

TELAAH KRITIS TERHADAP PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA

CRITICAL APPRAISAL ON MANAGED CARE SYSTEM IN INDONESIA

Ali Ghufron Mukti¹, Hasbullah Thabrany², Laksono Trisnantoro³

¹Minat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan/JPKM, FK UGM, Yogyakarta

²Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, FKM UI / YPKMI, Jakarta.

³ Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Introduction: Various programs to develop an Indonesian managed health care system (JPKM) have been implemented since 1992. To find a sustainable, effective and efficient managed care system it is necessary to appraise critically all studies related to the development and implementation of the system.

Method: All studies related to JPKM from five well-recognized universities in Indonesia were collected and selected. The collected study results were assessed and analyzed in terms of its coverage, benefit package development and barriers according to aspects of plan, health providers and community.

Results: The coverage development of Indonesian managed care system and health insurance in Indonesia is very slow. This is due to complicated problems related to the supply and demand side. The supply sides include problems of the qualified human resources, organizational structure, capital, management and information system. While the demand sides include in-conducive local culture, health is not viewed as the priority need, limited number of people having structured wages.

Conclusion: To accelerate the coverage development of the Indonesian managed care, a radical change is necessary to be conducted. The participation of Indonesian to the proposed managed care system should be compulsory rather than voluntary basis and system should be gradually implemented.

Keywords: critical appraisal, managed care system, coverage, benefit package, reform

PENGANTAR

Pemerataan, efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan merupakan isu global yang menjadi perhatian bagi pembuat kebijakan kesehatan, akademisi dan masyarakat akhir-akhir ini. Di Amerika sebagai contoh negara dengan sistem pembiayaan pelayanan yang lebih menyerahkan pada mekanisme pasar dengan pembiayaan kesehatan yang mencapai sekitar 14% dari GNP dan lebih dari 37 juta penduduknya tidak tercakup asuransi kesehatan timbul pemikiran untuk melakukan reformasi sistem pelayanan agar dikembangkan sistem asuransi kese-

hatan universal yang tentunya lebih mengarah pada pemerataan dan keadilan sosial¹. Sebaliknya Australia yang asuransinya sudah universal, lebih bersifat sosial, peran pemerintah besar sedang melakukan pemikiran untuk mendorong asuransi kesehatan swasta komersial. Penduduk Australia yang sudah biasa menikmati asuransi kesehatan sosial bermalas-malas untuk ikut asuransi komersial meskipun mereka diberi insentif. Kalau demikian sistem mana yang lebih tepat bagi Indonesia apakah sistem asuransi kesehatan komersial atau sosial?

Untuk itulah agar reformasi sistem asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikembangkan tidak salah arah perlu diperhatikan dan didukung bukti-bukti di lapangan. Telaah kritis ini bertujuan untuk mengkaji secara kritis hasil-hasil penelitian yang terkait dengan asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia untuk membantu penyusunan kebijakan yang berdasar bukti (*evidenced based policy*).

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Metode telaah kritis ini dilakukan dengan mengumpulkan hasil-hasil penelitian yang terkait dengan asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat di pusat penelitian dan pendidikan kesehatan yang meliputi Universitas Gadjah Mada, Universitas Indonesia, Universitas Airlangga, Universitas Diponegoro, Universitas Hasanudin serta hasil penelitian yang telah dipublikasikan di jurnal ilmiah di Indonesia. Hasil penelitian yang terhimpun di kaji tujuan penelitian, metode dan hasilnya. Hasil-hasil tersebut ditelaah cakupan kepesertaan, paket pelayanan dan hambatan-hambatan yang ditemui dari aspek penyuplai dan permintaan. Rangkuman hasil kemudian di presentasikan pada fihak-fihak terkait seperti Departemen Kesehatan, PT Askes, Badan Penyelenggara dan wakil masyarakat dalam sebuah workshop untuk mendapat tanggapan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Perkembangan Cakupan JPKM

Arah cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) diupayakan sedemikian rupa sehingga dapat mencakup seluruh warga negara Indonesia baik yang kaya atau miskin, yang tua atau muda yang tinggal di perkotaan atau pedesaan. Pertimbangan cakupan yang mengarah pada semua warga negara Indonesia ini didasarkan

pada aspek filosofis, yuridis dan teknis penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.

Aspek filosofis dilandaskan pada pokok pemikiran bahwa kesehatan merupakan suatu hak yang bersifat universal. Hukum hak asasi manusia internasional memasukkan hak untuk upaya kesehatan sebagai hak asasi manusia. Organisasi Kesehatan Dunia menegaskan bahwa hidup sehat atau kesehatan merupakan *fundamental right* (hak dasar) setiap individu. Dengan demikian maka pengembangan cakupan ke arah semua warga negara tanpa kecuali sangat sejalan dan didorong dalam lingkup aspek filosofis.

Aspek yuridis baik yang termuat dalam TAP MPR No. II Tahun 1988 tentang GBHN, kebijakan Repelita V 1989/90-1993/94 yang menyebutkan pengembangan cara pembiayaan kesehatan oleh masyarakat sendiri diarahkan dan berdasarkan prinsip asuransi. Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 antara lain menyebutkan bahwa “..penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya dikelola secara terpadu, dilakukan secara praupaya”. Upaya pemeliharaan kesehatan yang mencakup pemeliharaan dasar itu sifatnya wajib diikuti setiap peserta, dan pemeliharaan kesehatan tambahan meskipun sifatnya sukarela harus tetap merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dari pemeliharaan kesehatan dasar¹.

Aspek teknis jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat akan sangat terdorong jika cakupan berlaku menyeluruh tanpa kecuali dan bersifat wajib. Sifat keanggotaan yang sukarela dan hanya mencakup sebagian kecil masyarakat akan mendorong terjadinya *adverse selection*. Peserta jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat akan lebih banyak diisi oleh mereka yang memiliki risiko sakit lebih tinggi. Cakupan yang hanya kecil dan sifat keanggotaan yang sukarela juga

mengakibatkan hukum bilangan banyak (*the law of large number*) tidak berfungsi. Ini berarti bahwa risiko sakit atau risiko untuk menanggung biaya sakit hanya terbagi oleh sebagian kecil masyarakat, sifat kegotongroyongan kurang berjalan atau berjalan hanya pada kelompok kecil masyarakat, akibatnya harga premi juga akan mahal karena perkiraan pemanfaatan tidak bisa akurat.

pembiayaan pra-upaya, meskipun ada yang memperkirakan angka tersebut mencapai sekitar 27-30 juta atau sebesar 14% jumlah penduduk². Dari jumlah ini sebagian besar yaitu 13.060.934 adalah peserta PT Askes wajib³, 700.000 peserta Askes sukarela, dua setengah juta peserta PT Jamsostek dan hanya sekitar 800.000 peserta JPKM. Penelitian oleh Ascobat dkk.⁴ menunjukkan

Tabel 1. Jumlah dan Perkembangan Kepesertaan di Badan Penyelenggara JPKM, Tahun 1997

No	Bapel JPKM	Lokasi	Jumlah Peserta	Kecenderungan
1	Perhimpunan St. Carolus	DKI	3.299	Tetap
2	PT Pandu Medica Centra	DKI	600	Menurun
3	PT Nayaka Era Husada	DKI	65	Naik-turun
4	PT Abdi Waluyo Mitra Sejahtera	DKI	11.000	Meningkat
5	PT Ruslam Cempaka Putih Jaya	DKI	5.824	Meningkat
6	PT IHBI	DKI	20.000	Meningkat
7	PT Mitra Keluarga Piranti Sehat	DKI	4.500	Menurun
8	PT Satya Siaga Jasa Medika	DKI	12.000	Meningkat
9	PT Melati Puspa Medika Sejahtera	Bekasi	150*	Meningkat
10	PT Hatimas Setia	Semarang	25	Meningkat
11	PT Husada Mandiri Berbakti	Klaten	6000	Meningkat
12	PT Panca Bina	Surabaya	2000	Meningkat
13	PT Hardlent Medika Husada	Malang	2000	Meningkat
14	PT Mitra Husada	Magetan	644.000 (a) 6.230 (b)	Meningkat
Total cakupan			771.463	

Catatan:

Tambahan 3000 peserta baru dalam proses saat penelitian ini dilakukan (a) Ini adalah peserta wajib untuk paket 1-meliputi seluruh penduduk Dati II-Magetan dengan premi Rp 300.; (b) Ini adalah peserta sukarela untuk paket 2 dengan premi Rp. 1000,-. Jumlah Bapel (Badan Penyelenggara) berijin 15, karena kesulitan teknis di lapangan hanya dilaporkan 14 Bapel dalam tabel di atas.

Cakupan yang tidak menyeluruh, sifat keanggotaan yang sukarela akan mengakibatkan perkembangan cakupan menjadi lambat. Melakukan evaluasi tentang perkembangan cakupan kepesertaan JPKM tidak mudah. Gambaran perkembangan cakupan JPKM secara nasional harus didukung dengan data yang memiliki validitas dan reliabilitas yang baik. Berdasarkan beberapa data yang telah dipublikasi tampak bahwa perkembangan cakupan JPKM berjalan lamban. Pada tahun 1997 diperkirakan hanya sekitar 18 juta penduduk (9%) yang dicakup sistem

bahwa di semua Bapel JPKM yang sudah berijin (15 Bapel) hanya terdapat 771.463 anggota. Jumlah inipun termasuk peserta seluruh penduduk Magetan yang diklaim sebagai anggota JPKM. Sayangnya paket jaminan JPKM ini sangat rendah dengan pembayaran premi yang sangat kecil, sehingga tidak memenuhi kebutuhan medis anggotanya. Ini berarti selama 16 tahun sejak 1982 (pencetusan gagasan DUKM) atau selama 8 tahun sejak 1992 (masuknya JPKM dalam Undang-Undang Kesehatan RI) perkembangan cakupan kepesertaan hanya sekitar

satu juta penduduk. Untuk lebih jelasnya jumlah dan perkembangan kepesertaan JPKM serta kecenderungannya dapat di lihat pada Tabel 1 sebagaimana dilaporkan oleh Ascobat dkk⁴.

Data perkembangan cakupan di atas terbatas pada jumlah peserta JPKM yang sudah memiliki ijin operasional di Indonesia

Bapel. Jika diasumsikan cakupan kepesertaan JPKM di Kabupaten Magetan tidak berubah, cakupan JPKM yang belum berijin sekitar 200.000 dan JPK PT Askes Sukarela dengan jumlah kepesertaan sekitar 700.000 juga dimasukkan maka jumlah total cakupan sampai bulan April 2000 sebesar 1.700.000 (Tabel 2).

Tabel 2. Prakiraan Maksimal Perkembangan Cakupan Kepesertaan JPKM bulan April 2000

	Jenis JPKM	Jumlah Peserta	Keterangan
1	JPKM yang sudah berijin	800.000*	*771.463 + Bapel Ijin baru **200.000 adalah JPKM yang belum berijin tetapi diluar peserta yang preminya dibayar oleh Pemerintah melalui JPKM-JPSBK, tetapi termasuk peserta mandiri
2	JPKM yang belum berijin	200.000**	
3	JPK-Askes Sukarela	700.000	
Jumlah total		1.700.000	

sampai dengan penelitian tersebut dilakukan tahun 1998. Jumlah ini tidak termasuk JPKM berijin baru yang sudah mencapai sekitar 25 Bapel ataupun Pra-Bapel seperti Gajah Mada Medical Centre yang memiliki peserta sekitar 16.000 orang. Jika dilihat tabel 1 tersebut jumlah cakupan kepesertaan 771.463 ini oleh karena kontribusi jumlah peserta JPKM dari PT Mitra Husada di Kabupaten Magetan yaitu sebesar 644.000. Akan tetapi setelah terdapat masalah reformasi di Kabupaten Magetan jumlah peserta menurun. Hal ini dengan sendirinya mempengaruhi jumlah perkembangan JPKM secara keseluruhan.

Satu hal yang perlu diperhatikan dalam menilai jumlah perkembangan cakupan JPKM di Indonesia adalah bahwa terdapat beberapa JPKM yang dikelola oleh perusahaan seperti Gobel dan JPKM yang sekarang sedang dalam proses perkembangan di beberapa Daerah tingkat II berkaitan dengan program JPKM-JPSBK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan) yang lebih dikenal dengan Pra-

Kepesertaan JPKM yang dibayar melalui program JPSBK tidak dimasukkan oleh karena sampai berapa lama mereka dibayar oleh pemerintah masih belum terdapat jawaban yang pasti. Dengan melihat data di atas tampak bahwa perkembangan cakupan kepesertaan JPKM kurang menggembirakan. Prakiraan maksimal ini hanya akan menjadi 1 juta cakupan peserta jika peserta sukarela PT Askes dikeluarkan. Bahkan jika dikurangi lagi peserta wajib dari Kabupaten Magetan maka perkembangan cakupan JPKM kurang memuaskan, oleh karena hanya mampu mencapai angka sekitar 400.000 orang peserta untuk tingkat nasional selama 8 tahun sejak JPKM masuk dalam UU No 23/92 tentang Kesehatan atau 18 tahun sejak konsep DUKM diperkenalkan.

Keadaan di atas semakin tidak menggembirakan karena di beberapa tempat terdapat kecenderungan penurunan peserta seperti di Kabupaten Dati II Wonogiri dimana pesertanya tahun 1993/1994 berjumlah 4.927 KK (32,21%

dari keseluruhan KK) turun menjadi 2.997 KK (19,05%) pada tahun 1994/1995 naik sedikit menjadi 3.128 KK (19,73%) pada tahun 1995/1996⁵ dan juga peserta dari salah satu JPKM berijin pada Tabel 1.

Proyek Klaten

Uji coba JPKM di Klaten yang menghabiskan dana lebih dari tiga juta dollar tidak menghasilkan pelajaran positif yang dapat dikembangkan di daerah lain. Bahkan proyek ini menjadi simbol kegagalan konsep dan penerapan JPKM yang mencerminkan ketidak-tahuan pengelola tentang berbagai aspek *managed care*. Proyek yang menghabiskan dana begitu besar, ditambah dengan milyaran rupiah dana pendamping, hanya menghasilkan 6.000 anggota yang 80% diantaranya adalah anak sekolah⁶. Penelitian lain menunjukkan bahwa target peserta yang ditetapkan sebesar 12.500 orang pada Maret 1996 tidak pernah tercapai sehingga bapel mengalami kesulitan keuangan. Oleh karena itu pada tanggal 12 Agustus 1997 Pelaksana JPKM dialihkan kepada PT. Husada Mandiri Berbakti. PT ini lebih mengarahkan pesertanya pada anak sekolah yang ada di Kabupaten Klaten. Dengan perubahan target ini sampai Juni 1998 peserta yang terjaring berjumlah 7.199 orang dengan proporsi 79,8% anak sekolah dan 20,2% peserta umum. Angka ini merupakan 2,2% dari jumlah anak sekolah dan 1,12% penduduk yang ada di Kabupaten Klaten⁷.

Menanggapi lambannya perkembangan dan penerimaan JPKM oleh berbagai pihak, baik pemerintah maupun swasta, telah menimbulkan pertanyaan kritis apakah JPKM memang merupakan solusi bagi pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan di Indonesia. Trisnantoro⁸ mengemukakan bahwa program-program kesehatan berbasis impian dengan kata-kata indah dan fragmentasi pelayanan promotif dan kuratif. Menurut

pandangan Trisnantoro, status JPKM tidak jelas maju atau mundurnya. Hal ini barangkali juga terkait dengan apa yang ditulis oleh Johnson⁶ bahwa terdapat kesalah-fahaman yang besar tentang *managed care* yang kompleks yang membutuhkan tenaga ahli. Yang menarik adalah bahwa Komisaris Utama PT HMB sendiri menilai pesimistik bahwa JPKM akan dapat berkembang di Klaten, jika tidak ada perubahan kebijakan yang mendasar.

2. Perkembangan Paket Pelayanan JPKM

Paket pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh bapel JPKM dinyatakan sebagai paket pelayanan yang bersifat komprehensif yakni meliputi aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam kenyataannya pengertian komprehensif ini bervariasi dan belum sesuai dengan kebutuhan medis peserta JPKM seperti lama rawat inap hanya 5 hari. Variasi paket yang ditawarkan Bapel JPKM ini sangat besar.

Sangat bervariasinya produk paket pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh berbagai badan penyelenggara akan mengakibatkan biaya administrasi termasuk biaya pemasaran semakin mahal. Hal ini akan mengakibatkan pembiayaan pelayanan kesehatan menjadi tidak efisien. Pengendalian biaya yang diharapkan terjadi dengan pembayaran kapitasi tidak menutup kehilangan biaya pemasaran yang besar. Pengalaman ini telah ditunjukkan oleh negara Amerika Serikat. Di Amerika dengan cakupan yang tidak berlaku menyeluruh mengakibatkan biaya administrasi rata-rata mencapai 12% biaya total sedang di Eropa Barat biaya manajemen dan administrasi asuransi sosial kesehatan hanya mencapai 5-9% saja. Akibat tidak efisiennya dalam pembiayaan pelayanan kesehatan ini ternyata juga mempengaruhi peningkatan biaya produksi barang dan jasa lain, khususnya untuk ekspor, sehingga kurang kompetitif. Sebagai contoh untuk memproduksi satu unit

mobil di Amerika diperlukan biaya pelayanan kesehatan pekerja sebesar US \$ 1,200 sedang di Jepang biaya kesehatan tersebut hanya sebesar US \$ 650, atau hampir separuh dari yang dikeluarkan Amerika.^{9,10}

3. Hambatan-Hambatan yang Ditemui

Untuk melihat hambatan-hambatan yang ada dalam pengembangan JPKM maka dapat dilihat dari dua sisi. Sisi pertama adalah sisi penyuplai (*supply side*) dalam hal ini termasuk badan pembina, badan penyelenggara dan PPK. Sisi kedua adalah dari masyarakat (*demand side*).

Di bawah ini dikaji beberapa hambatan yang terkait dari *supply side*.

1. Badan Pembina :

Penelitian yang dilakukan oleh Malik¹¹ menunjukkan bahwa diantara 80 Kepala Dinas Kesehatan Dati II yang menjadi sampel hanya 13 orang (16%) yang memiliki pemahaman terhadap JPKM dan hanya 22 orang (28%) yang mengatakan memiliki tanggungjawab dalam pengembangan JPKM. Ini menunjukkan bahwa sosialisasi konsep dan pemberian tanggungjawab pengembangan JPKM pada Badan pembina masih jauh dari memuaskan. Setelah diperkenalkan konsep Indonesia Sehat 2010 dimana JPKM menjadi salah satu dari empat pilar, diharapkan hal itu tidak terjadi lagi. Apalagi setelah bulan April 2000 ini dikukuhkan Direktorat JPKM di Departemen Kesehatan, maka pengetahuan dan pemahaman aparat diharapkan segera meningkat. Pembinaan ini menurut banyak Bapel sebaiknya tidak hanya dilakukan oleh Depkes Pusat akan tetapi dilimpahkan pada tingkat propinsi atau kabupaten/kota. Untuk itu diperlukan persiapan sumberdaya manusia yang benar-benar mengerti seluk beluk JPKM atau *managed care*. Para Bapel merasakan bahwa pihak pembina sendiri belum mantap menguasai konsep, prinsip dan operasional JPKM⁴.

2. Bapel

Sumberdaya manusia di Bapel JPKM berijin umumnya masih tidak sesuai dengan kualifikasi yang diperlukan. Departemen Kesehatan tidak mensyaratkan kualifikasi tenaga untuk bapel. Berbeda dengan perundang-undangan asuransi yang mensyaratkan paling sedikit separuh dari pimpinan perusahaan harus memiliki gelar profesional tertentu. Di Amerika, baik perusahaan asuransi maupun *managed care* memiliki tenaga profesional yang selain mendapatkan pendidikan akademik di bangku perguruan tinggi, juga mengambil pendidikan profesi. Ketiadaan persyaratan spesifik ini, khususnya dalam penghimpunan dana akan sangat besar resikonya bagi perkembangan JPKM itu sendiri.

Dalam kegiatan operasionalnya Bapel yang diteliti masih belum melaksanakan prinsip-prinsip JPKM umumnya mereka baru dapat menerapkan 3 jurus yaitu ikatan kontrak, penyediaan pelayanan paripurna (yang ternyata isinya sangat bervariasi) dan manajemen keluhan peserta⁴. Beberapa Bapel dalam kegiatannya beroperasi sebagai asuransi pertanggungan kerugian (*indemnity insurance*), yang kurang sesuai dengan konsep *managed care* atau JPKM. Bahkan ada bapel yang berijin yang berfungsi sebagai TPA (*Third Party Administrator*) tanpa mendapatkan sanksi apapun dari Depkes. Hal ini dapat berdampak pada rusaknya citra JPKM yang dapat digunakan untuk memperoleh ijin usaha berbagai jasa di bidang kesehatan.

Lembaga pelayanan JPKM secara konseptual merupakan lembaga yang memiliki fungsi yang rumit dan umumnya belum siap dalam menerapkan konsep *managed care*. Sani, Prawitasari dan Mukti¹² melaporkan bahwa belum seluruh konsep *managed care* dilaksanakan oleh PT Askes Sumatra Barat. Fungsi pengkajian utilisasi masih sangat terbatas. Keterbatasan fungsi pengawasan utilisasi ini dilaporkan pula oleh Wirjodihardjo¹³,

Soetarjo dan Trisnantoro¹⁴. Di sektor swasta, Sitorus dan Trisnantoro¹⁵ melaporkan bahwa JPKM yang dikembangkan oleh kelompok Huria Kristen Batak Protestan (HKBP) di Tapanuli Utara juga belum memenuhi konsep *managed care*.

Sukesi dan Nugroho⁵ menyimpulkan bahwa Badan Pelaksana Dana Sehat di Wonogiri belum menerapkan konsep JPKM. Payuk⁷ di Klaten meneliti mengenai JPKM Klaten yang gagal mencapai jumlah peserta yang cukup (*the law of large numbers*). Analisis terhadap karakteristik peserta menunjukkan bahwa pendidikan dan pengetahuan peserta JPKM lebih tinggi dibandingkan dengan bukan peserta. Hal ini menunjukkan bahwa JPKM di Klaten tidak berhasil menjaring peserta dari kalangan bawah. Pengamatan terhadap JPKM Klaten saat ini adalah bahwa peserta didominasi oleh siswa sekolah yang merupakan pasar paling mudah diambil dengan risiko paling kecil, seperti yang dilakukan JPKM Muhammadiyah. Bahkan meskipun mayoritas pesertanya adalah kelompok siswa (yang tidak sesuai dengan konsep pemerataan keadilan) ternyata Bapel tersebut belum berhasil menuntaskan tunggakan dalam satu bulan (Januari 1998) sebesar Rp 2.498.000 yang dilakukan oleh 2.498 peserta dari total 5.934 peserta⁷.

Aspek Manajemen Mikro JPKM dapat dilihat dari beberapa penelitian di atas. Sebenarnya, lembaga JPKM dan Askes merupakan unit usaha yang berdasarkan prinsip-prinsip risiko dan memenuhi kriteria industri. Dalam hal ini diperlukan ketrampilan manajemen mikro untuk mengelola Askes dan Bapel JPKM. Ketrampilan manajerial dan kemandirian sistem manajemen di PT Askes Indonesia yang merupakan lembaga paling berpengalaman dan paling luas di Indonesia juga masih kurang memadai. Jika diamati kontrak kepesertaan Askes sukarela misalnya, masih banyak sekali lubang-lubang yang dapat merugikan para pihak. Padahal PT Askes telah

lebih dari lima tahun melatih dan mendidik para manajernya untuk belajar asuransi kesehatan dan *managed care* di berbagai negara. Dapat dibayangkan kondisi bapel lain, yang pada umumnya hanya berbekal keinginan mendapatkan laba dan tidak didukung pengetahuan dan pengalaman yang memadai. Jika perluasan JPKM dikehendaki, apakah hal itu lebih baik dilakukan dengan menyempurnakan, mengembangkan dan mendayagunakan infrastruktur yang sudah ada seperti jaringan PT Askes atau Perusahaan-perusahaan asuransi lain atautah membangun Bapel-bapel baru yang belum mempunyai pengalaman sama sekali.

Hubungan antara masyarakat dengan lembaga JPKM/Askes sebenarnya berdasarkan pada teori ekonomi mengenai masyarakat yang rasional. Apabila masyarakat tidak puas, mereka akan keluar dari sistem JPKM/asuransi kesehatan sukarela.

Permintaan terhadap asuransi kesehatan secara sukarela sangat dipengaruhi oleh persepsi dan pengalaman masyarakat yang memiliki informasi yang lebih baik terhadap kondisi kesehatan dan resiko sakitnya. Dalam asuransi kesehatan tradisional, perusahaan melakukan *underwriting* untuk kelompok kecil atau perorangan, sehingga mereka terhindar dari anti seleksi. Meskipun ada pihak yang tidak mengakui JPKM sebagai suatu asuransi kesehatan, kenyataan di lapangan mekanisme anti seleksi telah terjadi, misalnya dalam proyek JPKM Klaten.

Hubungan antara lembaga Askes-JPKM dengan penyedia pelayanan sebenarnya merupakan hubungan industrial dimana diharapkan ada terjadi hubungan bisnis yang *win-win*. Tanpa ada prinsip *win-win* akan terjadi hal-hal yang cenderung tidak baik untuk kelangsungan sistem asuransi/JPKM. Kepuasan peserta JPKM saat dilayani di penyedia pelayanan ikut mempengaruhi keinginan peserta meneruskan keanggotaan

JPKM. Dengan keharusan bapel JPKM membayar kapitasi, ancaman ketidakpuasan peserta akan sangat besar. Semua bapel sekarang ini belum melakukan penetapan tarif kapitasi kepada seluruh PPK, karena memang hal itu belum memungkinkan. Sementara kontrak kapitasi dengan dokter primer (dokter keluarga) belum dilakukan secara terbuka, sehingga dokter memahami betul bahwa mereka dibayar dengan tarif kapitasi yang *fair*. Dalam diskusi kelompok terarah terhadap dokter keluarga hal ini sangat jelas dikemukakan para dokter puskesmas maupun dokter keluarga partikelir.

Hubungan kontraktual ini sebaiknya ditetapkan sesuai dengan berbagai satuan biaya pemberi pelayanan kesehatan setempat. Perubahan model pembayaran tradisional *fee-for service* yang bersifat retrospektif kepada sistem prospektif termasuk kapitasi memerlukan waktu penyesuaian yang panjang. Siapakah para spesialis dibayar dengan kapitasi? Sejarah menunjukkan bahwa para dokter di Indonesia sama sekali tidak dididik mengenai kapitasi, sehingga mereka cenderung tidak memahaminya. Di Amerika pada mulanya, asosiasi dokter menolak pembayaran kapitasi, karena hal itu berarti menempatkan dokter pada bisnis resiko yang bukan bidangnya. Penelitian yang dilakukan di Kudus menunjukkan bahwa pemberi pelayanan kesehatan belum siap dengan sistem kapitasi¹⁶.

Hambatan dari aspek demand side terhadap JPKM / dana sehat dapat di lihat pada beberapa penelitian. Hasil penelitian oleh Yantewo¹⁷ di Desa Yaturaharaja kecamatan Arso Kabupaten Jayapura menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif dan bermakna antara pendapatan atau penghasilan keluarga, jumlah anggota keluarga, jarak yang ditempuh ke tempat pelayanan (PPK) serta pengetahuan kepala keluarga mengenai dana sehat dengan kepesertaan dana sehat.

Bahar¹⁸ menemukan banyak kendala dalam penyelenggaraan dana sehat di Kabupaten Garut Propinsi Jawa Barat seperti kemampuan pengurus dalam mengelola dana, pengumpulan dana yang tersendat-sendat, penggunaan dana untuk bukan kegiatan kesehatan, dan adanya kecurigaan kepada pengelola karena kurang transparan. Kendala lain yang ditemukan adalah pemahaman masyarakat tentang dana sehat yang kurang karena kurangnya informasi tentang dana sehat dari Puskesmas maupun Pembina. Ruwiyanto¹⁹ dalam penelitiannya juga menemukan bahwa masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang dana sehat dan kurangnya penyuluhan serta penyebaran informasi serta kurangnya supervisi dan pemantauan pelaksanaan dana sehat. Ketidakakuratan informasi, ketidakjelasan konsep, dan ketidak tahuan tenaga kesehatan akan seluk-beluk JPKM, dana sehat, dan asuransi kesehatan menyebabkan simpang siurnya informasi tentang JPKM. Harapan dari skema asuransi mikro, dari model dana sehat, yang terbukti selalu gagal di berbagai belahan dunia maju, seratus tahun yang lalu, yang tidak realistis juga memberi sumbangan besar atas tidak berhasilnya pengembangan JPKM di berbagai daerah.

Dari aspek ketaatan membayar iuran, Iriani²⁰ dalam tesisnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kemauan membayar iuran dana sehat secara teratur menjelaskan bahwa ada 7 (tujuh) faktor yang berhubungan dengan kemauan membayar iuran dana sehat secara tertatur. Ketujuh faktor tersebut adalah pendidikan, pengetahuan, persepsi, kebiasaan berobat, tanggungan keluarga, pendapatan atau pengeluaran keluarga, kelengkapan sarana pelayanan kesehatan, kemudahan mengumpulkan iuran, jarak tempuh dan perilaku petugas.

Dalam kaitannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, Putri²¹

mendapatkan bahwa ibu yang menjadi peserta dana sehat mempunyai frekuensi kunjungan pelayanan antenatal yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak menjadi peserta dana sehat. Waloejono²² dalam penelitiannya tentang kinerja program Kartu Berobat Anak Sekolah (KBAS) di kabupaten Batang, melaporkan bahwa variabel pendidikan, jumlah keluarga (hubungan negatif), pekerjaan (hubungan negatif), jarak ke tempat pelayanan, kegiatan penyuluhan oleh petugas, cara penanganan, pelayanan dan tempat pelayanan lain, memiliki hubungan yang bermakna dengan penggunaan KBAS.

Kunjungan peserta PT. Askes ke RSUP Tegalyoso dipengaruhi oleh jumlah dokter spesialis, jumlah perawat dan jumlah layanan rawat jalan²³. Elastisitas kunjungan rawat jalan peserta Askes lebih besar dari masyarakat umum. Hal ini menunjukkan bahwa penderita Askes lebih responsif terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di rumah sakit. Pada penelitian ini juga ditemukan bahwa *cost sharing* (iur biaya) telah menurunkan permintaan peserta askes akan pelayanan kesehatan. Pengaruh iur biaya tersebut terhadap biaya pelayanan kesehatan hanya sedikit.

Listianti¹⁶ dalam penelitiannya mengenai analisis minat masyarakat dan kesiapan pengembangan JPKM di kabupaten Kudus melaporkan bahwa pemahaman program JPKM pada masyarakat memiliki hubungan negatif artinya bahwa semakin masyarakat mengetahui program JPKM makin tidak berminat untuk ikut. Selain itu penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa kemampuan dan kemauan membayar serta paket pelayanan yang ditawarkan mempunyai pengaruh terhadap minat masyarakat untuk menjadi peserta. Hal ini diperkuat oleh temuan laporan riset kualitatif JPKM Klaten diantara kelompok yang tidak tertarik JPKM menyatakan "jika pakatnya terbatas hanya pada puskesmas, apa perbedaannya dengan

membayar Rp.300 per kunjungan, dengan keadaan saya yang sehat saya rasa tidak ada manfaatnya ikut JPKM. Berbagai ungkapan telah disampaikan oleh pimpinan kelompok masyarakat seperti di bawah ini:

- "JPKM hanya baik untuk penyakit ringan atau jika operasi dibutuhkan hanya operasi ringan. Batas penggantian di rumah sakit hanya Rp.400.000 atau lima hari rawat inap, padahal pasien biasanya membutuhkan 10-15 hari rawat inap di rumah sakit, jika harus bayar sisanya akan sangat memberatkan".
- "Dari 500 penduduk di sini hanya 38 yang menjadi peserta JPKM, jumlah peserta ini menurun. Memang pada awalnya kita semangat akan tetapi setelah merasakan pengalaman pelayanan yang kami terima kami ragu-ragu".
- "Waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan surat rujukan dari Puskesmas memakan waktu lebih dari satu hari, setelah susah payah mendapatkan surat rujukan tersebut ternyata paket pelayanan yang diterima di rumah sakit sangat terbatas".

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesinambungan kepesertaan Dana Sehat telah dipalorkan pula oleh Tupen²⁴ yang menemukan bahwa kesinambungan kepesertaan dana sehat secara statistik dipengaruhi demand masyarakat (manfaat dari dana sehat, besarnya resiko sakit, nilai iuran dan pendapatan), kemudahan dalam pelayanan, faktor pendorong dan pemahaman tentang dana sehat.

Hubungan antara masyarakat mempunyai dinamika dan nuansa yang dapat diukur dengan metode penelitian pemasaran. Soedjarwo, Trisnantoro dan Doeljachman²⁵ meneliti pelaksanaan JPKM-koperasi di Kabupaten Nanggulan dan melaporkan bahwa masyarakat anggota tidak memanfaatkan secara maksimal kesempatan untuk berobat. Tidak ada perbedaan antara anggota koperasi JPKM dan bukan anggota dalam pola

pengobatan. Hal menarik yang dapat ditarik adalah bahwa peserta JPKM-koperasi tidak melihat BP puskesmas sebagai paket yang menarik untuk digunakan. Sebagian (47%) anggota masih melakukan pengobatan sendiri, karena mereka tidak percaya pada kemampuan BP puskesmas. Temuan penelitian ini sangat penting di dalam merancang paket jaminan. Paket jaminan yang terlalu kecil, tidak akan menarik minat dan tidak akan memenuhi kebutuhan penduduk. Hal ini sejalan dengan teori asuransi kesehatan sukarela.²⁶

Sukesi dan Nugroho⁵ menganalisis penurunan peserta dana sehat di kecamatan Wonogiri, dari 32,21% penduduk di tahun 1993-1994, menjadi 19,73% saja di tahun 1995-1996. Salah satu penyebab penurunan adalah tidak adanya penyuluhan dan kegiatan pemasaran dari badan pelaksana dana sehat. Fakta yang ada menunjukkan bahwa penyuluhan dilakukan setahun satu kali di sebuah desa. Subawa²⁷ melakukan penelitian terhadap direktur-direktur perusahaan di Bali mengenai peserta sukarela PT Askes Indonesia dan melaporkan bahwa semakin positif sikap pimpinan terhadap program askes sukarela, semakin besar kemungkinan lembaga/perusahaan untuk ikut sebagai peserta program. Namun adanya penyediaan pelayanan kesehatan yang kurang baik, prosedur yang berbelit, kurangnya penjelasan dari petugas akan mempengaruhi kepesertaan selanjutnya.

Sedangkan mengenai aspek kepuasan peserta menunjukkan hasil yang berbeda-beda. Sumaryati Setyaningrum²⁸ dalam penelitiannya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien rawat inap peserta program JPK Jamsostek di rumah sakit provider di Jakarta menemukan bahwa 81,5 % responden menyatakan puas dan 18,5% menyatakan tidak puas terhadap aspek-aspek pelayanan provider yang meliputi pelayanan administrasi askes, pelayanan

dokter, pelayanan perawat dan pelayanan fasilitas penunjang. Penelitian ini didukung oleh Wahyana²⁹ yang mengatakan bahwa peserta JPK Jamsostek mempersepsikan bahwa pelayanan dari pemberi pelayanan tingkat pertama sudah sesuai dengan harapannya atau dengan kata lain sudah puas. Akan tetapi pada program yang sama penelitian oleh Fairus³⁰ menemukan bahwa hanya sekitar 43% responden menyatakan puas terhadap seluruh proses pelayanan rawat inap yang meliputi pelayanan bagian penerimaan, pelayanan dokter, pelayanan perawat, sarana atau fasilitas medis dan non medis serta pelayanan gizi. Sedangkan sisanya 57% menyatakan tidak puas. Sedangkan Zulfarman dan Sunartini³¹ di RSUP Dr. Djamil melaporkan bahwa peserta PT Askes rawat inap yang memilih kelas perawatan di atas kelas yang merupakan haknya atas keinginannya sendiri mempunyai tingkat kepuasan yang rendah terhadap besar selisih rawat inap yang harus dibayar. Farida dan Kushadiwijaya³² menemukan bahwa kepuasan pasien peserta asuransi kesehatan ternyata lebih rendah dibanding dengan pasien bukan askes. Data sekunder pada penelitian ini menyebutkan bahwa tarif pasien askes lebih rendah dibanding dengan pasien non-askes, sehingga insentif yang diterima oleh perawat menjadi lebih kecil. Hal ini menunjukkan tingkat kepuasan juga terkait dengan kesesuaian besarnya pembayaran kepada provider.

Jika diamati maka tingkat kepuasan dan kepercayaan (*trust*) masyarakat terhadap lembaga badan penyelenggara ini sangat menentukan. Di Gunung Kidul sebagaimana dilaporkan oleh Mukti³³ lebih dari 70% responden diantara 575 kepala keluarga mengatakan jika terdapat lembaga yang dapat menjamin kesehatan dan dapat dipercaya maka mereka berminat menjadi pesertanya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Terlihat dari kajian di atas bahwa cakupan asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia masih berjalan lambat. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor baik yang terkait pada sisi penyuplai ataupun sisi permintaan. Faktor pada sisi penyuplai termasuk keterbatasan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia, modal usaha, hubungannya dan kesiapan provider. Dari sisi permintaan termasuk adanya budaya dan tradisi masyarakat yang kurang kondusif berkembangnya mekanisme asuransi dan jaminan pemeliharaan kesehatan, kebutuhan pelayanan kesehatan belum merupakan prioritas masyarakat, masyarakat peserta JPKM dan dana Sehat masih merasa kemanfaatan paket pelayanan yang ditawarkan terutama rawat inap masih belum optimal.

Saran

Untuk mempercepat cakupan dan keberlanjutan sistem asuransi kesehatan sebaiknya dikembangkan asuransi kesehatan sosial yang kepesertaannya bersifat wajib dan pelaksanaannya secara bertahap.

KEPUSTAKAAN

1. Trisnanto L, Poernomo B, Mukti A G. Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang Asuransi Kesehatan Nasional, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, 1998.
2. Thabrany H. Asuransi Kesehatan Pilihan Kebijakan Nasional, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Jakarta, 1998;7.
3. Thabrany, dkk. Analisa Data SUSENAS 1998 tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan peserta Wajib PT Askes. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, 1999.
4. Gani A., Ilyas Y, Fikri M. Laporan Studi Pelaksanaan Peraturan JPKM oleh Badan Penyelenggara JPKM, Yayasan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia dan Direktorat Binkesmas RI, Jakarta, 1998.
5. Sukei dan Nugroho. Analisis Penurunan Peserta Dana Sehat di Kecamatan Wonogiri. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 1998;01(03).
6. Johnson, C.N, et. Al. Assesment and Lessons Learned Ffrom the Klaten Integrated Health Care Reform Field Trial and the Current National Crisis and USAID Strategic Planning Options for Health Care Reform, USAID, Jakarta, March 1999.
7. Payuk N B. Analisis Titik Impas pada Badan Pelaksana JPKM di Kabupaten Klaten Propinsi Jawa Tengah. Tesis, Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, UI, 1998.
8. Trisnantoro, L. Perkembangan Sektor Kesehatan Dipandang dari Aspek Ekonomi: Apakah Menunjang JPKM?. Makalah Disampaikan pada Seminar JPKM RSUP Fatmawati, Jakarta 20 April 2000.
9. Sulastomo. Reformasi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Disampaikan pada Seminar Asuransi/Jaminan Sosial dengan Dukungan Sektor Keuangan Menghadapi Perubahan Sosial Ekonomi Abad 21 Diselenggarakan oleh Asosiasi Asuransi Jaminan Sosial Indonesia Bekerjasama dengan Yayasan Tenaga Kerja Indonesia dan LP3ES-Prisma, Tanggal 8 Juli 1997, Jakarta.
10. Mukti AG. Managed Care: Perkembangan, Implikasi dan Tantangan ke Depan. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 1997; XII(3): 151-157.
11. Malik R. Evaluasi JPKM. Hasil Penelitian Disampaikan pada Kongres PAMJAKI Pertama dan Simposium Nasional Asuransi Kesehatan/JPKM, Jakarta, 9-11 November, 1998.

12. Sani S, Prawitasari JE dan Mukti A G. Evaluasi Penerapan Konsep Managed Care dalam Program PT Asuransi Kesehatan Indonesia Kantor Cabang Sumatera Barat, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 1998;01(03).
13. Wiryodiharjo, S. Pengaruh Umpan Balik Kartu Kendali Terhadap Unit Cost Obat Rawat Jalan Tingkat Lanjut Penyakit Kronik Peserta Askes di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Thesis, MMR UGM, 1996
14. Soetarjo B dan Trisnantoro L. Evaluasi Biaya Obat Askes di RS Dr. Moewardi Surakarta 1992-1995. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 1998;01(03).
15. Sitorus F dan Trisnantoro L. Evaluasi Pelayanan Asuransi Kesehatan Sebagai Sumber Pembiayaan di RS HKBP Balige, Thesis, MMR, Yogyakarta, 1998.
16. Listiani, H., Analisis Minat Masyarakat dan Kesiapan Pengembangan JPKM di kabupaten Kudus, Naskah Publikasi, Program Studi IKM – Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Pascasarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 1999.
17. Yantewo Y K, Analisis Kepesertaan Masyarakat Terhadap Program Dana Sehat di desa Yaturaharja kecamatan Arso Kota kabupaten Jayapura, Naskah Publikasi, Program Studi IKM – Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Pascasarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 1999.
18. Bahar. Penyelenggaraan Dana Sehat di Kabupaten Garut, Tesis, Universitas Indonesia, 1998.
19. Ruwiyanto Dalam Bahar. Hubungan Beberapa Faktor Sosial Peserta Dana Sehat Dengan Frekuensi Pembayaran Iuran pada Uji Coba Dana Sehat di Kecamatan Candirot, 1998.
20. Iriani, R., Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemauan Membayar Iuran Dana Sehat secara Teratur di Desa Tertinggal di kecamatan Sukaraja kabupaten Dati II Bogor tahun 1997/1998, Tesis, Program Studi IKM, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Depok, 1998.
21. Putri, T W., Gambaran Peningkatan Status Pelayanan Kesehatan Maternal di Kalangan Peserta Program Dana Sehat di kabupaten Wonogiri, Tesis, Program Studi IKM, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Depok, 1999.
22. Waloejono, Kartiko, Kinerja Program Kartu Berobat Anak Sekolah (KBAS) di kabupaten Batang, Naskah Publikasi, Program Studi IKM – Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Pascasarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 1997.
23. Sulaeman M. Analisis Kunjungan Rawat Jalan Penderita PT Askes dan Umum RSU Tegalyoso, Klaten.
24. Tupen, VS, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesenambungan Kepesertaan Dana Sehat di Kabupaten Dati II Flores Timur Propinsi Nusa Tinggi Timur Tahun 1996, Tesis, Program Studi IKM, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Depok, 1996.
25. Soedjarwo, Trisnantoro dan Doeljachman. Pelaksanaan JPKM-Koperasi di Naggulan, Tesis, Universitas Gajah Mada, 1998.
26. HIAA, Fundamental of Health Insurance, The Health Insurance Association of America, Washington, 1996.
27. Subawa. Analisis Sikap Pimpinan Perusahaan milik Pemerintah maupun Swasta di Kota Bandung dan Kotamadya Denpasar terhadap Program Askes Sukarela PT. Askes Indonesia Cabang Bali.
28. Zulfarman & Sunartini, Analisis Tingkat Kepuasan Terhadap Selisih Besar Biaya Rawat Inap Peserta PT. Askes di RSUP Dr. M. Djamil Padang, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan – FK UGM, Yogyakarta, 1998;01(03):133-139.

29. Wahyana, Eka Budi, Mutu Pelayanan PPK I Pada JPK PT Jamsostek Cabang Surakarta, Naskah Publikasi, Program Studi IKM – Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Pascasarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 2000.
30. Farida dan Haripurnomo Kushadiwijaya, Cara Pembayaran Sebagai Modifier Terhadap Pengaruh Faktor-Faktor Penentu Kepuasan Pasien pada Layanan Rawat Inap di RSUD Tegalyoso Klaten, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan – FK UGM, Yogyakarta, 1998;01(03): 161-170.
31. Fairus A, Kepuasan Pasien JPKM Citra Sehat terhadap Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Karya Medika Bekasi, Tesis, Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Depok, 1998.
32. Setyaningrum, Sumaryati, Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap Peserta Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT. Jamsostek di Rumah Sakit Provider, Jakarta, Tesis, Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Depok, 1998.
33. Mukti A G. Kemampuan dan Kemauan Membayar Premi Asuransi Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2001;04(02).