



Laporan Penelitian

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

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. Untuk informasi lebih lanjut, mohon hubungi kami di nomor telepon: 62-21-31936336; Faks: 62-21-31930850; E-mail: smeru@smeru.or.id; Web: www.smeru.or.id

Alex Arifianto

Ruly Marianti

Sri Budiyati

Lembaga Penelitian SMERU

Ellen Tan

Bank Dunia, Indonesia

Desember 2005

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

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 skema mekanisme pembiayaan kesehatan (JPK-GAKIN) di Kabupaten Purbalingga, Sumba Timur, dan Tabanan/Alex Arifianto et al. – Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU, 2005. – xi, 31 hal.: 31 cm. – (Laporan Lapangan SMERU Desember 2005).—

ISBN 979-3872-13-6

1. Asuransi sosial

I. Arifianto, Alex

368.4/DDC 21

Lembaga Penelitian SMERU, Desember 2005

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| ABSTRAK | iii |
| RINGKASAN EKSEKUTIF | iv |
| I. PENDAHULUAN | 1 |
| II. INFORMASI TENTANG KABUPATEN | 3 |
| III. METODOLOGI | 4 |
| IV. TEMUAN | 5 |
| A. Tinjauan Umum | 5 |
| B. Peserta Jaminan Kesehatan | 6 |
| C. Sistem Pendanaan dan Penggantian Langsung | 7 |
| D. Pemanfaatan Gakin: Benarkah Dana Disalurkan bagi Rakyat Miskin? | 10 |
| E. Identifikasi dan Sosialisasi Anggotaan | 14 |
| F. Pemantauan dan Koordinasi Pemangku Kepentingan | 16 |
| G. Keikutsertaan Pihak Ketiga (sektor swasta, penyedia jaminan kesehatan, klien, dan lain-lain) | 17 |
| V. KESIMPULAN | 20 |
| VI. REKOMENDASI KEBIJAKAN | 24 |
| LAMPIRAN | 28 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabel 1 : | Perbandingan antar Skema Jaminan Kesehatan yang Diterapkan oleh Tiga Kabupaten yang Disurvei | 3 |
| Tabel 2 : | Jumlah Anggota JPK-Gakin di Tiga Kabupaten yang Disurvei | 7 |
| Tabel 3: | Rata-rata Tingkat Pemanfaatan Tahunan Anggota JPK-Gakin oleh Anggota di Tiga Kabupaten yang Disurvei | 11 |
| Tabel 4: | Tabel 4: Rata-rata Pemanfaatan setiap Bulan Skema Jaminan Kesehatan oleh Anggota Gakin di Kabupaten Purbalingga, Tahun Anggaran 2002/2003 | 12 |
| Tabel 5: | Distribusi Dana JPKM di Kabupaten Purbalingga | 13 |
| Tabel 6a: | Biaya Unit /Rasio Pengguna JPK-Gakin di Kabupaten Sumba Timur | 13 |
| Tabel 6b: | Biaya Unit/Rasio Pengguna JPK-Gakin di Kabupaten Purbalingga | 13 |
| Tabel 7: | Ringkasan Karakteristik Program JPK-Gakin di Tiga Kabupaten yang Disurvei | 23 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|---|----|
| Lampiran 1: | Penerimaan dan Pengeluaran Skema JPKM di Kabupaten Purbalingga, Tahun Anggaran 2002/2003 (dalam rupiah) | 29 |
| Lampiran 2: | Analisis Distribusi Pemanfaatan Dana JPKM di Kabupaten Purbalingga, Tahun Anggaran 2002/2003 (dalam rupiah) | 30 |
| Lampiran 3: | Penerimaan dan Pengeluaran JPK Gakin di Kabupaten Sumba Timur: Tahun Anggaran 2003-2004 (dalam rupiah) | 31 |

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

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

dan

Ellen Tan
*Bank Dunia Indonesia
Konsultan*

ABSTRAK

Pemerintah Indonesia telah mulai melaksanakan skema pembiayaan kesehatan yang berbasis lokal dengan tetap didasarkan atas prinsip-prinsip asuransi/jaminan kesehatan. Skema ini umumnya dikenal dengan sebutan JPK-Gakin, yang merupakan skema pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin untuk mengakses layanan kesehatan di fasilitas-fasilitas pelayanan umum, termasuk layanan kesehatan primer dan sekunder. Berkenaan dengan suksesnya uji coba JPK-Gakin sebelumnya, pemerintah akhirnya memutuskan untuk menyediakan JPK-Gakin di semua kabupaten di Indonesia terhitung sejak 1 Januari, 2005.

Penelitian ini mengkaji dampak dari aneka karakteristik program JPK-Gakin seperti penyediaan layanan kesehatan, pemanfaatannya, kualitas layanan, dan bagaimana karakteristik jaminan tersebut dapat memengaruhi hubungan antarpemangku kepentingan (stakeholders). Tiga kabupaten ditunjuk sebagai tempat pelaksanaan studi kasus, yakni: Purbalingga (Jawa Tengah), Tabanan (Bali) dan Sumba Timur (Nusa Tenggara Timur).

Temuan kami memperlihatkan bahwa jika dibandingkan dengan skema pembiayaan kesehatan terdahulu, skema JPK-Gakin dianggap lebih berhasil dalam menyediakan akses layanan kesehatan bagi anggota masyarakat, khususnya masyarakat miskin. Akan tetapi, ditemukan juga beberapa permasalahan lain yang terkait dengan skema ini, seperti kebutuhan untuk meningkatkan pencapaian sasaran dan efisiensinya, perlunya pemantauan dan proses auditing keuangan yang lebih ketat, dan perlunya peningkatan keterlibatan para pemangku kepentingan dalam pengelolaan skema. Hal tersebut akan diuraikan lebih lanjut dalam laporan ini dan kami merekomendasikan pilihan-pilihan kebijakan untuk mengatasinya.

Kata kunci: pembiayaan layanan kesehatan lokal; JPK-Gakin; kesehatan publik; kemiskinan; Indonesia.

RINGKASAN EKSEKUTIF

Pemerintah Indonesia telah menetapkan sejumlah kabupaten sebagai tempat uji coba pelaksanaan skema pembiayaan kesehatan berbasis lokal yang didasarkan pada prinsip-prinsip Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK). Skema ini umumnya dikenal sebagai JPK-Gakin (JPK untuk Keluarga Miskin). JPK-Gakin merupakan skema pembiayaan kesehatan yang membantu kaum miskin untuk mengakses pelayanan kesehatan dasar (puskesmas) dan menengah (rumah sakit) di fasilitas pelayanan umum. Proyek percobaan ini dimulai di 15 kabupaten dan dua provinsi di Indonesia dan kemudian akan diperluas di daerah lainnya pada tahun berikut.

Pada mulanya JPK-Gakin dikelola Badan Pengelola (Bapel), sebuah badan independen yang terpisah dari Dinas Kesehatan (DinKes) yang sebagian stafnya biasanya merupakan bekas pegawai DinKes. Atas kesuksesan yang tampaknya diraih oleh program JPK-Gakin, pemerintah memutuskan untuk menyediakan program ini di semua kabupaten di Indonesia sejak 1 Januari, 2005. Kali ini program JPK-Gakin dikelola oleh PT Askes, sebagai memonopoli pemerintah, sesuai dengan UU Sistem Jaminan Kesehatan Nasional No. 40/2004 yang baru disahkan. Hal ini tetap dilakukan walau di tengah ketidakpuasan para pejabat daerah akibat kegagalan PT Askes dalam menyediakan kualitas pelayanan kesehatan yang baik bagi klien utamanya, para pegawai negeri sipil.

Studi ini bertujuan mencermati efek karakteristik yang berbeda dari program JPK-Gakin tentang ketersediaan pelayanan kesehatan, penggunaan pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan, dan bagaimana karakteristik jaminan kesehatan dapat memengaruhi hubungan antara pihak yang berkepentingan. Tiga kabupaten diseleksi untuk studi kasus: Purbalingga (Jawa Tengah), Tabanan (Bali) dan Sumba Timur (Nusa Tenggara Timur). Setiap kabupaten diseleksi sesuai dengan tujuan khususnya. Kabupaten Purbalingga adalah kabupaten pertama yang memulai melaksanakan program jaminan kesehatan bagi orang miskin pada 2001. Skema untuk Kabupaten Purbalingga bertujuan untuk memperluas cakupan jumlah penerima jaminan kesehatan di daerah tersebut, yang tidak hanya untuk kelompok miskin, tapi juga secara bertahap bagi semua anggota masyarakat, meskipun mereka akan membayar premium berdasarkan tingkat pendapatannya. Kabupaten Tabanan menyediakan skema jaminan melalui PT Askes dan merupakan wilayah pilot JPK-Gakin “generasi kedua.” Kasus ini menyoroti pengalaman-pengalaman awal mengenai ketersediaan jaminan kesehatan bagi kaum miskin melalui PT Askes. Sumba Timur adalah salah satu kabupaten yang memiliki angka kemiskinan yang sangat tinggi dan karena itu ketersediaan jaminan kesehatan akan sangat berdampak bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi kaum miskin. Kabupaten Sumba Timur juga menjadi daerah yang memiliki banyak persoalan dengan jarak penduduk akibat luasnya wilayah dan persebaran penduduk yang tidak merata.

Dibandingkan dengan model skema pembiayaan kesehatan sebelumnya yang dipromosikan di Indonesia, seperti skema Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), skema JPK-Gakin meraih hasil yang lebih baik dalam menyediakan akses pelayanan kesehatan yang memadai bagi anggota masyarakat, khususnya kelompok

miskin. Salah satu alasan keberhasilannya dibandingkan skema yang lalu adalah bahwa JPK-Gakin sepenuhnya dikelola oleh pemerintah lokal (dana dibagi antara anggaran pemerintah pusat dan anggaran pemerintah daerah). Karena pengelolaannya berbasis lokal, lebih mudah bagi pemerintah untuk mengembangkan inovasi dalam skema, menangani masalah dan pengaduan anggota, dan menyertakan pertimbangan-pertimbangan kondisi lokal yang mungkin dapat memengaruhi ketersediaan pelayanan kesehatan di daerah tertentu.

Akan tetapi, beberapa hal dalam skema JPK-Gakin tetap memerlukan perbaikan agar dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensinya serta kualitas pelayanan yang diterima oleh penerima manfaat/klien. Ada beberapa masalah yang perlu mendapat perhatian DinKes, Bapel dan penyedia pelayanan kesehatan yang perlu segera ditangani agar tidak menghambat efektivitas pelaksanaan JPK-Gakin dalam menyediakan pelayanan kesehatan bagi anggotanya. Masalah-masalah tersebut antara lain:

- Minimnya efisiensi dalam pengelolaan dana JPK-Gakin oleh penyedia kesehatan, khususnya di tingkat Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) kabupaten. Semua klaim disetujui tanpa usaha verifikasi dan inspeksi yang serius demi menjamin bahwa semuanya telah sesuai aturan dan bahkan ada indikasi bahwa kebanyakan dana dipakai untuk mensubsidi layanan kesehatan bagi kelompok nonmiskin daripada kelompok miskin yang seharusnya menerima manfaatnya.
- Tampak adanya hambatan informal dan formal yang kurang mendorong semangat para anggota Gakin untuk memanfaatkan layanan yang menjadi haknya seperti: biaya transpor yang tinggi, penundaan distribusi kartu anggota, dan lain-lain. Hambatan seperti itu telah mengurangi minat kelompok miskin untuk memanfaatkan layanan JPK-Gakin dan dapat membuat banyak anggota JPK-Gakin menjadi enggan untuk menjalankan perawatan pada fasilitas kesehatan umum.
- Rendahnya pemanfaatan layanan JPK-Gakin oleh anggota yang berhak mengakibatkan misalokasi subsidi program Gakin pada anggota yang diduga bukan kelompok miskin, yang pada dasarnya mampu membayar sebagian dari biaya pelayanan kesehatannya. Tidaklah mustahil bahwa banyak dari dana ini dipakai untuk memperbaiki gedung dan menambah fasilitas/perengkapan medis rumah sakit serta mensubsidi pasien di rumah sakit lain, khususnya pasien yang berasal dari keluarga mampu. Contohnya, di Kabupaten Purbalingga, diperkirakan 79% dari dana JPK-Gakin dimanfaatkan untuk mensubsidi layanan kesehatan bagi pasien nonmiskin di puskesmas dan di rumah sakit daerah (RSUD), 87,63% dari dana JPK-Gakin lari ke pasien nonmiskin.
- Ditemukan bahwa biaya unit per pasien untuk setiap anggota yang dirawat di rumah sakit di kabupaten-kabupaten ini sangat tinggi, berkisar antara Rp480.505 di Kabupaten Sumba Timur hingga Rp7.122.559 di Kabupaten Purbalingga. Sulit dipercaya bahwa biaya pasien yang tercermin dalam angka ini kesemuanya merupakan biaya bagi anggota JPK-Gakin. Dengan demikian, patut diduga bahwa bagian terbesar dari dana mengalami “kebocoran” demi mendanai pasien mampu di rumah sakit. Agar skema JPK-Gakin menjadi sungguh bermanfaat bagi kaum miskin, misalokasi ini perlu segera ditangani.

- Partisipasi para pemangku kepentingan dari nonpemerintah tampak minim, khususnya, para anggota/klien JPK-Gakin, baik dalam merancang, mengimplementasikan maupun memantau skema program. Para anggota JPK-Gakin hanya menjadi klien pasif. Karena mereka tidak berpartisipasi dalam setiap pengambilan keputusan mengenai skema, hal ini membuat pengelolaan program menjadi kurang transparan dan bertanggung gugat kepada para pemangku kepentingan, khususnya para anggotanya.
- Kecuali Kabupaten Sumba Timur, keterlibatan penyedia pelayanan kesehatan swasta dalam pelayanan kesehatan bagi para anggota JPK-Gakin tidak tampak. Mereka hanya bisa mendapatkan layanan kesehatan di fasilitas layanan kesehatan umum, seperti Puskesmas and RSUD. Fakta bahwa kebanyakan penyedia layanan kesehatan tidak turut serta dalam skema ini mengakibatkan pilihan yang lebih terbatas bagi anggota dalam memilih penyedia layanan kesehatan, dan keterbatasan ini dapat saja menghambat para anggota untuk mengakses layanan yang lebih baik kualitasnya.
- Adanya monopoli PT Askes dalam mengelola skema JPK Gakin menyebabkan makin terbatasnya pilihan untuk menentukan pengelola/penyedia jaminan kesehatan. Keputusan ini dibuat oleh Departemen Kesehatan tanpa terlebih dahulu berkonsultasi dengan pemerintah daerah, Bapel, dan pemangku kepentingan lain. Hal ini turut menciptakan ketegangan antara Departemen Kesehatan, PT Askes dan para pemangku kepentingan yang dapat mengganggu koordinasi dan kerja sama di antara mereka dalam melaksanakan program JPK-Gakin.
- Pendanaan JPK-Gakin sebagian besar bergantung pada subsidi skema kompensasi bahan bakar minyak (PKPS-BBM) dan dari dana alokasi umum (DAU) dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah yang sebagian besarnya untuk pendanaan anggaran pendapatan belanja daerah (APBD). Dana dari sumber lain (seperti premi anggota) hanya merupakan sebagian kecil dari keseluruhan dana program. Dalam jangka panjang, hal ini dapat membuat skema program menjadi tidak berkelanjutan bilamana bantuan PKPS-BBM dan DAU berkurang dan berpotensi mengganggu ketersediaan pelayanan kesehatan.
- Selain menulis laporan kuartal mengenai keuangan yang diwajibkan, kegiatan monitoring oleh Bapel dan DinKes tentang penggunaan dana JPK-Gakin oleh penyedia/penyelenggara tidak banyak dilakukan. Dengan demikian, tidak diketahui dengan pasti apakah seluruh klaim pencairan yang dibuat penyedia program benar-benar berdasarkan kegiatan pelayanan yang telah diberikan. Hal ini dapat membuka peluang penyelewengan dana melalui pengajuan klaim fiktif.
- Koordinasi antarbadan pemerintah terkait (DinKes, Bapel, dan penyedia layanan kesehatan) perlu terus ditingkatkan. Sementara itu, di tiga kabupaten ini terdapat upaya-upaya koordinasi pelaksanaan skema JPK-Gakin, namun hasilnya belum maksimal. Lazim terjadi pertikaian karena perbedaan kepentingan dan saling menyalahkan bilamana muncul masalah.

Untuk mengatasi masalah ini dan membuat skema JPK-Gakin berjalan lancar, langkah-langkah berikut merupakan rekomendasi yang perlu dilakukan pemerintah, Bapel, penyedia layanan kesehatan, PT Askes, dan pemangku kepentingan lainnya. Sasaran rekomendasi ini adalah pemerintah di tingkat lokal yang mengelola dan melaksanakan skema JPK-Gakin, bersama dengan pemerintah pusat (Departemen Kesehatan) yang akan melakukan supervisi dan menyediakan saran kebijakan kepada pelaksana lokal. Kami telah membagi rekomendasi ini dalam tiga tingkat, yakni rekomendasi jangka pendek, jangka menengah, dan jangka panjang, berdasarkan penilaian kami mengenai waktu yang diperlukan untuk melaksanakannya. Banyak dari rekomendasi ini akan dilaksanakan oleh pemerintah daerah, setelah sebelumnya berkonsultasi dulu dengan pemerintah pusat, sektor swasta, LSM, dan lebih penting lagi, warga mereka yang menjadi penerima manfaat dari skema JPK.

Rekomendasi jangka pendek (terlaksana dalam jangka satu hingga dua tahun berikutnya):

- Meningkatkan koordinasi antara lembaga pemerintahan yang berbeda, khususnya antara DinKes, dan PT Askes dalam pengelolaan JPK-Gakin di tingkat lokal.
- Menciptakan panduan yang jelas mengenai fungsi, tugas dan tanggung jawab dari masing-masing badan pemerintah dalam mengelola skema JPK-Gakin di tingkat lokal. Dengan panduan tersebut, fungsi masing-masing badan tersebut akan menjadi jelas dan pertikaian karena perbedaan kepentingan yang lazim terjadi antarbadan pemerintah dapat dihindarkan.
- Menghilangkan hambatan-hambatan formal dan informal bagi keluarga miskin (Gakin) untuk menggunakan layanan kesehatan yang menjadi haknya. Pemerintah juga perlu menghentikan misalokasi subsidi Gakin kepada kelompok yang berpenghasilan lebih tinggi, agar menjamin bahwa skema JPK-Gakin sungguh-sungguh mengarah pada tujuan dasar penyediaan layanan bantuan bagi keluarga miskin.
- Meningkatkan efisiensi layanan oleh penyedia layanan kesehatan (puskesmas dan RSUD). Layanan kesehatan bagi anggota JPK-Gakin harus disesuaikan dengan tingkat kebutuhan mereka dan secara medis memang diperlukan. Prosedur monitoring yang lebih ketat perlu diterapkan untuk menjamin agar dana Gakin dimanfaatkan seefisien mungkin dan semua dana yang dipakai dapat dipertanggungjawabkan.
- Meningkatkan kualitas pelayanan yang tersedia di puskesmas. Banyak warga masyarakat menganggap bahwa puskesmas memiliki kualitas layanan yang rendah. Akibatnya, mereka tidak tertarik untuk mendapatkan layanan kesehatan dasar di sana. Insentif untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan di puskesmas seharusnya mulai diperkenalkan. Akan tetapi, pada saat yang sama, puskesmas sebaiknya tidak diperkenankan menggunakan insentif tersebut untuk meningkatkan upah atau memberikan bonus kepada staf puskesmas.

- Meningkatkan teknik pemasaran dan sosialisasi untuk merekrut anggota JPK-Gakin yang baru, dengan menggunakan instrumen pemasaran massa yang berbiaya rendah dan yang akan memiliki kredibilitas yang luas di kalangan calon klien. Para kader kesehatan dapat menjadi instrumen potensial untuk tujuan-tujuan sosialisasi seperti itu. Insentif dapat diadakan untuk mendorong para kader agar lebih produktif dalam merekrut anggota baru. Insentif ini dapat berupa insentif honor berkala bagi para kader dengan jumlah lebih tinggi dari yang telah disediakan.

Rekomendasi jangka menengah (diimplementasikan pada satu hingga dua tahun):

- Mengaktifkan kembali kegiatan puskesmas di tingkat desa (khususnya di daerah pedalaman, contohnya melalui pengenalan kembali puskesmas keliling (pusling) atau dengan menyediakan pelatihan bagi penyedia layanan kesehatan di tingkat desa (seperti dukun) sehingga mereka dapat memberikan pertolongan pertama (bantuan P3K), membantu dokter dan praktisi kesehatan lainnya di puskesmas yang sedang berdinam pada pusling dan memberikan rujukan ke puskesmas bilamana mereka tidak dapat mengobati pasien karena parahnya kondisi kesehatan pasien. Dengan mengemban tugas-tugas ini, diharapkan akses ke fasilitas kesehatan di tingkat desa dapat ditingkatkan dan semua warga tidak perlu berobat ke puskesmas kecuali kalau kondisinya tidak dapat ditangani di tingkat desa.
- Menerapkan pemantauan yang lebih ketat (baik internal maupun eksternal) untuk menjamin bahwa dana JPK-Gakin yang dialokasikan untuk layanan kesehatan di RSUD dan puskesmas dimanfaatkan seefektif dan seefisien mungkin. Pemantauan tersebut seyogyanya dilakukan oleh baik Bapel (atau Bawasda) dan juga oleh unit pemantauan independen yang dapat dibentuk oleh LSM/organisasi masyarakat sipil, oleh masyarakat atau oleh asosiasi anggota JPK-Gakin.
- Melakukan usaha-usaha peningkatan partisipasi anggota JPK-Gakin dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan skema program. Para anggota hendaknya dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan yang akan berdampak pada kesejahteraannya dan keanggotaannya dalam skema JPK-Gakin. Pembentukan asosiasi anggota JPK-Gakin di level bawah akan menjadi langkah awal untuk meraih tujuan ini.
- Mempertimbangkan keikutsertaan penyedia layanan swasta (seperti dokter swasta, rumah sakit swasta, dan klinik swasta) dalam daftar penyedia layanan skema JPK Gakin. Hal ini akan menambah pilihan penyedia layanan kesehatan bagi para anggota JPK-Gakin dan meningkatkan akses mereka pada layanan kesehatan yang diperlukan. Untuk menarik layanan swasta ke dalam skema ini, penggantian biaya yang lebih tinggi dan diatur hampir sama dengan tingkat harga pasar yang berlaku mungkin perlu dipertimbangkan sehingga pembayaran tersebut sesuai dengan tingkat biaya yang ditetapkan oleh penyedia layanan swasta. Meski demikian, hal ini mungkin membutuhkan premi tambahan sehingga akan memaksa beberapa anggota JPK-Gakin untuk menarik diri dari skema program karena tidak mampu lagi membayar premi tersebut.

- Mempertimbangkan untuk mengakhiri monopoli PT Askes sebagai penyedia jaminan kesehatan untuk skema JPK-Gakin dan membiarkan proses seleksi penyelenggara layanan jaminan kesehatan secara terbuka melalui suatu proses penawaran yang kompetitif yang dilakukan oleh pemerintah daerah. Perusahaan-perusahaan ini akan menjalankan pengelolaan keuangan, klaim, dan penggantian pembayaran dana Gakin di setiap daerah, sementara pemerintah daerah (DinKes) akan mengeluarkan peraturan-peraturan yang sesuai dan memantau pelaksanaan program. Semua perusahaan jaminan kesehatan (baik swasta maupun negeri) hendaknya diizinkan untuk berpartisipasi dalam proses tender dan diberi kesempatan untuk mengelola skema JPK-Gakin berdasarkan pada prestasi yang pernah dicapai dan kemampuannya untuk melayani kliennya secara efektif.

Rekomendasi jangka panjang (dilaksanakan dalam tiga tahun atau lebih):

- Upaya-upaya perlu dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan ketergantungan skema JPK-Gakin pada dana PKPS-BBM dan APBD-DAU dan membuatnya mandiri melalui premi atau kontribusi dari para anggota/klien, apakah dengan melalui kenaikan premi bagi kelompok non-Gakin yang lebih mampu atau dengan memperkenalkan pajak baru untuk mendanai skema ini (contoh: memperkenalkan pajak minuman atau pajak rokok). Tentu saja upaya-upaya perlu diambil untuk menjamin agar usaha ini tidak malah mengurangi akses anggota pada layanan dasar kesehatan yang mereka perlukan dan tidak akan menjadi penghalang kegiatan ekonomi lokal atau memengaruhi pasar tenaga kerja lokal.
- Mempertimbangkan tingkat beban premi minimum bagi para anggota JPK-Gakin, karena tampaknya para anggota Gakin yang telah membayar tentu lebih mudah menuntut layanan yang lebih baik dari para penyedia layanan daripada bila tidak membayar, dan tanpa perlu merasa canggung mengajukan aduan ketika layanan yang diberikan tidak memuaskan. Tentu saja, beban yang dikenakan bagi para anggota sebaiknya ditetapkan pada tingkat minimal yang sesuai sehingga mereka semua tidak akan keluar dari skema JPK-Gakin akibat ketidakmampuan mereka. Hal ini pernah dilakukan di Kabupaten Rembang di mana anggota Gakin diwajibkan membayar premi Rp5.000/orang/tahun untuk menerima manfaat program. Program tersebut terbilang sukses. Sejak kelompok miskin membayar dalam jumlah premi yang kecil, mereka jadi lebih bersemangat untuk memantau kualitas layanan kesehatan dan mengajukan komplain jika layanan tidak memuaskan.
- Mempelajari secara seksama kemungkinan untuk memperkenalkan skema kupon kesehatan bagi masyarakat miskin agar mereka secara langsung bisa mengontrol subsidi kesehatan yang diberikan kepada mereka. Hal ini dilakukan untuk memperkecil kemungkinan kebocoran subsidi pada pasien berpenghasilan lebih tinggi dan meningkatkan akuntabilitas dan kualitas pelayanan yang baik, karena pemegang kupon dapat memilih penyedia layanan kesehatan yang mereka anggap tepat dan mampu memberikan layanan terbaik. (baik layanan kesehatan oleh swasta atau negeri boleh melayani pasien pemegang kupon), sehingga akan memunculkan persaingan sehat di antara penyedia layanan untuk menarik sebanyak mungkin pemegang kupon tersebut untuk datang berobat. Tentu saja, kebocoran dapat terjadi dalam skema kupon ini jika kelompok miskin pemegang kupon ini menjual kupon mereka kepada kelompok lebih mampu. Oleh karena

itu, perlu diambil langkah-langkah untuk meminimalkan kemungkinan ini (seperti pencatatan nama-nama pemegang kupon tersebut dan menandai mereka dengan nomor identifikasi khusus).

I. PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia telah mengembangkan program pembiayaan layanan kesehatan bagi kaum miskin dengan berpijak pada prinsip bahwa kesehatan yang baik adalah salah satu hak dasar semua warga negara. Namun, akses pada biaya layanan kesehatan bagi kaum miskin terbatas, di samping karena alasan tertentu, sangat sedikit kelompok miskin yang memanfaatkan layanan kesehatan dibanding golongan mampu. Pemerintah telah mencanangkan berbagai kebijakan untuk meningkatkan akses dan pemanfaatan layanan kesehatan bagi kaum miskin. Pada 1998, Pemerintah Indonesia telah meluncurkan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) untuk sektor kesehatan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan bagi kaum miskin melalui puskesmas, dan bidan desa (bides). Di bawah program ini, masyarakat miskin telah menerima kartu yang memungkinkan mereka untuk mendapat layanan kesehatan dasar gratis dari penyedia layanan kesehatan publik. Pada 2001, pemerintah menyediakan kembali subsidi tambahan untuk layanan kesehatan bagi kaum miskin melalui Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi- Bidang Kesehatan. Pada 2002, program ini diganti dengan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak, meski sifat programnya tidak mengalami perubahan.

Pelaksanaan program kartu kesehatan bertujuan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan bagi kaum miskin, akan tetapi program ini mengalami banyak masalah seperti dalam hal identifikasi kelompok miskin, distribusi kartu kesehatan, beban administrasi tambahan bagi penyedia layanan kesehatan dan, khususnya, sistem tata kelola keuangan pemerintah. Dengan demikian, akses layanan kesehatan, khususnya bagi kaum miskin masih terbatas. Karena keterbatasan program kartu sehat, Pemerintah Indonesia mengkaji suatu mekanisme pembiayaan yang lebih efektif, efisien dan berkelanjutan.

Setelah program desentralisasi administrasi 2001, pemerintah pusat menetapkan sejumlah kabupaten sebagai daerah uji coba pelaksanaan skema pembiayaan kesehatan berbasis lokal yang didasarkan atas prinsip-prinsip jaminan kesehatan. (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan/JPK). Skema ini dikenal sebagai JPK-Gakin (JPK untuk keluarga miskin). JPK-Gakin adalah skema biaya kesehatan yang diperoleh kaum miskin untuk mengakses layanan kesehatan di fasilitas-fasilitas umum, termasuk layanan kesehatan dasar dan menengah. Dengan menerapkan prinsip-prinsip jaminan kesehatan, masalah beban administrasi puskesmas dapat terpecahkan dan kendali biaya dapat dimungkinkan. Proyek JPK Gakin dimulai di 15 kabupaten dan di dua provinsi di Indonesia, dan diperluas ke daerah-daerah lainnya pada tahun berikutnya.¹

Skema berbasis lokal ini banyak mengandung perbedaan-perbedaan signifikan. Contohnya, penyediaan JPK-Gakin sampai dengan akhir 2004 tidak terbatas pada salah satu penyedia jaminan kesehatan khusus dan akibatnya penyedia jaminan kesehatan dengan latar belakang yang beragam menyediakan jaminan kesehatan di

¹ Saat ini terdapat lebih dari 400 kabupaten/kota di Indonesia. Dengan demikian, pada awalnya hanya terdapat beberapa proyek uji coba untuk program ini. Pada 2004, program telah diperluas ke 25 kabupaten dan empat provinsi yang menyediakan skema program jaminan kesehatan.

kabupaten-kabupaten berbeda. Tiga perbedaan utama menyangkut paket bantuan, penyedia jaminan kesehatan dan sistem pembayaran kembali/penggantian.

Di kebanyakan kabupaten, JPK-Gakin dikelola oleh Badan Pengelola (Bapel), sebuah badan independen yang terpisah dari Dinas Kesehatan (DinKes) yang sebagian stafnya pernah bekerja di DinKes sebelum terbentuknya Bapel. Dalam beberapa kasus, JPK-Gakin dikelola oleh PT Askes yang merupakan perusahaan jaminan kesehatan milik pemerintah yang didirikan oleh Departemen Kesehatan pada 1968 dan memiliki dewan direktur independen, namun tetap di bawah pengawasan Departemen Kesehatan. PT Askes merupakan lembaga berorientasi profit milik negara yang menyediakan sejumlah paket bantuan yang beragam di Indonesia. Paket bantuan (termasuk bantuan bagi kaum miskin) yang disediakan PT Askes telah diatur di tingkat nasional sehingga kabupaten/kota tidak memiliki wewenang untuk melakukan perubahan untuk mengakomodasi kebutuhan lokal.

Atas kesuksesan yang diraih oleh JPK-Gakin, Pemerintah Indonesia memutuskan pada November 2004 untuk menyediakan JPK-Gakin di semua kabupaten di seluruh Indonesia, namun dilakukan sejumlah penyesuaian untuk proyek uji coba tersebut. Perubahan utama adalah bahwa dari 1 Januari 2005, melalui keputusan Menteri Kesehatan (Kepmen No.1241/MENKES/SK/XI/2004) JPK-Gakin harus dikelola oleh PT Askes, yang bertindak sebagai monopoli pemerintah, sesuai dengan UU No. 40/2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional yang baru disahkan. Perubahan kebijakan ini dibuat tanpa melalui konsultasi dengan pemerintah daerah yang melaksanakan skema JPK-Gakin dan pemangku kepentingan yang lain. Pihak-pihak terkait baru mengetahui hal ini sesudah keputusan tersebut dikeluarkan. Tentu saja pemerintah daerah tidak puas dengan kebijakan ini, karena merasa bahwa PT Askes tidak berhasil dalam menyelenggarakan manfaat layanan kesehatan yang berkualitas bagi klien utamanya, pegawai negeri sipil di Indonesia, dan mereka menanggapi bahwa skema JPK-Gakin yang dikelola oleh pemda menyediakan paket bantuan yang lebih bermanfaat dibanding PT Askes. Namun, karena keputusan itu bersifat final, mereka tidak kuasa menolaknya. Kini, beberapa kabupaten di NTT telah mulai melaksanakan UU tersebut dan daerah lain akan segera mengikutinya.

Studi ini bertujuan untuk mencermati pengaruh dari semua karakteristik yang berbeda dari program ini pada ketentuan layanan kesehatan, pemanfaatannya, kualitas penyediaan layanan kesehatan, dan bagaimana karakteristik jaminan kesehatan dapat memengaruhi hubungan antarpemangku kepentingan. Beberapa kabupaten telah berhasil melaksanakan dan melanjutkan skema tersebut dengan baik. Mengapa beberapa kabupaten lebih berhasil melaksanakan program JPK-Gakin dibanding kabupaten lainnya? Hal apa saja yang menghalangi penyediaan layanan yang lebih baik bagi kaum miskin? Faktor-faktor apa saja yang memengaruhi perbaikan signifikan dalam layanan-layanan ini? Alternatif-alternatif kebijakan apa yang dapat diambil agar JPK-Gakin dapat terlaksana dengan lebih baik bagi anggotanya?

II. INFORMASI KABUPATEN

Tiga kabupaten yang diseleksi dalam rangka studi kasus adalah Purbalingga (Jateng), Tabanan (Bali) dan Sumba Timur (NTT). Pemilihan kabupaten didasarkan atas alasan-alasan tertentu. Kabupaten Purbalingga merupakan kabupaten yang pertama kali memulai jaminan kesehatan bagi kelompok miskin pada 2001. Pemda Kabupaten Purbalingga bermaksud untuk memperluas cakupan peserta jaminan kesehatan di wilayahnya, tidak hanya bagi kaum miskin tapi secara perlahan-lahan bagi seluruh warga masyarakat, dan peserta golongan mampu harus membayar premi sesuai dengan pendapatannya. Kabupaten Tabanan menyediakan skemanya melalui PT Askes. Tabanan juga menjadi daerah uji coba “generasi kedua” dari program JPK-Gakin yang diluncurkan pada 2004. Programnya juga dapat memberi gambaran pengalaman-pengalaman awal penyediaan jaminan kesehatan bagi kaum miskin. Studi kasus ketiga adalah Kabupaten Sumba Timur, kabupaten dengan tingkat kemiskinan yang sangat tinggi dan karena itu penyediaan jaminan kesehatan memiliki pengaruh besar terhadap peningkatan akses pada layanan kesehatan bagi kaum miskin. Sumba Timur adalah juga kabupaten yang memiliki banyak persoalan dengan jarak dan keterjangkauan akibat luasnya wilayah dan penduduknya yang menyebar.

Tabel berikut menunjukkan perbedaan antara paket bantuan dan penyediaan skema jaminan kesehatan .

Tabel 1. Perbandingan antar Skema Jaminan Kesehatan yang Diterapkan oleh Tiga Kabupaten yang Disurvei

| | Purbalingga | East Sumba | Tabanan |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|
| Penyedia Jaminan Kesehatan | Bapel | Bapel | PT Askes |
| Penggantian/Pembayaran kembali | Kapitasi | Kapitasi dan sistem penggantian sesuai biaya (FFS) | Kapitasi dan sistem penggantian sesuai biaya (FFS) |
| Paket Bantuan | Lengkap, mencakup semua | Fleksibel | |
| Mulai | 2002 | 2003 | April 2004 |
| Jangka waktu Jaminan Kesehatan | Sekali setahun, Agustus - Juli | Sekali setahun | Sekali setahun, April - Maret |
| Tingkat Kemiskinan | 28% | 66,5% | 9% |

Sumber: data diambil dari DinKes dan Bapel di setiap kabupaten.

III. METODOLOGI

Informasi tentang studi ini diperoleh dari wawancara mendalam semi terstruktur yang dilakukan bersama informan terkait di tiga kabupaten tersebut di atas. Para informan adalah para pejabat dari DinKes, pengelola skema program kabupaten (Bapel), staf puskesmas (kepala puskesmas, dokter dan staf pendukung lain), staf RSUD (kepala RSUD, dokter dan staf pendukung lain), aparat desa, bides, para kader desa, dan pasien/klien yang terdaftar dalam skema JPK-Gakin di kabupaten tersebut. Wawancara dilakukan di lapangan yang diselenggarakan selama Desember 2004 dan Januari 2005.

Selain melalui wawancara, kami juga mengumpulkan dokumen-dokumen relevan berkenaan dengan skema JPK-Gakin di kabupaten ini, seperti UU tingkat daerah dan perda yang terkait, laporan keuangan, laporan kunjungan pasien di RSUD dan puskesmas, dan lain-lain. Semua dokumen ini dapat diperoleh di Kabupaten Purbalingga dan Sumba Timur. Di Kabupaten Tabanan, kami hanya mendapatkan beberapa perda dan laporan kunjungan pasien, tanpa laporan keuangan.

IV. TEMUAN

A. TINJAUAN UMUM

Berdasarkan studi kami di tiga kabupaten pelaksanaan uji coba JPK-Gakin (Purbalingga, Tabanan dan Sumba Timur), ditemukan bahwa jika dibandingkan skema biaya layanan kesehatan sebelumnya, seperti skema JPS Bidang Kesehatan, skema JPK-Gakin mencapai hasil yang lebih baik dalam menyediakan akses layanan kesehatan yang memadai bagi warga masyarakat di kabupaten, khususnya bagi kaum miskin.

Salah satu alasannya adalah bahwa JPK-Gakin dikelola oleh pemerintah setempat (dananya diperoleh dari anggaran daerah dan pemerintah pusat). Karena dikelola daerah, tentu akan memudahkan pemerintah untuk mengembangkan inovasi dalam skema, menangani persoalan dan pengaduan anggota, dan juga mempertimbangkan kondisi lokal yang dapat memengaruhi penyediaan layanan kesehatan di wilayah tertentu. Ketiga kabupaten yang dikunjungi ini memiliki mekanisme pembiayaan dan administrasi yang berbeda.

- Kabupaten Purbalingga memilih untuk memakai skema jaminan kesehatan yang keanggotaannya dibagi dalam tiga kelompok: Strata I untuk kelompok miskin, Strata II untuk kelompok yang dulu miskin atau hampir miskin, dan Strata III untuk kelompok mampu/kaya di kabupaten. Premi untuk Strata I sepenuhnya ditanggung pemerintah, sementara premi untuk Strata II sebagian dibayar anggota dan strata III sepenuhnya dibayar anggota. Diharapkan pada dekade berikutnya skema ini dapat menjadi mandiri, strata II dan III akan mensubsidi Strata I. Namun pada saat ini, malah yang terjadi sebaliknya, yakni anggota Gakin (strata I) yang mensubsidi kedua kelompok mampu di atas (Strata I dan II). Untuk informasi lebih lanjut lihat bagian d.
- Kabupaten Tabanan yang menjadi generasi kedua pelaksanaan JPK-Gakin memutuskan untuk memberikan kontrak pengelolaan skema JPK-Gakin kepada PT Askes, perusahaan milik negara yang khusus menyediakan jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil di tanah air. Kabupaten Tabanan mendelegasikan tanggung jawab kepada PT Askes sebagai penyedia jaminan kesehatan JPK-Gakin untuk menghindari risiko kegagalan yang dapat mengakibatkan masalah keuangan dan karena PT Askes dianggap sebagai lembaga profesional yang memiliki pengalaman yang luas dalam mengelola skema jaminan kesehatan dengan wilayah cakupan yang luas. Paket bantuan yang ditawarkan untuk para peserta JPK-Gakin hampir sama dengan paket yang disediakan PT Askes bagi pegawai negeri sipil.
- Kabupaten Sumba Timur di NTT mampu menyediakan skema JPK-Gakin meskipun merupakan salah satu kabupaten termiskin di Indonesia dengan tiga per empat dari penduduknya hidup di bawah garis kemiskinan. Sejak 1 Januari 2005, pengelolaan jaminan kesehatan sebagian diserahkan kepada PT Askes yang mengelola biaya layanan kesehatan untuk masyarakat perkotaan dan sebagian lagi

kepada DinKes Kabupaten Sumba Timur yang meneruskan pengelolaan biaya layanan kesehatan bagi masyarakat perdesaan.

Karena skema JPK-Gakin sepenuhnya dikelola oleh kabupaten itu sendiri sehingga menjadi lebih fleksibel dalam mengelola administrasi dan menangani kondisi-kondisi lokal yang mungkin dapat menghambat penyediaan layanan kesehatan di kabupaten bersangkutan. Contohnya, Kabupaten Sumba Timur telah menyediakan dana transpor untuk para anggota JPK-Gakin yang tinggal di tempat terpencil karena harus menempuh jarak yang sangat jauh untuk mendapat layanan pengobatan. Uang transpor membantu mereka untuk meringankan biaya transpor pergi dan pulang dari fasilitas layanan kesehatan sehingga biaya transpor tidak menghalangi mereka untuk mengakses layanan kesehatan.

Terdapat indikasi bahwa anggota Gakin kini lebih bersedia menyampaikan aduan atau ketidakpuasan mereka tentang pengelolaan administrasi program ini kepada DinKes/Bapel dibandingkan ketika pengelolaannya masih di bawah kendali pemerintah pusat. Karena pemerintah daerah dianggap “lebih dekat” dengan masyarakat sehingga masyarakat berkeyakinan bahwa aduannya akan langsung ditanggapi oleh pemerintah daerah, dibandingkan jika pengaduan tersebut ditujukan kepada pemerintah pusat di Jakarta. Dengan demikian, para anggota Gakin cenderung untuk menyampaikan aduan mereka kepada pemerintah daerah sehingga meningkatkan partisipasi mereka dalam pengelolaan skema JPK-Gakin. Namun, seperti yang digambarkan kemudian dalam bagian ini, ini tidak berarti bahwa masyarakat lokal lebih terlibat dalam desain dan pelaksanaan JPK-Gakin dibandingkan dengan skema-skema sebelumnya, karena ditemukan juga bahwa mereka tetap tidak diikutsertakan dalam proses penggodokan kebijakan.

B. PESERTA JAMINAN KESEHATAN

Setelah proses identifikasi, seluruh kaum miskin secara otomatis akan terdaftar dalam program JPK-Gakin. Tingkat kemiskinan di tiap kabupaten berbeda-beda, namun pada skala nasional tingkat kemiskinan berkisar 16%. Sumba Timur memiliki tingkat kemiskinan yang tinggi, sementara Tabanan memiliki proporsi penduduk miskin yang sangat kecil.

Di Kabupaten Purbalingga 57,362 penduduk telah diidentifikasi layak menerima jaminan kesehatan gratis. Jumlah ini sama dengan 28% dari total penduduk di kabupaten ini. Selain itu, terdapat 42.533 anggota Strata II dan 23.408 anggota Strata III yang membayar premi untuk mengakses layanan kesehatan, baik yang dibayar sebagian oleh Strata II atau pun yang dibayar penuh oleh Strata III. Hasilnya, hampir 60% dari total penduduk di Kabupaten Purbalingga menerima jaminan kesehatan melalui paket bantuan Bapel. Namun, dari jumlah ini hanya 28% yang digolongkan miskin.

Di Kabupaten Sumba Timur sebanyak 129.074 penduduk digolongkan sebagai kelompok miskin. Jumlah ini secara meluas bervariasi dari jumlah yang diidentifikasi oleh Pemerintah Pusat (81.200). Setelah identifikasi dan verifikasi tahap pertama, identifikasi tahap kedua pada 2004 menemukan total 159.037 penduduk yang berpendapatan di bawah garis kemiskinan. Ini tidak berarti bahwa pendapatan

masyarakat selama periode tersebut menurun secara dramatis, namun merupakan akibat (menurut Bapel dan pemangku kepentingan lain) proses identifikasi yang berbeda dan telah diperbaiki. Karena pemerintah pusat secara resmi hanya mendanai 81.200 penduduk yang diakui miskin, PT Askes akan menyediakan jaminan kesehatan untuk jumlah tersebut, sedangkan Bapel akan mengelola program JPK-Gakin untuk semua penduduk miskin lainnya yang diakui dalam tahap identifikasi kedua. Berdasarkan data BPS 2003, total jumlah penduduk di kabupaten ini adalah 198.940 jiwa dan sekitar 66,5% darinya diidentifikasi sebagai kelompok miskin.

Dengan angka kemiskinan yang lebih rendah dibanding rata-rata angka kemiskinan nasional, Kabupaten Tabanan di Bali dianggap relatif sejahtera. Pada 2004, hanya terdapat 10.710 rumah tangga gakin atau 37.791 orang diidentifikasi miskin. Jumlah ini hanya 9% dari total jumlah penduduk di kabupaten ini.

Paket bantuan berbeda di antara masing-masing kabupaten dan jumlah paket bantuan tersebut memiliki dampak yang besar pada pemanfaatan bantuan tersebut bagi kelompok miskin. Paket yang tersedia bagi peserta Gakin di Kabupaten Purbalingga dan Sumba Timur sangatlah lengkap, tanpa batasan, pagu atau pembayaran tanggung renteng, namun tidak mencakup perawatan yang sangat mahal dan jarang. Namun, paket yang disediakan PT Askes di Kabupaten Tabanan menjadi lebih terbatas akibat adanya pagu dan tanggung-renteng. Premi di Kabupaten Purbalingga relatif rendah; ditetapkan Rp50.000/keluarga per tahun, yang kira-kira sama dengan Rp12.500/orang/tahun, sedangkan premi di Kabupaten Sumba Timur dan Tabanan ditetapkan Rp60.000/orang/tahun.

Tabel 2 memperlihatkan jumlah kelompok miskin (Gakin) yang menjadi anggota skema jaminan nasional, bersama persentase jumlah penduduk kabupaten yang dianggap miskin.

Tabel 2: Jumlah Anggota JPK-Gakin di Tiga Kabupaten yang Disurvei

| Nama Kabupaten | Anggota Gakin (orang) | Total Penduduk | Persentase Penduduk |
|----------------|-----------------------|----------------|---------------------|
| Sumba Timur | 129.074 | 193.940 | 66.55% |
| Purbalingga | 229.448 | 822.020 | 27.91% |
| Tabanan | 37.791 | 419.900 | 9.00% |

Sumber: penghitungan penulis berdasarkan data kabupaten yang diterima.

C. SISTEM PEMBIAYAAN DAN PENGGANTIAN DANA

Harus diakui bahwa skema JPK-Gakin, meski diklaim sebagai skema jaminan kesehatan, bukanlah skema yang didasarkan pada prinsip-prinsip asuransi yang sebenarnya.² Skema ini merupakan skema transfer keuangan yang menyalurkan dana

² Skema jaminan/asuransi yang sebenarnya memiliki karakteristik asuransi, yakni: premi akan dihitung berdasarkan pada analisis aktuarial, terdapat mekanisme kontrol biaya seperti jaminan bersama, pengurangan biaya dan hal-hal yang tidak dapat digantikan, dan pengecualian-pengecualian lain, calon pelanggan memiliki hak untuk menentukan skema asuransi yang diinginkan berdasarkan kebutuhan dan selera. Secara umum, persyaratan ini tidak ada dalam skema JPK-Gakin dan bahkan bila ada secara hitam-putih (seperti mekanisme kontrol), dalam praktiknya tidak selalu dijalankan.

dari golongan lebih mampu kepada golongan yang lebih miskin melalui pemerintah. Namun demikian sebagaimana yang akan diurai lebih lanjut, skema transfer ini bahkan tidak terlaksana seperti yang diharapkan.

Ketiga kabupaten ini mengenakan metode kapitasi (metode pembayaran kepada rumah sakit/dokter dengan jumlah yang tetap bagi setiap orang dalam suatu program khusus tanpa mempedulikan frekuensi atau jenis layanan yang disediakan) kepada penyedia layanan kesehatan dasar. Di Kabupaten Tabanan dan Sumba Timur, dana dibayarkan ke rumah sakit melalui sistem penggantian sesuai biaya, namun di Kabupaten Purbalingga DinKes telah memutuskan untuk memberlakukan sistem kapitasi bagi rumah sakit demi meningkatkan pengendalian biaya. Namun, beberapa tahun lalu pembayaran kapitasi kepada RSUD telah meningkat dua kali lipat; ternyata kapitasi yang ditentukan pada tahun-tahun awal ini terbukti tidak memadai. Pengelola rumah sakit enggan untuk memprediksi apakah jumlah pembayaran kapitasi tahun ini akan mencukupi. Mereka memperkirakan pengeluaran tahun ini akan lebih mendekati total kapitasi, namun tidak akan mengurangi defisit yang telah terakumulasi selama tahun-tahun sebelumnya. Biasanya, DinKes dan Bapel mengatur tingkat pembayaran kapitasi sekali setahun, saat syarat-syarat skema JPK-Gakin ditinjau ulang.

Dua metode pembayaran ini pada dasarnya dapat memberi pengaruh pada insentif penyedia layanan kesehatan untuk melakukan tugas dengan sebaik-baiknya. Pembayaran dengan sistem kapitasi berpengaruh besar terhadap pengendalian biaya, risiko yang ditanggung penyedia layanan kesehatan untuk tetap memberikan kualitas layanan terbaik dengan anggaran yang terbatas. Ini juga bisa berdampak negatif bagi kualitas pelayanan. Di pihak lain, sistem penggantian di belakang sesuai biaya (*fee-for-service*) tidak memiliki keterbatasan seperti ini dan dengan demikian tidak memberikan insentif bagi penyedia layanan kesehatan untuk mengendalikan biaya dan atau pelayanan. Akibatnya, pengeluaran layanan kesehatan dapat meningkat secara signifikan yang berakibat pada meningkatnya tekanan (dalam kasus ini) pada anggaran belanja pemerintah.

Salah satu pengamatan yang dapat dibuat dari skema di ketiga kabupaten ini adalah kurangnya efisiensi dalam penggunaan dana JPK-Gakin oleh penyedia layanan kesehatan (khususnya di RSUD).³ Walau sistem pembayaran seharusnya sebagian besar menggunakan sistem kapitasi, dalam praktiknya, penyedia layanan kesehatan (baik puskesmas maupun rumah sakit) tetap mengenakan penggantian sesuai biaya atas pelayanannya. Bapel sesungguhnya telah membayar semua klaim penyedia layanan, namun tidak jelas apakah mereka telah melakukan verifikasi atas klaim-klaim tersebut dengan cermat sebelum menyetujui pembayarannya.⁴ Sepanjang sistem pembayaran berlaku seperti model penggantian sesuai layanan (FFS), kontrol biaya tidak akan tercapai dan layanan/pengobatan lebih mahal yang mungkin tidak

³ Di tiga kabupaten yang disurvei, lebih dari 80% pengeluaran JPK-Gakin dipakai oleh RSUD, sementara jumlah pengguna RSUD kurang dari 1% anggota Gakin.

⁴ Di Kabupaten Purbalingga, kepala Bapel juga adalah seorang dokter di rumah sakit umum, di mana pasien Gakin dirujuk. Meski ia beralasan bahwa jabatan rangkap ini berguna karena dapat memverifikasi klaim rumah sakit secara langsung, namun bagi pengamat lain, praktik ini telah melanggar kaidah-kaidah kode etik.

diperlukan pasien (seperti penggunaan obat paten ketimbang obat generik) mungkin lebih diharapkan daripada layanan/pengobatan yang lebih murah dan sesuai.

Kekuatiran lain adalah bahwa dana JPK-Gakin di kabupaten-kabupaten pelaksanaan uji coba program ini (termasuk tiga kabupaten dalam studi ini) umumnya bergantung pada subsidi dari skema bahan bakar minyak (PKPS-BBM) dan dari dana alokasi umum (DAU) yang diberikan oleh pemerintah pusat kepada pemerintah daerah yang sebagian besar mendanai APBD. Rata-rata, lebih dari 80% dana JPK-Gakin bersumber dari dua sumber ini.⁵ Dana dari premi anggota dan pendapatan asli daerah (PAD) hanya merupakan bagian terkecil dari total dana program.

Jika pola pendanaan ini terus berlangsung, dikuatirkan bahwa dalam jangka panjang, dana untuk JPK-Gakin dapat dipotong karena jumlah dana PKPS-BBM dan DAU untuk kabupaten ini berkurang. Ketika dana-dana ini menyusut, penyediaan layanan bagi pasien JPK-Gakin terpaksa dikompromikan. Disarankan agar pemda memulai merencanakan cara-cara pembiayaan alternatif supaya skema JPK-Gakin dapat mandiri dan kurang bergantung pada dua bentuk bantuan tersebut di atas, baik dengan cara mewajibkan peserta Gakin untuk memberikan kontribusi finansial ke dalam skema program atau melalui pendapatan lokal lainnya yang tidak akan mengganggu kesejahteraan dan usaha warga masyarakat (misalnya, penerimaan pajak dari minuman alkohol dan rokok).

Di ketiga kabupaten yang disurvei, penggantian dana layanan kesehatan untuk puskesmas dilakukan melalui sistem kapitasi. Dana kapitasi untuk puskesmas dimanfaatkan untuk membayar pengobatan pasien rawat jalan dari kelompok miskin. Biaya untuk pasien rawat inap dan operasi kecil dibayarkan berdasarkan sistem penggantian sesuai layanan ketimbang dibayar oleh dana kapitasi.

Biaya di puskesmas jauh lebih rendah dibandingkan dengan dokter swasta atau rumah sakit swasta karena pelayanan yang disediakan di puskesmas pertama-tama jauh lebih murah dibanding yang disediakan di rumah sakit, namun alasan lebih penting kedua adalah bahwa layanan puskesmas sesungguhnya telah banyak disubsidi. Puskesmas di semua kabupaten telah menerima subsidi dari pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten untuk biaya pengeluaran puskesmas. Puskesmas memiliki sumber keuangan yang berbeda, yang utama adalah:

1. APBD II: kebanyakan dari dana-dana ini (lebih dari 80%) berasal dari DAU pemerintah pusat;
2. pendapatan puskesmas dari ongkos pengguna jasa;
3. pembayaran kapitasi JPK-Gakin; dan
4. klaim pada PT Askes untuk pengobatan anggota Askes (biasanya PNS).

Mencermati pembiayaan puskesmas, menjadi jelaslah bahwa dana dari JPK-Gakin lebih dari cukup untuk membiayai layanan kesehatan kaum miskin. Pada kenyataannya, mereka memiliki sisa uang yang tidak bisa digunakan selain untuk layanan kesehatan untuk kelompok miskin, karena merupakan dana terikat. Kadang-kadang puskesmas memiliki gagasan tentang bagaimana menggunakan dana

⁵ Kecuali di Purbalingga, berkat premi yang dibayar oleh anggota skema asuransi, hanya sekitar 70% dana skema berasal dari subsidi pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

untuk meningkatkan kualitas layanan puskesmas, namun mereka tidak dapat menggunakan porsi sisa dana dari subsidi JPK-Gakin untuk mendanai upaya peningkatan tersebut, karena akan dianggap sebagai bentuk pelanggaran terhadap regulasi skema.

Di pihak lain, rumah sakit-rumah sakit yang dikunjungi harus berupaya ekstra untuk menutupi biaya. Beberapa di antaranya mengalami defisit yang serius. Contoh, Rumah Sakit Tabanan memiliki defisit sebesar Rp780 juta. Meski, terdapat fakta bahwa pada tahun anggaran 2003, hanya 0,3% masyarakat Gakin yang layak menerima pengobatan gratis di rumah sakit yang benar-benar mengunjungi rumah sakit tersebut (113 orang dari 37.791 anggota Gakin yang layak). Pada tahun anggaran yang sama, rumah sakit tersebut menerima Rp1,8 miliar untuk mengobati para pasien Gakin. Karena masih dililiti kemelut defisit anggaran, sangat mungkin dana subsidi ini tidak dipakai secara efisien untuk memberikan pengobatan bagi mereka yang menjadi sasaran subsidi. Pun tidaklah mustahil dana ini dimanfaatkan untuk memperbaiki gedung-gedung dan perlengkapan medis rumah sakit⁶ dan mensubsidi pasien lainnya di rumah sakit tersebut, khususnya mereka yang berasal dari golongan mampu. Rumah sakit tersebut tidak diaudit oleh pemda (baik oleh *DinKes* atau entitas lain), karena ia merupakan entitas “independen” (namun semi publik). Laporan keuangannya dikirim langsung ke PT Askes dan PT Askes menolak mempublikasikannya.⁷

Pengamatan-pengamatan ini memperlihatkan bahwa terdapat bukti dana JPK-Gakin tidak dipakai secara efisien, seringkali bocor dan dimanfaatkan bagi pasien yang mampu, serta tidak dipantau secara seksama dan diaudit oleh lembaga yang berwenang. Pembahasan lengkap tentang hal ini akan diuraikan pada bagian berikut.

D. PEMANFAATAN GAKIN: BENARKAH DANA DISALURKAN KEPADA KAUM MISKIN?

Data pemanfaatan memperlihatkan berapa banyak anggota skema pembiayaan kesehatan yang sungguh-sungguh memanfaatkan layanan yang telah disediakan. Data ini memberikan petunjuk apakah skema pendanaan tersebut sebagian besar dimanfaatkan untuk mendanai layanan kesehatan anggotanya. Data tersebut juga menjelaskan keyakinan para anggota skema pembiayaan kesehatan terhadap kualitas layanan kesehatan yang disediakan dan oleh karenanya, keinginan mereka untuk memanfaatkannya.

Tingkat pemanfaatan yang tinggi memperlihatkan bahwa skema tersebut kebanyakan dipakai para anggotanya dan mereka memiliki tingkat keyakinan yang tinggi padanya karena itu mau memanfaatkannya. Di pihak lain, minimnya tingkat pemanfaatan berarti bahwa para anggota skema tidak memiliki keyakinan kuat padanya dan

⁶ Rumah sakit ini baru saja dipindahkan ke gedung yang baru sama sekali dengan perlengkapannya yang dianggap modern untuk ukuran rumah sakit daerah.

⁷ Tidak seperti di Kabupaten Purbalingga dan Sumba Timur, penelitian kami gagal mendapatkan data keuangan rinci mengenai skema JPK-Gakin di Kabupaten Tabanan, juga dari *DinKes*, PT Askes atau rumah sakit.

menolak menggunakannya. Dalam kasus seperti ini, kemungkinan besar dana-dana yang telah dialokasikan oleh skema tersebut dimanfaatkan bagi mereka yang bukan anggota.

Studi kami menunjukkan bahwa tingkat pemanfaatan aktual anggota JPK-Gakin yang sungguh-sungguh menerima layanan kesehatan dari penyedia layanan kesehatan tertentu masih sungguh rendah (khususnya di rumah sakit). Hal ini diperlihatkan Tabel 3 berikut ini:

Tabel 3: Rata-rata Tingkat Pemanfaatan Tahunan Anggota JPK Gakin di Tiga Kabupaten yang Disurvei

| | Purbalingga | Tabanan | Sumba Timur |
|-------------|-------------|---------|-------------|
| Puskesmas | 38,28% | 31,70% | 16,02% |
| Rumah Sakit | 0,12% | 0,30% | 0,22% |

Sumber: hasil penghitungan penulis berdasarkan data kabupaten yang diterima.

Tingkat pemanfaatan yang rendah memperlihatkan bahwa anggota skema JPK-Gakin enggan untuk menggunakannya, bahkan meskipun pejabat lokal telah memberitahu mereka bahwa mereka akan menerima pengobatan gratis di fasilitas-fasilitas kesehatan khusus. Berdasarkan analisis kami, tingkat pemanfaatan yang rendah dari para anggota skema JPK-Gakin terkait dengan beberapa hal berikut ini:

- Biaya transpor untuk masyarakat miskin (gakin) dari tempat tinggal menuju puskesmas. Bahkan ketika mereka menerima pengobatan gratis di puskesmas, mereka terpaksa mengeluarkan biaya transpor, karena hal ini tidak ditanggung oleh JPK-Gakin. Biaya transpor jauh lebih tinggi dibanding biaya pengguna jasa puskesmas (dan dengan JPK-Gakin, biaya-biaya ini dibebaskan). Ongkos sekali jalan menuju puskesmas dapat mencapai Rp10.000, sementara anggota Gakin tidak dikenakan biaya pengobatan. Dengan demikian, terdapat biaya tambahan untuk mendatangi puskesmas dan ini membuat para anggota Gakin menjadi tidak berminat untuk berobat di puskesmas.
- Beberapa anggota Gakin belum menerima kartu keanggotaan JPK-Gakinnya sehingga menghambat mereka untuk datang ke puskesmas karena khawatir mereka akan ditolak berobat jika tidak memiliki kartu anggota. Di Purbalingga kami amati bahwa para anggota yang membayar premi skema jaminan kesehatan cenderung lebih cepat menerima kartu anggota dibandingkan anggota Gakin yang tidak membayar premi. Hal ini mengindikasikan bahwa layanan menjadi lebih baik jika dibayar dibandingkan bila hanya tersedia secara gratis.
- Terdapat persepsi umum yang berkembang dalam komunitas bahwa kualitas layanan puskesmas dan RSUD tidak memuaskan dan bahwa stafnya kurang sopan dalam memberikan layanan pengobatan. Akibatnya, beberapa anggota Gakin yang ditemui mengungkapkan bahwa mereka lebih suka berobat ke layanan swasta seperti dukun, dokter swasta, dan lain-lain. Sayangnya, layanan-layanan seperti itu tidak dapat dibayarkan oleh skema JPK-Gakin, karena skema ini hanya mengganti biaya layanan-layanan yang diterima dari fasilitas layanan kesehatan

pemerintah seperti puskesmas dan RSUD. Dengan demikian, jika seseorang ingin mendapat layanan kesehatan terbaik dari penyedia layanan terpercaya, pilihan mereka menjadi sangat terbatas jika di bawah JPK-Gakin. Banyak anggota Gakin memilih untuk tidak menggunakan skema tersebut dan tetap menggunakan layanan swasta bahkan ketika mereka harus membayar biaya konsultasi yang tinggi, karena mereka menaruh kepercayaan pada layanan swasta ini untuk memberi layanan yang terbaik bagi mereka.

Tingkat pemanfaatan yang minim dari para anggota juga menunjukkan bahwa kebanyakan dana JPK-Gakin yang dialokasikan ke puskesmas dan RSUD sesungguhnya tidak digunakan untuk mendanai layanan keluarga miskin, namun sebaliknya dipakai untuk mensubsidi layanan kesehatan bagi pelanggan lain yang secara finansial termasuk golongan mampu. Contohnya dapat dilihat di Purbalingga. Dalam Tabel 4 berikut ini, kita dapat melihat tingkat pemanfaatan bulanan skema jaminan kesehatan para anggota Gakin untuk wilayah kabupaten Purbalingga.

Tabel 4: Rata-rata Pemanfaatan setiap Bulan Skema Jaminan Kesehatan oleh Anggota JPK-Gakin di Kabupaten Purbalingga, Tahun Anggaran 2002/2003

| Jenis Layanan | Jumlah Kunjungan per Bulan | Tingkat Pemanfaatan (%) |
|---|----------------------------|-------------------------|
| Layanan pasien rawat jalan (Puskesmas dan RSUD) | 6.404 | 3,19 |
| Layanan rawat inap (RSUD) | 12 | 0,01 |
| Layanan bagi ibu hamil/melahirkan | 60 | 0,03 |
| Gawat Darurat (UGD) | 98 | 0,05 |
| Rujukan pada RSUD | 278 | 0,14 |

Sumber: penghitungan penulis berdasarkan data kabupaten

Tabel 5 menunjukkan bahwa meski anggota Gakin menerima lebih dari 57% dana JPKM yang dialokasikan pemerintah kabupaten, mereka hanya menggunakan layanan kesehatan sekitar 21% di puskesmas dan hanya 12,37% di RSUD. Hal ini menunjukkan bahwa kebanyakan dana JPK-Gakin yang dialokasikan di Kabupaten Purbalingga tidak dipakai untuk mendanai layanan kesehatan kelompok miskin yang ada, namun sebaliknya untuk mensubsidi biaya operasional lain di puskesmas dan RSUD, secara khusus untuk subsidi pelanggan lain yang lebih mampu dibanding anggota Gakin (yakni anggota skema jaminan kesehatan JPKM yang membayar premi).⁸

Tabel 5: Distribusi Dana JPKM di Kabupaten Purbalingga

⁸ Kepala Bapel Kabupaten Purbalingga mengakui bahwa saat ini, anggota jaminan sosial JPKM yang lebih mampu (Strata II dan III) disubsidi oleh anggota Gakin (Strata I) dan bukan sebaliknya. Meski dia berharap situasi ini secepatnya bisa berubah “suatu saat dalam waktu dekat ini.”

| | |
|---|--------|
| Persentase dana JPKM untuk Gakin. | 57,02% |
| Persentase dana JPKM untuk non-Gakin. | 42,98% |
| Persentase dana puskesmas untuk pasien Gakin. | 20,92% |
| Persentase dana puskesmas untuk pasien non-Gakin. | 79,08% |
| Persentase dana RSUD untuk pasien Gakin | 12,37% |
| Persentase dana RSUD untuk pasien nonGakin | 87,63% |

Sumber: Penghitungan penulis.

Akhirnya, saat menghitung biaya unit per pengguna JPK-Gakin di dua kabupaten yang kami dapatkan data keuangannya (Sumba Timur dan Purbalingga), kami temukan bahwa rata-rata biaya pengobatan untuk setiap pasien anggota Gakin di kedua kabupaten ini sangat tinggi, khususnya di tingkat rumah sakit. Seperti terlihat dalam Tabel 6 berikut, biaya pengobatan untuk setiap pasien Gakin di RSUD Purbalingga mencapai Rp7.122.559 dan di rumah sakit-rumah sakit di Kabupaten Sumba Timur (RSUD dan Rumah Sakit Lindimara) mencapai Rp480.505. Tentu sulit dipercaya bahwa jumlah biaya seperti ini semuanya dimanfaatkan untuk biaya pengobatan anggota JPK-Gakin. Dengan demikian, tidaklah mustahil sebagian besar dana tersebut “bocor” dan digunakan untuk pengobatan pasien yang mampu di rumah sakit-rumah sakit tersebut. Sungguhpun demikian, pihak rumah sakit menjelaskan bahwa subsidi Gakin yang dialokasi oleh Bapel sepenuhnya terserap oleh mereka dan bahkan, keduanya hampir saja mengalami defisit. Dapat diasumsikan bahwa kebanyakan dana Gakin lebih banyak dipakai untuk mensubsidi rumah sakit lain ketimbang melayani pasien Gakin.

Tabel 6a: Biaya Unit JPK-Gakin/Rasio Pengguna di Kabupaten Sumba Timur

| Jenis Layanan | Pemanfaatan Setiap Tahun(%) | Jumlah Pengguna Setiap Tahun | Alokasi JPK-Gakin (Rp) | Biaya Unit /Pengguna |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|----------------------|
| Layanan puskesmas | 16,02% | 252.779 | 1.663.000.500 | 6.579 |
| Layanan rumah sakit | 0,22% | 3.408 | 1.637.560.000 | 480.505 |

Tabel 6b: Biaya Unit/Rasio Pengguna JPK-Gakin di Kabupaten Purbalingga

| Jenis Layanan | Pemanfaatan setiap Tahun (%) | Jumlah Pengguna per tahun | Alokasi JPK-Gakin (Rp) | Biaya Unit/Pengguna |
|---------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|
| Layanan puskesmas | 38,28% | 76.844 | 804.144.000 | 10.465 |
| Layanan rumah sakit | 0,12% | 145 | 1.033.206.000 | 7.125.559 |

Dengan kata lain, meski tujuan JPK-Gakin untuk membantu kaum miskin di Indonesia mendapatkan perawatan kesehatan yang mereka butuhkan, distribusi subsidi JPK-Gakin lebih berpihak pada kaum kaya daripada kaum miskin. Hal ini bukan merupakan cara yang paling efektif untuk menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin, karena kebanyakan dari sasaran yang dituju tidak pernah menggunakan layanan-layanan ini dan mereka yang memanfaatkannya mungkin kelompok yang sesungguhnya mampu mendanai sebagian, atau bahkan semua biaya kesehatannya sendiri.

Jika skema JPK-Gakin disebut sebagai sungguh-sungguh pro-kaum miskin, kecenderungan subsidi yang diarahkan pada golongan mampu dengan mengorbankan kaum miskin harus diubah agar sebaliknya. Namun, tentu hal ini menuntut perubahan yang besar dalam cara pengelolaan dan pengoperasian skema JPK-Gakin. Isu ini akan dibahas dalam bagian rekomendasi kebijakan.

E. IDENTIFIKASI DAN SOSIALISASI ANGGOTA

Dalam suatu asuransi kesehatan yang “biasa”, orang akan mengambil jaminan kesehatan bilamana mereka tertarik. Akan tetapi, dalam kasus JPK-Gakin, premi untuk anggota secara otomatis dibayar oleh pihak ketiga (pemerintah) sehingga jaminan kesehatan ini sebenarnya merupakan layanan gratis. Hal ini tidak berarti bahwa semua yang layak menerima layanan tersebut akan dengan segera mengunjungi pihak penyedia layanan kesehatan. Perlu dilakukan identifikasi terhadap mereka yang layak menerima program dan membuat mereka sadar akan manfaat program sehingga mereka akan tunduk dan menerima hak-haknya. Karena paket jaminan kesehatan telah terlebih dahulu dibayar oleh pihak ketiga, tidak terdapat insentif finansial bagi para pelaksana jaminan kesehatan untuk menjalankan fungsinya dengan baik. Pada saat yang sama, para anggota tidak mendapatkan insentif untuk mencari tahu lebih banyak tentang haknya di bawah skema jaminan kesehatan tersebut.

Karena skema JPK-Gakin sepenuhnya dikelola oleh pemerintah lokal, setiap kabupaten mendapat tugas untuk mengidentifikasi kelompok miskin. Di tiga kabupaten yang dikunjungi, DinKes telah mengemban tugas ini. Umumnya, ketiganya menggunakan struktur vertikal DinKes (staf puskesmas, kepala desa dan bides). Namun, dari pengamatan lapangan kami simpulkan bahwa tanpa bantuan ekstra di tingkat desa, identifikasi akurat mengenai kelompok miskin sangat sulit dilakukan. Karena itu, setiap DinKes menggunakan informan desa untuk tujuan identifikasi.

Ada beberapa faktor yang memengaruhi jumlah anggota komunitas yang berperan serta dalam JPK-Gakin:

1. Pengaruh metode pemasaran dan kemampuan aktivis lokal dalam mempromosikan skema di tingkat komunitas (kader, bides, dan aparat desa). Metode pemasaran, keahlian dan motivasi para kader sangat berpengaruh pada kemauan masyarakat untuk mendaftar dalam skema. Di daerah di mana para kader memiliki motivasi yang tinggi dan sangat aktif, masyarakatnya cenderung untuk mendaftarkan diri, sebaliknya tidak demikian di daerah di mana para kadernya kurang aktif. Ini barangkali merupakan cara yang paling efektif untuk mensosialisasikan skema program dan bagian ini akan dijelaskan secara rinci pada bagian berikutnya.
2. Kemampuan komunitas tersebut untuk menerima dan memahami informasi yang diberikan, baik lisan maupun tulisan. Hal ini mungkin terkait dengan tingkat pendidikan mereka.
3. Persepsi komunitas tentang layanan puskesmas (ongkos/biaya, fasilitas yang tersedia, kualitas layanan, efektivitas pengobatan, dll).

4. Pengaruh promosi konvensional dan upaya pemasaran yang dilakukan Bapel (*flyer*, brosur, iklan radio, iklan surat kabar, dan lain-lain). Metode ini terlampau mahal dan sering tidak efektif.

Upaya identifikasi anggota JPK-Gakin dengan menggunakan informan dari tingkat desa telah diterapkan di Kabupaten Purbalingga sejak dimulainya JPK-Gakin pada 2002. Ini dikerjakan oleh yang disebut kader yang memainkan peran penting dalam proses identifikasi, verifikasi dan sosialisasi. Para kader umumnya adalah istri ketua RT atau istri tokoh-tokoh penting di komunitas, seperti guru, ulama, atau PNS. Para kader bekerja di tingkat akar rumput dan sedikitnya satu kader ada di setiap RT.⁹

Memanfaatkan para kader mengurangi hambatan komunikasi dengan komunitas dan juga biaya kegiatan identifikasi. Hal ini, pertama, karena kader tinggal dalam komunitas dan dengan demikian banyak mengenal anggota komunitas tersebut. Kedua, para kader memiliki akses informasi yang diperlukan untuk mengidentifikasi kelompok miskin, dan terakhir, para anggota komunitas lebih dapat mempertimbangkan informasi dari para kader secara lebih serius dibanding informasi yang disampaikan oleh aparat pemerintah yang tidak tinggal bersama mereka dan tidak memiliki relasi personal dan kedekatan dengan komunitas dibandingkan para kader. Kedekatan hubungan para kader dengan calon anggota di komunitas dan cenderung dihormatinya para kader ini, bisa jadi mendorong tingginya tingkat keanggotaan dalam skema JPK-Gakin di Kabupaten Purbalingga (hampir dua per tiga penduduk Purbalingga adalah anggota skema JPK Gakin pada akhir 2004).

Para kader juga memiliki wewenang luas dalam menentukan calon anggota mana yang harus digolongkan sebagai kelompok miskin dan mana yang nonmiskin. Meski menerima daftar calon anggota yang dibuat oleh Bapel, bila diperlukan mereka tetap memiliki wewenang untuk memverifikasi dan membuat penyesuaian. Ketika para kader memodifikasi daftar calon anggota, baik Bapel maupun puskesmas biasanya tetap tunduk pada perubahan itu. Hal ini menunjukkan pengaruh keputusan para kader dalam menentukan anggota skema jaminan kesehatan.

Di pihak lain, DinKes di Kabupaten Sumba Timur dan Tabanan juga telah menggunakan sistem kader secara meluas seperti yang terjadi di Kabupaten Purbalingga. Di Kabupaten Sumba Timur, identifikasi diselenggarakan oleh staf puskesmas, bides, kepala desa bersama aparatnya. Selama periode pertama (2003), terdapat banyak pengaduan dan permintaan dari anggota masyarakat yang berhak menerima JPK-Gakin namun belum mendapatkan kartu anggotanya. Akibatnya, pada 2004 diadakan perubahan, yakni melibatkan asisten tambahan di tingkat desa sehingga mendapatkan hasil yang lebih baik (dan tingkat kemiskinan yang lebih tinggi) serta tingkat kepuasan yang lebih besar. Namun DinKes dan anggota Bapel masih mengakui bahwa terdapat banyak masalah dalam proses identifikasi dan bahwa kriteria yang kini dipakai belum bermanfaat. Di Kabupaten Tabanan, identifikasi kelompok miskin dilakukan selama periode tiga bulan oleh staf DinKes, kepala desa, kepala dusun dan staf puskesmas. Setelah tahun pertama, mereka menyadari bahwa proses ini tidak efektif dan memiliki sejumlah kelemahan. Pada tahun berikutnya, direncanakan untuk melibatkan petugas kesehatan (Dinkes dan

⁹ Setiap RT terdiri atas 20 hingga 30 rumah tangga.

puskesmas), bides dan sukarelawan dari setiap desa (kader) untuk memudahkan identifikasi kelompok miskin.

Kurangnya pembagian peran yang jelas dalam sosialisasi skema Askes-Gakin di Kabupaten Tabanan tampaknya telah membatasi kesuksesan program. Tidak seperti yang terjadi di Kabupaten Purbalingga, bides dan kader tidak memainkan peran penting dalam sosialisasi jaminan kesehatan bagi kelompok miskin di Kabupaten Tabanan. Di daerah ini, sosialisasi terutama dilakukan melalui kepala dusun (Kelian Dinas) yang menjelaskan program kepada kelompok miskin di lingkungannya. Dapat disimpulkan, sosialisasi skema Askes-Gakin di Kabupaten Tabanan tampaknya bersifat minimal. Banyak kepala desa yang menerima kartu jaminan kesehatan yang disebarkan kepada anggota masyarakat tidak mengetahui tujuan kartu tersebut. Selain itu, umpan balik dari anggota masyarakat dalam lingkungannya menunjukkan bahwa mayoritas warga belum mendengar tentang skema.

Kami dapat menyimpulkan bahwa untuk kegiatan identifikasi dan sosialisasi calon anggota JPK-Gakin, para pemangku kepentingan terkait perlu diidentifikasi dan adanya proses yang jelas akan meningkatkan akurasi. Mencermati proses identifikasi, tampaknya bahwa untuk memaksimalkan akurasi pengidentifikasian calon anggota JPK-Gakin di tingkat akar rumput, diperlukan enumerator yang tinggal bersama para calon anggota dan benar-benar memahami kondisi sosio-ekonominya. Hal ini telah dipraktikkan di Kabupaten Purbalingga. Dengan memanfaatkan para anggota masyarakat yang dihormati komunitasnya sebagai kader dalam proses identifikasi dan sosialisasi, program JPK-Gakin dapat berjalan lebih baik di kabupaten ini. Karena hampir dua per tiga warga masyarakat Kabupaten Purbalingga saat ini adalah anggota skema jaminan kesehatan, hal ini mengindikasikan bahwa upaya para kader sangat besar pengaruhnya pada tingginya tingkat pendaftaran para anggota.

F. PEMANTAUAN DAN KOORDINASI PEMANGKU KEPENTINGAN

Pemantauan dana program JPK-Gakin diharapkan dilakukan oleh Badan Pengawas Daerah –Bawasda), sementara pemantauan kualitas layanan kesehatan puskesmas dan RSUD dilakukan oleh Bapel yang bersumber dari laporan keuangan dan data pengeluaran yang dilaporkan puskesmas dan RSUD.

Secara formal, DinKes sebagai bagian dari Dewan Penasihat JPKM bertanggung jawab pada tugas pemantauan kinerja Bapel dan juga dampak JPK-Gakin pada tingkat pemanfaatan dan kualitas layanannya. Penyedia layanan kesehatan (puskesmas, pustu, dan rumah sakit) juga menyediakan laporan bulanan mengenai tingkat pemanfaatan dan biaya pengeluaran kepada DinKes. Akan tetapi, pemantauan seperti ini agaknya terbatas dan tidak memberikan informasi mengenai alasan mengapa anggota masyarakat tidak menggunakan layanan kesehatan bila diperlukan. Selain itu, evaluasi kualitas layanan kesehatan di fasilitas-fasilitas yang menawarkan layanan kesehatan JPK-Gakin tidak dilakukan.

Dapat dikatakan bahwa mekanisme pemantauan lebih terutama diarahkan pada pemantauan sisi finansial saja. Semua kabupaten yang dikunjungi (Sumba Timur, Purbalingga dan Tabanan) juga disebut Unit Pengaduan Masyarakat (UPM) yang berperan mencatat pengaduan mengenai layanan kesehatan JPK-Gakin. Namun demikian, hal ini tidak dapat dianggap sebagai mekanisme yang cukup untuk

mengontrol kualitas layanan karena UPM tidak memiliki kebijakan dan wewenang yang jelas. Selain itu, tidak terdapat tim pemantau independen untuk skema JPK-Gakin yang dilakukan oleh klien atau kelompok masyarakat/LSM dan pemantauan independen ini tidak didukung oleh pemerintah setempat. Dengan demikian, kesempatan bagi para pemangku kepentingan untuk memantau akuntabilitas dan transparansi pengeluaran JPK-Gakin menjadi sangat terbatas.

Tampak juga minimnya koordinasi di antara pihak yang terlibat (DinKes, Bapel dan penyedia layanan kesehatan) dalam melakukan pemantauan penggunaan dan pembiayaan JPKM. Secara khusus, tampak tidak jelas apakah laporan keuangan dan pemanfaatan yang diajukan oleh penyedia layanan kesehatan diperiksa dan diverifikasi oleh badan pemerintah lainnya (DinKes dan Bapel). Ditemukan bahwa setiap “kasus” (pengaduan) akan ditangani secara terpisah oleh tim koordinasi di atas namun mereka tidak melakukan pertemuan secara rutin. Mekanisme dan koordinasi pemantauan yang tidak jelas seperti ini dapat dijumpai di semua kabupaten yang dikunjungi (Sumba Timur, Purbalingga dan Tabanan).

Tanpa pemantauan yang serius dan terus-menerus mengenai pembiayaan JPK-Gakin, kemungkinan misalokasi dan penyalahgunaan dana JPK-Gakin untuk kepentingan mereka yang bukan anggota Gakin mungkin saja terjadi. Perlu mewaspadaikan fakta bahwa hampir semua klaim layanan JPK-Gakin mendapatkan persetujuan. Hal ini mengindikasikan minimnya tindakan verifikasi untuk menjamin bahwa layanan yang diklaim sungguh-sungguh telah diberikan. Tanpa verifikasi seperti ini, terdapat kemungkinan kuat bahwa beberapa klaim telah dipalsukan.

Menakar tingkat kepuasan akan layanan kesehatan, apalagi jika layanan tersebut gratis, menjadi teramat sulit. Ketika layanan bersifat cuma-cuma, kecil kemungkinan klien akan mengeluh. Selain itu, kemampuan evaluasi masyarakat yang tingkat pengetahuannya minim mengenai kesehatan dan layanan kesehatan tentunya tidak bisa dijadikan tolak ukur. Salah satu pilihan untuk menyaring pengaduan terdapat pada tingkat komunitas melalui para kader, namun sistem seperti itu tampaknya tidak berkembang di sini.

G. KEIKUTSERTAAN PIHAK KETIGA (SEKTOR SWASTA, PENYELENGGARA JAMINAN KESEHATAN, KLIEN, DLL)

Penyedia swasta

Kecuali rumah sakit swasta di Sumba Timur yang diizinkan untuk menerima pasien JPK-Gakin, penyedia swasta tidak dilibatkan sebagai partisipan dalam skema JPK-Gakin. Hal ini mengurangi akses dan pilihan anggota JPK-Gakin dalam layanan kesehatan, karena mereka hanya boleh menggunakan hak tersebut di fasilitas umum pemerintah seperti puskesmas dan RSUD, sementara sebagian besar anggota masyarakat, bahkan termasuk mereka yang miskin, lebih suka untuk mendapat layanan dari penyedia layanan kesehatan swasta dibandingkan layanan umum. Ini mungkin mendorong adanya persepsi dari beberapa anggota JPK-Gakin bahwa layanan kesehatan oleh penyedia kesehatan pemerintah/publik tidak memadai dan kurang berkualitas.

Sebagian alasan mengapa para penyelenggara swasta enggan untuk bergabung adalah karena kesenjangan yang tajam antara biaya layanan yang diberikan oleh fasilitas swasta dan fasilitas pemerintah/negeri. Karena fasilitas umum (khususnya puskesmas) sepenuhnya disubsidi oleh pemerintah, semua biaya dibuat lebih rendah dibanding harga pasar. Contohnya, ongkos layanan bagi pengguna di puskesmas di Sumba Timur hanya Rp2.000/orang/kunjungan (dan dibebaskan bagi anggota Gakin), sementara di dokter swasta, paling minim Rp20.000/orang/kunjungan untuk konsultasi umum.

Selain itu, di bawah JPK-Gakin, biaya yang dikeluarkan para penyedia/penyelenggara akan dibayar dengan sistem kapitasi, sementara hampir setiap penyedia layanan swasta lebih menyukai menggunakan sistem penggantian di belakang sesuai biaya (FFS). Selama pengaturan pembayaran/penggantian biaya masih menggunakan sistem kapitasi, akan sangat sulit menarik para penyelenggara layanan swasta agar mau bergabung bersama program skema JPK-Gakin. Di pihak lain, dalam jangka panjang pengaturan sistem bayar langsung terhadap layanan secara finansial tidak akan dapat bertahan, karena penyedia layanan cenderung terdorong untuk merekomendasi perawatan dan pengobatan yang mahal kepada pasien mereka, karena mengetahui bahwa biayanya akan sepenuhnya diganti oleh program jaminan kesehatan, dan dalam jangka panjang akan berakibat pada kegagalan program.

Pendekatan yang seimbang adalah dengan mencari cara untuk mengganti biaya bagi penyedia layanan swasta, apakah itu melalui biaya yang sesuai harga pasar sambil mengendalikan biaya sehingga dalam jangka panjang program tersebut menjadi berkelanjutan. Hal ini akan dielaborasi pada bagian rekomendasi kebijakan.

Pengelola/Penyelenggara Jaminan Kesehatan

Pilihan pengelola/penyelenggara jaminan kesehatan juga menjadi terbatas, dengan adanya monopoli PT Askes untuk pengelolaan skema JPK-Gakin yang dimulai pada 1 Januari 2005. Keputusan itu dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan tanpa terlebih dahulu berkonsultasi dengan pemerintah daerah, Bapel dan pemangku kepentingan lain dan menciptakan ketegangan antara Departemen Kesehatan, PT Askes dan pemerintah daerah yang justru dapat menghambat kerja sama dan koordinasi pelaksanaan JPK-Gakin. Akibatnya, di beberapa kabupaten mungkin terdapat dua penyelenggara jaminan kesehatan yang beroperasi secara simultan, yakni: PT Askes (yang didanai melalui PKPS-BBM) dan skema JPK-Gakin lokal (yang didanai oleh dana APBD-DAU). Kasus ini telah terjadi di Kabupaten Sumba Timur dan berpotensi terjadi di tempat lain. Jika dua skema ini tetap berjalan bersama, tanpa kerja sama dan konsultasi yang baik di antara mereka, hal ini tentu berakibat pada kebingungan para anggota JPK-Gakin dan kemungkinan akan mengurangi kualitas layanan.

Karena paket bantuan yang diberikan PT Askes akan bersifat seragam di seluruh wilayah di Indonesia, paket ini tentu akan mengabaikan kondisi lokal yang bisa mengubah paket bantuan yang diberikan (contohnya, penyediaan layanan kesehatan di daerah-daerah terpencil). Selain itu, para penerima manfaat tidak akan dapat memilih pengelola/penyelenggara jaminan kesehatan yang paling baik bagi mereka sendiri karena di bawah kebijakan pemerintah yang baru, PT Askes akan mengelola JPK-Gakin secara monopoli.

Analisis kami di atas memperlihatkan bahwa skema JPK-Gakin lokal cenderung menawarkan paket bantuan yang lebih baik dibanding yang disediakan oleh PT Askes dan seringkali disosialisasikan dengan lebih baik kepada para calon klien. Terdapat indikasi bahwa para klien cenderung lebih mendekati DinKes atau Bapel lokal ketika menyampaikan keluhan tentang layanan JPK-Gakin, dan cenderung sedikit yang mau mendekati PT Askes karena dianggap menjadi lembaga pemerintah pusat yang lebih birokratis dan jauh dari tempat tinggalnya. Dengan demikian, mungkin perlu agar pemerintah mempertimbangkan kembali rencananya untuk mempercayakan pengelolaan JPK-Gakin kepada PT Askes dan sebagai gantinya menyusun rencana agar PT Askes dan pemerintah daerah bekerja lebih erat dalam menyediakan layanan JPK-Gakin. Dalam kerja sama ini, daerah akan memiliki wewenang lebih banyak untuk mengatur paket bantuan JPK-Gakin agar lebih mengakomodasi kondisi lokal.

Anggota/Klien

Keterlibatan para anggota/klien JPK-Gakin dalam rancangan, implementasi dan pemantauan skema program tampak minim. Anggota JPK-Gakin sekadar menjadi anggota pasif yang tercatat, membayar premi dan menerima kartu anggota dan mendapatkan layanan kesehatan dari para penyedia/penyelenggara. Mereka tidak berperan serta dalam pengambilan keputusan menyangkut skema.

Tentu saja, beberapa anggota telah mengajukan aduan kepada DinKes dan Bapel ketika menerima pelayanan yang tidak memuaskan. Namun, mereka harus benar-benar agresif, mengambil inisiatif sendiri untuk mengajukan aduan, menindaklanjutinya dan seterusnya. Kalau tidak, aduan tersebut kemungkinan besar tidak akan mendapatkan tanggapan positif dari pengelola program. Akhirnya partisipasi para anggota JPK-Gakin hanya terbatas pada mengajukan aduan ketika mendapat layanan yang tidak memuaskan dari para penyedia layanan. Mereka tidak dilibatkan dalam rancangan, pelaksanaan dan pemantauan program. Hal ini membuat pengelolaan program menjadi kurang transparan dan bertanggung gugat bagi para pemangku kepentingan, khususnya para anggotanya.

V. KESIMPULAN

Berdasarkan temuan penelitian, dapat disimpulkan bahwa skema JPK-Gakin terbilang lebih berhasil dalam penyediaan akses layanan kesehatan yang memadai bagi masyarakat, khususnya kaum miskin, jika dibandingkan dengan skema pembiayaan kesehatan yang dikembangkan sebelumnya di Indonesia. Hal ini karena JPK-Gakin dikelola oleh pemerintah daerah (dana bersumber dari anggaran pemerintah daerah dan pemerintah pusat) sehingga lebih mudah bagi pemerintah untuk mengembangkan terobosan dalam skema tersebut, menangani masalah dan pengaduan para anggota, di samping mempertimbangkan kondisi lokal yang mungkin dapat memengaruhi penyediaan layanan kesehatan di daerah-daerah tertentu (seperti daerah-daerah terpencil atau yang rentan pada penyakit-penyakit periodik seperti malaria).

Dalam beberapa hal, skema ini perlu diperbaiki demi meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan yang diterima para anggota. Ada beberapa masalah yang perlu mendapat perhatian serius dan segera oleh DinKes, Bapel dan penyedia layanan.

Jika masalah-masalah di bawah ini tidak segera dikoreksi, akan menghambat efektivitas JPK-Gakin dalam menyediakan layanan bagi para anggotanya.

- Tampak minimnya efisiensi pengelolaan dana JPK-Gakin oleh penyelenggara/ penyedia layanan kesehatan (khususnya di RSUD). Klaim disetujui dengan verifikasi dan pengawasan yang minim dalam menjamin bahwa semuanya telah sesuai dan terdapat indikasi bahwa banyak dari dana-dana itu dipakai untuk mensubsidi layanan bagi pasien golongan mampu dan bukannya pasien golongan miskin yang seharusnya menerima bantuan (lihat di bawah). Membuat skema program agar dapat menentukan sasaran kelompok miskin dengan lebih baik seharusnya menjadi tugas pokok pemerintah jika tujuan dari program adalah untuk mewujudkan layanan kesehatan yang dapat diakses kaum miskin.
- Tampak terdapat sejumlah hambatan baik formal maupun informal yang berdampak pada keinginan para anggota Gakin untuk memanfaatkan layanan yang menjadi haknya, seperti tingginya ongkos tranpor, lambannya pembagian kartu anggota, dan lain-lain. Hambatan-hambatan itu tidak mendorong kaum miskin untuk memanfaatkan layanan JPK-Gakin. Ditambah lagi dengan persepsi yang berkembang tentang kualitas layanan fasilitas-fasilitas yang disediakan pemerintah, semua ini dapat membuat banyak anggota JPK-Gakin menjadi enggan untuk menjalani pengobatan di fasilitas-fasilitas ini.
- Rendahnya tingkat pemanfaatan JPK-Gakin terhadap layanan yang menjadi haknya mengakibatkan misalokasi subsidi JPK-Gakin kepada mereka yang diduga merupakan golongan mampu yang dapat membayar sendiri sebagian dari biaya kesehatannya. Tidak mustahil bahwa kebanyakan dari dana-dana tersebut digunakan untuk merenovasi gedung dan perlengkapan medis rumah sakit dan mensubsidi pasien di rumah sakit lain, khususnya mereka yang datang dari kelompok berpenghasilan lebih tinggi. Contohnya di Kabupaten Purbalingga, diperkirakan 79% dari dana JPK-Gakin dipakai untuk mensubsidi layanan

kesehatan bagi golongan nonmiskin di puskesmas dan 87,63% dari seluruh dana JPK-Gakin di RSUD diperuntukan bagi pasien nonmiskin. Agar dana ini tepat sasaran bagi kaum miskin, misalokasi ini perlu segera mendapat perhatian serius.

- Keterlibatan para pemangku kepentingan nonpemerintah terbilang minim, demikian pun keterlibatan para anggota JPK-Gakin dalam perancangan, pelaksanaan dan pemantauan program. Anggota JPK-Gakin menjadi bersifat pasif dalam pengambilan keputusan skema program. Hal ini tentu membuat pengelolaan program menjadi kurang transparan dan kurang bertanggung gugat bagi para pemangku kepentingannya, khususnya para anggota/klien.
- Kecuali di Sumba Timur, peran serta pengelola layanan swasta dalam skema JPK-Gakin tidak ada. Para anggota hanya dapat mengupayakan layanan kesehatan di fasilitas-fasilitas pemerintah/negeri seperti di puskesmas dan RSUD. Fakta bahwa kebanyakan para pengelola swasta tidak diikutsertakan dalam skema ini mengakibatkan lebih terbatasnya pilihan bagi para anggota yang tentu saja berdampak pada terbatasnya akses untuk pelayanan yang lebih baik.
- Pilihan pengelola/penyelenggara jaminan kesehatan juga menjadi terbatas, dengan adanya monopoli PT Askes untuk pengelolaan skema JPK-Gakin. Keputusan itu dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan tanpa terlebih dahulu berkonsultasi dengan pemerintah daerah, Bapel dan pemangku kepentingan lain dan hal ini menciptakan ketegangan antara Departemen Kesehatan, PT Askes dan pemangku kepentingan yang justru dapat menghambat kerja sama dan koordinasi pelaksanaan JPK-Gakin.
- Dana JPK-Gakin sebagian besar bergantung pada subsidi dari skema kompensasi BBM (PKPS-BBM) dan dari dana alokasi umum (DAU) yang diberikan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah yang sebagian besar untuk mendanai APBD. Dana dari sumber lain seperti dari premi anggota hanya merupakan bagian terkecil dari keseluruhan dana program. Dalam jangka panjang, hal ini dapat berakibat buruk pada keberlangsungan program dengan semakin berkurangnya dana PKPS-BBM dan DAU, yang tentu akan mengganggu penyediaan layanan.
- Selain dari laporan-laporan keuangan kuartal yang diwajibkan, pemantauan yang dilakukan oleh Bapel dan DinKes mengenai pemanfaatan dana JPK-Gakin oleh penyedia layanan cenderung minim. Dengan demikian, tidak diketahui pasti apakah semua pembayaran klaim yang dibuat oleh penyedia layanan kesehatan dibuat sungguh-sungguh berdasarkan layanan yang telah diberikan. Hal ini memberikan kesempatan bagi penyelewengan dana melalui pengajuan klaim-klaim palsu.
- Koordinasi antar dinas/lembaga pemerintahan (DinKes, Bapel dan penyedia layanan) perlu terus ditingkatkan. Meskipun di ketiga kabupaten ini terdapat upaya-upaya untuk terus melakukan koordinasi pelaksanaan skema JPK-Gakin, hasilnya belum optimal. Pertikaian dan saling menyalahkan satu sama lain ketika muncul persoalan masih sering terjadi.

Tabel 7 berikut ini menyediakan ringkasan temuan-temuan utama studi ini.

Tabel 7: Ringkasan Karakteristik Program JPK-Gakin di Tiga Kabupaten yang Disurvei

| | Sumba Timur | Purbalingga | Tabanan |
|--|---|--|---|
| Latar belakang program | Program dikelola pemda dan dimulai pada 2003. Hanya tersedia untuk masyarakat miskin. | Program dikelola pemda dan dimulai pada 2002. Tersedia untuk Gakin dan kelompok masyarakat yang berpenghasilan lebih tinggi dan kelompok ini wajib membayar premi. | Program dikelola pemda dan dimulai pada April 2004. Diselenggarakan oleh PT Askes. Hanya tersedia bagi kelompok miskin. |
| Pengelola/ penyelenggara skema | Bapel. Sejak 1 Januari 2005, PT Askes mengelola skema ini, meskipun Bapel masih menangani skema ini di tingkat perdesaan. | Bapel. Sejak Januari 2005, PT Askes mengelola skema. | Dikelola PT Askes sejak skema diluncurkan pada April 2004. |
| Penyedia layanan kesehatan yang disediakan bagi para anggota | Puskesmas, bides, RSUD, dan Rumah Sakit Swasta-Agama (hanya terdapat dua rumah sakit di daerah ini). Tidak ada dokter swasta. | Puskesmas, bides, dan RSUD. Tidak ada rumah sakit dan dokter swasta. | Puskesmas, bides dan RSUD. Tidak ada rumah sakit dan dokter swasta. |
| Peran penyelenggara layanan kesehatan swasta (dokter swasta, rumah sakit dan klinik swasta, dll). | Terbatas. Rumah sakit swasta turut serta dalam skema dan menerima pasien Gakin namun dokter swasta tidak. | Tidak ada. Skema hanya terbuka bagi puskesmas dan RSUD yang dikelola pemerintah. | Tidak ada. Skema hanya terbuka bagi puskesmas dan RSUD yang dikelola pemerintah. |
| Sumber dana | 58,5% dari pemerintah pusat (PKPS-BBM – kompensasi subsidi bahan bakar) 41% dari dana APBD (DAU). | 56% dari APBD(DAU), 13% dari pemerintah pusat (PKPS-BBM), 28,5% dari premi golongan mampu/non-Gakin, dan 2,5% dari sumber lain (pendapatan bunga). | Data terkait tidak diperoleh. |
| Jumlah anggota skema JPK-Gakin | 129.074 warga miskin (66,55% dari total penduduk kabupaten) . | 229.448 warga miskin (27,91% dari total penduduk kabupaten) Ditambah 263.746 golongan nonmiskin yang bergabung dalam skema dan membayar premi. | 37, 791 warga miskin (9% dari total penduduk kabupaten). |
| Rata-rata tingkat pemanfaatan setiap tahun | 16,02% untuk puskesmas dan 0,22% untuk rumah sakit. | 38,28% untuk puskesmas, 0.12% untuk RSUD. | 21,75% untuk puskesmas, 0.3% untuk RSUD. |

| | Sumba Timur | Purbalingga | Tabanan |
|--|---|--|---|
| Benarkah skema diperuntukan bagi kaum miskin? | Tidak. RSUD menerima 1,6 miliar untuk biaya pengobatan bagi pasien Gakin. Namun, hanya 0,22% dari anggota masyarakat miskin yang berhak menerima layanan gratis di rumah sakit, pada kenyataannya berkunjung ke rumah sakit (284 dari total 129.074 anggota Gakin yang layak menerima skema program). | Tidak. Diperkirakan 79% dari dana JPK-Gakin digunakan untuk mensubsidi layanan kesehatan bagi golongan nonmiskin di puskesmas. Di RSUD, 87,63% dari dana JPK-Gakin digunakan untuk para pasien non-Gakin. | Tidak. RSUD menerima Rp1,8 miliar untuk biaya pengobatan pasien Gakin. Namun, hanya 0,3% dari anggota masyarakat miskin yang berhak menerima pengobatan gratis di rumah sakit, pada kenyataannya berkunjung ke rumah sakit (113 dari 37,791 anggota masyarakat miskin yang layak menerima skema program). |
| Pemasaran dan sosialisasi | Sosialisasi dilakukan oleh staf puskesmas, bides dan kepala desa bersama aparatnya. | Sosialisasi dilakukan oleh staf puskesmas, bides dan para kader yang tinggal dekat dengan masyarakat yang menjadi sasaran program. Sosialisasi ini dianggap bersifat lebih aktif dan lebih sukses dibandingkan dengan sosialisasi yang dilakukan di dua kabupaten lainnya. | Sosialisasi terutama dilakukan melalui kepala dusun (Kelian Dinas). Bides dan kader tidak memainkan peran penting dalam sosialisasi jaminan kesehatan bagi kelompok miskin di Tabanan. Hasilnya, sosialisasi skema Askes-Gakin di kabupaten ini tampaknya tidak maksimal. |
| Peran anggota/klien dalam tata kelola skema | Minimal, terbatas pada pengajuan aduan manakala anggota tidak mendapat layanan yang memuaskan. Tidak dilibatkan pada tahap perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan. | Minimal, terbatas pada pengajuan aduan manakala anggota tidak mendapat layanan yang memuaskan (dan membayar premi bagi pelanggan nonmiskin). Tidak dilibatkan pada tahap perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan | Minimal, terbatas pada pengajuan aduan manakala anggota tidak mendapat layanan yang memuaskan. Tidak dilibatkan pada tahap perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan. |
| Pemantauan dan pengawasan keuangan (auditing) | Secara resmi dilakukan oleh Bawasda dan Bapel yang selanjutnya disupervisi oleh DinKes. Namun, dalam praktiknya pemantauan ekstensif tidak dilakukan. Bapel dan DinKes sekedar menerima laporan keuangan dan klaim yang diajukan oleh penyelenggara layanan kesehatan. | Secara resmi, dilakukan oleh Bawasda dan Bapel yang selanjutnya diawasi oleh DinKes. Namun dalam praktiknya, monitoring ekstensif tidak dilakukan. Bapel dan DinKes sekedar menerima laporan keuangan dan klaim yang diajukan oleh penyelenggara layanan kesehatan. | Secara resmi, dilakukan oleh Bawasda dan Bapel yang selanjutnya diawasi oleh DinKes. Namun dalam praktiknya, monitoring ekstensif tidak dilakukan. Bapel dan DinKes sekedar menerima laporan keuangan dan klaim yang diajukan oleh penyelenggara layanan kesehatan. |

VI. REKOMENDASI KEBIJAKAN

Untuk mencari solusi atas persoalan-persoalan ini dan membuat agar skema JPK Gakin dapat bekerja lebih baik, rekomendasi berikut perlu ditindaklanjuti pemerintah, Bapel, penyedia layanan kesehatan, dan pemangku kepentingan lain. Rekomendasi ini ditujukan kepada pemerintah daerah yang mengelola dan melaksanakan skema JPK-Gakin dan juga kepada pemerintah pusat (Departemen Kesehatan) yang akan mengawasi dan memberikan saran kebijakan kepada pelaksana lokal. Kami telah mengklasifikasi rekomendasi ini ke dalam tiga bagian, yakni rekomendasi jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang, yang didasarkan penilaian kami atas jumlah waktu yang diperlukan untuk melaksanakan program ini. Kebanyakan rekomendasi ini akan dilaksanakan oleh pemerintah daerah, setelah terlebih dahulu berkonsultasi dengan pemerintah pusat, sektor swasta, LSM dan terutama, warga masyarakat yang menjadi penerima manfaat skema JPK-Gakin.

Rekomendasi jangka pendek (dilaksanakan dalam satu tahun berikutnya):

- Meningkatkan koordinasi antara berbagai instansi pemerintah, khususnya antara DinKes dan PT Askes dalam mengelola penyediaan JPK-Gakin di tingkat lokal. Koordinasi hendaknya terus-menerus dilakukan dan tidak hanya terbatas pada pertemuan-pertemuan formal bulanan dan laporan keuangan kuartal. Para pejabat PT Askes dan pejabat DinKes hendaknya menjalin kerja sama yang lebih erat (mungkin dalam satu kantor yang sama) untuk mengatasi situasi dan masalah dalam skema dengan lebih cepat.
- Menyusun panduan yang tegas mengenai fungsi, tugas dan tanggung jawab dari setiap instansi pemerintah dalam mengelola skema JPK-Gakin di tingkat lokal. DinKes (dengan bantuan puskesmas, kepala desa dan kader) dapat ditugaskan untuk mengumpulkan informasi terbaru secara berkala tentang anggota Gakin, mendistribusikan kartu sehat. PT Askes dapat ditugaskan untuk membayar klaim penggantian dari penyedia layanan kesehatan; dan penyedia layanan kesehatan (puskesmas dan RSUD) akan menyediakan layanan kesehatan bagi para anggota Gakin. Dengan panduan seperti itu, fungsi dari masing-masing lembaga akan semakin jelas dan pertikaian akibat kepentingan yang berbeda dapat dihindarkan.
- Menghilangkan hambatan-hambatan, baik formal maupun informal bagi Gakin untuk menggunakan layanan yang menjadi haknya. Hal ini dapat dicapai misalnya dengan mempercepat distribusi kartu keanggotaan Gakin dan menyediakan subsidi transportasi bagi para pasien Gakin. Pemerintah perlu menghentikan misalokasi subsidi Gakin kepada kelompok-kelompok yang berpenghasilan lebih tinggi demi menjamin skema JPK-Gakin sungguh-sungguh memenuhi tujuan yang dimaksud, yakni menyediakan pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin.

- Meningkatkan efisiensi penyediaan layanan kesehatan oleh penyedia layanan kesehatan (puskesmas dan RSUD). Layanan kesehatan yang diberikan kepada anggota JPK-Gakin hendaknya sesuai dengan kebutuhan mereka dan secara medis memang diperlukan. Contohnya, pemanfaatan pengobatan yang mahal namun secara medis tidak diperlukan (seperti obat-obatan paten) hendaknya dibatasi dengan penerapan mekanisme pengendalian efisiensi. Prosedur pemantauan yang lebih ketat hendaknya diperkenalkan untuk menjamin agar dana Gakin dimanfaatkan secara efisien mungkin dan bahwa semua biaya yang dikeluarkan sungguh-sungguh dapat dipertanggungjawabkan.
- Meningkatkan kualitas layanan yang disediakan puskesmas. Banyak warga masyarakat menganggap bahwa kualitas layanan puskesmas terbilang minim dan mereka tidak mau mendapat layanan kesehatan dasar di puskesmas. Perlu diberikan insentif untuk meningkatkan kualitas pengadaan layanan kesehatan di puskesmas. Pada saat yang sama puskesmas hendaknya tidak menggunakan insentif tersebut untuk meningkatkan atau menaikkan upah atau membayar bonus kepada staf puskesmas.
- Meningkatkan teknik sosialisasi/pemasaran untuk merekrut anggota JPK-Gakin yang baru dengan menggunakan instrumen pemasaran massa yang berbiaya rendah dan memiliki kredibilitas yang luas di antara para calon anggota/klien. Kader dapat menjadi instrumen yang potensial bagi tujuan sosialisasi semacam ini. Insentif dapat diberikan untuk membuat para kader menjadi lebih produktif dalam merekrut anggota baru. Ini dapat mencakup pemberian honor yang teratur bagi para kader, yang nilainya lebih tinggi dari insentif yang kini berlaku.

Rekomendasi jangka menengah (dilaksanakan dalam satu hingga dua tahun):

- Mengaktifkan kembali kegiatan-kegiatan puskesmas di tingkat desa (khususnya di daerah-daerah terpencil), contohnya, dengan memperkenalkan puskesmas keliling. Hal lain yang juga dapat dilakukan adalah melatih penyedia layanan kesehatan tingkat desa seperti dukun sehingga mereka dapat menyediakan bantuan pertama (P3K) bagi masyarakat desa dalam keadaan darurat saat dokter dan tim medis tidak sedang melakukan tugas keliling. Penyedia layanan kesehatan tingkat desa ini juga dapat menyediakan rujukan kepada puskesmas dalam kasus di mana mereka tidak dapat mengobati pasien karena seriusnya kondisi kesehatan pasien. Dengan demikian, diharapkan akses pada layanan fasilitas publik di tingkat desa dapat dikembangkan dan warga masyarakat tidak harus mencari pengobatan di puskesmas kecuali jika kondisi kesehatannya tidak dapat dilayani di tingkat desa.
- Melaksanakan berbagai upaya untuk meningkatkan partisipasi para anggota JPK-Gakin dalam fase perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan skema. Para anggota hendaknya diberi kesempatan untuk mengambil bagian dalam proses pengambilan keputusan yang akan berdampak pada kesejahteraannya dan keanggotaannya dalam skema JPK-Gakin. Pembentukan asosiasi anggota JPK-Gakin di tingkat akar rumput dapat menjadi langkah awal untuk mencapai tujuan ini.
- Menyediakan sistem pemantauan yang lebih ketat (baik internal maupun eksternal) demi menjamin agar dana JPK-Gakin yang dialokasikan untuk layanan

kesehatan di RSUD dan puskesmas dimanfaatkan seefisien dan seefektif mungkin. Pemantauan hendaknya dilakukan bersama Bapel (atau Bawasda) dan juga oleh sebuah tim pemantau independen yang dapat dibentuk oleh LSM/organisasi masyarakat sipil, komunitas atau dari asosiasi anggota JPK-Gakin sendiri.

- Perlu dipertimbangkan untuk melibatkan penyedia layanan swasta (seperti dokter swasta, rumah sakit swasta, dan klinik kesehatan swasta) dalam daftar penyedia layanan skema JPK-Gakin. Hal ini akan memperluas pilihan penyedia layanan bagi para anggota skema dan akan meningkatkan akses mereka pada layanan yang dibutuhkan. Untuk menarik penyedia layanan swasta dalam skema, pembayaran biaya penggantian yang lebih tinggi yang diatur sesuai atau mendekati harga pasar mungkin diperlukan sehingga jumlah yang dibayarkan akan sesuai dengan tingkat biaya yang dikenakan oleh penyedia layanan swasta. Akan tetapi, hal ini tentu memerlukan kenaikan jumlah premi yang dapat saja membuat para anggota JPK-Gakin keluar dari skema ini karena tidak sanggup lagi membayar premi.
- Perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri monopoli PT Askes sebagai satu-satunya penyedia dana jaminan kesehatan bagi JPK-Gakin dan membuka proses seleksi para penyelenggara lain melalui proses tender yang kompetitif yang dilakukan oleh setiap pemerintah daerah. Perusahaan-perusahaan ini akan mengatur pengelolaan finansial, klaim dan penggantian dana Gakin di setiap daerah, sementara pemerintah daerah (DinKes) akan terus mengeluarkan peraturan yang sesuai dan memantau pelaksanaan program. Semua perusahaan penyedia jaminan kesehatan (baik swasta maupun negeri) hendaknya diberi kesempatan untuk berperan serta dalam proses tender ini dan diberi kesempatan untuk mengelola skema JPK-Gakin berdasarkan prestasi-prestasi-prestasi sebelumnya dan kemampuannya untuk melayani kliennya secara efisien.

Rekomendasi jangka panjang (dilaksanakan dalam jangka waktu tiga tahun atau lebih):

- Berbagai upaya perlu dilakukan dalam rangka mengurangi atau menghapus ketergantungan skema JPK-Gakin pada dana PKPS-BBM dan dana APBD-DAU dan membuatnya menjadi lebih mandiri melalui premi atau sumbangan dari anggota/klien, apakah dengan meningkatkan premi bagi anggota golongan mampu non-Gakin atau dengan memperkenalkan pajak baru untuk mendanai skema ini (contoh dengan memperkenalkan pajak rokok lokal dan pajak minuman keras). Tentu saja, upaya-upaya ini perlu diambil untuk menjamin agar kebijakan ini tidak mengurangi akses layanan kesehatan yang diperlukan dan tidak akan mengganggu kegiatan ekonomi lokal atau memberi dampak pada pasar tenaga kerja lokal.
- Perlu dipertimbangkan untuk mengenakan tingkat premi minimum (atau jaminan bersama) bagi para anggota JPK-Gakin. Karena tampaknya para anggota Gakin yang membayar premi lebih besar kemungkinannya menuntut layanan yang lebih baik dari para penyedia layanan kesehatan dibandingkan mereka yang tidak membayar premi. Mereka yang membayar premi lebih leluasa mengajukan aduan ketika layanannya tidak memuaskan. Tentu saja, biaya premi yang diberlakukan kepada para anggota Gakin hendaknya diatur pada tingkat minimum yang sesuai sehingga mereka tidak akan keluar dari skema JPK-Gakin

akibat tidak sanggup membayar premi. Hal ini pernah dilakukan di Kabupaten Rembang di mana anggota Gakin diminta untuk membayar premi Rp5.000/orang/tahun untuk menerima manfaat program. Kebijakan ini berhasil baik. Karena membayar premi yang kecil, kaum miskin cenderung untuk ikut memantau kualitas layanan kesehatan mereka dan mengajukan aduan jika layanannya tidak memuaskan.

- Secara hati-hati mengkaji kemungkinan memperkenalkan skema kupon layanan kesehatan, sehingga warga masyarakat miskin secara langsung akan mengontrol subsidi kesehatan yang diberikan kepada mereka (dibandingkan skema saat ini yang memberi subsidi kepada penyedia layanan). Ini dilakukan untuk meminimalkan kemungkinan kebocoran subsidi kepada pasien yang berpenghasilan lebih tinggi dan meningkatkan akuntabilitas dan kualitas layanan yang lebih baik. Pemegang kupon dapat memilih sendiri penyedia layanan yang dirasa akan memberikan layanan terbaik (baik penyedia layanan swasta maupun pemerintah akan diizinkan untuk memberi layanan medis kepada pemegang kupon), sehingga terdapat kompetisi yang positif di antara penyedia layanan untuk menarik sebanyak mungkin pemegang kupon ke fasilitas mereka dan ini hanya akan dicapai jika pelayanannya lebih baik dan lebih bertanggung-gugat. Tentu saja kebocoran dapat terjadi dalam skema kupon ini jika kelompok miskin pemegang kupon menjual kuponnya kepada mereka yang berpenghasilan lebih tinggi. Untuk itu, langkah-langkah perlu disiapkan untuk meminimalkan kemungkinan ini (seperti pencatatan nama pemegang kupon dan menandai identitas mereka dengan nomor identifikasi tertentu).

LAMPIRAN

**Lampiran 1 : Penerimaan dan Pengeluaran Skema JKPM
di Kabupaten Purbalingga, Tahun Anggaran : 2002-2003 (dalam rupiah)**

| | | |
|---|-------------|----------------------|
| Penerimaan | | |
| Subsidi pemerintah daerah: | | |
| Gakin | 996.902.016 | |
| Non-Gakin | 271.080.000 | |
| Total subsidi pemerintah daerah | | 1.267.982.016 |
| Subsidi pemerintah pusat (PKPS BBM) | | 291.417.984 |
| Premi yang diterima dari anggota non-Gakin | | 645.420.000 |
| Surplus tahun anggaran 2001/2002 | | 9.715.952 |
| Penerimaan dari bunga | | 44.715.978 |
| Total Penerimaan | | 2.259.251.930 |
| Pengeluaran | | |
| Pembayaran kapitasi kepada RSUD | | 1.033.206.000 |
| Pembayaran kapitasi untuk pasien rawat jalan di puskesmas | | 731.040.000 |
| Pembayaran kapitasi untuk pasien rawat inap di puskesmas | | 73.104.000 |
| Insentif untuk para kader, koordinator program, dll | | 102.697.600 |
| Gaji Bapel dan biaya administrasi | | 317.026.121 |
| Total pengeluaran | | 2.257.073.721 |
| Surplus (penerimaan-pengeluaran) | | 2.178.209 |

**Lampiran 2: Analisis Distribusi Pemanfaatan Dana JPKM
di Kabupaten Purbalingga, Tahun Anggaran 2002-2003 (dalam rupiah)**

| | | | |
|--|-------------|---------------|---------------|
| Total dana yang tersedia | | 2.259.251.930 | |
| Alokasi dana untuk anggota Gakin | | | |
| Subsidi pemerintah daerah | 996.902.016 | | |
| Subsidi pemerintah pusat | 291.417.984 | | |
| Total dana untuk anggota Gakin | | 1.288.320.000 | |
| Persentase alokasi dana untuk anggota Gakin | | | 57.02% |
| Alokasi dana untuk anggota non-Gakin | | | |
| Subsidi pemerintah daerah | 271.080.000 | | |
| Premi yang dibayar oleh anggota non-Gakin | 645.420.000 | | |
| Sumber lain (bunga, dll.) | 54.431.930 | | |
| Total penerimaan dana untuk anggota non-Gakin | | 970.931.930 | |
| Persentase alokasi dana untuk anggota non-Gakin | | | 42.98% |
| Alokasi dana di puskesmas | | | |
| Alokasi dana JPKM untuk puskesmas | | 804.144.000 | |
| Rata-rata alokasi bulanan untuk puskesmas | | 67.012.000 | |
| Rata-rata jumlah pengunjung setiap bulan ke puskesmas | 30.614 | | |
| Rata-rata jumlah pengunjung anggota Gakin setiap bulan di puskesmas | 6.404 | | |
| Rata-rata jumlah pengunjung anggota non-Gakin setiap bulan ke puskesmas | 24.210 | | |
| Rata-rata alokasi dana bagi anggota Gakin setiap bulan | | 14.017.928 | |
| Persentase alokasi dana bagi pasien Gakin di puskesmas | | | 20.92% |
| Rata-rata alokasi dana bagi anggota non-Gakin setiap bulan | | 52.994.072 | |
| Persentase alokasi dana bagi pasien non-Gakin setiap bulan di puskesmas | | | 79.08% |
| Alokasi dana di RSUD | | | |
| Alokasi dana JPKM untuk RSUD | | 1.033.206.000 | |
| Rata-rata alokasi bulanan ke RSUD | | 86.100.500 | |
| Rata-rata jumlah pengunjung per bulan ke RSUD | 97 | | |
| Rata-rata jumlah pengunjung anggota Gakin per bulan ke RSUD | 12 | | |
| Rata-rata jumlah pengunjung per bulan anggota non-Gakin ke RSUD | 85 | | |
| Rata-rata alokasi dana untuk pasien Gakin setiap bulan | | 10.651.608 | |
| Persentase alokasi dana RSUD bagi pasien Gakin | | | 12.37% |
| Rata-rata alokasi dana bagi pasien non-Gakin setiap bulan | | 75.448.892 | |
| Persentase alokasi dana RSUD bagi pasien non-Gakin | | | 87.63% |

**Lampiran3: Penerimaan dan Pengeluaran JPK Gakin di Kabupaten Sumba Timur,
Tahun Anggaran 2003-2004 (dalam rupiah)**

| | | | | |
|---|---------------|---------------|----------------------|----------------------|
| Penerimaan tahun anggaran 2003 | | | | |
| Subsidi pemerintah pusat | | | | |
| Penyediaan layanan kesehatan dasar | 2.163.000.000 | | | |
| Rujukan ke rumah sakit | 450.000.000 | | | |
| Distribusi obat-obatan | 27.470.000 | | | |
| Pengeluaran lain | 25.000.000 | | | |
| Total subsidi pemerintah pusat | | 2.665.470.000 | | |
| Subsidi pemerintah daerah | | | | |
| Pembelian obat-obatan | 1.500.000.000 | | | |
| Pembayaran premi bagi anggota Gakin | 392.000.000 | | | |
| Total subsidi pemerintah daerah | | 1.892.000.000 | | |
| Penerimaan total untuk tahun anggaran 2003 | | | 4.557.470.000 | |
| Penerimaan tahun anggaran 2004 (hingga Agustus 2004) | | | | |
| Subsidi pemerintah pusat | | | | |
| Penyediaan layanan kesehatan dasar | 1.071.583.000 | | | |
| Rujukan untuk rumah sakit | 688.777.000 | | | |
| Total subsidi pemerintah pusat | | 1.760.360.000 | | |
| Subsidi pemerintah daerah | | | | |
| Pembelian obat-obatan dan premi | 2.000.000.000 | | | |
| Subsidi lain | 81.520.000 | | | |
| Total subsidi pemerintah daerah | | 2.081.520.000 | | |
| Total penerimaan untuk tahun anggaran 2004 (hingga Agustus 2004) | | | 3.841.880.000 | |
| Pendapatan dari bunga (hingga Juni 2004) | | | 60.143.049 | |
| Total penerimaan tahun anggaran 2003 dan 2004 | | | | 8.459.493.049 |
| Pengeluaran (tahun anggaran 2003 dan 2004) | | | | |
| Pengobatan rawat jalan di puskesmas | | 1.548.888.000 | | |
| Pengobatan rawat inap di puskesmas | | 114.112.500 | | |
| Pengobatan rawat inap di rumah sakit | | 1.634.327.560 | | |
| Biaya pengelolaan Bapel (5%) | | 218.668.000 | | |
| Pembelian obat-obatan | | 1.778.017.430 | | |
| Distribusi obat-obatan | | 4.120.500 | | |
| Validasi dan verifikasi klaim | | 81.520.000 | | |
| Biaya lain-lain | | 25.000.000 | | |
| Total pengeluaran | | | | 5.404.653.990 |
| Surplus (Penerimaan-pengeluaran) | | | | 3.054.839.059 |