

# Analisis Implementasi Kebijakan PKPS BBM Bidang Kesehatan

Adang Bachtiar\* Dumilah Ayuningtyas\*\* Riastuti Kusuma Wardani\*\*\*

## Abstrak

Tingginya harga minyak dunia mengakibatkan pemerintah Indonesia di bawah pimpinan Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) harus mengurangi subsidi Bahan Bakar Minyak (BBM). Hal ini berdampak pada kenaikan harga BBM sebanyak tiga kali yaitu pada Maret 2005 (kenaikan harga berkisar 60 persen), Oktober 2005 (sekitar 108 persen), dan Mei 2008 (sekitar 30 persen). Kebijakan ini dimaksudkan agar dana yang diperoleh dari pengurangan subsidi BBM dapat dipindahkan alokasinya untuk empat program utama bagi penduduk miskin dan tidak mampu. Program-program tersebut adalah Bantuan Langsung Tunai, Bantuan Operasional Sekolah (BOS), pelayanan kesehatan gratis, dan infrastruktur desa. Studi ini bertujuan untuk menilai secara umum pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) pada periode 2005-2006. Sedangkan pendekatan kualitatif dan kuantitatif digunakan dalam penelitian ini melalui telaah dokumen dan wawancara. Adapun realisasi PKPS BBM di Nusa Tenggara Barat (NTB), Kalimantan Timur (Kaltim), dan Kota Bogor dinilai belum optimal disebabkan perbedaan jumlah sasaran dan standar utilisasi antara masing-masing daerah dengan pusat mengingat perbedaan kondisi geografisnya. Meskipun demikian, masyarakat miskin cukup puas dengan program pelayanan kesehatan gratis walau pelaksanaan program tersebut belum sepenuhnya tepat sasaran dan masih dapat ditemukan sejumlah iuran yang harus dibayar masyarakat miskin.

**Kata kunci** : PKPS BBM, pelayanan kesehatan, subsidi BBM, NTB, Kalimantan Timur.

## Abstract

Unavoidable raise of international fuel prices had forced Government of Indonesia under the leadership of Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) to reduce fuel subsidies. These happened in March 2005 (fuel prices increased approximately 60 per cent), October 2005 (with 108 per cent rise in fuel prices), and May 2008 (which increased the fuel prices for around 30 per cent). The point of this policy is that the government has intention to re-allocate the funds from reduced fuel subsidies to four main programs for poor people such as direct compensation (payment of 100,000 Indonesian Rupiah, or about US\$10, to 15 million families, or one quarter of the population, through the state postal and banking system), school operational assistance, free health service, and rural infrastructure program. The objective of this study is to evaluate the Fuel Subsidy Reduction Compensation Program (Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM)) during the period 2005-2006 in general. Quantitative and qualitative approaches are used in this research through document analysis and in-depth interview. PKPS BBM program implementation in Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Timur, and Bogor City are not yet optimal because of the dissimilarity on number of target and standard of utilisation in each region, considering differences in their geographical conditions. However, poor people are quite satisfied with free health services although the realization did not touch the target completely. Moreover, there still exists expense charged to poor people.

**Key words** : PKPS BBM, health services, fuel subsidies, NTB, Kalimantan Timur.

\*Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Gd. F Lt. 1 FKM UI, Kampus Baru UI Depok 16424 (e-mail: adang@ui.edu)

\*\*Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Gd. F Lt. 1 FKM UI, Kampus Baru UI Depok 16424 (e-mail: tyas\_soekanto@yahoo.com)

\*\*\*Pusat Pengembangan dan Pengabdian Masyarakat Universitas Indonesia Gd. G Lt. 3 FKM UI, Kampus Baru UI Depok 16424 (e-mail: r\_danishhafuza@yahoo.co.id)

Masalah dan tantangan utama pembangunan di tahun 2006 yang dihadapi oleh bangsa Indonesia antara lain adalah banyaknya penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan dan yang mempunyai kecenderungan untuk jatuh ke bawah garis kemiskinan. Ditambah lagi terjadinya kenaikan harga BBM yang berefek pada semua harga bahan pokok menjadi meningkat. Selain itu, juga memberi dampak pada pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin yaitu makin sulitnya penduduk untuk dapat mengakses dan mengalami rendahnya kualitas pelayanan kesehatan. Kebijakan pemerintah dengan menaikkan harga BBM pada tahun 2005 dan 2008 ini bertujuan untuk memindahkan alokasi yang diperoleh untuk 4 program utama bagi penduduk miskin dan tidak mampu, yakni program bantuan tunai langsung, bantuan operasional sekolah, pelayanan kesehatan gratis, dan infrastruktur desa. Data miskin (masyarakat miskin) yang digunakan oleh pemerintah adalah data yang miskin yang diambil oleh BPS pada tahun sebelumnya seperti program PKPS BBM tahun 2005 dengan menggunakan data miskin 2003 dan program tahun 2008 dengan menggunakan data miskin 2005.

Kriteria miskin ditentukan oleh pemerintah pusat. Sedangkan setiap daerah mempunyai karakteristik daerah yang berbeda, termasuk gambaran miskin di daerahnya sehingga hal tersebut berdampak pada terjadinya perbedaan kriteria miskin menurut pemerintah pusat dan daerah. Hal ini menyebabkan data miskin yang ada tidak akurat. Permasalahan lainnya adalah tidak semua daerah mempunyai RSUD seperti Kota Bogor, sehingga menuntut pemda untuk bekerja sama dengan RS swasta. Hal ini menyebabkan terjadinya perbedaan tarif pelayanan yang ditentukan oleh pemerintah untuk orang miskin dengan tarif RS swasta dan berdampak pada terjadinya iur biaya.

## Metode

*Assesment* menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif, melalui telaah dokumen dan wawancara. Pendekatan kualitatif dilakukan untuk menilai regulasi dan kerangka implementasi, sosialisasi dan transparansi informasi, penerimaan dan penggunaan dana, problema dan upaya solusinya. Analisis kuantitatif dilakukan dalam penilaian terhadap besarnya penyerapan dana dan alokasinya dengan menggunakan data sekunder. Semua kegiatan asesmen dilakukan bekerja sama dengan Bappenas selaku instansi yang meminta dilakukannya penilaian ini. Bappenas memberi masukan dalam metodologi dan membantu tim peneliti dalam mengumpulkan informasi dari departemen teknis dan lembaga lain yang terkait. Responden atau informan adalah pejabat yang bertanggung jawab atau pengelola program PKPS-BBM 2005 Bidang kesehatan di tiap jenjang administratif (kab/kota, kecamatan), RS kab/kota serta puskesmas,

dan masyarakat pengguna RS dan puskesmas. Kerangka konsep berdasarkan konsep Evaluasi Kebijakan Publik yaitu menilai kebijakan atau program dengan mendeskripsikan rangkaian dari tahapan proses pengimplementasian kebijakan atau program PKPS BBM bidang kesehatan. Rangkaian tahapan proses pengimplementasian kebijakan atau program yang telah dideskripsikan dinilai dengan menggunakan kriteria efektivitas, efisiensi, kecukupan dan *responsiveness*.<sup>1</sup>

## Hasil

### Pendataan Peserta Program PKPS BBM

Data makro penduduk miskin BPS menggunakan dua kriteria yang telah ditetapkan oleh BPS pusat yaitu kalori kurang dari 2100 kkal, merupakan garis batas antara penduduk miskin dengan yang non miskin. Kriteria yang kedua yaitu menggunakan indikator pengeluaran non makanan yang terdiri dari perumahan, pendidikan, kesehatan, dan transportasi. Kesenjangan data terjadi di ketiga wilayah ini baik Mataram, Lombok (NTB), Samarinda dan Balikpapan (Kaltim) serta Kota Bogor.

Berdasarkan mekanisme penetapan penduduk miskin yang dilakukan BPS, informan menyatakan bahwa data ini tidak efektif untuk melakukan intervensi tapi cukup efektif untuk membuat kebijakan.

*"Kalau untuk kebijakan makro, efektif. Tapi kalau intervensi misalnya untuk pemberian bantuan memang tidak efektif karena kita tidak tahu, tidak dapat menunjuk ini si A, si B... karena memang pelayanan kesehatan kan perorangnya, lebih spesifik lagi..."* (NTB)

Pada proses pendataan di Samarinda dan Balikpapan, BPS melibatkan aparat desa, tetapi terjadi pengunduran diri dalam proses pendataan masyarakat miskin. Hal ini disebabkan ketakutan dari para aparat kelurahan/desa dan para petugas BPS sendiri termasuk didalamnya kepala BPS terhadap ancaman dari masyarakat yang mengaku miskin tetapi tidak terdata sebagai masyarakat miskin.

*"...kantor kita sampai diserbu mba, malah sampai ada salah satu rumah kepala desa yang diserbu..."*

Permasalahan kesenjangan data, Dinkes Kota Mataram memfasilitasi pertemuan dengan Bappeda, DPRD, dan Kesra untuk melakukan pembahasan tentang adanya perbedaan kuota KK miskin. Dalam pertemuan tersebut akhirnya disepakati untuk melakukan pendataan yang lebih akurat lagi tentang masyarakat miskin. Kriteria yang digunakan untuk tahun 2006 adalah BKKBN tetapi dengan banyak pertimbangan. Pada akhirnya, KPK (Komite Penanggulangan Kemiskinan) sendiri tidak mempunyai kriteria pasti dalam menjangkau keluarga miskin di Kota Mataram. Proses pendataan masyarakat miskin ini berasal dari kelurahan yang dikumpulkan ke pemerintah daerah kemudian diverifikasi kembali oleh tim di KPK.

Berbeda dengan di Balikpapan, mereka tidak ingin program PKPS BMM mengganggu program untuk masyarakat miskin yang telah dilakukan. Pemerintah Daerah Kota Balikpapan mempunyai kriteria sendiri tentang masyarakat miskin. Menurut Pemerintah Daerah, hal tersebut penting dilakukan sebab rata-rata pendapatan perkapita penduduk Kota Balikpapan cukup tinggi sehingga intervensi benar-benar sampai kepada masyarakat miskin yang benar. Program KTP miskin yang dianggap efektif karena dapat mengontrol masyarakat miskin yang harus memperpanjang KTP setiap 3 tahun sehingga dapat dilakukan penilaian silang terhadap kondisi masyarakat miskin tersebut. Jika kriteria miskin tersebut sudah tidak terpenuhi lagi, maka KTP miskinnya akan diganti dengan KTP biasa. Oleh sebab itu, program PKPS BBM yang berasal dari pemerintah pusat, diberikan kepada masyarakat tingkat sosial ekonomi sedang yang cenderung untuk jatuh miskin.

Kesenjangan data miskin yang dihadapi kota Bogor tidak berbeda jauh dengan Mataram dan Lombok. Namun, hingga pertengahan tahun 2006 data masyarakat miskin di Kota Bogor belum disepakati, sehingga Walikota Bogor belum dapat mengeluarkan SK yang mensahkan nama penduduk miskin penerima program PKPS BBM. PT Askes juga belum dapat mencetak dan mendistribusikan kartu Askeskin sehingga digunakan berbagai kartu lain (SKTM, kartu sehat) oleh masyarakat agar dapat memperoleh keringanan biaya pelayanan kesehatan. Masalah lain adalah pemunculan kelompok miskin baru akibat kriteria pusat dan daerah yang berbeda, sehingga menambah beban Pemerintah Kota Bogor.

*“... setelah menggunakan kriteria BPS, data jumlah penduduk miskin Kota Bogor menjadi membengkak...”*

### Sosialisasi

Sosialisasi program pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Mataram, Lombok (NTB), Samarinda, Balikpapan (Kaltim), dan Kota Bogor masih belum berjalan dengan baik. Di beberapa daerah, sosialisasi dilakukan oleh Dinkes Propinsi melalui berbagai media (radio, TV, dan koran lokal). Dinkes Propinsi juga melakukan koordinasi dengan dinkes kabupaten/kota dan rumah sakit. Sosialisasi kepada dinkes kabupaten dan puskesmas dilakukan langsung oleh PT Askes. Dinkes propinsi dan kabupaten/kota menyatakan bahwa yang paling bertanggung jawab pada sosialisasi selama ini adalah PT. Askes, sesuai dengan SK menteri yang mengamanahkan PT. Askes sebagai pelaksana sosialisasi dan pengelola keuangan untuk program pelayanan kesehatan masyarakat miskin.

*“Sebenarnya yang paling bertanggung jawab adalah askes, loh askes dengan dasar SK menteri disertai untuk*

*melaksanakan tidak hanya mengelola keuangan, termasuk didalamnya sosialisasi..., gak pernah di TV ada iklan masyarakat disebutkan kerja sama TV dengan Depkes misalnya untuk orang miskin berobat kemana saja gratis sesuai dengan mekanisme rujukan, itu saja tidak ada padahal paling tidak orang melihat TV di mana-mana. Tapi yang muncul orang flu burung, gizi buruk gak punya duit untuk berobat padahal dana sudah disiapkan pemerintah.”(NTB)*

Namun, merujuk pada SK Menkes No.1330/MENKES/SK/IX/2005 ternyata ada tim khusus yang dibentuk untuk melaksanakan sosialisasi. Tim tersebut adalah tim *Safe Guarding*, yang ada ditingkat pusat, propinsi dan kabupaten/kota. Tim *Safe Guarding* dikepalai oleh Menteri Kesehatan pada tingkat pusat dan kepala dinas kesehatan pada tingkat propinsi dan kabupaten/kota yang beranggotakan subdin terkait.

Pelaksanaan sosialisasi di tingkat kabupaten kota disampaikan oleh Depkes dan PT. Askes. Pertemuan sosialisasi yang pertama tersebut difasilitasi oleh dinkes propinsi dengan dihadiri oleh seluruh dinkes kabupaten/kota, rumah sakit, Bappeda serta puskesmas (setiap kabupaten diwakili oleh 2 puskesmas). Mereka mendapat penjelasan tentang berbagai hal terkait dengan pedoman penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Masyarakat Miskin PKPS BBM bidang kesehatan tahun 2005, dari Depkes dan PT. Askes. Depkes mengirimkan draft pedoman pelaksanaan program PKPS-BBM diselesaikan pada bulan Juni. Revisi terbaru pedoman tersebut diharapkan selesai pada bulan September dan revisi akhir pada bulan Desember 2005.

Perubahan draft pedoman pelaksanaan PKPS BBM dari Depkes yang demikian cepat, berdampak pada rendahnya persiapan di tiap PPK di daerah seperti di Kota Bogor. Hal tersebut dapat dilihat pada kutipan wawancara dengan pihak PPK RS :

*“...kita rugi mba, biaya, waktu, tenaga untuk sosialisasi di internal RS, belum lama sosialisasi dan adaptasi eh sudah ada kebijakan baru lagi...”*

Sosialisasi oleh tim *safe guarding* belum sampai pada ke tingkat pengguna, masyarakat miskin yang berdampak pada ketertiban dari proses penyelenggaraan. Prinsip pelayanan berjenjang tidak berjalan sebagaimana mestinya. Menurut SK Menkes No. 56 tahun 2004, pasien akan mendapatkan pelayanan kesehatan di PPK RS jika mempunyai surat rujukan dari Puskesmas, kecuali untuk kasus-kasus darurat. Namun, pasien yang mengalami gawat darurat pun harus melengkapi persyaratan SKTM dan surat rujukan dari puskesmas dalam waktu 3x24 jam. Namun, kejadian di lapangan ternyata berbeda. Berikut kutipannya:

*“...di RS ini mah 5 hari juga ngga apa-apa, pasien mau pulang aja ada yang baru memberikan persyaratan SKTMnya..”*

### Disbursement dan Absorption

Hampir seluruh dinkes kabupaten/kota dan puskesmas di NTB menggunakan dana sisa program PKPS-BBM, tahun 2004. Berdasarkan SK Sekjen, Askes tidak bersedia bayar dana kapitasi selama puskesmas masih mempunyai dana tahun 2004. Padahal, dana sudah dikeluarkan Depkes ke PT. Askes sesuai dengan kuota. Dinkes propinsi tidak mengetahui penggunaan dana kapitasi tersebut oleh Askes.

*"Dana kapitasi yang kemarin kita tidak tahu, tidak pernah dikasih"*

Menurut Dinkes Propinsi NTB, dari semua uang Depkes yang disalurkan ke Askes tersebut sekitar 90% digunakan untuk klaim puskesmas dan RS, sekitar 5% untuk operasional Askes, dan sekitar 5% untuk dana penunjang. Namun, di lapangan ternyata dana penunjang yang seharusnya diperoleh oleh dinas kesehatan tersebut tidak dikeluarkan dengan alasan mencetak kartu. Hal tersebut tidak sesuai peraturan menteri. Dana 90% yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan dasar sampai rujukan baru akan dikeluarkan PT Askes setelah ada klaim. Penggunaan dana sisa pelayanan keluarga miskin oleh Puskesmas di NTB terindikasikan belum pernah diklaim.

*"Dana 90% baru dikeluarin setelah ada klaim, sedangkan puskesmas baru menggunakan dana sisa, berarti klaim belum dilakukan. Makanya kenapa pemerintah pusat dari banyak pihak, Askes itu baru terima labanya tok belum kerja. Sekarang mba, uang yang dinkes yang di serap sedikit sekali mereka masih menggunakan dana sisa, apalagi mba ke Lombok Tengah posisi tahun 2004 1,2 milyar bayangkan masa mau di habiskan setengah tahun."*

Hal yang terjadi di Mataram dan Lombok, NTB tersebut juga terjadi di Samarinda, Balikpapan (Kaltim), dan Kota Bogor. PT Askes kantor cabang menerima dana pelayanan kesehatan langsung dan tidak langsung serta dana operasional PT Askes dari kantor regional berdasarkan kebutuhan. PT Askes hanya mengelola dana PKPS BBM yang berasal dari APBN untuk PPK. Pada semester I PT Askes mengelola dana untuk PPK dasar dalam bentuk kapitasi dan PPK RS dalam bentuk pembayaran klaim. Sedangkan pada semester II PT Askes hanya mengelola dana PPK RS dan apotik. Bagi PPK yang masih mempunyai sisa dana PKPS BBM tahun 2004, dana tersebut harus dihabiskan dan setelah itu PT Askes baru dapat membayar klaim-klaim pada tahun berikutnya.

Di Kota Bogor, pada tingkat PPK RS tidak terdapat dana sisa di RS, melainkan sejumlah tagihan (*cost sharing*) pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang belum dibayarkan oleh pemda kota/kabupaten dan pemerintah pusat. Kota Bogor tidak mempunyai RS daerah, sehingga harus bekerja sama dengan berbagai rumah

sakit swasta yang mempunyai tarif yang lebih tinggi.

### Penggunaan Dana

Penggunaan dana 2005 semester 2 harus mengacu pada pedoman yang telah ditetapkan Depkes yang dianggap oleh Dinkes terlambat untuk mendukung pelaksanaan PKPS-BBM karena pedoman tersebut baru diterima pada bulan Desember 2005. Namun, ada draft pedoman sementara yang diberikan Depkes. Menurut Dinkes Propinsi, ada alokasi dana untuk pelaksanaan forum konsultasi dan komunikasi, tetapi tempat dan posisi dana tersebut tidak diketahui. Karena pada semester pertama dana tersebut dikelola oleh PT. Askes yang dianggap mengadopsi pedoman Depkes tanpa menyesuaikan dengan kondisi setempat. Akibatnya, ada alokasi yang kurang realistis untuk dilaksanakan karena tidak sesuai dengan kondisi geografis.

*".... Askes selama ini selalu memakai regulasinya Depkes, dia tidak pernah membuat ketentuan sendiri dalam PJKMM. Misalnya begini tentang satuan-satuan pelayanan di RS, Askes tidak pernah bikin, dia mengadopsi dari Depkes dan itu dipakai mati-matian oleh Askes padahalkan beda, misalnya transportasi untuk jenazah per Km kalo gak salah 3000, padahal di NTB ini, perjalanan dari Bima ke Lombok melewati laut, jadi mobil jenazah yang lewat lautan tidak mau dihitung oleh dia, itukan konyol, padahal bayarnya ambulans itu besar sekali."*

Hal senada juga terjadi di Balikpapan dan Samarinda (Kaltim). Keduanya sama-sama mengeluhkan tentang platform tarif yang ada pada pedoman tidak sesuai dengan kondisi geografis daerah.

Berbeda dengan Kota Bogor dengan kondisi geografis yang dapat dijangkau dengan kendaraan darat. Namun, Pemerintah Kota Bogor yang tidak mempunyai RSUD membutuhkan kerja sama dengan RS swasta yang mempunyai tarif lebih besar daripada tarif RSUD. Hal tersebut berdampak pada beban nilai *cost sharing* Pemda Kota Bogor yang besar. Kemampuan APBD Kota untuk sektor kesehatan yang terbatas dan akhirnya ditanggung oleh RS swasta. Berikut kutipannya :

*"...kita tidak punya RSUD dengan sendirinya tarif RS yang ada di Bogor ini agak beda dengan tarif RS Pemda. Saya kira wajar karena RS swasta kan semuanya ditanggung oleh RS kan, kalau RSUD ada yang membantu dari pemerintah sarana, obat. Oleh sebab itu pertama saya bagaimana harus mencari dana untuk sharing tadi membayar kelebihan..." (Dinkes)*

*"...mestinya paling tidak iur biaya itu harus dipenuhi sesuai waktu, tarif kesepakatan yang kita buat. Itu kalau kita tagih dibayar sesuai waktunya dan cukup sudah cukup menolong cash flow kita...Cuma dengan iur biayanya itu harus sesuai dengan sesuai dengan tarif kesepakatan, itupun agak tersendat..." (RS)*

### Penanganan Keluhan

Unit pengaduan masyarakat pada program PKPS BBM di Dinkes Propinsi dan Dinkes Kota Mataram belum dibentuk dan belum mempunyai mekanisme baku penanganan keluhan. Penanganan telah dilakukan terhadap penyelesaian kasus per kasus oleh tim sekretariat PKPS BBM secara langsung. Selama ini, keluhan disampaikan melalui surat. Sementara, Dinkes Kabupaten Lombok Tengah telah mempunyai unit pengaduan yang merupakan bagian dari *safe guarding* untuk menangani keluhan masyarakat. Hampir tidak pernah ada keluhan yang sampai ke Dinkes Kabupaten karena umumnya telah diselesaikan secara langsung di lapangan dan terdokumentasi dengan baik.

Bappeda belum mempunyai tim khusus untuk menangani keluhan yang diajukan masyarakat dan instansi kesehatan sehubungan dengan pelaksanaan PKPS-BBM. Biasanya, keluhan tersebut disampaikan dan ditangani oleh Bidang 3 yang menangani bidang kesehatan. Pihak yang menyampaikan keluhan ke Bappeda adalah RSUD Mataram. Yang menyatakan banyak biaya komponen RSUD Mataram yang tidak ditanggung oleh Askes sehingga mengganggu *cash flow* rumah sakit. Sedangkan, rumah sakit sering kali mendapatkan keluhan dari pasien miskin yang kemudian akan langsung diselesaikan oleh pihak RS. Namun, apabila keluhan tersebut berkaitan dengan Askes, pihak RS akan menyarankan pasien untuk menyelesaikannya langsung dengan pihak Askes.

Di PPK RS juga terdapat tim pengelola program PKPS BBM bidang kesehatan yang berfungsi mengelola pelayanan, klaim, dan keluhan-keluhan. Pengorganisasian tersebut merupakan salah satu upaya RS untuk mengatur fungsi manajemen dengan baik. Sementara, di puskesmas belum ada mekanisme pengaduan yang baku, sehingga keluhan dari masyarakat, ditangani langsung oleh seluruh petugas yang mengerti tentang pelayanan askeskin.

Di Samarinda dan Balikpapan, Kalimantan Timur tersedia unit pengaduan PKPS BBM masyarakat yang merupakan perwakilan berbagai dinas instansi pemerintahan daerah yang dibentuk berdasarkan SK walikota/bupati. Unit tersebut bertugas melakukan pengawasan terhadap efektivitas program PKPS BBM. Unit pengaduan masyarakat tersebut berada di bawah dinas kesehatan kota/kabupaten yang tersedia ada sampai di tingkat desa. Berdasarkan pedoman penyelenggaraan, pada semester ke II, PKPS BBM bidang kesehatan ada unit khusus *safe guarding* yang bertugas menampung pengaduan masyarakat terhadap program PKPS BBM bidang kesehatan.

Proses pengaduan di Kalimantan Timur, sama dengan di Kota Bogor, tetapi ada dualisme tim atau unit. Kota Bogor sudah mempunyai unit yang disebut dengan KPK (Komite Penanggulangan Kemiskinan Kota Bogor) yang

secara khusus menangani keluhan masyarakat terhadap program masyarakat miskin kota Bogor, sejak tahun 2002. Pemerintah kota diwajibkan untuk membentuk tim khusus yang bertugas mengawasi program PKPS BBM dan menangani pengaduan masyarakat. Kedua tim/unit tersebut terdiri dari dinas instansi pemerintahan kota/kabupaten. Pada semester II, program PKPS BBM bidang kesehatan sesuai dengan pedoman (SK Menkes), di tiap daerah dibentuk tim *safe guarding* yang berada dibawah dinkes dan bertugas menangani pengaduan masyarakat. Dana yang diperlukan oleh unit tersebut di dapat langsung dari Depkes yang diberikan melalui Dinkes. Berikut kutipan :

“...ada tim *Safe Guarding* dananya dari Depkes pada tahap II...”

Pada tahun 2005, PKPS BBM bidang kesehatan merupakan model pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin yang berbeda dengan program subsidi BBM sebelumnya. Pada program tersebut pemerintah pusat mencoba untuk menggunakan jasa PT Askes untuk mengelola dana PPK. Pada semester I pengelolaan tersebut untuk PPK Dasar dan PPK RS dan pada semester II hanya PPK RS.

### Monitoring, Evaluasi, dan Pelaporan

Mengacu pada mekanisme monitoring juklak pusat, dinas kesehatan propinsi memantau sampai tingkat dan mengadakan diskusi dengan dinkes kabupaten/kota dan RS sehubungan dengan dengan masalah di lapangan dan pemecahannya. Pelaporan program belum berjalan secara rutin dan menjadi kebiasaan. PT. Askes cabang NTB mempunyai tanggung jawab untuk melaksanakan monev dalam program PKPS-BBM. Monev ini dilakukan dengan melakukan *utilization review*. PT. Askes cabang NTB meminta laporan utilisasi kepada RS dan Puskesmas yang dipenuhi secara teratur pada semester I oleh puskesmas. Sementara, RS belum pernah membuat laporan utilisasi tersebut kepada PT. Askes cabang NTB. Laporan utilisasi tersebut belum dianalisis oleh PT. Askes cabang NTB karena kesibukan dan keterbatasan SDM. PT. Askes cabang NTB memberi laporan pelaksanaan PKPS-BBM kepada PT. Askes regional di Denpasar secara rutin tiap bulan. Berdasarkan laporan tersebut, ada *feedback* dari Askes regional kepada Askes cabang untuk meningkatkan pelayanan. PT. Askes cabang NTB membuat pencatatan dan pembukuan dana PKPS-BBM yang terpisah dengan program askes sosial dan askes komersial. Walaupun demikian, petugas yang membuat pencatatan dan pembukuan tersebut adalah orang yang sama untuk membuat pencatatan dan pembukuan untuk program askes lainnya.

Bappeda juga berperan melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan program PKPS BBM yang berlangsung di daerah. Proses monev yang terjadi di

NTB, sama dengan yang terjadi di Kaltim dan Kota Bogor, tetapi yang menjadi keluhan PPK, di Kaltim dan Kota Bogor adalah format pelaporan yang berbeda. Berikut kutipannya :

“...iya mba, kita harus buat laporan banyak karena kita tidak melakukan hanya 1 program saja, laporan itu kita harus dilaporkan ke beberapa tempat dengan format yang berbeda juga, itu yang bikin pusing mba...”(Kota Bogor)

#### **Institusi dan Struktur Manajemen**

Lima daerah pada penelitian ini memperlihatkan gambaran yang sama. Di dinkes propinsi, ada sekretariat khusus yang menangani PKPS-BBM dengan penanggung jawab adalah kepala dinkes dan koordinator adalah kepala subdin sarana dan prasarana kesehatan. Pengelolaan PKPS-BBM tahun 2005 di PT. Askes ditangani oleh seksi JKPBI (Jaminan Kesehatan Pemberi Bantuan Iur). Bidang khusus yang menangani program PKPS-BBM di Bappeda, adalah Bidang 3 yang membawahi sub bidang kesejahteraan sosial (kesos). Selain itu, ada juga forum komunikasi dan Konsultasi yang melibatkan Sekda, RS, dinkes, dan PT. Askes, tetapi Bappeda belum dilibatkan. Forum tersebut dibentuk dengan Surat Perintah Tugas dari Gubernur.

Kesan yang menonjol adalah bahwa peran PT Askes masih sentralistik, sehingga Pemda dan aparatnya tidak mendapat mitra setimpal dalam diri Area Manager, PT Askes cabang atau regional yang terkesan hanya berfokus pada pembayaran klaim rumah sakit dan kurang menampilkan fungsi *Third Party Administrator* untuk berbagi data dan informasi. Hal tersebut seharusnya dilakukan dalam manajemen cakupan dan utilisasi pelayanan, manajemen kepesertaan termasuk distribusi kartu, dan manajemen keuangan. Akibatnya terkesan bahwa PT Askes kurang transparan mengelola dana yang berakibat pada apatisme pembinaan hubungan kerja dan kesatuan tindak untuk keberhasilan program.

#### **Dampak Program dan Tingkat Kepuasan**

Umumnya, masyarakat pengguna pelayanan merasa puas terhadap program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Meskipun gratis, mereka merasa tidak dibedakan oleh petugas puskesmas dan di rumah sakit. Namun, beberapa kasus penggunaan kartu diluar kartu askeskin oleh masyarakat yang tidak miskin yang ditemukan di 5 daerah tersebut menjadikan program ini tidak tepat sasaran. Tujuan dari program ini adalah meningkatkan akses dan keterjangkauan masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan. Namun, nyatanya masih banyak masyarakat miskin yang tidak mengetahui program tersebut. Selain itu, mereka tidak mengetahui prosedur mendapatkan pelayanan kesehatan yang disubsidi

pemerintah. Berikut kutipannya pernyataan dari PPK RS: “...harusnya per 1 Januari 2005 pasien sudah pakai kartu Askeskin tidak ada lagi pasien-pasien yang pakai SKTM atau kartu-kartu lainnya Karena sumber kebocoran kayaknya dari SKTM deh...” (Kota Bogor)

“...pasien mau pulang baru ngasih persyaratan SKTM..”(Kalimantan Timur)

#### **Pembahasan**

##### **Pendataan Peserta**

Kriteria miskin yang telah ditetapkan pemerintah pusat mengacu definisi kemiskinan absolut yang didasarkan pada pemenuhan kebutuhan biologis.<sup>2</sup> Untuk itu, perlu dilakukan kaji ulang tentang definisi miskin yang telah ditetapkan untuk pelaksanaan program PKPS BBM bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan bersifat tidak pasti (*uncertain*), sehingga masyarakat yang sebelumnya tidak tergolong miskin dapat menjadi miskin karena sakit dan harus membeli pelayanan kesehatan dengan besar biaya yang tidak pasti.<sup>3</sup> Definisi miskin untuk sektor kesehatan tidak hanya dapat menggunakan kriteria pemenuhan kebutuhan biologis saja, tetapi perlu variabel tambahan berupa pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan. Tanpa definisi yang tepat, akan muncul isu sasaran kebijakan yang tidak tepat.<sup>4</sup>

##### **Sosialisasi**

Sosialisasi merupakan faktor penting dalam pelaksanaan kebijakan atau program, sehingga tidak terjadi kesalahan persepsi pada pelaksanaannya. Menurut Osborne,<sup>5</sup> usaha memerangi kemiskinan yang berhasil biasanya bersifat holistik yang melibatkan berbagai lembaga/instansi di suatu negara yang mencakup pemerintahan, LSM dan swasta. Penyelenggaraan setiap upaya kesehatan selalu dimanfaatkan berbagai sumber, tata cara dan kesanggupan yang dimiliki.<sup>6</sup> Sehingga tujuan suatu program dapat tercapai dengan melibatkan berbagai aktor atau sektor lain. Dalam konteks pembelajaran publik, advokasi kebijakan dapat menggunakan tahapan komunikasi kebijakan sebagai sarana edukasi publik yang bertanggung jawab, dan sosialisasi adalah merupakan bagian dari tahapan komunikasi kebijakan.

##### **Disbursement dan Absorption**

Menurut UU No.32 tahun 2004 tentang Pemerintah, dalam pasal 13 dan pasal 14, bidang kesehatan merupakan urusan wajib pemerintah daerah propinsi dan kabupaten/kota. Oleh sebab itu, pemerintah daerah berkewajiban mengalokasikan anggaran dalam APBD untuk penanganan masalah kesehatan di daerahnya. Hal tersebut terlihat pada bahan presentasi pemerintah propinsi berupa surat edaran Gubernur Jawa Barat tentang kabupaten/kota untuk mengalokasikan anggaran minimal 1% belanja publik yang bersumber dari APBD

untuk pembiayaan pelayanan kesehatan gakin. Walaupun angka 1% tersebut masih jauh dari kebutuhan mengingat komitmen dengan Menkes pada pertemuan dengan bupati/walikota se-Indonesia yang menyepakati anggaran dana kesehatan sebesar 15% tidak terealisasi.<sup>6</sup> Apabila berdasarkan komitmen dana kesehatan yang bersumber APBD sebesar 15%, maka diperkirakan dana gakin dapat lebih dari 5%. Selain itu, dalam UU kesehatan No. 23 tahun 1992, pasal 8 dan pasal 9 ditegaskan bahwa pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin, dan pemerintah bertanggung jawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan tersebut akan berhasil jika didukung dengan partisipasi aktif serta komitmen berbagai elemen baik yang terlibat langsung maupun yang tidak langsung untuk mensukseskan program ini.<sup>5</sup>

#### Utilization of Funds

Pada program ini, aksesibilitas merupakan salah satu ukuran efektifitas upaya pelayanan kesehatan.<sup>7</sup> Aksesibilitas adalah pilihan kelanjutan cakupan yang terfokus pada proporsi orang yang disediakan pelayanan kesehatan serta orang yang dapat menggunakan dan orang yang menggunakan secara efektif sesuai dengan kondisi geografi.<sup>8</sup> Sehingga kebijakan ini wajib mempertimbangkan kembali kondisi setiap daerah di Indonesia yang berbeda.

Sebagai bagian dari sistem rujukan, RS dapat dilihat sebagai suatu tatanan yang terdiri dari kumpulan fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan berbagai upaya kesehatan yang bertujuan mengoptimalkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan.<sup>9</sup> Di samping membantu dinas kesehatan kabupaten/kota dalam kegiatan dan masalah kesehatan masyarakat yang merupakan prioritas di wilayahnya, RS secara khusus bertanggungjawab terhadap manajemen pelayanan medik pada seluruh jaringan rujukan di wilayah kabupaten/kota. Oleh sebab itu, RS merupakan pusat rujukan dalam sistem pelayanan kesehatan di wilayah cakupannya.<sup>9</sup>

Di Singapura, sistem pembiayaan kesehatannya terstruktur dengan sangat jelas. Pasien kelas III disubsidi pemerintah sebesar 80%, dan pasien kelas II disubsidi 50%. Namun, pasien kelas I dan VIP tidak diberi subsidi bahkan harus membayar mahal. Hal yang sama juga ditemukan di Australia yang membiayai kesehatan masyarakat dengan mengembangkan asuransi kesehatan nasional (*medicare*) dan asuransi kesehatan swasta (*medisave*). Seluruh penduduk Australia wajib mempunyai *medicare* dengan premi tertentu, sedangkan masyarakat yang tidak mampu membayar premi, dibayar

oleh pemerintah. Bukan justru sebaliknya memaksa RS menggratiskan biaya pelayanan. Harus disadari bahwa RS harus mampu memberikan pelayanan dengan mutu yang baik dan prima.<sup>10</sup>

#### Keluhan dan Penanganan Keluhan

Pada program ini, pemerintah pusat mendelegasikan kepada pemerintah daerah secara sistematis dan selaras dengan tahap-tahap operatif yang dikemas dalam kebijakan pelaksanaan PKPS BBM bidkes/JPKMM. Kebijakan JPKMM merupakan upaya dekonsentrasi program di daerah. Berdasarkan UU otonomi daerah, dekonsentrasi adalah pelimpahan wewenang oleh pemerintah kepada gubernur sebagai wakil pemerintah dan/atau kepada instansi vertikal di wilayah tertentu. Jika sistem kesehatan dipandang sebagai upaya menghasilkan pelayanan kesehatan, maka salah satu elemen-elemen atau bagian-bagian sistem adalah pengorganisasian merupakan bagian dari fungsi administrasi.<sup>11</sup> Melihat proses penanganan berbagai keluhan tersebut di atas, tergambar suatu proses organisasi dalam penanganan keluhan dilakukan secara tidak terstruktur dan sistematis sehingga tidak dilakukan pada akar masalahnya.

#### Monitoring, Evaluasi, dan Pelaporan

Monitoring dan evaluasi merupakan bagian manajemen organisasi dan merupakan fungsi pengendalian. Pengendalian adalah mengamati dan mengalokasikan berbagai penyimpangan secara tepat. Kegagalan suatu rencana atau aktivitas bersumber pada dua faktor antara lain: pengaruh di luar jangkauan manusia (*force manjer*) dan perilaku pelaksana yang tidak memenuhi persyaratan yang diminta. Metoda pelaksanaan pengawasan meliputi mengawasi langsung di tempat, laporan lisan, tulisan dan penjagaan khusus.<sup>12</sup> Pelaksanaan monitoring dan evaluasi juga membutuhkan tolak ukur keberhasilan dengan menggunakan standar fisik/normalisasi atau standar non-fisik. Standar fisik yang dapat diperhatikan adalah kualitas hasil produksi, kuantitas hasil produksi dan waktu penyelesaian. Sedangkan tolak ukur/standar nonfisik adalah hal-hal yang dapat dirasakan tapi tidak dapat dilihat dan dipakai *intangibile standar*.<sup>12</sup> Penyelenggaraan monitoring dan evaluasi pada program ini belum sampai pada pengawasan langsung di tempat berlangsungnya proses pelayanan. Selain itu, tolak ukur keberhasilan pelaksanaan program belum dilakukan oleh PPK, baru sebatas pelaporan rutin tanpa menganalisis hasil pelaporannya.

#### Institusi dan Struktur Manajemen

Jika sistem kesehatan dipandang sebagai upaya menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud elemen-elemen atau bagian-bagian sistem adalah salah satunya proses. Pengorganisasian merupakan bagian dari

proses dan merupakan fungsi dari administrasi.<sup>11</sup> Pengorganisasian dapat didefinisikan sebagai proses penyesuaian struktur organisasi dengan tujuan, sumber daya dan lingkungan. Struktur organisasi dapat diartikan sebagai susunan dan hubungan antar berbagai komponen, bagian dan posisi dalam suatu perusahaan/lembaga/instansi. Struktur organisasi merinci pembagian aktivitas kerja, menunjukkan hirarki dan struktur wewenang organisasi serta memperlihatkan hubungan pelaporannya.<sup>12</sup> Namun, yang terjadi pada penyelenggaraan program ini adalah sebaliknya. Program PKPS BBM bidkes 2005/JPkMM belum semua unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah mengetahui akan adanya program ini. Program ini berjalan dengan tidak mengugurkan program lainnya, seperti kebijakan KPK masih tetap berjalan di daerah. Pada akhirnya menjadi program yang saling tumpang tindih dan menjadi tidak efisien. Ada 2 tim yang menangani kemiskinan dengan program yang berbeda, ditambah ada satu tim yang dibentuk di dinas kesehatan kota berdasarkan kebijakan SK Menkes untuk sosialisasi, monev, dan mengelola laporan. Selain tim tidak fokus karena dijabati oleh orang atau instansi yang sama, tetapi harus mengerjakan 2 program yang berbeda dengan sasaran yang sama. Tim juga harus membuat 2 pertanggungjawaban dan inefisiensi karena penggunaan sumber dana yang sama dengan mekanisme penyaluran yang berbeda.

#### **Program Outcomes dan Satisfaction Level**

Program PKPS BBM bidang kesehatan ini terutama berdampak peningkatan yang luar biasa jumlah kunjungan RS rawat inap dan rawat jalan. Melalui program ini, akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan khususnya RS sudah tercapai. Negara berupaya menjamin kehidupan yang layak bagi masyarakat khususnya masyarakat miskin. Mereka dapat merasakan fasilitas pelayanan publik dan fasilitas pelayanan kesehatan tanpa diskriminasi (UUD 1945 pasal 34). Seperti Singapura, Australia, dan Jepang yang memberikan perlindungan kesehatan bagi masyarakatnya terutama masyarakat tidak mampu dengan Asuransi Kesehatan Nasional.<sup>13</sup>

Program ini memberikan dampak yang tidak menyenangkan bagi RS berupa gangguan *cash flow* sebagai akibat proses pembayaran pelayanan (klaim) oleh pihak asuransi berdasarkan klaim satu bulan dengan pembayaran yang tidak tunai pada bulan tersebut. Selain itu, biaya yang harus ditanggung oleh pemda juga tidak langsung dibayarkan ke RS bahkan sampai tertunggak berbulan-bulan sehingga hal ini pun menjadi tanggungan RS.

Sebagai perbandingan di Singapura sistem pembiayaan kesehatannya terstruktur dengan sangat jelas. Pasien kelas III-nya disubsidi pemerintah sebesar 80%

dan pasien kelas II disubsidi 50%. Namun, pasien kelas I dan VIP tidak diberi subsidi bahkan harus membayar mahal. Begitu pula dengan Australia membiayai kesehatan masyarakatnya dengan cara mengembangkan asuransi kesehatan nasional (*medicare*) dan asuransi kesehatan swasta (*medisave*). Seluruh penduduk Australia wajib mempunyai *medicare* dengan premi tertentu, sedangkan masyarakat yang tidak mampu preminya dibayar oleh pemerintah. Bukan sebaliknya, memaksa RS menggratiskan biaya pelayanannya. Mereka sadar RS harus tetap mampu memberikan pelayanan dengan mutu yang baik dan prima.<sup>10</sup>

#### **Kesimpulan**

Program PKPS BBM di 5 daerah (Mataram, Lombok, Samarinda, Balikpapan, dan Kota Bogor) masih belum optimal sebagai akibat yang mendasar yaitu perbedaan jumlah sasaran dan standar utilisasi. Hal tersebut tidak dapat disamakan dengan pusat mengingat perbedaan kondisi geografisnya. Namun, PT Askes yang mendapat mandat dari SK Menteri untuk menjalankan PKPS BBM terkesan lambat dan kurang berkoordinasi dengan berbagai pihak struktural daerah terkait. Bagaimanapun, masyarakat miskin cukup puas dengan pelayanan kesehatan gratis yang diberikan.

#### **Saran**

Pemerintah selaku pemberi mandat seharusnya melakukan monitoring dan evaluasi agar program PKPS BBM berjalan sesuai dengan target. Forum komunikasi dan konsultasi diharapkan dapat menjadi ajang diskusi antara PT Askes, Puskesmas, RS, Bappeda, dan perwakilan masyarakat demi transparansi dana dan konsolidasi. Sebaiknya dana PKPS BBM langsung diturunkan ke puskesmas dan RSUD yang berinteraksi langsung dalam pelayanan kesehatan.

#### **Ucapan Terima Kasih**

Studi tentang implementasi PKPS BBM berlangsung dengan inisiatif dan pembiayaan Bappenas, Puska UI sebagai tim pelaksana penelitian (Propinsi NTB : Puput O, Propinsi Kalimantan Timur : Rinda).

#### **Daftar Pustaka**

1. Dunn, William. Pengantar analisis kebijakan publik. Penerjemah Samodra Wibawa, Drs, MA, Diah Asitadani, Dra, MA, Agus H, Drs, MS, Erwan AP, Drs, MS. Edisi Kedua. Cetakan Kelima. Yogyakarta: Gajah Mada University Press; 2005.
2. Suharto. Analisis kebijakan publik panduan praktis mengkaji masalah dan kebijakan sosial, analisis kebijakan sosial. Edisi Revisi ke 2. Bandung: Alfabeta; 2005.
3. Tjiptoherijanto P, Soesetyo B. Ekonomi kesehatan, pembiayaan kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 1994.
4. Barker, Carol. The health care policy process. Sage Publications.



- London. New Delhi: Thousand Oaks; 1996.
5. Osborne. Mewirauahakan birokrasi. Penerjemah Abdul Rosyid. Jakarta: PT Pustaka Binaman Pressindo; 1999.
  6. Thabrany H. Asuransi kesehatan pilihan kebijakan nasional. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia; 2005.
  7. Robbins SP. Teori organisasi : struktur desain dan aplikasi. Jakarta: Arcan; 1994.
  8. Kinman EL. Evaluating health service equity at primary care clinic in Chilimarca, Bolivia. Departement of Geography, University of Missouri, 15 Stewart Hall, Columbia, USA. *Social Science and Medicine*. 1999; 49:663-678.
  9. Ditjen Yanmed, Depkes RI. Reformasi Perumahsakitan Di Indonesia. Soejitno. Bagian Penyusunan Program dan Laporan. Jakarta: Hastarimasta CV; 2000.
  10. Sanjana K. Solusi pelayanan si miskin di rumah sakit. Bali Post Online. [edisi 2005, diakses Juni 2005]. Diunduh dari: [www.balipost.co.id](http://www.balipost.co.id).
  11. Azwar A. Pengantar administrasi kesehatan, sistem kesehatan. Edisi Ketiga. Jakarta: PT Binarupa Aksara; 1996.
  12. Herujito. Dasar-dasar manajemen, fungsi-fungsi manajemen. Jakarta: PT Grasindo; 2001.
  13. Lassey. Health care system around the world, karakteristik, issue, Reform, Practice Hall. New Jersey: Upper Saddle River; 1997.