

ANALISIS BESARAN BIAYA KAPITASI DAN PREMI BERDASARKAN BIAYA KLAIM DAN UTILISASI JPK PT JAMSOSTEK DIY

ANALYSIS OF CAPITATION VALUE AND PREMIUMS BASED ON CLAIMS COST AND
SERVICE UTILIZATION AT PT. JAMSOSTEK YOGYAKARTA SPECIAL REGION

Dian Safriantini¹, Julita Hendrartini², Firdaus Hafidz As Shidieq²

¹Program Pascasarjana KPMK,

Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Introduction: Debate on the issue of contributory Social Security Agency (BPJS) for health have yielded disappointing results. The majority of workers wanting health insurance dues BPJS as low. However, the premium that is too low resulting in payments to health care provider also low. The amount of the payment of low will affect the quality of services and satisfaction participants over a health care benefit program.

Methods: This study is a descriptive research design with a case study involving two data sources, primary and secondary data. Primary data obtained through interviews and secondary data obtained from reports the DIY branch office PT. Jamsostek.

Results: Based on data of claim costs and utilization of service: In 2008, capitation Rp1.876,00 PMPM and premium Rp11.070,00; in 2009, capitation Rp1.973,00 PMPM and premium Rp11.085,00; in 2010, capitation Rp2.398,00 PMPM and premium Rp13.425,00; in 2011, capitation Rp2.403,00 PMPM and premium Rp14.921,00; in 2012, capitation Rp3.416,00 PMPM and premium Rp15.923,00. Perceptions of the family physician capitation date suggests that capitation received lower with the services they have to provided.

Conclusion: The capitation and premium is calculated using data cost of claims and the utilization of its value lower than standard the capitation and premiums set on PT Jamsostek branch DIY and PT Askes. The results of calculation of cost a capitation is also lower than the amount of capitation and premium on the implementation of the National Health Insurance (JKN) in 2014 who sets capitation Rp8.000,00 to Rp10.000,00 PMPM. Need of further studies concerning the benefit service clinic 24 hours in effect in jamsostek; an absence of adjustment between magnitudes payment the capitation with the open service and performance the doctors family.

Keywords: capitation, premium, family physician perceptions

ABSTRAK

Latar belakang: Perdebatan mengenai masalah premi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan masih belum memberikan hasil. Sebagian besar pekerja buruh yang masuk dalam jaminan kesehatan menginginkan pembayaran premi BPJS yang rendah. Namun, premi yang terlalu rendah mengakibatkan pembayaran kepada PPK juga rendah. Besaran pembayaran yang rendah akan mempengaruhi kualitas layanan

dan kepuasan peserta atas suatu program jaminan kesehatan.

Metode: Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus. Data primer diperoleh melalui wawancara dan data sekunder diperoleh dari laporan pelaksanaan Program JPK PT Jamsostek Kacab DIY.

Hasil: Berdasarkan data biaya klaim dan utilisasi pelayanan kesehatan, didapatkan besaran kapitasi Per Orang Per Bulan (POPB) yang dibayarkan ke PPK 1 dan besaran premi JPK PT Jamsostek Kacab DIY yaitu tahun 2008, kapitasi Rp1.876,00 POPB dan premi Rp11.070,00; tahun 2009, kapitasi Rp1.973,00 POPB dan premi Rp11.085,00; tahun 2010, kapitasi Rp2.398,00 POPB dan premi Rp13.425,00; tahun 2011, kapitasi Rp2.403,00 POPB dan premi Rp14.921,00; tahun 2012, kapitasi Rp3.416,00 POPB dan premi Rp15.923,00. Persepsi dokter keluarga tentang besaran kapitasi saat ini menunjukkan bahwa besaran kapitasi yang diterima lebih rendah/tidak sebanding dengan pelayanan yang berikan kepada peserta.

Kesimpulan: Besaran kapitasi dan premi yang dihitung menggunakan data biaya klaim dan utilisasi nilainya lebih rendah dari standar kapitasi dan premi yang ditetapkan di PT Jamsostek Kacab DIY dan PT Askes. Hasil perhitungan biaya kapitasi ini juga lebih rendah dari besaran kapitasi dan premi pada pelaksanaan JKN 2014 yang menetapkan besaran kapitasi Rp8.000,00 sampai Rp10.000,00 POPB. Perlu adanya kajian lebih lanjut mengenai manfaat pelayanan klinik 24 jam yang berlaku di Jamsostek; adanya penyesuaian antara besaran pembayaran kapitasi dengan jam buka layanan dan kinerja para dokter keluarga.

Kata kunci: kapitasi, premi, persepsi dokter keluarga

PENGANTAR

Pelaksanaan Undang-Undang No. 40/2004 (UU SJSN) dan UU No. 24/2011 (UU BPJS) memerlukan adanya perangkat peraturan pendukung. Namun, peraturan pendukung ini tidak mudah disusun oleh pemerintah dikarenakan perdebatan dari berbagai pihak yang belum memberikan hasil kesepakatan dalam hal ini mengenai masalah premi. Perdebatan tentang premi program Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (JKN BPJS) Kesehatan disebabkan oleh cara pandang perhitungan

yang berbeda-beda dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam hal ini Ikatan Dokter Indonesia) IDI, pemerintah, dan pekerja.

Berbeda dengan IDI yang menggunakan perhitungan premi yang didasarkan atas nilai keekonomian dan profesionalisme. Perhitungan premi program pemeliharaan kesehatan pada pelaksanaan BPJS Kesehatan ke depan basisnya mengikuti perhitungan asuransi sosial, yang didasarkan atas dasar persentase upah¹. Perhitungan besaran premi berdasarkan persentase upah merupakan wujud pemerataan dan solidaritas sosial sekaligus fungsi pengaturan dan pengayoman pemerintah terhadap penduduk yang pendapatannya rendah.²

Penelitian yang dilakukan oleh Iwan³, mengemukakan bagaimana pentingnya sebuah premi bagi penyelenggara sebuah jaminan kesehatan sehingga perlu dievaluasi beberapa aspek terkait seperti premi riil, premi utilisasi normatif dan benefit paket dengan mempertimbangkan kemampuan dan kemauan membayar masyarakat. Jika jumlah kebutuhan dana untuk menanggulangi klaim dari PPK terus meningkat dan tidak diimbangi dengan konsekuensi pembayaran premi yang sesuai maka beban badan penyelenggara/asuradur akan semakin besar.³

Umumnya peserta menuntut pelayanan yang lebih baik dari suatu sistem asuransi/jaminan kesehatan. Kalau premi terlalu rendah yang kemudian mengakibatkan pembayaran kepada PPK juga rendah, akan sulit bagi PPK melakukan peningkatan mutu pelayanan.⁴ Pembayaran kepada PPK selama dua dekade terakhir dalam skema asuransi kesehatan di Indonesia telah menggunakan sistem pembayaran kapitasi.⁵ Melalui pembayaran kapitasi yang diberikan secara pra upaya diharapkan PPK dapat merencanakan efisiensi program dengan lebih baik.⁶ Namun, hal ini akan berbeda jika rasio pendapatan dari pembayaran kapitasi masih rendah maka pembayaran kapitasi tidak efektif untuk mengubah kinerja dokter dalam pengendalian biaya.

Masih dijumpai berbagai masalah dalam pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) PT Jamsostek yang menimbulkan kekecewaan peserta. Salah satunya adalah besarnya kapitasi yang kecil.⁷ Besaran pembayaran yang jauh di bawah harga rata-rata pasar menghasilkan kualitas layanan yang tidak baik dan tidak memuaskan peserta.¹

Metode perhitungan nilai kapitasi yang berbasis pada tarif riil dan berdasarkan utilisasi pelayanan diperlukan untuk mengetahui harga pelayanan sesungguhnya di suatu daerah, sehingga kecukupan dana bagi pelaksana pelayanan kesehatan dapat

terpenuhi. Selain itu, perhitungan nilai kapitasi berdasarkan persentase iuran, banyak mengandung kelemahan antara lain tidak dapat mencerminkan harga pelayanan kesehatan sesungguhnya sesuai dengan harga pasar/tarif yang berlaku. Kualitas pelayanan terhadap peserta akan menurun/kurang baik mengingat harga pelayanan kesehatan tidak terjangkau, bervariasi upah minimum provinsi/kota sehingga dapat mempengaruhi pendapatan iuran sebagai basis untuk membayar kapitasi. Bervariasinya upah antara satu sektor perusahaan dengan sektor lainnya, kepatuhan perusahaan untuk membayar upah sesungguhnya masih sangat rendah sehingga pendapatan premi juga rendah.⁸

Konsep kapitasi adalah sebuah konsep atau sistem pembayaran yang memberi imbalan jasa pada *Health Providers* (PPK) berdasar jumlah orang (kapita) yang menjadi tugas dan kewajiban PPK yang bersangkutan untuk melayaninya, yang diterima oleh PPK yang bersangkutan sebelum melakukan pelayanan kesehatan/pra upaya dalam jumlah yang tetap, tanpa memperhatikan jumlah kunjungan, pemeriksaan, tindakan, obat, dan pelayanan medik lainnya yang diberikan oleh PPK tersebut.⁹ Rasio pendapatan kapitasi dan kepuasan dokter mempunyai efek tidak langsung terhadap kinerja dokter, tetapi mempengaruhi sikap dokter sebagai variabel moderator terhadap kinerja dokter dalam pengendalian biaya.⁵

Adanya masalah besaran iuran yang masih diperdebatkan saat ini dan besaran kapitasi JPK Jamsostek yang masih kecil, maka kami ini meneliti bagaimana analisa besaran kapitasi dan nilai premi JPK Jamsostek berdasarkan biaya klaim dan utilisasi pelayanan kesehatan.

BAHAN DAN CARA

Rancangan penelitian ini adalah studi kasus, dengan jenis penelitiannya adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif.¹⁰ Penelitian ini dilaksanakan di Kantor PT Jamsostek Cabang Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dan klinik dokter keluarga yang bekerja sama dengan program JPK PT Jamsostek. Subjek penelitian peserta JPK Jamsostek diambil menggunakan teknik sampling purposif. Data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam, direkam melalui *digital voice recorder*, kemudian dikelompokkan berdasarkan jawaban, selanjutnya dibuat transkrip, pemaknaan atau pemberian kode, penggabungan dan interpretasi.¹¹ Data sekunder diperoleh dari laporan hasil pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT Jamsostek Kantor Cabang Daerah Istimewa Yogyakarta (Kacab DIY).

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Kapitasi

JPK PT Jamsostek memberikan cakupan pelayanan rawat jalan tingkat pertama (RJTP), rawat jalan tingkat lanjut (RJTL), rawat inap (RI) dan pelayanan khusus. Dari hasil perhitungan menggunakan data klaim/realisasi jaminan dan utilisasi, didapatkan biaya perkapita JPK PT Jamsostek Kacab DIY per jenis layanan seperti pada Tabel 1 berikut ini:

Tabel 1. Biaya Per Kapita JPK PT Jamsostek Kacab DIY Tahun 2008 – 2012

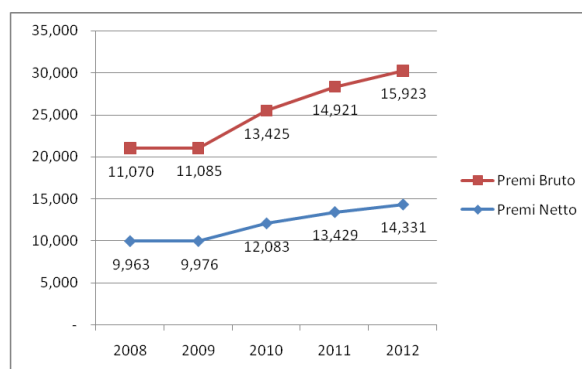
Jenis Layanan	Biaya Per Kapita (Rp)				
	2008	2009	2010	2011	2012
RJTP	2.646	2.733	3.029	2.908	3.735
RJTL	996	870	1.817	1.900	2.118
Rawat Inap	5.224	5.324	6.008	7.290	7.065
Pelayanan khusus	191	142	129	110	110
Total	9.058	9.069	10.984	12.208	13.028

Pada Tabel 1 diketahui bahwa biaya per kapita untuk tahun 2008-2012 menunjukkan tren peningkatan. Kenaikan biaya perkapita terbesar terjadi pada tahun 2009-2010 yaitu sebesar 21,11%, sedangkan kenaikan biaya per kapita terkecil terjadi pada tahun 2008-2009 yaitu sebesar 0,31%. Biaya per kapita jenis layanan rawat inap memiliki jumlah yang paling besar di antara tiga jenis layanan yang lainnya, yaitu mencapai persentase 54% sampai 60% dari total rata-rata biaya per kapita seluruh jenis layanan.

Pembayaran kapitasi PPK 1 Jamsostek dibayarkan tanpa memperhitungkan biaya persalinan, sehingga besaran biaya kapitasi adalah tahun 2008 sebesar Rp1.876,00, tahun 2009 sebesar Rp1.973,00 tahun 2010 sebesar Rp2.398,00 tahun 2011 sebesar Rp2.403,00 dan tahun 2012 sebesar Rp3.416,00. Biaya persalinan dan observasi merupakan jenis layanan yang dibayarkan dalam bentuk pembayaran *fee for service* (FFS).

2. Premi Jamsostek

Premi *netto* adalah besaran premi yang belum memasukkan unsur biaya administrasi, investasi, dan keuntungan. Premi *netto* (dalam setahun) dihitung dengan menambahkan besaran biaya kapitasi (*full* atau *partial* tergantung manfaat yang dijamin) dengan besar biaya *contingency margin* (CM). Premi bruto adalah besaran premi yang sudah memasukkan unsur biaya operasional, serta keuntungan. Berdasarkan hasil wawancara, besaran biaya CM dan biaya operasional di JPK PT Jamsostek ini masing-masing ditetapkan sebesar 10%. Hasil perhitungan premi *netto* dan premi *bruto* untuk JPK PT Jamsostek Kacab DIY terlihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Premi Netto dan Premi Bruto JPK PT Jamsostek Kacab DIY Tahun 2008-2012

Berdasarkan Gambar 1, nilai premi netto dan bruto dari Tahun 2008 sampai 2012 memiliki besaran nilai yang selalu berubah-ubah. Namun jika dilihat dari nilai premi untuk tahun 2008 dan tahun 2012, premi netto JPK PT Jamsostek Kacab DIY mengalami peningkatan sebesar 43,8%, dengan besaran premi netto untuk tahun 2008 sebesar Rp9.963,00 menjadi Rp14.331,00. Hal yang sama juga terjadi pada nilai premi bruto yang juga mengalami peningkatan sebesar 43,8% dari sebesar Rp11.070,00 tahun 2008 menjadi Rp15.923,00 tahun 2012.

3. Persepsi Dokter Keluarga Jamsostek Mengenai Besaran Kapitasi

Konsep perhitungan kapitasi menurut dokter keluarga didasarkan atas jumlah peserta yang menjadi tanggungan mereka. Meskipun begitu, ada anggapan bahwa kapitasi dipengaruhi oleh besaran iuran dan upah serta hanya untuk tindakan kuratif saja seperti kutipan wawancara berikut ini:

“Kapitasi itu ya perhitungannya global ya maksudnya, hmm,...ya itu dihitung berdasarkan jumlah tertanggungnya.....” (Responden Dokter D1)

“..... itu juga kan tergantung dari iuran, upahnya, jadikan Jamsostek sebenarnya selalu karena upahnya di DIY segini...” (Responden Dokter D1)

“Eeeh, kalau dari mereka yang itu tadi yach, angka kunjungankemudian angka kunjungan pasien dihitung sebagai kapitasi jadi begitu. Eeh, sementara kesehatan itu ada promotif, preventif, rehabilitatif itu belum dimasukkan jadi cuma kuratif aja.” (Responden Dokter D2)

“Karena besaran kapitasi dihitung dari situ, biaya promotif, preventif itu tidak ada. Jadi seperti yang saya bilang itu, kan besaran kapitasi itu hanya dilihat dari besaran biaya dokter

periksa, jumlah pasien yang datang kemudian jasadokter, obat, sama tindakan. Sudah. Sementara preventif dan promotif itu ga ada. Jadi sebenarnya mungkin, ehh harus *nyamain* persepsi dulu kali. (Responden Dokter D2)

Pembayaran kapitasi diharapkan akan meningkatkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan dengan cara meningkatkan pelayanan promotif dan preventif. Namun kenyataan, berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa dokter tidak mengerti mengenai pengelolaan biaya kapitasi agar bisa digunakan untuk kegiatan promotif dan preventif seperti terlihat pada kutipan wawancara berikut ini:

“Jadi itu *nggak* ada, penjelasan tentang preventif, prmotif itu *nggak* ada. Jadi biaya preventif itu berapa? promosinya berapa? Itu *nggak* ada. Jadi langsung, di situ cuma ada biaya pemeriksaan dokter, biaya obat, ehh, tindakan, sudah. Jadikan ehh, definisinya *nggak* tergal di situ” (Responden Dokter D2)

Pembayaran PPKJPK PT Jamsostek Kacab DIY, pada Tahun 2012 terdiri atas:

1. RJTP/ PPK I dibayar dengan kapitasi, dengan pembagian:
 - a. Klinik 24 jam dibayar kapitasi Rp4.500,00 dengan layanan lengkap, lingkup biaya untuk 8 jenis pelayanan kesehatan yaitu jasa medik dokter umum, obat-obatan (di luar obat penyakit kronis), tindakan medik dokter umum, jasa medik dokter gigi, tindakan medik dokter gigi, penunjang diagnostik sederhana, KB, dan imunisasi kecuali persalinan normal.
 - b. Klinik 12 jam kapitasi Rp3.300,00 dengan layanan lengkap kecuali persalinan normal
 - c. Praktek perorangan 6 jam Rp2.800,00 mencakup lima jenis pelayanan kesehatan yaitu jasa medik dokter umum, obat-obatan (di luar obat penyakit kronis), tindakan medik dokter umum (seperti jahit, rawatan luka, diperban) KB dan imunisasi.
 - d. Praktik perorangan 2-4 jam Rp2.300,00 untuk lima jenis pelayanan kesehatan
2. RJTL
 - a. Pembayaran satu RS sebagai *Top referral* (RS Sardjito) cenderung *negotiated FFS*.
 - b. Pembayaran sepuluh RS lain terdiri dari paket Yansis (istilah yang digunakan di Jamsostek), paket Yansis ini mirip dengan INA CBGs (filosofinya sama) tapi nilainya/besarnya beda, ditetapkan dengan negosiasi; dan paket per diem.

Namun berdasarkan hasil wawancara dengan dokter keluarga yang bekerja dengan JPK PT Jamsostek Kacab DIY, persepsi dokter keluarga tentang besaran kapitasi saat ini menunjukkan bahwa besaran kapitasi yang diterima lebih rendah/tidak sebanding dengan pelayanan yang harus mereka berikan kepada peserta JPK PT Jamsostek, seperti yang diungkapkan oleh dokter keluarga sebagai berikut:

“Kalau dulu beberapa tahun lalu kan dijanjikan bahwa kunjungan yang tinggi, tertanggungganya yang tinggi nanti akan dibedakan dengan tertanggunggannya rendah, kunjungan yang rendah, tapi nyatanya *enggak*, belum, cuma angan-angan saja.”... (Responden Dokter D1)

“Hmm, kalau ditanya saya ya jelas kurang puas,..... kan sekarang Jamsostek yang daerah Jogja, dia mensyaratkan untuk menjadi klinik keluarga, jadi yang harus klinik yang 24 jam, jadi tugas operasionalnya lebih tinggi. Ehh, itu yang membuat sebenarnya kita merasa perhitungannya *ga* sesuai karena hal-hal lain tidak dipertimbangkan.” (Responden Dokter D2)

PEMBAHASAN

1. Kapitasi

Program JPK yang telah berjalan selama 20 tahun merupakan program jaminan yang mempunyai jumlah kepesertaan paling kecil dari program Jamsostek yang lain. Hal ini disebabkan karena adanya Peraturan Pemerintah No. 14/1993 yang memperbolehkan pemberi kerja untuk dapat memilih memberikan jaminan kesehatan diluar mendaftarkan Jamsostek, asalkan manfaat yang disediakan lebih baik dari yang disediakan Jamsostek.^{1,12} Dilihat dari aspek jumlah tenaga kerja formal swasta/BUMN secara nasional sebesar 37,45 juta, yang menjadi peserta Jamsostek aktif hanyalah sebesar 11,27 juta (Desember 2012) sehingga JPK PT Jamsostek masih mempunyai potensi merekrut tenaga kerja formal menjadi peserta Jamsostek aktif sebesar 26,38 juta.¹³

Dalam UU SJSN No. 40/2004 mengisyaratkan pembayaran prospektif kepada *provider* kesehatan khususnya pembayaran kapitasi untuk pelayanan primer. Pola pembiayaan yang dilakukan di JPK Jamsostek dibedakan atas beberapa bentuk yaitu kapitasi dan pembayaran jasa per pelayanan (*fee for service, FFS*). Pembiayaan secara kapitasi umumnya dilakukan pada PPK tingkat I sesuai fasilitas pelayanan yang dimiliki, sedangkan FFS umumnya dilakukan pada PPK tingkat II atau rumah sakit, apotek, dan optikal.¹⁴

Pengaruh kapitasi terhadap efisiensi biaya dan mutu pelayanan kesehatan masih menjadi pendapat yang kontroversial. Secara teoritis pembayaran

kapitasi akan memaksa dokter untuk mengubah pola pikir dari yang semula berorientasi pada orang sakit, akan berubah menjadi berorientasi ke orang sehat dengan jalan meningkatkan pelayanan promotif dan preventif, dan pada akhirnya diharapkan akan meningkatkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan.⁴

Pengendalian biaya dalam konsep kapitasi dapat dilakukan berdasarkan atas rencana pelayanan kesehatan yang telah disusun sebelumnya. Perencanaan dalam pembayaran kapitasi yang bersifat *prospective payment system* telah memperhitungkan jenis penyakit, pola pengobatan, kegiatan promotif preventif dan biaya-biaya yang dibutuhkan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan. Namun, berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa dokter keluarga yang berfungsi sebagai *gate keeper* tidak mengerti mengenai pengelolaan biaya kapitasi agar bisa digunakan untuk kegiatan promotif dan preventif. Penelitian yang dilakukan oleh Januraga, menemukan bahwa sebagian besar PPK memiliki persepsi yang buruk terhadap sistem pembayaran kapitasi yang dipandang memiliki kelemahan dalam pemerataan, keadilan, kepuasan pasien, dan mutu pelayanan.¹⁵ Untuk itu, perlu adanya penyuluhan dan pelatihan mengenai konsep kapitasi, bagaimana perhitungannya dan pengelolaan biaya kapitasi agar bisa digunakan untuk pelayanan komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif).

Supaya sistem pembayaran kapitasi membawa keuntungan bagi semua pihak, maka harus diperhatikan jumlah peserta yang menjadi cakupan PPK. Semakin banyak jumlah peserta, semakin kecil kemungkinan risiko kerugian yang dihadapi oleh dokter. Semakin besar kelompok dokter praktik umum dalam sebuah klinik, semakin besar pula peserta program kapitasi yang dapat dilayani. Pembatasan jumlah peserta kapitasi dalam sebuah klinik Dokter Keluarga (DK) bukan ditentukan oleh jumlah dokter yang praktik melainkan oleh kepiawaian (kepandai dan keterampilan) dokternya. Makin piawai dokternya makin besar pula peserta yang boleh dilayaninya.¹⁴

Jumlah peserta JPK PT Jamsostek Kacab DIY pada tahun 2012 sebesar 118.276 orang dengan 29 PPK 1 yang bekerja sama. Jadi jumlah peserta yang menjadi tanggungan masing-masing PPK 1 adalah ± 4.000 peserta. Pada pelaksanaan JKN, 1 dokter melayani sekitar 5.000 peserta sedangkan standar internasional jangkauan layanan seorang dokter adalah 1.500 sampai 2.000 orang. Namun, perlu diingat bahwa standar ini tentu saja tergantung pada ketersediaan penyedia layanan kesehatan yang bervariasi di tiap negara maupun di tiap daerah (misal pedesaan dan perkotaan) dalam satu negara.¹⁶

Pada metode pembayaran kapitasi, peserta memilih dokter/PPK nya. Jumlah pasien yang dapat mendaftar dengan satu dokter atau rumah sakit harus dibatasi untuk menjaga standar kualitas. Dalam rangka mendorong kompetisi dan layanan berkualitas tinggi, peserta harus memiliki hak untuk mengubah PPK secara teratur, biasanya tahunan atau per semester. Oleh karena itu, perlu adanya kompetisi di antara para penyedia layanan kesehatan agar para pasien mau mendaftarkan diri dalam layanan mereka. Namun, jika jumlah PPK tidak mencukupi (misalnya di daerah pedesaan), maka kompetisinya tidak akan terjadi. Dengan demikian, dampak positif dari pembayaran kapitasi (peningkatan kualitas layanan yang diberikan) tidak dapat dirasakan.^{16,17}

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Jamsostek Kacab DIY sejak Tahun 2012 telah memberlakukan pelayanan 24 jam dengan besaran kapitasi adalah sebesar Rp4.500,00 untuk 8 jenis pelayanan kesehatan yaitu jasa medik dokter umum, obat-obatan (di luar obat penyakit kronis), tindakan medik dokter umum, jasa medik dokter gigi, tindakan medik dokter gigi, penunjang diagnostik sederhana, KB dan imunisasi kecuali persalinan normal. Berdasarkan hasil penelitian yang menggunakan data biaya klaim dan utilisasi, diketahui bahwa besaran nilai kapitasi POPB untuk PPK 1 pada tahun 2012 hanyalah sebesar Rp3.416,00 artinya besaran kapitasi yang dihitung dalam penelitian ini lebih rendah dari standar kapitasi yang ditetapkan oleh JPK Jamsostek Kacab DIY.

Meskipun standar kapitasi untuk klinik 24 jam yang ditetapkan oleh Jamsostek nilainya lebih besar dari perhitungan hasil penelitian ini. Berdasarkan hasil wawancara dengan dokter keluarga Jamsostek Kacab DIY menyatakan bahwa besaran kapitasi yang diterima/atau yang berlaku masih dirasakan lebih rendah/tidak sebanding dengan pelayanan 24 jam yang harus diberikan kepada peserta Jamsostek. Baik standar kapitasi yang telah ditetapkan Jamsostek maupun besaran kapitasi dari hasil perhitungan biaya klaim dan utilisasi, nilainya masih berada di bawah standar kapitasi yang berlaku di PT Askes. Berdasarkan Permenkes No.416/Menkes/Per/II/2011 biaya kapitasi per jiwa per bulan yang berlaku di Askes untuk dokter keluarga adalah sebesar Rp5.500,00 sampai Rp6.500,00. Besaran biaya kapitasi dokter PT. Jamsostek, berdasarkan hasil perhitungan biaya klaim tahun 2005-2009 yang dilakukan oleh Thabrany¹ juga menemukan bahwa nilai kapitasi dokter keluarga Jamsostek lebih rendah dari rata-rata biaya konsultasi dokter di seluruh Indonesia.

Masalah besaran kapitasi yang kecil tidak hanya terjadi di Jamsostek. Askes yang besaran kapitasinya lebih besar dari Jamsostek juga masih dianggap kurang nilai kapitasinya. Pada penelitian di dokter Puskesmas Askes Kabupaten Donggala menganggap besaran kapitasi yang diberikan sangat kecil, bersifat tidak adil, keterlambatan dalam pembayaran, sulitnya mengklaim biaya rawat inap dana adanya penggunaan yang berlebih oleh pasien Askes.¹⁶

Berdasarkan Permenkes No. 69/2013 tentang tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas tingkat pertama dan lanjutan pada penyelenggaraan JKN, disebutkan bahwa besaran kapitasi untuk dokter keluarga adalah sebesar Rp8.000,00 sampai Rp10.000,00. Jumlah ini tentu saja nilainya lebih besar dari hasil perhitungan berdasarkan biaya klaim dan utilisasi pada penelitian ini dan standar tarif kapitasi baik di Jamsostek maupun di Askes. Meningkatnya nilai pembayaran kapitasi pada pelaksanaan JKN ini diharapkan dapat memenuhi harapan para dokter yang menginginkan pembayaran kapitasi yang lebih besar dibandingkan sebelumnya.

Standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas tingkat pertama dan lanjutan diperjelas penerapannya melalui surat edaran Nomor HK/Menkes/31/1/2014. Pada surat edaran ini dinyatakan bahwa tarif kapitasi yang dinyatakan pada Lampiran I angka 1 Permenkes No. 69/2013 sudah termasuk pelayanan kesehatan gigi. Tarif kapitasi yang berpraktik di luar fasilitas adalah sebesar Rp2.000,00. Tarif kapitasi dokter di daerah terpencil dan kepulauan sebesar Rp10.000,00/jiwa/bulan. Ketentuan lain mengenai tarif di daerah terpencil ini juga menyangkut mengenai besaran peserta. Dalam hal jumlah peserta kurang dari 1.000 jiwa, pemberi layanan kesehatan tingkat pertama dibayar sejumlah kapitasi untuk 1.000 jiwa.

Perhitungan kapitasi saat ini sebenarnya tidaklah sesederhana perhitungan kapitasi yang dilakukan pada penelitian ini tetapi sudah bervariasi menurut jenis kelamin, umur, dan faktor-faktor lain seperti jarak geografis antara PPK dengan masyarakat penerima manfaat. Oleh karena itu, perlu dikaji lebih lanjut bagaimana perhitungan kapitasi yang menjadi *win-win solutions* bagi provider dan pihak BPJS karena jangan sampai mutu pelayanan akan jelek di beberapa daerah yang merasa tidak adil pembayaran kapitasinya.

Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan pada saat pelaksanaan JKN Tahun 2014 ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.¹⁸ Adapun asosiasi yang bisa melaku-

kan negosiasi dengan BPJS Kesehatan mengenai besaran pembayaran berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No.455/2013 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan yaitu Perhimpunan Rumah Sakit (PERSI), Asosiasi Dinas Kesehatan (ADINKES), Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Kesehatan Primer Indonesia (PKFI).

Kunci keberhasilan pembayaran kapitasi adalah transparansi data, informasi utilisasi dan biaya antara Badan Penyelenggara dengan PPK, karena itu pada pelaksanaan JKN Tahun 2014, Bapel dalam hal ini BPJS Kesehatan dan PPK dituntut memiliki manajemen data yang baik. Apabila transparansi data tidak bisa direalisasi, maka kontrak pembayaran kapitasi Bapel dengan PPK tidak akan berlangsung lama, kecuali ada tekanan politik atau ekonomi yang memaksa hal itu terjadi.⁹

2. Premi

Batas atas upah untuk penghitungan premi JPK PT Jamsostek sejak tahun 1993 tidak pernah disesuaikan yaitu tetap Rp1.000.000,00 sehingga premi yang diterima Jamsostek relatif rendah. Padahal sejak tahun 1993 hingga sampai saat ini telah terjadi peningkatan biaya pengobatan dan perawatan yang signifikan sehingga besarnya iuran tidak dapat mengimbangi perkembangan biaya pelayanan kesehatan¹. Oleh karena itu, pada tahun 2012 dikeluarkanlah Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 53/2012 Tentang Perubahan Kedelapan atas Peraturan Pemerintah No. 14/1993 Tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja dinyatakan bahwa penetapan batas iuran program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan didasarkan pada dua kali PTKP-K1 (Pendapatan Tidak Kena Pajak – Tenaga Kerja Kawin dengan Anak 1) per bulan.

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan data utilisasi dan *unit cost* (dihitung dari biaya klaim), besaran nilai iuran peserta JPK Jamsostek Kacab DIY tahun 2012 adalah sebesar Rp15.931,00. Dibandingkan dengan persentase iuran yang berlaku di PT Jamsostek (3% tenaga kerja lajang dan 6% tenaga kerja berkeluarga) maka besaran iuran ini nilainya jauh lebih rendah. Besaran iuran PT Jamsostek tahun 2012 maksimal sebesar Rp92.400,00 untuk tenaga kerja lajang dan tenaga kerja berkeluarga Rp184.800,00 (berdasarkan batas upah iuran 2 kali PTKP-K1 perbulan tahun 2012 (Rp3.080.000,00)). Hasil perhitungan besaran iuran ini kecil karena realisasi jaminan yang menjadi dasar perhitungan nilainya lebih rendah daripada besaran penerimaan iuran. Bahkan pada tahun 2012, nilai *cost ratio*

(perbandingan antara realisasi jaminan dengan penerimaan iuran (Tabel 4) hanya mencapai 61,8%. Padahal *cost ratio* asuransi sosial untuk negara-negara lain berfluktuasi pada level 95%.¹

Besaran iuran yang ditetapkan di Jamsostek dan Askes untuk tahun 2012 memiliki nilai yang hampir sama. Besaran iuran di Askes yang ditetapkan sesuai PP 28/2003 adalah 2% dari gaji pokok pegawai negeri dan 2% dari pemerintah selaku pemberi kerja. Berdasarkan PP No 15/2012 mengenai peraturan gaji pokok PNS, besaran gaji pokok PNS untuk golongan 1A adalah sebesar Rp1.847.000,00 dan gaji pokok golongan IVE sebesar Rp4.603.700,00. Artinya besaran iuran Askes PNS adalah berkisar Rp73.880,00 sampai Rp184.148,00.

Besaran iuran pada pelaksanaan JKN tahun 2014 adalah sebesar 4,5%. Gaji atau upah yang digunakan sebagai dasar perhitunganiuran, terdiri atas gaji pokok dan tunjangan keluarga; upah; atau upah pokok dan tunjangan tetap. Batas atas upah (*ceiling wage*) untuk pekerja penerima upah swasta ditetapkan 2 kali PTKP-K1 (Rp 4.725.000,00) sedangkan batas bawah upah adalah UMK di masing-masing kabupaten. Jika menggunakan data UMK Kota Yogyakarta tahun 2014 yaitu Rp1.173.300,00 maka batas bawah besaran iuran pekerja adalah sebesar Rp52.799,00, dengan bagian yang dibayar peserta sebesar ± Rp5.867,00. Adapun batas atas iuran peserta pekerja penerima upah swasta untuk tahun 2014 adalah sebesar Rp212.625,00, dengan bagian yang dibayar peserta Rp23.625,00.

Kekeliruan dalam sistem pembiayaan yang dilaksanakan di Jamsostek adalah seluruh iuran ditanggung oleh pemberi kerja.¹⁹ Asuransi kesehatan sosial harus dimaksudkan untuk menimbulkan subsidi silang yang luas antara anggotanya melalui pembayaran iuran yang proporsional terhadap pendapatan dan memberikan jaminan pelayanan yang komprehensif.¹ Salah satu prinsip universal adalah iuran ditanggung bersama, ditetapkan secara proporsional, sesuai dengan tingkat pendapatan, antara pemberi kerja dan penerima kerja. Pendekatan ini untuk mengantisipasi perkembangan masa depan, di mana biaya pelayanan kesehatan akan menjadi sangat mahal, sehingga tidak mampu ditanggung oleh penerima kerja (sendiri) atau pemberi kerja (sendiri).¹⁹ Pembayaran premi dapat mendorong masyarakat ikut aktif dalam menjaga kesehatannya.²⁰

Pada saat pelaksanaan JKN Tahun 2014, besaran iuran akan ditanggung bersama oleh penerima kerja dan pemberi kerja dengan besaran iuran adalah 4,5% untuk tahun 2014 dan per bulan Juli tahun 2015 sebesar 5%. Kontribusi besaran iuran untuk tahun 2014 yaitu 4% pemberi kerja, 0,5% pekerja dan per

1 juli 2015 kontribusinya 4% pemberi kerja, 1% pekerja. Kontribusi pembagian iuran JKN ini masih lebih kecil dibandingkan dengan kontribusi iuran seperti yang ada di negara lain.

Sebagai bahan perbandingan, negara Cina yang juga sedang bergerak menuju cakupan universal memiliki tiga program asuransi yaitu UEBMI, NRCMS, dan URBMI. UEBMI adalah program asuransi kesehatan kerja yang bersifat wajib dirancang bagi karyawan perkotaan dan sektor publik dan swasta dan dibiayai bersama oleh pengusaha dan karyawan dari pajak gaji. Kontribusi premi ditetapkan sebesar 6% bagi majikan/pemberi kerja dan 2% bagi karyawan.²² Berbeda dengan Cina, di Jepang yang memberlakukan program Asuransi Kesehatan Nasional iuran/biaya terdiri dari biaya bila sakit, 30% dari peserta dan 30% dari penyelenggara AKN sedangkan di Negara USA dengan program *Medicare*nya, iuran terdiri dari 1,45% pekerja dan 1,45% dari majikan.²³

KESIMPULAN DAN SARAN

Besaran biaya kapitasi dan premi yang dihitung berdasarkan data biaya klaim dan utilisasi pelayanan tahun 2012 adalah sebesar Rp3.416,00 dan Rp15.923,00. Hasil perhitungan besaran biaya kapitasi dan premi berdasarkan data biaya klaim dan utilisasi pelayanan lebih rendah dari standar kapitasi dan premi yang ditetapkan di PT. Jamsostek Kacab DIY dan PT. Askes. Hasil perhitungan biaya kapitasi ini juga lebih rendah dari besaran kapitasi dan premi pada pelaksanaan JKN 2014 yang menetapkan besaran kapitasi Rp8.000,00 sampai Rp10.000,00 POPB. Persepsi dokter keluarga tentang besaran kapitasi saat ini menunjukkan bahwa besaran kapitasi yang diterima lebih rendah/tidak sebanding dengan pelayanan yang harus mereka berikan kepada peserta JPK PT Jamsostek.

Penyuluhan dan pelatihan mengenai konsep kapitasi, bagaimana perhitungannya dan pengelolaan biaya kapitasi perlu dilakukan agar bisa digunakan untuk pelayanan komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif). Perlu adanya kajian lebih lanjut mengenai manfaat pelayanan klinik 24 jam yang berlaku di Jamsostek; adanya penyesuaian antara besaran pembayaran kapitasi dengan jam buka layanan dan kinerja dari para dokter keluarga.

Dengan adanya ketentuan mengenai pembaruan besaran pembayaran setiap dua tahun sekali, perlu adanya kajian lanjutan mengenai besaran pembayaran yang ideal yang menjadi *win-win solutions* antara PPK dan pihak BPJS. Di antaranya biaya kapitasi yang bervariasi menurut jenis kelamin, umur, dan faktor-faktor lain seperti jarak geografis antara PPK dengan masyarakat penerima manfaat.

REFERENSI

1. Thabrany H. Asuransi Kesehatan Nasional. FKM UI, Jakarta, 2011.
2. Samba IGS. Analisis Besaran Premi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Kabupaten Jembrana Propinsi Bali. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2006.
3. Iwan, Mukti AG, Riyarto S. Evaluasi Besaran Premi Terhadap Kesesuaian Paket Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2008;11(02):49–57.
4. Gani A, Thabrany H, Pujiyanto, Yanuar F, Tachman T, Siregar A, et al. Laporan Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan Di Beberapa Kabupaten dan Kota Tahun 2008. Jakarta, 2008:37–8.
5. Hendrartini J. Determinan Kinerja Dokter Keluarga yang Dibayar Kapitasi. *J. Manaj. Pelayanan Kesehat*. 2008;11(02):77–84.
6. Hendrartini J. Model Kinerja Dokter Dengan Pembayaran Kapitasi Dalam Program Asuransi Kesehatan. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2010.
7. Sutjana D., Adiputra N. Masalah Pelayanan JPK/Jamsostek. *Indones. J. Biomed. Sci.* [Internet]. 2008;1–4. Available from: http://ejournal.unud.ac.id/abstrak/pelayan_jamsostek.pdf
8. Sucahyono E. Analisis Penetapan Besaran Nilai Kapitasi Penuh Berbasis Pada Tarif Rill dan Utilisasi Pelayanan (Studi Kasus Pada Jamsostek Kantor Cabang Semarang). *J. Manaj. Pelayanan Kesehat*. 2002;05(01):37–44.
9. Hendrartini J. Manajemen Keuangan dan Premi Sistem Jaminan Kesehatan Daerah. Pedoman Oper. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehat. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Yogyakarta. 2009.
10. Yin RK. Studi Kasus Desain dan metode. Raja Grafindo Persada, Jakarta. 2012.
11. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D. Alfabeta, Bandung, 2009.
12. Achmad S, Thabrany H. A Decade of JPK Jamsostek/ : Trend In Membership and Utilization. Asia Pacific Summit, Horis. Hotel 22-24 Mei 2002 [Internet]. 2002. Available from: [www.sear.who.int/.../National_Health_Accounts_\(NHA\)_CS_24_Sy...](http://www.sear.who.int/.../National_Health_Accounts_(NHA)_CS_24_Sy...)
13. Sucahyono E. Menuju Jaminan Kesehatan Semesta. *Annu. Sci. Meet.* 4 April 2013. Yogyakarta, 2013;02.
14. Wonodirekso S, Yulherina, editors. Pedoman Pelaksanaan program Jaga Mutu PPK 1 PT. Jamsostek (Persero). Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia (PDKI), Jakarta, 2005.
15. Januraga PP, Suryawati C, Arso SP. Persepsi Stakeholders Terhadap Latar Belakang Subsidi Premi, Sistem Kapitasi dan Pembayaran Premi Program Jaminan Kesehatan Jembrana. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2009;12(01):33–40.
16. Hafidz F, Sugiyatmi TA. Mekanisme Pembayaran Fasilitas Kesehatan dalam Asuransi Kesehatan. Pusat KP-MAK bekerjasama dengan Deutsche Gesellschaft fur Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, Yogyakarta: 2012.
17. Normand C, Weber A. Social Health Insurance; A Guidebook for Planning. Second. ADB, gtz, ILO and WHO, Germany, 2009;1–161.
18. Wintera IGM, Hendrartini J. Determinan Kepuasan Dokter Puskesmas Terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi Peserta Wajib PT. Askes di Kabupaten Donggala Propinsi Sulawesi Tengah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 2005;08(02):105–113.
19. Kemenkes RI. Buku Saku FAQ (Frequently Asked Questions) BPJS Kesehatan. Kemenkes RI, Jakarta, 2013.
20. Thabrany H. Rasional Pembayaran Kapitasi. Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta, 2000.
21. Sulastomo. Asuransi Kesehatan Sosial Sebuah Pilihan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2002.
22. Mukti AG. Kemampuan dan Kemauan Membayar Premi Asuransi Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 2001;04(02):75–82.
23. Li C, Yu X, Butler JRG, Yiengprugsawan V, Yu M. Moving Towards Universal Health Insurance in China: Performance, Issues and Lessons from Thailand. *Soc. Sci. Med.* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011 Aug [cited 2013 Jun 14];73(3):359–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21733610>
24. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Ringkasan Eksekutif Kumpulan Kajian Dewan Jaminan Sosial Nasional Tahun 2009. Jakarta, 2010.