

IMPLIKASI EKONOMIS PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN MELALUI JPKM: PROBLEM MORAL HAZARD

ECONOMIC IMPLICATONS OF HEALTH SERVICE FINANCING THROUGH JPKM: ITS MORAL HAZARDS

Bhisma Murti

Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret

ABSTRACT

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) has received great enthusiasms among many parties since its promulgation in 1992. One good thing about the concept includes its ambitious objective which incorporates provision of comprehensive quality care, cost control, and public financing through insurance. Inevitably, criticism and skepticism are pervasive. Due to the lack of encouraging experience, opponents argue that JPKM represents a Western model whose transfer to developing countries such as Indonesia is inappropriate. If, however, JPKM must proceed, then potential obstacles such as moral hazard should be known to planners and implementers and thereby appropriately tackled. Two economic implications may result from insurance. If premiums are charged actuarially fair, members would consume more services than are necessary, resulting in economic loss to insurer. If otherwise premiums are overpriced exceeding willingness-to-pay, members would withdraw and decide to self-insure. In cases where members are obliged to take insurance under the overpriced premiums, members would bear welfare loss. There are well-developed methods used to combat moral hazard, such as deductible, co-insurance, and high priority on inelastic health services. Moral hazard may also arise from the supplier side as a result of asymmetric information or inappropriate provider payment systems.

Key words: JPKM, moral hazard, actuarially fair premium, willingness-to-pay, welfare loss, deductible, co-insurance, inelastic health services, asymmetric information, provider payment system .

PENGANTAR

Sejak diluncurkan pemerintah tahun 1992, JPKM telah mendapatkan antusiasme luas dari berbagai pihak. Tujuan JPKM sangat indah sekaligus ambisius dengan keinginan merengkuh tiga tujuan secara bersamaan, yakni membiayai pelayanan kesehatan melalui asuransi, menyediakan pelayanan medik yang komprehensif dan berkualitas, serta mengendalikan biaya. Bahkan salah satu model yang diinginkan adalah mengintegrasikan dokter keluarga sebagai "gatekeeper" dalam sistem tersebut¹.

Terlepas dari daya tarik JPKM, artikel ini justru menganjurkan agar perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan JPKM di Indonesia dilakukan dengan seksama dan hati-hati. Ada beberapa alasan obyektif. Pertama, konsep yang menjadi acuan JPKM

adalah *managed care*. *Managed care* adalah model pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan yang dikembangkan di Amerika Serikat. Amerika Serikat adalah sebuah negara yang tidak saja kaya, tetapi juga mempunyai sejarah pelayanan medik yang panjang dan berbeda dengan Indonesia. *Managed care* telah berevolusi selama 60 tahun². Amerika Serikat mempunyai sejarah panjang dan pengalaman manajemen yang tertib di segala bidang termasuk manajemen keuangan dan pelayanan kesehatan. Amerika Serikat adalah salah satu negara paling demokratis di dunia dan konsumen memiliki *bargaining position* yang kuat disamping perusahaan asuransi dan profesi medik. Amerika Serikat memiliki sistem pelayanan kesehatan yang paling *market-oriented* di dunia. Semua prakondisi tersebut kondusif bagi perkembangan *managed care*.

Kedua, belum ada bukti empirik dan pengalaman yang menggembirakan implementasi JPKM di negara-negara berkembang maupun di Indonesia. Bahkan tidak sebatas JPKM, Indonesia juga belum memiliki sejarah yang bagus menyangkut asuransi kesehatan.

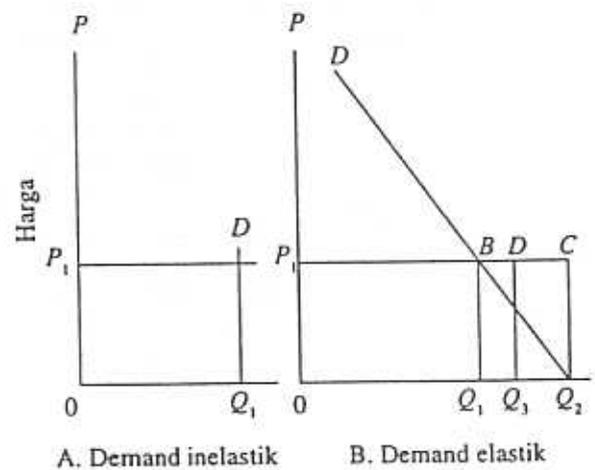
Sekalipun pengalaman empirik kurang, namun setidaknya-tidaknya secara teoretis hambatan-hambatan di segi pembiayaan melalui asuransi dapat diantisipasi dan diatasi. Artikel ini bertujuan mengupas salah satu implikasi penggalangan dana JPKM melalui sistem asuransi yang dikenal sebagai *moral hazard*, serta memeriksa akibatnya bagi peserta, JPKM dan pemberi pelayanan kesehatan.

PEMBAHASAN

Esensi pembiayaan pelayanan kesehatan melalui asuransi adalah perangkuman resiko (*risk pooling*)³. Perangkuman resiko terjadi ketika sejumlah besar individu yang memiliki prospek beresiko (sakit) sepakat untuk merangkum resiko kerugian (sakit) agar biaya resiko menjadi berkurang. Prinsip yang digunakan di sini adalah hukum jumlah besar (*law of large numbers*)^{3,4}. Biaya resiko yang berkurang berarti bahwa setelah seseorang membeli asuransi kesehatan, maka harga langsung yang harus ia bayar pada waktu memerlukan pelayanan medik akan turun. Jika ia membeli asuransi dengan cakupan penuh, maka harga itu menjadi nol. Lantas pertanyaan yang relevan adalah, apakah dengan demikian akan mempengaruhi perilaku konsumsi pelayanan kesehatan? Jawabannya, kemungkinan besar adalah ya.

Perhatikan Gambar 1 panel A. Andaikan probabilitas seseorang untuk sakit $p = 0.5$. Maka probabilitas untuk tidak sakit $1 - p = 0.5$. Andaikan permintaan pelayanan medik bersifat inelastik sempurna. Artinya, permintaan pelayanan sama sekali tidak terpengaruh perubahan harga pelayanan. Sebelum membeli asuransi, ia akan menggunakan pelayanan sebesar Q_1 dengan biaya $0.5 P_1 Q_1$. Tanpa memperhitungkan dulu *loading cost* (biaya menjalankan bisnis asuransi)⁴, maka polis asuransi yang *fair* secara aktuarial mengharuskan perusahaan asuransi mengenakan premi sebesar $0.5 P_1 Q_1$.

Sekarang andaikata permintaan pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan harga, tetapi juga pendapatan, harga barang-barang lainnya baik substitutif maupun komplementer, serta selera. Maka permintaan pelayanan medik bersifat elastik, dan dilukiskan sebagai kurva miring berlereng negatif seperti ditunjukkan Gambar 1 panel B. Lantas kalau saja seseorang tidak mengambil asuransi, maka ia akan menggunakan pelayanan kesehatan sebanyak Q_1 dengan biaya total $0.5 P_1 Q_1$. Apabila ia membeli asuransi, maka harga marginal pelayanan medik adalah 0, sehingga sesuai dengan kurva permintaannya, ia akan menggunakan pelayanan sejumlah Q_2 dengan biaya total $0.5 P_1 Q_2$ (ditunjukkan dengan segiempat OP_1CQ_2). Jelas OP_1CQ_2 lebih besar daripada segiempat OP_1BQ_1 .



Gambar 1. Permintaan pelayanan kesehatan dan *moral hazard*.

Permintaan berlebihan pelayanan yang bersifat elastik sebagai respon terhadap berkurangnya biaya marginal pelayanan dan bergesernya resiko perorangan ke resiko kelompok setelah konsumen mengambil asuransi, merupakan problem yang disebut *moral hazard*^{3,5,6,7,8}. Implikasi ekonomisnya adalah, jika badan penyelenggara JPKM mengenakan premi yang *fair* secara aktuarial, yakni seharusnya $0.5 P_1 Q_1$, maka JPKM akan mengalami kerugian, sebab pembayaran premi seharusnya $0.5 P_1 Q_2$ lebih besar daripada $0.5 P_1 Q_1$. Sebaliknya, jika badan penyelenggara JPKM mengenakan premi $0.5 P_1 Q_2$, maka konsumen tidak akan membeli asuransi.

si. Sebab premi tersebut melebihi jumlah pengeluaran rata-rata konsumen kalau ia mengelola sendiri uangnya untuk menutup biaya medik (*self-insure*).

Konsumen mungkin mau membayar sedikit lebih besar daripada $0.5 P_1 Q_1$ untuk menghindari resiko, sepanjang tidak melebihi kemauan untuk membayar (*willingness-to-pay*), misalnya dengan biaya marginal sebesar $Q_1 BD_3$. Meski tidak dijelaskan secara grafik pada bahasan kita kali ini, namun pada prinsipnya kemauan untuk membayar tergantung kepada seberapa besar ia memiliki sifat penghindar resiko (*risk-averse*). Perilaku terhadap resiko dapat dilihat dari besarnya konkavitas (baca: cekungan) kurva *diminishing marginal utility of wealth* dari konsumen tersebut terhadap absis^{4,5}. Makin *risk-averse*, makin besar *willingness-to-pay* dari konsumen.

Manfaat marginal ketika konsumen membayar tambahan premi sebesar $Q_1 BD_3$, dapat diukur dengan kawasan di bawah kurva permintaannya, yaitu $BFQ_1 Q_3$. Segitiga sisanya, yakni BDF , menunjukkan kerugian kesejahteraan (*welfare loss*) konsumen karena ia membeli pelayanan kesehatan lebih banyak daripada optimal. Keadaan itu merupakan kerugian kesejahteraan, sebab biaya sumberdaya marginal $BDQ_1 Q_2$ melebihi manfaat marginal $BFQ_1 Q_3$, sebesar segitiga BDF .

Dari sudut pandang konsumen, *moral hazard* sesungguhnya merupakan perilaku ekonomi yang rasional. Dengan rasional dimaksudkan, menentukan pilihan yang terbaik untuk mencapai tujuan dengan keterbatasan-keterbatasan sumberdaya yang dihadapi. Jadi sesungguhnya konsumen telah menilai peran asuransi dengan akurat untuk menghadapi resiko biaya medik saat sakit dengan cara meningkatkan kemampuan membayar (*ability to pay*) melalui asuransi. Dari sudut pandang JPKM, *moral hazard* menyebabkan *over*-utilisasi, meningkatkan biaya pelayanan kesehatan, dan akhirnya meningkatkan harga premi.

Dalam industri asuransi dikenal beberapa metode untuk "mengobati" *moral hazard*, antara lain: *deductible*, *co-insurance*, dan pemberian prioritas kepada pelayanan-pelayanan inelastik^{3,5,6,7,8}. Akan

halnya apakah obat itu mujarab atau tidak, dan menimbulkan atau tidak menimbulkan "efek samping", akan kita bahas pada artikel lain. Namun sementara itu dapat kita ketahui dulu bahwa dengan *deductible* dimaksudkan, jumlah biaya pelayanan kesehatan yang menjadi tanggungjawab peserta asuransi untuk dibayar sebelum menerima manfaat asuransi. Dengan kata lain, manfaat asuransi belum akan jalan sebelum peserta membayar dulu *deductible*.

Dengan *co-insurance* (disebut juga *co-payment*) dimaksudkan, fraksi biaya kesehatan yang harus dibayar peserta asuransi. Misalkan biaya medik diperkirakan Rp. 1.000.000, dengan tingkat ko-asuransi 20 persen, maka peserta berbagi biaya sebesar Rp. 200.000. Perusahaan asuransi/ JPKM membayar sisanya, yakni Rp. 800.000. Dengan ko-asuransi peserta berbagi biaya (*cost-sharing*) atas kerugian yang dialami, sehingga terdorong untuk meminimalkan biaya. Seringkali *deductible* dikombinasikan dengan *ko-asuransi*. Misalkan peserta harus membayar Rp. 25.000 pertama dari biaya medik yang dikeluarkan. Selanjutnya ia membayar 20 persen dari setiap rupiah pertambahan pengeluaran medik. Kebijakan ini dikatakan menerapkan *deductible* Rp. 25.000, dan tingkat ko-asuransi 20 persen.

Selain itu, *moral hazard* pasien dapat dihindari dengan memberikan prioritas tinggi kepada jenis-jenis pelayanan kesehatan yang bersifat inelastik dan prioritas rendah kepada pelayanan yang elastik³.

Sejenis *moral hazard* lainnya timbul ketika pemberi pelayanan medik meresepkan pengobatan lebih banyak daripada yang diperlukan, disebut *moral hazard* dokter^{5,9}. Sebagai contoh, sektor swasta pelayanan medik menggunakan teknologi kedokteran padat modal ketika sesungguhnya teknologi yang lebih sederhana sudah memadai. Pengobatan berlebihan dapat timbul akibat asimetri informasi antara pasien dan dokter. Pasien tidak mengetahui bahwa mereka sedang menerima tes laboratorik atau obat-obatan yang tak perlu. Problem ini bisa terjadi ketika sistem pembayaran dilakukan retrospektif kepada dokter atas pengeluaran sesungguhnya dari setiap pelayanan medik yang diberikan

(misalnya, *fee-for-service/FFS*). Segi baik sistem pembayaran yang diadopsi JPKM dari *managed care* tampaknya adalah *prospective payment system (PPS)* yang bersifat tetap untuk jenis pelayanan medik sesuai dengan kesepakatan antara JPKM dan pemberi pelayanan medik^{1,2}. Pemberi pelayanan medik harus memikul sendiri kerugian jika pengeluaran sesungguhnya dari pelayanan medik yang diberikan lebih besar daripada biaya yang sudah disepakati dan sudah diberikan di muka. Dengan cara itu maka dokter dibuat sadar atas implikasi-implikasi biaya dari keputusan terapinya, sehingga mendorong untuk mengontrol biaya.

Diskusi di atas mengungkapkan bahwa dari aspek *moral hazard* saja asuransi membawa implikasi mis-alokasi sumberdaya yang akhirnya merupakan beban biaya bagi masyarakat (*social cost*). Jika demikian halnya, lantas apa alasan normatif menganjurkan masyarakat mengikuti asuransi/JPKM? Perlu dicatat bahwa analisis kita di atas hanya memusatkan perhatian kepada aspek biaya. Orang membeli asuransi kesehatan dan mau mengeluarkan biaya-biaya adalah untuk melindungi mereka terhadap resiko dari kerugian-kerugian yang bisa sangat besar. Perlindungan terhadap resiko kerugian yang lebih besar itulah merupakan manfaat utama yang menyeimbangkan dengan kerugian-kerugian yang kita bahas tadi.

KESIMPULAN

Meski secara konseptual JPKM merupakan model yang indah, namun perencanaan, implementasi, dan pemantauan perlu dilakukan dengan seksama dan hati-hati. Jika asuransi merupakan pilihan penggalangan dana JPKM, maka beberapa implikasinya perlu diantisipasi dan diatasi. Salah satu hambatan tersebut adalah *moral hazard*, yakni penggunaan pelayanan medik secara berlebihan akibat berkurangnya biaya marginal pelayanan dan bergesernya resiko perorangan ke resiko kelompok. Prioritas kepada jenis pelayanan yang inelastik, *de-*

ductible, dan ko-asuransi, merupakan cara-cara untuk mengatasi *moral hazard*. *Moral hazard* dapat juga timbul dari pihak pemasok pelayanan medik, akibat asimetri informasi atau sistem pembayaran pemberi pelayanan yang kurang tepat. Pembiayaan dengan asuransi sesungguhnya berimplikasi pada meningkatnya biaya sosial. Namun, manfaat utama membeli asuransi JPKM adalah untuk melindungi peserta dari resiko kerugian sakit yang lebih besar.

KEPUSTAKAAN

1. Azwar, A. Peranan Dokter Keluarga dalam Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 1997, Oct. 9; 9: 585-89.
2. Kongsvedt, PR. *The Managed Care: Health Care Handbook*. Gaithersburg, MD: Aspen Publication, Inc., 1989.
3. Mills, A. *Economic Aspects of Health Insurance*. In Kenneth Lee and Ann Mills (eds.): *The Economics of Health in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press, 1985.
4. Friedman, LS. *Microeconomic Policy Analysis*. New York: McGraw-Hill, Inc., 1984.
5. Folland, S, Goodman, AC, dan Stano, M. *The Economics of Health and Health Care*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1993.
6. Donaldson, C, dan Gerard, K. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. Hampshire: The Macmillan Press Ltd., 1993.
7. McGuire, A, Henderson, J, dan Mooney, G. *The Economics of Health Care*. New York: Routledge, 1988.
8. Jacobs, P. *The Economics of Health and Medical Care*. Rockville, MD: Aspen Publishers, Inc., 1987.
9. Jimenez, E. *Pricing Policy in The Social Sectors*. In Mahmud Khan: *Health Economics for Developing Countries (Coursework Module)*. New Orleans: Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, 1991.