



Laporan Lapangan

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

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 Budiwati

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 Sumba Timur, NTT:
Sebuah Studi Kasus**

Oleh:

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 Sumba Timur, NTT. 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 sosial

I. Arifianto, Alex

368.4/DDC 21

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
RINGKASAN EKSEKUTIF	iii
I. PENDAHULUAN	1
II. SKEMA JAMINAN KESEHATAN	3
A. Awal Mula Program JPK GAKIN	3
B. Penyelenggara Jaminan Kesehatan	3
C. Anggota Jaminan Kesehatan	6
D. Penyedia Layanan Kesehatan	7
E. Sistem Penggantian Pembayaran	8
F. Kartu Sehat	9
III. PENGOPERASIAN SKEMA JAMINAN KESEHATAN	11
A. Identifikasi dan Verifikasi Masyarakat Miskin	11
B. Peublikasi Jaminan Kesehatan	13
IV. PENGALAMAN DARI BERBAGAI PERSPEKTIF	15
V. ISU PENTING BERKAITAN DENGAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN	17

Menyediakan Layanan Efektif bagi Kaum Miskin di Indonesia: Laporan Mekanisme Pembiayaan Kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Sumba Timur, NTT: Sebuah Studi Kasus

Oleh:
Alex Arifianto
Ruly Marianti
Sri Budiyati

*Lembaga Penelitian SMERU
Jakarta, Indonesia*

dan

Ellen Tan
*Bank Dunia Indonesia
Konsultan*

ABSTRAK

Kabupaten Sumba Timur adalah satu di antara 29 kabupaten/kota yang termasuk dalam uji coba program JPK-Gakin. Sejak tahun 2003, Bapel kesehatan setempat cukup berhasil mengelola program ini. Program yang didanai pemerintah dari alokasi subsidi BBM ini telah menyentuh warga miskin yang jumlahnya cukup besar (75% dari penduduk adalah keluarga miskin) di Sumba Timur.

Namun sejak 2005, pemerintah telah menunjuk PT Askes sebagai penyelenggara satu-satunya program JPK-Gakin, sementara Bapel masih menjalankan program tersebut. Keterlibatan dua pengelola sebagai penyelenggara JPK-Gakin menjadikan pemerintah mengeluarkan kebijakan pembagian wilayah layanan puskesmas. Periode transisi ini dijadikan kesempatan oleh pemerintah daerah untuk melakukan penilaian terhadap penyelenggaraan program tersebut. Ada beberapa perbedaan jenis dan cakupan layanan kesehatan yang ditawarkan oleh keduanya.

Hasil temuan memperlihatkan bahwa puskesmas dan rumah sakit menanggung seluruh biaya pasien Gakin. Namun, jumlah keluarga miskin rujukan di rumah sakit jumlahnya kecil walaupun Bapel menyediakan dana transportasi bagi pasien yang dirujuk ke rumah sakit. Cukup banyak keterbatasan yang dihadapi masyarakat miskin yang tinggal menyebar di wilayah Sumba Timur, antara lain sangat rendahnya keadaan sosial-ekonomi masyarakat, wabah malaria, minimnya tenaga kesehatan di perdesaan, jauhnya jarak layanan kesehatan dengan rumah-rumah penduduk.

Pengelola JPK-Gakin selayaknya perlu memberikan perhatian besar dalam penanganan kesehatan di Sumba Timur yang mayoritas masyarakatnya adalah penduduk miskin.

Kata kunci: JPK-Gakin; Sumba Timur; kesehatan; program kemiskinan.

RINGKASAN EKSEKUTIF

Sekitar 75% dari total penduduk di Kabupaten Sumba Timur digolongkan sebagai masyarakat miskin. Jumlah penduduknya mencapai 198.940 jiwa. Pada 2003, sebanyak 129.074 atau 31.214 rumah tangga adalah miskin dan angka ini telah melonjak menjadi 159.037 jiwa atau 34.626 rumah tangga pada 2004. Umumnya, tingkat pendidikan, ekonomi dan kesehatan masyarakatnya rendah. Secara geografis, lokasi tempat tinggal mereka jauh dari fasilitas kesehatan dan tentu menjadi tantangan tersendiri bagi para penyedia layanan kesehatan.

Sejumlah besar tenaga kesehatan, baik tenaga medis maupun paramedis, masih diperlukan mengingat juga buruknya kualitas layanan di masyarakat dan jarak antara tempat tinggal dan fasilitas layanan kesehatan. Dari 17 puskesmas yang ada di Kabupaten Sumba Timur, lima di antaranya tidak memiliki dokter. Hanya terdapat satu dokter gigi di puskesmas yang terletak di pusat kota. Jumlah paramedis juga terbatas. Banyak puskesmas pembantu (pustu) yang tidak memiliki bidan desa (bides). Contohnya, Puskesmas Nggongi di Kecamatan Karera yang berjarak 150 km dari ibu kota kabupaten hanya memiliki satu dokter, tiga bides, lima perawat dan empat staf administrasi. Mereka melayani 10.863 jiwa yang menyebar di 10 desa. Tiga dari desa ini berada di pulau terpisah, sementara desa lainnya berjarak antara 3 hingga 42 km dari puskesmas ini dengan transpor umum yang terbatas. Meski demikian, puskesmas ini juga menyediakan perawatan inap dengan 10 tempat tidur yang seringkali terpakai semua.

Penyakit malaria merupakan jenis penyakit endemik di Kabupaten Sumba Timur. Penyakit ini jenis penyakit kedua terbanyak setelah infeksi pernapasan akut (ispa). Puskesmas dan rumah sakit hampir setiap hari menerima penderita malaria dewasa dan anak-anak. Sementara masyarakat di Sumba Timur mencoba mengatasi gejala awal penyakit ini dengan menggunakan obat-obatan tradisional (seperti ramuan-ramuan dari tumbuhan), dan jika gejala-gejalanya masih berlangsung, mereka biasanya mencari pertolongan medis di polindes atau di puskesmas yang memiliki laboratorium seadanya. Jumlah pasien pada musim penghujan biasanya lebih banyak daripada ketika musim kering, khususnya pasien penderita penyakit malaria. Ini diakibatkan oleh kondisi hawa yang lembab dan banyaknya kotoran hewan. Kelompok miskin tinggal di rumah-rumah yang beratap jerami yang seringkali bocor selama musim penghujan dan mengakibatkan kelembaban.

Kartu sehat bagi kaum miskin telah didistribusikan dengan baik dan digunakan untuk mendapatkan layanan medis di puskesmas (termasuk pustu dan polindes). Kartu sehat digunakan oleh 16% pasien di puskesmas pada 2004, sedangkan hanya 0,12% pasien menggunakan kartu ini di rumah sakit. Meskipun Bapel menyediakan biaya transpor dari Rp25.000 untuk jarak dekat hingga Rp300.000 untuk jarak jauh bagi pasien yang dirujuk untuk berobat di rumah sakit, masyarakat masih ragu-ragu untuk menindaklanjuti pengobatan hingga rumah sakit. Ini karena rumah tangga yang sangat miskin yang tidak sanggup untuk membayar biaya transpor dan biaya konsumsi anggota keluarga yang akan menemani si pasien ke rumah sakit. Kemiskinan dan jarak antara rumah dan rumah sakit menjadi hambatan bagi keluarga yang dirujuk ke rumah sakit

Asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin telah tersedia sejak 2003. Mulanya dikelola Bapel yang dibentuk Pemerintah Daerah (Pemda) Sumba Timur. Saat ini (2005), program yang menyediakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (JPK-Gakin) tidak hanya dikelola Bapel, tapi juga oleh PT Askes. Sesuai dengan SK Menteri Kesehatan No. 1241/MENKES/SK/XI/2004, PT Askes dipercayakan untuk mengelola program jaminan kesehatan JPK-Gakin di seluruh Indonesia terhitung sejak 1 Januari 2005, namun peran Bapel yang hingga kini mengelola dana belum dicabut.

Dana dari APBD yang hingga kini telah digunakan selain dana yang awalnya dimanfaatkan untuk subsidi BBM (PKPS BBM)¹ masih dikelola oleh Bapel yang meliputi sekitar 12 puskesmas. Di pihak lain, PT Askes mengelola dana PKPS BBM nasional yang mencakupi kebutuhan kesehatan hingga 81.200 masyarakat miskin yang tinggal di sekitar lima puskesmas.

Penentuan wilayah layanan kesehatan didasarkan pada jarak (yakni jarak dari rumah sakit). Pemda telah memutuskan bahwa PT Askes akan mengelola pasien yang dirujuk dari puskesmas ke rumah sakit yang terdekat, sedangkan sisanya akan dikelola oleh Bapel. Kebijakan PT Askes yang tidak menanggung biaya transpor bagi pasien yang dirujuk oleh puskesmas ke rumah sakit mengakibatkan lima puskesmas yang berada agak dekat dengan kota kabupaten terpilih untuk dikelola oleh PT Askes. Karena Bapel menanggung biaya transpor untuk pasien yang dirujuk, 12 puskesmas yang jaraknya relatif jauh masih dikelola oleh Bapel.

Ada beberapa perbedaan manfaat layanan kesehatan yang diberikan oleh Bapel dan PT Askes. Pertama, standar penggantian pembayaran oleh PT Askes untuk layanan persalinan oleh bides di desa jauh lebih tinggi dibanding layanan Bapel. Kedua, rumah sakit menganggap biaya pengobatan standar PT Askes terlalu rendah dan ketiga, Bapel menanggung biaya transpor bagi para pasien yang dirujuk ke puskesmas, sedangkan PT Askes tidak. Muncul keprihatinan bahwa perbedaan layanan ini bakal menimbulkan kecemburuan di antara para penyedia layanan dan membuat pekerjaan mereka menjadi sulit. Rumah sakit terpaksa mengorganisasikan dua sistem administrasi dan menempatkan dua stafnya, sedangkan sebelumnya hanya terdapat satu orang saja yang mengelolal semuanya.

Keterlibatan dua penyelenggara jaminan kesehatan dalam program ini merupakan bagian periode transisi dan selama tahun pertama pemda akan mengevaluasi efektivitas dari keduanya. Setelah itu, pemda akan menyeleksi penyelenggara jaminan yang diminati publik dan penyedia jaminan (puskesmas dan rumah sakit). Kemungkinan lain adalah bahwa pemda akan terus melibatkan Bapel dan PT Askes secara simultan, meskipun sistemnya akan disesuaikan untuk menjamin keseragaman. Evaluasi akan didasarkan pada pengalaman beberapa pihak yang terkait seperti rumah sakit, puskesmas, Dinas Kesehatan (DinKes) dan masyarakat.

Sementara itu, PT Askes berharap agar pemda dan instansi-instansi pendukungnya akan bekerja sama karena ia tak mampu bekerja tanpa data pendukung dan informasi dari instansi pemerintah terkait. Hingga kini, pemda termasuk DinKes telah mendukung program jaminan kesehatan bagi kelompok masyarakat miskin tanpa memperdulikan pihak mana yang mengelolanya sehingga masyarakat Sumba Timur –khususnya kelompok miskin– dapat mengakses layanan kesehatan yang memadai sesuai dengan kebutuhannya.

¹ PKPS BBM: Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak.

I. PENDAHULUAN

GAMBARAN UMUM DAERAH

Kabupaten Sumba Timur adalah satu di antara 29 kabupaten/kota yang termasuk dalam uji coba program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. Program, yang dimulai pada 2003, merupakan program nasional yang dikelola dengan menggunakan dana yang awalnya dipakai untuk mensubsidi BBM (PKPS-BBM Bidang Kesehatan). Antara 1998 dan 1999, pemerintah pusat mendirikan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat melalui paket bantuan Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS BK). Program ini hampir sama dengan program jaminan kesehatan bagi kaum miskin yang tercakup dalam program JPK Gakin meskipun tidak sempurna. Dengan memanfaatkan dana yang pada awalnya untuk subsidi BBM, kinerja program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin kian berkembang pada 2003.

Kabupaten Sumba Timur dipilih sebagai salah satu daerah untuk evaluasi program JPK-Gakin karena daerah ini memiliki persentase penduduk miskin yang tinggi (75% dari total penduduk Sumba Timur adalah miskin). Selain itu, topografi tanah yang berbukit-bukit dan jarak yang jauh antara rumah-rumah penduduk memengaruhi efektivitas program tersebut.

Kabupaten Sumba Timur terletak di Provinsi NTT dengan luas area 7005 km² dan terdiri atas 15 kecamatan, 16 kelurahan dan 126 desa. Berdasarkan data BPS, terdapat 198.840 jiwa atau 37.273 rumah tangga di kabupaten ini pada 2004 dengan tingkat kepadatan penduduk yang relatif rendah, yakni 27 orang per km².

Kabupaten ini terletak di wilayah pegunungan yang mengandung batu kapur. Akibatnya, kondisi tanah tidak subur dan kering sehingga sulit menemukan air bersih. Sebagian besar penduduknya bermata pencaharian sebagai petani musiman, nelayan dan peternak sapi, kerbau, kuda, babi dan kambing. Ekonomi mereka digolongkan sebagai ekonomi kecil.

Terdapat dua rumah sakit (swasta dan RSUD), 17 puskesmas lengkap dengan kendaraan roda empat untuk pelayanan puskesmas keliling (pusling), 60 pusku, 82 poliklinik desa (polindes), 391 pos pelayanan terpadu (posyandu), tiga apotik dan tujuh praktik dokter (mencakup Waingapu – ibu kota kabupaten).

Tabel 1: Penyebaran Puskesmas di Kabupaten Sumba Timur

	Kecamatan	Puskesmas	Penduduk	Jumlah Kelompok Miskin	Persentase Penduduk Miskin(%)
1	Kota Waingapu	Waingapu	33.044	10.638	32.23
		Kambaniru	13.946	9.320	66.83
2	Pandawai	Kawangu	17.946	13.658	76.25
3	Kahaungu Eti	Kataka	7.282	5.174	71.05
4	Umalulu	Melolo	14.166	10.406	73.46
5	Rindi	Tanaraing	8.287	6.025	72.70
6	Pahungalodu	Mangili	12.025	7.906	65.75
7	Wula Waijilu	Baing	6.315	5.333	84.45
8	Paberiwai	Kananggar	6.617	4.600	69.52
9	Matawai Lapau	Tanarara	6.443	3.756	58.30
10	Karera	Nggongi	10.836	8.983	82.90
11	Pinu Pahar	Lailunggi	5.881	4.586	77.98
12	Tabundung	Malaha	8.688	6.225	71.65
13	Nggaha Oriangu	Kombapari	11.540	9.083	78.71
		Nggoa			
14	Lewa	Lewa	19.767	15.539	78.61
15	Haharau	Rambangaru	11.230	7.842	69.83
	Total		193.940	129.074	66.55

Sumber: BPS dan data yang dikumpulkan dari rumah tangga miskin, Agustus 2003.

II. SKEMA JAMINAN KESEHATAN

A. AWAL MULANYA PROGRAM JPK GAKIN

Program JPK Gakin dimulai pada Agustus 2003 dengan pembentukan badan pelaksana (Bapel). Sebelumnya, berbagai persiapan selama setahun seperti pengembangan SDM yang akan terlibat di dalamnya mulai dilakukan. Pemda Kabupaten Sumba Timur mendapatkan bantuan dari GTZ dan nasihat dari Profesor Ali Gufron dari Universitas Gadjah Mada dalam bentuk petunjuk teknis (training berkaitan dengan pengelolaan dana dan manajemen kelembagaan dan menganalisis kriteria yang dipakai untuk menentukan rumah tangga miskin). Selain itu, bimbingan tersebut berisi format penentuan tarif yang sesuai, premi dan biaya unit untuk puskesmas dan rumah sakit. Beberapa staf dari DinKes juga berkesempatan untuk menimba ilmu tentang pengelolaan partisipatoris di Universitas Gadjah Mada.

Fase persiapan tidak saja melibatkan para pemangku kepentingan seperti DinKes, Bapel, rumah sakit swasta dan RSUD, serta puskesmas, namun hampir semua lembaga atau badan di lingkungan pemda dan anggota DPRD dari komisi C dan E (komisi yang membidangi sektor kesehatan) yang melakukan pertemuan beberapa kali dalam rangka koordinasi program. Hal ini menunjukkan bahwa Pemda Sumba Timur, khususnya bupati, tampak tertarik dengan layanan kesehatan untuk masyarakat. Selain dari Program Pemberantasan Penyakit Malaria yang pernah berjalan sebelumnya, program ini dianggap sebagai program “andalan” pemda.

B. PENYELENGGARA JAMINAN KESEHATAN

Sejak 2003, Program JPK-Gakin di Sumba Timur telah dikelola Bapel yang terdiri atas enam staf; empat di antaranya adalah PNS dari DinKes dan sisanya adalah staf honorer. Kini, pengelolaan program JPK-Gakin di Sumba Timur sedang melewati masa transisi. Sebagai akibat dari SK Menteri Kesehatan Tahun 2004 mengenai penugasan kepada PT Askes untuk mengelola program layanan kesehatan bagi masyarakat miskin, maka sejak 1 Januari 2005 Program JPK-Gakin telah dikelola PT Askes. Dengan demikian, Bapel dan PT Askes telah mulai mengelola program ini pada saat yang sama meskipun di daerah yang berbeda. Sesuai dengan SK Menteri Kesehatan, PT Askes hanya mengelola jaminan kesehatan untuk 81.200 anggota masyarakat miskin yang meliputi lima dari 17 kecamatan di Kabupaten Sumba Timur. Sisanya, yakni masyarakat miskin yang ada di 12 kecamatan lain, tetap dikelola oleh Bapel.

PT Askes merupakan lembaga jaminan kesehatan yang dibentuk oleh Departemen Kesehatan. Semua keputusan berkenaan dengan lembaga ini dibuat oleh departemen ini. Demikian juga, semua kebijakan jaminan kesehatan yang ditawarkan oleh PT Askes di Sumba Timur, jumlah rumah tangga miskin yang menjadi cakupannya dan juga tunjangan yang diberikan ditentukan oleh Departemen Kesehatan. Dengan adanya pengaturan seperti ini, PT Askes di daerah tidak memiliki kebebasan untuk menyesuaikan layanannya dengan kebutuhan lokal masyarakat. Berdasarkan persetujuan bersama antara Departemen Kesehatan, PT Askes dan Departemen Perdagangan, tarif jaminan kesehatan

untuk masyarakat miskin di rumah sakit di Sumba Timur dikategorikan dalam Kelompok D, dengan tarif yang mencapai Rp63.000 per orang per hari.

Dana dari pemerintah pusat (PKPS BBM) ditransfer ke PT Askes, yang kemudian dimanfaatkan untuk:

1. layanan kesehatan dasar di puskesmas dan pusat layanan kesehatan masyarakat lain yang termasuk dalam jaringannya, seperti layanan kesehatan yang diberikan oleh bides (pemeriksaan ibu hamil dan juga bantuan selama proses melahirkan dan layanan pascakelahiran);
2. layanan rawat inap di puskesmas;
3. rujukan kepada rumah sakit; dan
4. pencatatan dan penyediaan obat-obatan di puskesmas dan pusat-pusat layanan lain yang termasuk dalam jaringannya.

Dana yang disediakan pemda disalurkan melalui manager JPK-Gakin di kantor DinKes Sumba Timur dan kemudian digunakan untuk layanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang tidak tercakup oleh PT Askes. Dengan kata lain, dana-dana tersebut dimanfaatkan untuk membayar:

1. layanan kesehatan dasar di puskesmas dan pusat-pusat layanan lain yang termasuk dalam jaringannya, seperti layanan kesehatan yang diberikan oleh para bides (pemeriksaan ibu hamil dan bantuan selama melahirkan dan layanan kesehatan pascakelahiran.
2. layanan rawat inap di puskesmas;
3. tindakan medis yang sederhana (operasi kecil dan penjahitan luka) di puskesmas;
4. rujukan ke rumah sakit;
5. mencatat dan menyediakan obat-obatan di puskesmas dan pusat layanan lain yang termasuk dalam jaringannya;
6. revitalisasi posyandu; dan
7. kegiatan layanan kesehatan yang bersifat preventif dan promotif.

Berdasarkan pengalaman dari penyedia layanan kesehatan, secara khusus rumah sakit swasta dan umum, ada beberapa perbedaan dalam hal bagaimana masyarakat miskin dapat mengklaim kepada Bapel dan PT Askes. Semuanya tersajikan dalam Tabel 2 berikut ini.

Tabel 2: Perbandingan Layanan yang Disediakan Bapel dan Askes

Indikator	Bapel	Askes
Pengobatan	Obat-obatan yang tidak termasuk dalam DPHO * dapat ditanggung bila ada kesepakatan.	Hanya mencakupi obat-obatan DPHO.
Harga obat-obatan	Harga dasar. Penggantian pembayaran dari Bapel didasarkan pada harga dasar (rumah sakit tidak mengatur marginnya)	Sangat rendah. Contoh Askes hanya menghargakan obat-obatan kolesterol dengan harga Rp4.000 sedangkan harga pasarnya Rp25.000.
Layanan obat-obatan bagi pasien rawat inap	Layanan lebih fleksibel .	Pembayaran rawat inap mencapai Rp63.000 per orang per hari.
Biaya melahirkan yang dikenakan oleh bides	Rendah Rp7.000 – layanan melahirkan hingga layanan pascakelahiran Rp35.000 – perawatan prakelahiran	Tinggi Rp150.000
Jasa dokter selama operasi	Rendah Rp4.500	Tinggi Rp43.000
Transpor untuk pasien rujukan	Menanggung Rp25,000 – jarak dekat Rp300.000 – jarak yang lebih jauh (dengan ambulans) Rp200.000 – jarak yang lebih jauh (transpor umum)	Tidak ditanggung
Kapitasi untuk puskesmas	- 40% untuk obat-obatan (dikelola DinKes). - 60% untuk dukungan operasional (contohnya perjalanan ke posyandu, transpor bagi para penyedia layanan). Dari jumlah ini, puskesmas menggunakan 15% untuk layanan obat-obatan dan 85% untuk program lain.	- 50% untuk obat-obatan (dikelola DinKes) - 50% layanan kesehatan (PT Askes tidak merinci secara detail alokasinya karena ditentukan oleh kebijakan puskesmas.
Arah kebijakan	Terpusat pada kondisi daerah (budaya dan geografi daerah). Contohnya, Bapel mengalokasikan dana untuk transpor pasien yang dirujuk ke rumah sakit di Sumba Timur.	Terpusat (tanpa melihat spesifikasi daerahnya). Contohnya, keluhan mengenai kebijakan tidak dapat diselesaikan di daerah, harus dibawa ke tingkat nasional.

* DPHO adalah daftar obat-obatan yang ditanggung oleh penyedia jaminan kesehatan dan batas-batas harga.

Dana kapitasi yang diberikan Bapel kepada puskesmas dirinci sehingga menjadi lebih jelas. Mekanisme alokasi PT Askes tidak dirinci sehingga alokasi bergantung pada kreativitas kepala puskesmas. Kepala puskesmas memegang otoritas yang besar dalam menentukan apakah dana dialokasikan ke program atau digunakan untuk meningkatkan layanan medis.

Hingga saat ini, belum ada masalah yang serius dengan kedua sistem. Setelah setahun (yakni pada akhir 2005), pemerintah daerah akan mengevaluasi setiap penyelenggara jaminan kesehatan dan menentukan yang terbaik. Kemungkinan lain adalah bahwa pemda terkait akan terus menggunakan kedua penyelenggara tersebut, meskipun sistemnya akan dibakukan. Karena masih dalam pertengahan fase evaluasi, belum ada

kesepakatan yang dibuat antara pemda dan PT Askes atau antara PT Askes dan rumah sakit swasta atau rumah sakit umum.

Selama fase transisi ini, pembayaran yang tersedia bagi rumah tangga miskin oleh PT Askes sama seperti pembayaran kepada PNS kelompok I dan II, yakni bahwa pembayaran tersebut mencakupi layanan pasien rawat inap di bangsal kelas tiga dan sejumlah layanan yang terbatas. Baik Rumah sakit umum setempat maupun Rumah Sakit Swasta Kristen Lindimara mempertanyakan biaya penggantian obat-obatan yang diberikan oleh PT Askes karena biaya penggantinya terlampau rendah dari harga seharusnya. Hal ini dapat menimbulkan kerugian bagi pihak rumah sakit.

C. PESERTA JAMINAN KESEHATAN

Tugas pencatatan jumlah masyarakat miskin di desa dilakukan oleh tim desa, yang terdiri atas kepala desa dan aparatnya, petugas kesehatan di desa seperti bides, petugas pustu bersama pembantu-pembantunya, dan juga petugas statistik dari kecamatan yang dikoordinasikan oleh camat setempat. Awalnya, aparat desa memiliki kewenangan yang lebih luas untuk menentukan individu yang dianggap miskin. Namun pada tahun berikutnya, masyarakat miskin memberi perhatian yang lebih serius pada kegiatan ini karena informasi yang mereka terima dari sumber lain, seperti bides dan pembantu-pembantunya.

Pada 2003, sebanyak 129.074 orang miskin ditanggung, namun pada tahun 2004 angka ini meningkat menjadi 159.037 orang. Berdasarkan data BPS 2003 198.940 orang atau sekitar 75% dari total penduduk di Kabupaten Sumba Timur merupakan masyarakat miskin. DinKes dan instansi terkait lainnya seperti staf puskesmas termasuk di antaranya bides, petugas statistik desa, dan asistennya juga turut serta mengumpulkan data masyarakat miskin. Pada Oktober 2003, data mengenai orang miskin diverifikasi dan ditemukan bahwa jumlah masyarakat miskin sesungguhnya telah meningkat. Peningkatan ini disebabkan periode pengumpulan data di fase kedua relatif lebih lama dibanding yang pertama yang hanya berlangsung tiga bulan. Selain itu, pada fase pertama kemampuan para petugas untuk mencapai rumah tangga miskin terbatas oleh keadaan letak rumah-rumah masyarakat miskin yang terpencar-pencar ke berbagai wilayah dengan jarak yang sangat jauh dan ditambah lagi seringnya para keluarga itu berpindah. Pada periode pertama (2003), terdapat banyak pengaduan dan permintaan dari masyarakat miskin yang belum menerima kartu sehat, namun hal ini telah dikoreksi melalui verifikasi data pada 2004.

Pada 2005, PT Askes akan mengelola dana untuk 81.200 anggota masyarakat miskin berdasarkan alokasi dana yang diatur di pusat (SK Menteri Kesehatan), sedangkan Bapel akan mengelola program JPK-Gakin untuk 77.837 anggota masyarakat miskin. Setiap program akan mencakupi area layanan yang berbeda. PT Askes mengelola rumah tangga miskin yang dilayani oleh lima puskesmas di daerah yang dekat dengan ibu kota kabupaten, sementara Bapel akan menangani 12 kecamatan lainnya yang berjarak lebih jauh dari ibu kota kabupaten.

D. PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN

Hanya terdapat dua tipe penyedia layanan kesehatan di Kabupaten Sumba Timur, yakni tipe I dan III. Tidak ada tipe layanan kesehatan II karena layanan rawat jalan belum tersedia di rumah sakit. Dalam kesepakatan antara Bapel dan pihak rumah sakit (baik rumah sakit umum maupun rumah sakit swasta Lindimara), pemegang kartu jaminan kesehatan hanya diperkenankan untuk menerima layanan rawat jalan di puskesmas, dengan demikian rumah sakit hanya menjadi tempat untuk para pasien rawat inap yang dirujuk. Kartu sehat tidak dapat digunakan untuk layanan rawat jalan di rumah sakit. Kesepakatan ini dirancang untuk menjamin bahwa fungsi puskesmas lebih sebagai tempat terdekat untuk mendapat layanan kesehatan masyarakat, mengingat bahwa puskesmas menerima dana kapitasi untuk layanan yang tersedia bagi masyarakat miskin. Diharapkan masyarakat dapat memaksimalkan penggunaan dana-dana tersebut.

Penyedia layanan kesehatan tipe I adalah puskesmas. Ada 17 puskesmas di Kabupaten Sumba Timur; lima di antaranya memiliki fasilitas rawat inap. Terdapat 60 pustu dan 82 polindes. Puskesmas-puskesmas ini menyebar di 15 kecamatan. Terdapat dua kecamatan yang memiliki dua puskesmas yakni Kecamatan Waingapu – ibu kota kabupaten – dan Kecamatan Nggaha Oriangu. Lima kecamatan tidak memiliki dokter, yaitu puskesmas di Tanarara, Kananggar, Mahar dan Lailunggi dan juga di puskesmas baru di Nggaha Oriangu.

Puskesmas menandatangani kontrak berjangka setahun dengan Bapel. Kewajiban dari setiap pihak tertera dalam kontrak dan menjadi dasar bagi puskesmas untuk melayani masyarakat miskin. Kontrak tersebut juga mengurai secara gamblang jumlah dana kapitasi dan alokasi yang dibayar kepada puskesmas, juga tingkat layanan dan kewajiban puskesmas untuk mencapai tingkat pemanfaatan tertentu.

Layanan puskesmas sering tersedia 24 jam setiap hari. Meskipun secara resmi mereka hanya menyediakan konsultasi antara jam 08.00 hingga 11.00, mereka terus memantau pasien di luar jam-jam tersebut mengingat jarak yang cukup jauh antara rumah dan puskesmas (umumnya pasien harus menempuh 1-2 jam berjalan kaki). Staf yang bekerja di Puskesmas Nggoni tinggal dekat dengan puskesmas, demikian juga dokternya sehingga memudahkan para penyedia layanan untuk memantau para pasien yang tiba di luar jam kerja.

Rumah Sakit

Ada dua rumah sakit di Kabupaten Sumba Timur, yakni rumah sakit umum pemerintah dan rumah sakit umum swasta Kristen Lindimara yang juga menerima pasien-pasien yang dirujuk dengan kartu JPK-Gakin. Pasien yang dirujuk harus memiliki surat rujukan dari puskesmas dan harus sudah dirawat di puskesmas itu selama 2 x 24 jam. Pemegang kartu sehat dibebaskan untuk memilih rumah sakit.

Penduduk desa yang dirujuk ke puskesmas biasanya memilih rumah sakit swasta karena lebih dekat (transpor lebih mudah) dan lebih puas dengan layanan dari dokternya. Namun, informasi ini tidak didasarkan atas data namun dari komentar-komentar subjektif yang diberikan oleh para pasien puskesmas. Selain itu, kepala rumah sakit

swasta Lindimara menjelaskan bahwa kedua rumah sakit memiliki standar yang sama dan menyediakan layanan yang sama bagi para pasien, namun para dokter di rumah sakit Lindmira lebih rutin mengunjungi pasien.

Kondisi bangunan dan kebersihan di kedua rumah sakit ini relatif baik. Rumah sakit umum memiliki 95 ruangan dan rumah sakit swasta 40 ruangan. Ruang untuk kelas I dan kelas IV yang digunakan oleh pemegang kartu sehat tampak bersih. Namun, sangatlah sulit untuk menjaga agar rumah sakit tetap bersih karena kebiasaan masyarakat (para pasien dan keluarganya) untuk mengunyah sirih pinang. Baik laki-laki maupun perempuan suka mengunyah sirih pinang sehingga terdapat begitu banyak bercak-bercak merah yang bersumber dari air ludah pengunyah sirih pinang di setiap sudut rumah sakit dan sulit sekali dibersihkan. Karena itu, pihak rumah sakit telah memasang tanda peringatan di setiap sudut ruangan agar tidak membuang ludah di sembarang tempat.

E. SISTEM PENGGANTIAN PEMBAYARAN

Bapel menggunakan sistem kapitasi bagi puskesmas. Puskesmas menerima dana JPK-Gakin dalam bentuk kapitasi pada awal tahun dari Bapel. Akan tetapi pada 2005, lima puskesmas menerima dana kapitasi dari PT Askes bukan dari Bapel. Premi untuk setiap anggota masyarakat miskin yang ingin mendapatkan layanan medis di puskesmas adalah Rp1.000.

Tabel 3: Dana Kapitasi yang Diterima oleh Puskesmas

	Puskesmas	Dana Kapitasi (2003) (Rp)	Penduduk Di Wilayah Puskesmas	Penduduk Miskin di Wilayah Puskesmas
1	Waingapu	127.656.000	33.044	10.638
	Kambaniru	111.840.000	13.946	9.320
2	Kawangu	163.896.000	17.946	13.658
3	Kataka	62.088.000	7.282	5.174
4	Melolo	124.872.000	14.166	10.406
5	Tanaraing	72.300.000	8.287	6.025
6	Mangili	94.872.000	12.025	7.906
7	Baing	63.996.000	6.315	5.333
8	Kananggar	55.200.000	6.617	4.600
9	Tanarara	45.072.000	6.443	3.756
10	Nggongi	107.796.000	10.836	8.983
11	Lailunggi	55.032.000	5.881	4.586
12	Malahar	74.700.000	8.688	6.225
13	Kombapari	108.996.000	11.540	9.083
	Nggoa	Puskesmas baru – tidak ada data		
14	Lewa	186.468.000	19.767	15.539
15	Rambangaru	94.104.000	11.230	7.842
	Jumlah	1.548.888.000	193.940	129.074

Sumber: Bapel JPK-Gakin Sumba Timur, 2003.

Empat puluh persen dana kapitasi yang diterima puskesmas setiap tiga bulan digunakan untuk membeli obat-obatan. Enam puluh persen digunakan untuk meningkatkan kualitas bidang layanan kesehatan, yang 15% darinya digunakan untuk membiayai layanan yang diberikan oleh petugas puskesmas. Dana kapitasi puskesmas digunakan untuk membiayai pengobatan rawat jalan pasien miskin. Biaya untuk rawat inap dan operasi kecil harus diklaim dan bukan ditanggung oleh dana kapitasi. Contohnya, jahitan akibat luka dapat diklaim dari Bapel dan tidak ditanggung oleh dana kapitasi puskesmas.

Bapel juga menggunakan sistem klaim bagi rumah sakit. Pihak rumah sakit dapat mengklaim kembali semua biaya terkait dengan penyediaan obat-obatan dan layanan bagi masyarakat miskin dari Bapel. Hingga kini, kesepakatan antara rumah sakit dan Bapel berkaitan dengan penentuan resep obat-obatan dan premi pengobatan. Bapel menerima hampir semua klaim yang diberikan rumah sakit kepada Bapel, meskipun pembahasan masih terus berlanjut mengenai beberapa jenis obat-obatan yang dipakai rumah sakit yang tidak termasuk dalam daftar DPHO.

Rumah sakit dapat mengirim klaim ke Bapel sekali sebulan namun sering kali klaim ini terlambat lebih dari sebulan. Bapel akan mengganti pembayaran dana sekitar dua hingga empat minggu setelah klaim diajukan. Berdasarkan pengalaman Bapel, rumah sakit swasta lebih terorganisasi dalam melakukan klaim, baik dalam hal ketepatan waktu serta berkas-berkas yang diserahkan pada setiap klaim. Ini tentu saja sangat membantu bagi tim verifikasi klaim yang bekerja di Bapel.

PT Askes telah menyiapkan paket bantuan bagi pengobatan rawat inap di rumah sakit yang mencapai Rp63.000 per orang per hari. Hal ini mencakup biaya laboratorium, penggunaan alat-alat sederhana, dan jasa dokter. Kedua rumah sakit telah menerima paket bantuan ini, namun berkaitan dengan klaim obat-obatan, mereka merasa bahwa harga standar obat-obatan yang ditetapkan oleh PT Askes terlalu rendah dan dari segi finansial merugikan pihak rumah sakit. Contohnya, PT Askes menetapkan harga obat Amoxicillin sebesar Rp22.000, sedangkan harga pasarnya dapat mencapai Rp48.000. Hingga saat ini tidak ada kesepakatan tentang bagaimana rumah sakit dapat mengklaim kepada PT Askes. Sementara itu, sistem yang dibangun PT Askes memperlakukan klaim dari masyarakat miskin sama dengan klaim dari PNS golongan III.

Rumah sakit memiliki beban kerja yang lebih ringan dalam mengelola JPK-Gakin dibandingkan dengan ketika mereka mengelola dana untuk Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK). Saat ini, rumah sakit dapat berkonsentrasi hanya pada penyediaan layanan kesehatan dan menyerahkan biaya-biaya klaim layanan kesehatan bagi orang miskin kepada Bapel. Secara umum, Bapel menerima klaim-klaim yang diajukan selama klaim tersebut sesuai dengan kesepakatan bersama.

F. KARTU SEHAT

Setiap rumah tangga miskin telah memiliki kartu sehat berwarna biru sejak 1 Januari 2004. Dengan memperlihatkan kartu ini, mereka menerima layanan pengobatan gratis di fasilitas-fasilitas kesehatan seperti puskesmas, polindes, puskesmas dan rumah sakit dan juga dari bides. Hampir semua rumah tangga yang tercatat sebagai rumah tangga miskin

di kabupaten ini (32.122 rumah tangga) telah menerima kartu sehat, namun tidak semua keluarga memiliki kartu karena keterbatasan dalam pengumpulan data. Masih terdapat banyak pengaduan dari masyarakat, aparat desa dan petugas kesehatan karena beberapa rumah tangga sangat miskin belum menerima kartu sehat. Akibatnya, data orang miskin diverifikasi antara Agustus dan Oktober 2004, yang memperlihatkan peningkatan populasi masyarakat miskin hingga mencapai 159.037 jiwa atau 34.626 rumah tangga.

Sementara itu, PT Askes telah menyiapkan kartu sehat khusus bagi masyarakat miskin di wilayahnya, namun kartu ini hanya untuk penggunaan individu bukan untuk rumah tangga. Kartu ini berbeda dengan kartu yang dikeluarkan oleh Bapel yang mencakup satu rumah tangga. Kartu untuk individu ini akan didistribusikan PT Askes melalui Pemda Sumba Timur, meskipun pada saat penelitian ini dilakukan tidak ada informasi lebih lanjut mengenai instansi mana yang akan bertanggung jawab untuk tugas ini.

Bapel bertanggung jawab atas penyediaan kartu, namun hanya menyediakan kartu bagi mereka yang dilayani oleh puskesmas tertentu. Puskesmas mencatat nama keluarga miskin bersama anggota keluarganya yang menjadi tanggung jawab mereka. Kartu tersebut mencakup informasi seperti nama keluarga, anggota keluarga, nomor indeks dan tanggal akhir berlakunya kartu sehat. Setelah ditandatangani kepala puskesmas, kartu akan diserahkan kepada kepala desa melalui bides atau petugas pustu.

Menjelang akhir Januari 2005 ketika tim SMERU dan Bank Dunia melakukan studi lapangan, masyarakat belum menerima kartu barunya. Untuk mendapatkan layanan gratis di puskesmas, umumnya mereka masih menggunakan kartu yang lama yang telah habis masa berlakunya pada 31 Desember 2004. Kartu lama ini masih dapat digunakan karena Bapel belum mengeluarkan kartu baru.

III. PENGOPERASIAN SKEMA JAMINAN KESEHATAN

A. IDENTIFIKASI DAN VERIFIKASI MASYARAKAT MISKIN

Delapan kriteria yang digunakan untuk menentukan masyarakat miskin dalam upaya verifikasi data pada 2004 dihasilkan melalui konsultasi dengan beberapa pihak termasuk tim komite kabupaten, atau camat dan kepala desa dan aparatnya. Berdasarkan kriteria tersebut dan juga pengaduan dari anggota masyarakat yang belum mendapatkan kartu sehat (meskipun sudah dinilai sangat miskin oleh bides dan aparat desa), jumlah anggota masyarakat miskin di Sumba Timur meningkat dari 129.074 menjadi 159.037 antara 2003 dan 2004 dan jumlah ini menjadi dasar pendistribusian kartu bagi program JPK-Gakin 2005.

Pada tingkat awal pencatatan jumlah masyarakat miskin (2003), pemda tidak menggunakan kriteria yang telah disepakati bersama dan oleh karena itu Pemda Sumba Timur mengandalkan data dari kepala desa dan aparatnya, termasuk petugas kesehatan seperti bides, petugas pustu, staf di kecamatan, petugas statistik desa, dan asistennya. Karena karakteristik masyarakatnya berbeda dengan masyarakat Jawa atau tempat lain di Indonesia, maka penggunaan kriteria yang lazim dipakai BKKBN menjadi tidak cocok di Sumba Timur. Contohnya, kriteria BKKBN yang terkait dengan lantai rumah menyimpulkan bahwa rumah miskin adalah rumah yang berlantai tanah. Untuk masyarakat Sumba Timur, lantai tanah tidaklah berarti rumah tangga itu miskin, namun kenyataan malah sebaliknya, mereka memiliki cukup ternak hingga bisa membuat lantai tanah. Untuk mendapat informasi tentang masyarakat miskin di Sumba Timur sangatlah sulit karena letaknya yang menyebar dan masih ada anggota masyarakat yang sering berpindah-pindah. Hal ini yang menyulitkan petugas untuk melakukan pencatatan.

Pengumpulan data didanai dari dana alokasi umum pemda. Awalnya, setiap surveyor menerima upah Rp60.000 per orang untuk tiga hari. Tidak ada informasi mengenai dana untuk pengumpulan data pada fase kedua (Oktober 2003).

Pembiayaan

Dana untuk program JPK-Gakin disediakan oleh pemda dan pemerintah pusat. Dana dari pemerintah pusat ditransfer dari dana pengurangan subsidi BBM atau PKPS-BBM dan dana-dana ini didukung juga oleh dana lain yang bersumber dari anggaran Pemda Sumba Timur.

Ada dua bentuk kegiatan yang dibiayai dari dana ini, yaitu kegiatan utama dan kegiatan tambahan. Di antaranya adalah:

1. biaya pengobatan pasien rawat inap bagi pasien yang dirujuk ke rumah sakit;
2. biaya pengobatan pasien rawat inap di puskesmas;
3. layanan puskesmas keliling;
4. pengobatan dan biaya peralatan medis;
5. vaksinasi hepatitis B;
6. biaya transpor untuk pasien yang dirujuk dan;

7. biaya pengelolaan (verifikasi peserta, manajemen layanan dan manajemen keuangan).
Kegiatan lain yang didanai:

1. Biaya pengangkutan obat-obatan oleh puskesmas kepada kantor DinKes kabupaten; dan
2. Monitoring dan kontrol (seperti: makanan campuran).

Program JPK-Gakin yang dikelola Bapel menyediakan alokasi untuk biaya-biaya yang terkait dengan transpor pasien dan untuk mengambil obat-obatan dari gudang obat-obatan di kantor DinKes. Ini penting mengingat keberadaan fasilitas kesehatan dan rumah tangga yang tersebar luas dan jaraknya yang jauh dari ibu kota kabupaten. Namun, untuk program jaminan kesehatan yang dikelola PT Askes, biaya-biaya ini tidak ditanggung dan ini tentu menyulitkan masyarakat yang mengakses layanan kesehatan rawat inap di rumah sakit. Hal yang sama juga terjadi pada puskesmas. Jika tidak terdapat penggantian dana untuk mendapatkan kembali obat-obatan, puskesmas terpaksa mengalokasikannya dengan dana sendiri. Ini tentu teramat sulit bagi puskesmas.

Dana kapitasi yang ditransfer ke puskesmas tidak mencakup biaya-biaya yang terkait dengan biaya transportasi bagi pasien-pasien yang dirujuk ke rumah sakit. Biaya rawat inap, operasi kecil, jahitan diajukan ke Bapel sebagai klaim dari puskesmas. Dengan demikian, puskesmas menerima dua bentuk pendanaan, yakni dana kapitasi yang didistribusikan setiap tiga bulan dan dana klaim. Empat puluh persen dana kapitasi disediakan untuk membayar obat-obatan dan 60% untuk membiayai biaya operasional puskesmas. Akan tetapi, puskesmas hanya mengelola 60% dana kapitasi karena sisa 40% yang digunakan untuk membeli obat-obatan dikelola oleh DinKes. Puskesmas hanya menerima suplai obat-obatan berdasarkan permintaan.

Berdasarkan pengalaman Bapel dalam menangani klaim dari dua rumah sakit yang menerima pasien yang dirujuk, ada beberapa masalah terkait dengan klaim yang terlambat diajukan (lebih dari sebulan), klaim yang tidak memiliki resep, dan klaim yang tidak tercakup dalam skema. Hal ini lebih sering dialami oleh RSUD Sumba Timur dibandingkan dengan Rumah Sakit Swasta Lindimara.

Berdasarkan penghitungan tim Bapel dan konsultan GTZ, rata-rata jumlah dana yang dipakai untuk masyarakat miskin oleh puskesmas dan rumah sakit hanya Rp3.450 per orang per bulan, atau Rp41.400 per orang per tahun. Penghitungan ini juga menyertakan pertimbangan akan layanan kesehatan yang bersifat rehabilitatif, kuratif, preventif dan promotif dan bahkan mencakup individu yang bukan miskin karena mereka juga menggunakan layanan pengobatan dan fasilitas yang ditujukan bagi kaum miskin.

Kecilnya jumlah dana yang dipakai untuk masyarakat miskin menunjukkan bahwa dana yang dialokasikan oleh pemerintah pusat dan daerah dapat ditabung dan sisanya –yang jumlahnya sungguh besar – dapat digunakan untuk layanan kesehatan tahun berikutnya. Namun, dapatkah hal seperti ini diterapkan dalam sistem pengelolaan dana oleh PT Askes yang telah menetapkan Rp5.000 per orang per bulan? Jika tidak, maka PT Askes akan mengeruk keuntungan yang cukup banyak.

Paket Bantuan

Secara umum, pasien miskin dan nonmiskin yang menggunakan kartu jaminan kesehatan belum memahami dengan jelas bahwa layanan dan pengobatan ditanggung oleh jaminan kesehatan dan bukan puskesmas dan rumah sakit. Hingga kini, masyarakat miskin yang telah memiliki kartu jaminan kesehatan dapat menerima layanan pengobatan gratis di puskesmas dan rumah sakit. Akan tetapi, tampaknya tidak ada kriteria yang jelas mengenai hak-hak masyarakat miskin untuk mengakses layanan pengobatan sebagai pemegang kartu jaminan kesehatan. Pasien yang datang ke puskesmas umumnya mengatakan bahwa mereka tidak perlu membayar ketika berobat ke puskesmas. Hal ini merupakan kasus yang ditemukan pada pasien rawat inap yang diwawancarai di Puskesmas Nggongi. Meski demikian, pengalaman pasien di rumah sakit tampaknya berbeda. Beberapa pasien rawat inap di rumah sakit dan juga pasien puskesmas yang menjadi pasien rawat inap di rumah sakit mengatakan bahwa mereka masih harus membayar obat-obatan. Pasien miskin telah menerima layanan gratis tidak terbatas di puskesmas, namun hal ini tidak sepenuhnya terrealisasi bagi pasien miskin di rumah sakit.

Baik puskesmas maupun rumah sakit telah menandatangani kontrak dengan Bapel berkenaan dengan hak-hak dan tanggung jawab dalam penyediaan layanan pengobatan gratis bagi masyarakat miskin. Tidak ada penjelasan dalam kesepakatan ini atau dalam kontrak yang terkait dengan hak-hak atau manfaat layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini tentu saja melemahkan posisi kaum miskin karena mereka tidak dapat memperoleh penjelasan yang menyakinkan tentang layanan gratis. Akibatnya, hanya sebagian kecil dari masyarakat miskin yang menggunakan kartu jaminan kesehatan untuk rujukan ke rumah sakit. Hal ini didorong oleh fakta bahwa mereka khawatir jika mereka harus membayar untuk layanan pengobatan di rumah sakit.

Kasus demikian terjadi di rumah sakit. Hingga saat ini, pasien umum yang mendapatkan asuransi kesehatan (PNS dan pensiunan) dapat memperoleh layanan gratis namun masih terdapat sejumlah obat-obatan yang tidak ditanggung oleh asuransi tersebut. Ada kesan bahwa masyarakat miskin akan diperlakukan sama jika diterima sebagai pasien rawat inap di rumah sakit. Masyarakat miskin tidak menyadari bahwa terdapat pembatasan-pembatasan dalam layanan yang diterima di rumah sakit. Contohnya, terdapat satu klausul yang menyatakan bahwa rumah sakit tidak akan menyediakan layanan rawat jalan bagi masyarakat miskin. Umumnya masyarakat miskin masih belum memiliki cukup informasi dan bahkan mereka jarang menerima pengobatan rawat jalan di puskesmas karena tempat tinggalnya sangat jauh dari rumah sakit itu.

B. PUBLIKASI JAMINAN KESEHATAN

Beberapa jenis media dipakai untuk menyebarkan informasi menyangkut layanan medis gratis bagi masyarakat miskin. Menurut Bapel, program ini dipublikasikan melalui radio dan juga disebarkan secara lisan melalui masyarakat, bides atau asistennya, secara khusus dalam kegiatan posyandu. Surat kabar lokal *Suara Sumba* dan juga pameran terbuka dan kaset-kaset yang diputar di puskesmas merupakan cara lain penyebaran informasi oleh Bapel tentang program layanan pengobatan gratis. Efektivitas pesan menjadi lebih besar pada masyarakat yang lebih mudah mendapatkan bantuan medis di puskesmas atau

fasilitas kesehatan lainnya yang lebih dekat. Jumlah pasien di puskesmas dan juga pasien rawat inap di rumah sakit terus meningkat.

Obat-obatan

DinKes mengelola semua dana yang dipakai untuk membeli obat-obatan bagi masyarakat miskin. Semuanya bersumber dari dana kompensasi pengurangan subsidi BBM dan juga dari pemerintah daerah. Melalui pengajuan bulanan, puskesmas dapat memperoleh obat-obatan yang dibutuhkan dan yang didapat dari gudang obat yang ada di tingkat kabupaten. Untuk kebutuhan obat-obatan, puskesmas menerima dana dari alokasi JPK-Gakin. Obat-obatan bagi masyarakat miskin dan nonmiskin tidak terpisah, baik dalam hal administrasi maupun pendanaan. Kedua puskesmas yang termasuk dalam sampel studi ini menyatakan bahwa tidak ada persoalan yang terkait dengan jenis dan kualitas suplai obat-obatan. Permintaan akan obat dari puskesmas selalu terpenuhi oleh DinKes Kabupaten.

DinKes dan Bapel memastikan adanya kerja sama dengan rumah sakit, juga dengan DPRD, LSM, dan tokoh masyarakat dalam mencapai kesepakatan mengenai jenis dan harga obat yang harus tersedia bagi masyarakat miskin. Sementara itu, PT Askes juga dilibatkan dalam mengelola dana bagi masyarakat miskin, namun keputusan mengenai penentuan jenis dan harga obat bagi masyarakat miskin belum didiskusikan dengan rumah sakit. Kedua rumah sakit mengeluhkan bahwa standar harga obat-obatan yang ditawarkan PT Askes terlalu rendah.

Hingga kini, koordinasi antara rumah sakit dan Bapel telah berjalan dengan baik, dalam pengertian bahwa harga obat-obatan yang ditentukan oleh Bapel dianggap sesuai dengan standar harga pasar. Selain itu, rumah sakit juga dapat memanfaatkan obat-obatan yang tidak termasuk dalam daftar DPHO jika ada alasan logis. Sebelum menyepakati klaim obat-obatan, rumah sakit dan Bapel biasanya mendiskusikan situasi yang memungkinkan rumah sakit dapat mengajukan resep obat-obatan yang tidak termasuk dalam daftar DPHO. Terkait dengan PT Askes, rumah sakit tidak dapat melakukan negosiasi di tingkat kabupaten karena semua kebijakan PT Askes bersifat terpusat.

IV. PENGALAMAN DARI BERBAGAI PERSPEKTIF

Kabupaten Sumba Timur merupakan daerah miskin karena kondisi geografisnya yang kurang menguntungkan (tanahnya kurang subur dan berbatu), tingkat pendidikan dan kesehatannya yang rendah mengakibatkan derajat kesehatan masyarakatnya juga rendah. Masyarakat Sumba Timur sangat membutuhkan uluran tangan pemerintah dalam bentuk program JPK-Gakin mengingat 75% dari penduduknya adalah masyarakat miskin. Secara umum, pemegang kartu jaminan kesehatan, menggunakan layanan medis di semua fasilitas kesehatan yang tersedia. Isu utama bagi rakyat miskin adalah jarak antara rumah serta keterbatasan dan mahalnya biaya transpor yang harus dikeluarkan.

Malaria adalah salah satu penyakit yang paling banyak diderita oleh masyarakat di kabupaten ini. Pengetahuan tentang pola hidup sehat hingga kini masih minim, seperti pengetahuan tentang gizi yang baik, kebersihan dalam rumah dan lingkungan sekitar serta kesehatan fisik. Karena itu, program kesehatan yang terpenting selain dari ketersediaan layanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin adalah peningkatan pola hidup dasar masyarakat. Binatang ternak seperti ayam, babi, kambing, kerbau dan sapi berkeliaran di halaman dan jalan-jalan. Kotorannya ada di mana-mana dan menyebabkan tumbuhnya bakteri. Baik laki-laki maupun perempuan memiliki kebiasaan mengunyah sirih pinang dan membuangnya di sembarang tempat. Pada musim kering, daerah ini sulit mendapatkan air bersih.

Sampai saat ini, program JPK-Gakin yang dikelola oleh Bapel belum menuai banyak persoalan, baik untuk puskesmas maupun rumah sakit. Kebanyakan pengaduan hanya bersoal tentang masalah administrasi seperti belum menerima kartu sehat, sementara hanya ada beberapa pengaduan yang terkait dengan layanan kesehatan yang diberikan. Dengan diterapkannya sistem pengelolaan JPK-Gakin oleh PT Askes, layanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Sumba Timur tidak akan berbeda dengan layanan bagi masyarakat lain di berbagai daerah. Jarak dan tingkat kesulitan untuk menjangkau fasilitas layanan adalah masalah utama bagi masyarakat miskin. Jika seorang anggota keluarga jatuh sakit, mereka membutuhkan transpor untuk mengakses fasilitas kesehatan, namun mereka tidak memiliki biaya. Persoalan akan sama jika mereka harus dirujuk ke rumah sakit. Meski rumah sakit menyediakan layanan gratis, mereka harus mengeluarkan banyak biaya untuk menanggung biaya transpor anggota keluarga ke rumah sakit dan juga biaya untuk makan. Kesulitan-kesulitan ini sering kali mengakibatkan mereka enggan untuk dirujuk ke rumah sakit.

Penyedia Layanan Kesehatan I (Puskesmas Nggongi):

Puskesmas ini terletak 150 km dari pusat kota kabupaten dan dapat diakses melalui tiga jalan aspal berbeda, yang seluruhnya masih bersifat kasar, namun dapat dilalui kendaraan roda empat. Hanya terdapat satu bis yang melayani rute ini dan hanya berjalan sekali dalam sehari. Pada musim penghujan, beberapa bagian dari jalan tergenang dan berlumpur dan menjadi sulit untuk dilewati oleh kendaraan roda empat.

Puskesmas Nggongi terletak di Kecamatan Karera, yang berpenduduk 10.863 jiwa. Dari jumlah ini, total 8.983 jiwa digolongkan masyarakat miskin. Puskesmas yang dibangun pada

1972 ini sejak tahun tersebut memiliki 10 tempat tidur untuk pasien rawat inap. Fasilitas rawat inap sangat penting bagi masyarakat di Karera mengingat jauhnya jarak yang harus ditempuh untuk mencapai fasilitas rawat inap di rumah sakit. Dokter dan perawat tinggal tidak jauh dari puskesmas dan memudahkan pasien ketika tiba di luar jam kerja.

Puskesmas ini memiliki beberapa sumber dana, seperti :

1. tarif Rp1,500 dari anggota masyarakat yang menerima layanan medis (sekitar 3 juta rupiah per tahun);
2. biaya operasional 15 juta rupiah per tahun;
3. biaya rutin (DinKes mengganti biaya bagi puskesmas untuk semua biaya rutin);
4. sepuluh juta rupiah dialokasikan untuk layanan rawat inap setiap tahun;
5. biaya untuk pustu di bawah puskesmas Rp1,5 juta per tahun; dan
6. biaya untuk polindes Rp1 juta per tahun..

Puskesmas menerima dana semua biaya ini dari DinKes Kabupaten.

Pada 1989, terjadi epidemi kolera di daerah ini, namun pada waktu itu hanya terdapat satu petugas kesehatan dan tanpa seorang dokter. Tidak ada dokter yang ditugaskan di puskesmas ini hingga 1995 dan dokter ini telah tujuh kali diganti dan kebanyakan dokter tidak tetap. Dokter yang ada sekarang adalah dokter yang berstatus PNS dan telah bekerja di puskesmas tersebut selama dua tahun. Selain itu, ada tiga bides dan lima perawat dan petugas kesehatan. Terdapat 13 orang petugas yang bekerja di puskesmas ini namun jumlah ini tidak cukup untuk melayani permintaan masyarakat karena selain melayani tiga pustu dan 26 posyandu di 10 desa terpencil, juga harus melayani satu desa yang terletak di pulau.

Pada saat penelitian lapangan dilakukan, hanya terdapat dua pasien rawat inap: salah satunya mengidap malaria dan lainnya terkena luka dalam akibat serangan seekor babi hutan. Rata-rata dalam setiap bulan hanya terdapat satu atau dua orang yang dirujuk ke rumah sakit. Pasien yang tidak menderita sakit parah dapat dirawat di puskesmas dengan fasilitas rawat inap seadanya. Penyakit yang umum diderita adalah penyakit malaria, namun baru pada tahun 2001 puskesmas mendapatkan seorang petugas laboratorium untuk penyakit malaria dan sejak 2003, dengan bantuan World Vision, puskesmas telah memiliki mikroskop yang memadai untuk mendeteksi malaria.

Jumlah pasien yang dirujuk ke rumah sakit pada 2003 dari Puskesmas Nggongi

- Januari – 1
- Februari – 1
- Maret – 2
- April – 2
- Mei – kosong
- Juni – kosong
- Juli – 1
- Agustus – 4
- September – 2
- Oktober – 2
- November – none
- Desember – 3
- Januari (2004) – 2

Tidak ada dokter swasta atau bidan praktik karena kebanyakan masyarakatnya miskin. Banyak masyarakatnya mencari bantuan medis terdekat yakni dari dukun selama proses melahirkan. Mereka membayar dukun beranak tersebut dengan apa saja, kadang-kadang dengan uang Rp20.000 atau seekor ayam, ini jika mereka tidak memberinya makan. Atau mereka cukup menyatakan terima kasih.

Binatang ternak seperti sapi, kuda dan babi umumnya dilepas berkeliaran di sekitar kecamatan. Kotoran-kotoran hewan tersebar dan membuat lingkungan menjadi kotor termasuk lingkungan di sekitar puskesmas. Dokter dan petugas puskesmas tidak mampu menasihati warga masyarakat agar menambat hewan peliharaannya di halamannya sendiri agar tidak mengotori lingkungan. Ini karena para tokoh dan pemimpinnya memiliki ribuan ekor ternak dan membiarkannya berkeliaran dengan bebas. Ada tiga tokoh masyarakat, salah satunya adalah raja dan lainnya adalah kepala kampung. Mereka digolongkan sebagai kelompok kaya karena memiliki banyak ternak dan tanah (ribuan sapi, babi dan kuda). Semua ternaknya dibiarkan bebas di jalan-jalan di sekitar desa dan kecamatan. Para dokter seringkali berselisih paham dengan mereka akibat banyaknya hewan ternak yang berada di sekitar lingkungan kerjanya.

Penyedia Layanan Kesehatan II (Puskesmas Lewa):

Puskesmas ini melayani sekitar 19.767 jiwa dan 78,61%nya adalah masyarakat miskin. Pada Desember 2004, 1.127 dari 1.578 pasien adalah pasien masyarakat miskin, yang berarti bahwa 71% dari pasien yang mendapat layanan medis di puskesmas adalah warga masyarakat miskin. Ada 15 petugas kesehatan, termasuk 1 dokter, five pustu, 12 polindes, dan 31 posyandu (tiga orang membantu di setiap posyandu). Puskesmas Lewa juga memiliki pasien rawat inap dengan 11 tempat tidur yang selalu dijaga secara bergantian pada pagi, siang dan malam hari.

Kepala desa, pemimpin masyarakat, pemimpin agama dan kepala dusun terlibat dalam menyebarkan informasi tentang kartu sehat di Lewa. Namun, para perempuan mendapatkan penjelasan dari posyandu. Orang-orang yang telah membantu kegiatan posyandu secara sukarela telah dilibatkan dalam penyebaran dan pengisian kartu sehat. Untuk pekerjaan tersebut, mereka diupah Rp250 per kartu dan mendapat layanan kesehatan gratis di puskesmas. Ada juga seorang asisten laki-laki di puskesmas ini, yang tentunya tidak biasa karena hampir semuanya adalah perempuan. Di kecamatan ini, laki-laki ini memiliki peran yang teramat penting karena para lelaki diperlukan untuk menjangkau daerah terpencil, khususnya jika mereka harus menunggang kuda dalam rangka memberikan imunisasi.

V. ISU PENTING BERKAITAN DENGAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN

1. Pengelolaan jaminan kesehatan di kabupaten selama ini berjalan lancar oleh Bapel. Identifikasi keluarga miskin, pendistribusian kartu miskin dilakukan sepenuhnya oleh Bapel. Kekurangan-kekurangan selama identifikasi terus disempurnakan sejalan dengan penyempurnaan kriteria dan identifikasi di lapangan serta laporan-laporan dari masyarakat. Begitu pula penggantian dana pelayanan kesehatan tidak banyak mendapat keluhan dari rumah sakit.
2. Dengan berlakunya SK Menteri mengenai penunjukkan PT Askes sebagai pengelola jaminan kesehatan orang miskin, maka Pemda Kabupaten Sumba Timur membagi dua pengelolaan asuransi tersebut berdasarkan wilayah kerja. Pada saat penelitian berlangsung, PT Askes belum mulai beroperasi karena menunggu perintah pelaksanaan dari PT Askes pusat.
3. Karena masih pada tahap awal pelaksanaan, PT Askes belum dapat menetapkan sistem kerja yang seperti apa yang akan diterapkan di Sumba timur. Jika semua aturan telah diputuskan oleh PT Askes pusat, mereka akan menjalin kerja sama dengan pemda setempat, terutama Bapel dan DinKes terutama untuk mendapatkan nama-nama keluarga miskin. PT Askes tidak mampu bekerja sendiri, Bapel sebagai pengelola sebelumnya memiliki pengalaman mengidentifikasi keluarga miskin dan pemda memiliki kewenangan wilayah sehingga kerja sama yang baik di antara mereka mutlak diperlukan.
4. Hal yang jelas dipahami pihak rumah sakit, baik RSUD maupun RS Swasta Lindimara, adalah bahwa penggantian obat berasal dari PT Askes. Mereka berharap PT Askes tidak terlalu kaku dalam menerapkan ketentuan obat bagi orang miskin. Selama ini, kerja sama rumah sakit dengan Bapel telah terjalin dengan baik. Semua kendala yang muncul dan penyesuaian ketentuan obat bisa dibahas bersama sehingga tidak merugikan rumah sakit atau pasien.
5. Ketetapan pemda untuk membagi dua wilayah kerja kepada dua pengelola JPK-Gakin juga memerlukan penyesuaian administrasi bagi rumah sakit. Bapel yang selama ini menerapkan penggantian uang transpor bagi gakin yang akan dirujuk ke rumah sakit, masih akan tetap menerapkan kebijakan tersebut meski wilayah kerjanya telah dibagi dua. Di pihak lain, PT Askes telah menetapkan bahwa tidak ada penggantian biaya transportasi bagi keluarga miskin yang dirujuk ke rumah sakit. Ketentuan ini tentu saja dapat menimbulkan kecemburuan bagi keluarga miskin. Demikian pula beberapa variabel besaran penggantian jenis obat dan jenis penyakit yang bisa ditanggung antara PT Askes dan Bapel akan berbeda.
6. Diantisipasi bahwa semua perbedaan tersebut tidak akan menimbulkan kesulitan bagi masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan.