

Evaluasi Implementasi Kebijakan Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dan Prospek Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Oleh: Kania Damayanti¹

Abstrak

The implementasi Askeskin (The health insurance policy for the poor) has increased the poor accessibility to the health services in Indonesia. The Jamkesmas's (The health security system) programme (issued on March 2008) has been trying to solve the problem concerning the implementation of Askeskin through better participants management, transparency on financing, quality and cost control, involving the local government and service procedure. However, there are some constraints on Jamkesmas's implementation, such as the existing of the independent verifier, the effectiveness on organizing the Jamkesmas, local government and the poor condition, as well as medical support. In order to sustain the health policy for the poor, the regulation No 40/2004: National Social Security System as a grand strategy should be followed by the regulation of The National Executing Agency, the policy of the board national Security System, the policy of Participants Management and other relevant policies

Keywords:: Social Guarantee, Health Insurance, The Health Insurance Policy, Evaluation Implementation, dan Poor Society

Pendahuluan

Kesehatan adalah investasi, hak fundamental dan kewajiban setiap warga negara (WHO, UUD Tahun 1945 dan UU No. 23 tahun 1992). UUD 1945 Pasal 28 H (perubahan keempat UUD 1945) menjadi kebijakan payung penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia. Dalam ayat (1) pasal tersebut dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang sehat serta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Ayat (2) menekankan adanya rasa keadilan: Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. Jaminan kesehatan tersebut tercantum juga dalam pasal 4 UU No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan yang menyatakan bahwa "Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal." Jaminan tersebut diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan serta Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia yang salah satu faktornya adalah panjangnya masa hidup dan kondisi kesehatan (diukur dengan Usia Harapan Hidup sejak lahir). Dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya, Indonesia termasuk 70 % negara-negara ASEAN yang mempunyai IPM kategori sedang pada tahun 2004 yaitu 0,711 (Human Development Report, 2006).

Gambaran derajat kesehatan Indonesia secara umum dapat dilihat antara lain dari angka kematian bayi (AKB), angka kematian ibu (AKI) serta umur harapan hidup. Jika dibandingkan dengan tahun 1997 maka AKB dan AKI mencatat penurunan, dimana AKB tahun 1997 adalah 46 per 1000 kelahiran hidup sedangkan tahun 2007 sebesar 26,9 per 1000

¹ Kania Damayanti, SE.,MPP adalah Kepala Sub Direktorat Seleksi dan Pengembangan Widyaiswara LAN RI

kelahiran hidup sedangkan untuk AKI pada tahun 1997 adalah 334 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 248 per 100.000 per kelahiran hidup pada tahun 2007. Umur harapan hidup penduduk Indonesia pada tahun 2007 adalah 70,5 tahun, naik dari tahun 2006 yaitu 69,4 tahun. Jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN posisi derajat kesehatan Indonesia berada pada posisi sedang, namun demikian jika dikaitkan antara kondisi kesehatan dengan tingkat kemiskinan di Indonesia maka akan terlihat adanya ketimpangan status kesehatan antara penduduk kaya dan miskin. Ketimpangan ini dapat terlihat dari angka kematian balita pada golongan termiskin hampir empat kali lipat lebih tinggi dari golongan terkaya. Angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, juga untuk kawasan Indonesia bagian Timur dan pada masyarakat dengan tingkat pendidikan terendah (Lihat lampiran Perpres 7 tahun 2005 Ttg RPJMN Tahun 2004-2009, hal 302). Lingkungan pada keluarga miskin dalam kondisi tidak bersih, perilaku sehat kurang membudaya, pengetahuan kesehatan kurang serta kurangnya pendidikan tentang penyakit menular.

Derajat kesehatan keluarga miskin yang masih rendah tersebut disebabkan sulitnya akses terhadap pelayanan karena rendahnya pendapatan serta biaya kesehatan yang tinggi. Derajat kesehatan rendah menyebabkan produktivitas kerja rendah, kondisi miskin, menjadi beban masyarakat dan pemerintah sehingga kondisi *visious cycle* sulit terputus.

Kemiskinan sebagai penyebab ketimpangan status kesehatan yang cukup signifikan telah dan selalu menjadi agenda utama kebijakan pemerintah untuk diperangi dengan menggunakan berbagai pendekatan baik ekonomi, sosial maupun politik. Gambaran kemiskinan di Indonesia berdasarkan data BPS dari tahun 2004 sampai tahun 2007 memperlihatkan penurunan penduduk miskin pada tahun 2005 menjadi 15,5 persen dari tahun 2004 sebanyak 36,10 juta jiwa (16,66%). Jumlah tersebut naik pada tahun 2006 menjadi 16,5 persen yang disebabkan krisis minyak dan tahun 2007 tercatat penduduk miskin 16,68 persen dari total penduduk (37,17 juta). Jika dibandingkan antara penduduk miskin periode 1998-2004 dan periode diatas tahun 2004, maka pada periode pertama rata-rata jumlah penduduk miskin adalah 24 persen yang berarti 1 orang dari 4 orang penduduk Indonesia adalah penduduk miskin, sedangkan periode selanjutnya mulai menurun, tercatat untuk tahun 2006, 1 orang dari 6 penduduk Indonesia adalah penduduk miskin. Jika melihat jumlah penduduk miskin tahun 2007 yang masih di kisaran 16,68 persen maka target Pemerintah untuk menurunkan penduduk miskin sebanyak 50 persen pada tahun 2009 menjadi 8,9 persen dari total penduduk Indonesia dari tahun 2004 sebanyak 16,66 persen nampaknya akan sulit tercapai.

Hasil studi World Bank menunjukkan Indonesia memiliki tiga karakteristik utama kemiskinan, *pertama*, banyaknya rumah tangga yang berkerumun pada PPP (*Purchasing Power Parity*) AS\$1.5 per hari, yang menggambarkan banyaknya rumah tangga tidak miskin rentan terhadap kemiskinan, *kedua*, perhitungan angka kemiskinan berdasarkan pendapatan tidak dapat mencerminkan keadaan sesungguhnya karena adanya penduduk tidak miskin dari segi pendapatan tapi menjadi miskin karena kurangnya akses terhadap layanan-layanan publik dan buruknya indikator-indikator manusia (IPM). *Ketiga* dengan kondisi geografis yang berbeda maka karakteristik kemiskinan tiap daerah berbeda. Dibandingkan dengan negara-negara ASEAN, angka IPM Indonesia lebih rendah dari Malaysia dan Thailand dengan angka Indeks Kemiskinan Manusia (IKM) lebih tinggi dari Philipina dan Thailand. Angka kemiskinan yang meningkat tajam setelah krisis keuangan serta guncangan lainnya mendorong kita pada pemikiran bahwa upaya pencapaian target pertumbuhan ekonomi yang nyata harus simultan dengan upaya jaminan sosial. Pencapaian target pertumbuhan ekonomi akan semu jika upaya jaminan sosial tidak berhasil karena pada akhirnya kemiskinan akan menggerogoti angka pertumbuhan tersebut.

Upaya penanggulangan kemiskinan di Indonesia tidak pernah berhenti dengan dikeluarkannya berbagai instrumen kebijakan. Namun kebijakan anti kemiskinan di Indonesia dianggap tidak berkelanjutan, kurang sistemik sehingga yang muncul adalah penanganan yang parsial dengan daerah cakupan yang terbatas. Program jaminan untuk rakyat miskin seperti Jaring Pengaman Sosial (JPS) melalui pembagian beras untuk rakyat miskin (raskin), Jaring Pengaman Kesehatan (JPK) melalui kartu sehat atau Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) dianggap kurang tepat sasaran serta telah terjadi penyimpangan-penyimpangan dalam penyampaian pelayanannya (*delivering services*). Kurang efektifnya berbagai kebijakan tersebut diatas juga disebabkan dari tipikal kemiskinannya sendiri. Kemiskinan di Indonesia adalah produk struktural dari sebuah sistem yang saling terkait, yakni sistem ekonomi (pertumbuhan dan pemerataan pendapatan nasional), pendidikan (pemberdayaan dan pengembangan SDM) dan jaminan sosial (bantuan sosial dan asuransi sosial) (Edi Suharto dalam *Konsepsi dan Strategi Jaminan Sosial*). Selanjutnya mulai tahun 2005 untuk pelayanan kesehatan penduduk miskin, diimplementasikan kebijakan Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Kebijakan Askeskin adalah kebijakan kesehatan terhadap masyarakat miskin melalui peningkatan akses kesehatan dengan skema asuransi dimana Pemerintah yang membayar preminya.

Setelah diimplementasikan selama 3 tahun, kebijakan Askeskin pada bulan Maret 2008 diubah namanya menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dengan pembenahan-pembenahan antara lain kerjasama Depkes dengan Pemda untuk menyalurkan dana secara langsung ke RS yang melayani masyarakat miskin. Sebelumnya wewenang pengelolaan anggaran berada di tangan PT Askes dan kegiatan verifikasi oleh PT Askes akan dipindahkan ke tangan verifikator independen. Pembenahan tersebut dilatarbelakangi kinerja PT Askes yang kurang maksimal dengan indikator keterlambatan pembayaran klaim RS yang mengakibatkan keterlambatan pelayanan kesehatan. Ketentuan lain diluar perubahan-perubahan tersebut masih menggunakan pengaturan sama dengan Askeskin sehingga penulis berpendapat Jamkesmas itu sebenarnya Askeskin yang disempurnakan.

Tulisan ini pertama-tama akan memberikan gambaran kebijakan Askeskin dan Jamkesmas, dilanjutkan dengan evaluasi singkat implementasi kebijakan Askeskin sebagai kebijakan awal kebijakan Jamkesmas, serta prospek implementasi Jamkesmas. Dari evaluasi implementasi Askeskin diharapkan akan ada gambaran permasalahan implementasi sebagai dasar argumentatif pembenahan kebijakan Askeskin menjadi kebijakan Jamkesmas. Prospek implementasi Jamkesmas akan memberikan gambaran kemungkinan-kemungkinan hambatan ataupun permasalahan yang mungkin terjadi ketika Jamkesmas efektif dilaksanakan.

Kebijakan Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

1. Kebijakan Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (Askeskin)

Per 1 Januari 2005 Pemerintah mulai melaksanakan program mengasuransikan rakyat miskin dengan target 34 juta jiwa. Tujuan umum Askeskin berdasarkan SK Menteri Kesehatan No. 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi masyarakat miskin adalah terselenggaranya program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin secara berhasil guna dan berdaya guna, sedangkan tujuan khususnya adalah 1) terlaksananya registrasi masyarakat miskin yang tepat sasaran sebagai peserta program Askeskin 2) terlaksananya pelayanan yang efisien dan efektif dalam meningkatkan pemanfaatan dan taraf kesehatan masyarakat miskin 3) terlaksananya pengelolaan keuangan yang akuntabel dan efisien dalam program

jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Adapun sasaran dari program Askeskin adalah masyarakat miskin di seluruh Indonesia.

Berdasarkan SK No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 Departemen Kesehatan telah menugaskan PT (Persero) Askes dalam mengelola program pemeliharaan kesehatan bagi rakyat miskin (PJKMM: Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin). Penunjukkan didasarkan pada pengalaman PT Askes dalam pelayanan asuransi sosial selama ini kepada Pegawai Negeri Sipil (PNS), penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan serta pegawai tidak tetap selain sudah tersedianya kantor cabang di seluruh Indonesia.

PT Askes mempunyai rincian tugas dimulai dari verifikasi administrasi, verifikasi pelayanan, verifikasi keuangan, melakukan pembayaran kepada rumah sakit, melakukan efisiensi serta membuat laporan penyelenggaraan. Pemerintah melalui Departemen Kesehatan membayar *management fee* kepada PT Askes sebesar 5 %. Tugas yang diemban oleh PT Askes cukup berat mengingat PT Askes juga mengelola dan mengeluarkan produk asuransi lain seperti Asuransi Kesehatan Sosial (asuransi bagi PNS, Penerima Pensiun, Veteran, dan Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya), Asuransi Kesehatan Sukarela (Askes Platinum, Askes Gold, Askes Diamond, Askes Silver, Askes Blue, Askes Alba).

Penyelenggaraan Askeskin dilaksanakan serentak di seluruh Indonesia dengan asas gotongroyong sehingga terjadi subsidi silang, mengacu pada prinsip asuransi silang, pelayanan kesehatan dengan *managed care* dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang, program dilaksanakan secara nirlaba, menjamin adanya probilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta dan adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektivitas.

Pelayanan yang diberikan program ini terbagi ke dalam pelayanan yang dijamin, pelayanan yang dibatasi dan pelayanan yang tidak dijamin. Pelayanan yang dijamin terdiri pelayanan komprehensif (rawat inap, UGD, rawat jalan) sesuai indikasi medis termasuk pelayanan transportasi untuk rujukan dan pemulangan pasien/jenazah dan pelayanan kasus gawat darurat, penderita harus segera dilayani dan identitas miskin wajib ditunjukkan maksimal 3x24 jam.

Pelayanan yang dibatasi terdiri dari 1) Kacamata, lensa koreksi minimal+1/-1 dengan nilai maksimal Rp. 150.000 2) Alat bantu dengar (sesuai resep dokter THT, harga murah, tersedia di daerah setempat) 3) Alat bantu gerak (sesuai resep dokter, disetujui pejabat yang ditunjuk, harga murah) 4) Pelayanan penunjang diagnostic canggih (*life saving* dan penegakan diagnosa). Pelayanan yang tidak dijamin terdiri dari 1) pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan 2) bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika 3) general check up 4) prothesis gigi tiruan 5) pengobatan alternatif dan 6) rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.

Program Askeskin yang diterapkan sejak tahun 2005 berupaya memberikan manfaat kepada masyarakat miskin di rumah sakit dimana setiap masyarakat miskin mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan, UGD dan rawat inap di kelas III RS. Selain itu, setiap masyarakat miskin dapat dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi disertai surat rujukan dan identitas miskin.

Ditinjau dari kepesertaan, peserta Askeskin adalah masyarakat miskin yang didasarkan pada data BPS dan data dari pihak pemerintah daerah dimana selanjutnya tiap tahun ditentukan kuota penduduk miskin yang mendapatkan Askeskin. Selanjutnya berdasarkan data tersebut diterbitkan kartu terbit serta distribusi kartu.

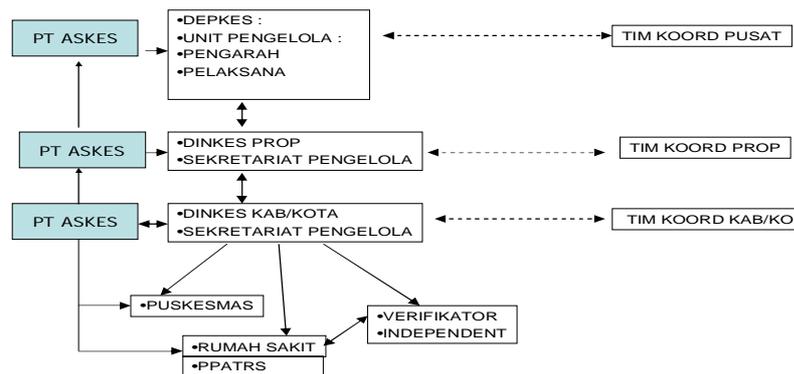
Pendanaan program Askeskin bersumber dari Pemerintah Pusat (APBN) dimana premi yang harus dibayar oleh Pemerintah kepada PT Askes adalah Rp 5 ribu rupiah per jiwa dengan *management fee* sebesar 5 persen. Pembayaran dilakukan oleh PT Askes kepada rumah sakit berdasarkan klaim yang diajukan setelah diverifikasi oleh verifikator yang ditempatkan di rumah sakit di daerah.

Sistem ini bertujuan menyeimbangkan aspek mutu pelayanan dan pengendalian biaya dengan melakukan seleksi terhadap provider, penetapan standar pelayanan medik/standar terapi, standar obat dan standar alat kesehatan serta melakukan *utilization review*. Pelayanan dengan sistem ini mempunyai ciri-ciri pelayanan bersifat komprehensif dengan mengutamakan promotif dan preventif, pelayanan terstruktur dan berjenjang dari PPK strata I (Puskesmas), rujuk balik dari rumah sakit ke PPK strata I (Puskesmas) serta mengacu pada standar pelayanan medis, standar obat, dan standar alat kesehatan.

2. Kebijakan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Pada prinsipnya kebijakan Jamkesmas yang dilaksanakan mulai tahun 2008 adalah kebijakan Askeskin yang disempurnakan. Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Melihat permasalahan pelaksanaan kebijakan Askeskin tahun 2005 – 2007 yang berasal dari pendataan masyarakat miskin yang belum tuntas, peran dan fungsi ganda dari penyelenggara baik sebagai pengelola maupun sebagai pembayar, rumah sakit yang belum melakukan kendali mutu dan biaya dengan baik, verifikasi tidak berjalan optimal, paket pelayanan yang belum diimbangi kebutuhan dana yang memadai serta penyelenggara tidak menanggung resiko (Bahan dalam Pertemuan Sosialisasi Jamkesmas, Jakarta 26 Maret 2008), berikut adalah penjelasan beberapa perbaikan dalam Jamkesmas Tahun 2008. Diharapkan kebijakan Jamkesmas akan lebih transparan untuk menghindari upaya korupsi dan korupsi.

Kebijakan Askeskin menugaskan PT Askes sebagai pengelola dan pembayar klaim yang diajukan rumah sakit dimana dana dari KPKN dibayarkan ke rumah sakit melalui PT Askes. Penyempurnaan dalam Jamkesmas adalah pemisahan fungsi pengelola dan pembayar. Dana langsung diarahkan kepada pemberi pelayanan kesehatan dengan proses dari kas Negara ke puskesmas dan jaringannya melalui PT Pos Indonesia atau ke rekening Bank Rumah Sakit. Pembayaran ke Rumah Sakit dalam bentuk paket berdasarkan klaim, khusus untuk BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM pembayaran paket disetarakan dengan tarif paket pelayanan rawat jalan atau rawat inap Rumah Sakit. Peran pengelola yang sebelumnya dipegang oleh PT Askes, maka untuk Jamkesmas dibuat perubahan dengan dibentuknya tim pengelola dan tim koordinasi di tingkat pusat, propinsi dan kabupaten/kota sedangkan PT Askes diberi tugas terutama untuk manajemen kepesertaan. Gambaran pengorganisasian Jamkesmas dapat terlihat dari bagan di bawah ini:



Sumber: Bahan pertemuan Sosialisasi Jamkesmas, Jakarta 26 Maret 2008

Tugas PT Askes dalam Jamkesmas berhubungan dengan tata laksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tatalaksana organisasi dan manajemen. Tugas laksana kepesertaan meliputi:

1. Membuat data base kepesertaan sesuai SK Bupati/walikota
2. Mendistribusikan database kepesertaan kepada puskesmas, rumah sakit, dinas kesehatan Propinsi/Kota
3. Melakukan pencetakan blanko kartu, entry, penerbitan dan distribusi kartu (Rp. 1000/kartu)
4. Melakukan advokasi kepada bupati/walikota untuk penetapan sasaran
5. Analisis kepesertaan

Tugas tatalaksana pelayanan PT Askes adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pre verifikasi kepesertaan
2. Melakukan telaah utilisasi (berdasarkan laporan) bulanan/triwulan

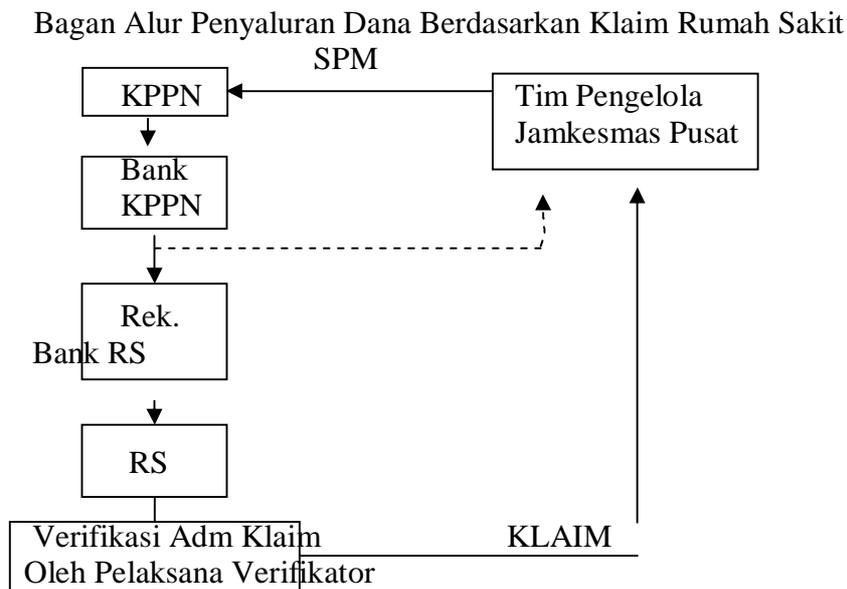
Tugas tatalaksana organisasi dan manajemen PT Askes

1. Melakukan penanganan keluhan
2. Melakukan pengolahan dan analisa data kepesertaan
3. Melakukan pelaporan meliputi: kepesertaan dan pemanfaatan pelayanan

Percepatan Pembayaran klaim

Upaya mempercepat pembayaran klaim diawali dengan kecepatan dan efektivitas tahap verifikasi. Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan Pemberi Kesehatan (PPK) yang dilakukan oleh Pelaksana Verifikasi dengan mengacu kepada standar penilaian klaim. Pada tiap RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BPIM dalam Jamkesmas 2008 akan ditempatkan pelaksana verifikasi yang jumlahnya diperhitungkan dari jumlah tempat tidur yang tersedia. Verifikasi Jamkesmas meliputi verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan administrasi keuangan. Pelaksana verifikasi dalam melaksanakan tugasnya berdasarkan beban kerja di bawah koordinasi Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. Pelaksana verifikasi ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan yang ditugaskan untuk melaksanakan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK, dengan mengacu kepada standar penilaian klaim, dan memproses klaim sesuai dengan hak dan tanggung jawabnya. Untuk mempercepat pembayaran klaim mulai Juli-Desember 2008 akan disediakan pelaksana verifikasi independen di setiap rumah sakit. Satu kota/kabupaten disiapkan tujuh tim verifikasi (satu tim tiga verifikasi independen). Total verifikasi yang sedang disiapkan sebanyak 2644 yang akan melakukan verifikasi administrasi, keuangan dan medik. Berikut adalah bagan alur penyaluran dana berdasarkan

klaim rumah sakit yang memperlihatkan peran verifikator independent sebagai ujung tombak upaya percepatan pembayaran klaim.



Pemberlakuan Paket Pelayanan

Mulai Juli-Desember 2008 akan diberlakukan tarif paket pelayanan dimana tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostic, pelayanan darah serta pelayanan lainnya (kecuali pelayanan haemodialisa) dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan atau penggunaan INA-DRG sehingga dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa sebagai dasar pengajuan klaim. Paket pelayanan kesehatan ini juga merupakan instrumen pengendalian biaya dan mutu pelayanan.

Sumber dana dan Alokasi Dana Program

Sumber dana Jamkesmas berasal dari APBN sektor Kesehatan (untuk Tahun Anggaran 2008) dan kontribusi APBD. Pemerintah daerah berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah masing-masing meliputi antara lain:

1. Masyarakat miskin yang tidak masuk dalam pertanggung kepesertaan Jamkesmas
2. Selisih harga diluar jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan (Tahun 2008)
3. Biaya transportasi rujukan dan rujukan balik pasien miskin dari RS Kabupaten/Kota ke RS yang ditunjuk, sedangkan biaya transportasi rujukan dari puskesmas ke RS/BKMM/BKPM/BKPM/BP4/BKIM ditanggung oleh biaya operasional ke Puskesmas
4. Penanggungungan biaya transportasi pendamping pasien rujukan
5. Pendamping pasien rawat inap
6. Menanggulangi kekurangan dana operasional Puskesmas

Dana program yang diterima oleh Daerah dialokasikan untuk membiayai kegiatan pelayanan kesehatan PPK dan manajemen operasional Jamkesmas. Dana manajemen operasional meliputi administrasi kepesertaan, koordinasi pelaksanaan dan pembinaan program, advokasi, sosialisasi, rekrutmen dan pelatihan, monitoring dan evaluasi kabupaten/kota/Propinsi/Pusat, kajian dan survey, pembayaran honor/investasi dan operasional, perencanaan dan pengembangan program serta SIM Jamkesmas.

Reward dan Punishment

Jika dilihat dari Buku Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2008 (Keputusan Menteri Kesehatan No. 125/Menkes/SK/II/2008), maka unsur *reward and punishment* secara tegas diterapkan pada kebijakan ini. Disebutkan bagi Pemerintah Kabupaten/Kota yang belum menetapkan jumlah, nama dan alamat masyarakat miskin secara lengkap diberikan waktu sampai akhir Juni 2009. Apabila Pemerintah Kabupaten/Kota sampai waktu yang telah ditetapkan tersebut belum dapat menetapkan sasaran masyarakat miskinnya, maka terhitung 1 Juli 2008 pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di wilayah tersebut menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Selain itu, klaim oleh Rumah Sakit yang melebihi 30 hari kalender sejak pasien pulang, maka klaim tersebut tidak akan dibayarkan dan berlaku efektif pada bulan April 2008.

Penyempurnaan kebijakan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin (Askeskin) menjadi Jamkesmas walaupun tidak merubah substantif keseluruhan tetapi dalam implementasinya membutuhkan persiapan yang cukup berat seperti pembentukan dan pengoperasian koordinator dan pengelola program di semua level pemerintahan, jaminan ketersediaan obat-obatan sesuai dengan paket INA-DRG yang apabila tidak tersedia akan membebani Daerah, penyediaan dan pengawasan verifikator independen serta ketersediaan dana untuk memelihara kesinambungan program juga menjadi beberapa poin penting dalam implementasi Jamkesmas.

C. Dasar Hukum

1. UUD 1945 Pasal 28 H (perubahan keempat UUD 1945) menjadi kebijakan payung penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia. Ayat (1) menyatakan bahwa Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang dan sehat serta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Ayat (2) menekankan adanya rasa keadilan: Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. Selanjutnya ayat (3) menyatakan Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Pasal 34 UUD 1945 menegaskan peran negara dalam sistem jaminan sosial dalam ayat (1) menyatakan Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh Negara dan ayat (2): Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak sesuai dengan martabat kemanusiaan.
2. UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
 - Pasal 4: Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.
 - Pasal 5: Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga dan lingkungannya
 - Pasal 7: Pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat
 - Pasal 8: Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin
 - Pasal 9: Pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
 - Pasal 66: (1) Pemerintah mengembangkan, membina, dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara, yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya sebagai prapaya,

berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan (2) Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat merupakan cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya, dikelola secara terpadu untuk tujuan meningkatkan derajat kesehatan, wajib dilaksanakan oleh setiap penyelenggara (3) Penyelenggara jaminan kesehatan masyarakat harus berbentuk badan hukum dan memiliki ijin operasional serta kepersertaannya bersifat aktif (4) Ketentuan mengenai penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah. Pasal 67: (1) Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dan atau masyarakat diarahkan pada pengembangan dan peningkatan kemampuan upaya kesehatan dapat dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna (2) Pengelolaan pemeliharaan kesehatan meliputi kegiatan: perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, dan pengendalian program, serta sumber daya yang dapat menunjang peningkatan upaya kesehatan

3. UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
Pasal 22 dinyatakan bahwa dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban antara lain mengembangkan sistem jaminan sosial. Dengan demikian pemerintah daerah mempunyai tanggungjawab dan peran dalam kerangka sistem jaminan sosial
4. No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
Dalam pasal 19 disebutkan (1) jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas (2) Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
5. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin
6. Keputusan Menteri Kesehatan No. 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin
7. Surat Ijin Menteri Negara BUMN-RI No. S-69/MBU/SK/2004 tentang PT Askes (Persero) dapat melaksanakan penugasan dari Menteri Kesehatan dan ijin menggunakan dana talangan. Selanjutnya dalam melaksanakan tugas tersebut PT Askes telah mengeluarkan Keputusan Direksi No. 015/Kep/0105 tentang Petunjuk Teknis Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin.
8. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Tahun 2008

D. Evaluasi Implementasi Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (Askeskin)

Implementasi program Askeskin jika dilihat dari sisi proses implementasi belum siap terutama dalam pengorganisasiannya. Seperti diketahui tahap pengorganisasian adalah tahap kritis ketika sebuah kebijakan atau program akan diimplementasikan dimana pada tahap ini diatur dan disediakannya sumber daya implementasi, ditetapkannya unit-unit organisasi pelaksana termasuk kewenangannya serta penetapan metode-metode termasuk mekanisme dan prosedur dalam melaksanakan kebijakan yang akan dilaksanakan (Jones, Implementing Public Policy, 1999). Sumber daya yang akan diatur dan ditetapkan dapat berupa informasi, sumber daya manusia (termasuk verifikator dalam kasus Askeskin), dana serta fasilitas. Informasi dalam kasus Askeskin dapat berupa data orang miskin yang akan menjadi target atau sasaran kebijakan ataupun informasi kebijakan bagi para implementator atau *stakeholders*. Selama informasi diatas belum tersedia maka jika program diimplementasikan dipastikan akan mengalami permasalahan atau kurang efektif.

Sumber daya lainnya yang perlu mendapatkan perhatian adalah sumber daya manusia yang tentu dalam kasus Askeskin adalah para implementator yang berasal dari Departemen Kesehatan, PT Askes, Pemerintah Daerah terutama Dinas Kesehatan, Rumah Sakit Daerah atau Rumah Sakit Swasta yang ditunjuk serta verifikator. Permasalahan kurangnya tenaga verifikator di tiap kabupaten/kota telah menjadi salah satu topik krusial dalam implementasi program ini sehingga untuk tahun 2008 akan merekrut tenaga verifikator independen sebanyak 2644 orang dengan bekerja sama dengan Dinas Kesehatan di Daerah. Tenaga verifikator ini mempunyai peran yang strategis terutama untuk mengolah klaim dari rumah sakit di Daerah kepada pemerintah melalui Departemen Kesehatan selain untuk verifikasi administrasi dan pelayanan. Meskipun dalam permasalahan kurangnya tenaga verifikator pihak PT Askes dianggap sebagai pihak yang bertanggungjawab tetapi kurang adanya perhitungan awal mengenai jumlah verifikator dalam implementasi tampaknya dapat diprediksi dari awal baik oleh PT Askes maupun oleh Departemen Kesehatan mengingat program ini sudah dilaksanakan sejak Januari 2005. Selain persoalan tenaga verifikator, kurangnya sosialisasi program mengakibatkan kekurangpahaman, kebingungan dan ketidakjelasan pada level implementator terutama di Daerah.

Kebutuhan dana Askeskin yang semakin meningkat dari tahun ke tahun di satu pihak memberi gambaran semakin terlayannya masyarakat miskin tetapi di sisi lain bagaimanapun kapasitas keuangan pemerintah pusat terbatas. Pembayaran premi yang harus ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan di lapangan terbatas dengan pendanaan dari pusat apalagi untuk tahun 2008 masih ada klaim yang belum terbayar dan harus dicicil oleh Departemen Kesehatan dikarenakan PT Askes sudah menolak membayar klaim karena sudah tidak mendapatkan dana dari Departemen Kesehatan serta PT Askes menolak menanggung resiko karena Askeskin dianggap bukan asuransi. Jika keterbatasan keuangan pemerintah pusat dikaitkan dengan pelaksanaan otonomi daerah dimana salah satu kewenangan Daerah adalah mengembangkan sistem jaminan sosial nasional, maka ke depan diharapkan pendanaan Askeskin ini dimasukkan ke dalam sistem jaminan sosial nasional yang komprehensif dimana pemerintah daerah turut berkontribusi agar program ini dapat berkesinambungan.

Ketidaksiapan implementasi program Askeskin dapat dilihat juga dari belum tersedianya fasilitas yang memadai untuk program ini, sebagai contoh adalah kurangnya jumlah tempat tidur ataupun kapasitas kelas III di rumah-rumah sakit daerah untuk menampung pasien Askeskin sehingga ada keluhan mereka harus menunggu ataupun akhirnya harus membayar. Pertanyaannya adalah pihak mana yang harus bertanggung jawab untuk menambah fasilitas ini apakah pemerintah pusat atau Daerah? Selama pertanyaan ini belum dirumuskan ke dalam aturan pelaksanaan maka pelayanan akan tetap tidak optimal. Selain kebutuhan kamar kelas III, kebutuhan obat-obatan sesuai dengan standar yang ditetapkan Departemen Kesehatan dan rumah sakit di daerahpun penting untuk dirumuskan kembali mengingat adanya dugaan klaim diluar batas kewajaran yang berasal dari harga-harga obat. Proses penetapan pedoman penggunaan obat-obatan program Askeskin hendaknya melibatkan pihak rumah sakit sebagai implementator di daerah sehingga tidak menimbulkan ketidakjelasan penggunaan obat.

Selanjutnya aspek pengorganisasian lain yang penting dan kritis adalah unit-unit organisasi pelaksana kebijakan yang harus ditentukan dan diatur dari awal sekaligus dengan penetapan kewenangannya sehingga memberi kepastian implementasi dan kepastian untuk akuntabilitas. Saat ini Departemen Kesehatan sebagai *leading organization* dalam implementasi program masih terus menyempurnakan aspek pengorganisasian ini. Hal ini setelah dengan memberdayakan dinas-dinas kesehatan di daerah dalam hal penyediaan tenaga verikator independen. Kebijakan Askeskin adalah kebijakan yang bersifat *top-down* yang

membutuhkan struktur organisasi pelaksana kebijakan secara jelas termasuk didalamnya unsur pengawas dan pengendali program.

Sejalan dengan harus distrukturnya kembali organisasi pelaksana kebijakan Askeskin maka metode dan mekanisme pelaksanaanpun harus ditetapkan dengan melibatkan *stakeholders* agar program bersinergi sehingga beban tidak bertumpuk di Departemen Kesehatan. Mekanisme ataupun prosedur ditetapkan dan disempurnakan meliputi antara lain untuk mekanisme verifikasi administratif termasuk didalamnya administratif kepesertaan dan distribusi kartu. Mekanisme pelayanan, pengajuan klaim bahkan pembuatan laporan pertanggungjawabanpun seyogyanya disempurnakan. Mekanisme baru yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan dimana untuk validasi diagnosa yang menjadi tanggung jawab Direktur Rumah Sakit dan menciptakan pro dan kontra juga hendaknya ditinjau kembali.

Berdasarkan pembahasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa pengorganisasian implementasi kebijakan Askeskin masih harus disempurnakan dengan dilakukannya evaluasi implementasi dan pengendalian program terus menerus mengingat pengorganisasian adalah tahap awal proses implementasi sehingga mempengaruhi proses-proses selanjutnya. Selanjutnya pembahasan evaluasi implementasi dapat dilakukan juga dengan melihat variabel-variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan dan kegagalan implementasi kebijakan yaitu variabel komunikasi, sumber daya (dibahas diatas), disposisi atau sikap pelaksana dan struktur birokrasi (George C. Edward III, *Implementing Public Policy*).

Komunikasi isi kebijakan Askeskin terutama melalui program sosialisasi dipandang masih kurang oleh para implementator sehingga beberapa substantif kebijakan menjadi tidak jelas dan tidak konsisiten di tangan para implementator. Program-program pengkomunikasian diharapkan ditingkatkan intensitasnya terutama untuk pihak-pihak yang ada dalam struktur implementasi. Dengan pengkomunikasian yang intensif maka perubahan-perubahan kebijakan dapat segera disampaikan begitu juga dengan pengendalian implementasi dapat segera dilakukan.

Motif, keinginan, kemauan dan kemampuan implementator dalam belajar dan melaksanakan kebijakan merupakan sumber daya yang tak kalah pentingnya setelah komunikasi berjalan, sumber daya memadai. Sorotan terhadap Departemen Kesehatan yang oleh sebagian pihak terlalu tergesa-gesa dalam memutuskan pengelolaan untuk tahun 2008 dengan menjalankan program sendiri yang menyebabkan Depkes dan PT Askes diminta hadir di DPR dapat dipandang lain. Departemen Kesehatan sebagai *leading oranization* dalam implementasi Askeskin ini terlihat sangat termotivasi dengan kemauan yang tinggi untuk menyempurnakan penyelenggaraan Askeskin dengan mengedepankan transparansi dan akuntabilitas selain efisien dan efektivitas. Meskipun demikian karena implementator Askeskin tidak hanya Departemen Kesehatan sesuai dengan struktur implementasinya, maka variabel ini harus bekerja juga pada implementator lainnya seperti rumah sakit daerah, PT Askes, serta pemerintah daerah.

Indikator adanya *Standard Operating Procedures* (SOPs), fragmentasi serta struktur birokrasi yang kondusif antara lain tersedianya standar-standar pelayanan baik yang bersifat administratif maupun pelayanan kesehatan. Identifikasi standar-standar pelayanan yang sudah ada serta pembuatan yang baru dapat dilakukan dalam hal ini yang selanjutnya dapat disosialisasikan. Fragmentasi dapat dilakukan dengan penetapan kewenangan serta tanggung jawab diantara para implementator sehingga batas-batas kewenangan dan sebaran tanggung

jawab jelas. SOPs dan fragmentasi dapat dimuat dalam aturan-aturan pelaksanaan yang saat ini belum tersedia termasuk untuk kepesertaan serta pendanaan.

Evaluasi implementasi kebijakan dapat juga dilakukan dengan menggunakan Pendekatan Pertukaran Organisasi yang menyatakan bahwa organisasi bekerja dengan organisasi lain dengan saling mempertukarkan manfaat mutual. Ciri utama dari pertukaran antar-organisasi adalah pertukaran merupakan interaksi sukarela yang dilakukan demi mencapai tujuan masing-masing (Levine dan White, 1961). Terdapat dua pendekatan dalam hal ini yaitu pendekatan pertama yang mendasarkan relasi organisasionalnya pada dominasi dan dependensi sedangkan pendekatan kedua pada kepentingan bersama. Dikaitkan dengan hubungan pusat dan lokal dikatakan bahwa meskipun sebuah agen tergantung kepada sumber daya pusat ada kemungkinan agen pusat tergantung kepada agen lokal untuk mengimplementasikan kebijakan. Sehubungan dengan itu, Scharpf (1978:359) menyatakan bahwa : “ Sementara pihak yang tampak dominan mungkin menguasai sumber daya moneter, pada saat yang sama ia mungkin juga tergantung sepenuhnya keahlian spesialis, kontak klien, dan informasi yang hanya tersedia untuk unit bawahan. Ringkasnya, hubungan dependensi-bilateral yang stabil di sepanjang waktu adalah kasus yang langka, dan dependensi mutual jauh lebih banyak dijumpai. Jadi jarang dijumpai adanya otoritas hierarkis dan arus anggaran satu arah dalam relasi antar-organisasi.”

Berdasarkan pendekatan pertukaran organisasi maka dalam kasus Askeskin terlihat meskipun Departemen Kesehatan menguasai sumber daya pendanaan namun juga tergantung kepada Daerah yang menyediakan informasi, keahlian/profesionalisme, pelayanan serta sarana dan prasarana sehingga hubungan dependensi-bilateral dengan mengandalkan otoritas hierarkis dan arus anggaran satu arah dari Departemen Kesehatan diharapkan dapat diperbaiki dengan lebih menekankan pada dependensi mutual.

Argumen lain yang memperkuat relevannya pendekatan dependensi mutual adalah kenyataan bahwa kondisi negara berkembang termasuk Indonesia dengan pembangunan ekonomi dan sosial yang lemah, sistem dan kinerja perpajakan yang belum optimal serta belum adanya kondisi transparan dan akuntabel menyebabkan upaya penjaminan sosial tidak mungkin dilaksanakan oleh hanya satu *ministry* tapi oleh beberapa pihak baik instansi pemerintah, swasta dan pemberdayaan masyarakat (*welfare pluralism*). Kondisi demikian membutuhkan penciptaan sistem jaminan sosial yang sistemik dan komprehensif dimana koordinasi diantara *stakeholders* sangat penting dan strategis. Penetapan peran masing-masing *stakeholders* harus disepakati dan masing-masing pihak harus mempunyai komitmen.

E. Prospek Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Prospek implementasi Jamkesmas dapat dilihat dari keberfungsian verifikator independen yang menggantikan posisi verifikator PT Askes, permasalahan kepesertaan yang sampai saat ini masih bermasalah walaupun telah dilakukan berbagai upaya perbaikan, pengorganisasian yang lebih memberdayakan pemerintah Daerah, penerapan paket pelayanan (INA-DRG) serta pendanaan dihubungkan dengan kondisi keuangan daerah dan rumah sakit daerah yang berbeda-beda. Terakhir, akan dibahas tentang peranan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang seharusnya menjadi kebijakan payung Askeskin maupun Jamkesmas yang diharapkan dapat memberikan jaminan kesinambungan, efektivitas dan efisiensi program.

Verifikator Independen

Verifikator independen dimonitor oleh Inspektur Jendral Depkes dan BPK, namun pembina di Daerah adalah Dinas Kesehatan. Persoalan implementasi yang mungkin muncul dalam

(diagnosa). Verifikator baru yang sebagian besar berpendidikan D3 atau Sarjana Kesehatan Masyarakat tentunya akan mengalami permasalahan ketika melakukan verifikasi medis yang cukup rumit. Di lain pihak Dinas Kesehatan sebagai instansi pembina para verifikator independen di daerah sampai saat ini belum menerima informasi tindak lanjut pengadaan maupun kewenangan terhadap para verifikator ini. Dinas Kesehatan sebagai instansi pembina verifikator ini tentu harus mempunyai kapasitas verifikasi untuk menanggulangi berbagai persoalan yang berhubungan dengan verifikasi di rumah sakit.

Pengadaan verifikator independen hendaknya diiringi dengan penentuan standar pelayanan verifikasi serta kebijakan pengorganisasian yang lebih operasional untuk menjamin setiap *stakeholders* yaitu Dinas Kesehatan, rumah sakit, Depkes serta verifikatornya komitmen dengan tugas masing-masing. Penanganan verifikator independen dalam Jamkesmas ini tentu membutuhkan sosialisasi, sumber daya yang mencakup verifikator dan pembina yang kompeten, mekanisme dan prosedur yang menunjang transparansi dan akuntabel, informasi yang mengalir sehingga tidak terjadi *assymetric information* serta dana operasional yang mencukupi.

Kepesertaan

Masalah kepesertaan dalam implementasi kebijakan ataupun program adalah masalah yang klasik, selalu sulit untuk disolusi karena masing-masing *stakeholders* menggunakan kriteria yang berbeda. Begitupun dalam kasus Jamkesmas, pada mulanya kriteria keluarga miskin ataupun masyarakat miskin yang dipergunakan dalam mengeluarkan kartu Askeskin mengalami kerancuan antara data BPS yang dipergunakan PT Askes dengan data Pemda yang berselisih cukup signifikan. Kartu kepesertaan program Jamkesmas sampai saat belum dapat dibagikan karena menunggu sampai batas akhir pelaporan data keluarga miskin dari Pemda ke Departemen Kesehatan bulan Juni 2008, sehingga saat ini yang dilayani termasuk peserta yang membawa SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) serta tunawisma.

Manajemen kepesertaan Jamkesmas memegang peranan penting dalam menentukan akurasi informasi kepesertaan yang tidak hanya untuk program yang sedang berlangsung tetapi untuk proyeksi kepesertaan yang akan datang sehingga perencanaan anggaran dapat dilakukan dengan baik serta kesinambungan program dapat dijamin. Kejelasan jumlah dan quota peserta juga akan menjadi acuan bagi Pemerintah Daerah untuk merencanakan jaminan kesehatan bagi penduduk miskinnya yang tidak termasuk dalam Jamkesmas serta untuk menghilangkan praktek penyelewengan pembuatan kartu SKTM yang dilakukan oleh pihak yang tidak bertanggungjawab yang mengakibatkan negara ataupun Pemerintah Daerah dirugikan dan mengusik rasa keadilan. Peran PT Askes yang terkonsentrasi dalam manajemen kepesertaan diharapkan dapat meningkatkan kapasitas daerah dalam hal melalui fungsi pendampingannya sehingga kartu yang dikeluarkan benar-benar untuk target program.

Pengorganisasian

Pengorganisasian yang tercantum dalam Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2008 yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan menuntut keterlibatan lebih intens Pemerintah Daerah baik Propinsi maupun Kabupaten/Kota baik dalam peran koordinasi maupun peran pengelola. Sesuai dengan UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah maka Daerah harus mempunyai komitmen terhadap implementasi program ini. Dalam UU No. 32 Tahun 2004 Pasal 13 Ayat (1) butir (e) menyatakan bahwa salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah propinsi merupakan urusan dalam skala propinsi adalah

urusan penanganan bidang kesehatan serta pasal 14 Ayat (1) butir (e), salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan kabupaten/kota merupakan urusan yang berskala kabupaten/kota antara lain adalah penanganan bidang kesehatan. Komitmen ini diperlukan mengingat pelaksanaan program ini sangat membutuhkan dukungan pemerintah Daerah seperti penyediaan ruang rawat inap kelas III di rumah sakit, monitoring rumah sakit swasta yang ditunjuk dalam pelaksanaan Jamkesmas, monitoring dan pembinaan verifikator independen.

Kelancaran sebuah implementasi kebijakan juga akan tergantung pada intensitas pelibatan implementator di Daerah baik dalam tahap formulasi, implementasi maupun evaluasi. Pelibatan Daerah yang kurang intensif dalam tahap formulasi akan memancing sikap apriori ataupun resistensi Daerah yang akan mempengaruhi pada kualitas implementasi. Pelibatan Daerah dipandang strategis mengingat kapasitas Pemerintah Daerah dan masyarakatnya yang berbeda-beda. Kondisi tersebut harus dipertimbangkan dalam formulasi kebijakan ataupun ada langkah antisipasi dalam implementasinya. Jika hal tersebut kurang diperhitungkan dalam penyempurnaan kebijakan (Jamkesmas) dikhawatirkan akan muncul permasalahan-permasalahan implementasi yang berasal dari kurang mendukungnya kapasitas Daerah terutama yang berasal dari dana dan prasarana.

Pendanaan

Jika dihubungkan antara sumber dana Jamkesmas yang berasal dari APBN dengan peningkatan yang signifikan jumlah keluarga miskin yang dilayani serta kondisi keuangan negara yang sedang mengalami kesulitan sehubungan dengan kenaikan harga minyak dunia serta krisis-krisis yang terjadi saat ini maka patut dipertanyakan jaminan kesinambungan pendanaan dari pusat untuk Jamkesmas ini. Hal ini disebabkan dibutuhkan dana untuk program-program pengentasan kemiskinan lainnya seperti Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Raskin.

Kondisi tersebut membutuhkan langkah-langkah preventif yang inovatif yang sifatnya mengurangi beban pemerintah pusat melalui kemitraan dalam pendanaan antara pemerintah pusat dengan pemerintah Daerah. Kemitraan ataupun "sharing" tersebut dapat dalam bentuk kenaikan dana kesehatan di Daerah terutama untuk Daerah kaya sehingga Pusat bisa memberikan lebih banyak kepada daerah miskin. Alternatif lain adalah dibebaskannya Daerah sesuai dengan jiwa otonomi Daerah untuk berkreasi ataupun membuat sistem kesehatan Daerahnya sendiri dengan Jaminan Kesehatan Daerahnya (Jamkeda). Kasus pendanaan di Kabupaten Jembrana, Kalimantan Timur, Toba Samosir dapat dijadikan alternatif pendanaan Jamkesmas yang akan datang.

Selain permasalahan pendanaan, hal lain yang cukup strategis adalah penghitungan *unit cost* yang rasional sehingga upaya pengendalian biaya bisa sejalan dengan pengendalian mutu. *Unit cost* Jamkesmas yang mengasumsikan biaya Rp 5000 per orang dianggap kurang rasional oleh pihak rumah sakit dimana mereka mengajukan nilai Rp. 11.000/orang untuk *unit cost* Jamkesmas ini. *Unit cost* Rp. 11.000/orang sebenarnya membuat Jamkesmas dapat dalam bentuk asuransi sosial bukan bantuan sosial lagi sehingga semua resiko ditanggung pihak asuransi. Penetapan *unit cost* yang tidak rasional bagaimanapun menyebabkan pihak Daerah harus selalu siap dengan dana pengganti yang harus diprediksi dengan tepat sehingga tidak mengganggu proses pelayanan. Dana tersebut diperlukan manakala misalnya ada kebutuhan obat yang tidak ada dalam paket INA-DRG ataupun tidak tersedianya obat-obatan yang tercantum dalam paket tersebut.

Sehubungan dengan akan diterapkannya paket pelayanan INA-DRG tersebut kekhawatiran kurang tersedianya obat-obatan dalam paket cukup mengemuka mengingat kejadian sebelumnya dimana obat-obatan yang diperlukan tidak tersedia karena adanya perubahan kelembagaan produsen obat sehingga obat lenyap dari pasar dan rumah sakit terpaksa memakai obat lain yang lebih mahal. Dengan demikian, industri farmasipun harus dilibatkan dalam implementasi Jamkesmas ini untuk menjamin ketersediaan obat-obatan dalam paket INA-DRG sesuai dengan harga yang telah ditetapkan.

UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam pasal 1 angka 1 menyatakan jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya layak. UU ini juga menetapkan Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.

Berlakunya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) memberikan payung bagi sistem jaminan nasional yang sudah ada sebelumnya. Dengan adanya payung maka cakupan kepesertaan dapat diperluas serta meningkatkan jenis jaminan sosial. Saat ini SJSN mencakup 5 program yang terdiri dari program jangka pendek (Jaminan kesehatan dan Jaminan Kecelakaan Kerja) dan program jangka panjang (Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian). Mekanisme SJSN dalam UU tersebut lebih untuk asuransi sosial sehingga untuk jenis jaminan sosial yang berbentuk bantuan sosial harus diatur lebih lanjut termasuk dalam program Jamkesmas ataupun program lainnya sehingga tidak menimbulkan kerancuan dalam implementasinya.

Sebelum berlakunya UU No. 40 Tahun 2004, sejak tahun 1995, Departemen Sosial melalui Direktorat Jenderal Bantuan dan Jaminan Sosial telah menyelenggarakan program Asuransi Kesejahteraan Sosial (Askesos) dan Bantuan Kesejahteraan Sosial Permanen (BKSP) sebagai bagian dari konsep “Jaminan Kesejahteraan Sosial Berbasis Masyarakat” (JKSBM). Semangat JKSBM adalah memasukkan inisiatif lokal ke dalam sistem jaminan sosial nasional sehingga harus ada keserasian antara model *community-based initiative* dengan *national-based initiative* (Edi Suharto dalam Mencermati Asuransi Kesejahteraan Sosial (Askesos) yang dikembangkan Depsos). Konsep perlindungan sosial ini relevan dengan iklim desentralisasi yang ditumbuhkembangkan di Indonesia dimana upaya yang sedang dilakukan adalah menggali dan memberdayakan potensi lokal. Meskipun demikian konsep ini masih harus diuji coba untuk dapat diterapkan di Indonesia, karena beberapa sumber daya lokal yang masih berasal dari Pusat. Sistem pelayanan di tingkat lokal yang kurang komprehensif dan masih perlu pembenahan juga patut dipertimbangkan jika sistem ini akan diteruskan

Asas, Tujuan dan Prinsip Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional

Asas sistem jaminan sosial nasional adalah asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Asas kemanusiaan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia, asas manfaat berkaitan dengan pengelolaan yang efektif dan efisien dan asas keadilan adalah asas yang bersifat idiil. Ketiga asas tersebut bertujuan untuk menjamin kelangsungan program jaminan sosial nasional serta jaminan hak peserta. Adapun tujuan dari sistem jaminan sosial nasional adalah untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Kebutuhan dasar hidup adalah kebutuhan esensial setiap orang agar hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Prinsip-prinsip penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional terdiri dari prinsip gotong royong, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Mekanisme Jaminan Sosial

Mekanisme jaminan sosial dapat melewati dua jalur yaitu asuransi sosial (*social insurance*) dan bantuan sosial (*social assistance*). Asuransi sosial adalah jaminan sosial yang diberikan kepada para peserta asuransi berdasarkan premi yang dibayarkannya. Sedangkan bantuan sosial adalah jaminan sosial yang umumnya diberikan kepada kelompok lemah dalam masyarakat meskipun tidak membayar premi tetapi mendapat tunjangan pendapatan atau pelayanan sosial.

Bentuk asuransi sosial maupun bantuan sosial dilaksanakan melalui strategi 1) **Universal dan selektifas**, bersifat universal berarti jaminan sosial diberikan kepada seluruh warga negara sedangkan selektif hanya diberikan kepada kepada kelompok tertentu saja seperti kelompok masyarakat miskin 2) **In-cash dan In-kind**, *In-cash* berarti jaminan sosial dalam bentuk uang tunai sedangkan *In-kind* dalam bentuk barang atau pelayanan sosial 3) **Publik dan swasta**, jaminan sosial dapat diselenggarakan oleh negara (publik) atau oleh lembaga-lembaga swasta berbentuk Perseroan Terbatas.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Dewan Jaminan Sosial Nasional

Menurut UU No. 40 Tahun 2004 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan ini harus dibentuk dengan Undang-undang dan menurut pasal 5 ayat (2) bahwa sejak berlakunya UU No. 40 Tahun 2004, maka badan penyelenggara jaminan sosial yang ada dinyatakan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan tersebut adalah Perusahaan Persero (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK), Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN), Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) dan Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia ASKES). Badan Penyelenggara Jaminan Sosialpun harus dibentuk di Daerah

Dewan Jaminan Sosial Nasional bertanggungjawab kepada Presiden dan berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dewan ini juga berwenang melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial serta bertugas melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial, mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional, dan mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada pemerintah.

Dewan ini beranggotakan 15 orang, yang berasal dari unsur Pemerintah, tokoh dan atau ahli yang memahami bidang jaminan sosial, organisasi pemberi kerja, dan organisasi pekerja. Ketua dewan ini berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 berasal dari unsur Pemerintah dan pengangkatan dan pemberhentian dewan dilakukan oleh Presiden. Masa jabatan anggota dewan adalah 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan. Tata cara pengangkatan, penggantian, pemberhentian anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

Dengan belum diterbitkannya UU tentang Badan Penyelenggara Sistem Jaminan Sosial Nasional serta PP untuk Dewan Jaminan Sosial Nasional dapat dikatakan kebijakan sistem jaminan sosial nasional ini belum mempunyai kebijakan baik yang bersifat manajerial maupun operasional sehingga membingungkan para implementator. Beberapa kebijakan yang belum ada adalah PP yang mengatur kepesertaan, ketentuan jaminan kesehatan serta urun biaya, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua yang diamanatkan untuk segera dibuat dalam format Peraturan Presiden.

F. Penutup

Memperhatikan permasalahan implementasi Askeskin dan prospek implementasi Jamkesmas, terdapat beberapa hal dapat digarisbawahi agar terus disempurnakan, yaitu: *pertama*, manajemen kepesertaan, sebagai informasi dasar pemberian pelayanan yang sampai saat masih dalam proses penyempurnaan yang melibatkan kerjasama Pemda dengan PT Askes. Pematangan manajemen kepesertaan ini diperlukan sebagai jaminan kepastian pelayanan bagi target kebijakan, untuk mencegah kebocoran anggaran yang disebabkan penyalahgunaan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) serta untuk kepastian bagi Pemda dalam membiayai keluarga miskin yang tidak termasuk dalam kuota Jamkesmas. *Kedua*, peran Pemda dalam koordinasi dan pengelolaan program serta sebagai ujung tombak pelayanan Jamkesmas hendaknya diiringi dengan pelibatan mereka yang lebih intens dalam formulasi kebijakan serta didukung dengan kelancaran informasi dua arah yang efektif untuk menjamin kejelasan serta konsistensi kebijakan. *Ketiga*, pendanaan, hendaknya dikembangkan alternatif-alternatif pendanaan menyesuaikan dengan kondisi keuangan Daerah dan masyarakatnya sehingga ke depan Daerah sesuai dengan semangat otonomi akan mempunyai sistem kesehatan daerah sendiri sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional. *Terakhir*, penyusunan hak dan kewajiban yang seimbang diantara *stakeholders* yaitu Departemen Kesehatan, Menkokesra, Rumah Sakit Daerah, Dinas Kesehatan dan PT Askes.

Menindaklanjuti diberlakukannya UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, sangat krusial dan strategis untuk segera diterbitkannya UU tentang Badan Penyelenggara Sistem Jaminan Sosial Nasional serta PP untuk Dewan Jaminan Sosial Nasional serta kebijakan-kebijakan turunan lainnya maka posisi UU No. 40 Tahun 2004 sebagai kebijakan payung bagi kebijakan-kebijakan yang bersifat "jaminan sosial" akan lebih kuat dan implementatif serta akan adanya jaminan efektivitas dan efisiensi kebijakan melalui pengelolaan, pengawasan dan pengendalian yang lebih baik.

Daftar Pustaka

- Dunn, William. 1981 dan 1994. *Public Policy Analysis: An Introduction*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Edward III, G.C. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington: Congressional Quarterly Press.
- Jones, C.O. 1984. *An Introduction to The Study of Public Policy*. California: Wadsworth, Inc.
- Levine S. and P.W. White. 1961. *Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationship*. Administrative Science Quarterly, 5: 583-601.
- Scharpf, F.W. 1978. *Interorganizational Policy Studies: Issues, Concepts, and Perspective*. Hanf and Scharpf (eds).
- Edi Suharto. 2003. *Konsepsi dan Strategi Jaminan Sosial*. <http://www.Policy.hu/suharto>,
- The Indonesia Poverty Analysis Program Website. 2008. *Memahami Masalah Kemiskinan di Indonesia*. <http://indopov.org/id.poverty.html>

- 2008. *Kepesertaan Askeskin Belum Optimal.*
<http://opini.wordpress.com/2007/09/15/kepesertaan-askeskin-belum-optimal/>
- 2008. *Jumlah Peserta Askeskin 60 Juta Orang.* [Hhttp://www.suarakarya-online.com/news.html?id=126365](http://www.suarakarya-online.com/news.html?id=126365)
- 2008. *Premi Askeskin Kurang Memadai.* [Hhttp://www.media-indonesia.com/berita.asp/id=147258](http://www.media-indonesia.com/berita.asp/id=147258)