

SKEMA PELAYANAN KESEHATAN PRA-UPAYA SEBAGAI STRATEGI KELUAR DARI PERMASALAHAN PEMBERHENTIAN PROGRAM JARING PENGAMAN SOSIAL BIDANG KESEHATAN DI DIY

PRE-PAID HEALTH CARE SCHEME AS AN EXIT STRATEGY OF SUSPENSION OF THE HEALTH SECTOR SOCIAL SAFETY NET PROGRAM IN YOGYAKARTA PROVINCE

Ali Ghufron Mukti

Minat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan/Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Introduction: A rescue program known as Health Sector Social Safety Net Program (JPSBK) has been implemented to overcome the worse impact of crisis in Indonesia. The program has increased access and utilization of health services especially for indigent people. However, because of limited budget availability, the program will be suspended soon. The question is how an exit strategy formulation should be developed based on evidence from the field.

Method: A cross-sectional study design was conducted to respondents having and non having health card. Using a simple random sampling 50% health centers in Yogyakarta province were selected. Using a circular random sampling 11 respondents having and 11 non having health cards were selected. Data on respondent characteristics, social-economic status, willingness to pay and benefit packages and other related data were collected using a structured questionnaire.

Results: More than 50% of health card holders stated that they willing to pay monthly premium if the JPSBK program is suspended. About 75%, 16.5% and 8.2% of them are willing to pay monthly premium less than Rp1000, Rp1500-3000 and above Rp5000 respectively, while 15% of non-health card holders are willing to pay above Rp5000. The result showed that there is a potential for choosing a prepaid health care scheme to be an exit strategy if the JPSBK program is suspended or regional government budget is limited. The readiness of the community to participate in the pre-paid health care scheme is determined by willingness to pay and trust rather than the ability to pay. About 44% of health card holder chose health center service for their benefit package and 28% chose a comprehensive services. It showed that health card holders were sensitive to amount of premium in choosing the benefit package. When they have to pay twofold of the original premium those who choose comprehensive services dropped to be only 12%.

Conclusions: The pre-paid health care scheme is potential to be an exit strategy if the JPSBK program is suspended. Majority of the community including health card holders are ready to participate in the scheme.

Keywords: crisis, social safety net program, ability to pay, willingness to pay, exit strategy, pre-paid health care.

PENGANTAR

Sejak pertengahan tahun 1997 Indonesia mengalami krisis multidimensional. Krisis tersebut telah menimbulkan dampak yang luar biasa pada kehidupan masyarakat Indonesia. Meningkatnya pengangguran, tingginya inflasi, dalamnya depresi mata uang rupiah dan menurunnya anggaran pemerintah telah menyebabkan meningkatnya jumlah penduduk miskin dan menurunnya kemampuan masyarakat dalam menyediakan kebutuhan-kebutuhan dasar terutama kesehatan, gizi, dan pendidikan. Dengan menggunakan metodologi SUSENAS, ILO menghitung bahwa pada akhir 1998 yang lalu penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan mencapai 48% dibandingkan 11,6% pada tahun 1996.¹

Dalam rangka membantu Indonesia dalam mengatasi dampak yang ditimbulkan oleh krisis yang berkepanjangan ini, pemerintah bersama negara donor internasional telah mengucurkan paket program bantuan HNSDP (*Health and Nutrition Sector Development Programme*) yang lebih dikenal dengan Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) atau *Health Sector Social Safety Net Program*. Program ini mengarahkan agar keluarga miskin dapat tertolong dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan dan perbaikan gizi akibat krisis, sehingga mengurangi terjadinya generasi yang hilang atau *lost generation*.^{1,2,3}

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa program ini sangat membantu meningkatkan akses pelayanan kesehatan.^{4,5} Bahkan di Puskesmas Bayat di Klaten sesudah program JPSBK kunjungan meningkat 246,34% dibanding sebelumnya.⁵ Meskipun beberapa dokter dan bidan mengeluh adanya tambahan beban dan tidak ada insentif, mereka umumnya mengakui bahwa program ini bermanfaat khususnya bagi keluarga miskin (gakin).⁶ Dalam hal ini yang menjadi masalah adalah sumber dana program JPS-BK ini akan berhenti sekitar akhir tahun 2002.

Pertanyaannya adalah jika program ini benar-benar berhenti bagaimanakah jalan keluarnya. Apakah masyarakat mampu dan mau membayar iuran dan berapa besar iuran tersebut? Apakah ada perbedaan kesiapan membayar iuran ini antara pemegang kartu sehat (KS) dan bukan pemegang kartu sehat (non-KS). Apakah sistem pelayanan pra-upaya dapat merupakan jalan keluar yang baik menurut sudut pandang masyarakat? Untuk menjawab pertanyaan tersebut penelitian ini dilakukan. Informasi yang didapat tentu penting sebagai bahan pertimbangan untuk menyusun kebijakan strategi pemecahan masalah pelayanan dan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat khususnya kelompok Gakin.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan potong lintang dengan subjek keluarga pemegang kartu sehat (KS) yaitu keluarga miskin (gakin) dan keluarga bukan pemegang kartu sehat (non-KS). Cara pengambilan cuplikan dimulai dengan memilih 50% dari total puskesmas di DIY secara acak. Masing-masing wilayah kerja puskesmas diambil 2 dusun dengan kriteria dusun yang paling banyak gakin dan yang paling sedikit gakinnya. Dalam satu dusun didata dan dipetakan minimal 50 keluarga yang mengandung paling sedikit 14 keluarga miskin dan 14 keluarga non-gakin. Kemudian diambil 11 gakin dan 11 keluarga non-gakin secara *circular random sampling* yaitu metode pengambilan mulai dari rumah tokoh masyarakat kemudian berkeliling sesuai nomor data rumah yang terpilih kembali lagi sampai pada nomor awal yang dilakukan bersamaan dengan survei oleh unit pemantau mandiri propinsi di Yogyakarta. Subjek diwawancarai oleh petugas pewawancara yang terlatih dengan menggunakan kuesioner terstruktur.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Sebanyak 312 subjek berhasil diwawancarai dalam penelitian ini dengan tingkat sosial ekonomi yang dilihat dari rata-rata pendapatan per bulan seperti digambarkan pada Tabel 1 di bawah ini.

Tabel 1. Distribusi rata-rata pendapatan keluarga per bulan menurut status kepemilikan kartu sehat

Pendapatan/bl	Status Kepemilikan KS				Total	
	KS		Non-KS			
	n	%	n	%	n	%
< 300.000	132	81,99	77	50,99	209	66,99
300.000 s/d 500.000	17	10,56	28	18,54	45	14,42
500.000 s/d 750.000	4	2,48	15	9,93	19	6,09
750.000 s/d 1 juta	0	0,00	8	5,30	8	2,56
1 juta s/d 2 Juta	0	0,00	10	6,62	10	3,21
Tidak Menjawab	8	4,97	13	8,61	21	6,73
Total	161	100	151	100	312	100

Dari Tabel 1 terlihat bahwa sebagian besar subjek penelitian ini berpenghasilan kurang dari Rp 300.000,-/bulan. Meskipun penelitian sebelumnya menemukan adanya tantangan dan masalah di dalam pendataan Gakin⁷, akan tetapi penelitian ini menunjukkan bahwa memang persentase pemegang kartu sehat berpenghasilan kurang dari Rp. 300.000,-/bulan jauh lebih besar (81.99%) jika dibanding bukan pemegang kartu sehat sebesar (50,99%). Artinya bagaimanapun masalahnya di lapangan seperti dikatakan bahwa beberapa pemegang KS ternyata orang mampu, tampaknya pada penelitian ini menunjukkan bahwa secara umum pemegang KS memang jauh lebih miskin dari kelompok bukan pemegang KS. Hal ini didukung penelitian sebelumnya bahwa berdasarkan pelbagai karakteristik keluarga miskin dan indikator kemiskinan secara umum program JPS-BK telah mengena pada sasaran.⁴

Penemuan yang menarik adalah adanya potensi pelayanan kesehatan pra-upaya sebagai solusi strategi keluar jika dana JBSBK berhenti atau dana kesehatan pemerintah terbatas. Hal ini ditunjukkan oleh banyaknya pemegang kartu sehat yang menyatakan

kesediaan atau kemauan membayar iuran rutin jika dana pemerintah untuk kesehatan terbatas (Tabel 2). Meskipun mereka memiliki kemauan apakah mereka mampu? Untuk menjawab pertanyaan ini penelitian sebelumnya yang dilakukan di daerah

Kabupaten Gunung Kidul pada 600 kepala keluarga yang dipilih secara acak menunjukkan bahwa 11% atau sebesar Rp 60.500,- per bulan per keluarga dibelanjakan untuk tembakau atau rokok, dan sebesar 45.500 (8.6%) untuk kegiatan sosial seperti sumbangan pernikahan, 'jagong' bayi dan lain lain.⁸ Jadi masalahnya adalah bukan pada kemampuan tetapi kemauan.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa jika terdapat lembaga pengelola pelayanan kesehatan pra-upaya atau Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang dapat menjamin dengan kata lain dapat dipercaya (*trust*) maka sekitar 70% masyarakat berminat mengikuti pelayanan kesehatan pra-upaya. Dengan demikian titik pentingnya adalah pada kepercayaan, karena memang terdapat peluang terjadinya *moral hazard* dari para pelaku baik penyelenggara, peserta dan pemberi pelayanan kesehatan.⁹ Upaya pengendalian agar tidak terjadi *moral hazard* terutama dari sisi pengelola menjadi penting guna meningkatkan kepercayaan masyarakat. Untuk itu akuntabilitas publik dan transparansi pengelolaan termasuk adanya monitoring pihak independen menjadi pra-syarat mutlak,

terutama jika orientasi pelayanan pra-upaya tersebut adalah sosial yang bersifat wajib. Sebagai contoh dengan monitoring independen program JPSBK yang dilakukan di Yogyakarta telah terbukti membawa kemanfaatan yang lebih banyak kepada masyarakat.¹⁰

Bukti lain bahwa masalahnya lebih terletak pada kemauan daripada kemampuan terlihat dari hasil penelitian ini yaitu persentase dari pemegang kartu sehat (Gakin) yang bersedia membayar iuran (51,83%) jika dana kesehatan pemerintah terbatas lebih besar dibanding yang bukan pemegang kartu sehat (48.17%) (Tabel 2). Padahal sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 1 bahwa umumnya pemegang KS jauh lebih tidak mampu.

Memang menjadi menarik untuk dianalisis lebih mendalam apakah kesediaan para keluarga miskin tersebut karena kepatuhannya yang tinggi atau karena mereka sudah merasakan manfaat program JBS-BK sehingga meskipun harus iuran rutin mereka bersedia. Kemungkinan juga bahwa selama ini keluarga miskin belum memiliki akses ke

pelayanan kesehatan, sehingga walaupun mereka sakit, mereka tidak pergi ke pusat pelayanan kesehatan dan setelah ada program JPS-BK kemudian mereka banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dan merasakan kebutuhan medisnya tertangani sebagaimana ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan Yulius dkk.⁵ Khusus pertanyaan tentang jika program JPSBK berhenti maka di antara 161 responden pemegang KS terdapat 49,7% (80) yang menjawab bersedia membayar iuran rutin 46,0% (74) menjawab tidak bersedia sedang 4,3% (7) tak memberikan jawaban.

Sebenarnya berapa besar iuran per orang per bulan yang akan dikeluarkan oleh responden yang mau membayar baik dari kelompok pemegang KS atau non-KS. Ternyata sebagian besar kurang dari Rp 1000 (75,3%) diikuti oleh Rp 1500-3000 (16.5%) dan lebih dari Rp 5000 (8.2%). Suatu hal yang wajar bahwa persentase non-KS yang bersedia membayar lebih dari Rp 5000 lebih besar (15.2%) daripada pemegang KS. Hal yang menarik adalah adanya 8.2% pemegang

Tabel 2. Distribusi kesediaan membayar iuran jika dana pemerintah untuk kesehatan terbatas menurut status pemegang kartu sehat

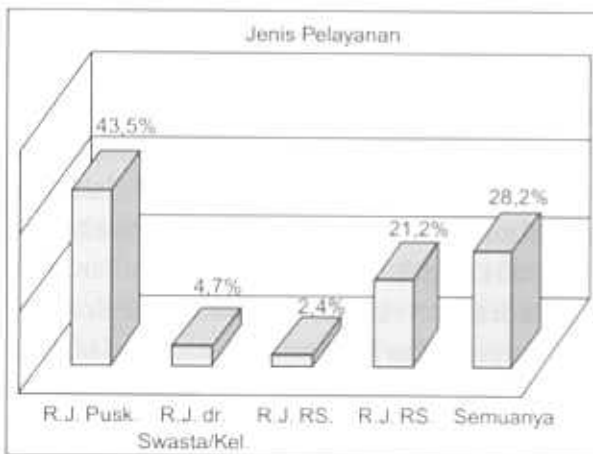
Status	Kesediaan membayar iuran jika dana pemerintah untuk kesehatan terbatas						Total
	Ya	%	Tidak	%	Tidak Menjawab	%	
KS	85	51,83	64	48,48	12	75,00	161
Non-KS	79	48,17	68	51,52	4	25,00	151
Total	164	100	132	100	16	100	312

Tabel 3. Distribusi besar iuran per bulan per orang yang akan dikeluarkan oleh responden yang bersedia

Status	Besarnya iuran yang dibayar per-bulan per-orang						Total	
	<= 1000		1500 s/d 3000		> 5000		n	%
	n	%	n	%	n	%		
KS	64	75,3	14	16,5	7	8,2	85	100,0
Non-KS	53	67,1	14	17,7	12	15,2	79	100,0
Total	117	71,3	28	17,1	19	11,6	164	100,0

KS bersedia membayar iuran per bulan per orang lebih dari Rp 5000.

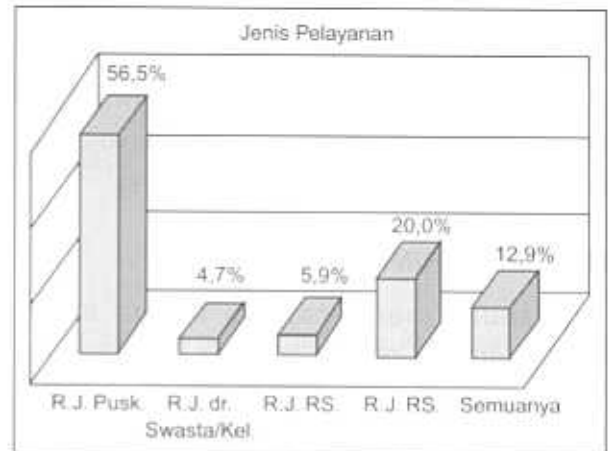
Sedangkan tentang paket pelayanan yang diinginkan oleh responden pemegang kartu sehat dengan membayar iuran rutin adalah rawat jalan puskesmas, diikuti oleh rawat inap dan semuanya. Untuk kelompok Gakin ini ternyata praktik swasta atau dokter keluarga bukan merupakan pilihan melainkan justru pelayanan puskesmas.



Keterangan: R.J Pusk : Rawat jalan Puskesmas, R.J dr Swasta/Kel: Rawat jalan dokter umum swasta atau dokter keluarga, RI RS: Rawat inap rumah sakit.

Grafik 1. Jenis pelayanan yang diinginkan oleh responden dengan membayar iuran

Responden kelompok Gakin ini tampaknya sangat sensitif dalam menentukan paket pelayanan yang diinginkan terhadap besar iurannya. Setelah ditanyakan bahwa jika berkeinginan paket pelayanannya adalah gabungan pelayanan kesemuanya (komprehensif) mulai dari rawat jalan puskesmas, rawat jalan lanjutan dan rawat inap di rumah sakit mereka harus membayar besar iuran dua kali lipat, ternyata yang berkeinginan paket komprehensif tersebut turun drastis dari hampir 30% menjadi sekitar 12%. (Grafik 2).



Keterangan: RJ Pusk : Rawat jalan Puskesmas, RJ dr Swasta/Kel: Rawat jalan dokter umum swasta atau dokter keluarga, RI RS: Rawat inap rumah sakit.

Grafik 2. Persentase jenis paket pelayanan yang diinginkan oleh responden jika responden harus membayar premi dua kali lipat

Dari hasil di atas tampak bahwa untuk kelompok pemegang KS meskipun mereka bersedia membayar iuran rutin ternyata mereka sangat memperhitungkan juga kemampuannya. Untuk itu seandainya memang pelayanan pra-upaya ini sebagai jalan keluar dari keterbatasan dana kesehatan pemerintah, maka perlu bantuan atau subsidi premi bagi keluarga miskin.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa skema pelayanan kesehatan pra-upaya memiliki potensi sebagai solusi strategi keluar (*exit strategy*) terhadap masalah berhentinya program JPSBK atau terbatasnya dana kesehatan pemerintah. Masalah pokok jika memilih pelayanan pra-upaya sebagai solusi bukan pada kemampuan tetapi lebih pada kemauan masyarakat dan kepercayaannya (*trust*) pada pengelolaan dan jaminan bahwa mereka akan mendapatkan

akses pelayanan yang memadai pada waktu membutuhkannya. Untuk itu pengelolaan pelayanan pra-upaya yang akuntabel, transparan dan dimonitor oleh masyarakat atau lembaga independen menjadi penting.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada British Council (Jakarta), PKBI Jakarta dan Yogyakarta, Ibu Kusminari, Ekky, Tien Suhartini, mas Tri, Endang, Dra. Budi Wahyuni, MA., pengumpul data dan responden yang ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

1. British Council and IPPA, Independent Monitoring and Evaluating HNSDP, Jakarta, 2000.
2. Dep.Kes.R.I., Pedoman Pelaksanaan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), Jakarta 1999.
3. Hadju V. Status Gizi Anak Balita Pada Keluarga Miskin di Propinsi Sulawesi Selatan. *Medika* 1999;Edisi Khusus: 27.
4. Kusananto H., Ketepatan Sasaran Keluarga Miskin dalam JPS-BK, Survey di Jateng, Jatim Bagian Selatan DIY. *Medika*1999, Edisi Khusus:24.
5. Julius S., Mukti A.G., Qomarudin. Perilaku penggunaan kartu sehat program JPS-BK di wilayah kerja Puskesmas Bayat Kabupaten Klaten, *Jurnal Kedokteran Yarsi* 2000;9(3):38-49.
6. Mukti A G. Evaluation of a Social Safety Net Program from the Perspective of Health Providers in Yogyakarta. *Indonesian Journal of Clinical Epidemiology and Biostatistics* 2001;7:3:1-7.
7. Susilowati, Tantangan Pendataan Sasaran dan gakin di Indonesia, *Medika* 1999, Edisi Khusus:20.
8. Mukti A G. Kemampuan dan Kemauan Membayar Premi Asuransi Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 2001;04:02.
9. Murti,B., 1998, Implikasi Ekonomi Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Melalui JPKM: Problem Moral Hazard, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 1998;01:03:117-120.
10. Unit Pemantauan Mandiri Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Laporan Tujuh Belas Bulan Pelaksanaan Kegiatan PIMU HNSDP. Yogyakarta, 2001.