

EVALUASI KEBIJAKAN SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU DALAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT KOTA SEMARANG

Yulita Hendrartini
Universitas Gadjah Mada

Latar Belakang

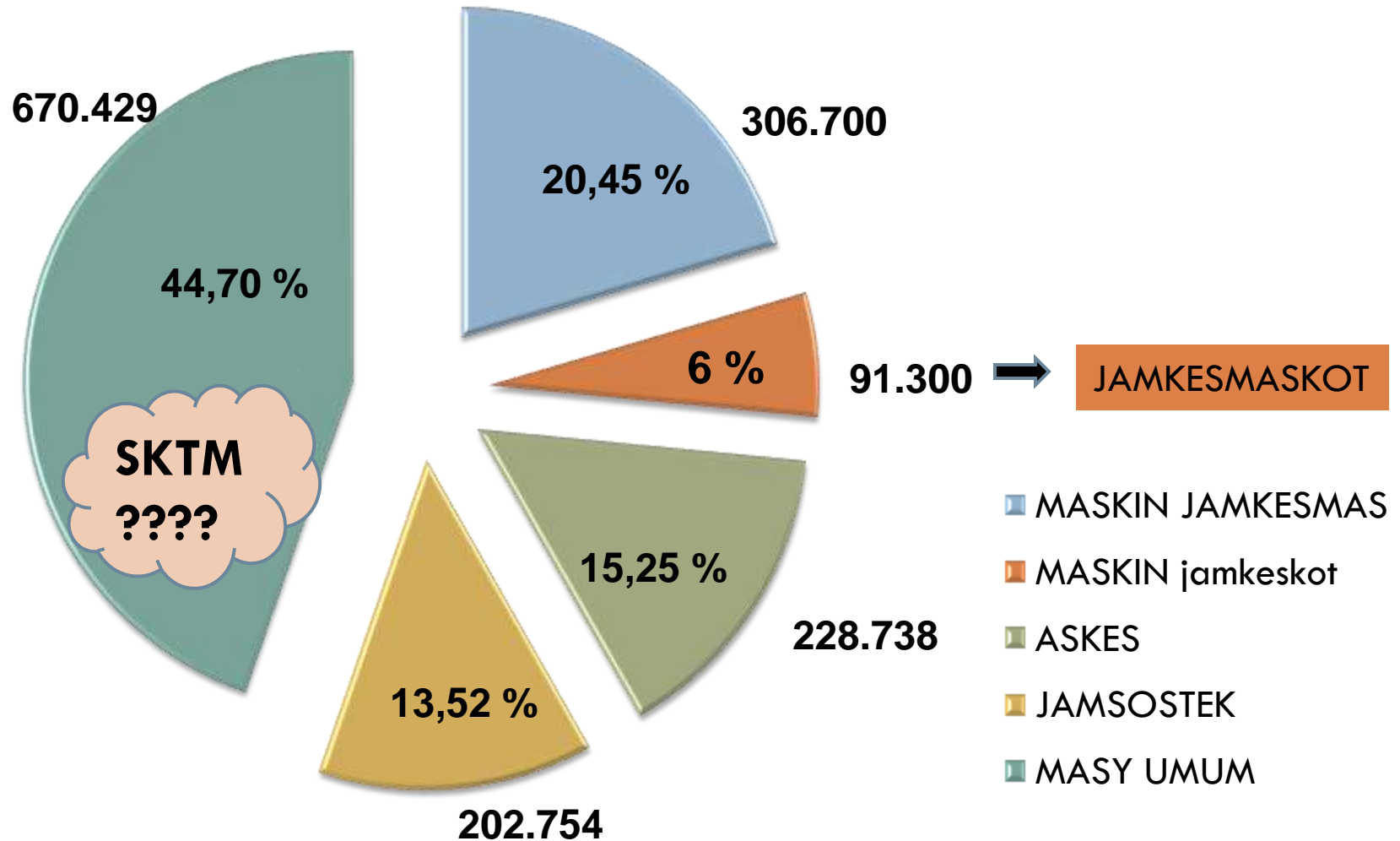
- Otonomi Daerah → Psl 22 huruf h & Psl 167 UU No 32 th 2004 tentang Pemerintahan Daerah
- Pemkot Semarang mengembangkan Jamkesmaskot, Database 2009 = 91.309 (6,09%)
- Kepesertaan → Jamkesmaskot kuota + SKTM
 - Tujuan SKTM = mengakomodir maskin yg blm masuk Jamkesmaskot tapi SKTM byk kelemahan
- 2 thn pelaksanaan → Anggaran selalu meningkat dan selalu defisit

JAMINAN KESEHATAN DAERAH

- Adalah penyelenggaraan sistem jaminan kesehatan sosial bagi penduduk di wilayah tersebut dengan sumber pendanaan dari dana APBD
- PESERTA :
 - ▣ Penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan dan memiliki KTP daerah tersebut
- DASAR HUKUM : UU NO 32 /2004 pasal 22 h
 - ▣ Daerah berkewajiban menyelenggarakan / mengembangkan sistem jaminan sosial

Kepesertaan JAMKES di kota SEMARANG (1.499.921 jiwa)

PROPORSI PESERTA JAMKES DI KOTA SEMARANG



Sistem kepesertaan dan Bantuan biaya pelayanan kesehatan bagi penduduk Semarang

□ JAMKESMAS

- Untuk 306.700 penduduk miskin (kriteria BPS) → SK Walikota
- Pembiayaan dari pemerintah pusat (sekitar 18,5 M per tahun)

□ JAMKESMASKOT

- Untuk 91.300 penduduk miskin non kuota jamkesmas (penduduk dengan KIM)

□ Mekanisme SKTM → sebagian dari 670.000 pendd

- Untuk penduduk “rentan miskin” → jumlah ?? (Menunggu hasil survei BAPPEDA)

Pendanaan JAMKESMASKOT dan SKTM tahun 2010 - 2012

Tahun Anggaran	Alokasi Anggaran (Rp.)	Hutang Klaim tahun sebelumnya (Rp.)	Pembayaran Klaim (Rp.)
2010	16.796.818.500, -	-	16.514.528.500 ,-
2011	12.338.436.000, -	6.868.803.230,-	5.469.632.770,-
2012 *)	22.000.000.000, -	7.000.000.000,-	15.000.000.000 ,-

*) prediksi hutang pada akhir th 2011 : sekitar 7 M → dana sudah habis pada bulan Nov 2011

Perumusan Masalah

Bagaimanakah pelaksanaan kebijakan SKTM dlm prog Jamkesmaskot Semarang yg diimplementasikan th 2011?

- persepsi stakeholder
- ketepatan kepesertaan
- efisiensi pembiayaan

Tujuan

Tujuan Umum

Melakukan evaluasi pelaksanaan kebijakan SKTM dlm prog. Jamkesmaskot Semarang thn 2011

Tujuan Khusus

- U/ mengetahui legalitas kepesertaan SKTM
- U/ mengetahui persepsi DPRD thd SKTM
- U/ mengetahui persepsi Maskin thd SKTM
- U/ mengetahui prosedur mendapatkan SKTM
- U/ mengetahui ketepatan sasaran SKTM

PENGELOLAAN BAPEL JAMKESMASKOT SEMARANG

- MASALAH KEPESERTAAN → TIDAK JELAS
 - ▣ Ketepatan sasaran
 - ▣ Ketidakjelasan jumlah penduduk yang di cover
- MASALAH PEMBIAYAAN
 - ▣ Ketidakcukupan dana → perencanaan dana jamkesmaskot
- MASALAH PROFESIONALITAS PENYELENGGARA (BAPEL)
 - ▣ Bentuk satgas → banyak keterbatasan
 - ▣ Keterbatasan sarana dan SDM
 - ▣ Tidak ada feed back → monev



KEPESERTAAN JAMKESMASKOT

Persepsi Dewan terhadap kepesertaan

- Kepesertaan SKTM perlu dipertahankan, karena di lapangan banyak yang belum terdaftar sebagai peserta jamkesmaskot
 - *“ ...Tidak yakin dengan pendataan yang ada saat ini “*
 - *“siapa yang berani menjamin sudah benar, kalau nanti ada yang belum masuk, bagaimana ...”*
 - *“...sampai kapanpun SKTM harus ada, sebelum pemerintah mampu menjamin 100 % penduduk”*
 - *“tidak perlu SK walikota untuk peserta SKTM”*

Menolak SKTM dihapuskan

SKTM harus tetap ada → ada fleksibilitas kepesertaan

Persepsi Eksekutif (Pemda, Bappeda dan Dinkes)

- Kepesertaan SKTM harus dihapus untuk mengantisipasi penyalahgunaan penggunaan dana oleh pihak yang tidak berhak → mis : non miskin, pendd dr kab lain (kemudahan mendapat KTP) → harus dg SK walikota untuk penduduk yang berhak menerima bantuan dana APBD
- *“iya...sudah nggak mungkin lagi...karena kalo ada itu ya percuma lagi kita ndak usah membuat data aja kalo gitu...tiap kali ...orang butuh ya ngajukan SKTM....itu nanti akan sangat sangat mengacaukan sistem bu...jadi kepesertaan kita tidak fix gitu...”*

TIDAK SETUJU SKTM DIBERLAKUKAN

METODE PENDATAAN PESERTA JAMKESMASKOT

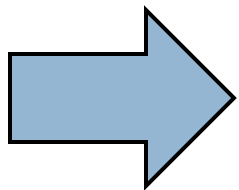
- *“.....pendataan warga miskin belum maksimal menurut saya...begini pendataan sudah berulang-ulang kali di data-didata dan didata...”*
- *“.... biasanya yang saya tau mereka itu tidak jalan-jalan ke rumah, hanya melihat datanya tahun kemaren ”..*
- *“data BPS akan berbeda dengan data Capil, Pemerintah Pusat menggunakan data BPS sedangkan kita berdasar survei yang dilakukan Bappeda dan Capil “*

PERSEPSI DAN KRITERIA YANG BERBEDA DALAM MENENTUKAN MASKIN

- Kriteria : mempunyai KTP dan sudah tinggal minimal 1 tahun
- Persepsi → Penetapan data maskin Jamkeskot tidak valid

Ketepatan kepesertaan → sampling 100 pengguna SKTM di RS

Indikator miskin	Jumlah	%
Tidak Memenuhi 10 kriteria (TIDAK MISKIN)	99	99.0%
Memenuhi 10 kriteria (MISKIN)	1	100.0%
Total	100	100.0%



Kriteria kemiskinan di adopsi dari kriteria bappeda dan BPS dan jika memenuhi 10 kriteria dari 16 kriteria yang ada → DIANGGAP MISKIN

Deskripsi kriteria kemiskinan

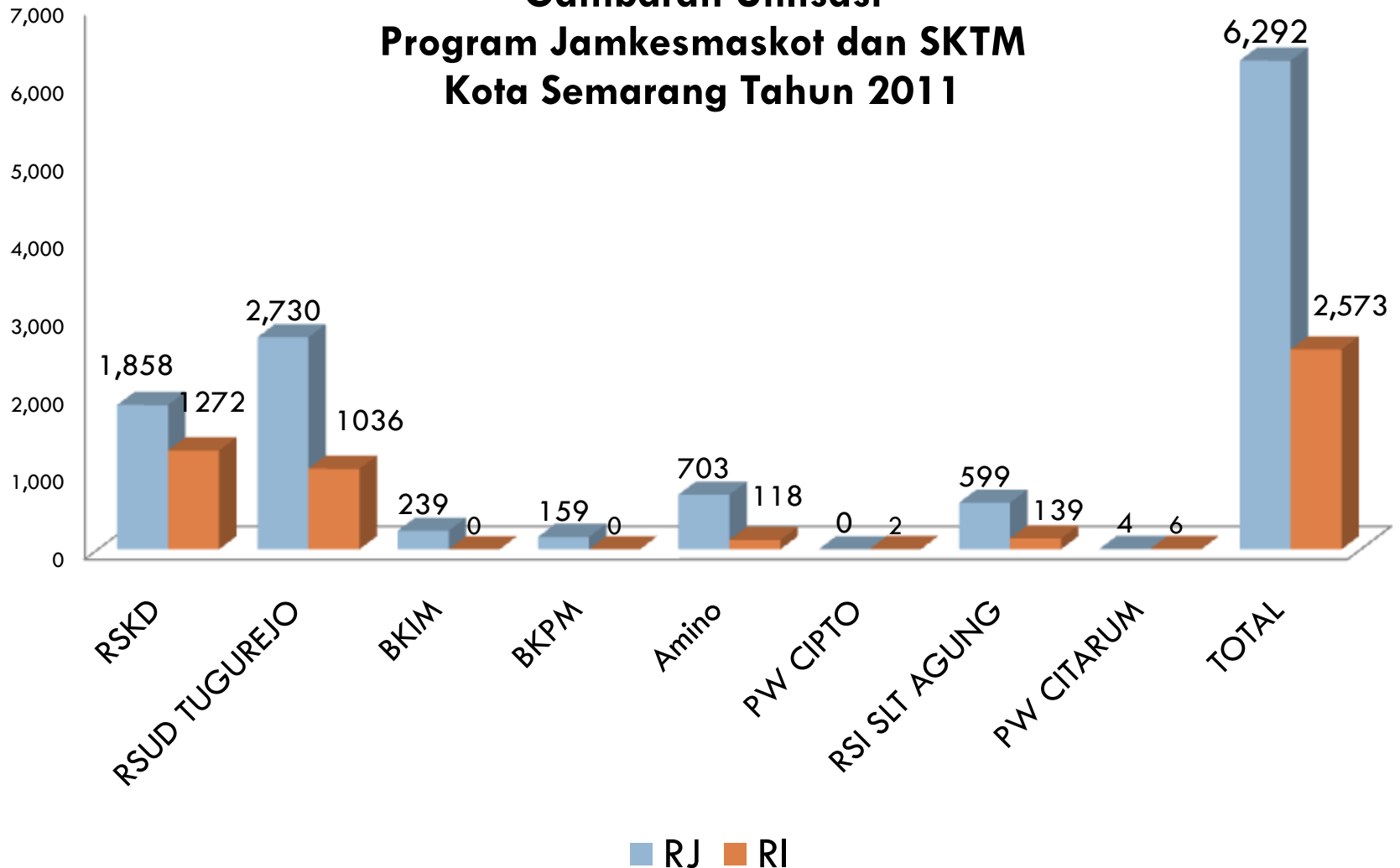
- kategori jenis dinding rumah → menunjukkan bahwa sebanyak 48 responden (48 %) responden mempunyai dinding rumah kayu dengan kualitas tinggi atau beton dengan kualitas tinggi.
- Berdasarkan Kepemilikan asset/harta yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp. 500.000,- , → 50 responden (50%) mempunyai asset/harta lebih dari Rp. 500.000,- dan mudah dijual.
- Berdasarkan pendapatan kepala rumah tangga, → 10 responden (10%) mempunyai pendapatan perbulan diatas Rp. 600.000. (bahkan di atas Rp 750.000)



PEMBIAYAAN JAMKESMASKOT

JUMLAH MASKIN YANG MEMANFAATKAN DATA JAMKESMASKOT (orang)

**Gambaran Utilisasi
Program Jamkesmaskot dan SKTM
Kota Semarang Tahun 2011**



PEMANFAATAN DANA → Sampling 2 bulan th 2011 (400 pasien rawat inap)

BULAN	JAMKESMAS KOT	SKTM	SUB TOTAL
MEI	35.98%	64.02%	100.00%
JULI	33.30%	66.70%	100.00%
TOTAL	34.72%	65.28%	100.00%

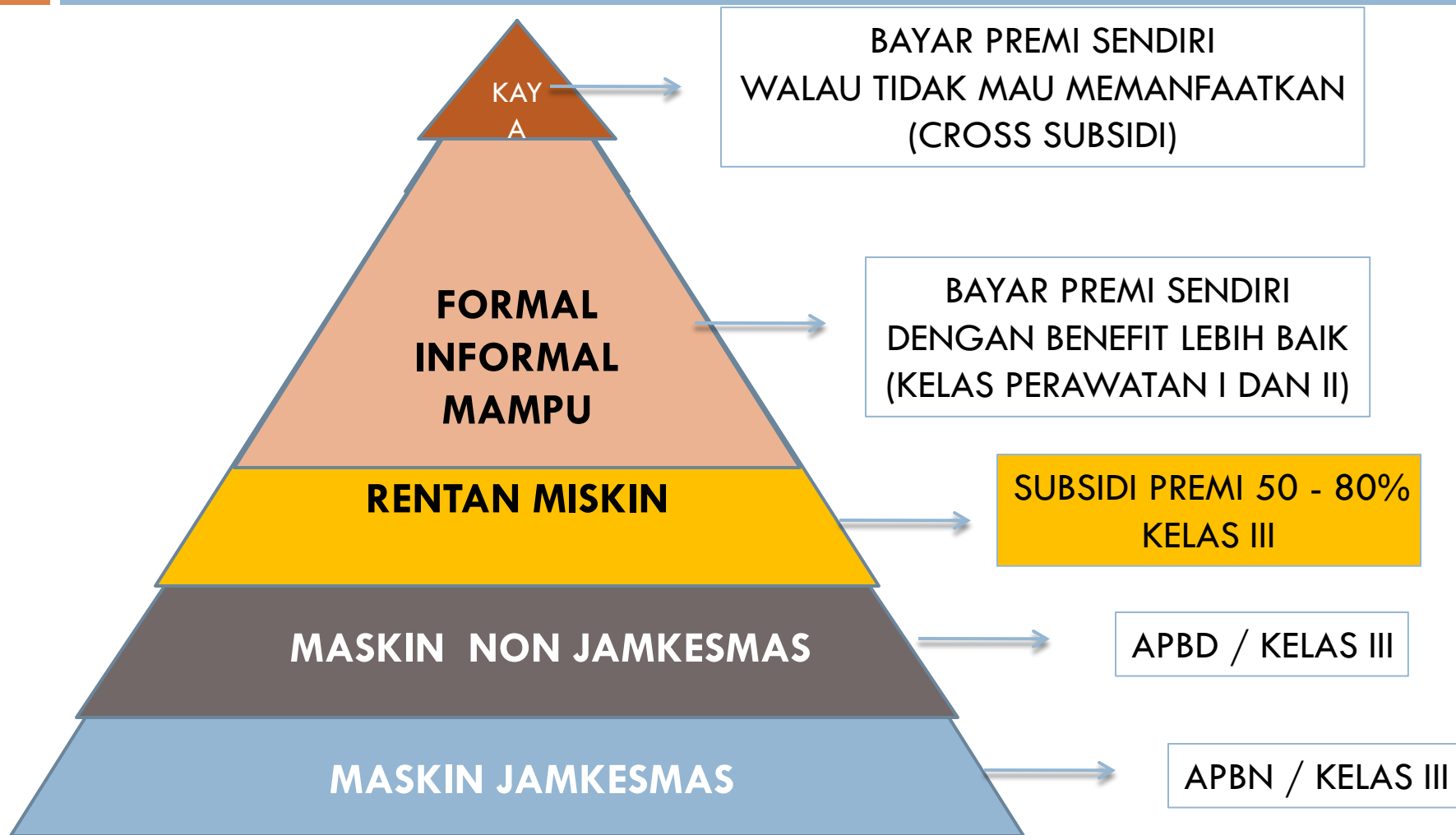
Pembiayaan pasien jamkesmaskot dan SKTM selama 2 bulan (RSDK)

Pasien	AKOMODASI	JASA PELAYANAN	LAIN LAIN	OBAT/BMHP	PENUNJANG	Total	RASIO
KIM	104,150,000	75,997,203	1,600,000	110,001,202	92,077,250	383,825,655	31.87%
SKTM	214,640,000	195,870,685	2,420,000	239,383,788	168,395,555	820,710,028	68.13%
Total	318,790,000	271,867,888	4,020,000	349,384,990	260,472,805	1,204,535,683	
Perse n	26.47	22.57	0.33	29.01	21.62	100.00	

“EQUITY” dalam sistem pembiayaan kesehatan

- Peran PEMDA → subsidi untuk masy miskin (ditanggung 100%) dan rentan miskin (dengan iur biaya)
- Pengalaman diberbagai pemda dan negara (a.l. Mexico) menunjukkan bahwa subsidi iuran jaminan kesehatan yang tidak tepat sasaran akan memberatkan keuangan pemda/negara dan gagal mendorong masyarakat menyadari kebutuhan akan asuransi kesehatannya

STRUKTUR PENDUDUK VS ALTERNATIF SUBSIDI PREMI



KEINGINAN MASYARAKAT MEMBAYAR IUR PREMI (pasien SKTM dan jamkesmaskot)

Keinginan	Jumlah	%
Bersedia	47	47.00%
TidakBersedia	53	53.00%
Total	100	100.00%

IUR PREMI

- pemerintah kota akan memprioritaskan untuk **mensubsidi premi secara full khusus untuk masyarakat miskin non kuota jamkesmas.** → untuk masyarakat dengan kategori rentan miskin diharapkan ada kontribusi baik dalam bentuk iur biaya (Co payment) ataupun bila dimungkinkan ada iur premi dari masyarakat.
- “...saya juga sependapat dengan, jadi untuk tahun-tahun yang akan datang **masyarakat yg diluar 3 golongan tadi bisa diiur premi ya...**”
- “**iur?** kalo **saya stuju di luar yg apa di luar yg sgt miskin dan miskin ya..** Iya ...supaya juga ada rasa tanggung jawab..kita tdk melihat besar kecilnya itu brp nanti monggo...”

Besaran iur premi

- “.... kami pernah diskusi dengan warga, dengan melihat disolo ada iur premi sebesar Rp. 1.000,-, masyarakat mau juga, kalau Rp. **5.000,- saya kira bisa...** “
- “....Saya rasa dengan **Rp. 5.000,- tidak keberatan**, cuman saran saya adalah dipermudah dalam administrasi. Karena tiap bulan saja kewajiban di masyarakat ditingkat RT saja dipungut Rp. 15.000,- per KK, apalagi nanti kan kesehatan wajib. Nanti kalau pemerintah kota punya ide kayak gitu bagus sekali, asal pelayanannya lebih bagus... “(Masy.2)
- “.... yah nggak apa-apa (ditarik iur premi), nah itu untuk kelancaran bersama yah. nggak apa-apa, yah kalau Rp. **3.000 dan keluarga saya 3 orang jadi Rp. 9.000,- yah saya masih mampu**, nah kalau Rp. 15.000,- nggak mampu... “(Masy.3)

HASIL SURVEI MASYARAKAT

PERSEPSI PESERTA JAMKESMASKOT DAN SKTM

Jamkesmaskot Sangat Menguntungkan Masyarakat

Perihal	Jumlah	%
Setuju	99	70.71%
TidakTahu	37	26.43%
TidakSetuju	4	2.86%
Grand Total	140	100.00%

Mutu Pelayanan Kesehatan bagi Peserta Jamkesmaskot Cukup Bagus

Perihal	Jumlah	%
Setuju	71	50.71%
TidakTahu	60	42.86%
TidakSetuju	9	6.43%
Grand Total	140	100.00%

KESIMPULAN

- Kebijakan SKTM merupakan “kebijakan populis” dan cenderung tidak tepat sasaran
- Peran daerah sangat penting untuk membantu terwujudnya universal coverage → “efektif dan efisien dan berkeadilan”
 - Maskin → subsidi premi 100%
 - Rentan miskin → iur premi

Mekanisme SKTM

□ KELEMAHAN :

▣ Rawan Ketidaktepatan sasaran

- tidak konsisten → “pagi tdk ada KTP, siang sdh membawa KTP” (peserta dari daerah lain)
- “surat sakti”
- tidak ada verifikasi awal → pasien sdh di RS, baru mengajukan klaim (keterbatasan SDM Dinkes)

▣ Tidak ada standar pelayanan dan obat → tidak ada batasan pasti (*unlimited*)

SARAN

- Melakukan sosialisasi program dan penetapan kepesertaan yang lebih valid dengan menghapuskan kebijakan SKTM
- Meningkatkan pengawasan terhadap proses perpindahan dan pembuatan kartu tanda penduduk dan kartu keluarga pada semua stakeholder terkait, untuk mengantisipasi penduduk di luarkota Semarang ikut memanfaatkan dana Jamkesmaskot.

Terima Kasih