

PERSEPSI STAKEHOLDER TERHADAP PEMBIAYAAN KESEHATAN KELUARGA MISKIN DENGAN KONSEP JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN DI KABUPATEN PARIGI MOUTONG PROVINSI SULAWESI TENGAH

*STAKEHOLDERS PERCEPTION ABOUT HEALTH FUNDING FOR POOR FAMILIES WITH
MANAGED CARE CONCEPT AT PARIGI MOUTONG DISTRICT, CENTER SULAWESI*

Irwan¹ dan Ali Ghufron Mukti²

¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Parigi Moutong, Provinsi Sulawesi Tengah

² Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan,
UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Health funding for poor families at Parigi Moutong District comes from oil compensation program priorities of health service fund which is directly given to community health centers and hospitals. The program is very beneficial but its sustainability is being questioned because the funding can be used to provide health service for poor families for six months only. During the last two years, a program of health maintenance for poor families has been developed in some territories. Some initial findings show that the assignment to third party as program organizer has increased efficiency, effectiveness and local government commitment to health service and funding for poor families.

Objectives: The study was meant to find out stakeholders' perception about health funding for poor families with health maintenance assurance.

Methods: The study was of descriptive type which used case study design. The subjects of the study were stakeholders consisting of District Head, Head of Local Planning Council, Hospital director, Head of Community Health Center and leaders of the community. Data were collected through focus group discussion and in depth interview. Coding was then made to organize and analyze data for descriptive presentation.

Result: Most of respondents considered that health funding for poor families with health maintenance assurance system was beneficial and greatly needed at Parigi Moutong District. Differentiation between program organizer and health service provider was expected to be more effective and efficient and could improve the farmer system. Source of funding according to respondents, should come from central government, local government and prosperous community through cross subsidy and private sector. Local government was very supportive to the program as seen from their readiness to issue an act or at least District Head's decree from the program to continue. Most of respondents suggested that local government should become program organizer which was non profit oriented. Most of respondents did not agree if PT. Askes functioned as program organizer because this did not go in line with the spirit of autonomy.

Conclusion: Health funding for poor families with health maintenance assurance system was very beneficial and greatly needed as well as well supported by local government of Parigi Moutong District. Program organizer should be non profit oriented and managed by local government. Publicity should be made prior to program implementation.

Keywords: perception, stakeholder, poor families, health assurance

PENGANTAR

Kesehatan adalah hak manusia yang fundamental. Pada kenyataannya sampai saat ini hanya sebagian kecil penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan. Keterbatasan dukungan dana pemerintah untuk sektor kesehatan menyebabkan kegagalan program peningkatan kesehatan masyarakat. Keluarga miskin biasanya orang yang

paling menderita karena hanya dapat mengakses dalam jumlah terbatas dari pelayanan kesehatan yang ditawarkan dan memperoleh manfaat terendah dari subsidi. Hasil *survey* demografi dan kependudukan Indonesia tahun 2003 menunjukkan bahwa angka kematian bayi masyarakat miskin tiga kali lebih tinggi dari angka kematian bayi kelompok masyarakat terkaya. Umur harapan hidup

masyarakat miskin lebih pendek dari umur harapan hidup penduduk yang kaya. Hal ini berarti derajat kesehatan orang miskin lebih rendah dari orang kaya.

Pembiayaan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Parigi Moutong selama ini berasal dari PKPS-BBM yang disalurkan langsung ke Puskesmas dan rumah sakit. Namun, dana PKPS-BBM hanya mampu membiayai pelayanan kesehatan keluarga miskin (Gakin) selama 6-9 bulan, sehingga kesinambungan pembiayaan kesehatan Gakin perlu dipertanyakan. Pada dasarnya misi program cukup bagus. Akan tetapi, karena infrastruktur belum memadai maka ibaratnya seperti "membagi air dengan cara mengalirkannya melalui jaringan pipa yang belum tertata rapi", sehingga masih ada kekurangtepatan sasaran, perembesan yang pada gilirannya mengarah pada belum optimalnya aspek efektivitas dan efisiensi program.¹

Menarik untuk dikaji pada sistem pembiayaan kesehatan Gakin dalam dua tahun terakhir yaitu dikembangkan program pemeliharaan kesehatan Gakin dalam bentuk uji coba Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) dengan kontribusi pendanaan pemerintah daerah di beberapa kabupaten/kota dan provinsi. Beberapa temuan awal menunjukkan bahwa sistem JPK Gakin dengan penunjukkan pihak ketiga sebagai pengelola (*third party administration* atau TPA) telah meningkatkan efisiensi dan efektivitas, serta komitmen pemerintah daerah terhadap pelayanan dan pendanaan kesehatan Gakin.²

Untuk pelayanan kesehatan Gakin yang akan datang, pola *third party administration* merupakan salah satu pola yang diterapkan dalam pengelolaan pembiayaan jaminan kesehatan Gakin. Berdasarkan Undang-Undang (UU) No.40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai suatu cara penyelenggaraan program jaminan sosial termasuk jaminan kesehatan yang bertujuan memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap penduduk dan pelaksanaannya dilakukan oleh suatu badan penyelenggara jaminan sosial. Untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan Gakin, ternyata Depkes telah menunjuk PT. Askes sebagai badan pengelola JPK Gakin berdasarkan SK Menkes No.1241/Menkes/SK/XI/2004. Meskipun dapat terjadi pengelolaan JPK Gakin oleh daerah sesuai amanat UU No.32/2004 tentang Pemerintahan Daerah, Pasal 22h, dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban mengembangkan sistem jaminan sosial.

Penyediaan efisien pelayanan kesehatan bermutu bagi keluarga miskin lebih tepat jika dilakukan oleh pemerintah lokal (kabupaten dan kota), karena mereka berada pada posisi yang lebih baik untuk memperkirakan permintaan, artinya mereka lebih mengetahui tentang jumlah dan wilayah-wilayah keluarga miskin dan bagaimana *demand* terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu.³ Prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan harus memperhatikan beberapa unsur penting yaitu: desentralisasi karena nuansa reformasi, solidaritas, subsidiaritas, efisiensi, keadilan, keberlanjutan, dan *surplus revenue*.⁴

Peluang pengembangan dan keberhasilan JPK Gakin harus didukung oleh berbagai pihak yaitu *stakeholder* yang meliputi unsur pemerintah, PPK, dan masyarakat. Komitmen *stakeholder* di Kabupaten Parigi terutama Bupati, Bappeda, Kepala Dinas Kesehatan, PPK dan tokoh masyarakat sangat menentukan arah kebijakan pembiayaan kesehatan Gakin. Pengetahuan, pengalaman, adanya sosialisasi, harapan, kebutuhan, serta nilai-nilai yang berlaku di masyarakat akan mempengaruhi persepsi *stakeholder* terhadap JPK Gakin. Dukungan kebijakan *stakeholder* merupakan salah satu kunci penting dalam merealisasikan dan keberhasilan pembiayaan kesehatan Gakin dengan konsep JPK di Kabupaten Parigi Moutong. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi *stakeholder* di Kabupaten Parigi Moutong terhadap jaminan pemeliharaan kesehatan Gakin yang meliputi: manfaat, kebutuhan, sumber dana, dukungan pemerintah daerah, dan badan penyelenggara.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan rancangan studi kasus. Pemilihan sampel secara *purposive*, subjek penelitian adalah: Bupati, Ketua Bappeda, Kepala Dinas Kesehatan, Direktur RS, Kepala Puskesmas, dan tokoh masyarakat. Data penelitian dikumpulkan melalui Diskusi Kelompok Terarah (DKT), dengan wawancara mendalam dan penelusuran dokumen. Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dilakukan terhadap Kepala Puskesmas. Adapun wawancara mendalam dilakukan terhadap Bupati, Ketua Bappeda, Kepala Dinas Kesehatan, Direktur RS, dan tokoh masyarakat.

Data yang terkumpul melalui DKT dan wawancara mendalam yang direkam, ditulis dalam bentuk catatan dan diketik, dari catatan ini dilakukan koding. Dalam melakukan koding, langkah yang dilakukan adalah koding terbuka, mencari hubungan antara kategori-kategori untuk menghasilkan *teoritical codes*, yang terakhir adalah

menetapkan kategori utama. Data yang sudah diorganisasi akan dianalisis, kemudian disajikan secara kuotasi dan deskriptif.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin di Kabupaten Parigi

Pelaksanaan pelayanan kesehatan Gakin di Kabupaten Parigi Moutong khususnya pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit dimulai pada tahun 2001 melalui Program Dampak Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PD-PSE) dan berlanjut menerima dana untuk pelayanan kesehatan Gakin sampai tahun 2003 dan 2004 melalui PKPS-BBM. Jumlah penduduk miskin yang merupakan sasaran dari dana PKPS-BBM Bidkes di Kabupaten Parigi Moutong pada tahun 2003 sebanyak 76.024 jiwa dengan 18.101 KK.⁵

Berdasarkan hasil evaluasi penggunaan dana PKPS-BBM di Rumah Sakit Parigi ternyata bahwa dana tersebut tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan Gakin selama satu tahun. Pada tahun 2004, sampai dengan bulan Agustus jumlah dana yang seharusnya dibayarkan untuk pasien miskin sebesar Rp720.043.000,00 sementara dana yang ada hanya Rp512.000.000,00. Hal ini berarti dana yang tersedia hanya mampu membiayai pelayanan kesehatan Gakin selama enam bulan saja. Berdasarkan laporan pelaksanaan PDPSE-BK/PKPS-BBM Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2001 sampai dengan Agustus 2004, Rumah Sakit Umum Parigi mendapat alokasi dana sebesar Rp1.401.382.000,00, sementara realisasi penggunaan dana sebesar Rp2.078.525.450,00. Dengan demikian alokasi dana pelayanan kesehatan Gakin tidak cukup, sehingga kelangsungan pembiayaan kesehatan Gakin menjadi terhambat.

B. Persepsi Stakeholder tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Gakin

1. Persepsi tentang manfaat Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Gakin

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan DKT dengan responden menunjukkan bahwa program JPK Gakin sangat bermanfaat terhadap pelayanan kesehatan Gakin di Kabupaten Parigi Moutong. Persepsi *stakeholder* terhadap manfaat JPK Gakin pada umumnya hampir sama yaitu adanya keuntungan JPK Gakin kalau dilaksanakan, seperti: lebih tepat sasaran, pendapatan PPK pasti, adanya usaha pencegahan, promosi,

bisa menutupi kekurangan obat, adanya kontrol merupakan faktor yang mempengaruhi persepsi mereka terhadap manfaat pembiayaan kesehatan Gakin dengan sistem JPK, seperti kutipan berikut.

“ Sepertinya rumah sakit bisa dikontrol, artinya bahwa rumah sakit tidak seenaknya saja menggunakan dana yang ada, logikanya kan kalau rumah sakit yang melayani pasien dia juga yang pegang uang agaknya kurang bagus.”

Wawancara tokoh agama 1

“... Saya rasa bermanfaat dan dibutuhkan, tetapi ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu, yang pertama harus dibenahi struktur organisasinya kemudian harus diadakan sosialisasi yang intens kepada masyarakat, dan yang tidak kalah pentingnya yaitu sistem pendataan harus baik agar dapat menghasilkan data yang akurat.”

Wawancara Bupati

“ ... yang penting kami dibayar dengan kapitasi, Jadi kami bisa prediksi karena sesuai dengan jumlah peserta kami, dan kami akan berusaha untuk mencegah supaya orang tidak banyak yang sakit...”

DKT Kepala Puskesmas, responden 5

“Kalau sistem kapitasi dipakai, barangkali pelayanan menjadi lebih bagus, biaya lebih ringan, bagaimana pun kita harus memikirkan uang yang kita dapatkan..”

DKT Kepala Puskesmas, responden 6

Hampir semua pendapat yang dikemukakan oleh responden sesuai dengan arah pengembangan asuransi kesehatan di Indonesia yaitu: 1) pengembangan asuransi kesehatan dilaksanakan tidak dalam bentuk dua pihak, melainkan tiga pihak yakni memisahkan badan yang bertanggungjawab mengelola dana (Bapel) dengan badan yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan, 2) sesuai dengan bentuk yang dipilih ditetapkan cara pembayaran kepada PPK yang akan diterapkan bukan dalam bentuk tagihan (*reimbursement*) melainkan dalam bentuk praupaya (*prospective payment*).⁶ Dengan diterapkannya pembayaran praupaya yang pada dasarnya merupakan pengalihan sebagian dari risiko finansial kepada PPK (*risk sharing*), maka berbagai kelemahan pelayanan kesehatan Gakin selama ini dapat dihindari, atau dengan kata lain tidak ada insentif bagi PPK untuk melaksanakan pelayanan kesehatan yang berlebihan, tidak terarah, serta menyesatkan.

2. Persepsi tentang Kebutuhan JPK Gakin

Persepsi *stakeholder* terhadap kebutuhan JPK Gakin di Kabupaten Parigi Moutong, sebagian besar bersifat positif yang pada umumnya mereka berpendapat bahwa pembiayaan kesehatan Gakin dengan sistem JPK dibutuhkan. Hal ini wajar karena mereka beranggapan bahwa dengan disalurkan langsung ke Puskesmas dan rumah sakit selama ini banyak ditemui kekurangan seperti petikan wawancara berikut.

“... ada beberapa yang disalah gunakan, baik rumah sakit yang meminta pasien yang tidak JPS untuk meminta rujukan di Puskesmas karena dananya mungkin berlebih, itu mungkin tergantung pada pelaksanaannya.
DKT Kepala Puskesmas responden 6

“ Kalau saya lihat pelaksanaan pelayanan kesehatan orang miskin di Parigi, dimana kita lihat masih terdapat banyak kekurangan, saya piker hal ini diperlukan suatu perubahan yang dapat memperbaiki pelayanan kesehatan. Saya pikir sangat dibutuhkan.”

“... Kalau pihak rumah sakit, kadangkala orang yang tidak punya kartu sehat yang tidak tergolong orang miskin, itu diupayakan bagaimana jadi orang miskin kemudian dibiayai dengan danaPKPS-BBM. Maka terjadi kekeliruan disini..... biasanya pihak rumah sakit barikan peluang.”

Wawancara tokoh masyarakat responden 7

Selama ini pihak rumah sakit sebagai pemegang rekening, pengelola, pelaksana, sekaligus pembayar yang akhirnya pihak rumah sakit tidak melakukan *utilization review*. Pada kondisi tersebut, akan memungkinkan rumah sakit terjadi *over utilization*, yaitu penggunaan pelayanan yang berlebihan sehingga meningkatkan biaya pelayanan kesehatan. Apabila sistem pengawasan kurang terutama dari pihak luar, maka rumah sakit akan lebih cenderung menghabiskan dana lebih cepat, dengan biaya mahal, dan cenderung melakukan *moral hazard*. Dengan disalurkan langsung ke rumah sakit, hal ini berarti bahwa kita menganut pola *bipartit* yaitu sistem pembiayaan dan penyedia pelayanan kesehatan dilakukan oleh satu institusi. Pola *bipartit* tersebut mempunyai beberapa kelemahan yaitu jika tanpa kontrol yang ketat akan menimbulkan *over utilization* dan *over treatment*, karena fungsi pengawasan dan pemberi pelayanan jadi satu yang memungkinkan terjadinya *moral hazard*.⁸

Dalam upaya kesinambungan pembiayaan kesehatan Gakin diperlukan sistem pengelolaan yang saling

menguntungkan dengan meminimalkan timbulnya *moral hazard*. Sistem pembiayaan kesehatan dengan konsep jaminan pemeliharaan kesehatan yang merupakan suatu sistem pembiayaan prapayaka dengan pola *tripartit* merupakan salah satu bentuk yang bisa dipertimbangkan. Pola *tripartit* mempunyai beberapa keuntungan yaitu pengeluaran biaya dapat diperkirakan, sehingga efisiensi biaya dapat dilakukan, serta mutu pelayanan kesehatan bisa lebih baik. Untuk itu, pihak pemberi pelayanan kesehatan diharapkan hanya terfokus pada pelayanan kesehatan karena tidak dibebani administrasi. Pola *tripartit* adalah fungsi pembiayaan dan penyedia pelayanan kesehatan dilakukan terpisah oleh dua institusi yang berbeda, yaitu semacam badan pelaksana. Dalam pola *tripartit* pembayaran dapat dilakukan dengan sistem prapayaka.

Adapun yang dimaksud dengan pembayaran prapayaka yaitu cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan yang besar biayanya dihitung di muka (*in advance*) dan pihak penyelenggara kesehatan akan menerima besarnya biaya tersebut tanpa memperdulikan biaya riil (*real cost*) yang dikeluarkan oleh penyelenggara pelayanan.⁶

3. Persepsi Stakeholder Tentang Sumber Dana JPK Gakin

Pada umumnya *stakeholder* berpendapat bahwa sumber pembiayaan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Parigi Moutong bisa berasal dari berbagai sumber sumber yakni berasal dari pemerintah dan dari pihak swasta serta masyarakat. Dana yang berasal dari pemerintah di antaranya: dana yang berasal dari DAU, dana dari pemerintah pusat, dari pemerintah daerah, serta dana yang berasal dari swasta di antaranya adalah adanya bantuan orang-orang kaya melalui subsidi silang.

“...Kalau di Kabupaten Parigi Moutong ini saya liat potensi dana ada dan bisa... Potensi dana bisa dari berbagai sumber misalnya subsidi silang antara yang kaya dan miskin dan hal ini akan diatur lebih lanjut oleh pemerintah daerah.”Direktur Rumah Sakit

“Banyak potensi yang dapat dimanfaatkan, salah satu potensi yang dapat dimanfaatkan adalah memberdayakan dan mengikutsertakan sektor swasta dan masyarakat yang mampu sebagai subsidi silang dengan masyarakat miskin, dengan melibatkan pihak pemerintah daerah untuk

mengatur agar lebih dirasakan oleh masyarakat manfaatnya.

Wawancara Bupati

Di Kabupaten Parigi Moutong banyak potensi sumber pembiayaan kesehatan keluarga miskin akan tetapi masih diperlukan pengaturan lebih lanjut yang melibatkan pemerintah daerah. Hal tersebut sangat wajar karena di Kabupaten Parigi Moutong belum ada Perda yang mengatur hal tersebut.

Dalam mencari format baru pembiayaan kesehatan di daerah dalam era otonomi ini ada tiga hal pokok yang harus diperhatikan yaitu dari mana sumber biaya, alokasi biaya dan efisiensinya. Sumber biaya dapat digali baik dari pemerintah maupun dari masyarakat. Penggalan dapat dilakukan dengan cara mobilisasi dana kesehatan. Mobilisasi dana kesehatan dari pemerintah daerah dapat diperoleh dari Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dana perimbangan, pinjaman, dan bantuan, sedangkan dana masyarakat dapat digali dengan penyesuaian tarif rumah sakit atau Puskesmas, asuransi kesehatan dan JPKM, serta mobilisasi dana kesehatan melalui donatur kemanusiaan.⁷

Potensi adanya sumber dana pembiayaan kesehatan di Kabupaten Parigi Moutong juga dikemukakan oleh Kepala Dinas Kesehatan seperti kutipan berikut.

“..Sekarang ini kan ada penelitian dari Untad mengenai analisis mobilisasi dana pembiayaan kesehatan masyarakat. Saya belum baca tapi secara kasar mereka katakan bahwa masyarakat itu mau berpartisipasi dalam pembiayaan kesehatan. mereka mau tinggal kita bagaimana secara organisatoris untuk mengaturnya.

Wawancara Kepala Dinas Kesehatan

Pada dasarnya di Kabupaten Parigi Moutong sangat banyak potensi sumber pembiayaan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin, namun karena belum ada aturan yang mengaturnya maka sampai saat ini belum ada realisasinya..

“..Kami dari kalangan pengusaha di kabupaten parigi terutama yang tergabung dalam Kadin akan siap membantu pembiayaan kesehatan penduduk miskin yang penting aturannya jelas... Kami siap keluarkan dana sebesar 1% dari total dana proyek yang kami tangani, namun seperti itu tadi bahwa aturannya jelas, paling tidak Perdanya harus ada..”

Wawancara Ketua Kadin

4. Persepsi Stakeholder tentang Dukungan dan Peran Pemerintah Daerah dalam Mewujudkan JPK Gakin

Pihak pemerintah daerah Kabupaten Parigi Moutong melalui Bupati, sangat mendukung apabila pembiayaan kesehatan keluarga miskin dikelola dengan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan, karena hal ini sangat dibutuhkan dan diharapkan bisa memperbaiki kekurangan selama ini. Bentuk dukungan itu adalah dalam bentuk siap menetapkan peraturan daerah (Perda) atau minimal SK Bupati untuk mengaturnya.

“ ...Bahwa terealisasinya pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan sistim JPK tanggungjawab pemerintah daerah, tapi tentunya secara teknis akan dikoordinasikan oleh dinas-dinas otonom secara lintas sektor....pasti kami dukung, minimal melalui peraturan daerah atau Perda yang mengatur mengenai hal tersebut atau dengan surat keputusan Bupati yang mengatur secara teknis pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin tersebut. “

Pada umumnya responden menerima dan mendukung serta memiliki persepsi yang positif terhadap pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan konsep jaminan pemeliharaan kesehatan, karena dianggap sebagai sesuatu yang baik dan dibutuhkan terutama oleh mereka yang tergolong penduduk miskin. Besarnya dukungan terhadap pelaksanaan pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan konsep jaminan pemeliharaan kesehatan juga didukung oleh Kepala Dinas kesehatan dan Ketua Badan Perencanaan Daerah seperti pernyataan berikut.

“Kita akan dukung,... secara terpadu nanti kita akan bikin tim penyusun bagaimana kita menagani kesehatan keluarga miskin ini...”

Wawancara Kepala Dinas Kesehatan

“..Apabila pihak kesehatan akan mengusulkan suatu peraturan yang mengatur masalah pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan sistem asuransi, maka kami dari pihak Bapeda siap membantu, yang penting ikut dilibatkan dalam perencanaannya. “

Wawancara Ketua Bapeda

Pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan di Kabupaten Parigi Moutong merupakan tanggung jawab pemerintah daerah untuk merealisasikannya, namun

secara teknis akan ditangani oleh instansi atau dinas-dinas otonom secara lintas sektor. Apabila masalah pembiayaan kesehatan keluarga miskin secara teknis akan ditangani oleh lintas sektor maka hal merupakan suatu peluang yang sangat positif karena secara tidak langsung pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan konsep jaminan pemeliharaan kesehatan ini akan tersosialisasi kepada instansi–instansi di luar dinas kesehatan.

Jika dilihat dari aspek dukungan *stakeholder*, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Kabupaten Bantul dimana disimpulkan bahwa pendapat *stakeholder* terhadap perubahan sistem pembiayaan kesehatan dengan konsep asuransi kesehatan sosial sangat positif.⁹ Hasil ini juga sejalan dengan hasil penelitian di Kota Waringin Timur yaitu dari sisi dukungan kebijakan untuk pelaksanaan JPKM tidak menjadi kendala, karena keseluruhan komponen dan elemen relatif dapat menerima dan mendukung pelaksanaan JPKM.¹⁰

Sementara itu pihak pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini Kepala-kepala Puskesmas, juga menyatakan dukungannya akan tetapi masih sangat hati-hati mengingat mereka selama ini dalam melayani pasien Askes sering dirugikan. Pembayaran dengan kapitasi yang mereka terima selama ini pada dasarnya mereka anggap cukup, asalkan tidak dipotong. Namun karena yang sampai ke tangan mereka hanya 30% dari total kapitasi yang ada, maka mereka merasa dirugikan. Berikut petikan hasil diskusi Kepala Puskesmas.

“ ...Pada dasarnya kami siap mendukung yang penting dikelola secara transparan serta tidak merugikan pihak pemberi pelayanan kesehatan.”

DKT Kepala Puskesmas responden 2

“ Kami siap mendukung, dan kami akan melayani pasien keluarga miskin sama dengan melayani pasien kaya, akan tetapi kami juga harus mendapat hak-hak kami, misalnya ya..kami dibayarkan kapitasi yang wajar dan tidak dipotong sana sini.”

DKT Kepala Puskesmas Responden 3

Adanya sifat mendukung, namun sangat berhati-hati yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas merupakan dampak dari kebijakan pembagian dari kapitasi Askes yang selama ini ditetapkan oleh pihak pemerintah daerah. Berdasarkan pembagian tersebut, pihak pemberi pelayanan kesehatan hanya

mendapatkan 30% sebagai jasa medis, selebihnya jasa sarana 10%, pembelian obat 35%, dan 25% merupakan pendapatan asli daerah yang harus disetor ke kas daerah. Pada dasarnya mereka masih bisa menerima pembagian ini asalkan 35% untuk pembelian obat yang mereka kelola sendiri. Artinya, bahwa mereka sendiri yang akan membeli obat. Namun, karena pembelian obat itu dikelola oleh pihak dinas kesehatan, sehingga kebutuhan obat sangat tidak sesuai yang disediakan. Dengan demikian, pembagian tersebut mereka anggap sangat merugikan pihak pemberi pelayanan kesehatan terutama yang berada di Puskesmas. Dengan kondisi seperti ini mereka sangat khawatir diperparah lagi oleh minimnya obat dari DAU. Pada akhirnya hal ini akan merugikan pasien.

5. Persepsi Stakeholder terhadap Badan Penyelenggara JPK Gakin

Sebagian besar responden berpendapat bahwa sebaiknya badan penyelenggara diserahkan kepada pihak pemerintah daerah. Hal ini sangatlah wajar, mereka berpendapat bahwa pembiayaan kesehatan keluarga miskin itu merupakan tanggung jawab pemerintah daerah, oleh karena itu badan penyelenggara juga seharusnya oleh pemerintah daerah. Apabila badan penyelenggara diserahkan kepada pemerintah daerah, seandainya terjadi kekurangan dana maka itu akan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah, akan tetapi kalau pihak swasta maka tidak mungkin pihak swasta akan menanggung, disamping itu juga apabila aparat Pemda ada yang nakal maka dengan mudah dapat ditindak, akan tetapi kalau swasta yang nakal maka pelayanan kesehatan orang miskin bisa tidak berjalan. Hal ini terungkap dari hasil wawancara berikut.

“.....Kalau menurut pendapat saya, saya cenderung ditangani oleh pemerintah daerah, kenapa ditangani pemerintah daerah, kalau aparat pemerintah daerah daerah macam-macam gampang kita tindaki, kalau badan penyelenggara dari pihak swasta, kalau mereka lari kita bisa pusing.

Wawancara Kepala Dinas Kesehatan

Menurut pendapat salah satu *stakeholder*, bahwa badan penyelenggara sebaiknya dikelola oleh pemerintah daerah dan bersifat *nonprofit*.

“ ... Kalau menurut pendapat saya sebaiknya dikelola oleh pemerintah daerah akan tetapi

harus melibatkan masyarakat dan pihak LSM..... mengenai sifat dari Bapel tersebut *not for profit*, saya masih menacu pada apa yang saya jalani sekarang yakni non profit. Kalau sudah bermain profit disitu akan banyak gagalnya, orientasi kita kan penyembuhan tidak profit-profitan..... disitulah yang saya bilang kalau masuk swasta dikelola secara profit disitulah orang miskin terbengkalai, apalagi sekarang dilibatkan Pemda membayar orang miskin.

Wawancara Direktur Rumah Sakit

Pernyataan direktur rumah sakit tersebut juga menunjukkan adanya kekhawatiran jika badan penyelenggara dikelola oleh swasta, maka orang miskinlah yang akan dirugikan. Disamping itu kalau badan penyelenggara dikelola swasta maka tidak mungkin kalau tidak mencari keuntungan atau kepentingan tertentu. Organisasi adalah kumpulan orang yang memiliki kompetensi yang berbeda-beda, yang saling tergantung antara satu dengan yang lain, yang berusaha mewujudkan kepentingan bersama, dengan memanfaatkan sumber daya. Pada dasarnya tujuan bersama yang ingin diwujudkan oleh organisasi adalah penciptaan kekayaan, oleh karena itu organisasi pencipta kekayaan (*wealth creating instituon*). Dengan kekayaan yang berhasil diciptakan, organisasi akan mampu memberikan kesejahteraan bagi semua pihak yang menaruh kepentingan terhadap organisasi (*Stakeholder*).¹¹

Menurut Bupati pembiayaan kesehatan keluarga miskin ini apabila dikelola oleh pihak ketiga harus bersifat nirlaba dan untuk langkah awal sebaiknya dikelola oleh pemerintah daerah.

“... Harus bersifat nirlaba, karena kegiatan ini adalah kegiatan yang bersifat sosial untuk membantu pelayanan kesehatan bagi keluarga yang kurang mampu. Jadi sangat tidak baik kalau yang bersifat mencari laba, sementara ini untuk membantu keluarga miskin...Untuk langkah awal, sebaiknya dikelola oleh pemerintah daerah setelah tertata baik baru diserahkan kepihak swasta dan masyarakat umum, akan tetapi tetap dalam pengawasan pihak pemerintah daerah.”

Wawancara Bupati

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian di Kabupaten Bantul, hampir seluruh responden berpendapat bahwa pengelolaan Jamkesmas sebaiknya diserahkan ke pemerintah daerah dan dikelola oleh pemerintah kabupaten, dengan pertimbangan bahwa; 1) program ini adalah bersifat sosial, tidak berorientasi kepada keuntungan dan

sesuai dengan amanat UUD 1945 yaitu pemerintah harus bertanggung jawab terhadap masyarakat miskin; 2) dengan dikelola pemerintah ada penjamin terutama bila terjadi kerugian; 3) swasta cenderung mencari keuntungan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan yaitu; (1) desentralisasi, oleh karena otonomi daerah, (2) solidaritas; (3) subsidiaritas; (4) efisiensi; (5) keadilan; (6) keberlanjutan; (7) *surplus revenue*.⁴ Dengan adanya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang penugasan PT. Askes dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan keluarga miskin, hal ini agak berbeda dengan hasil penelitian ini, hal ini perlu didiskusikan lagi tentang peranan daerah dalam pelaksanaan pembiayaan kesehatan keluarga miskin karena sebagian besar responden berpendapat bahwa sesuai dengan semangat otonomi seharusnya pengelolaan dana pelayanan kesehatan keluarga miskin, pemerintah daerah ikut berperan. Penyediaan efisien pelayanan kesehatan bermutu bagi keluarga miskin mungkin lebih tepat jika dilakukan oleh pemerintah lokal (kabupaten/kota) mengapa? Hal ini karena mereka berada pada posisi yang lebih baik untuk memperkirakan permintaan barang tersebut. Artinya mereka lebih mengetahui tentang berapa jumlah dan wilayah-wilayah keluarga miskin dan bagaimana *demand* terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga lebih mudah pula dalam membandingkan biaya-biaya dan manfaat yang relevan dari penyediaan barang itu.³

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Sebagian besar *stakeholder* mempunyai persepsi yang positif terhadap manfaat dan sangat dibutuhkan pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan konsep JPK di Kabupaten Parigi Moutong. Sumber dana potensial pembiayaan kesehatan keluarga miskin di Kabupaten Parigi Moutong menurut responden berasal dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat, swasta serta dari pengusaha. Pemerintah daerah sangat mendukung serta siap merealisasikan pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan sistem JPK. Pada umumnya *stakeholder* berpendapat badan penyelenggara JPK Gakin di kelola oleh pemerintah daerah, dan semua *stakeholder* berpendapat Bapel Harus bersifat *not for profit*.

Saran

Untuk merealisasikan pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan konsep JPK di Kabupaten Parigi Moutong diperlukan sosialisasi dan advokasi terlebih dahulu, terutama kepada pihak pemerintah daerah, DPRD, dan tokoh masyarakat. Perlu dirumuskan peran pemerintah daerah dalam pelaksanaan pembiayaan kesehatan keluarga miskin dengan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan. Sebelum pelaksanaan JPK Gakin perlu dilakukan perbaikan data Gakin dengan kriteria yang disepakati bersama agar data betul-betul akurat, sehingga benar-benar mencapai sasaran. Perlu dirumuskan suatu Perda yang mengatur keterlibatan pengusaha yang ada di Kabupaten Parigi Moutong dalam pembiayaan kesehatan keluarga miskin. Diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai sistem pembiayaan kesehatan keluarga miskin yang dikelola oleh PT. Askes dengan melihat tingkat efisiensi pemanfaatan dana, ketepatan sasaran, kepuasan PPK, serta kepuasan peserta.

KEPUSTAKAAN

1. Mukti, A.G. Mencari Alternatif Model Sistem Pembiayaan Kesehatan Berbasis Asuransi Kesehatan Sosial Di Era Desentralisasi, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2003;06(02):45-50.
2. Departemen kesehatan RI. Pedoman pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan masyarakat Miskin. Jakarta.2004.
3. Murti, B. Intervensi Pemerintah Dalam Ekonomi Campuran: Penyedia Public Goods dan Pengaturan Private Goods di Sektor Kesehatan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*.2003;06(04):173-81.
4. Mukti, A.G. Berbagai Model Alternatif Sistem Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*,2000;03(01):3-7.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Parigi Moutong. Parigi: Profil Kesehatan Kabupaten.2003.
6. Azwar, A. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI Jakarta.2002.
7. Mukti, A.G. Kemampuan dan Kemauan Membayar Premi Asuransi Kesehatan Di Kabupaten Gunungkidul. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2001;04(2):75-82.
8. Murti, B. Dasar-dasar Asuransi Kesehatan, Kanisius, Yogyakarta.2000.
9. Sakti, K. Prospek Pembiayaan Kesehatan Melalui Asuransi Kesehatan Sosial di Kabupaten Bantul. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2003; 06(03):147-53.
10. Muntaha, S. Analisis Kemampuan Dan Kemauan Membayar Masyarakat Serta Potensi Pelaksanaan JPKM di Kabupaten Kotawaringin Timur. Tesis. KP-MAK UGM. Yogyakarta.2002.
11. Mulyadi dan Setiawan, J. Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen, Sistem Pelipatganda Kinerja Perusahaan, Aditya Media, Yogyakarta. 2000.