



Laporan Lapangan

**Menyediakan Layanan
Efektif bagi Kaum Miskin
di Indonesia:
Laporan Mekanisme
Pembiayaan Kesehatan
(JPK-GAKIN) di
Kabupaten Purbalingga,
Jawa Tengah**

Sebuah Studi Kasus

Temuan, pandangan dan interpretasi dalam laporan ini digali oleh masing-masing individu dan tidak berhubungan atau mewakili Lembaga Penelitian SMERU maupun lembaga-lembaga yang mendanai kegiatan dan pelaporan SMERU. Mohon hubungi kami di nomor telepon: 62-21-31936336, fax: 62-21-31930850, web: www.smeru.or.id atau e-mail: smeru@smeru.or.id

Alex Arifianto

Ruly Marianti

Sri Budiyati

Lembaga Penelitian SMERU

Ellen Tan

World Bank Indonesia

Desember 2005

**Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia:
Laporan Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di
Kabupaten Purbalingga, Jawa Tengah:
Sebuah Studi Kasus**

Alex Arifianto

Ruly Marianti

Sri Budiyati

Lembaga Penelitian SMERU
Jakarta, Indonesia

dan

Ellen Tan

Bank Dunia Indonesia
Konsultan

Desember 2005

Laporan ini dipersiapkan untuk Kantor Perwakilan Bank Dunia Indonesia

Menyediakan layanan efektif bagi kaum miskin di Indonesia: Laporan mekanisme pembiayaan kesehatan (JPK GAKIN) di Kabupaten Purbalingga, Jawa Tengah. Sebuah studi kasus/oleh Alex Arifianto et al. – Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU, 2005. – ii, 21 hal: 31 cm. – (Laporan Lapangan SMERU Desember 2005). –

ISBN 979-3872-16-0

1. Asuransi sosial

I. Arifianto, Alex

368.4/DDC 21

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
I. GAMBARAN UMUM	1
A. Skema JPK-Gakin di Purbalingga	1
II. SKEMA: FUNGSIONAL	3
A. Ekonomi-Politik: Siapa Penggagas Awal?	3
B. Pendanaan JPKM di Purbalingga	4
C. Paket Bantuan	6
D. Peran Kader dalam Pemasaran dan Pengidentifikasian Anggota JPKM	6
E. Pemanfaatan dan Perujukan	9
F. Pemantauan dan Koordinasi Pemangku Kepentingan	12
III. DAMPAK JPKM PADA PENYEDIAAN LAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN PURBALINGGA	14
A. Pengamatan	14
B. Kestinambungan Program	15
IV. KESIMPULAN	16
LAMPIRAN	19
Lampiran 1: Hak Anggota JPKM	20
Lampiran 2: Kriteria Keluarga Miskin (GAKIN) di Kabupaten Purbalingga	21

Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Purbalingga, Jawa Tengah: Sebuah Studi Kasus

Alex Arifianto
Ruly Marianti
Sri Budiyati
Lembaga Penelitian SMERU
Jakarta, Indonesia

dan

Ellen Tan
Bank Dunia Indonesia
Konsultan

ABSTRAK

Purbalingga adalah kabupaten pertama di Indonesia yang memulai pelaksanaan program jaminan kesehatannya bagi masyarakat miskin sebagai ganti untuk skema JPS-BK (Jaring Pengaman Sosial-Bidang Kesehatan). Klien Gakin menerima layanan jaminan kesehatan secara gratis yang disubsidi pemerintah, sementara keluarga nonmiskin membayar premi hanya 50% atau 100%. Mereka dikategorikan dalam peserta Gakin Strata I, II dan III. Tujuannya adalah untuk menyediakan layanan jaminan kesehatan bagi semua warga masyarakat di Kabupaten Purbalingga, baik mereka yang miskin maupun yang tidak miskin.

Kabupaten Purbalingga dianggap unik dalam hal layanan kesehatannya, karena tidak hanya mengikutsertakan keluarga miskin dalam skemanya, tapi juga keluarga nonmiskin. Bagi Pemda Kabupaten Purbalingga, skema jaminan kesehatan merupakan salah satu pilar utama upaya penanggulangan kemiskinan di daerah ini. Pemda Purbalingga menginginkan pengelolaan skema ini menjadi lebih independen dan tidak bergantung pada DinKes sehingga program dapat dikelola lebih efisien dan bertanggung gugat. Apa yang cukup menarik, DinKes berencana untuk menyusun skema jaminan kesehatan yang bakal mandiri dan berkesinambungan bagi para anggota nonmiskin di masa depan. Mereka bermaksud untuk perlahan-lahan meningkatkan premi sampai mencapai biaya riil paket bantuan. Menurut DinKes, biaya seharusnya berkisar Rp92.000 per keluarga per bulan. Dari perspektif Bapel skema mandiri pada tingkat biaya premium seperti itu tentu potensial, namun mereka akan selalu bergantung pada premi yang dibayarkan pemerintah.

Perlu dicatat bahwa inisiatif JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) di Kabupaten Purbalingga hampir seluruhnya merupakan inisiatif yang dimotori oleh pemerintah. Pelaku-pelaku utamanya adalah: pemerintah (Bupati, DinKes dan Bapel), penyedia layanan publik (RSUD dan puskesmas), parlemen lokal (DPRD) dan badan pemerintah lainnya.

Kata kunci: JPK- Gakin; Purbalingga; kesehatan; program kemiskinan.

I. GAMBARAN UMUM

A. SKEMA JPK-GAKIN DI PURBALINGGA

Skema Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JKPM) di Purbalingga dikelola oleh Bapel, dengan nama PT. Sadar Sehat Mandiri. Bapel dibentuk dengan SK Bupati No. 40/63 pada 2003 yang berlaku efektif pada 7 April 2003. Namun skema ini telah berjalan sejak tahun fiskal 2001/2002 karena Pemerintah Purbalingga menganggap penting untuk menjalankan skema ini lebih dahulu dan baru mengurus aturan pelaksanaannya di kemudian hari. Pemda Purbalingga memilih untuk membentuk Bapel yang terpisah untuk mengelola skema JKPMnya karena menginginkan pengelolaan skema yang lebih independen dan tidak bergantung pada DinKes sehingga program ini dapat dikelola lebih efisien dan bertanggung gugat.

Kabupaten Purbalingga dianggap unik dalam hal jaminan kesehatannya, karena tidak hanya mengikutsertakan keluarga miskin dalam skemanya, tapi juga keluarga nonmiskin. Klien Gakin menerima jaminan kesehatan gratis yang disubsidi pemerintah, sementara keluarga nonmiskin membayar premi, baik 50% atau 100% dari total preminya (lihat keterangan lengkap di bawah). Tujuan program ini adalah untuk mencapai jaminan universal untuk semua warga masyarakat di Kabupaten Purbalingga, baik mereka yang miskin (yang sebelumnya menerima subsidi JPS-BK¹) maupun yang tidak miskin.

Bapel di Purbalingga menyediakan tiga paket bantuan yang hampir sama, dan jika masyarakat ingin bergabung mereka layak menerima paket bantuan tersebut dengan premi yang disesuaikan berdasarkan pendapatannya. Peserta skema JKPM dibagi dalam tiga kategori berdasarkan penghasilannya:

- Strata I: Keluarga miskin Gakin: bebas biaya. Biasanya anggota Gakin/Strata I bekerja sebagai pekerja serabutan atau petani gurem.
- Strata II: Keluarga yang pernah miskin (keluarga pasca-Gakin): tingkat penghasilannya dan kondisi hidupnya di atas kelompok miskin: membayar 50% dari total premi (saat ini Rp25.000). Umumnya mereka adalah pekerja informal seperti tukang ojek dan penarik becak.

Strata III: Keluarga nonmiskin/kaya (*keluarga non-Gakin*): mereka yang “kaya” atau yang dapat membayar penuh preminya (saat ini Rp50.000). Para kader, (sukarelawan lokal) hanya membayar 50% premi namun menerima paket bantuan Strata III. Para kader memainkan peran penting dalam penyediaan dan pengfungsian skema program di Kabupaten Purbalingga, peran mereka akan dijelaskan lebih jauh lagi dalam laporan ini. Secara umum, para anggota Strata III adalah para pedagang eceran menengah atau besar.

Penyedia layanan kesehatan di Purbalingga yang menerima anggota JKPM sebagai pasien dikategori sebagai berikut:

- Penyedia pelayanan kesehatan kelas I (PPK I): Puskesmas dan Bides. Semua anggota JPKM diharapkan untuk mengupayakan layanan kesehatan dari puskesmas terlebih dahulu.
- Penyedia pelayanan kesehatan II (PPK II): Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Rumah sakit ini menerima pasien JKPM yang dirujuk dari puskesmas.

¹ JPS-BK: Jaringan Pengaman Sosial Bidang Kesehatan.

- Penyedia pelayanan kesehatan (PPK III): Rumah Sakit Umum Provinsi (RSUP). Ini hanya untuk klien Gakin Strata I. Strata II dan III tidak bisa dirujuk keluar kabupaten. Ada dua RSUP di Jateng: RSUP Karyadi di Semarang dan RSUP Margono di Purwokerto, hanya 30 km dari Kabupaten Purbalingga.

Perlu dicatat bahwa penyedia layanan ini merupakan layanan umum yang dikelola oleh pemerintah. Penyedia layanan swasta tidak dapat (atau tidak bersedia) menjadi penyedia layanan JKPM karena adanya persepsi bahwa penggantian di dalam skema ini tidak memadai.

II. SKEMA: FUNGSIONAL

A. EKONOMI-POLITIK: SIAPA PENGGAGAS AWAL?

Skema jaminan kesehatan di Purbalingga berawal sejak krisis ekonomi 1998, sebagai bagian dari program Jaring Pengaman Sosial–Bidang Kesehatan (JPS-BK). Meskipun program ini tidak dilanjutkan lagi oleh Pemerintah Pusat pada 2000, pemerintah daerah sadar bahwa banyak dari penerima manfaat tetap membutuhkan bantuan untuk mengakses layanan kesehatan. Karena itu, Pemda Purbalingga memutuskan untuk meneruskan versi program ini pada 2000 dengan beberapa perubahan, dan menamainya sebagai skema jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin (JPK Gakin). Program ini kemudian diperluas menjadi Skema Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JKPM) yang terbuka bagi semua warga masyarakat untuk tahun anggaran 2001/2002. Purbalingga adalah kabupaten pertama di Indonesia yang memulai pelaksanaan program jaminan kesehatannya bagi masyarakat miskin sebagai ganti untuk skema JPS-BK di dalam kabupaten tersebut dan para pemangku kepentingan yang terlibat tampaknya sangat termotivasi untuk membuat skema ini bisa diterapkan. Menurut kepala Bapel, inisiatif untuk menciptakan jaminan kesehatan ini didasarkan pada pandangan bahwa selama skema JPS-BK yang pertama, subsidi dipakai tanpa adanya pertanggungjawaban yang jelas dan perhatian bagi keberlanjutan program di kemudian hari. Jaminan kesehatan seperti ini dianggap dapat mengatasi semua persoalan di atas.

Alasan menyediakan tiga paket bantuan bagi masyarakat dengan tingkat penghasilan yang berbeda adalah untuk meningkatkan akses masyarakat kepada layanan kesehatan dan pemanfaatan layanan kesehatan bagi seluruh warga masyarakat Purbalingga. Pemda Kabupaten Purbalingga menganggap skema jaminan kesehatan sebagai salah satu pilar utama upaya penanggulangan kemiskinan di daerah ini.² Skema ini membuka akses tidak hanya bagi kelompok masyarakat termiskin, tapi juga tersedia pilihan bagi kelompok masyarakat lain yang membutuhkan jaminan kesehatan. Sasaran ini telah dituangkan dalam program “Indonesia Sehat 2010” yang dicanangkan oleh Departemen Kesehatan. Gagasan yang diadopsi Pemda Purbalingga ini adalah untuk mengembangkan skema jaminan layanan kesehatan yang bertujuan untuk meraih jaminan universal yang meliputi semua penduduk di Kabupaten Purbalingga. Karena itu, Pemda Purbalinggo telah memutuskan untuk menyediakan tiga paket bantuan berbeda berdasarkan pada pendapatan, baik bagi yang miskin (yang sebelumnya menerima subsidi JPS-BK) atau yang nonmiskin.

Menarik bahwa DinKes berencana untuk menyusun skema jaminan kesehatan yang bakal mandiri dan berkesinambungan bagi para anggota nonmiskin di masa depan. Mereka bermaksud untuk perlahan-lahan meningkatkan premi sampai mencapai biaya riil paket bantuan. Menurut DinKes bahwa biaya seharusnya berkisar Rp92.000 per keluarga per bulan. Dari perspektif Bapel, skema mandiri pada tingkat biaya premium seperti itu mungkin saja, namun mereka akan selalu bergantung pada premi yang dibayarkan pemerintah untuk kelompok miskin. Sebagaimana dituturkan oleh Kepala Bapel Purbalingga, “Merupakan tugas pemerintah untuk menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin, maka mereka akan terus menyediakan dana layanan kesehatan bagi

² Pilar lain adalah: program ketahanan pangan, program perbaikan tempat tinggal bagi rumah tangga miskin, penyediaan sandang, pendidikan dan kredit khusus bagi usaha kecil.

masyarakat miskin.” Jika mereka harus bergantung pada subsidi silang dari Strata III yang diasuransikan baik bagi Strata II atau Strata I, mereka akan terlalu tergantung pada premi Strata III yang diasuransikan dan beban kontribusinya akan menjadi terlalu tinggi.

Perlu dicatat bahwa inisiatif jaminan JKPM di Kabupaten Purbalingga hampir seluruhnya merupakan inisiatif yang dimotori pemerintah, dengan aktor utama pemerintah (Bupati, DinKes dan Bapel), penyedia layanan publik (RSUD dan puskesmas), parlemen lokal (DPRD) dan badan pemerintah lainnya. Pemangku kepentingan lainnya (masyarakat, sektor swasta, LSM, dan lain-lain) tidak memiliki peran dalam membentuk inisiatif kebijakan ini. Hingga kini peran mereka hanyalah sebatas menjadi anggota/klien skema, membayar preminya dan menerima manfaat program bila mana mereka menginginkannya.

B. PENDANAAN JPKM DI PURBALINGGA

Premi untuk skema jaminan kesehatan diatur oleh Bapel dengan saran dari penyedia layanan kesehatan. Ketika program ini dibentuk pada 2001, premi untuk Strata II dan III ditentukan sebesar Rp30.000 per keluarga per tahun dengan pembayaran penuh bagi Strata III dan pembayaran separo bagi Strata II. Pada 2003, premi dinaikkan hingga ke tingkat yang kini berlaku, yakni Rp25.000 per keluarga per tahun untuk Strata II dan Rp50.000 untuk Strata III. Sejak tahun anggaran 2004, premi asuransi telah ditentukan sebesar Rp50.000 per rumah tangga per tahun.

Selain dari sumbangan swasta, porsi penerimaan utama berasal dari subsidi pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pada tahun anggaran 2002/2003, lebih dari 70% penerimaan berasal dari subsidi pemerintah. Subsidi ini menjadi berlipat tiga pada tahun berikutnya seperti terlihat pada Tabel 1 di bawah.

Tabel 1: Sumber Pendanaan Skema JKPM di Purbalingga

Sumber Dana	Tahun Anggaran 2002/03 (Juta Rupiah)	Tahun Anggara 2003/04 (Juta Rupiah)
Kompensasi PKPS-BBM	291	2,583
APBD	1,270	2,080
Premi JPKM Strata II & III	645	n/a

Secara teoretis, masing-masing strata memiliki sumber penerimaan yang berbeda:

- Strata I: Semua dana bersumber dari dana alokasi umum (DAU) dan kompensasi PKPS-BBM³ untuk masyarakat miskin.
- Strata II: Separo dana berasal dari premi peserta dan separonya lagi adalah subsidi dari sumber-sumber yang sama seperti Strata I.
- Strata III: Semua dana berasal dari premi anggota sendiri.

Baik Bapel dan penyedia layanan kesehatan (RSUD) menegaskan bahwa pada saat ini jumlah dana yang dialokasikan untuk mensubsidi anggota Gakin/Strata I jauh melebihi dana yang dikumpulkan dari Strata II dan III dan bahwa premi tersebut tidak cukup untuk sepenuhnya memenuhi biaya layanan kesehatan bagi para anggota ini.⁴ Hal ini

³ PKPS BBM: *Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak.*

⁴ Biaya premi riil diperkirakan mencapai Rp96.000/rumah tangga/tahun.

memungkinkan para anggota dan masyarakat menjadi terbiasa dengan prinsip-prinsip asuransi kesehatan dan meningkatkan semangatnya untuk membayar skema jaminan. Kepala Bapel menjelaskan bahwa premi ini hanyalah “premi pembukaan”. Direncanakan premi pembukaan ini akan terus dinaikkan secara perlahan-lahan hingga mencapai tingkat premi riil pada sekitar 2012. Pada saat itu, skema diharapkan dapat mencukupi kebutuhannya sendiri tanpa perlu mendapat subsidi dari pemerintah untuk mengatasi kekurangan dana.

Baik layanan dasar dan layanan khusus (puskesmas dan rumah sakit) dibayar melalui pembayaran sistem kapitasi (metode pembayaran kepada rumah sakit/dokter dengan jumlah yang tetap bagi setiap orang dalam suatu program khusus tanpa mempedulikan frekuensi atau jenis layanan yang disediakan). Komunikasi antar para pemangku kepentingan mengenai pembayaran dilakukan secara teratur, namun kontak intens selalu lebih banyak dilakukan antara Bapel dan rumah sakit dibandingkan antara puskesmas dan Bapel. Hal ini mungkin akibat hubungan antara rumah sakit dan Bapel lebih kuat karena dokter di rumah sakit juga bertugas di Bapel.

Pembayaran kapitasi bagi pasien rawat jalan yang menerima layanan puskesmas dengan disubsidi tinggi, adalah subsidi terkecil yang diterima. Puskesmas menerima Rp20.000 per keluarga per tahun.⁵ Menariknya, puskesmas dan rumah sakit menerima pembayaran kapitasi yang sama meskipun penggantian untuk biaya pengobatan pasien rawat inap di puskesmas lebih tinggi daripada rumah sakit.

Tabel 2: Pembayaran Kapitasi kepada RSUD (per KK)

Bentuk layanan	Jumlah (dalam Rupiah)	Catatan
Kapitasi RSUD untuk pasien rawat inap	21.500	
Pengobatan rawat jalan di <i>puskesmas</i>	20.000	
Pengobatan rawat inap di <i>puskesmas</i>	22.000	(Rp20.000 OP + Rp2.000)
Biaya pengelolaan oleh Bapel	6.000	

Sumber: Bapel

Lebih dari tiga tahun terakhir pembayaran kapitasi untuk RSUD telah meningkat dua kali lipat karena kapitasi yang disetujui pada awalnya tidak mencukupi (lihat Tabel 3 di bawah). Setelah melalui konsultasi antara berbagai pihak pemangku kepentingan, tingkat kapitasi kemudian ditingkatkan lebih banyak. Staf RSUD menemui kesulitan untuk memprediksi apakah kapitasi tahun ini mencukupi atau tidak. Mereka mengharapkan agar pengeluaran tahun ini tidak berbeda dengan jumlah pembayaran kapitasi. namun hal ini tidak akan mengurangi defisit yang telah terjadi pada tahun-tahun permulaan.

Tabel 3: Pembayaran Kapitasi kepada RSUD (2001-2002 to 2004-2005)

Tahun 1	2001-2002	Rp11.000/tahun
Tahun 2	2002-2003	Rp14.000/tahun
Tahun 3	2003-2004	Rp20.750/tahun
Tahun 4	2004-2005	Rp21.500/tahun

Sumber: RSUD.

⁵ Sekali kunjungan ke puskesmas membayar ongkos Rp.5.500 sehingga setiap keluarga paling sedikit berhak atas tiga kali kunjungan ke dokter.

C. PAKET BANTUAN

Pada prinsipnya, pertama-tama peserta jaminan menerima layanan kesehatan dasar. Mereka berhak menerima semua layanan medis yang diperlukan yang tersedia di puskesmas. Perlu dicatat bahwa bentuk layanan dan pengobatan yang tersedia di puskesmas relatif terbatas,⁶ meskipun staf puskesmas dan staf DinKes (dan juga beberapa pasien/klien yang diwawancara khususnya mereka yang menjadi kader) menegaskan bahwa semenjak JPKM mulai beroperasi, kualitas layanan puskesmas meningkat sehingga banyak anggota JPKM memerlukan rujukan ke RSUD.

Untuk para anggota Gakin/Strata I, tidak terdapat batasan pada bentuk pengobatan yang dapat diterima di RSUD. Untuk Strata II dan Strata III terdapat beberapa pembatasan, seperti:

- layanan rawat inap terbatas maksimum 10 hari;
- Jenis pengobatan yang digunakan;⁷
- Pengeluaran laboratorium dibatasi maksimum Rp15.000; dan
- Pengeluaran untuk penyinaran (sinar X) terbatas hingga maksimum Rp25.000.

Jika pengeluaran kesehatan bagi Strata II dan III melebihi batas-batas ini, pasien harus membayar kelebihan biayanya (pembayaran bersama). Jika peserta jaminan kesehatan tidak dapat membayar semua jumlahnya sekaligus, mereka dapat membayarnya melalui cicilan.

Selain itu, secara resmi terdapat aturan yang menegaskan bahwa beberapa layanan kesehatan tidak akan ditanggung untuk peserta jaminan kesehatan.⁸ Akan tetapi, tidak jelas apakah aturan ini sesungguhnya dipaksakan oleh para penyedia layanan kesehatan. Mereka tampaknya membuat pengecualian untuk aturan ini, khususnya bagi anggota Gakin/Strata I. Seorang staf RSUD menyatakan bahwa “semua anggota Gakin akan menerima layanan pengobatan yang diperlukan bagi kesehatan dasar mereka tanpa biaya.” Hak para anggota JPKM untuk menerima layanan kesehatan di puskesmas dan RSUD diuraikan dalam lampiran 1.

D. PERAN KADER DALAM PEMASARAN DAN PENGIDENTIFIKASIAN ANGGOTA JPKM

Identifikasi dan verifikasi kelompok miskin merupakan langkah penting sekaligus sulit di dalam menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Selama masa berlakunya kartu sehat (JPS-BK), identifikasi kelompok miskin merupakan masalah paling utama. Jika masyarakat miskin tidak menyadari hak-haknya, mereka tidak dapat menggunakan jaminan kesehatan dan karena itu penyebaran program menjadi sangat penting artinya. Untuk

⁶ Contoh layanan kesehatan yang diharapkan tersedia di puskesmas: 1) Layanan rawat inap dan rawat jalan bagi anggota JPKM dan non-JPKM, 2) Pencegahan penyakit infeksi, 3) Identifikasi penyakit infeksi, dan 4) Pencegahan dan pengobatan malnutrisi/kurang gizi.

⁷ Penggunaan obat-obatan generik sangat didorong. Obat-obat paten hanya dapat digunakan setelah mendapatkan persetujuan dari komisi peninjau yang dibentuk dalam RSUD.

⁸ Lihat lampiran 1 untuk uraian lengkapnya.

pengidentifikasi dan verifikasi kaum miskin, juga sosialisasi (pemasaran) program, Kabupaten Purbalingga menggunakan Tim Desa. Tim ini terdiri atas puskesmas, bidan dan kepala desa.

Anggota PKK yang umumnya disebut kader memainkan peran besar dalam sosialisasi dan pemasaran JPKM. Kader-kader yang umum terdiri atas istri ketua RT atau istri dari pemuka atau tokoh masyarakat seperti guru, ulama atau PNS. Para kader bekerja dengan masyarakat arus bawah dan setidaknya terdapat satu kader di setiap RT.⁹ Mereka dilibatkan dalam upaya-upaya sosialisasi beragam program pemerintah mulai dari imunisasi anak (posyandu) hingga metode menanam.

Karena para kader tinggal di antara komunitas masyarakat, mereka tentu saja mengenal para anggota masyarakat yang tinggal dekat dengan tempat tinggalnya. Dengan demikian, hal ini memudahkan pendekatan dan penyebarluasan program pemerintah kepada anggota masyarakat. Pada saat yang sama, para anggota masyarakat lebih menganggap penting informasi yang didapat dari para kader dibandingkan dari para aparat pemerintah yang tidak dikenal dan berada jauh dari tempat tinggal mereka.

Para kader mungkin merupakan wahana yang paling efektif yang digunakan pemda untuk memasarkan skema JPKM, mengingat bahwa mereka telah mengenal lingkungan sekitar dan dianggap menjadi sumber informasi yang dapat diandalkan dibandingkan dengan birokrasi resmi pemerintah. Akibatnya, kesuksesan JPKM sebagian besar bergantung pada metode pemasaran para kader dan keahliannya mempromosikan dan memasarkannya. Bahkan, ketika upaya-upaya ini juga dilakukan oleh Bapel melalui cara-cara lain,¹⁰ melalui sistem para kaderlah kebanyakan upaya sosialisasi dan pemasaran untuk merekrut anggota JPKM yang baru dipusatkan. Merekalah yang menjelaskan kepada masyarakat mengenai apa itu skema JPKM dan mengapa masyarakat perlu bergabung dengannya dan juga merekrut anggota JPKM di tempat tinggal atau tempat kerjanya. Kegiatan ini dilakukan melalui anggota komunitas formal dan komunikasi informal dengan anggota masyarakat yang dikenalnya ketika melakukan kegiatan hariannya.

Para kader biasanya mengerjakan pekerjaan ini dengan sukarela. Mereka hanya menerima bayaran insentif yang jumlahnya minim (sekitar Rp1.000 per orang yang mendaftar) sebagai imbalan atas usaha-usaha pemasaran dan sosialisasi program. Dengan demikian, biaya finansial memanfaatkan sistem kader dalam memasarkan program cukup minim.

Rekrutmen dan validasi anggota JPKM dilakukan sekali setahun, antara Juni dan Juli. Hal ini lebih bertujuan untuk mengidentifikasi keluarga-keluarga yang mengalami peningkatan kesejahteraannya dan telah beralih dari Strata I ke Strata II. Para kader diharapkan untuk memantau daftar nama-nama anggota masyarakat yang telah ditentukan dan yang diberikan kepada mereka oleh Bapel dan puskesmas.¹¹ Akan tetapi, meski mereka mengklaim bahwa daftar tersebut telah mereka ikuti dalam mengidentifikasi calon anggota, dalam praktiknya mereka amat menentukan dalam pengkategorian calon anggota yang tinggal di dekatnya, khususnya dalam menentukan Gakin (Strata I) dan pasca-Gakin (Strata II).

⁹ Setiap RT terdiri atas 20 hingga 30 rumah.

¹⁰ Contohnya, distribusi brosur dan pamflet serta iklan radio.

¹¹ Untuk keterangan lebih lanjut, lihat Lampiran 2.

Menurut para kader yang diwawancarai, dalam menentukan anggota Gakin yang telah beralih status menjadi pasca-Gakin/Strata II, mereka umumnya menggunakan kondisi rumah sebagai kriteria dasar (contohnya, apakah rumah tersebut berlantai tanah atau keramik) atau mencari tahu apakah anggota rumah tangga tersebut telah berhasil meningkatkan pendapatan mereka (contoh mereka yang sebelumnya menganggur kini telah bekerja). Ketika para kader membuat beberapa modifikasi seperti ini dalam daftar calon anggota, umumnya mereka tidak mendapat hambatan dari Bapel atau puskesmas. Dengan demikian, pengaruh kader dalam menentukan status keanggotaan JPKM sangat penting artinya.

Pada saat yang sama, terdapat banyak tekanan dari Bapel untuk meningkatkan jumlah anggota yang wajib membayar premi (khususnya Strata II) dan perlunya mengurangi jumlah anggota Gakin Strata I yang tidak wajib membayar premi dalam daftar keanggotaan JPKM. Akibatnya, kader dipaksa untuk “menambah jumlah” para anggota Gakin strata I yang beralih status menjadi strata II dalam komunitasnya, bahkan ketika para anggota ini secara teknis masih berstatus sebagai keluarga miskin.¹² Dampak berikutnya adalah para anggota bekas Gakin ini tidak lagi layak menerima jaminan kesehatan secara gratis seperti sedia kala jika belum membayar premi Rp25.000/Kepala keluarga/tahun.

Meskipun para kader dapat lebih mudah mengidentifikasi katagori kesejahteraan suatu rumah tangga, mereka mudah menjadi sasaran aduan. Kadang-kadang anggota keluarga tidak menerima perubahan status yang ditentukan para kader dan lantas mengajukan aduan. Dalam hal ini, para kader harus meyakinkan keluarga tersebut bahwa mereka tidak lagi dapat disebut sebagai Gakin. Karena kedekatannya, kader tersebut dapat memberikan tekanan sosial pada keluarga, sehingga hal ini berisiko dalam pengidentifikasian secara tepat keluarga yang miskin.

Cara lain agar para anggota masyarakat tertarik untuk bergabung dengan skema JPKM adalah dengan menaikkan ongkos pengguna puskesmas dari Rp2000/orang/kunjungan sebelum tahun anggaran 2003/2004 menjadi sekitar Rp5.000/orang/kunjungan pada saat ini. Para anggota JPKM dibebaskan dari ongkos, namun bagi yang bukan anggota JPKM tetap dikenai biaya. Pejabat Bapel dan puskesmas menyatakan bahwa kebijakan ini akan menjadi insentif bagi warga masyarakat untuk mendaftar dalam skema JPKM karena mereka tidak harus membayar ongkos pengguna puskesmas jika telah mendaftar.

Terakhir, PNS di Kabupaten Purbalingga dan para kader dipaksa untuk mendaftar dalam skema JPKM pada tingkat Strata III, menurut seorang staff DinKes “demi menjamin kesuksesan program pemerintah.” Para PNS harus membayar sendiri secara penuh untuk biaya Strata III, sementara para kader menerima potongan 50% (Rp25.000,-/KK) jika mereka mendaftar dalam skema.

¹²Hai ini dipertegas oleh salah satu kader yang diwawancarai.

Ada beberapa faktor yang menentukan jumlah anggota komunitas yang berpartisipasi dalam JPKM:

1. Anggota yang bergabung dalam Strata I dan II terpengaruh oleh metode pemasaran dan kemampuan dari para aktivis lokal yang mempromosikan skema di tingkat komunitas (para kader, bides, dan ketua RT). Metode pemasaran, kemampuan dan motivasi para kader sangat menentukan apakah warga masyarakat akan mendaftarkan diri pada skema atau tidak. Di RT, di mana motivasi para kadernya besar dan sangat aktif, maka orang-orang menjadi tertarik untuk mendaftarkan diri pada skema, sedangkan sebaliknya pada RT yang kadernya kurang aktif, jumlah peminatnya minim.
2. Anggota yang bergabung dalam Strata III banyak dipengaruhi oleh cara-cara promosi yang konvensional dan usaha-usaha pemasaran yang dilakukan Bapel (melalui brosur, radio dan iklan surat kabar dan distribusi pamflet) dan metode lain seperti “penggunaan tekanan sosial” untuk meyakinkan PNS dan kader agar mau ikut mendaftar di tingkat Strata III.
3. Kemampuan komunitas untuk menerima dan memahami informasi yang diberikan. Hal ini terkait dengan tingkat pendidikan mereka.
4. Persepsi komunitas tentang layanan puskesmas, seperti fasilitas yang tersedia, kualitas layanan dan efektivitas pengobatan, dan lain-lain.

Dibandingkan dengan JPK-Gakin di daerah lain (seperti di Tabanan dan Sumba Timur) tampaknya kesadaran anggota masyarakat di sini lebih tinggi akan skema JPKM dan hak-haknya sebagai anggota skema (misalnya, secara umum masyarakat tahu bahwa dengan kartu Gakin mereka dapat memperoleh layanan kesehatan gratis di puskesmas atau RSUD). Ini tentu saja bertalian dengan kampanye sosialisasi para kader yang agresif di tingkat RT, pelatihan oleh puskesmas, dan pengetahuan para kader sendiri tentang program ini.

Kesadaran ini tidak serta-merta berarti bahwa kebanyakan warga akan menjadi anggota skema. Banyak yang masih menolak bergabung. Di beberapa RT, separo warganya bukan anggota JPKM. Beberapa alasan yang dikemukakan mengenai penolakan bergabung dalam program antara lain: 1) Mereka tidak memiliki uang untuk membayar premi (untuk anggota Strata II dan III), 2) mereka ragu apakah mereka benar-benar menerima layanan seperti yang dijanjikan oleh JPKM (tanpa ongkos tambahan atau tips bagi dokter dan paramedis) 3) mereka percaya bahwa kualitas layanan kesehatan yang disediakan puskesmas atau RSUD lebih rendah dibanding layanan swasta, walaupun dananya tidak diganti oleh JPKM dan 4) mereka telah memiliki paket asuransi lain yang lebih menarik.

E. PEMANFAATAN DAN PERUJUKAN

Perbandingan tingkat pemanfaatan layanan kesehatan antara mereka yang mendapat jaminan dan yang tidak dan antara strata-strata yang berbeda menunjukkan perbedaan perilaku berkaitan dengan pengaksesan layanan kesehatan. Rata-rata tingkat pemanfaatan setiap bulan dari para anggota JPKM di Purbalingga selama tahun anggaran 2003/2004 tergambar dalam Tabel 4 berikut ini:

Tabel 4: Rata-rata Pemanfaatan Setiap Bulan oleh Anggota JPKM di Kabupaten Purbalingga pada Tahun Anggaran 2003/2004

Jenis Layanan	Jumlah Kunjungan per Bulan	Tingkat Pemanfaatan (%)
Layanan rawat jalan (puskesmas dan RSUD)	30,614	7,64
Layanan rawat inap (RSUD)	97	0,02
Layanan ibu hamil/melahirkan	278	0,07
UGD	538	0,13
Dirujuk ke RSUD	1,909	0,48

Asumsi: terdapat 100.188 keluarga yang terdaftar sebagai anggota JPKM. Setiap KK terdiri atas empat anggota (bapak, ibu dan dua anak) Karena itu, diasumsikan terdapat 400.752 warga yang terdaftar dalam JPKM.

Sumber: Bapel Purbalingga.

Untuk anggota Gakin/trata I, rata-rata statistik pemanfaatan setiap bulan adalah sebagai berikut:

Tabel 5: Rata-rata Tingkat Pemanfaatan Setiap Bulan oleh Anggota Gakin/Strata I di Kabupaten Purbalingga pada Tahun Anggaran 2003/2004.

Jenis Layanan	Jumlah Kunjungan per Bulan	Tingkat Pemanfaatan (%)
Layanan rawat jalan (puskesmas dan RSUD)	6,404	3.19
Layanan rawat inap(RSUD)	12	0.01
Layanan ibu hamil/melahirkan	60	0.03
UGD	98	0.05
Rujukan ke RSUD	278	0.14

Asumsi: terdapat 50.217 keluarga miskin yang terdaftar sebagai anggota JPKM. Setiap keluarga terdiri atas bapak, ibu dan dua anak. Karena itu, diasumsikan terdapat 200.868 warga miskin yang menjadi anggota JPKM.

Sumber: JPKM Bapel Purbalingga.

Sementara itu, anggota Strata I menyumbang lebih dari 50% dari semua yang mendapat jaminan kesehatan, dan hanya menggunakan sedikit di atas 20% dari layanan kesehatan di puskesmas (lihat Tabel 6). Bila diasumsikan bahwa kondisi kesehatan warga masyarakat dari kelompok yang penghasilannya berlainan tidak berbeda, maka mereka akan memiliki pola kebutuhan yang sama. Akan tetapi, kebutuhan ini tampaknya tidak dipenuhi oleh layanan puskesmas. Untuk layanan oleh rumah sakit, kesenjangan ini bahkan lebih besar. Hanya 12,37% anggota JPKM yang menggunakan layanan rumah sakit berasal dari Gakin. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hambatan selain dari biaya layanan kesehatan yang membatasi akses layanan kesehatan bagi para anggota Gakin.

Tabel 6: Pemanfaatan oleh Gakin sebagai Persentase Total Pemanfaatan JPKM

Jenis Layanan	Kunjungan Gakin per Bulan	Total Kunjungan per Bulan	% Kunjungan oleh Gakin
Layanan rawat jalan (Puskesmas dan RSUD)	6,404	30,614	20.92%
layanan rawat inap (RSUD)	12	97	12.37%
Kesehatan ibu	60	278	21.58%
UGD	98	538	18.22%
Rujukan ke RSUD	278	1,909	14.56%

Mungkin salah satu hambatan, sebagaimana yang diidentifikasi oleh Kepala Puskesmas Kutasari, adalah biaya transportasi bagi masyarakat miskin (Gakin) dari rumahnya ke puskesmas. Bahkan ketika mereka menerima layanan gratis di puskesmas, mereka seringkali harus menggunakan sarana transportasi umum atau jasa ojek yang relatif mahal. Biaya transpor seringkali lebih mahal daripada biaya pengguna di puskesmas.¹³ Ada juga biaya yang berkaitan dengan hilangnya waktu ketika mendatangi puskesmas, yakni karena waktu tersebut juga mempengaruhi anggaran seseorang. Masalah ini diangkat oleh salah seorang kepala puskesmas di Cilegon yang kami temui.

Masalah lain yang turut berperan pada rendahnya tingkat pemanfaatan puskesmas oleh para Gakin/anggota Strata I adalah persepsi komunitas bahwa kualitas layanan kesehatan di puskesmas sangat rendah atau kurangnya minat masyarakat untuk memanfaatkan layanan kesehatan yang konvensional untuk mereka sendiri. Beberapa anggota/klien yang diwawancarai menyatakan bahwa mereka lebih suka untuk memanfaatkan layanan swasta, seperti layanan yang diberikan oleh mantri dan juga dukun, dan lain-lain.

Penyedia layanan di atas seringkali adalah staf puskesmas yang tinggal di tengah komunitas di mana para klien tinggal. Para klien seringkali berkonsultasi dengan mereka mengenai kesehatannya selama bertahun-tahun bahkan selama beberapa dekade. Dengan demikian, mereka merasa lebih dekat dan nyaman dengan penyedia layanan ini dibandingkan dengan pemberi layanan lainnya di puskesmas. Inilah alasan mengapa mereka terus saja memanfaatkan layanan dari para penyedia layanan swasta ini meski mereka terpaksa harus membayar lebih mahal (kadang-kadang biayanya berlipat 20 kali lebih tinggi) dibandingkan dengan harga yang ditetapkan puskesmas. Pada akhirnya, staf puskesmas mengatakan bahwa beberapa pasien (khususnya Gakin) tidak berminat untuk datang ke puskesmas/RSUD sebelum sakitnya menjadi parah. Hal ini terkait dengan persoalan budaya (takut menemui penyedia layanan kesehatan resmi, dan sebagainya).

Selain itu, banyak anggota Strata I belum menerima kartu keanggotaan JPKM. Kartu yang mereka miliki adalah kartu lama JPS Bidang Kesehatan. Banyak para anggota Gakin yang tidak memiliki kartu baru enggan untuk mendapatkan layanan kesehatan di puskesmas karena takut ditolak bila tidak memiliki kartu baru. Sebagai perbandingan, kebanyakan anggota Strata II dan III telah menerima kartu anggota JPKM. Dengan demikian, terdapat indikasi bahwa Bapel dan puskesmas lebih memprioritaskan distribusi kartu bagi para anggota yang membayar premi daripada para anggota Gakin. Hal ini mungkin mematahkan semangat para anggota Gakin untuk menggunakan layanan yang tersedia. Dengan demikian, penundaan distribusi kartu anggota kepala Gakin mengindikasikan suatu mekanisme pendistribusian informal untuk mengurangi pemanfaatan layanan kesehatan oleh para Gakin.

Terdapat perbedaan besar dalam hal rujukan bagi anggota Gakin dan non-Gakin; kurang dari 15% dari total rujukan disediakan bagi para pasien Gakin. Kami harus mengamati hasil ini dari cara pandang yang berbeda untuk memahami penyebabnya. Dari perspektif pasien, tampaknya tidak setiap orang berminat untuk mendatangi RSUD karena jarak yang jauh, waktu yang panjang dan biaya yang diperlukan untuk mencapai RSUD. Dari perspektif

¹³ Biaya transportasi diperkirakan Rp10.000 per sekali perjalanan dengan ojek, sedang saat ini biaya layanan puskesmas ditetapkan Rp5.000/orang/kunjungan dan biaya tersebut dibebaskan bagi anggota JPKM.

rumah sakit: terdapat pengaduan dari rumah sakit bahwa puskesmas sebelumnya merujuk terlalu banyak kasus yang seharusnya dapat ditangani di puskesmas.

Kebijakan bahwa rujukan harus ditandatangani oleh dokter puskesmas dibuat karena RSUD mengeluhkan pada awalnya bahwa puskesmas telah merujuk begitu banyak pasien ke RSUD, seringkali untuk kasus-kasus yang dapat ditangani oleh puskesmas setempat. Hal ini mengakibatkan RSUD harus menangani sejumlah besar pasien baru yang juga menimbulkan pengeluaran layanan kesehatan yang lebih besar. Menurut RSUD, kebanyakan rujukan yang kurang sesuai diberikan oleh para mantri kesehatan, sehingga diagnosis di balik rujukan tersebut menjadi tidak jelas. Aduan RSUD telah mengakibatkan tingkat rujukan yang lebih rendah dari puskesmas sejak 2004.¹⁴

Demikianlah, alasan mengapa penggunaan oleh anggota Gakin/Strata I lebih rendah dibandingkan dengan anggota JPKM yang lain terkait dengan mekanisme pendistribusian informal dan formal yang disebut di atas. Kebanyakan pengguna layanan kesehatan di puskesmas dan RSUD adalah Strata II dan Strata III, sedangkan kebanyakan dana untuk JPKM (dari subsidi BBM dan bantuan DAU) diharapkan untuk mensubsidi layanan kesehatan bagi anggota Gakin. Ini berarti bahwa porsi terbesar dari dana ini sesungguhnya telah dimanfaatkan untuk mensubsidi para anggota JPKM yang tidak miskin. Ini mungkin bukan langkah yang paling efisien dalam upaya menyediakan jaminan kesehatan bagi warga Purbalingga. Kebanyakan dari sasaran yang dituju tidak pernah dapat memanfaatkan layanannya dan mereka yang sesungguhnya menggunakannya mungkin dapat membayar sendiri hampir semua atau sebagian besar pengeluaran dana kesehatannya.

F. PEMANTAUAN DAN KOORDINASI PEMANGKU KEPENTINGAN

Badan Penasihat JPKM terdiri atas para pejabat pemerintah dari beragam lembaga dan departemen pemerintah daerah dan juga dari sub-sub departemen dalam DinKes. Terdapat 16 jenis lembaga yang menjadi anggota badan ini, salah satunya adalah DinKes. Badan ini memiliki tiga fungsi yaitu:

1. Pemantauan dan bimbingan: berkunjung ke Bapel (meskipun tidak ada jadwal kunjungan tetap dan rutin), menerima pengaduan dari masyarakat dan anggota JPKM;
2. Pengembangan: khususnya mengembangkan peraturan bagi skema JPKM; dan
3. Petunjuk: ditujukan pada tidak pemangku kepentingan yakni: Bapel, penyedia layanan kesehatan, dan anggota (melalui kader).

Dalam masalah-masalah keuangan, pemantauan mestinya dilakukan oleh Badan Pengawas Keuangan Daerah (Bawasda). Pemantauan oleh Bapel akan kualitas layanan kesehatan puskesmas dan RSUD dilakukan melalui pelaporan data mengenai pengeluaran dan belanja puskesmas dan RSUD kepada Bapel.

Secara resmi, DinKes sebagai bagian dari Badan Penasihat JPKM bertanggung jawab pada pemantauan kinerja Bapel, efek JPK-Gakin pada pemanfaatan dan kualitas (berdasarkan pada catatan DepKes). Pemantauan Bapel dilakukan dengan mengukur pemanfaatan layanan kesehatan dan biaya pengeluaran kesehatan. Penyedia layanan kesehatan (puskesmas, pustu, dan rumah sakit) semua menyediakan laporan bulanan mengenai tingkat

¹⁴ Kami mencatat bahwa dalam satu kasus (Puskesmas Kutasari) sebelum 2004, jumlah rujukan oleh puskesmas diperkirakan antara 20 hingga 30 per bulan, sedangkan pada 2004 menurun menjadi 5 hingga 10 kasus.

pemanfaatan dan pengeluaran kepada DinKes. Akan tetapi, bentuk monitoring ini agak terbatas dan tidak menyediakan informasi tentang alasan orang mau dan tidak mau menggunakan layanan kesehatan jika mereka memerlukannya. Juga, penilaian kualitas layanan kesehatan tidak dilakukan.

Tampak juga kurangnya koordinasi antara kelompok yang terlibat (DinKes, Bapel dan penyedia layanan) dalam memantau penggunaan dan keuangan JPKM. Khususnya, ketidakjelasan apakah laporan keuangan dan pemanfaatan yang diserahkan penyedia layanan diperiksa dan diverifikasi oleh lembaga pemerintah lainnya (DinKes dan Bapel). Pada dua lembaga ini, tidak terdapat kesepakatan siapa di antaranya yang akan melakukan verifikasi laporan tersebut. Bapel menyatakan bahwa DinKeslah yang harus melakukan verifikasi dan sebaliknya DinKes mengatakan bahwa Bapel-lah yang harus melakukan verifikasi.

Anggota Strata II dan III lebih sering mengajukan aduan tentang layanan yang mereka terima di puskesmas atau RSUD. Di pihak lain, hanya sedikit aduan yang diajukan oleh para Gakin/strata I. Bapel dan penyedia layanan kesehatan menghubungkan keadaan ini dengan kurangnya pendidikan Gakin dibandingkan dengan dua strata lainnya. Demikian juga kecenderungan untuk "*nrimo*" atau pasrah yang membuat mereka tidak mengajukan aduan pada penyedia layanan kesehatan atau Bapel tentang layanan yang diterima.

Mungkin juga kenyataan bahwa anggota Strata II dan III membayar untuk keanggotaan JPKM, sementara anggota Gakin/Strata I tidak membayar sama sekali, turut mempengaruhi banyaknya pengaduan yang diajukan oleh kelompok Strata II dan III dibandingkan oleh anggota Gakin/Strata I. Anggota Strata II dan III menuntut layanan yang lebih baik dari penyedia layanan karena mereka telah membayar premi JPKM (sehingga merasa berhak untuk menerima layanan yang sesuai dengan jumlah premi yang dibayarkan), sementara para anggota Gakin tidak memedulikan kualitas layanan JPKM karena merasa tidak membayar premi.

Menakar tingkat kepuasan dengan layanan kesehatan khususnya ketika tersedia secara gratis sangatlah sulit. Ketika layanan tersedia secara gratis, lebih sedikit kemungkinan bahwa klien akan mengajukan aduan tentang layanan. Selain itu, kemampuan evaluasi masyarakat yang rendah karena minimnya pengetahuan mengenai kesehatan dan layanan kesehatan adalah suatu tolak ukur yang tidak ideal. Salah satu pilihan adalah menyaring aduan pada tingkat masyarakat melalui kader, namun sistem demikian tampaknya tidak berkembang di sini.

III. DAMPAK JPKM PADA PENYEDIAAN LAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN PURBALINGGA

A. PENGAMATAN

Meskipun jaminan kesehatan menghilangkan risiko keharusan membayar layanan kesehatan dan meningkatkan kemampuan mengakses layanan kesehatan, ada beberapa karakteristik skema jaminan kesehatan ini yang dapat membatasi akses layanan kesehatan masyarakat miskin. Kita tidak dapat membandingkan tingkat pemanfaatan sebelum pelaksanaan JPKM dengan tingkat setelah pelaksanaan, namun dari perbandingan tingkat pemanfaatan dengan layanan puskesmas di wilayah lain, jelaslah bahwa tingkat pemanfaatan jauh lebih tinggi di Kabupaten Purbalingga dibandingkan dengan daerah lainnya yang dievaluasi. Berikut ini beberapa hal yang perlu mendapat perhatian:

- 1) Dalam pendistribusian kartu JPKM kepada para anggota dari berbagai strata berbeda, pendistribusian kepada anggota strata I menyita waktu lebih lama dibandingkan dengan anggota yang membayar premi. Hal ini menjadi masalah umum yang juga terjadi pada tahun-tahun awal pelaksanaan. Anggota Gakin/Strata I yang diwawancarai dalam studi ini masih menggunakan kartu JPKM lamanya karena kartu barunya belum didistribusikan, sementara kartu untuk Strata II dan III telah dibagikan. Kekurangan kartu baru dapat menjadi penghalang bagi anggota (khususnya Gakin) sehingga mereka enggan untuk mengupayakan layanan pengobatan di fasilitas kesehatan.¹⁵
- 2) Ongkos transpor, khususnya bila sangat mahal, membuat masyarakat miskin enggan untuk berkunjung ke puskesmas dan/atau RSUD, bahkan bagi anggota JPK Gakin pun, karena mereka tidak sanggup membayar ongkos transpor.
- 3) Anggapan tentang puskesmas: ada anggapan umum di antara anggota masyarakat bahwa kualitas layanan kesehatan di puskesmas rendah (seperti layanan dokter/paramedis, kualitas obat-obatan, layanan tambahan seperti laboratorium dan sebagainya). Selama persepsi ini ada, banyak orang akan enggan untuk mengupayakan layanan di puskesmas dan cenderung untuk mencari layanan swasta, walaupun mereka harus membayar lebih mahal dibanding di puskesmas.

Penyedia layanan swasta tidak termasuk (atau ditolak) untuk bergabung dalam skema JKPM. Hal ini mengurangi akses dan pilihan anggota JPKM dalam hal layanan kesehatan, karena mereka hanya dapat menggunakan hak mereka pada sarana umum seperti puskesmas dan RSUD. Hal ini turut mendorong munculnya anggapan pada anggota JPKM bahwa layanan kesehatan yang diberikan oleh penyedia layanan umum tidak memadai atau kurang berkualitas. Masuknya penyedia layanan swasta seharusnya terus didorong dengan menawarkan tingkat kompensasi dan penggantian yang pantas. Hal ini akan meningkatkan akses dan pilihan layanan kesehatan bagi anggota JPKM. Masuknya penyedia layanan swasta dapat juga meningkatkan persaingan yang sehat dan standar-standar kualitas.

Untuk menentukan apakah penyedia layanan kesehatan bekerja secara efisien atau tidak tentu sulit dilakukan, karena meski bersama dengan JPKM/JPK Gakin, kebanyakan

¹⁵ Terdapat jaminan dari Bapel dan puskesmas bahwa anggota Gakin masih dapat mengakses layanan kesehatan walaupun mereka belum memiliki kartu sehat yang baru.

pengeluarannya akan digantikan oleh Bapel. Dengan demikian, JPKM praktisnya bukanlah skema jaminan, namun hanya merupakan suatu mekanisme pendanaan layanan kesehatan di mana pemerintah sepenuhnya mensubsidi biaya layanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan juga mensubsidi sebagian anggota JPKM.

Pejabat RSUD yakin bahwa kualitas layanan kesehatan di RSUD telah meningkat dengan terbentuknya skema JPKM karena pengelolaan RSUD telah meningkatkan pembayaran insentif bagi para stafnya. Selain itu, RSUD telah membeli tempat tidur baru untuk layanan di rumah sakit (meski kami mengamati bahwa banyak dari tempat tidur tersebut berada di kelas I dan kelas VIP yang diasumsikan untuk pasien yang mampu membayar seluruh biaya pengobatan dan bukan anggota JPKM).

B. KESINAMBUNGAN PROGRAM

Skema jaminan kesehatan ini tidak berkesinambungan karena sangat tergantung pada subsidi yang besar. Pertama, premi untuk masyarakat miskin sepenuhnya dibayar melalui subsidi BBM dan di samping itu, DAU juga digunakan untuk sebagian ketiga strata tersebut. Kedua, layanan kesehatan juga disubsidi melalui dana lain seperti sumbangan rutin oleh pemerintah daerah untuk mensubsidi biaya operasional puskesmas. Puskesmas juga menerima subsidi dari pemerintah untuk membeli obat-obatan dan perlengkapan medis. Kami tidak dapat menentukan apakah pembayaran sistem kapitasi yang diatur untuk berbagai penyedia layanan kesehatan yang berbeda telah berdampak pada pengendalian biaya.

Selama tahun pertama dan kedua, biaya RSUD melampaui anggaran (mengakibatkan defisit). Defisit ini telah berkurang karena peningkatan dana kapitasi bagi RSUD. Saat ini ada atau tidaknya defisit masih menjadi pertanyaan dan RSUD belum memberikan jawaban. Pejabat RSUD juga belum memikirkan bahwa defisit dapat beralih menjadi masalah serius pendanaan di masa datang. Mereka tampaknya mengambil sikap bahwa tidak akan ada masalah selama pemerintah daerah tetap mencairkan dana untuk mereka. Dengan demikian, tidak ada insentif bagi puskesmas untuk mencoba mengendalikan biaya dan mengurangi pengeluaran untuk menghindari defisit.

Bersama dengan kurangnya pemantauan pendanaan RSUD oleh Bapel (lihat di atas), hal ini dapat memunculkan keraguan atas kesinambungan jangka panjang program JPKM karena kesinambungan finansial memerlukan rencana keuangan yang baik yang dapat dilaksanakan dan adanya upaya-upaya menegakan akuntabilitas untuk mencegah penyelewengan program. Minimnya perencanaan dan pengontrolan keuangan baik oleh Bapel maupun penyedia untuk mempertahankan efisiensi skema dan mengeliminasi biaya-biaya yang tidak perlu semakin tampak jelas. Tidak ada cara yang jelas untuk menjamin akuntabilitas dari para penyedia layanan untuk menjamin akuntabilitas dana yang diterima dari Bapel. Tanpa semuanya ini, skema program tetap rentan dari kemungkinan penyalahgunaan dan kebocoran yang justru akan membahayakan kesinambungan jangka panjang program.

Rencana kenaikan premi jaminan JPKM agar mencerminkan nilai pasar riil di tahun-tahun mendatang (menjadi sekitar Rp96.000/orang/tahun) berpotensi mengurangi jumlah anggota yang berpartisipasi dalam skema. Hal ini dapat juga membahayakan kesinambungan program, khususnya jika jumlah anggota yang keluar dari skema lebih banyak.

IV. KESIMPULAN

Skema JPKM di Purbalingga menjadi lebih sukses dalam menyediakan akses jaminan kesehatan yang memadai bagi anggota masyarakat, khususnya masyarakat miskin. Jumlah masyarakat yang terdaftar sebagai anggota JPKM amat banyak dibandingkan dengan skema yang sama di tempat lain, yang sebagian besar berkat usaha pemasaran dan sosialisasi yang meluas oleh para kader. Kesuksesan besar penggunaan para kader dalam mensosialisasi skema JPKM di Purbalingga menjadi perhatian khusus dan bisa dijadikan sebagai suatu model bagi program yang sama di daerah lain di Indonesia.

Meski demikian, beberapa hal dari skema Purbalingga perlu diperbaiki demi meningkatkan efektivitas dan meningkatkan jumlah anggota masyarakat yang ingin bergabung. Di samping itu, ada beberapa masalah lain yang perlu ditangani oleh Bapel dan penyedia layanan karena dapat menghambat efektivitas JPKM dalam menyediakan layanannya kepada para anggota, yakni:

- Tampak banyaknya tekanan untuk lebih memasukkan para anggota yang membayar premi ke dalam skema, contohnya, dengan meningkatkan jumlah biaya bagi para pengguna puskesmas dan menaikkan status para anggota Strata I/Gakin menjadi berstatus Strata II. Langkah ini dianggap belum waktunya, mengingat fakta bahwa mungkin terdapat keluarga Gakin yang sesungguhnya masih tergolong miskin, namun terpaksa dinaikkan statusnya menjadi Strata II sebagai akibat dari tekanan ini. Hal ini mungkin memaksa mereka untuk keluar dari keanggotaan mereka karena mereka tidak mampu membayar premi. Tekanan untuk menyertakan para anggota yang membayar premi ke dalam skema JPKM seyogyanya diseimbangkan dengan kepentingan untuk menyediakan layanan yang adil bagi para anggota berdasarkan kemampuannya membayar.
- Terdapat hambatan formal dan informal yang dibuat agar para anggota Gakin enggan untuk memanfaatkan layanan yang menjadi haknya seperti tingginya biaya transport, penundaan distribusi kartu anggota, dan lain-lain. Hambatan-hambatan seperti itu dapat mengingkari fungsi JPKM sebagai skema bantuan kesehatan bagi masyarakat miskin dan dapat mengakibatkan misalokasi subsidi Gakin kepada anggota yang dianggap mampu, yakni tingkat Strata II dan III yang secara teoretis mampu membayar sendiri sebagai biaya pengobatannya.
- Kurangnya efisiensi dalam penggunaan dana JPKM oleh penyedia layanan (khususnya RSUD). Sepanjang sistem pembayaran tetap berjalan secara de facto dengan sistem penggantian sesuai biaya (FFS),¹⁶ pengendalian biaya tidak dapat dilakukan dan akan mendorong penggunaan layanan kesehatan yang lebih mahal yang tidak diperlukan para pasien.
- Ada sedikit kegiatan pemantauan yang dilakukan oleh Bapel dan DinKes mengenai pemanfaatan dana JPKM oleh penyedia layanan kesehatan. Tidak diketahui apakah semua klaim penggantian dana yang dibuat oleh penyedia layanan sungguh berdasarkan pada layanan nyata yang disediakan olehnya. Keadaan ini memberikan kesempatan adanya penyelewengan dana melalui pengajuan klaim-klaim palsu.

¹⁶ Ini khusus untuk pasien Gakin. Beberapa batasan biaya dikenakan bagi para anggota Strata II dan III yang membayar premi.

- Hanya sedikit keterlibatan pemangku kepentingan nonpemerintah (khususnya anggota JPKM) dalam rancangan, pelaksanaan dan pemantauan skema. Anggota JPKM menjadi anggota pasif yang membayar premi, menerima kartu anggota, dan menerima layanan kesehatan dari penyedia JPKM. Mereka tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai skema itu sendiri. Ini tentu membuat pengelolaan program menjadi kurang transparan dan kurang bertanggung gugat bagi pemangku kepentingannya, khususnya para anggota.
- Tidak terlibatnya penyedia layanan swasta dalam penyediaan layanan kesehatan bagi anggota JPKM. Mereka hanya bisa memperoleh layanan kesehatan pada fasilitas kesehatan publik (puskesmas dan RSUD). Sebagian alasan bagi para penyedia layanan swasta yang tidak berpartisipasi dalam JPKM adalah tingkat penggantian klaim yang rendah (yang diatur lebih rendah dari harga pasar) untuk setiap pelayanan yang diberikannya. Apa pun alasannya, ketidakikutsertaan penyedia layanan swasta dalam skema mengakibatkan pilihan yang lebih terbatas bagi para anggota, yang dapat menghambat mereka mengakses layanan yang lebih berkualitas.

Untuk mengatasi persoalan-persoalan di atas dan membuat skema JPKM di Purbalingga dapat berjalan lebih baik, langkah berikut adalah rekomendasi bagi Pemda Purbalingga:

- Meningkatkan kualitas layanan puskesmas. Banyak warga menganggap mutu layanan puskesmas terbilang rendah dan karena itu mereka enggan berobat ke puskesmas. Jika layanan puskesmas ditingkatkan, diharapkan citranya di kalangan masyarakat akan menjadi lebih baik dan lebih banyak warga dan anggota JPKM yang akan berkunjung ke puskesmas untuk mendapatkan layanan kesehatan.
- Mengurangi atau menghapuskan hambatan-hambatan formal dan informal bagi keluarga Gakin dalam menggunakan layanan yang menjadi haknya. Ini dapat dicapai dengan mempercepat distribusi kartu anggota Gakin dan menyediakan subsidi transportasi bagi pasien Gakin. Pemerintah juga perlu mengeliminasi misalokasi subsidi Gakin kepada kelompok mampu (strata yang lebih tinggi) untuk menjamin agar skema JPKM sungguh memenuhi tujuan yang dimaksud, yakni menyediakan dana bantuan kesehatan bagi masyarakat miskin.
- Meningkatkan efisiensi penyediaan layanan kesehatan oleh para penyedia layanan (puskesmas dan RSUD). Layanan kesehatan yang diberikan kepada para anggota JPKM hendaknya sesuai dengan kebutuhan mereka dan secara medis memang diperlukan. Penggunaan layanan yang lebih mahal namun secara medis tidak diperlukan sebaiknya tidak didukung dengan cara menerapkan mekanisme pengendalian efisiensi.
- Menjalankan pemantauan yang lebih ketat (baik internal maupun eksternal) demi menjamin agar dana JPKM yang dialokasikan untuk menyediakan layanan kesehatan di RSUD dan puskesmas dimanfaatkan secara efektif dan efisien. Pemantauan hendaknya dikerjakan baik oleh Bapel (atau Bawasda) dan juga oleh unit pemantau independen yang dapat dibentuk oleh masyarakat atau oleh asosiasi para anggota JPKM.
- Melakukan upaya-upaya untuk meningkatkan partisipasi anggota JPKM dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan skema JPKM. Para anggota hendaknya diikutsertakan dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kesejahteraan dan

keanggotaan mereka dalam JPKM. Pembentukan asosiasi anggota JPKM akan menjadi langkah awal untuk mencapai tujuan ini.

- Insentif perlu diadakan untuk mendorong para kader agar lebih produktif dalam mencari anggota baru. Hal ini dapat mencakup honor reguler bagi para kader yang jumlahnya lebih besar dibandingkan yang telah disediakan bagi mereka selama ini (Rp1.000 per setiap anggota baru yang mendaftar).
- Mempertimbangkan untuk mengikutsertakan penyedia layanan swasta (dokter swasta, rumah sakit swasta, klinik swasta) dalam daftar penyedia skema JPKM. Hal ini akan meningkatkan pilihan penyedia layanan bagi para anggota skema dan akan meningkatkan akses mereka bagi layanan-layanan yang diperlukan. Untuk menarik penyedia layanan swasta ke dalam skema, pembayaran kapitasi yang lebih tinggi mungkin diperlukan sehingga pembayaran tersebut akan sesuai dengan tingkat harga pasar yang diberlakukan penyedia layanan swasta. Akan tetapi, hal ini memerlukan kenaikan premi yang mungkin memaksa sebagian anggota JPKM untuk keluar dari skema karena mereka tidak lagi sanggup membayar premi. Dengan demikian, biaya dan manfaat memperluas pilihan penyedia layanan swasta perlu dikaji secara hati-hati.
- Mempertimbangkan untuk memberlakukan tingkat premi minimum atau jaminan bersama bagi anggota Gakin/Strata I karena tampaknya lebih besar kemungkinan para anggota JPKM yang membayar premi untuk menuntut layanan lebih baik dari para penyedia layanan dibandingkan anggota yang tidak membayar premi. Selain itu, mereka yang membayar premi lebih berani mengajukan aduan bilamana layanan yang diterima tidak memuaskan. Dengan membayar premi, anggota Gakin tentu terdorong untuk menuntut layanan yang lebih baik dari para penyedia layanan. Tentu saja, ongkos yang dikenakan pada para Gakin seharusnya diatur pada tingkat harga minimum yang sesuai dengan kemampuannya sehingga mereka tidak akan memutuskan keluar dari skema karena merasa tidak mampu membayar premi.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1: HAK ANGGOTA JPKM

1. Menerima pasien rawat jalan dan rawat inap di puskesmas, yakni:

Layanan rawat jalan

- Poliklinik desa.
- Pustu.
- Puskesmas (I. Pemeriksaan umum, II. Perawatan darurat seperti pengobatan gigi, III. Pembedahan kecil sebagaimana diatur oleh perda, IV. layanan ibu hamil/melahirkan: untuk klien strata I semua biayanya ditanggung, jika anggota mendatangi klinik atau rumah sakit umum seperti puskesmas, pustu, polindes, klinik layanan bagi ibu, Panti Nugroho dan RSUD. Untuk Strata II, terdapat batasan maksimum Rp80.000 dan untuk Strata III batasanya Rp90.000, V. pemeriksaan laboratorium dengan batasan maksimum Rp10.000.

Layanan rawat inap (puskesmas)

- a. Menerima penggantian dengan batas Rp125.000 untuk Strata II dan Rp150.000 untuk Strata III dengan maksimum inap tiga hari.

2. Menerima pasien rawat jalan dan rawat inap di RSUD, yakni:

- a. Konsultasi rawat jalan baik di dokter umum atau dokter spesialis di klinik RSUD
- b. Obat-obatan (standar JPKM).
- c. Layanan tambahan rawat jalan seperti laboratorium (jumlah yang diganti hingga Rp15.000), sinar X (jumlah yang dapat diganti hingga Rp25.000), USG (jumlah yang dapat diganti hingga Rp30.000) dan EKG (sepenuhnya diganti oleh JPKM).
- d. Tindakan darurat minor.
- e. Terapi fisik.
- f. Konsultasi gizi.
- g. Layanan rawat inap di kelas III. Jika anggota JPKM ingin mendapatkan layanan kelas yang lebih tinggi, mereka dapat melakukannya, namun mereka harus membayar selisih harga, yakni jumlah ongkos kelas yang lebih tinggi dikurangi biaya bagi kelas III (jaminan bersama).
- h. Untuk pembedahan darurat, biaya yang akan diganti maksimum Rp500.000.

3. Layanan yang tidak ditanggung JPKM

1. Dialisis ginjal.
2. Kaca mata dan lensa kontak.
3. Pengobatan dan perawatan gigi utama (e.g. prosthesis and orthodontal).
4. Pasien pengidap HIV/AIDS, cacat permanen dan sakit mental.
5. Layanan ambulans, biaya pemakaman, dan otopsi (kecuali untuk Gakin/Strata I yang sepenuhnya ditanggung).
6. Kursi roda, tongkat penyangga, korset, dan alat bantu lainnya.
7. Tranfusi darah.
8. Pengobatan dan perawatan impotensi/ketidaksuburan.
9. Pembedahan atau perawatan kosmetik.
10. Pemeriksaan umum.
11. Pemeriksaan medis di luar wilayah Purbalingga (Catatan: Gakin dapat dirujuk ke luar Kabupaten Purbalingga seperti RSUP dan RSCM Jakarta).

LAMPIRAN 2: KRITERIA KELUARGA MISKIN (GAKIN) DI KABUPATEN PURBALINGGA

Pemda Kabupaten Purbalingga, melalui SK Bupati Purbalingga No. 29/2003 yang berlaku sejak Juli 2003 menetapkan beberapa indikator sebagai penentu keluarga miskin (gakin).

1. Pendapatan keluarga tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari sebanyak 2.100 kalori per hari atau Rp85.000/orang/bulan.
2. Tidak mampu untuk makan lebih dari dua kali sehari.
3. Anggota keluarga menderita kekurangan gizi.
4. Tidak memiliki rumah layak huni (rumah berlantai tanah).
5. Keluarga tidak mampu mengakses layanan kesehatan dan layanan KB.
6. Keluarga tidak mampu menyekolahkan anaknya (antara usia 7 hingga 15 tahun).
7. Keluarga tidak memiliki lebih dari tiga potong pakaian bagus.