



*Laporan Lapangan*

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

*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](http://www.smeru.or.id) atau e-mail: [smeru@smeru.or.id](mailto:smeru@smeru.or.id)

Alex Arifianto

Ruly Marianti

Sri Budiwati

*The SMERU Research Institute*

Ellen Tan

*World Bank Indonesia*

Desember 2005

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

Alex Arifianto

Ruly Marianti

Sri Budiyati

Lembaga Penelitian SMERU  
Jakarta, Indonesia

dan

Ellen Tan

Konsultan  
Bank Dunia Indonesia

Desember 2005

*Laporan ini disiapkan untuk Kantor Perwakilan Bank Dunia Indonesia*

Menyediakan layanan efektif bagi kaum miskin di Indonesia: Laporan mekanisme pembiayaan kesehatan (JPK GAKIN) di Kabupaten Tabanan, Bali. Sebuah studi kasus/oleh Alex Arifianto et al. – Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU, 2005. – (Laporan Lapangan SMERU Desember 2005). –

ISBN 979-3872-16-0

1. Asuransi social

I. Arifianto, Alex

368.4/DDC 21

Lembaga Penelitian SMERU, Desember 2005

# DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK</b>	ii
<b>I. PENDAHULUAN</b>	1
<b>II. SKEMA JAMINAN KESEHATAN</b>	4
A. Awal Mula Program	4
B. Penyedia Jaminan Kesehatan dan Mekanisme Pendanaan	5
C. Peserta Layanan Jaminan Kesehatan	7
D. Penyedia Layanan Kesehatan	7
E. Premi	8
F. Sistem Penggantian Pembayaran	8
G. Kartu Sehat	9
<b>III. PENGFUNGSIAN SKEMA JAMINAN KESEHATAN</b>	10
A. Identifikasi dan Verifikasi Masyarakat Miskin (Gakin)	10
B. Sosialisasi Jaminan Kesehatan	11
C. Keuangan	12
D. Paket Bantuan Program dan Layanan	13
E. Pemanfaatan dan Rujukan	14
<b>IV. PENGALAMAN DARI BERBAGAI PERSPEKTIF</b>	17
A. Puskesmas	17
B. Rumah Sakit	23
<b>V. KESIMPULAN</b>	25
A. Hubungan Antar Pemangku Kepentingan	25
B. Efek pada Penyediaan Layanan Jaminan Kesehatan	26

# Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Tabanan, Bali: Sebuah Studi Kasus

Oleh:

Alex Arifianto

Ruly Marianti

Sri Budiwati

Lembaga Penelitian SMERU

Jakarta, Indonesia

dan

Ellen Tan

Konsultan Bank Dunia Indonesia

## ABSTRAK

*Didasarkan pada gagasan bahwa kebutuhan akan kesehatan yang baik adalah hak dasar semua warga negara, maka Pemerintah Indonesia (GoI) telah berupaya mengembangkan program pembiayaan layanan kesehatan bagi masyarakat. Salah satu di antaranya adalah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK). Pada 2003, proyek uji coba JPK bagi masyarakat miskin (JPK-Gakin) dimulai di 15 kabupaten dan dua provinsi, dan pada tahun berikutnya terus diperluas ke wilayah lainnya. Sejak 1 April 2004, PT Askes, sebuah lembaga asuransi yang berorientasi laba, ditunjuk sebagai penyedia skema jaminan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin (JPK Gakin) di Kabupaten Tabanan. Terkait dengan ini, perlu dilihat lebih jauh bagaimana peran penting PT Askes memengaruhi dinamika penyediaan layanan kesehatan dan seberapa jauh layanan PT Askes berbeda dengan penyedia jaminan lainnya (lembaga umum yang tidak berorientasi laba) dalam mengelola skema JPK-Gakin.*

*Kasus di Tabanan memperlihatkan bahwa pengawasan dan pemantauan oleh Dinas Kesehatan (DinKes) terhadap kinerja penyedia jaminan seperti Askes berisiko kurang efektif karena PT Askes merupakan lembaga yang relatif mapan dan sangat independen. Terlebih lagi, terdapat perbedaan dalam hal tingkat keahlian dan pengalaman antara PT Askes dan DinKes berkaitan dengan pengelolaan skema jaminan. Karena itulah, pengawasan dan pemantauan terhadap kinerja PT Askes oleh DinKes cenderung bersifat sebagai “formal” ketimbang “aktual.” Perbedaan dalam hal keahlian dan pengalaman ini dapat menjadi penghambat bagi DinKes untuk melakukan negosiasi mengenai biaya dan cakupan skema dengan PT Askes. PT Askes – sebagai penyedia jaminan – juga amat minim terlibat dalam kegiatan promosi dan sosialisasi program dan identifikasi masyarakat miskin sebagai klien potensial.*

*Tentunya skema JPK-Gakin mampu menjamin layanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin (gakin) pada tingkat puskesmas, namun ini tidak serta merta berarti bahwa masyarakat miskin akan menerima kualitas layanan yang baik. Secara umum, layanan kesehatan di tingkat puskesmas amat terbatas baik dalam hal mutu dan keragaman. Pelaksanaan skema JPK-Gakin – termasuk kapitasi yang memadai bagi puskesmas dari skema ini – tentu saja tidak akan mengubah kondisi ini dengan mudah karena persoalannya terkait dengan faktor-faktor yang lebih kompleks seperti ketersediaan staf medis, peralatan, dan fasilitas yang memadai. Efek skema JPK-Gakin yang paling positif pada penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah kemungkinan untuk mendapatkan layanan kesehatan sekunder dan tersier yang umumnya tidak dapat dijangkau masyarakat miskin. Namun demikian, karena beragam alasan, mayoritas pasien Gakin tidak dirujuk ke rumah sakit. Ada beberapa kasus yang memperlihatkan bahwa*

*masyarakat miskin menolak dirujuk ke rumah sakit meski hal tersebut perlu dilakukan karena mereka khawatir dengan adanya biaya tambahan yang harus dikeluarkan yang tidak dijamin PT Askes. Karena itulah, meski skema JPK-Gakin sungguh menjamin hak masyarakat miskin untuk mengakses layanan pengobatan medis di rumah sakit, namun aktualisasinya tidak dapat dijamin.*

*Kata kunci: program layanan kesehatan; mekanisme pembiayaan; skema jaminan; pemangku kepentingan; layanan kesehatan.*

# I. PENDAHULUAN

Didasarkan pada pemikiran bahwa kesehatan yang baik adalah salah satu hak dasar warga negara, maka Pemerintah Indonesia telah meningkatkan program pembiayaan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Pada 1998, pemerintah memperkenalkan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) untuk menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui puskesmas dan bidan desa (bides). Pada 2001, pemerintah juga memperkenalkan program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi – Bidang Kesehatan (PDPSE-BK). Program ini, antara lain, mencakup penyediaan obat-obatan dan vaksin Hepatitis B untuk layanan kesehatan dasar. Pada 2002, program ini berganti nama menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) bidang kesehatan.

Akan tetapi, mekanisme pembiayaan yang lebih efektif, efisien, dan berkelanjutan diperlukan karena meningkatnya biaya pengadaan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan hal ini amat membebankan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Karena alasan ini, pemerintah telah mengembangkan skema pembiayaan kesehatan, yakni Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK). Pada 2003, proyek uji coba JPK bagi masyarakat miskin (JPK-Gakin) dimulai di 15 kabupaten dan dua provinsi di Indonesia dan diperluas di kabupaten lainnya pada tahun berikutnya.

Lazim disebut JPK-Gakin, skema yang bersifat individual ini tentu saja mengandung perbedaan-perbedaan penting dalam hal karakteristik skema yang disediakan dan siapa pengagasnya atau telah ditugaskan sebagai penyedia layanan kesehatan. Tiga perbedaan utama adalah penjaminnya, paket bantuan/manfaatnya, dan sistem penggantian atau pembayarannya. Dalam banyak kasus, Badan Pengelola (Bapel) yang terdiri dari DinKes dan dokter di RSUD adalah penyedia jaminan kesehatan, sedangkan dalam dua kasus (Musi Banyuasin, Sumatra dan Tabanan, Bali), PT Askes adalah penyedia jaminannya. PT Askes adalah organisasi yang memiliki sejarah panjang dan pengalaman menyediakan jaminan/asuransi dan berorientasi laba. Tiap kabupaten tidak terikat dengan keharusan menyediakan paket bantuan tertentu dan karena itu perbedaan dalam paket bantuan pun muncul. Beberapa kabupaten menanggung semua layanan kesehatan yang tersedia yang juga meluas cakupannya hingga kepada penyedia layanan di luar daerah, sementara kabupaten lainnya memiliki paket bantuan yang lebih terbatas sifatnya.

Beragam studi evaluasi (misalnya, yang dilakukan ILO pada 2003) menyimpulkan bahwa skema JPK-Gakin belum berhasil dalam memfasilitasi layanan kesehatan yang mudah diakses, terjangkau, dan berkesinambungan bagi masyarakat miskin. Masalah-masalah seperti rendahnya manfaat, kurangnya kerangka kelembagaan, dan manajemen yang amburadul disebut sebagai alasan atas kegagalan ini. Akan tetapi dalam studi kasus ini, kami ingin mengkaji efek-efek beragam karakteristik mekanisme pembiayaan kesehatan pada penyediaan layanan kesehatan, kualitas penyediaan layanan kesehatan, dan bagaimana karakteristik jaminan dapat mempengaruhi hubungan antarpemangku kepentingan. Beberapa kabupaten telah berhasil melaksanakan dan meneruskan skema program dengan cukup baik. Studi ini mengkaji sejumlah pertanyaan terkait seperti:

- Mengapa beberapa kabupaten lebih berhasil dalam melaksanakan program JPK-Gakin dibanding kabupaten-kabupaten lainnya?
- Hambatan-hambatan seperti apa yang menghalangi penyediaan layanan yang lebih baik bagi masyarakat miskin?
- Faktor-faktor apakah yang memengaruhi kemajuan layanan-layanan ini secara signifikan?

Tiga kabupaten telah dipilih untuk tujuan studi kasus ini, yakni: Kabupaten Purbalingga (Jateng), Kabupaten Tabanan (Bali) dan Kabupaten Sumba Timur (Nusa Tenggara Timur).<sup>1</sup> Masing-masing kabupaten dipilih karena pertimbangan-pertimbangan khusus. Kabupaten Purbalingga adalah kabupaten yang pertama kali menyediakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin; suatu skema yang merupakan inisiatifnya sendiri. Karena telah memiliki sejumlah pengalaman, evaluasi tentang kesinambungan skema program ini perlu dilakukan. Selain itu, Kabupaten Purbalingga menyediakan paket bantuan untuk beragam premi bergantung pada pendapatan masyarakatnya; sehingga dapat meningkatkan jangkauan program.

Kunjungan kedua dilakukan di Kabupaten Tabanan,<sup>2</sup> di mana skema program disediakan melalui PT Askes, sebuah perusahaan yang berorientasi laba. Sasaran DepKes “untuk menyediakan JPK-Gakin di semua kabupaten yang dijalankan oleh PT Askes pada 2005” adalah alasan lain untuk mengikutsertakan studi kasus dengan skema yang dijalankan oleh PT Askes. Hingga akhir 2004, hanya terdapat dua kabupaten di mana JPK-Gakin dilayani oleh PT Askes, yakni Kabupaten Musi Banyuasin (Sumatra) dan Kabupaten Tabanan (Bali).<sup>3</sup> Berkaitan dengan PT Askes, penting untuk melihat bagaimana sebuah badan dari luar dapat berinteraksi dengan pemangku kepentingan terkait dengan pengelolaan dan penyediaan layanan kesehatan dan bagaimana pengalaman mereka menyediakan layanan kesehatan dapat membantu penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Kabupaten Tabanan adalah “generasi kedua program JPK-Gakin” yang diperkenalkan pada 2004. Mengikutsertakan Kabupaten Tabanan dalam studi kasus ini sungguh memberikan kesempatan untuk melakukan kajian pengalaman awal dengan penyediaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Daerah studi kasus ketiga, Kabupaten Sumba Timur, adalah salah satu kabupaten dengan tingkat kemiskinan yang sangat tinggi sehingga penyediaan jaminan layanan kesehatan akan sangat berpengaruh dalam meningkatkan akses layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Kabupaten Sumba Timur juga merupakan kabupaten yang memiliki berbagai masalah berkaitan dengan jarak karena penyebaran penduduk yang tidak merata dan luasnya wilayah. Berdasarkan tiga studi kasus ini, ringkasan eksekutif yang disusun dapat memberikan informasi yang lebih dalam tentang pengaruh beragam karakteristik program jaminan kesehatan.

---

<sup>1</sup> Untuk uji coba awal studi kasus, kami mengunjungi Cilegon, Jawa Barat.

<sup>2</sup> Kabupaten Tabanan memiliki luas 839,33 km<sup>2</sup>, Kabupaten ini meliputi 10 kecamatan dan 116 desa. Pada 2004, kabupaten ini dihuni oleh 394.004 jiwa (94.544 kk) dengan tingkat kepadatan 522 orang/km<sup>2</sup>. Rata-rata jumlah anggota masing-masing rumah tangga adalah empat orang.

<sup>3</sup> Rencana semula adalah mengunjungi Kabupaten Musi Banyuasin karena kabupaten ini adalah daerah pertama program JPK Gakin dijalankan oleh PT Askes. Akan tetapi, karena beberapa hal kami tidak dapat mengunjungi kabupaten ini. Karena itu, kami menggantikannya dengan Kabupaten Tabanan sebagai generasi kedua JPK Gakin.

Di Tabanan, PT Askes ditunjuk sebagai penjamin (seperti Bapel) skema jaminan kesehatan nonprofit bagi masyarakat miskin. Kebanyakan dari 25 kabupaten yang ditunjuk sebagai daerah uji coba JPK Gakin telah melaksanakan sistem pengelolaan yang berbeda dengan menggunakan Bapel Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Unit manajemen ini terdiri dari sedikitnya empat staf yang bekerja penuh waktu termasuk kepala unit (koordinator utama) dan tiga staf lain yang akan mengelola bagian keanggotaan, keuangan dan layanan kesehatan. Bagaimanakah peran utama PT Askes dalam memengaruhi dinamika penyediaan layanan kesehatan? Apa yang membedakan layanan PT Askes dengan Bapel dalam mengelola skema JPK Gakin dan mengapa? Laporan ini ingin mengupas tuntas pertanyaan-pertanyaan tersebut.

## II. SKEMA JAMINAN KESEHATAN

### A. AWAL MULA KEMUNCULANNYA

Tidak seperti kebanyakan wilayah uji coba lainnya, skema jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (JPK Gakin) di Kabupaten Tabanan dikelola oleh PT Askes. Akibatnya, skema ini umumnya dikenal sebagai Askes-Gakin. Skema ini dimulai pada 1 April 2004 ketika Kabupaten Tabanan menerima status “Daerah Pengembangan”<sup>4</sup>.

Menurut Dinas Kesehatan (DinKes) Kabupaten Tabanan, mereka sengaja memilih PT Askes sebagai penjamin dan penyedia JPK-Gakin karena dua alasan:

1. DinKes Tabanan mau menghindari risiko kegagalan yang dapat menyebabkan masalah keuangan yang serius. Mereka telah belajar dari kekeliruan pengelolaan Dana Sehat (mekanisme pembiayaan kesehatan pertama bagi masyarakat miskin) oleh lembaga-lembaga yang tidak berpengalaman di daerah lain.
2. PT Askes dianggap sebagai lembaga profesional yang telah memiliki pengalaman yang dibutuhkan dalam mengelola skema jaminan kesehatan dan memiliki jaringan dan cakupan yang luas. Karena itu, ia dianggap memiliki kemampuan untuk memberi layanan kesehatan bagi seluruh Pulau Bali dan memungkinkan ekspansi yang lebih luas bagi skema yang berarti menambah risiko kerugian. Belum ada organisasi lain selain PT Askes yang memiliki kemampuan untuk mencakupi seluruh wilayah.

Setiap pemangku kepentingan yang terlibat dalam skema JPK-Gakin mengaku sebagai inisiator skema. DinKes mengisyaratkan bahwa mereka mengambil inisiatif awal dengan mengontak dan mengusulkan PT Askes untuk mengelola JPK-Gakin di Tabanan. Di pihak lain, PT Askes dan bahkan Badan Rumah Sakit Umum (BRSU) Tabanan juga mengemukakan bahwa mereka merupakan inisiator pelaksana mekanisme pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Tabanan.

Mengacu pada fakta bahwa Bali tidak memiliki industri besar dengan jumlah karyawan yang banyak (yang berpotensi menjadi anggota Askes) dan kebanyakan karyawan hotel telah mendapat jaminan sosial dari Jamsostek, I Wayan Sumarta dari PT Askes Tabanan mengatakan bahwa PT Askes telah melaksanakan kebijakan perekrutan yang lebih keras di Bali. PT Askes perlu mencari anggota yang potensial dalam berbagai kelompok atau lembaga. Menurut cabang PT Askes Denpasar, salah satu upaya rekrutmen ini adalah dengan melibatkan pengiriman proposal mengenai skema jaminan kesehatan ke banyak lembaga dan juga kepada tiap kabupaten di Bali. Namun demikian, hanya Buleleng dan Tabanan yang tertarik dengan proposal tersebut.

Pengelola rumah sakit umum (BRSU Tabanan) juga menilai diri mereka sebagai inisiator mekanisme pembiayaan kesehatan. Menurut mereka, perlu ada sistem penyediaan layanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat miskin dan karena itu mereka mengajukan proposal kepada DinKes tentang masalah ini.

---

<sup>4</sup> Kabupaten Singaraja dan Klungkung menerima status sebagai daerah uji coba pada 2003 lebih awal dari Kabupaten Tabanan. Namun di daerah tersebut, jaminan kesehatan baru dimulai pada Agustus 2004. Di Kabupaten Klungkung, Dinas Kesehatan memutuskan untuk menolak memberikan kesempatan pada PT Askes sebagai penjamin layanan kesehatan dan sebagai gantinya memilih Koperasi Kesehatan.

Hingga kini tetap tidak ada kejelasan pihak mana yang sesungguhnya memulai mekanisme pembiayaan jaminan bagi masyarakat miskin di Tabanan karena semua pemangku kepentingan utamanya mengklaim dirinya yang menjadi inisiator dan mereka (hingga kini) masih saling terkait. Kemungkinan besar mereka semua memang menanggapi suatu program pemerintah pusat menurut posisi dan perspektif masing-masing, dan semuanya telah memengaruhi kemunculan awal JPK-Gakin (atau Askes-Gakin) di Tabanan.

Seperti telah disebutkan di atas, Kabupaten Musi Banyuasin (Palembang) telah menugaskan PT Askes sebagai penjamin JPK-Gakin. Karena Kabupaten Tabanan termasuk dalam kabupaten gelombang kedua yang melaksanakan JPK-Gakin, maka kabupaten tersebut menunggu informasi dari struktur pusat Departemen Kesehatan dan atau oleh PT Askes. Ketika ditanya apakah DinKes bisa belajar dari pengalaman-pengalaman kabupaten pertama, Kabupaten Musi Banyuasin, DinKes menyatakan bahwa mereka mengetahui tentang Musi Banyuasin hanya dari pertemuan di Cisarua-Puncak pada Desember 2004. Departemen Kesehatan tidak menginformasikan DinKes Tabanan tentang mekanisme yang sama seperti diterapkan oleh Kabupaten Musi Banyuasin menyangkut mekanisme pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.<sup>5</sup>

## B. PENYEDIA JAMINAN DAN MEKANISME PEMBIAYAAN

PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia/PT Askes (Cabang Denpasar) meliputi empat kabupaten, yakni Tabanan, Buleleng, Badung, dan Jembrana. Kantor Cabang Denpasar dibantu oleh sebuah kantor di Tabanan yang terletak di sebuah rumah sakit umum (BRSU "Rumah Kita"). Di Tabanan, selain dari PNS dan pensiunan (sekitar 33.000 yang mendapat jaminan kesehatan), PT Askes juga mengelola skema jaminan kesehatan lain yang didanai oleh Pemda Tingkat I yakni:

1. Jaminan kesehatan bagi aparat desa dimulai pada 1997 (1.500 – 2.000 yang mendapat asuransi/jaminan, premi: Rp5.000/orang/bulan, yang meliputi layanan kesehatan yang tersedia untuk standar pasien rawat inap kelas 3 di BRSU.
2. Jaminan kesehatan bagi pemimpin adat (Sulinggih dan Bende Seadat) yang dimulai pada 2000 (500 menerima asuransi, premi: Rp25.000/orang/bulan yang meliputi layanan kesehatan untuk standar pasien rawat inap kelas I di RSUD)
3. Jaminan kesehatan bagi Pemangku Satu Kayangan (katagori lain dari pemimpin agama) yang dimulai pada 2002 dan memiliki jumlah premi dan juga cakupan skema jaminan kesehatan yang sama untuk Sulinggih dan Bende seadat.

Secara umum, keanggotaan Askes dapat dikategorikan dalam:

1. Askes Sosial (Kepesertaan Sosial): PNS dan pensiunan;
2. Askes Komersial (Kepesertaan Sukarela): perusahaan swasta, BUMN dengan premi Rp15.000/bulan;
3. Askes-Gakin (mulai 01 Januari 2005 berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004<sup>6</sup> premi Rp5.000/orang/bulan).

---

<sup>5</sup> Pada Desember 2004, pertemuan antara semua pemangku kepentingan utama JPK-Gakin dari 25 kabupaten dan 4 provinsi yang menyediakan program JPK-Gakin diselenggarakan di Cisarua (Jawa Barat).

<sup>6</sup> Menyangkut tanggung jawab PT (Persero) Askes dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Kerjasama antara DinKes Tabanan dan Askes Bali secara resmi diatur berdasarkan kontrak kerja satu tahun dengan PT Askes yang dapat diperpanjang setiap tahun.<sup>7</sup> Kontrak ini meliputi periode 1 April 2004 hingga 31 Maret 2005 dan mengatur beragam aspek pengelolaan JPK-Gakin, contohnya sistem penggantian dana, premi, hak dan tanggung jawab para pemangku kepentingan, penyediaan layanan kesehatan, paket bantuan, arbitrase konflik, *force majeure*, dan lain-lain. Akan tetapi kontrak ini tidak mengatur bagaimana dana-dana kesehatan yang tidak terpakai dapat dimanfaatkan. Ketika pada 2004 terdapat sisa dana kesehatan, PT Askes menganggap bahwa dana tersebut adalah dana pembagian bagi mereka. Akan tetapi, DinKes Tabanan menuntut dan melakukan negosiasi mengenai hasil yang kemudian mengakibatkan PT Askes menahan 20% dari dana yang tidak terpakai dan meminta sebagian dari dana sisa (dalam bentuk aset perangkat keras seperti komputer, kendaraan) dikembalikan ke DinKes. Selama 2005, kontrak akan direvisi dan dana yang tidak terpakai akan dianggap sebagai bagian dari dana untuk periode berikutnya.

Menurut hasil evaluasi mengenai pelaksanaan skema JPK-Gakin pada 2004 yang diselenggarakan oleh DinKes Tabanan, total dana yang tidak terpakai mencapai Rp33.026.000. Jumlah ini didasarkan pada laporan keuangan yang dibuat PT Askes untuk periode Januari - November 2004. Menariknya, periode yang dilaporkan tersebut tidak konsisten dengan jangka waktu kontrak JPK-Gakin. Kontrak telah dikeluarkan dan periode kerjasama resmi telah dimulai tiga bulan lebih lambat dari tanggal dimulainya kerjasama sesungguhnya. Selisih keterlambatan tiga bulan antara tanggal dimulainya dan pelaksanaan kerjasama resmi antara pemangku kepentingan utama skema JPK-Gakin di Kabupaten Tabanan boleh jadi menjadi akibat dari beberapa faktor; dari penundaan administrasi yang sifatnya sepele, kalkulasi strategi, proses negosiasi yang alot hingga hubungan yang fleksibel di antara pemangku kepentingan utama atas dasar saling percaya. Berdasarkan investigasi yang dilakukan untuk penyusunan laporan ini, tampak bahwa DinKes Tabanan dan PT Askes telah memiliki hubungan kerjasama sejak adanya kesepakatan. Hal ini berbeda dengan daerah lain (contohnya Kabupaten Purbalingga dan Sumba Timur) di mana keterlibatan PT Askes dalam pengelolaan JPK-Gakin kurang mendapat respons positif dari pemerintah daerah.

Beberapa pihak juga menanyakan keputusan DinKes Tabanan untuk bekerjasama dengan perusahaan swasta yang berorientasi pada laba seperti PT Askes untuk mengelola mekanisme pembiayaan layanan kesehatan yang berorientasi sosial bagi masyarakat miskin. Secara khusus juga apakah DinKes melakukan negosiasi dengan PT Askes mengenai batasan-batasan yang sudah mereka tetapkan pada paket bantuan yang akan ditawarkan, sebagai akibat dari perhitungan komersial. DinKes mengakui bahwa perlahan-lahan mereka mulai sadar dan paham bagaimana menyiasati sifat komersial dari PT Askes sebagai penjamin JPK-Gakin. PT Askes sebagai contoh tidak akan mengganti pembayaran atas sejumlah ongkos perawatan medis dan obat-obatan yang terbilang lebih mahal dan rujukan kepada Rumah Sakit Sanglah. Karena kontrak dengan PT Askes bersifat tahunan, maka DinKes berencana akan merevisi kontrak tersebut di tahun berikutnya. DinKes berencana untuk mendesak agar beberapa perawatan seperti CT Scan dapat dimasukkan sebagai salah satu paket bantuan dan bahwa mereka yang mendapat jaminan kesehatan berhak dirujuk ke Rumah Sakit Sanglah yang memiliki fasilitas yang lebih banyak. Lebih lanjut, DinKes juga mengusulkan jika ada dana sisa pada akhir periode kontrak, sebagian akan dibayarkan kepada DinKes oleh PT Askes

---

<sup>7</sup> Perjanjian Kerja sama Antara Pemerintah Kabupaten Tabanan dengan PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia Cabang Denpasar tentang Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

dalam bentuk aset seperti komputer, mobil dan lain-lain. Namun demikian, Dr. Arisuta dari DinKes mengakui bahwa posisi tawar DinKes atas soal ini tidak cukup kuat untuk dapat menggolkan usulan ini karena dana APBD (porsi dana JPK-Gakin yang seharusnya disubsidi oleh pemda) belum diberikan kepada PT Askes. Hingga saat laporan ini dibuat, PT Askes hanya bekerja dengan dana yang disediakan oleh pemerintah pusat.

### C. PESERTA JAMINAN KESEHATAN

Keluarga miskin atau gakin secara otomatis terdaftar ke dalam Askes-Gakin. Pada 2004, terdapat 10.710 rumah tangga gakin atau sekitar 37.791 orang di Kabupaten Tabanan. Jumlah ini sekitar 9% dari jumlah penduduk di kabupaten ini.<sup>8</sup> Menurut DinKes, kriteria bagi gakin di Tabanan tidak jelas, akibatnya terdapat masyarakat miskin yang tidak teridentifikasi dan karena itu tidak berhak untuk menerima layanan gratis. Namun, beberapa dari antaranya dapat membela hak-haknya dengan mendekati kepala desa, yang tampaknya menjadi tokoh kunci pengidentifikasian anggota Gakin, atau langsung mengadu ke DinKes jika tidak terdaftar dalam skema Askes-Gakin. Pendaftaran dilakukan sekali setahun dan pada setiap periode baru akan dimulai pada bulan April.

### D. PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN

Penyedia layanan kesehatan dasar (PPK I) berada di 19 puskesmas di Tabanan, termasuk di puskesmas pembantu (pustu) dan poliklinik bersalin desa (polindes). Tak satu pun dari puskesmas ini memiliki fasilitas rawat inap. Masyarakat tidak diwajibkan untuk mendatangi puskesmas yang paling dekat dengan rumahnya demi mendapat layanan gratis. Oleh karena itu, pasien dapat memilih puskesmas yang ingin didatangi dan akan tercatat dalam kartu mereka. Dalam praktiknya, sebagian masyarakat pergi ke puskesmas yang berbeda, tidak seperti apa yang tertera dalam kartu. Hal ini biasanya hanya beberapa kali diberi toleransi karena beban administrasinya dikenakan pada puskesmas tersebut; puskesmas mendapat kapitasi hanya untuk jumlah gakin yang ada di sekitar wilayah kerjanya.

Berbagai layanan bagi perawatan ibu hamil/melahirkan dari berbagai penyedia layanan kesehatan tercakup dalam paket bantuan yang ditawarkan. Pasien boleh pergi ke rumah sakit untuk berkonsultasi dengan dokter atau perawat namun mereka juga dapat menerima layanan dari bides di puskesmas, pustu atau polindes. Hampir setiap bides membuka klinik swasta kecil di luar jam kerjanya meski biaya melahirkan anak di klinik swasta milik bidan ini berkisar antara Rp500.000 dan Rp700.000 (jumlah ini hampir tidak berbeda dengan biaya melahirkan di rumah sakit umum). Dana pengganti yang diterima bidan dari Askes untuk melahirkan maksimum sebesar Rp100.000 dan sebagai konsekuensinya, bides menyediakan layanan di bawah harga yang diminta. Karena pendapatan yang diperoleh dari pasien Gakin sangat kecil, tidak ada insentif bagi bides yang menyediakan layanan bagi masyarakat miskin, maka orang miskin dirujuk ke rumah sakit. Kebijakan ini dibuat untuk menjamin bahwa masyarakat miskin melahirkan di rumah sakit. Hal ini juga mencegah tingginya biaya dalam situasi di mana pasien harus dikirim ke rumah sakit karena adanya komplikasi selama proses kelahiran yang tidak dapat ditangani oleh bidan. Jika anggota Gakin yang mendapat jaminan layanan kesehatan memanfaatkan layanan dari BRSU Tabanan, semua biaya akan ditanggung oleh PT Askes. Tingkat pemanfaatan untuk layanan ibu hamil/melahirkan di rumah sakit belum berubah sejak pelaksanaan skema jaminan kesehatan. Mungkin pasien

---

<sup>8</sup> Jumlah gakin di Indonesia sekitar 38 juta orang.

yang dirujuk ke rumah sakit tidak mendatangi rumah sakit karena beberapa alasan. Mungkin pergantian para dokter yang melayani pada tingkat paling akhir kehamilan bukan merupakan pilihan pasien atau jarak dari rumah pasien ke rumah sakit sangat jauh.

Penyedia PPK II adalah rumah sakit umum (BRSU Rumah Kita Tabanan). Tidak ada rumah sakit swasta, dan ini adalah satu-satunya rumah sakit di kabupaten ini. Rumah sakit ini mengelola sendiri sumber dayanya dan tetap mandiri dalam hal pembiayaan lain.<sup>9</sup> Rumah sakit ini hanya menerima dana dari pemda untuk gaji para staf PNS (yang mencapai hampir 50% dari total jumlah stafnya).

Secara teori, pasien Gakin hanya dapat menerima layanan di rumah sakit setelah mendapat surat rujukan dari puskesmas. Namun ada pengecualian untuk kasus-kasus kronis dan layanan darurat. Namun demikian, pasien gakin secara berkala mendatangi rumah sakit tanpa surat rujukan yang diperlukan. Dalam hal layanan darurat, keluarga pasien diminta untuk mendapat surat rujukan dari puskesmas dalam tiga hari. Kami telah mengidentifikasi beberapa penyakit kronis yang secara resmi tidak memerlukan surat rujukan, namun surat tersebut tetap ditagih oleh rumah sakit.

Layanan tersier dapat diterima di rumah sakit tingkat provinsi di Denpasar (Rumah Sakit Sanglah) bilamana ketika perawatan khusus tidak dapat diperoleh di rumah sakit di Tabanan. Hanya ada beberapa kasus di mana rujukan kepada Rumah Sakit Sanglah telah diberikan. Dalam kasus ini, biaya tidak sepenuhnya ditanggung oleh PT Askes dan pasien harus menanggung sebagian biaya pengobatan tersebut.

## **E. PREMI**

Premi skema Askes-Gakin adalah Rp5.000/orang/bulan. Dari jumlah ini, Rp1.000 dialokasikan bagi PPK I (puskesmas) dan Rp4.000 untuk PPK II dan PPK III (rumah sakit). Premi ini ditentukan oleh DinKes, PT Askes, dan rumah sakit. Menurut DinKes, mereka mencoba melakukan negosiasi dengan PT Askes agar mendapat premi yang lebih rendah namun tidak disetujui.

Menurut PT Askes Denpasar, premi telah dihitung berdasarkan:

1. tarif rumah sakit; dan
2. pengalaman PT Askes dalam mengelola skema jaminan kesehatan untuk aparat desa (sejak 1997). Skema Askes-Gakin amat mirip dengan skema ini dalam banyak hal, termasuk premi dan paket bantuannya.

## **F. SISTEM PENGGANTIAN PEMBAYARAN**

Sistem penggantian dana untuk pelayanan dasar adalah dengan melalui metode kapitasi bulanan yang didasarkan pada jumlah orang miskin yang dilayani oleh puskesmas. Untuk skema Askes-Gakin, puskesmas di Tabanan telah menerima empat bulan kapitasi. Biaya di rumah sakit dibayar dengan sistem penggantian sesuai biaya. Hal ini mirip dengan sistem penggantian skema jaminan kesehatan lainnya yang dikelola oleh PT Askes. Karena di rumah sakit terdapat kantor PT Askes, prosedur penggantian –baik untuk Askes-Gakin dan juga untuk anggota Askes lainnya –relatif lebih efisien dan cepat dengan proses penggantian yang hanya memakan waktu 2 minggu.

---

<sup>9</sup> Hal ini berbeda dalam pengertian secara umum, yaitu fasilitas publik biasanya paling utama mendapat subsidi.

Rata-rata, jumlah yang diklaim oleh rumah sakit berkisar 90 juta rupiah per bulan. Direncanakan bahwa sistem penggantian untuk rumah sakit akan diubah dengan memakai sistem kapitasi.

Meskipun tidak sering terjadi, ada beberapa kejadian di mana PT Askes menolak klaim dari rumah sakit dalam kasus seperti:

1. kesalahan administrasi;
2. kesalahan dalam hal paket bantuan yang disediakan, khususnya jika standar perawatannya lebih tinggi (dan karena itu lebih mahal);
3. persyaratan yang tidak lengkap.

## G. KARTU SEHAT

PT Askes memiliki tanggung jawab membuat dan menyediakan kartu jaminan kesehatan yang dikenal sebagai Kartu Sehat Askes-Gakin. Dalam sistem Askes, setiap anggota menerima kartu. Hal ini mengurangi kesempatan penyalahgunaan kartu. Akan tetapi, pengalaman penyedia layanan kesehatan adalah bahwa masyarakat kadang-kadang membawa kartu jaminan kesehatan dari anggota keluarga yang lain. Kartu tersebut berwarna putih dan mirip dengan kartu Askes dari para aparat desa.<sup>10</sup> Tidak tertera foto dalam kartu ini. Kartu Askes-Gakin mengandung informasi tentang identitas penerima jaminan (nama, nomor anggota, dan jenis kelamin), kode badan usaha, kode paket bantuan, kode standar perawatan dan jangka waktu berlakunya kartu.

PT Askes menjadi penyedia kartu dan membutuhkan waktu kira-kira seminggu untuk dapat diterima oleh penerima jaminan. Menurut PT Askes Tabanan, proses distribusi dapat dilakukan maksimum selama 1 bulan dan hal ini terbukti melalui wawancara dengan puskesmas, pustu dan aparat desa. Kami juga menemukan bahwa sejumlah kartu belum siap didistribusikan. Bahkan kartu-kartu yang telah terdistribusikan kadang-kadang tidak segera dapat dipakai. Contohnya di Desa Tua, beberapa kartu yang telah diterima mengandung sejumlah kesalahan yang perlu diperbaiki. Ketika kartunya telah siap, PT Askes memberikan kepada DinKes dan DinKes mendistribusikannya kepada puskesmas. Para bides mengambil kartu tersebut dari puskesmas dan membagikannya kepada kepala-kepala dusun yang mengetahui penerima.

---

<sup>10</sup> Aparat desa di Bali telah menerima jaminan kesehatan dari PT Askes sejak 1997. Premi dibayar oleh pemerintah provinsi

### III. PENGOPERASIAN SKEMA JAMINAN KESEHATAN

#### A. IDENTIFIKASI DAN VERIFIKASI MASYARAKAT MISKIN (GAKIN)

DinKes Tabanan sangat bangga dengan fakta bahwa pada 2004 mereka secara mandiri dapat melakukan identifikasi masyarakat miskin. Data ini, yang disebut “Daftar Anggota Miskin di Kabupaten Tabanan – Tahun 2003 untuk Pelayanan Kesehatan” berbeda dari data yang dimiliki BPS dan Bappeda. Menurut DinKes, tidak seperti data BPS dan Bappeda, data mereka tentang masyarakat miskin bebas dari pengaruh politis. Identifikasi hanya bertujuan untuk menemukan, menghitung, dan mendaftarkan Gakin di Kabupaten Tabanan. Dengan kata lain, survei pada dasarnya bertujuan untuk mengidentifikasi masyarakat miskin terkait dengan keanggotaan jaminan kesehatan. Data disusun dalam format buku merah tebal yang juga tersedia di kantor PT Askes di Tabanan dan di setiap puskesmas di kabupaten. Buku ini berfungsi sebagai sumber informasi utama tentang identitas masyarakat miskin (nama, usia, hubungan keluarga, tempat tinggal/desa, dan lain-lain). Tampaknya ini juga bermanfaat untuk verifikasi masyarakat miskin oleh penyedia layanan kesehatan. Untuk survei 2003, tidak ada kontribusi keuangan dari PT Askes.

Identifikasi masyarakat miskin yang layak menerima jaminan kesehatan dilakukan selama periode tiga bulan oleh staf DinKes, kepala desa, kepala dusun, dan anggota masyarakat. Setelah tahun pertama, mereka sadar bahwa proses ini tidak efektif dan memiliki sejumlah kelemahan. Untuk tahun berikutnya, direncanakan untuk melibatkan staf kesehatan, bides dan sukarelawan (kader) dari setiap desa. Orang-orang ini lebih dekat dengan anggota masyarakat dan memiliki akses yang lebih luas pada informasi yang diperlukan untuk mengidentifikasi mereka yang membutuhkan bantuan layanan kesehatan.

Langkah kedua dalam proses tersebut adalah verifikasi atas semua yang telah diidentifikasi sebagai masyarakat miskin dan juga semua yang telah diidentifikasi sebagai nonmiskin. Di Tabanan, puskesmas juga berfungsi sebagai pengaudit untuk mengoreksi kesalahan-kesalahan identifikasi awal. Puskesmas dapat mencatat kasus-kasus yang dicurigai mengandung kesalahan identifikasi dan diberikan kepada DinKes yang kemudian akan melakukan verifikasi. Jika mereka yang awalnya tidak teridentifikasi sebagai gakin sesungguhnya miskin, maka mereka ini akan mendapat kartu Askes-Gakin pada periode yang baru.<sup>11</sup>

Berdasarkan pengalaman dari puskesmas dan para staf yang terkait dengan tugas ini, tampaknya bahwa kriteria yang dipakai untuk mengidentifikasi masyarakat miskin<sup>12</sup> tidak relevan atau kurang membantu untuk diterapkan di lapangan. Kriteria ini disusun oleh

---

<sup>11</sup> Verifikasi dan mutasi data gakin direncanakan akan dilakukan pada akhir Januari 2005

<sup>12</sup> Indikator keluarga sejahtera yang merepresentasi karakteristik keluarga miskin adalah: 1) Tidak mampu makan 2 kali sehari, 2) Tidak mampu menyediakan lauk pauk seperti daging, ikan atau telur, sebagai hidangan sampingan sedikitnya sekali seminggu, 3) Tidak memiliki satu set pakaian yang berbeda untuk setiap aktivitas, 4) tidak mampu membeli sedikitnya satu set pakaian sekali setahun, 5) Sebagian besar lantainya tanah, 6) Memiliki kurang dari 8 meter persegi luas lantai per setiap penghuni rumah, 7) tidak ada anggota keluarga yang berumur 15 tahun atau lebih yang memiliki penghasilan, 8) Tidak mampu mengakses fasilitas kesehatan jika anaknya sakit atau mengakses program KB, dan 9) Anak-anak berusia 7 hingga 15 tahun belum bersekolah.

BKKBN untuk Keluarga Prasejahtera<sup>13</sup> dan Keluarga Sejahtera Tahap I<sup>14</sup> dan digunakan dalam pengidentifikasian masyarakat miskin karena Kabupaten Tabanan tidak memiliki panduan resmi seperti surat keputusan (SK) mengenai kriteria masyarakat miskin.

DinKes mengakui bahwa tidak adanya panduan merupakan salah satu hambatan dalam pengidentifikasian masyarakat miskin karena ini berarti proses indentifikasi bersifat terbuka pada beragam penafsiran dan amat mengandalkan observasi langsung. Dr. Era dari rumah sakit Tabanan mengatakan bahwa identifikasi Gakin di Tabanan masih bersifat problematik (“tidak tepat sasaran”). Ada banyak masalah yang diketahui berkenaan dengan mereka yang diidentifikasi sebagai masyarakat miskin dan juga mereka yang tetap tidak teridentifikasi. Dalam beberapa kasus, tidak semua anggota keluarga tercatat untuk menerima kartu jaminan kesehatan, pada kasus lainnya, informasi pribadi tidak tercatat dengan benar. Dia menyarankan agar pengidentifikasian Gakin didasarkan pada pendapatan, jumlah anggota rumah tangga tanggungan dan standar biaya hidup di tingkat lokal.

## B. SOSIALISASI JAMINAN KESEHATAN

Sosialisasi skema Askes-Gakin dikerjakan sebagai kegiatan bekerja sama antara DinKes, PT Askes, dan aparat desa, khususnya kepala desa atau Kelian Desa.<sup>15</sup> Tidak seperti kasus di Kabupaten Purbalingga, bides dan kader tidak berperan dalam sosialisasi jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Tabanan. Di kabupaten ini, sosialisasi terutama dilakukan melalui kepala dusun (Kelian Dinas) yang harus menjelaskan skema kepada masyarakat di sekitar tempat tinggal mereka. Di Tabanan, sosialisasi skema Askes-Gakin tampak agak minim. Pada salah satu kasus, seorang kepala dusun baru yang menerima kartu jaminan kesehatan untuk didistribusikan kepada masyarakat miskin tidak mengetahui peruntukan kartu tersebut. Di samping itu, umpan balik dari masyarakat di sekitarnya menunjukkan bahwa mayoritas masyarakat belum pernah mendengar mengenai skema program.

DinKes juga mengakui bahwa sosialisasi tidak mendapatkan hasil yang optimal. Karena itu, DinKes berencana untuk melibatkan antara lain Kelian Adat dalam sosialisasi Askes-Gakin pada periode berikutnya. Kelian Adat adalah kategori lain dari pemuka masyarakat yang banyak mengetahui aturan adat (*awig-awig*). Dapat dikatakan bahwa Kelian Adat memiliki kekuatan karismatik dan spiritual sementara Kelian Dinas memiliki kekuasaan politis. Keterlibatan Kelian Adat diharapkan mampu menyediakan cara alternatif untuk mendorong agar masyarakat mau mendaftarkan diri dalam jaminan kesehatan dan bekerja sama dalam program. Salah satu faktor utama yang turut memengaruhi keberhasilan sosialisasi adalah

---

<sup>13</sup> Batasan Keluarga Pra-sejahtera adalah keluarga yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar hingga yang standar minimal, yakni kebutuhan untuk mempraktikkan agamanya, kebutuhan pangan, sandang, papan dan kesehatan atau keluarga yang tidak dapat memenuhi satu atau lebih indikator untuk keluarga sejahtera I.

<sup>14</sup> Batasan Keluarga Sejahtera I adalah keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan dasar hingga pada standar minimal, namun tidak memenuhi semua kebutuhan sosio-psikologisnya, KB, interaksi keluarga dan interaksi dengan lingkungan tempat tinggal dan transporinya.

<sup>15</sup> Setiap desa di Bali dibagi dalam satu atau lebih *banjar*, bentuk asosiasi rumah tangga tradisional yang dipimpin oleh seorang kepala *banjar* (*Kelian Banjar*). Fungsi utama *banjar* adalah mengorganisasi beragam seremoni keagamaan. Tugas utamanya adalah memimpin komunitas dan mempertahankan kesejahteraan semua anggota komunitas *Kelian Banjar* dalam hidup keseharian mereka menurut hukum tradisional yang memerintah desa tertentu. Ada dua bentuk *Kelian Banjar*, yakni *Kelian Dinas* yang bertanggung jawab pada aspek administrasi kehidupan *banjar* dan *Kelian Adat* yang memelihara aspek-aspek adat.

distribusi informasi yang baik kepada mereka yang bertanggung jawab dalam program sosialisasi. Jika hal tidak dengan tepat ditangani, penambahan unsur baru dalam proses sosialisasi (dalam kasus ini keterlibatan Kelian Adat) tidak akan meningkatkan hasil.

### C. KEUANGAN

Diperkirakan bahwa biaya Askes-Gakin di Tabanan pada 2004 sekitar Rp2,2 miliar (Rp2.267.820.000)<sup>16</sup> per tahun. Ini terdiri atas Rp453.492.000 (20%) untuk kapitasi puskesmas dan Rp1.814.328.000 (80%) untuk klaim rumah sakit. Meskipun alokasi tersebut tampak tidak seimbang, karena puskesmas (PPK I) hanya menerima porsi yang jauh lebih kecil dibanding rumah sakit (PPK II/III), kami tidak menemukan keluhan dari puskesmas bahwa subsidi JPK-Gakin tidak memadai.

Biaya di tingkat puskesmas jauh lebih rendah karena layanan yang tersedia di puskesmas sifatnya lebih murah dibandingkan yang tersedia di rumah sakit. Namun alasan kedua yang lebih penting adalah bahwa layanan puskesmas telah banyak disubsidi. Puskesmas di Tabanan menerima subsidi dari pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten daerah untuk biaya pengeluaran puskesmas.

Mencermati pembiayaan puskesmas, tampaknya menjadi jelas bahwa dana dari JPK-Gakin lebih dari cukup untuk membiayai layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Bahkan mereka masih memiliki dana sisa yang tidak dapat digunakan selain untuk penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin karena merupakan dana terikat. Kadang-kadang puskesmas memiliki gagasan tentang bagaimana menggunakan dana untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Contohnya, Kepala Puskesmas Tegal Ratu di Kabupaten Cilegon menjelaskan kepada kita bahwa mereka sangat membutuhkan sebuah sumur yang bersih karena mereka seringkali menderita kekurangan air bersih di puskesmasnya. Dia bahkan pernah terpaksa menutup puskesmas karena tidak memiliki air bersih selama beberapa hari. Ia ingin menggunakan sebagian dana sisa subsidi untuk mendanai penggalian sumur namun bertentangan dengan peraturannya.

Puskesmas memiliki beragam sumber dana:

1. APBD II;
2. pendapatan puskesmas (contohnya kontribusi pasien sebesar Rp2.500 setiap kunjungan, baik di Puskesmas Penebal I dan Puskesmas Marga I);
3. Kapitasi Askes-Gakin (Askes memberikan Rp1.000 x jumlah anggota Gakin, Dari jumlah ini 20% untuk kepala puskesmas, 70% untuk staf puskesmas dan 10% untuk administrasi puskesmas); dan
4. klaim Askes untuk pasien yang non-Gakin.

Selama kegiatan lapangan di Tabanan, peneliti SMERU mengunjungi dua puskesmas yakni: Puskesmas Penebal I dan Puskesmas Marga I. Kepala kedua puskesmas tersebut mengeluhkan penurunan penerimaan subsidi dari APBD selama beberapa tahun terakhir. Menurut kepala Puskesmas Marga I, pada 2002-2003 mereka hanya menerima Rp30 juta dan pada 2004 hanya Rp21 juta. Biaya operasional optimal puskesmas sebesar Rp50 juta, namun jumlah yang ada hanya antara Rp10 – 20 juta.

---

<sup>16</sup> Jumlah Gakin 37.791 kali premi Rp5.000 untuk 12 bulan.

Di pihak lain, rumah sakit yang kami kunjungi harus berjuang untuk menanggung biaya kesehatan. Beberapa di antaranya mengalami defisit yang besar. Besarnya defisit yang ditanggung Rumah Sakit Tabanan mencapai Rp780 juta. Untuk sementara masalah ini diselesaikan dengan cara menunda pembayaran untuk pengadaan seperti obat-obatan. Menurut BRSU, defisit juga disebabkan biaya layanan bagi pasien yang tidak lagi termasuk miskin (dan tidak lagi berhak menerima Askes-Gakin), namun mereka tidak memiliki sumber dana untuk membayar biaya layanan rumah sakit tersebut. Jenis pasien seperti ini mereka sebut sebagai “pasien terlantar” atau “pasien di luar system”. BRSU Tabanan tidak akan atau tidak dapat menolak pasien meski mereka tidak memiliki uang untuk membayar ongkos layanan. Akibatnya rumah sakit harus menalangi biaya dari sumber-sumber keuangannya sendiri. Mengenai biaya total skema JPK-GAKIN di Kabupaten Tabanan (Rp2,2 milyar), disepakati bahwa pemerintah pusat akan membayar Rp1,3 milyar (sudah diberikan), dan pemerintah daerah akan menanggung sisa dana yang diperlukan (Rp0,9 milyar), tetapi hingga saat ini, dana yang dijanjikan oleh pemda belum diterima.

#### **D. PAKET BANTUAN DAN LAYANAN**

Paket bantuan yang disediakan mencakup semua layanan yang tersedia di puskesmas. Jika diperlukan layanan tambahan atau yang lebih khusus, seorang pasien bisa dirujuk ke rumah sakit di mana mereka yang mendapat jaminan kesehatan berhak untuk menerima layanan standar kelas III. Di Tabanan, DinKes dan Askes telah sepakat bahwa mereka yang bersedia dan mampu membayar untuk kelas layanan yang lebih tinggi tidak dapat digolongkan miskin dan tidak diperkenankan untuk menerima jaminan kesehatan masyarakat miskin. Alasan lain atas keputusan ini adalah bahwa dengan adanya aturan ini, diperlukan suatu standar kualitas minimum bagi puskesmas yang ingin dipertahankan oleh DinKes. Tanpa aturan tersebut, standar yang nyata, dan seseorang yang bertanggung jawab untuk mencapai kualitas standar minimum, tidaklah mudah untuk memenuhi standar minimum ini. Kesepakatan yang dicapai antara DinKes Tabanan dan PT Askes Cabang Denpasar mengatur beberapa layanan yang tersedia bagi anggota Gakin, yakni:

##### Untuk pengobatan dan perawatan pasien rawat jalan di tingkat puskesmas

- a. program promotif;
- b. program pencegahan;
- c. program Kuratif (pengobatan dan perawatan); dan
- d. penyediaan surat rujukan bagi rumah sakit.

##### Untuk pengobatan pasien rawat jalan di tingkat rumah sakit:

- a. layanan konsultasi, perawatan dan pengobatan oleh dokter spesialis;
- b. test laboratorium, diagnosis radio dan elektromedis;
- c. pengobatan medis (termasuk pengobatan spesialis); dan
- d. obat-obatan (dalam daftar resmi obat-obatan dan harga-harganya atau Daftar Plafon dan Harga Obat/DPHO).

##### Untuk layanan kesehatan bagi pasien rawat inap di tingkat rumah sakit:

- a. fasilitas rawat inap (standar kelas III);
- b. konsultasi, perawatan dan obat-obatan oleh dokter spesialis;
- c. test laboratorium, radio dan diagnosis elektromedis;
- d. beragam jenis layanan perawatan kesehatan, termasuk pembedahan besar;
- e. pelayanan unit gawat darurat;
- f. obat-obatan (dalam daftar resmi obat-obatan dan harganya atau DPHO);
- g. rehabilitasi medis.

## E. PEMANFAATAN DAN RUJUKAN

Di Kabupaten Tabanan, pemanfaatan Askes-Gakin terlihat masih rendah yakni:

- 31,7% untuk pasien rawat jalan di PPK I/puskesmas<sup>17</sup> (sementara standar nasional adalah 40%);
- 2% untuk pasien rawat jalan di PPK II/rumah;<sup>18</sup> dan
- 0,3% untuk pasien rawat inap di PPK II/rumah sakit.<sup>19</sup>

Menurut dua puskesmas yang kami kunjungi selama berada di lapangan, mereka hanya merujuk kasus-kasus tertentu kepada rumah sakit (contohnya kasus kelahiran anak yang berisiko tinggi, penyakit jantung, dan cedera serius). Hingga saat ini tidak ada rujukan yang ditolak oleh rumah sakit. Kadang-kadang pasien menuntut agar dirujuk ke rumah sakit meskipun puskesmas tersebut dapat menyediakan layanan bagi penyakit tersebut atau sebaliknya menolak dirujuk ke rumah sakit meskipun puskesmas tersebut tidak dapat menyediakan layanan pengobatan bagi penyakit tersebut. Masyarakat miskin enggan dirujuk ke rumah sakit karena takut biaya tambahan yang tidak dapat ditanggung semuanya oleh Askes. Terlebih lagi, bagi beberapa pasien, biaya transportasi untuk mencapai rumah sakit juga amat mahal. Pasien yang dirujuk ke rumah sakit harus membawa kartu Askes-Gakin dan surat rujukan dari puskesmas bersama dengan satu fotokopi dari setiap dokumen.

Kepala Puskesmas Marga I mengeluhkan tentang format surat rujukan Askes. Menurut beliau, format tersebut sama persis dengan bentuk surat rujukan untuk pasien Askes non-Gakin dan hanya tersedia dalam jumlah yang terbatas. Lebih lagi, menurut pendapatnya, PT Askes terlalu birokratis berkenaan dengan surat rujukan dari puskesmas. Ada beberapa kasus penanganan darurat di mana pasien dibawa langsung ke RSUD (seperti kecelakaan). Seharusnya tidak perlu secara formal merujuk pasien tersebut dari puskesmas karena jelas sekali bahwa puskesmas tidak dapat menangani penyakit/cedera serius yang dialami pasien tersebut. Pada praktiknya, rumah sakit masih saja meminta surat rujukan dari puskesmas sehingga keluarga pasien harus kembali ke puskesmas terlebih dahulu hanya untuk mendapatkan surat rujukan tersebut. Menurutnya, ini tidak perlu dan tidak efisien. Ketika diminta tanggapan dari DinKes Tabanan atas masalah ini, mereka kemudian sepakat bahwa kasus-kasus darurat seperti itu tidak perlu dirujuk oleh puskesmas. Kasus kronis hanya perlu dirujuk sekali dalam 6 bulan. DinKes tampaknya sangat menyadari masalah ini dan telah mengkomunikasikannya kepada para staf dan dokter rumah sakit. Bagaimanapun mereka khawatir bahwa staf rumah sakit tidak saling mengkomunikasikan hal ini. Staff rumah sakit, khususnya mereka yang berada di layanan paling depan dan bertanggung jawab pada pemeriksaan prosedur resmi, cenderung menjadi kaku karena takut melakukan kesalahan administrasi.

### **Obat untuk masyarakat miskin**

Semua penyedia layanan kesehatan (PPK I dan II) menyebutkan bahwa obat-obatan untuk masyarakat miskin berbeda dengan obat-obatan bagi masyarakat mampu. Puskesmas tidak perlu mengajukan permintaan obat bagi pasien Askes-Gakin. Obat-obatan yang tersedia bagi puskesmas merupakan salah satu paket dari DinKes. Jenis dan jumlah obat-obatan yang

---

<sup>17</sup> Tingkat pemanfaatan layanan kesehatan: %= jumlah kunjungan pada pusat layanan yang ada atau jumlah total Gakin di Tabanan x 100. Menurut evaluasi skema JPK-Gakin pada 2004 oleh DinKes Tabanan, tingkat pemanfaatan di puskesmas mencapai  $11,980/37,791 \times 100 = 31,7$ .

<sup>18</sup> Jumlah kunjungan pasien Gakin rawat jalan ke Rumah Sakit Tabanan mencapai 756.

<sup>19</sup> Jumlah kunjungan pasien Gakin rawat inap ke Rumah Sakit Tabanan mencapai 113.

diterima puskesmas diputuskan oleh DinKes dan (secara teoretis) didasarkan atas kebutuhan khusus dari masing-masing puskesmas (masalah kesehatan utama masyarakat miskin di puskesmas bersangkutan). Di puskesmas Penebel I, contohnya, obat-obatan bagi Askes-Gakin telah tersedia pada Mei-Juni. Penyedia layanan kesehatan juga harus melaporkan pemanfaatan obat-obatan ini secara terpisah dari obat-obatan yang digunakan oleh non-Gakin. Obat-obatan yang tersedia untuk masyarakat miskin bahkan lebih terbatas dibanding spectrum obat-obatan biasa yang tersedia di puskesmas. Hal ini bias berdampak serius dan menjadi keterbatasan utama pada kualitas layanan yang diterima masyarakat miskin.

### **Mekanisme Pemantauan dan Koordinasi di antara Pemangku Kepentingan**

Mekanisme pemantauan antara DinKes dan penyedia layanan kesehatan lainnya tetap ada namun terbatas pada laporan pengeluaran keuangan bulanan dan laporan pemanfaatan layanan kesehatan. PPK I/puskesmas diwajibkan untuk menyediakan laporan bulanan (laporan keuangan) kepada DinKes, namun di pihak lain PPK II/RSUD tidak harus menyediakan laporan keuangan ini dan hanya menyediakan laporan keuangan secara langsung kepada PT Askes. Sistem pemantauan yang berbeda ini memperlemah fungsi DinKes sebagai penyelia dan koordinator sistem jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. Bagi DinKes, tidaklah mudah untuk mendapatkan informasi berkenaan dengan layanan kesehatan di rumah sakit setelah masuknya Askes-Gakin. Menurut DinKes, persoalan ini bersifat “politis” (meski mereka tidak menjelaskan secara detail maksudnya) dan karena BRSU menganggap posisinya setingkat dengan DinKes.

Laporan rumah sakit kepada PT Askes mencakup:

1. jumlah pasien rawat inap;
2. jumlah pasien rawat jalan;
3. biaya tindakan khusus; dan
4. total pengeluaran.

Dapat dikatakan bahwa mekanisme pemantauan yang ada hanya merupakan mekanisme pemantauan keuangan. Sama seperti kasus pada studi-studi lain (Cilegon dan Purbalingga), DinKes Tabanan juga merujuk pada Unit Pengaduan Masyarakat (UPM) yang berperan untuk mencatat pengaduan mengenai layanan kesehatan. Di Tabanan, UPM yang berada di DinKes terdiri atas lima orang dari DinKes dan pemda. Namun demikian, hal ini tidak dapat dilihat sebagai mekanisme yang memadai untuk mengontrol kualitas layanan karena UPM tidak memiliki kebijakan dan otoritas yang jelas.

Menurut PT Askes, terdapat koordinasi di antara DinKes, PT Askes dan penyedia layanan kesehatan. Setiap kasus (pengaduan) akan ditangani secara terpisah oleh tim ini namun mereka tidak bertemu secara berkala. Lebih lanjut, PT Askes juga memiliki layanan *hotline* 24 jam untuk setiap pengaduan dan pertanyaan. Bentuk pemantauan dan koordinasi yang kabur ini mirip dengan kasus-kasus lain (Purbalingga dan Cilegon).

DinKes Tabanan juga mengakui bahwa mereka masih perlu mengembangkan mekanisme kontrol yang lebih efektif untuk skema Askes-Gakin. Hingga saat ini, DinKes sebagai penyelia skema, hanya menerima laporan seperti masalah pelaksanaan dari penyedia layanan kesehatan dan PT Askes. Di masa yang akan datang, DinKes berencana untuk menyelenggarakan studi mengenai pelaksanaan Askes-Gakin, namun mereka belum yakin apakah jumlah staf untuk melakukan studi ini mencukupi.

## IV. PENGALAMAN DARI BERBAGAI PERSPEKTIF

### A. PUSKESMAS

Secara umum, kedua kepala puskesmas (juga kepala puskesmas yang dikunjungi tim peneliti di Kabupaten Cilegon dan Kabupaten Purbalingga) menyebutkan bahwa dari sudut pandang puskesmas, sistem JPK-Gakin lebih baik daripada mekanisme pembiayaan layanan kesehatan sebelumnya. Ada dua argumen utama atas penilaian ini. Pertama, sistem yang baru membantu meringankan beban tanggung jawab puskesmas untuk mengidentifikasi masyarakat miskin dan tanggung jawab mengeluarkan kartu gakin. Dalam sistem kartu sehat, kepala puskesmas harus menandatangani kartu-kartu tersebut dan karena itu dianggap sebagai orang kunci dalam seleksi gakin. Masyarakat mengadu dan bahkan protes kepada staf puskesmas jika mereka tidak dinilai layak menerima layanan gratis. Dalam sistem yang baru ini, jika terdapat protes dari mereka yang dinilai tidak berhak menerima kartu, kepala puskesmas akan meminta mereka untuk mencari informasi di DinKes atau kantor PT Askes (atau Bapel, di kabupaten lain). Kedua, Bapel bertanggung jawab atas pengelolaan administrasi bersama pemrosesan anggota masyarakat yang layak menerima jaminan kesehatan. Hal ini membebaskan puskesmas dari beban kerja administratif. Investigasi ini juga menyingkapkan kepuasan puskesmas atas sistem yang berlaku saat ini karena secara umum kapitasi lebih dari sekedar cukup bagi puskesmas untuk menanggung biaya layanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan dengan demikian beban tambahan tidak lagi membayangi puskesmas.

#### Penebel I

Puskesmas Penebel I terletak di Desa Pitra, Kecamatan Penebal yang dihuni oleh 27.572 jiwa. Puskesmas ini memiliki dua dokter, seorang dokter gigi, 12 bidan dan tujuh pustu. Puskesmas Penebel I melayani anggota masyarakat di sembilan desa di sekitarnya. Terdapat 4.307 jiwa yang layak mendapat layanan skema jaminan kesehatan Askes-Gakin atau 15,6% dari total penduduk di Kabupaten Tabanan. Menurut seorang bidan di Pustu Senganan yang termasuk dalam wilayah layanan Puskesmas Penebal I, semua Gakin di pustunya telah menerima kartu Askes-Gakin. Akan tetapi, Penebal I menyediakan layanan bagi pasien yang memiliki jenis jaminan/asuransi lain (skema Askes).

**Tabel 1. Jumlah Pasien yang Menerima Jaminan di Penebel I**

Jenis Skema Askes	Jumlah yang Menerima Jaminan
Askes wajib	2,824
Askes sukarela – umum	41
Askes wajib – Sulinggih	4
Askes-Gakin	4,307
Jumlah total pasien yang menerima jaminan di Penebel I	7,176 (Sekitar 26% dari total penduduk Kec. Penebel)

Kapitasi JPK Gakin didasarkan pada jumlah masyarakat miskin di wilayah yang dilayani oleh puskesmas dan akan dialokasikan menurut SK yang dikeluarkan oleh kepala DinKes Tabanan.<sup>20</sup> Berdasarkan SK tersebut, distribusi alokasi dana Rp51,7 juta akan mencakup:

**Tabel 2. Alokasi Total Kapitasi untuk Puskesmas Penebel I (RP)**

30% untuk kabupaten	15,6 juta <sup>A</sup>
70% untuk puskesmas	36,1 juta <sup>B</sup>
Total kapitasi	51,7 juta

**Tabel 3. Alokasi untuk Kabupaten/Distrik (A) dalam rupiah**

Upah pengelolaan	5%	2,6 juta
Pengawasan JPK-Gakin Tabanan di tingkat kabupaten	5%	2,6 juta
Tim koordinasi di tingkat kabupaten (TKK)	5%	2,6 juta
Biaya operasional skema JPK-Gakin scheme di DinKes	15%	7,8 juta
Total	30%	15.6 million

**Tabel 4. Alokasi untuk Puskesmas (B) dalam rupiah**

Upah untuk kepala puskesmas	14%	7,2 juta
Cadangan untuk biaya operasional skema JPK-Gakin di puskesmas	7%	3,6 juta
Upah untuk staf puskesmas	49%	25,3 juta
Total	70%	36,1 juta

Seperti terlihat pada tabel tersebut, kebanyakan kapitasi dialokasikan kepada biaya-biaya yang terkait dengan fungsi dari para pemangku yang berbeda (untuk upah pengelolaan, pengawasan, koordinasi, penyediaan layanan kesehatan). Dari wawancara, tampaknya beberapa fungsi ini seperti pengawasan dan koordinasi sungguh tidak jelas. Jika upah dianggap sebagai salah satu insentif bagi para pemangku kepentingan untuk meningkatkan kinerja dan layanannya, efektivitas insentif ini menjadi pertanyaan.

Pada 2004, jumlah kunjungan masyarakat miskin ke puskesmas diperkirakan 1.656 kali.<sup>21</sup> Berdasarkan data ini, kami dapat menghitung bahwa biaya layanan kesehatan dari Penebel I untuk pasien gakin menjadi Rp4.140.000.<sup>22</sup> Karena Penebel I berhak atas subsidi 51,7 juta rupiah<sup>23</sup> setiap tahun, biaya layanan jaminan kesehatan pada 2004 yang diterima masyarakat gakin hanya 8,0% dari subsidi.

<sup>20</sup> SK No. 050/1457/DIKES/2004 yang dikeluarkan oleh Kepala DinKes, Kabupaten Tabanan mengenai penentuan alokasi dan pemanfaatan dana kapitasi yang dijamin untuk layanan kesehatan bagi masyarakat Gakin (JPK Gakin).

<sup>21</sup> Berdasarkan data, jumlah kunjungan Gakin ke Puskesmas Penebel I dari Januari – Oktober 2004 mencapai 1.380 kali. Jumlah data tersebut kami ekstrapolasi bahwa pada 2004 diperkirakan terdapat 1.656 kunjungan ke puskesmas tersebut.

<sup>22</sup> 1.656 x Rp2.500 (kontribusi pasien puskesmas)

<sup>23</sup> 4.307 gakin x Rp1.000 x 12 bulan

Selain dari kapitasi Askes-Gakin, Penebel I menerima pendapatan dari sumber lain yakni: dana penggantian dari skema Askes, dana reguler dan operasional dari APBD dan pendapatan dari sumbangan pasien (Rp2.500/kunjungan). Kepala puskesmas mengeluh bahwa pendapatan dari sumber lain telah menurun dan karena itu kapitasi Askes-Gakin sangat membantu mencegah kondisi keuangan yang semakin berat.

Dari data mengenai kunjungan baru di Puskesmas Penebel I pada 2003 dan 2004, dapat disimpulkan bahwa pemanfaatan layanan puskesmas (tidak mencakup pustu dan polindes) oleh pasien non-Gakin lebih tinggi dibanding pasien gakin. Menurut kepala puskesmas, hambatan bagi para pasien gakin untuk mendapat layanan gratis yang menjadi haknya adalah biaya transpor ke puskesmas. Ini khususnya yang dihadapi oleh mereka yang tinggal jauh dari puskesmas. Pustu yang ada di hampir semua desa lebih mudah diakses oleh pasien gakin. Pada 2004, pemanfaatan layanan puskesmas oleh gakin sedikit lebih rendah dibanding pada 2003.

**Tabel 5. Tingkat Pemanfaatan di Penebel I pada 2003 (Hanya Kunjungan di Tingkat Puskesmas)**

Bulan	Gakin	Non-Gakin	Total	% Gakin
Januari	53	351	404	13,3
Februari	34	296	330	10,3
Maret	24	312	336	7,1
April	3	291	326	10,7
Mei	23	228	251	9,2
Juni	35	164	199	17,6
Juli	30	213	243	12,3
Agustus	29	170	199	14,6
September	30	193	223	13,5
Oktober	38	188	226	16,8
November	47	154	201	23,4
Desember	21	240	261	8,0
Total selama setahun	399	2.800	3.199	12,5

**Tabel 6. Tingkat Pemanfaatan di Penebel I pada 2004 (Hanya Kunjungan di Tingkat Puskesmas)**

Bulan	Gakin	Non-Gakin	Total	% Gakin
Januari	19	193	212	9,0
Februari	19	186	205	9,3
Maret	32	249	281	11,4
April	26	302	328	7,9
Mei	32	197	229	14,0
Juni	35	231	266	13,2
Juli	33	212	245	13,5
Agustus	36	195	231	15,6
September	36	196	232	15,5
Oktober	32	240	272	11,8
November	32	199	231	13,9
Desember	36	325	361	10,0
Total selama setahun	368	2.725	3.093	11,9

Kepala puskesmas mengatakan bahwa rumah sakit tidak pernah menolak rujukan dari Penebel I. Puskesmas hanya mengirimkan pasien ke rumah sakit jika mereka tidak mampu melayani pasien, contohnya dalam kasus penanganan ibu melahirkan dengan komplikasi dan penyakit jantung. Pada 2004, Penebel I merujuk lebih sedikit pasien ke Rumah Sakit Tabanan dibandingkan pada 2003. Lebih lanjut, jumlah pasien Gakin yang dirujuk pada 2003 dan 2004 jauh lebih sedikit dibandingkan dengan pasien non-Gakin.

**Tabel 7. Jumlah Rujukan dari Puskesmas Penebel I ke Rumah Sakit Tabanan**

Jenis Pasien	2003	2004
Gakin	165 (29%)	53 (10%)
Non-Gakin	406 (71%)	460 (90%)
Total	571	510

### **Marga I**

Puskesmas Marga I berada di Desa Kuwun, Kecamatan Marga yang berpenduduk 22.544 jiwa pada 2003 dan 22.569 pada 2004. Puskesmas ini memiliki enam pustu. Puskesmas Marga I melayani penduduk dari enam desa sekitarnya. Jumlah gakin yang berhak mendapat layanan gratis di puskesmas ini mencapai 3.308; semuanya mendapat jaminan kesehatan dari skema JPK-Gakin. Seperti Puskesmas Penebel I, Puskesmas Marga I juga menyediakan layanan bagi pasien yang menerima jaminan kesehatan jenis lain (skema Askes).

**Tabel 8. Jumlah Pasien yang Mendapat Jaminan Kesehatan di Marga I**

Jenis Skema Askes	Jumlah yang menerima
Askes wajib -	3.145
Askes sukarela – umum	43
Askes wajib – Sulinggih	5
Askes-Gakin	3.308
Total penerima di Penebel I	6.501 (Sekitar 29 % dari total penduduk di Kec. Marga)

Pemanfaatan layanan di Marga I pada 2004 mencapai 1.482.<sup>24</sup> Berdasarkan data ini, kami menyimpulkan bahwa biaya layanan kesehatan Marga I mencapai Rp3.705.000.<sup>25</sup> Sementara itu, Puskesmas Marga I berhak atas subsidi per tahun sebesar Rp39.696.000,<sup>26</sup> dengan demikian biaya layanan kesehatan pada 2003 hanya 9,3% dari subsidi. Lebih lagi, kapitasi JPK-Gakin yang berhak didapatkan setiap puskesmas akan dialokasikan berdasarkan SK yang dikeluarkan oleh Kepala DinKes Tabanan. Berdasarkan SK tersebut, distribusi alokasi Rp39,7 juta adalah sebagai berikut:

<sup>24</sup> Pemanfaatan antara Januari – Oktober 2004 mencapai 1.235.

<sup>25</sup> 1.482 x Rp2.500 kontribusi pasien puskesmas.

<sup>26</sup> 3,308 *gakin* x Rp1.000 x 12 bulan.

**Tabel 9. Alokasi Total Kapitasi untuk Puskesmas Marga I (Rp)**

30% untuk kabupaten	12 juta <sup>A</sup>
70% untuk puskesmas	27,9 juta <sup>B</sup>
Total kapitasi	39,9 juta

**Tabel 10. Alokasi untuk Porsi Kabupaten (A) dalam Rupiah**

Ongkos/biaya pengelolaan	5%	2 juta
Pengawasan dan pemantauan JPK-Gakin Kabupaten Tabanan	5%	2 juta
Tim Koordinasi di tingkat kabupaten (TKK)	5%	2 juta
Biaya operasional skema JPK-Gakin di DinKes	15%	6 juta
Total	30%	12 juta

**Tabel 11. Alokasi untuk Porsi Puskesmas (B) dalam Rupiah**

Upah bagi kepala puskesmas	14%	5,6 juta
Cadangan bagi biaya operasional skema JPK-Gakin di puskesmas	7%	2,8 juta
Upah untuk staf puskesmas	49%	19,5 juta
Total	70%	27,9 juta

Marga I menerima pendapatan dari sumber yang sama dengan Penebel I, yakni dari: kapitasi Askes-Gakin, penggantian dana skema Askes lainnya, dana operasional dan dana reguler dari APBD dan pendapatan yang diterima dari sumbangan pasien (Rp2.500/kunjungan). Kepala Puskesmas Marga I mengeluhkan tentang pengurangan penerimaan puskesmas khususnya dana reguler dan operasional dari DinKes Tabanan.

Dari data mengenai kunjungan baru di Puskesmas Marga I dan pustu pada 2003 dan 2004, investigasi ini menemukan kecenderungan yang sama pada Puskesmas Penebel I; yakni pemanfaatan layanan puskesmas oleh pasien non-Gakin jauh lebih tinggi dibandingkan dengan pasien Gakin. Namun demikian, karena kunjungan ke pustu juga termasuk dalam layanan, pemanfaatan oleh pasien Gakin jelas lebih tinggi dibandingkan dengan di Penebel I. Seperti yang telah disebutkan di atas, mereka yang tinggal jauh dari puskesmas biasanya lebih suka ke pustu yang letaknya dekat dan ada di hampir semua desa. Tidak seperti kasus yang terjadi di Puskesmas Penebel I, pemanfaatan layanan puskesmas oleh gakin di Puskesmas Marga I sedikit lebih tinggi pada 2004 dibanding 2003.

**Table 12. Tingkat Pemanfaatan di Desa Marga I pada 2003 (Kunjungan di Tingkat Puskesmas dan Pustu)**

Bulan	Gakin	Non-Gakin	Total	% Gakin
Januari	182	613	795	22,9
Februari	136	331	467	29,9
Maret	154	535	689	22,4
April	86	379	465	18,5
Mei	96	419	515	18,6
Juni	151	492	642	23,5
Juli	123	387	510	24,1
Agustus	99	428	527	18,8
September	146	566	712	20,5
Oktober	71	351	422	16,8
November	90	372	462	19,5
Desember	87	292	379	23,0
Total setahun	1.421	5.165	6.586	21,6

**Tabel 13. Tingkat Pemanfaatan di Marga I pada 2004 (Kunjungan di Puskesmas dan Pustu)**

Bulan	Gakin	Non-Gakin	Total	% Gakin
Januari	143	596	739	19,4
Februari	157	557	714	22,0
Maret	112	437	549	20,4
April	174	584	758	22,9
Mei	107	480	587	18,2
Juni	149	367	516	28,9
Juli	98	299	397	24,7
Agustus	113	335	448	25,2
September	91	333	424	21,5
Oktober	129	481	610	21,1
November	60	303	370	16,2
Desember	208	259	467	44,5
Total setahun	1.548	5.031	6.579	23,5

Juga di Marga I, hanya kasus tertentu saja yang dirujuk ke Rumah Sakit Tabanan. Termasuk di antaranya cedera serius, ibu melahirkan yang dibarengi dengan komplikasi dan masalah kesehatan yang membutuhkan penanganan khusus (kebanyakan masalah kemampuan melihat). Sama seperti kasus yang terjadi di Puskesmas Penebel I, tingkat rujukan bagi pasien Gakin jauh lebih rendah dibandingkan dengan pasien non-Gakin.

**Tabel 14. Jumlah Rujukan dari Puskesmas Marga I ke Rumah Sakit Tabanan**

Jenis Pasien	2004
Gakin	18 (4%)
Non-Gakin	449 (96%)
Total	467

Menurut Kepala Puskesmas Marga I, alasan rendahnya jumlah rujukan umumnya karena pasien Gakin takut mereka harus membayar ongkos tambahan di rumah sakit. Ia juga mengatakan bahwa tidak adil kalau pasien miskin tidak memanfaatkan layanan yang menjadi haknya karena kurang mendapat informasi yang jelas dari PT Askes tentang layanan pengobatan yang menjadi haknya. Ketika ditanya mengenai informasi apa yang disediakan puskesmas bagi para pasien Gakin mengenai haknya, ia mengaku belum mengetahui secara persis apa saja yang termasuk dalam paket bantuan yang disediakan oleh PT Askes.

Informasi mengenai paket bantuan (layanan yang menjadi hak masyarakat miskin di puskesmas dan rumah sakit), tindakan yang tidak ditanggung oleh PT Askes, dan prosedur untuk mendapatkan layanan kesehatan umumnya sebenarnya tertulis dalam kesepakatan formal antara PT Askes dan DinKes Tabanan.<sup>27</sup> PT Askes juga memiliki brosur – yang tersedia di kantor Askes Denpasar – dan dari situsnya yang menyediakan informasi tentang produknya. Akan tetapi, semuanya ini tentu saja bukan media komunikasi yang dapat diakses oleh klien Gakin.

## **B. RUMAH SAKIT**

### **Badan Rumah Sakit Umum “Rumah Kita” Tabanan**

BRSU “Rumah Kita” Tabanan adalah rumah sakit umum dan satu-satunya rumah sakit di Tabanan. Rumah sakit ini memiliki total 578 staf termasuk 52 dokter (24 dokter spesialis). Rumah sakit ini mengelola sumber daya keuangannya sendiri dan hanya menerima subsidi terbatas dari APBD. Subsidi ini dialokasikan untuk gaji staf PNS rumah sakit (287 orang atau 50% dari total staf). Gedung rumah sakit merupakan fasilitas yang juga disediakan oleh pemda. Pembelian obat-obatan dan alat-alat medis serta gaji non-PNS dibiaya sendiri rumah sakit.

Menurut pihak manajemen, kebanyakan tarif rumah sakit masih jauh di bawah standar biaya riil sehingga mereka harus berjuang untuk mengatasi defisit.<sup>28</sup> Rumah sakit ini juga bisa mendapatkan pinjaman dari individu-individu jika diperlukan, namun belum mampu mengidentifikasi individu-individu tersebut untuk memperoleh gagasan mengenai struktur insentif yang lebih baik bagi proses peminjaman ini.

Sekitar Rp1,8 miliar dari dana JPK-Gakin pada 2004 dialokasikan untuk pengeluaran layanan kesehatan rumah sakit. Ini merupakan salah satu sumber pendapatan rumah sakit, namun jumlah tersebut relatif kecil (8,3%) dibandingkan dengan total pendapatan rumah sakit dari sumber lain. Rumah sakit menerima penggantian dana klaim Askes-Gakin setiap bulan

---

<sup>27</sup> Perjanjian Kerjasama antara Pemerintah Kabupaten Tabanan dengan PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia Cabang Denpasar tentang Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan). Berlaku mulai 1 April 2004 hingga 31 Maret 2005. Kode BU: 2202 8407

<sup>28</sup> Menurut manajemen rumah sakit, hanya kelas VIP yang beroperasi dengan biaya pelayanan penuh dan ini yang memungkinkan rumah sakit mendapat sedikit keuntungan dari biaya ini.

**Tabel 15. Total Penerimaan Rumah Sakit Tabanan 2001 – 2004  
Tidak Termasuk Dana JPK-Gakin (dalam juta rupiah)**

Tahun	Jumlah penerimaan
2001	6.58
2002	10.408
2003	16,.00
2004	21.550

Sumber: BRSU Kabupaten Tabanan, "Data Kinerja Rumah Sakit dari 2001 sampai 2004."

Salah satu kelemahan sistem kapitasi adalah adanya kemungkinan kualitas layanan yang minim karena keterbatasan penerimaan yang diterima oleh penyedia layanan. Dengan sistem penggantian sesuai biaya (FFS) dampak penurunan kualitas layanan tersebut diharapkan tidak terjadi, meskipun pada saat yang sama tidak juga terjadi peningkatan kualitas layanan. Dengan melaksanakan skema pembiayaan bagi masyarakat miskin, tekanan pada penyedia layanan untuk mengontrol biaya berkurang sehingga dibanding dengan sistem yang mengharuskan masyarakat miskin membayar layanan, sistem ini dapat menghindari penurunan kualitas layanan. Berkenaan dengan efek skema pendanaan tersebut, pengelola BRSU Tabanan menyatakan bahwa mekanisme pembiayaan kesehatan yang pertama lebih baik dibanding skema Askes-Gakin (2004). Mekanisme awal secara total menanggung biaya kesehatan, sementara skema Askes-Gakin hanya menanggung layanan yang ada dalam daftar Askes. Ini menyebabkan ketidakpuasan di antara penerima jaminan.

Antara Januari – Oktober 2004, tingkat kunjungan pasien Gakin baik pasien rawat inap atau rawat jalan di Rumah Sakit Tabanan jauh lebih rendah dibandingkan dengan pasien non-Gakin. Hal ini konsisten dengan jumlah pasien Gakin yang sangat sedikit yang dirujuk oleh puskesmas.

**Tabel 16. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap  
di Rumah Sakit Tabanan  
(Januari – Oktober 2004)**

Jenis kunjungan	Gakin	Non-Gakin	Total	% Gakin
Pasien rawat jalan	763	45.153	45.916	1,7
Pasien rawat inap	359	7.643	8.002	4,5

Sumber: BRSU Tabanan, "Data Kinerja Rumah Sakit dari 2001 sampai 2004" dan "Hasil Evaluasi Dukungan Layanan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK-Gakin) di Kabupaten Tabanan 2004."

## V. KESIMPULAN

### A. HUBUNGAN ANTARA PEMANGKU KEPENTINGAN

Keterlibatan utama PT Askes dalam pengelolaan dana kesehatan bagi masyarakat miskin di Indonesia telah disahkan sejak 1 Januari 2005. Sementara banyak kabupaten lain baru pada tahap awal periode transisi dari sistem Bapel kepada sistem Askes, Kabupaten Tabanan telah sepenuhnya melaksanakan perjanjian kerja sama dengan PT Askes. Disebutkan dalam bagian awal bahwa pilihan ini didasarkan pada dua alasan yakni: kabupaten ingin menghindari salah urus oleh penyedia layanan yang belum berpengalaman dan PT Askes dianggap sebagai perusahaan profesional yang telah malang melintang lebih dari tiga dekade dan memiliki pengalaman serta wilayah kerja yang luas. Di kabupaten lain seperti Kabupaten Purbalingga dan Sumba Timur, pemda dan DinKes telah mengembangkan unit pengelola (Badan Pengelola atau Bapel) sebagai penyedia dan penyelenggara. Unit manajemen ini memiliki hubungan dekat dengan DinKes dalam banyak hal karena dijalankan oleh staf DinKes atau staf rumah sakit umum. Terlebih lagi, kantor Bapel seringkali berada di kantor DinKes (contohnya di Cilegon dan Sumba Timur). Akibatnya, dalam sistem ini DinKes –sebagai pengawas skema JPK-Gakin – memiliki kontrol yang lebih kuat pada penyedia layanan jaminan kesehatan.

Berkaitan dengan hal ini, pilihan kerja sama dengan perusahaan profesional dan berpengalaman seperti PT Askes memiliki beberapa konsekuensi. Pengawasan dan pemantauan oleh DinKes pada penyedia layanan seperti PT Askes berisiko menjadi kurang efektif karena PT Askes adalah lembaga yang relatif lebih mapan dan independen. Lebih lagi, ada perbedaan tingkat keahlian dan pengalaman antara PT Askes dan DinKes mengenai pengelolaan skema jaminan kesehatan. Karena itu, pengawasan dan pemantauan oleh DinKes mengenai kinerja PT Askes cenderung lebih sebagai formalitas. Perbedaan tingkat pengalaman dan keahlian dapat menjadi penghambat bagi DinKes untuk menegosiasikan biaya dan cakupan skema dengan PT Askes. Contohnya, DinKes Tabanan mengakui bahwa mereka tidak berhasil menawarkan premi lebih rendah kepada PT Askes. Untuk kontrak yang baru, mereka juga berencana untuk menegosiasikan paket bantuan yang lebih baik yang harus disediakan PT Askes.

PT Askes – sebagai penyelenggara – juga hampir tidak pernah terlibat dalam kegiatan promosi dan program JPK-Gakin di Tabanan. Mereka juga tidak terlibat dalam proses identifikasi gakin, klien potensialnya – dan hanya menggunakan data yang disusun oleh DinKes Tabanan. Dengan kata lain, di Tabanan penyelenggara jaminan tidak berpartisipasi dalam pemasaran skema atau dalam menyediakan informasi yang baik kepada klien potensial. Di Kabupaten Purbalingga, Bapel (sebagai penyelenggara) bekerja sama dengan DinKes, puskesmas, bides, dan sukarelawan ketika mengidentifikasi dan merekrut klien. Bapel mengalokasikan dana khusus dan menugaskan stafnya untuk mempromosikan skema. Dengan menggunakan jaringan DinKes yang luas (khususnya puskesmas, bides dan para sukarelawan), Bapel di Purbalingga dapat mencapai kliennya hingga ke tingkat RT. Akibatnya, tampak bahwa klien di Purbalingga menjadi lebih paham dan memiliki relasi yang lebih baik dengan penyelenggara jaminan dibandingkan dengan di Tabanan.

## B. EFEK PADA PENYEDIAAN LAYANAN JAMINAN KESEHATAN

Masyarakat miskin (sebagai klien) skema JPK-Gakin, - baik sistem Bapel atau Askes – memiliki kepentingan yang amat kuat dalam penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas. Akan tetapi, mereka tidak dapat menggunakan daya beli mereka untuk memengaruhi kualitas layanan ketika skema tersebut sepenuhnya didanai oleh pemerintah pusat atau daerah. Dalam paradigma ini, DinKes bertanggung jawab untuk menjelaskan atau melindungi kepentingan masyarakat miskin. Terkait dengan hambatan-hambatan tersebut di atas, DinKes bukanlah lembaga yang paling efektif dalam menyelenggarakan tugas-tugas ini.

Kapitasi bagi penyedia layanan kesehatan dasar (puskesmas) dapat menjadi sistem yang cocok untuk mengendalikan biaya meskipun dalam sistem ini terdapat kemungkinan bahwa kualitas layanan akan berkurang karena berupaya menekan biaya serendah mungkin. Namun demikian, mengendalikan biaya adalah juga isu penting bagi puskesmas karena kapitasi yang diterima lebih dari cukup. Persoalannya, apakah upah kapitasi yang memadai akan mendorong pelayanan yang memuaskan? Jelas bahwa skema JPK-Gakin dapat menjamin layanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin, namun ini tidak serta-merta berarti bahwa masyarakat miskin akan menerima kualitas layanan yang baik. Secara umum, layanan kesehatan di puskesmas sungguh terbatas baik dalam hal kualitas maupun keragamannya. Pelaksanaan JPK-Gakin, termasuk kapitasi yang memadai dari skema ini – tentu saja tidak akan mengubah kondisi ini dengan mudah karena kondisi tersebut terkait dengan faktor-faktor yang lebih kompleks seperti ketersediaan staf medis yang memadai, instrumen dan fasilitas layanan yang baik. Mengingat fakta bahwa kapitasi dengan ketat hanya dialokasikan untuk biaya-biaya tertentu (yakni: aneka biaya bagi pemangku kepentingan) sehingga puskesmas tidak dengan mudah dapat menggunakan dana sisa untuk tujuan-tujuan lain (yakni: meningkatkan sistem air bersih, bangunan gedung, dan lain-lain). Atau dapat dikatakan bahwa kecukupan dana kapitas tidak memberdayakan puskesmas untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Sistem penggantian sesuai biaya (FFS) untuk penyedia layanan jaminan kesehatan kelas sekunder atau tersier tidak memberikan motivasi untuk mengendalikan biaya. Terlebih lagi, sistem ini tidak berarti meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

Efek yang paling positif dari skema JPK-Gakin mengenai penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah kemungkinan untuk mendapatkan layanan kesehatan sekunder atau tersier yang umumnya tidak dapat dijangkau masyarakat miskin. Namun demikian, karena beragam alasan, mayoritas pasien gakin tidak dirujuk ke rumah sakit. Terdapat beberapa kasus di mana pasien gakin menolak dirujuk ke rumah sakit meskipun diperlukan karena mereka khawatir akan biaya tambahan yang tidak akan ditanggung PT Askes. Mereka juga belum sepenuhnya paham tentang paket bantuan yang tersedia bagi mereka. Pada titik ini, kami menyimpulkan bahwa meskipun skema JPK-Gakin dapat menjamin hak-hak masyarakat miskin untuk mengakses layanan medis di rumah sakit, namun ia tidak dapat menjamin aktualisasinya. Untuk mendorong aktualisasinya, masyarakat miskin hendaknya perlu lebih memahami tentang layanan-layanan kesehatan apa saja yang berhak diterimanya sehingga mereka tidak akan kehilangan haknya hanya karena mereka khawatir dengan konsekuensi pembiayaan. Apa yang terlebih penting lagi, paket bantuan perlu ditingkatkan agar dapat mengurangi pertanggungannya bersama yang diperlukan oleh pasien Gakin.