

EVALUASI KEBIJAKAN BEROBAT GRATIS DI KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR PROPINSI JAMBI

*EVALUATION ON FREE MEDICATION POLICY
AT DISTRICT OF TANJUNG JABUNG TIMUR, PROVINCE OF JAMBI*

Hendriyanto¹, Julita Hendrartini², Juanita³

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung, Propinsi Jambi

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

³Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara,
Propinsi Sumatera Utara

ABSTRACT

Background: In the decentralized era, local government has wider authority to decide policies relevant with local needs. For this reason the Regent of Tanjung Jabung Timur District in 2005 issued a decree on free medication at the health center and secondary health center. However there are problems with the sources and allocation of budget to support the decree. Besides, there is also a problem with target of the program funded by the government. Therefore there should be an evaluation to find out facts for future improvement.

Objective: The study aimed to identify mechanisms of funding, relevance of target and efficiency of the policy.

Method: This was an explanatory case study which used quantitative and qualitative approaches. Analysis units of the study were local government, health center and secondary health center; and the subject were members of local parliament, head of health office, head of local planning council, head of health centers, staff of health centers/secondary health centers and the community. The size of samples to measure target relevance was determined using stratified sampling; qualitative method was determined using purposive sampling. Data were obtained through questionnaire, in-depth interview and document checklist. Data were analyzed qualitatively and quantitatively in proportion.

Result: Local government of Tanjung Jabung Timur allocated budget in the form of operational fund of health centers, drug allocation and incentives. The realization of budget was delayed so that health centers used alternative financial resources, i.e. budget of health insurance for poor community. Operational fund did not give much support for free medication when there was no clear cut distinction between users of health insurance for poor communities and free medication. This caused overlap in budgeting which might end in inefficiency. The authority did not do monitoring and supervision appropriately. Users of free medication were mostly non poor communities. Poor communities utilized free medication at secondary health centers more frequently than at health centers.

Conclusion: The local government of Tanjung Jabung Timur District had not implemented good health insurance principles in health financing to support free medication policies. There was misallocation of funding because more non – poor communities used the service. This increased the potential of inefficiency in government budget utilization.

Keywords: free medication policy, health financing, budget efficiency

ABSTRAK

Latar belakang: Pada era Desentralisasi Pemerintah Daerah memiliki kewenangan lebih luas dalam memilih bentuk kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan daerah. Berlandaskan hal itu Pemerintah kabupaten Tanjung Jabung Timur menerbitkan Surat Keputusan Bupati Tanjung Jabung Timur Nomor 04 tahun 2005 tentang Pembebasan biaya berobat di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Permasalahan yang ada adalah sumber dan alokasi pembiayaan untuk mendukung Kebijakan tersebut. Selain itu juga ketepatan sasaran dari program yang dibiayai Pemerintah. Untuk itu perlu evaluasi sehingga didapat suatu fakta yang dapat digunakan untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui mekanisme pembiayaan, ketepatan sasaran dan efisiensi dari kebijakan.

Metode: Rancangan penelitian ini adalah Studi kasus dengan jenis eksplanatori melalui pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Unit analisis adalah Pemerintah Daerah, Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Subyek penelitian adalah Anggota DPRD, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bappeda, Kepala Puskesmas, Petugas Puskesmas/Pustu dan masyarakat. Besar sampel untuk mengukur ketepatan sasaran ditentukan dengan *stratified sampling*. *Purposive Sampling* digunakan untuk metode kualitatif. Metode pengumpulan data dengan isian kuesioner, wawancara mendalam dan ceklist dokumen. Data dianalisis secara kualitatif dan diperkuat dari data kuantitatif dalam bentuk proporsi.

Hasil: Pemerintah Kabupaten Tanjung Jabung Timur mengalokasikan biaya dalam bentuk dana operasional puskesmas dan alokasi obat serta Insentif. Lambatnya waktu realisasi dana sehingga puskesmas memakai sumber alternatif yaitu dana Askeskin. Dana Operasional kurang mendukung untuk pelayanan gratis sementara tidak ada pemisahan yang jelas antara pengguna askeskin dan gratis. Hal ini menimbulkan tumpang tindih biaya yang berpotensi inefisiensi. Regulator Kurang melakukan pengawasan dan pembinaan. Komposisi pengguna layanan sebagian besar adalah masyarakat non-miskin. Masyarakat miskin lebih banyak memanfaatkan pelayanan gratis di Pustu jika dibanding puskesmas.

Kesimpulan: Pemerintah Kabupaten Tanjung Jabung Timur belum menerapkan prinsip jaminan kesehatan yang baik dalam pembiayaan kesehatan untuk mendukung kebijakan berobat gratis. Misalokasi terjadi karena masyarakat non-miskin lebih banyak mengakses layanan gratis. Kenyataan tersebut menimbulkan besarnya potensi inefisiensi dalam penggunaan dana pemerintah.

Kata Kunci: Kebijakan berobat gratis, Pembiayaan, Ketepatan sasaran dan efisiensi

PENGANTAR

Undang-Undang Dasar 1945 menegaskan bahwa seluruh masyarakat Indonesia berhak mendapatkan pelayanan kesehatan kesehatan yang memadai. Hak yang dimaksudkan oleh Undang-Undang Dasar tersebut seharusnya juga benar-benar dipahammi oleh segenap jajaran pemerintah, dari pemerintah pusat dan daerah. Banyaknya aspek yang mempengaruhi sebuah kebijakan yang diambil oleh pemerintah diharapkan tidak mengesampingkan amanat konstitusi ini.

Kebijakan desentralisasi merupakan sebuah jawaban dari reformasi yang diperjuangkan oleh segenap lapisan dan para cendekiawan di negara ini. Desentralisasi tersebut diharapkan kebutuhan masyarakat dapat dipenuhi dengan benar – benar mempertimbangkan kemampuan dan karakteristik daerah. Sebagai bentuk dari kesadaran hal tersebut, diberlakukan Undang-Undang No. 22 tentang pemerintahan daerah dan Undang-Undang No. 25/1999 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah yang selanjutnya disempurnakan dengan Undang-Undang No. 32/2004. Kewenangan otonomi luas adalah kekuasaan daerah untuk menyelenggarakan pemerintahan yang mencakup kewenangan semua bidang pemerintahan, kecuali dibidang politik luar negeri, pertahanan keamanan, peradilan, moneter dan fiskal serta agama¹.

Bidang kesehatan merupakan salah satu bidang yang menjadi tanggung jawab atau urusan pemerintah daerah. Pada salah satu sisi, menjadi suatu peluang yang besar bagi daerah untuk membangun kesehatan masyarakat dengan berdasarkan pada kebutuhan lokal masyarakat setempat, dan disisi lain dapat pula menjadi ancaman karena kemampuan daerah dan berbagai macam aspek yang sangat kental mempengaruhi arah kebijakan seorang kepala daerah dengan kewenangan otonomi yang dimilikinya. Kerangka fikir otonomi daerah dan berupaya mengurangi beban masyarakat terutama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, sejumlah pemerintah daerah berinisiatif untuk membantu masyarakatnya dengan membebaskan biaya pelayanan kesehatan. Di Indonesia semakin sering didengar pemerintah daerah membebaskan biaya berobat bagi seluruh masyarakat. Kebijakan ini semakin populer disaat seorang kepala daerah akan mencalonkan diri kembali menjadi kepala daerah untuk periode yang selanjutnya.

Kabupaten Tanjung Jabung Timur merupakan Kabupaten pertama dalam propinsi Jambi yang menerapkan kebijakan Berobat Gratis. Kebijakan

seperti ini banyak diterapkan juga oleh daerah lain terutama yang akan segera menyelenggarakan Pilkada di daerahnya sebagaimana Kabupaten Tanjung Jabung Timur yang melaksanakan Pilkada setahun setelah kebijakan dicetuskan.

Kebijakan ini dicetuskan dengan Surat Keputusan Bupati Tanjung Jabung Timur No. 04/2005. Kebijakan pembebasan biaya berobat ini meliputi: 1) Rawat jalan umum/ Karcis berobat dan obat – obatan, 2) Rawat jalan anak sekolah/ karcis dan obat – obatan, 3) Luka jahitan 1 – 3, 4) perawatan luka, 5) Perawatan luka bakar ringan, dan 6) Sunat anak perempuan². Biaya dan logistik seperti obat-obatan disalurkan ke puskesmas untuk menunjang kebijakan gratis. Jumlah dana yang dialokasikan dalam bentuk dana operasional cukup besar dan isentif baru diberikan pada tahun kedua setelah kebijakan ini berjalan.

Sejak diberlakukan kebijakan berobat gratis terjadi peningkatan jumlah kunjungan di sejumlah puskesmas. Berdasarkan laporan puskesmas rata-rata kenaikan adalah 100% - 120% dibandingkan dengan kunjungan sebelum kebijakan berobat gratis diterapkan. Peningkatan jumlah kunjungan ini merupakan indikator kebijakan ini disukai oleh masyarakat dengan mutu yang memadai. Kebijakan ini dimaksudkan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan terutama masyarakat kurang mampu. Ironisnya seluruh masyarakat digratiskan dalam menggunakan pelayanan kesehatan tersebut. Pada sisi lain ada masyarakat miskin sudah di *cover* oleh pemerintah pusat dalam bentuk pelayanan askeskin

Sering didapatkan laporan ke dinas kesehatan akan kurangnya jumlah obat yang di distribusikan ke puskesmas. Demikian juga di Puskemas Pembantu, sangat sering dijumpai keluhan obat habis karena Puskesmas Pembantu mendapatkan obat dari Puskesmas. Fungsi puskesmas pembantu sangat penting di daerah yang tersebar dan sulit dijangkau seperti di Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

Penelitian ini bermaksud mengevaluasi kebijakan yang telah diterapkan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur yaitu pembebasan biaya pelayanan kesehatan dasar atau gratis. Secara khusus penelitian ini bertujuan untuk mengetahui mekanisme pembiayaan, ketepatan sasaran dalam bentuk proporsi masyarakat miskin atau tidak miskin yang memanfaatkan pelayanan gratis dan aspek efisiensi biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah untuk menunjang kebijakan berobat gratis ini

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini dirancang dalam bentuk studi kasus dengan jenis eksplanatori dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif (*Mix Method*) dimana akan lebih ditekankan pada aspek kualitatif. Unit analisis penelitian ini adalah Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Puskesmas pembantu. Data kuantitatif didapatkan dari kuesioner yang ditanyakan pada masyarakat pengguna layanan gratis dengan indikator kemiskinan berdasarkan BPS Penda-taan Sosial Ekonomi tahun 2005 (PSE05)³ untuk mengetahui ketepatan sasaran atau proporsi masyarakat pengguna layanan gratis. Kriteria ini terdapat 14 indikator miskin. Responden harus memenuhi minimal sembilan kriteria untuk dapat dikatakan miskin. Besar sampel yang dipilih adalah sebanyak 96 orang pasien pada dua puskesmas terpilih (*Stratified random sampling*)⁴ yang dilakukan identifikasi pada pasien yang berkunjung ke Puskesmas saat penelitian berlangsung. Responden di puskesmas dipilih secara acak atau *simple random sampling* dengan bilangan ganjil. Validasi hasil kuesioner penelitian dilakukan triangulasi setiap pasien dengan kelipatan 10 dilakukan dengan cara *cross cek* jawaban pasien dengan datang ke rumah pasien bersangkutan. Triangulasi juga dilakukan pada pasien pengguna layanan di Puskesmas Pembantu (Pustu) dengan cara yang sama tapi dalam jumlah yang lebih kecil yaitu 30 pasien pada dua pustu di masing-masing puskesmas. Data kualitatif didapatkan dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen pada anggota DPRD, Kepala Bappeda, Kepala Dinas kesehatan, kepala Puskesmas, petugas puskesmas dan pustu untuk mengetahui kebijakan pembiayaan dan efisiensi dalam menerapkan kebijakan berobat gratis tersebut.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN Kebijakan Pembiayaan

Sumber pembiayaan yang diterapkan Pemerin-

tah Daerah di Kabupaten Tanjung Jabung Timur berasal dari APBD dalam bentuk Dana Operasional Puskesmas dan Alokasi belanja obat. Disamping itu ternyata ada sumber lain yang tidak secara resmi merupakan sumber pembiayaan, yaitu dana Askeskin yang sebelumnya dikenal dengan nama JPS-BK atau PKPS-BBM. Sejak dicanangkan kebijakan berobat gratis pada bulan Maret 2005 pemerintah daerah mulai mengeluarkan peraturan berdasarkan Keputusan Bupati No. 04/2005, kebijakan pembiayaan pada tahun berjalan tersebut masih menggunakan dana atau anggaran pada tahun 2005, dimana dalam menunjang pembiayaan belum ada perlakuan khusus, baru kemudian pada tahun kedua yaitu tahun 2006 dilakukan pemberian insentif untuk petugas yang dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien.

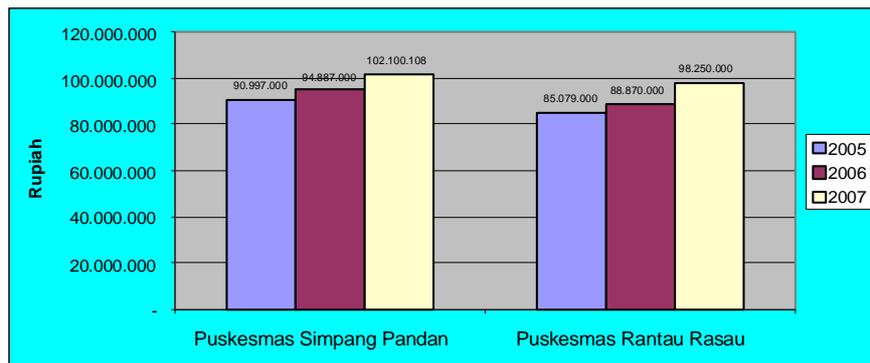
Hasil penelusuran dokumen dan wawancara mendalam dengan stakeholder terkait didapati bahwa untuk Operasional Puskesmas terjadi peningkatan dari tahun ke tahun, sebagaimana yang dijelaskan oleh Informan sebagai berikut:

"... Kita sudah mengalokasikan dana operasional Puskesmas sebesar 1,1 Milyar rupiah untuk 17 Puskesmas pertahun bahkan tahun ini naik menjadi 1,3 milyar Rupiah..".(I03)

Komponen obat – obatan terdapat alokasi yang juga meningkat dalam tiga tahun terakhir sebagaimana yang diungkapkan informan:

"... kebijakan yang dilahirkan ini sudah didukung dengan penyediaan obat dari semula hanya Rp 4.300,- perjiwa/tahun menjadi Rp 7.000,- perjiwa/pertahun. Anggaran saya untuk obat itu 1,5 M ...". (I03).

Alokasi anggaran untuk Puskesmas yang berasal dari BOP pada dasarnya mencukupi dan tidak menjadi masalah namun yang menjadi masalah justru proses pencairannya yang sering terlambat. Sementara jumlah alokasi anggaran untuk Operasional Puskesmas relatif besar seperti dapat dilihat dari grafik sebagai berikut :



Sumber: Dokumen Anggaran Satuan Kerja (DASK) Puskesmas

Gambar 1. Grafik Alokasi Dana Operasional Puskesmas tahun 2005 – 2007.

Fakta yang menarik didapatkan dari Dokumen Anggaran Satuan Kerja SKPD atau Dokumen Anggaran Satuan Kerja (DASK) pada puskesmas hanya sebagian kecil porsinya untuk menunjang operasional program berobat gratis secara langsung maupun tidak langsung. Komponen biaya yang paling besar dalam menghasilkan suatu pelayanan kesehatan yaitu obat dan bahan habis pakai. Jika diamati secara seksama terlihat bahwa alokasi anggaran yang ada pada dana operasional puskesmas secara lebih besar adalah untuk kegiatan yang bersifat promotif dan preventif. Pada tahun 2007 alokasi untuk bahan habis pakai dan obat esensial dihapuskan dari daftar anggaran serta operasional untuk pustu diganti dalam bentuk lain yang sifatnya belanja luar gedung. Menurut informan, mekanisme ini menyesuaikan dengan format anggaran sesuai Permendagri No. 13/2006⁷.

Hal ini tentu saja bertujuan positif, namun yang patut diklarifikasi adalah argumentasi bahwa dana operasional puskesmas sebagai sumber pembiayaan utama untuk program berobat gratis sejak bulan Maret 2005. Setelah ditelusuri melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen ternyata puskesmas mempunyai sumber lain sebagaimana dijelaskan sebelumnya yaitu sumber dana dan obat Askeskin. Sumber inilah dijadikan sebagai alternatif oleh puskesmas untuk menanggulangi biaya yang lambat turun dan kekurangan pembiayaan yang dialami oleh manajemen puskesmas. Dana operasional cair sering pada akhir tahun baru dana tersebut diganti. Mekanisme penggantian seperti ini menimbulkan potensi penyalahgunaan yang cukup besar. Fakta ini diperkuat dengan kenyataan bahwa seluruh masyarakat berobat gratis, baik yang ditanggung askeskin, askes pegawai negeri maupun masyarakat umum. Pada pembiayaan dan kebijakan gratis dengan Askeskin terjadi tumpang tindih. Pejabat dari dinas kesehatan maupun pimpinan puskesmas

berulang kali menyatakan bahwa sumber pembiayaan yang diharapkan membiayai program berobat gratis adalah dari Dana Operasional Puskesmas (DOP) sebagaimana kutipan yang disampaikan informan di atas.

Masalah minimnya insentif juga menjadi hal yang banyak dikeluhkan petugas puskesmas. Beban kerja petugas bertambah cukup besar, dimana terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien ke Puskesmas secara signifikan. Namun keadaan ini ternyata tidak terlalu berpengaruh terhadap kinerja petugas Puskesmas. Pasien selaku pengguna layanan kesehatan di Puskesmas juga merasa tidak ada perbedaan layanan dari sebelum dan sesudah gratis. Meskipun penelliti tidak melakukan metode *pre* dan *post test* namun sebagai gambaran dari berbagi sumber informan pasien yang pernah berobat sebelum dan sesudah program gratis yang datang berobat mengungkapkan hal yang senada. Seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

"... Perasaan... sama saja kok, baguslah (I12)
 '... Baguslah. Petugasnya ya baiklah.. .(I13)

Hasil wawancara mendalam dan penelusuran dokumen lain ditemukan pula fakta bahwa ternyata obat untuk di puskesmas relatif cukup. Hal ini berbeda dengan Pustu yang mengeluhkan kekurangan obat untuk melayani pasien dengan program berobat gratis di wilayahnya. Hal ini dimungkinkan karena mekanisme pendistribusian obat dari dinas kesehatan ke puskesmas, selanjutnya puskesmas yang mengalokasikan obat untuk Pustu dengan menyesuaikan dengan jumlah obat yang diterima dan pertimbangan kepentingan puskesmas, bukan berdasarkan obat yang diminta sebagaimana kebutuhan Pustu.

Beberapa fakta tersebut menunjukkan bahwa sistem pembiayaan untuk program berobat gratis

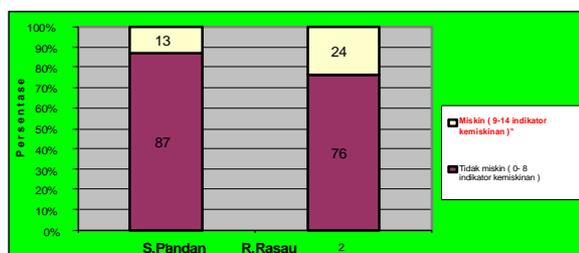
belum dipersiapkan secara baik, dengan asumsi bahwa Dana Operasional Puskesmas digunakan sebagai sumber pembiayaan agaknya tidak didukung dengan keadaan atau fakta yang ada di puskesmas sendiri. Demikian juga untuk obat-obatan yang disuplai dari dinas kesehatan ternyata di tingkat puskesmas tidak terlalu menjadi masalah namun yang menjadi persoalan adalah soal waktu pendistribusian ke puskesmas yang sering termbat. Hal ini tidak terpengaruh secara langsung dengan program gratis namun lebih bersifat ketidakmampuan sumber daya pengelola obat di dinas kesehatan. Pelayanan yang diberikan oleh puskesmas sendiri dari sewaktu sebelum dan sesudah gratis tidak terlalu berbeda sumber daya maupun output pelayanan yang diberikan kepada pasien, hal ini dimungkinkan karena komponen yang digratiskan sangat terbatas sebagaimana SK Bupati Tanjung Jabung Timur No. 04/2005, yaitu 1) rawat jalan umum (karcis berobat dan obat – obatan, 2) rawat jalan anak sekolah (karcis dan obat – obatan), 3) luka jahitan 1 – 3, 4) perawatan luka, 5) Perawatan luka bakar ringan, dan 6) Sunat anak perempuan.

Sudah selanjutnya sistem pembiayaan untuk menunjang berobat gratis ini dibenahi. Adanya pemberian insentif bagi petugas puskesmas dari penggantian biaya dengan perhitungan Rp2.500,00 per pasien berkunjung menjadi solusi yang cukup baik, walaupun dalam pelaksanaannya masih terdapat kendala. Selanjutnya juga terlihat peningkatan kunjungan yang cukup signifikan walaupun rasio kunjungan tidak terlalu besar. Hal ini baik langsung maupun tidak langsung berdampak pada beban kerja petugas sedangkan insentif atau penggantian jasa tidak mencukupi atau sesuai dengan yang diberikan. Hal ini dimungkinkan karena seluruh petugas yang memberikan pelayanan gratis tersebut adalah pegawai negeri dan honorer yang dibayar oleh pemerintah daerah. Hal ini sesuai dengan penelitian di Kabupaten Kampar⁸ yang menyatakan penerimaan petugas terhadap kebijakan gratis lebih bersifat patuh pada aturan pemerintah daerah karena mereka digaji oleh pemerintah.

Ketepatan Sasaran

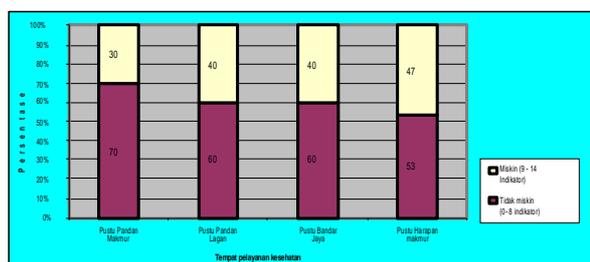
Pada pelayanan kesehatan untuk menolong masyarakat miskin sudah selanjutnya untuk dikaji lebih memberdayakan pustu, tentunya dengan sistem pembinaan dan pengawasan yang lebih baik. Masyarakat miskin sebagian besar akan lebih banyak mengakses pustu karena mengurangi biaya tambahan atau *barier* dalam pelayanan seperti biaya tambahan karena kendala transportasi, waktu, dan

sebagainya. Komposisi pengguna layanan gratis di tingkat puskesmas ternyata lebih besar masyarakat non-miskin. Masyarakat miskin yang menggunakan layanan di puskesmas hanya berkisar 12,5% sampai dengan 24% sebagaimana yang terlihat dalam tabel berikut:



Gambar 2. Komposisi Masyarakat Pengguna Pelayanan Berobat Gratis di Puskesmas Tahun 2007.

Pada Puskesmas Pembantu (Pustu) ternyata komposisi masyarakat miskin lebih besar jumlahnya yaitu 30% sampai dengan 47% ,lebih tinggi dibandingkan masyarakat miskin yang menggunakan layanan di Puskesmas, seperti terlihat pada tabel berikut:



Gambar 3. Komposisi Masyarakat Pengguna Pelayanan Berobat Gratis di Puskesmas Pembantu Tahun 2007

Hal ini dapat dimaklumi karena masyarakat miskin banyak terhambat dengan *barier* dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti transportasi dan waktu⁹. Keadaan ini jika dibandingkan dengan alokasi pembiayaan pemerintah daerah dapat dikatakan terjadi *misalokasi* dimana masyarakat yang tergolong cukup mampu lebih banyak mengakses layanan gratis.

Efisiensi

Perencanaan yang baik dengan memperhitungkan kebutuhan biaya dan sumber daya serta *output* yang dihasilkan perlu dipertimbangkan untuk memperluas jenis pelayanan yang digratiskan seperti rawat inap, kesehatan gigi, tindakan medik bahkan

persalinan. Hal ini didukung dengan kenyataan bahwa program Askeskin juga telah berjalan, karena jika terus dijalankan kebijakan dengan sumber ganda seperti ini akan terjadi potensi inefisiensi anggaran pemerintah karena disatu sisi masyarakat miskin sudah dibiayai pemerintah pusat sementara disisi lain seluruh masyarakat ditanggung pelayanan kesehatannya oleh pemerintah daerah. Rencana untuk beralih ke sistem kapitasi merupakan solusi yang lebih baik, karena dengan sistem kapitasi biaya kesehatan lebih mudah diukur dan dikendalikan¹⁰. Hal ini tentunya harus di dukung dengan adanya lembaga yang khusus mengkoordinir program ini untuk pengawasan dan pembinaan seperti Badan Penyelenggara (Bapel) sebagaimana lebih dikenal dalam praktek asuransi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kebijakan pembiayaan yang ditempuh oleh Pemerintah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dalam program berobat gratis belum menerapkan prinsip sistem jaminan Kesehatan yang baik, dimana komitmen untuk menerapkan kebijakan gratis tidak diikuti dengan komitmen dalam hal pendanaan yang memadai sehingga muncul upaya untuk menggunakan sumber alternatif yaitu dana Askeskin.

Komposisi pengguna layanan gratis sebagian besar adalah masyarakat dengan katagori non miskin dengan distribusi pengguna oleh masyarakat miskin lebih besar di puskesmas pembantu dibandingkan dengan puskesmas. Skema pembiayaan lebih berfokus pada puskesmas sedangkan pustu kurang mendapat perhatian yang memadai, dengan demikian cenderung terjadi *misalokasi* baik dari sisi sumber maupun sasaran pengguna.

Kebijakan ini belum menerapkan prinsip *good governance* dengan baik dimana fungsi pengawasan dan pembinaan dalam konteks pelayanan gratis belum berjalan sebagaimana mestinya sebuah sistem jaminan kesehatan, selain itu juga terjadi juga terjadi inefisiensi pada pengalokasian penganggaran ganda yaitu sumber APBD dan alokasi pusat dalam bentuk Askeskin

Saran

Pemerintah dalam mewujudkan peningkatan taraf kesehatan masyarakat dengan program beobat gratis perlu dilakukan langkah-langkah konkrit untuk melakukan pembenahan, antara lain perlunya dibentuk suatu Badan Penyelenggara yang memiliki kekuatan hukum yang ditetapkan dengan Perda untuk selanjutnya Badan ini yang akan menjalankan dan

mengelola program dalam bentuk asuransi dengan konsep *managed care*.

Perlu pula dipertimbangkan untuk meningkatkan dan reformulasi dengan tepat alokasi pembiayaan untuk program berobat gratis sehingga tidak terjadi tumpang tindih alokasi dana dengan program askeskin

Sasaran dipilah secara jelas kelompok masyarakat pengguna layanan gratis dimana orang kaya tidak perlu ditanggung oleh pemerintah sehingga jenis layanan yang ditanggung untuk orang miskin dan yang mendekati miskin bisa lebih dimaksimalkan atau sebaliknya jika ingin menanggung layanan kesehatan seluruh masyarakat perlu ditunjang dengan sistem pembiayaan yang memadai. Selanjutnya diperlukan penguatan sistem manajemen dan pelayanan pada tingkat pustu sehingga masyarakat miskin yang sering terkendala dengan *barrier* dalam mengakses pelayanan dapat lebih ditingkatkan.

REFERENSI

1. Dwiyanto A, Mewujudkan Good Governance Melalui Pembiayaan Publik, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 2005.
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur, Profil Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur, Muara Sabak, 2006.
3. Badan Pusat Statistik, Pelaksanaan pedataan rumah tangga miskin 2005, Jakarta, 2005.
4. Utarini A, Panduan Penyusunan tesis, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 2005.
5. Moleong LJ, Metodologi Penelitian Kualitatif, PT. Remaja Rosda Karya, Bandung, 2006.
6. Yin RK, Studi Kasus: Desain & Metode, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2006.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur, Kesehatan Tanjung Jabung Timur dalam angka tahun 2006, Muara Sabak, 2006.
8. Elfian, Penerimaan Sistem Pelayanan Gratis Oleh Dokter dan Perawat di Puskesmas Kampar. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2006.
9. Leat, Annie, Healing inequalities: The free health care policy, Children's Institute cape town [Internet], December, Part two, 2006:51-56, Available from:< <http://proquest.com/pddanto> > [Accesed 2 Januari 2008].
10. Mukti AG, Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan, Pusat Pengembangan Sistem Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2007.