

## LAPORAN AKHIR HASIL ASESMEN CEPAT PROGRAM PKPS-BBM 2005 BIDANG KESEHATAN

### 1. PENDAHULUAN

Dengan penurunan subsidi harga BBM berupa kenaikan harga pada bulan Maret (rata-rata 60%) dan Oktober (rata-rata 108%) di tahun 2005, pemerintah memperoleh dana yang dialokasikan untuk empat program utama bagi penduduk miskin dan tidak mampu; yakni di sektor *pendidikan, kesehatan, infrastruktur desa dan bantuan langsung tunai*. Tujuan ke-empat program tersebut dalam jangka pendek adalah untuk mengurangi dampak kenaikan harga BBM, dan dalam jangka panjang untuk menanggulangi kemiskinan.

Program PKPS-BBM 2005 Bidang Kesehatan bertujuan *meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, utamanya bagi penduduk miskin dan tidak mampu*, agar memperoleh taraf kesehatan yang lebih baik (Manlak Depkes, 2005). Program dimulai awal tahun 2005, mencakup seluruh sarana pelayanan kesehatan pemerintah di kabupaten/kota se-Indonesia dengan alokasi budget Rp. 3.875 trilyun setahun (DIPA 2005, Depkeu). Pada intinya, PKPS-BBM 2005 Bidkes memberikan pelayanan gratis bagi penduduk miskin dan tidak mampu di Puskesmas dan jaringannya; dan pelayanan kesehatan rujukan dan rawat inap kelas tiga gratis di RS pemerintah/BP4/BKMM/ BKIM dan RS swasta yang ditunjuk.

Dibandingkan dengan program pelayanan kesehatan gratis bagi penduduk miskin yang telah dijalankan sejak 1998-2004 sebagai Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan, program tahun 2005 memiliki beberapa perbedaan. Pertama, bukan lagi berupa bantuan pendanaan yang disalurkan langsung kepada fasilitas kesehatan, namun memakai pengelola dana yakni PT Askes yang membayar rumahsakit berdasarkan klaim selama dua semester dan puskesmas secara kapitasi pada semester pertama (Pada semester kedua, pembiayaan puskesmas dilakukan langsung tanpa melalui PT Askes). Kedua, berbeda dengan Rp. 20.000,-/keluarga pertahun pada periode 1998-2004, biaya untuk pelayanan kesehatan gratis 2005 adalah Rp. 5000,- per kapita per bulan yang diserahkan kepada PT Askes; dengan 5% untuk dana pengelolaan PT Askes dan 5% untuk pelayanan tidak langsung, 90% untuk pelayanan kesehatan yang meliputi Rp. 1000,- per kapita untuk puskesmas dan selebihnya untuk pelayanan rujukan/rumahsakit. Perubahan yang cukup besar ini membutuhkan evaluasi untuk perbaikan dan penyempurnaan program di masa datang.

### 2. TUJUAN DAN LINGKUP ASESMEN

Evaluasi PKPS-BBM 2005 Bidang Kesehatan secara umum bertujuan agar dapat diperoleh data/informasi tentang proses pelaksanaan program, menemukan masalah dan kendala program serta mencari pemecahan dan perbaikannya; untuk perbaikan program ke depan.

Tujuan khususnya mencakup hal-hal berikut:

- a. Mengkaji desain program dan kerangka implementasinya di tingkat pusat
- b. Mengkaji pelaksanaan program di lapangan
- c. Memberikan rekomendasi untuk perbaikan desain, implementasi, monitoring dan evaluasi.

Kajian desain dan kerangka implementasi program di pusat dilakukan pada:

- a. Regulasi dan kerangka pelaksanaan program.
- b. Landasan hukum, perbedaan dengan program terdahulu, kerangka pelaksanaan, perubahan pedoman dan regulasi yang terjadi.

- c. Penetapan populasi sasaran: cara penetapan, kesamaan penggunaan metode dan indikator antar instansi, efektivitas penetapan sasaran.
- d. Kartu identitas sasaran: jumlah dan lokasi Kartu Askeskin yang telah dibagikan, proses distribusi, strategi terhadap kartu (kartu sehat) yang sekarang telah berlaku untuk pelayanan gratis.
- e. Strategi sosialisasi: pokok-pokok strategi, lembaga yang terlibat dan media yang dipilih.
- f. Transparansi informasi: pemahaman instansi terkait tentang regulasi dan kerangka pelaksanaan program, keterlibatan puskesmas/RS serta pemantauan dan evaluasi.
- g. Pelayanan yang dicakup dalam program
- h. Jumlah dan lokasi rumahsakit yang menandatangani PKS dengan PT Askes.
- i. Prosentase puskesmas yang menerima dana program, saluran dan besaran dana yang disalurkan ke tiap puskesmas.

Kajian pelaksanaan program di lapangan dilakukan atas hal-hal berikut:

- a. Regulasi dan Pedoman Pelaksanaan  
Respons setempat terhadap 2 tahapan berbeda dalam program, perbaikan yang terjadi, kelemahan/masalah yang ditemui, sebab terjadinya serta upaya pemecahan setempat.
- b. Implementasi menyeluruh  
Kesesuaian implementasi dengan regulasi/manlak, keseragaman/perbedaan antar kab/kota dan alasannya, titik dimana terjadi kegagalan dan keberhasilan serta sebab-sebabnya, problema yang ditemui serta upaya institusi terkait mengatasi problema itu.
- c. Penetapan sasaran populasi  
Metode dan prosedur penetapan sasaran, perbedaan penggunaan metode/data/indikator, efektivitas penetapan sasaran.
- d. Sosialisasi dan Transparansi Informasi: pemahaman masyarakat/pemerintah/pemberi pelayanan kesehatan tentang program itu.
- e. Kebocoran dana: kesesuaian dana sebenarnya yang diterima dengan yang tercantum dalam pedoman.
- f. Rancangan, pelaksanaan, evaluasi dan pengawasan pelayanan.
- g. Penggunaan dana: cara penggunaan, alasan pemilihan cara penggunaan, efeknya terhadap pencapaian tujuan program beserta sebab-sebab terjadinya efek tersebut. Cara penggunaan dana di puskesmas, kesesuaiannya dengan pedoman pelaksanaan dan sebab-sebab ketidaksesuaian. Dukungan isi *POA* Puskesmas terhadap pencapaian tujuan program PKPS-BBM 2005 Bidang Kesehatan, kesesuaian pelaksanaan dengan *POA* yang dibuat dan sebab-sebab ketidaksesuaiannya.
- h. Utilisasi pelayanan: utilisasi pada pelayanan primer dan sekunder/rujukan serta saran perbaikan dari masyarakat lokal, pemerintah setempat dan pemberi pelayanan kesehatan. Cakupan isi pelayanan yang diberikan oleh RS/BP4/BKMM/BKIM dan RS Swasta yang memiliki kerjasama dengan PT Askes serta sebab-sebab terjadinya pelayanan yang tak sesuai dengan manlak.

Karena waktu yang relatif singkat, maka asesmen difokuskan terhadap desain dan implementasi program, bukan pada evaluasi dampak. Laporan pendahuluan asesmen ini sudah disajikan di hadapan Bappenas dan lembaga terkait pada bulan Maret 2006.

### 3. METODOLOGI

Asesmen menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif, melalui telaah dokumen dan wawancara di tingkat pusat dan asesmen lapangan di lokasi terpilih. Pendekatan kualitatif dilakukan untuk menilai regulasi dan kerangka implementasi, sosialisasi dan transparansi informasi, penerimaan dan penggunaan dana, problema dan upaya solusinya. Analisis kuantitatif dilakukan dalam penilaian terhadap besarnya penyerapan dana dan lokasinya.

Semua kegiatan asesmen dilakukan bekerjasama dengan Bappenas selaku instansi yang meminta dilakukannya asesmen ini. Bappenas memberi masukan dalam metodologi dan membantu tim peneliti dalam mengumpulkan informasi dari departemen teknis dan lembaga lain yang terkait.

#### **Sampel**

Terbatasnya waktu penilaian yang hanya memungkinkan satu bulan untuk pengumpulan data, membuat sampel daerah studi dipilih secara purposif pada 6 provinsi dan 12 kabupaten/kota yang bersama-sama dianggap mewakili Indonesia.

Di ke-enam provinsi terpilih, 1 kabupaten dan 1 kota dipilih megikuti lokasi pilihan yang sama untuk lokasi Susenas dan lokasi GDS2 serta ketiga program PKPS-BBM 2005 lainnya. Di tiap kabupaten/ kota masing-masing dipilih secara random 2 puskesmas/kecamatan (kinerja rendah dan tinggi). Dengan demikian lokasi studi adalah 6 provinsi, 12 kabupaten/kota, 24 puskesmas/kecamatan sebagai berikut:

<b>Provinsi</b>	<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Puskesmas 1</b>	<b>Puskesmas 2</b>
Sumatera Utara	Kab. Tapanuli utara Kt Pematangsiantar	Huta Baginda Kesatria	St Habinsaran Bane
Banten	Kab. Lebak Kota Cilegon	Baros Pulo Merak	Kalang Anyar Citangkil
Jawa Timur	Kota Pasuruan Kab. Malang	Kandang Sapi Ponco Kusumo	Karangketug Pakis
Nusa Tenggara Barat	Kab.Lombok Tengah Kota Mataram	Pringgarata Karang Pule	Puyung Kota Mataram
Kalimantan Timur	Kabupaten Pasir Kota Balikpapan	Kuaro Mekar Sari	Lolo Landasan Hilir
Sulawesi Utara	Kab Minahasa Utara Kota Manado	Likupang Bailang	Tatelu Tuminting

#### **Responden/informan**

Responden atau informan adalah pejabat yang bertanggungjawab atau pengelola program PKPS-BBM 2005 Bidkes di tiap jenjang administratif (pusat, provinsi, kab/kota, kecamatan), RS provinsi/kab/kota serta puskesmas, masyarakat pengguna RS dan pengguna serta bukan pengguna di wilayah puskesmas. Rinciannya adalah sebagai berikut:

Tingkat pusat:	Bappenas, Depkes, Kantor Menko Kesra, Depkeu, PT Askes, BRI, BPS.
Tingkat provinsi:	Bappeda Provinsi, Dinkes Provinsi, RS Provinsi, PT Askes Regional/ Cabang, BRI, BPS.
Tingkat kab/kota:	Bappeda kab/kota, Dinkes Kab/Kota, RS Kab/Kota, PT Askes Cabang, BRI, BPS, kelompok pengguna RS kab/kota
Tingkat kecamatan:	Puskesmas (kepala, pengelola PKPS-BBM 2005 Bidkes, Keuangan, Pengelola KIA, Bidan Desa), kelompok pengguna dan bukan pengguna.

## **Jadwal Kegiatan**

Asesmen dilakukan melalui 2 phase, yakni Telaah Dokumen/Wawancara di Pusat (Desk Study) dan Studi Lapangan di 6 provinsi. Pelaksanaan studi terjadwal sebagai berikut.

Kegiatan pra-asesmen dilakukan mulai minggu terakhir Februari 2006, dengan melakukan telaah dokumen/wawancara di tingkat pusat (desk study), pengembangan instrumen dan pretestnya di Kab. Bekasi, rekrutmen dan pentaloka 24 orang koordinator provinsi dan peneliti lapangan dilengkapi dengan uji pengumpulan data di Kota Bogor, dilanjutkan dengan persiapan final kunjungan ke lapangan di 6 provinsi. Pengumpulan data lapangan dilakukan pada minggu pertama hingga kedua bulan Maret 2006.

Sekembali dari lapangan, dilakukan pembahasan temuan utama serta penyusunan laporan pendahuluan ringkas. Laporan ringkas disajikan pada pertemuan lintas sektor di Bappenas tanggal 12 April 2006. Masukan dari pertemuan ini ditampung dalam penyempurnaan dan penulisan laporan naratif.

## **4. TEMUAN DAN DISKUSI**

### **4.1 HASIL *DESK STUDY*<sup>1</sup> DI PUSAT**

#### ***Desain Program***

Program PKPS BBM 2005 Bidkes dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, terutama bagi penduduk miskin dan tidak mampu (Depkes, 2006). Berbeda dengan program PKPS-BBM Bidkes tahun-tahun sebelumnya yang berupa bantuan langsung ke provider (supply oriented), pada tahun 2005 ini Depkes menetapkan desain 'demand oriented' dengan pendekatan semi-asuransi sosial dan menugaskan PT Askes sebagai pengelola.

Pada semester pertama, pendanaan program menggunakan hitungan 'premi' sebesar Rp. 5000,-/kapita/bulan untuk 36.1 juta penduduk miskin berdasarkan 16.7% penduduk miskin dari data BPS 2004. Dana dialokasikan 90% untuk pelayanan kesehatan di RS pemerintah dan swasta yang ditunjuk serta puskesmas, 5% untuk pengelolaan PT Askes dan 5% untuk pelayanan tidak langsung, yakni pencetakan dan distribusi kartu, sosialisasi dan forum konsultasi dan komunikasi untuk pembinaan program. Puskesmas dibayar secara kapitasi Rp.1000,-/kapita/bulan, sedangkan rawat inap puskesmas dan layanan RS dibayar secara fee for services, sesuai klaim yang diajukan dengan tarif mengikuti SK Menkes. Penerima manfaat program adalah individu penduduk miskin, berbeda dengan pola JPS 1998-2004 yang menetapkan keluarga sebagai penerima manfaat. Nama program semester satu adalah JPKMM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin).

Dalam perjalanan program selanjutnya, terjadi banyak protes terhadap kuota 36,1 juta penduduk miskin, yang dinilai tidak cukup menampung semua anggota keluarga miskin sebagai sasaran program PKPS-BBM Bidkes tahun-tahun sebelumnya. Hal ini kemungkinan terjadi karena:

- Pengalihan sasaran dari jumlah KK miskin menjadi jumlah individu miskin yang tidak sebanding.
- Sudah terjadi penambahan keluarga miskin akibat kenaikan harga BBM Maret 2005.

Heboh tentang kuota yang di banyak tempat hanya menampung 25-35% dari seluruh penduduk miskin yang diidentifikasi daerah, mendorong Depkes melakukan revisi jumlah penduduk yang dicakup dalam semester dua. Nama program semester dua adalah Program Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan

---

<sup>1</sup> *Telaah terhadap dokumen dan informasi di pusat*

Rawat Jalan serta Rawat Inap Klas 3 Rumah Sakit yang Dijamin Pemerintah dengan sasaran 60 juta penduduk miskin. Dasar perhitungan anggaran juga berubah. Dari Rp. 5000,-/kapita/bulan untuk semester pertama, menjadi perhitungan berbasis penggunaan provider (puskesmas dan kelas 3 RS).

Pembiayaan program PKPS-BBM 2005 Bidkes menurut surat pengesahan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran tertanggal 26 Juli 2005 berjumlah Rp. 3,875 trilyun; terbagi atas Rp.1,533 trilyun melalui program Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Rp. 2,34 trilyun melalui program Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), dengan rincian sbb:

a. Biaya Yankes Rujukan di Klas 3 RS (UKP) (0.35% x 65 juta jiwa x 7 bl x 6 hr x Rp.150.000,-)	Rp. 1,3 Trilyun
b. Biaya Penunjang Yankes Rujukan Klas 3 RS (UKP)	Rp. 210 Milyar
c. Peningkatan Pelayanan Kesehatan bagi Gakin (UKM)	Rp. 2,3 Trilyun
d. Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan (UKM)	Rp. 25,3 Milyar
e. Penyelenggaraan Kebijakan dan Pengelolaan (UKM)	Rp. 7,1 Milyar
f. Survey dan Pemetaan (UKM)	Rp. 1,6 Milyar

Revisi program di semester dua, mencakup juga pengalihan pembiayaan Puskesmas dari sistim kapitasi melalui PT Askes, menjadi sistem dana langsung via BRI yang dapat dicairkan Puskesmas setelah POA<sup>2</sup> disetujui Dinkes.

Ada 4 komponen kegiatan Puskesmas yang dapat diajukan dalam POA, yaitu: pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas, operasional Puskesmas, revitalisasi Posyandu dan persalinan. Dengan revisi itu, Depkes juga memperoleh pembiayaan untuk *safeguarding*<sup>3</sup>, biaya obat essential dasar untuk Puskesmas, pembelian vaksin, penyediaan darah PMI, dan bantuan operasional daerah terpencil.

Dasar hukum yang dipakai dalam program adalah:

- SK Menkes No. 1241/2004 yang menugaskan PT Askes untuk melakukan pendataan penduduk miskin dan memantau dana program di RS dan Puskesmas pada Nov-Des 2004.
- SK Menkes No. 56/2005 tertanggal 12 Januari 2005 tentang pedoman JPKMM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin), yang pengelolaannya diserahkan kepada PT Askes melalui PKS (Piagam Kerja Sama) tertanggal 13 Mei 2006 antara Menkes dan Dirut PT Askes, penetapan kuota masyarakat miskin sebanyak 36,1 juta jiwa dan tidak diberlakukannya lagi ujicoba Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin).
- Pada semester dua, penugasan PT Askes diatur dalam addendum piagam kerjasama Depkes-PT Askes tertanggal 6 Oktober 2006.
- Beberapa dokumen keuangan, utamanya surat pengesahan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran TA 2005 No.029.1/24-03.0/-/2005 tertanggal 25 Juli 2005 dari Dirjen Perbendaharaan Depkeu.

Secara umum dapat dilihat bahwa titik kekuatan desain program yang menerapkan keberpihakan pada penduduk miskin (*pro-poor policy*) dengan pendanaan yang mulai berorientasi pada *pengguna (demand-supply mix)* bukan lagi *supply murni (pure provider oriented)*, dalam kenyataannya mengandung beberapa titik kelemahan, sebagai berikut:

- a. Dasar pendanaan pelayanan kesehatan tidak memperhitungkan kondisi penduduk miskin, yang umumnya bertempat tinggal jauh dari pusat pelayanan kesehatan dan karena alasan geografis dan atau tak cukup memiliki dana untuk transportasi, gagal mencapai tempat pelayanan.

<sup>2</sup> POA – Plan of Action – Rencana Kerja

<sup>3</sup> *Safeguarding* dimaksudkan sebagai upaya pembinaan dan pengamanan program, yang meliputi koordinasi dan komunikasi, sosialisasi, supervisi, monitoring dan evaluasi.

- b. Desain tidak tegas mendeskripsikan status program, apakah program subsidi provider ataupun asuransi sosial murni. Ketidaktegasan dalam hal ini berefek pada ketidak-jelasan fungsi para stakeholders. PT Askes ternyata difungsikan bukan sebagai asuradur yang menanggung risiko asuransi penuh, namun lebih sebagai *third party administrator* yang tidak menanggung risiko.
- c. Penugasan dan pendanaan untuk semua aspek program kepada PT Askes pada semester pertama tidak memasukkan keterlibatan Pemda, baik dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi serta pengawasan program.
- d. Desain tidak melibatkan sektor swasta dan dunia usaha; padahal menurut data Susenas 2004 sekitar 36% penduduk miskin menggunakan pelayanan swasta, sedangkan peran dunia usaha sebagai mitra pembiayaan dan pendukung transportasi pelayanan di daerah terpencil belum banyak dieksplorasi.
- e. Desain kurang mendorong sistem monitoring-evaluasi dan akuntabilitas, antara lain karena terbatasnya pelibatan Pemda dan tidak terformulasinya hubungan PT Askes di daerah dengan Pemda.

### **Penata-laksanaan Pelayanan Kesehatan**

Sarana pelayanan kesehatan yang ditugasi melayani penduduk miskin dalam PKPS-BBM 2005 Bidkes adalah semua sarana kesehatan pemerintah dan sarana pelayanan swasta yang ditunjuk (bila tidak ada pelayanan pemerintah) di daerah. Hal ini mencakup seluruh puskesmas dan jaringannya (pustu, bidan di desa dan posyandu) serta RSUD Kab/Kota dan RS rujukan provinsi serta pusat.

Paket pelayanan kesehatan yang diberikan adalah pelayanan paripurna (preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif) dengan spektrum sebagaimana tercantum dalam pedoman. Beberapa kecualian berupa pelayanan yang tidak ditanggung adalah pelayanan kosmetik, alat rehabilitasi cacat dan pengobatan infertilitas. Pemberian obat-obatan mengikuti daftar obat yang tercantum dalam DPHO (Daftar Plafon Harga Obat).

Tarif pelayanan menggunakan ketentuan tarif dalam buku pedoman (yang dilandasi SK Menteri). Pelayanan diberikan tanpa memungut biaya dari penduduk miskin, yang ditandai dari pemilikan kartu (kartu sehat dan kartu yang diterbitkan PT Askes tahun 2005), atau SKTM bagi yang belum memiliki kartu.

Depkes menetapkan bahwa sisa dana tahun 2004 dapat digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan penduduk miskin tahun 2005 dengan memakai ketentuan 2005; yakni pembayaran kapitasi Rp. 1000,- per bulan untuk pelayanan dasar Puskesmas dan pembayaran klaim untuk pelayanan RS. Bagi Puskesmas yang tidak memiliki sisa dana 2004, PT Askes akan memberikan dana kapitasi ke setiap Puskesmas (melalui *MOU*<sup>4</sup> dengan Dinas Kesehatan) untuk rawat jalan dan rawat inap serta jasa medik dan obat-obatan. Bagi RS yang tidak memiliki sisa dana 2004, PT Askes akan membayar klaim yang diajukan dengan dana tahun 2005. Mekanisme pembayaran klaim kepada rumah sakit diatur dalam *MOU* antara PT Askes dan RS. Pada RS yang mengalami defisit dana pelayanan tahun 2004, Depkes akan mengupayakan pembayaran menggunakan dana tahun 2005, setelah dilakukan verifikasi atas defisitnya.

## **4.2 DAMPAK PROGRAM DAN TINGKAT KEPUASAN**

Program pelayanan gratis dari PKPS-BBM bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan mutu dan akses pelayanan kesehatan. Hasil wawancara dengan pasien miskin sekluarnya dari fasilitas pelayanan kesehatan (*exit polls*) menunjukkan bahwa program PKPS-BBM dirasakan sangat bermanfaat dan membantu akses pelayanan kesehatan orang miskin. Hal senada disampaikan oleh

---

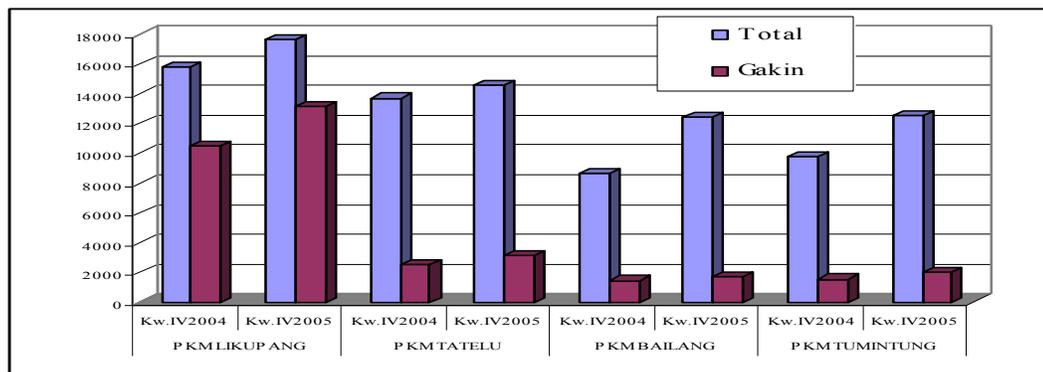
<sup>4</sup> *MOU – Memorandum of Understanding – Nota Kesepakatan*

informan dari PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) yang menyatakan bahwa PKPS-BBM telah meningkatkan kemauan orang miskin untuk berobat ke Puskesmas jika menderita sakit, ditandai dengan kunjungan Askeskin yang meningkat dan meningkatnya mutu pelayanan.

Angka kunjungan penduduk miskin ke puskesmas dan jaringannya ditargetkan 15% dengan target angka rujukan 12% dari angka kunjungan. Laporan PT Askes mengemukakan pencapaian angka kunjungan ke puskesmas sebesar 15.3% dengan angka rujukan 8.42% (Rakerkesnas Medan, April 2006).

Di daerah penelitian, peningkatan kunjungan ke puskesmas yang menonjol terjadi di beberapa tempat, namun tidak menyeluruh (Jatim dan Sulut). Di daerah kajian Sulawesi Utara, grafik di bawah ini memperlihatkan bahwa peningkatan kunjungan rawat jalan terjadi di empat puskesmas, namun peningkatan kunjungan penduduk miskin tidak setinggi kunjungan semua penduduk.

### Grafik Jumlah Kunjungan Rawat Jalan di 4 Puskesmas Provinsi Sulawesi Utara pada Kuartal IV, 2004 dan 2005



Data di puskesmas kajian lainnya menampilkan angka kunjungan yang rendah (5.46% di Puskesmas Kuaro, 8.33% di puskesmas Bailang, 9,6% di puskesmas Cilegon dan 4.08% di puskesmas Kab Lebak). Juga terdapat variasi dalam angka kunjungan RJTP dan angka rujukan Puskesmas.

*Di Puskesmas Tuminting, Kota Manado angka RJTP periode Januari-Juni 2005 adalah 15,92% dengan angka rujukan 9,17%. Pada periode Juli-Desember 2005 angka kunjungan turun menjadi 11,25% tetapi angka rujukannya naik menjadi 10,69%. Namun, secara total angka kunjungan dan rujukan tidak mencapai target yaitu 13,58% untuk angka kunjungan dan 9,80% untuk angka rujukan.*

*Di Kabupaten Minahasa Utara, Sulawesi Utara pada periode Juli-Desember 2005 angka kunjungan RJTP dan angka rujukan tidak mencapai target, berturut-turut hanya 7,99% dan 7,57%. Bahkan di Puskesmas Hutabaginda, Tarutung, Sumatera Utara angka kunjungan RJTP Puskesmas kurang dari sepertiga target, yaitu hanya 4,25%. Namun, angka rujukannya lebih dari satu setengah kali target yaitu 19,76%. Hal ini mungkin disebabkan letak Puskesmas ini di ibukota kabupaten yang dekat dengan lokasi RSUD kabupaten, sehingga mendorong pasien Gakin minta dirujuk ke RSUD.*

Mutu pelayanan Puskesmas meningkat karena PKPS-BBM membantu dalam pengadaan obat dan menyediakan dana untuk pengadaan sarana dan perbaikan fisik sehingga Puskesmas tidak perlu memikirkan dana operasional.

Penyelenggaraan PKPS-BBM bidang kesehatan meningkatkan pendapatan karena BOR klas 3 RS meningkat sampai harus mendayagunakan ruang perawatan klas 1 dan 2 RS. Cakupan pelayanan rumahsakit menurut data PT Askes dalam Laporan Pelaksanaan Program Askeskin 2005, tercapai 1.452.080 kasus RJTL atau 4.02% dari 36.1 juta penduduk miskin (atau 2.42% dari 60 juta penduduk miskin). Sedangkan untuk RITL, tercapai 1.56% dari 36.1 juta penduduk miskin (atau 0.94% dari 60 juta penduduk miskin). Lama hari rawat rata-rata adalah 6,09 hari. Penelitian Badan Litbangkes Depkes untuk program JPKMM 2005 di 4 RS Makasar mendapatkan bahwa rata-rata lama hari rawat bervariasi antara 4-8 hari, namun merupakan suatu peningkatan dibandingkan 2.3-7,8 hari pada tahun 2004. Peningkatan ini dapat disebabkan oleh banyak faktor, baik yang berkaitan dengan mutu dan efisiensi pelayanan maupun keparahan penyakit. Diperlukan penerapan upaya kendali biaya-kendali mutu pelayanan RS, didampingi dengan telaah utilisasi yang cermat dari pengelola.

Meskipun secara umum PKPS-BBM diakui sangat bermanfaat, namun dari sisi masyarakat masih ditemukan ketidakpuasan. Keluhan yang disampaikan oleh masyarakat, umumnya berkaitan dengan penetapan sasaran yang dianggap tidak adil serta kesalahan dalam penetapan sasaran orang miskin, ketidakjelasan prosedur dan cakupan pelayanan, pendistribusian kartu dan pasien miskin masih harus membayar obat-obat diluar DPHO. Ada orang miskin tidak mendapatkan kartu Askeskin dan sebaliknya orang yang lebih mampu diberi kartu itu. Pada tingkat individu orang miskin masih terdapat hambatan akses karena sebagian pemegang kartu masih membayar, biaya transport tidak ada, apalagi untuk yang bermukim di daerah terpencil dan jauh dari sarana kesehatan, serta tidak punya biaya untuk pendamping pasien orang miskin yang dirawat di RS. Prosedur dan cakupan pelayanan masih belum dipahami oleh orang miskin karena sosialisasi kepada masyarakat miskin tidak dilakukan. Di sejumlah daerah/rumah sakit pelayanan obat non-DPHO harus dibayar oleh pasien miskin.

Dari pihak Puskesmas, program pelayanan gratis menyulitkan Puskesmas dalam memenuhi target setoran retribusi ke kas daerah sebagai PAD (pendapatan asli daerah), karena berkurangnya jumlah pengunjung Puskesmas yang harus membayar retribusi (tinggal pasien non-miskin yang membayar retribusi). Selain itu, Puskesmas harus mengeluarkan biaya untuk pembuatan STNK kendaraan roda dua yang didrop dari pusat karena pengadaan kendaraan oleh Depkes tidak dilengkapi dengan alokasi dana untuk pembuatan nomor kendaraannya (*off the road*). Banyak di antara puskesmas yang tidak memiliki sumber dana untuk itu. Akibatnya, ada beberapa Daerah seperti puskesmas-puskesmas di Tapanuli Utara yang tidak mau mengurus biaya STNK tersebut.

Program PKPS-BBM juga meningkatkan beban pelaporan oleh Puskesmas. Puskesmas juga mengeluhkan soal peraturan yang berubah-ubah dan peraturan yang berlaku surut tanpa disertai sosialisasi yang memadai (sosialisasi kurang), termasuk sosialisasi yang sangat kurang mengenai prosedur klaim bagi puskesmas saat semester satu. Sementara itu, Rumah Sakit mengeluhkan keterlambatan pembayaran klaim dan tidak semua tagihan/klaim rumah sakit dibayar oleh Askes. Selain itu, tarif pelayanan Askes tidak sesuai dengan *actual service cost* dan tidak adanya dana untuk pengantaran jenazah pasien miskin. Sedangkan Dinas Kesehatan kabupaten/kota mengeluhkan soal pengadaan kendaraan roda dua yang didrop Depkes tidak sesuai dengan kondisi lapangan, misalnya Depkes mengirim kendaraan jenis laki-laki padahal petugas yang akan memakai perempuan.

Supervisi dan monitoring dari provinsi kurang, bahkan dari Depkes tidak ada. Di Provinsi Jawa Timur, luncheon dana Puskesmas untuk semester dua 2005 tidak mungkin diserap atau di-SPJ-kan pada bulan Maret 2006 karena baru turun pada Februari 2006 dan di daerah masih ada sisa dana lain.

Keberlangsungan (*sustainability*) program PKPS-BBM juga dipertanyakan oleh daerah terkait dengan ketersediaan dana pemerintah dan prinsip pemberdayaan dan otonomi daerah. Dalam hal pendanaan untuk keberlangsungan program, informan Depkes dan Bappenas menyatakan bahwa pemerintah memiliki komitmen kuat untuk selalu menyediakan anggaran bagi program ini di atas kebutuhan anggaran untuk program lainnya.

Sedangkan untuk membangkitkan partisipasi dan pemberdayaan daerah, daerah bisa mengisi kesenjangan atau *gap* dalam kebutuhan biaya yang belum didanai oleh pusat. Oleh karena pusat telah mendanai biaya pelayanan di sarana kesehatan, maka daerah bisa mendanai upaya untuk membuat orang miskin mau ke lokasi sarana kesehatan guna mendapatkan pelayanan.

Agar program pelayanan kesehatan gratis betul-betul bisa dimanfaatkan oleh sasaran maka pemahaman orang miskin terhadap hak dan kewajibannya dalam memperoleh pelayanan kesehatan gratis harus ditingkatkan dan kendala biaya yang tidak ditanggung oleh PT Askes (seperti biaya transportasi, biaya obat non-DPHO, biaya pendamping pasien yang dirawat inap, dan lain-lain) harus dipecahkan.

#### 4.3 PENETAPAN SASARAN DAN DISTRIBUSI KARTU IDENTITASNYA

Dalam semester pertama, penetapan target PKPS-BBM 2005 Bidang Kesehatan mengacu kepada data agregat BPS yang untuk tahun 2004 mencapai 16.7% penduduk atau 36.1 juta jiwa. Penugasan PT Askes untuk mengelola jaminan kesehatan bagi 36.1 juta jiwa dengan menerapkan kartu pengenal berfoto per individu seperti yang berlaku dalam asuransi sosial pegawai negeri sipil, berbeda dengan penerapan kartu pengenal (kartu sehat dll) berbasis keluarga dalam program PKPS-BBM Bidkes bermodel Jaring Pengaman Sosial di tahun-tahun sebelumnya. Penerbitan dan distribusi kartu menjadi tugas PT Askes, setelah menerima daftar penduduk miskin yang diidentifikasi Pemerintah Daerah melalui mekanisme dari bawah (antara lain dengan menggunakan data BKKBN) sebagaimana telah berlaku di tahun-tahun sebelumnya.

PT Askes mendistribusikan blanko kartu ke PT Askes Cabang. Pada daerah dimana daftar penduduk miskin telah diberikan oleh Pemda, PT Askes melakukan pengambilan foto sasaran, memproses penerbitan kartu berfoto dan membagikan kartu tersebut kepada pemilik foto. Dalam pelaksanaannya, pembuatan dan distribusi kartu berfoto mengalami hambatan, karena:

- a. Terjadi hambatan pada identifikasi sasaran oleh Pemda. Jumlah penduduk miskin hasil identifikasi umumnya lebih besar dibandingkan jumlah yang tersedia dalam kuota. Pemda tidak ingin mengurangi penduduk miskin yang teridentifikasi karena dapat menimbulkan keresahan sosial. Pemda yang memiliki sumber dana dapat menampung kelebihan kuota dengan program daerahnya. Namun di banyak daerah, perbedaan ini menghambat proses penerbitan kartu.
- b. Pemotretan gagal karena faktor teknis, sosial dan psikologis. Kartu berfoto yang terselesaikan menjadi sedikit. Banyak kartu akhirnya diterbitkan tanpa foto.
- c. Distribusi kartu gagal karena faktor teknis, sosial dan administratif. Kapasitas PT Askes untuk membagi kartu kepada pemiliknya tidak memadai. Penitipan distribusi kartu kepada Dinkes, Puskesmas atau Desa terhambat karena pihak yang dititipi tidak merasa bahwa distribusi kartu sebagai tugasnya, juga akibat tidak jelasnya hubungan PT Askes cabang dengan Pemda.

Dengan demikian, terjadi reaksi negatif terhadap distribusi kartu. Cakupan program yang diperluas menjadi 60 juta jiwa pada semester 2, tidak dibarengi dengan dukungan penyediaan 24 juta kartu tambahan. Jadi, harapan agar seluruh penduduk miskin dapat dicakup dalam program PKPS-BBM 2005 Bidkes tidak tercapai, seperti tergambar dalam temuan studi lapangan sebagai berikut:

- a. BPS selaku instansi yang diberi kewenangan mendata rumahtangga miskin minimal setahun sekali, belum memiliki sistem identifikasi perorangan penduduk miskin, sehingga belum dapat sepenuhnya berperan dalam penetapan sasaran PKPS-BBM Bidkes untuk individu miskin.
- b. Tidak semua penduduk miskin yang diidentifikasi di lapangan menggunakan basis keluarga, dapat dicakup oleh program dalam sistem kuota terbatas berbasis individu.
- c. Sebagai identitas, untuk memperoleh pelayanan cuma-cuma, sebagian besar pengguna pelayanan kelas 3 di RS menggunakan SKTM yang berpotensi penyalahgunaan.

**Tabel 1. Desain dan Situasi Aktual Penetapan Sasaran dan Distribusi Kartu pada Semester 1 dan 2 Program PKPS-BBM 2005 Bidkes**

Variabel	Desain		Situasi Aktual	
	Semester 1	Semester 2	Semester 1	Semester 2
Penetapan sasaran	Berdasarkan data agregat/makro BPS 2004 (16.7% atau 36,1 juta jiwa).	Jumlah Penduduk miskin dan hampir miskin ditetapkan sebesar 60 juta jiwa.	Berdasar data lapangan, jumlah penduduk miskin yang teridentifikasi jauh lebih besar.	60 juta jiwa sesuai pendataan BPS 15,4 juta KK. Penetapan 24 juta tambahan ikut BPS
Distribusi kartu	Distribusi oleh PT Askes.	Tak ada kejelasan ttg pengadaan & distribusi kartu utk penduduk miskin tambahan.	Kartu askeskin sebagian besar belum dibagikan. Pemegang kartu sehat diperbolehkan.	Penggunaan SKTM diperbolehkan. Padahal SKTM dapat menyebabkan mis-targeting.

Untuk dapat mencapai sasaran penduduk miskin dengan baik, direkomendasikan penetapan sasaran program ke depan sebagai berikut:

- a. BPS diberi fungsi penentuan sasaran penduduk miskin, baik pada tingkat makro (agregat) maupun mikro (penemuan identitas setiap jiwa penduduk miskin).

Sisi positif kebijakan ini adalah tersedianya satu data untuk semua program pengentasan kemiskinan dari satu instansi yang diberi wewenang. Namun sisi negatifnya adalah landasan hukum belum sepenuhnya menunjang, diperlukan amandemen terhadap UU No.16/1997 tentang fungsi BPS yang terbatas pada pendataan makro. Bila alternatif ini dipilih, diperlukan waktu lama untuk legalisasi perubahan fungsi dan kapasitas BPS, sehingga dapat memperlambat pelaksanaan program. Di samping itu, perlu ditingkatkan kapasitas BPS, yang saat ini masih diwakili di tingkat kecamatan oleh seorang mantri statistik saja. Perlu juga dibenahi sistem penemuan penduduk miskin yang kasat mata **dan mempertimbangkan kondisi sosekbud setempat** agar datanya menjadi benar dan dapat dipercaya.

- b. BPS menjalankan kewenangan pendataan makro, sedangkan pendataan mikro untuk identifikasi rumahtangga/individu miskin diserahkan kepada Pemerintah Daerah.

**Alternatif ini menegaskan peran BPS dalam penetapan indikator kemiskinan makro yang berlaku untuk semua daerah, namun identifikasi penduduk miskin dilakukan dengan memakai indikator kasat mata yang sesuai dengan kondisi sosekbud daerah.** Sisi positif alternatif ini adalah terlibatnya Daerah sehingga dapat dihindari konflik sosial dan datanya dapat lebih *valid* serta *reliable*. Bila alternatif ini dipilih, bisa mendorong tumbuh dan berkembangnya rasa kepemilikan dan tanggungjawab Daerah terhadap program, serta mendorong meningkatnya pendanaan lokal terhadap pelayanan kesehatan penduduk miskin. Sisi negatifnya adalah potensi masuknya pertimbangan berlebihan dari Daerah, walaupun dapat dihindari dengan indikator kemiskinan yang berlaku untuk semua daerah.

Selanjutnya, terhadap satuan penduduk miskin yang akan diberikan kartu identitas sebagai sasaran program, diusulkan juga dua alternatif, sebagai berikut:

- a. Kartu identitas berbasis individu miskin.

Sisi positif alternatif ini adalah tertutupnya kemungkinan penyalahgunaan karena kartu berbasis individu dengan foto. Sisi negatifnya adalah kelayakan yang rendah karena belum didukung oleh sistem pendataan BPS yang ada sekarang. Sementara itu, dana yang dibutuhkan untuk pencetakan kartu dan distribusinya ke perorangan sangat besar, tak selaras dengan cara targeting berbasis rumahtangga yang sedang berjalan untuk program pendidikan atau bantuan langsung tunai. Bila alternatif ini dipilih sebelum kapasitas distribusi kartu berbasis individu dipenuhi, dapat timbul persepsi ketidak-adilan dan ketidakpuasan, meningkatnya kekhawatiran pengelola program akan potensi konflik sosial sehingga berdampak pada kurang efektifnya pelaksanaan program.

b. Kartu identitas berbasis keluarga miskin.

Sisi positif pada alternatif ini adalah bahwa setiap anggota keluarga miskin akan terjamin, termasuk bayi yang belum lahir sekalipun. Lagi pula, pendekatan identitas keluarga seperti ini akan sejalan dengan pengembangan dokter keluarga sebagai mitra keluarga membina hidup sehat, konsep ketahanan keluarga, konsep kesehatan keluarga dan sistim pencatatan pelaporan kesehatan berbasis *family folder*<sup>5</sup>. Kartu bisa berisi foto atau cap jempol kepala keluarga beserta daftar nama semua anggota keluarga, dan dapat dilengkapi dengan kolom untuk mengisi kelahiran dan kematian.

Bila alternatif ini dipilih, terjadi sinkronisasi program pembangunan untuk pengentasan kemiskinan berbasis keluarga, sehingga program dapat berjalan secara lebih *cost-effective*<sup>6</sup>. Sisi negatifnya adalah kekhawatiran terhadap penyalahgunaan.

#### 4.4 SOSIALISASI

Sosialisasi merupakan langkah awal yang sangat penting dalam upaya memberi pemahaman tentang suatu kebijakan, peraturan, atau program yang akan diberlakukan kepada pihak lain. Sosialisasi diharapkan dapat memberi pemahaman kepada pihak lain untuk mengikuti kebijakan, peraturan, atau program yang akan diberlakukan.

Dalam konsep program semester pertama, disediakan anggaran untuk sosialisasi dan konsultasi/komunikasi dengan label sebagai 'pelayanan tidak langsung' sebesar 5% dari anggaran program seluruhnya. Dana yang ditangani PT Askes ini, pada semester dua dilengkapi lagi dengan anggaran *safeguarding* pada Depkes dan jajarannya. Topik sosialisasi adalah pedoman program, yakni pedoman JPKMM pada semester satu dan Pedoman Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rawat Jalan Rujukan dan Rawan Inap Klas 3 Rumahsakit yang Dijamin Pemerintah.

Sosialisasi kemudian dilakukan oleh Depkes-PT Askes terhadap pejabat Dinkes Provinsi-PT Askes di Jakarta, dilanjutkan dengan sosialisasi regional dan provinsi dengan narasumber pusat hingga mencakup para pejabat Dinkes Kab/Kota dan PT Askes setempat. PT Askes juga melakukan sosialisasi intern dengan jajaran regional dan cabang-cabangnya. Materi utama adalah buku pedoman. Kegiatan ini didanai dari anggaran yang ditangani PT Askes dengan dana talangan sebelum anggaran PKPS-BBM semester pertama turun. Pada semester dua, dengan terbitnya pedoman baru, dilakukan sosialisasi serupa. Kali ini dilakukan dengan menggunakan dana dari anggaran belanja Depkes melalui kegiatan *safeguarding*.

Sosialisasi semester satu yang seyogyanya dilakukan sebelum program, pada kenyataannya dilakukan terlambat. Untuk semester dua, baru dilakukan mulai bulan Oktober ketika dana semester dua cair. Buku pedoman belum selesai dicetak atau didistribusi pada waktu sosialisasi berlangsung.

Masalah lain dalam sosialisasi program ini adalah terbatasnya sasaran sosialisasi, yang baru dilakukan di kalangan aparatur/birokrasi pemerintahan; belum mencapai masyarakat miskin sebagai sasaran program. Akibatnya, tidak semua stakeholders memahami program dengan baik terutama masyarakat miskin yang masih kurang memahami tatacara pemanfaatan kartu Askeskin dan paket pelayanan yang menjadi hak serta kewajibannya. Mereka hanya tahu bahwa menggunakan kartu bisa berobat gratis di puskesmas dan RS. Pada saat menggunakan pelayanan mereka bingung dengan banyaknya persyaratan yang harus dipenuhi, banyaknya loket, ruangan, dan mekanisme pengurusan yang belum mereka pahami. Istilah-istilah dalam RS, seperti kata "rujukan" tidak dimengerti.

---

<sup>5</sup> Berkas data keluar yang berisi gabungan data kesehatan semua anggota keluarga

<sup>6</sup> Hemat biaya dan efektif mencapai tujuan.

Obat dalam daftar (DPHO) dan di luar daftar juga tidak dimengerti. Yang mereka tahu hanyalah orang miskin tidak bayar kalau berobat di RS pemerintah. Yang menjadi pertanyaan besar mereka adalah mengapa ketika berobat di RS masih harus membeli obat di luar, "Katanya gratis, kok masih beli obat".

Tabel berikut menguraikan desain dan temuan lapangan pada penyelenggaraan sosialisasi PKPS-BBM 2005 Bidkes dalam semester satu dan semester dua pada tahun 2005.

**Tabel 2. Desain dan Temuan Lapangan Pada beberapa Variabel Sosialisasi pada Semester 1 dan 2 Program PKPS-BBM 2005 Bidkes**

Variabel Sosialisasi	Desain		Temuan Lapangan	
	Semester 1	Semester 2	Semester 1	Semester 2
Alokasi dana sosialisasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>5% dari dana yang dikelola PT Askes utk sosialisasi.</li> <li>Tak ada dana sosialisasi utk instansi lain.</li> </ul>	Ada tambahan dana sosialisasi dari Depkes melalui alokasi <i>safeguarding</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keterlambatan penyaluran dana menyebabkan PT Askes memakai dana talangan dgn pengenaan bunga ke Depkes.</li> <li>Dana dirasakan tidak cukup utk sosialisasi 3 pilar: jajaran pemerintah, provider, masy.</li> </ul>	Tambahan dana <i>safe guarding</i> terlambat, baru cair bln Oktober, hingga sosialisasi tak menjangkau semua pilar.
Sosialisasi terhadap masyarakat miskin	Sosialisasi berantai melalui provider kes	Sosialisasi berantai melalui provider kes	Masyarakat miskin tidak banyak tersentuh karena terbatasnya dana dan kapasitas sosialisasi PT Askes	Idem semester1. Bagi yang tersosialisasi pun kurang info ttg prosedur.
Sosialisasi terhadap provider (pemberi pelayanan kesehatan).	Topik: sosialisasi pedoman.	Topik: sosialisasi pedoman baru	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buku pedoman sebagian belum ada, masih foto kopi pada waktu sosialisasi.</li> <li>Sosialisasi masih terbatas, tidak semua UPT.</li> </ul>	Baru terlaksana Oktober karena dana terlambat. Bahkan pedoman baru belum ada. Terbatas, tidak pada semua UPT.
Sosialisasi terhadap pemerintah daerah	Topik: sosialisasi pedoman berjenjang	Topik: sosialisasi pedoman berjenjang	Dilakukan berjenjang dari provinsi, lalu kab/kota dan bersama-sama unit pelayanan (provider kesehatan)	Dilakukan berjenjang dari provinsi, lalu kab/ kota dan bersama-sama unit pelayanan.
Sosialisasi thd jajaran PT Askes di daerah	Topik: sosialisasi pedoman berjenjang	Topik: sosialisasi pedoman berjenjang	Sosialisasi internal jajaran PT Askes	Sosialisasi internal jajaran PT Askes untuk pedoman baru

### **Rekomendasi untuk Perbaikan Sosialisasi**

#### **Alternatif Kebijakan untuk Pelaksana Sosialisasi:**

- PT Askes diberi tugas untuk melaksanakan sendiri sosialisasi.  
Sisi positif alternatif ini adalah tersedianya peluang lebih besar untuk penyeragaman pesan sosialisasi dan kemudahan dalam menilai keberhasilan/kegagalan sosialisasi. Sisi negatifnya adalah kapasitas PT Askes sangat terbatas, sosialisasi menjadi tidak partisipatif, dan rasa terlibat dari pihak terkait lainnya kurang.  
Dampak negatif jika kebijakan ini yang diambil adalah terjadinya stagnasi dalam sosialisasi dan orang miskin yang menjadi sasaran program tetap tidak tersentuh.
- Menugaskan Pemda (termasuk jajaran kesehatan) sebagai pemimpin program sosialisasi.  
Pilihan kebijakan ini memiliki nilai positif karena menempatkan tanggungjawab sosialisasi pada pihak yang memiliki wewenang untuk menggalang dan mengkoordinasikan semua potensi di daerah, sehingga dapat menumbuhkan rasa terlibat dari seluruh pihak terkait, dan struktur

jaringan sosialisasi yang luas sampai ke desa. Hal ini akan sekaligus mewujudkan pendayagunaan peluang yang selama ini belum dimanfaatkan, yaitu kapasitas sosialisasi pada jaringan kesehatan yang sudah eksis serta penerapan desentralisasi yang mendorong pemberdayaan peran pemerintah daerah, termasuk dalam program pengentasan kemiskinan secara terpadu di bidang kesehatan. Dampak positif jika kebijakan ini yang dipilih adalah jangkauan sosialisasi lebih luas hingga ke desa dan akuntabilitas publik menjadi lebih jelas. Namun kelemahannya adalah potensi untuk menjadi birokrasi berlebihan yang menghambat.

- c. Menugaskan PT Askes bersama Pemda (termasuk Dinkes) sebagai pemimpin program sosialisasi.

Nilai positif dari kebijakan ini adalah terwujudnya keterpaduan antar instansi, peluang terumuskannya indikator sukses dan gagal dengan kontribusi semua pihak, sehingga menumbuhkan rasa terlibat dari seluruh pihak terkait, dan terbentangnya struktur jaringan sosialisasi yang luas sampai ke desa. Sebaliknya sisi negatifnya adalah jika tupoksi sosialisasi tidak jelas, maka bisa berkembang sikap saling menunggu, terjadinya hambatan dan tidak efektifnya pelaksanaan kegiatan. Dampak positif bila kebijakan ini yang dipilih adalah jangkauan sosialisasi lebih luas hingga ke desa dan akuntabilitas publik yang lebih jelas.

Rekomendasi untuk pelaksanaan sosialisasi menurut jenis sasaran adalah sebagaimana terurai dalam tabel berikut.

**Tabel 3. Jenis Informasi, Pelaksana, Waktu dan Lokasi menurut Sasaran Sosialisasi**

Sasaran Sosialisasi	Jenis Informasi yang Disosialisasikan	Pelaksana	Waktu Pelaksanaan	Lokasi Sosialisasi
Pemda dan jajarannya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peran dan fungsi pemda/Tim <i>safeguarding</i></li> <li>• Pentingnya sosialisasi bagi masyarakat miskin</li> <li>• Pentingnya mencegah timbulnya konflik sosial.</li> <li>• Akuntabilitas kegiatan &amp; keuangan melalui audit.</li> <li>• Efektifitas program</li> <li>• Pelaporan kegiatan</li> </ul>	Pusat dan Provinsi serta PT Askes	Awal pelaksanaan dan secara periodik untuk pemantauan dan evaluasi	Provinsi dan kab/kota
Unit pelayanan kesehatan (Rumahsakit, puskesmas dll)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaringan pelayanan bagi masyarakat miskin</li> <li>• Kriteria dan jenis pelayanan bagi masyarakat miskin</li> <li>• Prosedur pelayanan</li> <li>• Prosedur keuangan/klaim</li> <li>• Pelaporan</li> <li>• Evaluasi keberhasilan</li> </ul>	Pusat/Provinsi, PT Askes dan Tim <i>safe-guarding</i>	Awal pelaksanaan dan secara periodik untuk pemantauan dan evaluasi	Provinsi dan Kab/kota
PT Askes dan jajarannya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaringan pelayanan bagi masyarakat miskin</li> <li>• Kriteria dan jenis pelayanan bagi masyarakat miskin</li> <li>• Prosedur pelayanan</li> <li>• Prosedur keuangan/klaim</li> <li>• Pelaporan</li> <li>• Evaluasi keberhasilan</li> </ul>	PT Askes Pusat	Awal pelaksanaan dan secara periodik untuk pemantauan dan evaluasi	Provinsi dan Kab/kota

Pengguna Askeskin (Masyarakat miskin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriteria yang berhak</li> <li>• Jenis pelayanan</li> <li>• Prosedur pelayanan</li> <li>• Sumber pendanaan</li> <li>• DII agar masyarakat miskin terlayani dengan baik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unit layanan</li> <li>• Dinkes, PT Askes bekerja sama dg unsur masyarakat utk sosialisasi massa.</li> <li>• Audit sosialisasi oleh Dinkes, PT Askes dan atau evaluator independen external</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setiap saat konseling di unit layanan.</li> <li>• <i>Focal point</i> kecamatan/desa secara periodik</li> <li>• Media massa secara periodik</li> <li>• Evaluasi pada tengah dan akhir program</li> </ul>	Unit-unit pelayanan dan forum komunikasi tatap muka di komunitas serta media tradisional dan media massa.
---------------------------------------	---	--	--	---

#### 4.5 ALOKASI, PENYALURAN, PENYERAPAN DAN PEMANFAATAN DANA

Prinsip dasar dari alokasi, penyaluran, dan penyerapan dana adalah berjalan sesuai rencana dan tepat dalam hal peruntukan, jumlah, waktu, serta efektif/efisien. Alokasi dana untuk kesehatan masyarakat miskin tahun 2005 adalah Rp 3.87 trilyun yang berasal dari APBN-DIPA 2005 sebesar Rp. 1 Trilyun dan APBN-P sebesar Rp 2,87 trilyun. Rincian alokasi anggaran adalah seperti terlampir.

Penyaluran sebagian besar dana dilakukan melalui PT Askes berdasarkan kebijakan Depkes<sup>7</sup> Perjanjian Kerjasama antara Depkes dengan PT Askes<sup>8</sup> serta addendum<sup>9</sup>nya. Pada perjanjian kerjasama disepakati bahwa alokasi dana dibagi menjadi dua bagian yaitu biaya untuk pelayanan kesehatan dan operasional/pengelolaan PT Askes. Biaya pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua yaitu biaya langsung (90%) dan tidak langsung (5%), sedangkan biaya operasional/pengelolaan PT Askes sebesar 5%. Peruntukannya adalah sebagai berikut:

- (1) Dana pelayanan kesehatan langsung (90%) untuk :
  - Pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Puskesmas dan jaringannya
  - Pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Rumah Sakit, Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Pemberantasan Penyakit Paru-Paru (BP4)
- (2) Dana pelayanan kesehatan tidak langsung (5%) untuk :
  - Sosialisasi dan penyuluhan program
  - Koordinasi dan pembinaan, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program
  - Administrasi kartu peserta (pada tahun selanjutnya biaya administrasi kartu peserta dibebankan sebagai biaya kegiatan penunjang)
- (3) Dana Penunjang (operasional PT.Askes Persero) sebesar 5% digunakan untuk :
  - Persiapan pelaksanaan program
  - Biaya administrasi
  - Sistem informasi pengelolaan dan pencatatan/pelaporan program

Pada perjanjian kerjasama tersebut dinyatakan bahwa penyaluran dana dari Pemerintah ke PT Askes pada semester satu (DIPA-2005) sebesar 1 Trilyun. Pencairannya dibagi 2 tahap, masing-masing tahap Rp. 500 Milyar. Dana tahap 2 dapat diambil dengan syarat jika 80% dana tahap pertama sudah terserap dan 50% data kepesertaan Askeskin sudah terpenuhi. Pada bulan Juli 2005 berdasar SPM-LS yang dikeluarkan oleh Depkes dan SP2D dari kantor KPPN, dicairkan dana sebesar Rp 500 Milyar dan pada bulan September 2005 telah dicairkan lagi Rp 500 Milyar. Menurut KPA (Kuasa Pengguna Anggaran) Depkes yang memproses administrasi pendanaan PKPS-BBM 2005 Bidkes, Depkes kompromi dengan PT Askes atas pencairan dana sebelum syarat dipenuhi<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> SK Menteri 1241/MENKES/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT Askes (Persero) sebagai pengelola JPKMM.

<sup>8</sup> Perjanjian Kerjasama No.734/Menkes/PK/V/2005 dan No.97/KTR/0505 tertanggal 13 Mei 2005

<sup>9</sup> No.1423/Menkes/X/2005 dan No.165/KTR/1005 tertanggal 6 Oktober 2005.

<sup>10</sup> Berdasarkan wawancara tanggal 11 April 2006 di Kantor KPA, Depkes.

Pada semester I (Januari-Juni 2005) pemerintah belum mengeluarkan dana untuk PT Askes. Untuk membiayai pelayanan kesehatan masyarakat miskin selama periode ini, Depkes dan PT Askes sepakat untuk mempergunakan dana dari PT Askes dengan salah satu syaratnya adalah bunga yang ditimbulkan dari dana talangan menjadi tanggungan pemerintah (Depkes). Kesepakatan ini dituangkan dalam Surat Menteri Negara BUMN No S-697/MBU/2004 tertanggal 31 Desember 2004 tentang persetujuan penggunaan dana awal untuk JPK-MM maksimum sebesar Rp 390 Milyar. Sampai dengan bulan Juni 2005, dana talangan yang telah dikeluarkan oleh PT.Askes sebesar Rp. 202,7 Milyar yang terdiri dari:

- |  |               |
|--|---------------|
| (1) Dana untuk pelayanan kesehatan langsung dan tak langsung | Rp 178 Milyar |
| (2) Dana untuk operasional/pengelolaan PT.Askes              | Rp 25 Milyar  |

Ada perbedaan mekanisme penyaluran dana antara semester I dan semester 2 tahun 2005. Pada semester 2 mekanisme diubah yaitu PT Askes tidak lagi dalam mengelola dana pelayanan kesehatan tingkat pertama (puskesmas). Fungsi ini digantikan oleh PT BRI melalui sebuah MOU antara Depkes dengan PT BRI, sebagai lembaga penyalur dana ke pelayanan kesehatan tingkat pertama/Puskesmas secara *block fund* yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan dasar, persalinan, revitalisasi posyandu serta operasional Puskesmas. Pemberian dana kepada Puskesmas dalam semester 2 didasarkan pada kebutuhan masing-masing daerah dengan menggunakan "rumus" yang telah ditetapkan dalam Buku Pedoman Pelaksanaan JPK-MM.

**Tabel 4. Alokasi dan Realisasi Dana PKPS-BBM 2005 Bidkes menurut Semester**

Variabel Pendanaan	Alokasi Dana		Realisasi Dana	
	Semester 1	Semester 2	Semester 1	Semester 2
Dana PKPS-BBM 2005	APBN DIPA: 1 T Disalurkan dua tahap @ Rp.500 M ke PT Askes. Tahap kedua akan disalurkan bila dana tahap pertama sudah terserap 80% dan 50% kepesertaan Askeskin terpenuhi.	APBN-P: 2.87 T terdiri atas: • 1.323 T utk PT Askes • 703.3 M untuk puskesmas dan daerah terpencil • 1.552 T untuk pendukung yankesdas	Disalurkan ke PT Askes Rp. 500 M pada bulan Juli dan Rp. 500 M pada bulan Sept 2005. Penyaluran dana tahap kedua dilakukan sebelum persyaratan PKS dipenuhi.	Des 2005: 1.257 T disalurkan ke PT Askes. Situasi Feb 2006: • 100% dr703.3 M via BRI ke puskesmas. • 86% dr 14.9 M ke <i>safeguarding</i> • 0%dr 66M untuk Gudang Farmasi • 77% dari 211 M untuk vaksin • 10% dari 157 M untuk alat yankesdas • 42% dari 168,9 M untuk roda 2/4 • 68% dari 110 M untuk membayar defisit RS 2004 • 0% dari 100 M untuk darah PMI
Pemanfaatan dana sisa 2004	Untuk yandasar dan persalinan di puskesmas dengan satuan biaya Rp. 1000/kapita/bln.	Idem semester satu	Hanya pada sebagian daerah, sebagian sudah habis. Tak jelas total dana sisa 2004 nasional.	Idem semester satu
Pemanfaatan Dana yang dikelola oleh PT Askes	Rp.1 Trilyun terbagi atas: • 900 M untuk yankes langsung • 50 M utk yankes tak langsung • 50 M utk pengelolaan PT Askes	Tambahan 1.323 T untuk PT Askes membayar klaim RS dkk. (seluruhnya jadi 2.323 T)	Realisasi Sept 05: •411.7 M untuk yankes langsung •27.2 M untuk yankes tak langsung •37.5 M utk pengelolaan PT Askes	Pemakaian dana: Rp. 1.15T (50%) terdiri atas: • 48% yankes langsgng • 41% yankestaklangsung • 100% pengelolaan.

Pemanfaatan dana 2005 untuk pelayanan langsung melalui PT Askes	Seluruhnya via PT Askes, terdiri atas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ke RS/BP4/BKMM/BKIM untuk rajal dan ranap dengan klaim ke PT Askes menggunakan tarif SK Menkes.</li> <li>• Ke puskesmas secara kapitasi Rp. 1000/kpt/ bln untuk rajal, jasa medik dan obat. Ranap dg klaim ke PT Askes.</li> </ul>	Dana yang dikelola PT Askes hanya untuk rajal dan ranap RS. Untuk yankes masyarakat miskin di puskesmas: memakai dana langsung via BRI untuk 4 kegiatan: yankesdas, persalinan, revipos, dan operasional puskesmas	Terlaksana dengan sistim klaim ke RS. Pembiayaan kapitasi puskesmas dilakukan berdasar pengajuan, via Dinkes Kab/Kota. Banyak daerah masih menggunakan dana sisa 2004 Dana yankes langsung hanya terpakai 45.7% s/d Sept 2005.	Terlaksana dengan sistim klaim ke RS dkk dan uang muka 50% dari klaim bulan lalu di beberapa daerah. Klaim yang tak seluruhnya atau lambat dibayar oleh PT Askes dikeluhkan oleh RS. Dana yankes langsung hanya terpakai 48% hingga Desember 2005.
---	--	--	--	--

### **Penyerapan Dana yang Dikelola PT Askes**

Secara umum, penyerapan dana selama Semester 1 sampai dengan Juni 2005 ternyata masih rendah (rata-rata 20.31% dengan 18.55% untuk pelayanan langsung dan 23% untuk pelayanan tak langsung) terhadap total dana DIPA-APBN sebesar 1 trilyun. Beberapa alasan yang dikemukakan adalah bahwa masih terdapat sisa dana PKPS-BBM Bidang Kesehatan tahun 2004 yang berada di Puskesmas dan Bidan Desa. Begitu juga untuk biaya pelayanan kesehatan tidak langsung seperti administrasi peserta. Dikemukakan pula bahwa sulitnya proses pemotretan menyebabkan dana yang tersedia hanya terserap 26.71 persen. Artinya bahwa dalam administrasi kartu Askeskin pada semester I lebih dari 70% belum lengkap (*kartu tanpa foto*).

Kegiatan lain seperti sosialisasi dan tim koordinasi tingkat Pusat belum optimal, karena dana sosialisasi baru terserap 31.17% dan biaya koordinasi baru terserap 7.78%. Sedangkan penggunaan dana operasional/pengelolaan PT Askes sebesar Rp 25 Milyar yang merupakan dana 5% dari tarikan pertama DIPA-APBN Rp 500 Milyar telah digunakan secara internal oleh PT Askes untuk persiapan dan pengelolaan operasional. Tidak ada rincian penggunaan dana ini, karena dianggap dana tersebut hak milik PT Askes yang tidak perlu dilaporkan penggunaannya.

Alasan yang dikemukakan atas rendahnya pemanfaatan dana semester satu dan semester dua yang diterima oleh PT Askes (s/d Desember 2005 baru terserap 50%), adalah:

- Masih adanya sisa dana tahun 2004 yang berada di Puskesmas sehingga pemberian dana (terutama semester I ) untuk kapitasi tidak semuanya.
- Sosialisasi program belum optimal
- Sulitnya mendapatkan rekanan untuk pemotretan sehingga administrasi kepesertaan dan distribusi kartu belum lengkap
- Tim koordinasi Pusat belum bekerja dengan optimal, beberapa kegiatan komunikasi telah dilakukan namun belum direalisasikan.
- Penyaluran langsung ke masyarakat juga belum dilakukan dengan optimal.

Dana yang dialokasikan untuk pembayaran kapitasi Puskesmas semester satu (RJTP) sampai dengan Juni 2005 baru terealisasi sekitar 35%. Terdapat selisih antara realisasi dengan alokasi berdasarkan hitungan kapitasi. Artinya bahwa PT Askes tidak mengeluarkan dana kapitasi kepada seluruh Puskesmas dengan dasar hitungan alokasi maupun jumlah masyarakat miskin. Hal tersebut sangat mungkin terjadi karena di tiap daerah tidak semuanya menerima dana kapitasi dari PT Askes.

Di NTB misalnya, tidak ada *MOU* antara PT Askes Cabang Mataram dengan Dinas Kesehatan Kab/kota sebagai landasan pemberian dana kapitasi yang diberikan oleh PT Askes kepada Puskesmas, karena NTB masih memiliki sisa dana tahun 2004. PT Askes mengambil keputusan demikian karena menurut peraturan Menteri Kesehatan jika ada sisa dana tahun 2004 maka untuk pelayanan kesehatan Puskesmas dapat menggunakan uang sisa tersebut. Penelusuran lebih lanjut diperlukan untuk mengetahui berapa sebenarnya sisa dana anggaran tahun 2004 di masing-masing Puskesmas. Hal ini penting karena dengan cara menghitung sisa anggaran tahun 2004 dapat diketahui alokasi anggaran yang sebenarnya diperlukan untuk kapitasi Puskesmas.

Untuk penyerapan selama satu tahun terhadap dana yang dikelola PT Askes, ternyata masih tergolong rendah karena baru mencapai 50%. Realisasi tertinggi ada pada operasional PT Askes (100%), sedangkan untuk pelayanan kesehatan langsung baru 48%, dan pelayanan kesehatan tidak langsung sebesar 41%. Ini menunjukkan belum beresnya permasalahan pelayanan kesehatan langsung dan tidak langsung seperti proses administrasi kepesertaan (kartu Askeskin), sosialisasi, penyuluhan dan kinerja tim koordinasi. Dana yang dialokasikan mungkin terlalu besar sehingga banyak yang tidak terserap. Sisa dana di tangan PT Askes masih sebesar Rp 1,1 Trilyun. Sementara itu, dana operasional PT Askes untuk waktu yang sama/1 tahun dapat terserap semuanya (100%).

Gambaran akumulatif alokasi dan penggunaan dana yang dikelola oleh PT Askes adalah sebagaimana diuraikan dalam tabel berikut.

**Tabel 5. Alokasi dan Penggunaan Dana PKPS-BBM 2005 Bidkes yang Dikelola PT Askes**

No	Uraian	Alokasi Semester 1 (Rp Milyar)	Realisasi s/d Juni 2005		Alokasi Semester 2 (Rp Milyar)	Realisasi s/d Des 2005	
			Rp (Milyar)	%		Rp Milyar	%
<b>I Biaya Pelayanan Kesehatan Langsung</b>							
1	Beban RJTP	181	71	39			
2	Beban RITP	26	2	8			
3	Beban RJTL	310	14	5			
4	Beban RITL	383	80	21			
	Sub total I	<b>900</b>	<b>167</b>	<b>19</b>	<b>2.030</b>	<b>990</b>	<b>48</b>
<b>II Biaya Pelayanan Kesehatan Tidak Langsung</b>							
1	Adm peserta	33	9	27			
2	Penyuluhan	4	1	31			
3	Sosialisasi	4	0.9	21			
4	Tim koord.	8	0.7	8			
	Sub total II	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>113</b>	<b>47</b>	<b>41</b>
	Total I + II	950	179	18		<b>1.037</b>	
<b>III</b>	<b>B. operasional</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>113</b>	<b>100</b>
<b>IV</b>	<b>Total</b>	<b>1.000</b>	<b>204</b>	<b>20</b>	<b>2.256</b>	<b>1.150</b>	<b>50</b>

*Sumber: laporan triwulan II, III dan IV 2005 dan Profil Askeskin Tahun 2005, PT Askes*

### **Penyerapan Dana di Luar Pengelolaan PT Askes**

Dana di luar pengelolaan PT Askes yang dikelola oleh Departemen Kesehatan, sampai akhir tahun 2005 telah disalurkan dan dipergunakan. Dana telah dialokasikan untuk *block-fund* kegiatan Puskesmas, pengadaan roda 2 dan roda 4, pengadaan obat, pengadaan alat kesehatan, pengadaan sarana daerah terpencil dan dana untuk *safeguarding*. Adapun rincian penyerapan terhadap alokasinya sebagaimana tercantum dalam Laporan Penyerapan Dana Program tertanggal 8 Februari 2006 adalah sebagai berikut:

- Via BRI ke Puskesmas sebesar Rp. 703.3 Milyar, terserap 100%
- Via BRI ke Dinkes Provinsi dan Kab/Kota untuk kegiatan *safeguarding* sebesar Rp. 14.9 Milyar telah terserap 86%

- c. Untuk renovasi gudang farmasi di provinsi dan kab/kota sebesar Rp. 66 Milyar, masih dalam proses menunggu DIPA-Luncuran TA 2006 karena pembangunan fisik masih harus melalui KPPN Daerah sehingga belum terserap (0%).
- d. Pengadaan obat-obatan dan vaksin sebesar Rp. 211 Milyar telah terserap 77%.
- e. Pengadaan alat kesehatan dasar di Puskesmas sebesar Rp. 157 Milyar, baru terserap 10%
- f. Pengadaan roda 2 dan roda 4 untuk Puskesmas sebesar Rp. 169.8 Milyar baru terserap 42%.
- g. Dana untuk membayar defisit RS program PKPS-BBM tahun 2004 sebesar Rp. 110 Milyar, terserap Rp. 74,5 Milyar atau 68%.
- h. Penyediaan darah PMI sebesar Rp. 100 Milyar belum terealisasi (0%).

Pengertian "terserap" yang dimaksud oleh Departemen Kesehatan adalah dana tersebut sudah sampai di daerah dan masuk ke rekening Dinas Kesehatan provinsi dan Kab/kota untuk *safeguarding*, rekening Puskesmas untuk dana *block-fund* (pelayanan kesehatan dasar, persalinan, revitalisasi posyandu dan oprasional Puskesmas). Akan tetapi jika yang dimaksud penyerapan adalah penggunaan dana yang telah dikirim dari Pusat melalui rekening di BRI dan kemudian digunakan untuk keperluan kegiatan, maka situasinya masih sangat beragam. Keragaman ini dikarenakan ketidak-seragaman waktu pengiriman dan perbedaan mekanisme penggunaan dana tersebut di masing-masing daerah. Alasan tidak diserapnya dana untuk kegiatan Puskesmas ini disebabkan karena dana yang masuk ke rekening Puskemas di BRI terlambat. Bahkan di Kota Pasuruan, ada yang baru menerima pada bulan Februari 2006. "*Ini sangat sulit, uang tersebut kan untuk kegiatan semester dua tahun 2005, tetapi baru datang Februari 2006. Bagaimana membuat SPJnya? Lebih baik kami kembalikan saja, daripada nanti kita kesulitan dalam pemeriksaannya*".

Pada daerah lain seperti kota Mataram, dana yang telah diterima dari Pusat lewat rekening BRI memang akan digunakan pada tahun 2006, karena sisa dana tahun 2004 masih dapat digunakan sampai dengan tahun 2005. Di Sulawesi Utara kota Manado, sampai sekarang belum menerima dana Puskesmas lewat rekening BRI, sampai dengan tahun 2005 operasional Puskesmas menggunakan sisa dana tahun 2004 (masih tersisa sekitar Rp 266 juta).

Mekanisme penyerapan juga menjadi kendala sendiri di Puskesmas karena penyerapan dana mensyaratkan adanya *POA* per bulan. Dari sisi waktu, proses pembuatan *POA* tidak bisa dibuat per bulan, belum lagi persetujuan dari Kepala Dinas seringkali tidak tepat waktu. Sehingga dengan *POA* per bulan penyerapan tidak tepat waktu. *POA* ini terpaksa dibuat bukan sebagai suatu persyaratan perencanaan yang baik dengan mendasarkan pada analisis masalah, tujuan dan kegiatan program serta besaran dana, tetapi semata-mata untuk "persiapan" jika ada pemeriksaan. Jadi *POA* dibuat bukan sebagai kebutuhan substansi tetapi sebagai kebutuhan tertib administrasi.

*Dari studi lapangan ditemukan pula upaya terpuji untuk ketepatan dan kelancaran absorpsi dana dimana puskesmas di Cilegon, Banten, berinisiatif melaksanakan pelatihan membuat POA bekerjasama dengan Dinkes kab/kota. Di samping itu, Puskesmas yang rajin membuat POA dijadikan contoh bagi Puskesmas lainnya.*

Dana *safeguarding* juga belum banyak yang terserap oleh Dinas Kesehatan baik di provinsi maupun kab/kota. Kelambatan pengiriman dana menjadi alasan utama. Peruntukan dana di Dinkes Provinsi sudah jelas alokasinya yaitu untuk pemantauan dan evaluasi serta sosialisasi lewat media (radio dan cetak). Akan tetapi di Dinkes Kab/kota tidak tegas alokasinya. Dana yang diterima di kota Manado sebesar 16 Juta atau di Kota Pasuruan Rp 4,7 juta, misalnya, tidak jelas alokasi peruntukannya; apakah untuk sosialisasi atau untuk pemantauan dan evaluasi? Ketidakjelasan ini menimbulkan keraguan atau kelambatan penggunaannya untuk kegiatan *safeguarding*. Di NTB dana *safeguarding* baru diberikan tahun 2006 karena tim *safeguarding* belum terbentuk. Sedangkan di Kaltim karena tim *safeguarding* tidak ada (hanya ada Satgas yang didanai APBD), maka tidak mendapatkan dana tersebut.

Alokasi sebagian dana untuk pembelian barang telah direalisasikan dan barangnya telah disalurkan ke daerah. Seluruh pengadaan barang diadakan di Pusat dengan mengacu pada Keppres 80 tahun 2003 tentang Pengadaan Barang dan Jasa. Mekanisme ini ditempuh karena untuk efisiensi, walaupun daerah juga bisa melakukannya. Terhadap alasan efisiensi ini, perlu dilakukan penelitian yang seksama. Karena dalam proses pengadaan barang selalu mengkaitkan pihak ke tiga (rekanan) yang sangat rawan penyelewengan.

Untuk kendaraan roda 2, belum semua daerah telah menerima, seperti di kabupaten Lebak provinsi Banten. Pada daerah yang telah menerima kendaraan roda 2, sampai sekarang pemanfaatannya belum dilakukan karena kendaraan diterima dalam keadaan kosong (tanpa STNK). Kewajiban atas kelengkapan surat kendaraan ini masih rancu. Menurut Depkes Pusat kelengkapan surat dimintakan daerah untuk mengurusnya sekaligus biayanya. Daerah menanggapinya berbeda-beda, misalnya ada kesepakatan bahwa dana untuk kendaraan tersebut dibebankan pada dana operasional Puskesmas (50%) dan Dinas Kesehatan kab/kota (50%) Tetapi ada juga daerah yang menyatakan bahwa Puskesmas mana saja yang mau membiayai dapat memakai kendaraan tersebut (*saat ini kendaraan tersebut masih di kantor Dinas Kesehatan kab/kota*).

Permasalahan lain yang diungkapkan daerah adalah masalah administrasi inventarisasi (hak) dan kepemilikan atas kendaraan roda 2 tersebut. Menurut Depkes, status kendaraan tersebut milik Pusat dan daerah yang menggunakannya. Pernyataan ini merepotkan daerah dalam administrasi inventarisasi dan biaya pemeliharaan, karena daerah tidak memiliki alokasi anggaran untuk itu.

Untuk barang yang berupa obat, juga telah diserahkan ke daerah melalui GFK Kab/kota untuk kemudian dimanfaatkan oleh Puskesmas. Proses pengadaan obat ini juga dilakukan di Pusat, dengan alasan yang sama yaitu efisiensi. Permasalahan yang muncul dalam pengadaan obat—di samping proses pengadaan melalui tender— adalah ketepatan pemenuhan kebutuhan obat di daerah. Ketepatan kebutuhan ini semestinya didukung suatu perencanaan yang baik, tetapi pada kenyataannya tidak demikian. Beberapa macam obat masih belum digunakan karena stok masih berlebih. Bahkan ada beberapa daerah yang mengaku obat yang diterima tidak tepat, baik jenis maupun jumlahnya. "*ada sih perencanaan, tetapi kita hanya diminta mengumpulkan data obat tahun lalu, lalu ditambah yang lain, tetapi sampai daerah kok lair*".

Dengan demikian, gambaran umum dari keseluruhan proses alokasi, penyaluran dan penyerapan dana adalah tidak efektif, karena:

- a. keterlambatan dalam penyaluran dana dari pusat ke daerah (untuk pelayanan dasar di puskesmas, dana *safeguarding* dan pendukung pelayanan kesehatan dasar lainnya)
- b. potensi keterlambatan absorpsi di puskesmas karena *POA* bulanan Puskesmas sering terlambat disetujui oleh Dinkes kab/kota dengan akibat penumpukan dana yang tak terabsorpsi pada waktunya dengan potensi salah guna.
- c. Potensi tidak terarahnya absorpsi dana di puskesmas karena *POA* dibuat tidak berdasar analisis situasi dan disusun hanya untuk memenuhi persyaratan pemeriksaan saja.
- d. Potensi kebocoran karena pelayanan rawat inap di rumahsakit lebih dari separuhnya digunakan oleh pasien dengan SKTM (diperoleh setelah dilayani di RS), bukan oleh pasien pemegang kartu Askeskin/kartu sehat.
- e. Ketidakerasian penyediaan sarana/prasarana dengan kebutuhan lapangan (kendaraan roda2 beserta biaya surat-menyurat dan pemeliharaannya dan obat-obatan).
- f. Belum terlaksananya sistim audit independen, terutama untuk mengaudit pengelolaan dana publik PKPS-BBM 2005 Bidkes yang dikelola PT Askes
- g. Belum terlibatnya Pemda dalam pengawasan dan pengarahan pengelolaan dana yang diserahkan kepada PT Askes untuk PKPS-BBM 2005 Bidkes.

### **Pemanfaatan Dana**

Dalam menjelaskan pemanfaatan dana, yang paling penting adalah pemanfaatan langsung oleh masyarakat sebagai kelompok beneficiaries (pemanfaat program). Dengan demikian seluruh dana yang disediakan pemerintah dan dikelola oleh beberapa lembaga haruslah mengacu pada upaya untuk memberi pelayanan kepada masyarakat utamanya masyarakat miskin.

Pelaksanaan PKPS-BBM 2005 semester 1 dimulai dengan memanfaatkan sisa dana tahun 2004 sebagaimana arahan Depkes. Secara umum sisa dana di Puskesmas masih banyak dan digunakan untuk pelayanan kesehatan dasar tahun 2005 dengan satuan biaya Rp 1.000,- per kapita per bulan. Data penyerapan dana yang dikelola PT Askes pada semester 1 seperti tercantum dalam tabel 5 (RJTP dan RITP) menunjukkan rendahnya tingkat pemanfaatan oleh Puskesmas yang dipengaruhi oleh keberadaan sisa dana 2004 di Puskesmas. Di Lombok Tengah, sisa dana Puskesmas tahun 2004 dikelola bersama-sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten dengan cara menarik uang yang berada di rekening Puskesmas, selanjutnya dana dapat ditarik lagi dengan cara Puskesmas mengajukan POA. Di Lebak, pemerintah daerah dengan persetujuan DPRD memanfaatkan sisa dana tahun 2004 untuk pengadaan kendaraan roda dua yang disebut dengan Mantri Keliling (Manling) guna mempermudah jangkauan pelayanan kepada masyarakat.

Untuk pelayanan RS, ternyata sebagian besar dana 2004 sudah habis dan banyak yang mengalami defisit. Untuk itu pemerintah menugaskan tim verifikasi guna mengecek kebenaran defisit tersebut. Berdasar SK Menteri, bagi rumah sakit yang benar-benar mengalami defisit dalam pelayanan kepada masyarakat miskin akan diganti sepenuhnya. Pada tahun 2006, penggantian tersebut telah terealisasi seperti kutipan berikut: "*RSU Dr Soetomo, mengalami defisit hampir Rp 10 Milyar, dan pada bulan Maret 2006 telah diganti sepenuhnya oleh pemerintah, begitu juga dengan RS-lain yang masuk dalam daftar verifikasi.*"

Pemanfaatan dana PKPS-BBM 2005 Bidkes semester 2 untuk Puskesmas (pelayanan kesehatan dasar, persalinan, revitalisasi posyandu, dan operasional Puskesmas) sangat penting karena berkaitan langsung dengan pelayanan masyarakat. Tingkat pemanfaatan dana ini bervariasi antar Puskesmas, namun pada umumnya menunjukkan masih rendahnya pemanfaatan (lihat ilustrasi dalam Box).

*Puskesmas Citangkil dan Pulomerak di Kota Cilegon masing-masing menerima alokasi dana sebesar Rp 111 juta dan Rp 95 juta. Sampai akhir tahun 2005 Puskesmas Citangkil tidak menggunakan sama sekali dana itu, sementara Puskesmas Pulomerak baru memanfaatkan Rp 7 juta saja.*

*Sementara di Puskesmas Bunaken, Kota Manado dari alokasi Rp 40 juta, sampai akhir tahun hanya terpakai Rp 19 juta. Namun, di Puskesmas Hutabaginda, Tarutung, Sumatera Utara, dari alokasi Rp 108 juta sudah digunakan Rp 88 juta.*

*Di Kota Mataram, dana semester 2 untuk Puskesmas baru akan dipakai tahun 2006 karena pelayanan pada tahun 2005 masih menggunakan sisa dana tahun 2004. Hal yang sama juga terjadi di Kota Pasuruan, dana ini belum dimanfaatkan sama sekali karena baru diterima pada bulan Februari 2006 dan kesulitan dalam pertanggungjawabannya.*

### **Rekomendasi untuk perbaikan alokasi, penyaluran, penyerapan dan pemanfaatan dana:**

- A. Alternatif untuk Perbaikan Sistem Pembayaran RS
  - Sistem klaim dengan penggantian cepat memiliki sisi positif karena tidak mengganggu arus kas RS, sehingga pelayanan dapat terus diberikan kepada penduduk miskin. Sisi negatifnya dapat mendorong utilisasi berlebihan, bila verifikasi untuk kendali biaya dari PT Askes lemah karena terlalu banyak kasus yang dirawat. Di samping itu, bila tidak diimbangi dengan administrasi yang baik, dapat terjadi konflik karena penggantian yang tidak penuh ke rumahsakit sehingga dapat berakibat buruk pada pelayanan pasien miskin.

- Sitem kapitasi untuk rumahsakit belum dapat berjalan, karena belum siapnya pencatatan pelaporan rumahsakit dengan data berbasis pengalaman, walaupun berpotensi mencegah utilisasi berlebihan dan memudahkan administrasi.
  - Sitem pembayaran paket prospektif dapat mengendalikan biaya dan memudahkan administrasi, namun RS umumnya masih menolak karena takut merugi. Hal ini disebabkan karena banyak RS belum memiliki data yang cukup untuk meyakinkan jumlah pembayaran yang wajar dan tidak merugikan kedua pihak.
- B. Alternatif untuk Perbaikan Sitem Pembayaran bagi Puskesmas:
- Sitem klaim yang diberlakukan untuk rawat inap tingkat pertama dapat mendorong utilisasi berlebihan dan konflik PPK dengan PT Askes karena verifikasi yang lama atau tidak didukung sitem pencatatan pelaporan yang efektif. Diperlukan kendali biaya dan pelayanan penggantian biaya yang cepat didukung dengan komunikasi terbuka tentang hasil verifikasi biayanya antara kedua pihak.
  - Sitem pembayaran kapitasi dapat mencegah utilisasi berlebihan dan memudahkan administrasi, namun harus dibarengi dengan pembinaan dan pendorongan guna mencapai target cakupan minimal karena sejumlah puskesmas dapat bereaksi pasif setelah menerima pembayaran kapitasi.
  - Sitem pemberian dana program untuk empat kegiatan Puskesmas yang baru dapat dicairkan dananya setelah disetujui Dinkes kab/kota, perlu diperbaiki dengan *POA* tahunan, bukan bulanan yang merepotkan dan berpotensi memperlambat pencairan. Penetapan distribusi penggunaan untuk ke empat komponen kegiatan secara nasional perlu lebih diprioritaskan pada upaya pembinaan wilayah yang promotif preventif seperti kegiatan posyandu, sumber kontak dengan penduduk miskin guna mengatasi masalah transportasi ke sarana kesehatan. Jadi ada sejumlah dana fleksible untuk mengatasi persoalan geografi dan akses terhadap pelayanan.
- C. Alternatif untuk Perbaikan Dana *Safeguarding*:
- Dana *safeguarding* yang dialokasikan terpusat dan baru kemudian dikirimkan oleh pusat ke daerah, menjamin pusat mendapat laporan pelaksanaan *safeguarding*, namun berpotensi menimbulkan keterlambatan pencairan, tidak menumbuhkan rasa kepemilikan terhadap program di daerah, sehingga keterlibatan dan inisiatif daerah untuk mengambil tanggungjawab terhambat dalam program.
  - Dana *safeguarding* yang dialokasikan sebagai dana dekonsentrasi akan meningkatkan rasa kepemilikan terhadap program di daerah, namun tanpa pelaporan yang baik dapat membuat pusat tidak menguasai keadaan lapangan dan daerah perlu dibantu meningkatkan kapasitas dan kompetensinya dalam perencanaan dan pembinaan program.
- D. Alternatif bagi Perbaikan Pendanaan untuk Penyediaan Sarana dan Prasarana Program:
- Sarana dan Prasarana yang dibeli dan diatur oleh pusat memang dapat terlaksana dengan cepat dan murah, namun bisa tidak tepat sasaran karena cenderung menyeragamkan dan mengabaikan kebutuhan spesifik daerah, dan daerah juga akan kehilangan rasa memiliki. Untuk itu, perlu disusun peraturan tentang distribusi tugas pusat-daerah dalam pengadaan, pemilikan, penggunaan dan pemeliharaan sarana/prasarana serta pengadaan anggaran yang berkaitan dengan tugas masing-masing.
  - Alternatif lain adalah dibuat standarisasi sarana/prasarana dengan catatan khusus bagi kebutuhan spesifik beberapa daerah. Agar dapat menekan harga, pengadaan dilakukan oleh pusat dengan mengakomodasikan kebutuhan spesifik daerah tertentu. Daerah memiliki kewajiban atas tugas dan anggaran pemeliharaan. Hal ini akan membuat pengeluaran negara tetap hemat dan meningkatkan rasa memiliki pada daerah, kesesuaian sarana dengan kebutuhan daerah dan mendorong inisiatif daerah untuk mengambil tanggungjawab pembiayaan pemeliharaannya. Diperlukan pembinaan intensif agar kapasitas daerah meningkat dalam perencanaan sarana/prasarana yang memenuhi kebutuhan lokal spesifik.

- E. Alternatif untuk Perbaikan Peran Pemda dalam Pengawasan Pengelolaan Dana:
- Penyerahan tugas kepada PT Askes tanpa melibatkan Pemda.  
Alternatif ini terkesan tidak birokratis, namun tidak diketahui akuntabilitas tupoksi PT Askes yang sebenarnya beroperasi di Daerah. Depkes pusat perlu mengatur tatalaksana hubungan PT Askes daerah/regional/ cabang/manajer lokal dengan Pemda serta mendorong pembentukan tim pemeriksaan akuntabilitas yang melibatkan Pemda.
  - Pemda dilibatkan sebagai penanggungjawab pembiayaan kesehatan termasuk yang melalui PT Askes setempat.  
Alternatif ini akan mendorong tanggungjawab Pemda dan akuntabilitas PT Askes karena audit eksternal di tiap tingkat serta mengaktifkan fungsi tim *safeguarding* di pusat dan provinsi/kab/kota. Birokrasi mungkin bertambah panjang, namun keterlibatan Pemda seperti di Cilegon dan Balikpapan akan menarik keterlibatan banyak pihak terkait yang menjamin transparansi dan kesuksesan program. Dampaknya adalah Pemda yang lebih profesional dan memiliki kemampuan audit serta perencanaan pembiayaan kesehatan yang lebih baik.
- F. Alternatif untuk Perbaikan Pemanfaatan Dana di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK):
- Sistem pemanfaatan dana di PPK didesain agar berfokus pada kemudahan dan kedekatan pelayanan bagi masyarakat miskin. Alternatif ini akan mendorong *cost-effectiveness* pelayanan dan pemanfaatannya oleh penduduk miskin, namun luaran antara (*intermediate output*) termasuk pengembangan sistem dan keterampilan petugas agak diabaikan, hingga mengurangi rasa kepemilikan PPK terhadap program.
  - Sistem pemanfaatan dana didesain berantai melalui serangkaian luaran antara (*intermediate output*). Alternatif ini membangun rantai sistem pendanaan **beserta pemantauan-evaluasinya** dengan kapasitas serta rasa kepemilikan terhadap program dari pusat-provinsi-kab/kota-PPK hingga ke penduduk miskin. Namun memerlukan waktu pelaksanaan dan biaya lebih besar untuk mengakomodasikan proses (**terutama proses pemantauan-evaluasi**) dari pusat-provinsi-kab/kota-PPK.

#### 4.6 POTENSI KEBOCORAN DAN SALAHGUNA PENDANAAN PROGRAM

Sebagai suatu bentuk kebijakan publik dengan pendanaan besar guna mengurangi beban hidup penduduk miskin di seluruh pelosok tanah air, harus dicegah kebocoran dan salahguna pendanaan program PKPS-BBM 2005 Bidkes. Kebocoran dan salahguna berkaitan dengan kelemahan transparansi dan akuntabilitas, yang dapat menghambat pencapaian dan mengancam pencapaian tujuan luhur program. Berikut ini diuraikan potensi kebocoran dan salahguna pendanaan program pada berbagai tingkat, baik pada tingkat pengelola, pemberi pelayanan kesehatan maupun pada tingkat sasaran yakni masyarakat miskin.

- Dana pemerintah yang dikelola oleh PT Askes kurang transparan karena tidak disertai dengan sistem pelaporan yang rinci dan sistem verifikasinya. Sebagai contoh, total dana selama tahun 2005 sebesar Rp 2,323 trilyun dan dicairkan dari KPPN sebesar Rp 2,256 trilyun, baru terpakai 1,15 trilyun. Ilustrasi yang lebih detail dapat dilihat dari penggunaan dana untuk pelayanan kesehatan tidak langsung, seperti biaya sosialisasi, penyuluhan, pengadaan kartu, pemotretan, distribusi kartu, dan biaya untuk koordinasi.

Anggaran yang dialokasikan untuk kegiatan itu sebesar Rp 112 milyar selama satu tahun baru dimanfaatkan 47%, padahal jumlah kartu yang dicetak menurut laporan Triwulan III PT Askes sudah mencapai 99,93% bagi 36,1 juta penduduk miskin. Ini berarti bahwa dana untuk pencetakan kartu sudah digunakan, tetapi penggunaan dana untuk kegiatan koordinasi, sosialisasi dan distribusi kartu masih rendah. Ketiadaan sistem verifikasi dan penelusuran dana memperlambat akuntabilitas pendanaan PKPS-BBM 2005 Bidkes.

- Laporan penggunaan dana kepada Depkes oleh PT Askes bersifat global regional dan triwulanan, sehingga menyulitkan verifikasi dan penelusurannya. Sementara itu, dana semester 2 yang belum sempat dimanfaatkan Puskesmas dalam tahun 2005 dan akan digunakan pada tahun 2006, dapat bertumpuk dengan alokasi anggaran tahun 2006. Hal ini makin rawan salahguna karena belum dikembangkan sistim pelaporan dan pendataan yang efektif.
- Pemanfaatan dana "pelayanan kesehatan tidak langsung" rawan kebocoran karena dana dikelola PT Askes, namun tidak jelas mekanisme transparansi penggunaan dan akuntabilitasnya bagi mitra kerja PT Askes, yakni Depkes, Dinkes Daerah, Pemda atau pihak terkait lainnya.
- Penyediaan dana oleh Pemerintah Pusat untuk *safeguarding* baik di tingkat Pusat maupun Daerah sangat rawan salahguna karena pencairannya sangat terlambat dan peruntukannya tidak tegas (terutama di kab/kota).
- Pengadaan barang berupa roda 2, roda 4, obat dan alat kesehatan juga rawan kebocoran, karena waktu yang singkat tidak memungkinkan perencanaan pengadaan yang sesuai dengan kebutuhan daerah. Di lapangan ditemukan kendaraan roda dua untuk laki-laki yang diserahkan pada petugas perempuan. Distribusi obat ke daerah tidak sesuai dengan kebutuhan lokal.
- Di tingkat pemberi pelayanan kesehatan rujukan, beberapa dokter di RS meresepkan obat di luar DPHO dengan alasan menggunakan yang lebih efektif, sehingga masyarakat miskin harus membayar (membeli sendiri) untuk mendapatkannya. Seringkali obat DPHO-pun tidak tersedia, hingga masyarakat miskin terpaksa membeli di luar.
- Pada tingkat pelayanan di puskesmas, keberadaan sedikitnya tiga sumber dana dalam tahun 2005, dapat mendorong terjadinya kebocoran dan salah guna. Ketiga sumber dana tersebut adalah sisa dana tahun 2004, alokasi kapitasi melalui PT Askes semester 1 dan distribusi via BRI untuk semester 2. Sebagai ilustrasi dapat diketengahkan tabel berikut yang memberi gambaran situasi ketiga sumber dana Puskesmas untuk pelayanan penduduk miskin di Kab. Lombok Tengah.

**Tabel 6. Jumlah dan Status Dana Puskesmas Kab Lombok Tengah menurut Sumbernya**

Sumber Pendanaan	Jumlah Dana (Rp)	Status Dana
Sisa Dana PKPS BBM 2004	5.2 Milyar	Ada di masing-masing puskesmas tetapi pada bulan Oktober ditarik ke Dinkes dan digunakan berdasarkan <i>POA</i> . Digunakan untuk pelayanan selama tahun 2005 sebesar Rp 4.9 Milyar
Perhitungan kapitasi Puskesmas dari dana PKPS BBM 2005 semester 1	5.3 Milyar	Dana kapitasi ini tidak dibayarkan oleh PT Askes karena Puskesmas masih menggunakan sisa dana tahun 2004
Dana PKPS BBM 2005 semester 2	5.1 Milyar	Didistribusikan ke rekening masing-masing puskesmas di BRI namun belum dimanfaatkan

Tabel di atas menunjukkan bahwa untuk kebutuhan pelayanan sepanjang tahun 2005, puskesmas di Kab. Lombok Tengah hanya menggunakan sisa dana 2004. Hal ini memungkinkan terjadinya penumpukan dana alokasi kapitasi puskesmas semester 1 di PT Askes, yang belum jelas sistem pertanggungjawabannya.

- Pada tingkat pengguna, data daerah kajian menunjukkan bahwa kebanyakan (60-80%) penerima pelayanan gratis RS menggunakan kartu SKTM. Hal ini memberi peluang pada orang yang tidak benar-benar miskin untuk menerima pelayanan gratis (*mistargeting*).
- Beberapa pasien pada saat datang ke RS tidak memiliki kartu Askeskin, tetapi setelah beberapa hari dirawat mereka mencari dan akhirnya mendapatkan kartu SKTM untuk mendapatkan layanan gratis. Cara seperti ini banyak sekali ditemui, terutama di rumah sakit rujukan tingkat provinsi dan pusat.

Uraian di atas menyimpulkan bahwa hampir di setiap tingkat terdapat potensi kebocoran dan salahguna dana yang harus diatasi. Di samping itu, pengukuran kinerja keuangan masih didominasi oleh penyaluran dana dan belum dilengkapi dengan sistem verifikasi penggunaan dan penelusuran dana sehingga rawan terhadap salahguna dan kebocoran.

### **Rekomendasi untuk Mengurangi Kemungkinan Kebocoran dan Salahguna Dana:**

Alternatif untuk pelaksanaan audit keuangan bagi dana yang dikelola PT Askes:

- BPKP selaku auditor keuangan dan PT Askes dengan auditor internalnya untuk audit teknis. Alternatif ini akan menghasilkan audit keuangan yang objektif, namun audit teknis tak terjamin independensinya.
- BPKP sebagai pelaksana audit keuangan dan audit teknis, ditambah lembaga audit independen yang dikontrak Depkes. Alternatif ini akan menghasilkan audit keuangan dan audit teknis yang objektif, laporan auditnya dapat digunakan oleh semua pihak terutama daerah, walaupun perlu dipilih lembaga independen yang berlatar-belakang pemahaman 'perjalanan' program. Alternatif ini lebih mahal pelaksanaannya, namun dapat meningkatkan transparansi, sehingga akan mengurangi kemungkinan kebocoran dan penyalahgunaan dana.

## **4.7 SISTEM PENANGANAN KELUHAN**

Berdasarkan Pedoman Pelaksanaan yang ditetapkan oleh Depkes, penanganan pengaduan masyarakat dan penyelesaian keluhan merupakan bagian dari kegiatan pembinaan program dalam semester 1 dan kegiatan *safeguardin dalam semester 2*. Keluhan dapat disampaikan oleh masyarakat penerima pelayanan, masyarakat pemerhati dan petugas pemberi pelayanan serta petugas pengelola. Pada prinsipnya, semua pengaduan harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat. Penanganan keluhan disini ditetapkan secara terstruktur dan berjenjang. Penanganan dan penyelesaian pengaduan dapat memanfaatkan Unit Pengaduan Masyarakat (UPM) dan forum-forum yang telah ada. Pengumpulan dilakukan baik secara pasif maupun proaktif. Penyelesaian pengaduan terlebih dahulu harus ditangani dan diselesaikan oleh forum yang terdekat dengan sumber pengaduan. Apabila terjadi kesulitan dalam menangani dan menyelesaikan pengaduan pada tingkat terdekat, maka masalah yang dikeluhkan dapat dirujuk pada tingkat atau forum yang lebih tinggi.

Dari studi lapangan diperoleh temuan-temuan sebagai berikut:

- Keluhan-keluhan dari masyarakat disampaikan baik kepada puskesmas maupun kepada pihak RS secara lisan maupun tertulis dengan menggunakan kotak saran yang tersedia. Namun, pada umumnya puskesmas tidak memiliki data atau catatan mengenai aduan yang diajukan masyarakat secara lisan. Sedangkan penyampaian keluhan melalui kotak saran juga masih jarang sekali.
- Keluhan-keluhan yang disampaikan dari masyarakat ke RS tercatat dan terdokumentasi walaupun diakui oleh RS belum optimal. Bahkan ada juga keluhan dari masyarakat yang disampaikan dan ditangani langsung oleh direktur RS. Umumnya, bila ada keluhan dari masyarakat kepada puskesmas ataupun RS, maka pihak puskesmas dan RS menangani dengan memberi pengertian dan pemahaman atas kasus yang terjadi.
- Puskesmas tidak memiliki tim khusus yang bertugas menangani keluhan. Akibatnya, keluhan yang disampaikan oleh masyarakat ditangani oleh seluruh petugas puskesmas yang ada sesuai dengan kemampuan petugas puskesmas. Hal tersebut menunjukkan bahwa puskesmas tidak memiliki mekanisme resmi pengaduan. Ini berbeda dengan RS yang umumnya sudah memiliki tim khusus seperti Unit Pengaduan Masyarakat (UPM), humas, dan Tim Pengendali Askes.

- Bila keluhan tidak dapat diselesaikan oleh puskesmas atau puskesmas juga memiliki keluhan maka puskesmas menyampaikan keluhan tersebut ke pihak Dinkes. Umumnya, Dinkes di daerah telah membentuk Tim *Safeguarding* yang bertanggung jawab atas pengaduan keluhan. Ada juga Dinkes yang membentuk tim *safeguarding* mendekati akhir tahun 2005 seperti Dinkes Provinsi NTB dan Dinkes Kota Mataram sehingga belum berfungsi optimal. UPM yang telah ada di Dinkes juga diberdayakan untuk menangani keluhan dari puskesmas dan masyarakat. Namun, ada satu kasus yang ditemukan di Pemantang Siantar dimana UPM di Dinkes dibubarkan karena tidak ada dana operasionalnya. Keluhan-keluhan dari puskesmas juga biasanya dapat disampaikan saat pertemuan-pertemuan rutin puskesmas dengan Dinkes. Dalam pertemuan tersebut dilakukan dialog sehingga permasalahan dan keluhan yang ada dapat diselesaikan dengan segera dan sebaik mungkin.
- Keluhan dari pihak RS disampaikan kepada Dinkes dan PT Askes. Bahkan ada juga RS yang mengadukan keluhannya kepada Bappeda seperti yang dilakukan RSU Mataram. Biasanya RS mengadukan keluhannya kepada Bappeda berkaitan dengan masalah dana operasional RS yang tidak ditanggung oleh Askes. Oleh karena itu, diharapkan Bappeda mau mengalokasikan dana APBD untuk pelayanan kesehatan di RS. Namun demikian, umumnya Bappeda belum memiliki tim khusus untuk menangani keluhan yang diajukan oleh masyarakat maupun instansi kesehatan dalam kaitannya dengan pelaksanaan PKPS-BBM. Biasanya keluhan tersebut disampaikan dan ditangani oleh bidang di Bappeda yang menangani bidang kesehatan.

Selanjutnya, situasi penanganan keluhan pada semester 1 dan 2 program PKPS-BBM 2005 Bidkes dapat digambarkan dalam tabel berikut.

**Tabel 7. Situasi Penanganan Keluhan Program PKPS-BBM 2005 Bidkes**

Variabel	Konsep/Desain		Realisasi	
	Semester 1	Semester 2	Semester 1	Semester 2
Strukturisasi	Forum komunikasi (forum konsultasi ditambah wakil kelompok masy)	Unit safe guarding	Tidak berjalan penuh.	Dibentuk unit <i>safeguarding</i> di Depkes dan dinkes prov/kab/kota (belum semua terbentuk)
Pendanaan kegiatan penanganan keluhan.	Alokasi anggaran untuk forkom dan forum konsultasi pada dana yang dikelola PT Askes	Alokasi tambahan dari dana <i>safeguarding</i> Depkes	Terlaksana secara terbatas pada pusat, provinsi & kab/kota.	Dana untuk dinkes prov dan kab/kota terlambat disalurkan via BRI.
Penanganan keluhan masyarakat	Tidak ada alokasi anggaran dan unit penanganan yang khusus	---	UPM dinkes kab/kota dan UPM RS serta puskesmas.	Ditangani UPM RS dan puskesmas waktu kontak berobat tanpa didukung dokumentasi yang baik.

Secara ringkas dapat dinyatakan bahwa sistem penanganan keluhan seharusnya terstruktur dan berjenjang, melibatkan semua pelaku, utamanya jajaran kesehatan dan PT Askes. Proses penanganan keluhan seyogyanya dilakukan oleh tingkat terdekat secara cepat, tepat dan tuntas memanfaatkan unit *safe-guarding*, unit penanganan keluhan atau forum yang telah ada. Bila tidak dapat diselesaikan oleh tingkat lokal, harus dirujuk ke tingkat di atasnya yang memiliki kewenangan lebih besar, utamanya Pemda. Temuan di daerah kajian menunjukkan bahwa institusi yang ditugasi dalam semester dua yakni tim *safeguarding* di banyak tempat belum terbentuk, atau tim sudah terbentuk namun tidak berfungsi optimal karena dukungan dana yang terbatas dan terlambat. Sementara itu, keluhan tentang pelayanan kesehatan yang disampaikan kepada pemberi pelayanan waktu kontak berobat, belum terdokumentasi dengan baik karena dukungan perangkatnya belum dikembangkan.

### **Rekomendasi untuk Perbaikan Penanganan Keluhan**

Mengingat masalah utama penanganan keluhan terletak pada hambatan pelaksanaan di sebagian besar daerah akibat keterlambatan dukungan pendanaan maka rekomendasi perbaikannya meliputi beberapa alternatif sebagai berikut:

- Alternatif pertama, kegiatan penanganan keluhan terhadap kebijakan publik ini diletakkan di bawah kendali Pemerintah Daerah. Pemda memiliki otoritas untuk mengatasi setiap permasalahan kehidupan masyarakat dengan mendayagunakan semua potensi di wilayahnya; termasuk koordinasi terhadap gerak tim safeguarding dan para pihak yang terlibat dalam PKPS-BBM 2005 Bidkes. Sisi positif dari alternatif ini adalah keluhan dapat ditangani secara lintas sektor mendayagunakan semua potensi wilayah dan pelaksanaannya tidak perlu menunggu dukungan pendanaan dari satu pihak saja.
- Alternatif kedua, kegiatan penanganan keluhan diposisikan sebagai bagian kendali mutu pelayanan, dengan intensitas tinggi pada interaksi antara PPK, PT Askes dan tim *safeguarding*. Sisi positif alternatif ini adalah terpadukannya tugas wajib ketiga pihak dalam menjamin mutu pelayanan yang menjadi tujuan program. Hal ini akan membuat penanganan keluhan terlaksana sebagai budaya kerja ketiga pihak tersebut, sehingga penanganan keluhan tidak akan diabaikan hanya karena kelambatan pendanaan.

## **4.8 PEMANTAUAN DAN EVALUASI**

### ***Desain Pemantauan dan Evaluasi***

Seperti dicantumkan dalam *Pedoman JPKMM (semester satu) dan Pedoman Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rujukan Rawat Jalan dan Rawat Inap Kelas III RS yang Dijamin Pemerintah (semester dua)*, kegiatan Pemantauan dan Evaluasi program bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan program, sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan. Indikator keberhasilan program ini tercantum dalam buku pedoman, meliputi antara lain:

- Penerbitan dan distribusi kartu 100% dari peserta terdaftar
- Angka utilisasi (visit rate) minimal rata-rata 15%
- Prosentase pasien yang dirujuk dari pelayanan kesehatan dasar 12%

Pelaksanaan pemantauan dilakukan oleh DepKes, BPKP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota. Bappenas selaku perencana kebijakan nasional, Depkeu selaku penyedia APBN serta Menkokesra selaku koordinator program di lingkungan kesejahteraan rakyat, terlibat dalam pembinaan dan evaluasi PKPS-BBM 2005 Bidkes, sesuai dengan fungsinya masing-masing. Bahkan Bappenas, Depkeu, Depkes, PT Askes bertemu triwulanan di pusat, kadang-kadang dengan beberapa instansi terkait lain seperti BPS dan BPKP serta lembaga-lembaga non-pemerintah untuk membahas perkembangan PKPS-BBM 2005 Bidkes.

Pelaksanaan pemantauan dilakukan oleh Pusat, Dinkes Provinsi dan Dinkes Kab/Kota untuk mengarahkan agar program berjalan **efektif dan efisien** terhadap **tingkat utilitas pelayanan** oleh masyarakat beserta kendala dan keluhan yang terjadi. Sedangkan terhadap keuangan difokuskan pada **akuntabilitas dan transparansi** penyaluran dan pemanfaatan dana di pelayanan kesehatan dasar dan rujukan (menyangkut RS dan PT Askes) serta di kegiatan penunjang. Pemantauan dilengkapi dengan pencatatan dan pelaporan berkala yang dilakukan bulanan, triwulanan, semester maupun tahunan; melalui pertemuan, analisis laporan, kunjungan lapangan dan supervisi, penelitian langsung serta survei kepuasan pengguna.

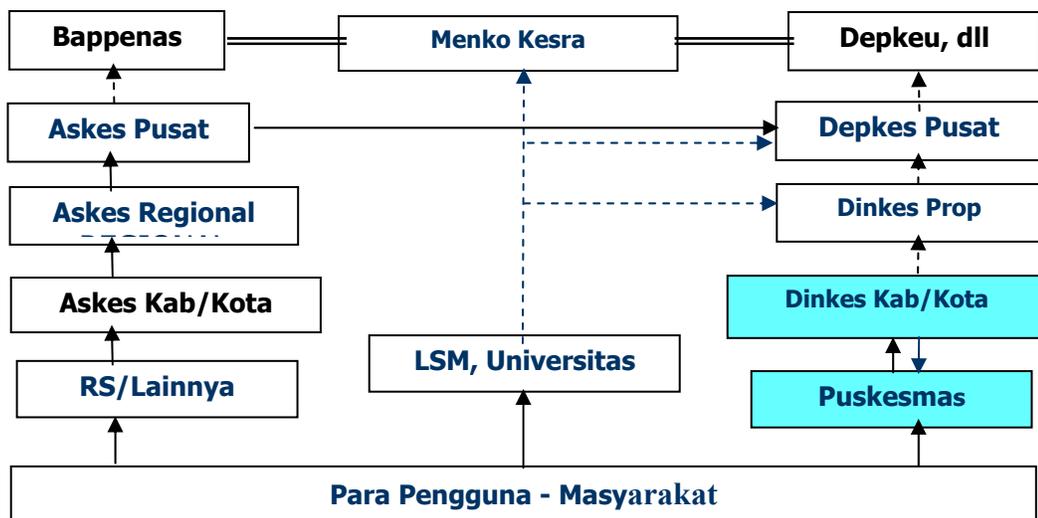
Pada semester dua, pelaporan Puskesmas ke PT Askes ditiadakan dan pelaporan pelayanan RS/BP4/BKMM/BKIM yang pada semester satu hanya ke PT Askes, kini dilakukan dua arah yakni ke PT Askes dan ke Dinkes Provinsi. Dibandingkan dengan semester satu, terdapat tambahan pelaporan tentang *safeguarding*, penanganan pengaduan, penerimaan dan distribusi obat serta vaksin hepatitis antar jajaran kesehatan, sesuai dengan isi kegiatan yang melibatkan mereka. Terlampir bagan pelaporan yang berlaku (Depkes, Pedoman Pelaksanaan, halaman 23).

### **Kerangka Empiris Pemantauan dan Evaluasi**

Kerangka pemantauan dan evaluasi seperti tergambar dalam bagan di bawah ini, masih didominasi oleh panah satu arah, yakni arus pelaporan dari unit di bawah ke atas sesuai kepentingan instansi masing-masing. Belum tampak *shared interest* dalam memantau indikator keberhasilan program, yakni peningkatan utilisasi pelayanan oleh penduduk miskin.

Arus timbal balik hanya tampak pada hubungan antara puskesmas dengan Dinkes kabupaten/kota, yang didukung oleh rapat bulanan di Dinkes dengan semua puskesmas serta supervisi dari Dinkes ke puskesmas, yang dilakukan tidak khusus untuk masalah PKPS-BBM saja, namun terintegrasi dengan kegiatan pelayanan kesehatan lainnya.

**Bagan Pemantauan dan Evaluasi**



Dalam bagan tersebut, digambarkan juga keterlibatan dari Bappenas selaku perencana kebijakan nasional, Depkeu selaku penyedia APBN serta Menkokesra selaku koordinator program di lingkungan kesejahteraan rakyat, dalam pembinaan serta pemantauan dan evaluasi PKPS-BBM 2005 Bidkes sesuai dengan fungsinya masing-masing. Bahkan Bappenas, Depkeu, Depkes, PT Askes bertemu triwulanan di pusat, kadang-kadang dengan beberapa instansi terkait lain seperti LSM, BPS dan BPKP untuk membahas perkembangan PKPS-BBM 2005 Bidkes.

### **Temuan dari Lapangan**

Dari studi lapangan 6 provinsi ditemukan hal-hal yang menyatakan bahwa pemantauan dan evaluasi program belum berjalan secara efektif sesuai desainnya, sebagai berikut:

- a. Pemantauan belum dapat dilaksanakan secara rutin sebab tugas anggota Tim Koordinasi/Konsultasi atau Tim *Safeguarding* sering diwakilkan kepada tenaga yang tidak memiliki wewenang dan kapasitas/kapabilitas yang diharapkan. Akibatnya, belum dapat dikembangkan kepedulian bersama terhadap indikator keberhasilan program berupa peningkatan utilisasi dan cakupan pelayanan bagi penduduk miskin.

- b. Di daerah, belum ada perhatian khusus terhadap pelaporan pencapaian program. Banyak unit di Dinkes, RS dan puskesmas yang belum menerima buku pedoman hingga tidak mengenal formulir laporan dan belum menyusun format khusus daerah (rekapitulasi dll) untuk evaluasi program.
- c. Dukungan dana untuk pemantauan dan evaluasi tidak jelas sewaktu semester pertama karena berada di tangan PT Askes. Dukungan tambahan dana *safeguarding* semester dua untuk jajaran Dinkes terlambat disalurkan (paling cepat diterima di bulan Oktober 2005, bahkan ada yang baru menerimanya pada Februari 2006).
- d. PT Askes melakukan pemantauan dan evaluasi sebatas pada verifikasi peserta dalam proses klaim pembayaran rumahsakit yang merupakan syarat penagihan.
- e. Pemantauan dan evaluasi yang dilakukan Dinkes Kab/Kota ke Puskesmas tidak dilakukan secara khusus dalam program JPKMM, tercampur dengan program lain.
- f. Fokus pemantauan program oleh BPKP masih sebatas administrasi keuangan dan surat pertanggung-jawabannya.
- g. *POA* Puskesmas sering dibuat hanya untuk kepentingan pemeriksaan, kurang dilandasi dengan analisis situasi yang riil. Akibatnya, *POA* Puskesmas kurang dapat digunakan sebagai instrumen pemantauan dan evaluasi.
- h. Di beberapa tempat, dana APBD disediakan juga untuk menunjang kegiatan pemantauan dan evaluasi, sehingga meningkatkan frekuensi pembinaan.
- i. Sistem monitoring evaluasi program belum memasukkan pemantauan dan evaluasi keuangan sehingga tingkat penyerapan dana tidak dilengkapi dengan verifikasi dan penelusuran keuangan sampai ke tingkat pengguna.

**Tabel 7. Situasi Pemantauan dan Evaluasi pada Semester 1 dan 2 Program PKPS-BBM 2005 Bidkes**

Variabel	Desain		Realisasi	
	Semester 1	Semester 2	Semester 1	Semester 2
Pelaporan sebagai bagian dari pemantauan	<ul style="list-style-type: none"> <li>RS/BP4/BKMM dan puskesmas mengirim laporan ke PT Askes Cabang setiap bulan dengan tembusan ke Dinkes kab/kota.</li> <li>PT Askes Cabang merekap dan melaporkan ke PT Askes Regional dengan tembusan Dinkes Kab/kota setiap bulan.</li> <li>PT Askes Regional merekap dan mengirim laporan ke PT Askes Pusat dengan tembusan ke Dinkesprov setiap 3 bulan.</li> <li>PT Askes Pusat merekap dan mengirim laporan ke Depkes.</li> <li>Laporan sesuai dengan format dalam pedoman.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RS/BP4/BKMM melapor ke PT Askes, Dinkes prov dan kab/kota tiap bln.</li> <li>Puskesmas tidak melapor ke PT Askes tetapi ke Dinkes kab/kota.</li> <li>Laporan sesuai dgn format dalam pedoman.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Format laporan tidak dipahami sehingga pelaporan terlambat</li> <li>Pelaporan tidak bisa dilakukan setiap bulan.</li> <li>Dinkes provinsi dan kab/kota tak memperoleh tembusan laporan dari PT Askes sehingga tak mengetahui pengelolaan dana semester1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Banyak RS yang tidak mengirim laporan ke dinkes kab/kota.</li> <li>Pelaporan tidak tepat waktu.</li> <li>Format laporan baku terlambat disosialisasi sehingga pelaporan terlambat</li> </ul>
Pemantauan dan evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilakukan oleh Depkes, PT Askes, Dinkesprov, dan Dinkes kab/kota.</li> <li>Evaluasi terhadap pengelolaan kepesertaan, pengelolaan pelayanan kesehatan, dan pengelolaan keuangan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilakukan oleh Depkes, Dinkesprov dan Dinkes kab/kota</li> <li>Evaluasi thd utilisasi dan penggunaan dana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemantauan dan evaluasi oleh PT Askes ditekankan pd verifikasi saja.</li> <li>Tidak ada evaluasi rutin dari dinkes kab/kota dan dinkes provinsi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak ada evaluasi rutin dari dinkesprov dan kab/kota</li> <li>Pemantauan dan evaluasi tidak khusus PKPS BBM.</li> </ul>
Monitoring Keuangan	Belum ada sistem	Belum ada sistem	Belum ada sistem	Belum ada sistem

**Rekomendasi untuk Perbaikan Sistem Pemantauan dan Evaluasi:**

- 1) Memperjelas tupoksi dan mekanisme pertanggungjawaban masing-masing lembaga yang terlibat pemantauan dan evaluasi. Peningkatan kesatuan pemahaman di antara semua pihak terkait akan memfokuskan kinerja program pada pencapaian indikator keberhasilan program. Di samping kesatuan pemahaman ini, perlu peningkatan frekuensi dan isi semua kegiatan pembinaan, pemantauan, pembimbingan dan evaluasi dengan fokus peningkatan kinerja cakupan utilisasi pelayanan penduduk miskin, disertai alokasi pendanaan yang memadai dan tepat waktu.
- 2) Membuat instrumen/format pelaporan dengan indikator pemantauan wilayah yang baku agar memudahkan akses terhadap data/informasinya. Pemantauan wilayah setempat tentang utilisasi penduduk miskin harus mencakup pemantauan tentang pendanaan program dan didukung oleh instrumen yang sederhana, valid, spesifik dan sensitif hingga dapat diikuti semua pihak terkait, seperti halnya SKDN penimbangan balita.
- 3) Untuk memudahkan evaluasi program, seharusnya dipakai indikator SKMH: jumlah seluruh penduduk miskin (S), yang mendapat kartu (K), yang memanfaatkan pelayanan (M) dan yang memenuhi prasyarat hidup sehat (H: hidup berKB, memeriksakan kehamilan, mengimunisasikan balitanya, memiliki balita berKMS yang rutin ditimbang di posyandu) serta pendanaan yang diperoleh dan dimanfaatkan di wilayah.
- 4) Memaksimalkan Peran Pusat dalam proses pemantauan dan evaluasi. Hal ini menuntut pengembangan sistem umpan balik dari atas ke bawah, berupa response berkala hasil pemantauan setempat mengenai kinerja unit di bawahnya dalam pencapaian cakupan utilisasi pelayanan oleh penduduk miskin.
- 5) Memaksimalkan Peran Daerah dalam proses pemantauan. Hal ini memerlukan pelatihan khusus tenaga pembina pencatatan pelaporan dalam teknis analisis data dan penyajian informasi bagi penentu kebijakan serta umpan balik ke pelapor guna peningkatan kinerjanya.

**4.9 PENGELOLAAN PROGRAM DAN STRUKTUR KELEMBAGAAN*****Desain Struktur Kelembagaan dan Pengelolaan Program***

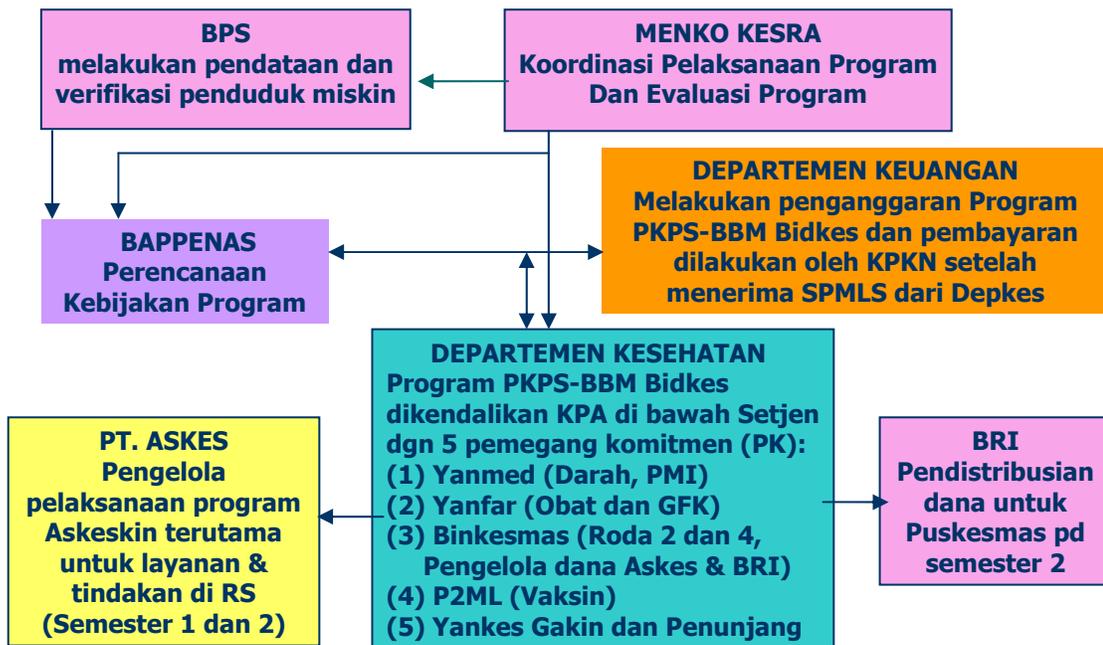
Lembaga yang terkait dalam pengelolaan program PKPS-BBM 2005 Bidkes adalah Bappenas, Depkes, Depkeu, PT Askes, Menko Kesra, BPS dan BRI, dengan fungsi dan tugas masing-masing sebagai berikut:

- a. Bappenas selaku perencana kebijakan nasional, termasuk perencana kebijakan PKPS-BBM 2005 Bidkes.
- b. Depkes selaku penentu kebijakan teknis nasional di bidang kesehatan, yang menterjemahkan kebijakan Presiden untuk penduduk miskin dengan pelayanan gratis.
- c. Departemen Keuangan selaku penyedia anggaran pembangunan dan belanja negara, yang harus juga menyediakan anggaran bagi pelayanan kesehatan penduduk miskin yang dijamin pemerintah.
- d. PT Askes selaku penerima penugasan dari Menkes guna mengelola dana pemerintah yang disediakan untuk pelayanan kesehatan penduduk miskin di puskesmas (semester satu) dan RS (semester satu dan dua). Penugasan sebagai third party administrator (bukan asuradur yang menanggung semua risiko) tersebut disertai pemberian biaya pengelolaan sebanyak 5% dari seluruh total dana pelayanan kesehatan.
- e. Menko Kesra selaku koordinator teknis kebijakan di bidang kesejahteraan rakyat, termasuk di bidang kesehatan.

- f. BPS selaku instansi yang menurut UU pembentukannya bertugas menyediakan agregat data statistik penduduk, termasuk agregat data prosentase penduduk miskin di tingkat nasional, provinsi dan kab/kota. Posisi BPS dalam menunjang Program PKPS-BBM 2005 dipayungi Instruksi Presiden No.12/2005 guna melakukan tugas identifikasi penduduk miskin untuk program Bantuan Tunai Langsung pada semester dua 2005. Posisi tambahan ini semakin melibatkan BPS dalam PKPS-BBM 2005 Bidkes, karena menjadi sumber data resmi bagi identifikasi penduduk miskin untuk pelbagai kegiatan serupa.
- g. BRI selaku penyalur dana dalam semester dua 2005 yang dipilih oleh Depkes untuk mencairkan dana kegiatan Puskesmas berdasarkan persetujuan Dinkes Kab/Kota terhadap POA Puskesmas, yang meliputi 4 komponen, yaitu pelayanan kesehatan dasar, operasional puskesmas, pelayanan persalinan serta revitalisasi Posyandu.

Tata hubungan antara ke tujuh lembaga tersebut digambarkan dalam bagan berikut:

**Bagan Strukturisasi di Pusat**



Di samping ke tujuh lembaga itu, masih ada lembaga pengawasan eksternal seperti BPKP, BPK, Kantor Meneg BUMN, perguruan tinggi dan LSM yang dapat melakukan asesmen bagi kegiatan ketujuh instansi tersebut. Juga tidak terlepas dari pengawasan oleh pihak ketiga yang sama sekali independen di luar lembaga pengawasan pemerintah dan negara.

PT Askes berperan tunggal pada semester satu untuk 36.1 juta penduduk miskin. Sedangkan untuk semester dua, dengan adanya anggaran belanja tambahan dan perluasan sasaran menjadi 60 juta penduduk miskin, pengelola dana adalah PT Askes (untuk pelayanan rumahsakit) dan Depkes beserta jajarannya dari Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota dan Puskesmas. Selanjutnya tupoksi pengelola dana PKPS-BBM 2005 Bidkes dapat digambarkan sebagai berikut:

### Pengelola Dana dan Tupoksinya

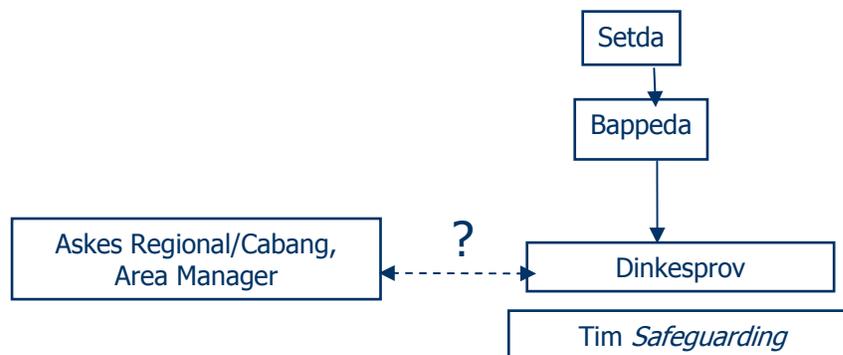
Pengelola	Semester 1	Semester 2
PT. Askes	Kapitasi Puskesmas & klaim RS, penunjang (sosialisasi, forum komunikasi/ konsultasi, cetak/distribusi kartu)	Klaim RS dan penunjang (sosialisasi, forum komunikasi /konsultasi, pencetakan dan distribusi kartu)
Depkes	---	Safe guarding, penunjang (roda 2/4, GFK, obat/vaksin, kantong darah, alkes)
Dinkes Prov	---	Safe guarding
Dinkes Kab/Kota	Jadi saluran dana kapitasi dari PT Askes untuk Puskesmas	Safe guarding
Rumahsakit	Menerima pembayaran klaim pelayanan masyarakat miskin dari Askes	Menerima pembayaran klaim pelayanan orang miskin dari Askes
Puskesmas	Menerima kapitasi dari Dinkes atau menggunakan sisa dana 2004	Menerima langsung dari BRI utk Yankesdas, revipos, persalinan, operasional Puskesmas

### Temuan dari Lapangan

Dari lapangan, asesmen menemukan bahwa struktur kelembagaan yang terlibat PKPS-BBM 2005 Bidkes sangat terbatas. Hal yang menonjol adalah mekanisme hubungan yang hampir tidak ada atau tidak menetap antara PT Askes Regional/Cabang atau Area Managernya dengan Dinas Kesehatan Provinsi, Dinkes Kab/Kota atau Bappeda/Setda pada Pemerintah Daerah.

Kesan yang menonjol adalah masih sentralistiknya peran PT Askes, sehingga Pemda dan aparatnya tidak memperoleh mitra setimpal dalam diri Area Manager, PT Askes Cabang atau PT Askes Regional. PT Askes di daerah terkesan berfokus pada pembayaran klaim rumahsakit saja, kurang menampilkan fungsinya sebagai Third Party Administrator untuk berbagi data dan informasi dalam pengelolaan cakupan dan utilisasi pelayanan, pengelolaan kepesertaan termasuk distribusi kartu, dan pengelolaan keuangan. Hal ini menimbulkan kesan bahwa PT Askes kurang transparan dalam pengelolaan dana sehingga terjadi apatisme dalam pembinaan hubungan kerja dan kesatuan tindak untuk mencapai keberhasilan program.

### Strukturisasi di Daerah



Munculnya pembiayaan untuk kegiatan Tim Safegurading di daerah membuat berfungsinya kembali pembinaan oleh jajaran kesehatan, namun keterlambatan penyediaan dana membuat fungsi ini tersendat dan baru mulai bergulir di kuartal ke empat tahun 2005 dan kuartal pertama 2006. Pada semester dua dengan keberadaan 2 sumber pendanaan untuk pembinaan program (dari 5% dana pelayanan kesehatan yang ditangani PT Askes dan dari dana *safeguarding* di jajaran Depkes), belum optimal dilakukan fungsi koordinasi dan pemaduan penggunaan sumberdana tersebut.

## **Rekomendasi untuk Perbaikan Pengelolaan Program**

Alternatif untuk perbaikan pengelolaan program:

- 1) Revisi tupoksi Dinkes untuk kejelasan fungsi dalam program PKPS-BBM Bidkes. Perlu ditegaskan kembali bahwa Dinkes sebagai mitra teknis Depkes di Daerah adalah pemrakarsa, pemilik dan penanggungjawab program. Sisi positif alternatif ini adalah timbul kejelasan pertanggungjawaban kinerja pelayanan gakin dan Dinkes memiliki kejelasan tugas dan fungsi dalam program. Sedangkan sisi negatifnya adalah Perubahan SOTK (Struktur Organisasi dan Tata Kerja) Dinas Kesehatan Daerah dan terjadinya sentimen terhadap Dinkes berkaitan dengan tugas baru yang pendanaannya besar.
- 2) Penetapan struktur sementara (*ad hoc*) Tim *Safeguarding* di Dinkes. Alternatif ini memiliki sisi positif yaitu likuid dan efektif. Namun, sisi negatifnya adalah pendanaan APBD sulit, akuntabilitas terbatas, relatif tidak terkait dengan sistem karir dan hubungan dengan struktur vertikal tidak jelas. Bila alternatif ini dipilih maka perlu adanya alokasi khusus dalam APBD untuk penanganan masyarakat miskin.

Untuk pengembangan pertanggungjawaban program berdasar pada kinerja, dibutuhkan hal-hal berikut:

- a. Perlu pelibatan dan rumusan resmi tupoksi Pemda di segala jenjang administrasi dalam penyelenggaraan PKPS-BBM Bidkes. Di samping pengaturan tersebut, dalam MOU antara Depkes dan PT Askes perlu dinyatakan pula mekanisme hubungan antara PT Askes dengan Dinkes/Pemda.
- b. Perlu dirumuskan kembali tupoksi yang tegas dari masing-masing lembaga yang terkait dalam program PKPS-BBM Bidkes, terutama pada deskripsi mekanisme hubungan kerja antar lembaga di pusat sampai di daerah sehingga transparan dan akuntabel dalam mendukung sarana pelayanan kesehatan mencapai populasi sasaran.
- c. Perlu dijabarkan peran dan tupoksi aparat pengawasan fungsional intern dan extern serta pengawasan pihak independen dan kontrol sosial masyarakat, untuk memperbaiki transparansi dan akuntabilitas program sehingga dapat memacu pencapaian indikator keberhasilan program secara efisien, efektif dan akuntabel.

## **5. POKOK-POKOK KESIMPULAN DAN SARAN**

Dengan uraian temuan seperti dikemukakan di atas, dapat disimpulkan bahwa pada umumnya desain program PKPS-BBM 2005 Bidkes yang berorientasi "*demand dan supply*"<sup>11</sup> dengan alokasi biaya yang lebih tinggi dibandingkan sistem yang berorientasi "*supply*" saja pada tahun-tahun sebelumnya, mendorong meningkatnya pemanfaatan pelayanan, terutama di rumahsakit. Namun, prinsip-prinsip penyelenggaraan program yang seharusnya mencakup efektivitas program, transparansi dan akuntabilitas, serta partisipasi yang luas; belum dipegang dan terlaksana secara utuh dalam program PKPS-BBM 2005 Bidkes. Untuk itu diidentifikasi beberapa upaya perbaikan penting yang perlu dilakukan dalam program serupa di masa datang.

Beberapa pokok Kesimpulan dan saran penting dapat diketengahkan sebagai berikut:

### **A. Desain Program**

Pendekatan program yang berorientasi "*demand dan supply*" berbentuk jaminan/asuransi sosial penduduk miskin yang dibiayai pemerintah dan pendanaan puskesmas, lebih dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan dibandingkan yang berbasis "*supply/provider*".

<sup>11</sup> "*demand*" dalam bentuk kartu jaminan kesehatan, "*supply*" dalam bentuk pendanaan puskesmas

Status pihak ketiga sebagai pengelola dana, perlu ditegaskan dengan fungsi pengelolaan kepesertaan, pengendalian dana dan pengelolaan pelayanan kesehatan yang terukur sebagai keberhasilan kinerjanya. Bila status pengelola dana tetap sebagai *TPA (third party administrator)* yang tidak menanggung kerugian, perlu mulai ditetapkan biaya operasional pengelolaan yang wajar baginya disesuaikan dengan kinerja kemitraannya di pelbagai jenjang administrasi dalam trias pengelolaan tersebut. Hal ini akan berdampak pada efektivitas program, sistem transparansi dan akuntabilitas, serta partisipasi luas yang diperlukan dalam program dan kebijakan publik untuk pengentasan kemiskinan di bidang kesehatan.

Untuk dapat makin menjangkau penduduk miskin terutama di daerah terpencil, perlu segera diperbaiki desain program atau dikembangkan desain baru yang memperbaiki hal-hal berikut:

- Kesulitan akses masyarakat miskin karena masalah geografi, transportasi dan sebaran pelayanan kesehatan
- Ketidadaan biaya pendamping orang sakit dan transportasi jenazah.
- Kurangnya orientasi promotif dan preventif dalam program.
- Keterlibatan fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang menurut data Susenas 2004 cukup banyak (36%) digunakan oleh penduduk miskin.

## **B. Penetapan Sasaran Program dan Distribusi Kartu Identitasnya**

Targeting belum efektif, perlu dibenahi agar penerima manfaat adalah betul masyarakat miskin. Secara bertahap perlu ditingkatkan cakupan masyarakat miskin yang memiliki kartu resmi. Perlu ditetapkan kriteria baku penduduk miskin yang dapat berlaku di semua daerah. Hal ini akan menajamkan sasaran program dan mendorong pedampingan penduduk miskin oleh pelbagai sektor terkait secara lebih terpadu, sehingga dapat menghasilkan efek ganda dalam pengentasan kemiskinan.

Kartu identitas berbasis keluarga memudahkan penetapan penerima dan sejalan dengan banyak program yang tertuju untuk rumah tangga miskin. Di samping itu, pendekatan keluarga/rumah tangga akan mengefisienkan administrasi dan meredam potensi konflik di masyarakat.

## **C. Sosialisasi Program**

Sosialisasi belum banyak menjangkau masyarakat miskin, masih terbatas pada birokrasi dan provider. Akibatnya masyarakat miskin tidak banyak tahu, kurang memanfaatkan program sehingga utilitasnya rendah, tidak berdampak bermakna pada perbaikan kesehatan mereka. Perlu intensifikasi sosialisasi tentang hak dan prosedur pelayanan bagi masyarakat miskin, mengutamakan metode tatap muka dengan pendampingan fasilitator dan informan program di dekat keberadaan mereka.

## **D. Alokasi, Penyaluran, Penyerapan dan Pemanfaatan Dana Program**

Alokasi pendanaan berdasarkan jumlah masyarakat miskin saja belum tepat, karena terdapat pengaruh geografi, jarak dan perbedaan dalam status kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Alokasi dana perlu mempertimbangkan kondisi wilayah dan hal-hal berikut:

- Status kesehatan masyarakat miskin, seperti angka gizi buruk, kesertaan KB, ketercukupan dalam imunisasi, pelayanan antenatal, persalinan dan nifas dsbnya.
- Kesulitan geografis
- Kemiskinan wilayah (poverty index) dan Kemampuan Daerah

Penyaluran dan absorpsi dana sering terlambat dan menggunakan sistem yang sering berubah. Tanpa informasi cukup, hal ini berpeluang menghambat absorpsi dan menimbulkan kebocoran. Dana belum sepenuhnya dimanfaatkan karena aliran yang terlambat. Untuk mengatasi hal ini, perlu informasi jelas tentang pendanaan, cara penggunaan dengan kemungkinan modifikasi yang terfokus pada pelayanan kesehatan masyarakat miskin, didampingi sistem akuntabilitas penggunaan yang efektif.

Untuk memperkecil potensi kebocoran dana yang juga dapat terjadi pada utilisasi oleh pengguna kartu tak resmi/SKTM, perlu ditingkatkan pemantauan dengan sistem telaah utilisasi pendanaan (verifikasi dan penelusuran), yang dikaitkan dengan utilisasi pelayanan kesehatan dalam sistem monitoring-evaluasi pendanaan di pelbagai tingkat.

#### **E. Transparansi dan Akuntabilitas**

Prosedur dan mekanisme pendanaan program kurang transparan. Pengelola program di daerah sulit mengetahui aliran dan penggunaan dana, khususnya yang diserahkan kepada pengelola dana. Diperlukan peningkatan transparansi dan akuntabilitas, dengan cara:

- Kejelasan tertulis yang tepat waktu tentang alokasi, pengaliran dan cara pemanfaatan dana antara pengelola, penerima dana dan pengguna dana.
- Ketepatan waktu dan jumlah dalam penyaluran dan pertanggungjawaban dana
- Musyawarah desa untuk penetapan masyarakat miskin
- Distribusi kartu hingga betul-betul sampai ke tangan masyarakat miskin yang memenuhi kriteria.

#### **F. Penanganan Keluhan**

Kelembagaan penanganan keluhan belum terbentuk di beberapa daerah dan belum berfungsi optimal di daerah lain. Akibatnya, di satu sisi penyedia program tidak mendapat masukan dari masyarakat dan tidak dapat memperbaiki program sesuai masukan tersebut, di sisi lain masyarakat miskin tidak terdorong untuk berpartisipasi dalam program. Perlu dibangun kembali kelembagaan penanganan keluhan, mengingat pentingnya penanganan mutu dan kepuasan penduduk miskin atas pelayanan yang diterimanya.

#### **G. Pemantauan dan Evaluasi Program**

Pemantauan dan evaluasi program belum berjalan efektif. Diperlukan arahan dan pembinaan yang sungguh-sungguh untuk memperbaiki arus informasi dan pelaporan beserta feed-back timbal balik guna menajamkan pemantauan kemajuan program dan evaluasinya. Bentuk pemantauan dan evaluasi berbasis wilayah setempat (PWS seperti pada program KIA, Gizi, P2M) perlu dikembangkan agar tiap pimpinan program menguasai kinerja program di wilayahnya.

Kelemahan sistem pemantauan pendanaan yang ditemukan dalam studi lapangan, perlu segera diatasi dengan pengembangan sistem verifikasi, telaah utilisasi dan penelusuran dana oleh pemerintah (pusat dan daerah) terhadap pengelola dana. Sistem pemantauan pendanaan ini harus menjadi bagian integral sistem pemantauan program yang menyeluruh dan berbasis wilayah (pemantauan wilayah setempat dalam PKPS-BBM Bidkes).

#### **H. Kelembagaan dan Tatalaksana Program**

Tatalaksana program belum optimal karena mekanisme koordinasi dan interaksi antar para pelaku kurang erat. Tatalaksana program juga dijalankan sangat sentralistik, padahal tujuan program ini adalah menjangkau penduduk miskin di daerah dan sangat menuntut keterlibatan pelbagai pihak terkait di semua jenjang. Keterlibatan Pemda mutlak untuk efektivitas pendampingan dan pemberdayaan masyarakat miskin dan kesinambungan pendanaan program.

Sebagai kebijakan publik yang strategis, PKPS-BBM Bidkes perlu dikelola oleh *unit organisasi pemerintah yang khusus dan permanen* di pelbagai jenjang, sehingga secara sistematis dapat dihimpun pengalaman program yang berharga dan dapat dikembangkan keahlian serta profesionalisme yang dibutuhkan untuk mengawal program ke pencapaian tujuan luhurnya. Partisipasi swasta termasuk PPK swasta yang masih dibatasi dalam kebijakan publik ini perlu segera ditingkatkan agar penduduk miskin memperoleh akses lebih besar dan kapasitas program menjadi lebih besar juga dalam menjangkau penduduk miskin.

## **6. KEPUSTAKAAN**

- Bappenas, Strategi Nasional Penanggulangan Kemiskinan, 2005
- Depkes RI, Pengembangan Pelayanan Kesehatan bagi Penduduk Miskin, Jakarta, 2004.
- Depkes RI, Pedoman Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin, Jakarta, 2005.
- Depkes RI, Pedoman Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rawat Jalan Rujukan dan Rawat Inap Klas 3 Rumahsakit yang Dijamin Pemerintah, Jakarta, 2005.
- Menko Kesra, Hasil Studi 56 Universitas tentang Program PKPS-BBM 2005, Jakarta 2005.
- PT Askes (Persero), Laporan Pelaksanaan Program Askeskin Tahun 2005, Jakarta, 2006

## **7. LAMPIRAN:**

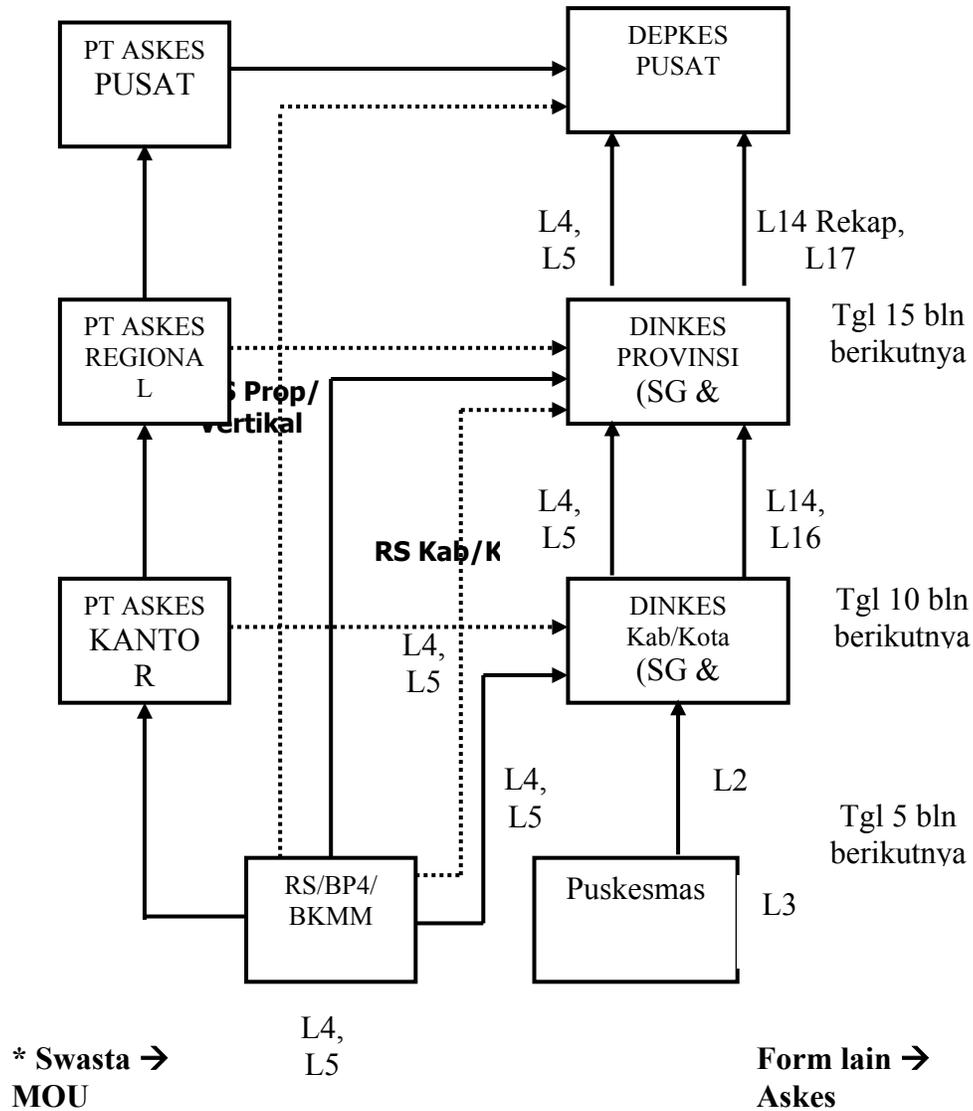
1. Rincian Dana APBN-P 2005 untuk program semester dua
2. Mekanisme Pelaporan Program
3. Flow-chart Pengelolaan Program PKPS-BBM 2005 Bidkes
4. Bagan Tupoksi Lembaga menurut Pendanaan Program

**LAMPIRAN 1. RINCIAN DANA APBN-P 2005 UNTUK PROGRAM SEMESTER DUA**

<b>No</b>	<b>Item Pendanaan</b>	<b>Jumlah Dana (Rp Milyard)</b>
1	Tambahan dana untuk dikelola PT Askes bagi pelayanan rujukan rawat jalan dan rawat inap kelas 3 rumahsakit	1.323.000,0 Milyar
2	Pembiayaan ke Puskesmas selama 6 bulan semester dua yang diberikan secara <i>block fund</i> via BRI ke Puskesmas: - Pelayanan Kesehatan Dasar Rp. 395,3 Milyar (26.51%x38,21%xRp.3000,-x6bl) - Pelayanan persalinan Rp. 135 Milyar - Revitalisasi Posyandu Rp. 75 Milyar - Operasional dan Pengelolaan Puskesmas Rp. 79,5 Milyar	685,3 Milyar
3	Pengadaan sarana untuk daerah terpencil	18 Milyar
4	Program Pendukung Pelayanan Kesehatan Dasar: - Sosialisasi dan pemantauan & evaluasi di pusat, provinsi, kab/kota Rp. 25 Milyar - Pelayanan darah PMI Rp. 100 Milyar - Penyediaan kendaraan Roda 2 Rp. 108,8 Milyar - Penyediaan roda-4 utk puskesmas Rp. 61 Milyar - Penyediaan alat kesehatan di puskesmas Rp. 157 Milyar - Penyediaan vaksin Hep.B dan Polio Rp. 40 Milyar - Penyediaan obat PKD Rp. 180 Milyar - Perbaikan Gudang Farmasi daerah Rp. 66 Milyar - Pembayaran Klaim Defisit RS Tahun 2004 Rp. 140 Milyar	1.552.000,0 Milyar
Jumlah dana APBN-P 2005 untuk Program Semester Dua		2.875.685,3 Milyar

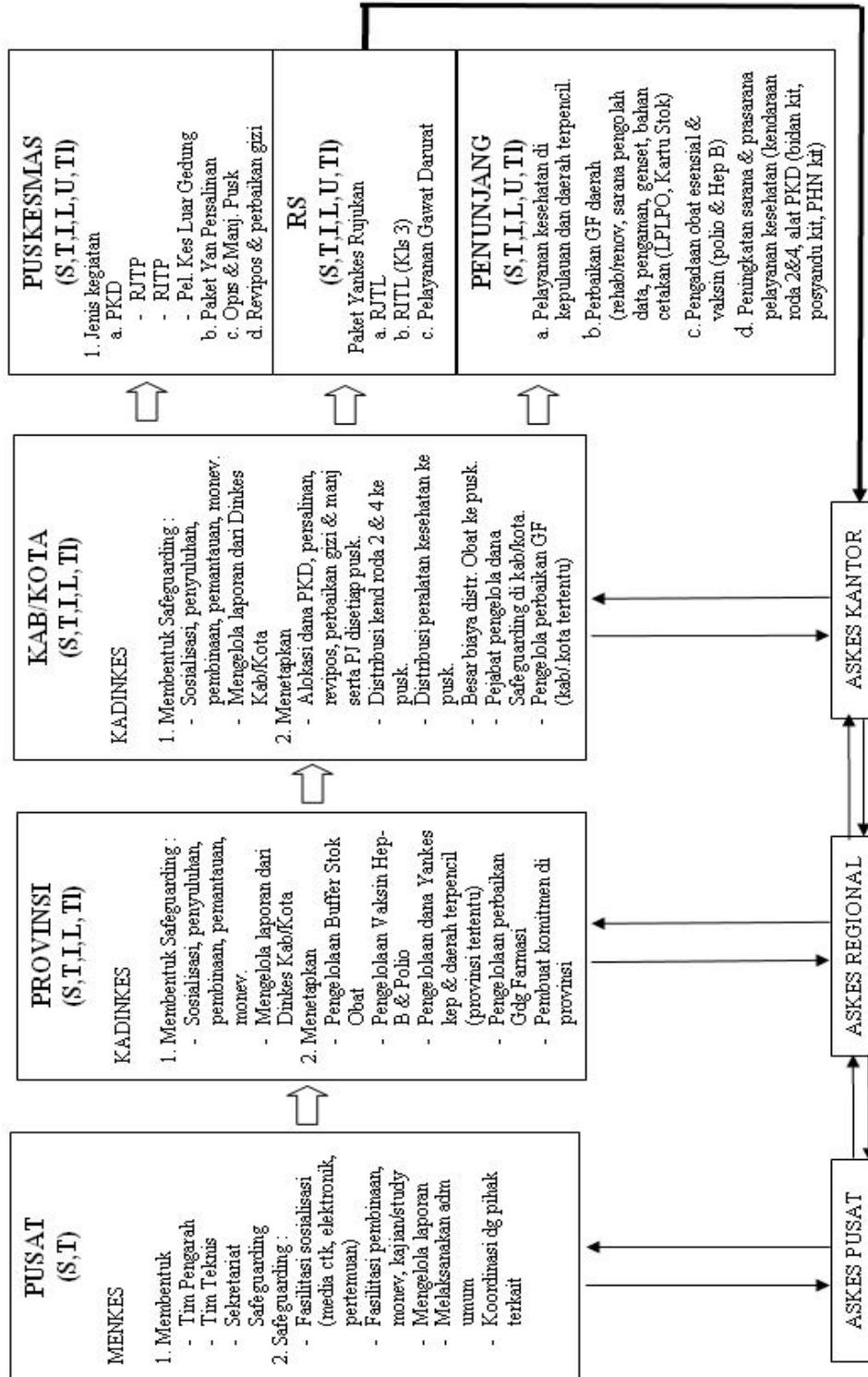
Sumber: Laporan Depkes tertanggal 8 Februari 2006

**LAMPIRAN 2. MEKANISME PELAPORAN**

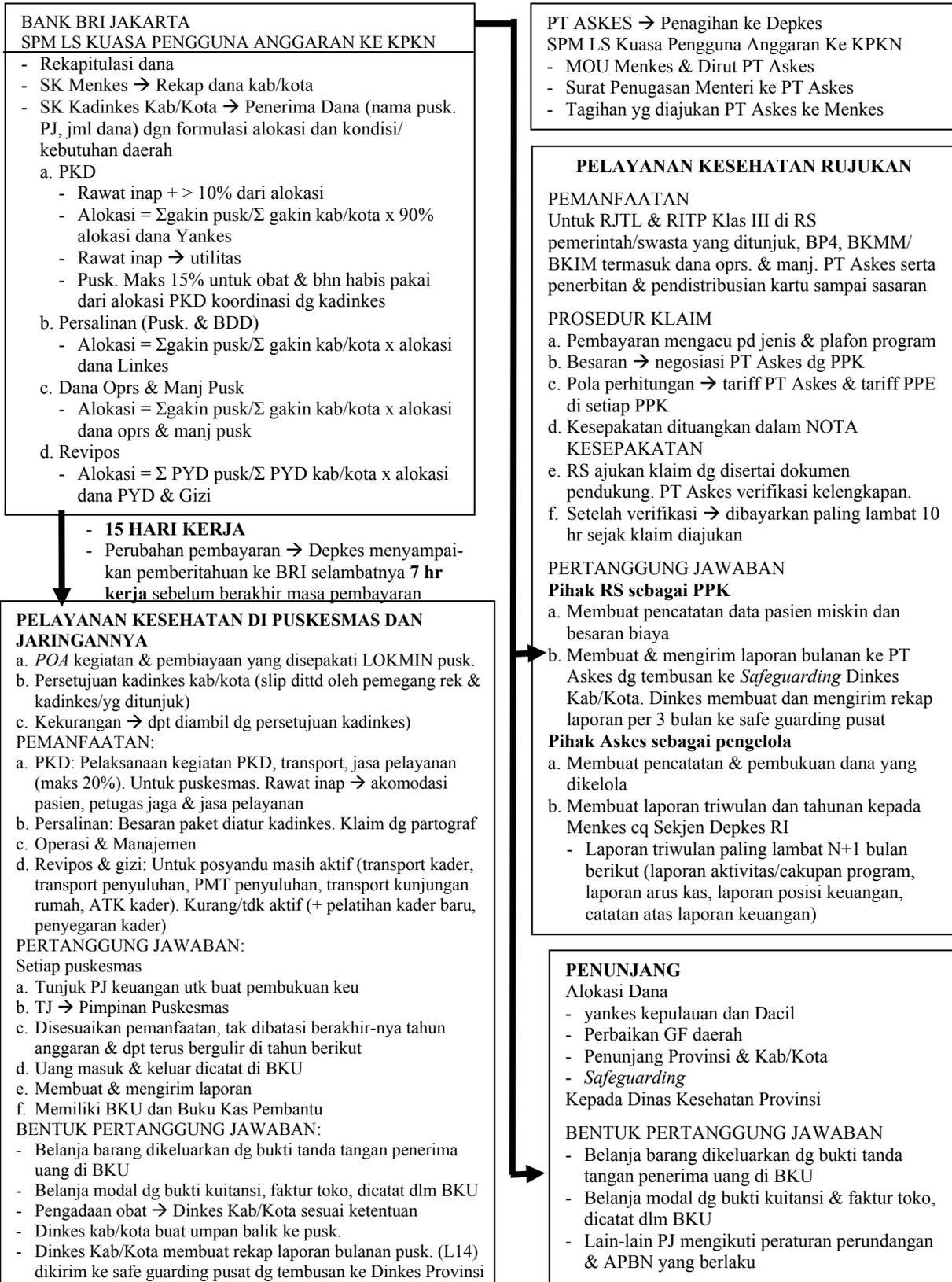


- L 2 : Laporan Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas dan Jaringannya
- L 3 : Buku Catatan Keuangan PKPS-BBM Bidkes Puskesmas
- L 4 : Format Laporan Pelayanan Kesehatan Program JPK-MM di RS/BP4/BKMM/ BKIM
- L 5 : a. Rekapitulasi 10 penyakit terbanyak unit rawat jalan bagi pasien miskin di RS  
 b. Rekapitulasi 10 tindakan terbanyak di unit rawat jalan bagi pasien miskin di RS  
 c. Rekapitulasi 10 penyakit terbanyak di unit rawat inap bagi pasien miskin di RS  
 d. Rekapitulasi 10 tindakan terbanyak di unit rawat inap bagi pasien miskin di RS
- L 15 : Laporan Pelaksanaan Kegiatan Program Pelayanan Kesehatan di Kab/Kota
- L 16 : Laporan Safe Guarding Program JPKMM Dinkes Kab/Kota
- L 17 : Laporan Safe Guarding Program JPKMM Dinkes Provinsi.

**LAMPIRAN 3. FLOW-CHART PENGELOLAAN PROGRAM PKPS-BBM 2005 BIDKES**



S= Sosialisasi, T=Targeting, I=Implementasi, L=Leakage, U=Utilization, TI=Timeliness.

**LAMPIRAN 4. BAGAN TUPOKSI LEMBAGA MENURUT PENDANAAN KEGIATAN**

**DAFTAR ISI**  
**LAPORAN AKHIR HASIL ASESMEN CEPAT**  
**PROGRAM PKPS-BBM 2005 BIDANG KESEHATAN**

<b>1. PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
<b>2. TUJUAN DAN LINGKUP ASESMEN</b>	<b>1</b>
<b>3. METODOLOGI</b>	<b>3</b>
<b>4. TEMUAN DAN DISKUSI</b>	<b>4</b>
<b>4.1 Hasil Desk Study di Pusat</b>	<b>4</b>
<b>4.2 Dampak program dan Tingkat Kepuasan</b>	<b>6</b>
<b>4.3 penetapan Sasaran dan Distribusi Kartu Identitas</b>	<b>9</b>
<b>4.4 Sosialisasi</b>	<b>11</b>
<b>4.5 Alokasi, Penyaluran, Penyerapan dan Pemanfaatan Dana</b>	<b>14</b>
<b>4.6 Potensi Kebocoran dan Salah Guna Pendanaan Program</b>	<b>22</b>
<b>4.7 Sistem Penanganan Keluhan</b>	<b>24</b>
<b>4.8 Pemantauan dan Evaluasi</b>	<b>26</b>
<b>4.9 Pengelolaan Program dan Struktur Kelembagaan</b>	<b>29</b>
<b>5. POKOK POKOK KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>32</b>
<b>6. KEPUSTAKAAN</b>	<b>35</b>
<b>7. LAMPIRAN</b>	
<b>7.1 Rincian Dana APBN-P 2005 untuk Program Semester Dua</b>	<b>36</b>
<b>7.2 Mekanisme Pelaporan</b>	<b>37</b>
<b>7.3 Flow-chart Pengelolaan Program PKPS-BBM 2005 Bidkes</b>	<b>38</b>
<b>7.4 Bagan Tupoksi Lembaga menurut Pendanaan Kegiatan</b>	<b>39</b>