

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
DIREKTORAT JENDERAL PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

**PENGELOLAAN PEMBIAYAAN DANA SEHAT
OLEH BERBAGAI PENGUMPUL DAN PENGELOLA DANA
DI KABUPATEN SIDOARJO**

SELESAI

16 MAY 1998

PAMERAN

Ketua Peneliti :

dr. Samsriyaningsih Handayani

FAKULTAS KEDOKTERAN



LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Dibiayai Oleh : DIP OPF Unair 1996/1997
SK.Rektor Nomor : 6229/J93/PL/1996
Nomor : 02

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
DIREKTORAT JENDERAL PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

PUBLIC HEALTH

1/100
KK
353.6
Pen-1

PENGELOLAAN PEMBIAYAAN DANA SEHAT OLEH BERBAGAI PENGUMPUL DAN PENGELOLA DANA DI KABUPATEN SIDOARJO

30000 2998 3141

Ketua Peneliti :

dr. Samsriyaningsih Handayani

FAKULTAS KEDOKTERAN



LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Dibiayai Oleh : DIP OPF Unair 1996/1997

SK.Rektor Nomor : 6229/J03/PL/1996

Nomor : 02

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
DIREKTORAT JENDERAL PENDIDIKAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA

**PENGELOLAAN PEMBIAYAAN DANA SEHAT
OLEH BERBAGAI PENGUMPUL DAN PENGELOLA DANA
DI KABUPATEN SIDOARJO**

Peneliti :

dr. Samsriyaningsih Handayani
dr. Siti Pariani, MS.,MSc.,Ph.D.
dr. Budiono
dr. Dwi Aprilawati
dr. Linda Dewanti

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

300002998 3141



LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Dibiayai oleh : DIP OPF Universitas Airlangga

SK Rektor Nomor : 6229/JO3/PL96

Tanggal : 1 Agustus 1996



DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEMUDAJARAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

LEMBAGA PENELITIAN

1. Puslit dan Pembangunan Regional
2. Puslit Obat Tradisional
3. Puslit Pengembangan Hukum
4. Puslit Lingkungan Hidup
5. Puslit dan Pengembangan Gizi
6. Puslit/Studi Wanita
7. Puslit Olahraga
8. Puslit Kependudukan dan Pembangunan
9. Puslit Bioenergi
10. Puslit/Studi Kesehatan Reproduksi

Jl. Darmawangsa Dalam No. 2 Telp. (031) 5342322 Fax. (031) 5342322 Surabaya 60286

IDENTITAS DAN PENGESAHAN LAPORAN AKHIR HASIL PENELITIAN

1. a. Judul Penelitian : Pengelolaan Pembiayaan Dana Sehat oleh Berbagai Pengumpul dan Pengelola Dana di Kabupaten Jombang
- b. Macam Penelitian : () Fundamental, () Terapan, (V) Pengembangan
2. Kepala Proyek Penelitian
 - a. Nama Lengkap Dengan Gelar : dr. Samsriyaningsih Handayani
 - b. Jenis Kelamin : W a n i t a
 - c. Pangkat/Golongan dan NIP : Penata Muda / IIIa / 132 125 721
 - d. Jabatan Sekarang : Staf Pengajar
 - e. Fakultas/Jurusan/Puslit : Kedokteran/Ilmu Kedokteran Masyarakat
 - f. Univ./Inst./Akademi : Universitas Airlangga
 - g. Bidang Ilmu Yang Diteliti : Ilmu Kedokteran Masyarakat-Kedokteran Pencegahan
3. Jumlah Tim Peneliti : 5 (lima) orang
4. Lokasi Penelitian : Kabupaten Dati II Jombang
5. Kerjasama dengan Instansi Lain
 - a. Nama Instansi : -
 - b. A l a m a t : -
6. Jangka Waktu Penelitian : 6 (enam) Bulan
7. Biaya Yang Diperlukan : Rp 3.000.000,00
8. Hasil Seminar Penelitian :
 - a. Dilaksanakan Tanggal : 23 April 1997
 - b. Hasil Penilaian : () Baik Sekali (V) B a i k
() S e d a n g () K u r a n g

Surabaya, 23 April 1997



Mengetahui/ Mengesahkan :
a.n. Rektor
Ketua Lembaga Penelitian,

Prof. Dr. Noor Cholies Zaini f
NIP. 130 355 372

RINGKASAN PENELITIAN

JUDUL PENELITIAN : PENGELOLAAN PEMBIAYAAN DANA SEHAT
OLEH BERBAGAI PENGUMPUL DAN
PENGELOLA DANA DI KABUPATEN SIDOARJO

Ketua Peneliti : Samsriyaningsih Handayani

Anggota Peneliti : Siti Pariani
Budiono
Dwi Aprilawati
Linda Dewanti

Fakultas : Kedokteran

Sumber Biaya : DIP OPF Universitas Airlangga
SK Rektor Nomor : 6229/J03/PL/96
Tanggal : 1 Agustus 1996

Pemerintah sedang berusaha memasyarakatkan Dana sehat sebagai salah satu bentuk JPKM terutama untuk masyarakat golongan ekonomi menengah ke bawah yang belum terjangkau oleh Asuransi Kesehatan, seperti pekerja di sektor informal dan golongan yang belum berpenghasilan (pelajar, mahasiswa).

Tetapi pada prakteknya masih banyak badan-badan Dana Sehat yang tidak berkesinambungan. Salah satu penyebabnya adalah kurang baiknya pengelola dana sehingga pada akhirnya kredibilitas badan pengumpul dan pengelola dana maupun kegiatan Dana Sehat menjadi kurang baik.

Dalam penelitian ini masalah yang kita angkat adalah bagaimana gambaran pengelolaan pembiayaan Dana Sehat yang diterapkan oleh berbagai pengumpul dan pengelola dana di Kabupaten Sidoarjo, karena dalam penelitian ini peneliti ingin mengkaji metode perencanaan biaya, cara penentuan premi, metode penggalan dan penggunaan Dana Sehat, tingkat dan jenis pelayanan kesehatan yang ditawarkan, efisiensi dan efektivitas pengelolaan Dana sehat oleh PPD (pengumpul dan pengelola

dana). Dasar pemilihan lokasi penelitian di Kabupaten Sidoarjo adalah karena jumlah organisasi Dana Sehat cukup banyak dan macam pola Dana sehat cukup beragam.

Dengan menggunakan kuesioner terstruktur tak terjadwal peneliti mewawancarai dan melakukan observasi terhadap 24 responden PPD.

Dari hasil penelitian yang bersifat deskriptif-cross sectional ini dapat disimpulkan bahwa baru sebagian PPD (4 PPD) yang melakukan perencanaan biaya, Untuk penentuan premi sebagian besar dilakukan dengan cara musyawarah yang disesuaikan dengan kemampuan calon peserta (70,83%) dan belum ada satupun yang memakai metode peramalan. Sebanyak 66,7% PPD menggali dana hanay dari premi, sedangkan penggunaan Dana Sehat diketahui bahwa untuk pelayanan rehabilitatif telah dilakukan oleh 16,7% PPD, semua PPD membiayai pelayan kuratif tingkat pertama (sebagian membiayai secara terbatas pelayanan tingkat rumah sakit), semua PPD juga membiayai minimal satu macam pelayanan preventif di PPK dan untuk pelayanan promotif baru dilakukan oleh 41,7% PPD. Sistem pengendalian dana dilakukan oleh sebagian besar PPD dengan cara ceiling, deductible, pengefektifan sistem rujukan dan pembatasan tingkat pelayanan. PP yang dinilai efektif dalam pengelolaan Dana Sehat baru 16,7% sedangkan efisiensinya belum dapat diukur.

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, akhirnya kami dapat menyelesaikan penelitian "Pengelolaan Dana Sehat oleh Berbagai Pengumpul dan Pengelola Dana di Kabupaten Sidoarjo" yang telah kami mulai pada bulan Agustus 1996 dan berakhir pada bulan Januari 1997. Terpilihnya Kabupaten Sidoarjo sebagai lokasi penelitian ini, karena jumlah organisasi Dana Sehat cukup banyak dan macam polanya cukup beragam, sehingga diharapkan penelitian ini dapat memberikan gambaran mengenai Dana Sehat yang ada, khususnya cara pengelolaannya.

Pada kesempatan ini, kami ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bupati Kepala Daerah Kabupaten Sidoarjo melalui Kepala Kantor Sosial Politik Kabupaten Sidoarjo
2. Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Daerah Tingkat II Sidoarjo
3. Camat se Kabupaten Sidoarjo
4. Ketua Tim Penggerak PKK Kecamatan se Kabupaten Sidoarjo
5. Kepala Cabang Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Daerah Kabupaten Daerah Tingkat II Sidoarjo
6. Kepala Inspektorat Departemen Pendidikan dan Kebudayaan di Kabupaten Sidoarjo
7. Kepala Puskesmas se Kabupaten Sidoarjo
8. Semua responden

yang telah bersedia membantu terlaksananya penelitian ini.

Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama pihak-pihak yang berkepentingan terhadap perkembangan pengelolaan Dana Sehat, sehingga Dana Sehat dapat berkembang dengan lebih pesat.

Surabaya, Maret 1997

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
RINGKASAN PENELITIAN	i
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	1
C. Tujuan Penelitian	1
D. Kontribusi Penelitian	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	3
BAB III METODE PENELITIAN	11
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	12
1. HASIL	12
A. Identitas Responden	12
B. Organisasi	12
C. Perencanaan Biaya	13
D. Penentuan Premi	14
E. Penggalian Dana	17
F. Penggunaan Dana	19
G. Pengendalian penggunaan Dana Sehat	24
H. Pengawasan	24
I. Evaluasi	25
2. PEMBAHASAN.....	26
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	34
A. Kesimpulan	34
B. Saran	35
DAFTAR PUSTAKA	37
LAMPIRAN	38

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pada saat ini, Dana Sehat mulai dikembangkan. Namun pada prakteknya masih banyak badan-badan Dana Sehat yang tidak berkesinambungan. Salah satu penyebabnya adalah kurang baiknya pengelola dana. Hal ini mengakibatkan turunnya kredibilitas, baik terhadap badan pengumpul dan pengelalaan dana maupun terhadap kegiatan Dana Sehat secara keseluruhan.

Agar kekurangan ini tidak berkelanjutan, perlu dilakukan pengkajian untuk mencari pola pengelolaan Dana Sehat yang paling sesuai, efektif dan efisien serta identifikasi faktor-faktor pendorong dan penghambat dalam pengelolaan Dana Sehat. Namun sebelumnya, perlu dilakukan penelitian pendahuluan guna mengetahui gambaran pengelolaan pembiayaan oleh berbagai Pengumpul dan Pengelola Dana.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran pengelolaan pembiayaan yang diterapkan oleh badan-badan pengelola Dana Sehat di Kabupaten Sidoarjo ?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Mengkaji gambaran pengelolaan pembiayaan Dana Sehat yang diterapkan oleh berbagai PPD di Kabupaten Sidoarjo.

Tujuan Khusus :

1. Mengkaji metode perencanaan biaya yang diterapkan oleh berbagai PPD di Kabupaten Sidoarjo.



2. Mengkaji cara penentuan premi peserta oleh berbagai PPD di Kabupaten Sidoarjo.
3. Mengkaji cara penggalian dana oleh berbagai PPD di Kabupaten Sidoarjo
4. Mengkaji metode penggunaan Dana Sehat dan pengendaliannya oleh berbagai PPD di Kabupaten Sidoarjo.
5. Mengkaji efisiensi dan efektifitas pengelolaan Dana Sehat oleh berbagai PPD di Kabupaten Sidoarjo.

D. Kontribusi Penelitian

Dengan mengetahui gambaran pengelolaan dana oleh PPD dalam Dana Sehat, akan diperoleh gambaran mengenai model pengelolaan yang paling efektif dan efisien serta sesuai dengan kebutuhan peserta. Hasil penelitian dapat dipergunakan oleh para perencana dan pembuat keputusan sebagai bahan pertimbangan dalam pembinaan dan pengembangan Dana Sehat agar menjadi gerakan yang profesional.

Penelitian ini adalah action research yang merupakan bagian dari rencana pengabdian kepada masyarakat. Oleh sebab itu, hasil penelitian dapat menjadi bahan perencanaan pengabdian kepada masyarakat di masa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Salah satu sasaran pembangunan kesehatan dalam Pelita VI adalah terciptanya kemandirian dalam pembiayaan kesehatan. Salah satu faktor yang mendorong diupayakannya kemandirian ini adalah makin terbatasnya subsidi pembiayaan kesehatan untuk rakyat.⁽¹⁾ Kemandirian ini diciptakan secara bertahap melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Berdasarkan Undang-Undang nomor 23/1992, yang dimaksudkan dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) adalah suatu cara pemeliharaan kesehatan yang paripurna/ komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif), berdasarkan asas bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan, dengan mutu terjamin dan pembiayaan secara praupaya. Dengan perkataan lain, JPKM adalah pelayanan yang terkendali dan ditata (*managed care*). Yang dimaksud dengan pelayanan ini adalah suatu jalinan antar profesi yang terdiri atas berbagai penyedia pelayanan dan sumber dana, di mana konsumsi pelayanan kesehatan oleh pasien dikendalikan dan ditata.⁽²⁾

Ada perbedaan antara pelayanan baru ini (*managed care*) dengan pelayanan yang biasa diberikan (*conventional care*). Pada pelayanan kesehatan konvensional, pembayaran dilaksanakan begitu pelayanan selesai dilakukan (*fee-for-service*). Pemakaian jasa pelayanan ini sulit dikendalikan. Ada kecenderungan dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menambah layanan kesehatan yang tidak perlu, sehingga menambah biaya yang pada akhirnya harus ditanggung oleh konsumen. Kualitas pelayanan, ketercapaian (*accessibility*) dan kesinambungannya pun sulit untuk dikendalikan.⁽³⁾

JPKM ingin menerapkan *managed care* sebagai upaya untuk menanggulangi kelemahan sistem *fee-for-service*. Dalam sistem ini, terlibat tiga unsur pokok, yaitu (1) peserta / klien / konsumen pelayanan kesehatan (2) penyelenggara pelayanan

kesehatan (PPK) dan (3) pengumpul dan pengelola dana (PPD), yaitu badan asuransi atau semacam asuransi. Pembayaran pelayanan kesehatan dalam managed care dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diberikan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan. Pembayaran dilakukan oleh pengumpul dan pengelola dana secara periodik dengan jumlah dana konstan yang besarnya tergantung kepada jumlah peserta yang terdaftar sebagai kliennya (kapitasi).⁽³⁾ Dengan penjatahan biaya semacam itu, penyelenggara pelayanan kesehatan akan berusaha sedemikian rupa agar ia dapat melayani konsumen dengan biaya serendah-rendahnya, namun dengan kualitas pelayanan semaksimal mungkin agar tetap mendapatkan jatah konsumen dari badan asuransi tersebut. Selain itu, upaya pengendalian juga dapat dilakukan dengan menerapkan:

- prinsip pelayanan komprehensif, artinya pelayanan yang diberikan bukan hanya pelayanan kuratif, tetapi juga pelayanan promotif, preventif dan rehabilitatif, sehingga peserta terjaga kesehatannya dan tidak sering memerlukan perawatan kuratif yang besar biayanya
- prinsip rujukan, artinya pelayanan yang pembiayaannya cukup mahal hanya diberikan atas dasar rekomendasi/rujukan PPK tingkat pertama
- prinsip dokter keluarga, artinya untuk setiap peserta ditunjuk PPK tertentu sesuai pilihannya, agar diperoleh rekaman medis dan riwayat penyakit yang berkesinambungan
- prinsip pelayanan wilayah, artinya untuk setiap peserta ditentukan suatu wilayah tertentu, di mana ia dan keluarganya dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan PPK yang ditunjuk
- prinsip obat generik, artinya obat-obatan yang dipergunakan sedapat mungkin adalah obat generik yang memiliki khasiat yang sama dengan obat-obat paten
- prinsip pengendalian mutu (*quality assurance*), artinya senantiasa dilakukan pemantauan dan evaluasi terus-menerus atas mutu layanan PPK

- prinsip pengendalian utilisasi (*utilization review*), artinya senantiasa dilakukan pemantauan agar tidak terjadi penggunaan layanan yang berlebihan
- prinsip review sejawat (*peer review*), artinya dilakukan penilaian atas tindakan medik, dilakukan oleh sejawat dokter agar terhindar dari kemungkinan malpraktek
- prinsip kelompok diagnostik terkait (*diagnostic related group*), artinya ditentukan standar pembiayaan untuk diagnosa dan perawatan setiap jenis penyakit ⁽⁴⁾

Beberapa bentuk JPKM telah berkembang di Indonesia, di antaranya adalah asuransi kesehatan yang dikelola oleh PT Asuransi Sosial Tenaga Kerja (Astek) dan PT Asuransi Kesehatan Indonesia. Untuk masyarakat golongan ekonomi menengah ke bawah terutama yang bekerja dalam sektor informal yang belum terjangkau oleh JPKM, pemerintah sedang berusaha memasyarakatkan Dana Sehat.

Dana Sehat

Dana Sehat tradisional telah lama berkembang dalam masyarakat Indonesia. Dana Sehat tradisional adalah upaya masyarakat untuk menanggulangi masalah pendanaan kesehatan yang dialami oleh anggotanya dengan cara menyumbang. Pendanaan ini bersifat sporadik, tidak terencana dan umumnya hanya mengcover pelayanan kuratif. Besarnya dana pun tidak ditentukan dan bersifat sukarela.

Dana Sehat modern yang ingin dikembangkan dalam JPKM berakar pada Dana Sehat tradisional dalam hal kegotongroyongan pembiayaannya. Namun dalam hal sifat pembiayaan yang lain, Dana Sehat modern diarahkan agar tumbuh sesuai dengan prinsip *managed care*. Selain itu, Dana Sehat modern tidak hanya berorientasi kepada pelayanan kesehatan kuratif, namun juga pelayanan promotif, preventif dan rehabilitatif.

Sebagaimana bentuk JPKM yang lain, Dana Sehat juga terdiri dari 3 komponen, yaitu peserta, penyelenggara pelayanan kesehatan (PPK) serta pengumpul dan pengelola dana (PPD). Peserta yang dimaksud dalam Dana Sehat adalah

masyarakat yang belum terjangkau oleh program JPKM yang lain, terutama pekerja sektor informal dan golongan yang belum berpenghasilan seperti pelajar dan mahasiswa. Penyelenggara pelayanan kesehatan (PPK) biasanya berupa fasilitas pelayanan kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta, yang berada di daerah geografis yang sama dengan peserta dan PPD. Biasanya PPD yang bertugas mengorganisir dana adalah institusi induk dari suatu kelompok masyarakat yang homogen. Berdasarkan homogenitas peserta inilah Dana Sehat dibina, yaitu melalui *pola*. Pola Dana Sehat yang saat ini ada di Indonesia adalah :

- pola Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), di mana pesertanya adalah masyarakat umum yang berada di bawah LKMD , termasuk kelompok PKK
- pola Koperasi Unit Desa (KUD), di mana pesertanya adalah anggota koperasi atau pengguna jasa koperasi
- pola Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), di mana pesertanya adalah siswa sekolah formal
- pola Pondok Pesantren (Ponpes), di mana pesertanya adalah santri dan pengurus pondok pesantren
- pola Perguruan Tinggi (PT), di mana pesertanya adalah mahasiswa ⁽⁵⁾.

Pengelolaan Pembiayaan Dana Sehat oleh PPD

Pengelolaan pembiayaan merupakan tugas PPD. Pengelolaan pembiayaan ini meliputi :

1. perencanaan biaya dan penentuan premi
2. penggalan dana
3. penggunaan dana dan pengendaliannya
4. laporan dan evaluasi

Kegiatan yang dilakukan dalam perencanaan biaya adalah :

- penentuan wilayah kerja dan populasi masyarakat yang akan dilayani

- identifikasi masalah kesehatan yang ada di wilayah kerjanya
- identifikasi jenis pelayanan kesehatan yang tersedia di PPK dan sistem tarif yang diberlakukan oleh PPK
- biaya yang diperlukan untuk operasionalisasi kegiatan dan pengembangan sarana dan kegiatan
- unit peserta dan banyaknya peserta serta tertanggung yang akan tercover pelayanan kesehatan
- identifikasi sumber dana
- biaya layanan kesehatan yang akan dicover oleh PPD

Identifikasi masalah kesehatan di wilayah kerja PPD berguna sebagai dasar penentuan aktivitas pelayanan kesehatan yang akan dibiayai, yaitu pelayanan promotif, preventif dan rehabilitatif. Identifikasi jenis pelayanan kesehatan yang disediakan oleh PPK berguna sebagai dasar untuk memperkirakan pelayanan yang akan dicover dan volume rujukan. Identifikasi tarif yang diberlakukan oleh PPK, merupakan perhitungan dasar *unit cost* pelayanan kesehatan oleh PPK. Biaya untuk operasionalisasi kegiatan PPD meliputi *fixed cost* dan *operational cost*. Identifikasi unit peserta dan tertanggung yang akan tercover diperlukan untuk memperkirakan biaya yang akan dibelanjakan untuk keperluan pelayanan paripurna dan keperluan administratif. Identifikasi sumber dana diperlukan untuk merencanakan modal awal operasionalisasi PPD. Berdasarkan identifikasi di atas, maka diperkirakan biaya pelayanan kesehatan yang akan dicover oleh PPD sesuai dengan kemampuan PPD dan kemampuan masyarakat membayar premi.

Secara umum terdapat dua macam metode penentuan premi asuransi, yaitu metode pentarifan individu dan metoda pentarifan masyarakat atau kelompok. Metoda pentarifan individu diterapkan berdasarkan *flat rate basis*, *step rate plan*, dan *level premium basis* yang kesemuanya memperhatikan faktor umur. Dalam hal ini faktor umur turut dipertimbangkan karena resiko morbiditas untuk tiap kelompok umur tidak sama. Oleh karena itu, dalam perencanaan biaya pun, harus dicari informasi

mengenai jenis dan tingkat morbiditas masing-masing kelompok umur. Sebaliknya, dalam metode pentarifan masyarakat (*community rating*), diberlakukan penetapan tarif yang sama bagi seluruh kelompok untuk memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan yang sama. Dengan metode pentarifan masyarakat ini diharapkan ada subsidi silang dari kelompok peserta beresiko rendah terhadap kesakitan dengan kelompok masyarakat yang beresiko tinggi. Penghasilan premi dari penanggung, dalam hal ini PPD, harus cukup untuk menutup kerugian tertanggung dan biaya-biaya dari penanggung. ⁽⁴⁾

Kesemua langkah perencanaan biaya tersebut tidak terlepas dari metode peramalan. Peramalan tersebut dapat bersifat kualitatif dan kuantitatif. Untuk badan pengelola sederhana seperti PPD, dapat digunakan metode kualitatif, dengan jalan merangkum pendapat pakar pembiayaan yang ada di wilayahnya atau Puskesmas sebagai pembinanya. Selain itu, secara kuantitatif, peramalan dapat didasarkan pada metode peramalan naif. Hal ini pun dapat dikerjakan dengan campur tangan dari Puskesmas ⁽⁶⁾

Kegiatan yang dilakukan dalam penggalian dana adalah :

- promosi Dana Sehat
- penarikan premi
- pencarian dana di luar premi, seperti pinjaman atau sumbangan

Penggunaan dana yang dimaksud di sini adalah penggunaan yang dana yang berhubungan dengan :

- biaya pelayanan kesehatan
- *fixed cost* (biaya yang besarnya tetap seperti biaya sewa gedung / pembelian gedung, penyediaan sarana/infrastruktur, meubelair)
- *operational cost* (gaji / honorarium pengurus, insentif, perjalanan dinas, pengembangan sumber daya manusia)
- *supply cost* (biaya pembelian bahan habis pakai)

Pengendalian penggunaan dana dapat dilakukan dengan cara sebagaimana telah dikemukakan di atas. Oleh karena PPD Dana Sehat tidak dimaksudkan untuk mengejar laba, artinya adalah memberikan pelayanan kepada masyarakat peserta, maka pengendalian biaya terutama ditujukan pada pembatasan jenis dan penggunaan pelayanan kesehatan, pembatasan tanggung jawab PPD atas pelayanan dan pembatasan jumlah populasi yang ditanggung. Pembatasan tanggung jawab moneter PPD dapat dilakukan dalam bentuk :

- *deductible*, yang mengharuskan peserta membayar bagian awal dari biaya pelayanan kesehatan sebelum kewajiban PPD berlaku
- *coinsurance*, yang mengharuskan peserta membayar suatu presentase tertentu dari seluruh biaya medis yang digunakan peserta
- *ceiling*, yaitu membatasi jumlah total yang akan dibayarkan oleh PPD untuk biaya medis dari setiap peserta setiap tahun

Pengendalian PPK dapat dilakukan dengan membentuk fasilitas kesehatan sendiri. Pengendalian biaya operasi dan administrasi ke dalam intern PPD sendiri dilakukan dengan mengusahakan efisiensi organisasi, tata kerja, dan produktivitas personil (4).

Pengawasan terhadap pengelolaan pembiayaan PPD dapat dilakukan dengan pelaporan secara lisan dan tertulis yang ditujukan kepada suprastruktur, pembina Dana Sehat dan masyarakat peserta.

Kegiatan terakhir dari pengelolaan pembiayaan Dana Sehat adalah evaluasi dan laporan. Evaluasi dapat dilakukan terhadap efektivitas dan efisiensi layanan PPD maupun layanan yang diberikan oleh PPK. Karena tujuan utama pelayanan PPD adalah mengelola pembiayaan pemeliharaan kesehatan agar pelayanan kesehatan masyarakat secara paripurna terjamin kesinambungannya, maka ukuran efektivitas yang dapat dipakai adalah : seberapa jauh tujuan tersebut tercapai. Dengan demikian ada dua ukuran efektivitas, yaitu .

1. paripurna tidaknya layanan kesehatan yang dicover pembiayaannya.
2. berkesinambungan tidaknya layanan kesehatan yang dicover

pembiayaannya

Penilaian efisiensi dapat dilakukan dengan jajan membandingkan *unit cost* pelayanan kesehatan oleh PPD

Hasil evaluasi dilaporkan, agar dapat dilakukan telaah dan perencanaan biaya yang baru.

BAB III

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini, secara purposive lokasi penelitian ditetapkan di Kabupaten Sidoarjo. Unit analisis adalah PPD. Di Kabupaten Sidoarjo terdapat 25 Puskesmas yang masing-masing membina PPD-PPD di wilayah kerjanya. Dari setiap Puskesmas ini diambil satu PPD. Karena tidak di semua Puskesmas terdapat seluruh pola Dana Sehat maka pemilihan PPD didasarkan pada :

1. Ada tidaknya suatu pola Dana Sehat di wilayah tersebut.
2. Terwakilinya setiap pola Dana Sehat yang ada di wilayah Kabupaten Sidoarjo.

Terpilih 25 PPD. Responden adalah pengurus PPD. Dari 25 responden, 1 responden menolak untuk diwawancarai, sehingga jumlah responden adalah 24 pengurus PPD.

Data penelitian dikumpulkan melalui dua cara yaitu (1) wawancara terstruktur dengan kuesioner tipe setengah terbuka dan (2) dengan koleksi data sekunder dari laporan-laporan PPD, Puskesmas dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Dati II Sidoarjo.

Data yang berhasil dikumpulkan, ditabulasi, dianalisis dan dilaporkan dalam bentuk essay, di mana semua permasalahan yang diajukan akan dibahas secara rinci dan diinterpretasikan secara teoritik.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. HASIL

A. Identitas Responden

Termasuk ke dalam identitas responden adalah nama, umur, jenis kelamin, jabatan di dalam PPD dan alamat rumah. Dari segi umur, 1 responden berusia di bawah 20 tahun, 5 responden berusia 20-30 tahun, 17 responden berusia 31-55 tahun dan 1 responden berusia di atas 55 tahun. Semua responden berusia 20-55 tahun bekerja, 2 di antaranya adalah karyawan koperasi unit PPD. Responden berusia di bawah 20 tahun adalah santri sebuah pondok pesantren, sedangkan responden berusia di atas 55 tahun adalah purnawirawan. Yang dimaksud dengan bekerja di sini adalah melakukan pekerjaan rutin yang menyita waktu minimal 6 jam sehari, termasuk sebagai ibu rumah tangga.

Secara keseluruhan, semua responden minimal telah menamatkan pendidikan Sekolah Dasar. Rincian pendidikan responden adalah : 2 responden tamat SD, 5 responden tamat SLTP, 8 responden tamat SLTA, 3 responden tamat pendidikan diploma, dan 6 responden tamat perguruan tinggi.

B. Organisasi

Semua organisasi PPD yang diteliti masing-masing mengelola satu macam pola Dana Sehat , dan untuk selanjutnya setiap PPD akan disebut sesuai dengan pola Dana Sehat yang dikelolanya .

Organisasi PPD yang diteliti terdiri atas 9 pola Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) yang dalam hal ini dikelola oleh PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga), 8 pola Usaha Kesehatan sekolah (UKS), 3 pola koperasi, 2 pola Upaya Kesehatan Kerja (UKK) dan 2 pola pondok pesantren.



Dari segi umur, baik secara keseluruhan maupun dalam masing-masing pola, umur PPD sangat bervariasi, yaitu berkisar antara 1 tahun sampai 5 tahun. Mean umur PPD pola PKMD adalah 2,44 tahun. Mean umur PPD pola UKS adalah 3,88 tahun. Mean umur PPD pola koperasi adalah 4 tahun. Mean umur PPD pola UKK adalah 3 tahun dan mean umur PPD pola pondok pesantren adalah 4 tahun.

Dari 24 PPD yang diteliti, 1 PPD pola koperasi sudah berbadan hukum. Badan hukum ini diperoleh ketika koperasi berdiri. Pada perkembangannya kemudian, PPD berdiri sebagai bagian atau unit koperasi tersebut. 23 PPD sisanya belum berbadan hukum, kesemuanya dengan alasan tidak tahu bahwa semestinya PPD berbadan hukum.

Dari segi kelengkapan organisasi, ditanyakan mengenai surat keputusan atau akte pendirian PPD, struktur organisasi PPD, dan perjanjian PPD dengan peserta Dana Sehat dan PPK. 4 PPD mempunyai kelengkapan ini, sedangkan 20 PPD sisanya belum secara lengkap memiliki. 4 PPD tersebut berpola PKMD (2), UKS (1), dan koperasi (1).

Kepada responden ditanyakan mengenai kelengkapan sarana administrasi PPD, yaitu register peserta Dana Sehat, buku kas, kwitansi/tanda bukti pembayaran, data pemakaian pelayanan kesehatan, contoh kartu peserta dan daftar inventaris. Sarana tersebut adalah sarana minimal yang seharusnya dimiliki oleh PPD. 4 PPD (2 PPD pola PKMD, 1 PPD pola UKS dan 1 PPD pola koperasi) memiliki dan melengkapi semua sarana tersebut. 20 PPD sisanya memiliki lebih dari separuh sarana administrasi minimal tersebut.

C. Perencanaan Biaya

Hal pertama yang dilakukan oleh PPD dalam perencanaan biaya adalah menentukan wilayah kerjanya. Dengan mengetahui wilayah kerjanya, maka PPD dapat mengetahui populasi calon peserta, jenis kesakitan di wilayah tersebut dan

pembina program Dana Sehat di mana ia akan berkonsultasi. Wilayah kerja yang dimaksudkan di sini adalah daerah di mana PPD bekerja. Wilayah kerja responden PPD pola PKMD adalah satu desa. Dalam hal ini terdapat dua desa dalam satu wilayah kecamatan yang sama, yang pengelolaan Dana Sehatnya dilakukan secara bertingkat, yaitu tingkat desa dan tingkat kecamatan. Untuk itu hanya dilakukan wawancara terhadap PPD tingkat desa,

agar setara dengan 7 PPD pola PKMD yang lain. Wilayah kerja PPD pola UKS adalah sekolah dan lingkungan sekolah. Apabila calon peserta akan dicover biaya pelayanan kesehatannya sampai ke perawatan di rumahnya, maka hal itu dimaksudkan sebagai tindakan preventif terhadap kesehatan komunitas sekolahnya.

Kepada responden ditanyakan mengenai dasar penyusunan anggaran belanja PPD. Dasar penyusunan tersebut meliputi perhitungan biaya tetap (*fixed cost*), *operational cost*, pengalaman, instruksi atau peraturan yang secara vertikal lebih tinggi kedudukannya serta biaya insidental. Dari keseluruhan PPD, terdapat satu pola PKMD yang memakai perhitungan *operational cost* dan biaya insidental, satu PPD pola UKS, satu PPD pola koperasi dan satu PPD pola pondok pesantren yang memakai pengalaman PPD lain sebagai dasar perhitungan anggaran belanja.

Perkiraan *operational cost* yang akan dikeluarkan untuk periode yang akan datang oleh PPD pola PKMD tersebut didasarkan pada pengalaman pembiayaan pelayanan kesehatan peserta Dana Sehat pada periode yang lalu, insentif untuk petugas pengumpul dana dan biaya penyelenggaraan lomba tahunan antar kelompok pengumpul dana. Jumlah perkiraan biaya ini tidak disesuaikan dengan laju inflasi atau perkiraan kenaikan biaya lain yang akan dikeluarkan oleh PPD.

Perkiraan *operational cost* yang akan dikeluarkan oleh PPD pola UKS yang disebutkan di atas, didasarkan atas pengalaman PPD pola UKS di tempat lain. Untuk ini juga tidak diperhitungkan laju inflasi atau kenaikan biaya-biaya yang lain.

Sementara itu, dasar perhitungan *operational cost* PPD pola pondok pesantren di atas adalah gaji PPK (mantri kesehatan) yang secara periodik datang ke poliklinik pondok pesantren.

Semua responden tidak memperhitungkan *fixed cost*, dengan alasan bahwa kantor PPD telah tersedia, baik dalam bentuk tergabung dengan kantor PKMD (dalam hal ini PKK), ruang UKS, kantor koperasi, balai desa maupun kantor yayasan pengelola pondok pesantren.

Dalam rangka perencanaan biaya, semua responden tidak melakukan identifikasi masalah kesehatan yang ada di wilayah kerjanya maupun identifikasi jenis pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh PPK.

Sebanyak 15 PPD merencanakan penggalan sumber dana awal dari premi saja (6 PPD pola PKMD, 4 PPD pola UKS, 3 PPD pola koperasi, dan 2 PPD pola UKK). 6 PPD merencanakan penggalan dana awal dari sumbangan saja, termasuk sumbangan sponsor pabrik makanan bayi (2 PPD pola PKMD, 3 PPD pola UKS dan 1 PPD pola pondok pesantren). 3 PPD merencanakan penggalan dana awal baik dari premi peserta maupun sumbangan (1 PPD pola PKMD, 1 PPD pola UKS dan 1 PPD pola pondok pesantren)

Pengembalian modal awal tidak direncanakan oleh seluruh responden, karena tidak ada rencana untuk menggali dana awal dari pinjaman.

D. Penentuan Premi

Secara umum, telah ada peraturan daerah yang menentukan batas maksimal besar premi untuk masyarakat di seluruh wilayah Kabupaten Sidoarjo.

Semua PPD menerapkan *community rating* dalam penentuan premi.

Dari 24 PPD, terdapat 6 PPD (3 pola PKMD dan 3 pola koperasi) yang menghitung premi dengan rumus:

$$\frac{\text{besar retribusi PPK} \times \text{perkiraan jumlah kunjungan (calon peserta + calon tertanggung)}}{\text{jumlah (calon peserta + calon tertanggung)}}$$

Perkiraan jumlah kunjungan calon peserta dan calon tertanggung diperoleh dari data kunjungan penderita dari wilayah kerja PPD yang bersangkutan ke PPK tahun yang lalu. Dari sini dapat disimpulkan bahwa telah ada pemikiran untuk merencanakan premi dengan mempergunakan catatan pengalaman di masa lalu.

Cara penentuan premi dengan musyawarah antara PPD dan calon peserta dianut oleh 6 PPD pola PKMD, PPD pola UKS, 2 PPD pola UKK dan 2 PPD pola pondok pesantren. Yang dimaksudkan dengan cara musyawarah di sini adalah kesepakatan besarnya premi antara PPD dengan calon peserta berdasarkan tawar menawar harga. Besar premi yang disepakati tidak didasarkan atas perhitungan ekonomis, namun semata-mata oleh kemampuan para calon peserta. Di sini tampak bahwa penentuan premi lebih sering dilakukan dengan cara ini (66,7% responden). Satu responden PPD pola UKS mendasarkan penentuan besarnya premi dari pengalaman PPD pola UKS lain. Satu responden PPD pola UKS tidak menghitung besarnya premi. Dana yang didapat untuk operasionalisasi kegiatan, sepenuhnya didapatkan dari BP3. BP3 lah yang menentukan besarnya sumbangan dari siswa. Sumbangan ini tidak diperuntukkan khusus bagi pendanaan Dana Sehat, namun bercampur dengan pendanaan lain, seperti iuran pembinaan Pramuka dan kegiatan lain. Selanjutnya, PPD mendapat jatah dari BP3 untuk operasionalisasi Dana Sehat dan bila terjadi defisit, maka PPD mengajukan permohonan penambahan dana.

Kepada responden juga ditanyakan besarnya premi untuk setiap peserta pada saat ini. Setiap PPD memberlakukan premi yang besarnya sama rata bagi pesertanya, berapapun jumlah tertanggungnya. Besar premi bervariasi antar PPD, namun semuanya di bawah besar premi maksimal yang diperbolehkan oleh peraturan daerah. Kepada responden ditanyakan besarnya premi yang

diberlakukan PPD pada saat ini. Besar premi per peserta Dana Sehat pola PKMD berkisar antara Rp.100,- hingga Rp.300,- per bulan, termasuk premi untuk tertanggung. Besarnya premi yang diberlakukan oleh 7 PPD pola UKS berkisar antara Rp.25,- hingga Rp.500,- per bulan, sedangkan 1 PPD pola UKS tidak memberlakukan penarikan premi secara khusus, karena biaya operasionalisasi PPD didapatkan dari BP3. Besar premi untuk peserta Dana Sehat pola koperasi adalah Rp.500,- untuk peserta dan tertanggung, serta Rp.300,- untuk pembiayaan peserta tanpa tertanggung. Besar premi untuk peserta Dana Sehat pola UKK adalah Rp.200,- dan Rp.500,- per peserta dan tertanggung. Sementara itu, premi bagi setiap peserta Dana Sehat pola pondok pesantren adalah Rp. 200,- dan Rp.250,- .

Kenaikan besarnya premi ditanyakan kepada responden. 4 PPD (1 PPD pola PKMD, 2 PPD pola UKS dan 1 PPD pola pondok pesantren) pernah menaikkan besarnya premi dengan alasan atas instruksi atasan atau penyesuaian dengan harga obat. 20 PPD belum pernah menaikkan besarnya premi, dengan alasan bahwa tanpa menaikkan besarnya premi pun, kas PPD masih cukup untuk membiayai Dana Sehat. Sebaliknya, semua PPD belum pernah menurunkan besarnya premi.

E. Penggalian Dana

Penggalian dana awal ditanyakan kepada responden. Penggalian dana awal yang dari premi peserta saja, dilaksanakan oleh 16 PPD yaitu oleh 7 PPD pola PKMD, 4 PPD pola UKS, 3 PPD pola koperasi dan 2 PPD pola UKK . 3 PPD pola UKS dan 1 PPD pola UKK menggali dan awal dari sumbangan saja. Sementara itu, 2 PPD pola PKMD dan 1 PPD pola UKS menggali dana awal dengan mengkombinasikan kedua cara tersebut. Tidak ada responden yang memperoleh dana awal dari pinjaman.

Khusus mengenai penggalan dana awal dari premi, ditanyakan mengenai cara penawaran premi kepada calon peserta. 13 PPD pola menawarkan premi dengan mengadakan pertemuan massal dengan para calon peserta. Ketigabelas PPD tersebut terdiri dari 4 PPD pola PKMD, 2 PPD pola UKS, 3 PPD pola koperasi, 2 PPD pola UKK dan 2 PPD pola pondok pesantren. Sementara itu, 4 PPD pola UKS menawarkan besarnya premi melalui surat edaran kepada wali murid. 7 PPD (5 pola PKMD dan 2 pola UKS) menerapkan cara penawaran masal dan pendekatan individual untuk calon peserta yang sulit menerima ide penarikan premi tersebut.

Cara penawaran premi ditanyakan kepada responden. 13 PPD menawarkan premi pertamanya dengan mengadakan pertemuan masal (4 pola PKMD, 2 pola UKS, 3 pola koperasi, 2 pola UKK dan 2 pola Pondok Pesantren). 34 PPD pola PKMD menawarkan premi dengan jalan mengadakan pertemuan masal dan ditindaklanjuti dengan pendekatan individual kepada calon peserta. 6 PPD pola UKS tidak mengadakan pertemuan dengan calon peserta secara masal, namun BP3 lah yang membahas besarnya premi, kemudian memberitahukan besarnya premi tersebut kepada seluruh calon peserta melalui orang tua murid.

Besarnya premi tersebut disetujui secara bulat oleh calon peserta Dana Sehat seluruh pola UKS, pola koperasi, pola UKK dan pola Pondok pesantren yang dikelola oleh PPD-PPD responden. Reaksi calon peserta Dana Sehat pola PKMD lebih variatif, yaitu 8 kelompok calon peserta menawar dan 1 kelompok menyatakan menawar dan setuju.

Meskipun ada kelompok calon peserta yang meminta agar besarnya premi diturunkan, namun seluruh PPD responden pola PKMD tidak ada yang menurunkan besarnya premi.

Perubahan besarnya premi dan alasannya ditanyakan kepada responden. Sebanyak 4 PPD pernah menaikkan premi. 3 PPD (1 pola PKMD, 2 pola UKS) menaikkan premi atas instruksi atasan (suprastruktur), tanpa mengetahui

alasannya. 1 PPD pola Pondok Pesantren menaikkan premi dengan alasan menyesuaikan dengan kenaikan harga obat.

Karena beberapa alasan, peserta Dana Sehat dapat menunggak pembayaran premi Dana Sehat. Dari segi proporsi peserta yang menunggak pembayaran premi setiap bulannya, maka didapatkan kisaran angka 0 - 17,5% peserta Dana Sehat per PPD pola PKMD (mean = 4,16% per PPD). Untuk setiap PPD pola UKS terdapat 0-15% peserta Dana Sehat yang menunggak pembayaran premi setiap bulannya (mean = 4,38% per PPD) setiap bulannya. Setiap PPD pola koperasi menanggung tunggakan 0 - 33% peserta Dana Sehat setiap bulannya (mean = 28,9% per PPD). Setiap PPD pola UKK menanggung tunggakan premi 0-30% pesertanya (mean = 7,5% per PPD). Sementara itu, semua peserta PPD pola pondok pesantren tidak pernah menunggak pembayaran premi.

Ada beberapa alasan yang mendasari penunggakan tersebut, yaitu :

- keengganan untuk membayar karena peserta merasa tidak pernah memanfaatkan Dana Sehat untuk membiayai pelayanan kesehatannya, dalam hal ini yang dimaksudkan adalah pelayanan kuratif
- tidak sanggup membayar premi karena ketiadaan dana
- pada saat menagih premi, petugas tidak bertemu dengan peserta
- tidak puas dengan pelayanan PPK
- jarak ke PPK yang terlalu jauh, sehingga memilih datang ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lain

Seluruh peserta baru Dana Sehat yang dikelola oleh PPD responden adalah warga baru di wilayah kerja masing-masing PPD responden.

F. Penggunaan Dana

1. Untuk pelayanan kesehatan

Ditanyakan mengenai penggunaan Dana Sehat untuk pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Sebanyak 10 PPD membiayai kegiatan promotif dengan perincian :

- 1 PPD pola pondok pesantren membiayai kegiatan penyuluhan kesehatan
- 1 PPD pola PKMD dan 3 PPD pola UKS membiayai kegiatan perbaikan lingkungan (jambanisasi, rumah sehat, lingkungan sekolah sehat)
- 1 PPD pola koperasi membiayai kegiatan konseling KB
- 1 PPD pola PKMD dan 3 PPD pola UKS membiayai lebih dari satu kegiatan promotif

Kegiatan preventif yang termasuk dalam pengelolaan PPD tidak semuanya dibiayai oleh PPD. Sebagian kegiatan tersebut tidak membebani masyarakat dalam hal pembiayaannya, misalnya imunisasi, pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi untuk balita, pemberian oralit untuk penderita diare serta pemberian tablet zat besi untuk ibu hamil dan menyusui. Oleh karena itu, yang dimaksud dengan pembiayaan kegiatan preventif di sini adalah pembiayaan kegiatan preventif di luar pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah kepada masyarakat secara cuma-cuma. Semua PPD pola PKMD membiayai pelayanan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) di tingkat Puskesmas. 11,1% PPD pola PKMD membiayai kegiatan Proyandu, 11,1% PPD pola PKMD membiayai kegiatan Proyandu dan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah (dengan *fogging*). 62,5% PPD pola UKS membiayai kegiatan pemantauan gizi siswanya. 33,3% PPD pola koperasi membiayai kegiatan Proyandu. 33,3% PPD pola koperasi ikut menanggung sebagian biaya pembangunan pondok bersalin desa. 1 PPD pola UKK (1 PPD) membiayai pemeriksaan *Pap smear*. Kedua PPD pola pondok pesantren tidak membiayai jenis pelayanan preventif.

Semua pelayanan kuratif (pengobatan) tingkat dasar yang tersedia di Puskesmas dibiayai oleh seluruh PPD. 66,7% PPD pola PKMD membiayai pelayanan kesehatan peserta dan tertanggung di rumah sakit untuk jumlah

tertentu (maksimal Rp.5000,- sampai Rp.10.000,-). 11,1% PPD pola PKMD menanggung biaya persalinan di pondok bersalin desa sebesar Rp.10.000,- maksimal untuk 2 kali persalinan. 25% PPD pola UKS membiayai pelayanan kuratif tingkat rumah sakit sampai jumlah biaya tertentu (maksimal Rp.3000,- dan Rp.10.000,-). 33,3% PPD pola koperasi membiayai pelayanan kuratif rawat jalan tingkat rumah sakit. 50% PPD pola UKK membiayai pelayanan kuratif rawat jalan dan inap pada tingkat PPK rumah sakit maksimal sebesar Rp.10.000,-, biaya pemeriksaan dokter dan bidan praktek swasta serta mantri kesehatan. 50% PPD pola pondok pesantren membiayai pelayanan kuratif tingkat rumah sakit maksimal sebesar Rp.5000,-

Pembiayaan pelayanan rehabilitatif berupa bantuan keuangan terbatas, dalam arti biaya pelayanan kesehatan hanya ditanggung sebagian, bagi peserta dan bertanggung diterapkan oleh 4 PPD pola UKS. Sementara itu, PPD responden sisanya tidak menanggung pembiayaan pelayanan rehabilitatif.

Dari segi kelengkapan pelayanan kesehatan, terdapat 4 PPD pola UKS yang menyelenggarakan pelayanan secara komprehensif.

Dari segi tingkat pelayanan PPK yang dibiayai oleh PPD, baik dari segi promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif, maka didapatkan data sebagai berikut :

- semua PPD pola UKS menyediakan biaya untuk pelayanan kuratif sederhana di sekolah (di pojok atau ruang UKS)
- 2 PPD pola PKMD dan 1 PPD pola koperasi membiayai pelayanan kesehatan di tingkat Posyandu
- pelayanan tingkat Puskesmas termasuk Puskesmas pembantu dan pondok bersalin desa: 4 PPD pola PKMD, 5 PPD pola UKS, 2 PPD pola koperasi dan 1 PPD pola UKK.

- pelayanan tingkat Puskesmas dan pembiayaan terbatas pelayanan tingkat rumah sakit dicakup oleh 5 PPD pola PKMD, 2 PPD pola UKS, 1 PPD pola koperasi dan 1 PPD pola UKK
- 1 PPD pola pondok pesantren menyediakan biaya pelayanan kesehatan tingkat Puskesmas, rumah sakit dan dokter/bidan praktek swasta
- 1 PPD pola pondok pesantren mempunyai klinik pesantren yang didirikan atas biaya yayasan pondok pesantren, sedangkan tenaga pelayanan kesehatannya adalah perawat yang digaji secara tetap.

Pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh 23 PPD kepada PPK dilakukan di akhir bulan pelayanan. Perhitungan biaya dilakukan dengan cara menjumlahkan semua biaya pelayanan yang dikonsumsi oleh peserta. Satu PPD responden (pola pondok pesantren) menggaji petugas kesehatan yang dipekerjakan di klinik pondok pesantren, sedangkan *operational cost* langsung dikelola oleh PPD.

2. Penggunaan dana untuk keperluan administratif

Penggunaan Dana Sehat untuk keperluan administratif yang dimaksudkan di sini adalah untuk membayar *fixed cost* dan *operational cost* di luar keperluan pelayanan kesehatan langsung.

Semua PPD tidak membayar *fixed cost*, karena ruangan PPD beserta fasilitas pendukungnya didapat secara cuma-cuma atau merupakan bagian dari ruangan organisasi induknya (PKK, sekolah, koperasi, balai desa atau kantor yayasan pondok pesantren).

Semua PPD pola PKMD, PPD pola UKK dan satu PPD pola pondok pesantren tidak membayarkan gaji kepada petugasnya. Semua PPD pola koperasi membayar gaji kepada karyawannya. Satu PPD pola pondok pesantren menggaji perawat yang dipekerjakan di klinik pondok pesantren. Semua PPD pola UKS tidak menggaji petugasnya, namun petugas yang

kesemuanya adalah guru, mendapatkan gaji dari pemerintah sebagaimana guru yang lain. 1 PPD pola PKMD memberikan insentif kepada para petugasnya dalam bentuk pembebasan dari kewajiban membayar premi, namun tetap mendapat pelayanan kesehatan sebagaimana peserta yang lain. PPD tersebut juga membelanjakan dananya untuk memberikan hadiah tahunan bagi kelompok petugas paling berprestasi. Selain itu, Dana Sehat juga dibelanjakan untuk pembelian alat kebersihan yang jumlahnya relatif kecil. Sedangkan rekening listrik dan air seluruh PPD tidak ditanggung oleh PPD yang bersangkutan, akan tetapi ditanggung oleh pihak yang memberi bantuan ruang kantor PPD. 1 PPD pola koperasi membelanjakan dananya untuk mengirim petugasnya ke pelatihan PPD, meskipun hanya satu kali.

Selain itu, seluruh PPD membelanjakan dananya untuk pembelian alat tulis dan pengadaan kartu peserta. Seluruh PPD pola UKS membeli obat-obatan sederhana yang dijual secara bebas untuk melengkapi ruang UKS. 1 PPD pola pondok pesantren melengkapi sendiri hampir semua kebutuhan bahan-bahan habis pakai di kliniknya.

Kepada responden ditanyakan mengenai perlakuan terhadap dana bila di akhir tahun anggaran masih ada sisa dana. 5 PPD pola PKMD dan 2 PPD pola koperasi menyimpan sisa dana tersebut di bank atau di rumah pengurus PPD, di mana satu PPD pola PKMD di antaranya menawarkan dana tersebut sebagai pinjaman untuk membangun jamban keluarga bagi pesertanya. Pinjaman tersebut kelak dikembalikan oleh peserta dan kemudian oleh PPD dana tersebut ditawarkan kepada peserta yang lain. 1 PPD pola UKS mempergunakan dana tersebut untuk mengembangkan ruang UKS, sedangkan 1 PPD pola UKS mempergunakan sisa dana tersebut untuk mengadakan karya wisata.

Kepada responden ditanyakan mengenai defisit yang pernah dialami oleh PPD. 7 PPD pola PKMD, 2 PPD pola UKS dan 1 PPD pola koperasi belum



pernah mengalami defisit. Sebaliknya, 14 PPD sisanya pernah mengalami defisit. Kepada PPD yang pernah mengalami defisit ditanyakan mengenai cara menutup defisit. 1 PPD pola UKS menaikkan besarnya premi, 1 PPD pola koperasi meminjam dana dari unit lain dari koperasi itu sendiri.

G. Pengendalian penggunaan Dana Sehat

Penggunaan Dana Sehat yang dikendalikan di sini adalah penggunaan Dana Sehat untuk pelayanan kesehatan. Pengendalian penggunaan Dana Sehat untuk keperluan administratif tidak dibahas karena jumlahnya relatif kecil.

Terdapat 88,9% PPD pola PKMD, 37,5% PPD pola UKS, 100% PPD pola koperasi dan 100% PPD pola UKK yang menerapkan pembatasan kunjungan peserta dan bertanggung ke PPK (metode *ceiling*). 33,3% PPD pola koperasi menerapkan metode Seluruh PPD yang membiayai pelayanan sampai tingkat rumah sakit menerapkan pengendalian biaya dengan metode *deductible*. Satu PPD pola PKMD mengendalikan biaya persalinan dengan metode *deductible*. Tidak satupun PPD yang menerapkan metode *coinsurance* dalam pengendalian biayanya.

Pengendalian biaya pelayanan kesehatan juga dilakukan dengan menerapkan prinsip pelayanan wilayah oleh semua PPD. Demikian juga dengan pembatasan pelayanan sampai PPK tingkat pertama, sedangkan pelayanan tingkat rumah sakit atau dokter praktek swasta dikendalikan oleh semua PPD yang membiayai pelayanan tingkat ini dengan menerapkan prinsip rujukan. 1 PPD pola pondok pesantren mendirikan klinik sendiri untuk mengendalikan pengeluaran dananya.

H. Pengawasan

Kepada responden ditanyakan mengenai pengawasan terhadap pengelolaan pembiayaan Dana Sehat. Semua PPD mendapat pengawasan dari pembina Dana

Sehat dan suprastrukturnya. Dalam hal ini, Pembina Dana Sehat di wilayah kerja PPD adalah Puskesmas. Sementara itu, suprastruktur PPD pola PKMD adalah Ketua Tim Penggerak PKK, oleh karena pengelolaan Dana Sehat pola ini ditangani oleh PKK. Suprastruktur PPD pola UKS adalah kepala sekolah, suprastruktur PPD pola koperasi adalah manajer koperasi, dan suprastruktur PPD pola pondok pesantren adalah ketua yayasan atau pengasuh pondok pesantren. PPD pola UKK mendapat pengawasan dari Puskesmas saja. Pengawasan dilakukan terhadap pencatatan dan penggunaan dana.

Pengawasan pengelolaan pembiayaan Dana Sehat dilaksanakan melalui penggalian informasi secara lisan dan atau pemeriksaan laporan tertulis. Laporan lisan secara rutin diberikan oleh 2 PPD pola PKMD. Laporan tertulis rutin diberikan oleh 3 PPD pola PKMD, 7 PPD pola UKS, 3 PPD pola koperasi, 1 PPD pola UKK dan 1 PPD pola pondok pesantren. Laporan rutin baik secara tertulis maupun lisan diberikan oleh 4 PPD pola PKMD, 1 PPD pola UKS dan 1 PPD pola UKK. Pengawasan secara uji petik (tanpa pemberitahuan terlebih dahulu) dilakukan terhadap 1 PPD pola pondok pesantren.

I. Evaluasi

Kepada responden ditanyakan mengenai evaluasi mawas diri PPD terhadap kemajuan perkembangan pengelolaan Dana Sehat. 8 PPD pola PKMD, 8 PPD pola UKS, 3 PPD pola koperasi, 2 PPD pola UKK dan 1 PPD pola pondok pesantren melakukan evaluasi tersebut. Topik evaluasi adalah jumlah peserta baru dan *drop-out*, penggunaan dana, sisa atau defisit dana, serta identifikasi faktor pendorong dan penghambat kemajuan pengelolan pembiayaan Dana Sehat. Periode evaluasi bervariasi, antara 1 bulan sampai dengan 1 tahun sekali.

2. PEMBAHASAN

Sebagaimana diungkapkan dalam subbab Hasil Penelitian, responden yang terpilih dalam penelitian ini adalah para pengurus inti PPD, yaitu pengurus yang paling berpengaruh dalam pembuatan keputusan dalam PPD. Oleh sebab itu, dapat diasumsikan bahwa para responden inilah yang memegang kendali PPD. Jawaban responden dapat dianggap telah mewakili jawaban seluruh pengurus PPD yang bersangkutan.

Pengelolaan pembiayaan Dana Sehat oleh berbagai PPD yang terpilih sebagai unit analisis di Kabupaten Sidoarjo ternyata cukup bervariasi. Apabila dilakukan skoring terhadap komponen pengelolaan pembiayaan Dana Sehat oleh PPD, yaitu metode perencanaan biaya, penentuan besarnya premi, penggalan dana, penggunaan dana, pengendalian penggunaan dana, pengawasan terhadap pengelolaan pembiayaan dan evaluasi mawas diri, maka akan didapatkan hasil sebagaimana diperikan oleh Tabel 1. Dalam hal ini, semakin baik pengelolaan pembiayaan tersebut, maka semakin besar skor yang didapatkan oleh PPD. Kemudian dicari mean dari skor tersebut untuk masing-masing pola.

Dari Tabel 1 terlihat bahwa *mean score* (skor rata-rata) tertinggi pengelolaan pembiayaan Dana Sehat oleh PPD diraih oleh pola koperasi, disusul berturut-turut oleh pola PKMD, UKS, pondok pesantren dan UKK. Tabel 1 tidak didisain untuk memungkinkan perbandingan antar skor di dalam masing-masing pola.

Tabel 1. *Mean score* pengelolaan pembiayaan Dana Sehat oleh PPD

	PKMD	UKS	Koperasi	UKK	Pondok pesantren
Perencanaan	11,33	10,63	13,34	10	12,5
Penentuan premi	16,67	11,25	30	10	10
Penggalian dana	20,74	19,79	18,89	15,83	15,83
Penggunaan dana	15,14	16,72	16,67	11,88	11,88
Pengendalian	25,56	23,75	30	25	25
Pengawasan	32,22	31,25	30	30	30
Evaluasi	18,89	20	20	15	15
Mean akhir	20,08	19,06	22,7	16,64	17,17

Dalam wawancara ditanyakan mengenai pekerjaan responden. Hal ini dimaksudkan untuk mengetahui perhatian utama responden. Responden yang mengerjakan pekerjaan rutin selama minimal 6 jam sehari di luar tugasnya sebagai pengurus PPD dapat dianggap menyisihkan sebagian kecil waktunya untuk berkonsentrasi pada kemajuan PPD. Di sini tampak bahwa hanya 2 karyawan koperasi yang mempunyai paling banyak waktu untuk mengelola PPD, oleh karena pengelolaan PPD memang menjadi pekerjaannya. Oleh karena itu, dengan berkonsentrasi pada PPD, pengelolaan pembiayaan Dana Sehat oleh PPD pola koperasi mungkin lebih baik daripada pola-pola lainnya. Hal ini terlihat dari teraihnya skor tertinggi pada Tabel 1.

Dari segi umur PPD, ternyata umur PPD yang lebih tua tidak selalu menjamin pengelolaan yang lebih baik. PPD pola PKMD yang mean umurnya paling rendah, ternyata meraih skor yang lebih tinggi dibandingkan dengan PPD pola pondok pesantren yang mean umurnya lebih tinggi.

Perihal kewajiban berbadan hukum bagi PPD tersirat dalam Undang-undang no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Tampaknya, semua PPD belum menyadari hal ini. Satu PPD pola koperasi memang telah memiliki badan hukum, akan tetapi badan hukum ini otomatis didapatkan oleh karena PPD lahir beberapa tahun setelah koperasi berbadan hukum, sebagai unit baru di bawah naungan koperasi. Menurut hasil wawancara, sebagian besar PPD memang tidak mengetahui kewajiban untuk berbadan hukum ini. Hal ini dapat disebabkan oleh karena informasi mengenai hal ini tidak sampai kepada PPD atau informasi ini ditafsirkan secara keliru oleh PPD.

Dari segi kelengkapan organisasi, 4 PPD telah memiliki syarat kelengkapan legal minimal yang seharusnya dimiliki oleh PPD. Agaknya, perhatian terhadap kelengkapan organisasi ini perlu mendapat perhatian yang lebih serius, agar masyarakat yang mempercayakan pengelolaan dananya kepada PPD merasa lebih aman, oleh karena bagaimana pun juga pada suatu saat nanti pertanggungjawaban keuangan secara legal dapat diminta oleh masyarakat peserta Dana Sehat. Ada 2 kemungkinan mengenai ketidaklengkapan ini. Yang pertama mungkin karena ketidaktahuan PPD mengenai perlunya kelengkapan ini. Hal ini dapat diselesaikan dengan memberikan penyuluhan kepada petugas PPD. Kemungkinan yang kedua adalah PPD sudah mengetahui hal ini, namun karena hubungan yang baik dan rasa saling percaya dengan PPK maupun masyarakat sudah terjalin, maka PPD memandang bahwa kelengkapan ini tidak terlalu diperlukan. Apabila kemungkinan ini yang menjadi penyebabnya, maka penyelesaiannya mungkin memakan waktu yang agak panjang karena menyangkut penyampaian informasi dan menumbuhkan pengertian tidak saja kepada PPD, tetapi juga kepada masyarakat.

Pemahaman mengenai pentingnya administrasi yang baik rupanya telah dimiliki oleh sebagian besar PPD. Hal ini terbukti dari kelengkapan sarana administrasi dan pengisiannya, yang telah dimiliki oleh sebagian besar PPD.

Defisit dana pernah dialami oleh 14 PPD. Ini menunjukkan bahwa pernah terjadi ketidakseimbangan antara pemasukan dana dan pengeluaran dana. Pemasukan dana yang kecil dapat disebabkan oleh pemasukan yang kecil dari premi akibat penentuan besarnya premi yang tidak tepat atau tunggakan pembayaran premi oleh peserta. Defisit juga dapat terjadi karena pengeluaran konkrit lebih besar daripada yang pengeluaran yang direncanakan atau karena ledakan pemakaian dana. Ditinjau dari angka tunggakan premi yang relatif kecil untuk setiap PPD, maka tampaknya faktor ini dapat diabaikan. Ledakan penggunaan dana mungkin pernah terjadi. Penyebab lain adalah penentuan besarnya premi yang tidak tepat dan atau pengeluaran yang melebihi anggaran yang diperkirakan pada awal tahun anggaran atau awal periode anggaran. Kedua faktor terakhir ini bersumber pada perencanaan biaya yang kurang baik. Hal ini tercermin pada hasil penelitian. Hanya 4 PPD yang menganggarkan *operational*.

Defisit tersebut rupanya tidak berkelanjutan, karena ternyata PPD tetap dapat bertahan. Tampaknya PPD-PPD telah melakukan koreksi. Koreksi terhadap besarnya premi dilakukan oleh 4 PPD. Pengendalian penggunaan dana dilakukan dengan menerapkan metode *ceiling*, metode *deductible*, pengefektifan sistem rujukan dan pembatasan tingkat PPK yang pelayanannya akan dibiayai oleh PPD.

Selain melakukan perbaikan-perbaikan tersebut untuk jangka panjang, dalam jangka pendek PPD mencari dukungan finansial dari suprastruktur berupa sumbangan atau pinjaman dana. Sementara itu, dari pihak PPK, PPD mendapat kelonggaran untuk menunda pembayaran pelayanan kesehatan yang diklaim oleh PPK. Meskipun telah ada dukungan finansial dan moral dari berbagai pihak, seyogyanyalah pembinaan terhadap perencanaan pembiayaan mulai mendapatkan perhatian yang lebih besar. Walaupun disadari bahwa untuk membuat perencanaan biaya tidak hanya diperlukan pembinaan saja namun juga diperlukan sumberdaya manusia yang baik dari pihak PPD.

Dari sisi penggalian dana awal, tampak bahwa sebagian besar PPD (16 PPD) masih menggantungkan pemasukan dari premi dan sumbangan saja. Dalam kaitan ini, perlu dihargai upaya sebuah PPD pola PKMD yang melibatkan peran serta pihak swasta dalam pencetakan kartu peserta. Meskipun nilai nominal peran serta tersebut relatif kecil, kreativitas yang telah tumbuh tersebut seyogyanya tetap dihargai.

Penggunaan dana untuk gaji atau honorarium petyugas atau karyawan PPD, masih minimal. Memang telah ada PPD yang memberikan insentif kepada petugasnya berupa pembebasan dari kewajiban membayar premi atau memberikan gaji yang diambil dari dana PPD. Namun jumlah PPD seperti ini masih sedikit. Di sini tampak bahwa sebagian besar PPD masih mengandalkan partisipasi sukarela dari sekelompok masyarakat yang merelakan waktunya untuk mengelola PPD. Tampaknya kesukarelaan inilah yang menjadi sandaran utama pengelolaan Dana Sehat pada saat ini. Pada saatnya nanti sifat sukarela ini mau tidak mau harus diganti dengan sifat yang lebih profesional, dan arti waktu yang dikorbankan untuk mengelola PPD harus diganti dengan kompensasi biaya tertentu. Kompensasi ini adalah konsekuensi logis dari semakin berkembangnya penghargaan masyarakat modern terhadap waktu. Oleh karena itu, seyogyanya mulai dipikirkan untuk memperkenalkan alokasi penggunaan biaya untuk insentif, honorarium, uang pengganti biaya transport atau bahkan gaji bagi petugas PPD.

Penggunaan dana untuk pembiayaan pelayanan kesehatan masih didominasi oleh pelayanan kuratif. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh PPK masih sering diasosiasikan sebagai pelayanan kuratif saja oleh sebagian masyarakat. Hal ini tampak pada data mengenai salah satu alasan penunggakan pembayaran premi, yaitu peserta merasa tidak pernah mempergunakan fasilitas PPK untuk berobat namun harus tetap membayar. Padahal, Dana Sehat dapat dipergunakan untuk membiayai kegiatan masyarakat sendiri dalam bidang promotif dan preventif. Walaupun begitu, dari data

penelitian, tampak bahwa sebagian PPD sudah membiayai pelayanan promotif dan preventif. Hal ini cukup menggembirakan, namun masih perlu ditingkatkan. Untuk itu masyarakat perlu lebih diperkenalkan pada fungsi Dana Sehat sebagai penyangga pembiayaan pelayanan promotif dan preventif. Dengan mengetahui manfaat besar yang dapat dipetik melalui pembiayaan kedua kegiatan tersebut, maka diharapkan masyarakat akan lebih memanfaatkan Dana Sehat dan ikut berpartisipasi aktif di dalamnya, termasuk dalam pembayaran premi.

Sebagaimana telah diulas di depan, sebagian besar PPD telah menerapkan metode-metode pengendalian penggunaan biaya. Sayangnya, belum ada sebuah PPD pun yang menerapkan pengendalian dana dengan sistem pembayaran kapitasi. Semua PPD masih menerapkan sistem *fee-for-service* yang ingin dihindari dalam JPKM bentuk apapun. Belum diterapkannya sistem kapitasi bisa disebabkan oleh faktor PPD atau PPK. Dari pihak PPD, belum diterapkannya sistem kapitasi ini, mungkin disebabkan oleh kurangnya informasi yang tersedia. Seandainya informasi ini pun tersedia, masih ada satu kesulitan lagi yang akan dihadapi oleh PPD dalam menerapkannya, yaitu lemahnya kemampuan dalam perencanaan biaya. Sebagaimana diketahui, sistem kapitasi ini membutuhkan peramalan mengenai faktor-faktor demografi, epidemiologis dan pengetahuan mengenai sistem pentarifan untuk satu atau beberapa diagnosis penyakit. Berdasarkan peramalan itu, pihak PPD menghitung harga yang sanggup ia bayarkan di muka untuk PPK untuk sejumlah tertentu pesertanya. Padahal kemampuan PPD dalam hal perencanaan dalam penelitian ini tampak kurang sekali. Dari pihak PPK, keengganan mengadopsi sistem kapitasi ini mungkin disebabkan oleh faktor di luar sistem pelayanan kesehatan pada saat ini yang kurang mendukung, misalnya sistem pentargetan pemasukan dari retribusi Puskesmas. Pentargetan pemasukan dari retribusi Puskesmas (salah satu PPK dalam Dana Sehat), mungkin merupakan salah satu faktor yang dapat mendorong Puskesmas untuk tetap bertahan pada sistem *fee-for-service* agar

Puskesmas mendapatkan pemasukan dana yang cukup besar untuk memenuhi target tersebut.

Pengawasan terhadap pengelolaan pembiayaan Dana Sehat oleh PPD dilakukan oleh suprastruktur PPD atau pembina Dana Sehat. Dari data, tampak bahwa sebagian besar PPD telah menerapkan kegiatan pengawasan, meskipun lebih banyak bersifat eksternal. Kelak, PPD memang harus dapat melakukan pengawasan internal, karena kelak PPD memang harus dapat mandiri.

Evaluasi telah dilakukan oleh hampir semua PPD (22 PPD), meskipun periode evaluasi tersebut sangat bervariasi. Hal ini sudah cukup menggembirakan. Namun demikian, perlu ditambahkan dua point evaluasi lagi, yaitu mengenai efektivitas dan efisiensi pengelolaan pembiayaan Dana Sehat oleh PPD. Untuk sementara, kedua point ini dapat dilakukan oleh pembina atau suprastruktur PPD, karena disadari evaluasi jenis tersebut membutuhkan cakrawala pengetahuan dan pengalaman yang agak komprehensif, yang mungkin belum ada pada sebagian petugas besar PPD. Namun demikian, evaluasi seperti ini dapat mulai ditampilkan pada pertemuan-pertemuan PPD dengan pembahas utamanya dari pihak pembina atau suprastruktur.

Secara sederhana, efektivitas pengelolaan pembiayaan Dana Sehat dapat dimulai dengan menengok kembali tujuan Dana Sehat, yaitu menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan secara komprehensif, sehingga pelayanan kesehatan dapat berkesinambungan. Dengan demikian ada dua tolok ukur dalam penilaian efektivitas, yaitu komprehensivitas dan kesinambungan pembiayaan kesehatan oleh PPD. Dari data yang telah dikemukakan di depan, tampak bahwa dari segi komprehensivitas pelayanan kesehatan, baru ada 4 PPD pola UKS yang membiayai pelayanan kesehatan secara komprehensif, yaitu pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, meskipun tidak keseluruhan biaya pelayanan tersebut dicover. Sementara itu, kesinambungan pembiayaan pelayanan kesehatan oleh PPD dapat dinilai dari kontinyu tidaknya pembiayaan untuk mata kegiatan

tertentu. Dalam penelitian ini memang belum didapatkan data lengkap mengenai hal tersebut. Data mengenai kesinambungan pembiayaan mata kegiatan peningkatan gizi melalui penimbangan di Posyandu misalnya, belum dapat ditelusuri. Untuk sementara, kesinambungan pembiayaan pelayanan kesehatan dapat dinilai dari ada tidaknya pelayanan rujukan ke tingkat PPK yang lebih tinggi karena keterbatasan sumberdaya di PPK tingkat pertama. 9 PPD telah melaksanakan rujukan ini

Penilaian efisiensi tampaknya lebih sukar dilakukan, karena *unit cost* di dalam satu PPD sulit dilakukan. Banyaknya pembiayaan yang tidak tercatat seperti transport petugas PPD dalam menagih premi kepada peserta dan biaya transport konsultasi kepada pembina serta biaya pelaksanaan rapat PPD, menjadi kendala utama penghitungan *unit cost*. Pembiayaan yang tidak tercatat tersebut tampaknya berkaitan dengan sifat sukarela PPD dalam menjalankan tugasnya. Perbandingan efisiensi antar kelompok PPD juga sukar dilakukan karena variasi yang besar dalam hal jenis pelayanan kesehatan yang dicover.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa :

- baru sebagian kecil PPD mempunyai kelengkapan organisasi minimal, satu responden telah berbadan hukum
- di antara PPD yang diteliti, pengelolaan pembiayaan oleh PPD pola koperasi merupakan pengelolaan yang terbaik
- baru sebagian PPD (4 PPD) yang melakukan perencanaan biaya
- belum ada peserta yang memakai metode peramalan untuk menentukan premi peserta. 25% responden menentukan premi dengan dasar catatan pengalaman kunjungan ke PPK di masa yang lalu. Musyawarah untuk menentukan besarnya premi sesuai dengan kemampuan calon peserta di wilayah kerjanya tanpa memperhitungkan *cost* yang akan ditanggung oleh PPD dilakukan 70,83% responden. Sedangkan 4,17% responden menerima jatah biaya pelayanan kesehatan dari suprastrukturnya tanpa melakukan penghitungan premi.
- sebagian besar (66,7% PPD) menggali dana dari premi, sedangkan bila terjadi defisit, penggalan dana dari sumbangan merupakan alternatif pertama yang ditempuh
- belum ada responden yang menggunakan dananya untuk *fixed cost*; semua responden menggunakan Dana Sehat untuk membiayai *operational cost*; semua pembiayaan pelayanan kesehatan kepada PPK dilakukan dengan sistem *fee-for-service* yang dibayarkan setiap akhir bulan; belum ada PPD yang menerapkan sistem pembayaran kapitasi
- 41,7% PPD membiayai pelayanan promotif; semua PPD membiayai minimal satu macam pelayanan preventif di PPK, namun hanya sebagian PPD yang membiayai pelayanan preventif di masyarakat; semua PPD membiayai pelayanan kuratif

tingkat pertama, sebagian PPD membiayai secara terbatas pelayanan PPK tingkat rumah sakit ; 16,7% PPD pembiayaan secara terbatas pelayanan rehabilitatif

- sebagian besar responden melakukan pengendalian penggunaan dana dengan metode *ceiling, deductible*, pengefektifan sistem rujukan dan pembatasan tingkat pelayanan
- semua responden mendapatkan pengawasan dari pihak suprastruktur atau pembinanya dalam hal penggunaan dana melalui pelaporan lisan dan tertulis
- semua responden melakukan evaluasi mawas diri berkala terhadap pengelolaan pembiayaan Dana Sehat, tetapi tidak melakukan evaluasi efisiensi dan efektivitas
- efektivitas pengelolaan pembiayaan oleh PPD baru dapat dinilai dari komprehensivitas pelayanan yang dicover; 4 PPD pola UKS (16,7% dari seluruh PPD) membiayai pelayanan komprehensif
- efisiensi pengelolaan pembiayaan oleh PPD belum dapat dihitung, oleh karena ada bervariasinya pencatatan dana dan tidak terekamnya dana-dana sumbangan sukarela dari petugas PPD

B. Saran

Dari penelitian yang telah dilakukan ternyata telah ada beberapa responden yang potensial untuk mengelola pembiayaan Dana Sehat dengan baik. Seyogyanyalah potensi ini mendapat perhatian yang lebih besar, agar kelak di kemudian hari PPD-PPD tersebut makin mandiri dan lebih profesional dalam melaksanakan pengelolaan pembiayaan Dana Sehat. Bagaimana pun juga, disadari bahwa gerakan Dana Sehat berikut PPD yang mengelola pembiayaannya adalah gerakan yang sedang tumbuh dan mencari bentuk. Oleh sebab itu pembinaannya memerlukan kerjasama yang semakin baik dari berbagai pihak. Dalam hal ini patut dipikirkan pembinaan dari kalangan praktisi ekonomi, baik ekonomi umum maupun ekonomi kesehatan yang turut turun langsung membenahi penngelolaan pembiayaan Dana Sehat di masyarakat.

Secara akademis, kiranya perlu dilakukan penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar dan dengan fokus penelitian yang lebih spesifik, agar dapat diperoleh generalisasi dan validitas yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Garis-garis Besar Haluan negara tahun 1993
2. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
3. Jacobalis S. Pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Dokter keluarga Indonesia*, volume 1, nomor 2. Desember 1993 : 13-23.
4. Kertonegoro S. Asuransi Kesehatan dan Kecelakaan. Agung's. Jakarta .1992.
5. Dinas Kesehatan Daerah Propinsi Daerah tingkat I Jawa Timur. Pedoman Pelaksanaan dan Pengembangan Dana Sehat sebagai Salah satu bentuk Program JPKM di Jawa Timur. Surabaya. 1992.
6. McStravic RS. *Forecasting Use of Health Services*. Aspen Publ.Maryland. 1984. p: 13-22.
7. Noor GR. Sistem Kapitasi dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Dokter Keluarga Indonesia*, volume 2, nomor 3. Juni 1994: 26-33.

Lampiran 1

SKORING PENGELOLAAN PEMBIAYAAN

1. Perencanaan biaya :

Ada pertimbangan mengenai perkiraan anggaran belanja :

A. Pembelanjaan pelayanan kesehatan , dengan menggunakan :

- * pertimbangan epidemiologis dan demografis : 40
- * kunjungan epidemiologis atau demografis : 30
- * pengalaman kunjungan peserta ke PPK pada saat lalu : 20
- * tidak ada pertimbangan : 10

B. Pembelanjaan administratif , dengan memperhitungkan fixed cost, operational cost, supply cost, pengalaman PPD lain dan instruksi instansi yang secara hirarkis lebih tinggi; memperhitungkan :

- 5 faktor : 60
- 4 faktor : 50
- 3 faktor : 40
- 2 faktor : 30
- 1 faktor : 20
- tanpa pertimbangan : 10

Skor perencanaan = $\frac{1}{2}$ (skor A + skor B)

2. Penentuan premi :

- * seluruh cost : perkiraan jumlah peserta : 40
- * (jumlah kunjungan periode lalu x harga retribusi) : perkiraan jumlah peserta, skor : 30
- * pengalaman PPD lain : 20
- * tidak ada pertimbangan : 10

3. Penggalian dana:

a. Sumber dana awal dari

*pinjaman yang harus dikembalikan atau premi saja dengan ketentuan

deductible : 30

*premi : 20

*sumbangan : 10

b. Metode penawaran premi

*individual (door to door) : 30

*kelompok : 20

* massal : 10

c. Kelancaran peserta dalam membayar premi

* 0- <10% peserta menunggak : 30

* 10-20% peserta menunggak : 20

* > 20% peserta menunggak : 10

4. Penggunaan dana :

a. untuk pelayanan kesehatan :

* promotif :

> 1 jenis pelayanan : 30

1 jenis pelayanan : 20

tidak ada pelayanan promotif : 10

* preventif :

> 2 jenis pelayanan : 40

2 jenis pelayanan : 30

1 jenis pelayanan : 20

tidak ada pelayanan preventif : 10

* kuratif

rawat inap di RS atau poliklinik milik sendiri : 30

pelayanan medis dasar di dokter/bidan praktek swasta : 20

- pelayanan medik dasar di institusi pemerintah : 10
- * rehabilitatif
- ada pelayanan rehabilitatif : 20
- tidak ada pelayanan rehabilitatif : 10

b. biaya operasional

- *ada : 20
- * tidak ada penggunaan untuk operasional : 10

c. disisihkan untuk laba

- * ya : 20
- * tidak : 10

$$\text{Skor penggunaan dana} = 1/3 (a + b + c)$$

5. Pengendalian dana

- * menggunakan 2 metoda atau lebih : 30
- * menggunakan 1 metoda : 20
- * tidak mengendalikan dana : 10

6. Pengawasan rutin

- * tertulis + lisan : 40
- * tertulis : 30
- * lisan : 20
- * tidak ada pengawasan rutin : 10

7. Evaluasi

- * melaksanakan evaluasi : 20
- * tidak melaksanakan evaluasi : 10

Di
Ha
Pe

EPVA SIPPRIHATIM
:
: 031110
:
: