

SIMULASI PENGHITUNGAN TARIF PREMI SEBAGAI UPAYA ADVOKASI REALOKASI SUBSIDI PREMI PPK I JAMINAN KESEHATAN JEMBRANA

PREMIUM TARIFF CALCULATION TO ADVOCATE THE REALLOCATION OF PREMIUM SUBSIDY FOR PPK I OF JEMBRANA HEALTH INSURANCE

Pande Putu Januraga¹, Chriswardani Suryawati², Septo Pawelas Arso²

¹Bagian AKK PSIKM Universitas Udayana, Badung, Bali

²Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

ABSTRACT

Background: Program of Jembrana Health Insurance (JHI) is intended to provide health insurance at first level (PPK I) for inhabitants of Jembrana District. Up till now, financing of JHI depends on subsidy in which it is growing up and has a trend to be out of the target. Therefore, it needs to increase the member participants by implementing the premium payment. Aim of this research was to analyze premium of JHI comprehensively to advocate the reallocation of premium subsidy of JHI.

Methods: Type of this research was case study through analyzing secondary data. Data on members, utilization, operational cost and claim cost data was collected using form at Bapel JKJ, Jembrana District Health Office and Negara Hospital.

Results: The first Premium tariff scheme of JHI is free for 40 % inhabitants who earn low income, Rp48.171,00 for 40% inhabitants who earn medium income, and Rp96.341,00 for 20% inhabitants who earn high income. The second Premium tariff scheme of JHI is free for 40% inhabitants who earn low income, Rp89.595 for 40 % inhabitants who earn medium income, and Rp96.341,00 for 20% inhabitants who earn high income.

Conclusions: Local government could develop JHI comprehensively by relocating premium subsidy of PPK I for 40% inhabitants who earn low income, besides that local government should apply principles of managed care by controlling cost and quality in terms of comprehensive health insurance.

Keywords: health insurance, premium

ABSTRAK

Latar Belakang: Program Jaminan Kesehatan Jembrana memberikan jaminan pelayanan kesehatan tingkat I (PPK I) kepada seluruh masyarakat Jembrana. Sejak diselenggarakan program ini sepenuhnya bergantung pada subsidi yang jumlahnya terus meningkat dan memiliki kecenderungan salah sasaran. Untuk itu diperlukan upaya peningkatan partisipasi peserta melalui pembayaran premi JKJ. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan simulasi perhitungan tarif premi secara komprehensif sebagai upaya advokasi realokasi subsidi premi PPK I JKJ.

Metode: Penelitian ini adalah studi kasus dengan menggunakan data sekunder. Data yang dikumpulkan adalah data kepesertaan, utilisasi, biaya operasional dan biaya klaim. Data diambil dari Bapel JKJ, Dinas Kesehatan Jembrana, dan RSUD Negara.

Hasil: Simulasi tarif dilakukan dalam dua cara, dari cara yang pertama dihasilkan tarif premi sebesar Rp0,- (gratis) bagi 40% penduduk berpendapatan terendah, Rp48.171,- bagi 40% penduduk berpendapatan sedang, dan Rp96.341,- bagi 20% penduduk berpendapatan tertinggi. Dari simulasi yang kedua dihasilkan tarif premi sebesar Rp0,- (gratis) bagi 40% penduduk berpendapatan terendah, Rp89.595,- bagi 40% penduduk berpendapatan sedang, dan Rp96.341,- bagi 20% penduduk berpendapatan tertinggi.

Kesimpulan: Pemda Jembrana dapat mengembangkan JKJ secara komprehensif dimulai dengan mengalihkan subsidi premi PPK I kepada jaminan pelayanan komprehensif bagi 40% penduduk berpendapatan terendah, disamping itu Pemda harus menerapkan prinsip-prinsip *managed care* untuk mengendalikan biaya dan menjaga mutu dalam kerangka jaminan kesehatan komprehensif.

Kata Kunci: asuransi kesehatan, 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 akan berjalan dengan baik 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 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 yang berinisiatif menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Daerah (JKD) adalah Kabupaten Jembrana, Bali. Sejak tahun 2003 Pemkab Jembrana mengembangkan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) sebagai alternatif pembiayaan kesehatan tingkat pertama (PPK I) melalui mekanisme alih subsidi premi. 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.²

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. Dana yang terhimpun kemudian disalurkan kepada Badan Penyelenggara (Bapel) JKJ untuk membayar klaim PPK I yang memiliki ikatan kontrak melalui mekanisme penggantian biaya (*reimbursement/fee for service*).²

Pada tahun 2003 jumlah dana yang dibayarkan Pemkab untuk membayar klaim PPK I berada pada kisaran 43% dari subsidi premi yang dianggarkan Pemkab, sedangkan pada tahun 2004 jumlah tersebut naik tinggi menjadi kisaran 132%, kekurangan untuk tahun tersebut masih ditutupi dari sisa premi tahun 2003. Pada tahun 2006 persentase klaim yang dibayarkan Pemkab dibandingkan premi yang disediakan turun menjadi 94%, padahal tingkat kepesertaan pada tahun yang sama baru mencapai 41% dari seluruh masyarakat Jembrana yang sesungguhnya memiliki hak atas besaran subsidi premi yang disediakan. 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 terjadinya peningkatan utilisasi yang tidak wajar pada program JKJ dikemukakan oleh Santabudi³ yang menghitung besaran subsidi premi PPK I JKJ berdasarkan standar utilisasi normatif. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pada tahun 2004 nilai subsidi premi per kapita berdasarkan tingkat utilisasi pelayanan berjumlah Rp3.634,86,00. Nilai tersebut jauh lebih besar (30,20%) jika

dibandingkan dengan besaran subsidi premi berdasarkan standar utilisasi normatif, sebesar Rp2.536,05,00.

Selain masalah peningkatan utilisasi, penelitian Nirmala⁴ tentang evaluasi JKJ menunjukkan bahwa subsidi premi PPK I JKJ belum mampu menjamin terwujudnya *universal coverage* pembiayaan kesehatan masyarakat akibat kurang maksimalnya pendistribusian kartu yang berakibat pada terkonsentrasinya kepemilikan kartu pada kelompok masyarakat menengah ke atas. Kelompok inilah yang memberi andil besar dalam tingginya tingkat utilisasi PPK I. Hal tersebut dapat terjadi karena kemudahan akses dalam memanfaatkan pelayanan (*moral hazard* peserta) yang diperbesar dengan kemungkinan terjadinya *moral hazard provider* untuk memberikan pelayanan kesehatan secara berulang/berlebih akibat sistem pembayaran yang masih menggunakan sistem *reimbursement/fee for services*.

Dari berbagai fakta di atas dapat diambil kesimpulan bahwa Pemkab Jembrana perlu secara serius memperhatikan aspek pengendalian biaya (*cost containment*) program JKJ.¹ Hal ini 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 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 meningkatkan partisipasi masyarakat melalui pembayaran premi khususnya bagi masyarakat non gakin. Upaya tersebut sejalan dengan penerapan pasal 17 UU SJSN yang menyatakan bahwa pemerintah wajib membayar iuran premi kaum miskin sedangkan bagi kelompok masyarakat yang mampu diwajibkan membayar iuran premi.⁵ Pembayaran premi dapat mendorong masyarakat ikut aktif menjaga kesehatan dengan memberikan kontribusi keuangan.⁶

Untuk itu penelitian ini akan menghitung besaran tarif premi JKJ. Penghitungan 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 memerlukan⁷. Perhitungan juga hanya akan dilakukan bagi masyarakat umum Jembrana, mengingat peserta dari kelompok Askes PNS dan Askeskin telah memiliki skema pembiayaan kesehatan pada program Askes PNS dan Askeskin (sekarang Jamkesmas).

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini berjenis studi kasus deskriptif yang bersifat kuantitatif melalui penelusuran data sekunder untuk menghitung besaran tarif premi JKJ. Data sekunder dikumpulkan melalui *form* dan berasal dari data Bapel JKJ, data RSUD Negara, dan data Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana.

Data yang dikumpulkan berupa data kepesertaan JKJ, klaim pelayanan PPK I, utilisasi dan biaya rata-rata layanan rawat jalan dan rawat inap kelas II RSUD Negara, dan data angka persalinan tahun 2006. Selanjutnya data diolah untuk memperoleh tingkat utilisasi pelayanan dan besaran biaya klaim untuk selanjutnya digunakan menghitung besaran tarif premi JKJ.⁸

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Analisis Kepesertaan

Meskipun bersifat wajib dan preminya disubsidi oleh Pemkab tingkat kepesertaan penduduk umum program JKJ belum menunjukkan kinerja yang memuaskan. Sampai dengan akhir tahun 2006 jumlah keseluruhan peserta JKJ adalah 108.616 orang atau hanya 41,65% dari seluruh penduduk Jembrana sebesar 260.791 orang, sedangkan jumlah peserta umum JKJ adalah 99.136 orang atau 44,58% dari penduduk umum Jembrana yaitu 222.357 orang. Jumlah peserta umum sampai bulan oktober 2007 tidak banyak meningkat, menjadi 108.663 orang, atau hanya meningkat sebesar 10,00%.

2. Pola utilisasi dan Besaran Biaya Klaim Program JKJ

Hasil penelusuran data sekunder klaim PPK I JKJ berdasarkan kunjungan peserta umum tahun 2006 diolah untuk memperoleh tingkat utilisasi dan klaim rata-rata menurut jenis PPK I (Tabel 1).

Setelah biaya klaim peserta umum JKJ berhasil dihitung, 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 PPK I penduduk umum Jembrana berjumlah Rp14.040.878.776,00 dengan tingkat utilisasi mencapai 1.080.379 kunjungan per tahun.

Jika dihitung berdasarkan angka utilisasi normal sesuai dengan yang ditetapkan Departemen Kesehatan⁹ untuk program askeskin sebesar 150% per bulan maka jumlah kunjungan normal peserta umum adalah sebesar 178.445/tahun. 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/tahun.

Dengan menggunakan angka utilisasi normal di atas dan rata-rata klaim PPK I peserta umum JKJ tahun 2006, biaya yang diperlukan untuk membiayai pelayanan PPK I program JKJ seharusnya hanya berjumlah Rp2.319.115.872,00, jumlah yang jauh lebih rendah 63% dibanding biaya riil yang dikeluarkan Pemkab Jembrana untuk mensubsidi peserta umum JKJ sebesar Rp6.260.007.818,00. Bahkan jika seluruh penduduk umum menjadi peserta JKJ, biaya yang dibutuhkan masih lebih rendah 26% dari yang disubsidi Pemkab yaitu sebesar Rp5.201.652.982,00. Untuk itu pada langkah penghitungan premi selanjutnya hanya akan

Tabel 1. Tingkat Utilisasi dan Biaya Klaim Peserta Umum pada PPK I JKJ Tahun 2006

Jenis PPK I	Peserta umum JKJ					
	Frekuensi	Visit Rate (%)	VR rata/bulan (%)	Biaya klaim (Rp)	Biaya klaim rata-rata/bulan (Rp)	Klaim rata-rata/kunjungan (Rp)
Dokter	310.089	3.127,9	260,7	4.413.021.175	367.751.765	14.231
Dokter gigi	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
Puskesmas	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
Poli gigi	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

dilakukan berdasarkan biaya klaim yang diperoleh dari utilisasi normal PPK I.

Sesuai dengan tujuan penelitian untuk melakukan perhitungan 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 (Tabel 2).

Dari penelusuran data kunjungan Poliklinik Spesialis RSUD Negara diperoleh dari angka kunjungan rawat jalan sebesar 42,6‰ yang jauh lebih rendah dibandingkan standar angka rujukan yang digunakan Depkes⁹ pada program Askeskin sebesar 120‰. Hal ini disebabkan karena masih tersebar nya pelayanan rujukan ke PPK II terutama pada layanan dokter spesialis praktik swasta.

Berdasarkan fakta tersebut nilai kapitasi dan premi rawat jalan rujukan program JKJ dihitung berdasarkan angka rujukan normal dari angka kunjungan normal peserta umum JKJ, sehingga diperoleh jumlah 48.026 rujukan per tahun, sedangkan untuk klaim rata-rata per pasien dihitung berdasarkan data biaya rata-rata pelayanan rawat jalan Poliklinik Spesialis RSUD Negara sebesar Rp165.988,00. Dari data tersebut diperoleh biaya klaim untuk PPK II penduduk umum sebesar Rp7.972.232.931,00/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‰/tahun.¹⁰ 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 Rp1.345.805.041,00 per tahun atau Rp935.887,00 per pasien untuk rata-rata 4 hari lama perawatan.

Program JKJ dimaksudkan sebagai jaminan/asuransi kesehatan sosial maka perhitungan komponen premi PPK III ditambahkan juga dengan pelayanan persalinan. Data Dinas Kesehatan Jembrana¹¹ menunjukkan angka persalinan pada

tahun 2006 berjumlah 3.963 kejadian dengan 1,93% diantaranya adalah persalinan dengan penyulit.

Jika diproyeksikan pada penduduk berkategori umum maka jumlah persalinan normal setahun berkisar pada angka 3.314 (14,9‰). Dengan biaya persalinan normal sebesar Rp300.000,00 (sesuai standar Depkes⁹ pada program Askeskin) maka biaya klaim yang diperlukan untuk satu tahun berjumlah Rp997.200.000,00, sedangkan untuk persalinan dengan penyulit pervaginam diperlukan biaya klaim sebesar Rp32.500.000,00, jumlah ini dihitung berdasarkan biaya pelayanan sebesar Rp500.000,00 per persalinan (sesuai standar Depkes⁹ 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. Setelah ditambahkan dengan komponen persalinan biaya klaim PPK III penduduk umum Jembrana menjadi Rp2.375.505.041,00.

3. Premi Bruto Program JKJ

Sebelum melakukan perhitungan premi bruto, harus dihitung terlebih dahulu besaran biaya per kapita. Biaya per kapita adalah biaya klaim satu tahun penduduk umum dibagi jumlah penduduk umum Jembrana. Dari hasil perhitungan diperoleh besaran biaya per kapita PPK I penduduk umum adalah Rp63.146,00/tahun, PPK II Rp35.853,00/tahun, PPK III Rp26.745,00/tahun, dan total Rp125.744,00/tahun.

Premi bruto JKJ adalah biaya per kapita total ditambahkan komponen kontingensi margin (CM) sebesar 10% dari biaya per kapita dan dan komponen biaya operasional Bapel JKJ sebesar Rp1.751,00/tahun. Dari hasil perhitungan diperoleh besaran premi bruto berdasarkan utilisasi normal PPK I sebesar Rp96.341,00/peserta/tahun atau Rp8.028,00/bulan. Hasil perhitungan premi bruto JKJ masih lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata pengeluaran kesehatan per kapita penduduk Bali tahun 2006 yaitu sebesar Rp9.579,00/bulan¹², sehingga masih sangat mungkin untuk diterapkan.

Penerapan pembayaran premi berdasarkan utilisasi normal harus disertai dengan upaya

Tabel 2. 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 dan 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: Diolah dari Sistem Billing dan Laporan Bulanan RSUD Negara.

pengendalian biaya melalui penerapan prinsip-prinsip *managed care* diantaranya adalah dengan menerapkan manajemen utilisasi untuk mengendalikan mutu pelayanan dan melakukan pengendalian biaya melalui sistem pembayaran prospektif pada PPK.^{13,14,15} Sistem pembayaran prospektif yang telah banyak digunakan di Indonesia adalah sistem kapitasi, khususnya pada kelompok PPK I.¹⁶ Saat ini sistem pembayaran dengan *Diagnostic Related Groups* (DRGs) sedang diujicobakan pada beberapa RS di Indonesia.

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 PPK I tanpa pembayaran premi atau iur biaya sebaiknya dikaji ulang.

4. Tarif Premi Program JKJ

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, bahwa seseorang harus memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya (*needs*) tetapi tetap membayar sesuai dengan kemampuan ekonominya.^{1,7}

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 tiga kelompok yaitu kelompok 40% penduduk berpendapatan terendah, 40% penduduk berpendapatan sedang dan 20% penduduk berpendapatan tinggi¹² (Tabel 3).

Simulasi tarif premi pada Tabel 3 didasarkan pada subsidi premi penuh pada kelompok I dan subsidi setengah besaran premi pada kelompok

kedua. Berdasarkan cara ini dibutuhkan biaya sebesar Rp12.035.910.033,00 untuk mensubsidi premi JKJ sehingga penduduk kelompok I tidak membayar premi dan kelompok II hanya membayar premi sebesar Rp48.171,00 per peserta per tahun, sementara itu kelompok III akan membayar premi penuh sebesar Rp96.341,00 per peserta per tahun. Alternatif yang kedua adalah menggunakan patokan subsidi Pemkab² pada tahun 2006 yang mencapai 8 miliar rupiah. Berdasarkan cara ini kelompok I tetap tidak membayar premi JKJ, kelompok kedua membayar sebesar Rp89.595,00 dan kelompok III membayar utuh sebesar Rp96.341,00.

Dengan alternatif penghitungan premi ini terlihat bahwa subsidi yang selama ini digunakan Pemkab hanya untuk membiayai pelayanan PPK I JKJ pada 41,65% penduduk Jembrana semestinya dapat digunakan secara efisien untuk membiayai pelayanan kesehatan secara komprehensif (PPK I, II, dan III) pada 40% penduduk Jembrana.

Kebijakan menyelenggarakan JKJ secara komprehensif dapat dimulai secara bertahap dengan mengalihkan beban subsidi premi 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.⁷ 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.⁵

Jika dibandingkan dengan besaran tarif premi tanpa subsidi JKD lainnya di Indonesia, besaran premi JKJ hasil penelitian ini masih lebih besar. Besaran *fixed premium* jaminan kesehatan di Tabanan sebesar Rp60.000,00/peserta/tahun, dan di Kabupaten Purbalingga, yaitu Rp50.000,00/keluarga/tahun atau rata-rata Rp12.500,00/orang/tahun.¹⁷ Tabanan dan Purbalingga menerapkan sistem pembayaran kapitasi pada PPK I, bahkan Purbalingga menerapkan pembayaran kapitasi pada seluruh jaringan pelayanan kesehatannya.¹⁷

Tabel 3. Simulasi I Tarif Premi JKJ berdasarkan Kriteria Bank Dunia pada Penduduk Umum dan Miskin Kabupaten Jembrana Tahun 2006

%	Penduduk umum	Biaya yang dibutuhkan (Rp)	Subsidi premi I (Rp)	Tarif premi I (Rp)	Subsidi premi II (Rp)	Tarif premi II (Rp)
40	76.217	7.342.802.729	7.342.802.729	0	7.342.802.729	0
40	97.427	9.386.214.607	4.693.107.304	48.171	657.197.271	89.595
20	48.713	4.693.059.133	0	96.341	0	96.341
Total	222.357		12.035.910.033		8.000.000.000	

Diolah dari data Bapel JKJ, RSUD, dan Dinkessos

Lebih tingginya hasil perhitungan premi JKJ dibandingkan premi jaminan kesehatan 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.¹⁴

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil perhitungan subsidi premi PPK I JKJ dapat digunakan untuk mensubsidi premi JKJ komprehensif bagi 40% penduduk Jembrana berpendapatan terendah, sedangkan bagi penduduk lainnya dapat dikembangkan sistem pembayaran premi dengan rincian tarif, Rp89.595,00 bagi 40% penduduk berpendapatan sedang dan Rp96.341,00 bagi 20% penduduk berpendapatan tinggi.

Berdasarkan kesimpulan tersebut, Pemkab Jembrana sebaiknya mengeluarkan kebijakan untuk melakukan pengendalian biaya melalui konsep *managed care* melalui penerapan manajemen utilisasi untuk menjaga mutu pelayanan dan melakukan pengendalian biaya melalui sistem pembayaran kapitasi khususnya kepada PPK I dan menerapkan pembayaran premi kepada masyarakat non gakin. Jaminan Kesehatan Jembrana sebaiknya dikembangkan ke arah jaminan kesehatan yang komprehensif yang dapat dimulai dengan menjamin terlebih dahulu 40% penduduk berpendapatan terendah. 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.

KEPUSTAKAAN

1. Mukti, A.G. Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan. Manajemen Kebijakan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UGM, Yogyakarta. 2007.
2. Pemkab Jembrana. Jaminan Kesehatan Jembrana: http://www.jembrana.go.id/program_unggulan/jkj.php. Diakses pada 1 Mei 2007.

3. Santabudi, I.G. Analisis Besaran Premi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali (Tesis MIKM UGM). 2006.
4. Nirmala, A.A.G Muninjaya. Tantangan dalam Mengembangkan Universal Coverage Pembiayaan Kesehatan di Indonesia; Studi Kasus di Kabupaten Jembrana, Bali, Makalah Seminar Desentralisasi Kesehatan, Bandung. 6 Juni 2006.
5. Pemerintah Indonesia, Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Jakarta, 2004.
6. Mukti, A.G. Kemauan dan Kemampuan Membayar Premi Asuransi Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2001; 04(02): 75-82.
7. Thabrany, H. Asuransi Kesehatan Nasional. Pemjaki, Jakarta. 2005
8. Ilyas, Y. ed. Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B. Pemjaki, Jakarta. 2005.
9. Depkes RI. Pedoman Pelaksanaan JPK Masyarakat Miskin (Askeskin) 2007. Jakarta, 2007.
10. BKJ Bali. Statistik Kesehatan Bali 2006; Hasil Susenas 2006. Denpasar, Bali. 2007.
11. Dinkessos Jembrana. Profil Kesehatan Daerah Tk.II Jembrana Tahun 2007. Negara, Bali. 2007.
12. BKJ Bali. Pola Konsumsi dan Distribusi Pendapatan Bali tahun 2006. Denpasar, 2007.
13. Thabrany, H., ed. Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian A. Pemjaki, Jakarta. 2005.
14. Murti B, Implikasi Ekonomis Pembiayaan Kesehatan Melalui JPKM; Problem Moral Hazard. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 1998;01(03): 117-20.
15. Saefuddin, F., Ilyas, Y. Managed Care: Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan, Bagian A. Pemjaki, Jakarta. 2001.
16. Thabrany, H., Hidayat, B. ed. Pembayaran Kapitasi. FKM UI, Jakarta. 1998.
17. Arifianto, A., Marianti, R., Budiyananti, S., Tan, E. Making Service Work for The Poor in Indonesia; Report on Health Financing Mechanisms (JPK-Gakin) Schemes in Kabupaten Purbalingga, East Sumba, and Tabanan. World Bank Indonesia, Jakarta. 2005.