

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Kota Yogyakarta

Oleh: Haeruddin

ABSTRACT

This study tried to describe the health care insurance program for the poor implemented by regional health insurance provider at Yogyakarta city. A qualitative approach has been used in this study. The finding of this study indicated that the successful implementation and development of the care program provides benefits to the government. The successful of the program includes (1) development budget expenditure in the health sector be more efficient, (2) partial subsidies can be allocated to communities in need (3) government get people healthier and more productive. Nevertheless, the fact in Indonesia nowadays, also in Yogyakarta, the development of Managed Care Program still runs slowly.

Kata Kunci : *Jaminan Kesehatan, Masyarakat Miskin, Unit Pelaksana Teknis (UPT)*

I. PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan masalah multi dimensi yang sangat kompleks dan tidak dapat secara mudah dilihat dari suatu angka absolut. Kemiskinan bukan hanya diukur dari pendapatan (ketidakmampuan secara ekonomi) saja, tetapi juga mencakup kegagalan pemenuhan hak-hak dasar dan perbedaan perlakuan bagi seseorang atau sekelompok orang, baik laki-laki maupun perempuan dalam menjalani kehidupan secara martabat dan manusiawi. Hak-hak dasar yang diakui secara umum antara lain meliputi terpenuhinya kebutuhan pangan, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, air bersih, pertanahan, sumber daya alam dan lingkungan hidup, rasa aman dari tindak kekerasan, dan hak partisipasi dalam kehidupan sosial politik. Hak-hak dasar tersebut tidak dapat berdiri

sendiri tetapi saling mempengaruhi satu sama lain sehingga tidak terpenuhinya satu hak dapat mempengaruhi pemenuhan hak lainnya.

Indonesia masih menghadapi masalah kemiskinan yang ditandai oleh jumlah penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan dan yang rentan jauh di bawah garis kemiskinan. Pada tahun 2004, jumlah penduduk miskin berdasarkan data BPS sekitar 36,1 juta dari jumlah penduduk. Meskipun jumlah penduduk miskin mengalami penurunan sekitar 1,3 juta jiwa pada tahun 2004 dari tahun 2003 (berdasarkan data BPS tahun 2003 jumlah penduduk miskin sekitar 37,4 juta jiwa) akan tetapi tidak tertutup kemungkinan akan bertambah lagi jumlah penduduk miskin disebabkan karena banyaknya masyarakat yang rentan jatuh di

bawah garis kemiskinan. Hal ini tergantung komitmen dan keseriusan pemerintah baik pusat maupun daerah dalam menanggulangi masalah kemiskinan di negara kita.

Sementara itu dengan berdasarkan pada basis data Biro Pusat Statistik tahun 2006, melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 125/MENKES/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2008, Departemen Kesehatan RI pada tahun 2008 meluncurkan program baru sebagai penyempurnaan dari program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) dengan diberi nama Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 2008. Jumlah sasaran program Jamkesmas tahun 2008 sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) dengan jumlah sekitar 76,4 juta jiwa bersumber dari data BPS tahun 2006¹. Hal ini berarti bahwa asumsi besarnya jumlah masyarakat miskin yang digunakan Depkes dalam menetapkan jumlah sasaran program tahun 2008 ini meningkat lebih dari 100 persen dibandingkan dengan tahun 2004. Ini juga menunjukkan bahwa angka kemiskinan di Indonesia bukannya semakin berkurang tetapi sebaliknya terus mengalami kenaikan.

Salah satu kondisi yang terkait dengan kemiskinan adalah persoalan kesehatan. Kesehatan merupakan modal bagi masyarakat miskin untuk dapat bekerja dan mencari nafkah

dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Pada umumnya tingkat kesehatan masyarakat miskin masih rendah. Begitu pula akses pemanfaatan layanan kesehatan untuk masyarakat miskin masih rendah sehingga pemberian pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin masih dikesampingkan. Padahal masyarakat miskin juga mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan, termasuk pelayanan kesehatan sebagaimana yang diatur dalam UUD 1945 pada pasal 28 H ayat (1) yang mengatakan secara tegas bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia. Demikian pula, dengan adanya komitmen global dan nasional yang harus disikapi dalam fokus pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, yaitu komitmen dari WHO dan UUD 1945 yang menyebutkan bahwa kesehatan adalah investasi.

Melalui investasi kesehatan, maka dengan kondisi seseorang yang sehat akan dapat meningkatkan produktivitas kerja, meningkatkan pendapatan dan tingkat pendidikan, menurunkan angka kematian serta menurunkan angka kemiskinan. Oleh karena itu, negara mengembangkan sistem jaminan sosial dan kesehatan bagi seluruh rakyatnya dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaan. Negara bertanggungjawab menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Berkaitan dengan hal tersebut, maka pemerintah seoptimal mungkin mewujudkan amanat ini, antara lain dengan diundangkannya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sebagai salah satu komponennya. Dan salah

¹ Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 2008*. Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 125/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Februari 2008. Jakarta: Depkes RI.

satu bentuk perwujudan amanat UUD 1945 yang harus dilaksanakan pemerintah adalah kepedulian terhadap pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dengan mengupayakan agar setiap penduduk terlayani kebutuhan kesehatannya tanpa membedakan status sosial, wilayah geografis, suku, agama, dan bahkan kewarganegaraannya.

Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan selanjutnya disebut JPKM merupakan salah satu bentuk penyelenggaraan asuransi kesehatan yang dalam pelaksanaannya berorientasi pada sistem *managed care*. Menurut Depkes, program JPKM dianggap cara yang tepat untuk mengatasi masalah akses dan mutu pelayanan kesehatan, karena JPKM dapat mengefisienkan pengeluaran langsung masyarakat (*direct payment out of pocket*) sekaligus mengefektifkan pemberian pelayanan kesehatan dengan memperhatikan peningkatan mutu dan pelayanan paripurna mencakup semua aspek, yaitu preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

Pada hakekatnya pemerintah propinsi maupun pemerintah kabupaten dan kota memiliki kewenangan untuk memprakarsai terbentuknya Badan Penyelenggara JPKM (Bapel JPKM), jika dilihat dari momentum ketika dicetuskannya program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) tahun 1998, karena program ini dirancang khusus oleh pemerintah untuk menanggulangi krisis ekonomi di Indonesia yang terjadi pertengahan tahun 1997, termasuk di kota Yogyakarta.

Berdasarkan data dari Dinas Kesejahteraan Sosial Kota Yogyakarta sejumlah 89.818 jiwa yang

mencakup penduduk di 14 wilayah kecamatan. Dari sejumlah tersebut masing-masing pengalokasian sumber dananya berasal dari 3 sumber yakni sejumlah 68.456 jiwa dijaminan melalui PT Askes, 21.000 jiwa dengan dana dari Jamkesos Dinas Kesehatan Propinsi DIY, dan sisanya dialokasikan dari dana UPT PJKD Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta². Sementara untuk program penjaminan tahun 2008 melalui program Jamkesmas Departemen Kesehatan, bagi masyarakat miskin kota Yogyakarta dialokasikan sejumlah 19.681 Rumah Tangga Miskin (RTM), dengan jumlah jiwa sebesar 68.456 orang³.

Untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Kota Yogyakarta maka suatu penelitian telah dilakukan untuk mendeskripsikan pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin kota Yogyakarta melalui Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (UPT PJKD) Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta; mengetahui mekanisme pelaksanaan pemberian jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat kota Yogyakarta; dan mengetahui kendala-kendala yang dihadapi dalam mengimplementasikan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat kota Yogyakarta.

II. TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Sebagai akibat makin majunya ilmu dan teknologi kedokteran serta makin meningkatnya pendidikan, penghasilan serta kesadaran masyarakat

² Wawancara dengan Heri Purwanto, staf UPT PJKD, pada hari Sabtu 17 Mei 2008

³ *Ibid*

terhadap kesehatan, disamping mendatangkan banyak manfaat yang ditandai dengan makin meningkatnya mutu pelayanan kesehatan serta status kesehatan masyarakat, ternyata juga mendatangkan banyak masalah. Salah satu dari masalah yang dimaksud yang memperhatikan semua pihak adalah makin meningkatnya biaya kesehatan (*health cost*). Mudah dipahami karena pelayanan kesehatan, apalagi yang dikelola oleh rumah sakit adalah usaha yang padat karya, padat teknologi serta padat modal. Untuk mengatasi masalah ini banyak jalan keluar yang pernah diajukan yang kesemuanya sebagai satu kesatuan disebut dengan nama program pengendalian biaya kesehatan (*health cost containment*). Kegiatan yang dilaksanakan dalam program pengendalian biaya ini banyak pula macamnya. Salah satu diantaranya yang dinilai menjanjikan banyak harapan ialah penerapan program asuransi kesehatan (*health insurance*)⁴. Berbicara tentang asuransi kesehatan, maka tidak dapat dilepaskan dari kegiatan asuransi itu sendiri, sebab asuransi kesehatan pada dasarnya menggunakan prinsip-prinsip usaha asuransi, khususnya asuransi di bidang kesehatan.

Asuransi Kesehatan

Dalam perkembangannya pengertian asuransi tidak terbatas hanya pada perjanjian antara si penanggung dengan tertanggung saja, tetapi lebih diperluas yakni kepada seluruh anggota masyarakat. Pengertian asuransi seperti ini dikenal dengan

nama asuransi social (*social insurance*) yang termasuk di dalam asuransi kesehatan (*health insurance*). Asuransi kesehatan tidak lain adalah suatu program jaminan pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat yang biayanya dipikul bersama oleh masyarakat melalui suatu sistem kontribusi yang dilaksanakan secara pra upaya⁵.

Pada hakekatnya, asuransi kesehatan merupakan pelimpahan resiko (*risk shifting*) oleh tertanggung kepada penanggung agar kerugian finansial yang diderita oleh tertanggung karena serangan penyakit, dijamin oleh penanggung. Resiko yang dilimpahkan oleh tertanggung kepada penanggung bukanlah hilangnya/merosotnya kemampuan karena sakit, juga bukan hilangnya jiwa yang direnggut oleh penyakit, tetapi kerugian finansial yang diderita oleh tertanggung yang ditimbulkan oleh penyakit yang menyerangnya. Selaku makhluk yang memiliki martabat tertinggi dari segala makhluk di muka bumi, maka hidup manusia mempunyai nilai, yaitu nilai hidup dan nilai ekonomi. Yang paling berkepentingan atas nilai ekonomi hidup seseorang adalah orang yang bersangkutan, istri dan anak-anaknya, sanak keluarga maupun orang-orang yang dekat kepadanya yang menjadi tanggungannya. Bagi suatu keluarga, nilai ekonomi kepala keluarga sama dengan kemampuannya menghasilkan *income*. Bila nilai ekonomi kepala keluarga berkurang/hilang karena ia diserang oleh penyakit, maka nilai ekonomi istri dan anak-anaknya juga terganggu. Selain dari nilai ekonominya terganggu, ia

⁴ Azrul Azwar. 1995. *Catatan Tentang Asuransi Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.

⁵ *Ibid*

juga harus mengeluarkan biaya pengobatan dan perawatannya.

Asuransi kesehatan tidak menanggung berkurangnya atau hilangnya nilai ekonomi seorang tertanggung karena diserang oleh penyakit. Asuransi kesehatan hanya menanggung kerugian finansial yang ditimbulkan oleh serangan penyakit, yaitu untuk mengganti biaya pengobatan dan perawatan dan biaya-biaya lainnya dalam rangka menyembuhkan penyakitnya, sekalipun tertanggung tidak jadi sembuh (mati).

Menurut Thabrany⁶, asuransi adalah suatu transfer resiko dengan membayar premi/iuran (*certain sums*) dengan jaminan (*guarantee*) untuk mendapatkan kompensasi berupa benefit jika terjadi kerugian tertentu menimpa seseorang (*specified loss*) akibat suatu resiko (termasuk resiko sakit). Adanya mekanisme transfer resiko, maka terjadi subsidi dari orang sehat kepada orang sakit, atau dari yang mampu kepada yang tidak mampu, proses tersebut terjadi ketika peserta membayar premi pada perusahaan asuransi (*risk pooling and risk sharing*). Kemudian kata jaminan (*guarantee*) berarti adanya ikatan kontrak dan *specified loss* mempunyai arti adanya paket pelayanan yang disetujui dalam kontrak antara peserta dan perusahaan asuransi atau yang disebut *benefit*.

Menurut Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (HIAA), kerugian finansial yang diakibatkan oleh suatu kejadian bisa dikurangi melalui

sistem asuransi, karena pada dasarnya asuransi dalam pelaksanaannya menerapkan sistem manajemen resiko, dimana peserta secara bersama-sama menanggung kerugian ekonomi yang mungkin terjadi, dengan cara membayar premi kepada pihak perusahaan asuransi. Lebih lanjut disebutkan ada beberapa cara yang dilakukan seseorang untuk menghadapi kemungkinan terjadinya kerugian terhadap kehidupannya, yaitu (a) menghilangkan resiko dengan cara mencegah penyebabnya (*prevention*), (b) mengurangi besarnya resiko dengan melakukan pencegahan atau mengurangi kerugian kalau terjadi (*reduction*), (c) menghadapi resiko itu dengan apa adanya (*retention*) dan (d) memindahkan sebagian atau seluruh resiko kepada pihak lain (perusahaan asuransi) dengan cara membayar premi (*sharing*).

Menurut Bhisma Murti⁷, prinsip-prinsip asuransi kesehatan yaitu pengeluaran biaya pemeliharaan kesehatan merupakan sesuatu yang tidak pasti. Bagi sebagian orang bahwa datangnya penyakit bersifat langka, ireguler dan sulit diketahui. Sementara menurut Azrul Azwar⁸, bentuk klasik asuransi kesehatan terdiri dari tiga pihak yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Ketiga pihak yang dimaksud adalah (1) Tertanggung/peserta atau *client*, (2) Penanggung/Badan asuransi atau *Health insurance institution*, dan (3) Penyedia pelayanan (*health provider*). Tertanggung/peserta atau *client* ialah mereka yang terdaftar sebagai anggota, membayar sejumlah iuran (premi) dengan mekanisme tertentu

⁶ Thabrany. 1998. "Rasional dan Perhitungan Pembayaran Kapitasi", dalam Thabrany H, dan Hidayat B., (editor). *Pembayaran Kapitasi, Asuransi Kesehatan, JPKM, Managed Care*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Depok

⁷ Bhisma Murti. 2000. *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta: Kanisius.

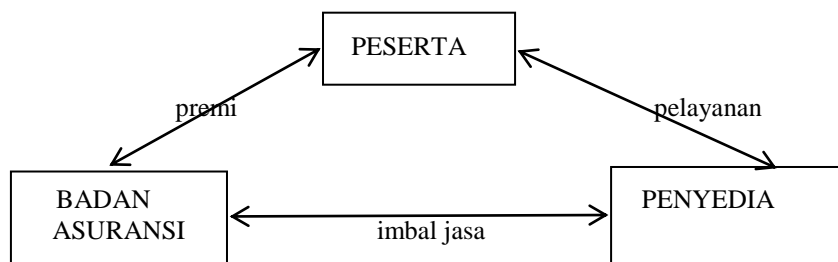
⁸ Asrul Azwar, *Op cit*

yang telah ditetapkan dan karenanya memperoleh hak pelayanan kesehatan. Penanggung/Badan asuransi ialah pihak yang bertanggungjawab mengumpulkan dan mengelola iuran dan karena itu bertanggungjawab pula membayar biaya pelayanan yang dipergunakan oleh peserta. Sedang Penyedia pelayanan atau *health provider* ialah sarana pelayanan kesehatan yang bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh peserta dan untuk itu mempunyai hak mendapatkan imbal jasa dari bada asuransi.

Antara peserta dan badan asuransi terjalin suatu ikatan perjanjian dimana peserta (tertanggung)

diwajibkan membayar sejumlah dana (biasanya secara berkala) kepada badan asuransi (penanggung) yang disebut premi. Besarnya premi tergantung dari kesepakatan tentang jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung. Secara umum disebutkan jika jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung bervariasi dan lengkap, maka jumlah premi yang dibayarkan akan besar pula. Perjanjian secara hukum antara penanggung dan tertanggung ini disebut polis. Dalam polis inilah tercantum tentang hak dan kewajiban yang harus dipatuhi oleh masing-masing pihak. Hubungan ketiga pihak ini secara sederhana dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 1. Hubungan Pihak-pihak dalam Perjanjian Asuransi Kesehatan



Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan penyempurnaan dari program jaminan pelayanan kesehatan masyarakat (JPKM) yang telah diselenggarakan oleh pemerintah semenjak tahun 2004. Pada hakekatnya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) merupakan sistem jaminan pelayanan kesehatan paripurna yang diperoleh seseorang setelah membayar kontribusi/iuran kepada suatu badan penyelenggara. Badan penyelenggara

tersebut mengikat kontrak dan membayar secara pra upaya kepada jaringan pemberi pelayanan kesehatan berjenjang untuk melayani peserta tersebut⁹. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat secara yuridis dilandasi oleh Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan terutama pasal 1 ayat (15) dan pasal 66 ayat (1). Pasal 1 ayat (15) menyebutkan “Cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan paripurna

⁹ Departemen Kesehatan RI. 2001. *Rencana Pengembangan JPKM Tahun 2000-2004*. Jakarta: Depkes RI.

berdasarkan usaha bersama dan kekeluargaan, berkesinambungan, dengan mutu terjamin, pembiayaannya secara pra-upaya”. “Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya secara pra-upaya” (pasal 66 ayat 1).

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam UUD 1945, sejak awal agenda 100 hari pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor: 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT. Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini telah berjalan memasuki tahun keempat dan telah banyak hasil yang dicapai terbukti dengan terjadinya kenaikan yang luar biasa dari pemanfaatan program ini dari tahun ke tahun oleh masyarakat miskin dan pemerintah telah meningkatkan jumlah masyarakat yang dijamin maupun pendanaannya. Namun disamping keberhasilan yang telah dicapai, masih terdapat beberapa permasalahan yang perlu dibenahi antara lain: kepesertaan yang belum tuntas, peran fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator dan sekaligus sebagai pembayar atas pelayanan kesehatan, verifikasi belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan pembayaran, kurangnya pengendalian biaya,

penyelenggara tidak menanggung resiko¹⁰.

Atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan pengelolaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin pada tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket jaminan kesehatan masyarakat di Rumah Sakit (RS), penempatan pelaksana verifikasi di setiap rumah sakit, pembentukan tim pengelola dan tim koordinasi di tingkat pusat, propinsi dan kabupaten/kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Jamkesmas dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran¹¹.

Pada bagian lain disebutkan dalam situs JPKM bahwa pokok utama dalam pembiayaan kesehatan adalah (a) Mengupayakan kecukupan/adekuasi dan kesinambungan pembiayaan kesehatan pada tingkat pusat dan daerah (b) Mengupayakan pengurangan pembiayaan dan meniadakan hambatan pembiayaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terutama kelompok miskin dan rentan melalui pengembangan

¹⁰ Departemen Kesehatan RI. 2008. *Op cit*

¹¹ *Ibid*

jaminan (c) Peningkatan efisiensi dan efektifitas pembiayaan kesehatan.

Pengembangan jaminan kesehatan dilakukan dengan beberapa skema sebagai berikut: (1) Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin) (2) Pengembangan Jaminan Kesehatan (JK) sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) (3) Pengembangan Jaminan Kesehatan berbasis sukarela: (a) Asuransi Kesehatan Komersial, (b) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Sukarela (4) Pengembangan Jaminan Kesehatan sektor informal: (a) Jaminan Kesehatan Mikro (Dana Sehat) (b) Dana Sosial Masyarakat.

Atas dasar Keputusan nomor 125/Menkes/SK/II/2008, tanggal 6 Februari 2008 disebutkan tujuan penyelenggaraan Jamkesmas mencakup tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umumnya adalah meningkatkannya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Tujuan khusus dari program jamkesmas yaitu: (a) meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit (b) meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, dan (c) terselenggaranya pengelolaan keuangan daerah yang transparan dan akuntabel. Sasaran program adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

a. Administrasi Kepesertaan

Jumlah sasaran peserta program Jamkesmas tahun 2008 sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin atau sekitar 76,4 juta jiwa bersumber dari data BPS tahun 2006 yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara nasional oleh Menkes, selanjutnya menteri membagi alokasi sasaran kuota kabupaten kota. (data terlampir). Administrasi kepesertaan meliputi: registrasi, penerbitan dan pendistribusian Kartu sampai ke peserta sepenuhnya menjadi tanggungjawab PT Askes (persero). PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian Kartu Peserta kepada bupati/walikota, Gubernur, Depkes RI, Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/kota serta rumah sakit setempat.

b. Prosedur Pelayanan Kesehatan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya, dengan menunjukkan kartu yang keabsahannya merujuk daftar masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati/walikota setempat. Apabila peserta Jamkesmas memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus *emergency*.

c. Pembayaran dan Pertanggungjawaban Dana di PPK

Pembayaran pelayanan kesehatan di Rumah Sakit atau Balai Pengobatan lainnya yang ditetapkan dilakukan dalam dua tahap, sebagai berikut :

1) *Pembayaran Dana Luncuran Pertama (awal) tahun 2008*

Depkes mengucurkan dana awal pada bulan Februari 2008 ke rekening RS, besarnya diperhitungkan berdasarkan rata-rata pembayaran per bulan di RS pada tahun sebelumnya. Dana luncuran tersebut langsung disalurkan dari Depkes melalui KPPN Pusat ke Rekening RS. RS dapat langsung mengambil dan menggunakan dana tersebut untuk pelayanan kesehatan peserta. Pertanggungjawaban dana awal tersebut berupa klaim pelayanan RS/BKMM yang besarnya mengacu pada Jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan tahun 2008. Dana luncuran berikutnya dapat disalurkan bila dana luncuran awal telah dipertanggungjawabkan.

2) *Pembayaran Dana Luncuran Kedua*

Apabila telah terbentuk tenaga pelaksana verifikasi, maka akan dilakukan verifikasi dengan mengacu pada jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan tahun 2008, dengan demikian pembayaran dilakukan berdasarkan klaim RS yang sudah diverifikasi. Rumah sakit mengajukan klaim (setiap minggu), sedangkan verifikasinya setiap hari oleh tenaga verifikasi.

d. Pemantauan dan Evaluasi Program

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan program penyelenggaraan Jamkesmas, sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator

keberhasilan. Ruang lingkup pemantauan dan evaluasi: (1) Pendataan masyarakat miskin meliputi data base kepesertaan, kepemilikan kartu Jamkesmas, dokumentasi dan penanganan keluhan. (2) Pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan masyarakat miskin ke Puskesmas dan Rumah Sakit, jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap. (3) Pelaksanaan penyaluran dana meliputi pencairan dana ke Puskesmas, verifikasi klaim tagihan dan pencairan dana ke RS, pertanggungjawaban keuangan.

Pemantauan dan evaluasi diarahkan agar pelaksanaan program berjalan secara efektif dan efisien sesuai prinsip-prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Pemantauan merupakan bagian program yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota. Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik bulanan, triwulanan, semester maupun tahunan melalui: (1) pertemuan dan koordinasi, (2) pengelolaan pelaporan program (pengolahan dan analisis), (3) kunjungan lapangan dan supervisi, (4) penelitian langsung (survei/kajian).

III. METODE PENELITIAN

Untuk mencapai tujuan penelitian ini telah dilakukan suatu penelitian kualitatif deskriptif, yakni dengan cara menelusuri sumber-sumber bacaan yang ada baik berupa *text-books*, terbitan berkala (jurnal), dan data sekunder dalam bentuk laporan termasuk laporan penelitian yang pernah ada, serta dokumen-dokumen pendukung dalam berbagai bentuk seperti leaflet, buku panduan, dan sebagainya. Untuk melengkapi informasi yang dibutuhkan untuk

kedalaman analisis juga dilakukan wawancara dengan informan secara terbatas terutama dari unsur pelaksana program yang ada pada Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta maupun pada Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah. Selanjutnya dari beberapa informasi yang didapat kemudian dilakukan analisis secara deskriptif yang dipaparkan dalam beberapa bagian atau bab per bab dalam paper ini. Penelitian ini secara khusus ditujukan sebagai evaluasi terhadap program Jamkesda Kota Yogyakarta yang diselenggarakan tahun 2007

IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Implementasi Program Jamkesmas di Kota Yogyakarta Tahun 2007

Program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) Kota Yogyakarta adalah sebuah program yang dirancang oleh Pemerintah Kota Yogyakarta untuk meng-cover program nasional yang dicanangkan pemerintah pusat yakni program Menuju Indonesia Sehat 2010. Pertimbangan lain dalam pembentukan program Jamkesda bagi masyarakat kota Yogyakarta adalah bahwa pelaksanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat kota Yogyakarta dalam rangka menuju *Universal Coverage* 80% tahun 2010 maka masyarakat kota Yogyakarta perlu memperoleh Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Paripurna yang terkendali mutu dan biayanya. Secara kelembagaan pelaksanaan program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) dilaksanakan oleh sebuah unit organisasi yang bersifat otonom di bawah tanggungjawab Kepala Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dengan

dibentuk Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah atau disingkat dengan UPT-PJKD. UPT-PJKD dibentuk atas dasar Peraturan Walikota Yogyakarta (Perwal) Nomor 203 Tahun 2005 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah pada Dinas Kesehatan¹².

Lebih lanjut tentang kedudukan, fungsi dan tugasnya dijelaskan dalam Perwal Bab III, bahwa UPT-PJKD adalah unit pelaksana teknis untuk menunjang operasional Dinas Kesehatan dalam bidang pelayanan asuransi kesehatan masyarakat dan pegawai daerah. UPT-PJKD dipimpin oleh seorang Kepala yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Dinas (pasal 3 ayat 1 dan 2). UPT-PJKD mempunyai fungsi pelaksanaan kegiatan operasional penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat dengan tugas sebagai berikut (pasal 5) :

- (a) mengumpulkan, mengolah data dan informasi, menginventarisasi permasalahan-permasalahan serta melaksanakan pemecahan permasalahan yang berhubungan dengan tugas-tugas pelayanan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan pegawai daerah
- b) merencanakan, melaksanakan, mengendalikan, mengevaluasi dan melaporkan kegiatan penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan pegawai daerah;

¹²Pemerintah Kota Yogyakarta. 2005. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 203 Tahun 2005 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah pada Dinas Kesehatan. Yogyakarta.

- c) menyiapkan bahan kebijakan, bimbingan dan pembinaan serta petunjuk teknis sesuai bidang tugasnya
- d) melaksanakan pelayanan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan pegawai daerah;
- e) melaksanakan penerbitan kartu peserta jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat dan pegawai daerah
- f) menyusun pedoman pemanfaatan dan mekanisme penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat dan pegawai daerah
- g) menyiapkan bahan kerjasama dengan PPK datau sarana pelayanan kesehatan lain;
- h) melaksanakan ketatausahaan dan urusan rumah tangga UPT
- i) melaksanakan analisis dan pengembangan kinerja UPT;
- j) melaksanakan tugas lain sesuai bidang tugasnya yang diberikan oleh Kepala Dinas.

Susunan organisasi UPT-PJKD sebagaimana tertuang dalam Lampiran Keputusan ini terdiri atas 1 (satu) orang Kepala dengan membawahi dua Urusan, yakni Urusan Umum dan Urusan Teknis dan Pengembangan. Urusan Umum dan Urusan Teknis dan Pengembangan merupakan unsur organisasi non struktural di lingkungan UPT-PJKD. Jumlah personil yang ada pada UPT Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah seluruhnya sebanyak 10 personil, dengan latar belakang pendidikan masing-masing sebagai berikut: Kepala UPT 1(satu) orang dengan latar belakang pendidikan Bidan plus Ijazah S-1 Pendidikan, satu orang dokter umum, satu orang dokter gigi, satu orang diploma III kesehatan lingkungan,

satu orang Ahli Gizi, satu orang perawat gigi, satu orang sarjana ilmu politik, satu orang sarjana ekonomi dan dua orang lainnya dari latar belakang pendidikan SLTA¹³.

Penyelenggaraan Program Jamkesda Kota Yogyakarta Tahun 2007

Maksud penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah adalah tercapainya 80% wilayah dengan kepesertaan semesta di kota Yogyakarta pada tahun 2011, yaitu masyarakat kota Yogyakarta memperoleh Jaminan Pemeliharaan Kesehatan paripurna yang terkendali mutu dan terkendali biayanya. Tujuannya, mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat dimana kesehatan adalah tanggungjawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta, sehingga dapat dicapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya¹⁴.

Pemberian Jamkesda menganut azas (a) Menyeluruh (komprehensif) sesuai Standar Pelayanan Kesehatan, (b) Terstruktur, berjenjang dan diutamakan ke Puskesmas dan jaringannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, (c) Rujukan oleh Puskesmas untuk pelayanan spesialisik dan rawat inap ke Rumah Sakit yang ditunjuk. Jenis Jaminan Kesehatan Daerah meliputi :

- (1) Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan jaringannya (PPK 1) meliputi: (a) pemeriksaan kesehatan umum, tindakan medis ringan dan sedang, (b) peme-

¹³ Wawancara dengan staf UPT PJKD Bapak Heri Purwanto, 17 Mei 2008

¹⁴ Pemerintah Kota Yogyakarta. 2007 Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 66 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kota Yogyakarta Tahun 2007. Yogyakarta

riksaan kesehatan gigi dan tindakan gigi, (c) laboratorium sederhana, (d) obat-obatan sesuai indikasi medis, (e) pelayanan kesehatan masyarakat (promotif dan preventif), (f) pelayanan KB, penanganan efek samping (alat kontrasepsi dari BKKBC) untuk masyarakat miskin, (g) pelayanan persalinan di Puskesmas perawat.

- (2) Pelayanan Kesehatan Rujukan spesialis di Dokter Spesialis Swasta dan Rumah Sakit, meliputi: (a) pemeriksaan kesehatan/rawat jalan lanjutan/spesialistik, (b) pemeriksaan penunjang diagnose (laboratorium, radiologi)

- (3) Pelayanan kesehatan Rawat Inap di puskesmas rawat inap, RSUD, RS Swasta: (a) pelayanan rawat inap, (b) pelayanan gawat darurat/emergency, (c) pelayanan tindakan medik termasuk operasi, (d) pelayanan rehabilitasi medis, (e) obat-obatan sesuai daftar dan plafon harga obat (DPHO)/ generik. (f) penunjang diagnostik = laboratorium, radiologi.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta melalui UPT PJKD. Berdasarkan data yang diperoleh dari instansi yang terkait, dapat dilihat dalam tabel 1 berikut ini.

Tabel. 1 Kelompok Sasaran Program Jamkesda Tahun 2007

No.	Kelompok Sasaran	Sumber Data
1	Masyarakat miskin	Dinas Kesejahteraan Sosial
2	Ketua RT, RW, LPMK	Kelurahan se kota Yogyakarta
3	Pengurus PKK RW	Kelurahan se kota Yogyakarta
4	Kader Kesehatan	Puskesmas se kota Yogyakarta
5	Usia Lanjut	Kelurahan se kota Yogyakarta
6	Anak Sekolah	Puskesmas se kota Yogyakarta
7	Bayi dan Balita	Posyandu dan Puskesmas
8	Korban KDRT	Puskesmas/RS yang menangani penderita/aparat yang berwenang
9	Korban Kekerasan terhadap Perempuan/Anak	Puskesmas/RS yang menangani penderita/aparat yang berwenang
10	Penderita HIV/Aids	Bidang P2 & PL Dinkes kota Yogyakarta, RS yang merawat, Puskesmas
11	Korban Kerusuhan	Puskesmas/RS yang menangani/aparat yang berwenang
12	PTT dan Guru Bantu	BKD Kota Yogyakarta
13	PNS	BKD Kota Yogyakarta
14	Anggota Lembaga Tertentu	Keputusan Walikota Yogyakarta

Sumber : Perwal Nomor 66 tahun 2007

Besaran jaminan kesehatan daerah disesuaikan dengan plafon yang tersedia berdasarkan tarif retribusi Puskesmas untuk pelayanan

kesehatan dasar, retribusi RSUD untuk rawat inap, plafon yang telah diadakan kesepakatan dengan RS Swasta.

Penyelenggaraan Program Jamkesda Bagi Masyarakat Miskin di Kota Yogyakarta

Semua penduduk miskin kota Yogyakarta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh Pemerintah di Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah, dan Rumah Sakit Swasta yang ditunjuk dengan mengikuti persyaratan dan prosedur yang telah ditetapkan. Sasaran Program ini adalah masyarakat miskin kota Yogyakarta yang dibuktikan dengan kepemilikan Kartu Identitas Penduduk Miskin, seperti (1) Kartu Menuju Sehat (KMS) dari Dinas Kesejahteraan Sosial Kota Yogyakarta, atau (2) Kartu Askeskin dari PT Askes. Dari hasil wawancara dengan salah seorang staf UPT PJKD Bapak Heri Purwanto (Sabtu, 17 Mei 2008) disebutkan bahwa jumlah masyarakat miskin tahun 2007 yang menjadi sasaran program ini didasarkan pada data Dinkessos Kota Yogyakarta sejumlah 89.818 orang. Dari sejumlah tersebut masing-masing pengalokasian sumber dananya berasal dari 3 sumber yakni sejumlah 68.456 jiwa dijamin melalui PT Askes, 21.000 jiwa dengan dana dari Jamkesos Dinas Kesehatan Propinsi DIY, dan sisanya dialokasikan langsung dari dana UPT PJKD Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

Program ini bertujuan: (1) meningkatkan akses pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin, (2) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas dan jaringannya, (3) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin di rumah sakit. Tempat pelayanan diklasifikasikan sesuai tingkat perawatan

yang diselenggarakan yakni (a) Rawat jalan tingkat pertama, dilaksanakan di Puskesmas, Puskesmas pembantu dan Dokter keluarga yang disetujui di kota Yogyakarta. (b) Rawat jalan tingkat lanjutan, dilaksanakan di RSUD Wirosaban, dan RS Swasta yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Jenis pelayanan yang dibatasi adalah kacamata, *intra ocular lens*, alat bantu dengar dan alat bantu gerak, dan pelayanan penunjang diagnostik canggih.

Pelayanan diberikan dengan memegang prinsip: (1) menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan kesehatan, (2) terstruktur, berjenjang dan diutamakan ke Puskesmas terlebih dahulu, (3) rujukan oleh Puskesmas untuk pelayanan spesialisik dan rawat inap ke RS yang ditunjuk.

Penyelenggaraan Jamkesda Bagi Kelompok Khusus di Kota Yogyakarta

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin di Kota Yogyakarta ternyata tidak semata-mata mendasarkan pada basis data masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Depkes Pusat maupun data keluarga miskin (gakin) dari Dinas Kesehatan Propinsi atau Dinkessos Kota saja, tetapi selain ketiga sumber data tersebut Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta juga menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi kelompok masyarakat yang *tidak masuk* dalam kategori penerima program di tiga basis data tersebut tetapi faktanya mereka termasuk dalam kategori masyarakat miskin atau masyarakat yang seharusnya layak memperoleh jaminan pelayanan kesehatan. Mereka ini dikategorikan dalam penerima

jaminan kesehatan daerah dengan sasaran “Kelompok khusus”. Sasaran dari program jamkesda kelompok khusus ini adalah penduduk yang ber-KTP/KIPEM (Kartu Identitas Penduduk Musiman) kota Yogyakarta yang rentan terhadap kesehatan yang meliputi 6 kelompok : (a) Usia lanjut atau Usila (keluarga miskin terlantar), (b) Korban Kekerasan terhadap Perempuan/Anak, (c) Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga, (d) Penderita HIV/AIDS, (e) Masyarakat miskin di kota Yogyakarta yang terkena musibah/bencana/bentrok/kroyokan/kecelakaan yang tidak mempunyai identitas miskin, dan (f) kelompok khusus lain: anak sekolah yang dirujuk dari hasil penjangkaran kesehatan, atau anggota lembaga tertentu yang pengangkatannya berdasarkan Keputusan Walikota Yogyakarta yang bertugas membantu pelaksanaan kegiatan Pemerintahan dan Pembangunan di Kota Yogyakarta¹⁵.

Tujuan dari program ini adalah (a) meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, (b) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Puskesmas dan jaringannya, dan (c) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat di Rumah sakit. Pelayanan dapat diberikan di (a) Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Dokter Keluarga di kota Yogyakarta; (b)

Rawat Jalan Tingkat Lanjutan di RSUD dan RS/RB Swasta yang ditunjuk, (c) Rawat Inap: RSUD dan RS/RB Swasta yang ditunjuk. Prinsip pelayanan yang digunakan sama dengan prinsip dalam pemberian pelayanan terhadap masyarakat miskin, yakni: (1) menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan kesehatan, (2) terstruktur, berjenjang dan diutamakan ke Puskesmas terlebih dahulu, (3) rujukan oleh Puskesmas untuk pelayanan spesialis dan rawat inap ke RS yang ditunjuk.

Kendala yang Dihadapi

Setiap penyelenggaraan program apapun, meskipun telah direncanakan secara matang, lengkap dan komprehensif, sampai pada tataran implementasi biasanya selalu ada kendala yang dihadapi terkait dengan berbagai aspek dari program tersebut, termasuk program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin yang dikelola oleh Jamkesda Kota Yogyakarta ini. Permasalahan dan kendala yang ditemui di lapangan antara lain :

1) Kendala yang bersifat Prosedural dan Administratif

Secara *tekstual* (berdasarkan dokumen panduan tertulis yang ada) prosedur penjaminan kesehatan bagi masyarakat miskin maupun kelompok khusus cukup jelas dapat dibaca, tetapi sampai pada tataran implementasi lapangan, ternyata ditemukan masih terdapat “*kegamangan*” atau keragu-raguan diantara petugas dari pihak-pihak terkait yang berhadapan langsung dengan masyarakat penerima pelayanan.

¹⁵Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Yogyakarta. 2007. *Panduan Penyelenggaraan Kesehatan Daerah bagi Masyarakat Miskin, Kader Kesehatan, Pengurus RT, RW, LPMK, Pengurus PKK RW, PTT, Guru Bantu, Kelompok Khusus di Lingkungan Pemerintah Kota Yogyakarta*. Yogyakarta

2) *Kendala yang bersumber dari Pendataan (Basis Data yang tidak Baku)*

Persoalan data jumlah maupun identitas masyarakat yang masuk dalam kategori miskin di kota Yogyakarta, dan barangkali juga daerah-daerah lain hampir sama, yakni terjadinya ketidakcocokan antara data dari Depkes Pusat (yang mendasarkan pada survei BPS tahun yang sudah lewat) dengan keadaan sesungguhnya di lapangan. Untuk kota Yogyakarta biasanya basis data yang digunakan adalah dari Dinkessos kota Yogyakarta. Dapat dipastikan bahwa terjadi perbedaan data di antara kedua sumber data dari kedua institusi ini. Perbedaan ini biasanya akan sangat nampak dampaknya pada tataran kelompok masyarakat terbawah (*grass-root*) yakni RT, RW, dan Kelurahan yakni munculnya konflik atau perselisihan. Persoalan lainnya yang dihadapi oleh petugas lapangan/petugas pendataan adalah pada saat berhadapan dengan masyarakat, yakni sangat banyak masyarakat yang meminta untuk dicatat dalam daftar penerima KMS (tambahan informasi/untuk diketahui bahwa KMS selain digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis juga sekaligus dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan bantuan pendidikan bagi anak sekolah mulai SD sampai dengan SMA, diatur dalam Perwal), padahal atas dasar kriteria yang digariskan oleh Dinkessos, yang bersangkutan mestinya tidak masuk dalam kriteria masyarakat miskin. Di sini petugas berada

pada posisi yang sulit, sehingga karena alasan tertentu misal rasa takut terpaksa didata juga¹⁶

3) *Kendala Yang bersifat Sosio-Kultural*

Dari segi sosio-kultural, ada beberapa warga masyarakat yang pada saat mendaftarkan periksa kesehatan ke Puskesmas atau ke RSUD "enggan" menggunakan KMS karena rasa malu dikatakan sebagai "masyarakat miskin" sehingga KMS tidak digunakan. Tetapi begitu pelayanan pemeriksaan kesehatan sudah selesai dilakukan, kemudian mendapat tagihan biaya yang cukup besar dan dirasa memberatkan barulah mereka memohon keringanan pembayaran dengan menunjukkan kartunya KMS atau Jamkesos. Di sinilah akan menyulitkan petugas karena harus mengulang proses dari awal lagi dengan mengganti form-form yang tadi sudah digunakan untuk disesuaikan dengan pelayanan masyarakat miskin.

4) *Kendala yang bersifat Teknis*

Karena terbatasnya jumlah sarana dan prasarana ruang rawat inap kelas III yang ada di Puskesmas maupun di RSUD atau RS swasta lainnya, maka pada saat-saat tertentu seperti saat terjadi wabah penyakit seperti DBD dan diareha biasanya penyedia pelayanan kesehatan (RS/Puskesmas) sangat kewalahan menerima pasien rawat inap kelas III yang hampir setiap hari selalu bertambah, sementara Pemerintah melarang RS menolak

¹⁶ Wawancara dengan Bapak Heri Purwanto, 17 Mei 2008.

pasien masyarakat miskin. Maka RS mengambil langkah kebijakan dengan merawat inap pasien tersebut dengan cara "dititipkan" perawatannya di kelas II sampai tersedianya fasilitas rawat inap kelas III. Tetapi terkadang pada saat sudah tersedia ruang rawat inap kelas III yang terjadi adalah pasien atau keluarga pasien bersangkutan tidak mau dipindahkan perawatannya ke kelas III karena sudah merasa keenakan dirawat di kelas II, tetapi kalau diminta membayar dengan fasilitas perawatan kelas II, dia juga tidak bersedia, maunya tetap dirawat di kelas II dengan biaya jaminan kesehatan gratis sebagaimana di kelas III¹⁷.

5) *Kendala SDM*

Berkaitan dengan Sumber Daya Manusia (SDM), dari seluruh personil yang ada pada UPT PJKD Kota Yogyakarta (1 orang Kepala dan 9 orang staf), ternyata tidak ada satupun yang memiliki kapasitas dengan latar belakang pendidikan yang menguasai bidang asuransi. Kesulitan yang sering dihadapi adalah pada saat harus merumuskan kebijakan sampai dengan melakukan evaluasi dan penyusunan laporan atas implementasi program, biasanya mengalami kesulitan pada saat harus mendiskripsikan dengan bahasa atau konsep-konsep atau ungkapan peristilahan yang berhubungan hal-hal bersifat teknis penjaminan dan istilah-istilah perasuransian, sehingga terkadang terjadi penggunaan istilah atau

ungkapan yang sebenarnya tidak sesuai.

6) *Kendala Lain-lain*

Ada kecenderungan semakin banyaknya jumlah warga masyarakat yang mencari atau mengurus untuk mendapatkan pembebasan atau keringanan biaya perawatan di rumah sakit (rawat inap), sedangkan yang bersangkutan tidak memiliki KMS atau Kartu Jemkesos, maupun kartu identitas lain yang menunjukkan bahwa bersangkutan adalah masyarakat miskin, atau masyarakat yang layak untuk menerima penjaminan perawatan kesehatannya. Ini biasanya akan menyulitkan petugas di Kantor UPT PJKD pada saat harus melayani mereka.

V. PENUTUP

Kesimpulan

Atas dasar deskripsi implementasi program Jaminan Kesehatan Daerah bagi masyarakat miskin yang telah diuraikan, kesimpulan yang dapat ditarik adalah:

- 1) Pemerintah Kota Yogyakarta mempunyai kepedulian dan perhatian yang sangat tinggi terhadap program jaminan kesehatan bagi masyarakat warga kota Yogyakarta, apalagi terhadap masyarakat miskin, terbukti dari implementasi Program Jamkesda yang menjangkau sasaran tidak hanya bagi masyarakat miskin saja tetapi diperluas dengan komponen-komponen masyarakat lainnya. Selain itu dilihat dari sumber pendanaannya, apabila terdapat selisih angka data masyarakat miskin yang berasal dari anggaran

¹⁷ *Ibid*

Depkes Pusat maupun dari dana Jamkesmas Propinsi sehingga alokasi dananya tidak mencukupi, maka sisa atau kelebihan jumlahnya tetap diberi penjaminan dengan sumber dana yang dialokasikan melalui APBD Kota dengan ketentuan kepemilikan Kartu Menuju Sehat (KMS). Jadi ada tiga sumber anggaran yang dipergunakan untuk mem-back up pembiayaan jaminan kesehatan daerah ini.

- 2) Untuk kepentingan perluasan keterjangkauan masyarakat dalam pelaksanaan penjaminan ini, penyedia pelayanan kesehatan (PPK) tidak melulu dilayani oleh Puskesmas dan/atau RUMAH SAKIT Pemerintah saja, tetapi lebih diperluas dilaksanakan juga melalui RUMAH SAKIT-RUMAH SAKIT swasta atau poliklinik swasta lainnya yang tersebar di seluruh kota Yogyakarta.
- 3) Masih terdapat beberapa kendala di lapangan yang berkaitan dengan prosedural administratif, kendala yang bersifat teknis, kendala SDM pada UPT PJKD berupa belum adanya tenaga kerja yang memiliki keahlian bidang asuransi maupun kendala yang bersifat sosio-kultural yang ada pada masyarakat miskin di Kota Yogyakarta.

Rekomendasi

Dari hasil analisis, rekomendasi yang dapat diberikan adalah:

- 1) Akurasi data menyangkut identitas masyarakat yang berhak menerima program penjaminan kesehatan harus yang benar-benar valid atas dasar survei lapangan

dari nara sumber yang benar-benar paham kondisi masyarakat di wilayahnya masing-masing berdasarkan data otentik (bukan atas dasar ingatan, *feeling* atau pertimbangan kedekatan hubungan semata). Petugas sosial di kecamatan harus benar-benar turun lapangan untuk meverifikasi kebenaran data masyarakat miskin yang berhak menerima KMS, jangan percaya begitu saja daftar yang disodorkan oleh petugas.

- 2) Perlu dipertimbangkan oleh UPT PJKD dan/atau Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta untuk mengangkat pegawai/staf yang berlatar belakang pendidikan yang menguasai bidang perasuransian, atau dapat juga menugaskan staf yang sudah ada untuk mengikuti pelatihan atau magang untuk memperdalam pengetahuan bidang perasuransian.
- 3) Untuk menghindari ketumpang tindihan informasi diantara pihak-pihak pelaksana lapangan, maka sebagai tindak lanjut atas MoU yang sudah diselenggarakan dengan pihak-pihak penyelenggara pelayanan kesehatan (PPK) harus diadakan *briefing* kepada para pelaksana lapangan terkait dengan implementasi program penjaminan kesehatan ini. Hal-hal yang kelihatannya sepele dan bersifat teknis harus benar-benar difahami mereka sebagai ujung tombak pelayanan, sehingga tidak berkesan membingungkan bagi masyarakat penerima pelayanan. Termasuk pemberdayaan secara optimal petugas atau kader-kader kesehatan yang ada pada tingkat RW dan RT dengan bekal pengetahuan yang cukup dan detail perihal

seluk-beluk mekanisme penjaminan kesehatan ini dengan cara secara aktif mau terjun secara langsung untuk mensosialisasikan

program pada forum-forum pertemuan warga yang biasanya pasti ada di setiap wilayah RT dan RW se kota Yogyakarta.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Azrul Azwar. 1995. *Catatan Tentang Asuransi Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. *Rencana Pengembangan JPKM Tahun 2000-2004*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 2008*. Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 125/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Februari 2008. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Yogyakarta. 2007. *Panduan Penyelenggaraan Kesehatan Daerah bagi Masyarakat Miskin, Kader Kesehatan, Pengurus RT, RW, LPMK, Pengurus PKK RW, PTT, Guru Bantu, Kelompok Khusus di Lingkungan Pemerintah Kota Yogyakarta*. Yogyakarta
- Bhisma Murti. 2000. *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Pemerintah Kota Yogyakarta. 2005. *Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 203 Tahun 2005 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah pada Dinas Kesehatan*. Yogyakarta.
- Pemerintah Kota Yogyakarta. 2007 *Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 66 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kota Yogyakarta Tahun 2007*. Yogyakarta
- Thabrany. 1998. *Rasional dan Perhitungan Pembayaran Kapitasi*, dalam Thabrany H, dan Hidayat B., (editor). *Pembayaran Kapitasi, Asuransi Kesehatan, JPKM, Managed Care*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Depok