

EVALUASI PROGRAM PKPS-BBM TAHUN 2005 BIDANG KESEHATAN DI PROPINSI SUMATRA UTARA

Oleh : Ari Subowo

ABSTRACT

Increasing health access and quality of health services for poor is needed now days. Health Department through reducing oil subsidy programme allocated financial in order to tackle the problem of low access and services for poor households. This programme strategy is giving free access on basic health services and collaborated with PT.Asuransi Kesehatan (Health Insurance Services) in order to manage these services by means equity and quality. Based on research results is still found that distribution on health card has many obstacles such as administrative boundaries, socialization is lack due to low capacity and schedule, while most of poor society did not know what actually the outcome of programme. Local government tend to reject the programme because they realized that the programme should not privatized centrally, local government have to decided own self what the strategy implementation would be implemented.

Keywords: *Evaluation, health service, local government*

A. PENDAHULUAN

Dana dari Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) berupa kenaikan harga minyak pada bulan Maret (rata-rata 60%) dan Oktober (rata-rata 108%) di tahun 2005 oleh pemerintah dialokasikan ke dalam empat program utama bagi penduduk miskin dan tidak mampu; yakni *program bantuan tunai langsung (BTL), bantuan operasional sekolah (BOS), pelayanan kesehatan gratis, dan infrastruktur desa*. Tujuan keempat program tersebut dalam jangka pendek adalah untuk mengurangi dampak kenaikan harga bahan bakar minyak dan dalam jangka panjang untuk menanggulangi kemiskinan.

Program pelayanan kesehatan gratis bagi penduduk miskin ini bertujuan *meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, utamanya bagi penduduk miskin dan tidak mampu*, agar memperoleh taraf kesehatan yang lebih baik. (Pedoman Pelaksanaan Departemen Kesehatan, 2005). Program dimulai awal tahun 2005, mencakup seluruh sarana pelayanan pemerintah di kabupaten/kota se-Indonesia dengan alokasi budget Rp. 3.875 trilyun setahun (Depkeu, 2005). Pada intinya, PKPS-BBM 2005 Bidang Kesehatan memberikan pelayanan gratis bagi penduduk miskin dan tidak mampu di Puskesmas dan jaringannya; dan pelayanan rujukan dan rawat inap kelas tiga gratis di

Rumah Sakit Pemerintah/Balai Pengelolaan dan Pelayanan Pengobatan (BP4) dan dan Rumah Sakit swasta yang ditunjuk.

Dibandingkan dengan program pelayanan gratis bagi penduduk miskin yang telah dijalankan sejak 1998-2004 sebagai Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) program tahun 2005 memiliki beberapa perbedaan. Pertama, bukan lagi berupa bantuan pendanaan yang disalurkan langsung kepada provider, namun memakai pengelola dana yakni PT. Asuransi Kesehatan (Askes) yang membayar rumahsakit berdasarkan klaim selama dua semester dan puskesmas secara kapitasi pada semester pertama (Pada semester kedua, pembiayaan puskesmas dilakukan langsung tidak melalui PT. Asuransi Kesehatan). Kedua, berbeda dengan Rp.20.000,-/keluarga pertahun pada periode 1998-2004, biaya untuk pelayanan gratis 2005 adalah Rp.5000,- per kapita per bulan yang diserahkan kepada PT. Asuransi Kesehatan dengan 5% untuk *management fee* PT. Asuransi Kesehatan dan 5% untuk pelayanan tidak langsung, 90% untuk pelayanan kesehatan dengan Rp.1000,- per kapita untuk puskesmas dan selebihnya untuk pelayanan rujukan/ rumah sakit. Perubahan yang cukup besar ini membutuhkan evaluasi untuk perbaikan dan penyempurnaan program di masa datang. Evaluasi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak

(PKPS-BBM) Tahun 2005 Bidang Kesehatan secara umum bertujuan dapat diperoleh data/informasi tentang proses pelaksanaan program, menemukan masalah dan kendala program serta mencari pemecahan dan perbaikannya; untuk perbaikan program tahun 2007 ke depan. Tujuan khususnya mencakup hal-hal berikut:

1. Penetapan populasi sasaran: cara penetapan, kesamaan penggunaan metode dan indikator antar instansi, efektivitas penetapan sasaran.
2. Kartu identitas sasaran: jumlah dan lokasi Kartu Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin yang telah dibagikan, proses distribusi, strategi terhadap kartu (kartu sehat) yang sekarang telah berlaku untuk pelayanan gratis.
3. Strategi sosialisasi: pokok-pokok strategi, lembaga yang terlibat, media yang dipilih dan sebagainya.
4. Transparansi informasi: pemahaman instansi terkait tentang regulasi dan kerangka pelaksanaan program, keterlibatan puskesmas/posyandu/RS.
5. Pelayanan yang dicakup dalam program.

Sistem Kesehatan Dalam Perspektif Pembangunan

Tujuan yang ditetapkan dari sistem kesehatan adalah untuk memperbaiki kesehatan masyarakat. Jika sistem kesehatan tidak berkontribusi untuk memperbaiki

kesehatan, kami akan memilih untuk tidak memilikinya. Kesehatan masyarakat harus merefleksikan kesehatan individu selama hidupnya dan mengikutsertakan mortalitas prematur dan hasil kesehatan yang tidak-fatal sebagai komponen pokoknya. Kami prihatin akan tingkat rata-rata kesehatan masyarakat dan dengan ketidaksetaraan distribusi kesehatan dalam masyarakat (Murray dan Julio Frenk, 2005)

Tujuan intrinstik yang kedua adalah untuk meningkatkan sistem kesehatan yang memenuhi harapan dari masyarakat, yaitu :

1. Hormat bagi martabat. Sistem kesehatan mungkin dapat mencapai tingkat kesehatan yang lebih tinggi dengan mengurung individu yang berpenyakit menular atau mensterilkan individu yang memiliki kelainan gen, namun ini akan menjadi suatu pelanggaran terhadap hak asasi manusia. Hormat bagi martabat juga termasuk interaksi dengan penyalur, seperti kesopansantunan dan sensitifitas pada saat-saat yang mungkin memalukan dari interogasi klinis atau eksplorasi fisik.

2. Hormat bagi otonomi individu. Seseorang harus dapat bertindak secara otonomi pada saat menentukan pilihan mengenai kesehatannya. Para individu, ketika mampu, atau penyalurnya, harus berhak untuk memilih intervensi yang mereka dapat atau tidak dapatkan.

3. Hormat bagi kerahasiaan.

Pada saat interaksi dengan sistem kesehatan, para individu harus berhak untuk menjaga kerahasiaan dari informasi kesehatan mereka. Hormat bagi kerahasiaan menjadi tujuan instrumental dalam memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan; ketika para individu memiliki kepercayaan diri bahwa kerahasiaan dari informasi kesehatannya akan dihormati, mereka akan lebih mungkin memberikan informasi sejarah kesehatan pada unit pelayanan kesehatan. Selain itu, hormat bagi kerahasiaan secara intrinsik berharga karena ini menjunjung tinggi maksud inti dari privasi dan pengawasan individu mengenai informasi pribadi.

Komponen yang kedua dapat disebut sebagai "orientasi klien", dan ini termasuk beberapa dimensi dari kepuasan konsumen yang bukan merupakan fungsi dari perbaikan kesehatan. Orientasi klien memiliki empat aspek.

1. Perhatian yang tepat pada kebutuhan kesehatan. Survei kepuasan penduduk terhadap pelayanan kesehatan secara rutin memperlihatkan bahwa perhatian yang tepat adalah dimensi yang pokok. Para individu menghargai perhatian yang tepat karena ini akan mengarah pada hasil kesehatan yang lebih baik; nilai instrumental ini ada di dalam

penetapan tujuan dari kesehatan. Para individu juga dapat menghargai perhatian yang tepat karena ini dapat menenangkan ketakutan dan masalah yang datang pada saat menunggu diagnosa atau perawatan. Kedua nilai intrinsik dan instrumental dari perhatian yang tepat secara kritis dipengaruhi oleh factor-faktor seperti fisik, sosial dan akses finansial.

2. Fasilitas dasar. Fasilitas dasar dari pelayanan kesehatan, seperti ruang tunggu yang bersih atau ranjang dan makanan yang cukup di rumah sakit, adalah aspek yang sering dinilai tinggi oleh penduduk.

3. Akses ke jaringan dukungan sosial bagi individu yang mendapatkan perawatan. Meskipun perawatan tersedia secara cepat, jika ini disediakan jauh dari keluarga dan komunitas individu tersebut, maka akses ke jaringan dukungan sosial selama perawatan dan penyembuhan dapat terhambat. Sebuah harapan untuk akses ke jaringan dukungan sosial bukan hanya sebuah tujuan instrumental, karena ini dapat meningkatkan hasil kesehatan, namun ini juga merupakan atribut intrinsik yang dihargai.

4. Pilihan dari penyalur dan individu yang menyediakan pelayanan. Pasien dapat ingin memilih sendiri siapa yang memberikan pelayanan. Masalah

ini paling sering ada bagi penyalur individu, dan hanya sekunder bagi lembaga yang menyediakan pelayanan. Pilihan adalah komponen yang masuk akal dalam tanggapan dan mengambil kepentingan yang lebih tinggi seperti hal lainnya dalam daftar ini yang telah dipuaskan.

Kondisi kesehatan, masih memprihatinkan bukan hanya pada tingkat rata-rata dari tanggapan, namun juga dengan ketidaksetaraannya dalam distribusi. Masalah bagi distribusi tanggapan diantara para individu berarti secara tidak langsung berkaitan dengan perbedaan yang berkenaan dengan sosial, ekonomi, demografi, dan faktor lainnya.

Keadilan dalam kontribusi finansial

Supaya adil, pembiayaan dari sistem kesehatan harus menghadapi dua tantangan pokok. Pertama, rumah tangga jangan sampai menjadi miskin, atau membayar bagian yang berlebihan dari pendapatan mereka dalam mendapatkan perawatan kesehatan yang dibutuhkan. Dengan kata lain, keadilan dalam kontribusi finansial membutuhkan tingkat kepentingan dalam pengelompokan risiko finansial. Kedua, rumah tangga yang miskin harus membayar lebih sedikit daripada rumah tangga yang kaya. Bukan saja rumah tangga yang

miskin berpendapatan lebih sedikit, tetapi bagian yang lebih besar dari pendapatannya dipergunakan untuk kebutuhan yang mendasar, seperti makanan atau tempat tinggal. Kontribusi kepada sistem kesehatan harus merefleksikan perbedaan ini dalam pendapatan yang dapat dikeluarkan antara yang kaya dan yang miskin.

Pertimbangan-pertimbangan ini diartikan ke dalam usul yang normatif bahwa setiap rumah tangga harus membayar bagian yang adil terhadap biaya sistem kesehatan. (Dalam kasus rumah tangga yang sangat miskin, "bagian yang adil" dapat berarti tidak ada pembayaran sama sekali). Pembayaran harus berdasarkan pendapatan dan secara kebanyakan seharusnya tidak boleh merefleksikan penggunaan pelayanan atau risiko. Gagasan yang dapat diterima mengenai bagian yang adil bagi fakir miskin tergantung dari peranan yang diberikan kepada sistem kesehatan dalam distribusi ulang pendapatan umum. Dalam beberapa keadaan politik, dapat lebih mudah untuk mendistribusi ulang pendapatan dengan memberikan pelayanan gratis bagi fakir miskin daripada melalui mekanisme distribusi ulang yang langsung. Dari pandangan sistem kesehatan, meskipun demikian, mungkin harus dianggap bahwa masyarakat mendistribusikan ulang pendapatan umum melalui mekanisme yang lain, seperti pengiriman langsung, ketika

mengevaluasi keadilan dalam kontribusi finansial. Penerimaan sosial yang luas dari mekanisme finansial membutuhkan bahwa semua orang yang berkontribusi sebagian yang adil dapat mengarah ke pembiayaan kesehatan yang lebih berkesinambungan.

Pembiayaan yang adil dimulai dari perspektif *ex post* karena ini mengarah ke pembayaran rumah tangga yang lalu bagi pelayanan kesehatan melalui segala mekanisme (anggaran belanja yang keluar dari kantong, asuransi sukarela pribadi, asuransi sosial, perpajakan umum, pemotongan pajak) dibandingkan dengan pendapatan mereka. Pandangan *ex post* ini sangat dekat berhubungan dengan pandangan *ex ante* dari risiko yang dihadapi rumah tangga untuk pengeluaran pelayanan kesehatan di tahun-tahun mendatang. Sebenarnya, distribusi *ex post* dari anggaran belanja kesehatan rumah tangga adalah perwujudan dari distribusi *ex ante* pada risiko finansial. Perbedaan dari kedua ini pada penduduk adalah pengaruh dari kesempatan. Perbedaan ini dapat dipertimbangkan bagi sampel rumah tangga yang kecil, namun tidak untuk yang besar. Dalam istilah lain, distribusi *ex post* tertentu pada anggaran belanja kesehatan rumah tangga dapat disebabkan oleh distribusi yang cukup kecil jangkauannya dari risiko anggaran belanja *ex ante*. Karena hubungan yang dekat antara keduanya, tujuan dari pembiayaan

yang adil meliputi masalah mengenai perlindungan risiko finansial bagi penduduk.

Tingkat dari pembiayaan kesehatan adalah pilihan kebijakan yang pokok dalam masyarakat manapun, tetapi ini bukan tujuan intrinsik. Dimana selalu didambakan untuk mencapai kesehatan yang lebih dan tanggapan yang lebih, secara intrinsik tidak berharga untuk menghabiskan uang yang terus meningkat jumlahnya untuk sistem kesehatan. Sebenarnya, yang berarti adalah beban finansial yang seharusnya di-distribusikan secara merata di semua kelompok. Tingkat dari sumber yang diinvestasikan dalam sistem kesehatan adalah faktor yang tidak tetap dalam dimana kinerja itu diukur, dan dalam bagian berikut ini kami menekankan pentingnya membandingkan sumber sistem kesehatan ketika menilai pencapaian tujuan.

Kerangka yang diajukan secara langsung berhubungan dengan konsep kualitas, kesetaraan dan efisiensi. Maka tingkat dari pencapaian tujuan untuk kesehatan dan tanggapan dapat dianggap sebagai kualitas keseluruhan dari sistem kesehatan. Ini adalah konsep yang lebih luas dari yang difokuskan oleh definisi kualitas pada pelayanan kesehatan pribadi sendiri. Seperti yang akan dijelaskan lebih lanjut dibawah, kualitas adalah bagian dari pencapaian tujuan secara keseluruhan, bukan sebuah ukuran kinerja.

Masyarakat akan tak terelakkan berbeda dalam kepentingan yang mereka berikan pada komponen-komponen ini. Meskipun demikian, kami percaya bahwa tujuan dari perbandingan global ini akan berguna untuk mengembangkan sebuah konsensus fungsi kepentingan. Ini akan membuat ukuran gabungan untuk kedua pencapaian tujuan dan efisiensi yang akan dihitung untuk sistem kesehatan. Konsensus fungsi kepentingan untuk perbandingan global harus dibangun pada kerangka dengan nilai yang umum, dan mengambil pertimbangan ukuran empiris dari kepentingan individu untuk tujuan yang berbeda dalam masyarakat yang beragam. Pada akhirnya, penggunaan ukuran gabungan dari pencapaian tujuan akan menjadi terbatas, namun seperti lampiran Pembangunan Manusia, ini dapat memberikan peningkatan perhatian pada kinerja sistem kesehatan dan faktor-faktor yang menerangkan kinerja tersebut.

B. PEMBAHASAN

1. Penetapan Sasaran

Desain awal penetapan target PKPS-BBM 2005 Bidang Kesehatan mengacu kepada data agregat Biro Pusat Statistik (BPS) yang untuk tahun 2004 mencapai 16.7% penduduk atau 36.1 juta jiwa. Penugasan PT. Asuransi Kesehatan untuk mengelola jaminan kesehatan bagi 36.1 juta jiwa mendorongnya menjanjikan kartu pengenalan berfoto

per individu seperti yang berlaku dalam asuransi sosial pegawai negeri sipil, berbeda dengan penerapan kartu pengenal (kartu sehat dll) berbasis keluarga dalam program PKPS-BBM Bidang Kesehatan bermodel Jaring Pengaman Sosial di tahun-tahun sebelumnya. Penerbitan dan distribusi kartu menjadi tugas PT. Asuransi Kesehatan, setelah menerima daftar penduduk miskin yang diidentifikasi Pemerintah Daerah melalui mekanisme dari bawah (antara lain dengan menggunakan data BKKBN) sebagaimana telah berlaku di tahun-tahun sebelumnya.

PT. Asuransi Kesehatan mendistribusikan blanko kartu ke PT. Asuransi Kesehatan Cabang. Pada daerah dimana daftar penduduk miskin telah diberikan oleh Pemerintah Daerah, PT. Asuransi Kesehatan melakukan pengambilan foto sasaran, memproses penerbitan kartu berfoto dan membagikan kartu tersebut kepada pemilik foto. Pada pelaksanaannya, pembuatan dan distribusi kartu berfoto mengalami hambatan, karena:

a. Terjadi hambatan pada identifikasi sasaran oleh Pemerintah Daerah. Jumlah penduduk miskin hasil identifikasi umumnya lebih besar dibandingkan jumlah yang tersedia dalam kuota. Pemerintah Daerah tidak ingin mengurangi penduduk miskin yang teridentifikasi karena dapat menimbulkan keresahan sosial. Pemerintah Daerah yang memiliki sumber dana dapat

menampung kelebihan kuota dengan program daerahnya. Namun di banyak daerah, perbedaan ini menghambat proses penerbitan kartu.

- b. Pemotretan gagal karena faktor teknis, sosial dan psikologis. Kartu berfoto yang terselesaikan menjadi sedikit. Banyak kartu akhirnya diterbitkan tanpa foto.
- c. Distribusi kartu gagal karena faktor teknis, sosial dan administratif. Kapasitas PT. Asuransi Kesehatan untuk membagi kartu kepada pemiliknya tidak memadai. Penitipan distribusi kartu kepada Dinkes, Puskesmas atau Desa terhambat karena pihak yang dititipi tidak merasa distribusi kartu sebagai tugasnya, juga akibat tidak jelasnya hubungan PT. Asuransi Kesehatan cabang dengan Pemerintah Daerah.

Secara keseluruhan, terjadi reaksi negatif terhadap distribusi kartu. Pemerintah Daerah segan menyerahkan daftar penduduk miskin, pemotretan gagal karena kendala teknis/sosial/ psikologis, banyak pihak takut membagi kartu. Dengan demikian, harapan agar seluruh penduduk miskin dapat dicakup dalam program PKPS-BBM 2005 Bidang Kesehatan tidak tercapai, seperti tergambar dalam temuan studi lapangan yang dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. BPS selaku instansi yang diberi kewenangan mendata rumah-tangga miskin minimal setahun

- sekali, belum memiliki sistem identifikasi perorangan penduduk miskin di bidang kesehatan, sehingga belum dapat sepenuhnya berperan dalam penetapan sasaran PKPS-BBM Bidang Kesehatan untuk individu miskin.
- b. Tidak semua penduduk miskin dapat dicakup oleh program dalam sistem kuota terbatas.
 - c. Sebagai identitas, untuk memperoleh pelayanan cuma-cuma, sebagian besar pengguna pelayanan kelas 3 di Rumah Sakit menggunakan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) yang berpotensi penyalahgunaan.

2. Sosialisasi Program

Sosialisasi program yang berdesain baru untuk PKPS-BBM 2005 Bidang Kesehatan disadari perlu dilakukan. Karena itu, dalam konsep program disediakan anggaran untuk sosialisasi dan konsultasi/komunikasi dengan label sebagai 'pelayanan tidak langsung' sebesar 5% dari anggaran program seluruhnya. Dana yang ditangani PT. Asuransi Kesehatan ini, pada semester dua dilengkapi lagi dengan anggaran *safeguarding* pada Depkes dan jajarannya. Topik sosialisasi adalah pedoman program, yakni pedoman pada semester satu dan Pedoman Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rawat Jalan Rujukan dan Rawat Inap Klas 3 Rumahsakit yang Dijamin Pemerintah.

Dalam pelaksanaannya, sosialisasi mula-mula dilakukan bersama oleh Depkes-PT. Asuransi Kesehatan terhadap pejabat Dinkes Provinsi-PT. Asuransi Kesehatan di Jakarta, dilanjutkan dengan sosialisasi regional dan provinsi dengan narasumber pusat hingga mencakup para pejabat Dinkes Kab/Kota dan PT. Asuransi Kesehatan setempat. PT. Asuransi Kesehatan juga melakukan sosialisasi intern dengan jajaran regional dan cabang-cabangnya di samping sosialisasi bersama tersebut. Materi utama adalah buku pedoman, yang biasanya masih berbentuk fotocopi, bukan cetakan permanen. Kegiatan ini didanai dari anggaran yang ditangani PT. Asuransi Kesehatan dengan dana talangan sebelum anggaran PKPS-BBM semester pertama turun. Pada semester dua, dengan terbitnya pedoman baru, dilakukan sosialisasi serupa. Kali ini dengan dukungan dana dari anggaran belanja tambahan melalui kegiatan *safeguarding* Depkes. Sosialisasi yang seyogyanya dilakukan sebelum program, baru dilakukan mulai bulan Oktober ketika dana semester dua cair. Buku pedomannya bahkan belum selesai dicetak atau didistribusi pada waktu sosialisasi berlangsung.

Sebagai langkah awal yang sangat penting dalam upaya memberi pemahaman tentang suatu kebijakan, peraturan, atau program yang akan diberlakukan kepada pihak lain. Sosialisasi diharapkan dapat memberi pemahaman kepada pihak lain untuk mengikuti kebijakan,

peraturan, atau program yang akan diberlakukan. Namun pada kenyataannya, sosialisasi ini terlambat dilakukan. Sosialisasi dilaksanakan setelah program berjalan, bukan sebelumnya, dan hanya dilaksanakan secara terbatas di kalangan aparatur/birokrasi pemerintahan, tidak menjangkau masyarakat miskin sebagai sasaran program.

Masalah lain dalam sosialisasi program ini adalah isi sosialisasi yang terbatas sehingga tidak semua stakeholders memahami program dengan baik, terutama masyarakat miskin yang masih kurang memahami tatacara pemanfaatan kartu Asuransi Kesehatankin dan seterusnya. Mereka tahunya dengan menggunakan kartu bisa berobat gratis di puskesmas dan rumah sakit. Pada saat menggunakan pelayanan mereka bingung dengan banyaknya persyaratan yang harus disertakan, banyaknya loket, ruangan, dan mekanisme pengurusan yang belum mereka pahami. Istilah-istilah dalam rumah sakit, seperti kata "rujukan" tidak dimengerti. Obat dalam daftar penjaminan dan di luar daftar juga tidak dimengerti. Yang mereka tahu hanyalah orang miskin tidak bayar kalau berobat di rumah sakit pemerintah. Yang menjadi pertanyaan besar mereka adalah mengapa ketika berobat di RS (Rumah Sakit) masih harus membeli obat di luar, "*Katanya gratis, kok masih beli obat*". Disamping masalah di atas juga ada peluang yang tersedia untuk peningkatan

sosialisasi program di masa datang, yaitu kapasitas sosialisasi pada jajaran kesehatan yang sudah eksis dapat dikembangkan dan desentralisasi yang mendorong pemberdayaan peran pemerintah daerah, termasuk dalam program pengentasan kemiskinan secara terpadu di bidang kesehatan.

3. Pemanfaatan Dana Program

Dalam menjelaskan pemanfaatan dana, yang paling penting adalah pemanfaatan langsung oleh masyarakat sebagai kelompok *beneficiaries* (pemanfaat program). Dengan demikian seluruh dana yang disediakan pemerintah dan dikelola oleh beberapa lembaga haruslah mengacu pada upaya untuk memberi pelayanan kepada masyarakat utamanya masyarakat miskin. Pada awal tahun 2005 (semester I) dalam program JPK-MM ini, dana dari pemerintah Pusat APBN-DIPA 2005 sebesar 1 trilyun belum cair. Maka untuk menjalankan program tersebut, pemerintah menugaskan PT. Asuransi Kesehatan untuk memantau dana dan kemungkinan sisa dana tahun anggaran 2004. Pemerintah juga meminta PT. Asuransi Kesehatan untuk menyiapkan dana talangan guna menjalankan program tersebut. Sisa dana tahun 2004 yang tidak begitu jelas jumlahnya dan masih ada di masing-masing daerah (Puskesmas dan Bidan di Desa), diarahkan oleh Pemerintah untuk dipergunakan bagi kelancaran pemberian pelayanan kesehatan di

daerah (Bidan di Desa, Puskesmas dan RS).

Pada semester I, sisa dana tahun 2004 digunakan untuk pelayanan kesehatan dasar Puskesmas dan persalinan. PT. Asuransi Kesehatan dalam semester I juga memberikan dana kapitasi ke setiap Puskesmas untuk rawat jalan dan rawat inap serta jasa medik dan obat-obatan. Dana kapitasi oleh Dinas Kesehatan digunakan untuk pembelian obat dan jasa medik Puskesmas. PT. Asuransi Kesehatan juga memberikan dana dengan mekanisme klaim kepada rumah sakit melalui MOU (*Memorandum of Understanding*), untuk memberi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin berupa rawat jalan dan rawat inap kelas III. Untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap di RS dapat dilayani dengan gratis dengan syarat menunjukkan tanda pengenal sebagai penduduk miskin. Bukti masyarakat miskin yang paling tepat adalah dengan memperlihatkan kartu Asuransi Kesehatan, selebihnya dapat menggunakan surat keterangan dari pemerintah seperti Kartu Putih (Kartu Keluarga Miskin-JPS) atau Surat Keterangan Tidak Mampu. (SKTM). Hasil pemantauan pemanfaatan pelayanan kesehatan gratis ini, menemukan masih banyak yang menggunakan kartu SKTM. Disamping itu, PT. Asuransi Kesehatan juga mengelola dana pelayanan kesehatan tidak langsung yang dapat dimanfaatkan untuk administrasi kepesertaan, sosialisasi,

penyuluhan dan biaya tim koordinasi Pusat, serta untuk operasional PT. Asuransi Kesehatan sendiri.

Realisasi penyerapan dana oleh PT. Asuransi Kesehatan pada semester II (menurut laporan triwulan III PT. Asuransi Kesehatan) menunjukkan bahwa dana yang dimanfaatkan untuk masyarakat baru 43% dari dana yang telah diterima PT. Asuransi Kesehatan. Alasan yang dikemukakan oleh PT. Asuransi Kesehatan atas rendahnya pemanfaatan dana ini adalah :

- a. Masih adanya sisa dana tahun 2004 yang berada di Puskesmas sehingga pemberian dana (terutama semester I) untuk kapitasi tidak semuanya.
- b. Sosialisasi program belum optimal
- c. Sulitnya mendapatkan rekanan untuk pemotretan sehingga administrasi kepesertaan dan distribusi kartu belum lengkap
- d. Tim koordinasi Pusat belum bekerja dengan optimal, beberapa kegiatan komunikasi telah dilakukan namun belum direalisasikan.
- e. Penyuluhan langsung ke masyarakat juga belum dilakukan dengan optimal.

4. Penanganan Keluhan

Berdasarkan Pedoman Pelaksanaan yang ditetapkan oleh Depkes, penanganan pengaduan masyarakat dan penyelesaian keluhan merupakan bagian dari

kegiatan *safeguarding*. Penyampaian keluhan dapat disampaikan oleh masyarakat penerima pelayanan, masyarakat pemerhati dan petugas pemberi pelayanan serta petugas pengelola. Pada prinsipnya, semua pengaduan harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat. Penanganan keluhan dilakukan secara terstruktur dan berjenjang. Penanganan dan penyelesaian pengaduan dapat memanfaatkan Unit Pengaduan Masyarakat (UPM) dan forum-forum yang telah ada. Pengumpulan dilakukan baik secara pasif maupun proaktif. Penyelesaian pengaduan terlebih dahulu ditangani dan diselesaikan oleh forum yang terdekat dengan sumber pengaduan. Apabila terjadi kesulitan dalam menangani dan menyelesaikan pengaduan pada tingkat terdekat, maka masalah yang dikeluhkan dapat dirujuk pada tingkat atau forum yang lebih tinggi.

Dari hasil studi diketahui bahwa umumnya keluhan disampaikan oleh masyarakat berkaitan dengan penetapan sasaran yang dianggap tidak adil, ketidakjelasan prosedur dan cakupan pelayanan, pendistribusian kartu, pasien miskin masih harus membayar obat-obat diluar penjaminan, dan lain-lain. Sedangkan keluhan yang disampaikan oleh pihak pemberi pelayanan seperti puskesmas dan rumah sakit antara lain: meningkatnya beban pelaporan, peraturan yang berubah-ubah,

sosialisasi yang sangat kurang terutama mengenai prosedur klaim bagi puskesmas saat semester I, tarif Asuransi Kesehatan yang tidak sesuai dengan *actual cost*, keterlambatan pembayaran klaim, dan lain-lain.

Puskesmas juga mengeluhkan bahwa mereka harus mengeluarkan dana untuk pengurusan STNK (Surat Keterangan Nomor Kendaraan) kendaraan bermotor yang dibagikan oleh Pusat padahal banyak di antara puskesmas yang tidak memiliki sumber dana untuk pengeluaran tersebut. Akibatnya, ada beberapa Daerah seperti puskesmas-puskesmas di Tapanuli Utara yang tidak mau mengurus biaya STNK tersebut. Keluhan-keluhan dari masyarakat disampaikan baik kepada puskesmas maupun kepada pihak RS secara lisan maupun tertulis dengan menggunakan kotak saran yang tersedia. Namun, umumnya, puskesmas tidak memiliki data atau catatan yang mengenai aduan yang diajukan masyarakat yang bersifat lisan. Sedangkan penyampaian keluhan melalui kotak saran juga masih jarang sekali.

Puskesmas tidak memiliki tim khusus yang bertugas menangani keluhan. Akibatnya, keluhan yang disampaikan oleh masyarakat ditangani oleh seluruh petugas puskesmas yang ada sesuai dengan kemampuan petugas puskesmas. Hal tersebut menunjukkan bahwa puskesmas tidak memiliki mekanisme resmi pengaduan. Ini berbeda

dengan RS yang umumnya sudah ada tim khusus seperti Unit Pengaduan Masyarakat (UPM), humas, dan Tim Pengendali Asuransi Kesehatan. Keluhan-keluhan yang disampaikan dari masyarakat lebih tercatat dan terdokumentasi walaupun diakui oleh RS belum optimal. Bahkan ada juga terjadi keluhan dari masyarakat disampaikan dan ditangani langsung oleh direktur RS. Umumnya, bila ada keluhan dari masyarakat kepada puskesmas ataupun RS, maka pihak puskesmas dan RS menangani dengan memberi pengertian dan pemahaman atas kasus yang terjadi.

Bila keluhan tidak dapat diselesaikan oleh puskesmas atau puskesmas juga memiliki keluhan maka puskesmas menyampaikan keluhan tersebut ke pihak Dinas Kesehatan. Umumnya, Dinkes di daerah telah membentuk Tim *Safeguarding* yang bertanggung jawab atas pengaduan keluhan. UPM yang telah ada di Dinkes juga diberdayakan untuk menangani keluhan dari puskesmas dan masyarakat. Namun, ada satu kasus yang ditemukan di Pemantang Siantar dimana UPM di Dinas Kesehatan dibubarkan karena tidak ada dana operasionalnya. Keluhan-keluhan dari puskesmas juga biasanya dapat disampaikan saat pertemuan-pertemuan rutin puskesmas dengan Dinkes. Dalam pertemuan tersebut dilakukan dialog sehingga permasalahan dan keluhan yang ada dapat diselesaikan dengan segera dan sebaik mungkin.

Sedangkan keluhan dari pihak RS disampaikan kepada Dinkes dan PT. Asuransi Kesehatan. Bahkan ada juga RS yang mengadukan keluhannya kepada Bappeda seperti yang dilakukan RSU Tapanuli Utara. Biasanya RS mengadukan keluhannya kepada Bappeda berkaitan dengan masalah dana operasional RS yang tidak ditanggung oleh Asuransi Kesehatan. Oleh karena itu, diharapkan Bappeda mau mengalokasikan dana APBD untuk pelayanan kesehatan di RS. Namun demikian, umumnya Bappeda belum memiliki tim khusus untuk menangani keluhan yang diajukan oleh masyarakat maupun instansi kesehatan dalam kaitannya dengan pelaksanaan PKPS-BBM. Biasanya keluhan tersebut disampaikan dan ditangani oleh bidang di Bappeda yang menangani bidang kesehatan.

Hal-hal di atas menunjukkan bahwa penanganan keluhan belum berjalan seperti yang seharusnya, antara lain tim *safeguarding* banyak yang belum terbentuk, ada juga tim yang sudah terbentuk tetapi tidak berperan baik, sehingga seringkali terjadi masyarakat menyampaikan keluhannya langsung kepada DPRD, Bupati, Direktur RS.

5. Dampak Program dan Kepuasan Masyarakat.

Program pelayanan gratis dari PKPS-BBM bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan mutu dan akses pelayanan kesehatan (Depkes, 2006). Hasil wawancara

dengan pasien miskin sekeluanya dari fasilitas pelayanan kesehatan (*exit polls*) menunjukkan bahwa program PKPS-BBM dirasakan sangat bermanfaat dan membantu akses pelayanan kesehatan orang miskin. Hal senada disampaikan oleh informan dari PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) yang menyatakan bahwa PKPS-BBM telah meningkatkan kemauan orang miskin untuk berobat ke Puskesmas jika menderita sakit, ditandai dengan kunjungan Asuransi Kesehatankin yang meningkat dan meningkatkan mutu pelayanan (Lihat lampiran laporan PT. Asuransi Kesehatan tentang tentang kinerja triwulanan). Mutu pelayanan Puskesmas meningkat karena PKPS-BBM membantu dalam pengadaan obat dan menyediakan dana untuk pengadaan sarana dan perbaikan fisik sehingga Puskesmas tidak perlu memikirkan dana operasional. Untuk rumah sakit, penyelenggaraan PKPS-BBM bidang kesehatan meningkatkan pendapatan rumah sakit karena ruang perawatan kelas III meningkat sampai harus mendayagunakan ruang perawatan kelas I dan II.

Meskipun secara umum PKPS-BBM diakui sangat bermanfaat, namun pada tingkat individu orang miskin masih terdapat hambatan akses karena sebagian pemegang kartu masih membayar, biaya transport tidak ada apalagi yang di daerah terpencil dan jauh dari sarana kesehatan, dan tidak punya biaya untuk pendamping

pasien orang miskin yang dirawat di RS. Dari sisi masyarakat masih ditemukan kesalahan dalam penetapan sasaran orang miskin. Ada orang miskin tidak mendapatkan kartu Askeskin dan sebaliknya orang yang lebih mampu diberi kartu itu. Prosedur dan cakupan pelayanan masih belum dipahami oleh orang miskin karena sosialisasi kepada masyarakat miskin tidak dilakukan. Di sejumlah daerah/rumah sakit pelayanan obat non-penjaminan harus dibayar oleh pasien miskin.

Dari pihak Puskesmas program pelayanan gratis menyulitkan Puskesmas dalam memenuhi target setoran retribusi ke kas daerah, sebagai PAD (Pendapatan Asli Daerah), karena berkurangnya jumlah pengunjung Puskesmas yang harus membayar retribusi (tinggal pasien non miskin yang membayar retribusi). Selain itu, Puskesmas harus mengeluarkan biaya untuk pembuatan STNK kendaraan roda dua yang didrop dari pusat karena pengadaan kendaraan oleh Depkes tidak dilengkapi dengan alokasi dana untuk pembuatan nomor kendaraannya (*off the road*). Program PKPS-BBM juga meningkatkan beban pelaporan oleh Puskesmas. Puskesmas juga mengeluhkan soal peraturan yang berubah-ubah dan peraturan yang berlaku surut tanpa disertai sosialisasi yang memadai.

Sementara itu, Rumah Sakit mengeluhkan tidak semua tagihan/

klaim rumah sakit dibayar oleh Asuransi Kesehatan. Selain itu, tarif pelayanan Asuransi Kesehatan tidak sesuai dengan *actual service cost* dan tidak adanya dana untuk pengantaran jenazah pasien miskin. Sedangkan Dinas Kesehatan kabupaten/kota mengeluhkan soal pengadaan kendaraan roda dua yang didrop Depkes tidak sesuai dengan kondisi lapangan, misalnya Depkes mengirim kendaraan jenis laki-laki padahal petugas yang akan memakai perempuan.

Supervisi dan monitoring dari provinsi kurang, bahkan dari Depkes tidak ada. Di Provinsi Sumatra Utara, luncluran dana Puskesmas untuk semester II tahun 2005 tidak mungkin diserap atau di-SPJ-kan pada bulan Maret 2006 karena baru turun pada Pebruari 2006 dan di daerah lain masih ada sisa dana lain.

Keberlangsungan (*sustainability*) program PKPS-BBM juga dipertanyakan oleh daerah terkait dengan ketersediaan dana pemerintah dan prinsip pemberdayaan dan otonomi daerah. Dalam hal pendanaan untuk keberlangsungan program, informan Depkes dan Bappenas menyatakan bahwa pemerintah memiliki komitmen kuat selalu menyediakan anggaran untuk program ini di atas kebutuhan anggaran untuk program lainnya. Sedangkan untuk membangkitkan partisipasi dan pemberdayaan daerah, daerah bisa mengisi kesenjangan atau *gap* dalam kebutuhan biaya yang belum didanai

oleh pusat. Oleh karena pusat telah mendanai biaya pelayanan di sarana kesehatan, maka daerah bisa mendanai upaya untuk membuat orang miskin mau ke lokasi sarana kesehatan untuk mendapatkan pelayanan.

C. PENUTUP

Dengan uraian temuan seperti dikemukakan di atas, dapat disimpulkan bahwa pada umumnya prinsip-prinsip penyelenggaraan program yang seharusnya mencakup efektivitas program, transparansi, akuntabilitas, serta partisipasi masyarakat belum dipegang dan terlaksana secara utuh. Untuk itu diidentifikasi beberapa upaya perbaikan penting yang harus dilakukan dalam program serupa di masa datang. Beberapa pokok Kesimpulan dan Saran penting dapat diketengahkan sebagai berikut

1. Desain Program.

Desain program belum memasukkan pertimbangan geografi, transportasi dan sebaran pelayanan kesehatan hingga sulit diakses maskin. Tak tersedia biaya pendamping dan transport jenazah. Orientasi program kurang promotif dan preventif. Perlu segera ditegaskan desain program, agar jelas arah dan metode pelaksanaannya. Pendekatan harus dipilih antara program subsidi berbasis provider ataukah program jaminan/asuransi sosial penduduk miskin yang dibiayai pemerintah. Demikian pula status pihak ketiga sebagai

pengelola dana, perlu ditegaskan sebagai asuradur penuh yang menanggung risiko atautkah hanya sebagai third party administrator yang tidak menanggung kerugian. Hal ini akan berdampak pada efektivitas program, sistim transparansi dan akuntabilitas, serta partisipasi luas yang diperlukan dalam program dan kebijakan publik untuk pengentasan kemiskinan di bidang kesehatan.

2. Targeting atau Penetapan Sasaran Program.

Targeting belum efektif, perlu dibenahi agar penerima manfaat adalah betul keluarga miskin. Secara bertahap perlu ditingkatkan cakupan maskin yang memiliki kartu resmi. Kartu berbasis keluarga memudahkan penetapan penerima dan sejalan dengan banyak program yang tertuju untuk rumahtangga miskin. Di samping itu, pendekatan keluarga/ rumahtangga akan mengefisiensikan administrasi dan meredam potensi konflik di masyarakat.

3. Sosialisasi Program

Sosialisasi belum menyentuh masyarakat miskin, masih terbatas pada birokrasi dan *provider*. Perlu intensifikasi sosialisasi tentang hak dan prosedur pelayanan bagi maskin, mengutamakan metode tatap muka dengan pendampingan fasilitator dan informan program di dekat keberadaan mereka.

4. Alokasi, Penyaluran dan Absorpsi Pendanaan

Alokasi pendanaan berdasarkan jumlah maskin saja belum dapat memenuhi kebutuhan, harus juga mempertimbangkan kondisi wilayah, termasuk hal-hal berikut: Status kesehatan maskin, seperti angka gizi buruk, kesertaan KB, ketercakupannya dalam imunisasi, pelayanan antenatal, persalinan dan nifas. Kesulitan geografis, Kemiskinan wilayah (*poverty index*) dan kemampuan daerah dalam penyaluran dana seperti: terlambat dengan sistem yang berubah cepat, tanpa informasi cukup, berpeluang menghambat penyerapan dan menimbulkan kebocoran.

5. Penanganan Keluhan

Kelembagaan belum terbentuk atau belum berfungsi optimal. Diperlukan studi khusus untuk perbaikan ke depan. Tatalaksana program belum optimal, koordinasi dan interaksi antar para pelaku kurang erat. Belum ada partisipasi swasta termasuk Petugas Pelaksana Kecamatan (PPK) swasta dalam kebijakan publik dan program operasional yang bertujuan mengentaskan kemiskinan melalui kegiatan kesehatan ini.

DAFTAR PUSTAKA

Biro Pusat Statistik. 2005. "Propinsi Sumatra Utara Dalam Angka Tahun 2005"

- Biro Pusat Statistik. 2005. "Statistik Penduduk Miskin Propinsi Sumatera Utara"
- Departemen Keuangan RI. 2005. "Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA)". Jakarta.
- Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Utara. 2005. "Profil Kesehatan Propinsi Sumatera Utara Tahun 2005".
- Biro Pusat Statistik, (2005)"Propinsi Sumatera Utara Dalam Angka Tahun 2005"
- Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Utara. 2005. "Laporan Pelaksanaan Program Asuransi Kesehatankin di Propinsi Sumatera Utara Tahun 2005".
- Biro Pusat Statistik, (2005)"Statistik Penduduk Miskin Propinsi Sumatera Utara"
- Departemen Kesehatan RI. 2005. "Petunjuk Pelaksanaan JPKM Bidang Kesehatan". Jakarta.
- Murray. & Julio Frenk. 2005. "Sistem Pelayanan Kesehatan Bagi Penduduk Miskin". Makalah Seminar Kesehatan Penduduk. Jakarta : Puska-UI.