

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sebagaimana telah ditetapkan dalam konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO, 1948) bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk. Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan secara tegas dinyatakan pula dalam Undang-Undang no 23 tahun 1992 tentang kesehatan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Namun sangat disayangkan komitmen global dan nasional tersebut belum mampu memberikan jaminan perlindungan kesehatan pada setiap penduduk Indonesia. Tidak kurang dari 79,8% penduduk Indonesia tidak terlindungi kesehatannya. Sementara itu sampai saat ini baru 20,2% penduduk yang memiliki jaminan kesehatan melalui PT. ASKES, Jamsostek, Dana Sehat, dan lain-lain

Selain itu, kenyataan yang terjadi bahwa derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambar dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya

kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah. Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 tahun (BPS 2007).

Studi empirik menunjukkan pembiayaan kesehatan di Indonesia pada tahun 90-an hanya berkisar 2% dari *Gross Domestic Product* (GDP) atau US \$11,6 per kapita, di bawah rata-rata Negara berkembang sekitar 4,7% GDP atau US 41% per kapita. Dari beberapa studi menunjukkan bahwa dari 2% GDP itu, kurang dari sepertiganya bersumber dari pemerintah dan lebih dari dua pertiganya bersumber dari masyarakat.

Dari sisi lain kita menyadari bahwa dengan situasi keuangan pemerintah yang sangat terbatas, dimana anggaran pemerintah untuk pembiayaan kesehatan sangat tidak mencukupi. Oleh karena itu perlu dilakukan mobilisasi pembiayaan kesehatan dari sektor masyarakat dan swasta, sebagai tanggung jawab bersama dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal, tetapi sering pula dikemukakan bahwa pelayanan kesehatan akan dapat lebih baik kalau tersedia cukup dana. Namun pada kenyataannya, penyediaan biaya kesehatan yang besar sekalipun bila tidak dikendalikan dapat menyebabkan kenaikan inflasi biaya kesehatan.

Hambatan utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah masalah akses terhadap pelayanan kesehatan. Hambatan terhadap akses tersebut dikarenakan faktor pembiayaan kesehatan dan transportasi. Banyak faktor yang menyebabkan

peningkatan biaya kesehatan, diantaranya perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, dan subsidi pemerintah untuk semua lini pelayanan, di samping inflasi di bidang kesehatan yang melebihi sektor lain.

Pada saat krisis moneter tahun 1998 yang berdampak negatif terhadap keadaan ekonomi kesehatan di Indonesia menyebabkan semakin menurunnya minat masyarakat untuk mengunjungi tempat pelayanan kesehatan dengan alasan kurangnya biaya. Oleh karena itu, untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 Pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial-Bidang Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2001. Program JPS BK ternyata menunjukkan peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan mengurangi peningkatan biaya kesehatan yang dilakukan dengan proses kendali biaya dan kendali mutu. Hal ini biasa dilakukan oleh negara-negara maju di Asia melalui asuransi kesehatan.

Sampai pada akhir tahun 2004, Menteri Kesehatan dengan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004, menugaskan PT. Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Kebijakan ini merupakan perubahan pola pendekatan pelayanan dari pendekatan *supply* ke mekanisme Jaminan kesehatan sosial yang dikenal dengan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin atau ASKESKIN (Depkes RI, 2007)

Untuk menindaklanjuti program Pemerintah tersebut di atas, sebuah program telah dibangun oleh Pemerintah Kota Tangerang khususnya terhadap masyarakat

miskin. Dalam rangka mencapai mewujudkan program pemerintah dalam penanggulangan kemiskinan maka Pemerintah Kota Tangerang meluncurkan program jaminan pelayanan dasar bagi masyarakat miskin. Program tersebut adalah pemberian sebuah kartu yang dapat dijadikan sebagai identitas masyarakat miskin serta sebagai alat untuk mendapatkan pelayanan dasar dari pemerintah. Kartu tersebut adalah Karu Multiguna, dimana kartu ini memiliki beberapa fungsi, yaitu untuk memudahkan akses bagi masyarakat miskin terhadap pelayanan dasar seperti pendidikan, kesehatan dan sarana prasarana dasar termasuk air minum serta sanitasi. Selain itu, kartu tersebut berfungsi seperti kartu asuransi kesehatan keluarga miskin (Askeskin) dan kartu rentan.

Pelaksanaan Program Kartu Multiguna ini didasarkan dengan kuatnya komitmen Pemerintah Kota Tangerang untuk menanggulangi kemiskinan. Pelaksanaan ini dapat berjalan karena telah adanya kesiapan dari berbagai faktor, diantaranya kesiapan petugas pelaksana karena telah berpengalaman dalam pelaksanaan Program ASKESKIN yang pada dasarnya berprinsip sama yaitu penjaminan biaya kesehatan bagi masyarakat miskin, selain itu didukung dengan kesiapan dana, dan juga kesiapan koordinasi dengan pihak yang terkait, yaitu pemberi pelayanan kesehatan (PPK).

Adanya penambahan jumlah peserta ASKESKIN di Kota Tangerang dari kuota yang ditetapkan Departemen Kesehatan RI yaitu sebesar 134.438 jiwa peserta menjadi 245.628 jiwa setelah pendataan yang dilakukan pemerintah Kota Tangerang (Rekapitulasi Kartu Multiguna per Kecamatan tahun 2008). Oleh karena itu Pemerintah Kota Tangerang meningkatkan jumlah anggaran untuk pemberian jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat miskin yang

pada tahun 2007 sebesar Rp. 1.516.359.752,- menjadi Rp. 4.000.000.000,-, dimana pemberian jaminan pembiayaan kesehatan dengan Kartu Multiguna anggarannya 100% berasal dari APBD Kota Tangerang. Dengan Kartu Multiguna ini diharapkan 15% dari jumlah penduduk Kota Tangerang yang masih tergolong penduduk miskin dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang kualitasnya sama dengan yang dikuotakan Departemen Kesehatan RI.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di Dinas Kesehatan Kota Tangerang tentang bagaimana pelaksanaan Program Kartu Multiguna bagi masyarakat miskin tahun di 2008 yang difokuskan pada bidang kesehatan.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut didapatkan permasalahan yaitu data yang terdapat pada Pemerintah Pusat, yaitu Departemen Kesehatan RI mengenai jumlah masyarakat miskin di Kota Tangerang lebih sedikit daripada data masyarakat miskin yang nyata di Kota Tangerang. Dengan besarnya jumlah masyarakat miskin maka Pemerintah Kota Tangerang meluncurkan program baru yaitu Program Kartu Multiguna. Dengan adanya program ini maka Pemerintah Kota Tangerang meningkatkan jumlah anggaran untuk pemberian jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Permasalahan yang diteliti dalam penelitian ini, yaitu mengetahui gambaran pelaksanaan Program Kartu Multiguna bagi masyarakat miskin di Dinas Kesehatan Kota Tangerang di tahun 2008. Penelitian ini difokuskan pada bidang kesehatan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana input (tenaga, dana, sarana, dan metode) dari pelaksanaan Program Kartu Multiguna di Dinas Kesehatan Kota Tangerang di tahun 2008?
2. Bagaimana gambaran proses (validasi data, pembuatan surat keputusan bersama antara Dinas Kesehatan dengan Rumah Sakit, penerbitan surat jaminan, *utilisasi review*, verifikasi tagihan, dan pembayaran klaim) dari pelaksanaan Program Kartu Multiguna di Dinas Kesehatan Kota Tangerang di tahun 2008?
3. Bagaimana gambaran output (Utilisasi jaminan pembiayaan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit oleh peserta Kartu Multiguna Kota Tangerang) dari pelaksanaan Program Kartu Multiguna di Dinas Kesehatan Kota Tangerang di tahun 2008?

1.4 Tujuan

1.4.1 Umum:

Diperolehnya gambaran pelaksanaan Program Kartu Multiguna bagi masyarakat miskin di Dinas Kesehatan Kota Tangerang di tahun 2008.

1.4.2 Khusus:

1. Diketuainya gambaran input (tenaga, dana, sarana, dan metode) dari pelaksanaan Program Kartu Multiguna di Dinas Kesehatan Kota Tangerang di tahun 2008.

2. Diketuainya gambaran proses (validasi data, pembuatan surat keputusan bersama antara Dinas Kesehatan dengan Rumah Sakit, penerbitan surat jaminan, *utilisasi review*, verifikasi tagihan, dan pembayaran klaim) dari pelaksanaan Program Kartu Multiguna di Dinas Kesehatan Kota Tangerang di tahun 2008.
3. Diketuainya gambaran output (Utilisasi jaminan pembiayaan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit oleh peserta Kartu Multiguna Kota Tangerang) dari pelaksanaan Program Kartu Multiguna di Dinas Kesehatan Kota Tangerang di tahun 2008.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Peneliti

Mendapatkan pengetahuan tentang pelaksanaan Program Kartu Multiguna bagi Masyarakat Miskin di Dinas Kesehatan Kota Tangerang.

1.5.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Tangerang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan informasi dan evaluasi terhadap pelaksanaan Program Kartu Multiguna bagi masyarakat miskin di Dinas Kesehatan Kota Tangerang. Disamping itu dapat pula menjadi masukan untuk pengembangan pelaksanaan Program Kartu Multiguna bagi masyarakat miskin.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Tangerang bulan Mei dan Juni 2008. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan Program Kartu Multiguna bagi masyarakat miskin di Dinas Kesehatan Kota Tangerang di tahun 2008 yang difokuskan pada bidang kesehatan. Penelitian ini mencakup faktor input, proses, dan output dengan mengambil data primer melalui wawancara mendalam dengan petugas yang menangani Program Kartu Multiguna bagi masyarakat miskin serta data sekunder yang meliputi Surat Kesepakatan Bersama antara Dinas Kesehatan dengan Rumah Sakit, Surat Kontrak dengan tim independent kepesertaan, pedoman pelaksanaan ASKESKIN/JAMKESMAS, Daftar Pelaksanaan Anggaran 2008, dan Rekapitulasi Laporan Pelaksanaan Program Bagi Keluarga Miskin tahun 2007.