

**PERSEPSI STAKEHOLDER TERHADAP KEBUTUHAN
 ANGGARAN BERBASIS PREMI PADA PROGRAM
 JAMINAN KESEHATAN DAERAH DI KOTA CIREBON**

*PERCEPTION OF STAKEHOLDER ON PREMIUM BASED BUDGET
 NEEDS IN REGIONAL HEALTH GUARANTEE PROGRAM IN CIREBON
 CITY*

RetnoTresno Sundari ⁽¹⁾, Julita Hendrartini ⁽²⁾, Sugeng Irianto ⁽³⁾

Prodi Apoteker STF YPIB Cirebon ⁽¹⁾

Minat Kebijakan Manajemen Asuransi Kesehatan, UGM ^(2,3)

Submitted: 12 Januari 2020 Reviewed: 12 Januari 2020 Accepted: 11 Februari 2020

ABSTRAK

Alokasi anggaran asuransi kesehatan daerah di Kota Cirebon secara konsisten menurun dibandingkan dengan anggaran pemerintah daerah. Pemanfaatan anggaran adalah utang kepada penyedia layanan kesehatan meningkat. Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan persepsi pemangku kepentingan terhadap kebutuhan anggaran berbasis premi dalam program asuransi kesehatan lokal di Kota Cirebon dalam pembayaran paket layanan kesehatan dan mengevaluasi kebutuhan anggaran dan pemanfaatannya.

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus holistik tunggal. Unit penelitian adalah Dinas Kesehatan Kota Cirebon. Subjek terdiri dari 12 responden dari parlemen lokal (dewan anggaran), Dewan Perencanaan Daerah dan Dinas Kesehatan dipilih melalui purposive sampling dan didukung dengan informasi kuantitatif dan kualitatif yang diperoleh melalui perhitungan premi dan wawancara mendalam dengan para pemangku kepentingan tentang kebutuhan untuk anggaran berbasis premi dari program asuransi kesehatan lokal di Kotamadya Cirebon.

Klaim biaya layanan terjadi di tiga fasilitas kesehatan. Biaya operasional asuransi kesehatan lokal di Kota Cirebon pada tahun 2011 kurang dari 5% dari kapitasi per anggota per bulan (PMPM) dengan pola tarif INA CBG 2.0 memperoleh IDR 8.031, tarif INA CBG 2.1 IDR 8.340 dan tarif INA CBG3.0 IDR 9.185. Pola tarif premi INA CBG yang diperoleh dari perhitungan adalah Rp8.433 dari versi 2.0 dan Rp8.757 dari versi 2.1 dan Rp9.644 dari versi 3.0 sedangkan berdasarkan peraturan lokal, tarif pada tahun 2012 adalah Rp9.065. Kebutuhan anggaran berdasarkan pola tarif INA CBG versi 3.0 premium adalah Rp 9.292.081.356 dan berdasarkan peraturan daerah tarifnya adalah Rp8.732.936.375. Persepsi pemangku kepentingan tentang kebutuhan anggaran adalah bahwa pemangku kepentingan akan menyediakan anggaran tanpa batasan layanan. Jadi mereka siap dengan implementasi program asuransi sosial.

Kesimpulan dari penelitian ini yaitu para pemangku kepentingan menganggap keberadaan program asuransi kesehatan lokal di Kota Cirebon harus dipertahankan dan dimajukan di masa depan seperti yang ditunjukkan dari pemberian kontribusi pemerintah daerah melalui alokasi anggaran hingga 15 miliar rupiah dalam pendapatan daerah dan anggaran belanja 2013.

Kata kunci : Persepsi, Stakeholders, Anggaran Kebutuhan, Premi Jamkesda

ABSTRACT

Budget allocation of local health insurance at Cirebon Municipality is consistently decreasing compared to local government budget. Budget utilization is debt to health service providers is increasing. This study was conducted for describe perception of stakeholders to needs for premi based budget in local health insurance program at Cirebon Municipality in the payment of health service package and evaluate needs for budget and its utilization.

The study used single holistic case study design. Research unit was Cirebon Municipal Health Office. Subject consisted of 12 respondents from local parliament (budget council), Local Planning Council and Health Office selected through purposive sampling and supported with quantitative and qualitative information obtained through premi calculation and indepth interview with stakeholders on needs for premi based budget of local health insurance program at Cirebon Municipality.

Cost of service claims ocured in three health facilities. Operational cost of lokal health insurance at Cirebon Municipality in 2011 was less than 5% of capitation per member per month (PMPM) with the pattern of tariff INA CBG's 2.0 obtained IDR 8.031 , tariff INA CBG's 2.1 IDR 8.340 and tariff INA CBG's 3.0 IDR 9.185. The pattern of tariff INA CBG's premi obtained from calculation was IDR 8.433 of versi 2.0 and IDR 8.757 of versi 2.1 and IDR 9.644 of versi 3.0 whereas based on local regulation the tariff in 2012 was IDR 9.065. Needs for budget based on the pattern of tariff INA CBG's versi 3.0 premi was IDR 9.292.081.356 and based on local regulation the tariff was IDR 8.732.936.375. Perception of stakeholders on needs for budget was that stakeholders would provide budget without service limitation. Thus they were prepared with the implementation of sosial insurance program.

This conclusion of this study is stakeholders considered the existence of local health insurance program at Cirebon Municipality should be maintained and improved in the future as indicated from the provision of contribution of the local government through allocation for budget up to 15 billion rupiahs in local revenue and expenditure budget 2013.

Keywords: Perception, Stakeholders, Needs for budget, Premium Jamkesda

Korespondensi Penulis

Retno Tresno Sundari
 Prodi Apoteker STF YPIB Cirebon
 Email : retnotresno69@gmail.com

PENDAHULUAN

Kekayaan suatu bangsa terletak dalam kesehatan rakyatnya. Kesehatan adalah hak asasi manusia dan investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa (Mukti & Moertjahjo, 2008). Agar warga negara dari setiap negara hidup sehat, akses kebutuhan kesehatan dasar diperlukan. Namun, bagi banyak negara, terutama di negara berkembang, kesehatan sering ditandai oleh pembiayaan yang tidak memadai (Haley & Beg, 2012). Dalam rangka menjamin perlindungan terhadap resiko *financial*, harus terdapat sistem pembayaran pra upaya (*prepayment*) yang cukup kuat. Si miskin harus disubsidi (melalui subsidi silang dari kelompok resiko rendah kepada kelompok resiko tinggi), fragmentasi pengelolaan dana harus dihindari, dan harus terdapat sistem alokasi atau pembayaran yang strategis untuk meningkatkan keluaran dan

kepedulian dari sistem kesehatan (Thabrany, 2005).

Menurut data Keuangan di Dinas Kesehatan Kota Cirebon anggaran pemerintah daerah untuk program kesehatan berkisar 7% dalam kurun waktu 3 tahun, namun pemanfaatan dana untuk jamkesda pada dinas kesehatan semakin turun jika dibandingkan dengan anggaran APBD Kota ketersediaan dana digambarkan pada tabel dibawah ini. Perbandingan prosentase anggaran Program Jamkesda dengan anggaran APBD Kota dari tahun 2009 sampai dengan 2011 prosentase anggaran Program Jamkesda trendnya turun.

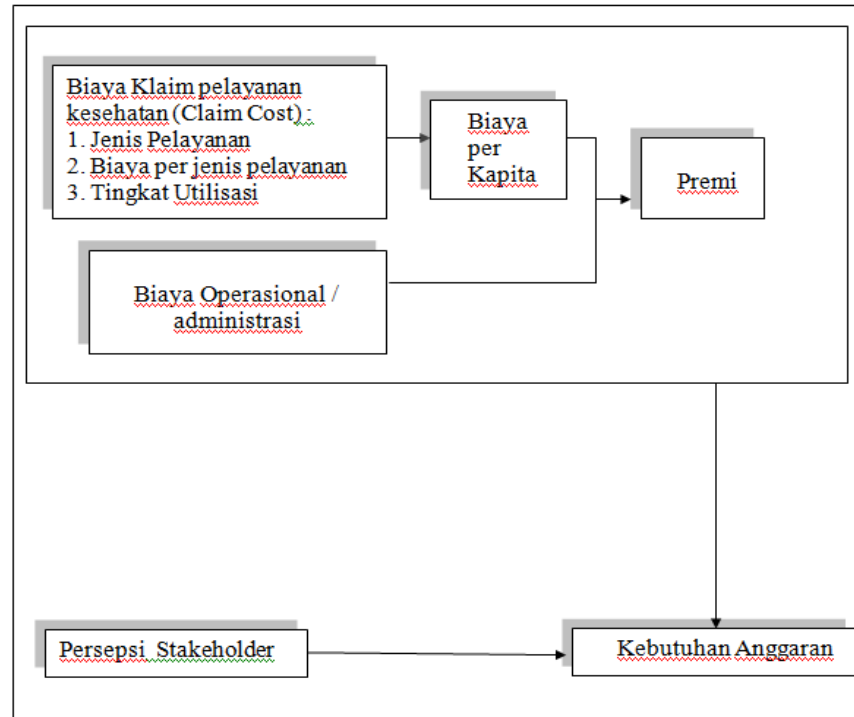
Pelaksanaan jamkesda di Kota Cirebon mengacu pada Peraturan Walikota Nomor 13 tahun 2009 tentang Tata Cara Pelayanan Jaminan Kesehatan di Kota Cirebon, dalam aturan ini meliputi pengaturan kepesertaan, pelayanan dan pendanaan pelayanan Jamkesda. Selain Peraturan

Walikota dalam Sistem Kesehatan Kota Cirebon pada pasal 37 (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) ayat 4 ruang lingkup pelayanan kesehatan dasar meliputi kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), pelayanan kesehatan Rujukan, RJTL dan RITL serta pelayanan Gawat darurat dan diutamakan lifesaving. Berdasarkan Keputusan Walikota Nomor 401/Kep.213-Dinkes/2009 tentang Penetapan jumlah peserta masyarakat miskin diluar kuota program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Kota Cirebon adalah sejumlah 80.290 jiwa dengan struktur pengelolaan pelaksanaan Jamkesda dikelola oleh Seksi Jaminan Kesehatan dibawah Bidang Jaminan dan Sarana Kesehatan pada Dinas Kesehatan. Dari tahun ke tahun anggaran Program Jamkesda dan klaim yang harus dibayar lebih besar dari pada anggaran

yang disediakan dan hutang pada pemberi pelayanan meningkat.

Melihat alokasi anggaran Dinas Kesehatan yang hanya 7% sedangkan pada Peraturan Daerah disebutkan anggaran kesehatan minimal 10% diluar gaji dan alokasi anggaran jamkesda selama 3 tahun selalu turun serta terjadi peningkatan hutang kepada pemberi pelayanan kesehatan kami ingin mendiskripsikan persepsi stakeholder terhadap kebutuhan anggaran dengan perhitungan berbasis premi pada Program Jamkesda Kota Cirebon.

KERANGKA KONSEP



Gambar 1. Kerangka Konsep

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Cirebon pada bulan September 2012 sampai dengan Februari tahun 2013. Dengan melibatkan 12 subyek penelitian yang merupakan penelitian studi kasus (Yin, 2012). jenis penelitian diskriptif tunggal holistik dengan menggunakan pendekatan kualitatif (sebagai data primer) dan pendekatan kuantitatif (sebagai data sekunder).

Pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengevaluasi kebutuhan dana pembiayaan Program Jamkesda Kota Cirebon, sedangkan pendekatan kualitatif digunakan untuk mengetahui pemanfaatan anggaran paket pelayanan kesehatan, pengelolaan dana, penyelenggaran dan persepsi *stakeholder* dalam pemenuhan kebutuhan anggaran. Dalam

pelaksanaan penelitian dilibatkan dua sumber data yaitu data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara dengan responden yang dipilih secara *purposive sampling* dan dilakukan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*), direkam melalui *digital voice recorder*, kemudian dikelompokkan berdasarkan jawaban, selanjutnya dibuat

transkrip, pemaknaan atau pemberian kode, penggabungan dan interpretasi. Sedangkan data sekunder berupa laporan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kota Cirebon diolah dan disajikan dalam bentuk tabel dan grafik kemudian dilakukan analisa dan dibuat kesimpulan dari data tersebut.

PEMBAHASAN

1. Gambaran umum, Program Jamkesda dan Persepsi Stakeholder

Kota Cirebon merupakan salah satu kota dari 26 kota/kabupaten di Jawa Barat. Penduduk Kota Cirebon berdomisili serta tersebar di 5 kecamatan atau 22 kelurahan. Menurut hasil pendataan keluarga, penduduk Kota Cirebon tahun 2011 tercatat sejumlah 301.822 jiwa. Masyarakat yang dicover oleh program jamkesda adalah penduduk yang diluar kuota jamkesmas sejumlah 80.290 jiwa. Sarana Kesehatan di Kota

Cirebon tersebar di 5 kecamatan dengan 22 Puskesmas, 15 Pustu dan 1 RSUD, 1 RS Tentara dan 8 RS Swasta dan BKPM (Balai Kesehatan Paru Masyarakat), mengcover 80.290 jiwa masyarakat diluar kuota Jamkesmas yang meliputi peserta yang memiliki KCMS (Kartu Cirebon Menuju Sejahtera) dan SKTM.

Pelayanan yang diberikan program adalah Pelayanan kesehatan dasar yang diberikan 100% dana APBD Kota Cirebon, penduduk miskin Kota Cirebon yang membutuhkan pelayanan

kesehatan lanjutan terlindungi jaminan kesehatannya baik di pelayanan tingkat lanjutan yang ada di Kota Cirebon maupun yang ada diluar wilayah Kota Cirebon yang ada kerjasama dengan Dinas Kesehatan. Rumah Sakit / Fasilitas Kesehatan di Kota Cirebon yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Cirebon.

Dasar hukum yang menjadi acuan pelaksanaan program Jamkesda adalah melalui Program Upaya Kesehatan Kegiatan Peningkatan Kesehatan

2. Biaya Klaim Pelayanan Kesehatan

Total klaim meningkat dua kali lipat, hal ini disebabkan oleh adanya peningkatan kunjungan di beberapa PPK tahun 2012 yaitu pada RSUD Gunungjati 59,62%, RST Ciremai 44,66%, RS Hasan Sadikin Bandung 67,73% dan Puskesmas (adalah biaya transport). Peningkatan kunjungan berakibat pada peningkatan biaya pelayanan, penyerapan tertinggi tahun 2011 pada RSUD Gunung Jati

Penduduk miskin di Puskesmas Jaringannya sesuai Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dua kali menjadi Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 yang dilakukan dengan pelaksana Seksi Jaminan Kesehatan. Pendanaan berasal dari subsidi APBD, yang berdasarkan Peraturan Daerah No 4 Tahun 2011 tentang Sistem Kesehatan Kota Cirebon.

sebesar Rp. 3.382.740.222,- (68,94% dari total pembayaran klaim) pada tahun 2012 tertinggi pada RSUD Gunung Jati sebesar Rp. 7.934.967.495 (82,22% dari total pembayaran klaim) dan Peningkatan juga disebabkan oleh beberapa klaim yang pada tahun 2011 tidak ada (tidak ada pembayaran) sedangkan tahun 2012 ada klaim (pembayaran) antara lain BKPM, RS Jiwa Marzuki Mahdi, RS Cicendo, korban kekerasan, penunggu pasien, retribusi

Kartu Cirebon Menuju Sehat (KCMS) yang dibayar untuk pelayanan puskesmas dan beberapa tindakan di Puskesmas. Peningkatan penyerapan anggaran yang terjadi disebabkan juga adanya pembayaran hutang-hutang tahun sebelumnya, pada tahun 2011 dana tersebut digunakan sebagian untuk pembayaran hutang klaim 2010 sebesar Rp. 754.144.824 sedangkan tahun 2012 sebagian dana untuk membayar hutang 2009 sampai 2011 sebesar Rp. 2.379.310.078,- pembayaran hutang dari tahun ke tahun yang selalu ada tunggakan adalah di RSUD Gunung Jati Cirebon dan pembayarannya 50% lebih dari total hutang. RSUD Gunung Jati pada tahun 2011 untuk pembayaran hutang 2010 sebesar Rp. 561.046.254,- dan tahun 2012 untuk pembayaran 2011 sebesar Rp. 1.845.700.644,-. Hutang tersebut ada karena keterlambatan penyerahan klaim ke Dinas Kesehatan, kurangnya

persyaratan klaim yang harus dipenuhi oleh pihak PPK, dan aturan pengelolaan keuangan daerah yang kurang fleksibel.

Pengelolaan dana program jamkesda di Kota Cirebon tidak sesuai dengan pedoman operasional badan penyelenggaraan jaminan kesehatan yaitu dalam pengelolaan dana jamkesda yang dikelola oleh seksi jaminan kesehatan, hanya berfungsi sebagai “third party administration” (TPA) yang tidak memegang uang dan tidak melakukan pembayaran ke PPK secara langsung, namun satgas lebih pada pengelolaan administrasi kepesertaan dan administrasi klaim termasuk verifikator klaim (Hendartini, 2009) dan berbeda dengan penelitian di Kabupaten Jembrana dilakukan oleh Bapel JKJ (Samba, Mukti, & Hendartini, 2007), di UNSOED dilaksanakan oleh Unit Pelaksana Teknis (UPT) berbentuk Bapel (Intiasari, Mukti, & Hendartini, 2009), berbeda lagi dengan

penelitian di Kabupaten Pasaman Barat dikerjasamakan dengan PT Askes dengan cara membayar premi (Intiasari et al., 2009). Program jamkesda di Kota Cirebon dapat membayar klaim secara langsung atau melalui transfer kepada PPK, kelemahan pelaksanaan program ini adalah jika dana tersisa pada akhir tahun anggaran tanggal 15 Desember maka harus segera dikembalikan ini sesuai aturan peraturan menteri dalam negeri tentang pengelolaan keuangan.

Dilihat dari pembayaran klaim maka ada kenaikan rata-rata biaya pelayanan yaitu kenaikan klaim di RSUD Gunungjati rawat jalan tahun 2011 Rp 283.893,- dan tahun 2012 Rp. 285.281,- sedangkan

3. Biaya Operasional

Pelaksanaan program Jamkesda dianggarkan pula Biaya Operasional yang meliputi ATK, honor dan rapat-rapat. Hal tersebut dapat terlihat pada Tabel 1.berikut ini:

rawat inap tahun 2011 Rp. 2.587.575 dan tahun 2012 Rp. 2.749.039,- . hal ini dapat diakibatkan salah satunya paket INA CBG's berbeda versi pada tahun 2011 menggunakan INA CBG' versi 2.0 sedangkan Tahun 2012 menggunakan INA CBG's versi 2.1. Pengaturan mengenai perubahan versi didukung dengan dikeluarkannya Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 pasal 39 ayat 3 dan 4 menyebutkan bahwa untuk rujukan akan menggunakan paket INA CBG's, dan akan ditinjau sekurang- kurangnya 2 tahun sekali. Penyempurnaan sistem INA-CBG's diharapkan akan menyelesaikan keluhan – keluhan responden.

Tabel 1. Biaya Operasional Program Jamkesda Tahun 2011 dan 2012

Tahun	Jumlah Anggaran	Biaya Operasional (Rp)	Persentase
2011	5,095,586,965	115,629,000	2.27

2012	7,000,000 ,000	104,260,0 00	1.49
------	-------------------	-----------------	------

Sumber : Laporan Dinas Kesehatan Kota
 Cirebon Tahun 2011 dan 2012

Persentase 2012 lebih kecil dibandingkan tahun 2011. Hasil tersebut adalah lebih kecil

dibandingkan dengan asuransi sosial di Jepang (Social Health Insurance) yang sebesar 5% (Sulastomo, 1997) dan literatur lain menyebutkan biaya administrasi dan operasional Jamkesda sebesar 5%-25% (Hendrartini, 2009).

4. Kapitasi

Kapitasi diperoleh dari angka utilisasi per bulan per unit pelayanan dikalikan dengan biaya rata-rata per Jenis Pelayanan. Perhitungan kapitasi jika dihitung dengan benfid pelayanan dasar dan rujukan tingkat kota hanya RSUD Gunung Jati berdasarkan perhitungan premi tariff INA CBG's dan tarif perda untuk program Jamkesda menggunakan data tahun 2012 dapat dilihat pada Tabel 2.berikut :

**Tabel 2. Kapitasi Program Jamkesda Tahun 2012 berdasarkan klaim
 (tarif INA CBG's) dan tarif PERDA**

Pola Tarif	Kapitasi POPB			Kapitasi Total
	RJTP (Perda Pusk) (Rp)	RJTL (Rp)	RITL (Rp)	
Perda 2003	600	1,711	5,612	7,923
Perda 2012	600	1,759	6,274	8,633
INA-CBG's 2.0	600	2,696	4,735	8,031
INA-CBG's 2.1	600	2,710	5,030	8,340
INA-CBG's 3.0	600	3,157	5,428	9,185

Sumber : Hasil Olah Data

Data total kunjungan tahun 2011 RJTL program jamkesda adalah 5960 kasus (utilisasi 7,42%) RITL 1491 kasus (1,85%) sedangkan total kunjungan tahun 2012 RJTL adalah 9151 kasus (utilisasi 11,39%) RITL 1763 kasus (2,19%), data utilisasi tersebut terlihat ada kenaikan utilisasi RJTL pada tahun 2012 sebesar 3,97% dan 0,34% pada RITL, kenaikan utilisasi akan mempengaruhi

premi dan anggaran, hal ini sesuai pernyataan Samba dalam penelitiannya bahwa defisit anggaran JKJ Propinsi Bali yang terjadi pada tahun 2004 diakibatkan oleh overutilisasi pada rawat inap (Samba et al., 2007). Jika dibandingkan dengan indikator nasional utilisasi program jamkesda di Kota Cirebon memperlihatkan adanya *overutilisasi* indikator tersebut seharusnya tidak lebih

dari 1,5% untuk RJTL dan 0,15% untuk RITL¹⁰, perubahan kunjungan/utilisasi akan mempengaruhi kapitasi..

Perubahan kenaikan utilisasi disebabkan oleh kebijakan pelayanan program jamkesda Kota Cirebon tidak ada limitasi dan dibayar 100% serta mudahnya masyarakat mendapatkan surat keterangan tidak

5. Premi

Hitungan besaran premi INA CBG's yang diperoleh dari pengeluaran biaya ke PPK secara keseluruhan pelayanan Jamkesda di Kota Cirebon dilakukan dengan menjumlahkan biaya per kapita diperoleh dengan menambahkan biaya operasional sebesar 5% . Perhitungan premi jamkesda Kota Cirebon hanya menjumlahkan besaran angka kapitasi dengan biaya

mampu (SKTM) karena di Kota Cirebon pelaksanaannya dengan pergantian data base. Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Masalanra (Masalanra, 2009) pada rawat inap juga terjadi *overutilisasi* karena mudahnya memperoleh SKTM sehingga ada keraguan yang bukan kelompok sasaran menikmati program ini.

operasional (administrasi) per orang per bulan, tidak memperhitungkan profit maupun marginnya, karena tidak ada unsur mencari untung. Benefid yang dihitung adalah biaya rawat jalan tingkat pertama (pelayanan RJTP di puskesmas) dan biaya rawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap tingkat lanjut di RSUD Gunung Jati. Perbandingan besaran premi riil pengeluaran Jamkesda

Kota Cirebon tahun 2011
 dengan tarif PERDA seperti
 terlihat pada Tabel 3.

**Tabel 3. Perbandingan Besaran Premi Tarif INA CBG's dengan Tarif
 PERDA Tahun 2012**

Pola Tarif	Jumlah Peserta (Orang)	K apitasi (Rp)	Adm (Rp)	Premi (Rp)
Perda 2003	80,290	7,923	396	8,319
Perda 2012	80,290	8,633	432	9,065
CBG's 2.0	80,290	8,031	402	8,433
CBG's 2.1	80,290	8,340	417	8,757
CBG's 3.0	80,290	9,185	459	9,644

Sumber : Hasil pengolahan data

6. Kebutuhan Anggaran Program Jamkesda Kota Cirebon

Kebutuhan anggaran dihitung dengan cara mengalikan premi dengan jumlah peserta yang ditanggung oleh jamkesda dikalikan 12 bulan, selanjutnya diusulkan melalui

mekanisme perencanaan anggaran pendapatan belanja daerah sesuai aturan pengelolaan keuangan daerah, dapat dilihat pada Tabel 4. berikut ini :

Tabel 4. Kebutuhan Anggaran Berdasarkan Premi Tarif INA CBG's dan Tarif PERDA

Pola Tarif	Jumlah Peserta (Orang)	Kapitasi (Rp)	Adm (Rp)	Premi (Rp)	Kebutuhan Anggran
Perda 2003	80,290	7,923	396	8,319	8,015,334,642
Perda 2012	80,290	8,633	432	9,065	8,733,608,982
CBG's 2.0	80,290	8,031	402	8,433	8,124,593,274
CBG's 2.1	80,290	8,340	417	8,757	8,437,194,360
CBG's 3.0	80,290	9,185	459	9,644	9,292,041,990

Sumber : Hasil Olah Data

Selain premi tersebut diatas, dibawah dihitung pula kebutuhan anggaran menggunakan kajian premi

DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) dan penetapan sementara premi

BPJS seperti pada Tabel 5.

berikut ini :

Tabel 5. Perhitungan Kebutuhan Anggaran dengan Beberapa Kajian Premi

Premi (Rp)	Jumlah Peserta	Kebutuhan Anggaran (Rp)
22,615	80,290	21,789,100,200
28,188	80,290	27,158,574,240
41,285	80,290	39,777,271,800
22,201	80,290	21,390,219,480

Sumber : Hasil pengolahan data

Berdasarkan kebutuhan anggaran tersebut dilakukan wawancara dengan stakeholder terhadap besaran kebutuhan anggaran. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden terlihat bahwa adanya ketidaksinkronan UU BPJS dengan peraturan keuangan daerah yaitu Pemerintah Daerah dapat bekerjasama dengan BPJS tetapi aturan pendukung belum ada, untuk itu perlu dibuat adanya aturan pendukung mengenai keterkaitan mekanisme kerjasama dan pembayaran iuran antara BPJS dan Pemerintah Daerah kaitannya dengan Undang-undang BPJS dan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan adalah pada penetapan PBI dalam ketentuan umum disebutkan tentang Penerima bantuan Iuran kesehatan yang selanjutnya disebut PBI

Jaminan Kesehatan dan Iuran Jaminan Kesehatan sehingga dengan pernyataan tersebut masih dapat membuka peluang jamkesda untuk ikut berperan dalam pembiayaan dan kepesertaan, tetapi menjadi terkendala dengan adanya aturan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan pada Bab II dan III bahwa penetapan PBI ditetapkan oleh menteri setelah berkoordinasi dengan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait dalam penjelasannya menteri adalah menteri kesehatan, tenaga kerja, transmigrasi, dalam negeri dan pimpinan lembaga yaitu bidang statistik untuk melakukan pendataan, validasi dan verifikasi. Data tersebut menjadi data terpadu, ditetapkan oleh

menteri dirinci menurut provinsi dan kabupaten / kota, melihat aturan ini akan menjadi kendala dalam pencapaian kepesertaan semesta (*Universal Coverage*) karena didalam ketentuan penutup pada PP 101 tahun 2012 disebutkan penetapan jumlah PBI jaminan Kesehatan tahun 2014 menggunakan data Pendataan Program Perlindungan Sosial tahun 2011 kendalanya dalam waktu 2 tahun pasti data sudah banyak berubah, ada masyarakat yang memang benar-benar miskin dan tidak bisa membayar iuran tetapi tidak tercover sedangkan pemerintah daerah tidak dapat membantu dalam segi kepesertaan maupun pembiayaan, kecuali adanya peluang pembiayaan masyarakat miskin non PBI.

Sejalan dengan keterkaitan peraturan tersebut agar pelaksanaan

aturan dapat dilaksanakan oleh daerah sehingga pelaksanaan program akan lebih akuntabel, transparan, efisien dan efektif maka perlu Grand desain program dan pembiayaan dan regulasinya. Grand desain daerah menyongsong BPJS perlu penataan kembali, karena di Kota Cirebon yang selama 10 Tahun selalu disiapkan oleh pemerintah daerah sebagai dana pendamping dari mulai program JPS BK, PDPSE, JPK Gakin, JPKMM, Askeskin sampai Jamkesmas sehingga pelaksanaan jaminan kesehatan daerah untuk yang diluar kuota dilayani oleh Pemerintah Daerah. Mulai tahun 2012 anggaran program jamkesda di Kota Cirebon telah diberikan pagu tersendiri dalam anggaran dinas kesehatan sesuai komitmen TAPD dan dipisahkan dengan anggaran program dan kegiatan lain

karena merupakan program prioritas.

Grand desain program dan pembiayaan BPJS harus sinkron dan dapat bersinergi dari pusat sampai ke daerah sehingga perlu ada sosialisasi dengan pemerintah daerah khususnya Tim Anggaran Daerah sehingga Pemerintah Daerah dapat mengantisipasi dan merencanakan pelaksanaan jaminan kesehatan daerah sesuai local spesifik daerah dengan keterlibatan swasta.

7. Persepsi Stakeholder terhadap Premi dan Kebutuhan Anggaran

Hasil penelitian secara kualitatif dilakukan melalui wawancara kepada responden yaitu stakeholder di Kota Cirebon tujuan penelitian kualitatif ini adalah untuk mendukung penelitian kuantitatif Wawancara dilakukan terhadap 12 responden. Wawancara mengenai kebutuhan anggaran dana Program Jamkesda menurut

8 responden tujuan adanya program jamkesda adalah untuk membantu masyarakat miskin dan tidak mampu tetapi dari 5 responden menyatakan bahwa manfaat program jamkesda belum sesuai sasaran dan 3 responden menyatakan terdapat kendala keterbatasan APBD Kota.

Tanggapan responden terhadap kebutuhan anggaran program jamkesda Kota Cirebon saat ini berdasarkan pagu anggaran, sehingga perlu perhitungan premi. Penelitian ini menghitung dengan 2 dasar perhitungan berdasarkan tarif peraturan daerah dan klaim pelayanan dengan benfid pelayanan dasar dan Rujukan hanya ke RSUD Gunungjati saja. Hasil wawancara dengan responden Pemerintah Kota telah merencanakan 15M sudah diatas perhitungan berdasarkan perda dan klaim riil, tanggapan beberapa

responden tentang kebutuhan anggaran berdasarkan premi kajian DJSN tahun 2009, 4 orang responden setuju untuk memenuhi kebutuhan Rp. 21 M tetapi perlu di subsidi oleh provinsi dan 1 orang responden menyatakan kemahalan ,dibandingkan dengan penetapan menteri keuangan Rp 15.500,- sehingga anggaran yang disiapkan sebesar Rp. 14.933.940.000,- sedangkan Kota Cirebon Tahun 2013 sudah merencanakan hingga Rp. 15M , dengan melihat kondisi tersebut Kota Cirebon siap menyongsong BPJS.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan didapatkan beberapa kesimpulan yaitu *stakeholder* sangat mendukung keperluan program jamkesda dengan benefit hingga rujukan tersier dan merencanakan anggaran tahun 2013 menjadi 15M. Besaran kebutuhan anggaran Program Jamkesda Kota Cirebon jika dihitung dengan benefit pelayanan dasar dan rujukan hanya sampai

RSUD Gunung Jati berbasis premi pola tarif INA CBG,s 3.0 adalah Rp. 9.292.081.356,- sedangkan bila dihitung berdasarkan premi pola tarif PERDA adalah Rp. 8.732.936.375,- Kebutuhan anggaran program jamkesda Kota Cirebon belum berbasis premi masih menggunakan sistem pagu anggaran dan evaluasi penyerapan tahun sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mukti.A.G. dan Moertjahjo (2008). *Konsep Desentralisasi Terintegrasi*. Tesis. Yogyakarta: Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan FK UGM bekerjasama dengan Asosiasi Jaminan Sosial Daerah. (p.1).
2. Haley, D. R., & Béq, S. A. (2012). The road to recovery: Egypt's healthcare reform. *The International journal of health planning and management*, 27(1), e83-e91.

3. Thabrany, H. (2005). *Pendanaan kesehatan dan alternatif mobilisasi dana kesehatan di Indonesia*. Jakarta : RajaGrafindo Persada.
4. Yin, R.K. (2012). *Studi Kasus Design dan Metode*. Editor M.Djauzi. edisi revisi. Jakarta: Rajawali Press.
5. Hendrartini, Julita. (2009) *Pedoman Operasional Manajemen Keuangan dan Premi Sistem Jaminan Kesehatan Daerah*. Yogyakarta: Central Of Health Service Management Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. (4, p.4)
6. SAMBA, I. (2006). *Analisis Besaran Premi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Kabupaten Jembrana Propinsi Bali* (Doctoral dissertation, Universitas Gadjah Mada).
7. Intiasari, A. D. (2009). *Penetapan Paket Pelayanan Kesehatan dan Perhitungan Premi Program Pemeliharaan Kesehatan Mahasiswa Universitas Jenderal Soedirman Tahun 2007*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 12(04).
8. Destineldi, E.. (2010) *Estimasi minat membayar premi Paket Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) di Kabupaten Pasaman Barat Provinsi Sumatra Barat*, Tesis. Yogyakarta : UGM.
9. Sulastomo. (1997). *Asuransi Kesehatan*

- dan Managed Care.*
Jakarta : Asuransi
Kesehatan Indonesia.
(p.21)
10. Depkes RI. (2008).
*Kurikulum dan Modul
Pelatihan Aplikasi
SIM Jamkesmas
Berbasis WEB.* Jakarta:
Depkes RI. (p.99)
11. Masalanra,N. (2009).
Evaluasi utilisasi di
RSUD Undata Palu.
Tesis. Yogyakarta:
UGM.