

EVALUASI PEMBIAYAAN PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) DI KOTAMADYA MEDAN

EVALUATING THE FINANCING OF JPKM IN MEDAN MUNICIPALITY

Julita M.A. Hutaauruk¹, Laksono Trisnantoro², Bhisma Murti³

¹Dinas Kesehatan Balige, Medan

²Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM

³Universitas Sebelas Maret, Solo

ABSTRACT

Background: Medan municipality in Sumatera Utara has implemented Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM = Health Maintenance Organization) since 1996. However, it did not run as desired. To subsidize comprehensive health care, the municipality collected fund from electricity bill paid by subscribers of the State Electricity Enterprise (PLN). It was questioned if the current premium of Rp. 1.000,- was sufficient to finance comprehensive health care. This retrospective study evaluated the appropriateness of financing of health care for members of JPKM-KPUM (JPKM of Medan Public Transport Cooperative), enrolling 4000 families.

Methods: Secondary data were collected from Badan Penyelenggara (the managing organization) of the JPKM-KPUM from 1996 to 1998. Utilization of health care by members was recapitulated. Also collected were data on unit tariff used by Badan Penyelenggara to finance health care providers, i.e. the unit tariff of Dr. Pirngadi Public Hospital and of Adam Malik Public Hospital.

Results: This evaluation study showed that JPKM-KPUM lost Rp. 40.947.000,- over the past three-year operation. Because the municipality could no longer provide subsidy, members of JPKM-KPUM were expected to finance their own health care. Using utilization review and unit tariff prevailing at referral hospitals in Medan, it was calculated that the current premium of Rp. 1.000,- was insufficient to finance comprehensive health care.

Conclusion: Projected premium that can cover comprehensive health care should be Rp. 4.822,-. It is also shown that the top-down policy of tariffing was not appropriate.

Keywords: JPKM, premium, managed care, utilization review

PENGANTAR

Undang Undang Kesehatan No.23/1992 menyatakan bahwa setiap orang berkewajiban untuk ikut serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungannya, merupakan modal dasar yang kuat untuk menciptakan warga negara dan masyarakat yang sehat badaniah, rohaniyah dan sosial di tengah masyarakat Indonesia yang terus membangun.

Dalam rangka tujuan tersebut, pemerintah mendorong masyarakat untuk ikut secara aktif melibatkan peran serta masyarakat dalam pembiayaan pemeliharaan kesehatan dengan melaksanakan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Bentuk upaya yang dilaksanakan oleh Pemda Tk. II Kotamadya Medan membuka kesempatan bagi seluruh lapisan masyarakat melalui kelompok

masyarakat atau kelompok pekerja untuk menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM). Di Kotamadya Medan, kelompok JPKM yang sudah resmi dan berjalan selama 3 (tiga) tahun adalah Koperasi Pengangkutan Umum Medan (KPUM) yang anggotanya sebanyak 4000 orang dan terdiri dari supir angkutan kota. Dengan membayar Rp.1.000.-/bulan/Kepala Keluarga (KK), maka pembiayaan pemeliharaan kesehatannya akan ditanggung melalui berobat pada sarana kesehatan milik Pemda Tk.II Kotamadya Medan yang ditunjuk. Agar sepenuhnya mampu mewujudkan pemeliharaan kesehatan yang berkelanjutan bagi seluruh lapisan masyarakat khususnya masyarakat yang miskin, maka Pemda Tk. II Kotamadya Medan bertanggung jawab penuh dalam program pembangunan kesehatan masyarakat ini. Yaitu dengan mengupayakan subsidi bagi masyarakat yang tidak mampu.

Anggota dari KPUM adalah para sopir angkutan kota di Kotamadya Medan dengan penghasilan/pendapatan bersih rata-rata Rp. 20.000.- per hari. Dengan membayar Rp 1.000.-/bulan/KK maka pembiayaan pemeliharaan kesehatannya akan ditanggung secara paripurna melalui berobat pada sarana kesehatan milik Pemda yang ditunjuk. Untuk sepenuhnya mampu mewujudkan pemeliharaan kesehatan yang paripurna dan berkelanjutan bagi semua lapisan masyarakat di Kotamadya Medan, maka Pemda Tk II Kotamadya Medan dalam hal ini Dinas Kotamadya Medan beserta jajarannya berupa sarana kesehatan yang tersebar merata di Kotamadya Medan, bertanggungjawab penuh dalam program pembangunan kesehatan masyarakat ini. Untuk itu, pada tahun 1998 diajukan suatu upaya pengembangan JPKM yang telah ada sekarang menjadi JPKM yang paripurna dengan mengupayakan dana kontribusi pelanggan PLN sebagai subsidi untuk peserta JPKM, khususnya untuk masyarakat yang tidak mampu, dengan rincian sebagai berikut:

a) Pelanggan 450 Watt memberikan kontribusi dana sebesar Rp 250.-. Jumlah pelanggan

kategori ini adalah sebanyak 89.000 KK. Diharapkan diperoleh dana kontribusi sebesar $89.000 \times \text{Rp } 250.- = \text{Rp } 22.250.000.-$

- b) Pelanggan 900 Watt memberikan kontribusi dana sebesar Rp 500.-. Jumlah pelanggan kategori ini sebesar 132.000.-. Dana kontribusi yang dapat diharapkan adalah sebesar $132.000.- \times \text{Rp } 500.- = \text{Rp } 66.000.000.-$.
- c) Pelanggan 1300 Watt memberikan kontribusi dana sebesar Rp 1.000.-. Jumlah pelanggan kategori ini sebanyak 94.000. Diharapkan kontribusi dana sebesar $94.000.- \times \text{Rp } 1.000.- = \text{Rp } 94.000.000.-$.
- d) Pelanggan >1.300 Watt memberikan kontribusi dana sebesar Rp 2.500.-. Pelanggan kategori ini berjumlah 52.000.-. Diharapkan dana kontribusi sebesar Rp 130.000.000.-.

Dari rincian di atas, diharapkan akan dapat terkumpul dana sebesar Rp 312.250.000.- per bulan. Menggunakan dan mengelola dana sebesar ini per bulan, Dinas Kesehatan Kotamadya Medan diharapkan akan dapat menurunkan angka kesakitan dan angka kematian (terutama angka kematian bayi dan angka kematian ibu) di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kotamadya Medan.

Tetapi dengan adanya krisis ekonomi dan reformasi di segala bidang di Indonesia, maka para konsumen PLN merasa berkeberatan dengan kebijaksanaan Pemda Tk.II Kotamadya Medan tersebut yang tidak didukung oleh dasar hukum yang kuat yaitu melalui peraturan daerah, sehingga subsidi dari dana kontribusi PLN hanya berjalan satu bulan.

Selama pelaksanaan JPKM yang sudah berjalan hampir tiga tahun, premi Rp.1.000.-/bulan/KK tidak pernah mengalami perubahan. Sekali tiga bulan, selalu diadakan rapat lintas sektoral yang membahas evaluasi kegiatan yang sedang berjalan.

JPKM merupakan salah satu bentuk dari sistem pelayanan kesehatan yang menggunakan konsep *managed care*, lebih tepatnya HMO (*health maintenance organization*). Menurut Trisnantoro¹, berbagai ciri yang ada dalam konsep ini antara lain: dilakukan manajemen resiko; dilakukan peren-

canaan akan tindakan-tindakan klinik yang dapat diperoleh peserta (paket dasar atau paket tambahan); sifat paket yang komprehensif; pengendalian pembayaran terhadap penyedia pelayanan kesehatan; cara pembayaran secara *pre-payment*; menekankan tindakan promotif dan preventif; penyaluran peserta dan *gatekeeper* (*patient channeling*); pembatasan-pembatasan pada sisi penyediaan pelayanan kesehatan, penjagaan kriteria kualitas (*quality criteria*) dan adanya pengkajian penggunaan klinis (*utilization review*).

JPKM merupakan sistem yang menggunakan konsep *pre-payment* berbasis pada kapitasi. JPKM merupakan salah satu bentuk dari sistem pelayanan kesehatan yang menggunakan konsep *managed care*.

Berbagai ciri yang ada dalam konsep ini antara lain: (1) dilakukan manajemen resiko; (2) dilakukan perencanaan akan tindakan-tindakan klinik yang dapat diperoleh peserta; (3) pengendalian pembayaran terhadap penyedia pelayanan kesehatan; (4) pembatasan-pembatasan pada sisi penyediaan pelayanan kesehatan, dan (5) adanya pengkajian penggunaan klinis (*utilization review*)².

Oleh karena itu secara praktis kegiatan JPKM harus mencerminkan sifat-sifat tersebut. Menurut Trisnantoro¹ berbagai tindakan tersebut antara lain:

1. Memperhatikan komposisi keanggotaan: Dalam peraturan Menteri Kesehatan tentang JPKM (No. 571/MenKes/Per/VIII/1993) disebutkan bahwa setiap orang dapat menjadi peserta program JPKM yang dapat dilakukan secara perorangan atau kelompok. Kepesertaan setiap orang dalam program JPKM dilakukan melalui pendaftaran peserta pada Badan Penyelenggara (Bapel) dan setiap orang yang menjadi peserta pada lebih dari satu Bapel harus melaporkannya pada Bapel yang bersangkutan untuk dilakukan koordinasi pemanfaatan paket pemeliharaan kesehatannya. Dengan demikian dapat dilihat bahwa dasar peserta JPKM adalah sukarela. Sifat sukarela ini akan memberikan dorongan terjadinya proses yang disebut *adverse selection*³

yaitu suatu kecenderungan dimana masyarakat yang mempunyai resiko lebih tinggi untuk sakit akan lebih berminat untuk menjadi anggota suatu badan jaminan kesehatan seperti JPKM. Jika tidak ada suatu usaha untuk mencegah proses *adverse selection* dengan cara mengumpulkan sumber daya dengan membayar premi dan membagi/menyebarkan/memindahkan resiko sakit dari resiko individu ke kelompok, maka peserta JPKM dalam jangka panjang akan menjadi kelompok masyarakat yang sakit-sakitan atau mempunyai resiko tinggi dan otomatis akan menjadikan iuran anggota (premi) menjadi sangat tinggi.

2. Melakukan usaha-usaha *cost-sharing*: sistem asuransi kesehatan akan membawa berbagai fenomena yang dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan, seperti *moral hazard*^{3,4,5} ataupun rasa ingin menggunakan hak-haknya. Oleh karena itu JPKM melakukan berbagai usaha *cost-sharing*.
3. Melakukan kontrak dengan pusat kesehatan masyarakat dan rumah sakit: untuk mengendalikan harga, JPKM mengadakan kontrak pembayaran dimuka dengan Puskesmas dan rumah sakit. Pelaksanaan kontrak ini dilakukan tanpa paksaan (bersifat sukarela) dan memupuk persaingan antar Puskesmas/rumah sakit sehingga dapat menekan nilai kontrak. Kontrak ini dapat berisi pembatasan-pembatasan untuk pelayanan medik yang disediakan oleh rumah sakit.
4. Merangsang adanya sistem pengkajian penggunaan (*utilization review*): ada berbagai faktor yang menyebabkan perbedaan utilisasi antara lain: a) sistem pembayaran terhadap tenaga dokter, bila dokter dibayar berbasis pada kapitasi atau di gaji bulanan akan berakibat penurunan jumlah admisi rumah sakit, b) adanya tekanan dari kelompok dokter yang bekerja bersama, dan c) jenis kelompok masyarakat yang menjadi anggota mempunyai

kecenderungan sistem asuransi dengan mekanisme *underwriting* (yaitu dengan menerapkan hasil perhitungan iuran/premi pada penerimaan calon peserta) akan memberikan dampak semakin diterimanya orang sehat menjadi anggota dibanding yang mempunyai resiko sakit lebih tinggi.

5. Menghubungkan antara mutu pelayanan dengan biaya yang dikeluarkan rumah sakit: JPKM akan memaksa rumah sakit untuk memikirkan mutu pelayanan, sekaligus dengan memikirkan neraca keuangan yang diterima dari Bapel-JPKM. Tindakan ini jelas memerlukan keterampilan khusus karena rumah sakit mengharap mendapat sisa hasil usaha dari program JPKM tanpa mengurangi mutu pelayanan medik dan senantiasa memuaskan pasien JPKM. Keadaan ini sangat menarik karena dapat membawa dokter rumah sakit untuk mengikutsertakan pertimbangan ekonomi (anggaran) saat melakukan keputusan klinik. Situasi ini mungkin akan mengurangi kebebasan klinik dan dapat bertentangan dengan etika kedokteran⁶.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi penyelenggaraan JPKM di Kotamadya Medan, khususnya yang berkaitan dengan penetapan premi dan sistem pembiayaan penyelenggaraan JPKM di Kotamadya Medan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Kotamadya Medan Propinsi Sumatera Utara, dengan mengambil data sekunder dari badan penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Koperasi Pengangkutan Umum Medan (JPKM-KPUM) yang jumlahnya 4.000 KK. Data dikumpulkan dengan cara tabulasi data, kemudian merekapitulasi pembiayaan dan penggunaan pelayanan kesehatan mulai tahun 1996 sampai 1998.

a. Jenis Penelitian

Studi kasus pada penelitian retrospektif ini, dalam pelaksanaannya mengevaluasi

seluruh pembiayaan pemeliharaan kesehatan peserta JPKM-KPUM di Kotamadya Medan mulai tahun 1996 sampai tahun 1998.

b. Subjek dan Unit Analisis Penelitian

Subjek penelitian adalah penyelenggaraan JPKM-KPUM dengan unit analisis berupa data kegiatan Bapel JPKM-KPUM Kotamadya Medan.

c. Alat Penelitian

Alat penelitian yang digunakan adalah: Data dan catatan keuangan BP-JPKM Kotamadya Medan. Data dimaksud mencakup:

1. Angka penggunaan/pemanfaatan (*utilization review*) pelayanan dalam setahun terakhir, mencakup jumlah kunjungan.
2. Tarif rumah sakit rujukan yang berlaku di Kotamadya Medan.
3. Angka/jumlah seluruh pembiayaan (pemasukan dan pengeluaran) pelayanan kesehatan.

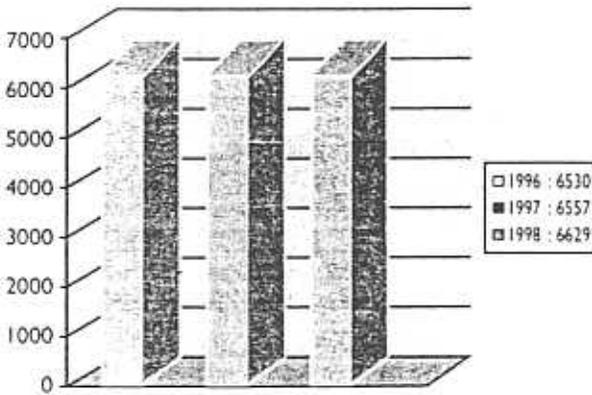
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Bapel JPKM-KPUM sebagai lembaga pelayanan kesehatan kurang berhasil khususnya dalam hal pembiayaan. Hal ini dapat dilihat setelah dilakukan penghitungan biaya yang dikeluarkan dan biaya yang masuk, terdapat kerugian biaya setiap tahunnya.

Faktor yang dapat mengakibatkan kurang berhasilnya Bapel JPKM-KPUM dalam hal pembiayaan adalah penetapan premi yang harus dibayar oleh peserta. Yaitu yang akan dipergunakan untuk membayar pembiayaan penggunaan pelayanan kesehatan peserta kepada pemberi pelayanan kesehatan. Oleh karena yang ditentukan oleh Pemda Tk.II Kotamadya Medan dan Bapel JPKM-KPUM tidak mempunyai dasar sehingga untuk mewujudkan pemeliharaan kesehatan yang paripurna dan berkelanjutan, diupayakan subsidi untuk peserta JPKM

1. Pola Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Utilization review (utilisasi pelayanan kesehatan) peserta JPKM-KPUM dari rawat jalan dan rawat inap dapat dilihat pada Gambar 1 dan 2.



Gambar 1. Grafik Utilisasi Rawat Jalan

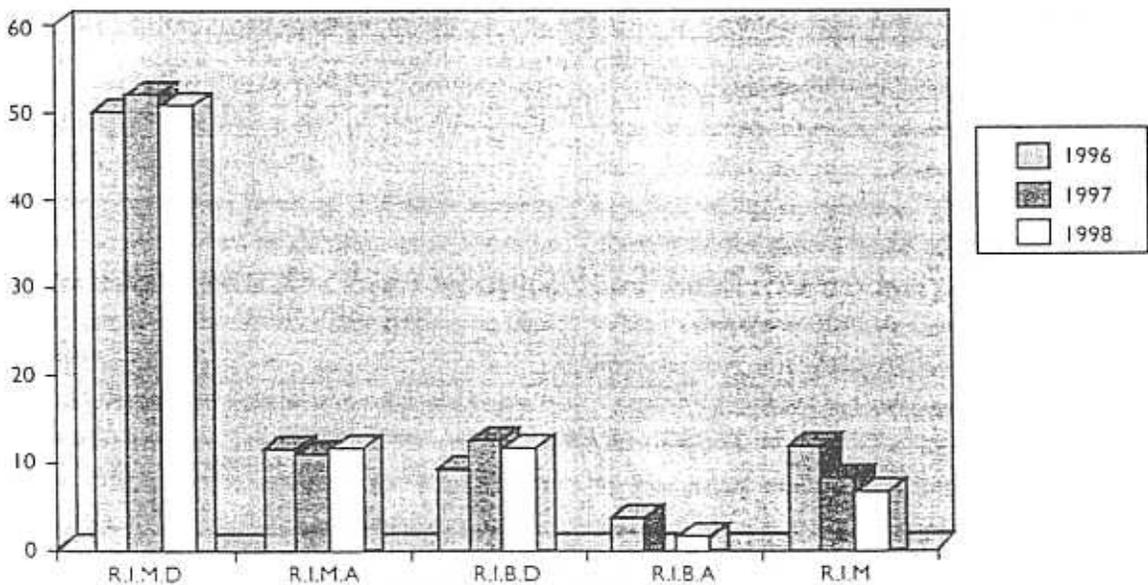
Gambar 1 menunjukkan dari 4000 KK peserta JPKM-KPUM Kotamadya Medan, yang telah

menggunakan pelayanan kesehatan rawat jalan yang dirujuk dari 42 Puskesmas yang ada di Kotamadya Medan ke rumah sakit.

Pada tahun 1996, jumlah kunjungan sebanyak: 6530 orang, tahun 1997, jumlah kunjungan sebanyak: 6557 orang dan tahun 1998, jumlah kunjungan: 6629 orang.

Dari gambaran utilisasi rawat jalan dapat dilihat bahwa penggunaan pelayanan kesehatan melebihi dari jumlah 4000 KK, oleh karena setiap peserta membawa 3 (tiga) anggota keluarga yaitu satu istri dan dua anak dengan penghasilan bersih satu bulan rata-rata Rp.20.000,-.

Untuk rawat jalan, biaya pemeliharaan peserta di klaim oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) ke Bapel sebesar Rp.2.000,- per orang. Untuk biaya rawat inap juga di klaim oleh PPK ke Bapel sebesar Rp.75.000,- untuk maksimal 5 (lima) hari rawat inap, dan biaya operasi ditanggung seluruhnya (Gambar 2).



		'96	'97	'98
Keterangan :	R.I.M.D = Rawat Inap Medik Dewasa	50	53	51
	R.I.M.A = Rawat Inap Medik Anak	12	11	12
	R.I.B.D = Rawat Inap Bedah Dewasa	8	13	12
	R.I.B.A = Rawat Inap Bedah Anak	3	0	1
	R.I.M = Rawat Inap Maternal	12	9	7

Gambar 2. Grafik Utilisasi Rawat Inap

Tabel 1 Daftar Rekapitulasi Peserta dan Biaya Pelayanan Rawat Inap & Operasi Peserta JPKM-KPUM Kotamadya Medan Tahun 1996 - 1997 - 1998

No	Uraian	Tahun							
		1996 (orang-Rp.)		1997 (orang-Rp.)		1998 (orang-Rp.)		Jumlah (orang-Rp.)	
1.	Klinik Bestari	14	1.050.000	17	1.275.000	16	1.200.000	47	3.525.000
2.	R.S.U. Dr. Pirngadi	37	2.775.000	35	2.625.000	33	2.475.000	105	7.875.000
3.	R.S.U.P. Dr. Adam Malik	11	825.000	12	900.000	14	1.050.000	37	2.775.000
Jumlah :		62	4.650.000	64	4.800.000	63	4.725.000	189	14.175.000
Operasi									
1.	R.S.U. Pirngadi	6	21.014.405	6	14.402.464	8	15.152.012	20	50.568.881
2.	R.S.U.P. Adam Malik	5	14.985.595	7	16.597.536	5	13.847.988	17	45.431.119
Jumlah :		11	36.000.000	13	31.000.000	13	29.000.000	37	96.000.000

JPKM merupakan salah satu bentuk dari sistem pelayanan kesehatan yang menggunakan konsep *managed care*, dengan cara pembayaran *pre-payment* berbasis pada kapitasi. Dalam hal ini, JPKM-KPUM tidak menunjukkan konsep *managed care*, oleh karena cara pembayaran ke PPK masih sistem klaim.

2. Pembiayaan

Dengan membayar premi Rp. 1.000,-/KK/hulan, maka biaya pemeliharaan peserta ditanggung secara paripurna. Jika dihitung biaya yang masuk dengan membayar premi setiap bulannya, dan uang yang terkumpul tanpa didepositokan, maka Bapel mengalami kerugian didalam menjalankan programnya.

Tabel 2 Premi Peserta JPKM - KPUM Kotamadya Medan Tahun 1996 - 1997 - 1998

No	Uraian	Tahun			Jumlah (Rp)
		1996 (Rp)	1997 (Rp)	1998 (Rp)	
1.	Premi per bulan per KK	48.000.000	48.000.000	48.000.000	144.000.000
2.	KTA per tahun	2.000.000	2.000.000	2.000.000	6.000.000
Jumlah :		50.000.000	50.000.000	50.000.000	150.000.000

Biaya Administrasi/non medik yaitu Rp.13.780.000.-/tahun jika dibandingkan dengan jumlah uang yang dipergunakan untuk pelayanan kesehatan yaitu 21,6% ternyata lebih besar dari yang seharusnya (15%).

abaikan tindakan pencegahan yang amat penting. Melalui JPKM dimana beban pembiayaan ditanggung bersama oleh masyarakat, dimungkinkan terpeliharanya kesehatan yang merata bagi masyarakat dengan memperhatikan tindakan promotif dan preventif.

Tabel 3 Rekapitulasi Biaya Administrasi/Non Medik Badan Penyelenggara JPKM-KPUM Kodya Medan Tahun 1996 - 1997 - 1998

No	Uraian	Tahun			Jumlah (Rp)
		1996 (Rp)	1997 (Rp)	1998 (Rp)	
1.	Honor Pegawai				
	3 Orang 60.000 / Bulan	2.160.000	2.160.000	2.160.000	6.480.000
	6 Orang 75.000 / Bulan	5.400.000	5.400.000	5.400.000	16.200.000
	2 Orang 100.000 / Bulan	2.400.000	2.400.000	2.400.000	7.200.000
	1 Orang 150.000 / Bulan	1.800.000	1.800.000	1.800.000	5.400.000
2.	Sewa				
	Gedung : 1.000.000 / Bulan	1.000.000	1.000.000	1.000.000	3.000.000
3.	Listrik : 20.000 / Bulan	240.000	240.000	240.000	720.000
4.	PAM : 15.000 / Bulan	180.000	180.000	180.000	540.000
5.	Alat tulis kantor : 50.000 / Bulan	600.000	600.000	600.000	1.800.000
	Jumlah :	13.780.000	13.780.000	13.780.000	41.340.000

Kerugian Bapel JPKM-KPUM dapat disubsidi oleh Pemda Tk.II Kotamadya Medan yang dialokasikan dari dana kontribusi pelanggan PLN, yang seharusnya dana tersebut diberikan kepada masyarakat yang kurang/tidak mampu. Bukan kepada peserta JPKM-KPUM yang anggotanya terdiri dari sopir angkutan kota dengan penghasilan bersih Rp. 20.000.- per hari.

Hal ini tidak sesuai dengan tujuan khusus JPKM yaitu: (1) terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang bermutu, berhasil guna dan berdaya guna bagi perorangan, keluarga dan masyarakat; (2) tersedianya dana yang dihimpun secara prapayasa atas azas gotong royong; dan (3) terwujudnya pengelolaan yang efisien dan efektif oleh lembaga/ organisasi masyarakat yang melindungi peserta.

Pembiayaan kesehatan oleh masyarakat secara sendiri-sendiri kurang menjamin terpeliharanya kesehatan. Ada kecenderungan bahwa pemeliharaan kesehatan secara sendiri-sendiri hanya mementingkan tindakan pengobatan dan meng-

Pemeliharaan kesehatan memerlukan dana yang berkesinambungan, pemeliharaan kesehatan yang bersifat paripurna mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Oleh karena itu diperlukan dana yang berkesinambungan agar menjamin kelangsungan pemeliharaan kesehatan yang bermutu dan sesuai dengan kebutuhan.

JPKM bertujuan untuk mengumpulkan sumberdaya (*pooling resources*) dengan cara membayar premi dan membagi atau menyebarkan atau memindahkan resiko sakit dari resiko individu ke kelompok. Dengan kata lain, JPKM bertujuan untuk saling gotong royong dan saling membantu mengatasi resiko sakit tersebut diantara peserta.

JPKM harus memperhatikan berbagai tindakan yaitu: (1) memperhatikan komposisi keanggotaan, dasar peserta JPKM adalah sukarela, sifat ini akan memberikan dorongan terjadinya proses yang disebut *adverse selection*, yaitu suatu kecenderungan dimana masyarakat yang mempunyai

resiko lebih tinggi untuk sakit akan lebih berminat untuk menjadi anggota; (2) melakukan usaha *cost sharing*, dengan sistem asuransi kesehatan akan membawa berbagai fenomena yang dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan seperti *moral hazard* ataupun rasa ingin menggunakan hak-haknya; (3) melakukan kontrak dengan pusat kesehatan masyarakat dan rumah sakit, untuk mengendalikan harga JPKM mengadakan kontrak pembayaran dimuka; (4) merangsang adanya sistem pengkajian penggunaan klinik (*utilization review*), dengan faktor-faktor yang menyebabkan perbedaan utilisasi antara lain yaitu sistem pembayaran terhadap tenaga dokter (bila dokter dibayar berbasis pada kapitasi atau digaji bulanan akan berakibat penurunan jumlah admisi rumah sakit), adanya tekanan dari kelompok dokter yang bekerja bersama dan jenis kelompok masyarakat yang menjadi anggota mempunyai kecenderungan sistem asuransi dengan mekanisme *underwriting* akan memberikan dampak semakin diterimanya orang sehat menjadi anggota dibanding yang mempunyai resiko sakit lebih tinggi; (5)

menghubungkan antara mutu pelayanan dengan biaya yang dikeluarkan rumah sakit.

Ruang lingkup pengelolaan keuangan Bapel JPKM mencakup: (1) menghitung dan menetapkan iuran/premi yang harus ditarik dari peserta dan besarnya biaya yang harus dibayarkan kepada PPK, (2) menerapkan hasil perhitungan iuran pada penerimaan calon peserta, (3) mengumpulkan iuran peserta sesuai dengan hasil perhitungan, (4) membayar biaya pelayanan kesehatan, (5) mempertanggung-jawabkan penerimaan dan pengeluaran dana, (6) mengasuransikan diri guna memperkecil timbulnya risiko finansil, dan (7) melindungi PPK dan peserta dari kemungkinan bangkrut, melakukan investasi untuk lebih mengembangkan program JPKM.

Penghitungan premi berdasarkan utilisasi pelayanan kesehatan merupakan metode yang dipergunakan oleh banyak *managed care* yang menerapkan sistem kapitasi. Menurut Kongsvedt⁷, *capitation rates* adalah:

Angka penggunaan pelayanan kesehatan setahun x *unit cost*: 12 bulan

Tabel 4 Gambaran Penetapan Premi Peserta JPKM-KPUM Kotamadya Medan
(Berdasarkan penggunaan pelayanan kesehatan tahun 1998)
Untuk Tarif Pelayanan Kesehatan Kelas IIIB

Kategori	Utilisasi Tahunan (per 4000)	Biaya Satuan (Rp)	"PAPB" (Rp)	(Rp)
Rawat Inap Rumah Sakit				
Bedah	13	147.000	39,81	
Medik	63	4.000	31,50	
Maternal	7	60.000	8,75	
Sub total				80,06
Rawat Jalan Rumah Sakit				
Karcis/obat-obatan	6629	2.000	276,20	
Laboratorium rutin	6629	25.000	3452,60	
				3728,80
Dokter				
Kunjungan di ruang dokter	6629	3.000	414,31	
Ruang darurat	87	7.500	13,59	
Maternal	12	5.000	1,25	
Sub total				429,15
Lain-lain				
Radiodiagnostik canggih	5	50.000	5,20	
Radioterapi	8	150.000	25,00	
Ambulans	21	25.000	10,94	
Sub total				41,14
TOTAL				4279,15
Retensi untuk biaya administrasi, pemasaran, cadangan dan keuntungan (15% dari total biaya)				641,87
				4921,00
Koordinasi manfaat (2%)				(98,42)
Kebutuhan "PAPB"				Rp.4822,58.-

Keterangan : *Unit cost* disini adalah unit tarif RSUD Pirngadi dan RSUP Adam Malik Medan.

Tabel 4 menunjukkan penghitungan penetapan premi berdasarkan angka utilisasi tahun 1998 dan unit tarif rumah sakit, maka didapatkan hasil

penghitungan penetapan premi sebesar Rp. 4.822,- /KK/bulan.

Cara penghitungan penetapan premi yaitu dengan memakai rumus Kongsvedt, contohnya yaitu untuk rawat inap medik: 63 (jumlah peserta yang menggunakan pelayanan kesehatan); 4000 (jumlah KK) x 6 (jumlah rata-rata hari rawat inap); 12 bulan maka didapat hasil PAPB Rp.39.81.-. Disini digunakan tarif kelas IIIA dari RSUD dr. Pirngadi dan RSUP Adam Malik.

Untuk rawat jalan jumlah peserta yang menggunakan pelayanan kesehatan 6629 dan semua peserta mendapat pemeriksaan laboratorium. Disini telah terjadi *moral hazard* untuk pemeriksaan/kunjungan di ruang dokter.

Dalam hal ini, pola pelayanan kesehatan dari PPK tidak menggunakan konsep *managed care*. Sehingga model seperti ini tidak bisa dijadikan sebagai dasar yang riil untuk penghitungan penetapan premi.

Sebagai gambaran lain dari penghitungan penetapan premi, untuk angka utilitasnya berdasarkan angka kesakitan per bulan dari data epidemiologi Kotamadya Medan. Contohnya: peserta yang menggunakan pelayanan kesehatan (angka kesakitan dari data epidemiologi) adalah 10,33% dari 16.000 orang (4000 KK) = 1653 orang yang menggunakan pelayanan Puskesmas.

Untuk peserta yang mendapat obat-obatan hanya 80% dari seluruh peserta yang berkunjung ke Puskesmas x Rp.5.000.- (biaya satuan obat).

Untuk unit tarif, digunakan tarif kelas IIIA dari RSUD dr. Pirngadi dan tarif kelas IIIa RSUP Adam Malik.

Dari gambaran di atas dapat kita hitung penetapan premi berdasarkan kelas II atau kelas I sesuai dengan kelompok masyarakat yang membutuhkannya.

Dari hasil penghitungan premi yang utilitasnya berdasarkan angka kesakitan rata-rata per bulan dari data epidemiologi di Kotamadya Medan

untuk tarif pelayanan kesehatan RSUP Adam Malik kelas III yaitu sebesar Rp.4.314.-/orang/bulan (per anggota per bulan).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil evaluasi memperlihatkan kesimpulan sebagai berikut. Pertama, bahwa dengan premi Rp.1.000.-/KK/bulan ternyata tidak dapat membiayai pemeliharaan kesehatan peserta JPKM. Karena Bapel JPKM yang mengelola keuangan peserta dan yang membayar PPK, mengalami kerugian. Kedua, pengumpulan dana kontribusi oleh Pemda Tk. II Kotamadya Medan yang diambil dari dana kontribusi pelanggan PLN dan baru satu bulan berjalan, masyarakat berkeberatan dan tidak lagi membayar dana kontribusi tersebut, sehingga tidak ada lagi subsidi. Lagipula, dana subsidi tersebut rencananya diberikan untuk masyarakat yang tidak mampu untuk membiayai pemeliharaan kesehatannya. Ketiga, pembayaran pelayanan kesehatan ke PPK masih sistem klaim, belum dilaksanakan sistem kapitasi. Keempat, sistem pelayanan kesehatan dari PPK belum berjalan sesuai dengan prosedur JPKM, karena masih terdapat *moral hazard*.

Saran

Dalam hal pembiayaan, JPKM-KPUM ini ternyata belum menggunakan konsep *managed care*, yang dipakai sebagai prinsip dasar JPKM. Bapel JPKM-KPUM masih dapat berjalan hanya dari subsidi. Mengingat pentingnya pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam hal ini adalah peserta JPKM, maka untuk penghitungan penetapan premi, sebaiknya mempunyai dasar, yaitu dengan memakai rumus PAB (per anggota per bulan) dari Kongsvedt.

KEPUSTAKAAN

1. Trisnantoro, L., Asuransi Kesehatan dan Perubahan Pembiayaan Rumah Sakit (Modul Kuliah). Yogyakarta: University Gadjahmada Press, 1996.
2. Abramson, J.H. Metode Survey Dalam Kedokteran Komunitas: Pengantar Studi Epidemiologi dan Evaluatif, Yogyakarta: Gajah Mada University Press, 1997.
3. Bakker, T. and Pearlman, M., Health Manpower in Development. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins Press, 1967.
4. Biro Pusat Statistik., Survey Sosial Ekonomi Nasional, Jakarta, 1996.
5. Carey, K., Measuring In-Patient and Out-Patient Cost: A Cost-Function Approach. Health Care Financing Review, 1992, 14 (2).
6. Departemen Kesehatan RI., Sistem Kesehatan Nasional, Jakarta, 1985.
7. Kongsvedt, PR. The Managed Care: Health Care Handbook. Gaithersburg, MD: Aspen Publication, Inc., 1989.