

ANALISIS BIAYA PER KAPITA SEBAGAI UPAYA ADVOKASI PENGENDALIAN BIAYA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN JEMBRANA

COST PER CAPITA ANALYSIS TO CONTROL THE COST OF JEMBRANA HEALTH INSURANCE

Pande Putu Januraga¹, Chriswardani Suryawati², Rina Listyowati¹, Made Sri Nopiyan¹

¹Bagian AKK PSIKM FK Universitas Udayana, Denpasar,

²Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang

ABSTRACT

Introductions: Jembrana Health Insurance (JHI) program is intended to provide health insurance at first level (PPK I) for inhabitants of Jembrana District. Up till now, financing of JHI depends on subsidy in which it is growing up and has a trend to be out of target. Therefore, it needs to manage cost by implementing capitation payment system. Aim of this research was to analyze cost per capita and to identify perceptions of JHI stakeholders towards capitation system.

Methods: This research was case study through analyzing secondary data and performing in-depth interview. Data on member's utilization and claim cost were collected using forms.

Results: Result of cost per capita calculation based on real utilization of PPK I namely Rp5.262,- per month per member is 63 % higher than cost per capita based on normal utilization of PPK I namely Rp1.949,- per month per member. Furthermore, result of in-depth interview shows that both policy makers and providers have a bad perception towards capitation system and results of cost per capita calculation.

Conclusions: Local government could apply principles of managed care by controlling cost and quality by developing capitation payment system for PPK I based on normal utilization.

Keywords: health insurance, cost per capita, capitation

ABSTRAK

Pendahuluan: Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) adalah sebuah program pembiayaan kesehatan yang ditujukan untuk memberi jaminan pelayanan kesehatan pada pemberi pelayanan kesehatan tingkat I. Sejak diberlakukan subsidi yang diberikan terus meningkat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengendalikan biaya subsidi adalah pemberlakuan sistem pembayaran kapitasi, untuk itu penelitian ini bertujuan menganalisa biaya per kapita dan mengetahui persepsi *stakeholders* JKJ terhadap sistem kapitasi.

Metode: Penelitian ini adalah sebuah studi kasus melalui analisa data sekunder dan wawancara mendalam. Data utilisasi dan biaya klaim dikumpulkan dengan form.

Hasil: Biaya per kapita berdasarkan utilisasi riil PPK I adalah Rp5.262,- per bulan per peserta, lebih tinggi 62,96% dibandingkan berdasarkan utilisasi normal Rp1.949,- per bulan per peserta. Sebagian besar *stakeholders* JKJ memiliki persepsi buruk terhadap sistem kapitasi.

Kesimpulan: Pemerintah Kabupaten Jembrana dapat mengendalikan biaya dan menjaga kualitas layanan dengan mengembangkan sistem pembayaran kapitasi berdasarkan utilisasi normal.

Kata Kunci: asuransi kesehatan, biaya per kapita, kapitasi

PENGANTAR

Secara garis besar sistem kesehatan dapat dibagi menjadi dua subsistem yaitu subsistem pemberian pelayanan kesehatan dan subsistem pembiayaan kesehatan. Diakui subsistem pemberian pelayanan kesehatan memiliki peran yang penting, tetapi sistem ini akan berjalan dengan baik jika didukung oleh subsistem pembiayaan kesehatan yang mumpuni.¹

Salah satu bentuk reformasi pada subsistem pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah ditetapkannya Undang-Undang (UU) No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang SJSN merupakan suatu reformasi sistem jaminan sosial yang meletakkan fondasi penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan sosial. Selanjutnya dalam perkembangannya, setiap daerah di Indonesia berhak mengembangkan suatu sistem jaminan sosial. Kewenangan ini sesuai dengan keputusan Mahkamah Konstitusi (MK) tentang *Judicial Review* pasal 5 UU No. 40/2004 tentang SJSN dan merupakan bentuk implementasi UU pemerintahan daerah terutama pasal 22h yang mewajibkan daerah untuk mengembangkan sistem jaminan sosial termasuk jaminan kesehatan.²

Salah satu daerah otonomi yang berinisiatif menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Daerah (JKD) adalah Kabupaten Jembrana, Bali. Sejak tahun 2003 Pemerintah Kabupaten Jembrana mengembangkan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) sebagai alternatif pembiayaan kesehatan tingkat pertama (PPK I) melalui mekanisme alih subsidi premi. Subsidi premi PPK I ditetapkan sebesar Rp2.500,00 per penduduk per bulan, sedangkan pelayanan PPK I yang dijamin adalah pelayanan dasar yang meliputi pengobatan di dokter umum, dokter gigi, dan Puskesmas, pelayanan *antenatal care* (ANC) oleh bidan dan Puskesmas, serta pelayanan kegawatdaruratan sederhana di UGD RS dan Puskesmas.

Dana untuk penyelenggaraan program JKJ berasal dari Anggaran Penerimaan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Jembrana, yang sebagian besar berasal dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) kabupaten. Dana yang terhimpun kemudian disalurkan kepada Badan Penyelenggara (Bapel) JKJ untuk membayar klaim PPK I yang memiliki ikatan kontrak melalui mekanisme penggantian biaya (*reimbursement/fee for service*).

Pada tahun 2003 jumlah dana yang dibayarkan Pemerintah Kabupaten untuk membayar klaim PPK I berada pada kisaran 43% dari subsidi premi yang dianggarkan Pemerintah Kabupaten, sedangkan pada tahun 2004 jumlah tersebut naik tinggi menjadi kisaran 132%, kekurangan untuk tahun tersebut masih ditutupi dari sisa premi tahun 2003. Pada tahun 2006 persentase klaim yang dibayarkan Pemerintah Kabupaten dibandingkan premi yang disediakan turun menjadi berkisar pada angka 94%, padahal tingkat kepesertaan pada tahun yang sama baru mencapai 41% dari seluruh masyarakat Jembrana yang sesungguhnya memiliki hak atas besaran subsidi premi yang disediakan. Jumlah tersebut bukan turun karena turunnya utilisasi secara signifikan, tetapi karena besar subsidi premi yang meningkat dan adanya upaya menurunkan nilai klaim PPK I dan memperpanjang waktu kunjungan ulang pasien sebagai bagian upaya pengendalian biaya program JKJ.

Bukti terjadinya peningkatan utilisasi yang tidak wajar pada program JKJ terlihat pada hasil perhitungan besaran subsidi premi PPK I JKJ berdasarkan standar utilisasi normatif, dimana pada tahun 2004 nilai subsidi premi per kapita berdasarkan tingkat utilisasi pelayanan berjumlah Rp3.634,86. Nilai tersebut jauh lebih besar (30,20%) jika dibandingkan dengan besaran subsidi premi berdasarkan standar utilisasi normatif, sebesar Rp2.536,05.³

Selain masalah peningkatan utilisasi, penelitian lainnya tentang evaluasi JKJ menunjukkan bahwa subsidi premi PPK I JKJ belum mampu menjamin terwujudnya *universal coverage* pembiayaan kesehatan masyarakat akibat kurang maksimalnya pendistribusian kartu yang berakibat pada terkonsentrasinya kepemilikan kartu pada kelompok masyarakat menengah ke atas.⁴ Kelompok inilah yang memberi andil besar dalam tingginya tingkat utilisasi PPK I. Hal tersebut dapat terjadi karena kemudahan akses dalam memanfaatkan pelayanan (*moral hazard* peserta) yang diperbesar dengan kemungkinan terjadinya *moral hazard provider* untuk memberikan pelayanan kesehatan secara berulang/berlebih akibat sistem pembayaran yang masih

menggunakan sistem *reimbursement/fee for services*.

Dari berbagai fakta diatas dapat diambil kesimpulan bahwa Pemerintah Kabupaten Jembrana perlu secara serius memperhatikan aspek pengendalian biaya (*cost containment*) program JKJ. Hal ini penting untuk menjamin kesinambungan pelaksanaan program, mengingat selama ini pelaksanaan program JKJ sangat tergantung pada kemampuan finansial daerah dalam mensubsidi premi JKJ, di samping juga sangat tergantung pada komitmen politik yang kuat dari pimpinan daerah untuk tetap mensubsidi program ini.

Dari sisi *provider*, Pemerintah Kabupaten Jembrana melalui Bapel JKJ dapat memilih untuk mengembangkan alternatif pembayaran klaim selain *fee for service (prospective payment system; PPS)*, mengingat cara tersebut memang mengundang *moral hazard provider* melalui mekanisme yang dikenal sebagai *supply induced demand* dan terbukti mengambil alokasi dana yang besar dari keseluruhan pembiayaan program JKJ.⁵ Salah satu mekanisme pembayaran prospektif dalam konsep *managed care* yang telah banyak dikenal dan diterapkan di Indonesia adalah sistem pembayaran kapitasi.⁶ Sistem ini dikenal luas karena keunggulannya dalam mengendalikan biaya pelayanan kuratif sehingga tetap dapat dijangkau baik oleh peserta maupun pemerintah melalui integrasi pelayanan promotif dan preventif ke dalam pelayanan PPK I. Integrasi pelayanan untuk menjaga keterjangkauan pendanaan (efisiensi) sangat sesuai dengan prinsip-prinsip dasar penyelenggaraan *primary health care* sebagai bagian dari upaya pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs).⁷

Berdasarkan permasalahan di atas penelitian ini bertujuan menganalisis besaran biaya perkapita PPK I JKJ sebagai dasar penetapan besaran kapitasi PPK I JKJ. Untuk mengetahui kemungkinan penerapan sistem ini, penelitian dilanjutkan dengan wawancara mendalam kepada para pengambil kebijakan kunci program JKJ dan beberapa PPK I JKJ.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini berjenis studi kasus deskriptif yang bersifat kuantitatif dan kualitatif melalui penelusuran data sekunder untuk menghitung besaran biaya per kapita dan melalui wawancara mendalam untuk mengetahui persepsi pengambil kebijakan dan PPK I terhadap sistem pembayaran kapitasi. Data sekunder dikumpulkan melalui form dan berasal dari data Bapel JKJ, data RSUD Negara, dan data Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, sedangkan informan pengambil kebijakan

adalah Bupati Kepala Daerah Jembrana, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jembrana, dan Direktur JKJ. PPK I yang diwawancarai terdiri dari 2 orang kepala Puskesmas, 2 orang dokter PPK I, seorang dokter gigi PPK I, dan 2 orang bidan PPK I.

Data sekunder yang dikumpulkan adalah data kepesertaan JKJ dan klaim pelayanan PPK I. Selanjutnya data diolah untuk memperoleh tingkat utilisasi pelayanan dan besaran biaya klaim untuk selanjutnya digunakan menghitung besaran biaya per kapita PPK I JKJ. Data hasil wawancara mendalam diolah dengan menggunakan metode analisis isi (*content analysis*).⁸

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Analisis kepesertaan

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

2. Pola utilisasi dan besaran biaya klaim program JKJ

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

Setelah biaya klaim peserta umum JKJ berhasil dihitung, langkah berikutnya adalah menghitung biaya klaim seluruh penduduk berkategori umum berdasarkan generalisasi angka kunjungan PPK I peserta JKJ, dengan asumsi bahwa pola kunjungan yang sama juga terjadi pada seluruh penduduk

Jembrana jika mereka menjadi peserta JKJ. Dari hasil perhitungan diperoleh biaya klaim PPK I penduduk umum Jembrana berjumlah Rp14.040.878.776 dengan tingkat utilisasi mencapai 1.080.379 kunjungan per tahun.

Jika dihitung berdasarkan angka utilisasi normal sesuai dengan yang ditetapkan Departemen Kesehatan untuk program askeskin sebesar 150‰ per bulan maka jumlah kunjungan normal peserta umum adalah sebesar 178.445 kunjungan per tahun. Jika angka tersebut kemudian digeneralisir ke seluruh penduduk Jembrana berkategori umum tahun 2006 yang berjumlah 222.357 jiwa, maka jumlah kunjungan yang diharapkan adalah 400.243 kunjungan per tahun.

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

3. Analisis besaran biaya per kapita program JKJ

Besaran biaya per kapita dihitung berdasarkan biaya klaim satu tahun penduduk umum dibagi dua belas dan dibagi jumlah penduduk umum Jembrana atau biaya klaim rata-rata per bulan penduduk umum dibagi jumlah penduduk umum Jembrana. Berikut ini adalah besaran biaya per kapita masing-masing PPK I berdasarkan utilisasi riil yang digeneralisasi ke penduduk umum dan berdasarkan utilisasi normal penduduk umum:

Tabel 1. Tingkat utilisasi dan biaya klaim peserta umum pada PPK I JKJ tahun 2006

Jenis PPK I	Frekuensi	Visit Rate (%)	Peserta umum JKJ			
			VR rata-rata/bulan (%)	Biaya klaim (Rp)	Biaya klaim rata-rata/bulan (Rp)	Klaim rata-rata/kunjungan (Rp)
Dokter	310.089	3.127,9	260,7	4.413.021.175	367.751.765	14.231
Dr. gigi	15.267	154,0	12,8	326.338.455	27.194.871	21.375
Bidan	112.213	1.131,9	94,3	1.088.563.153	90.713.596	9.701
Puskesmas	43.250	436,3	36,4	393.992.749	32.832.729	9.110
UGD	591	6,0	0,5	32.910.083	2.742.507	55.685
Pol gigi	268	2,7	0,2	5.182.203	431.850	19.337
Total	481.678	4.858,8	404,9	6.260.007.818	521.667.318	12.996

Diolah dari catatan klaim PPK I JKJ

Tabel 2. Biaya per kapita PPK I JKJ berdasar utilisasi riil dan normal

PPK I	Utilisasi riil		Utilisasi normal	
	Biaya per kapita per tahun (Rp)	Biaya per kapita per bulan (Rp)	Biaya per kapita per tahun (Rp)	Biaya per kapita per bulan (Rp)
Dokter umum	44.515	3.710	16.491	1.374
Dokter gigi	3.292	274	1.220	102
Bidan	10.981	915	4.068	339
Puskesmas	3.974	331	1.472	123
UGD	332	28	123	10
Poli gigi	52	4	19	2
Total	63.146	5.262	23.393	1.949

Diolah dari data Bapel JKJ, RSUD Negara, dan Dinkessos

Dari Tabel 2 dapat diketahui bahwa biaya per kapita PPK I yang dihitung berdasarkan tingkat utilisasi normal penduduk umum sebesar Rp1.949 per bulan jauh lebih kecil (63%) dibandingkan biaya per kapita berdasarkan utilisasi riil yang digeneralisasi ke penduduk umum sebesar Rp5.262 per bulan, bahkan masih lebih rendah (25%) dibandingkan dengan biaya per kapita yang ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten sebesar Rp2.500,00.

4. Persepsi *policy makers* terhadap sistem pembayaran kapitasi

Dari hasil wawancara dengan kelompok pengambil kebijakan diketahui bahwa terdapat tiga pendapat berbeda terhadap sistem pembayaran kapitasi. Persepsi pertama adalah sistem kapitasi dipandang tidak lebih baik dibanding sistem *fee for service* dalam hal menjaga mutu dan standar pelayanan kesehatan dan kurang mampu memenuhi keadilan dalam hal pemilihan tempat pelayanan sehingga ditakutkan akan mengurangi tingkat kepuasan masyarakat.

“...Penerapan PKJ, kapitasi contohnya itu menghilangkan kompetisi yang sehat, sistem FFS lebih mampu meningkatkan kompetisi sehat yang berujung pada peningkatan mutu pelayanan. Lagipula standar pelayanan juga lebih bisa dikontrol pada sistem ini...” (R-1)

“...Pemerintah Kabupaten ingin pelayanan dasar ini bisa diakses dengan mudah dimana saja dengan mutu yang baik, kalau cara lain seperti kapitasi mungkin akan ada polarisasi pelayanan...” (R-3)

Pandangan negatif terhadap sistem pembayaran kapitasi lebih diperparah lagi dengan anggapan bahwa sistem kapitasi khususnya digunakan oleh organisasi asuransi kesehatan yang bersifat mencari keuntungan, seperti diuraikan oleh responden berikut:

“...kalau askes bisa 2500 karena dia kan cari untung dan memakai kapitasi di dokter keluarga atau Puskesmas...” (R-3)

Persepsi ketiga menyatakan sistem kapitasi memang lebih baik dibandingkan *fee for service* dalam peranannya untuk mengendalikan biaya dan tingkat kunjungan meskipun kemudian tetap ada sorotan terhadap kelemahan sistem kapitasi akibat *moral hazard provider*.

“...sistem ini lebih memungkinkan untuk melakukan pengendalian biaya dan kunjungan karena pengawasan yang lebih mudah dan administrasi yang tidak rumit.... Tetapi bukan berarti kapitasi selalu lebih baik, ada juga kelemahannya dari segi pelayanan yang tempatnya saja sudah dibatasi, belum upaya moral hazard dari PPK menghindari pemberian pelayanan...” (R-4)

Persepsi bahwa standar pelayanan dan mutu pelayanan yang kurang terjaga dan berakibat pada rendahnya tingkat kepuasan konsumen dan PPK pada sistem kapitasi dibandingkan dengan *fee for service* tidak dapat sepenuhnya dikatakan benar. RAND Corporation di Amerika pada tahun 1976-1981 melakukan penelitian untuk membandingkan sistem kapitasi dengan *fee for service* secara sangat ketat mengontrol berbagai kontaminan sehingga hasilnya dapat dipercaya.⁶

Mereka membandingkan utilisasi biaya, kepuasan peserta, status kesehatan, dan berbagai informasi lain. Tampak bahwa dari segi biaya, sistem praupaya telah menghemat biaya cukup besar akibat peningkatan pelayanan promotif dan preventif yang justru menguntungkan status kesehatan peserta, akan tetapi pada beberapa hal memang pembayaran kapitasi sedikit menurunkan kepuasan peserta terhadap pelayanan kuratif, terutama pada kelompok berpenghasilan tinggi.

Di Rusia penelitian Bar dan Field pada tahun 1996 menemukan bahwa sepertiga biaya dapat dihemat dengan sistem kapitasi dengan tanpa perbedaan yang bermakna dalam mutu pelayanan kesehatan. Hasil penelitian terhadap pelaksanaan kapitasi total model PT Askes juga memperlihatkan keberhasilan mengendalikan angka rujukan akibat *moral hazard provider*, suatu hal yang ditakutkan dapat terjadi oleh sebagian besar kalangan pada sistem pembayaran kapitasi.⁶

Kekhawatiran terhadap kualitas pelayanan dan *moral hazard provider* pada pelaksanaan sistem kapitasi dapat ditekan dengan menerapkan kendali mutu yang terintegrasi dengan kendali biaya. Pada organisasi *managed care* kendali mutu dapat dilakukan secara retrospektif dan prospektif. Secara retrospektif kendali mutu dapat dilakukan melalui analisis pola praktik dokter, analisis variasi utilisasi dan pola layanan, serta penilaian hasil layanan. Secara prospektif dapat dilakukan dengan analisis rujukan, opini dokter kedua, atau dengan prosedur tetap. Cara-cara lainnya yang dikenal dalam *managed care* adalah seleksi PPK, kredensialisasi, protokol pengobatan, program jaminan mutu dan penjaminan mutu berkelanjutan.⁹

Pandangan *policy makers* yang mengkaitkan sistem kapitasi dengan asuransi kesehatan komersial yang bersifat *for profit* (dicontohkan Askes PNS) juga tidak bisa dikatakan tepat karena sistem kapitasi muncul bukan karena dipicu oleh upaya perusahaan asuransi mencari keuntungan, tetapi lebih kepada upaya mengendalikan biaya pelayanan yang terus meningkat akibat pemakaian sistem *fee for service*.⁶

5. Analisis persepsi PPK I JKJ terhadap sistem pembayaran kapitasi

Dari hasil wawancara terlihat hampir sebagian besar PPK I kurang menyukai cara pembayaran secara kapitasi tercermin dari petikan wawancara pada kotak 21.

“...Sistem ini kurang kami sukai karena ada resiko kerugian didalamnya. Pengalaman dengan sistem ini juga tidak terlalu baik apalagi dengan apa yang sudah terjadi di Jembrana selama ini dimana masyarakat sudah terbiasa berobat secara mudah dan dimana saja. sistem ini juga merugikan masyarakat dari sisi kebebasan memilih PPK...” (R-6)

Hampir sama seperti pendapat *policy makers*, sebagian besar PPK melihat sistem kapitasi sebagai sistem yang merugikan dari sisi kebebasan konsumen dalam memilih pelayanan, di samping pandangan negatif akan adanya risiko finansial berupa kerugian pada pihak PPK.

Ketakutan akan kegagalan secara finansial bahkan juga dirasakan oleh PPK yang justru menganggap kapitasi sebagai suatu cara pembayaran yang baik. Senada dengan pendapat sebelumnya pangkal semua ketakutan terjadi karena kebebasan masyarakat memperoleh pelayanan yang menurut anggapan PPK susah untuk diubah.

“...Kapitasi seperti yang diterapkan askes ya? Kalau itu memang secara konsep baik, tetapi

masalahnya masyarakat sudah terbiasa memperoleh pelayanan kesehatan secara mudah, kalau kemudian diterapkan kapitasi seperti dokter akan mengalami kesulitan di tahun-tahun pertama mengingat harus melakukan upaya mengerem jumlah pasien yang berobat, atau menyadarkan mereka kalau tidak semua keluhan harus mendapatkan pengobatan...” (R-7b)

Terdapat kontradiksi dalam pendapat PPK di atas. Di satu sisi mereka menyadari telah terjadi *over* utilisasi pelayanan PPK I, sedangkan di sisi lainnya PPK justru merasa diuntungkan secara finansial, sehingga takut jika dilakukan perubahan pada sistem pembayaran PPK yang akan merubah pola kunjungan pasien. Di sinilah *moral hazard provider* pada sistem *fee for service* semakin terlihat jelas.

Munculnya ketakutan akan ketidakmampuan mengendalikan jumlah kunjungan pasien bisa diakibatkan oleh masih kurangnya pemahaman PPK I terhadap prinsip integrasi pelayanan kesehatan dalam sistem kapitasi, terlihat pada hasil wawancara berikut:

“...Jika sesuai dengan tingkat utilisasi yang sudah-sudah mungkin cukup, jika tidak dan pola yang ada di masyarakat sekarang masih seperti ini maka mungkin akan kurang..” (R-6)

“...Sepertinya tidak cukup ya, kalau jumlah kunjungan ke dokter masih seperti sekarang jelas saya akan mengalami kerugian..” (R-7a)

Sistem kapitasi memang menuntut PPK lebih kreatif dalam pengelolaan dana kapitasi melalui peningkatan kualitas pelayanan dengan upaya promotif dan preventif untuk menekan angka kesakitan disamping menegakkan diagnosis secara tepat dan mengobati pasien secara efisien untuk mempercepat kesembuhannya.¹⁰

Beberapa PPK yaitu dari kelompok bidan dan dokter gigi malah terlihat tidak memahami samasekali sistem pembayaran kapitasi, terlihat dari kebingungan mereka terhadap besaran biaya per kapita hasil perhitungan penelitian sehingga diperlukan upaya sosialisasi yang baik jika sistem pembayaran kapitasi akan digunakan.

“...Saya tidak bisa berkomentar banyak, karena memang tidak ada pengalaman dengan cara ini, dan apa memang menjamin PPK tidak beresiko rugi...” (R-8)

“...Wah saya jelas kurang mengerti, kok lebih baik cara yang sekarang saja deh...” (R-9a)

“...Tidak cukup rasanya, coba bagi itu per bulan jadi berapa? Belum terbayang saya, lebih baik cara sekarang. Menurut Pak lebih banyak itu? Lebih baik jangan berpikir

begitu, sudah mikir laporan, lagi rumit seperti itu..." (R-9b)

Berbeda dengan pendapat responden PPK I JKJ, sebuah hasil penelitian terhadap dokter Puskesmas dan dokter keluarga yang telah mengenal sistem pembayaran kapitasi menunjukkan sebagian besar PPK justru memandang adil sistem pembayaran ini.¹¹ Hanya 27% responden yang menganggap sistem pembayaran kapitasi merugikan PPK dan dapat mempengaruhi kepuasan PPK. Keluhan justru muncul pada PPK Puskesmas yang merasa kapitasi yang ditetapkan lebih rendah dari unit *cost* riil, hal ini sejalan dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan tingginya ketidakpuasan dokter Puskesmas terhadap besaran kapitasi PT Askes yang dinilai lebih kecil dibandingkan pasien umum.¹¹

Untuk mengatasi hal itu sebaiknya besaran biaya per kapita dihitung berdasarkan *unit cost* atau biaya klaim yang selama ini berlaku serta dikomunikasikan secara baik antara Bapel dan PPK. Selain itu beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi resiko kerugian finansial PPK adalah dengan melakukan *risk adjustment capitation, curve out*, dan *reinsurance*.¹²

KESIMPULAN

Visit rate PPK I program JKJ berdasarkan utilisasi riil adalah 40,49% per bulan dan biaya klaim PPK I berdasarkan utilisasi riil Rp14.040.878.776, lebih tinggi 63% dibandingkan berdasarkan utilisasi normal yaitu Rp5.201.652.982, sedangkan biaya per kapita berdasarkan utilisasi riil PPK I adalah Rp5.262 per bulan per peserta, lebih tinggi 62,96% dibandingkan berdasarkan utilisasi normal Rp1.949 per bulan per peserta.

Sebagian besar *policy makers* dan PPK I memiliki persepsi buruk terhadap sistem kapitasi, khususnya dalam hal kualitas dan pemerataan pelayanan serta dalam hal resiko moral *hazzard* dan kerugian *provider*.

SARAN

Pemerintah daerah dapat menerapkan sistem pembayaran kapitasi berdasarkan hasil perhitungan biaya per kapita dengan utilisasi normal untuk itu diperlukan analisis lebih mendalam untuk menentukan besaran kapitasi pada masing-masing *provider*, misalnya dengan menghitung komponen biaya operasional serta diperlukan upaya advokasi

untuk meyakinkan para pengambil kebijakan terhadap pentingnya aspek pengendalian biaya program JKJ melalui penerapan sistem pembayaran prospektif seperti kapitasi.

KEPUSTAKAAN

1. Mukti AG. Reformasi sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia dan prospek ke depan. Manajemen Kebijakan & Manajemen Asuransi Kesehatan UGM, Yogyakarta, 2007.
2. Thabrany H. Asuransi kesehatan nasional. Pemjaki, Jakarta, 2005.
3. Santabudi I. Analisis besaran premi jaminan pemeliharaan kesehatan di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali. MIKM FK UGM, Yogyakarta, 2006.
4. Nirmala AA, Muninjaya AG. Tantangan dalam mengembangkan universal coverage pembiayaan kesehatan masyarakat di Indonesia; Studi Kasus di Kabupaten Jembrana, Provinsi Bali. UPLEK FK Universitas Udayana, Denpasar, 2006.
5. Murti B. Implikasi ekonomis pembiayaan kesehatan melalui JPKM, Problem Moral Hazzard. 1998;01(03).
6. Thabrany H, Hidayat B. Pembayaran kapitasi. FKM UI, Jakarta, 1998.
7. WHO. The World Health Report 2008; Primary Health Care, Now More Than Ever. WHO, New York, 2008.
8. Nueman WL. Social research method: qualitative and quantitative approach. Pearson, Boston, 2006.
9. Ilyas Y. Dasar-dasar asuransi kesehatan Bagian B. Pemjaki, Jakarta, 2005.
10. Conrad D, Lee R, Milgrom P, Huebner C. Determinants of general dentists' decisions to accept capitation payment: a conceptual model and empirical estimates. Community Dent Oral Epidemiol. 2009;37(3)Jun:189-98.
11. Wintera, Hendrartini. Determinan kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran Kapitasi peserta wajib PT Askes di Kabupaten Donggala, Sulawesi Tengah. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2005;08(02):105-115
12. Conrad DA, Perry L. Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it? Annu Rev Public Health. 2009;29(30)Apr:357-71.