

PERSEPSI *STAKEHOLDERS* TERHADAP LATAR BELAKANG SUBSIDI PREMI, SISTEM KAPITASI DAN PEMBAYARAN PREMI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN JEMBRANA

STAKEHOLDERS PERCEPTIONS TOWARD BACKGROUND OF PREMIUM SUBSIDY, CAPITATION SYSTEM AND PREMIUM PAYMENT OF JEMBARANA HEALTH INSURANCE

Pande Putu Januraga¹, Chriswardani Suryawati², Septo Pawelas Arso²

¹Bagian AKK PSIKM Universitas Udayana, Badung, Bali

²MIKM dan FKM Universitas Diponegoro, Semarang

ABSTRACT

Background: Premium subsidy of Jaminan Kesehatan Jembrana or Jembrana Health Insurance (JKJ) in Jembrana District has a rising trend since it began and needs to redistribute, it's critical to apply the cost containment programs by introducing capitation system to primary health care providers and premium payment to the member of JKJ.

Purpose: To examine perceptions of policy makers toward background of premium subsidy, capitation system and premium payment of JKJ and perceptions of providers toward capitation system.

Method: Research was using cross sectional design and data was taken by qualitative method. The subject was policy makers and primary health care providers of JKJ. Instrument being use was deep interview guidance.

Result and Conclusion: Generally policy makers of JKJ had misinterpretation about the concept of basic needs and equity egaliter in health, that causing resistance on premium payment. Generally policy makers and providers of JKJ had bad perception about capitation system.

Keywords: health insurance, capitation, premium payment

ABSTRAK

Latar Belakang: Sejak diluncurkan pada tahun 2003, subsidi premi Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) terus mengalami peningkatan sehingga perlu dilakukan upaya pengendalian biaya dengan memperkenalkan sistem pembayaran kapitasi kepada pemberi pelayanan kesehatan I (PPK I) dan sistem pembayaran premi oleh anggota JKJ.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi persepsi *stakeholders* pengambil kebijakan terhadap latar belakang subsidi total premi PPK I program JKJ, sistem pembayaran kapitasi kepada PPK I dan pembayaran premi oleh masyarakat non gakin, serta persepsi PPK I JKJ terhadap sistem pembayaran kapitasi.

Metoda: Penelitian ini menggunakan rancangan potong lintang dan data diolah dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Subjek penelitian adalah para pengambil kebijakan dan PPK I program JKJ, sedangkan instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara mendalam.

Hasil dan Kesimpulan: Terdapat pemahaman yang keliru pada sebagian besar *policy makers* program JKJ terhadap konsep kebutuhan dasar dan keadilan egaliter dalam bidang kesehatan, sehingga menyebabkan timbulnya resistensi terhadap kebijakan pembayaran premi. Sebagian besar

pengambil kebijakan dan PPK I JKJ memiliki persepsi yang buruk terhadap sistem pembayaran kapitasi.

Kata Kunci: asuransi kesehatan, kapitasi, pembayaran premi

PENGANTAR

Secara garis besar sistem kesehatan dapat dibagi menjadi dua subsistem yaitu subsistem pemberian pelayanan kesehatan dan subsistem pembiayaan kesehatan. Diakui subsistem pemberian pelayanan kesehatan memiliki peran yang penting, tetapi sistem ini hanya akan berjalan jika didukung oleh subsistem pembiayaan kesehatan yang mumpuni.¹

Salah satu bentuk reformasi pada subsistem pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah ditetapkannya Undang-Undang (UU) No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang (UU) SJSN merupakan suatu reformasi sistem jaminan sosial yang meletakkan fondasi penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk jaminan atau asuransi kesehatan sosial. 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.¹

Salah satu daerah otonomi di Indonesia yang berinisiatif menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Daerah (JKD) adalah Kabupaten Jembrana, Bali. Sejak tahun 2003 Pemerintah Kabupaten Jembrana mengembangkan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) sebagai alternatif pembiayaan kesehatan tingkat pertama (Pemberi Pelayanan Kesehatan/

PPK I) melalui mekanisme alih subsidi premi PPK I JKJ. Subsidi premi PPK I ditetapkan sebesar Rp2.500,00 per penduduk per bulan, sedangkan pelayanan PPK I yang dijamin adalah pelayanan dasar yang meliputi pengobatan di dokter umum, dokter gigi, dan Puskesmas, pelayanan *antenatal care* (ANC) oleh bidan dan Puskesmas, serta pelayanan kegawatdaruratan sederhana di UGD RS dan Puskesmas.

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 di samping 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.²

Pada tahun 2003 jumlah dana yang dibayarkan Pemerintah Kabupaten untuk membayar klaim PPK I berada pada kisaran 43% dari subsidi premi yang dianggarkan Pemerintah Kabupaten, sedangkan pada tahun 2004 jumlah tersebut naik tinggi menjadi kisaran 132%, kekurangan untuk tahun tersebut masih ditutupi dari sisa premi tahun 2003. Pada tahun 2005 persentase klaim yang dibayarkan Pemerintah Kabupaten 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.^{2,3}

Bukti lain terjadinya peningkatan utilisasi yang tidak wajar pada program JKJ dikemukakan oleh Santabudi³ yang menghitung besaran subsidi premi JKJ Pemerintah Kabupaten Jembrana berdasarkan standar utilisasi normatif. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pada tahun 2004 nilai subsidi premi per kapita berdasarkan tingkat utilisasi pelayanan berjumlah Rp3.634,86. Nilai tersebut jauh lebih besar (30,20%) jika dibandingkan dengan besaran subsidi premi berdasarkan standar utilisasi normatif, yaitu sebesar Rp2.536,05.

Dari berbagai data dan fakta di atas dapat diambil kesimpulan bahwa Pemerintah Kabupaten 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 di samping 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 pada program JKJ adalah dengan menerapkan prinsip-prinsip *managed care* yang baik pada program JKJ. Dari sisi *provider* dapat dikembangkan alternatif pembayaran klaim selain *fee for service* (*prospective payment system*; PPS), mengingat cara tersebut memang mengundang *moral hazard provider* melalui mekanisme yang dikenal sebagai *supply induced demand* 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, sedangkan dari sisi konsumen dapat dikembangkan pembayaran premi khususnya bagi masyarakat non gakin.⁴

Agar alternatif kebijakan tersebut bisa diterapkan diperlukan upaya advokasi kebijakan kesehatan yang terarah kepada *stakeholders* pengambil kebijakan dan para PPK program JKJ. Untuk mendukung upaya advokasi tersebut diperlukan pemahaman terhadap persepsi *stakeholders* pengambil kebijakan terhadap latar belakang subsidi total premi PPK I program JKJ, sistem pembayaran kapitasi kepada PPK I dan pembayaran premi oleh masyarakat non Gakin, serta persepsi PPK I JKJ terhadap sistem pembayaran kapitasi.

Pemahaman terhadap persepsi seseorang tentang kehidupan organisasionalnya mutlak diperlukan karena akan mempengaruhi perilakunya, dan perilaku akan mempengaruhi motivasinya⁶ karena itu hasil analisis wawancara mendalam terhadap para *policy makers* dan PPK I diharapkan dapat dijadikan dasar pelaksanaan advokasi pengembangan program JKJ ke arah kebijakan yang berbasis bukti (*evidence based policy*).

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif. Pengumpulan data dilakukan secara kualitatif dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam dan kemudian dilakukan analisis isi (*content analysis*) untuk mengetahui persepsi *stakeholders* pengambil kebijakan terhadap latar belakang subsidi total premi

PPK I program JKJ, sistem pembayaran kapitasi kepada PPK I dan pembayaran premi oleh masyarakat non Gakin, serta persepsi PPK I JKJ terhadap sistem pembayaran kapitasi.

Subjek penelitian adalah *policy makers* program JKJ yaitu Bupati Kepala Daerah Tingkat II Kabupaten Jembrana selaku pengambil kebijakan (*policy maker*) utama program JKJ, 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, Kepala Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana dan Direktur Bapel JKJ selaku pengambil kebijakan JKJ khususnya dalam bidang teknis pelaksanaan program. Sementara itu, dari pihak PPK I yang berhasil diwawancarai adalah Direktur RSUD Negara (poliklinik umum), seorang Kepala Puskesmas, 2 orang dokter praktik swasta, seorang dokter gigi praktik swasta, dan 2 orang bidan praktik swasta yang telah terikat kontrak dengan Bapel JKJ selaku pelaksana kebijakan pada tingkat lapangan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

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 Pemerintah Kabupaten Jembrana. Penekanan terlihat pada petikan wawancara berikut ini:

“...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)

Penekanan untuk memberikan pelayanan kesehatan gratis pada PPK I JKJ adalah respons 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 Pemerintah Kabupaten 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.⁷

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.⁷

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 Pemerintah Kabupaten 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 berikut:

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

“...Saya memandangnya di sini 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*).^{1,7,8}

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 for 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*).⁸

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.⁷

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 sistem pembayaran kapitasi. 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:

“...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)

“...Pemerintah Kabupaten 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:

“...kalau askes bisa 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*.

“...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.⁹

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.⁹

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 praktik 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.¹⁰

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*.^{9,11}

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*.⁷

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.

“...Kami kurang diajak bicara dan memang tidak mengerti mengenai sistem ini...”

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 Pemerintah Kabupaten.

“...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 Pemerintah Kabupaten 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 diagnosis 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 didiagnosis dini di PPK I, tetapi tetap memerlukan diagnosis pasti dan penanganan yang tepat di tingkat lanjut, atau kanker leher rahim yang bisa didiagnosis dini dengan asam asetat di PPK I tetapi harus memperoleh diagnosis 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 di mana sesungguhnya kebutuhan dasar medis harus dipenuhi dan disubsidi pemerintah, pendapat mereka tetap mengacu kepada pendapat pimpinan organisasi. 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.⁶

Alternatif lain yang bisa dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Jember dan Bapel JKJ untuk mengendalikan biaya dalam sistem yang premi PPK I masih sepenuhnya disubsidi adalah dengan menerapkan konsep iur biaya. Alur 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 di atas 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.^{11,12} Cara ini terbukti berhasil mengendalikan utilisasi dari sisi *demand* pada penyelenggaraan NHI di Taiwan.¹³

4. 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.

“...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 Jember selama ini dimana masyarakat sudah terbiasa berobat secara mudah dan di mana 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 risiko 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 sulit untuk diubah.

“...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.

Berbeda dengan pendapat responden PPK I JKJ, hasil penelitian Hendrartini¹⁴ 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 Wintera¹⁵ 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.⁹ Selain itu, beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi resiko kerugian finansial PPK adalah dengan melakukan *risk adjustment capitation*, *curve out*, dan *reinsurance*.¹⁶ *Risk adjustment capitation*, besaran kapitasi dihitung dengan penyesuaian terhadap faktor demografi, riwayat kesehatan peserta, riwayat kunjungan peserta, dan beberapa indikator klinik.¹⁶ *Curve out*, dilakukan dengan mengeluarkan pelayanan tertentu dari perhitungan kapitasi untuk dibayar dengan cara lain.¹⁶ 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.¹⁶ Penyelenggaraan reasuransi di Indonesia diatur dalam keputusan Menteri Keuangan Indonesia No. 422/KMK.06/2003¹².

KESIMPULAN DAN SARAN

Terdapat pemahaman yang keliru pada sebagian besar *policy makers* program JKJ terhadap konsep kebutuhan dasar kesehatan dan konsep keadilan egaliter dalam bidang kesehatan sehingga menimbulkan resistensi atau penolakan terhadap kebijakan pembayaran premi, khususnya premi PPK I JKJ. Sebagian besar *policy makers* dan PPK program JKJ memiliki persepsi yang buruk terhadap sistem pembayaran kapitasi karena dipandang memiliki kelemahan dalam pemerataan, keadilan, kepuasan pasien dan mutu pelayanan kesehatan.

Saran peneliti adalah agar *policy makers* program JKJ mengembangkan kebijakan untuk menerapkan prinsip-prinsip *managed care* melalui kendali biaya dan mutu dalam kerangka jaminan kesehatan yang komprehensif, sedangkan bagi peneliti lain untuk melakukan kajian utilisasi (*utilization review*) guna mengetahui tingkat dan ketepatan pemanfaatan pelayanan PPK I JKJ serta menghitung biaya per kapita pelayanan PPK I untuk mengetahui tingkat efisiensi subsidi. Melalui kajian tersebut diharapkan Pemerintah Kabupaten Jembrana dapat mengambil kebijakan pengembangan program JKJ yang lebih berbasis bukti.

KEPUSTAKAAN

1. Mukti AG. Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan. Manajemen Kebijakan & Manajemen Asuransi Kesehatan UGM, Yogyakarta 2007.
2. Pemerintah Kabupaten Jembrana. Jaminan Kesehatan Jembrana: http://www.jembrana.go.id/program_unggulan/jkj.php. Diakses 1 Mei 2007
3. Santabudi, IG. Analisis Besaran Premi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali (Tesis MIKM UGM). 2006.
4. Thabrany, H, ed. Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A. Pemjaki, Jakarta, 2005.
5. Murti B. Implikasi Ekonomis Pembiayaan Kesehatan melalui JPKM; Problem Moral Hazard. JMPK FK UGM, Yogyakarta, 1998; 01(03).

6. Muchlas M. Perilaku Organisasi. Program Pendidikan Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta, 1999.
7. Thabrany H. Asuransi Kesehatan Nasional. Pemjaki, Jakarta, 2005
8. James C, et all. Clarifying Efficiency-Equity Tradeoffs through Explicit Criteria, with a Focus on Developing Country. *Health Care Analysis*. 2005;13 (01).
9. Thabrany H dan Hidayat B, ed. Pembayaran Kapitasi. FKM UI, Jakarta, 1998.
10. Saefuddin F dan Ilyas Y. Managed Care: Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan, Bagian A. Pemjaki, Jakarta, 2001.
11. Sulastomo. Manajemen Kesehatan. Gramedia, Jakarta, 2003
12. Ilyas Y, ed. Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian B. Pemjaki, Jakarta 2005.
13. 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: 49-59.
14. Hendrartini J. Persepsi PPK I terhadap Asuransi Kesehatan/JPKM. *JMPK FK UGM*, Yogyakarta, 2002; 05(02).
15. Wintera I Gde, Hendratini J. Determinan Kepuasan Dokter Puskesmas terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi Peserta Wajib PT Askes di Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah. *JMPK FK UGM*, Yogyakarta, 2005; 08(02).
16. Anderson GF and Weller WE. Method of Reduction Financial Risk of Phicicians Under Capitation. *Arch Fam Med*, 1999;8:149-55.