

BAB V
ANALISIS TENTANG SISTEM PROGRAM
JKBM TAHUN 2010

Bab lima terdiri dari hasil penelitian dan analisis pembahasan atas rumusan masalah yang telah dicantumkan pada bab satu. Hasil penelitian dan pembahasan yang pertama berupa komparasi *best practice* sistem jaminan kesehatan negara lain yang telah dijabarkan pada bab tiga dan pembahasan hasil komparasi tersebut dengan Program JKBM Tahun 2010. Selanjutnya, pembahasan kedua mengenai hasil penelitian yaitu alur proses perencanaan penyusunan anggaran Program JKBM Tahun 2010 dan simulasi perhitungan kebutuhan dana berdasarkan perhitungan utilisasi pelayanan kesehatan dan perbandingan hasil simulasi dengan anggaran Program JKBM Tahun 2010. Ketiga, analisis pembahasan mengenai pemilihan metode penyelenggaraan pelayanan Program JKBM Tahun 2010 yang terdiri dari mekanisme kepesertaan, pendanaan, pengorganisasian, dan evaluasi Program JKBM Tahun 2010. Terakhir adalah analisis pembahasan mengenai pemilihan metode pendistribusian pelayanan kesehatan Program JKBM Tahun 2010 yang terdiri dari sumber pembiayaan, pembayaran kepada PPK dan sistem rujukan. Untuk hasil dan pembahasan kedua hingga keempat berdasarkan informasi dari wawancara yang pertanyaannya terdapat dalam Lampiran 4.

5.1 Komparasi Best Practice Sistem Jaminan Kesehatan

Sistem jaminan kesehatan yang dijadikan *best practice* antara lain negara Taiwan, Jepang, Norwegia, Inggris, Kolombia, Chili dan Kanada. Matriks hasil komparasi dari negara-negara tersebut dapat dilihat dalam Lampiran 5. Berikut ini penjabaran dari matrik hasil komparasi tersebut.

1) Kewenangan Bidang Kesehatan

Dapat dilihat dalam matriks pada Lampiran 5, kewenangan manajemen bidang kesehatan khususnya manajemen sistem jaminan kesehatan, diatur oleh Pemerintah Pusat. Dari ke-tujuh negara yang dijadikan *best practice*, tidak seluruhnya bidang kesehatan (dalam hal jaminan pemeliharaan kesehatan) hanya diatur oleh pemerintah pusat. Norwegia dan Kanada lebih terdesentralisasi yaitu

dengan menyerahkan wewenang di bidang kesehatan kepada pemerintah daerah/ tingkat pemerintah di bawah pemerintah pusat.

Wewenang bidang kesehatan di Taiwan dipegang oleh pemerintah pusat melalui Menteri Kesehatan. Di Jepang, pemerintah pusat melalui Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan. Begitu pula di Inggris, Kolombia dan Chili. Kelima negara ini, bidang kesehatannya lebih tersentralisasi.

Walaupun Norwegia dan Kanada menyerahkan wewenang di bidang kesehatan kepada tingkat pemerintah di bawah pemerintahan pusat, namun rencana sistem jaminan kesehatan harus sejalan dengan tujuan nasional dan juga harus mendapat persetujuan oleh pemerintah pusat. Tingkatan wewenang di bidang kesehatan di Norwegia terdiri dari tingkat pemerintah pusat melalui Departmen Kesehatan dan Sosial, tingkat *counties* dan tingkat *municipal*. Di negara Norwegia, pemerintah pusat bertanggung jawab dalam membuat desain kebijakan mulai dari perencanaan, regulasi hingga manajemen informasi, tingkat *counties* memegang pelayanan rumah sakit dan kesehatan spesialis dan tingkat *municipal* bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan primer dan pelayanan sosial. Sedangkan di Kanada terdiri atas tingkat pemerintah federal, provinsi dan territorial. Kanada yang mana sistem jaminan kesehatan terutama untuk pelayanan kesehatan primer diserahkan kepada pemerintahan provinsi.

Perbandingan di Indonesia, berdasarkan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang memberikan otonomi kepada daerah disebutkan bahwa pemerintah daerah wajib melakukan urusan wajib yaitu dalam memberikan pelayanan publik, yang salah satunya adalah di bidang kesehatan. Sehingga wewenang bidang kesehatan pun juga didesentralisasikan kepada pemerintah daerah.

Dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, kewenangan yang menjadi urusan skala provinsi terdapat dalam Pasal 13 dan skala pemerintah daerah kabupaten/ kota dalam Pasal 14. Kedua isi pasal tersebut menyatakan kewenangan kedua tingkat pemerintahan meliputi perencanaan dan pengendalian pembangunan dan penanganan bidang kesehatan serta penanggulangan masalah. Hanya di Pasal 13 lebih jelas disebutkan bahwa provinsi berwenang dalam penanggulangan masalah sosial lintas kabupaten/ kota dan penyelenggaraan pelayanan dasar

lainnya yang belum dapat dilaksanakan oleh kabupaten/ kota. Cakupan pembagian kewenangan pada tiap level pemerintahannya seperti cakupan jenis pelayanan atas penyakit tertentu ataupun cakupan tanggungan, belum terinci secara jelas.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota telah mencantumkan pelayanan minimal yang harus diberikan pada tingkat kabupaten/ kota. Namun, tugas provinsi hanya disebutkan untuk memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, dan pelatihan. Tugas tersebut pun disebutkan dijalankan bersama dengan pemerintah/ pusat. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 50 ayat (1) berbunyi bahwa Pemerintah, pemerintah daerah bertanggung jawab meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan, tidak tercantum pembagian cakupan kapasitas tanggung jawab pada tingkat pemerintah provinsi dan kabupaten/ kota. Sehingga sejauh mana pembagian tanggung jawab seperti cakupan pelayanan kesehatan dan sasaran pada tiap tingkat pemerintahan masih belum jelas batas-batasnya.

2) Sistem Jaminan Kesehatan

Negara-negara yang dijadikan *best practice* dalam bab 3, telah menjalankan sistem jaminan sosial yang mencakupi seluruh penduduknya. Sistem jaminan kesehatan tercakup dalam satu sistem seperti di Taiwan, Norwegia dan Inggris. Sedangkan, Jepang, Kolombia, Chili dan Kanada terdiri dari beberapa sistem jaminan kesehatan.

Sistem jaminan kesehatan di Taiwan dikenal dengan *National Health Insurance (NHI)*, Norwegia dengan *National Insurance Scheme (NIS)*, dan di Inggris disebut dengan *National Health Service (NHS)*. Sistem jaminan kesehatan di Jepang terdiri dari *Employer-Based Insurance*, *National Health Insurance*, dan *Health Insurance for Elderly*. Kolombia membagi dua sistem jaminan kesehatannya yaitu *Social Health Insurance* dan jaminan kesehatan bagi pekerja informal dan masyarakat miskin. Begitu pula di Chili, sistem jaminan kesehatannya dikenal dengan ISAPRE dan FONASA. Terakhir yaitu di Kanada, sistem jaminan kesehatannya dikenal dengan *Medicare*, untuk pelayanan

kesehatan primer diserahkan kepada pemerintahan provinsi sehingga sistemnya berbeda di setiap provinsi.

Program JKBM adalah sistem jaminan kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Provinsi Bali bersama dengan pemerintah kabupaten/ kotamadya di bawahnya, kecuali Kabupaten Jembrana. Cakupan program JKBM ini adalah seluruh penduduk Bali yang tidak mempunyai jaminan kesehatan. Program JKBM ini untuk cakupannya bisa disamakan dengan *National Health Insurance/ NHI* di Jepang. Program yang terpisah dari program jaminan kesehatan lainnya, sama halnya dengan JKBM. NHI ini terdiri dari para petani, *self-employed* dan lainnya selain pekerja formal dan penduduk usia lanjut. Perbedaan dengan JKBM disini, peserta JKBM juga mencakupi penduduk usia lanjut yang tidak mendapat jaminan kesehatan Askes. Penjamin adalah pemerintah kota dan asosiasi NHI, namun hanya sebesar 70% dari biaya yang dikeluarkan. Sedangkan JKBM, pendanaan pada tahun 2010 sepenuhnya dibiayai oleh pemerintah daerah untuk batasan pelayanan kesehatan yang telah ditentukan.

3) **Perencana Sistem Jaminan**

NHI di Taiwan direncanakan oleh *the Bureau of National Health Insurance*. Sistem jaminan kesehatan di Jepang direncanakan oleh Pemerintah pusat, sama halnya dengan di Inggris, Kolombia dan Chili. Perencana sistem jaminan kesehatan di Norwegia dilakukan oleh Departemen Kesehatan dan Sosial, *counties* dan *municipal*. Sedangkan di Kanada, perencananya adalah pemerintah federal dan masing-masing pemerintah provinsi.

Untuk perencanaan penyelenggaraan Program JKBM ini dirintis oleh Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Perencanaan mulai dari penelitian kondisi penduduk hingga implementasinya dilakukan oleh Pemerintah Provinsi Bali khususnya Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Sistem jaminan kesehatan yang direncanakan di tingkat provinsi sama seperti sistem pemeliharaan kesehatan di Kanada. Meskipun demikian, dalam rangka mencapai *universal coverage* pemerintah pusat/ federal mensyaratkan kriteria dan kondisi kepada provinsi untuk menyamakan sistem. Kriteria dalam hal administrasi umum, kelengkapan dokumen, universalitas, portabilitas, dan aksesibilitas.

4) **Kepesertaan Jaminan Kesehatan**

NHI di Taiwan mewajibkan seluruh warga negaranya kecuali yang berdomisili di luar negeri. Peserta terdaftar menurut pekerjaan dan statusnya. Pembagian kepesertaan secara rinci dapat dilihat pada Tabel 3.1 dalam Bab 3.

Sistem jaminan di Jepang mencakup seluruh populasi yang terbagi ke dalam tiga sistem jaminan kesehatan. *Employer-Based Insurance* adalah sistem jaminan bagi penduduk yang memiliki pekerjaan. Penduduk yang bekerja diwajibkan untuk mengikuti asuransi di tempat mereka bekerja. *National Health Insurance* bagi penduduk yang bekerja di sektor informal, agrikultur, wiraswasta, dan pensiunan. Terakhir, *Health Insurance for the Elderly* bagi penduduk usia lanjut.

Norwegia mewajibkan penduduknya untuk mengikuti jaminan pemeliharaan kesehatan yaitu, begitu juga di negara Inggris. Keduanya tercakup dalam satu sistem jaminan kesehatan yaitu NIS (Norwegia) dan NHS (Inggris).

Kolombia yang terdiri dari SHI yang pesertanya adalah penduduk yang bekerja di sektor formal, sedangkan satu sistem lainnya mencakup pekerja informal dan masyarakat miskin. Hampir mirip dengan di Chili yang mana ISAPRE diperuntukkan bagi peserta yang mampu membayar jaminan kesehatan dan FONASA bagi peserta yang tidak mampu mengikuti program jaminan kesehatan. Sedangkan Kanada, sistem jaminan kesehatannya diatur oleh masing-masing provinsi dan kepesertaannya mencakup seluruh penduduk pada masing-masing provinsi tersebut.

Peserta untuk Program JKBM Tahun 2010 adalah seluruh penduduk yang memiliki Kartu Tanda Pengenal (KTP) Bali yang tidak memiliki jaminan kesehatan seperti Askes, Asabri, Jamsostek, Jamkesmas dan Asuransi Komersial lainnya. Dapat dikatakan bahwa peserta JKBM adalah masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak terdaftar dalam Jamkesmas, pekerja di sektor informal, wiraswasta yang tidak membeli asuransi swasta serta pekerja di sektor agrikultur, perikanan dan lainnya.

5) **Badan Penyelenggaraan (Bapel) Jaminan Kesehatan**

Badan penyelenggara (Bapel) untuk sistem NHI Taiwan adalah *the Bureau of NHI*. Untuk bapel jaminan kesehatan di Jepang terdiri dari beberapa organisasi yang terpisah tergantung pada jenis jaminan kesehatan. NIS di Norwegia dikelola

oleh Menteri Bidang Kesehatan dan Sosial. Inggris tidak mempunyai bapel sebab jaminan kesehatan langsung merupakan program pemerintah pusat. Bapel jaminan kesehatan di Kolombia, baik untuk SHI dan jaminan kesehatan bagi pekerja informal dan masyarakat miskin, terbagi ke dalam 28 perusahaan asuransi yang telah diseleksi oleh pemerintah. Chili yang terbagi ke dalam ISAPRE bapelnya terbagi ke dalam 18 perusahaan asuransi swasta, dan FONASA langsung dikelola sendiri oleh pemerintah. Bapel untuk jaminan kesehatan di Kanada ditentukan sesuai dengan sistem yang dijalankan oleh masing-masing provinsi.

Penyelenggaraan program JKBM Tahun 2010 tidak dibentuk Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah. Dalam SJSN disebutkan bahwa Badan Penyelenggara harus mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi jaminan kesehatan. Sehingga dalam mengembangkan sistem jaminan kesehatan perlu ditunjuk badan penyelenggara.

Organisasi untuk Program JKBM ini berupa tim yang terdiri dari Tim Koordinasi dan Tim Pengelola Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara Tingkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota, dan pelaksana verifikasi di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang ditunjuk berdasarkan usulan dari Tim Pengelola JKBM kabupaten/ kota. Keanggotaan tim tersebut sendiri terdiri dari individu-individu dalam pemerintahan terutama dari Dinas Kesehatan baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/ kota. Pelaksana verifikasi ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi atas nama Gubernur berdasarkan usulan dari Tim Pengelolaan JKBM Kabupaten/ Kota. Dana operasional manajemen untuk Tim Koordinasi dan Tim Pengelola JKBM di tingkat kabupaten/ kota dan provinsi dibiayai melalui anggaran masing-masing Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/ Kota.

6) Sistem Pembiayaan

Sistem pembiayaan di Taiwan adalah *single fund* yang mana pengumpulan premi dilakukan oleh *the Bureau of NHI* dan cabangnya yang membawahi masing-masing distrik. Norwegia dan Inggris menggunakan sistem *single fund*. Jepang menggunakan sistem *multiple fund* dikarenakan sistem jaminannya terdiri dari tiga kategori sehingga sistem pembiayaannya pun lebih dari satu sistem pembiayaan. Begitu pula dengan Kolombia, Chili dan Kanada menggunakan

sistem *multiple fund*. Di Kolombia, dana terkumpul pada tiga bank yang selanjutnya bertugas membayarkan premi kepada 28 bapel asuransi yang ditunjuk oleh pemerintah.

Program JKBM ini merupakan salah satu program jaminan yang berkembang bagi kelompok non formal dan *self employed*. Konsep penyelenggaraan Program JKBM (Administrator, 2010) adalah Pemprov Bali dan Pemkab/Pemkot se-Bali menyediakan anggaran yang dihitung berdasarkan pola premi kesehatan. Tim koordinasi lintas sektoral dan tim pengelola lintas program mengelola anggaran tersebut untuk kemudian dialokasikan dalam bentuk dana Bantuan Sosial bagi RS yang langsung dikelola pemerintah provinsi dan dana hibah bagi RSUD Kabupaten/ Kota maupun puskesmas. Dana Bansos dan Hibah ini dimanfaatkan untuk membiayai layanan kesehatan paripurna masyarakat sebagai peserta JKBM. Model pembiayaan kesehatan JKBM ini seperti model NHS (*National Health Services*), namun pembiayaan kesehatan yang dijamin melalui anggaran pemerintah.

7) Sumber Pembiayaan

Sumber pembiayaan NHI Taiwan berasal dari premi peserta, pemberi kerja dan subsidi pemerintah. Sistem jaminan kesehatan di Jepang, sama dengan Taiwan yang sumber pembiayaannya terdiri dari kontribusi individu, pemberi kerja dan subsidi pemerintah. Di Norwegia sebagian besar sumber pembiayaan berasal dari *grant* pemerintah pusat dan premi kontribusi wajib NIS ditambah lagi *out of pocket* pasien. Sumber pembiayaan di Inggris berasal dari *general taxation*. Sumber pembiayaan di Kolombia terdiri dari subsidi pemerintah dan iuran dari pekerja dan pemberi kerja bagi sistem SHI. Di Chili pembiayaan ISAPRE dan FONASA bersumber dari iuran pekerja formal dan subsidi pemerintah. Terakhir di Kanada, sumber pembiayaan berasal dari pemerintah federal dan provinsi yaitu diperoleh dari penerimaan pajak, kecuali dua provinsi yang tambahan sumber pembiayaan berasal dari premi wajib peserta di kedua provinsi tersebut. Dalam pelaksanaan Program JKBM Tahun 2010, sumber sepenuhnya berasal dari pemerintah yang merupakan *sharing* dana antara pemerintah provinsi dan pemerintah Kabupaten/ Kota di wilayah Provinsi Bali.

8) **Premi/ Iuran**

Diantara tujuh negara yang dijadikan *best practice*, hanya Inggris yang tidak memungut premi untuk sistem NHS-nya. NHI Taiwan memungut premi yang besarnya bervariasi sesuai dengan pekerjaan dan penghasilan. Rincian penentuan besaran premi dapat dilihat pada Tabel 3.2. Di Jepang, premi dipungut pada sistem *Employer-Based Insurance*, premi merupakan kontribusi dari pekerja dan pemberi kerja dengan perbandingan 50:50. NIS di Norwegia menenggenakan premi yang berasal dari kontribusi wajib karyawan, pengusaha dan wiraswasta. Sistem jaminan kesehatan SHI di Kolombia memungut iuran premi kesehatan yang dibayar oleh pekerja formal. Iuran sebesar 11% dari pendapatan yang ditanggung sepertiganya oleh pekerja dan dua pertiga oleh pemberi kerja. Sedangkan di Chili, sistem jaminan ISAPRE yaitu bagi masyarakat yang mampu, membayar iuran sebesar 7% dari penghasilan. Kanada yang sistem jaminan kesehatannya diserahkan kepada masing-masing provinsi, hanya dua provinsi yang mensyaratkan premi wajib dengan tarif flat atas pendapatan tambahan individu tersebut, atau dikatakan pajak atas tambahan penghasilan. Untuk Program JKBM Tahun 2010, pemerintah tidak memungut premi kepada peserta program dimaksud dan pembiayaan sepenuhnya berasal dari pemerintah.

9) **Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) Pemerintah/ Swasta**

Pada sistem NHI di Taiwan, PPK yang dikontrak adalah seluruh PPK baik milik pemerintah maupun swasta. Sama dengan di Norwegia, Inggris, Kolombia dan Chili. PPK pada sistem kesehatan Jepang adalah mayoritas PPK swasta, begitu juga di Kanada. Sedangkan dalam sistem Program JKBM pada Tahun 2010, PPK yang dirujuk adalah PPK Tingkat I, II, dan III yang dimiliki oleh pemerintah.

10) **Sistem Pembayaran kepada PPK**

Sistem pembayaran kepada PPK pada sistem NHI Taiwan adalah dengan sistem *fee for service* dan *pay for performance* untuk beberapa perawatan, serta adanya *copayment*. Sebelumnya selama tahun 1998 sampai dengan 2002, sistem yang digunakan adalah sistem *Global Budget*. *Global budget* digunakan oleh Inggris untuk sistem pembayaran kepada PPKnya. Sistem *fee for service* juga digunakan oleh sistem jaminan kesehatan di Jepang dan Norwegia. Sistem SHI di

Kolombia dan ISAPRE di Chili, sistem pembayaran diatur oleh masing-masing perusahaan asuransi. Begitu pula di Kanada, sistem pembayaran tergantung mekanisme yang dipilih dan diatur oleh masing-masing pemerintah provinsi, ada yang menggunakan *global budget* atau *fee for service*. Sedangkan pada Program JKBM Tahun 2010, sistem pembayaran kepada PPK berdasarkan klaim yang diajukan oleh masing-masing PPK yang mana besarnya klaim sesuai dengan tarif yang ditentukan di dalam Pedoman JKBM Tahun 2010.

11) Cakupan Jaminan Pelayanan Kesehatan

Sistem NHI di Taiwan mencakup seluruh pelayanan kesehatan rawat jalan, rawat inap, perawatan gigi, terapi pengobatan tradisional Cina, pelayanan kesehatan anak-anak, rehabilitasi jiwa, rehabilitasi fisik, perawatan bagi jompo dan juga perawatan penyakit kronis. Cakupan pelayanan medis yang tertanggung dalam sistem jaminan kesehatan Jepang antara lain pelayanan medis di rumah sakit, perawatan dokter, perawatan gigi, obat-obatan dan beberapa sarana transportasi. Pengecualian pada sistem jaminan kesehatan di Jepang adalah perawatan kehamilan dan kelahiran normal. NIS di Norwegia mengganti penuh semua pengeluaran untuk persalinan, perawatan anak-anak, perawatan atas kecelakaan industrial, biaya konsultasi, resep obat-obatan, perawatan ortodontik penduduk usia sampai dengan 19 tahun, dan perawatan gigi penduduk usia di atas 19 tahun. NHS di Inggris menanggung perawatan dasar rawat inap, perawatan kesehatan jangka panjang, optalmologi dan gigi, kecuali kehamilan, penuaan, menopause dan pubertas, AIDS/ HIV, gangguan alergi, masalah seksual, perubahan jenis kelamin, kondisi kronis, kosmetika, dll. Sistem jaminan kesehatan di Kolombia mencakup pelayanan sesuai dengan paket yang dipilih dari perusahaan asuransi. Di sini pemerintah telah menetapkan standar dan jenis pelayanan komprehensif yang harus dicakup. ISAPRE di Chili mencakup pelayanan sesuai dengan paket tanggungan kesehatan yang dipilih, pengecualian untuk penyakit katastrofik. Sedangkan FONASA mencakup hingga penyakit katastrofik. Di Kanada, pemerintah provinsi jaminan kesehatan harus mencakup perawatan medis yang diberikan oleh dokter dan rumah sakit, kecuali pelayanan medis seperti operasi bedah laser mata, bedah kosmetik dan prosedur non medis

non dasar lainnya. Untuk program JKBM, cakupan pelayanan kesehatan yang ditanggung dapat dilihat pada Sub Bagian 4.9 pada bab empat.

Berdasarkan hasil penjabaran di atas, hasil komparasi antara *best practice* sistem jaminan kesehatan dengan sistem Program JKBM (rincian dapat dilihat dalam Lampiran 6) dapat dirangkum bahwa secara garis besar sistem Program JKBM sejalan dengan sistem jaminan kesehatan yang dijalankan oleh Kanada yang mana sama-sama diatur oleh pemerintah tingkat provinsi. Dari segi cakupan kepesertaan, Program JKBM mirip dengan sistem NHI yang diselenggarakan di Jepang. Pemerintah berperan sebagai bapel sama seperti Norwegia dan Inggris. Program JKBM memilih sistem *single fund* sama seperti NHS di Inggris. Sumber pembiayaan berasal sepenuhnya dari pemerintah seperti di Inggris dan Kanada. Sistem pembayaran *fee for service* dan cakupan pelayanan yang terjamin dalam jaminan kesehatan secara umum sama dengan negara-negara yang menjadi bahan komparasi.

Perbedaannya dalam pengklasifikasian peserta berdasarkan tingkat penghasilan yang mayoritas dilakukan oleh *best practice*, namun pada Program JKBM peserta tidak diklasifikasikan seperti itu. Dari sumber pembiayaan, meskipun sama dengan mayoritas provinsi di Kanada dan Inggris yaitu berasal dari pemerintah, namun *general taxation* dan dana transfer kedua negara tersebut memang dikhususkan untuk penyelenggaraan jaminan kesehatan. Sedangkan pada Program JKBM Tahun 2010, anggaran berasal dari kas daerah masing-masing bukan berasal dari pungutan pajak pelayanan kesehatan. Terakhir adalah PPK, Program JKBM belum mengikutsertakan PPK swasta.

5.2 Analisis Penentuan Kebutuhan dan Alokasi Pendanaan Program JKBM Tahun 2010

5.2.1 Deskripsi Alur Perhitungan Pendanaan dan Pengalokasian Anggaran Program JKBM Tahun 2010

Penyusunan perhitungan anggaran untuk Program JKBM Tahun 2010 diawali dengan perhitungan *sharing* antara Pemerintah Provinsi dengan Pemkab/ Pemkot. Berdasarkan wawancara kepada Kepala Sub. Bag

Akuntansi Pemerintah Provinsi Bali, diketahui bahwa *sharing* antara Pemerintah Provinsi dengan Pemkab/ Pemkot pada mulanya disepakati adalah dengan perbandingan sebesar 50:50, dimana pada awal mula perkiraan dana yang dibutuhkan sebesar Rp200.000.000.000,00 sehingga Pemerintah Provinsi menyiapkan dana sebesar Rp100.000.000.000,00 dan sisanya merupakan kontribusi dari Pemkab/ pemkot.

Dalam penghitungan alokasi dana Provinsi sebesar Rp100.000.000.000,00 tersebut ke Kabupaten/Kota, Biro Keuangan Provinsi Bali menggunakan dua indikator sebagai dasar pembagian alokasi dana kepada Pemkab/ Pemkot. Dua indikator tersebut yaitu jumlah Pendapatan Asli Daerah (PAD) tahun 2009 dan jumlah penduduk yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Alasan penggunaan kedua indikator seperti yang dikemukakan oleh Kepala Sub. Bag Akuntansi Pemerintah Provinsi Bali adalah (1) PAD menunjukkan kemampuan fiskal dari masing-masing daerah dan (2) jumlah penduduk tanpa jaminan kesehatan merupakan sasaran dari program JKBM ini.

Persentase pembobotan yang digunakan yaitu 20 : 80. Untuk PAD yaitu sebesar 20% dan untuk jumlah penduduk tanpa jaminan kesehatan adalah 80%. Pembagian 20 : 80 ini dikatakan oleh Ka Sub Bag Akuntansi adalah merupakan pilihan terbaik dan dianggap paling proporsional dengan kemampuan fiskal. Rincian Perhitungan alokasi dari Pemprov kepada Pemkab/ Pemkot ada dalam tabel pada Lampiran 7.

Namun, Kab. Jembrana menolak untuk ikut *sharing* dalam Program JKBM ini dikarenakan mereka telah memiliki program jaminan kesehatan sendiri yang disebut dengan Program Jaring Kesehatan Jembrana (JKJ). Sehingga alokasi dana yang diberikan oleh pemprov kepada pemkab/ pemkot dihitung ulang dengan perhitungan dapat dilihat pada Tabel 5.1, alokasi akhir Pemprov kepada Pemkab dan Pemkot pada Tabel 5.2, dan hasil kontribusi dana keseluruhan per kabupaten dan kotamadya pada Tabel 5.3 di bawah ini. Sedangkan untuk rincian pembagian hibah ke puskesmas-puskemas dan rumah sakit dapat dilihat pada Lampiran 3 berdasarkan Naskah Perjanjian Hibah Daerah Gubernur Bali dengan Kepala Puskesmas

Kabupaten Buleleng, Tabanan, Badung, Gianyar, Klungkung, Bangli, Karangasem dan Kota Denpasar Nomor : 900/433/SEKRET-KEU
441.7/05/PUSK I DT

tentang Belanja Hibah Daerah Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) di Puskesmas Kabupaten/ Kota di Bali Tahun 2010.

Tabel 5.1 Pembagian Alokasi Provinsi Untuk JKBM Kabupaten Jembrana kepada 7 Kabupaten dan Kotamadya

Kabupaten	Jumlah Penduduk (jiwa)	Score*	Alokasi Jembrana (Rp)	Distribusi Alokasi (Rp)
1	2	3	4	5 (3 x 4)
Tabanan	325.483,00	0,17	11.502.000.000,00	1.977.720.089,38
Kota Denpasar	309.539,00	0,16	11.502.000.000,00	1.880.840.162,92
Gianyar	320.072,00	0,17	11.502.000.000,00	1.944.841.433,96
Klungkung	126.454,00	0,07	11.502.000.000,00	768.367.675,68
Bangli	146.427,00	0,08	11.502.000.000,00	889.728.863,04
Karangasem	243.433,00	0,13	11.502.000.000,00	1.479.162.765,86
Buleleng	421.532,00	0,22	11.502.000.000,00	2.561.339.009,16
Jumlah	1.892.940,00	1,00		11.502.000.000,00

- $Score = \frac{\text{Jumlah penduduk masing-masing Kab/Kota}}{\text{Jumlah Total Penduduk 7 Kab/Kota}}$

Sumber : Biro keuangan Pemprov. Bali, 2010.

Dana yang tadinya dialokasikan kepada Kabupaten Jembrana, kemudian dialihkan kepada tujuh kabupaten dan kotamadya lainnya seperti yang tercantum dalam Tabel 5.1. Pemerintah Kabupaten Badung tidak diberikan tambahan alokasi lagi dengan pertimbangan bahwa PAD Kabupaten Badung sudah besar. Pembagian alokasi dihitung berdasarkan pembobotan jumlah penduduk dibagi dengan total penduduk dari tujuh kabupaten/ kota. Tambahan alokasi terbesar adalah Kabupaten Buleleng yaitu Rp2.561.339.009,16 (22%) dan yang terkecil adalah Kabupaten Klungkung Rp768.367.675,68 (7%).

Adanya alokasi tambahan yang berasal dari alokasi Kabupaten Jembrana mengakibatkan perubahan jumlah alokasi dari Pemerintah Provinsi Bali kepada tujuh kabupaten/ kota seperti yang terlihat dalam Tabel 5.2. Sehingga total alokasi akhir terbesar yaitu diberikan kepada Kabupaten

Buleleng sebesar Rp17.969.339.009, dan alokasi terkecil kepada Kabupaten Klungkung Rp8.440.367.675,68.

Tabel 5.2 Alokasi Akhir Pemprov. Bali kepada Pemkab dan Pemkot

Kabupaten	Alokasi Awal (Rp)	Distribusi (Rp)	Total Alokasi Provinsi (Rp)
1	2	3	4
Tabanan	12.400.000.000,00	1.977.720.089,4	14.377.720.089,38
Badung	10.316.000.000,00		10.316.000.000,00
Kota Denpasar	10.732.000.000,00	1.880.840.162,9	12.612.840.162,92
Gianyar	11.512.000.000,00	1.944.841.434,0	13.456.841.433,96
Klungkung	7.672.000.000,00	768.367.675,7	8.440.367.675,68
Bangli	10.292.000.000,00	889.728.863,0	11.181.728.863,04
Karangasem	10.166.000.000,00	1.479.162.765,9	11.645.162.765,86
Buleleng	15.408.000.000,00	2.561.339.009,2	17.969.339.009,16
Jumlah	88.498.000.000,00	11.502.000.000,00	100.000.000.000,00

Sumber : Biro keuangan Pemprov. Bali, 2010.

Tabel 5.3 Alokasi *Sharing* Pemkab dan Pemkot

Kabupaten	Jumlah Penduduk (jiwa)	Jumlah Premi setahun (Rp)	Total Alokasi Provinsi (Rp)	<i>Sharing</i> Kab/Kota (Rp)
1	2	3	4	5 (3 – 4)
Tabanan	325.483,00	26.789.854.764,00	14.377.720.089,38	12.412.134.674,62
Badung	309.212,00	25.450.621.296,00	10.316.000.000,00	15.134.621.296,00
Kota Denpasar	309.539,00	25.477.536.012,00	12.612.840.162,92	12.864.695.849,08
Gianyar	320.072,00	26.344.486.176,00	13.456.841.433,96	12.887.644.742,04
Klungkung	126.454,00	10.408.175.832,00	8.440.367.675,68	1.967.808.156,32
Bangli	146.427,00	12.052.113.516,00	11.181.728.863,04	870.384.652,96
Karangasem	243.433,00	20.036.483.364,00	11.645.162.765,86	8.391.320.598,14
Buleleng	421.532,00	34.695.455.856,00	17.969.339.009,16	16.726.116.846,84
Jumlah	2.202.152,00	181.254.726.816,00	100.000.000.000,00	81.254.726.816,00

Sumber : Biro keuangan Pemprov. Bali, 2010.

Tabel 5.3 berdasarkan Surat Sekretariat Pemerintah Provinsi Bali nomor 900/7001/Keu perihal Alokasi Anggaran Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) Tahun 2010, menunjukkan alokasi *sharing* dana dari

pemprov dan pemkab/ pemkot untuk masing-masing kabupaten/ kota. *Sharing* antara provinsi dan kabupaten/ kota hampir berimbang di Kabupaten Tabanan, Kota Denpasar, Kabupaten Gianyar, dan Kabupaten Buleleng. *Sharing* daerah yang lebih besar daripada pemprov hanya pada Kabupaten Badung. Sedangkan untuk Kabupaten, Klungkung, Kabupaten Bangli dan Kabupaten Karangasem, *sharing* dari pemprov lebih dominan dibandingkan *sharing* oleh kabupaten mereka masing-masing.

5.2.2 Data Simulasi di Kota Denpasar

Data simulasi ini adalah data yang diperlukan dalam membuat simulasi perhitungan biaya pelayanan kesehatan yang akan dibahas pada sub bagian berikutnya. Data yang diambil adalah di Pemerintah Kota Denpasar dengan alasan hingga bulan Maret 2010 Pemerintah Kota Denpasar telah menyelesaikan rekap jumlah peserta Program JKBM Tahun 2010. Data sampel terdiri dari jumlah peserta JKBM Tahun 2010 dan alokasi dana hibah yang telah terbagi ke dalam puskesmas-puskesmas, serta secara acak data jumlah penerimaan dari dua puskesmas (puskesmas tanpa pelayanan rawat inap yaitu Puskesmas Denpasar Utara I dan puskesmas dengan pelayanan rawat inap yaitu Puskesmas Denpasar Barat II) dan satu RSUD.

1) Peserta Program JKBM

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Pemkot Denpasar, jumlah peserta JKBM yang telah terdaftar per 1 Maret 2010 dapat dilihat dalam Tabel 5.4.

**Tabel 5.4 Daftar Peserta JKBM Tahun 2010 Kota Denpasar
Per 1 Maret 2010**

No	Puskesmas	Jumlah Peserta (jiwa)	Persentase (%)
1	Puskesmas Denpasar Utara I	37.288	9,61
2	Puskesmas Denpasar Utara II	29.193	7,52
3	Puskesmas Denpasar Utara III	37.900	9,77
4	Puskesmas Denpasar Barat I	44.826	11,55

Tabel 5.4 (sambungan)

5	Puskesmas Denpasar Barat II	58.770	15,14
6	Puskesmas Denpasar Selatan I	36.111	9,31
7	Puskesmas Denpasar Selatan II	32.398	8,35
8	Puskesmas Denpasar Selatan III	16.002	4,12
9	Puskesmas Denpasar Selatan IV	9.760	2,52
10	Puskesmas Denpasar Timur I	39.490	10,18
11	Puskesmas Denpasar Timur II	41.927	10,80
12	Susulan	4.392	1,13
Jumlah		388.057	100

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Denpasar, 2010.

2) Alokasi Dana JKBM Kepada Puskesmas di Kota Denpasar

Rincian alokasi dana JKBM ke puskesmas-puskesmas di Kota Denpasar dapat dilihat dalam Tabel 5.5 berdasarkan Naskah Perjanjian Hibah Daerah Gubernur Bali dengan Kepala Puskesmas Kabupaten Buleleng, Tabanan, Badung, Gianyar, Klungkung, Bangli, Karangasem dan Kota Denpasar Nomor : $\frac{900/433/SEKRET-KEU}{441.7/05/PUSK I DT}$ tentang Belanja Hibah Daerah Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) di Puskesmas Kabupaten/ Kota di Bali Tahun 2010.

Tabel 5.5 Alokasi Dana JKBM Pada Puskesmas-Puskesmas di Pemerintah Kota Denpasar Tahun 2010

No	Puskesmas	Jumlah Alokasi (Rp)	Persentase (%)
1	Puskesmas Denpasar Utara I	777.922.385,20	8,29
2	Puskesmas Denpasar Utara II	799.647.231,47	8,52
3	Puskesmas Denpasar Utara III	686.229.247,56	7,31
4	Puskesmas Denpasar Barat I	1.040.318.552,98	11,09
5	Puskesmas Denpasar Barat II	1.685.677.573,71	17,96
6	Puskesmas Denpasar Selatan I	863.428.216,25	9,20
7	Puskesmas Denpasar Selatan II	632.868.975,89	6,74

Tabel 5.5 (sambungan)

8	Puskesmas Denpasar Selatan III	347.415.527,45	3,70
9	Puskesmas Denpasar Selatan IV	553.444.006,87	5,89
10	Puskesmas Denpasar Timur I	1.064.446.078,35	11,34
11	Puskesmas Denpasar Timur II	932.838.205,10	9,94
Jumlah		9.384.236.000,00	100

Sumber : Pemerintah Provinsi Bali, 2010.

3) Penerimaan di Puskesmas Denut I dan Denbar II Kota Denpasar Tahun 2009

Total penerimaan di Puskesmas Denpasar Utara I selama tahun 2009 adalah Rp51.159.250 dan penerimaan Puskesmas Denpasar Barat II tahun 2009 sebesar Rp93.752.000. Rincian terlihat pada Tabel 5.6 dan Tabel 5.7.

Tabel 5.6 Jumlah Penerimaan Puskesmas Denpasar Utara I Tahun 2009

Uraian Jenis Biaya Kesehatan	Penerimaan (Rp)
Karcis	3.713.000
Pelayanan Rawat Jalan	15.207.000
Tindakan Medik Op. Terencana	1.896.000
Tindakan Med. Op Tak Terencana	934.250
Tindakan Med. non Op Terencana	112.000
Pel. Penun M.P. Lab	2.242.000
Pel. Medik Gigi	21.190.000
Pelayanan Kebidanan	0
Pelayanan Pem. Kes.	5.865.000
Jumlah Penerimaan 1 Tahun	51.159.250

Sumber : Bag. Keu. Puskesmas Denut I Dps, 2009.

**Tabel 5.7 Jumlah Penerimaan
Puskesmas Denpasar Barat II Tahun 2009**

Uraian Jenis Biaya Kesehatan	Penerimaan (Rp)
Karcis	2.146.500
Pelayanan Rawat Jalan	6.610.000
Pel. Rawat Inap	7.832.000
Jasa Administrasi	5.696.000
Tindakan Medik Op. Terencana	
Tindakan Med. Op Tak Terencana	484.750
Tindakan Med. non Op Terencana	
Pel. Penun M.P. Lab	205.750
Pel. Medik Gigi	16.690.000
Pelayanan Kebidanan	53.400.000
Pelayanan Pem. Kes.	687.000
Jumlah Penerimaan 1 Tahun	93.752.000

Sumber : Bag. Keu. Puskesmas Denpasar Barat II Dps, 2009.

5.2.3 Simulasi Perhitungan Biaya Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Perhitungan biaya utilisasi pelayanan kesehatan menggunakan metode biaya kapitasi. Tahapan-tahapan simulasi dapat dilihat dalam Lampiran 8 dan Lampiran 9, dan contoh perhitungan dapat dilihat juga dalam Lampiran 10. Berikut ini hasil dari simulasi perhitungan biaya utilitas pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit :

1) Simulasi Perhitungan di Puskesmas Denpasar Utara I :

Data yang digunakan dalam simulasi biaya utilitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Denpasar Utara I antara lain data penerimaan dari pasien umum selama tahun 2009 dan tarif yang digunakan adalah tarif berdasarkan Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 5 Tahun 2001 tentang Biaya Pelayanan Kesehatan pada Instalasi Kesehatan Kota Denpasar. Perhitungan untuk mengetahui biaya kapitasi dilakukan berdasarkan tingkat utilisasi dengan menggunakan data jumlah kunjungan pada masing-masing pelayanan selama satu tahun, jumlah peserta di puskesmas tersebut, dan tarif atas pelayanan kesehatan.

Pertama dihitung tingkat utilisasi dengan cara jumlah kunjungan pada jenis pelayanan dibagi dengan jumlah peserta JKBM dikalikan 1.000. Hasilnya kemudian dikalikan dengan tarif per pelayanan. Hasil penghitungan kapitasi per orang di puskesmas adalah Rp1.357 (rincian perhitungan pada Lampiran 11).

2) Simulasi Perhitungan di Puskesmas Denpasar Barat II :

Data yang digunakan dalam simulasi biaya utilitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Denpasar Barat II antara lain data penerimaan dari pasien umum selama tahun 2009 dan tarif yang digunakan adalah tarif berdasarkan Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 5 Tahun 2001 tentang Biaya Pelayanan Kesehatan pada Instalasi Kesehatan Kota Denpasar. Perhitungan untuk mengetahui biaya kapitasi dilakukan berdasarkan tingkat utilisasi dengan menggunakan data jumlah kunjungan pada masing-masing pelayanan selama satu tahun, jumlah peserta di puskesmas tersebut, dan tarif atas pelayanan kesehatan. Pertama dihitung tingkat utilisasi dengan cara jumlah kunjungan pada jenis pelayanan dibagi dengan jumlah peserta JKBM dikalikan 1.000. Hasilnya kemudian dikalikan dengan tarif per pelayanan. Hasil penghitungan kapitasi per orang di puskesmas adalah Rp1.584 (rincian perhitungan pada Lampiran 12).

3) Simulasi Perhitungan di RSUD

Simulasi perhitungan biaya kapitasi pelayanan kesehatan di RSUD menggunakan asumsi utilisasi pelayanan kesehatan yang telah dibuat oleh Dinas Kesehatan Provinsi Bali pada perencanaan Program JKBM dan tarif disesuaikan dengan menggunakan tarif Askes dalam Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri tanggal 16 Februari 2009 Nomor : 138/MENKES/PB/II/2009; Nomor : 12 Tahun 2009 tentang Pedoman Tatalaksana Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta PT Askes (Persero) dan Anggota Keluarganya di Puskesmas, Balai Kesehatan Masyarakat dan Rumah Sakit Daerah. Hasil perhitungan

diperoleh tanggungan per orang Rp8.958 (perhitungan dapat dilihat dalam Lampiran 13).

5.2.4 Analisis Perbandingan Hasil Simulasi Dengan Anggaran Program JKBM Tahun 2010

Pendanaan pada Program JKBM ini berasal dari *sharing* Pemerintah Provinsi Bali dengan Pemerintah Kabupaten dan Kotamadya di wilayah Bali. Alur pengalokasian telah dijelaskan pada Sub Bagian 5.2.1. Berdasarkan metode perhitungan yang digunakan oleh Pemprov. Bali, jumlah tanggungan per orang per tahun sebesar Rp82.308 (Rp181.254.726.816,00 : 2.202.152,00) atau per bulannya menjadi Rp6.859 (Rp181.254.726.816,00 : 2.202.152,00 jiwa : 12). Namun, setelah dialokasikan kepada PPK di Pemkot. Denpasar ternyata hitungan tanggungan menjadi :

- Alokasi di RSUD Wangaya per orang per bulan :

$$\text{Rp}14.843.300.012 : 309.539 \text{ jiwa} = \text{Rp}47.952,92 : 12 = \text{Rp}3.996$$
- Alokasi di Puskesmas-puskesmas di Kota Denpasar :

$$\text{Rp}9.384.236.000 : 309.539 \text{ jiwa} = \text{Rp}30.316 : 12 = \text{Rp}2.526$$

Jumlah penduduk yang menjadi peserta program JKBM di Kota sebelum pendataan adalah sejumlah 309.539 jiwa dan setelah dilakukan pendataan per 1 Maret 2010 keanggotaanya berjumlah 388.057 jiwa atau bertambah sebesar 25%. Jumlah hibah untuk puskesmas di Kota Denpasar tahun 2010 adalah sebesar Rp9.384.236.000,83. Jadi, perhitungan tanggungan per orang per bulan sebelum pendataan adalah Rp2.526 (Rp9.384.236.000,83 : 309.539 : 12) menjadi Rp2.015 (Rp9.384.236.000,83 : 388.057 : 12), berkurang sejumlah Rp511 per orangnya. Bila dirinci berdasarkan jumlah hibah dan peserta per puskesmas maka tanggungan per orang per bulan berkisar antara Rp1.493 sampai dengan Rp4.539. Rincian ditunjukkan pada Tabel 5.8.

Pengalokasian pendanaan Program JKBM Tahun 2010 dengan metode kapitasi yaitu memberikan sejumlah dana kepada penyedia layanan kesehatan untuk merawat semua peserta JKBM di dalam wilayahnya. Untuk

mengetahui kebutuhan dana pelayanan kesehatan di puskesmas Kota Denpasar, peneliti membuat simulasi untuk mengetahui biaya utilisasi per orang dengan mengambil dua sampel puskesmas yaitu Puskesmas Denpasar Utara I dan Puskesmas Denpasar Barat II.

Tabel 5.8 Alokasi Dana Hibah JKBM pada Puskesmas di Kota Denpasar

Penerima Hibah	Alokasi (Rp)	Peserta JKBM per Maret 2010* (jiwa)	Tanggungan per tahun (Rp)	Tanggungan per bulan (Rp)
1	2	3	4 (2 : 3)	5 (4 : 2)
Puskesmas I Denpasar Selatan	863.428.216,25	36.510	23.648,91	1.970,74
Puskesmas II Denpasar Selatan	632.868.975,89	32.797	19.296,39	1.608,03
Puskesmas III Denpasar Selatan	347.415.527,45	16.401	21.182,23	1.765,19
Puskesmas IV Denpasar Selatan	553.444.006,87	10.159	54.476,73	4.539,73
Puskesmas I Denpasar Timur	1.064.446.078,35	39.889	26.685,02	2.223,75
Puskesmas II Denpasar Timur	932.838.205,10	42.326	22.039,22	1.836,60
Puskesmas I Denpasar Utara	777.922.385,20	37.687	20.641,51	1.720,13
Puskesmas II Denpasar Utara	799.647.231,47	29.592	27.022,16	2.251,85
Puskesmas III Denpasar Utara	686.229.247,56	38.299	17.917,55	1.493,13
Puskesmas I Denpasar Barat	1.040.318.552,98	45.225	23.003,04	1.916,92
Puskesmas II Denpasar Barat	1.685.677.573,71	59.169	28.489,07	2.374,09
Jumlah Hibah Puskesmas Denpasar	9.384.236.000,83	388.057		

*Cat : Susulan didistribusikan merata kepada seluruh puskesmas.

Sumber : Data diolah, 2010.

Hasil simulasi perhitungan kapitasi biaya utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Denpasar Utara I adalah Rp1.357/ orang sehingga total kebutuhan dana sebesar Rp51.141.259 (Rp1.357 x 37.687 jiwa). Hasil tersebut lebih kecil dibandingkan dengan alokasi yang disediakan Program JKBM yaitu Rp20.641,51/ orang atau Rp777.922.385,20. Selisih lebih sebesar Rp726.781.126,20. Sedangkan, hasil simulasi perhitungan kapitasi biaya utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Denpasar Barat II adalah Rp1.584/ orang sehingga total kebutuhan dana sebesar Rp93.723.696 (Rp1.584 x 59.169 jiwa). Hasil tersebut lebih kecil dibandingkan dengan

alokasi yang disediakan Program JKBM yaitu Rp28.489,07/ orang atau Rp1.685.677.573,71. Sehingga, selisih lebih sebesar Rp1.591.953.877,7.1

RSUD Wangaya Kota Denpasar mendapat alokasi hibah untuk Program JKBM tahun 2010 sejumlah Rp14.843.300.012 dengan jumlah peserta JKBM per Maret 2010 di Kota Denpasar sejumlah 38.8057 jiwa sehingga tanggungan per orang menjadi Rp38.250,30 (Rp14.843.300.012 : 388.057 jiwa). Hasil perhitungan diperoleh tanggungan per orang sebesar Rp8.956. Sehingga total alokasi hasil perhitungan kepada RSUD Wangaya menjadi $Rp8.956 \times 388.057 = Rp3.475.438.492$. Hasil simulasi lebih kecil sebesar Rp11.367.085.406.

Dari hasil komparasi dan penjabaran di atas, diketahui bahwa hasil simulasi untuk ketiga perhitungan jauh lebih kecil bila dibandingkan dengan total alokasi dana yang diberikan. Perbedaan tersebut dikarenakan karena tarif yang diterapkan adalah tarif berdasarkan perda dan tarif Askes, yang diketahui lebih lanjut tarif perda yang digunakan di Kota Denpasar adalah tarif perda yang dikeluarkan pada tahun 2001 dan hingga saat ini belum diperbaharui. Selain itu, pada tahapan penentuan kebutuhan anggaran, diketahui bahwa perhitungan dilakukan berdasarkan jumlah penduduk dikalikan dengan dasar tarif yang dasar perhitungannya tidak jelas atau tidak berdasarkan perhitungan cakupan jenis pelayanan yang dijamin maupun utilitas pelayanan kesehatan tahun sebelumnya yang berdasarkan besarnya faktor risiko masyarakat. Kemudian, dalam pengalokasian ke masing-masing PPK pun tidak konsisten dengan dasar perhitungan pada awal kebutuhan.

5.3 Analisis Metode Penyelenggaraan Program JKBM Tahun 2010

Analisis terhadap metode penyelenggaraan Program JKBM terdiri atas analisis terhadap mekanisme kepesertaan, pendanaan, pengorganisasian, dan evaluasi program.

1) Metode Kepesertaan

Gambaran alur registrasi dan distribusi kartu peserta dapat dilihat dalam Gambar 4.1. Analisis pertama adalah mengenai penentuan peserta. Peserta Program JKBM harus memenuhi persyaratan yaitu memiliki KTP Bali dan tidak

punya jaminan kesehatan dengan alasan sebesar 72% masyarakat Bali belum terlindungi dalam jaminan kesehatan. Pemilihan kepesertaan ini sendiri tidak memperhatikan pekerjaan ataupun penghasilan daripada penduduk tersebut. Dalam program ini mengapa memilih persyaratan peserta demikian, tanpa memperhatikan tingkat penghasilan penduduk yang mana dalam tahun 2010 ini penduduk benar-benar diberikan pelayanan gratis tanpa memungut premi, adalah dengan asumsi bahwa meskipun penduduk berpenghasilan tinggi atau yang tergolong mampu dan memenuhi syarat sebagai peserta Program JKBM, mereka tidak akan menggunakan jaminan tersebut.

Selanjutnya adalah mengenai bukti kepesertaan yaitu selama kartu peserta Program JKBM belum dicetak, bukti yang dibutuhkan hanya KTP Bali, Kartu Keluarga (KK) bagi yang belum memiliki KTP, dan surat keterangan tidak memiliki jaminan kesehatan dari Kepala Desa/ Lurah. Mengingat kepesertaan jaminan kesehatan di Bali menjadi terpisah-pisah sesuai dengan program jaminan kesehatan yang ada seperti Askes, Askes Komersial, Jamsostek, Asabri, Jamkesmas dan JKBM ini, diketahui bahwa tidak ada tahapan *cross check* dengan bapel jaminan kesehatan lainnya seperti PT Jamsostek ataupun PT Askes sehingga dapat menimbulkan tumpang tindih, ganda terdaftar. Semisal, penduduk yang telah memiliki askes komersial tentu tidak tercantum dalam KK dapat juga terdaftar dalam program JKBM ini.

Mekanisme pendataan peserta Program JKBM telah diatur dalam Pedoman Penyelenggaraan JKBM Tahun 2010 seperti pada Gambar 4.1. Mekanismenya sendiri dirancang sesuai dengan mekanisme Program Jamkesmas. Sampai saat ini, peserta belum terdata secara rinci dan masih dalam proses pendataan. Pendataan dilakukan pada tingkat Banjar, kemudian pada tingkat desa hingga tingkat kabupaten dan kotamadya hanya melakukan rekapitulasi data saja. Unit kerja yang terkait dalam pendataan di Pemkot. Denpasar antara lain : Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK) pada unit kerja Badan Pemberdayaan Masyarakat (BPM), Kantor Catatan Sipil, dan Badan Pusat Statistik. Berdasarkan wawancara dengan Tim JKBM di Dinas Kesehatan Kota Denpasar, mekanisme pendataan diawali dengan menyurati kepala banjar bertujuan agar mendata penduduk yang ber-KTP Bali dan tidak memiliki jaminan kesehatan. Rekapitulasi

dilakukan oleh Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK) Kota Denpasar cq. Pokja Bidang Pendataan unit kerja Badan Pemberdayaan Masyarakat (BPM). Dari daftar yang telah terkumpul kemudian diseleksi oleh Kantor Catatan Sipil dan BPM. Seleksi dengan mengeluarkan nama yang tercantum dalam daftar apabila tercatat pekerjaannya sebagai PNS dan yang telah terdaftar dalam Program Jamkesmas. Sedangkan lainnya, dengan melihat bukti yaitu surat keterangan tidak memiliki jaminan kesehatan oleh Kepala Desa. Setelah menyeleksi kemudian diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kota Denpasar untuk diajukan penetapan kepesertaannya dalam SK Walikota.

Dalam pendataan instrumen yang digunakan berupa *form* pendataan yang diberikan oleh Pemprov. Bali. *form* tersebut meminta data-data seperti nomor KK, nama kepala keluarga, nama anggota keluarga. Diketahui bahwa dalam pendataan tersebut tidak ada pengklafisikasian berdasarkan penghasilan. Pelaksanaan Program JKBM tahun 2010, dana sepenuhnya disubsidi oleh pemerintah dan pemerintah daerah di wilayah yang bersangkutan. Namun, bila pembiayaan dilakukan sepenuhnya secara terus menerus oleh pemerintah, di kemudian hari akan memberatkan anggaran pemerintah daerah. Sehingga pemungutan premi perlu diperhitungkan. Disesuaikan dengan program jaminan kesehatan yang ada yaitu kepesertaan berdasarkan pekerjaan dan penghasilan yang menjadi dasar pemungutan premi. Oleh sebab itu saat, melakukan pendataan perlu disiapkan kuesioner yang berisi tingkatan pendapatan per bulan atau rata-rata pendapatan, seperti pada pendataan rumah tangga miskin. Dengan demikian pemerintah daerah nantinya akan memiliki data untuk pengklasifikasian/ penggolongan rumah tangga sesuai pendapatannya dan mempermudah pada saat pengaturan iuran premi kesehatan di kemudian hari dan dapat mempermudah penentuan siapa saja yang harus dibiayai oleh pemerintah sesuai dengan UU SJSN. Dari segi pembagian kepesertaan, pengklasifikasian peserta pada sistem NHI Taiwan dapat dijadikan contoh.

Alur distribusi kartu berjenjang. Berdasarkan pedoman pembebanan untuk pencetakan kartu peserta JKBM ini ditanggung oleh Pemprov. Bali. Hal ini mengurangi beban Pemerintah Daerah Kabupaten dan Kotamadya.

2) Metode Pendanaan

Alur pendanaan Program JKBM Tahun 2010 dapat dilihat dalam Gambar 4.2. Dana program JKBM berasal dari subsidi pemerintah Provinsi dan Kabupaten/ Kota yang bersumber dari APBD. Setelah perhitungan jumlah *sharing* pembiayaan dari masing-masing kabupaten dan kotamadya, keseluruhan dana disatukan di tingkat Provinsi dengan dana kesehatan yang bersumber dari APBD Provinsi dalam Kas Umum di Biro Keuangan Setda Provinsi Bali. Dana ini bukanlah dana khusus untuk pelayanan kesehatan dan bukan merupakan pajak tahunan seperti yang disebutkan dalam teori bahwa asuransi kesehatan dibiayai dari premi bulanan atau pajak tahunan. Setelah pencairan klaim tersebut dan pemanfaatan dana diserahkan kepada mekanisme daerah. Mekanisme daerah di Kota Denpasar berdasarkan Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 5 Tahun 2001 tentang Biaya Pelayanan Kesehatan pada Instalasi Kesehatan Kota Denpasar bahwa retribusi pelayanan kesehatan, pembayaran atas jasa pelayanan kesehatan di RSUD dan Puskesmas, yang mana semua penerimaan untuk puskesmas di setor ke kas daerah dan untuk rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku dan unsur penerimaan yang merupakan komponen jasa pelayanan dikembalikan kepada puskesmas-puskesmas melalui Dinas Kesehatan. Sehingga hasil klaim atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKBM merupakan penerimaan retribusi bagi pemerintah daerah. RSUD dan Puskesmas hanya menerima komponen jasa pelayanan dari biaya pelayanan kesehatan dimaksud, dan diberikan juga insentif berupa uang perangsang ditetapkan sebesar 5% dari seluruh penerimaan.

Dari alur tersebut, lebih lanjut diketahui bahwa dana anggaran yang bagiannya ada *sharing* yang berasal dari kas daerah pemda dan pemkot akan masuk kembali ke dalam kas daerah pemda dan pemkot sebagai retribusi penerimaan pelayanan kesehatan. Dapat menimbulkan kecenderungan untuk memperbesar jumlah tindakan untuk menambah pendapatan PPK.

Pada bagian pengklaiman oleh PPK, dana baru dapat dicairkan setelah klaim diverifikasi. Klaim diverifikasi oleh verifikator yang ditunjuk oleh Gubernur Provinsi Bali, namun penunjukkan tersebut berasal atas usulan dari Tim Pengelolaan JKBM Kabupaten dan Kotamadya di wilayah Provinsi Bali. Karena

tidak ditunjuknya Bapel jaminan kesehatan, disini fungsinya dapat dikatakan dipegang oleh Pemerintah Provinsi Bali. Untuk penunjukkan verifikator tepat menjadi kewenangan Gubernur, namun usulan yang berasal dari pemerintah kabupaten dan kota menunjukkan adanya indikasi pengklaiman menjadi tidak independen dan tidak sesuai dengan salah satu prinsip program jaminan sosial yaitu bersifat “*not for profit*”. Sebab secara tidak langsung, pengklaiman dana nantinya akan masuk kembali ke kas daerah kabupaten dan kotamadya. Untuk menjamin transparan dan akuntabel diperlukan penunjukkan bapel jaminan kesehatan sesuai dengan UU SJSN.

Dari segi besaran klaim, untuk penyelenggaraan pelayanan dihitung berdasarkan jumlah kunjungan dikalikan dengan tarif yang telah ditentukan oleh Pedoman JKBM Tahun 2010. Tarif pada PPK Tingkat I yaitu Puskesmas berbeda-beda di tiap kabupaten dan kota karena berdasarkan perda masing-masing daerah, tentunya dalam penyusunan dan pengalokasian serta klaim berbeda. Dari sistem klaim ini dihubungkan dengan proses pendataan peserta yang tidak melakukan tahapan *cross check* dengan bapel jaminan kesehatan lainnya, dapat menimbulkan adanya *moral hazard* berupa penggelembungan pelayanan kesehatan.

3) Organisasi

Organisasi pada Program JKBM ini berupa tim yang terdiri dari Tim Koordinasi dan Tim Pengelola Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara Tingkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota, pelaksana verifikasi di PPK yang ditetapkan. Dalam susunan organisasi tidak ditemukan tim atau badan pengawas dan bapel jaminan kesehatan. Fungsi pengawasan pun tercantum sebagai tugas daripada tim pengelola Program JKBM. Sedangkan, diketahui pada dokumen draft awal program, pada struktur organisasi tercantum adanya Dewan Pengawas yang berfungsi untuk melaksanakan fungsi pengawasan publik atas penyelenggaraan JKSB dan ditetapkan dengan Keputusan Gubernur dan ditunjuknya Badan Penyelenggara yaitu PT Askes untuk jangka pendek dan jangka panjang dipertimbangkan pembentukan Bapel baru.

4) Evaluasi Program

Evaluasi program telah dicantumkan dalam buku pedoman Program JKBM Tahun 2010. Evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan

yang terdiri dari indikator input, proses, output, *outcome* dan *impact*. Evaluasi dilakukan oleh Tim Koordinasi dan Tim pengelola JKBM Provinsi dan Kabupaten/ Kota secara berkala setiap bulanan, triwulanan, semesteran atau tahunan melalui : pertemuan, pengelolaan laporan Program JKBM, kunjungan lapangan dan supervisi serta penelitian langsung.

Berdasarkan pembahasan di atas, diketahui bahwa (1) kepesertaan Program JKBM tahun 2010 tidak memperhatikan tingkat penghasilan penduduk karena pemerintah menggunakan asumsi bahwa meskipun penduduk berpenghasilan tinggi atau yang tergolong mampu dan memenuhi syarat sebagai peserta Program JKBM tidak akan menggunakan jaminan tersebut, (2) mekanisme pendataan telah ada tahapan *cross check* oleh Kantor Catatan Sipil untuk data penduduk berstatus PNS dan BPM untuk data miskin yang telah terdaftar dalam Program Jamkesmas, sedangkan tidak ada tahapan *cross check* dengan bapel jaminan kesehatan lainnya sehingga dapat menimbulkan tumpang tindih, ganda terdaftar, (3) dana anggaran yang bagiannya ada *sharing* yang berasal dari kas daerah pemda dan pemkot akan masuk kembali ke dalam kas daerah pemda dan pemkot sebagai retribusi penerimaan pelayanan kesehatan, (4) adanya indikasi pengklaiman menjadi tidak independen sebab usulan verifikator berasal dari pemerintah kabupaten dan kota dan dapat menimbulkan kecenderungan untuk memperbesar jumlah tindakan untuk menambah pendapatan PPK, (5) dalam penyusunan dan pengalokasian tidak memperhatikan perbedaan dasar tarif klaim pada PPK Tingkat I, (6) tidak ada tim atau badan pengawas dan bapel jaminan kesehatan pada Program JKBM Tahun 2010, dan (7) ketentuan dan mekanisme evaluasi Program JKBM 2010 beserta indikator-indikator keberhasilan telah ditentukan.

5.4 Analisis Metode Pendistribusian Pelayanan Kesehatan Program JKBM Tahun 2010

Analisis pembahasan mengenai metode pendistribusian pelayanan kesehatan Program JKBM Tahun 2010 yang terdiri dari sumber pembiayaan, PPK, pembayaran kepada PPK dan sistem rujukan.

1) **Sumber Pembiayaan**

Pada pelaksanaan Program JKBM Tahun 2010, sumber pembiayaan sepenuhnya disubsidi oleh pemerintah provinsi dan kabupaten serta kota. Namun, diketahui pada *draft* awal program bahwa program ini direncanakan akan memungut premi yang kontribusinya terdiri dari peserta Program JKBM sebesar 50 %, Pemerintah Daerah Kabupaten dan Kota sebesar 30 % dan Pemerintah Daerah Provinsi sebesar 20 % dan mekanisme pemungutan premi kepada peserta dibayar bersamaan dengan pembayaran listrik. Berdasarkan hasil wawancara kepada Kasie Bina Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Bali, alasan mengapa pada tahun pertama pelaksanaan program ini tidak memungut premi dan dibiayai sepenuhnya oleh pemerintah adalah pemerintah ingin agar masyarakat merasakan manfaat program ini terlebih dahulu barulah nantinya pemerintah akan menetapkan premi kepada peserta. Premi yang direncanakan pada tahap pengkajian premi adalah sebesar Rp10.000,-/orang/ bulan sehingga pembagiannya menjadi kontribusi peserta sebesar Rp5.000,-/orang/bulan, pemerintah kabupaten/ kota sebesar Rp3.000,-/orang/ bulan dan pemerintah provinsi sebesar Rp2.000,-/orang/bulan. Nilai premi tersebut berdasarkan hasil negosiasi Dinas Kesehatan Provinsi Bali dengan PT. Askes.

2) **PPK**

Penyedia pelayanan kesehatan (PPK) untuk Program JKBM pada tahun 2010 adalah PPK Tingkat I, II, dan III yang dimiliki oleh pemerintah. Dengan pertimbangan bahwa PPK pemerintah tingkat I dan II telah tersedianya secara merata dan tersebar di seluruh Bali. Pada sebulan pelaksanaan, terjadinya peningkatan jumlah kunjungan pasien dan rawat inap kelas III sehingga kamar dan sarana prasarana tidak mencukupi (Administrator, 2010). Oleh sebab itu, perlu dipertimbangkan untuk melibatkan lebih luas lagi komponen penyelenggara pelayanan kesehatan, termasuk pihak swasta.

3) **Pembayaran kepada PPK**

Sistem pembayaran kepada PPK berdasarkan klaim yang diajukan oleh masing-masing PPK yang mana besarnya klaim sesuai dengan tarif yang ditentukan di dalam Pedoman JKBM Tahun 2010. Tarif yang digunakan adalah

tarif masing-masing perda untuk PPK tingkat I dan untuk rumah sakit menggunakan tarif Askes. Mengingat peserta Program JKBM ini sendiri adalah di luar dari peserta masyarakat miskin dan pegawai negeri sipil, selayaknya perlu dibuat tarif tersendiri agar tidak ada pihak terutama PPK yang merasa dirugikan ataupun diuntungkan. Oleh sebab itu, perlu adanya standarisasi pola tarif untuk program JKBM. Waktu pengajuan pengklaiman oleh PPK belum diatur dalam buku pedoman Program JKBM Tahun 2010.

4) Sistem Rujukan

Rujukan antar daerah dan ke tingkat perawatan lanjut sudah diatur sesuai dengan alur pada Gambar 4.3. Rujukan pasien antar rumah sakit termasuk rujukan antar daerah dilengkapi surat rujukan dari rumah sakit yang merujuk. Pada buku pedoman telah diatur juga bahwa verifikator berfungsi juga dalam verifikasi administrasi pelayanan kesehatan yaitu pengecekan kebenaran penulisan diagnose dan prosedur. Dengan adanya verifikator maka juga berfungsi sebagai penyaring kasus mana yang layak dibawa ke PPK lanjutan. Terdapat pencegahan tertumpuknya rujukan kepada rumah sakit bila pelayanan kesehatan tersebut masih dapat ditangani oleh PPK tingkat I (puskesmas).

Hasil pembahasan di atas diketahui bahwa (1) sumber pembiayaan program pada tahun pertama sepenuhnya dibiayai oleh pemerintah karena pemerintah ingin agar masyarakat merasakan manfaat program ini terlebih dahulu barulah nantinya pemerintah akan menetapkan premi, (2) PPK yang digunakan hanya PPK pemerintah dengan pertimbangan telah tersedianya secara merata dan tersebar di seluruh Bali, (3) perlu adanya standarisasi pola tarif untuk program JKBM dan waktu pengajuan pengklaiman oleh PPK, (4) rujukan antar daerah dan ke tingkat perawatan lanjut sudah diatur dan telah ada proses verifikasi administrasi pelayanan kesehatan.