

KEBIJAKAN ASURANSI KESEHATAN UNTUK RAKYAT MISKIN (ASKESKIN): HARAPAN DAN KENYATAAN IMPLEMENTASI

Kania Damayanti

Pusat Kajian Manajemen Kebijakan LAN, Jl. Veteran 10 Jakarta,
Telepon: 021-3868201, Email: kaniadamayanti@yahoo.com

Health Insurance for Poor People: Hope and Reality

Health Insurance for Poor People (Akseskin) policy implementation as mandated by the national constitution UUD 1945 have encountered shortcomings with its policy substances, health services, technical operation, and beneficiaries. Its uncompleted implementation regulation as authorized in Law No. 40 Year 2004 may have contributed to the problems. The completion of Akseskin policy and implementation substances may be conducted in relation with the contexts of regional autonomy, nation-wide social security program, and poverty alleviation program. It also requires the implementation of good governance, central and local government regulations, quality service standards, authorization of responsibilities, monitoring, continuous evaluation and the availability of Akseskin management information system. Akseskin policy arrangement, in its initial stage, entails revisions especially in the terms of resource management, executing organization unit, mechanism and procedures.

Key words: akseskin, policy, implementation

A. PENDAHULUAN

Perang terhadap kemiskinan di Indonesia tidak pernah berhenti. Dalam upaya mengentaskan kemiskinan tersebut, pemerintah telah mengeluarkan instrumen kebijakan dengan menggunakan berbagai pendekatan baik ekonomi, sosial, maupun politik. Namun demikian, kebijakan anti kemiskinan di Indonesia dianggap tidak berkelanjutan dan kurang sistemik sehingga yang muncul ke permukaan adalah penanganan yang bersifat parsial dengan daerah cakupan yang terbatas. Program jaminan untuk rakyat miskin seperti Jaring Pengaman Sosial (JPS) melalui pembagian beras untuk rakyat miskin (raskin), Jaring Pengaman Kesehatan (JPK) melalui Kartu Sehat, atau Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM), dianggap kurang tepat sasaran dan telah terjadi penyimpangan-penyimpangan dalam penyampaian pelayanannya (*delivering services*). Kurang efektifnya berbagai kebijakan tersebut juga disebabkan dari tipikal kemiskinannya sendiri. Menurut Suharto (2003), kemiskinan di Indonesia adalah produk struktural dari sebuah sistem yang saling terkait, yakni sistem ekonomi (pertumbuhan dan pemerataan pendapatan nasional), pendidikan (pemberdayaan dan pengembangan SDM) dan jaminan sosial (bantuan sosial dan asuransi sosial).

Angka kemiskinan mengalami lonjakan setelah terjadinya krisis ekonomi pada tahun 1997, tetapi angka kemiskinan tersebut kembali kepada kondisi seperti sebelum krisis ekonomi pada tahun 2004, dan naik kembali pada tahun 2005 dan 2006. Selanjutnya laju penurunan angka kemiskinan melambat, dimana diperkirakan 42 persen rakyat Indonesia hidup dengan PPP (*Purchasing Power Parity*) antara US\$ 1-2 per hari. Angka penduduk sangat miskin (PPP kurang dari US\$ 1 per hari) cukup rendah, meskipun sesudah dibandingkan dengan standar negara-negara tetangga, yaitu 7,4 persen, tapi jumlah

penduduk yang berpendapatan kurang dari US\$ 2 per hari sebanyak 49 persen (The Indonesia Poverty Analysis Program, 2008). Angka 49 persen menggambarkan posisi Indonesia termasuk kepada negara-negara yang berpendapatan rendah dengan karakteristik kemiskinannya yang unik dengan ditandai tingginya jumlah penduduk dalam kategori 'hampir miskin'. Tingginya jumlah penduduk 'hampir miskin' berarti tingginya penduduk yang rentan untuk 'menjadi miskin' (keluar masuknya penduduk dari dan dalam kemiskinan diakibatkan guncangan-guncangan yang ada). Dibandingkan dengan negara-negara ASEAN, angka IPM Indonesia lebih rendah dari Malaysia dan Thailand dan angka Indeks Kemiskinan Manusia (IKM) lebih tinggi dari Philipina dan Thailand.

Hasil studi World Bank menunjukkan Indonesia memiliki tiga karakteristik utama kemiskinan. Pertama, banyaknya rumah tangga yang berkerumun pada PPP US\$ 1,5 per hari, yang menggambarkan banyaknya rumah tangga tidak miskin rentan terhadap kemiskinan. Kedua, perhitungan angka kemiskinan berdasarkan pendapatan tidak dapat mencerminkan keadaan sesungguhnya karena adanya penduduk tidak miskin dari segi pendapatan tapi menjadi miskin karena kurangnya akses terhadap layanan-layanan publik dan buruknya Indikator Pembangunan Manusia (IPM). Ketiga, dengan kondisi geografis yang berbeda maka karakteristik kemiskinan tiap daerah berbeda.

Kemiskinan adalah pintu masuk yang memberi sumbangan nilai negatif pada IPM. Angka kemiskinan yang meningkat tajam setelah krisis keuangan serta goncangan lainnya mendorong munculnya pemikiran agar upaya pencapaian target pertumbuhan ekonomi yang secara nyata harus simultan dengan upaya jaminan sosial. Pencapaian target pertumbuhan ekonomi akan semu jika upaya jaminan sosial tidak berhasil, karena pada akhirnya kemiskinan akan menggerogoti angka pertumbuhan tersebut.

Melalui tulisan ini penulis mencoba untuk mendeskripsikan salah satu program pemerintah dalam memberikan jaminan sosial terhadap penduduk miskin di Indonesia yaitu Asuransi Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (Askeskin). Topik Askeskin dianggap penting dan menarik, karena kebijakan ini, selain diharapkan sebagai bagian kebijakan redistribusi pendapatan dan solidaritas sosial melalui akses yang adil dan sama terhadap pelayanan kesehatan, juga dapat membantu memutus rantai kemiskinan (*vicious cycles*) pada jangka panjang, bersama-sama dengan pendidikan gratis.

Tulisan diawali dengan deskripsi dimensi jaminan sosial sebagai payung Askeskin, mulai dari pengertian, prinsip, dan mekanisme jaminan sosial, dilanjutkan dengan kebijakan dan perundang-undangan jaminan sosial di Indonesia. Kemudian dilanjutkan dengan pembahasan program Askeskin dengan melihat kondisi-kondisi empirik, permasalahan, serta pembahasan dengan menggunakan teori kebijakan khususnya implementasi kebijakan.

B. JAMINAN SOSIAL

1. Pengertian jaminan sosial

Jaminan sosial berasal dari kata *social* dan *security*. *Social* menunjuk pada pengertian masyarakat atau orang banyak (*society*) sedangkan kata *security* diambil dari bahasa Latin latin *securus* yang bermakna *se* (pembahasan atau *liberation*) dan *curus* yang berarti kesulitan atau *uneasiness*. Dengan demikian dapat dikatakan jaminan sosial adalah 'pembebasan kesulitan masyarakat' atau 'suatu upaya untuk membebaskan masyarakat dari kesulitan'.

Spicker dan MHLW, seperti dikutip oleh Suharto (2003), masing-masing memberikan pengertian jaminan sebagai berikut: "*The term 'social security' is mainly now related to*

financial assistance, but the general sense of the term is much wider, and it is still used in many countries to refer to provisions for health care as well as income. Although the benefits of security are not themselves material, they do have monetary value: people in Britain, where there is a National Health Service, are receiving support which people in the US have to pay for through private insurance or a Health Maintenance Organization (Spicker, 1995:60)'. Sedangkan menurut MHLW (1992:2) "Social security systems mean the systems to enable every citizen to lead a worthy life as a member of cultured society. Social security systems provide countermeasures against the causes for needy circumstances including illness, injury, childbirth, disablement, death, old age, unemployment and having a lot of children by implementing economic security measures through insurance or by direct public spending". Secara ringkas dapat dikatakan jaminan sosial adalah sebagai sistem pemberian uang dan/atau pelayanan sosial guna melindungi seseorang dari resiko tidak memiliki atau kehilangan pendapatan akibat kecelakaan, kecacatan, sakit, menganggur, kehamilan, masa tua dan kematian.

Dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 1 angka 1 menyatakan bahwa jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya layak. Undang-undang ini juga menetapkan Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagai suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.

Jaminan sosial merupakan istilah baru yang lahir pada abad ke-20. Istilah ini pertama kali diterapkan sebagai alternatif untuk mengatasi kemiskinan dan ketimpangan sosial akibat krisis ekonomi dan untuk mengubah kapitalisme agar menjadi lebih manusiawi (Spicker dan MHLW dalam Suharto, 2003; Cheyne, O' Brien dan Belgrave, 1998; Suharto, 2001a, 2001b, 2001c, 2002a). Di negara-negara Skandinavia (Denmark, Swedia dan Norwegia), Eropa Barat, Australia, New Zealand dan Amerika Serikat, sistem jaminan sosial ini merupakan komitmen dan instrumen kebijakan dalam menjalankan *welfare state* dimana negara berperan besar dalam menjalankan usaha kesejahteraan sosial. Negara dapat menjalankan upaya *welfare state* jika memenuhi kriteria sebagai berikut: pembangunan ekonomi dan sosial yang kuat, sistem perpajakan yang menjangkau hampir semua warga negara, transparan dan akuntabel. Jaminan sosial ini biasanya diselenggarakan terstandar di bawah otoritas *Ministry of Social Welfare*.

Kondisi negara berkembang termasuk Indonesia dengan pembangunan ekokonomi dan sosial yang lemah, sistem dan kinerja perpajakan yang belum optimal serta belum adanya kondisi transparan dan akuntabel, menyebabkan upaya penjaminan sosial tidak mungkin dilaksanakan oleh hanya satu *ministry* tapi oleh beberapa pihak baik instansi pemerintah, swasta, dan pemberdayaan masyarakat (*welfare pluralism*). Kondisi demikian membutuhkan penciptaan sistem jaminan sosial yang sistemik dan komprehensif dimana koordinasi diantara *stakeholders* sangat penting dan strategis. Penetapan peran masing-masing *stakeholders* harus disepakati dan masing-masing pihak harus mempunyai komitmen.

Adapun argumen adanya jaminan sosial adalah instrumentasi redistribusi pendapatan serta untuk solidaritas sosial (Spicker, 1995:58-60). Pengeluaran jaminan sosial adalah pengeluaran investasi jangka panjang yang diharapkan dapat memberikan manfaat jangka panjang selain untuk jangka pendek seperti untuk pemenuhan kebutuhan mendasar.

2. Mekanisme Jaminan Sosial

Mekanisme jaminan sosial dapat melewati dua jalur yaitu asuransi sosial (*social insurance*) dan bantuan sosial (*social assistance*). Asuransi sosial adalah jaminan sosial yang diberikan kepada para peserta asuransi berdasarkan premi yang dibayarkannya.

Sedangkan bantuan sosial adalah jaminan sosial yang umumnya diberikan kepada kelompok lemah dalam masyarakat meskipun tidak membayar premi tetapi mendapat tunjangan pendapatan atau pelayanan sosial.

Bentuk asuransi sosial maupun bantuan sosial dilaksanakan melalui strategi, yaitu: 1) **universal dan selektifas**, bersifat universal berarti jaminan sosial diberikan kepada seluruh warga negara sedangkan selektif hanya diberikan kepada kepada kelompok tertentu saja seperti kelompok masyarakat miskin, 2) **In-cash dan In-kind**; *in-cash* berarti jaminan sosial dalam bentuk uang tunai sedangkan *in-kind* dalam bentuk barang atau pelayanan sosial, 3) **Publik dan swasta**, jaminan sosial dapat diselenggarakan oleh negara (publik) atau oleh lembaga-lembaga swasta berbentuk Perseroan Terbatas.

3. Sistem Jaminan Sosial Nasional

Berlakunya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) memberikan payung bagi sistem jaminan nasional yang sudah ada sebelumnya. Dengan adanya payung maka cakupan kepesertaan dapat diperluas serta meningkatkan jenis jaminan sosial. Saat ini SJSN mencakup 5 program yang terdiri dari program jangka pendek (Jaminan Kesehatan dan Jaminan Kecelakaan Kerja) dan program jangka panjang (Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian). Mekanisme SJSN dalam UU tersebut lebih untuk asuransi sosial sehingga untuk jenis jaminan sosial yang berbentuk bantuan sosial harus diatur lebih lanjut termasuk dalam program Askeskin sehingga tidak menimbulkan kerancuan dalam implementasinya.

Jika UU ini dikaji lebih lanjut, maka akan terlihat bahwa UU ini hanya memberikan jaminan kepada kelompok orang dewasa sedangkan jaminan untuk anak-anak, orang tua atau kelompok berkebutuhan khusus belum terpenuhi atau tersentuh. Selain itu, UU ini belum secara jelas melindungi kelompok masyarakat kurang mampu, hal ini disebabkan antara lain karena biaya asuransi yang cukup tinggi yang harus disediakan oleh pemerintah serta beragamnya kelompok kurang mampu baik dari sisi ekonomi, sosial dan budaya sehingga penentuan jenis jaminan sosial pun membutuhkan upaya diversifikasi yang tidak mudah.

Sebelum berlakunya UU No. 40 Tahun 2004, sejak tahun 1995, Departemen Sosial melalui Direktorat Jenderal Bantuan dan Jaminan Sosial telah menyelenggarakan program Asuransi Kesejahteraan Sosial (Askesos) dan Bantuan Kesejahteraan Sosial Permanen (BKSP) sebagai bagian dari konsep Jaminan Kesejahteraan Sosial Berbasis Masyarakat (JKSBM). Semangat JKSBM adalah memasukkan inisiatif lokal ke dalam sistem jaminan sosial nasional sehingga harus ada keserasian antara model *community-based initiative* dengan *national-based initiative*. Konsep perlindungan sosial ini relevan dengan iklim desentralisasi yang ditumbuhkembangkan di Indonesia dimana upaya yang sedang dilakukan adalah menggali dan memberdayakan potensi lokal. Meskipun demikian konsep ini masih harus diuji coba untuk dapat diterapkan di Indonesia, karena beberapa sumber daya lokal yang masih berasal dari Pusat. Menurut Suharto, sistem pelayanan di tingkat lokal yang kurang komprehensif dan masih perlu pembenahan juga patut dipertimbangkan jika sistem ini akan diteruskan.

4. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Dewan Jaminan Sosial Nasional

Menurut UU No. 40 Tahun 2004, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan ini harus dibentuk dengan Undang-undang dan menurut pasal 5 ayat (2), sejak berlakunya UU No. 40 Tahun 2004, maka badan penyelenggara jaminan sosial yang ada dinyatakan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan tersebut adalah Perusahaan Persero (Persero)

Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK), Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN), Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) dan Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pun harus dibentuk di Daerah.

Dewan Jaminan Sosial Nasional bertanggung jawab kepada Presiden dan berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dewan ini juga berwenang melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial serta bertugas melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial, mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional, dan mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada pemerintah.

Dewan ini beranggotakan 15 orang, yang berasal dari unsur Pemerintah, tokoh dan atau ahli yang memahami bidang jaminan sosial, organisasi pemberi kerja, dan organisasi pekerja. Ketua dewan, berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004, berasal dari unsur Pemerintah. Pengangkatan dan pemberhentian dewan dilakukan oleh Presiden. Masa jabatan anggota dewan adalah 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan. Tata cara pengangkatan, penggantian, dan pemberhentian anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

5. Asas, Tujuan dan Prinsip Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional

Asas sistem jaminan sosial nasional adalah asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Asas kemanusiaan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia, asas manfaat berkaitan dengan pengelolaan yang efektif dan efisien dan asas keadilan adalah asas yang bersifat idiil. Ketiga asas tersebut bertujuan untuk menjamin kelangsungan program jaminan sosial nasional serta jaminan hak peserta. Adapun tujuan dari sistem jaminan sosial nasional adalah untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Kebutuhan dasar hidup adalah kebutuhan esensial setiap orang agar hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Prinsip-prinsip penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional terdiri dari prinsip gotong royong, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. Pertama, prinsip kegotongroyongan; prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotongroyong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat, peserta yang beresiko rendah membantu yang beresiko tinggi, peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Kedua, prinsip nirlaba; pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, akan tetapi untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Hasil pengembangan dan surplus anggaran Dana Amanat akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta. Ketiga, prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas; prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya. Keempat, prinsip portabilitas; jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik

Indonesia. Kelima, prinsip kepesertaan bersifat wajib; dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga terlindungi. Meskipun wajib dalam penerapannya disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat, kemampuan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara sukarela, sehingga dapat mencakup petani, nelayan, dan mereka yang bekerja secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat. Keenam, prinsip dana amanat; dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta. Terakhir, prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional adalah berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

6. Model Pengelolaan Jaminan Sosial

Pada dasarnya jaminan sosial harus dapat memadukan bantuan sosial dan asuransi sosial dengan pendanaan berdasarkan *sharing across population* dengan peran pemerintah sebagai regulator, pengawasan sekaligus pendanaan. Model jaminan sosial yang mungkin cocok dengan kondisi di Indonesia adalah model yang melibatkan berbagai pihak, mulai dari Negara/Pemerintah Pusat/Pemerintah Daerah, dunia industri, masyarakat lokal termasuk kelompok usaha kecil serta lembaga keagamaan atau serta *stakeholders* lainnya.

Dari berbagai model yang telah dikembangkan, model Bismarck dapat dijadikan acuan dalam mengembangkan jaminan sosial di Indonesia. Alasannya pemilihan model ini selain model telah diadopsi dan dikembangkan di berbagai Negara (Eropa, AS, Korea dan Jepang), model ini juga terbukti mampu mencapai cakupan 100 persen penduduk di berbagai Negara (Edi Suharto dalam Sulastomo, 2001). Beberapa prinsip model ini yang bisa diterapkan di Indonesia dengan melalui modifikasi antara lain: (1) Kepesertaan bersifat wajib terutama terhadap penduduk yang berpenghasilan tetap (sektor formal). Khusus untuk masyarakat miskin, jaminan sosial lebih mendekati bantuan sosial dibanding asuransi sosial. Agar berkekuatan hukum maka kepesertaan wajib harus diatur dalam perundang-undangan yang memadai; (2) Pendanaan ditanggung bersama oleh pekerja, majikan dan pemerintah yang disesuaikan dengan tingkat pendapatan mereka. Pemerintah termasuk pihak yang menanggung dana dalam model ini terutama menanggung dana untuk keluarga miskin, pekerja di sektor informal serta perusahaan-perusahaan skala kecil; (3) Jenis santunan atau manfaat dapat berupa *in-cash* dan *in-kind* yang disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik kelompok sasaran. Jenis jaminan sosial berbentuk pelayanan (*in-kind*) seperti pelayanan kesehatan dan pendidikan diberikan kepada keluarga miskin sedangkan jenis santunan *in-cash* berupa bantuan modal dapat diberikan kepada kelompok usaha kecil serta pekerja sektor informal; dan (4) Meskipun penyelenggaraan jaminan sosial menganut prinsip asuransi sosial, tetapi jaminan sosial tetap memegang prinsip distribusi pendapatan (*vertical* dan *horizontal*) dan solidaritas sosial antar kelompok dan antara generasi (sector formal-informal, kaya-miskin, sehat-sakit, tua-muda, dewasa-anak). Konsekuensinya badan penyelenggara jaminan sosial harus nirlaba, dalam arti jaminan sosial sebaiknya tidak dikelola oleh perusahaan terbatas yang mencari keuntungan. Badan penyelenggara jaminan sosial yang berbentuk Badan Wali Amanah sebaiknya bertanggungjawab langsung kepada Presiden dan melibatkan berbagai *stakeholders*. Dalam kasus Indonesia, selain Badan penyelenggara jaminan sosial yang telah ditunjuk, juga ada Dewan Jaminan Sosial Nasional, bisa terdiri dari pihak lembaga pemerintah pusat yang diwakili oleh Departemen Sosial atau departemen terkait, Dinas Sosial dari pemerintah daerah, LSM, dan organisasi serikat

pekerja. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menegaskan bahwa Dewan Jaminan Sosial Nasional beranggotakan 15 (lima belas) orang, yang terdiri dari unsur Pemerintah, tokoh dan/atau ahli yang memahami bidang jaminan sosial, organisasi pemberi kerja, dan organisasi pekerja

C. DASAR HUKUM JAMINAN SOSIAL/KESEHATAN DI INDONESIA

Berikut adalah dasar hukum penyelenggaraan jaminan sosial/kesehatan sebagai bagian dari sistem jaminan sosial di Indonesia.

1. UUD 1945

UUD 1945 (Perubahan keempat UUD 1945) pasal 28H menjadi payung kebijakan penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia. Ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang dan sehat serta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Ayat (2) menekankan adanya rasa keadilan; setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. Selanjutnya ayat (3) menyatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

Pasal 34 UUD 1945 menegaskan peran negara dalam sistem jaminan sosial. Ayat (1) menyatakan bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh Negara dan ayat (2) menyatakan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak sesuai dengan martabat kemanusiaan.

2. UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

Pasal 4: Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Pasal 5: Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga dan lingkungannya

Pasal 7: Pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat

Pasal 8: Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin

Pasal 9: Pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Pasal 66: (1) Pemerintah mengembangkan, membina, dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara, yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya sebagai prapunya, berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan (2) Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat merupakan cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya, dikelola secara terpadu untuk tujuan meningkatkan derajat kesehatan, wajib dilaksanakan oleh setiap penyelenggara (3) Penyelenggara jaminan kesehatan masyarakat harus berbentuk badan hukum dan memiliki ijin operasional serta kepersertaannya bersifat aktif (4) Ketentuan mengenai penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 67: (1) Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dan atau masyarakat diarahkan pada pengembangan dan peningkatan kemampuan upaya kesehatan dapat dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna (2) Pengelolaan

- pemeliharaan kesehatan meliputi kegiatan: perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, dan pengendalian program, serta sumber daya yang dapat menunjang peningkatan upaya kesehatan
3. UU No. 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja
 4. UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
Pasal 22 dinyatakan bahwa dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban antara lain mengembangkan sistem jaminan sosial. Dengan demikian pemerintah daerah mempunyai tanggungjawab dan peran dalam kerangka sistem jaminan sosial
 5. No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
Dalam pasal 19 disebutkan bahwa 1) jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, 2) Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
 6. PP No. 67 Tahun 1991 tentang Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI)
 7. PP No. 6 Tahun 1992 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti menjadi Perusahaan Perseroan
 8. PP No. 14 Tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja sebagai tindak lanjut UU No. 3 Tahun 1992
 9. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin
 10. Keputusan Menteri Kesehatan No. 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin
 11. Surat Ijin Menteri Negara BUMN-RI No. S-69/MBU/SK/2004 tentang PT Askes (Persero) dapat melaksanakan penugasan dari Menteri Kesehatan dan ijin menggunakan dana talangan. Selanjutnya dalam melaksanakan tugas tersebut PT Askes telah mengeluarkan Keputusan Direksi No. 015/Kep/0105 tentang Petunjuk Teknis Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin.

D. PROGRAM ASURANSI KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN (ASKESKIN)

Mulai 1 Januari 2005 Pemerintah melaksanakan program mengasuransikan rakyat miskin dengan target 34 juta jiwa. Berdasarkan SK Menteri Kesehatan No. 56/Menkes/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin, tujuan umum Askeskin adalah terselenggaranya program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin secara berhasil guna dan berdaya guna. Tujuan khususnya adalah: (1) Terlaksananya registrasi masyarakat miskin yang tepat sasaran sebagai peserta program Askeskin; (2) Terlaksananya pelayanan yang efisien dan efektif dalam meningkatkan pemanfaatan dan taraf kesehatan masyarakat miskin; dan (3) Terlaksananya pengelolaan keuangan yang akuntabel dan efisien dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Sasaran dari program Askeskin adalah masyarakat miskin di seluruh Indonesia.

Berdasarkan SK No. 1241/Menkes/SK/XI/2004, Departemen Kesehatan telah menugaskan PT (Persero) Askes dalam mengelola program pemeliharaan kesehatan bagi rakyat miskin, dan bertindak sebagai PJKMM (Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin). Penunjukkan didasarkan pada pengalaman PT Askes dalam

pelayanan asuransi sosial selama ini kepada Pegawai Negeri Sipil (PNS), penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan serta pegawai tidak tetap sudah tersedianya kantor cabang di seluruh Indonesia.

Prinsip penyelenggaraan mengacu pada: (1) Diselenggarakan serentak di seluruh Indonesia dengan asas gotongroyong sehingga terjadi subsidi silang; (2) Mengacu pada prinsip asuransi silang; (3) Pelayanan kesehatan dengan *managed care* dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang; (4) Program dilaksanakan secara nirlaba; (5) Menjamin adanya probilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta; dan (6) Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektivitas.

PT Askes mempunyai rincian tugas dimulai dari verifikasi administrasi, verifikasi pelayanan, verifikasi keuangan, melakukan pembayaran kepada rumah sakit, melakukan efisiensi, serta membuat laporan penyelenggaraan. Pemerintah melalui Departemen Kesehatan membayar *management fee* kepada PT Askes sebesar 5%. Tugas yang diemban oleh PT Askes cukup berat mengingat PT Askes juga mengelola dan mengeluarkan produk asuransi lain seperti Asuransi Kesehatan Sosial (asuransi bagi PNS, Penerima Pensiun, Veteran, dan Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya), Asuransi Kesehatan Sukarela (Askes Platinum, Askes Gold, Askes Diamond, Askes Silver, Askes Blue, Askes Alba).

1. Jenis Pelayanan Askeskin

Pelayanan yang diberikan program ini terbagi ke dalam pelayanan yang dijamin, pelayanan yang dibatasi, dan pelayanan yang tidak dijamin. Pelayanan yang dijamin terdiri pelayanan komprehensif (rawat inap, UGD, rawat jalan) sesuai indikasi medis termasuk pelayanan transportasi untuk rujukan dan pemulangan pasien/jenazah dan pelayanan kasus gawat darurat, penderita harus segera dilayani dan identitas miskin wajib ditunjukkan maksimal 3x24 jam.

Pelayanan yang dibatasi terdiri dari: (1) Kacamata, lensa koreksi minimal+1/-1 dengan nilai maksimal Rp. 150.000; (2) Alat bantu dengar (sesuai resep dokter THT, harga murah, tersedia di daerah setempat); (3) Alat bantu gerak (sesuai resep dokter, disetujui pejabat yang ditunjuk, harga murah); dan (4) Pelayanan penunjang diagnostic canggih (*life saving* dan penegakan diagnosa). Pelayanan yang tidak dijamin terdiri dari: (1) Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan; (2) Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika; (3) *General check up*; (4) Prothesis gigi tiruan; (5) Pengobatan alternatif; dan (6) rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Rumah Sakit

Program-program pelayanan kesehatan untuk masyarakat/keluarga miskin di rumah sakit dimulai pada tahun 1996 dengan adanya Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan, dilanjutkan dengan Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial pada tahun 2001. Program ini dilatarbelakangi antara lain oleh adanya krisis ekonomi tahun 1997 yang mendorong pemerintah untuk melakukan efisiensi anggaran serta melakukan upaya-upaya penanggulangan dampak krisis ekonomi terhadap masyarakat miskin. Program hampir serupa dilaksanakan pada tahun 2002-2004, yaitu implementasi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan yang berupaya memberikan bantuan sosial dalam bidang kesehatan kepada masyarakat miskin dengan latarbelakang bahwa subsidi bahan bakar minyak selama ini dalam penerimaan manfaatnya dirasakan

kurang adil karena sebagian besar telah dinikmati oleh kelompok masyarakat mampu. Selanjutnya, pada tahun 2005 Pemerintah meluncurkan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin yang saat ini memasuki tahun ke-4 dalam implementasinya.

Program Askeskin yang diterapkan sejak tahun 2005 berupaya memberikan manfaat kepada masyarakat miskin di rumah sakit dimana setiap masyarakat miskin mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan, UGD dan rawat inap di kelas III RS. Selain itu, setiap masyarakat miskin dapat dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi disertai surat rujukan dan identitas miskin.

Dilihat dari berganti-gantinya program pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin, Pemerintah berupaya menyempurnakan program-program tersebut dengan segala keterbatasannya terutama pendanaan serta melajunya jumlah masyarakat miskin di Indonesia yang sulit menembus pelayanan kesehatan dengan keterbatasan pendapatan. Evaluasi implementasi serta evaluasi kinerja program-program tersebut seyogyanya dilakukan untuk pembelajaran program selanjutnya, sehingga perbedaan angka kemiskinan versi Askes dengan data di daerah sebetulnya tidak perlu terjadi lagi mengingat begitu banyak program-program anti kemiskinan yang telah dilaksanakan di Indonesia.

3. Kepesertaan dan Pendanaan

Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JKMM) adalah masyarakat miskin yang didasarkan pada data BPS dan data dari pihak pemerintah daerah dimana selanjutnya tiap tahun ditentukan kuota penduduk miskin yang mendapatkan jatah JKMM. Selanjutnya berdasarkan data tersebut diterbitkan kartu terbit serta distribusi kartu.

Pendanaan program Askeskin bersumber dari Pemerintah Pusat (APBN) dimana premi yang harus dibayar oleh Pemerintah kepada PT Askes adalah Rp5.000,00 per jiwa dengan *management fee* sebesar 5 persen. Pembayaran dilakukan oleh PT Askes kepada rumah sakit berdasarkan klaim yang diajukan setelah diverifikasi oleh verifikator yang ditempatkan di rumah sakit di daerah.

4. Sistem Pengelolaan Jaminan Kesehatan (*Managed Care System*)

Sistem ini bertujuan menyeimbangkan aspek mutu pelayanan dan pengendalian biaya dengan melakukan seleksi terhadap *provider*, penetapan standar pelayanan medik/standar terapi, standar obat dan standar alat kesehatan serta melakukan *utilization review*. Pelayanan dengan sistem ini mempunyai ciri-ciri pelayanan bersifat komprehensif dengan mengutamakan promotif dan preventif, pelayanan terstruktur dan berjenjang dari PPK strata I (Puskesmas), rujuk balik dari rumah sakit ke PPK Strata I (Puskesmas) serta mengacu pada standar pelayanan medis, standar obat, dan standar alat kesehatan.

E. IMPLEMENTASI PROGRAM ASKESKIN

Pidato Kenegaraan Presiden RAPBN 2008 pada tanggal 16 Agustus 2007 menyatakan pemanfaatan program Askeskin terus meningkat dan sistem penyelenggaraan dan akuntabilitas akan terus dievaluasi dan diperbaiki. Pernyataan tersebut didasarkan kenyataan bahwa sistem penyelenggaraan masih perlu perbaikan baik yang bersifat kelembagaan, teknis operasional, maupun substantif kebijakan.

Hal tersebut didasari masih banyaknya hambatan sehingga masyarakat miskin sebagai sasaran belum sepenuhnya dapat menjangkau program ini. Fakta banyaknya keterlambatan klaim serta rumah sakit yang tidak bisa melayani karena hutangnya belum dibayar oleh PT Askes menjadi isu strategis dari implementasi program ini. Fakta lainnya

adanya penyimpangan dalam penggunaan obat pada program sehingga penggunaannya tidak terkontrol. Selain itu tempat tidur kelas tiga saat ini masih kurang. Beberapa fakta di atas memperlihatkan kekurangiapan dalam penerapan program

Kondisi kepesertaan dan sumber daya manusia terutama jumlah verifikator juga menunjukkan kondisi ketidaksiapan. Dalam pelaksanaan program Askeskin, terdapat perbedaan jumlah masyarakat miskin yang dikelola oleh PT Askes dengan jumlah masyarakat miskin yang terdata di daerah dan sudah terlayani oleh program PKPS-BBM 2004. Hal ini terlihat dari target dan sasaran masyarakat miskin pada semester I Tahun 2005 sebanyak 36 juta jiwa sedangkan semester II melonjak menjadi 60 juta jiwa. Pada tahun 2006 jumlah sasaran sebanyak 66 juta dengan jumlah anggaran senyap 3,6 trilyun. Tahun 2007 kuota masyarakat miskin sebanyak 76,4 juta jiwa dengan anggaran 4,6 trilyun sedangkan untuk tahun 2008 ditargetkan 76,4 juta masyarakat miskin dengan anggaran 4,8 trilyun rupiah. Dalam implementasinya target-target tersebut diperkirakan tidak tercapai dengan bukti adanya penyerapan anggaran yang tidak maksimal, sebagai contoh pada tahun 2006 dana yang terserap sebanyak 72 persen.

Permasalahan sumber daya manusia yang cukup menonjol, selama kurun waktu 3 tahun implementasi program Askeskin, adalah ketersediaan verifikator terutama yang berada di Daerah. PT Askes sebagai penyelenggara program menempatkan 1-2 orang verifikator di tiap daerah atau rumah sakit. Jumlah yang sangat tidak memadai ini dikeluhkan oleh Departemen Kesehatan yang mengakibatkan keterlambatan pengiriman klaim yang pada akhirnya menjadi salah satu penyebab keterlambatan pembayaran klaim kepada rumah sakit-rumah sakit. Kondisi inilah yang melatarbelakangi Departemen Kesehatan untuk tidak lagi memakai verifikator PT Askes dalam penyelenggaraan program Askeskin 2008, tetapi akan merekrut verifikator independen sebanyak 2.644 orang yang bekerja sama dengan dinas-dinas kesehatan di daerah

1. Premi atau Iuran Jaminan Kesehatan

Sampai tahun 2007, iuran Jaminan Kesehatan program Askeskin adalah sebesar Rp5.000,00 per bulan per jiwa. Jumlah tersebut dianggap kurang memadai oleh PT Askes sebagai penyelenggara, sehingga PT Askes mengusulkan kenaikan premi menjadi Rp9.600,00 untuk tahun 2008. Usulan tersebut ditolak oleh Departemen Kesehatan dengan alasan keterbatasan dana Pemerintah serta kurang efisiennya pengelolaan keuangan PT Askes. Sehubungan dengan besarnya premi ini, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI (FKM-UI) pernah melakukan penelitian tentang premi ini dengan kesimpulan bahwa kebutuhan dasar untuk iuran jaminan kesehatan ini adalah sebesar Rp10.800,00 per bulan per jiwa (Media Indonesia, 16 Januari 2008), jumlah yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang diusulkan oleh PT Askes.

Dampak dari kurang memadainya premi adalah sering terlambatnya pelayanan klaim Askeskin selain disebabkan karena lambatnya verifikasi yang dilakukan oleh PT Askes serta klaim rumah sakit yang melebihi batas kewajaran. Terlambatnya pembayaran klaim inilah yang menyebabkan rumah sakit di Daerah harus menyediakan pengganti yang cukup besar dan telah menjadi isu dan permasalahan implementasi selama tahun 2007 yang menyebabkan Departemen Kesehatan merubah kebijakannya dengan tidak menggunakan lagi PT Askes untuk menjadi penyelenggara program Askeskin pada tahun 2008 karena dianggap kinerja manajemen kurang optimal serta tidak menerapkan prinsip efisiensi, efektivitas, dan transparansi.

2. Kelembagaan

Berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional

harus dibentuk dengan Undang-undang supaya berkekuatan hukum dan akan menjadi payung untuk program-program jaminan sosial nasional yang komprehensif dan merupakan kesatuan. Sampai saat ini Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional belum terbentuk dan masih dalam proses perumusan kebijakan publik (pembuatan naskah akademik). Implementasi program jaminan sosial nasional masih parsial dipegang oleh instansi terkait seperti program Askeskin oleh Departemen Kesehatan. Hubungan atau koordinasi ataupun pembagian kewenangan dalam pelaksanaan program Askeskin antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah pun kurang jelas.

Dihubungkan dengan kewenangan tingkatan pemerintah berdasarkan UU No. 32 Tahun 2004 dan PP No. 25 Tahun 2000 untuk Kewenangan Kesehatan maka masing-masing tingkat pemerintahan mempunyai kewenangan sebagai berikut:

a. Tingkat Pusat (PP No. 25 Tahun 2000)

Kewenangan Pemerintah Pusat di bidang kesehatan meliputi:

1. Pedoman standar nilai gizi dan pedoman sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi.
2. Penetapan pedoman pembiayaan pelayanan kesehatan.
3. Penetapan standar akreditasi sarana dan prasarana kesehatan.
4. Pedoman standar pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan.
5. Penetapan pedoman penggunaan, konservasi, pengembangan dan pengawasan obat.
6. Penetapan pedoman penapisan, pengembangan, dan penerapan teknologi kesehatan dan standar etika penelitian kesehatan.
7. Pemberian ijin dan pengawasan peredaran obat serta pengawasan industri farmasi.
8. Penetapan persyaratan penggunaan bahan tambahan (zat aditif) tertentu untuk makanan dan penetapan pedoman pengawasan peredaran makanan.
9. Penetapan kebijakan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.
10. Survaillans epidemiologi serta pengaturan pemberantasan dan penanggulangan wabah, penyakit menular dan kejadian luar biasa.
11. Penyediaan essensial tertentu dan obat untuk pelayanan kesehatan dasar sangat essensial (*buffer stock nasional*).

b. Tingkat Propinsi

UU No. 32 Tahun 2004 Pasal 13 Ayat (1) butir (e) menyatakan bahwa salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah propinsi merupakan urusan dalam skala propinsi, adalah urusan penanganan bidang kesehatan dengan kewenangan sebagai berikut:

1. Penetapan pedoman penyuluhan dan kampanye kesehatan.
2. Pengelolaan dan pemberian ijin sarana dan prasarana kesehatan khusus seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta dan rumah sakit kanker.
3. Sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi.
4. Survaillans epidemiologi serta penanggulangan wabah penyakit dan kejadian luar biasa.
5. Penempatan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga kesehatan tertentu antar kabupaten/kota serta penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.

c. Tingkat Kabupaten/Kota

UU No. 32 Tahun 2004 pasal 14 Ayat (1) butir (e) menyatakan bahwa salah satu

urusan wajib yang menjadi kewenangan kabupaten/kota merupakan urusan yang berskala kabupaten/kota, antara lain adalah penanganan bidang kesehatan.

Dalam kasus program Askeskin ada beberapa hal yang memerlukan kejelasan dan ketegasan kebijakan, *pertama*, kewenangan, khususnya kabupaten/kota dalam tahap-tahap implementasi seperti dalam tahap verifikasi administrasi. *Kedua*, dalam tahap pemberian layanan dikarenakan tahap ini menyangkut pemakaian sarana dan prasarana Daerah, seperti pemakaian ruang rawat inap kelas III di rumah sakit. Seperti diketahui salah satu permasalahan yang signifikan dari pelayanan rawat inap adalah kurangnya jumlah tempat tidur kelas III sehingga muncul keluhan dari masyarakat miskin yang merasa ditelantarkan ketika akan rawat inap.

Terkait dengan pembiayaan ataupun kontribusi dana dari kabupaten/kota harus ditingkatkan mengingat kapasitas keuangan pemerintah pusat yang terbatas. Kondisi ini memunculkan kebutuhan konsolidasi pemerintah pusat dan daerah ketika dilakukan perencanaan program-program bidang kesehatan khususnya untuk masyarakat miskin. Konsolidasi akan lebih mudah dilakukan jika badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional telah terbentuk.

Dengan belum diterbitkannya UU tentang Badan Penyelenggara Sistem Jaminan Sosial Nasional serta PP untuk Dewan Jaminan Sosial Nasional dapat dikatakan kebijakan sistem jaminan sosial nasional ini belum mempunyai kebijakan baik yang bersifat manajerial maupun operasional sehingga membingungkan para implementator. Beberapa kebijakan yang belum ada adalah PP yang mengatur kepesertaan, ketentuan jaminan kesehatan serta urun biaya, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua yang diamanatkan untuk segera dibuat dalam format Peraturan Presiden.

3. Pelayanan Kesehatan

Penyelenggaraan Askeskin dilaksanakan seluruh Indonesia untuk menjamin adanya **azas gotong royong dan subsidi silang, ekuitas** yaitu kesetaraan setiap peserta dalam pelayanan kesehatan, dan **protabilitas**, yaitu tidak adanya hambatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan akibat faktor wilayah. Pelayanan Askeskin juga bersifat nirlaba dimana pelayanan dilaksanakan berdasarkan prinsip efisiensi dan apabila ada sisa dana digunakan untuk pembiayaan tahun berikutnya dan PT Askes melaksanakan administrasi Askeskin, maupun pelayanan dan keuangannya terpisah dengan Askes sosial dan Askes komersial.

Secara umum pelayanan kesehatan melalui Askeskin ini belum optimal jika dilihat dari gambaran capaian indikator tujuan. Untuk tujuan yang pertama yaitu terlaksananya registrasi masyarakat miskin yang tepat sasaran sebagai peserta program Askeskin belum tercapai jika dilihat dari adanya perbedaan jumlah yang dipakai oleh PT Askes yang bersumber dari BPS dengan jumlah masyarakat miskin dari data dari daerah. Beberapa kasus juga memperlihatkan terhambatnya upaya registrasi sekaligus distribusi kartu dalam rangkaian verifikasi administrasi. Selain itu, kasus tidak tepat sasaran terjadi di beberapa daerah dengan teridentifikasinya masyarakat penerima layanan yang sebetulnya bukan kategori masyarakat miskin.

Tujuan terlaksananya pelayanan yang efisien dan efektif dalam meningkatkan pemanfaatan dan taraf kesehatan masyarakat miskin juga sulit tercapai dengan banyaknya kasus penggelembungan klaim yang berasal dari harga obat yang tidak sesuai dengan standar yang ditentukan. Apabila ditelusuri lebih lanjut, kondisi tersebut antara lain disebutkan perbedaan standar harga obat antara yang dikeluarkan PT Askes/Depkes dengan harga di rumah sakit. Permasalahan perbedaan harga obat ini diharapkan ditinjau kembali sebagai masukan untuk pelaksanaan program 2008.

Tujuan terlaksananya pengelolaan keuangan yang akuntabel dan efisien dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin juga masih jauh dari harapan. Hal ini dapat diduga dengan adanya berita bahwa 438 rumah sakit daerah tersebar di seluruh tanah air yang terancam tidak mampu lagi melayani Askeskin apabila sisa klaim utang 2007 belum dibayar PT Askes. Rencananya, klaim utang tersebut akan dibayar oleh Departemen Kesehatan setelah diaudit BPK karena diperkirakan terjadinya penggelembungan klaim di berbagai rumah sakit (Media Indonesia, 1 February 2008).

Adanya keputusan Menteri Kesehatan dalam kesepakatan skema program askeskin yang baru, yang mewajibkan Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab apabila terjadi kesalahan verifikasi diagnosa dalam klaim asuransi juga telah membingungkan pihak rumah sakit. Argumen kebijakan ini adalah dikarenakan tugas verifikator independen hanya membuat verifikator tagihan maka mengenai diagnosa dan jumlah dari hasil verifikasi menjadi tanggungjawab Direktur Rumah Sakit. Keputusan Menteri Kesehatan baru lainnya yang menuai kritik adalah pertanggungjawaban hasil verifikasi independen yang tidak mungkin ditanggung oleh pihak rumah sakit maupun PT Askes. Kebijakan yang baru dianggap oleh ketua Umum Asosiasi Rumah Sakit Daerah (Arsada) membingungkan pihak rumah sakit.

Melihat kasus-kasus tersebut, dapat dikatakan bahwa implementasi program Askeskin mengalami permasalahan yang cukup kompleks. Permasalahan meliputi kelembagaan yang tidak jelas, data masyarakat miskin yang berbeda antara BPS dan pendataan daerah, sosialisasi yang belum merata sehingga menyebabkan kebingungan baik dari penerima layanan maupun pemberi layanan (dalam hal ini pihak rumah sakit), Kartu Askeskin belum optimal didistribusikan ke peserta, serta petugas askes di rumah sakit dan kabupaten/Kota yang belum memadai.

Kelembagaan yang tidak jelas terlihat dari tidak jelasnya posisi dan kewenangan pihak pemerintah daerah termasuk rumah sakit daerah, posisi dan kewenangan Departemen Kesehatan, serta *trial error* lembaga penyelenggara dari PT Askes ditarik kembali oleh Departemen Kesehatan. Mekanisme dan prosedur yang berubah-ubah juga memberi gambaran ketidak pastian instrumen implementasi program yang mengakibatkan kebingungan dalam implementasi.

F. PENGERTIAN KEBIJAKAN DAN IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PUBLIK

1. Pengertian Kebijakan Publik

Pengertian kebijakan menurut kamus Bahasa Inggris Oxford (The Oxford English Dictionary) adalah sebagai berikut: *"A course of action adopted and pursued by a government, party, ruler, statesmen, etc.; any course of action adopted as advantageous or expedient"*. Secara etimologis, sebagaimana diungkapkan oleh Dunn (1981, lihat juga 1994) istilah kebijakan atau policy berasal dari bahasa Yunani, Sansekerta, dan Latin. Akar katanya dalam bahasa Yunani dan Sansekerta adalah *Polis* (negara-kota) dan *pur* (kota) masuk kedalam bahasa Latin menjadi *Politea* (negara) dan akhirnya kedalam bahasa Inggris di abad pertengahan sebagai *Policie*, yang berkenaan dengan pengendalian masalah-masalah publik atau administrasi pemerintahan. Secara akademik, Hecló (1972: 85) mendefinisikan kebijakan sebagai berikut: *"A policy may usefully be considered as a course of action or inaction rather than specific decisions or actions"*. Sedangkan Jenkins (1978: 15) memandang kebijakan sebagai: *"A set of interrelated decisions...concerning the selection of goals and the means of achieving them within a specified situation..."*. Di lain pihak, Smith (1976:13) merekomendasikan pendapatnya bahwa: *"The concept of policy denotes...deliberate choice of action or inaction, rather than the effects of interrelating forces"*. Smith kembali menggunakan istilah *action*

(tindakan) dan *inaction* (tidak bertindak) sambil mengingatkan kita bahwa: “*Attention should not focus exclusively on decisions which produce change, but must also be sensitive to those which resist change and are difficult to observe because they are not represented in the policy-making process by legislative enactment*” .

Pengertian kebijakan publik, jika dilihat dari karakteristik sederhana dari kebijakan, tidak ada bedanya dengan pengertian kebijakan sebagaimana disebutkan sebelumnya. Namun demikian, pengertian tersebut menjadi berbeda manakala dilihat dari sudut pandang legitimasi kebijakan pemerintah dan kekuasaannya atas jenis kebijakan lainnya. Dalam hal ini harus dipahami seberapa jauh pemerintah atau negara memiliki legitimasi kelembagaan untuk menetapkan kebijakan publik. Di sisi lain harus juga diidentifikasi siapa negara atau pemerintah yang berhak menetapkan kebijakan tersebut.

Dari sisi legitimasi pemerintah dalam pembuatan kebijakan publik, terdapat beberapa argumen yang melandasinya, antara lain argumen mengenai eksternalitas, inefisiensi pasar, dan monopoli. Eksternalitas adalah dampak (bisa positif atau negatif) yang terjadi sebagai akibat atau sebagai konsekuensi kegiatan dalam pasar, yang dapat dirasakan oleh pihak lain yang tidak terlibat langsung dalam transaksi tersebut. Eksternalitas yang positif tentu saja tidak menjadi masalah, lain halnya dengan eksternalitas negatif. Dampak yang negatif inilah yang biasanya sulit diatasi oleh unsur-unsur yang bertransaksi dalam sistem pasar. Oleh karena itulah, dalam rangka melindungi kepentingan publik, pemerintah dapat berperan mengambil keputusan yang dikenal sebagai kebijakan publik.

Di lain pihak, argumen mengenai inefisiensi pasar yang dimaksud adalah jika pada kenyataannya sistem pasar tidak memiliki kompetensi yang memadai untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, karena satu dan lain hal, maka menjadi kewajiban pemerintah untuk melakukan intervensi kebijakan publik guna memenuhi kebutuhan masyarakat. Alasan ini terjadi sebagai akibat kurangnya pemahaman pasar mengenai kondisi yang dihadapi sehingga tidak mampu memenuhi tuntutan masyarakat konsumen. Biasanya kondisi seperti ini hanya terjadi dalam jangka pendek, seperti dalam mengatasi persoalan perburuhan (misalnya kebijakan Upah Minimum Regional dan sebagainya).

Sedangkan mengenai argumen monopoli, berkaitan dengan tidak adanya kemampuan institusi pasar untuk menyediakan atau mensuplai kebutuhan masyarakat, atau tidak adanya persaingan dalam penyediaan barang dan jasa bagi masyarakat karena tidak ada unsur pelaku pasar yang mampu masuk kedalam bisnis tersebut. Dalam keadaan tersebut organisasi publik cenderung akan bertindak sendiri untuk memenuhi tuntutan masyarakat.

2. Pengertian Implementasi Kebijakan Publik

Secara etimologis implementasi diartikan sebagai suatu aktivitas yang bertalian dengan penyelesaian suatu pekerjaan dengan penggunaan (alat) untuk memperoleh hasil. Pressman dan Wildavsky (1978) menyatakan: “*Implementation as to carry out, accomplish, fulfill, produce, complete*”. Menurut kamus Webster (1979) kata implementasi terjemahan dari *implementation* yang berasal dari kata *to implement* yang berarti 1) *to carry into effect, to fulfill, accomplish* 2) *to provide with the means for carrying out into effect or fulfilling, to give practical effect* to 3) *to provide or equip with implements*. Van Meter dan Van Horn (1975: 65) mendefinisikan implementasi sebagai: “Tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan”. Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier (1983: 61) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai: “Pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-

keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya". Jones (1984) menyatakan bahwa implementasi kebijakan adalah: "Satu paket aktivitas yang diarahkan untuk kepada *putting a program into effect*". Paket aktivitas tersebut adalah pengorganisasian, interpretasi serta aplikasi. Selanjutnya Grindle (1980: 6) menyatakan: "*Implementation - a general process of administrative action that can be investigated at specific program level*".

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa implementasi kebijakan adalah proses kegiatan administratif berupa aktivitas penerapan kebijakan yang telah ditentukan sebelumnya dengan tujuan dan sasaran telah ditentukan. Implementasi kebijakan adalah aktivitas teknis yang dinamis yang merubah program supaya berefek terhadap target/sasaran kebijakan yang telah ditentukan. Implementasi merupakan kegiatan yang sangat penting dalam proses kebijakan. Mengenai hal ini, Udoji (1981) menyatakan sebagai berikut: "Pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting bahkan jauh lebih penting daripada pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan sekadar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan".

3. Pendekatan-pendekatan Implementasi

Pada dasarnya terdapat dua pendekatan dalam implementasi yaitu pendekatan *top-down* dan pendekatan *bottom-up*. Dalam pendekatan *top-down* implementasi dilaksanakan secara sentralisasi dimana keputusan atau kebijakan pun diambil di tingkat pusat. Pendekatan ini bertitik tolak dari kebijakan publik yang harus dilaksanakan oleh birokrat-birokrat di level bawahnya dengan tujuan dan prosedur telah ditentukan oleh tingkat pusat. Pendekatan *bottom-up* menekankan implementasi kebijakan yang terformulasi dari masyarakat dengan justifikasi bahwa masyarakatlah yang lebih mengetahui akan masalah publik yang dihadapi dibanding pemerintah. Preferensi model *top-down* adalah pada tingkatan, hierarki, kontrol, dan pembatasan. Sedangkan model *bottom-up* lebih memilih ruang, jaringan, atau pasar.

Pendekatan *top-down* ini menuntut kinerja birokrasi cukup tinggi dengan sumber dana yang memadai, aturan dan prosedur yang jelas dan tegas, kewenangan yang proposional, serta mekanisme akuntabilitas yang tidak hanya ditujukan untuk kepentingan administratif tetapi akuntabilitas kepada target atau sasaran kebijakan. Kritik terhadap pendekatan ini adalah bahwa pendekatan ini tidak dapat menjelaskan kasus-kasus implementasi yang melibatkan beberapa organisasi yang menimbulkan pola interaksi yang kompleks. Program tidak diimplementasikan oleh satu organisasi saja tapi melalui serangkaian organisasi. Selanjutnya Hjern dan Porter (1981) menjelaskan tentang hal ini: "... kegagalan untuk mengidentifikasi struktur implementasi sebagai entitas administratif yang berbeda dari organisasi akan menimbulkan kesulitan besar dalam mengelola implementasi program. Ketika sebuah program baru diberlakukan, program itu diberikan pada sebuah organisasi... Jika ada kegagalan, program itu akan diberikan kepada organisasi lainnya, atau kepala departemennya akan dipecat, atau kedua hal itu terjadi... Reaksi seperti adalah reaksi yang tidak tepat dan disfungsiional".

Beberapa model kebijakan yang dikembangkan menganut aliran *top-down* antara lain model yang dikembangkan oleh George Edward III, Donald Van Metter dan Carl Van Horn, Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier, serta Merilee S. Grindle. Berikut penulis akan memaparkan model yang dikembangkan George Edward III. Model ini dianggap dapat mendekati kasus yang tengah dikaji yaitu program Askeskin. Selain model tersebut akan

dijelaskan pula model implementasi dari Jones yang melihat implementasi dari sisi prosesnya.

4. Implementasi Kebijakan Model George C. Edward III

Model yang dikembangkan oleh Edward III ini menekankan pada empat variabel yang menentukan keberhasilan ataupun kegagalan implementasi sebuah kebijakan. Variabel tersebut adalah komunikasi, sumber daya, disposisi, serta struktur birokrasi. Dalam penerapannya terutama dalam evaluasi implementasi, model ini diterapkan untuk mengukur kinerja birokrat (*supply side*).

Variabel komunikasi memegang peran penting dalam tahap awal implementasi kebijakan karena implementasi akan efektif jika para implementator telah mengetahui dan mengerti kebijakan yang akan dilaksanakan dengan jelas, tegas, dan konsisten sehingga isi informasi tidak membingungkan dan tidak berubah di tengah jalan. Perubahan isi informasi dimungkinkan terjadi mengingat media komunikasi, penerima, dan penyampai informasi yang beragam. Kejelasan sebuah kebijakan diperlukan pada saat implementator dihadapkan pada tuntutan kreativitas, inovatif, dan fleksibilitas. Kejelasan akan menjadi pedoman ketika implementator dituntut inovasi dan kreatif sehingga tidak ada anggapan penyelewengan yang sering membebani para implementator karena harus berhadapan dengan aparat hukum.

Variabel sumber daya mencakup sumber daya manusia, informasi, wewenang, fasilitas dan dana. Sumber daya manusia yang dibutuhkan tidak hanya dari jumlahnya saja yang mencukupi tetapi juga dari sisi kompetensi yang sesuai. Sumber daya informasi yang dibutuhkan terutama adalah informasi cara melaksanakan kebijakan serta informasi lainnya yang akan mendukung implementasi kebijakan seperti hasil-hasil monitoring dan evaluasi.

Variabel disposisi atau sikap pelaksana merupakan penentu keberhasilan pelaksanaan. Kemampuan pelaksana dipengaruhi oleh pemilihan dan pengangkatan pelaksana yang didasarkan pada kompetensi yang objektif serta sistem insentif yang diterapkan. Kemampuan pelaksana selain dipengaruhi oleh kedua hal di atas juga dipengaruhi oleh kualitas *in-house training* serta program-program peningkatan kapasitas yang dilaksanakan oleh suatu organisasi.

Variabel struktur birokrasi merupakan salah satu pendukung keberhasilan implementasi suatu kebijakan. Kombinasi dari informasi yang jelas, pelaksana yang mempunyai kemampuan dan keinginan yang tinggi dalam melaksanakan kebijakan serta fasilitas yang memadai tidak menjamin implementasi kebijakan akan berhasil. Struktur birokrasi yang tidak kondusif akan menghambat kelancaran implementasi. Upaya yang dapat dilakukan untuk menciptakan struktur birokrasi yang kondusif dapat melalui pembuatan *Standard Operating Procedures (SOPs)* dan melaksanakan fragmentasi. Adanya *SOPs* memungkinkan pelaksana bekerja rutin dengan standar yang telah ditetapkan sehingga kualitas tetap terjaga. Sedangkan fragmentasi dilakukan agar ada kejelasan penyebaran tanggung jawab dan kegiatan diantara unit yang terlibat implementasi sehingga tidak ada penumpukan beban di satu unit kerja.

5. Implementasi Kebijakan Model Charles O . Jones

Jones mengemukakan 3 aktivitas yang signifikan dalam proses implementasi yaitu: pengorganisasian (*organization*), interpretasi (*interpretation*), dan aplikasi (*application*);

Pengorganisasian mencakup aktivitas penyediaan dan pengaturan sumber daya, penetapan unit-unit organisasi pelaksana termasuk dengan kewenangannya, dan pemilihan dan penetapan metode-metode dalam melaksanakan kebijakan yang akan

dilaksanakan. Kualitas birokrasi sangat mempengaruhi keberhasilan proses ini dimana birokrasi dituntut tidak hanya sebagai mesin tetapi harus dinamis dan inovatif dan siap menghadapi perubahan kondisi ekonomi, sosial, serta iklim politik.

Dalam pengorganisasian implementasi kebijakan akan ditemui beberapa perubahan struktur organisasi dalam upaya menyesuaikan dengan tuntutan implementasi. Kemungkinan pertama adalah *status quo*, dalam arti implementasi tidak membutuhkan perubahan struktur ataupun status. Kemungkinan kedua adalah pembentukan badan atau unit kerja baru dalam organisasi induk sehingga ada unit kerja yang fokus melaksanakan kebijakan. Peningkatan status unit kerja ataupun instansi pun dimungkinkan ketika implementasi membutuhkan organisasi dengan kewenangan yang lebih luas serta sumber daya yang lebih banyak. Pembentukan organisasi baru serta merger organisasi adalah kemungkinan lain yang dapat ditempuh dalam proses pengorganisasian ini.

Interpretasi merupakan tahap yang berkaitan dengan aktivitas penterjemahan bahasa program kedalam perencanaan dan arah yang layak dalam implementasi. Dalam aktivitas ini kebijakan atau program yang umumnya ditulis dalam bahasa hukum harus diterjemahkan sehingga jelas bagi para implementator. Dalam hal ini diperlukan informasi proses kebijakan, standarisasi yang jelas, perkiraan tentang sumber daya yang tersedia, serta tingkat dukungan politik. Implementator harus dapat menerapkan manajemen yang efisien.

Tahap aplikasi adalah penyerahan/pemberian rutin pelayanan, pembayaran, dan sebagainya sesuai dengan tujuan program dan instrumen. Aktivitas ini berhubungan dengan penyediaan barang dan jasa. Seperti pada tahap sebelumnya, tahap ini juga membutuhkan pertimbangan-pertimbangan politik dalam aksinya.

6. Implementasi dan Tipe Kebijakan

Salah satu usaha pertama untuk menganalisis implementasi yang dilakukan oleh Van Meir dan Van Horn (1975) adalah menghubungkan studi implementasi dengan tipe kebijakan atau isi kebijakan. Mereka menyatakan bahwa efektivitas implementasi akan bervariasi diantara isu dan tipe kebijakan. Kategorisasi tipe kebijakan menurut Lowi (1964, 1972) yakni kebijakan distributif, regulatif, dan redistributif. Jika dilihat dari faktor utama dalam implementasi yaitu perubahan, kontrol, dan pemenuhan maka implementasi akan lebih berhasil jika ada tingkat konsensus tinggi dan tidak banyak dilakukan perubahan. Implementasi kebijakan relatif tidak sulit apabila kebijakannya bersifat distributif, kebijakan regulatifnya moderat sedangkan kebijakan redistribusinya cukup sulit (Ripley dan Franklin, 1986). Tipe kebijakan redistributif memungkinkan terjadinya tawar menawar dan *politicking* dibandingkan dengan tipe kebijakan distributif yang unsur kontrolnya lebih besar.

Faktor penting yang menjadi kunci analisis yang menghubungkan implementasi dengan tipe kebijakan adalah isu organisasi dari subsistem kebijakan (Sabatier, 1986a). Tujuan yang jelas dan subsistem yang lebih sempit akan lebih menjamin keberhasilan sebuah implementasi kebijakan. Akan tetapi jika permasalahan kebijakan publik lebih kompleks dengan tujuan kurang terdefinisi dengan baik maka yang muncul adalah subsistem-subsistem yang lebih kompleks. Subsistem-subsistem dalam sektor-sektor kebijakan mempunyai kemampuan yang berbeda dalam menjalankan pedoman dan arahan dimana beberapa organisasi mempunyai informasi yang lebih baik, sumber keuangan yang baik, lebih kuat atau lebih independen dibanding organisasi lainnya. Dengan demikian kajian implementasi hendaknya dihubungkan dengan tipe kebijakan, prioritas politik dan hubungan antar organisasi.

Dalam konteks hubungan antar organisasi dalam kajian implementasi terdapat 2 pendekatan yang menjelaskan bagaimana organisasi berinteraksi yaitu pendekatan kekuasaan dan sumber daya serta pendekatan pertukaran organisasional (Parsons, 2006:484). Pendekatan kekuasaan dan sumber daya berargumen bahwa interaksi organisasi adalah produk dari hubungan kekuasaan dimana organisasi-organisasi dapat membuat organisasi yang lebih lemah dan lebih bergantung untuk berinteraksi dengan mereka. Organisasi-organisasi yang lebih lemah harus melakukan strategi kerja sama dengan organisasi yang lebih kuat untuk mengamankan diri serta mengamankan otonominya. Aldrich dan Midlin (1978) menyatakan: "Jika A tidak bisa berbuat apa-apa tanpa sumber daya yang dipunyai B dan tidak mampu mendapatkan sumber daya tersebut dari sumber lain, maka A akan tergantung kepada B. Sebaliknya, jika B berkuasa atas A.... ketergantungan adalah sifat dari hubungan antara A dan B dan bukan dari sifat A dan B sendiri-sendiri. Jadi dimungkinkan bahwa A mungkin tergantung B tetapi berkuasa atas C".

Pendekatan pertukaran organisasi menyatakan bahwa organisasi bekerja dengan organisasi lain dengan saling mempertukarkan manfaat mutual. Ciri utama pertukaran antar-organisasi adalah pertukaran merupakan interaksi sukarela yang dilakukan demi mencapai tujuan masing-masing (Levine dan White, 1961). Perbedaan kedua pendekatan ini adalah pendekatan pertama mendasarkan relasi organisasionalnya pada dominasi dan dependensi sedangkan pendekatan kedua pada kepentingan bersama. Dikaitkan dengan hubungan pusat dan lokal dikatakan bahwa meskipun sebuah agen tergantung kepada sumber daya pusat ada kemungkinan agen pusat tergantung kepada agen lokal untuk mengimplementasikan kebijakan. Sehubungan dengan itu, Scharpf, 1978: 359) menyatakan sebagai berikut: "Sementara pihak yang tampak dominan mungkin menguasai sumber daya moneter, pada saat yang sama ia mungkin juga tergantung sepenuhnya pada keahlian spesialis, kontak klien, dan informasi yang hanya tersedia untuk unit bawahan... Ringkasnya, hubungan dependensi-bilateral yang stabil di sepanjang waktu adalah kasus yang langka, dan dependensi mutual jauh lebih banyak dijumpai. Jadi jarang dijumpai adanya otoritas hierarkis dan arus anggaran satu arah dalam relasi antar-organisasi".

G. EVALUASI IMPLEMENTASI PROGRAM ASKESKIN

Implementasi program Askes, jika dilihat dari sisi proses implementasi, belum siap terutama dalam pengorganisasiannya. Seperti diketahui tahap pengorganisasian adalah tahap kritis ketika sebuah kebijakan atau program akan diimplementasikan dimana pada tahap ini diatur dan disediakannya sumber daya implementasi, ditetapkannya unit-unit organisasi pelaksana termasuk kewenangannya serta penetapan metode-metode termasuk mekanisme dan prosedur dalam melaksanakan kebijakan yang akan dilaksanakan. Sumber daya yang akan diatur dan ditetapkan dapat berupa informasi, sumber daya manusia (termasuk verifikator dalam kasus Askeskin), dana serta fasilitas. Informasi dalam kasus Askeskin dapat berupa data orang miskin yang akan menjadi target atau sasaran kebijakan ataupun informasi kebijakan bagi para implementator atau *stakeholders*. Selama informasi di atas belum tersedia maka jika program diimplementasikan dipastikan akan mengalami permasalahan atau kurang efektif.

Sumber daya lainnya yang perlu mendapatkan perhatian adalah sumber daya manusia yang tentu dalam kasus Askeskin adalah para implementator yang berasal dari Departemen Kesehatan, PT Askes, Pemerintah Daerah terutama Dinas Kesehatan, Rumah Sakit Daerah, atau Rumah Sakit Swasta yang ditunjuk serta verifikator. Permasalahan kurangnya tenaga verifikator di tiap kabupaten/kota telah menjadi salah satu topik

krusial dalam implementasi program ini, sehingga untuk tahun 2008 akan merekrut tenaga verifikator independen sebanyak 2.644 orang dengan bekerja sama dengan Dinas Kesehatan di Daerah. Tenaga verifikator ini mempunyai peran yang strategis terutama untuk mengolah klaim dari rumah sakit di Daerah kepada pemerintah melalui Departemen Kesehatan selain untuk verifikasi administrasi dan pelayanan. Meskipun dalam permasalahan kurangnya tenaga verifikator pihak PT Askes dianggap sebagai pihak yang bertanggungjawab, tetapi kurang adanya perhitungan awal mengenai jumlah verifikator dalam implementasi tampaknya dapat diprediksi dari awal baik oleh PT Askes maupun oleh Departemen Kesehatan mengingat program ini sudah dilaksanakan sejak Januari 2005. Selain persoalan tenaga verifikator, kurangnya sosialisasi program mengakibatkan kekurangpahaman, kebingungan dan ketidakjelasan pada level implementator terutama di daerah.

Kebutuhan dana Askeskin yang semakin meningkat dari tahun ke tahun di satu pihak memberi gambaran semakin terlayannya masyarakat miskin tetapi di sisi lain bagaimanapun kapasitas keuangan pemerintah pusat terbatas. Pembayaran premi yang harus ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan di lapangan terbatas dengan pendanaan dari pusat apalagi untuk tahun 2008 masih ada klaim yang belum terbayar dan harus dicicil oleh Departemen Kesehatan dikarenakan PT Askes sudah menolak membayar klaim karena sudah tidak mendapatkan dana dari Departemen Kesehatan serta PT menolak menanggung resiko karena Askeskin dianggap bukan asuransi dengan premi hanya Rp5000,00 per bulan per jiwa. Jika keterbatasan keuangan pemerintah pusat dikaitkan dengan pelaksanaan otonomi daerah dimana salah satu kewenangan Daerah adalah mengembangkan sistem jaminan sosial nasional, maka ke depan diharapkan pendanaan Askeskin ini dimasukkan ke dalam sistem jaminan sosial nasional yang komprehensif, dimana pemerintah daerah turut berkontribusi agar program ini dapat berkesinambungan.

Ketidaksiapan implementasi program Askeskin dapat dilihat juga dari belum tersedianya fasilitas yang memadai untuk program ini. Sebagai contoh adalah kurangnya jumlah tempat tidur ataupun kapasitas kelas III di rumah-rumah sakit daerah untuk menampung pasien Askeskin sehingga ada keluhan mereka harus menunggu ataupun akhirnya harus membayar. Pertanyaannya adalah pihak mana yang harus bertanggung jawab untuk menambah fasilitas ini, apakah pemerintah pusat atau Daerah? Selama pertanyaan ini belum dirumuskan ke dalam aturan pelaksanaan pelayanan akan tetap tidak optimal. Selain kebutuhan kamar kelas III, kebutuhan obat-obatan sesuai dengan standar yang ditetapkan Departemen Kesehatan dan rumah sakit di daerah pun penting untuk dirumuskan kembali mengingat adanya dugaan klaim diluar batas kewajaran yang berasal dari harga-harga obat. Proses penetapan pedoman penggunaan obat-obatan program Askeskin hendaknya melibatkan pihak rumah sakit sebagai implementator di daerah sehingga tidak menimbulkan ketidakjelasan penggunaan obat.

Selanjutnya aspek pengorganisasian lain yang penting dan kritis adalah unit-unit organisasi pelaksana kebijakan yang harus ditentukan dan diatur dari awal sekaligus dengan penetapan kewenangannya sehingga memberi kepastian implementasi dan kepastian untuk akuntabilitas. Saat ini Departemen Kesehatan sebagai *leading organization* dalam implementasi program masih terus menyempurnakan hal ini setelah dilakukan evaluasi terhadap kinerja PT Askes yang dianggap belum optimal dengan merangkul dan memberdayakan dinas-dinas kesehatan di daerah dalam hal penyediaan tenaga verifikator independen. Kebijakan Askeskin adalah kebijakan yang bersifat *top-down* yang membutuhkan struktur organisasi pelaksana kebijakan secara jelas termasuk didalamnya unsur pengawas dan pengendali program.

UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional telah mengamanatkan dibentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional dan Dewan Jaminan Sosial Nasional yang sampai saat ini belum terbit. Kehadiran dua badan ini diharapkan dapat merumuskan dan mengelola kebijakan-kebijakan jaminan sosial termasuk untuk masyarakat miskin secara komprehensif dan terintegrasi sehingga tidak terkesan pelaksanaan yang parsial untuk beberapa kebijakan yang sebenarnya merupakan paket kebijakan jaminan sosial. Dengan demikian kelembagaan program Askeskin harus disempurnakan dengan dilengkapi dengan mekanisme kerja yang jelas sehingga tidak membingungkan para implementator.

Sejalan dengan harus distrukturnya kembali organisasi pelaksana kebijakan Askeskin maka metode dan mekanisme pelaksanaanpun harus ditetapkan dengan melibatkan *stakeholders* agar program bersinergi sehingga beban tidak bertumpuk di Departemen Kesehatan. Mekanisme ataupun prosedur ditetapkan dan disempurnakan meliputi antara lain untuk mekanisme verifikasi administratif termasuk didalamnya administrative kepesertaan dan distribusi kartu. Mekanisme pelayanan, pengajuan klaim bahkan pembuatan laporan pertanggungjawaban pun seyogyanya disempurnakan. Mekanisme baru yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan dimana untuk validasi diagnosa yang menjadi tanggung jawab Direktur Rumah Sakit dan menciptakan pro dan kontra juga hendaknya ditinjau kembali.

Berdasarkan pembahasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa pengorganisasian implementasi kebijakan Askeskin masih harus disempurnakan dengan dilakukannya evaluasi implementasi dan pengendalian program terus menerus mengingat pengorganisasian adalah tahap awal proses implementasi sehingga mempengaruhi proses-proses selanjutnya. Selanjutnya pembahasan dilakukan berdasarkan variabel-variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan dan kegagalan implementasi kebijakan yaitu variabel komunikasi, sumber daya (dibahas di atas), disposisi atau sikap pelaksana dan struktur birokrasi.

Komunikasi isi kebijakan Askeskin terutama melalui program sosialisasi dipandang masih kurang oleh para implementator sehingga beberapa substentif kebijakan menjadi tidak jelas dan tidak konsisiten di tangan para implementator. Program-program pengkomunikasian diharapkan ditingkatkan intensitasnya terutama untuk pihak-pihak yang ada dalam struktur implementasi. Dengan pengkomunikasian yang intensif maka perubahan-perubahan kebijakan dapat segera disampaikan begitu juga dengan pengendalian implementasi dapat segera dilakukan.

Motif, keinginan, kemauan, dan kemampuan implementator dalam belajar dan melaksanakan kebijakan merupakan sumber daya yang tak kalah pentingnya setelah komunikasi berjalan, sumber daya memadai. Sorotan terhadap Departemen Kesehatan yang oleh sebagian pihak terlalu tergesa-gesa dalam memutuskan pengelolaan untuk tahun 2008 dengan menjalankan program sendiri yang menyebabkan Depkes dan PT Askes diminta hadir di DPR dapat dipandang lain. Departemen Kesehatan sebagai *leading organization* dalam implementasi Askeskin ini terlihat sangat termotivasi dengan kemauan yang tinggi untuk menyempurnakan penyelenggaraan Askeskin dengan mengedepankan transparansi dan akuntabilitas selain efisien dan efektivitas. Meskipun demikian karena implementator Askeskin tidak hanya Departemen Kesehatan sesuai dengan struktur implementasinya, maka variabel ini harus bekerja juga pada implementator lainnya seperti rumah sakit daerah, PT Askes (jika kerjasama dilanjutkan), serta pemerintah daerah.

Indikator adanya *Standard Operating Procedures (SOPs)* dan adanya fragmentasi serta struktur birokrasi yang kondusif akan menyebabkan tersedianya standar-standar

pelayanan baik yang bersifat administratif maupun pelayanan kesehatannya. Identifikasi standar-standar pelayanan yang sudah ada serta pembuatan yang baru dapat dilakukan yang selanjutnya dapat disosialisasikan. Fragmentasi dapat dilakukan dengan penetapan kewenangan serta tanggung jawab diantara para implementator sehingga batas-batas kewenangan dan sebaran tanggung jawab jelas. SOPs dan fragmentasi dapat dimuat dalam aturan-aturan pelaksanaan yang saat ini belum tersedia termasuk untuk kepesertaan serta pendanaan.

H. PENUTUP

Program Askeskin adalah kebijakan yang merupakan amanat UUD Tahun 1945 yang harus terus disempurnakan baik dari dimensi kebijakannya, pelayanan kesehatannya, teknis operasional, maupun kepesertaannya. Dimensi kebijakan yang perlu disempurnakan antara lain pengintegrasian kebijakan Askeskin kedalam konteks dan kaidah otonomi daerah serta program jaminan sosial nasional dan program penanggulangan kemiskinan nasional. Selain itu program ini memerlukan dukungan tata pemerintahan yang baik yang mencakup pengelolaan pengeluaran, penentuan sasaran pengeluaran, cara pembelanjaan, cara kebijakan dirumuskan, perpindahan dan pengiriman dana serta monitoring. Dimensi pelayanan kesehatan yang harus disempurnakan adalah penetapan dan pemberlakuan standar-standar pelayanan yang berupa standar pelayanan administratif termasuk keuangan dan kepesertaan serta standar pelayanan kesehatan. Penyempurnaan teknis operasional dimulai dari peningkatan intensitas sosialisasi, penataan kembali kepesertaan dimulai dari penentuan kriteria masyarakat miskin sampai kejelasan masa berlakunya kartu Askeskin. Penataan kewenangan serta menata struktur organisasi implementator juga merupakan langkah yang cukup strategis yang didahului oleh aktivitas monitoring dan evaluasi serta pembuatan SIM Askeskin.

Tahap pengorganisasian sebagai tahap awal persiapan implementasi pada kebijakan Askeskin masih memerlukan banyak penyempurnaan terutama dalam penentuan dan pengaturan sumber daya, unit organisasi pelaksana serta mekanisme dan prosedur yang digunakan. Penataan kelembagaan harus segera dilakukan dengan menata kembali struktur organisasi pelaksana yang selama ini ada dengan mempertimbangkan amanat UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Selain itu, sosialisasi harus terus dilakukan simultan dengan upaya meningkatkan kapasitas sumber daya lokal yang mencakup antara lain ketersediaan verifikator independen dan pendanaan.

REFERENSI

Buku

- Aldrich HE and S Midlin. 1978. *University and Dependence: Two Perspectives on The Environment*. In L Karpik (ed). *Organization and Environment*. London: Sage.
- Cheyne C., Mike O'Brien, and Michael Belgrave. 1998. *Social Policy in Aotearoa New Zealand: A Critical Introduction*. Auckland: Oxford University Press.
- Dunn W. 1981 dan 1994. *Public Policy Analysis: An Introduction*. Englewood Cliffs NJ: Prentice- Hall.
- 1994. *Public Policy Analysis: An Introduction*. Englewood Cliffs NJ: Prentice- Hall.
- Edward III GC. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington: Congressional Quarterly Press.
- Hecl H. 1972. *Review Article: Policy Analysis*. British Journal of Political Science, 2: 83-108.

- Hjern B. and DO Porter. 1981. *Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis*. *Organization Studies*, 2: 211-27.
- Jenkins WI. 1978. *Policy Analysis: A Political and Organizational Perspective*. London: Martin Robertson.
- Jones CO. 1984. *An Introduction to The Study of Public Policy*. California:Wadsworth, Inc.
- Mazmanian DH. and Paul Sabatier. 1983. *Implementation and Public Policy*. New York: Harper Collins.
- MHLW (Ministry Of Health, Labour and Welfare of Japan). Annual Report on Health and Welfare. Tokyo: MHLW.
- Levine S. and PW. White. 1961. *Exchange as a A Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationship*. *Administrative Science Quarterly*, 5: 583-601.
- Lowi TJ. 1972. *Four System of Policy Politics and Choice*. *Public Administration Review*, 32:298-310.
- Parsons W. 2006. *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktek Analisis Kebijakan*. Jakarta: Kencana.
- Pressman J. and A. Wildawsky. 1973. *Implementation*. Berkeley. University of California Press, 2nd edn, 1984.
- Ripley R. and G. Franklin. 1982. *Bureaucracy and Implementation*. Dorsey: Homewood III.
- Udoji CJO. 1981. *The African Public Servant: As A public Policy in Africa*. Addis Abeba: African Association for Public Administration and Management.
- Scharpf FW. 1978. *Interorganizational Policy Studies: Issues, Concepts, and Perpective*. Hanf and Scharpf (eds).
- Smith BC. 1976. *Policy Analysis in British Government*. London: Martin Robertson.
- Van Meter D. and C. Van Horn. 1975. *The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework*. *Administration and Society* 6: 445-88.
- Spicker P. 1995. *Social Policy: Themes and Approaches*. London: Prentice-Hall
- Suharto E. 1997. *Pembangunan, Kebijakan Sosial dan Pekerjaan Sosial Spektrum Pemikiran. Bandung: Lembaga Studi Pembangunan STKS (LSP-STKS)*.
- . 2001a. *Potensi Zakat Mal di Era Otda*. *Pikiran Rakyat*, edisi 24 Februari.
- . 2001b. *Menyoal Pembangunan Kesejahteraan Sosial*. *Media Indonesia*, edisi 1 Maret.
- . 2001c. *Kapitalisme dan Negara Kesejahteraan, Republika*, edisi 3 Agustus.
- . 2002a. *Globalisasi, Kapitalisme dan Negara Kesejahteraan: Mengkaji Peran Negara dalam pembangunan Kesejahteraan Sosial di Indonesia*.
- Tachyan. 2006. *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung: Puslit KP2W Lemlit UNPAD.

Internet

- Suharto Edi. 2003. *Konsepsi dan Strategi Jaminan Sosial*. <http://www.Policy.hu/suharto>,
- The Indonesia Poverty Analysis Program Website. 2008. *Memahami Masalah Kemiskinan di Indonesia*. <http://indopov.org/id.poverty.html>
- . 2008. *Kepesertaan Askeskin Belum Optimal*. <http://opini.wordpress.com/2007/09/15/kepesertaan-askeskin-belum-optimal/>
- . 2008. *Jumlah Peserta Askeskin 60 Juta Orang*. [Hhttp://www.suarakarya-online.com/news.html?id=126365](http://www.suarakarya-online.com/news.html?id=126365)
- . 2005. *Distribusi Askeskin Terkendala Administrasi*. <http://www.tempointeraktif.com/hg/nusa/jawamadura/2005>
- . 2008. *Premi Askeskin Kurang Memadai*. [Hhttp://www.media-indonesia.com/berita.asp?id=147258](http://www.media-indonesia.com/berita.asp?id=147258)