalam bentuk iuran premi oleh masyarakat<sup>10,13</sup>.

Upaya tersebut sejalan dengan penerapan pasal 17 UU SJSN yang menyatakan bahwa pemerintah wajib membayar iuran premi fakir miskin sedangkan bagi kelompok masyarakat yang mampu diwajibkan membayar iuran premi<sup>14</sup>. Menurut Mukti AG<sup>13</sup> pembayaran premi dapat mendorong masyarakat ikut aktif menjaga kesehatan dengan memberikan kontribusi keuangan.

Penghitungan premi menjadi lebih penting untuk dilakukan karena ternyata berdasarkan hasil wawancara pendahuluan dengan Direktur Bapel JKJ pada tanggal 12 Juli 2007, diperoleh informasi bahwa Bapel JKJ belum pernah melakukan penghitungan tarif premi pelayanan kesehatan dengan baik. Selama ini, premi yang dibayarkan Pemkab didasarkan pada asumsi besaran klaim yang akan diajukan PPK I setiap tahunnya. Meskipun Bapel JKJ dan PPK I telah menyepakati besaran klaim maksimal, tetap saja nilai yang disepakati tersebut tidak dibuat berdasarkan kajian yang baik dan lebih banyak menggunakan asumsi-asumsi yang bersifat subjektif.

Untuk mewujudkan *good governance* pada pembiayaan program JKJ serta mendukung upaya advokasi penerapan kebijakan pembayaran kapitasi kepada PPK I dan kebijakan pembayaran premi oleh masyarakat non gakin diperlukan analisis penghitungan besaran biaya per kapita dan premi JKJ sesuai dengan prinsip-prinsip akturia<sup>4,11</sup>.

Penghitungan simulasi tarif premi tidak hanya dilakukan pada pelayanan PPK I JKJ tetapi dihitung secara menyeluruh, termasuk pada PPK tingkat II dan III. Penghitungan tarif premi secara menyeluruh diperlukan untuk memetakan pola subsidi premi JKJ yang memihak kelompok masyarakat berpendapatan terendah. Hal ini sesuai dengan kebijakan nasional tentang jaminan kesehatan sosial yang mengarah kepada pemberian jaminan kesehatan komprehensif dari tingkat rawat jalan sampai rawat inap, dimulai dari kelompok masyarakat yang paling memerlukan<sup>14</sup>.

Perhitungan biaya per kapita dan premi akan dilakukan berdasarkan kajian utilisasi, biaya klaim, analisis terhadap besaran kapitasi, analisis biaya operasional dan biaya margin kontingensi<sup>11</sup>. Kajian utilisasi dilakukan berdasarkan dua cara yaitu utilisasi riil dan normal mengingat ada kemungkinan terjadi perbedaan yang cukup besar antara angka utilisasi riil

dan normal akibat overutilisasi pelayananan PPK I atau cakupan data yang tidak menyeluruh pada PPK II dan III. Analisis biaya klaim pada PPK I akan menggunakan data klaim PPK I JKJ sedangkan pada PPK II dan III akan menggunakan data rata-rata biaya pelayananan di Poliklinik Spesialis RSUD Jemberana dan Ruang Rawat Inap kelas II RSUD Jemberana.

Untuk mengetahui kemungkinan penerapannya, penelitian dilanjutkan dengan wawancara mendalam untuk mengetahui dan menganalisis Persepsi *stakeholders* JKJ. Stakeholders JKJ terdiri dari Pemkab (Bupati, DPRD dan Dinkessos), Bapel JKJ selaku penyelenggara program, PPK I selaku penyelenggara pelayananan, dan masyarakat atau peserta selaku konsumen program JKJ.

Pada penelitian ini wawancara mendalam hanya akan dibatasi pada *policy makers* program JKJ (Bupati, anggota DPRD, Kepala Dinkessos, dan Direktur Bapel JKJ) serta PPK program JKJ (Direktur RSUD Negara, Kepala Puskesmas, dokter umum, dokter gigi, dan bidan praktek swasta). Wawancara mendalam terhadap *policy makers* dilakukan untuk mengetahui Persepsi mereka terhadap latar belakang munculnya kebijakan mensubsidi total premi PPK I JKJ, sistem pembayaran kapitasi dan pembayaran premi oleh masyarakat umum Jemberana, hasil perhitungan biaya per kapita dan premi, teknis pemungutan premi JKJ serta pengembangan JKJ dikaitkan dengan rencana implementasi UU SJSN. Sementara itu wawancara mendalam terhadap PPK dilakukan untuk mengetahui Persepsi mereka terhadap kapitasi dan besaran hasil perhitungan biaya per kapita.

Pemahaman terhadap Persepsi seseorang tentang kehidupan organisasionalnya mutlak diperlukan, karena akan mempengaruhi prilakunya, dan prilaku akan mempengaruhi motivasinya. Karena itu hasil perhitungan besaran biaya per kapita dan premi serta hasil analisis wawancara mendalam

terhadap para *policy makers* dan PPK diharapkan dapat dijadikan dasar pelaksanaan advokasi pengembangan program JKJ ke arah kebijakan yang berbasis bukti (*evidence based policy*).

## **B. Perumusan Masalah**

Program JKJ adalah salah satu program inovasi Pemkab Jembrana yang bertujuan memberikan jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Kabupaten Jembrana. Selama ini pembiayaan program JKJ bergantung dari mekanisme alih subsidi yang jumlahnya terus meningkat dan memiliki kecenderungan salah sasaran. Kondisi tersebut mendorong pentingnya upaya pengendalian biaya melalui konsep *managed care*. Untuk itu diperlukan penghitungan biaya per kapita dan besaran premi JKJ.

## **C. Pertanyaan Penelitian**

Berapakah besaran biaya per kapita dan premi JKJ jika dihitung berdasarkan biaya klaim dan utilisasi pelayanan dan bagaimanakah Persepsi *stakeholders* pengambil kebijakan JKJ terhadap latar belakang kebijakan mensubsidi total premi PPK I JKJ, sistem pembayaran kapitasi dan pembayaran premi oleh masyarakat umum Jembrana, hasil perhitungan biaya per kapita dan premi, teknis pemungutan premi JKJ, dan pengembangan JKJ dikaitkan dengan rencana implementasi UU SJSN, serta bagaimanakah Persepsi PPK terhadap kapitasi dan hasil perhitungan biaya per kapita?

#### D. Tujuan Penelitian

##### 1. Tujuan umum

Mengetahui besaran biaya per kapita dan premi JKJ secara komprehensif jika dihitung berdasarkan biaya klaim dan utilisasi pelayanan dan mengetahui Persepsi *stakeholders* JKJ terhadap latar belakang munculnya kebijakan mensubsidi total premi PPK I JKJ, sistem pembayaran kapitasi dan pembayaran premi oleh masyarakat umum Jembrana, hasil perhitungan biaya per kapita dan premi, teknis pemungutan premi JKJ dan pengembangan JKJ dikaitkan dengan rencana implementasi UU SJSN serta mengetahui Persepsi PPK terhadap kapitasi dan besaran hasil perhitungan biaya per kapita.

##### 2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui angka kunjungan/*visit rate* masing-masing jenis pelayanan pada program JKJ.
- b. Mengetahui besaran biaya klaim masing-masing jenis pelayanan program JKJ.
- c. Mengetahui besaran biaya per kapita program JKJ.
- d. Mengetahui besaran biaya operasional program JKJ.
- e. Mengetahui besaran premi program JKJ.
- f. Mengetahui Persepsi *policy makers* program JKJ terhadap latar belakang munculnya kebijakan mensubsidi total premi PPK I JKJ.
- g. Mengetahui Persepsi *policy makers* program JKJ terhadap sistem pembayaran kapitasi.
- h. Mengetahui Persepsi *policy makers* program JKJ terhadap pembayaran premi oleh masyarakat umum JKJ.
- i. Mengetahui Persepsi *policy makers* program JKJ terhadap hasil perhitungan biaya per kapita dan premi.

- j. Mengetahui Persepsi *policy makers* program JKJ terhadap teknis pemungutan premi JKJ.
- k. Mengetahui Persepsi *policy makers* program JKJ terhadap pengembangan JKJ dikaitkan dengan rencana implementasi UU SJSN.
- l. Mengetahui Persepsi PPK terhadap PKJ khususnya kapitasi.
- m. Mengetahui Persepsi PPK terhadap besaran hasil perhitungan biaya per kapita.

#### **E. Ruang Lingkup**

1. Lingkup ilmu: penelitian ini dalam khasanah keilmuan ekonomi kesehatan khususnya yang berkaitan dengan sistem pembiayaan kesehatan dengan lebih mengkhusus lagi pada ilmu asuransi kesehatan yang mempelajari tentang akturia atau penetapan premi asuransi kesehatan.
2. Lingkup metodologi: penelitian ini menggunakan metoda telaah data sekunder, dan wawancara.
3. Lingkup waktu: penelitian ini dilakukan mulai dari pembuatan proposal sampai dengan ujian tesis yang dimulai pada bulan Juli 2007.

#### **F. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Bapel JKJ diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan advokasi kepada Dinkessos dan Pemkab Jembrana dalam pertimbangan pengambilan keputusan perbaikan program JKJ khususnya dalam penghitungan besaran nilai kapitasi dan premi JKJ.



2. Manfaat bagi masyarakat jika saran diterapkan akan memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih terjamin kemudahan akses dan keberlangsungannya.
3. Bagi akademik dapat memberikan masukan bagi peneliti berikutnya tentang analisis penetapan nilai kapitasi dan premi suatu asuransi atau jaminan kesehatan.
4. Bagi peneliti sendiri memperluas pengetahuan dan pengalaman dalam menganalisis penghitungan nilai kapitasi dan premi yang sesuai dengan prinsip-prinsip akturia yang baik.

#### **G. Keaslian Penelitian**

Sepanjang pengetahuan penulis, penelitian di Indonesia yang sering ditulis dan berkaitan dengan topik biaya kesehatan adalah penelitian tentang unit cost dan penetapan tarif suatu pelayanan kesehatan (Puskesmas dan RS), cukup jarang penelitian yang membahas tentang penetapan premi suatu asuransi atau jaminan pemeliharaan kesehatan.

1. Santabudi IG<sup>8</sup> sama-sama melakukan penghitungan premi JKJ di Kabupaten Jembrana. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2005 dan dilaporkan sebagai tesis pada tahun 2006. Perbedaannya adalah latar belakang penelitian adalah ketidakcukupan subsidi di tahun 2004, sehingga perlu dilakukan penghitungan premi untuk perkiraan subsidi di tahun berikutnya. Perbedaan dari aspek tujuan adalah penelitian menghitung premi yang harus dibayarkan pemerintah dan untuk mengetahui Persepsi *stakeholders* terhadap besaran subsidi premi yang kurang di tahun 2004 dan Persepsi terhadap besaran subsidi premi yang dihitung. Dari aspek metodologi penelitian ini tidak memperhatikan penggunaan konsep *claim cost* dan *contingency*

*margin* dalam penghitungan premi serta hanya melakukan penghitungan subsidi premi pada tingkat PPK I.

2. Julita MA<sup>15</sup>, mengevaluasi pembiayaan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) di Kotamadya Medan. Penelitian ini difokuskan pada kajian kecukupan premi JPKM, peran kontribusi masyarakat, dan perkiraan premi yang sesuai dengan besaran tarif pelayanan kesehatan milik pemerintah Kotamadya Medan. Perbedaan penelitian ini adalah menggunakan penghitungan premi berdasarkan tarif yang sudah ada, yaitu tarif yang ditetapkan berdasarkan Perda.
3. Sucahyono<sup>16</sup>, melakukan evaluasi terhadap pembiayaan program JPK Jamsostek di Kota Semarang. Penelitian ini difokuskan pada kemampuan Jamsostek membayar kapitasi penuh pada PPK. Perbedaan mendasar penelitian ini adalah hanya menghitung nilai kapitasi penuh berdasarkan kajian pemanfaatan dan biaya satuan pelayanan oleh PPK, tidak dilanjutkan dengan penghitungan besaran premi yang ideal untuk mencukupi nilai kapitasi penuh yang dihitung.

#### **H. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan utama pada penelitian ini adalah:

1. Penghitungan tarif premi didasarkan pada biaya klaim pelayanan PPK I, II dan III, padahal biaya klaim pelayanan JKJ belum tentu mencerminkan biaya rata-rata pelayanan yang ada di lapangan atau biaya riil (*actual cost*) yang diperlukan dalam proses pemberian pelayanan akibat belum berjalannya upaya pengendalian biaya pada unit pelayanan tersebut.

2. Angka rujukan pelayanan PPK II masih menggunakan data utilisasi normal akibat belum berjalannya sistem rujukan pada program JKJ.
3. Penghitungan simulasi tarif premi hanya didasarkan pada kriteria sederhana Bank Dunia. Sesungguhnya kriteria yang lebih luas pada kelompok pendapatan dan pekerjaan penduduk akan memberikan gambaran yang lebih komprehensif bagi penghitungan tarif premi.
4. Penelitian belum memperhitungkan inflasi biaya kesehatan, jenis pelayanan riil yang akan dijamin, dan perkembangan kepesertaan dalam komponen perhitungan nilai kapitasi dan premi.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### **A. Prinsip Asuransi**

Asuransi pada dasarnya adalah suatu sistem manajemen risiko, dimana kepada pesertanya (tertanggung/pemegang polis) ditawarkan kesempatan untuk secara bersama-sama menanggung kerugian ekonomi yang mungkin timbul, dengan cara membayar premi kepada perusahaan asuransi atau sering disebut sebagai asuradur.

Kelompok yang membeli asuransi menyerahkan sejumlah uang yang disebut sebagai premi. Dana yang terkumpul dari pembayaran premi dapat digunakan perusahaan atau penyelenggara asuransi untuk mengganti kerugian finansial yang terjadi sesuai dengan apa yang ditanggung perusahaan atau penyelenggara asuransi tersebut<sup>3</sup>.

Terdapat beberapa syarat yang harus dipenuhi untuk memastikan mekanisme diatas bekerja dengan baik yaitu<sup>3</sup>:

1. Adanya ketidakpastian akan terjadinya kerugian. Artinya terjadinya kerugian yang diasuransikan ada di luar kendali seseorang. Seseorang yang sudah mengetahui atau diketahui dengan pasti akan menderita suatu kerugian tidak akan diterima menjadi peserta asuransi. Misalnya seseorang yang sedang sakit dan sedang berada di ambulans tentu tidak berhak membeli asuransi kesehatan. Pada kasus itu pihak asuransi tentunya akan memasang harga sesuai biaya perawatan dan jasa yang diberikan asuransi bersangkutan.

2. Hal yang diasuransikan dapat diukur dengan nilai uang. Misalnya seseorang yang mengasuransikan mobilnya dari kecelakaan lalu lintas. Kerusakan yang terjadi dapat diukur kerugian finansialnya.
3. Jumlah peserta cukup besar. Jumlah peserta yang besar akan memudahkan penyelenggara asuransi memperkirakan besarnya resiko kerugian.
4. Kerugian yang mungkin timbul cukup besar. Penyelenggara asuransi tentu tidak mau dibuat pusing oleh penggantian kerugian akibat hilangnya sebuah pensil. Jadi kerugian yang ada harus berdampak yang cukup besar dari segi finansial.
5. Gotong royong yang adil. Pihak asuransi akan menggunakan tarif premi yang berbeda, tergantung pada besar resiko yang dihadapi seseorang.

## **B. Asuransi Kesehatan**

Asuransi kesehatan bertujuan untuk meringankan beban biaya yang disebabkan oleh gangguan kesehatan akibat sakit atau kecelakaan. Asuransi ini memberikan perlindungan terhadap risiko berupa biaya tindakan pengobatan. Asuransi kesehatan mencakup berbagai pengeluaran biaya termasuk biaya obat, pendukung atau penunjang diagnostik, perawatan rumah sakit, dan tindakan bedah<sup>3</sup>.

Dalam pembayaran premi menurut sifat kepesertaannya, kita dapat membagi asuransi menjadi dua golongan besar yaitu pembayaran premi yang bersifat wajib dan bersifat sukarela. Dalam asuransi kesehatan sosial sifat kepesertaannya biasanya bersifat wajib sedangkan dalam asuransi komersial tidak ada kewajiban seseorang untuk ikut atau membeli asuransi<sup>14</sup>.

Penjelasan lebih lanjut tentang kedua jenis asuransi kesehatan tersebut adalah:

1. Asuransi kesehatan sosial.

Dalam UU No. 2 tahun 92 tentang asuransi disebutkan bahwa program asuransi sosial adalah program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu UU, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat. Dalam UU ini disebutkan bahwa program asuransi sosial hanya dapat diselenggarakan oleh Badan Usaha Milik Negara (BUMN) (pasal 14)<sup>14</sup>.

Jadi asuransi kesehatan sosial adalah suatu sistem manajemen resiko sosial berupa munculnya biaya kebutuhan medis karena sakit yang risiko itu dipadukan (*pooled*) atau dipindahkan dari individu ke kelompok dengan kepesertaan yang bersifat wajib, dimana kontribusi diatur oleh peraturan tanpa memperhatikan tingkat risiko individu, dan kontribusi terkait pendapatan (biasanya dalam bentuk persentase pendapatan), berorientasi *not for profit* untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, dikelola secara profesional dan surplus dikembalikan lagi ke masyarakat untuk memberikan pelayanan yang lebih baik<sup>2,4,17</sup>.

Mekanisme pendanaan pelayanan kesehatan melalui sistem asuransi kesehatan sosial semakin banyak digunakan di seluruh dunia karena kehandalan sistem ini dalam menjamin kebutuhan kesehatan rakyat suatu negara. Keunggulan sistem ini adalah<sup>14</sup>:

- a. Tidak terjadi seleksi bias. Seleksi bias khususnya *adverse selection* merupakan keadaan yang paling merugikan pihak asuradur. Dalam asuransi sosial dimana seluruh anggota

masyarakat diwajibkan untuk ikut serta, kemungkinan terjadinya *adverse selection* dapat dihindari. Hal ini memungkinkan sebaran risiko yang baik sehingga perkiraan klaim/biaya dapat dihitung dengan lebih akurat.

- b. Redistribusi/subsidi silang yang luas (*equity egaliter*). Karena semua kelompok masyarakat wajib ikut serta, maka asuransi sosial memungkinkan terjadinya subsidi yang luas.
- c. *Pool* besar. Semua kelompok wajib ikut serta sehingga memungkinkan terbentuknya suatu *risk pool* yang besar atau bahkan sangat besar, akibatnya prediksi yang diberikan terhadap suatu kejadian makin akurat, termasuk prediksi biaya dapat dilakukan lebih akurat dan kemungkinan untuk bangkrut lebih diperkecil.
- d. Menyumbang pertumbuhan ekonomi dengan menempatkan dana premi dan dana cadangan pada portofolio investasi.
- e. Administrasi yang sederhana, karena biasanya asuransi sosial menyediakan produk tunggal yaitu sama untuk semua peserta.
- f. Biaya administrasi murah. Hal ini karena asuransi sosial tidak membutuhkan rancangan paket terus-menerus, biaya pengumpulan dan analisis data yang mahal, dan biaya pemasaran yang bisa menyerap 50% premi di tahun pertama.
- g. Memungkinkan pengenaan tarif pelayanan kesehatan yang seragam. Tarif yang seragam memungkinkan juga penerapan standar mutu tertentu yang menguntungkan pasien.
- h. Memungkinkan peningkatan dan pemerataan pendapatan dokter/fasilitas kesehatan. Apabila sebaran asuransi kesehatan sosial sudah mencapai 60% penduduk maka sebaran fasilitas

kesehatanpun dapat lebih merata tanpa pemerintah harus wajib memerintahkan dokter bekerja di daerah-daerah.

- i. Memungkinkan semua penduduk tercakup, karena kepesertaannya yang bersifat wajib. Hal ini memungkinkan terselenggaranya solidaritas sosial maksimum atau memungkinkan terselenggaranya keadilan sosial.

Selain memiliki berbagai keunggulan asuransi kesehatan sosial juga memiliki beberapa kelemahan yaitu<sup>14</sup>:

- a. Pilihan terbatas. Keterbatasan ini terjadi karena asuransi sosial idealnya memiliki pengelola yang merupakan badan pemerintah atau kuasi pemerintah, maka peserta tidak memiliki pilihan asuradur. Kenyataan ini tidak dianggap penting oleh para ahli karena meskipun terbatas pada pilihan asuradur justru asuransi sosial menyediakan pilihan fasilitas kesehatan yang lebih luas.
- b. Manajemen kurang kreatif/responsif. Kelemahan ini muncul karena produk asuransi yang umumnya tunggal/seragam dan tidak banyak berubah.
- c. Pelayanan seragam. Kelemahan ini terutama dirasakan oleh kelompok masyarakat ekonomi menengah ke atas. Kelompok ini biasanya menginginkan pelayanan yang berbeda dari kebanyakan masyarakat. Masalah ini dapat diatasi dengan memberikan kebebasan bagi mereka untuk membeli asuransi suplemen pada asuransi kesehatan komersial.
- d. Banyak fasilitas kesehatan yang tidak begitu suka, khususnya profesional dokter yang seringkali merasa kurang bebas dengan sistem asuransi kesehatan sosial yang membayar mereka dengan



tarif seragam atau dengan model pembayaran lain yang kurang memaksimalkan keuntungan dirinya.

## 2. Asuransi Kesehatan Komersial

Asuransi kesehatan komersial adalah asuransi kesehatan yang basis kepesertaannya bersifat sukarela. Asuransi ini merespons *demand* atau permintaan pasar terhadap pelayanan kesehatan sedangkan asuransi sosial merespon *needs* atau kebutuhan masyarakat. Akibat respon tersebut asuransi kesehatan komersial harus merancang berbagai produk yang sesuai dengan permintaan pasar/masyarakat. Produk yang dibuat bisa sangat banyak, bahkan jika permintaan mencapai jutaan maka secara teori produk yang ditawarkan juga berjumlah jutaan<sup>14</sup>. Akibat beragamnya produk yang dipasarkan adalah membengkaknya biaya administrasi yang berujung pada membengkaknya nilai premi asuransi kesehatan komersial.

Premi yang harus dibayarkan peserta asuransi komersial disesuaikan dengan paket jaminan atau manfaat yang ditanggung. Semakin tinggi atau luas jaminan maka semakin besar nilai premi yang harus dibayarkan. Asuransi komersial memfasilitasi *equity liberter* (*you get what you pay*), mereka yang miskin pasti tidak mampu membeli paket yang luas, karena harga yang tidak terjangkau. Jadi jika si miskin memaksakan diri untuk membeli paket jaminan dasar atau tidak lengkap maka ketika ia sakit berat seperti gagal ginjal dan memerlukan biaya besar maka justru asuransi tidak menanggungnya, karena sesuai kontrak, si miskin hanya menerima jaminan yang tidak luas akibat premi yang tidak besar<sup>14</sup>. Beberapa kondisi diatas merupakan alasan mengapa kemudian asuransi komersial bukanlah pilihan yang tepat untuk mencapai *universal coverage*.

### C. Asuransi dan Jaminan Kesehatan di Indonesia

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia bisa dikatakan lebih lambat dibandingkan negara lainnya di wilayah Asia. Keterlambatan tersebut muncul karena penduduk Indonesia pada umumnya adalah *risk taker* dalam hal kesakitan dan kematian. Sakit dan mati dalam kehidupan bangsa Indonesia yang religius adalah takdir sehingga membeli asuransi kesehatan dianggap sebagai tindakan mencegah sesuatu yang bersifat takdir. Kedua keadaan sosial ekonomi masyarakat yang belum memungkinkan mereka untuk menyisihkan uang guna membayar premi asuransi. Dari sisi *supply*, yang juga dipengaruhi oleh *demand*, belum banyak perusahaan asuransi yang beroperasi di Indonesia. Selain itu fasilitas kesehatan yang mendukung terlaksananya asuransi kesehatan juga tidak berkembang dengan baik dan merata. Dari sisi regulasi, pemerintah terlambat memperkenalkan konsep asuransi kepada masyarakat melalui kemudahan perijinan dan kepastian hukum dalam bisnis asuransi, atau mengembangkan asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat luas<sup>3</sup>.

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia dapat dilihat dalam 3 kelompok/babak perkembangan yaitu perkembangan asuransi kesehatan sosial, perkembangan Dana Sehat/JPKM/Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin dan perkembangan asuransi kesehatan komersial.

#### 1. Asuransi kesehatan sosial.

Sesungguhnya Pemerintah Indonesia telah mulai mengembangkan konsep asuransi sejak tahun 1947, tetapi karena berbagai kondisi politik dan perekonomian yang kurang menguntungkan regulasi yang dimunculkan lebih banyak mentah di tengah jalan. Jalan terang mulai terlihat pada tahun 1968 ketika Menteri Tenaga Kerja Awaludin Djanin mengupayakan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan

keluarganya. Upaya ini merupakan pengembangan asuransi kesehatan sosial pertama di Indonesia<sup>3</sup>.

Program asuransi kesehatan pegawai negeri ini semula dikelola oleh suatu badan di tubuh Departemen Kesehatan (Depkes) yang dikenal dengan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Akibat birokrasi dan administrasi yang kurang efisien BPDPK kemudian dikonversi secara korporat menjadi Perusahaan Umum (Perum) yang dikenal dengan Perusahaan Umum Husada Bakti (PUHB) di tahun 1984. Kemudian pada tahun 1992 PUHB dirubah menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan (PT Askes)<sup>3</sup>. Kebijakan ini sebenarnya merupakan sesuatu yang membingungkan karena sesuai dengan tujuannya asuransi kesehatan sosial tidak bersifat *for profit*, melainkan *not for profit*. Bentuk PT merupakan suatu keabnormalan mengingat PT biasanya bertujuan *for profit* dan wajib menyetorkan deviden ke pemegang sahamnya dalam kasus ini adalah pemerintah. Istilah *not for profit* sendiri bukan berarti tidak boleh mencari untung melainkan keuntungan yang diperoleh harus dikembalikan untuk meningkatkan mutu pelayanan oleh pengelola asuransi dan pemberi pelayanan kesehatan<sup>14</sup>.

Bagi pegawai swasta, pemerintah mulai mengembangkan asuransi sosial pada tahun 1971, ditandai dengan dibentuknya Perusahaan Asuransi Sosial Tenaga Kerja (Astek). Astek pada awalnya hanya menangani asuransi kecelakaan kerja, kemudian setelah uji coba selama 5 tahun yang dimulai pada tahun 1985 program ini diperluas sebagai program jaminan sosial. Di bulan Februari 1992, undang-undang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) disetujui DPR dan diundangkan. Jaminan sosial tenaga kerja mencakup jaminan

pemeliharaan kesehatan (JPK), Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT), dan Jaminan Kematian. Dalam perkembangannya Jamsostek ternyata tidak sepenuhnya diwajibkan, karena jika perusahaan bersedia memberikan jaminan dengan manfaat yang lebih baik dapat tidak mendaftarkan karyawannya dalam kepesertaan Jamsostek. Hal inilah yang menyebabkan cakupan Jamsostek kurang optimal<sup>3</sup>.

Upaya pengembangan asuransi/jaminan sosial yang sifatnya mencakup seluruh rakyat Indonesia mendapat angin segar ketika Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) mengeluarkan Ketetapan MPR No. X/2001 yang menugaskan Presiden Megawati untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Ketetapan ini ditindaklanjuti Presiden dengan menerbitkan Keputusan Presiden (Keppres) No. 20/2002 yang membentuk tim penyusun rancangan UU SJSN<sup>3</sup>. Setelah usaha yang keras untuk merumuskan suatu reformasi sistem jaminan sosial, akhirnya UU SJSN disetujui DPR dan kemudian diundangkan dalam lembar negara pada tanggal 19 Oktober 2004 oleh Presiden Megawati dengan dihadiri oleh lima menteri terkait<sup>3</sup>.

Komitmen pemerintahan Presiden Megawati tetap dipertahankan oleh pemerintahan berikutnya, terbukti dengan diluncurkannya program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (Askeskin). Saat ini pemerintah sedang menggodok Peraturan Pemerintah untuk mengimplementasikan UU SJSN dan merancang pembentukan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). Setelah DJSN dan PP pelaksana UU SJSN terbentuk diharapkan asuransi kesehatan sosial dalam SJSN dapat segera meluas kepada penduduk yang bukan miskin<sup>3</sup>.

2. Dana sehat/JPKM/Jaminan kesehatan penduduk miskin.

Dana sehat adalah upaya penghimpunan dana masyarakat untuk kepentingan pengobatan dalam bentuk yang paling sederhana. Di awal tahun 1970 mulai berkembang konsep dana sehat di berbagai wilayah kabupaten bahkan provinsi di Indonesia. Upaya pengembangan ini didorong oleh pemerintah dengan harapan yang begitu besar agar masyarakat memiliki kesadaran untuk membiayai dirinya sendiri melalui mekanisme transfer resiko. Namun demikian upaya ini akhirnya tidak berhasil. Hingga saat ini tidak ada dana sehat yang bertahan hidup, apalagi berkembang<sup>3</sup>.

Setelah mengembangkan konsep dana sehat, pemerintah berupaya mengembangkan konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang diambil dari konsep *Health Maintenance Organisation* (HMO) di Amerika dengan dukungan struktural yang lebih kuat, diantaranya dengan dicantumkannya konsep JPKM dalam UU No.23 tentang kesehatan.

Upaya mengembangkan JPKM dimulai dengan merangsang dana sehat menjadi JPKM, sayangnya upaya ini tidak banyak membuahkan hasil. Di daerah banyak pejabat di lingkungan Dinas Kesehatan (Dinkes) yang tidak bisa membedakan konsep dana sehat dengan JPKM. Pengembangan JPKM menjadi lebih stagnan ketika JPKM dibuat dalam kerangka pikir dana sehat, sehingga sasaran program ini kebanyakan adalah kelompok ekonomi lemah. Kenyataan tersebut diperburuk dengan kurangnya dukungan kemampuan pengelolaan yang diakibatkan oleh rendahnya keterlibatan profesional asuransi kesehatan. Kekurangan dukungan profesional asuransi dihambat oleh adanya anggapan bahwa JPKM bukan asuransi<sup>3</sup>.

Upaya pengembangan JPKM memasuki babak baru ketika Indonesia mengalami krisis ekonomi pada tahun 1997. Pemerintah yang khawatir dengan penurunan akses masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan didukung oleh pihak internasional mengembangkan program Jaring Pengaman Sosial untuk bidang kesehatan (JKJBK) yang ditumpangi keinginan untuk lebih mengembangkan JPKM. Upaya JKJBK didanai pinjaman *Asian Development Bank* (ADB) sebesar 300 juta US dolar untuk masa lima tahun. Dana dibayarkan ke Puskesmas dan Bidan Desa melalui suatu badan yang disebut pra bapel JPKM. Lagi-lagi upaya ini tidak banyak membuahkan hasil bagi upaya memperluas cakupan JPKM menuju *universal coverage*<sup>3</sup>.

Berbagai kontroversi tentang pengembangan JPKM yang didomplengkan pada program jaring pengaman sosial dan sesungguhnya menerapkan konsep asuransi kesehatan komersial dengan produk *managed care*, berlangsung cukup lama. Pada tahun 2002 akhirnya program tersebut diganti dengan memberikan dana secara langsung kepada Puskesmas dan RS. Dana yang digunakan untuk mensubsidi kelompok miskin ini kemudian berasal dari pengalihan subsidi bahan bakar minyak (BBM)<sup>3</sup>.

Setelah mengalami berbagai macam kebuntuan dalam pengembangan konsep dana sehat, JKJ, dan JPKM akhirnya Pemerintah RI menyadari pentingnya pengembangan asuransi kesehatan sosial yang lebih terstruktur melalui pengembangan SJSN yang didalamnya mencakup pengembangan asuransi kesehatan sosial<sup>3</sup>.

### 3. Asuransi kesehatan komersial.

Asuransi kesehatan komersial mulai ditawarkan kepada masyarakat Indonesia pada awal tahun 1970 oleh perusahaan asuransi multinasional yang memiliki cabang di Indonesia. Sampai tahun 1992 perkembangan asuransi kesehatan komersial tidak mengalami pertumbuhan yang berarti karena dasar hukum yang tidak begitu jelas. Baru sejak dikeluarkannya UU No. 2 tahun 1992 tentang asuransi yang mengatur bahwa asuransi jiwa dan asuransi kerugian dapat menjual asuransi kesehatan dan derivatnya, asuransi kesehatan komersial mengalami perkembangan yang cukup signifikan. Pada saat ini kurang lebih sekitar 30% dari seluruh perusahaan asuransi kerugian dan jiwa ( $\pm$  160 perusahaan) aktif memasarkan asuransi kesehatan. Diperkirakan sekitar 3 juta tertanggung telah menjadi nasabahnya (sekitar 1,5% populasi)<sup>3</sup>.

#### **D. Konsep Jaminan Kesehatan Nasional dalam UU SJSN**

Di depan telah dibahas berbagai upaya yang telah dilakukan untuk mengembangkan mekanisme pendanaan kesehatan di Indonesia melalui berbagai konsep asuransi kesehatan. Akhirnya setelah bertahun-tahun belajar Pemerintah dan Wakil Rakyat (DPR) sepakat untuk menetapkan UU SJSN sebagai landasan bagi pengembangan jaminan sosial termasuk asuransi kesehatan sosial. Pilihan ini menjadi tepat karena kemungkinan pembiayaan model *National Health Service* (NHS) seperti di Inggris atau Malaysia sulit dilakukan mengingat sistem perpajakan yang belum optimal dan rendahnya kesadaran pejabat Indonesia terhadap kesehatan adalah investasi<sup>2,14,18</sup>. Sedangkan jika bergantung pada pengembangan asuransi komersial, sudah terbukti bahwa pilihan ini tidak efisien, tidak merata, dan kurang berkeadilan.

Pilihan lainnya yaitu sistem pembiayaan kesehatan sosialis komunis jelas kurang sesuai dengan atmosfer masyarakat Indonesia<sup>2</sup>.

Berikut ini akan disajikan beberapa konsep jaminan/asuransi kesehatan nasional (AKN) dalam UU SJSN:

1. Alternatif penyelenggaraan AKN

Pilihan alternatif penyelenggaraan asuransi kesehatan sosial dapat dianalisis dari dua sisi penting yaitu dari sisi badan penyelenggara dan dari sisi paket jaminan atau manfaat yang menjadi hak peserta. Badan penyelenggara dapat berbentuk badan tunggal di tingkat nasional (*single payer*), dapat berbentuk badan tunggal di tiap daerah yang secara aktual memenuhi hukum angka besar, dapat hanya beberapa badan di tingkat nasional (*oligopayer*) atau oligopoli di tingkat daerah, dan dapat terdiri dari banyak bapel (*multipayer*) di tingkat nasional dan daerah. Sedangkan pilihan alternatif paket jaminan tidak banyak, yaitu manfaat rawat inap dan biaya medis mahal saja yang dijamin, pelayanan komprehensif dengan urun biaya untuk pelayanan tertentu guna mengurangi *moral hazard*, dan komprehensif tanpa urun biaya<sup>2,14,18</sup>.

Kelebihan dan kekurangan dari bentuk bapel dan paket jaminan yang diberikan sama-sama bervariasi secara luas namun dalam prakteknya pemilihan pada bentuk bapel adalah kegiatan yang paling rumit karena sangat kental dipengaruhi oleh faktor politik dan kepentingan berbagai pihak<sup>14,18</sup>. Setelah MA mengabulkan *judicial review* pasal 5 UU SJSN, yang memungkinkan Pemda menyelenggarakan sistem jaminan kesehatan sebagai bagian dari jaminan sosial daerah maka ini berarti sistem pengelolaannya menuju model desentralisasi terintegrasi<sup>2</sup>. Hal yang menjadi tantangan adalah



bagaimana pola hubungan, peran, fungsi antara pemerintah pusat dan daerah dalam sistem ini.

## 2. Tujuan dan manfaat AKN

Program asuransi kesehatan nasional dalam SJSN bertujuan memperluas cakupan penduduk yang memiliki jaminan kesehatan yang memenuhi kebutuhan dasar medis, tanpa membedakan status ekonomi penduduk. Perlu diingat bahwa kebutuhan dasar medis bukanlah pelayanan medis yang murah harganya seperti pelayanan dokter praktek, puskesmas atau obat generik. Kebutuhan dasar medis adalah kebutuhan pelayanan medis yang memungkinkan seseorang hidup dan berproduksi, sehingga pada umumnya asuransi kesehatan sosial justru lebih cenderung menanggung pelayanan rawat inap dan pelayanan berbiaya mahal lainnya. Pelayanan yang mahal tetapi tidak berpengaruh signifikan pada kemungkinan hidup dan bereproduksi seperti pelayanan VIP dan bedah plastik untuk kecantikan tidak ditanggung<sup>14,18</sup>.

## 3. Prinsip-prinsip AKN<sup>14,18</sup>

- a. Prinsip solidaritas sosial atau kegotongroyongan. Asuransi kesehatan nasional diselenggarakan berdasarkan mekanisme asuransi sosial yang wajib untuk mencapai cakupan universal yang akan dicapai secara bertahap.
- b. Prinsip efisiensi. Manfaat terutama diberikan dalam bentuk pelayanan yang terkendali, baik utilisasi maupun biayanya.
- c. Prinsip ekuitas. Program AKN diselenggarakan berdasarkan prinsip keadilan dimana setiap penduduk, tanpa memandang suku, ras, agama, aliran politik, dan status ekonomi, harus memperoleh

- pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dasar medisnya dan membayar iuran sesuai dengan kemampuan ekonominya.
- d. Prinsip portabilitas. Seseorang tidak boleh kehilangan haknya untuk memperoleh jaminan apabila ia pindah tempat tinggal, pindah kerja, atau sementara tidak bekerja.
  - e. Prinsip nirlaba (*not for profit*). Pengelolaan program AKN diselenggarakan atas dasar tidak mencari laba untuk sekelompok orang atau pemerintah, akan tetapi memaksimalkan pelayanan. Bapel dibebaskan dari pajak dan tidak memiliki kewajiban untuk menyetorkan deviden yang diperolehnya. Sisa dana digunakan untuk dana cadangan atau dikembalikan lagi ke dalam bentuk upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang dijamin.
  - f. Prinsip responsif. Penyelenggaraan AKN harus responsif terhadap tuntutan peserta sesuai dengan perubahan standar hidup para peserta yang mungkin berbeda dan terus berkembang di berbagai daerah.
  - g. Prinsip koordinasi manfaat. Tidak boleh terjadi duplikasi jaminan atau pembayaran kepada PPK antara program AKN dengan program asuransi atau jaminan lainnya. Koordinasi ini belum diatur dalam UU SJSN. Prinsip koordinasi ini menjadi penting ketika Pemda membuat jaminan sosial lokal.
4. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesuksesan AKN adalah<sup>14,18</sup>:
- a. Mendapat dukungan dari pemberi kerja dan organisasi tenaga kerja yang memahami bahwa program tersebut pada akhirnya akan bermanfaat untuk meningkatkan produktivitas mereka.
  - b. Manfaat yang diberikan cukup layak dan memadai jumlah dan mutunya. Oleh karena itu pelayanan medis yang mahal dan

penting harus dijamin sedangkan pelayanan yang murah dapat dikurangi atau dikenakan urun biaya.

- c. Jumlah iuran premi harus cukup memadai untuk membiayai pelayanan yang dijamin.
  - d. Penyelenggaraan dilakukan dengan menerapkan konsep-konsep *good governance*.
  - e. Adanya kestabilan politik dan ekonomi yang memungkinkan dunia usaha berkembang dengan inflasi yang terkendali dan prediktabel.
  - f. Adanya dukungan pemerintah yang kuat yang menjamin berbagai pihak memenuhi kewajibannya.
5. Dampak *judicial review* UU SJSN terhadap AKN

Pada tanggal 1 Februari 2005, tiga pemohon masing-masing DPRD Provinsi Jawa Timur, Satuan Pelaksana Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (Satpel JPKM), dan Perhimpunan Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (Perbapel JPKM) mengajukan gugatan ke MK tentang UU SJSN. Para pemohon menilai pasal 5 ayat 1, 2, 3, dan 4 serta pasal 52 UU SJSN tidak sesuai dengan UU Dasar 1945, tidak adil/selaras dengan UU Otonomi Daerah. Oleh karenanya, ketiga pemohon meminta MK untuk membatalkan pasal dan ayat tersebut dalam UU SJSN<sup>14</sup>.

Setelah melalui proses persidangan akhirnya MK pada tanggal 18 Agustus 2005 mengabulkan sebagian tuntutan pemohon. Keputusan MK pada hakikatnya menetapkan bahwa keempat Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yaitu Askes, Asabri, Jamsostek, dan Taspen tetap berlaku untuk program jaminan sosial tingkat nasional<sup>14,19</sup>. Namun demikian apabila Pemda berniat membentuk dan mengembangkan jaminan sosial, tetapi tidak eksklusif

dalam artian hanya jaminan tersebut yang ada, maka Pemda dapat membentuk Bapel jaminan sosial di tingkat daerah. Bapel yang dibentuk harus tetap berkoordinasi dengan BPJS di tingkat pusat. Pengaturan lebih lanjut tentang peran Bapel di tingkat daerah dapat diatur dalam peraturan pemerintah (PP)<sup>14</sup>.

#### **E. Konsep *Good Governance* dalam Asuransi Kesehatan Sosial**

*Good governance* dalam asuransi kesehatan mengandung pengertian tata kelola yang baik dalam sistem dan operasionalisasi asuransi kesehatan sosial. Tata kelola yang baik menjadi sangat penting dan prasyarat kesuksesan pengembangan asuransi kesehatan sosial dengan pendekatan *managed care*<sup>4</sup>.

Pengertian tata kelola (*governance*) dalam arti yang luas mencakup seluruh faktor-faktor yang terkait dan berpengaruh terhadap perilaku organisasi pembiayaan kesehatan. Definisi yang lebih sempit tentang tata kelola lebih melihat pada bagaimana mekanisme kontrol yang dikembangkan lembaga asuransi untuk mempertahankan akuntabilitas dan entitas lembaga mereka<sup>4</sup>.

Aturan-aturan umum *good governance* adalah sederhana yaitu meluruskan aturan hukum dan menjadikan informasi tersedia, transparan dan jelas. Disamping itu diperlukan konsistensi, akuntabilitas, inklusivitas, dan partisipasi, serta efektivitas dan efisiensi serta legitimasi<sup>4</sup>.

Transparansi menjamin bahwa tersedia informasi bagi mereka yang dapat menyusun keputusan-keputusan, misalnya kejelasan tingkat utilisasi, kejelasan besaran premi yang berujung pada kejelasan kekuatan dana asuradur untuk memenuhi kewajiban mereka. Aturan hukum disertai transparansi menghindari penyalahgunaan wewenang atau jabatan dan pencegahan korupsi<sup>4</sup>.

Konsistensi membantu menghindari adanya ketidakpastian di sekitar pembuatan kebijakan dan aturan serta petunjuk pelaksanaan sepanjang waktu dan sepanjang periode perubahan politik. Jika peraturan-peraturan konsisten, masyarakat dan juga lembaga dapat membuat keputusan-keputusan jangka panjang<sup>4</sup>.

Akuntabilitas menjamin bahwa lembaga asuransi kesehatan dapat mempertanggungjawabkan atas segala tindakan-tindakan yang dapat mereka lakukan. Akuntabilitas merupakan faktor kunci dalam menjamin *good governance* dan menetapkan instrumen yang dapat diterima yang dapat digunakan oleh pengambil keputusan atau pembina<sup>4</sup>.

Inklusivitas berakar dari pernyataan bahwa pandangan *stakeholders* bersifat integral terhadap pemerintahan yang bermakna dan seharusnya ikut tergabung selama proses pengambilan keputusan. Partisipasi menekankan keikutsertaan yang luas dari konstituen dalam mengarahkan operasionalisasi asuransi kesehatan serta berjuang untuk memiliki akses dan mengambil peran dalam proses pengambilan keputusan<sup>4</sup>.

Pengelolaan asuransi sosial termasuk regulasi asuransi kesehatan sosial hendaknya bersifat efisien dan efektif. Efektivitas mengacu pada cara pengaturan pengelolaan untuk dapat memandu sistem untuk meraih tujuannya yaitu cakupan yang baik pada populasi dan sustainabilitas (keberlanjutan) finansial. Efisien berarti tujuan-tujuan dicapai dengan biaya yang paling sedikit, termasuk biaya administrasi dan biaya untuk memenuhi peraturan-peraturan<sup>4</sup>.

## **F. Prinsip-prinsip Pelaksanaan *Managed Care* dalam Asuransi Kesehatan Sosial**

Sistem pembiayaan dengan berbasis asuransi kesehatan sosial sudah jauh lebih menjanjikan dalam peningkatan akses, pemerataan, mutu, dan efisiensi. Peran asuransi kesehatan sosial ini akan lebih sempurna dan lebih kondusif dalam kendali mutu dan kendali biaya bila menggunakan pendekatan *managed care*<sup>2</sup>.

*Managed care* adalah sistem yang mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan yang tepat dengan ciri-ciri sebagai berikut: kontrak dengan dokter atau rumah sakit (RS) yang terpilih untuk memberikan pelayanan yang komprehensif termasuk promosi dan prevensi kepada populasi peserta, pembayaran kepada *provider* dengan sistem pembayaran prospektif termasuk kapitasi, pembayaran premi oleh peserta yang telah ditentukan sebelumnya, adanya kendali utilisasi dan mutu dimana dokter atau RS telah menerima kendali tersebut dalam kontrak, adanya insentif finansial bagi pasien untuk memanfaatkan PPK yang ditunjuk dan adanya resiko finansial bagi dokter dan RS<sup>2,11,20,21,22</sup>.

Yang paling mencolok dari penerapan konsep *managed care* adalah pilihan pada pembayaran PPK yang tidak menggunakan sistem *fee for service* dan *reimbursement*, akan tetapi besar biaya telah ditentukan dan dibayar untuk memberikan pelayanan yang komprehensif termasuk pelayanan preventif seperti perawatan anak, imunisasi, *pap smears* dan lain-lain. Dengan konsep tersebut dapat dikatakan bahwa *managed care* adalah kombinasi dari perusahaan asuransi kesehatan dengan sistem pemberian pelayanan kesehatan. Jika asuransi kesehatan tradisional hanya bertanggung jawab pada penggantian kerugian akibat risiko sakit yang diderita maka organisasi *managed care* juga bertanggung jawab dalam pemberian pelayanan

kesehatan. Konsekuensinya organisasi *managed care* wajib menjamin akses pelayanan kesehatan, menjamin kualitas, dan kesesuaian pelayanan peserta<sup>2,21,22</sup>.

### **G. Pengendalian Biaya pada Konsep *Managed Care***

Telah diuraikan sebelumnya bahwa pengendalian biaya adalah salah satu ciri utama pada pelaksanaan konsep *managed care*<sup>2,3</sup>. Pengendalian biaya dapat dilakukan dari dua sisi yaitu dari sisi *suplay* dan dari sisi *demand*<sup>2,21,23</sup>.

Dari sisi *suplay* terdapat dua upaya pengendalian biaya yaitu:

1. Memilih cara pembayaran PPK dengan berbagai konsep pembayaran sebagai berikut<sup>21,23,24</sup>:
  - a. Gaji. Sistem ini biasanya dipakai pada organisasi *managed care* yang PPK-nya adalah pegawai mereka sendiri.
  - b. Kapitasi. Model ini cukup banyak dipilih oleh banyak organisasi *managed care* dan telah cukup banyak dikenal di Indonesia. Pada prinsipnya kapitasi adalah pemberian imbalan jasa kepada PPK yang diberikan berdasarkan jumlah jiwa yang menjadi tanggung jawab PPK. Lembaga asuransi bersama-sama PPK yang mengikat kontrak harus secara berhati-hati mendefinisikan besaran kapitasi untuk memperkirakan jumlah biaya yang diperlukan untuk menyelenggarakan jaminan pelayanan yang ditanggung.
  - c. Tarif paket adalah suatu bentuk imbalan jasa pada PPK yang diberikan berdasarkan suatu kelompok tindakan/pelayanan kedokteran. Dengan diterapkannya tarif paket, maka juga terbuka upaya efisiensi melalui efisiensi keuangan, disamping juga terjadi penyederhanaan administrasi yang cukup bermakna.

- d. *Budged system*. Pembayaran berdasarkan sistem bujet adalah suatu pemberian imbalan jasa pada PPK berdasar anggaran jumlah biaya tetap yang telah disepakati bersama. Dasar perhitungan biaya dapat melalui mekanisme penyusunan biaya secara riil diperlukan atau berdasarkan jumlah peserta (kapitasi).
  - e. *Diagnostic Related Group (DRG)*. Adalah suatu sistem pemberian imbalan jasa pada PPK yang ditetapkan berdasar pengelompokan diagnosa, tanpa memperhatikan jumlah tindakan/pelayanan yang diberikan.
  - f. *Case rates* (peringkat kasus). Ini adalah biaya tetap yang sudah dinegosiasikan untuk pelayanan spesifik, seperti pengobatan arteri koronari dengan *bypass*, peringkat kasus dapat disesuaikan dengan situasi tertentu yang membutuhkan pelayanan lebih intensif dari biasanya.
  - g. *Per diem* adalah pembayaran yang jumlahnya tetap perhari untuk pelayanan yang diberikan. Biasanya digunakan untuk pelayanan rawat inap dan dapat dibatasi hingga lama maksimum di rawat di RS untuk suatu diagnosa khusus.
  - h. Penetapan standar dan harga obat. Hal ini diperlukan mengingat sangat bervariasinya nama dagang suatu obat generik.
2. Di samping menggunakan cara-cara tertentu dalam pembayaran PPK organisasi *managed care* juga menggunakan pendekatan khusus dalam memilih PPK sebagai bagian dari usaha pengendalian biaya<sup>21</sup>. Beberapa cara atau metoda digunakan untuk memilih PPK yang bekerja dengan cara efektif biaya dan yang bekerjasama demi mencapai tujuan organisasi *managed care*. Perkembangan terakhir proses seleksi dokter mencakup kegunaan profil yang



membandingkan kinerja dokter dengan sejawat mereka, komunitas, atau norma spesialis yang dipraktekkan untuk menentukan peringkat. Rumah sakit dalam jaringan managed care dipilih sesuai dengan ruang lingkup pelayanan yang mereka berikan, tingkat mortalitas dan morbiditas untuk kategori sakit dan penyakit tertentu, keberhasilan dalam mengobati pasien dalam batas-batas biaya, dan reputasi dalam komunitas<sup>21</sup>.

Dari sisi *demand* pengendalian biaya dapat dilakukan dengan menggali potensi masyarakat melalui mekanisme pembayaran premi<sup>13</sup> selain itu beberapa konsep pengendalian biaya dari sisi *demand* telah dikembangkan yaitu<sup>10,21,23</sup>:

1. *Deductible*. Jika konsep ini diterapkan maka peserta diwajibkan membayar sejumlah uang terlebih dahulu untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dijamin, biasanya jumlah besaran uangnya telah ditentukan terlebih dahulu dan besarnya cukup signifikan sehingga peserta tidak akan menggunakan haknya untuk pelayanan yang sifatnya remeh, misalnya pergi ke RS karena flu ringan.
2. *Co-insurance* atau *co-payment*. Peserta diwajibkan membayar fraksi biaya kesehatan dari pelayanan yang ia terima, biasanya berupa persentase atas biaya pelayanan.
3. Hanya menanggung pelayanan yang bersifat inelastik dan memberikan prioritas rendah pada pelayanan yang bersifat elastik. Hal inilah yang memicu mengapa asuransi sosial lebih banyak menanggung pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.
4. Tingkat pembayaran ganti rugi maksimal. Dalam konsep ini lembaga asuransi menetapkan paket-paket manfaat yang membatasi jumlah maksimal pembayaran untuk beberapa jenis paket. Jika biaya yang

dikenakan melebihi batas maksimal maka sisanya menjadi tanggung jawab peserta.

Selain cara-cara tersebut, terdapat beberapa cara lain yang merupakan suatu usaha *cost effective* dalam organisasi *managed care* yaitu<sup>11</sup>:

1. Pemeriksaan sebelum admisi RS. Ada bentuk-bentuk tes atau pemeriksaan tertentu yang dilakukan sebagai bagian dari tatalaksana rawat inap guna menentukan tindakan yang tepat terhadap pasien. Tujuannya adalah untuk menekan pengeluaran-pengeluaran pasien selama di RS melalui pengurangan hari rawat inap.
2. Pelayanan gawat darurat. Untuk menghindari penggunaan UGD yang tidak begitu penting dan notabene lebih mahal, dimana sebenarnya pasien dapat pergi ke praktik dokter, pihak asuradur akan menambahkan *deductible* untuk setiap penggunaan UGD. Pendekatan yang kedua adalah menggunakan *coinsurance* pada pelayanan UGD.
3. Admisi di akhir pekan. RS sebagaimana bisnis lainnya mengurangi aktivitas selama akhir pekan. Pada kebanyakan kasus pasien yang masuk hari Jumat tidak akan menerima tindakan sampai hari Senin. Dengan alasan itu bagi pasien yang masuk pada hari jumat atau sabtu, maka pihak asuradur tidak akan menyediakan benefit atau justru mengenakan biaya *deductible* yang besar.
4. Tindakan bedah rawat jalan, biaya operasi menjadi berkurang dan pembiayaan rawat inap dapat dihindari.
5. Pelayanan rawat jalan, dimana diagnosa dan pengobatan yang diberikan pada pasien rawat inap dapat dikerjakan secara ekonomis dengan rawat jalan jika peralatan dan tenaga tersedia.
6. Klinik bersalin adalah alternatif yang murah bagi pasien yang tidak beresiko tinggi dan perawatan pasca persalinan.

7. Perawatan yang progresif, pasien menjalani berbagai tingkatan perawatan sesuai kondisi kesehatannya.
8. *Skilled nursing facility* (SNF) dilakukan dibawah pengawasan perawat terdaftar atau tim dokter, dimana biaya SNF lebih rendah dari biaya perawatan di RS.
9. Perawatan kesehatan di rumah disediakan bagi pasien di rumah oleh agen pemberi jasa perawatan kesehatan di rumah yang meliputi *intermittent nursing care*, terapi fisik dan bicara, pengobatan dan pelayanan laboratorium, dan *intermittent service* yang dilakukan di rumah
10. *Hospice care* diperuntukkan bagi pasien yang menderita sakit fase terminal dengan pengobatan alternatif dan tradisional. Merupakan pelayanan paliatif yang lebih ditujukan untuk menghilangkan rasa nyeri.

#### **H. Kendali Mutu dalam Managed Care**

Karena organisasi *managed care* mengkombinasikan antara pemberian dan pembiayaan pelayanan memungkinkan untuk mengontrol kualitas pelayanan secara lebih intensif dengan memberikan *reward* finansial yang layak<sup>21</sup>.

Beberapa metoda penjaminan mutu yang paling umum diterapkan organisasi *managed care* adalah sebagai berikut:

1. Kontrol keuangan demi kualitas. Beberapa cara dilakukan diantaranya program prioritas bagi rumah sakit, menahan sebagian pembayaran, dan penolakan pembayaran<sup>21</sup>.

## 2. Penilaian klinik dan utilisasi.

Telaah/kajian utilisasi merupakan salah satu bentuk manajemen utilisasi. Telaah utilisasi memiliki keuntungan yang jelas dan telah dipraktekkan oleh banyak perusahaan asuransi. Dengan kajian ini ketepatan penggunaan pelayanan kesehatan dievaluasi untuk menghilangkan atau mengurangi hal-hal yang tidak perlu serta resiko potensial pada pasien. Umumnya kajian utilisasi baru terbatas pada keadaan audit terhadap klaim secara retrospektif<sup>2,20</sup>.

Kajian utilisasi sebenarnya dapat dilakukan secara prospektif seperti surat rujukan, opini dokter bedah kedua, atau dengan prosedur tetap (protap). Kajian yang sifatnya *con-curent* seperti kajian berkelanjutan pada saat pasien dirawat, perencanaan pemulangan, dan manajemen kasus. Pada kajian retrospektif dapat dilakukan analisis pola praktik dokter, analisis variasi utilisasi dan pola pelayanan, serta penilaian hasil proses pelayanan yang diberikan (*outcomes*)<sup>2,20</sup>.

Di Indonesia, upaya pengendalian mutu dan utilisasi masih sangat terbatas dan umumnya bersifat evaluatif seperti survei kepuasan peserta, verifikasi klaim, dan evaluasi laporan<sup>20,21</sup>.

Untuk memperoleh gambaran utilisasi pelayanan kesehatan dapat digunakan beberapa parameter sebagai berikut<sup>25</sup>:

- a. Angka kunjungan rawat jalan (*visit rate*) yaitu rata-rata jumlah kunjungan rawat jalan dari seluruh peserta ke sarana pelayanan kesehatan dalam kurun waktu tertentu.
- b. Angka hari rawat inap (*length of stay*) yaitu rata-rata lama hari rawat inap tiap pasien pada sarana pelayanan kesehatan dalam kurun waktu tertentu.

- c. Biaya rata-rata pelayanan kesehatan yaitu rata-rata biaya pelayanan kesehatan.
  - d. Angka rujukan yaitu rata-rata jumlah kasus yang dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi secara vertikal maupun horizontal dengan pertimbangan kemampuan yang lebih baik.
3. Proses kredensialisasi adalah metoda penilaian keluaran kerja sebelumnya dari PPK diantaranya riwayat pekerjaan, riwayat malpraktek, pendidikan, pelatihan, riwayat praktek, penggunaan pelayanan, dan sertifikasi untuk menentukan apakah seseorang memenuhi syarat kriteria organisasi *managed care*<sup>21</sup>.
  4. Protokol pengobatan. Cara ini dikembangkan untuk meningkatkan kualitas organisasi pelayanan kesehatan. Protokol dikembangkan bagi bidang-bidang klinis medis dimana pendekatan diagnostik atau terapi didefinisikan dengan baik<sup>21</sup>.
  5. Kajian jaminan mutu (pemecahan masalah). Pendekatan ini berfokus kepada penggunaan proses pemecahan masalah untuk mencapai jaminan mutu yang tinggi melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang lebih efektif. Proses jaminan mutu klinik mencakup beberapa langkah yaitu: Menentukan prioritas, penilaian awal, perencanaan, memilih alternatif, pelaksanaan, serta evaluasi<sup>21</sup>.
  6. Perbaikan mutu berkesinambungan (PMB)/Manajemen mutu total (MMT). Metoda ini semakin penting dalam mencapai dan memelihara mutu *managed care*. Metoda ini melintasi unsur-unsur jaminan mutu dan pemecahan masalah yang meliputi: Melembagakan perbaikan mutu, organisasi yang berfokus pada konsumen, tujuan yang berorientasi mutu, umpan balik pada proses yang berjalan, sistem perbaikan yang berjalan konstan, pelatihan kerja yang dilembagakan,

proses pendidikan yang terus berlangsung, penghapusan persaingan antar unit dan melembagakan kerjasama serta kepemilikan tujuan bersama<sup>21</sup>.

## I. Premi Asuransi Kesehatan

Premi asuransi perorangan kesehatan adalah sejumlah uang yang harus dibayar oleh seseorang sebagai tertanggung atau pemegang polis sebagai imbalan atas dijaminnya biaya sebagai akibat timbulnya suatu risiko sakit sebagaimana tertuang dalam polis. Sedangkan premi asuransi kumpulan kesehatan pada umumnya adalah penjumlahan dari premi perorangan dalam satu instansi<sup>11</sup>.

Premi menjadi sangat penting bagi asuradur karena jumlah uang yang terkumpul dari premi yang dibayarkan peserta asuransi akan digunakan untuk mengganti kerugian yang timbul baik melalui penggantian uang maupun melalui pemberian pelayanan, sehingga besaran premi harus dihitung dengan baik untuk menghindari kebangkrutan asuradur. Premi yang cukup juga berguna untuk menjaga kualitas pelayanan yang diberikan<sup>11</sup>.

Untuk menentukan tarif premi yang menjamin keberlangsungan pelayanan atau penggantian kerugian, lembaga asuransi harus memperhatikan prinsip-prinsip berikut<sup>11</sup>:

1. Kecukupan (*adequacy*) artinya tarif premi cukup untuk menutupi manfaat serta biaya-biaya akuisisi, administrasi, dan pajak. Dengan perkataan lain rate premi harus melebihi perkiraan biaya klaim (*expected claim cost*) agar menguntungkan asuradur.
2. Kewajaran (*reasonableness*) artinya tarif premi harus sesuai atau seimbang dengan manfaat yang dijanjikan, artinya bagian tertentu dari tarif premi dikembalikan kepada pemegang polis dalam bentuk

kompensasi pembayaran benefits. Jika porsi dari premi terlalu banyak digunakan untuk biaya dan keuntungan, maka premi tidak lagi masuk akal.

3. Keadilan (*equity*) artinya harus ada keadilan dalam penetapan besaran premi, dan tidak ada diskriminasi. Tertanggung yang memiliki tingkat risiko besar harus membayar premi lebih besar. Dalam asuransi sosial hal ini tidak terlalu perlu dilakukan karena besarnya *pooling*, sehingga distribusi risiko dan subsidi antar anggota berlangsung lebih baik.
4. Fleksibel, artinya tarif premi harus bisa disesuaikan dengan keadaan.
5. Persaingan (*competitiveness*) artinya tarif premi harus mampu bersaing di pasaran untuk merebut pasar, khususnya bagi asuransi kesehatan komersial.

Selain memperhatikan prinsip-prinsip diatas asuradur dalam menetapkan tarif premi harus memperhatikan faktor-faktor yang dapat berpengaruh yaitu<sup>11,26</sup>:

1. Ruang lingkup manfaat asuransi yang spesifik mempunyai dampak yang dramatis terhadap utilisasi pelayanan kesehatan. Diberlakukannya *deductible*, *coinsurance*, dan *copayment* akan mempengaruhi tingkat klaim sehingga berpengaruh pada besaran premi.
2. Distribusi umur dan jenis kelamin. Telaah utilisasi di banyak perusahaan asuransi menunjukkan bahwa terdapat perbedaan besaran klaim pada kelompok umur dan jenis kelamin. Umur di atas 50 tahun cenderung sakit-sakitan, sedangkan kelompok wanita cenderung lebih sering memanfaatkan pelayanan.
3. Tingkat pendapatan dan pekerjaan. Biaya klaim untuk kesehatan gigi cenderung lebih tinggi pada orang yang berpendapatan tinggi. Orang

dengan pekerjaan yang beresiko tinggi merupakan faktor kunci di dalam asuransi *longterm disability*.

4. Lokasi geografi. Tarif untuk pelayanan kesehatan biasanya sangat bervariasi tergantung letak daerahnya. Variasi di dalam klaim ditentukan oleh perbedaan tingkat biaya hidup, ketersediaan PPK, dan perilaku umum masyarakat tertanggung.
5. Tingkat partisipasi kelompok. Pada asuransi sosial hal ini tidak menjadi masalah karena pesertanya diwajibkan untuk ikut asuransi. Tingkat partisipasi yang rendah memicu terjadinya antiseleksi.
6. *Underwriting* yang berbeda pada saat penentuan penerimaan peserta akan mempengaruhi besaran premi. Hal ini juga tidak terlalu berpengaruh pada asuransi sosial.
7. Lama berlakunya besaran premi. Pada umumnya premi diberlakukan selama satu tahun, jika diberlakukan untuk beberapa tahun maka premi tersebut biasanya lebih mahal dari premi yang berlaku untuk masa asuransi satu tahun.
8. *Ability to pay (ATP)* atau kemampuan membayar dan *willingness to pay (WTP)* atau kemauan membayar masyarakat calon peserta akan mempengaruhi besaran premi. Harga premi yang terlalu mahal dengan ATP dan WTP yang kurang baik akan mempersulit upaya pemasaran. Pada asuransi sosial dimana tarif premi ditentukan dengan campur tangan pemerintah dan memungkinkan ditetapkannya sumber pembiayaan yang juga berasal dari subsidi pengukuran ATP dan WTP menjadi cukup penting<sup>27</sup>.
9. Kebijakan pemerintah, khususnya dalam penyelenggaraan asuransi sosial. Dalam UU SJSN pasal 13, 14, dan 17 disebutkan bahwa seluruh penduduk Indonesia diwajibkan menjadi peserta jaminan



sosial dan membayar premi berdasarkan proporsi pendapatannya, kecuali untuk fakir miskin yang preminya wajib disubsidi oleh pemerintah<sup>18</sup>.

## J. Komponen-Komponen Perhitungan Premi

Komponen dasar dalam menghitung premi adalah klaim, *contingency margin*, biaya operasional, dan *profit* atau keuntungan<sup>11</sup>.

1. Komponen paling dasar tarif premi adalah biaya yang digunakan untuk pembayaran manfaat (*benefit*) yang disebut sebagai *claim cost* (biaya klaim) atau *expected claims* (klaim yang diharapkan). Penghitungan *claim cost* ini kemudian akan dimanfaatkan untuk menghitung nilai kapitasi yang akan dibayarkan kepada PPK. Aktuaris perusahaan asuransi biasanya menggunakan pengalaman klaim di masa lalu yang berasal dari beberapa sumber, misalnya pengalaman dari mitra-mitra bisnis nasabah/peserta kumpulan perusahaan asuransi atau dari pengalaman klaim asuransi bersangkutan di masa lalu.
2. Biaya operasional adalah komponen terbesar kedua setelah biaya klaim. Asuradur biasanya membagi biaya-biaya menjadi lima kategori yaitu:
  - a. Pengeluaran untuk kompensasi penjualan. Kategori luas ini mencakup semua jenis biaya yang berhubungan dengan kebutuhan membangun asuransi baru, seperti biaya untuk riset pasar, biaya perijinan, pengembangan produk, pemasaran/iklan, dan komisi agen.
  - b. *Acquisition expenses* yaitu biaya-biaya yang berhubungan dengan akuisisi dan proses usaha baru asuransi, misalnya biaya *underwriting* termasuk gaji staf *underwriting*-nya, tes kesehatan,

laporan dokter, dan laporan-laporan inspeksi serta biaya penerbitan polis lainnya seperti biaya kartu. Dalam asuransi kesehatan sosial komponen ini tidak terlalu berperan mengingat keanggotaan yang bersifat wajib, sehingga *underwriting* dan tes kesehatan, serta laporan dokter dan inspeksi tidak dilakukan.

- c. Pengeluaran untuk pemeliharaan adalah biaya untuk menjaga usaha tetap bekerja. Biaya ini termasuk biaya rekaman atau pencatatan, penagihan dan pengumpulan premium, pembayaran klaim, pengumpulan dan analisis statistik, penghitungan liabilitas dan cadangan, melakukan perubahan polis dan menyediakan layanan konsumen, termasuk juga biaya untuk investigasi klaim, korespondensi dengan provider, telaah utilisasi, dan menerbitkan cek-cek untuk klaim.
- d. *General overhead* biaya yang digunakan untuk membayar gaji karyawan, pemakaian tempat, perlengkapan kantor, rekrutment, dan pelatihan.
- e. Pajak-pajak yang biasanya dibebankan kepada premi. Pada banyak asuransi sosial hal ini biasanya ditiadakan atau diminimalisasi.

Biaya-biaya diatas dibebankan atau didistribusikan dengan cara<sup>11</sup>:

- a. Biaya operasional dibebankan kepada peserta melalui persentase dari nilai premi.
- b. Biaya operasional dibebankan kepada peserta sebagai biaya administrasi per polis, artinya dibayarkan dimuka saat proses pendaftaran/pengajuan polis.
- c. Persentase dari klaim. Biaya ini bervariasi berdasarkan besar klaim yang telah disetujui untuk dibayarkan.

3. *Contingency Margin* merupakan katup pengaman dalam hal terjadi klaim yang lebih besar dari klaim yang diharapkan. Besaran CM dinyatakan dalam persentase. Dari beberapa kasus yang muncul pada kepustakaan besaran CM berkisar antara 5 persen sampai 20 persen.
4. Keuntungan merupakan hasil investasi yang diharapkan dari pengembangan suatu usaha asuransi. Dalam konsep asuransi sosial hal ini tidak terlalu diperhitungkan mengingat sifatnya yang *not for profit*.

#### **K. Langkah-langkah Perhitungan Premi**

Untuk menghitung premi asuransi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan langkah-langkah berikut<sup>11,23</sup>:

1. Langkah pertama adalah mengidentifikasi dan mengelompokkan jenis pelayanan kesehatan yang dijamin ke dalam beberapa tingkatan yaitu jenis pelayanan apa yang diberikan di PPK I, PPK II, dan PPK III, serta pelayanan khusus. Jenis pelayanan yang dicatat harus detail dari apakah hanya jasa medis, atau sudah termasuk pemberian obat, jika ada tindakan medis, apa saja yang ditanggung. Dalam kegiatan ini juga diidentifikasi siapa yang bertanggung jawab melaksanakan pelayanan yang dijamin.
2. Langkah kedua adalah mencari informasi tentang biaya rata-rata per jenis pelayanan. Untuk suatu wilayah tertentu, biaya pelayanan ini dikumpulkan dan dihitung biaya rata-ratanya. Persoalan yang paling besar di Indonesia adalah terbatasnya informasi tarif/biaya berbagai jenis pelayanan, sehingga pada kondisi ini negosiasi dilakukan atas dasar tawar menawar atau didasarkan pada rata-rata klaim di masa lalu.

3. Menghitung rate utilisasi. Biasanya rate tersebut dihitung per 1000 anggota untuk satu tahun pelayanan. Para ahli berpendapat bahwa rate akan stabil pada 100.000 orang-tahun. Dalam menghitung rate utilisasi yang mutlak diketahui adalah *frequency* (frekuensi) dan *severity* (keparahan) suatu morbiditas. Kedua konsep tersebut digunakan untuk mengestimasi *claim cost* (biaya klaim). Frekuensi didefinisikan sebagai kemungkinan terjadinya suatu *event* pada sejumlah populasi dalam setahun, misalnya frekuensi rata-rata rawat inap adalah 10% setahun, maka dapat dikatakan bahwa dari 100 orang penduduk terdapat 10 orang yang dirawat inap dalam setahun. Sedangkan keparahan adalah rata-rata ukuran dari setiap kerugian dalam setahun, misalnya rata-rata lama rawat inap adalah 5 hari. Jadi jika rata-rata biaya/unit cost pelayanan rawat inap untuk 1 hari sebesar Rp.50.000,- maka biaya klaim rawat inap yang diharapkan dalam setahun untuk 100 orang penduduk adalah: biaya x frekuensi x keparahan =  $50.000 \times 10 \times 5 = \text{Rp. } 2.500.000,-$ .
4. Langkah berikutnya adalah menghitung biaya per kapita per bulan untuk tiap jenis pelayanan. Biaya per kapita adalah nilai uang yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan per jiwa/kapita/peserta per rentang waktu dari program asuransi. Caranya adalah dengan membagi besar hasil perhitungan klaim yang diharapkan untuk tiap jenis pelayanan kedalam satuan bulan (*claim cost* : jumlah populasi : 12). Untuk kasus di atas biaya perkapita per bulan untuk rawat inap adalah Rp. 2083,33. Data hasil perhitungan langkah ini dapat digunakan sebagai patokan dalam sistem pembayaran prospektif kapitasi untuk masing-masing PPK yang bertanggung jawab pada tiap-tiap jenis tingkatan pelayanan (*partial capitation*).

5. Selanjutnya dilakukan penjumlahan biaya perkapita per bulan untuk seluruh jenis pelayanan yang dijamin. Hasil perhitungan langkah ini dapat dimanfaatkan sebagai dasar penentuan pembayaran kapitasi penuh (*full capitation*) pada suatu jaringan PPK yang memberikan pelayanan secara paripurna dari PPK I sampai PPK III. Harus diingat bahwa biaya per kapita tidak sama dengan besaran kapitasi. Untuk menentukan besaran kapitasi dari biaya per kapita diperlukan analisis lain misalnya biaya administrasi dan pelaporan yang akan dicakup, tingkat kepesertaan dan variasi sebaran resiko pada peserta yang dicover PPK.
6. Menghitung premi netto. Premi netto adalah besaran premi yang belum memasukkan unsur biaya administrasi, investasi, dan keuntungan. Premi netto (dalam setahun) dihitung dengan menambahkan besaran biaya kapitasi (*full* atau *partial* tergantung manfaat yang dijamin) dengan besar biaya *contingency margin* (CM), sehingga jika dinyatakan dalam rumus maka premi netto adalah:
 
$$\text{premi netto} = \text{biaya kapitasi} + (\text{CM} \times \text{biaya kapitasi})$$
7. Menghitung premi bruto. Premi bruto adalah besaran premi yang sudah memasukkan unsur biaya operasional, serta keuntungan. Perhitungan premi bruto dapat diformulasikan sebagai berikut:
 
$$\text{premi bruto} = \text{premi netto} + \text{biaya operasional} + \text{profit}$$

Biaya operasional yang dimaksud disini adalah besar biaya administrasi yang dibebankan kepada tiap peserta.

#### L. **Underwriting** dalam Penetapan Premi Asuransi Kesehatan

Sebelum seseorang bisa menjadi tertanggung terlebih dahulu dilakukan proses seleksi risiko atau disebut *underwriting*. Proses *underwriting* bagi calon

tertanggung bisa menghasilkan seseorang diterima dengan potongan premi, premi standar, diterima dengan tambahan premi, ditolak untuk sementara waktu, atau bahkan ditolak secara tetap untuk menjadi pemegang polis suatu asuransi<sup>3,11</sup>. Sedangkan mereka yang melakukan proses seleksi tersebut disebut sebagai *underwriter*<sup>3</sup>.

Sesungguhnya pelaksanaan *underwriting* bertujuan untuk menekan apa yang disebut sebagai *adverse selection* dalam asuransi kesehatan komersial atau sukarela. *Adverse selection* adalah suatu keadaan dimana individu yang memiliki status kesehatan yang buruk cenderung lebih tertarik untuk membeli produk asuransi kesehatan dengan paket jaminan yang lebih komprehensif, sedangkan individu dengan status kesehatan baik cenderung menolak produk asuransi kesehatan tersebut karena tarif premi yang relatif mahal. Fenomena ini menarik perhatian para ahli asuransi kesehatan karena dapat mengakibatkan kegagalan pasar (*market failure*)<sup>3,11</sup>.

Proses *underwriting* dan mekanisme *adverse selection* menjadi sangat berperan pada asuransi kesehatan komersial yang pesertanya memang bersifat sukarela, tetapi tidak atau kurang berperan pada asuransi kesehatan sosial yang sifat kepesertaannya wajib<sup>3,11,14</sup>. Dengan kepesertaan yang bersifat wajib mengakibatkan *pooling* terhadap risiko yang besar, bagusnya adalah keadaan ini tentu akan menekan *adverse selection* karena tidak ada calon peserta yang akan memilih atau tidak memilih suatu paket jaminan, semuanya wajib turut serta<sup>14</sup>.

Prinsip kepesertaan wajib untuk mengurangi *adverse selection* inilah yang rupanya mengilhami pasal 13 UU SJSN yang mewajibkan penduduk Indonesia untuk mendaftarkan diri sebagai peserta dan pasal 17 UU SJSN yang mengatur bahwa pembayaran premi ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu dan besarnya jelas tidak

ditentukan oleh proses *underwriting* akibat adanya perbedaan risiko antar individu atau kelompok<sup>18</sup>.

Berikut ini adalah faktor seleksi atau faktor risiko calon peserta asuransi kesehatan individual yang harus dianalisis oleh seorang *underwriter*<sup>3</sup>:

1. Faktor-faktor medis, dalam melakukan *underwriting* medis, seorang *underwriter* harus mengevaluasi riwayat medis dan kondisi fisik calon peserta. Hal ini merupakan indikator dasar tentang kemungkinan masalah kesehatan masa datang yang akan menjadi beban pengeluaran biaya kesehatan.
2. Faktor usia. Berbagai temuan studi menunjukkan bahwa kejadian kesakitan cukup bervariasi menurut usia. Kejadian kesakitan sering ditemukan pada usia balita dan usia tua, dengan pola distribusi klasik menyerupai huruf U.
3. Pekerjaan. Faktor ini perlu diperhatikan karena ada beberapa jenis pekerjaan yang sangat berbahaya dan memiliki risiko tinggi terhadap kejadian sakit atau kecelakaan. Perusahaan asuransi dapat menolak atau tidak memasukkan peserta kedalam paket jaminan apabila diakibatkan oleh kecelakaan kerja.
4. Faktor finansial. Hal ini menjadi penting jika status finansial pendaftar merupakan pertimbangan utama dalam cakupan disabilitas pendapatan.
5. Jenis kelamin. Beberapa perusahaan asuransi menganggap hal ini penting mengingat angka statistik menunjukkan wanita lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan dan adanya siklus menstruasi, hamil, dan persalinan menyebabkan biaya tambahan dalam pembiayaan kesehatannya.

#### **M. Pengumpulan (*collection*) Premi Asuransi Kesehatan**

Pengumpulan premi asuransi kesehatan menjadi sangat penting karena keberlangsungan suatu program jaminan kesehatan sosial akan sangat tergantung pada keberhasilan pengumpulan dana dari peserta. Pengumpulan premi tidak akan menjadi masalah jika premi sepenuhnya disubsidi oleh pemerintah.

Pada asuransi kesehatan sosial yang kepesertaannya wajib, pemerintah biasanya menggunakan cara-cara yang khusus dalam pengumpulan premi, misalnya melalui pajak dan potongan gaji. Yang kemudian menjadi masalah adalah bagaimana dengan mereka yang susah dipotong lewat pajak dan tidak mungkin dipotong lewat gaji. Nirmala<sup>28</sup> dalam penelitiannya tentang survei pasar asuransi kesehatan sosial di Bali menunjukkan bahwa pengumpulan premi asuransi kesehatan sosial di Bali potensial dilakukan melalui pembayaran tunai di Lembaga Prekreditasi Desa (hampir 100% desa di Bali memiliki lembaga ini), tunai melalui bank umum, dalam tagihan PLN, dan dalam tagihan PDAM.

#### **N. Paket Jaminan (*Benefit*) Asuransi Kesehatan Sosial yang diatur dalam UU SJSN**

Secara umum paket jaminan dalam ranah asuransi kesehatan sosial dibagi menjadi 3 kelompok yaitu pertama paket jaminan yang hanya menjamin layanan rawat inap dan layanan yang mempengaruhi keberlangsungan hidup seseorang, kedua paket jaminan yang mencakup pelayanan komprehensif dengan tanpa urun biaya dan ketiga adalah paket jaminan yang memberikan pelayanan komprehensif dengan urun biaya pada jenis pelayanan tertentu<sup>14</sup>.

Paket jaminan yang diatur dalam UU SJSN pasal 22 adalah bersifat komprehensif, artinya paket jaminan harus mencakup pelayanan yang bersifat

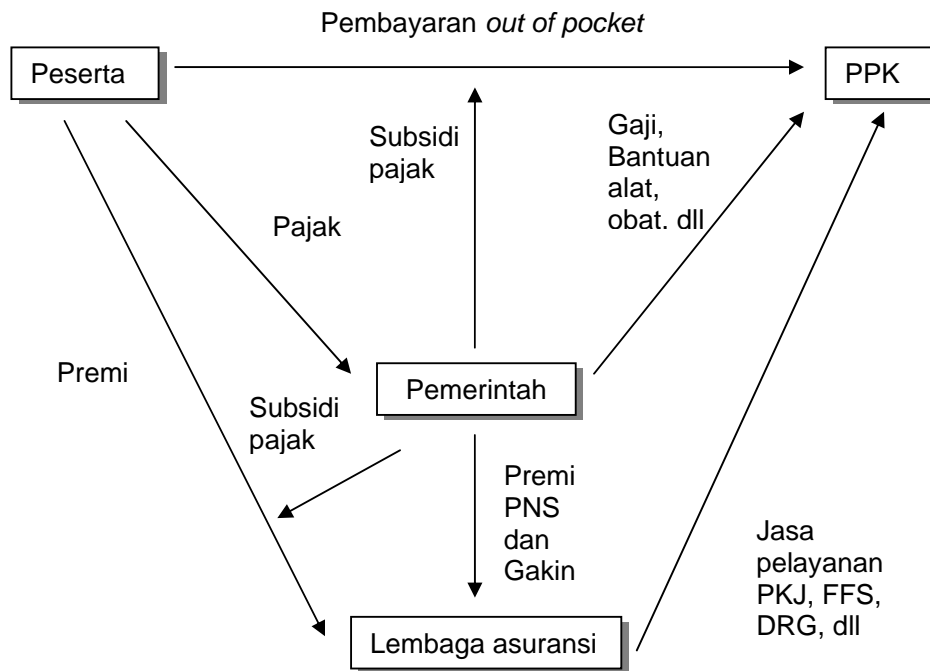


promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan, sehingga paket pelayanan seperti imunisasi, ANC, persalinan, dan upaya kesehatan anak sekolah merupakan manfaat yang harus diberikan/dibiayai<sup>18</sup>. Sedangkan untuk pelayanan yang potensial menimbulkan penyalahgunaan pelayanan UU SJSN mengatur adanya kewajiban urun biaya oleh peserta<sup>18</sup>.

#### **O. Stakeholders Asuransi Kesehatan**

Dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan terdapat 4 *stakeholders* utama yang terlibat yaitu: Pemerintah selaku pengambil kebijakan, asuradur yaitu pihak penyelenggara yang dalam UU SJSN dipersyaratkan sebagai badan yang bersifat *not for profit*, pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yang mengikat kontrak kerjasama dengan pihak penyelenggara asuransi, dan pihak bertanggung yaitu peserta yang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan<sup>2</sup>.

Hubungan berupa aliran pembiayaan kesehatan dalam skema asuransi kesehatan pada keempat *stakeholders* diatas dapat digambarkan ke dalam berikut<sup>29</sup>:



Gambar 2.1. Skema Aliran Pembiayaan Kesehatan dalam Skema Asuransi Kesehatan  
Dimodifikasi dari Woolhandler S dan David U, 2002

Selain berperan dalam mengalirkan dana dalam skema pembiayaan kesehatan, pemerintah dapat berperan sebagai regulator bagi berfungsinya sistem asuransi kesehatan, khususnya dalam penetapan hukum dan perundangan yang mendukung sistem ini berjalan secara efektif, efisien merata, berkeadilan dan tetap terjamin keberlangsungannya<sup>2</sup>.

Penyelenggara asuransi kesehatan wajib mengelola dana yang dipercayakan secara profesional melalui pelayanan yang memuaskan peserta dan PPK dengan tetap melakukan upaya-upaya pengendalian biaya dan utilisasi. Di sisi lain PPK memiliki tanggung jawab menyelenggarakan pelayanan secara efektif dan efisien tetapi tetap bermutu, sementara itu peserta harus memiliki kesadaran untuk lebih memanfaatkan pelayanan

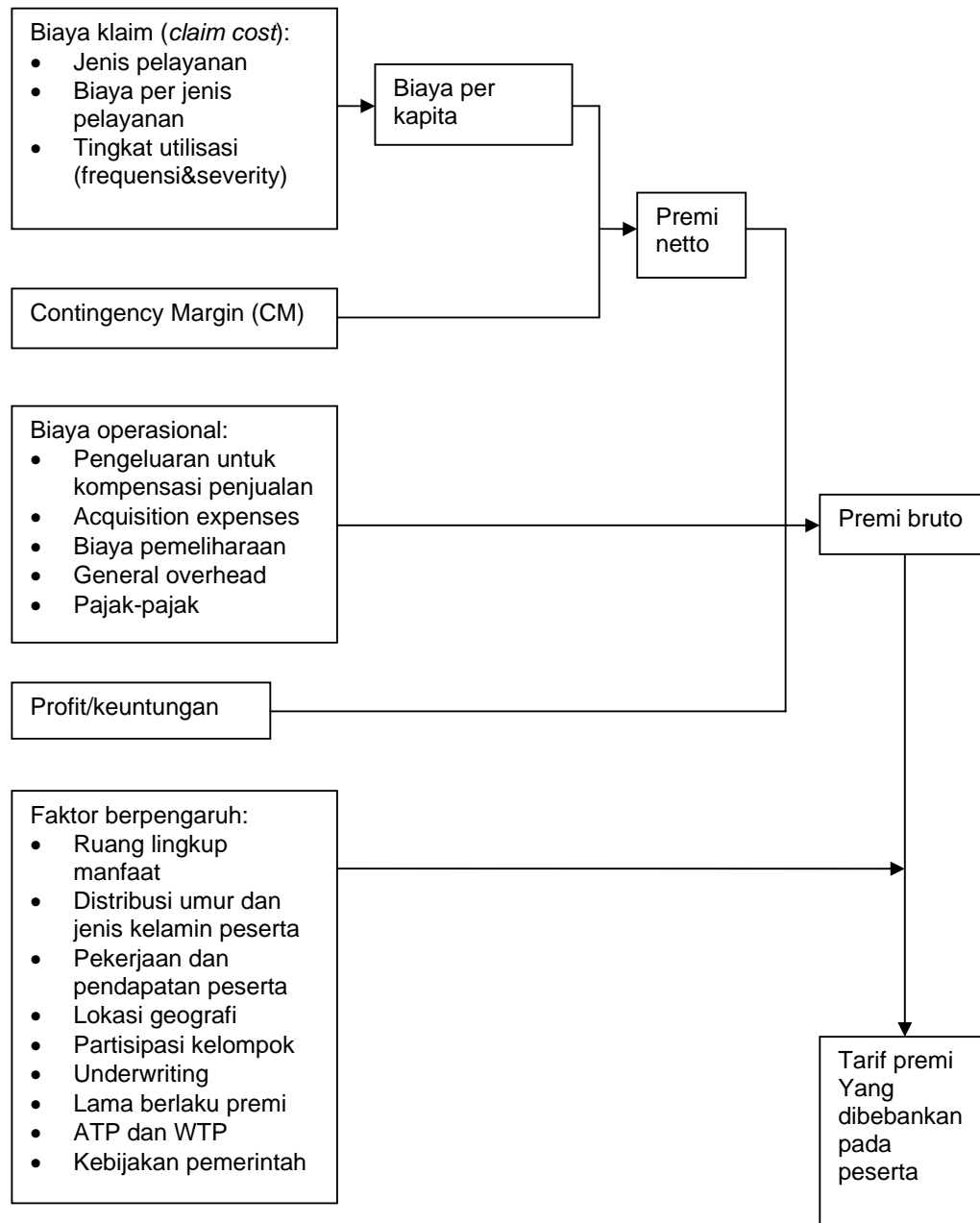
promotif dan preventif serta memanfaatkan pelayanan secara wajar dan bertanggungjawab<sup>2,14</sup>.

#### **P. Persepsi *Stakeholders***

Persepsi menurut Muchlas<sup>30</sup> adalah suatu proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami informasi tentang lingkungannya melalui seluruh panca inderanya. Perlu ditekankan persepsi bukanlah suatu pencatatan yang benar terhadap suatu situasi melainkan lebih merupakan penafsiran yang unik terhadap suatu situasi spesifik oleh individu yang juga spesifik. Perbedaan persepsi yang muncul pada individu yang berbeda banyak dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti tingkat pengetahuan, pendidikan, dan pengaruh kebudayaan seseorang. Salah satu faktor penting yang juga sering mempengaruhi persepsi adalah kondisi ketika persepsi tersebut dimunculkan misalnya kedudukan subjek.

Persepsi yang berbeda-beda juga dimiliki oleh para *stakeholders* penentu kebijakan. *Stakeholders* dalam hubungannya dengan pengambil kebijakan dapat didefinisikan sebagai individu maupun kelompok yang dapat mempengaruhi dan dipengaruhi hasil strategis yang dicapai dan mempunyai pengaruh/klaim yang kuat pada kinerja/aktivitas suatu perusahaan atau organisasi. Semakin bernilai partisipasi *stakeholders* akan semakin besar ketergantungan organisasi kepadanya dan ketergantungan yang besar selanjutnya akan menghasilkan pengaruh yang lebih potensial bagi *stakeholders* terhadap keputusan dan tindakan organisasi. Setiap *stakeholders* organisasi memiliki persepsi yang berbeda terhadap objek tertentu atau perubahan organisasinya, hal ini tentu berpengaruh terhadap bagaimana pimpinan suatu organisasi mengambil kebijakan terhadap suatu permasalahan<sup>30</sup>.

## Q. Kerangka Teori



Gambar 2.2. Kerangka Teori Penghitungan Premi  
Modifikasi dari Penghitungan Premi dalam Ilyas Y, 2005 dan Penghitungan  
Kapitasi dalam Thabrany H, 2003

## BAB III

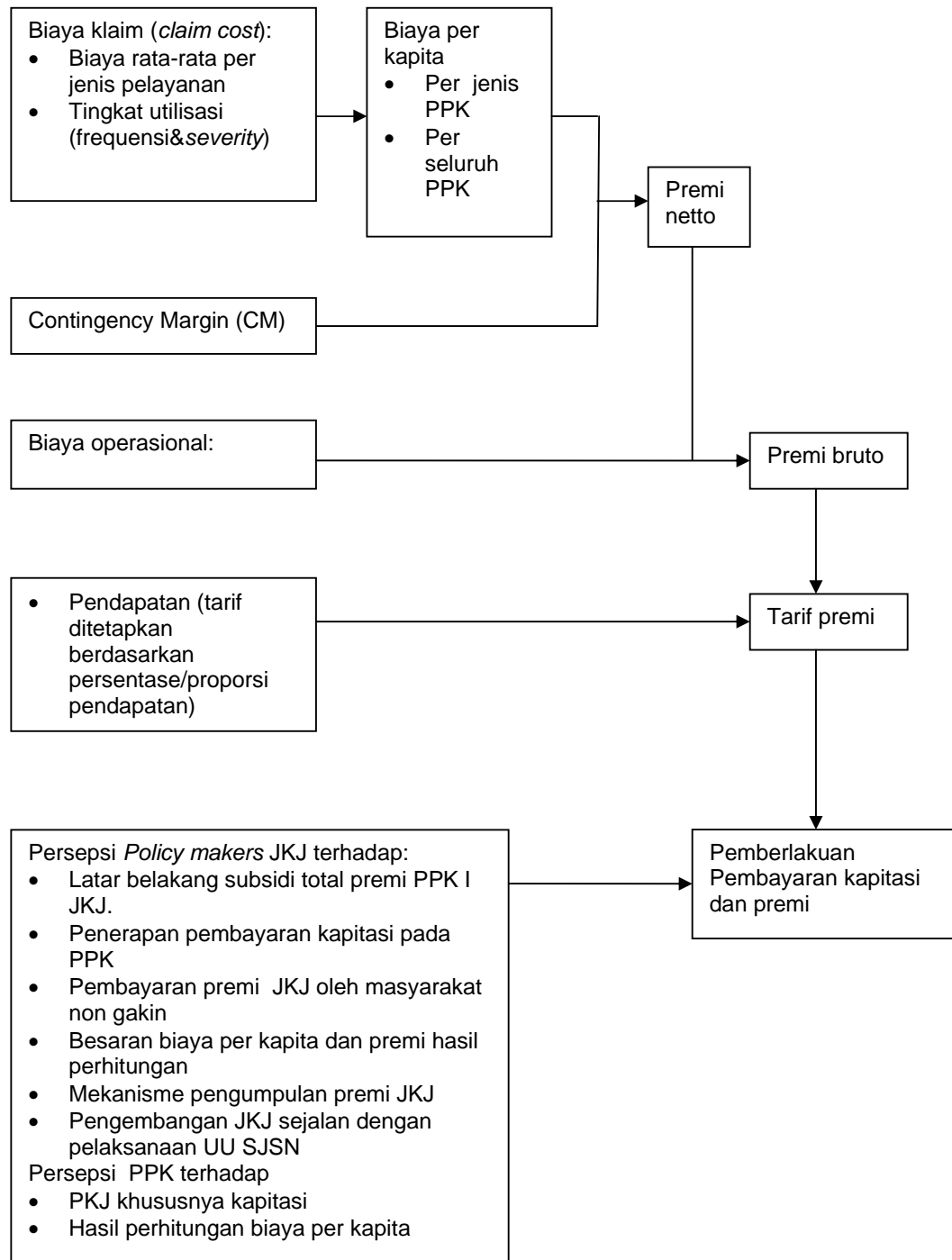
### METODOLOGI PENELITIAN

#### **A. Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari:

1. Tingkat utilisasi PPK
2. Biaya klaim (*claim cost*) PPK
3. Biaya per kapita
4. Biaya operasional JKJ
5. Premi JKJ
6. Persepsi *policy makers* terhadap latar belakang kebijakan subsidi total premi PPK I JKJ.
7. Persepsi *policy makers* terhadap sistem pembayaran kapitasi.
8. Persepsi *policy makers* terhadap pembayaran premi oleh masyarakat umum Jembrana.
9. Persepsi *policy makers* terhadap hasil perhitungan biaya per kapita dan premi.
10. Persepsi *policy makers* terhadap teknis pemungutan premi JKJ.
11. Persepsi *policy makers* terhadap rencana implementasi UU SJSN.
12. Persepsi PPK terhadap PKJ khususnya kapitasi
13. Persepsi PPK terhadap besaran hasil perhitungan biaya per kapita.

## B. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

### C. Rancangan Penelitian

#### 1. Jenis Penelitian

Penelitian ini berjenis *observasional (non eksperimental)* merupakan sebuah studi kasus. Data sekunder diolah secara kuantitatif untuk menghitung biaya per kapita dan premi JKJ dan menggunakan pendekatan kualitatif untuk mengetahui Persepsi *stakeholders* pengambil kebijakan JKJ dan PPK.

#### 2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini dikumpulkan secara *cross sectional*/potong lintang, dimana waktu pengumpulan data dilakukan dalam suatu rentang waktu tertentu.

#### 3. Metoda Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara, yang pertama melalui observasi dengan menggunakan sumber data sekunder melalui penelusuran dokumen yaitu tingkat utilisasi, besar klaim, jenis pelayanan, dan biaya operasional untuk kemudian diolah menjadi besaran biaya per kapita dan premi JKJ. Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam pada pemerintah, wakil rakyat, Bapel JKJ dan PPK.

#### 4. Prosedur Pemilihan Subjek dan Objek Penelitian

Subjek penelitian dipilih berdasarkan tujuan penelitian (*purposive*) yaitu:

- a. Bupati Kepala Daerah Tingkat II Kabupaten Jembrana selaku pengambil kebijakan (*policy maker*) utama program JKJ.
- b. Dua orang anggota DPRD Kabupaten Jembrana yaitu dari Komisi C yang menangani sektor kesehatan, selaku pihak legislatif yang

berperan dalam pengambilan kebijakan JKJ khususnya dalam penetapan anggaran dan pengawasan pelaksanaan program.

- c. Kepala Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana dan Direktur Bapel JKJ selaku pengambil kebijakan JKJ khususnya dalam bidang teknis pelaksanaan program.
- d. Pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yang terdiri dari Direktur RSUD Negara, seorang Kepala Puskesmas, 2 orang dokter praktek swasta, seorang dokter gigi praktek swasta, dan 2 orang bidan praktek swasta yang telah terikat kontrak dengan Bapel JKJ selaku pelaksana kebijakan pada tingkat lapangan.

Sedangkan objek penelitian adalah seluruh data sekunder yang diperlukan untuk penelitian ini yaitu berbagai data yang berkaitan dengan penghitungan biaya per kapita dan premi JKJ yang diambil dari kantor Dinkessos, kantor Bapel JKJ, dan RSUD Negara.

#### 5. Definisi Operasional Variabel Penelitian

- a. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang akan dicakup dalam penelitian ini meliputi PPK I yang telah mengikat kontrak dengan Bapel JKJ pada tahun 2006 (UGD RSUD Jembrana, puskesmas, dokter umum, dokter gigi, dan bidan), PPK II (karena data JKJ belum tersedia maka dihitung berdasarkan data layanan poliklinik spesialis di RSUD Jembrana), PPK III (karena data JKJ belum tersedia dihitung berdasarkan data layanan rawat inap RSUD Jembrana), dan data angka persalinan Kabupaten Jembrana. Data rujukan dari PPK I ke PPK II akan menggunakan data normal nasional karena sistem rujukan belum berjalan pada program JKJ.
- b. Peserta JKJ yang digunakan dalam perhitungan premi adalah seluruh penduduk Kabupaten Jembrana tetapi tidak termasuk



- kelompok penduduk miskin yang dijamin oleh Askeskin dan PNS beserta keluarga karena telah memiliki Askes. Peserta adalah seluruh penduduk mengingat sifat kepesertaan JKJ bersifat wajib.
- c. Biaya rata-rata per jenis pelayanan adalah besaran rata-rata klaim dalam rupiah yang diajukan oleh PPK I kepada Bapel JKJ dalam waktu 1 tahun, sedangkan untuk PPK II dan III biaya rata-rata per jenis pelayanan adalah biaya rata-rata pelayanan poliklinik spesialis RSUD Jembrana dan biaya rata-rata pelayanan rawat inap kelas II RSUD Jembrana. Data yang digunakan adalah data pada tahun 2006.
  - d. Tingkat utilisasi adalah perkalian antara frekuensi dan *severity* suatu layanan pada tiap-tiap jenis PPK program JKJ pada tahun 2006. Frekuensi adalah terjadinya suatu *event* pada sejumlah populasi dalam setahun, misalnya frekuensi rata-rata rawat inap adalah 10% setahun, maka dapat dikatakan bahwa dari 100 orang penduduk terdapat 10 orang yang dirawat inap dalam setahun. Sedangkan keparahan adalah rata-rata ukuran dari setiap kerugian dalam setahun, misalnya rata-rata lama rawat inap adalah 5 hari. Frekuensi pada PPK I akan menggunakan data utilisasi pelayanan riil dan normal pada PPK I JKJ tahun 2006, sedangkan frekuensi dan *severity* pada PPK II dan PPK III akan menggunakan data utilisasi pelayanan di RSUD Jembrana dan utilisasi normal tahun 2006. Khusus untuk persalinan data frekuensi akan diambil dari angka persalinan Kabupaten Jembrana tahun 2006.
  - e. Biaya klaim (*claim cost*) adalah nilai rupiah yang diharapkan tersedia untuk membayar tagihan klaim masing-masing jenis PPK

program JKJ dalam waktu 1 tahun, diperoleh dengan rumus berikut:

$$\text{Biaya klaim} = \text{frekuensi} \times \text{severity} \times \text{biaya rata jenis PPK}$$

Tingkat utilisasi yang digunakan pada perhitungan ini adalah frekuensi dan *severity* yang telah digeneralisir ke seluruh penduduk Kabupaten Jember tahun 2006.

- f. Biaya per kapita per bulan per jenis pelayanan adalah biaya klaim dibagi 12 dan dibagi lagi dengan jumlah peserta JKJ, sedangkan biaya per kapita per bulan seluruh PPK adalah penjumlahan seluruh biaya per kapita per bulan per jenis PPK.
- g. *Contingency Margin* (CM) adalah katup pengaman Program JKJ dalam hal terjadi klaim yang lebih besar dari klaim yang diharapkan. Besaran CM dinyatakan dalam persentase yaitu 10%.
- h. Premi netto adalah besaran rupiah premi JKJ per bulan yang dihitung dengan memasukkan komponen CM yaitu penjumlahan biaya per kapita seluruh jenis PPK dengan biaya CM, dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Premi netto} = \text{biaya kapitasi} + (\text{CM} \times \text{biaya kapitasi})$$

- i. Biaya operasional adalah nilai rupiah dari biaya yang muncul dari pengeluaran program JKJ dalam satu tahun yang diambil dari data tahun 2006 meliputi kompensasi penjualan (biaya sosialisasi dan promosi), *acquisition expenses* (biaya cetak kartu), pemeliharaan (biaya pemantauan PPK dan biaya pengelolaan obat), *general overhead* (gaji, honor, atribut/pakaian, pemeliharaan gedung, pemeliharaan kendaraan, BBM, rekening-rekening, ATK, barang cetakan, pengadaan moubelair, biaya barang elektronik) dan pajak-

pajak dalam setahun, dijumlahkan dan kemudian dibagi 12 dan dibagi lagi ke seluruh peserta JKJ.

- j. Premi bruto adalah besaran nilai rupiah premi JKJ per bulan yang telah memasukkan komponen biaya operasional, dihitung dengan rumus:

$$\text{premi bruto} = \text{premi netto} + \text{biaya operasional}$$

- k. Tarif premi adalah besaran nilai rupiah yang dibayarkan peserta JKJ sebagai premi untuk memperoleh jaminan (*benefit*) pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh JKJ. Besaran tarif premi dihitung berdasarkan simulasi terhadap proporsi kelompok pendapatan dibandingkan dengan jumlah total nilai premi seluruh peserta JKJ yang dihitung dari besaran premi bruto. Secara garis besar strata pendapatan dibagi menjadi 3 kelompok yaitu kelompok pendapatan yang preminya sepenuhnya ditanggung pemerintah daerah Jembrana (kelompok masyarakat miskin berdasarkan kriteria daerah yang tidak dijamin Askeskin Pemerintah Pusat), kelompok kedua adalah masyarakat yang preminya disubsidi oleh pemerintah tetapi tidak penuh, dan kelompok ketiga adalah masyarakat yang harus membayar premi secara penuh. Besaran subsidi total bagi kelompok pertama dan kedua adalah nilai total subsidi premi JKJ oleh Pemkab Jembrana pada tahun 2006.
- l. Persepsi *stakeholders policy makers* JKJ adalah pemahaman, cara pandang, atau penafsiran yang unik (persetujuan, penolakan, dan lainnya) terhadap latar belakang munculnya kebijakan mensubsidi total premi PPK I JKJ, sistem pembayaran kapitasi dan pembayaran premi atau iur biaya oleh masyarakat umum JKJ, hasil

perhitungan biaya per kapita dan premi, teknis pemungutan premi JKJ, dan pengembangan JKJ dikaitkan dengan rencana implementasi UU SJSN.

- m. Persepsi PPK adalah pemahaman, cara pandang, atau penafsiran yang unik (persetujuan, penolakan, dan lainnya) terhadap PKJ khususnya kapitasi dan hasil perhitungan biaya per kapita.

#### 6. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

Instrumen dan cara penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Data sekunder diperoleh dengan mengadakan pengamatan langsung ke Bapel JKJ dan RSUD Jembrana dengan menggunakan formulir isian untuk mencatat data sekunder yang dibutuhkan yaitu:

- 1) Tingkat utilisasi (*frequensi&severity*) masing-masing jenis PPK
- 2) Biaya rata-rata per jenis pelayanan
- 3) Biaya sosialisasi/promosi
- 4) Biaya penerbitan polis (cetak kartu)
- 5) Biaya pemantauan PPK
- 6) Biaya pengelolaan obat
- 7) Gaji dan kesejahteraan pegawai
- 8) Honor lembur/jaga malam
- 9) Pakaian dan atribut
- 10) Pemeliharaan gedung
- 11) Pemeliharaan kendaraan
- 12) BBM
- 13) Rekening listrik, air dan telpon

- 14) ATK
- 15) Barang cetakan
- 16) Pengadaan moubelair
- 17) Biaya bahan alat elektronik
- 18) Pajak bunga bank
- 19) Pajak pembelian barang

b. Data primer diperoleh dengan wawancara mendalam pada beberapa narasumber yang terpilih.

## 7. Tehnik Pengolahan dan Analisis Data

1. Untuk penghitungan premi JKJ, data yang telah dikumpulkan kemudian diklasifikasikan dan diteliti kebenarannya, kemudian dianalisa atau dihitung sesuai dengan langkah-langkah berikut:

- 1) Mengelompokkan jenis pelayanan atau PPK.
- 2) Menghitung *rate* utilisasi untuk tiap-tiap PPK
- 3) Menetapkan biaya rata-rata per PPK..
- 4) Menghitung biaya klaim untuk tiap-tiap PPK.
- 5) Menghitung biaya per kapita per bulan untuk tiap-tiap PPK.
- 6) Menjumlahkan biaya per kapita per bulan untuk seluruh PPK.
- 7) Menghitung biaya operasional, cadangan (*contingency margin*).
- 8) Menghitung premi netto.
- 9) Menghitung premi bruto.
- 10) Menentukan tarif premi.

2. Untuk data kualitatif yang diperoleh dari hasil wawancara diolah dengan metoda pengolahan analisa deskripsi isi (*content analysis*)<sup>31,32</sup>. Pengolahan data disesuaikan dengan tujuan penelitian selanjutnya diverifikasi dan disajikan dalam bentuk deskripsi.

Tahapan analisa data secara analisis isi adalah pengumpulan data, reduksi data, verifikasi, dan penarikan kesimpulan. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan emik dimana peneliti bertindak sebagai seseorang yang mengidentifikasi pendapat responden dan menguraikan apa yang telah didengarnya secara nyata tanpa mempengaruhi opini responden<sup>31</sup>.

Analisis data hasil wawancara menggunakan tehnik kualitatif, memungkinkan peneliti memperoleh pemahaman mendalam tentang Persepsi *stakeholders* pengambil kebijakan JKJ terhadap penerapan PKJ dan pembayaran premi JKJ oleh masyarakat non gakin.

#### **D. Jadwal Penelitian**

1. Persiapan termasuk penyusunan proposal dan penyusunan instrumen penelitian yang akan dan sedang dilakukan pada bulan Juli, Agustus, sampai September 2007.
2. Seminar proposal pada akhir bulan September 2007.
3. Pelaksanaan penelitian pada bulan Oktober dan November, Desember 2007.
4. Pengolahan, penyusunan dan penyajian laporan pada bulan Januari, Februari, dan Maret 2008.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Secara garis besar penelitian dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama adalah mengumpulkan data sekunder untuk melakukan penghitungan besaran nilai kapitasi dan premi program JKJ. Pengumpulan data sekunder dilakukan di kantor Bapel JKJ, kantor Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial (Dinkessos) Kabupaten Jember, serta RSUD Negara.

Selanjutnya untuk mengetahui kemungkinan penerapan sistem pembayaran prospektif kepada PPK khususnya PPK I JKJ dan penerapan pembayaran premi JKJ sebagai dasar advokasi kebijakan pengembangan program JKJ, penelitian dilanjutkan dengan pertanyaan untuk mengetahui Persepsi *policy makers* JKJ dan PPK program JKJ. Tabel 4.1 adalah daftar *stakeholders* yang berhasil diwawancarai.

Dari 12 responden yang diwawancarai rata-rata berumur 45 tahun. Dari jenis pendidikan sebagian besar (8 orang atau 66,7%) berpendidikan di atas sarjana strata 1, sisanya berpendidikan diploma 3 dan diploma 1 serta setara SMU. Lama menjabat dan lama praktek cukup bervariasi dari rentang waktu kurang dari satu tahun sampai mencapai 7 tahun, dengan rata-rata masa kerja adalah 4,5 tahun.

Tabel 4.1. Daftar Responden/Informan *Stakeholders* Program JKJ

No	Responden (kode)	Umur (th)	Jabatan	Unit Kerja/tempat kerja	Pendidikan	Masa Kerja (th)
1	R-1	57	Bupati	Pemkab Jembrana	S3 Ilmu Kedokteran	7
2	R-2a	71	Anggota DPRD Fraksi Golkar	DPRD Komisi C Kab. Jembrana	SMU sederajat	3
3	R-2b	44	Anggota DPRD Fraksi Gabungan	DPRD Komisi C Kab. Jembrana	SMU sederajat	3
4	R-3	47	Kepala Dinas	Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kab. Jembrana	S2 Kesehatan	1
5	R-4	45	Direktur	Bapel JKJ	S2 Kesehatan	1
6	R-5	46	Direktur	RSUD Negara	S2 Kesehatan	3
7	R-6	35	Kepala Puskesmas	Puskesmas Gilimanuk	Profesi dokter	4
8	R-7a	29	PPK I	Desa Melaya	Profesi dokter	4
9	R-7b	30	PPK I	Desa Dauh Pangkung	Profesi dokter	4
10	R-8	38	PPK I	Desa Mendoyo	Profesi dokter gigi	4
11	R-9a	37	PPK I	Desa Melaya	D1 Kebidanan	4
12	R-9a	58	PPK I	Desa Melaya	D3 Kebidanan	4



Berikut adalah hasil dan pembahasan data sekunder serta hasil dan pembahasan wawancara mendalam:

#### **A. Gambaran Umum Program JKJ**

Jaminan kesehatan Jembrana adalah suatu program jaminan kesehatan di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali, yang saat ini memberikan jaminan pelayanan PPK I, baik di instansi pelayanan milik pemerintah, maupun swasta, secara gratis kepada anggotanya. Program ini adalah salah satu strategi Pemkab untuk menjalankan tiga misi utama pembangunan daerah di bidang kesehatan, pendidikan, dan pemberdayaan ekonomi masyarakat<sup>5</sup>.

Program dikelola oleh suatu Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana (Bapel JKJ) yang dibentuk berdasarkan keputusan Bupati No. 131 tahun 2003 yang secara teknis berada di bawah pengaturan dan pengawasan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana. Lembaga ini bertugas menyelenggarakan program JKJ dengan menyalurkan subsidi premi melalui pembayaran klaim kepada PPK I yang terikat kontrak dengan Bapel JKJ<sup>5,7</sup>. Dalam perkembangannya posisi Bapel JKJ diperkuat melalui Perda No. 7 tahun 2007 tentang pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah (Bapel Jamsosda) yang menempatkan Bapel JKJ berada langsung di bawah Bupati Jembrana.

Dana penyelenggaraan program JKJ berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang sebagian besar berasal dari Pendapatan Asli Daerah (PAD), sisanya berasal dari dana gakin Provinsi Bali, dana penyelenggaraan Askeskin PPK I, dan dana yang berasal dari PT. Askes sebagai biaya per kapita peserta Askes yang mendaftar menjadi peserta JKJ<sup>5,7</sup>. Sistem pengelolaan keuangan JKJ dilaksanakan secara *fee based*, dimana penganggaran dilakukan di awal tahun, dimana dalam

penyelenggaraannya jika terjadi kekurangan dapat diajukan penambahan anggaran seperti yang pernah terjadi pada tahun 2004.

Bapel JKJ dipimpin oleh seorang Direktur yang membawahi empat bidang yaitu 1). Bidang Keuangan, 2). Bidang Administrasi, 3). Bidang Pelayanan Kesehatan, dan 4). Bidang Sosialisasi dan Pemasaran. Dalam SK Bupati terdapat penjelasan mengenai tugas dan fungsi masing-masing jabatan Direktur dan Kepala Bidang, tetapi belum jelas menyebutkan kualifikasi minimal staf yang harus ditempatkan di posisi tersebut. Bapel JKJ memiliki Badan Pembina yang berperan sebagai pembina bidang kelembagaan, tetapi dalam kenyataannya Badan ini belum berperan secara maksimal karena tidak ditempati oleh orang-orang yang berkompeten dalam bidang jaminan kesehatan<sup>7</sup>.

Bapel JKJ mengadakan ikatan kontrak kerja dengan PPK I untuk memberikan pelayanan kepada pemegang kartu JKJ. Ikatan kerja antara Bapel JKJ dengan PPK I milik pemerintah dilakukan dengan Dinkessos Jemberana, sementara ikatan kontrak Bapel dengan PPK I swasta dilakukan antara Direktur Bapel JKJ dengan PPK I swasta bersangkutan. Semua kontrak kerja berlangsung 1 tahun dan dapat diperpanjang kembali<sup>7</sup>.

Pengawasan terhadap PPK I JKJ dilakukan oleh sebuah tim yang dibentuk Bapel. Tim pengawas bertindak secara insidental menindaklanjuti laporan dari masyarakat. Jika tim pengawas menemukan pelanggaran, Bapel dapat memutuskan kontrak secara sepihak (tertuang dalam kontrak)<sup>7</sup>.

Dalam pelaksanaannya tim pengawas belum menggunakan standar prosedur pengawasan dan evaluasi formal pada PPK. Kajian utilisasi yang merupakan komponen penting dalam pelaksanaan sistem jaminan tidak berjalan secara optimal. Pengawasan dan evaluasi tidak bisa dilakukan secara menyeluruh karena beban kerja tidak sesuai dengan kapasitas dan

kualitas SDM yang tersedia<sup>7</sup>. Kondisi ini menunjukkan masih lemahnya kapasitas manajemen Bapel JKJ dalam mengelola Bapel secara profesional.

Di lain pihak tidak ada mekanisme yang mengatur pengendalian dan pengawasan program JKJ. Saat ini hanya ada pengawasan publik yang dilakukan oleh Badan Pengawasan Daerah (Bawasda) dan Badan Pemeriksa Keuangan dan Pembangunan (BPKP) dan masyarakat. Tentunya pengawasan tersebut belum cukup mendorong pelaksanaan program JKJ agar lebih efektif dan efisien. Bahkan belum ada klausul yang menjelaskan bagaimana jika Bapel tidak mampu menjalankan fungsinya akibat kerugian atau bila ada kesalahan dalam administrasi dan manajemen penyelenggaraan program<sup>7</sup>. Lemahnya pertanggungjawaban penyelenggaraan program JKJ menunjukkan Pemkab dan Bapel JKJ belum melaksanakan konsep *good governance*.

## **B. Penghitungan Besaran Nilai Kapitasi dan Premi Program JKJ**

### **1. Jenis Pelayanan Program JKJ**

Program JKJ memberikan jaminan pelayanan kesehatan tingkat dasar melalui PPK I pemerintah dan swasta yang terikat kontrak di seluruh wilayah Kabupaten Jembrana melalui subsidi premi yang dikelola oleh Bapel JKJ. Pelayanan pada tingkat dasar dibagi menjadi (1) pelayanan gawat darurat yang dilayani oleh RSUD Negara dan UGD 6 Puskesmas di wilayah Jembrana, (2) pelayanan kesehatan tingkat dasar yaitu pengobatan dan imunisasi oleh Puskesmas, klinik swasta dan dokter umum praktek swasta, (3) pelayanan kesehatan gigi oleh dokter gigi praktek swasta dan poliklinik gigi RS Negara, serta (4) pelayanan antenatal care (ANC) dan KB oleh bidan praktek swasta.

Sejak diprogramkan pada tahun 2003 jumlah PPK cenderung stabil, meskipun mengalami sedikit peningkatan jumlah dokter umum dan bidan, serta sedikit penurunan jumlah dokter gigi. Jumlah PPK secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2. Jumlah PPK I Program JKJ

Jenis PPK I	Tahun					
	2004		2005		2006	
	JKJ	Tersedia	JKJ	Tersedia	JKJ	Tersedia
Dokter umum	63	64	69	74	68	76
Dokter gigi	10	12	9	15	8	12
Bidan	104	133	112	134	115	123
Puskesmas	6	6	6	6	6	6
UGD RSU	1	2	1	2	1	2
Klinik swasta	1	3	1	3	1	3
Total	185	220	198	234	199	222

Sumber: Bapel JKJ dan Dinkessos Kabupaten Jembrana

Dalam perhitungan besaran nilai kapitasi dan premi, PPK I dikelompokkan menjadi (1) dokter umum, (2) dokter gigi, (3) bidan, (4) puskesmas, dan (5) UGD RSUD. Klinik swasta tidak dikelompokkan tersendiri karena secara besaran jasa dan jenis pelayanan yang diberikan dapat digabung dengan kelompok dokter umum.

Jika dibandingkan dengan jumlah peserta untuk periode tahun yang sama maka terlihat penurunan rasio perbandingan antara PPK dengan peserta (rasio PPK I dengan jumlah peserta pada tahun 2004 adalah 2,71 per seribu peserta menjadi 1,63 per seribu peserta pada Oktober 2007). Hal ini terjadi karena sejak program JKJ diluncurkan pada tahun 2003, hampir seluruh PPK I yang ada di Kabupaten Jembrana sudah terdaftar sebagai PPK I program JKJ.

Pada tahun 2004, 84% PPK I telah terdaftar sebagai PPK I JKJ dan pada tahun 2006 persentasenya mencapai 89%. Sistem pembayaran

yang menggunakan sistem klaim (*fee for service*) mungkin merupakan faktor utama penyebab ketertarikan PPK I swasta untuk bergabung menjadi PPK I program JKJ. Ketertarikan tersebut tercermin dalam petikan wawancara pada kotak 1:

Kotak 1  
 “Saya kebetulan praktek di Jembrana karena dulu tertarik dengan program ini, dari segi penghasilan cukup lumayan, berdua dengan istri disini...” (R-7b)

Sistem *fee for service* sangat disukai PPK karena cara ini memberikan kebebasan PPK untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang mereka inginkan (kemandirian profesi) dan PPK terhindar dari resiko kerugian karena kepastian penggantian biaya pelayanan<sup>11,23</sup>.

Selain rasio jumlah keseluruhan PPK dengan peserta, perlu juga dilihat secara khusus rasio masing-masing PPK terhadap peserta JKJ dan dibandingkan dengan standar yang ditetapkan Depkes. Berikut ini adalah tabel rasio masing-masing kelompok PPK terhadap jumlah peserta dibandingkan dengan nilai acuan yang digunakan Depkes.

Tabel 4.3. Rasio Perbandingan PPK dengan Peserta JKJ th. 2006

PPK I	JKJ (per 100 ribu peserta)	Standar Depkes (per 100 ribu penduduk) <sup>33</sup>
Dokter umum	63	40
Dokter gigi	7	11
Bidan	106	100
Puskesmas	5	8

Diolah dari data Bapel JKJ

Terlihat bahwa rasio PPK swasta dengan jumlah peserta telah berada pada kisaran nilai yang diacu Depkes, kecuali pada PPK dokter gigi yang masih berada di bawah standar Depkes. Berbeda dengan sektor swasta, rasio fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah yaitu Puskesmas justru masih ada di bawah standar Depkes.

Tingginya rasio PPK I dokter dan bidan terhadap peserta menunjukkan bahwa skema jaminan/asuransi kesehatan mampu menarik minat PPK untuk bekerja di daerah yang meskipun secara geografis terletak jauh dari kawasan perkotaan seperti Kabupaten Jembrana<sup>3,14</sup>.

## 2. Analisis Kepesertaan Program JKJ

Kepesertaan program JKJ bersifat wajib, hal tersebut tercantum dalam SK Bupati Jembrana No.31 tahun 2003 yang kemudian diperjelas dengan Pasal 14 Peraturan Daerah (Perda) Kabupaten Jembrana Nomor 7 tahun 2007 tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana.

Meskipun bersifat wajib dan preminya disubsidi oleh Pemkab tingkat kepesertaan program JKJ belum menunjukkan kinerja yang memuaskan. Sampai dengan akhir bulan Oktober 2007 jumlah peserta JKJ adalah 122.422 orang atau 46,94% dari 260.791 penduduk Jembrana, persentase yang masih cukup jauh jika dibandingkan dengan target yang dicanangkan Pemkab pada tahun 2007 yaitu 70% dari jumlah penduduk atau 182.554 jiwa. Tingkat kepesertaan program JKJ dilihat dari jenis peserta dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.4. Jenis Kepesertaan Program JKJ

Tahun	Peserta						Jumlah
	umum	%	gakin	%	askes	%	
2005	86.296	93,24	1.542	1,67	4.717	5,10	92.555
2006	99.136	91,27	4.131	3,80	5.349	4,92	108.616
Okt 2007	108.663	88,76	4.891	4,00	8.868	7,24	122.422

Sumber: Bapel JKJ

Tabel 4.5. Rasio Jenis Kepesertaan Program JKJ tahun 2006

Jenis	Peserta JKJ	Jumlah Penduduk	% peserta thd penduduk
Umum	99.136	222.357	44,58
Gakin	4.131	21.210	19,48
Askes	5.349	17.224	31,06
Total	108.616	260.791	41,65

Sumber: Bapel JKJ dan Dinkessos Kabupaten Jembrana

Masih belum tercapainya target kepesertaan program JKJ dan rendahnya tingkat kepesertaan penduduk miskin yang hanya mencapai 19,48% menunjukkan bahwa *universal coverage* tidak secara mudah dapat dicapai meskipun dengan menggratiskan biaya pelayanan atau mensubsidi premi suatu sistem jaminan pembiayaan kesehatan<sup>9</sup>.

Beberapa hal yang mungkin menjadi kendala pencapaian target kepesertaan program JKJ adalah jarak yang harus ditempuh calon peserta untuk mendaftar ke kantor JKJ di Kota Negara sehingga memerlukan biaya transportasi, biaya pendaftaran, disamping kepemilikan kartu identitas (KK dan KTP) yang tampaknya memang masih sulit dipenuhi terutama oleh mereka yang tinggal di pelosok desa dan khususnya oleh penduduk miskin<sup>7</sup>. Adanya hambatan tersebut diperkuat oleh pernyataan anggota Dewan berikut ini:

Kotak 2.

"...yang miskin itu justru tinggalnya banyak di wilayah yang sulit, di Jembrana ini kok malah dipersulit dengan keharusan membuat kartu JKJ dan rutin pula harus diperpanjang tiap tahun, belum tentu mereka punya ongkos ke Kota, makanya jumlah yang punya kartu sedikit..." (R2b)

Dari hasil wawancara didapat fakta bahwa sesungguhnya Bapel telah melakukan sosialisasi dan pendaftaran sistem jempot bola sebanyak 4 kali dalam setahun, tetapi rupanya masalah kerjasama lintas sektor masih menjadi kendala yang cukup berarti dalam

pelaksanaannya seperti yang tercantum dalam petikan wawancara pada kotak 3.

**Kotak 3**

“...Kami sudah melakukan kunjungan lapangan sebanyak 4 kali setahun. Sebelum melakukan kunjungan kami telah menyurati kepala desa setempat untuk mensosialisasikan rencana kedatangan kami, tetapi memang yang menjadi kendala adalah apakah perangkat desa telah melakukan sosialisasi, faktanya memang tidak banyak peserta yang terjaring melalui cara ini...” (R-4)

Untuk itu hambatan lintas sektoral yang berkaitan dengan administrasi kependudukan harus diatasi terlebih dahulu melalui sinergi kebijakan pemerintah. Dua hal penting yang mungkin dilakukan adalah meningkatkan kinerja dinas terkait dalam administrasi kependudukan khususnya yang berkaitan dengan kepemilikan KK dan KTP yang pada akhirnya mendorong peningkatan cakupan kepesertaan program JKJ serta mengintensifkan upaya sosialisasi dan melakukan upaya koordinasi lintas sektor khususnya pada aparat desa adat atau banjar adat yang memiliki pengaruh kuat untuk mendekatkan pendaftaran sampai ke tingkat desa atau banjar<sup>7</sup>.

**3. Pola utilisasi dan Besaran Biaya Klaim Program JKJ**

Tingkat utilisasi pelayanan dan besaran biaya klaim yang dibayarkan Bapel JKJ kepada PPK I dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.6. Tingkat Utilisasi PPK I Peserta JKJ tahun 2003-2006

Tahun	Utilisasi	Peserta	Visit rate (VR) per bulan (%)	Biaya klaim (Rp)	% kenaikan
2003	126.526	33.000	319,5	1.357.166.782	
2004	520.779	68.147	636,8	8.168.413.263	501
2005	486.921	92.555	438,4	6.920.070.023	-15
2006	560.308	108.616	429,9	7.484.740.979	8

Sumber: Bapel JKJ



Dari tabel diatas dapat dilihat terjadi lonjakan angka kunjungan (*visit rate*) yang sangat tinggi dari kisaran 319,5‰ per bulan pada tahun 2003 menjadi 636,8‰ per bulan pada tahun 2004, peningkatan tersebut diikuti dengan peningkatan beban subsidi untuk membayar klaim dari angka 1 miliar lebih pada tahun 2003 menjadi lebih dari 8 miliar pada tahun 2004. Visit rate kemudian turun menjadi 438,4‰ per bulan pada tahun 2005 dan sedikit menurun lagi menjadi 429,9‰ per bulan pada tahun 2006.

Penurunan visit rate yang terjadi pada tahun 2005 dan 2006 terjadi karena adanya upaya mengendalikan utilisasi pelayanan program JKJ melalui pemanjangan kunjungan ulang yang semula 3 hari menjadi 5 hari, pengurangan jasa PPK dokter umum dari Rp.10.000,- menjadi Rp.8.000,-, kebijakan tidak mengganti biaya injeksi/suntikan, kebijakan pelayanan ANC dan KB yang hanya dilayani bidan, dan standarisasi terapi serta harga obat yang diakui JKJ.

Meskipun telah terjadi penurunan, angka kunjungan PPK I JKJ masih jauh lebih tinggi, dua kali lipat dibandingkan dengan angka kunjungan rata-rata nasional pada hasil Susenas tahun 1992 dan 1994 yang hanya sebesar 210‰ dan 185‰<sup>34</sup>. Angka kunjungan PPK I JKJ juga jauh lebih tinggi dibandingkan dengan standar angka kunjungan yang ditetapkan Depkes pada program Askeskin sebesar 150‰<sup>35</sup>.

Peningkatan kunjungan dan diikuti oleh peningkatan biaya klaim yang tidak wajar dan terus-menerus memang bisa terjadi pada jaminan kesehatan yang pengelolaan keuangannya didasarkan pada *fee based* seperti pada program JKJ. Sistem pengelolaan keuangan *fee based* cenderung memanjakan Bapel sehingga kurang serius mengendalikan biaya karena tidak ada resiko kerugian atau kebangkrutan sepanjang

subsidi dana masih terus diberikan, meskipun telah melewati batas subsidi normal. Berbeda dengan *premium based*, dimana Bapel wajib mengelola dana yang diberikan sesuai besaran premi peserta seefisien mungkin untuk menghindari kerugian akibat overutilisasi dan peningkatan biaya pelayanan<sup>3,11</sup>.

Penerapan *premium based* yang kurang memperhatikan pengendalian kunjungan dan biaya melalui penerapan sistem pembayaran *fee for service* pada PPK pernah menimbulkan kebangkrutan pada Bapel Surya Husada Hospital Club (SHHC) Denpasar. Kerugian SHHC dipicu peningkatan biaya klaim yang tidak wajar akibat pemanfaatan berlebih PPK I dan tingginya angka *sectio cesaria*<sup>34</sup>.

Kekurangberhasilan pengendalian kunjungan dan biaya yang dilakukan Bapel melalui penurunan jasa pelayanan serta pemanjangan kunjungan ulang bisa terjadi karena justru memancing *moral hazzard* PPK untuk meningkatkan jumlah kunjungan dan memperbesar biaya pelayanan untuk mempertahankan pendapatan mereka (*supplay induced demand*)<sup>10</sup>. Sistem pembayaran *fee for service* kepada PPK lebih memperkuat peluang terjadinya hal tersebut.

*Supply induced demand* dapat terjadi karena pada sistem FFS pendapatan PPK tergantung dari banyaknya pelayanan yang diberikan, semakin banyak PPK melayani pasien dan semakin banyak tindakan yang dilakukan semakin besar pula pendapatan yang PPK terima. Kondisi tersebut ditambah dengan adanya *consumer ignorance* dan *asymetry of information* yang menyebabkan konsumen pelayanan kesehatan ada pada posisi yang lemah sedangkan *provider* mengetahui jauh lebih banyak tentang manfaat dan kualitas pelayanan

yang dijualnya. Akibat dari ciri tersebut, konsumen mudah menjadi mangsa *provider* untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan secara berulang atau berlebih<sup>10,14,22,23,34</sup>.

Selain dari sisi PPK *moral hazard* juga terjadi pada peserta JKJ. Kecenderungan peserta memanfaatkan secara berlebih (*moral hazard* peserta/*costumer induced demand*) tercermin dari petikan wawancara pada kotak 4.

Kotak 4

“...Saya sadar kalau selama ini terlalu banyak pasien yang memanfaatkan JKJ secara berlebihan, misalnya hanya sekedar pegal sudah datang ke dokter. Saya sebagai pemberi pelayanan hanya bisa melayani, itu kan hak mereka untuk memperoleh pengobatan..” (R-7b)

“...Selama ini saya dengar beberapa teman sering mentoleransi aturan seperti memberikan suntikan pada mereka yang tidak membutuhkan karena secara sugesti mereka sudah yakin dengan suntikan, saya tidak yakin jika masyarakat masih seperti sekarang, apalagi di sini untuk suku jawa ada istilah ‘suntikan kesehatan’ gimana kita membatasi hayo?...” (R-7a)

Prilaku provider yang tetap memberikan pelayanan secara berulang kepada pasien yang menderita keluhan menetap atau berulang (kotak 4) dapat juga terjadi karena beberapa sebab berikut: Pertama karena adanya *moral hazzard provider* yang cenderung mengabaikan upaya promotif dan preventif pada kasus-kasus yang sesungguhnya tidak memerlukan upaya kuratif. Yang kedua karena kekurangmampuan PPK I mendiagnosa penyakit pasien secara tepat sehingga cenderung terus menyarankan kunjungan ulang, khususnya pada penyakit kronis dan degeneratif. Yang terakhir adalah karena sistem jaminan yang hanya menjamin PPK I sehingga sistem rujukan tidak berjalan optimal.

Sesungguhnya dalam sistem jaminan kesehatan, PPK I berperan sebagai *gatekeeper* yaitu peranan sebagai PPK tingkat pertama dan di

lain pihak bertanggungjawab mengatur pelayanan kesehatan rujukan sesuai dengan kebutuhan penderita<sup>34</sup>.

Fungsi rujukan oleh PPK I JKJ bisa jadi tidak berjalan baik karena pasien merasa harus mengeluarkan biaya yang cukup besar untuk dirawat di PPK II atau III, sehingga memilih untuk terus mengulangi berobat di PPK I yang gratis, meskipun mereka harus terus berganti-ganti PPK I<sup>7</sup>. Jika ini memang terjadi maka akan ada bahaya besar yang menanti. Bahaya yang pertama penyakit pasien akan bertambah parah karena tidak mendapatkan penanganan yang tepat, sedangkan bahaya kedua adalah kemungkinan munculnya ledakan kasus akibat resistensi atau efek samping obat.

Berbagai masalah tersebut bisa diatasi dengan menerapkan suatu jaminan pembiayaan kesehatan yang bersifat komprehensif dari tingkat dasar hingga ke pelayanan rawat inap di RS, di samping pemberian pelayanan yang bersifat upaya kesehatan masyarakat (UKM) melalui program promosi dan prevensi seperti pendidikan kesehatan, peningkatan status gizi, dan kesehatan lingkungan serta kerja. Pelayanan yang bersifat komprehensif dengan sistem pengendalian biaya akan memungkinkan berjalannya sistem rujukan secara wajar<sup>2,14</sup>.

Kendali biaya dapat dilakukan melalui penerapan pembayaran kapitasi kepada PPK I, penerapan pembayaran premi kepada peserta JKJ atau mengenakan iur biaya (*deductible* dan *coinsurance/copayment*) kepada peserta JKJ yang memanfaatkan pelayanan PPK I<sup>10</sup>. Sistem ini akan lebih optimal jika diikuti dengan upaya kajian utilisasi (*utilization review*) oleh Bapel JKJ. Kajian utilisasi selain berperan dalam kendali biaya juga merupakan komponen dari upaya kendali mutu untuk melihat kebutuhan, pemanfaatan, dan

ketepatan layanan kesehatan<sup>2,20</sup>. Untuk mempermudah penerapan kajian utilisasi, penerapan konsep dokter keluarga menjadi sangat penting<sup>22</sup>.

Penerapan konsep dokter keluarga memungkinkan terlaksananya fungsi PPK I sebagai gatekeeper yang juga menjalankan fungsi promotif dan preventif. Selain itu penerapan konsep ini juga mendukung berjalannya sistem pembayaran kapitasi secara lebih optimal<sup>22</sup>.

Berikut ini adalah data utilisasi dan rata-rata biaya klaim per pasien seluruh peserta JKJ pada PPK I yang dihitung dari catatan klaim yang diajukan PPK I berdasarkan kunjungan pasien pada tahun 2006.

Tabel 4.7. Visit Rate dan Biaya Klaim Rata-rata PPK I JKJ thn 2006

Jenis PPK	Umum		Gakin		Askes		Total	
	VR rata/bl	Klaim rata/kj	VR rata/bl	Klaim rata/kj	VR rata/bl	Klaim rata/kj	VR rata/bl	Klaim rata/kj
Dr.	260,7	14.231	201,3	8.591	436,3	14.166	267,1	14.065
Drg.	12,8	21.375	2,1	20.021	49,2	21.708	14,2	21.425
Bidan	94,3	9.701	37,6	7.508	30,1	11.280	89,0	9.692
Pkm	36,4	9.110	62,3	6.681	102,3	10.012	40,6	9.080
UGD	0,5	55.685	-	-	-	-	0,5	55.685
Pol gg	0,2	19.337	-	-	-	-	0,2	9.337
Total	404,9	12.996	303,3	8.142	617,9	13.939	411,5	12.930

Diolah dari catatan klaim PPK I JKJ (Bapel JKJ)

Keterangan:

- VR rata/bl : visit rate rata-rata per bulan (%)
- Klaim rata/kj : biaya klaim rata-rata per kunjungan (Rp)
- Dr : dokter umum swasta
- Drg : dokter gigi swasta
- Bidan : bidan praktek swasta
- Pkm : Puskesmas
- UGD : Pelayanan gawat darurat
- Pol gg : Poliklinik gigi RS

Dari tabel 4.7 terlihat bahwa angka kunjungan pasien rata-rata per bulan tertinggi terjadi pada dokter umum praktek swasta sebesar 267,1% diikuti kunjungan pada bidan praktek swasta sebesar 89,0%, sedangkan visit rate paling rendah ada pada poli gigi RS sebesar 0,2%.

Rata-rata biaya klaim per kunjungan tertinggi ditempati pelayanan UGD sebesar Rp.55.685,-, diikuti dengan dokter gigi praktek swasta sebesar Rp.21.245,-, dan paling rendah adalah klaim puskesmas sebesar Rp.9.080,-. Klaim rata-rata Puskesmas paling rendah karena pelayanan yang hanya dilayani oleh bidan atau perawat tidak mendapatkan penggantian jasa pelayanan dari Bapel JKJ.

Rendahnya angka kunjungan peserta umum JKJ ke Puskesmas dan jaringannya (Pustu), memperlihatkan bahwa upaya Pemkab meningkatkan daya saing fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah melalui persaingan bebas dengan PPK swasta masih menemui jalan terjal.

Hambatan tersebut dapat terjadi karena dualisme personil pemberi pelayanan Puskesmas itu sendiri, dimana pada jam kerja mereka (dokter dan bidan) bekerja di Puskesmas dan sore harinya kemudian praktek secara mandiri di ruang praktek swasta. Secara finansial jelas lebih menguntungkan bagi dokter dan bidan untuk memberikan pelayanan di tempat praktek pribadi karena besaran jasa medis yang sama dengan Puskesmas, tetapi dengan biaya operasional atau pembagian hasil yang lebih kecil.

Fakta lain yang menarik adalah tingginya angka kunjungan kelompok peserta Askes PNS yang mencapai 617,9‰ per bulan sedangkan kelompok terendah yang memanfaatkan pelayanan PPK I JKJ, justru adalah kelompok masyarakat miskin. Kenyataan ini sesuai dengan pernyataan Gwatkin<sup>9</sup> bahwa pelayanan kesehatan gratis yang memperoleh dana dari subsidi pemerintah tidak selalu dinikmati oleh golongan masyarakat miskin.

Dari segi besaran rata-rata biaya klaim per kunjungan, peringkat tertinggi juga ditempati kelompok Askes PNS, sebesar Rp.13.939,- per kunjungan dibandingkan kelompok umum sebesar Rp.12.996,-, apalagi jika dibandingkan dengan kelompok gakin sebesar Rp.8.142,- per kunjungan.

Overutilisasi pada kelompok Askes PNS dapat terjadi karena mekanisme *adverse selection*, ada kemungkinan dimana sebagian besar peserta JKJ dari kelompok PNS adalah mereka yang memang lebih sering sakit, khususnya pada kelompok usia 40 tahun ke atas. Transisi demografi dan epidemiologi yang memunculkan pertambahan kelompok usia tua yang disertai dengan pergeseran jenis penyakit ke arah penyakit kronis dan degeneratif mendorong kelompok ini untuk lebih aktif mencari pengobatan<sup>14</sup>.

Tingginya visit rate dan biaya klaim kelompok Askes PNS tentu akan memperberat beban subsidi Pemkab. Jumlah biaya per kapita sebesar Rp.2.500,- yang disetorkan PT Askes ke Bapel JKJ tidak akan cukup karena dihitung berdasarkan angka utilisasi normal sebesar 150‰ yang jauh lebih rendah dibandingkan angka kunjungan riil yang mencapai 617,9‰ per bulan.

Sayangnya komitmen menyertakan PNS dalam program JKJ sebagai bagian dari upaya berkeadilan dan upaya untuk menerapkan prinsip integrasi dan koordinasi manfaat dengan program lain (Askes PNS), kurang diikuti dengan upaya untuk melakukan kajian yang lebih mendalam terhadap efisiensi pendanaannya, seperti yang tercermin dari hasil wawancara pada kotak 5:

Kotak 5

“...PNS kan warga kami juga, lagipula Askes meskipun dengan sedikit ancaman dengan tidak menyetorkan potongan gaji akhirnya mau membayar premi PPK I sebesar Rp.2.500,- ke JKJ...” (R-1)

“...belum ada kajian mendalam apakah JKJ untung atau rugi dari adanya dana kapitasi sebesar Rp.2.500,- perkapita Askes PNS...” (R-4)

Langkah Pemkab dalam mengintegrasikan Askes PNS ke dalam program JKJ melalui penerimaan dana sebesar Rp.2.500,- perkapita adalah sebuah langkah maju karena sesuai dengan semangat UU SJSN yang menghendaki adanya integrasi pembiayaan dan pelayanan kesehatan dalam skema asuransi kesehatan nasional<sup>2,14,18</sup>, tetapi jika kemudian dalam pengelolaannya terjadi inefisiensi biaya akibat pembiayaan ganda yang timbul karena overutilisasi maka sewajarnya Pemkab mulai memikirkan ulang kebijakan menyertakan PNS dalam skema program JKJ.

Pilihan yang bijak adalah membiarkan PNS dan keluarganya di luar skema pembiayaan program JKJ yaitu pada jalur yang digunakan PT Askes atau tetap memasukkan PNS ke dalam JKJ dengan aturan iur biaya seperti pembayaran *co-insurance* atau *deductible* untuk mengendalikan tingkat utilisasi<sup>11,14</sup>. Alternatif lainnya adalah memberikan bantuan subsidi premi pada pelayanan lanjut, dimana penyakit kronis dan degeneratif dapat didiagnosa dan diatasi secara lebih tepat.

Berdasarkan berbagai fakta di atas penghitungan besaran nilai kapitasi dan premi hanya dilakukan berdasarkan tingkat utilisasi dan biaya klaim peserta umum di luar Askes PNS dan kelompok gakin.



Kedua kelompok tersebut untuk sementara waktu telah memiliki sistem pembiayaan sendiri dalam skema Askes PNS dan Askeskin (sekarang Jamkesmas).

Berikut ini adalah tabel tingkat utilisasi dan biaya klaim peserta umum program JKJ berdasarkan catatan klaim PPK I untuk tahun 2006 secara lebih rinci.

Tabel 4.8. Tingkat Utilisasi dan Biaya Klaim Peserta Umum pada PPK I JKJ tahun 2006

Jenis PPK I	Peserta umum JKJ					
	Frequ-ensi	VR (%)	VR rata/ bl (%)	Biaya klaim (Rp)	Biaya klaim rata-rata/bl (Rp)	Klaim rata2/ kj (Rp)
Dr.	310.089	3.127,9	260,7	4.413.021.175	367.751.765	14.231
Drg.	15.267	154,0	12,8	326.338.455	27.194.871	21.375
Bidan	112.213	1.131,9	94,3	1.088.563.153	90.713.596	9.701
Pkm	43.250	436,3	36,4	393.992.749	32.832.729	9.110
UGD	591	6,0	0,5	32.910.083	2.742.507	55.685
Pol gg	268	2,7	0,2	5.182.203	431.850	19.337
Total	481.678	4.858,8	404,9	6.260.007.818	521.667.318	12.996

Diolah dari catatan klaim PPK I JKJ

Seperti pada pola utilisasi seluruh peserta JKJ, pola utilisasi peserta umum program JKJ memperlihatkan angka kunjungan rata-rata per bulan tertinggi pada dokter umum sebesar 260,7% diikuti kunjungan pada bidan sebesar 94,3%. Visit rate paling rendah terjadi pada poli gigi RS sebesar 0,2%. Visit rate total peserta umum adalah 4.858,8% per tahun atau rata-rata 404,9% per bulan.

Rata-rata biaya klaim per kunjungan tertinggi terjadi pada UGD sebesar Rp.55.685,-, diikuti dengan dokter gigi sebesar Rp.21.375,-, dan paling rendah pada puskesmas sebesar Rp.9.110,-, sedangkan biaya klaim per kategori PPK tertinggi adalah dokter umum sebesar Rp.4.413.021.175,- setahun, diikuti bidan sebesar Rp.1.088.563.153,-

dan paling rendah adalah Poli Gigi RSUD Negara sebesar Rp.5.182.203,- setahun.

Langkah berikutnya adalah menghitung biaya klaim seluruh penduduk berkategori umum berdasarkan generalisasi angka kunjungan PPK I peserta JKJ, dengan asumsi bahwa pola kunjungan yang sama juga terjadi pada seluruh penduduk Jembrana jika mereka menjadi peserta JKJ. Dari hasil perhitungan diperoleh biaya klaim yang diperlukan untuk seluruh PPK I berjumlah 14 miliar lebih dengan tingkat kunjungan mencapai 1 juta lebih per tahun. Perhitungan lebih lengkap dapat dilihat pada tabel 4.9.

Tabel 4.9. Visit Rate dan Biaya Klaim Seluruh Penduduk Umum Jembrana berdasarkan Hasil Generalisasi Data JKJ

PPK I	Angka Kunjungan	Biaya klaim (Rp)	
		bulan	tahun
Dr.	695.514	824.848.482	9.898.181.785
Drg.	34.243	60.996.711	731.960.537
Bidan	251.688	203.465.977	2.441.591.723
Pkm	97.008	73.642.139	883.705.674
UGD	1.326	6.151.303	73.815.640
Pol gg	601	968.618	11.623.417
Total	1.080.379	1.170.073.231	14.040.878.776

Diolah dari data JKJ yang digeneralisir ke seluruh penduduk umum

Tabel 4.10. Visit Rate dan Biaya Klaim Peserta Umum JKJ dan Seluruh Penduduk Umum Jembrana berdasarkan Utilisasi Normal

PPK I	Angka Kunjungan		Biaya klaim (Rp)	
	Peserta JKJ	Penduduk Umum	Peserta JKJ	Penduduk Umum
Dr.	114.877	257.663	1.634.871.353	3.666.929.087
Drg.	5.656	12.686	120.897.084	271.165.699
Bidan	41.571	93.242	403.274.909	904.524.073
Pkm	16.023	35.938	145.960.654	327.381.949
UGD	219	491	12.192.045	27.346.105
Pol gg	99	223	1.919.827	4.306.068
Total	178.445	400.243	2.319.115.872	5.201.652.982

Diolah berdasarkan utilisasi normal (150% per bulan) seluruh penduduk umum dan biaya rata-rata klaim per pasien PPK I JKJ

Jika dihitung berdasarkan angka utilisasi normal sesuai dengan yang ditetapkan Departemen Kesehatan untuk program askeskin sebesar 150% per bulan maka jumlah kunjungan normal peserta umum adalah sebesar 178.445 kunjungan per tahun atau rata-rata 14.870 kunjungan per bulan. Jika angka tersebut kemudian digeneralisir ke seluruh penduduk Jembrana berkategori umum tahun 2006 yang berjumlah 222.357 jiwa, maka jumlah kunjungan yang diharapkan adalah 400.243 kunjungan per tahun atau rata-rata 33.354 kunjungan per bulan (tabel 4.10).

Dengan menggunakan angka utilisasi normal di atas dan rata-rata klaim PPK I JKJ tahun 2006, biaya yang diperlukan untuk membiayai pelayanan PPK I program JKJ seharusnya hanya berjumlah Rp.2.319.115.872,-, jumlah yang jauh lebih rendah 63% dibanding biaya yang dikeluarkan Pemkab Jembrana untuk mensubsidi peserta umum JKJ sebesar Rp.6.260.007.818,-. Bahkan jika seluruh penduduk berkategori umum menjadi peserta JKJ, biaya yang dibutuhkan masih lebih rendah 26% dari yang disubsidi Pemkab yaitu sebesar Rp.5.201.652.982,-.

Dana subsidi sebesar 6 miliar lebih yang digunakan untuk membayar klaim PPK I JKJ pada tahun 2006, sesungguhnya diperuntukkan bagi seluruh masyarakat umum Jembrana. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara pada kotak 6:

**Kotak 6**

“...setiap tahunnya Pemkab menganggarkan kurang lebih 7,5 miliar rupiah dengan acuan subsidi sebesar Rp.2.500,- per kapita per bulan...” (R-4)

tetapi dalam pelaksanaannya hampir sebagian besar dana subsidi habis digunakan membayar klaim PPK I bagi hanya 50,09% penduduk berkategori umum. Mekanisme pengendalian biaya dari sisi peserta dan *provider* merupakan sesuatu yang wajib dilakukan jika Pemkab menginginkan efisiensi dan pemerataan subsidi bagi seluruh penduduk Jembrana<sup>10,14</sup>.

Sesuai dengan tujuan penelitian untuk melakukan perhitungan biaya per kapita dan premi program JKJ secara komprehensif, maka selain pada PPK I JKJ, analisis visit rate dan biaya layanan juga dilakukan pada PPK II dan PPK III. Analisis dilakukan pada unit pelayanan rawat jalan spesialis Poliklinik RSUD Negara (Poli Filter, Poli Penyakit Dalam, Poli Bedah, Poli Kebidanan dan Kandungan, Poli Syaraf, Poli Anak, Laboratorium, dan Poli Rehabilitasi Medis) dan pada unit pelayanan rawat inap RSUD Negara.

Berikut ini adalah visit rate di unit rawat jalan dan rawat inap RSUD Negara:

Tabel 4.11. Tingkat Utilisasi dan Biaya Pelayanan Pasien Umum Rawat Jalan dan Rawat Inap RSUD Negara tahun 2006

Pelayanan RSUD Negara	Jumlah Kunjungan	Angka rujukan rawat jalan & VR rawat inap (‰)	Biaya Pelayanan (Rp)	Rata-rata Biaya per kunjungan (Rp)
Rawat jalan	17.041	42,6	2.828.593.237	165.988
Rawat Inap	5.254	23,6	1.345.805.041	935.887

Sumber: Sistem Billing dan Laporan Bulanan RSUD Negara.

Catatan: Angka rujukan rawat jalan dihitung berdasarkan angka kunjungan RS dibagi angka kunjungan normal penduduk umum per tahun PPK I JKJ (tabel 4.9) dikali ‰

Angka kunjungan rawat jalan Poliklinik Spesialis RSUD Negara belum bisa dirujuk sebagai angka kunjungan riil penduduk Jembrana

karena Poliklinik Spesialis RSUD Negara bukanlah satu-satunya fasilitas rawat jalan rujukan yang ada di Jembrana.

Pola praktik kedokteran di Indonesia didukung dengan belum berjalannya sistem rujukan pada program asuransi memungkinkan pasien datang sendiri atau justru dirujuk ke praktek swasta dokter spesialis<sup>2</sup>. Fakta tersebut terlihat dari angka kunjungan rawat jalan RSUD sebesar 42,6‰ yang jauh lebih rendah dibandingkan standar angka rujukan yang digunakan Depkes pada program Askeskin sebesar 120‰.

Berdasarkan fakta tersebut nilai kapitasi dan premi rawat jalan rujukan program JKJ dihitung berdasarkan angka rujukan normal sebesar 120‰ dari tingkat kunjungan normal peserta umum JKJ, sehingga diperoleh angka 48.026 rujukan per tahun atau 4.002 rujukan per bulan, sedangkan untuk biaya klaim, penghitungan tetap didasarkan pada data biaya pelayanan rawat jalan Poliklinik Spesialis RSUD Negara. Dengan rata-rata biaya pelayanan per pasien rawat jalan RSUD sebesar Rp.165.988,- dan angka rujukan sebesar 48.026 pasien per tahun maka biaya klaim untuk PPK II penduduk umum adalah sebesar Rp.7.972.232.931,- per tahun.

Berbeda dengan pelayanan rawat jalan Poliklinik Spesialis RSUD Negara, angka kunjungan pelayanan rawat inap RSUD Negara menunjukkan angka yang berada dalam kategori wajar sebesar 23,6‰ dari seluruh penduduk umum tahun 2006. Angka ini tidak jauh berbeda dengan angka rawat inap penduduk Bali sesuai dengan hasil Susenas 2006 yaitu sebesar 22,2‰ per tahun<sup>36</sup>. Hal ini bisa dimaklumi karena memang RSUD Negara adalah satu-satunya fasilitas kesehatan rawat inap terlengkap di Kabupaten Jembrana.

Berdasarkan *visit rate* rawat inap RSUD Negara diperoleh biaya klaim sebesar Rp.1.345.805.041,- per tahun atau Rp.935.887,- per pasien untuk rata-rata 4 hari lama perawatan (ALOS).

Karena program JKJ dimaksudkan berfungsi sebagai jaminan/asuransi kesehatan sosial maka perhitungan nilai kapitasi dan premi juga dilakukan pada pelayanan persalinan. Data Dinas Kesehatan Jembrana menunjukkan angka persalinan pada tahun 2006 berjumlah 3.963 kejadian dengan 1,93 persen diantaranya adalah persalinan dengan penyulit<sup>37</sup>.

Jika diproyeksikan pada penduduk berkategori umum maka jumlah persalinan normal setahun berkisar pada angka 3.314 (14,9%). Dengan biaya persalinan normal sebesar Rp.300.000,- (sesuai standar Depkes pada program Askeskin<sup>35</sup>) maka biaya klaim yang diperlukan untuk satu tahun berjumlah Rp.997.200.000,-. Sedangkan untuk persalinan dengan penyulit pervaginam diperlukan biaya klaim sebesar Rp.32.500.000,-, jumlah ini dihitung berdasarkan biaya pelayanan sebesar Rp.500.000,- per persalinan (sesuai standar Depkes<sup>35</sup>) dengan angka kejadian 65 persalinan per tahun. Persalinan perabdominal tidak dihitung secara terpisah karena sudah termasuk dalam perhitungan tingkat utilisasi dan biaya klaim rawat inap RS.

Berikut ini hasil perhitungan tingkat utilisasi dan biaya klaim pelayanan rawat jalan rujukan, rawat inap, dan persalinan pervaginam penduduk umum Jembrana yang digunakan dalam penghitungan nilai kapitasi dan premi program JKJ:

Tabel 4.12. Tingkat Utilisasi dan Biaya Klaim PPK II dan PPK III sebagai Dasar Penghitungan Biaya Per Kapita dan Premi program JKJ

Pelayanan	Angka rujukan VR dan kejadian	Kunjungan per tahun	Biaya Klaim per tahun (Rp)
PPK II	120,0‰	48.026	7.972.232.931
PPK III	23,6‰	5.254	1.345.805.041
Persalinan normal	14,9‰	3.314	997.200.000
Persalinan penyulit	0,3‰	65	32.500.000

#### 4. Analisis Besaran Biaya Per Kapita Program JKJ

Besaran biaya per kapita dihitung berdasarkan biaya klaim satu tahun penduduk umum dibagi dua belas dan dibagi jumlah penduduk umum Jembrana atau biaya klaim rata-rata per bulan penduduk umum dibagi jumlah penduduk umum Jembrana. Berikut ini adalah besaran biaya per kapita masing-masing PPK I berdasarkan utilisasi riil yang digeneralisasi ke penduduk umum dan berdasarkan utilisasi normal penduduk umum:

Tabel 4.13. Biaya Per Kapita PPK I JKJ berdasar utilisasi riil dan normal

PPK I	Utilisasi riil		Utilisasi normal	
	Biaya per kapita per tahun (Rp)	Biaya per kapita per bulan (Rp)	Biaya per kapita per tahun (Rp)	Biaya per kapita per bulan (Rp)
Dokter umum	44.515	3.710	16.491	1.374
Dokter gigi	3.292	274	1.220	102
Bidan	10.981	915	4.068	339
Puskesmas	3.974	331	1.472	123
UGD	332	28	123	10
Poli gigi	52	4	19	2
Total	63.146	5.262	23.393	1.949

Diolah dari data Bapel JKJ, RSUD Negara, dan Dinkessos

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa biaya per kapita PPK I yang dihitung berdasarkan tingkat utilisasi normal penduduk umum sebesar Rp.1.949,- per bulan jauh lebih kecil (63%) dibandingkan biaya

per kapita berdasarkan utilisasi riil yang digeneralisasi ke penduduk umum sebesar Rp.5.262,- per bulan, bahkan masih lebih rendah (25%) dibandingkan dengan biaya per kapita yang ditetapkan oleh Pemkab sebesar Rp.2.500,-.

Ada dua kemungkinan yang menyebabkan rendahnya biaya per kapita berdasarkan utilisasi normal ini, yang pertama adalah karena jasa pelayanan yang dibayarkan Bapel JKJ ke PPK I sebagai dasar perhitungan biaya per kapita memang tergolong lebih rendah dibandingkan jasa pelayanan umumnya, setidaknya ini sesuai dengan pendapat PPK dokter dan bidan berikut:

Kotak 7

“...Jumlah jaspel memang kecil, Cuma 8 ribu rupiah,..” (R-7a)

“...jasa pelayanan sangat minim sekali, kita kan hanya dibayar 4 ribu rupiah,...” (R-9a)

Kemungkinan penyebab yang kedua adalah *unnecessary utilization/overutilization* pelayanan PPK I khususnya pada dokter umum yang memicu penurunan rata-rata biaya klaim per pasien. Hasil wawancara dan observasi data klaim pada Bapel JKJ menunjukkan adanya fenomena pemanfaatan pelayanan PPK I yang kurang diperlukan (kotak 8).

Kotak 8

“...terlalu banyak pasien yang memanfaatkan JKJ secara berlebihan, misalnya hanya sekedar pegal sudah datang ke dokter...” (R-7b)

Pada kasus-kasus dimana sesungguhnya pasien tidak atau kurang memerlukan pelayanan, dokter hanya memberi pengobatan sebagai usaha memuaskan pasien dengan tetap memberikan obat yang sifatnya simtomatis dan dalam jumlah yang terbatas. Fenomena ini



dalam terminologi asuransi kesehatan sering dikenal sebagai *the progressive annexation of not to illness*<sup>22</sup> (hal-hal yang sebenarnya bukan penyakit menjadi penyakit).

Hal tersebut menyebabkan biaya klaim pasien jenis ini akan lebih rendah dibandingkan pasien yang memang memerlukan penanganan dokter dan memerlukan obat untuk menyembuhkan penyakit mereka. Jika kasus-kasus seperti itu ditemukan dalam jumlah yang cukup banyak, dimana pada program JKJ bisa mencapai 50% dari angka kunjungan riil, maka hampir bisa dipastikan akan memberi pengaruh signifikan terhadap rendahnya rata-rata biaya klaim per pasien.

Kasus-kasus seperti itu seharusnya mendorong Pemkab untuk melakukan pengendalian biaya dan utilisasi karena ada kemungkinan terdapat banyak kasus dimana Pemkab harus membayar jasa pelayanan dokter sebesar Rp.8.000,- per kunjungan, sementara itu dokter hanya memberikan obat penghilang rasa sakit seharga Rp.1300,- (asam mefenamat; standar harga Askeskin<sup>35</sup>).

Pada pelayanan rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) penghitungan besaran biaya per kapita dilakukan berdasarkan biaya klaim yang dihitung dari angka rujukan normal sesuai standar Depkes, sehingga diperoleh biaya per kapita sebesar Rp.35.853,- per tahun atau Rp.2.988,- per bulan. Sedangkan biaya per kapita PPK III dihitung berdasarkan angka kunjungan pasien dan biaya klaim RSUD Negara ditambah dengan biaya per kapita dari hasil penghitungan biaya klaim persalinan normal dan dengan penyulit, yaitu Rp.22.114,- ditambah Rp.4.485,- ditambah Rp.146,- sehingga berjumlah Rp.26.745,- per tahun atau Rp.2.229,- per bulan.

Berdasarkan perhitungan diatas, besaran biaya per kapita total bagi program JKJ dapat dikategorikan menjadi dua jenis yaitu biaya per kapita berdasarkan utilisasi PPK I riil yang digeneralisasikan ke penduduk umum dan biaya per kapita berdasarkan utilisasi normal. Untuk gambaran yang lebih lengkap dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.14 Biaya Per Kapita Total Program JKJ

Jenis PPK	Biaya per kapita berdasarkan utilisasi riil PPK I penduduk umum			Biaya per kapita berdasarkan utilisasi normal PPK I penduduk umum		
	Bulan	Tahun	%	Bulan	Tahun	%
PPK I	5.262	63.146	50,22	1.949	23.393	27,20
PPK II	2.988	35.853	28,51	2.988	35.853	41,69
PPK III	2.229	26.745	21,27	2.229	26.745	31,10
Total	10.479	125.744	100,00	7.166	85.991	100,00

Diolah dari data Bapel JKJ,RSUD, dan Dinkessos

Dari tabel diatas bisa diketahui bahwa jika Pemkab Jembrana tidak melakukan perubahan yang signifikan pada sistem pemberian pelayanan dan sistem pembayaran terhadap PPK I, maka Pemkab dan masyarakat akan menanggung beban pembiayaan pengobatan yang tidak efisien. Hal tersebut akan terjadi karena biaya per kapita total berdasarkan utilisasi riil 31,61% lebih tinggi dibandingkan biaya per kapita total berdasarkan utilisasi normal, persen tersebut setara dengan dana sebesar Rp.8.839.225.795,- dalam setahun. Nilai tersebut jika berhasil dihemat dapat digunakan untuk membiayai pelayanan PPK I seluruh penduduk umum Jembrana selama kurang lebih 1,5 tahun. Selain itu 50,22% beban pembiayaan pada biaya per kapita total berdasarkan utilisasi riil akan habis hanya untuk membayar PPK I.

## 5. Premi Netto Program JKJ

Premi netto dihitung dengan menjumlahkan biaya per kapita total ditambah dengan nilai margin kontingensi (CM). Pada penelitian ini nilai CM ditetapkan sebesar 10%. Nilai ini diperlukan pada sistem asuransi kesehatan untuk mencegah terjadinya kerugian finansial pada pengelola jika seandainya terjadi lonjakan angka kesakitan yang membutuhkan dana besar<sup>11</sup>. Nilai CM setelah dihitung adalah 12.574 rupiah setahun jika menggunakan utilisasi riil dan 8.599 rupiah setahun jika menggunakan utilisasi normal.

Berdasarkan nilai CM tersebut diperoleh besaran premi netto setahun sebesar Rp.138.318,- jika dihitung berdasarkan utilisasi riil dan Rp.94.590,- jika dihitung berdasarkan utilisasi normal.

## 6. Biaya Operasional Program JKJ

Setelah besaran premi netto berhasil dihitung, langkah berikutnya adalah menentukan besaran premi bruto. Komponen penting yang ditambahkan pada langkah ini adalah besaran biaya operasional pelaksanaan program JKJ. Biaya operasional yang digunakan adalah total biaya yang dikeluarkan Bapel JKJ untuk membiayai pelaksanaan program JKJ di luar biaya pembayaran PPK I pada tahun 2006.

Biaya operasional program JKJ dikelompokkan menjadi 5 kelompok pengeluaran yaitu kompensasi penjualan (biaya sosialisasi dan promosi), *acquisition expenses* (biaya cetak kartu), pemeliharaan (biaya pemantauan PPK dan biaya pengelolaan obat), *general overhead* (gaji, honor, atribut/pakaian, pemeliharaan gedung, pemeliharaan kendaraan, BBM, rekening-rekening, ATK, barang cetakan, pengadaan moubelair, biaya barang elektronik) dan pajak-pajak dalam setahun. Seluruh biaya operasional dijumlahkan kemudian dibagi seluruh penduduk umum

Jembrana untuk memperoleh biaya operasional yang dibebankan ke setiap peserta selama satu tahun.

Tabel 4.15. Biaya Operasional Program JKJ tahun 2006

Jenis Biaya	Jumlah (Rp)	Persen
Kompensasi penjualan	435.000	0,11
Acquisition expenses	311.465.000	80,02
Pemeliharaan	9.017.100	2,32
General overhead	66.581.253	17,11
Pajak-pajak	1.748.862	0,45
Total	389.247.215	100,00

Diolah dari data Bapel JKJ

Sebagian besar biaya operasional Bapel JKJ (80,02%) digunakan untuk kepentingan *acquisition expenses* yaitu biaya untuk pencetakan kartu peserta dan blanko-blanko yang digunakan dalam mekanisme pembayaran tagihan dan pembayaran klaim. Pos pengeluaran terbesar berikutnya adalah *general overhead* yaitu 17,11% dari keseluruhan biaya operasional. Pos ini digunakan untuk pembayaran gaji/honor, lembur, atribut pakaian, berbagai peralatan dan biaya perawatan/pemeliharaan properti kantor JKJ. Sisanya digunakan untuk kepentingan kompensasi penjualan dalam rangka promosi, pemeliharaan layanan seperti pemantauan PPK, dan pembayaran pajak-pajak.

Dari keseluruhan pos pengeluaran operasional program JKJ terlihat bahwa pengelola belum memberikan porsi terhadap pengeluaran untuk pengembangan staf. Seperti yang dibahas sebelumnya, masih terdapat kelemahan pada penyelenggaraan manajemen program JKJ akibat kapasitas dan mutu SDM yang belum memadai. Biaya untuk pengembangan SDM sejatinya dapat dimasukkan ke dalam komponen *general overhead* untuk kepentingan *rekrutment*, pelatihan, dan

pendidikan staf<sup>11</sup>. Di masa datang Bapel harus memasukkan komponen ini dalam perencanaan keuangan operasional JKJ.

Persentase biaya operasional terhadap keseluruhan pembiayaan program JKJ pada tahun 2006 adalah 5,31 persen. Nilai tersebut ada pada kisaran standar rata-rata persentase biaya administrasi asuransi kesehatan sosial di beberapa negara tetangga yang nilainya berada pada rentang 5 sampai 9 persen, tetapi masih jauh lebih rendah dibandingkan biaya rata-rata administrasi asuransi kesehatan komersial yang minimal ada pada kisaran angka 12 persen lebih<sup>38</sup>. Hal ini menunjukkan bahwa asuransi kesehatan sosial model JKJ yang bersifat wajib dan memberikan jaminan pelayanan kesehatan secara lebih seragam serta bersifat not for profit mampu menyederhanakan prosedur pelayanan sehingga lebih mampu mengendalikan biaya administrasi.

Berdasarkan biaya operasional Bapel JKJ tahun 2006 tersebut diperoleh biaya operasional per peserta sebesar Rp.1.751,- per tahun atau Rp.146,- per bulan. Besaran biaya operasional per peserta diatas selanjutnya akan ditambahkan pada komponen premi netto untuk memperoleh besaran premi bruto JKJ.

## **7. Premi Bruto Program JKJ**

Premi bruto JKJ adalah nilai premi netto ditambah dengan komponen biaya operasional. Dari hasil perhitungan diperoleh besaran premi bruto berdasarkan utilisasi riil PPK I adalah Rp.140.069,- per peserta per tahun atau Rp.11.672,- per bulan, sedangkan besaran premi bruto berdasarkan utilisasi normal PPK I adalah Rp.96.341,- per peserta per tahun atau Rp.8.028,- per bulan. Besaran premi bruto berdasarkan utilisasi riil 31% lebih tinggi dibandingkan premi bruto

berdasarkan utilisasi normal (Rp.43.728,- per tahun atau Rp.3.644,- per bulan per peserta atau hampir 10 miliar rupiah per seluruh penduduk umum Jembrana per tahun).

Tabel 4.16. Premi Bruto Program JKJ (dalam rupiah)

Jenis Penghitungan	Per tahun seluruh penduduk umum	Per tahun per peserta	Per bulan per peserta
Utilisasi normal	21.422.155.070	96.341	8.028
Utilisasi riil PPK I	31.145.303.444	140.069	11.672

Diolah dari data Bapel JKJ, RS, Dinkessos

Dilihat dari hasil perhitungan diatas jelas lebih memungkinkan bagi Pemkab untuk memilih penerapan pembayaran premi berdasarkan utilisasi normal mengingat besarnya pengeluaran masyarakat atau subsidi Pemkab yang dapat ditekan. Selain itu hasil perhitungan premi bruto JKJ lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata pengeluaran kesehatan per kapita penduduk Bali tahun 2006 yaitu sebesar Rp.9.579,- dan lebih realistis jika dibandingkan dengan hasil penelitian Nirmala<sup>28</sup> yang menunjukkan besaran premi yang mau dibayar responden penduduk Bali berkisar antara Rp.2.000,- sampai Rp.5.000,- per orang per bulan.

Pemilihan premi bruto berdasarkan utilisasi normal dengan catatan bahwa pemberian jaminan/benefit program JKJ harus memperhatikan penerapan konsep *manage care* berupa penerapan PKJ khususnya pada PPK I dan penerapan manajemen utilisasi untuk mengendalikan kunjungan dan biaya pelayanan<sup>2,10,21</sup>.

Kebijakan Pemkab memilih cara pembayaran secara *fee for service* kepada PPK tanpa tuntutan dan reward untuk mengendalikan tingkat kunjungan dan biaya pengobatan serta kebebasan peserta untuk memanfaatkan pelayanan tanpa pembayaran premi atau iur biaya

sebaiknya dikaji ulang jika kebijakan pembayaran premi PPK I program JKJ suatu saat nanti diberlakukan.

## 8. Tarif Premi JKJ

Hasil perhitungan premi bruto JKJ dalam skema asuransi kesehatan sosial tidak begitu saja dapat dijadikan tarif premi yang dibebankan secara seragam kepada seluruh peserta (*fixed premium*). Hasil penelitian pada penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Nasional (NHI) di Taiwan menunjukkan bahwa *fixed premium* membawa implikasi yang serius terhadap aspek keadilan sehingga memerlukan perhatian kebijakan yang lebih besar<sup>40</sup>.

Penetapan tarif premi asuransi kesehatan sosial biasanya dilakukan proporsional terhadap pendapatan. Ini diterapkan untuk memenuhi keadilan egaliter. Secara singkat *equity egaliter* berarti *you get what you need* yang lebih pas untuk kesehatan, dimana seseorang harus memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya (*needs*) tetapi tetap membayar sesuai dengan kemampuan ekonominya<sup>14,41</sup>.

Masalahnya, penerapan tarif tersebut memerlukan data pendapatan penduduk secara akurat, hal yang sulit dipenuhi pada negara berkembang seperti Indonesia yang penduduknya sebagian besar bekerja di sektor informal.

Untuk mengatasi masalah tersebut, pada penelitian ini dilakukan simulasi penetapan tarif premi berdasarkan kriteria Bank Dunia tentang pengelompokan pendapatan penduduk di suatu negara. Bank Dunia membagi penduduk di suatu negara menjadi 3 kelompok yaitu kelompok 40% penduduk berpendapatan terendah, 40% penduduk berpendapatan sedang dan 20% penduduk berpendapatan tinggi<sup>39</sup>.

Cara ini, yaitu membagi penduduk dalam 3 kelompok pendapatan juga dilakukan dalam skema jaminan kesehatan yang dikembangkan Kabupaten Purbalingga, dimana masyarakat dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu strata I adalah mereka yang menerima subsidi premi secara penuh, strata II yaitu mereka yang menerima subsidi premi tetapi tidak penuh dan strata III mereka yang harus membayar premi secara penuh<sup>42</sup>.

Berikut ini adalah simulasi tarif premi JKJ berdasarkan kriteria pendapatan Bank Dunia pada penduduk umum jembrana ditambah penduduk miskin tahun 2006. Penduduk miskin dimasukkan karena penduduk miskin termasuk dalam 40% penduduk pendapatan terendah.

Tabel 4.17. Simulasi I Tarif Premi JKJ berdasarkan Kriteria Bank Dunia pada Penduduk Umum dan Miskin Kabupaten Jembrana tahun 2006.

%	Jumlah penduduk	Penduduk umum	fixed premium (Rp)	Biaya yang dibutuhkan (Rp)	Subsidi premi (Rp)	Tarif Premi (Rp)
40	97.427	76.217	96.341	7.342.802.729	7.342.802.729	0
40	97.427	97.427	96.341	9.386.214.607	4.693.107.304	48.171
20	48.713	48.713	96.341	4.693.059.133	0	96.341
Total	243.567	222.357			12.035.910.033	

Diolah dari data Bapel JKJ, RSUD, dan Dinkessos

Tabel 4.18. Simulasi II Tarif Premi JKJ berdasarkan Kriteria Bank Dunia pada Penduduk Umum dan Miskin Kabupaten Jembrana tahun 2006.

%	Jumlah penduduk	Penduduk umum	fixed premium (Rp)	Biaya yang dibutuhkan (Rp)	Subsidi premi (Rp)	Tarif Premi (Rp)
40	97.427	76.217	96.341	7.342.802.729	7.342.802.729	0
40	97.427	97.427	96.341	9.386.214.607	657.197.271	89.595
20	48.713	48.713	96.341	4.693.059.133	0	96.341
Total	243.567	222.357			8.000.000.000	

Diolah dari data Bapel JKJ, RSUD, dan Dinkessos



Simulasi tarif premi pada tabel 4.17 didasarkan pada subsidi premi penuh pada kelompok I dan subsidi setengah besaran premi pada kelompok kedua. Berdasarkan cara ini dibutuhkan biaya sebesar Rp.12.035.910.033,- untuk mensubsidi premi JKJ sehingga penduduk kelompok I tidak membayar premi dan kelompok II hanya membayar premi sebesar Rp.48.171,- per peserta per tahun, sementara itu kelompok III akan membayar premi penuh sebesar Rp.96.341,- per peserta per tahun.

Alternatif yang kedua adalah menggunakan patokan subsidi Pemkab pada tahun 2006 yang mencapai 8 miliar rupiah. Berdasarkan cara ini kelompok I tetap tidak membayar premi JKJ, kelompok kedua membayar sebesar Rp.89.595,- dan kelompok III membayar utuh sebesar Rp.96.341,-.

Dengan alternatif penghitungan premi ini terlihat bahwa subsidi yang selama ini digunakan Pemkab hanya untuk membiayai pelayanan PPK I JKJ pada 46,94% penduduk Jembrana atau 50,06% penduduk umum Jembrana semestinya dapat digunakan secara efisien untuk membiayai pelayanan kesehatan secara komprehensif (PPK I, II, dan III) pada 40% lebih penduduk Jembrana.

Kebijakan menyelenggarakan JKJ secara komprehensif dapat dimulai secara bertahap dengan mengalihkan beban subsidi pelayanan PPK I kepada jaminan pembiayaan yang lebih komprehensif bagi 40% masyarakat Jembrana berpendapatan terendah. Hal ini sebaiknya segera dimulai untuk memenuhi tugas pemerintah menjaga kerugian finansial masyarakatnya dari pengeluaran katastrofik akibat sakit parah yang memerlukan pelayanan tingkat lanjut<sup>43</sup>. Kebijakan tersebut juga sesuai dengan semangat UU SJSN khususnya pasal 21 dan 22 yang

mengatur pemberian jaminan kesehatan secara komprehensif dimulai dari masyarakat yang paling memerlukan<sup>18</sup>.

Jika dibandingkan dengan besaran tarif premi tanpa subsidi Jaminan Kesehatan Daerah lainnya di Indonesia, besaran premi JKJ hasil penelitian ini masih lebih besar. Besaran *fixed premium* jaminan kesehatan di Tobasa adalah Rp.72.000,- per tahun<sup>44</sup>. Nilai yang lebih rendah lagi di Tabanan sebesar Rp.60.000,- per peserta per tahun, dan di Kabupaten Purbalingga, yaitu Rp.50.000,- per keluarga per tahun atau rata-rata Rp.12.500,- per orang per tahun<sup>42</sup>. Tabanan dan Purbalingga menerapkan sistem pembayaran kapitasi pada PPK I, bahkan Purbalingga menerapkan pembayaran kapitasi pada seluruh jaringan pelayanan kesehatannya<sup>40</sup>.

Lebih tingginya hasil perhitungan premi JKJ dibandingkan premi jaminan kesehatan Tobasa, Purbalingga dan Tabanan dapat terjadi karena tingginya biaya klaim PPK II dan PPK III RSUD Negara yang dihitung berdasarkan pelayanan pasien secara *out of pocket*. Sistem pelayanan yang masih menerapkan pembayaran *out of pocket* dari pasien sangat mungkin belum mampu menyelenggarakan pelayanan yang efisien sehingga dapat memicu tingginya rata-rata biaya pelayanan<sup>2,22</sup>. Di masa depan alternatif penghitungan premi berdasarkan *unit cost* pelayanan dan analisis terhadap kemampuan dan kemauan membayar (ATP dan WTP) premi JKJ dapat dilakukan untuk melengkapi hasil analisis penelitian ini.

### C. Analisis Persepsi *Stakeholders* JKJ

. Hasil wawancara dan pembahasannya dapat disampaikan sebagai berikut:

#### 1. Persepsi *policy makers* terhadap latar belakang kebijakan mensubsidi total premi PPK I JKJ.

Hasil wawancara mendalam pada para *policy makers* menunjukkan adanya penekanan pada hak rakyat untuk memperoleh pelayanan dasar termasuk di dalamnya hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar. Hak dasar ini harus dipenuhi oleh pemerintah sehingga kebijakan untuk mensubsidi total premi PPK I JKJ diambil Pemkab Jembrana. Penekanan terlihat pada petikan wawancara berikut ini:

Kotak 9

“...Konsep kami adalah pancasilais dimana pelayanan dasar dalam hal ini pelayanan kesehatan di tingkat dasar bagi masyarakat adalah hak rakyat sehingga merupakan kewajiban pemerintah untuk membiayainya...” (R-1)

“...Pemkab mensubsidi pelayanan PPK I secara total karena memang langsung menyentuh kebutuhan masyarakat, dan dirasakan secara luas oleh masyarakat,...” (R-4)

Penekanan untuk memberikan pelayanan kesehatan gratis pada PPK I JKJ adalah respon terhadap pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan masyarakat, akan tetapi apakah kebutuhan dasar kesehatan dapat dipenuhi dengan pelayanan kesehatan pada tingkat dasar yang pada memang relatif murah?

Sayangnya konsep memenuhi kebutuhan dasar kesehatan melalui pelayanan kesehatan dasar pada PPK I sama sekali tidak tepat. Banyak pihak, termasuk Pemkab Jembrana, melihat kebutuhan dasar kesehatan sama dengan kebutuhan lainnya seperti pendidikan dasar,

sedangkan kebutuhan terhadap perawatan lanjutan dan rawat inap dianggap sebagai kebutuhan sekunder dan tertier yang bisa disamakan dengan kebutuhan akan pendidikan lanjutan. Kebutuhan dasar kesehatan harus dipahami dan diperlakukan secara berbeda. Pemahaman perbedaan kebutuhan kesehatan ini sangat penting dalam merancang jaminan yang bersifat dasar dalam bidang kesehatan<sup>14</sup>.

Secara filosofis kebutuhan dasar kesehatan adalah kebutuhan akan pelayanan yang merupakan upaya untuk mempertahankan hidup dan tingkat produktivitas seseorang yang secara normatif diterima oleh norma yang berlaku. Atas dasar inilah kebutuhan dasar kesehatan harus dikaitkan kebutuhan medis, suatu kebutuhan yang relatif bagi tiap orang dan hanya diketahui dokter yang memeriksa seseorang. Disinilah kunci mengapa AKN biasanya justru terlebih dahulu menjamin pelayanan rawat inap bukan pelayanan rawat jalan<sup>14</sup>.

Pengembangan JKJ termasuk skema subsidi premi JKJ sebaiknya diarahkan pada jaminan kesehatan yang bersifat komprehensif sehingga tanggung jawab negara atau pemerintah terhadap kebutuhan dasar kesehatan dapat diselenggarakan secara optimal.

Penekanan lain dari jawaban *policy makers* adalah pada kewajiban Pemkab untuk memenuhi hak masyarakat atas pelayanan kesehatan secara adil sehingga muncul kebijakan memberikan subsidi premi PPK I kepada seluruh penduduk Jembrana tanpa membedakan kemampuan finansialnya. Hal tersebut tercermin pada petikan wawancara pada kotak 10:

Kotak 10

“...Memangnya orang kaya tidak mempunyai hak untuk mendapat pelayanan kesehatan dasar. Orang kaya juga punya hak, mereka sama2 penduduk Jembrana...” (R-1)

“...Saya memandangnya disini sebagai keadilan sosial, kan semuanya masyarakat Jembrana jadi mau tidak mau kalau ada program ya, sebaiknya mengenai semua orang tak terkecuali...” (R-2b)

Keadilan memang harus diperjuangkan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan, tetapi harus diingat bahwa keadilan tidak hanya berkaitan dengan hak untuk memperoleh pelayanan tetapi juga terkait pada besarnya kewajiban membayar sesuai dengan kemampuan ekonominya (*equity egaliter*)<sup>2,14,41</sup>.

*Equity egaliter* mengandung dua kriteria utama yaitu *horizontal equity* dan *vertical equity*. *Horizontal equity* mensyaratkan semua individu yang memiliki kebutuhan kesehatan yang sama harus memperoleh akses yang sama ke fasilitas kesehatan (*equal treatments to equal needs*) dan *vertical equity* artinya akses ke pelayanan kesehatan tersebut bisa diperoleh dalam kondisi kesakitan yang parah termasuk oleh mereka yang berpendapatan rendah (memenuhi unsur *severe health condition* dan *poverty reduction*)<sup>41</sup>.

Contoh ini dapat dijadikan pedoman dalam memandang sebuah keadilan dalam pelayanan kesehatan: A penduduk miskin sedangkan B penduduk kaya, keduanya sama-sama memperoleh subsidi total pelayanan rawat jalan PPK I JKJ, ketika sakit ringan A dan B sama-sama memperoleh pelayanan PPK I gratis, bedanya A hanya pergi ke Puskesmas Pembantu dan dilayani Bidan karena hanya itu fasilitas yang terdekat yang terjangkau dari rumahnya, sementara B datang ke dokter praktek swasta yang terikat kontrak di kota. Sejauh ini masih

cukup adil karena sama-sama mendapat pelayanan, kemudian A dan B sakit parah dan harus dirawat di RS, bedanya adalah A terpaksa memilih dirawat di rumah saja karena biaya rawat inap tidak ditanggung, sedangkan B melenggang ke RS karena mampu membayar.

Adilkah kondisi di atas, jelas tidak, karena jika saja B dan penduduk non gakin lainnya membayar premi maka subsidi dapat dialihkan untuk pembiayaan pelayanan lanjutan bagi kelompok penduduk yang memerlukan. Asuransi kesehatan sosial termasuk JKJ harus dimaksudkan untuk menimbulkan subsidi silang yang luas antara anggotanya melalui pembayaran premi yang proporsional terhadap pendapatan dan memberikan jaminan pelayanan secara komprehensif<sup>14</sup>.

Kebijakan yang hanya menjamin pelayanan pada tingkat PPK I dan memberikan subsidi premi PPK I secara luas pada seluruh lapisan masyarakat adalah bertentangan dengan prinsip-prinsip *equity egaliter* dalam bidang kesehatan.

## **2. Persepsi *policy makers* terhadap sistem pembayaran kapitasi**

Dari hasil wawancara dengan kelompok pengambil kebijakan diketahui bahwa terdapat tiga pendapat berbeda terhadap PKJ. Persepsi pertama adalah sistem kapitasi dipandang tidak lebih baik dibanding sistem *fee for service* dalam hal menjaga mutu dan standar pelayanan kesehatan dan kurang mampu memenuhi keadilan dalam hal pemilihan tempat pelayanan sehingga ditakutkan akan mengurangi tingkat kepuasan masyarakat (Kotak 11):

Kotak 11.

“...Penerapan PKJ, kapitasi contohnya itu menghilangkan kompetisi yang sehat, sistem FFS lebih mampu meningkatkan kompetisi sehat yang berujung pada peningkatan mutu pelayanan. Lagipula standar pelayanan juga lebih bisa dikontrol pada sistem ini...” (R-1)

“...Pemkab ingin pelayanan dasar ini bisa diakses dengan mudah dimana saja dengan mutu yang baik, kalau cara lain seperti kapitasi mungkin akan ada polarisasi pelayanan...” (R-3)

Pandangan negatif terhadap sistem PKJ khususnya kapitasi lebih diperparah lagi dengan anggapan bahwa sistem kapitasi khususnya digunakan oleh organisasi asuransi kesehatan yang bersifat mencari keuntungan, seperti diuraikan oleh responden berikut:

Kotak 12.

“...kalau askes bisa 2500 karena dia kan cari untung dan memakai kapitasi di dokter keluarga atau Puskesmas...” (R-3)

Pendapat kedua dari Direktur Bapel JKJ yang menyatakan sistem PKJ khususnya kapitasi memang lebih baik dibandingkan *fee for service* dalam peranannya untuk mengendalikan biaya dan tingkat kunjungan meskipun kemudian tetap ada sorotan terhadap kelemahan sistem kapitasi akibat *moral hazard provider* (kotak 15).

Kotak 13.

“...sistem ini lebih memungkinkan untuk melakukan pengendalian biaya dan kunjungan karena pengawasan yang lebih mudah dan administrasi yang tidak rumit.... Tetapi bukan berarti kapitasi selalu lebih baik, ada juga kelemahannya dari segi pelayanan yang tempatnya saja sudah dibatasi, belum upaya moral hazard dari PPK menghindari pemberian pelayanan...” (R-4)

Persepsi bahwa standar pelayanan dan mutu pelayanan yang kurang terjaga dan berakibat pada rendahnya tingkat kepuasan konsumen dan PPK pada sistem kapitasi dibandingkan dengan *fee for service* tidak dapat sepenuhnya dikatakan benar. RAND Corporation di Amerika pada tahun 1976-1981 melakukan penelitian untuk

membandingkan sistem kapitasi dengan *fee for service* secara sangat ketat mengontrol berbagai kontaminan sehingga hasilnya dapat dipercaya.

Mereka membandingkan utilisasi biaya, kepuasan peserta, status kesehatan, dan berbagai informasi lain. Tampak bahwa dari segi biaya, sistem praupaya telah menghemat biaya cukup besar akibat peningkatan pelayanan preventif yang justru menguntungkan status kesehatan peserta, akan tetapi pada beberapa hal memang pembayaran kapitasi sedikit menurunkan kepuasan peserta, terutama pada kelompok berpenghasilan tinggi<sup>23</sup>.

Di Rusia penelitian Bar dan Field pada tahun 1996 menemukan bahwa sepertiga biaya dapat dihemat dengan sistem kapitasi dengan tanpa perbedaan yang bermakna dalam mutu pelayanan kesehatan. Hasil penelitian terhadap pelaksanaan kapitasi total model PT Askes juga memperlihatkan keberhasilan mengendalikan angka rujukan akibat *moral hazard provider*, suatu hal yang ditakutkan dapat terjadi oleh sebagian besar kalangan pada sistem pembayaran kapitasi<sup>23</sup>.

Kekhawatiran terhadap kualitas pelayanan dan *moral hazard provider* pada pelaksanaan sistem kapitasi dapat ditekan dengan menerapkan kendali mutu yang terintegrasi dengan kendali biaya. Pada organisasi *managed care* kendali mutu dapat dilakukan secara retrospektif dan prospektif. Secara retrospektif kendali mutu dapat dilakukan melalui analisis pola praktek dokter, analisis variasi utilisasi dan pola layanan, serta penilaian hasil layanan. Secara prospektif dapat dilakukan dengan analisis rujukan, opini dokter kedua, atau dengan prosedur tetap. Cara-cara lainnya yang dikenal dalam *managed*



*care* adalah seleksi PPK, kredensialisasi, protokol pengobatan, program jaminan mutu dan penjaminan mutu berkelanjutan.

Pandangan *policy makers* yang mengkaitkan sistem kapitasi dengan asuransi kesehatan komersial yang bersifat *for profit* (dicontohkan Askes PNS) juga tidak bisa dikatakan tepat karena sistem kapitasi muncul bukan karena dipicu oleh upaya perusahaan asuransi mencari keuntungan, tetapi lebih kepada upaya mengendalikan biaya pelayanan yang terus meningkat akibat pemakaian sistem *fee for service*<sup>11,14,21,22,23</sup>.

Asuransi PNS sendiri sesungguhnya adalah asuransi kesehatan sosial mengingat sifat kepesertaan dan cara pembayaran preminya, memang kemudian timbul kontradiksi melihat Bepelnya ternyata adalah BUMN berbentuk perseroan terbatas (PT) yang bersifat mencari laba, meskipun laba tersebut disetorkan sebagai *dividen* ke pemerintah, tetapi UU SJSN kemudian telah mempertegas dengan menyatakan bahwa PT Askes harus bersifat *not for profit*<sup>14</sup>.

Persepsi ketiga tentang PKJ berasal dari kalangan legislatif yang tampaknya tidak memiliki pandangan apapun mengenai sistem yang dipilih, karena menurut mereka terlalu bersifat teknis dan kurang disosialisasikan oleh pihak eksekutif (kotak 14).

Kotak 14.

“...Kami kurang diajak bicara dan memang tidak mengerti mengenai teknis bagaimana seharusnya cara pembayaran dokter,...” (R-2b)

Kenyataan ini sesungguhnya patut disayangkan, mengingat peran dan fungsi DPRD yang sedemikian besar dalam pengawasan pelaksanaan pembangunan daerah termasuk program JKJ. Ketidaktahuan anggota DPRD terhadap beberapa hal teknis

pelaksanaan program justru berakibat pada lemahnya fungsi pengawasan dan kontrol pelaksanaan program JKJ.

Bagaimana mungkin dewan yang terhormat mampu melakukan kontrol atau koreksi terhadap pelaksanaan program atau kebijakan jika mereka tidak memahami setidaknya garis besar pelaksanaan suatu program/kebijakan dan tidak memiliki pengetahuan akan alternatif penyelenggaraan suatu program/kebijakan. Keberadaan semacam tim pendamping atau tim ahli yang bisa membantu dewan dalam menganalisis suatu kebijakan atau pelaksanaan program sepertinya menjadi sebuah kebutuhan penting.

### **3. Analisis Persepsi *policy makers* terhadap pembayaran premi oleh masyarakat umum.**

Pertanyaan diajukan untuk mengetahui Persepsi *policy makers* terhadap kemungkinan penerapan pembayaran premi khususnya PPK I JKJ oleh penduduk umum. Dari hasil wawancara mendalam tampak adanya resistensi *policy makers* terhadap usulan kebijakan ini, terlihat pada penekanan mereka pada pemenuhan hak atas kebutuhan dasar kesehatan yang sudah menjadi kewajiban Pemkab (kotak 15).

Kotak 15.

“...Konsep yang kami pakai berbeda, seperti yang tadi saya katakan, hak masyarakat adalah pada pelayanan kesehatan dasar dan pemerintah wajib mensubsidinya. Konsepnya adalah mencegah mereka sakit lebih parah dengan mengobati lebih awal, itu preventif bukan kuratif...” (R-1)

“...PPK I tetap disubsidi pemerintah karena itu memang komitmen Pemkab pada pelayanan tingkat dasar. Walaupun secara pribadi saya lebih menyukai kalau subsidi justru diberikan ke pelayanan lanjutan, bukan di PPK I, atau dihitung secara global, subsidi pada premi JKJ bagi semua tingkat pelayanan...” (R-4)

Dari petikan wawancara di atas terlihat bahwa ada ego otonomi daerah dalam pengambilan kebijakan program JKJ, ada nuansa politis untuk membuat suatu inovasi atau program yang berbeda di tingkat daerah. Sayangnya kebijakan ini kurang dibekali dengan pemahaman yang benar akan kebutuhan dasar medis, prinsip keadilan egaliter, serta prinsip-prinsip efisiensi biaya dalam asuransi kesehatan sosial.

Konsep pencegahan sebagai dalil pembenaran subsidi PPK I juga tidak sepenuhnya bisa dikatakan tepat. Pencegahan sekunder memang bisa dilakukan di PPK I, tetapi mesti diingat bahwa diagnosa dini dan pengobatan tepat seringkali malah memerlukan tindakan dan piranti medis yang hanya dapat diberikan di pelayanan lanjutan. Misalnya kasus demam berdarah yang memang bisa didiagnosa dini di PPK I, tetapi tetap memerlukan diagnosa pasti dan penanganan yang tepat di tingkat lanjut, atau kanker leher rahim yang bisa didiagnosa dini dengan asam asetat di PPK I tetapi harus memperoleh diagnosa pasti dan penanganan lanjutan di PPK II dan III.

Kebijakan Kepala Daerah cukup kentara mempengaruhi para pengambil kebijakan teknis JKJ, sehingga meskipun memiliki pemahaman yang baik tentang dimana sesungguhnya kebutuhan dasar medis harus dipenuhi dan disubsidi pemerintah, pendapat mereka tetap mengacu kepada pendapat pimpinan organisasi. Menurut Muchlas<sup>30</sup>, hal tersebut wajar terjadi pada organisasi yang memiliki kepemimpinan yang kuat, pendapat pimpinan adalah pendapat organisasi, dan individu-individu dalam organisasi akan mengacu atau berasosiasi pada pendapat pimpinannya.

Alternatif lain yang bisa dilakukan oleh Pemkab Jembrana dan Bapel JKJ untuk mengendalikan biaya dalam sistem dimana premi

PPK I masih sepenuhnya disubsidi adalah dengan menerapkan konsep iur biaya. Iur biaya dapat dilakukan dengan menerapkan *deductible* atau *co-insurance* kepada peserta JKJ yang datang berobat ke PPK I. *Deductible* diberlakukan dengan mengenakan jumlah biaya tertentu menjadi beban pengguna jasa layanan, sedangkan diatas jumlah tersebut menjadi beban Bapel sedangkan *co-insurance/co-payment* mengharuskan peserta membayar sejumlah tertentu berdasarkan persentase biaya pelayanan. Kedua cara tersebut diharapkan mampu mengurangi pemanfaatan pelayanan yang kurang perlu<sup>11,22</sup>. Cara ini terbukti berhasil mengendalikan utilisasi dari sisi *demand* pada penyelenggaraan NHI di Taiwan<sup>40</sup>.

#### **4. Analisis Persepsi *policy makers* terhadap hasil perhitungan besaran biaya per kapita dan premi JKJ.**

Tidak banyak yang bisa direkam dari pertanyaan tentang hasil perhitungan biaya per kapita dan premi JKJ karena besarnya resistensi *policy makers* terhadap kedua usulan kebijakan tersebut.

Hasil wawancara dengan Direktur Bapel JKJ terungkap fakta bahwa pada awal pembentukan JKJ telah dilakukan semacam survei sederhana untuk mengetahui berapa besar kira-kira dana yang dibutuhkan untuk mensubsidi pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember. Hasil yang diperoleh ternyata tidak jauh berbeda dengan biaya per kapita hasil penelitian, dimana untuk PPK I diperoleh sebesar 2500 rupiah per orang per bulan atau 30.000 rupiah per peserta per tahun, sedangkan pada PPK II dan III sebesar 60.000 rupiah per orang per tahun.

Kotak 16.

“...Jumlahnya mendekati hasil perhitungan yang pernah dilakukan dr. Susila dan timnya ketika awal perencanaan program JKJ. Nilai subsidi premi untuk PPK I malah 2500 rupiah per penduduknya per bulan. Untuk PPK II dan PPK III hasilnya juga mendekati 60.000 rupiah per tahun. Tetapi hasil ini akan sangat berguna sebagai referensi kami nanti dalam pengembangan program ini...” (R-4)

##### 5. Analisis Persepsi *policy makers* terhadap teknis pemungutan premi JKJ.

Pertanyaan ini penting karena faktor inilah yang sering menjadi kendala pelaksanaan program jaminan kesehatan di daerah yang secara administrasi kependudukan kurang baik<sup>28</sup>. Beberapa alternatif yang muncul pada hasil wawancara adalah pembayaran melalui kelompok usaha dan melalui lembaga perkreditan di tingkat desa/banjar (kotak 17.).

Kotak 17.

“...Kita bisa melakukan inovasi melalui pengumpulan premi per kelompok, dimana misalnya kelompok perusahaan, pedagang, petani...” (R-3)

“...saya pikir cara mendekatkan pelayanan pendaftaran atau pemungutan premi nantinya adalah dengan mendekati lembaga desa setempat yang dipercaya penduduk misalnya Lembaga Perkreditan Desa yang ada di setiap desa atau banjar...” (R-4)

Pemungutan premi melalui kelompok pekerja/usaha biasanya diterapkan oleh asuransi kesehatan bagi pekerja pada banyak organisasi *managed care* di Amerika<sup>21</sup>. Kebijakan yang sama juga diterapkan pada pelaksanaan AKN di Taiwan<sup>40</sup>. Premi yang dikenakan pada kelompok pekerja ini sering disebut *job-based premium*<sup>45</sup>.

Bedanya adalah pada organisasi *managed care* prinsip perhitungannya lebih rumit karena premi disesuaikan (*adjusted premium*) dengan berbagai macam kriteria seperti daerah tempat kerja,

umur pekerja, resiko pekerjaan, cakupan jaminan, dan lainnya<sup>45</sup>. Sementara di Taiwan yang menggunakan skema asuransi sosial justru menerapkan *fixed premium* berdasarkan jenis pekerjaan peserta<sup>40</sup>.

Cara lainnya adalah pemungutan melalui lembaga perkreditan desa (LPD). Cara ini sangat mungkin dilakukan karena hampir setiap desa atau banjar di Bali memiliki lembaga ini<sup>28</sup>. Hasil survei yang dilakukan Nirmala<sup>28</sup> pada penduduk Bali menunjukkan LPD dipilih sebanyak 21% responden, atau nomor 3 setelah tagihan PLN dan Bank. Masalah yang mungkin muncul adalah perbedaan yang mencolok dalam kemampuan manajerial masing-masing LPD, tetapi masih sangat mungkin dilakukan dengan persiapan yang matang melalui dukungan kebijakan lintas sektoral.

#### **6. Analisis Persepsi *policy makers* terhadap pengembangan program JKJ dikaitkan dengan rencana implementasi UU SJSN.**

Dalam UU SJSN dijelaskan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dalam mekanisme asuransi kesehatan sosial dan berlaku secara nasional, oleh karena itu UU tersebut sesungguhnya adalah landasan untuk terselenggaranya sebuah asuransi kesehatan nasional (AKN). Komitmen pemerintah untuk menyelenggarakan AKN dimulai pada tahun 2005 dengan memberikan jaminan kesehatan kepada 54 juta penduduk miskin melalui PT Askes.

Pertanyaan diajukan untuk mengetahui Persepsi *policy makers* JKJ terhadap keterkaitan JKJ dengan rencana implementasi AKN termasuk didalamnya pelaksanaan program Askeskin. Hasil wawancara mendalam menunjukkan beberapa penekanan *policy makers*. Penekanan yang pertama adalah pentingnya penyelesaian peraturan pelaksana (PP) UU SJSN dengan catatan tetap memperhatikan hasil

keputusan MK, dan program yang sudah berkembang di daerah (kotak 18).

Kotak 18.

“...Seharusnya dibuat kebijakan yang pro daerah, UU bisa dirubah atau mungkin lebih penting segera dibuat peraturan pemerintah yang mengatur secara lebih teknis bagaimana pelaksanaan SJSN sehingga daerah tidak meraba-raba seperti sekarang, dan harus diingat semangat otonomi dan kewenangan daerah seperti yang dimenangkan MK terhadap Judisial review UU SJSN tetap menjadi acuan...” (R-1)

Penekanan yang kedua adalah keragu-raguan *policy makers* JKJ terhadap pelaksanaan kebijakan desentralisasi dalam kerangka UU SJSN, terlihat dalam petikan wawancara berikut:

Kotak 19.

“...sekarang kan era desentralisasi, yang aneh itu pusat yang setengah hati melepas daerah, mana ada UU kok melegalkan monopoli dan oligopoli dengan menyebut PT. Askes...” (R-1)

“...Askeskin juga aneh, mana ada pembayaran langsung diserahkan ke PPK (Puskesmas), seharusnya pusat kan mengakomodasi daerah, kami juga punya JKJ yang mengcover gakin, sebaiknya dana itu disatukan saja ke kami. Mempersulit daerah saja... (R-1)

Penekanan lainnya adalah pada peran badan penyelenggara di tingkat pusat yang harus mengayomi bapel daerah sehingga tetap dapat berkembang dalam kerangka SJSN dengan inovasi dan kekhasannya masing-masing (kotak 20).

Kotak 20.

“...Seharusnya potensi daerah diberdayakan. Bapel nasional dapat menjadi bapak angkat bagi bapel JKJ...” (R-3)

“...Saya pikir daerah harus dibiarkan berinovasi dengan caranya sendiri, memang ada tatanan yang ideal, tetapi ingat ada masalah kebijakan dan politis bermain di sini, daerah juga memiliki keinginan untuk menunjukkan kekhususannya...” (R-4)

Sebelum *judisial review* pasal 5 UU SJSN, sistem *single payer* adalah pilihan pusat, tetapi setelah keputusan tersebut keluar diikuti

dengan besarnya tuntutan desentralisasi, model tersebut mengalami hambatan yang cukup besar. Alternatif lainnya adalah dengan menyelenggarakan AKN secara bertahap dengan melibatkan Bapel yang sudah ada dan siap di tingkat provinsi atau kabupaten<sup>2</sup>.

Pengalaman negara-negara lainnya yang sukses mengembangkan asuransi kesehatan sosial menunjukkan perlunya waktu dan proses yang panjang<sup>2,14</sup>. Melihat keragaman yang kita miliki pentahapan adalah sesuatu mutlak diperlukan, sehingga perkembangan jaminan kesehatan daerah seperti JKJ, tidak perlu dianggap bertentangan dengan SJSN, justru merupakan upaya pentahapan dan percepatan untuk mencapai *universal coverage*, asal memiliki arah, skenario dan tujuan yang sama.

Untuk melaksanakan pentahapan tersebut, upaya penerapan model desentralisasi integrasi sebagai konsekuensi dari keputusan MK atas judicial review UU SJSN harus diperkuat kembali, baik oleh pusat maupun daerah<sup>2</sup>. Bagaimana pola hubungan, peran, dan fungsi lembaga pengelola jaminan kesehatan di tingkat pusat maupun daerah masih akan menjadi tantangan yang berat di masa depan<sup>2,14</sup>.

Berdasarkan uraian diatas, harapan *policy makers* JKJ harus dilihat sebagai kesungguhan daerah untuk maju mengembangkan jaminan kesehatan yang bermanfaat besar, pusat sebaiknya berperan sebagai Bapak yang membimbing dan mendorong mereka untuk maju.



## 7. Analisis Persepsi PPK I JKJ terhadap sistem pembayaran kapitasi

Dari hasil wawancara terlihat hampir sebagian besar PPK I kurang menyukai cara pembayaran secara kapitasi tercermin dari petikan wawancara pada kotak 21.

Kotak 21.

“...RS tidak punya pengalaman yang cukup dengan cara itu, disamping itu cara tersebut membatasi kebebasan dalam pemberian pelayanan agar PPK tidak rugi. Yang dikhawatirkan adalah penurunan kualitas pelayanan kesehatan...” (R-5)

“...Sistem ini kurang kami sukai karena ada resiko kerugian didalamnya. Pengalaman dengan sistem ini juga tidak terlalu baik apalagi dengan apa yang sudah terjadi di Jembrana selama ini dimana masyarakat sudah terbiasa berobat secara mudah dan dimana saja. sistem ini juga merugikan masyarakat dari sisi kebebasan memilih PPK...” (R-6)

Hampir sama seperti pendapat *policy makers*, sebagian besar PPK melihat PKJ khususnya kapitasi sebagai sistem yang merugikan dari sisi kebebasan konsumen dalam memilih pelayanan, di samping pandangan negatif akan adanya resiko finansial berupa kerugian pada pihak PPK.

Ketakutan akan kegagalan secara finansial bahkan juga dirasakan oleh PPK yang justru menganggap kapitasi sebagai suatu cara pembayaran yang baik. Senada dengan pendapat sebelumnya pangkal semua ketakutan terjadi karena kebebasan masyarakat memperoleh pelayanan yang menurut anggapan PPK susah untuk dirubah.

Kotak 22.

“...Kapitasi seperti yang diterapkan askes ya? Kalau itu memang secara konsep baik, tetapi masalahnya masyarakat sudah terbiasa memperoleh pelayanan kesehatan secara mudah, kalau kemudian diterapkan kapitasi sepertinya dokter akan mengalami kesulitan di tahun-tahun pertama mengingat harus melakukan upaya mengerem jumlah pasien yang berobat, atau menyadarkan mereka kalau tidak semua keluhan harus mendapatkan pengobatan...” (R-7b)

Terdapat kontradiksi dalam pendapat PPK di atas. Di satu sisi mereka menyadari telah terjadi overutilisasi pelayanan PPK I, sedangkan di sisi lainnya PPK justru merasa diuntungkan secara finansial, sehingga takut jika dilakukan perubahan pada sistem pembayaran PPK yang akan merubah pola kunjungan pasien. Di sinilah *moral hazard provider* pada sistem *fee for service* semakin terlihat jelas.

#### **8. Analisis Persepsi PPK terhadap biaya per kapita hasil penelitian.**

Seperti halnya pandangan PPK terhadap sistem kapitasi, pandangan mereka terhadap besaran biaya per kapita hasil penelitian juga menunjukkan adanya kekhawatiran yang mendalam akan ketidakadilan dan besarnya resiko kerugian yang mungkin mereka tanggung (kotak 23).

Kotak 23.

“...Jika sesuai dengan tingkat utilisasi yang sudah2 mungkin cukup, jika tidak dan pola yang ada di masyarakat sekarang masih seperti ini maka mungkin akan kurang..” (R-6)

“...Sepertinya tidak cukup ya, kalau jumlah kunjungan ke dokter masih seperti sekarang jelas saya akan mengalami kerugian..” (R-7a)

Petikan wawancara di atas menunjukkan masih rendahnya pemahaman PPK terhadap sistem kapitasi yang memang menuntut PPK lebih kreatif dalam pengelolaan dana kapitasi melalui peningkatan kualitas pelayanan dengan upaya promotif dan preventif untuk menekan angka kesakitan disamping menegakkan diagnosis secara tepat dan mengobati pasien secara efisien untuk mempercepat kesembuhannya<sup>23</sup>.

Beberapa PPK yaitu dari kelompok bidan dan dokter gigi malah terlihat tidak memahami samasekali sistem pembayaran kapitasi, terlihat dari kebingungan mereka terhadap besaran biaya per kapita hasil perhitungan penelitian sehingga diperlukan upaya sosialisasi yang baik jika sistem pembayaran kapitasi akan digunakan.

Kotak 24.

“...Saya tidak bisa berkomentar banyak, karena memang tidak ada pengalaman dengan cara ini, dan apa memang menjamin PPK tidak beresiko rugi...” (R-8)

“...Wah saya jelas kurang mengerti, kok lebih baik cara yang sekarang saja deh...” (R-9a)

“...Tidak cukup rasanya, coba bagi itu per bulan jadi berapa? Belum terbayang saya, lebih baik cara sekarang. Menurut Pak lebih banyak itu? Lebih baik jangan berpikir begitu, sudah mikir laporan, lagi rumit seperti itu...” (R-9b)

Berbeda dengan pendapat responden PPK I JKJ, hasil penelitian Hendrartini<sup>46</sup> (2002) terhadap dokter Puskesmas dan dokter keluarga yang telah mengenal sistem pembayaran kapitasi menunjukkan sebagian besar PPK justru memandang adil sistem pembayaran ini. Hanya 27% responden yang menganggap sistem pembayaran kapitasi merugikan PPK dan dapat mempengaruhi kepuasan PPK. Keluhan justru muncul pada PPK Puskesmas yang merasa kapitasi yang ditetapkan lebih rendah dari unit cost riil, hal ini sejalan dengan hasil penelitian Wintera<sup>47</sup> yang menunjukkan tingginya ketidakpuasan dokter Puskesmas terhadap besaran kapitasi PT Askes yang dinilai lebih kecil dibandingkan pasien umum.

Untuk mengatasi hal itu sebaiknya besaran biaya per kapita dihitung berdasarkan unit cost atau biaya klaim yang selama ini berlaku serta dikomunikasikan secara baik antara Bapel dan PPK<sup>23</sup>. Selain itu beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi resiko kerugian

finansial PPK adalah dengan melakukan *risk adjustment capitation*, *curve out*, dan *reinsurance*<sup>48</sup>.

*Risk adjustment capitation*, besaran kapitasi dihitung dengan penyesuaian terhadap faktor demografi, riwayat kesehatan peserta, riwayat kunjungan peserta, dan beberapa indikator klinik<sup>48</sup>.

*Curve out*, dilakukan dengan mengeluarkan pelayanan tertentu dari perhitungan kapitasi untuk dibayar dengan cara lain<sup>48</sup>. Peran Bapel bersama-sama dengan PPK dibutuhkan untuk membahas jenis pelayanan yang harus dikeluarkan, tetapi dengan tetap memperhatikan hak-hak peserta untuk memperoleh pelayanan yang optimal.

Cara terakhir adalah dengan melakukan *reinsurance*. Reasuransi pada perusahaan reasuransi dilakukan oleh Bapel untuk menghindari terjadinya kerugian pada PPK akibat pengeluaran yang tidak terduga<sup>48</sup>. Penyelenggaraan reasuransi di Indonesia diatur dalam keputusan Menteri Keuangan Indonesia Nomor 422/KMK.06/2003<sup>11</sup>.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

1. *Visit rate* PPK I, peserta umum program JKJ berdasarkan utilisasi riil adalah 404,9‰ per bulan, tertinggi pada dokter umum sebesar 260,7‰ per bulan dan terendah pada poli gigi sebesar 0,2‰ per bulan. Jumlah ini jauh lebih tinggi dibandingkan standar Depkes pada program Askeskin sebesar 150‰.
2. Biaya klaim penduduk umum pada PPK I JKJ berdasarkan utilisasi riil berjumlah Rp.14.040.878.776,- lebih tinggi 63% dibandingkan biaya klaim yang dihitung berdasarkan utilisasi normal yaitu Rp.5.201.652.982,-. Biaya klaim PPK II berjumlah Rp.7.972.232.931,- sedangkan biaya klaim PPK III termasuk persalinan berjumlah Rp.2.375.505.041,-.
3. Besaran biaya per kapita total yang dihitung berdasarkan utilisasi riil PPK I adalah Rp.10.479,- per bulan per peserta, jumlah ini lebih tinggi 31,61% dibandingkan biaya per kapita total yang dihitung berdasarkan utilisasi normal PPK I yaitu sebesar Rp.7.166,- per bulan per peserta.
4. Biaya operasional JKJ berjumlah Rp.1.751,- per peserta per tahun.
5. Besaran premi bruto JKJ yang dihitung berdasarkan utilisasi riil PPK I adalah Rp.140.069,- per peserta per tahun, jumlah tersebut 31% lebih besar dibandingkan premi bruto yang dihitung berdasarkan utilisasi normal PPK I senilai Rp.96.341,- per tahun per peserta.

6. Pemkab dapat mengembangkan jaminan kesehatan yang komprehensif bagi seluruh masyarakat secara bertahap dengan terlebih dulu mengalihkan subsidi premi PPK I sebesar 8 miliar rupiah per tahun untuk mensubsidi premi PPK I, II, dan III JKJ dengan rincian tarif sebesar Rp.0,- atau gratis untuk 40% penduduk berpendapatan terendah, Rp.89.595,- bagi 40% penduduk berpendapatan sedang dan Rp.96.341,- bagi 20% penduduk berpendapatan tinggi.
7. Terdapat pemahaman yang keliru pada sebagian besar *policy makers* program JKJ terhadap konsep kebutuhan dasar kesehatan, pelayanan kesehatan yang sebaiknya disubsidi negara dan konsep keadilan egaliter dalam bidang kesehatan sehingga menimbulkan resistensi atau penolakan terhadap kebijakan pembayaran premi, khususnya premi PPK I JKJ.
8. Sebagian besar *policy makers* program JKJ memiliki persepsi yang buruk terhadap sistem pembayaran kapitasi karena dipandang memiliki kelemahan dalam pemerataan, keadilan, kepuasan pasien dan mutu pelayanan kesehatan, meskipun memberikan apresiasi terhadap hasil penghitungan kapitasi dan premi JKJ.
9. Teknik mobilisasi dana melalui kelompok pekerja atau usaha dan melalui lembaga perkreditan desa yang ada di masing-masing banjar dapat dijadikan alternatif cara pemungutan premi JKJ jika kelak diberlakukan.
10. Terdapat harapan dari *policy makers* JKJ untuk mengembangkan JKJ dalam kerangka SJSN sebagai bagian dari pentahapan untuk mencapai universal coverage.

11. Sebagian besar PPK yang diwawancarai memiliki persepsi yang buruk terhadap sistem pembayaran kapitasi dan hasil perhitungan biaya per kapita yang dipandang dapat memberikan kemungkinan terjadinya resiko kerugian finansial pada PPK.

## **B. Saran**

1. Kepada Bapel JKJ agar:
  - a. Melakukan kajian utilisasi secara prospektif maupun retrospektif sebagai bentuk kendali biaya dan mutu. Kegiatan ini berguna untuk memantau kemungkinan terjadinya *moral hazard provider* dan peserta JKJ untuk kemudian diambilkan tindakan secara khusus kepada PPK atau peserta bersangkutan. Hasil kajian juga dapat digunakan sebagai bahan advokasi berbasis bukti bagi *policy makers* utama (atasan) untuk mendukung kebijakan pembayaran PPK I secara prospektif dan pembayaran premi oleh masyarakat umum Jembrana.
  - b. Memasukkan biaya pengembangan SDM seperti perekrutan, pendidikan, dan pelatihan ke dalam perencanaan komponen biaya *general overhead*. Hal ini berguna untuk meningkatkan kapasitas dan kualitas staf dalam pelaksanaan manajemen program JKJ khususnya yang berkaitan dengan upaya pengawasan dan pengendalian pembiayaan program.
  - c. Memperkuat standar terapi yang sudah ada khususnya yang berkaitan dengan penyakit kronis dan degeneratif. Hal ini berguna untuk mencegah *moral hazzard provider* dan meningkatkan kualitas pelayanan.

- d. Upaya sosialisasi dan perluasan cakupan kepesertaan dapat dilakukan melalui lembaga adat di Jembrana yang memiliki pengaruh lebih kuat di masyarakat.
2. Kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Jembrana agar:
    - a. Mengeluarkan kebijakan lintas sektoral yang mampu meningkatkan kinerja dinas terkait untuk memperluas cakupan kepemilikan KK dan KTP. Upaya ini diharapkan dapat mendorong upaya memperluas cakupan kepesertaan JKJ.
    - b. Mengeluarkan kebijakan JKJ yang memperhatikan konsep kebutuhan dasar kesehatan, pelayanan kesehatan yang layak disubsidi, dan aspek keadilan egaliter dalam bidang kesehatan, melalui pembayaran prospektif khususnya kapitasi kepada PPK I, pembayaran premi oleh masyarakat mampu, dan pemberian jaminan kesehatan komprehensif (PPK I,II, dan III) bagi seluruh masyarakat Jembrana. Pemberian jaminan komprehensif dapat dimulai dengan mengalihkan subsidi premi PPK I ke 40% kelompok masyarakat berpenghasilan terendah.
    - c. Besaran biaya per kapita dan premi hasil penelitian ini dapat digunakan dalam jangka waktu 2-3 tahun ke depan dengan melakukan beberapa penyesuaian seperti memperhitungkan biaya inflasi kesehatan, jenis paket pelayanan yang dijamin, variasi kepesertaan, serta perubahan pola utilisasi dan penyakit di masyarakat.
    - d. Mengembangkan kebijakan untuk memberlakukan konsep dokter keluarga dalam pemberian pelayanan PPK I. Konsep ini akan membantu upaya kendali biaya dan memperkuat upaya promotif dan preventif program JKJ. Selain itu konsep dokter keluarga



- akan memudahkan Bapel dalam melaksanakan kajian utilisasi yang berguna memantau kebutuhan, pemanfaatan, dan ketepatan layanan.
- e. Menerapkan sistem iur biaya (*deductible* atau *co-insurance*) pada pelayanan PPK I dan hanya mensubsidi pelayanan tingkat lanjut (PPK II dan III) pada peserta dari kelompok PNS jika Pemkab bersikeras meneruskan kebijakan subsidi premi bagi seluruh masyarakat Jembrana.
  - f. Memadukan upaya kesehatan masyarakat seperti pendidikan kesehatan, kesehatan lingkungan, dan kesehatan kerja, serta upaya lainnya sebagai bagian dari bentuk jaminan kesehatan komprehensif melalui Puskesmas dan Dokter Keluarga.
  - g. Mengembangkan semacam *standar operating procedur* (SOP) yang jelas dalam pengelolaan keuangan JKJ, khususnya yang menyangkut peruntukan dan kapasitas maksimal subsidi sehingga mendorong Bapel melakukan upaya pengendalian biaya.
  - h. Mengoptimalkan peran Badan Pembina melalui penempatan SDM yang tepat dan memperjelas peran, fungsi dan kedudukannya sehingga memperkuat upaya pembinaan dan pengawasan kinerja Bapel JKJ.
3. Kepada Dewan Perwakilan Daerah Kabupaten Jembrana agar:
- a. Mencermati secara lebih jelas pelaksanaan program JKJ, khususnya yang menyangkut kemungkinan terjadinya penyerapan dana secara tidak wajar ke kelompok masyarakat mampu dan PPK I yang berakibat pada ketidakefektifan, inefisiensi dan ketidakadilan subsidi premi PPK I JKJ.

- b. Menggunakan konsultan tenaga ahli dalam bidang asuransi kesehatan untuk meningkatkan kinerja Dewan dalam pengawasan dan evaluasi pelaksanaan program JKJ yang pada akhirnya memicu pembahasan kebijakan program JKJ yang memenuhi prinsip-prinsip kendali biaya dan mutu dalam kerangka jaminan kesehatan komprehensif.
4. Kepada Dinas Kesehatan Jembrana selaku pemilik dan pembina PPK di wilayah kerjanya untuk meningkatkan sosialisasi sistem pembayaran prospektif dalam kerangka asuransi kesehatan. Selain berguna mengurangi resistensi PPK terhadap sistem pembayaran prospektif, sosialisasi berguna untuk meningkatkan pemahaman peserta terhadap pentingnya upaya pemberian pelayanan kesehatan yang ditekankan pada upaya promotif, preventif, serta pengobatan yang efektif dan efisien.
5. Kepada kelompok-kelompok masyarakat khususnya lembaga-lembaga non pemerintah yang bergerak di bidang kesehatan untuk tidak berhenti dan terus menerus menyuarakan kritik yang bersifat membangun melalui kajian kebijakan berbasis bukti di berbagai media dan kesempatan yang ada untuk memotivasi Pemerintah Daerah Jembrana khususnya *policy maker* utama program JKJ untuk menelurkan kebijakan program JKJ yang memenuhi prinsip-prinsip kendali biaya dan mutu dalam kerangka jaminan kesehatan komprehensif.
6. Kepada peneliti selanjutnya dapat dikembangkan penelitian untuk:
  - a. Mengkaji biaya per kapita dan premi berdasarkan *unit cost* pelayanan atau biaya rata-rata pelayanan yang berlaku umum di masyarakat.

- b. Mengkaji penetapan besaran kapitasi berdasarkan biaya per kapita pada penelitian ini atau berdasarkan usulan penelitian pada *point a*.
- c. Melakukan penghitungan ATP dan WTP masyarakat Jembrana terhadap hasil penghitungan premi.
- d. Melakukan penghitungan *net benefit* program JKJ.
- e. Melakukan penelitian untuk mengetahui kemungkinan penerapan dokter keluarga dalam pelayanan PPK I JKJ.
- f. Mengkaji persepsi peserta JKJ terhadap dimensi kualitas pelayanan PPK I JKJ.

Penelitian tersebut di atas akan memperkuat upaya advokasi kebijakan program JKJ yang memenuhi prinsip-prinsip kendali biaya dan mutu dalam kerangka jaminan kesehatan yang komprehensif di Bumi Makepung, Jembrana.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta, 2004.
2. Mukti AG. *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*. Yogyakarta: Manajemen Kebijakan & Manajemen Asuransi Kesehatan UGM, 2007.
3. Thabrany H, ed. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A*. Jakarta : Pemjaki, 2005.
4. Mukti AG. *Good Governance dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta : Manajemen Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UGM, 2007.
5. Pemkab Jembrana. Jaminan Kesehatan Jembrana:  
[http://www.jembrana.go.id/program\\_unggulan/jki.php](http://www.jembrana.go.id/program_unggulan/jki.php). diakses 1 Mei 2007
6. Winasa, I G. *Pengelolaan Jaminan Kesehatan di Jembrana*. Disampaikan pada Kongres Pemjaki. Jakarta, 2006.
7. Nirmala AA dan Muninjaya AAG. *Tantangan Dalam Mengembangkan Universal Coverage Pembiayaan Kesehatan Masyarakat di Indonesia; Studi Kasus di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali*. Denpasar : UPLEK FK Unud, 2006.
8. Santabudi, IG. *Analisis Besaran Premi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali* (Tesis MIKM UGM). 2006.
9. Gwatkin, Davidson R. *Are Free Government Services The Best Way To Reach The Poor?*. HNP Discussion Paper. Washington DC: World Bank, 2004.
10. Murti B. *Implikasi Ekonomis Pembiayaan Kesehatan melalui JPKM; Problem Moral Hazard*. Yogyakarta : JMPK UGM, 1998, Vol. 01(03).
11. Ilyas Y, ed. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian B*. Jakarta : Pemjaki, 2005.
12. Witter S, et al. *Health Economic for Developing Countries; A Practical Guide*. Oxford : Macmillan Education, 2000.
13. Mukti AG. *Kemampuan dan Kemauan Membayar Premi Asuransi Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul*. Yogyakarta : JMPK UGM, 2001, Vol. 04(02).
14. Thabrany H. *Asuransi Kesehatan Nasional*. Jakarta : Pemjaki, 2005.
15. Julita MA, Trisnantoro L, Murti B. *Evaluasi Pembiayaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Kota Medan*. Yogyakarta: JMPK UGM, 2000, Vol 03(01).
16. Sucahyono E, Mukti AG, Hendrartini J. *Analisis Penetapan Besaran Nilai Kapitasi Penuh Berbasis Pada Tarif Riil dan Utilisasi Pelayanan; Studi Kasus pada PT Jamsostek Kota Semarang*. Yogyakarta: JMPK UGM, 2002, Vol 05(01).
16. Thabrany H. *Asuransi Kesehatan Nasional*. Jakarta : Pemjaki, 2005.
17. Getzen TE. *Health Economics, Fundamental and Flows of Fund*. New York : John Wiley Inc, 1997. Hal62-63.

18. Thabrany H, ed. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. Jakarta : Rajawali, 2005.
19. Deputi Menko Kesra RI. *UU SJSN 2004 Pasca Keputusan MA: Tantangan Baru dalam Mengembangkan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia*. Disampaikan pada Lokakarya Pemaparan Hasil Penelitian Asuransi Kesehatan Sosial: Jakarta, 2005.
20. Mukti AG. *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan, Konsep dan Implementasi*. Yogyakarta : Pusat Pengembangan Sistem Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan FK UGM, 2007.
21. Saefuddin F dan Ilyas Y. *Managed Care: Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan, Bagian A*. Jakarta : Pemjaki, 2001.
22. Sulastomo. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : Gramedia, 2003.
23. Thabrany H dan Hidayat B, ed. *Pembayaran Kapitasi*. Jakarta : FKM UI, 1998.
24. Kongstvedt PR. *Pokok-pokok Pengelolaan Usaha Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC, 1995.
25. Depkes RI. *Pemantauan Utilisasi dalam Pelayanan Kesehatan Terkendali; Pengertian dan Pelaksanaannya*. Jakarta: Depkes RI, 2003.
26. Feldstein PJ. *Health Care Economics, Fourth edition*. New York : Delmar, 1993.
27. Murti B. *Pendapatan, Pendidikan, Tempat Tinggal, dan Kemauan Membayar Asuransi Kesehatan Anak: Penggunaan Tehnik Bidding Game*. Yogyakarta : JMPK FK UGM, 2005.
28. Nirmala AA. *Survei Pasar Jaminan Kesehatan Sosial di Bali*. Yogyakarta: JMPK FK UGM, 2007.
29. Woolhandler S and David U. *Paying for National Health Insurance-and not getting it*. Health Care Cost, 2002. Page 2
30. Muchlas M. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Program Pendidikan Manajemen Rumah Sakit UGM, 1999.
31. Bungin B. *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Rajawali Press, 2003.
32. Nueman WL. *Social Research Method; Qualitative and Quantitative Approach, Fifth Edition*. Boston: Peorson, 2006.
33. Depkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2003*. Jakarta, 2003.
34. Dewi R.K. dan Trisnantoro L. *Evaluasi Pembiayaan JPKM di Rumah Sakit Surya Husada Denpasar*. Yogyakarta: JMPK FK UGM, 2000, Vol 03(01).
35. Depkes RI. *Pedoman Pelaksanaan JPK Masyarakat Miskin (askeskin) 2007*. Jakarta, 2007.
36. BKJ Bali. *Statistik Kesehatan Bali 2006; Hasil Susenas 2006*. Denpasar, 2007.
37. Dinkessos Jembrana. *Profil Kesehatan Daerah Tk.II Jembrana tahun 2007*. Negara, 2007.
38. Mukti AG, Thabrany H, Trisnantoro L. *Telaah Kritis Terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Yogyakarta: JMPK FK UGM, 2001, Vol 04(03).

39. BKJ Bali. *Pola Konsumsi dan Distribusi Pendapatan Bali tahun 2006*. Denpasar, 2007.
40. Huang N, Yip W, Jenq Cou Y, Jen Wang P. *The Distribution of Net Benefit Under the National Health Insurance Program in Taiwan*. Health Policy and Planning, 2007; 22. Page 49-59.
41. James C, et all. *Clarifying Efficiency-Equity Tradeoffs through Explicit Criteria, with a Focus on Developing Country*. Health Care Analysis. 2005, Vol. 13 (01).
- 42 Arifianto A, Marianti R, Budiyanti S, Tan E. *Making Service Work for The Poor in Indonesia; e Report on Health Financing Mechanisms (JPK-Gakin) Schemes in Kabupaten Purbalingga, East Sumba, and Tabanan*. Jakarta: World Bank Indonesia, 2005.
43. WHO. *Technical Briefs For Policy Makers: Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure, Number 2*. 2005.
44. Kompas. *Tak Perlu PT Askes*. Edisi Selasa, 19 Februari 2008, hal 13.
45. Gabel J, et all. *Generosity and Adjusted Premium in Job Based Insurance*. Health Affairs, 2006; 10.1377, page 832-843.
46. Hendrartini J. *Persepsi PPK I terhadap Asuransi Kesehatan/JPKM*. Yogyakarta: JMPK FK UGM, 2002, Vol 05(02).
47. Wintera I Gde, Hendrartini J. *Determinan Kepuasan Dokter Puskesmas terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi Peserta Wajib PT Askes di Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah*. Yogyakarta: JMPK FK UGM, 2005, Vol 08(02).
48. Anderson GF and Weller WE. *Method of Reduction Financial Risk of Phicisians Under Capitation*. Arch Fam Med, 1999;8:page 149-155.