

## PENGANGGARAN DALAM RENCANA PENGEMBANGAN PROGRAM JAMKESDA DI KABUPATEN BANJAR

### BUDGETING IN JAMKESDA (LOCAL HEALTH INSURANCE) PROGRAM DEVELOPMENT PLANNING AT DISTRICT OF BANJAR

*Juni Ramadhani*

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Anggaran yang harus disediakan oleh pemerintah Kabupaten Banjar di bidang kesehatan bertambah besar dengan diterapkannya program pelayanan kesehatan bersubsidi 24 jam. Dalam implementasinya biasa disebut dengan singkatan PKDG 24 jam. Anggaran untuk PKDG 24 jam ini bersumber dari APBD ditambah dari sumber-sumber lain yang diperbolehkan oleh peraturan yang berlaku. Pada tahun 2009 program ini akan dikembangkan menjadi Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) karena untuk meningkatkan perlindungan sosial kepada setiap warga masyarakat di daerah yang lebih baik dan penerapan PP No. 38 tahun 2007 tentang pembagian fungsi dan wewenang pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Dalam proses penyusunan perencanaan pengembangan program tersebut ada dua opsi yang ditawarkan yaitu; pengembangan PKDG menjadi Jamkesda dan pengembangan Jamkesda dengan tetap mempertahankan program PKDG.

**Tujuan:** Penelitian ini untuk mengkaji sistem penganggaran rencana pengembangan Program Jamkesda, mengidentifikasi tersedia atau tidaknya anggaran yang berkaitan langsung dengan program Jamkesda di Kabupaten Banjar, dan mengevaluasi penganggaran rencana program Jamkesda di Kabupaten Banjar.

**Metode Penelitian:** Penelitian ini adalah penelitian deskriptif menggunakan rancangan studi kasus dengan metode kualitatif. Variabel variabel yang digunakan dalam penelitian terdiri dari anggaran program Jamkesda, kesiapan sumberdaya manusia, kepesertaan program Jamkesda dan persepsi *Stakeholder*. Instrumen penelitian adalah wawancara mendalam. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis deskriptif kualitatif.

**Hasil Penelitian:** Berdasarkan penelitian diperoleh hasil bahwa anggaran program Jamkesda sudah dialokasikan dalam DPA-SKPD sebesar Rp. 3.381.769.000, khusus untuk persiapan pelaksanaan Jamkesda dianggarkan sebesar Rp. 1.014.538.800 (30%). Sumberdaya manusia pengelola program Jamkesda masih belum siap terbukti pengelolaan belum dilakukan secara dasar pendidikan maupun dari pengalaman. Kepesertaan program Jamkesda adalah masyarakat miskin dan kurang mampu yang tidak terakomodir oleh program Jamkesmas (Askeskin). Persepsi *stakeholder* terhadap rencana pengembangan program Jamkesda di Kabupaten Banjar sangat positif terbukti dengan adanya persiapan baik dari segi anggaran dan sarana prasana dalam pelaksanaan program Jamkesda tahun 2010.

**Kesimpulan:** Penganggaran pelaksanaan Jamkesda belum dianggarkan tersendiri karena masih menyatu dengan anggaran PKDB, yaitu sebesar 30%. Kesiapan sumberdaya manusia untuk pengelolaan Jamkesda belum siap. Jumlah sasaran program Jamkesda di kabupaten Banjar sebanyak 10.422 orang. Persepsi *stakeholder* terhadap rencana pengembangan Jamkesda adalah positif yang ditunjukkan dengan adanya anggaran untuk persiapan pelaksanaan.

**Kata Kunci:** *Penganggaran, Rencana Pengembangan Program Jamkesda, Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam.*

**ABSTRACT**

**Background:** Budget that has to be provided by Banjar District Government in health sector is increasing in line with the implementation of 24 hour subsidized health service program (PKDG 24 jam). Budget for PKDG 24 jam comes from local revenue and expenditure budget and other sources permitted by the regulation. In 2009 the program was to be developed to Local Health Insurance Program (Jamkesda) to increase better social protection for every member of the local community and implement Government Regulation No. 38/2007 on the distribution of function and authority of central and local government. In the process of program development planning there are two propositions: the development from PKDG to Jamkesda and the development of Jamkesda by sustaining PKDG program.

**Objective:** The study aimed to evaluate budget proposition of subsidized health service program at District of Banjar in the development plan of Jamkesda program, identify availability of budget directly related with Jamkesda program and evaluate budget plan of Jamkesda program at District of Banjar.

**Method:** The study was descriptive with case study design and qualitative method. Variables of the study were budget of Jamkesda program, preparedness of human resources, participation in Jamkesda program and perception of stakeholders. Data were obtained through indepth interview and analyzed using descriptive qualitative technique.

**Result:** Budget of Jamkesda program had been allocated in DPA-SKPD as much as Rp 3,381,769,000, especially for the preparation of Jamkesda implementation the allocation was as much as Rp 1,014,538, 800 (30%). Human resources that would manage Jamkesda program were not yet prepared since the management was not based on education and experience. Participants of Jamkesda program were poor communities that were not accommodated in Jamkesmas (Askeskin) program. Stakeholders had very positive perception about Jamkesda program development plan either in aspect of budget or facilities for Jamkesda program implementation 2010.

**Conclusion:** Budget for the implementation of Jamkesda had not been allocated separately, the budget was still part of (30%) a bigger program. The number of targets of Jamkesda were as many as 10,427 people. Perception of stakeholders about Jamkesda development plan was positive as reflected from the availability of budget for its implementation.

**Keywords:** health budget, Jamkesda, basic health service, free health service

## PENDAHULUAN

Terjadi pertentangan dalam mekanisme pembiayaan masyarakat, ada yang mengatakan bahwa mekanisme pembiayaan ini telah memberikan beban justru kepada mereka yang sebenarnya kurang mampu membayar (yaitu masyarakat pedesaan yang lebih miskin). Hal ini juga dianggap sebagai penyimpangan sebab akibat ketidak-mampuan politik pemerintah untuk memperoleh sumber pembiayaan baru atau melakukan realokasi sumber daya yang tersedia. Meskipun di beberapa kasus mekanisme ini telah berhasil memberikan kontribusi yang memadai bagi pelayanan kesehatan. Pada gilirannya hal ini berarti pula sebagai pemenuhan kebutuhan kesehatan, dan memang seharusnya dipandang sebagai sumber daya pelengkap ketimbang sebagai pengganti dari sumber daya yang seharusnya disediakan.

Penganggaran program pelayanan kesehatan di Kabupaten Banjar masih menggunakan prosedur penganggaran pemerintah yang tidak dapat membantu efisiensi manajemen maupun penyediaan informasi yang diperlukan oleh pembuat kebijaksanaan dan perencanaan. Kritik utamanya mengenai prosedur penganggaran ini berkaitan dengan berbagai prosedur dalam pelaksanaan dan struktur anggaran itu sendiri. Akibatnya pada proses penyusunan anggaran kesehatan masih terbentur dengan perencanaan program kesehatan yang akan dilaksanakan. Padahal penganggaran program pada dasarnya telah di susun sebagai suatu bentuk pengendalian atas segala pengeluaran dan juga bagi tujuan akuntansi, bukan sebagai pendukung kegiatan perencanaan. Ketidak-sinkronan inilah yang mengakibatkan penganggaran yang 'incremental' setiap tahunnya memberikan tambahan sedikit atau kurang sedikit tanpa memperhitungkan efisiensi dan efektivitas pengeluaran.

Sistem jaminan kesehatan sejak lama sebenarnya sudah menjadi bagian kehidupan masyarakat dalam komunitas lokal. Sebagian besar komunitas masyarakat lokal sudah mengenal istilah lumbung desa, jimpitan, iuran dan arisan sebagai sebuah cara pengelolaan jaminan sosial dalam skala kecil. Namun negara memiliki peran yang sangat besar untuk mempengaruhi ketersediaan kesejahteraan. Peran besar negara ini disebabkan karena: (1) Negara memiliki kapasitas untuk menentukan kebijakan, yang akan mempengaruhi layanan

(kebijakan belanja). Negara bisa memutuskan siapa yang akan diijinkan menjadi *provider* atau bukan, menentukan kualifikasinya, menentukan bagaimana mekanisme *delivery* layanannya serta mengatur kualitas dan kuantitas layanan. (2) Negara dapat berperan langsung dalam penyediaan layanan dan benefit, (3) Negara dapat berperan dalam merencanakan dan mengawasi *delivery* layanan, (4) Negara juga dapat berperan dalam memberikan bantuan langsung, memberikan dukungan fiskal dan subsidi<sup>(1)</sup>

Program Jaminan Kesehatan Daerah adalah suatu upaya pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilakukan secara pra-upaya dan dikelola berdasarkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan bermaksud untuk memberikan jaminan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang pembiayaannya dikelola secara terpadu. Dalam penyelenggaraannya ditemukan beberapa masalah<sup>(2)</sup>

Di Kabupaten Banjar, upaya dan peningkatan kesehatan telah mengalami pergeseran orientasi, sejalan dengan perubahan dan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, sosial, ekonomi dan budaya. Upaya kesehatan yang semula lebih berfokus pada penyembuhan dan pemulihan penderita (*kuratif* dan *rehabilitatif*) secara berangsur telah bergeser dan berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan untuk seluruh penduduk dengan peran aktif masyarakat menuju peningkatan kesehatan (*promotif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif. Kondisi tersebut dapat terlihat pada data kunjungan masyarakat ke Puskesmas. Pada tahun 2007 jumlah kunjungan Puskesmas mencapai 440.747 atau rata-rata 64 orang per puskesmas per hari, sedangkan untuk rawat jalan mencapai 399.202 orang atau rata-rata 58 orang per puskesmas per hari, lebih baik dibandingkan tahun 2006 yaitu 52 orang per puskesmas per hari. Untuk alokasi anggaran Dinas Kesehatan sebesar Rp. 32.491.704.950,- realisasi 92,69% dan Rumah Sakit Ratu Zalecha sebesar Rp. 48.682.728.420,- realisasi 97,95%.<sup>(3)</sup>

Pada tahun 2009 pemerintah Kabupaten Banjar berencana mengembangkan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) bertujuan untuk meningkatkan perlindungan sosial kepada setiap warga masyarakat di daerah yang lebih baik dan penerapan PP No.

38 tahun 2007 tentang Pembagian Fungsi dan Wewenang Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Rencana pengembangannya berupa peningkatan cakupan peserta, peningkatan paket layanan sampai ke rumah sakit, dan pembentukan badan penyelenggara. Dalam proses penyusunan perencanaan pengembangan program tersebut ada dua opsi yang ditawarkan yaitu; pengembangan Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam menjadi Jamkesda dan pengembangan Jamkesda dengan tetap mempertahankan program Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam.

Mengingat bahwa anggaran daerah untuk salah satu program kesehatan yang diselenggarakan pemerintah Kabupaten Banjar, yaitu program Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam saja sudah relatif cukup menyerap APBD. Maka apakah beban anggaran ini tidak akan bertambah berat dengan rencana pemerintah Kabupaten Banjar untuk tahun anggaran 2009 yang akan mengembangkan program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), dan hal apa yang melatarbelakangi sehingga pemerintah mencetuskan pengembangan program ini, maka perlu dilakukan penelitian tentang penganggaran rencana pengembangan Jamkesda di Kabupaten Banjar. Hal ini dimaksudkan agar ke depannya nanti penyusunan perencanaan sistem penganggaran program jaminan kesehatan di daerah dapat efisien dan efektif, serta *reliable* dengan pendekatan kebutuhan biaya pelayanan secara kapitasi. Kebutuhan anggaran yang jelas akan menentukan pengambilan kebijakan pengembangan program kesehatan termasuk program jaminan.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus<sup>(4)</sup>. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif, artinya data-data penelitian yang digunakan merupakan data yang yang diperoleh berasal dari hasil pengumpulan informasi dari berbagai sumber, baik dokumen maupun narasumber. Subjek penelitian ini adalah *stakeholder* yang berperan dalam pengambilan kebijakan dan terlibat dalam penganggaran program Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam dan Jamkesda, yang terdiri dari; Bupati Kabupaten Banjar, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, Kepala Puskesmas, Dokter

dan perawat yang bertugas di Puskesmas yang menjadi tempat penelitian. Instrumen penelitian ini adalah wawancara mendalam (*indepth interview*), *check list* dokumen, dan data sekunder agar dapat diperoleh data sistematis berdasarkan jenis-jenis data yang diperlukan untuk menjawab pertanyaan yang sudah dirumuskan. Untuk mempermudah pengumpulan data, tak menutup kemungkinan pelaksanaan wawancara dibantu dengan alat *tape recorder*, yang dilengkapi dengan kamera, alat tulis, dan lain-lain. Analisis data dalam penelitian ini akan dilakukan secara deskriptif. Analisis, interpretasi, dan penyajian data dalam penelitian kualitatif bertujuan untuk memberi makna pada data, mereduksi volume informasi, mengidentifikasi pola-pola yang bermakna, dan menyusun kerangka guna mengkonsumsi esensi data yang dikumpulkan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Rencana Pengembangan Jamkesda di Kabupaten Banjar

Mencermati aspek kesehatan dalam arti luas, maknanya tidak hanya sehat secara fisik namun juga psikis, termasuk di dalamnya kesehatan mental yang direfleksikan dalam indikator kemampuan atau kecerdasan intelektual, emosional dan spritual. Dalam konteks ini jelas, derajat kesehatan dapat memberikan pengaruh ke berbagai aspek kehidupan masyarakat. Dan harus diakui, selama ini masih banyak permasalahan kesehatan, seperti masih rendahnya derajat kesehatan dari warga miskin, akibat rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan, minimnya dana yang dialokasikan untuk menunjang program kesehatan, beberapa penyakit menular, yang dapat menjadi ancaman utama bagi masyarakat.

Hasil penelitian menunjukkan beberapa penyakit yang sering diderita oleh sebagian besar masyarakat Kabupaten Banjar dapat dikelompokkan ke dalam 10 besar penyakit sebagai berikut :

Tabel 1. Sepuluh Besar Penyakit di Poliklinik Umum di RSUD Ratu Zalecha Martapura

No.	Jenis Penyakit	Jumlah Kasus	Persentase (%)
01.	ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas)	607	31,53
02.	Hipertensi (HT)	468	24,31
03.	Penyakit Kulit	153	7,95
04.	Gastritis	150	7,79
05.	Diabetes Melitus	91	4,72
06.	Dispepsia	91	4,72
07.	KP	90	4,67
08.	GE	72	3,74
09.	Brochitis	68	3,53
10.	Myalgia	67	3,48
<b>Jumlah/Total</b>		<b>1925</b>	<b>100,00</b>

Sumber : Rumah Sakit Umum Ratu Zalecha Martapura, 2008

Pada tabel 1 tersebut menunjukkan bahwa derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Banjar masih relatif rendah diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya akan berpengaruh pada meningkatnya masyarakat miskin dan hal tersebut menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Adanya Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota merupakan landasan yuridis untuk pengembangan sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Dalam peraturan pemerintah ini tercantum adanya kewenangan daerah untuk mengelola dan menyelenggarakan jaminan kesehatan daerah. Walaupun secara nasional pemerintah pusat sudah menjamin kesehatan masyarakat miskin melalui

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), pemerintah daerah dengan menggunakan dana APBD selanjutnya akan menjamin kesehatan masyarakat miskin yang tidak tertampung dalam Jamkesmas dan masyarakat rentan yang berpenghasilan rendah dan belum memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan seperti Askes, Jamsostek, Asabri, dan Askes Komersial.

Sesuai tugas dan wewenang Pemerintah Kabupaten dalam Bidang Kesehatan maka pemerintah daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan dalam kerangka desentralisasi terintegrasi memiliki tugas dan wewenang sebagai *operator* baik dalam *delivery* pelayanan kesehatan ataupun *financing* (pembiayaan), *stewardship/ regulator* yaitu sebagai lembaga yang menetapkan kebijakan dan regulator terhadap upaya pelayanan kesehatan, serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan. Adanya hal tersebut, Pemerintah Kabupaten Banjar terdorong untuk mengeluarkan Peraturan Bupati Banjar No. 01 tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Bersubsidi 24 Jam sebagai dasar hukum dalam menyelenggarakan program Jamkesda sebagai pelengkap kebijakan pusat dengan program Askeskin.

“...masih banyaknya masyarakat miskin di Kabupaten Banjar, pemerintah mengalokasikan anggaran kesehatan dalam bentuk pelayanan kesehatan bersubsidi dan jaminan kesehatan...”  
(R.5)

Anggaran kesehatan di Kabupaten Banjar pada tahun 2009 mengalami kenaikan yang relatif besar, namun anggaran ini sudah termasuk dana untuk pelayanan kesehatan dasar bersubsidi, sehingga kegiatan kuratif cukup memberikan prosentasi yang cukup besar dalam anggaran kesehatan. Anggaran tersebut dialokasikan untuk program-program pelayanan dan penjaminan kesehatan masyarakat, baik itu ke arah promotif maupun preventif. Salah satu program yang sudah direncanakan oleh pemerintah Kabupaten Banjar adalah Program jaminan kesehatan (Jamkesda).

Program Jamkesda di Kabupaten Banjar diluncurkan pada Tahun 2009 merupakan pengembangan dari Program Askeskin, dengan tujuan secara umum adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Sedangkan secara khusus, tujuan yang ingin dicapai adalah:

- a. Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit
- b. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Pelaksanaan jaminan kesehatan di Kabupaten Banjar dilakukan secara menyeluruh dengan meningkatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin dan kurang mampu. Berdasarkan data pada tahun 2008, data masyarakat miskin yang belum terakomodir oleh Jamkesmas (Askeskin) masih relatif besar jumlahnya, sekitar 119.309 jiwa. Untuk itulah, pemerintah Kabupaten Banjar dalam rencana pengembangan Program Jamkesda akan memfokuskan pada jumlah tersebut dengan memberikan pelayanan dasar bersubsidi (PKDB) dan Program Jamkesda. Sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan, maka dirumuskanlah beberapa jenis kegiatan Dinas Kesehatan Kabupaten yang dikembangkan menjadi kegiatan Program Jamkesda.

Rencana pengembangan Program Jamkesda di Kabupaten Banjar tentu bukan suatu kebijakan yang dibuat tanpa arah dan tujuan. Program ini diorientasikan untuk lebih meningkatkan peran masyarakat miskin dan kurang mampu dalam mengakses pelayanan kesehatan dalam bentuk asuransi. Adanya sistem jaminan dengan bentuk asuransi ini, akan lebih menumbuhkan kesadaran masyarakat akan hak-hak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan data dan sistem pengelolaan yang lebih baik. Keberadaan Jamkesmas dengan Askeskin dan Program Pelayanan

Kesehatan Dasar Bersubsidi (PKDB) merupakan cikal bakal dan menjadi inspirasi untuk mengembangkan program Jamkesda. Sasaran dan fokus kegiatan pelayanan Program Jamkesda sama dengan PKDB, yang membedakannya adalah dari segi kepesertaan dan cakupan kegiatan. Kepesertaan Jamkesda dikhususkan pada masyarakat miskin yang tidak terakomodir oleh Program Jamkesmas dan cakupan kegiatan selain pelayanan kesehatan dasar, Jamkesda juga memberikan pelayanan kesehatan lanjutan.

Program kegiatan PKDB mencakup beberapa Jenis pelayanan dasar sesuai dengan Pasal 3 Peraturan Bupati Banjar No. 01 Tahun 2008 sebagai berikut:

1. Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan
2. Pemeriksaan fisik
3. Laboratorium sederhana
4. Tindakan medis sederhana
5. Pemeriksaan dan pengobatan gigi
6. Pemeriksaan ibu hamil/nifas/meyusui, bayi dan balita
7. Pemberian obat-obatan sesuai ketentuan
8. Pelayanan KB dan penanganan efek samping
9. Pelayanan gawat darurat
10. Paket rawat inap
11. Pertolongan persalinan

Dari seluruh kegiatan pelayanan kesehatan dasar tersebut, pemerintah mengalokasikan anggaran sebesar Rp 3.058.387.000,00. Anggaran tersebut dialokasikan dalam beberapa kegiatan sebagai berikut:

Tabel 2. Anggaran Jaminan Kesehatan Dasar Bersubsidi (PKDB) dan Jamkesda di Kabupaten Banjar Tahun 2009

No.	Kegiatan	Anggaran	%
1.	Honorarium Petugas Khusus PKD bersubsidi	2.038.565.000,00	66,65%
2.	Pelayanan Kesehatan dasar bersubsidi	650.800.000,00	21,28%
3.	Jasa sarana PKD bersubsidi	172.000.000,00	5,62%
4.	Obat-obatan non standar dan BAKHP	114.166.000,00	3,73%
5.	Kelompok Kerja PKD Bersubsidi	76.200.000,00	2,49%
6.	Bahan dan alat kesehatan PKD bersubsidi habis pakai	4.506.000,00	0,15%
7.	Belanja alat tulis kantor PKD bersubsidi	2.150.000,00	0,07%
	<b>Jumlah</b>	<b>3.058.387.000,00</b>	<b>100%</b>

Sumber: DPA-SKPD Dinkes Kabupaten Banjar Tahun 2009

Terlihat dari data di atas, bahwa anggaran Jaminan Kesehatan Dasar Bersubsidi (PKDB) termasuk anggaran persiapan pengembangan Program Jamkesda untuk tahun 2009 sebesar Rp 3.058.387.000,00. Khusus untuk anggaran program Jamkesda sampai saat ini pemerintah belum mengalokasikan anggaran tersendiri dikarenakan masih dalam proses persiapan. Namun demikian pemerintah tetap mengalokasikan anggaran program Jamkesda yang masih menyatu dalam alokasi anggaran PKDB. Hasil wawancara dengan narasumber sebagai berikut:

“...dalam penyusunan anggaran yang diajukan oleh pemerintah belum secara eksplisit mengalokasikan untuk program Jamkesda, tetapi sebagian anggaran yang ada dalam PKDB digunakan untuk mempersiapkan pengembangan Program Jamkesda...” (R.5).

Alokasi anggaran kesehatan pemerintah untuk orang miskin tersebut perlu disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat miskin dan ditekankan pada upaya promotif dan preventif. Harus ada *political will* dari pemerintahan, legislatif, swasta, dan masyarakat untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan. Pelayanan bersubsidi maupun sistem jaminan kesehatan tidak akan secara otomatis meningkatkan cakupan, karena masih ada biaya diluar biaya pelayanan kesehatan yang harus ditanggung masyarakat miskin. Pola pembagian tugas yang jelas antara pusat dan daerah baik dari sisi demand maupun sisi supply terutama dalam sharing penganggaran. Pentingnya keterlibatan seluruh pihak atau *stakeholder* dalam pelaksanaan upaya kesehatan untuk masyarakat miskin. Ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam peningkatan pelayanan kesehatan, antara lain adanya pemantapan asuransi kesehatan nasional sebagai bagian dari pelaksanaan Undang-undang Sistem Jaminan Sosial, sebagai bagian dari peningkatan akses orang miskin terhadap layanan kesehatan, dan peningkatan akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan. Selain itu juga Perlu memperhatikan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada permintaan masyarakat (*Demand-based programs*) sehingga masyarakat dapat memilih layanan kesehatan yang diinginkan. Hal ini dilakukan dengan memperhatikan beberapa faktor, antara lain (a) penentuan sasaran secara hati-hati; (b) pelibatan rumah sakit, puskesmas dan pusat layanan kesehatan; (c) penjamin mutu layanan kesehatan bagi masyarakat miskin; (d) sosialisasi kepada masyarakat; (e) evaluasi secara kritis terhadap hasil pelayanan kesehatan.

Cakupan dari anggaran program tersebut terdiri dari kegiatan-kegiatan yang memfokuskan pada memberikan pelayanan kesehatan masyarakat secara umum, seperti Pelayanan Kesehatan Dasar Berdubsidi (PKDB) dan program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). PKDB yang dijalankan oleh pemerintah Kabupaten Banjar sebagai upaya peningkatan kesehatan untuk seluruh masyarakat Kabupaten Banjar, sedangkan Jamkesda merupakan sebuah program

yang dilaksanakan pemerintah daerah untuk mengantisipasi adanya warga yang tidak tercover/masuk dalam program Jamkesmas yang dilaksanakan pemerintah pusat. Tujuan program ini untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat terutama yang masuk dalam kategori keluarga miskin (GAKIN). Pembiayaan kedua program tersebut berasal dari subsidi pemerintah Kabupaten Banjar dalam hal ini Dinas Kesehatan.

*"...persiapan pelaksanaan Program Jamkesda tahun 2010, memang belum dianggarkan secara eksplisit dalam DPA-SKPD" tetapi diambil dari anggaran PKDB sekitar 30%..". (R. 1)*

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari narasumber tersebut, maka anggaran persiapan pelaksanaan Jamkesda dapat diketahui sebesar 30% dari total anggaran PKDB yang dialokasikan dalam DPA-SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. Pembagian Anggaran antara PKDB dan Jamkesda di Kabupaten Banjar Tahun 2009

Program	Anggaran	Persen (%)
PKDB	2.140.870.900	70%
Jamkesda	917.516.100	30%
Jumlah	3.058.387.000	100%

Sumber: Dinkes Kabupaten Banjar tahun 2009

Pembagian anggaran antara PKDB dan Jamkesda merupakan bentuk dari komitmen pemerintah Kabupaten Banjar untuk pelaksanaan Jamkesda. Pada tabel di atas terlihat bahwa anggaran untuk PKDB memang cukup besar dibandingkan dengan anggaran Jamkesda dikarenakan PKDB merupakan program bersubsidi bagi seluruh masyarakat Kabupaten Banjar tanpa melihat status dan tingkat ekonomi masyarakat, sedangkan Jamkesda merupakan bentuk pengembangan dari program-program jaminan kesehatan yang sudah ada, yaitu dalam bentuk penjaminan kesehatan masyarakat yang dikhususkan untuk masyarakat miskin dan kurang mampu. Anggaran sebesar Rp 917.516.100,00 (30%) tersebut merupakan anggaran persiapan pelaksanaan program Jamkesda yang akan dilaksanakan pada

tahun 2010. Alokasi anggaran tersebut digunakan untuk mem-persiapkan pelaksanaan Jamkesda, seperti pendataan masyarakat miskin, pembentukan lembaga pengelola Jamkesda, persiapan sumberdaya manusia pengelola dan lain sebagainya. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara sebagai berikut:

*"...program peningkatan kesehatan masyarakat memang menjadi prioritas Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar dengan memberikan pelayanan kesehatan bersubsidi dan program Jamkesda kepada masyarakat miskin dan kurang mampu.."* (R-1)

*"...pemerintah Kabupaten Banjar meluncurkan program jaminan kesehatan pada tahun 2009 dalam bentuk program Jamkesda, tetapi realisasi dari program tersebut baru akan dilaksanakan pada tahun 2010..."*(R-2)

Rencana pengembangan Jamkesda difokuskan dalam bentuk perlindungan sosial kepada setiap warga masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara paripurna dengan meng-gerakkan masyarakat untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang pengelolaannya dengan mekanisme asuransi. Hal tersebut didorong dengan biaya kesehatan yang terus naik hingga meng-akibatkan kemampuan publik miskin dan paling miskin merosot, pemerintah daerah harusnya menjadikan program Jamkesda ini menjadi lebih bermanfaat dan berdaya guna. Bukannya cenderung berupaya menambah porsi keterlibatan publik dalam pembiayaan pelayanan kesehatan, seraya mengurangi berbagai macam subsidi. Implementasinya berupa perubahan status Puskesmas dari bersubsidi ke Puskesmas swakelola dan swadaya; ataupun metamorfosis status rumah sakit pemerintah dari perusahaan daerah menjadi perseroan terbatas.

*"...pengembangan program Jamkesda ini diorientasikan untuk mewujudkan Puskesmas dan Rumah Sakit lebih mandiri karena terbatasnya anggaran yang dimiliki oleh pemerintah..."* (R.5)

Setiap penyelenggaran jaminan sosial khususnya bidang kesehatan dasar bertujuan memberikan jaminan kepada masyarakat dengan ekonomi rendah untuk menikmati pelayanan kesehatan secara mudah, namun semua itu harus ditinjau dari unsur keterjangkauan (*affordability*). Tentu dalam hal ini harus didukung oleh adanya keterlibatan pihak-pihak lain selain pemerintah dalam pembiayaan maupun sarana dan prasarana.

Keterlibatan pihak swasta dan pihak lainnya akan memberikan kekuatan dan perkembangan program Jamkesda semakin mandiri dan mampu memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat khususnya masyarakat miskin dan kurang mampu. Dalam proses pergeseran ini, disadari atau tidak, sebagai upaya untuk mengurangi subsidi dan menswastakan puskesmas dan rumah sakit pemerintah. Ini bukan berarti pemerintah tak bicara soal pemenuhan kewajiban negara pemenuhan hak sosial bidang kesehatan, namun lebih karena konsepsi pemenuhan hak-hak sosial bidang kesehatan adalah dengan memandirikan individu.

## 2. Sumberdaya Manusia Pengelola Jamkesda

Dalam pengelolaan program Jamkesda sebaiknya ada garis batas yang jelas antara fungsi pelaksana dan fungsi regulasi yaitu dengan memisahkan badan penyelenggara jaminan kesehatan, badan regulasi dan badan pelaksana pelayanan kesehatan, walaupun masih dalam satu koordinasi di tingkat kabupaten yaitu Dinas Kesehatan. Hal ini dimaksudkan agar mutu pelayanan dan efektifitas pelaksanaan program jaminan kesehatan lebih terjaga, di samping itu berguna dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Sebagai pelaksana pelayanan kesehatan pemerintah daerah harus berusaha meningkatkan mutu pelayanan, mempermudah akses pelayanan dengan meningkatkan sarana dan prasarana penunjang, meningkatkan efisiensi dan meningkatkan sumber daya manusia kesehatan.

Rencana pengembangan program Jamkesda di Kabupaten Banjar dilakukan oleh Satuan Tugas (UPT) di bawah Dinas

Kesehatan. UPT ini mempunyai tugas dan fungsi untuk mengelola pelaksanaan program Jamkesda dan tugasnya sesuai dengan SK Kepala Dinas Kesehatan yang beranggota staf Dinas Kesehatan. Adapun karakteristik dari tim UPT ini sebagai berikut:

Tabel 4. Karakteristik Tim Pengelola Program Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi Kabupaten Banjar

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	8	47,05%
- Perempuan	9	52,95%
Jabatan		
- Pejabat Struktural	12	70,58%
- Staf	5	29,42%
Pendidikan		
Akhir	2	11,76%
- S2	10	58,82%
- S1	1	5,88%
- Akademi Sederajat SLTA	4	23,54%

Sumber: Dinkes Kabupaten Banjar, 2009

Dari data tersebut di atas terlihat bahwa yang menjadi anggota Tim UPT Program Jamkesda di Kabupaten Banjar 70,58% adalah menduduki jabatan struktural baik eselon III maupun eselon IV sehingga dalam hal ini terjadap jabatan rangkap, sedangkan yang berasal dari staf hanya 29,42%. Untuk latar belakang pendidikan Strata satu sebesar 55,82%, sedangkan sisanya berlatar belakang pendidikan strata S2, akademi dan SLTA.

## 3. Kepesertaan Program Jamkesda

Data peserta masyarakat Kabupaten Banjar yang menjadi sasaran pelayanan kesehatan dasar gratis berdasar PKK I sebagai berikut :

Tabel 5. Data Masyarakat Miskin yang menjadi Sasaran Program Jamkesda Kabupaten Banjar Tahun 2008

No.	Nama Puskesmas (PKM)	Jumlah Total	Persen (%)
01.	PKM Karang Intan	2.876	2.41
02.	PKM Sungai Alang	2.269	1.90
03.	PKM Sungai Pinang	7.711	6.46
04.	PKM Simpang Empat	5.863	4.91
05.	PKM Sungkai	4.192	3.51
06.	PKM Aluh-aluh	11.450	0.96
07.	PKM Jambu Burung	5.965	5.00
08.	PKM Kertak Hanyar	5.781	4.85
09.	PKM Tatah Pemangkih Laut	4.344	3.64
10.	PKM Gambut	6.950	0.58
11.	PKM Sungai Tabuk	5.627	4.72
12.	PKM Lok Baintan	2.812	2.36
13.	PKM Sungai Rangas	6.149	5.15
14.	PKM Dalam Pagar	7.458	6.25
15.	PKM Martapura	10.792	9.05
16.	PKM Pasayangan	3.982	3.34
17.	PKM Pengaron	4.150	0.35
18.	PKM Astambul	9.196	7.71
19.	PKM Bawahan Selan	4.953	4.15
20.	PKM Aranio	1.990	0.17
21.	PKM Sambung Makmur	2.909	2.44
22.	PKM Sungai Lulut	1.890	0.16
<b>Jumlah/Total</b>		<b>119.309</b>	<b>100%</b>

Sumber: Program JPK-MM Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, 2008

Dari tabel tersebut diketahui bahwa jumlah masyarakat miskin yang menjadi target kepesertaan Jamkesda dari 22 Puskesmas (PKM) di Kabupaten Banjar sebanyak 119.309 orang. Jumlah masyarakat miskin tertinggi berada pada PKM Aluh Aluh sebesar 9,60% dengan jumlah warga miskin sebanyak 11.450 orang, sedangkan jumlah masyarakat terkecil dimiliki oleh PKM Sungai Lulut sebesar 0,16% dengan warga miskin berjumlah 1.890 orang.

Peserta program Jamkesda di Kabupaten Banjar adalah masyarakat miskin yang tidak terakomodir Jamkesmas, dan masyarakat rentan berpenghasilan rendah dan belum memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan seperti Askes, Jamsostek, Asabri, dan Askes Komersial, selanjutnya disebut dengan peserta Jamkesda Kabupaten Banjar, yang terdaftar dan memiliki kartu Jamkesda dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.

Kondisi ini memerlukan pendataan yang cukup kompleks karena setiap saat dapat berubah ditambah lagi dengan karakteristik masyarakat yang kurang respon dalam proses pendataan, sehingga tidak sedikit dalam proses pendataan ini masyarakat terdaftar ganda atau dengan data yang sudah tidak akurat.

*"...kepesertaan Jamkesda perlu adanya evaluasi dan pendataan ulang agar lebih akurat dan mempermudah dalam penghitungan klaim oleh Puskesmas dan rumah sakit..."* (R.3, R.4).

#### 4. Prosedur Klaim Program Jamkesda di Kabupaten Banjar

Permasalahan klaim ini memang sangat erat kaitannya dengan sistem pendataan kepesertaan, sehingga apabila pada proses pendataan kepesertaan baik, maka pada proses klaim akan berjalan lancar karena berdasarkan data yang sudah ada. Tetapi sebaliknya apabila pada pendataan terjadi kesalahan dan kurang akurat maka pada proses klaim akan menghadapi kendala dalam proses pencocokan data peserta yang akan dibayar. Dan biasanya memang Dinas kesehatan harus berdasarkan data yang valid dan akurat berdasarkan sistem pendataan yang sudah dilakukan oleh beberapa lembaga lainnya, padahal seringkali hasil dari pendataan antara lembaga tersebut tidak sama. Misalnya antara BPS dengan Askeskin sering terjadi ketidakcocokan data, maka untuk menghadapi permasalahan tersebut hasil verifikasi menjadi acuan dalam pembayaran klaim.

Pembayaran baru dapat dilakukan apabila sudah melewati proses verifikasi secara sederhana yang dilakukan oleh tim verifikasi yaitu dengan mencocokkan format PKDB 1 (satu) dengan PKDB 2 (dua) dan dibayar setiap triwulan sesuai dengan sistem anggaran yang ada. Jumlah yang diterima PPK (khususnya untuk rawat jalan terlebih dahulu dikurangi sebesar 30% untuk pemda sebagai retribusi daerah dan sisanya dijadikan 100%. Dari 100% tersebut dipotong 20% untuk Dinas Kesehatan sebagai manajemen fee. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut :

*“...dalam pengajuan klaim, kita dari pihak PPK hanya menerima dana bersih pelayanan kesehatan setelah dipotong 30% oleh pihak Dinas...” (R. 4).*

Kebijakan pemotongan sebesar 30% tersebut berdasarkan Perda tarif, bahwa setiap retribusi harus masuk ke kas daerah sebagai jasa sarana karena pmda sudah menyediakan sarana dan fasilitas, sedangkan 20% untuk manajemen *fee*. kebijakan manajemen *fee* diambil berdasarkan SK Bupati tentang tarif Perda pasal 19 yang menyebutkan bahwa 70% dikembalikan ke dinas, antara lain digunakan untuk jasa pelayanan, operasional dan pengembangan dan pembinaan sumberdaya manusia. Menurut PPK besarnya persentase untuk manajemen *fee* langsung ditetapkan Dinas Kesehatan hal tersebut tidak menjadi permasalahan asal ada dasar hukum yang mengharuskan seperti itu, yang penting fungsi dan tugas PPK adalah memberikan pelayanan. Hal tersebut sesuai hasil wawancara sebagai berikut:

*“...RS tidak ada akan menolak pasien, itu sudah menjadi prinsip kami setiap pasien tidak pernah ditolak, tapi loss cost kami harus ada orang yang memeriksa...” (R.3).*

*“... yang menjadi komitmen kami, siapapun yang datang ke kami sebagai pasien akan selalu diberi pelayanan yang terbaik sesuai dengan kapasitas kami...” (R.4).*

Sistem pembayaran berdasarkan pelayanan merupakan sistem yang memang disukai oleh PPK, karena dinilai lebih obyektif dan menguntungkan. Berapapun klaim yang diajukan dan berdasarkan hasil verifikasi tidak menjadi masalah karena akan tetap dibayarkan. Namun permasalahan muncul dari waktu pembayaran yang kadang-kadang tidak sesuai dengan ketentuan yang sudah ada. Misalnya seharusnya pembayaran klaim diberikan tiap triwulan setelah proses pelayanan selesai dengan pembayaran penuh, tetapi pada kenyataannya seringkali walaupun dibayarkan per triwulan tapi pembayarannya tidak penuh.

Hal ini sesuai hasil wawancara sebagai berikut:

*“...ketersediaan dana bagi kami yang masih meragukan, dalam arti kata, ya jumlahnya tadi. Pelayanan kan berjalan terus, nah ketersediaannya kami tidak ngerti berapa sih yang disiapkan dana untuk Jamkesda oleh pemerintah...” (R. 3)*

Dari hasil wawancara tersebut, menunjukkan adanya ketidak transparan pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan atas anggaran yang disediakan untuk pembayaran klaim pelayanan program Jamkesda. Sistem seperti inilah yang akan memunculkan saling curiga antara pihak pemerintah dengan pihak penyedia pelayanan, sehingga dikhawatirkan pelayanan bagi peserta Jamkesda akan terganggu. Apalagi program Jamkesda di Kabupaten Banjar masih relatif baru dilaksanakan, sehingga dibutuhkan komitmen dan kerjasama yang baik diantara instansi yang terkait dengan program ini. Ketersediaan anggaran pada pemerintah juga menjadi hal penting untuk melakukan pengembangan program Jamkesda, apalagi untuk masa-masa yang akan datang proses pelayanan kesehatan memerlukan saran dan prasarana yang lebih memadai dan berkualitas.

## KESIMPULAN

1. Penganggaran rencana pengembangan program Jamkesda di Kabupaten Banjar sudah dialokasikan pada DPA-SKPD sebesar Rp 3.058.387.000,- yang termasuk pada alokasi anggaran peningkatan kesehatan masyarakat. Besarnya anggaran untuk program Jamkesda sebesar Rp. 917.516.100,-.
2. Kesiapan sumberdaya manusia dalam rencana pengembangan program Jamkesda masih perlu dilakukan peningkatan, baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Hal ini ditunjukkan dengan pelaksanaan program pelayanan kesehatan dasar bersubsidi masih dikelola oleh UPT yang berada di bawah Dinas Kesehatan dengan sumber daya manusia pengelola masih rangkap jabatan, baik secara struktural maupun fungsional.
3. Sistem kepesertaan program Jamkesda dikhususkan bagi masyarakat miskin dan kurang mampu yang tidak terakomodir oleh program jaminan lainnya seperti Askeskin. Jumlah sasaran program Jamkesda di Kabupaten Banjar yang masih perlu dilakukan verifikasi kepesertaan program sebanyak 10.422 orang.
4. Persepsi *stakeholder* terhadap rencana pengembangan program Jamkesda adalah positif. Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya regulasi yang dikeluarkan oleh pemerintah melalui SK Bupati dan Perda terhadap pengaturan pelaksanaan program pelayanan kesehatan dasar bersubsidi. Selain itu juga sudah dibuktikan dengan dialokasikannya anggaran pada tahun 2009.

## SARAN

1. Pemda Kabupaten Banjar perlu mempersiapkan anggaran yang cukup besar untuk membiayai pelaksanaan program Jamkesda dan pelayanan kesehatan dasar bersubsidi lainnya dengan menggandeng pihak-pihak ketiga yang menjadi sumber PAD. Selain itu juga perlu adanya sosialisasi bagi masyarakat akan pentingnya berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan dengan ikut serta dalam kepesertaan jaminan kesehatan yang di luncurkan oleh pemerintah.
2. Persiapan sumber daya manusia menjadi salah satu hal yang penting untuk pelaksanaan program Jamkesda, baik dari

segi kualitas maupun kuantitas. Selain itu juga persiapan lembaga pengelola yang independen perlu dilakukan sesegera mungkin agar mampu mempersiapkan hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan program, mulai dari penyusunan program, pendataan peserta serta terknis pelaksanaan program.

3. Sistem pembayaran klaim kepada PPK perlu dilakukan secara transparan dan sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan. Hal ini dilakukan untuk memperlancar pelayanan kesehatan ditingkat PPK. Hal tersebut dapat disusun dengan prosedur pencairan biaya klaim yang secara bersamaan, antara pemerintah dengan PPK sebagai penyedia pelayanan untuk menentukan *standart procedure* yang baku dan dapat dilaksanakan oleh semua pihak. Adanya standar prosedur tidak saja untuk efisiensi dana tetapi juga untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ke arah preventif dan promotif sehingga memberikan peluang ke arah efisiensi.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Thabrany, H. (2005), *Asuransi Kesehatan Nasional*, Jakarta: Pamjaki.
2. Mukti; A. G. dan Moertjahjo. (2008). *Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi*. Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada bekerja sama dengan Asosiasi Jaminan Sosial Daerah; Yogyakarta.
3. Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (ILPPD) Tahun 2007, Bagian Humas Pemerintah Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan.
4. Yin, R.K. (2002), *Studi Kasus: Desain dan Metode* (Rev. ed), Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
5. Departemen Kesehatan, R.I, (2004), *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan R.I., Nomor 128/SK/II/2004
6. Mukti, A.G. (2003), *Mencari Alternatif Model Sistem Pembiayaan Berbagai Asuransi Kesehatan Sosial di Era Desentralisasi*, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 06 (2), pp.45-55.