

BAB 6

PERUBAHAN DALAM PEMBIAYAAN: DESENTRALISASI, POLA TARIF DAN JAMINAN KESEHATAN SOSIAL

Julita Hendrartini
Ali Ghufron Mukti

PENGANTAR

Sejak tiga tahun yang lalu terjadi berbagai perkembangan dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan. Keadaan ini selain dipicu oleh krisis moneter yang melanda negara Indonesia yang berdampak pada berbagai sektor ekonomi, juga oleh perubahan-perubahan yang terjadi pada sektor politik dan sosial yang sangat cepat, antara lain dengan diimplementasikannya kebijakan desentralisasi.

Salah satu isu yang terus menggema dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah kecilnya persentase anggaran. Walaupun persentase anggaran kesehatan terhadap GDP meningkat dalam 2-3 tahun terakhir ini, namun relatif tetap kecil dibanding negara-negara tetangga. Sampai saat ini sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia memang masih mengandalkan pada pembayaran *out of pocket* yang berasal dari masyarakat dan menunjukkan kecenderungan terus meningkat. Pada tahun 1995 sebesar 54,0%, tahun 1998 sebesar 72,8% dan tahun 2000 sebesar 76,3%. Sebaliknya pembiayaan pemerintah mempunyai kecenderungan menurun, dari 46,0% pada tahun 1995 dan 23,7% pada tahun 2000¹¹⁷.

Secara makro, *public health expenditure* yang bersumber dari pemerintah pascadesentralisasi menunjukkan kecenderungan meningkat tajam sejak tahun 2000 sampai tahun 2002 mencapai hampir 0,80% dari GDP. Namun jika dibandingkan dengan negara Asia lain (Korea, Thailand, Philipina, dan Kamboja yang rata-rata di atas 1 –

3% dari GDP, pembiayaan kesehatan di Indonesia masih relatif rendah. Kondisi ini diperparah oleh realisasi dari anggaran ini berkisar antara 75%¹¹⁸.

Salah satu reformasi yang diusulkan dalam pembiayaan kesehatan adalah dengan cara mobilisasi sumber dana dari masyarakat dan swasta untuk membantu keterbatasan pemerintah dalam mendanai pelayanan kesehatan. Pada era otonomi seperti sekarang, potensi ini merupakan salah satu aset penting khususnya bagi daerah yang tergolong Pendapatan Asli Daerah (PAD)-nya rendah. Dalam situasi seperti ini mungkin langkah terpenting yang perlu dilakukan adalah bagaimana cara memobilisasi dana dari masyarakat sebagai sumber pembiayaan dalam bidang kesehatan melalui mekanisme asuransi kesehatan. Namun dalam prakteknya, pendekatan ini tidak mudah mengingat belum memadainya mutu pelayanan kesehatan, sehingga belum dapat memenuhi tuntutan pasien. Di sisi lain kepercayaan masyarakat kepada pemerintah pada saat ini semakin menurun, sehingga masyarakat pada umumnya kurang percaya terhadap program-program pemerintah apalagi yang terkait dengan penarikan dana masyarakat. Untuk mengatasi hal ini jelas diperlukan suatu sistem yang dapat menjamin akuntabilitas dana tersebut.

Kebijakan tentang pelaksanaan otonomi daerah pada dasarnya merupakan pemberian wewenang yang lebih besar pada suatu daerah dalam pembangunan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik daerah tersebut.

¹¹⁷ Trisnantoro, L., 2004, *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.

¹¹⁸ Somanathan, A., Rannan-Eliya, R.P., Fernando, T., 2004., *Indonesia Public Health Expenditure Review*. Report submitted to WHO Indonesia.

Salah satu risiko dari pelaksanaan otonomi daerah, khususnya dari sudut pandang pembiayaan kesehatan terletak pada kemungkinan bahwa pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan. Salah satu kebijakan tentang pembiayaan kesehatan di daerah yang pernah disepakati oleh para bupati dan walikota dalam era desentralisasi adalah alokasi dana APBD sebesar 15%. Namun, dalam kenyataannya kesepakatan ini baru merupakan suatu wacana karena dalam realisasinya persentase anggaran kesehatan di banyak daerah di Indonesia tidak banyak bergeser dari kondisi sebelum desentralisasi yaitu berkisar antara 2,5% sampai dengan 4% dan maksimum 7%. Secara umum orientasi dan prioritas pembangunan di daerah selama ini lebih ke arah pembangunan fisik yang relatif kasat mata dan mudah di evaluasi, sedangkan anggaran kesehatan dapat dipandang sebagai program nonfisik yang tidak menarik perhatian pemerintah lokal. Pengalaman masa lalu menunjukkan bahwa sebagian besar pengeluaran pemerintah daerah digunakan untuk administrasi dan pembangunan fisik, sementara program-program nonfisik banyak yang dibiayai dari pemerintah pusat.

Dalam konteks pembiayaan kesehatan di era otonomi ini tidak bisa lepas dari keadaan pemerintah daerah dan masyarakat. Sebagai contoh, bila pemerintah daerah miskin sementara mayoritas masyarakatnya kaya maka dimungkinkan biaya pelayanan kesehatan sebagian besar akan ditanggung oleh masyarakat dan subsidi pemda untuk pelayanan kesehatan bisa ditekan dan akan diprioritaskan untuk membiayai pelayanan kesehatan keluarga miskin (*gakin*) dan program-program yang sifatnya *public goods*. Pada masyarakat yang kaya maka sistem pelayanan kesehatan akan cenderung bergeser ke arah mekanisme pasar yang sesuai dengan *need* dan *demand* masyarakat tersebut meskipun fenomena ini bukan hal yang ideal. Sebaliknya pada pemerintah daerah yang miskin dan

masyarakatnya miskin, maka peranan pemda setempat akan cenderung kecil karena dalam situasi ini kemungkinan diperlukan peranan pemerintah pusat yang lebih besar¹¹⁹.

Setelah kebijakan desentralisasi ini berjalan kurang lebih selama 3 tahun, perubahan apa yang terjadi di sektor riil khususnya dalam pembiayaan kesehatan di daerah perlu dicermati lebih lanjut. Bagaimana strategi daerah dalam pembiayaan kesehatan agar mampu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan setelah kebijakan desentralisasi? Bagaimana pembiayaan keluarga miskin di masa mendatang? Siapa yang akan menjamin biaya pelayanan kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan? Permasalahan di atas akan dibahas di bawah ini dengan memberikan gambaran dan membandingkan data sebelum dan sesudah desentralisasi.

PERUBAHAN DALAM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Beberapa pengaruh desentralisasi terhadap pembiayaan kesehatan yang dibahas dalam makalah ini antara lain: pola tarif, subsidi pemerintah daerah untuk pembiayaan masyarakat miskin, dan penduduk di wilayahnya serta jaminan kesehatan (asuransi kesehatan).

1. Tarif Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas

Kenaikan tarif merupakan salah satu solusi yang banyak ditempuh pemda yang PAD-nya rendah untuk meningkatkan pendapatan institusi pelayanan kesehatan dan mengurangi beban pembiayaan daerah. Salah satu kebijakan yang menggembirakan pascadesentralisasi adalah ketentuan pemda yang tidak mengharuskan semua pendapatan puskesmas disetor ke kas negara. Kenyataannya semakin besar pendapatan yang disetorkan belum tentu alokasi institusi kesehatan tersebut juga semakin besar. Sudah banyak pemerintah daerah yang mengambil kebijaksanaan untuk mengembalikan 100%

¹¹⁹ Trisnantoro, L. (2002). "Pengaruh Desentralisasi terhadap lembaga lembaga pelayanan kesehatan di Indonesia", makalah, *workshop* Desentralisasi, Yogyakarta

revenue tersebut kepada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan. Dengan demikian diharapkan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas dan kinerja fasilitas kesehatan tersebut.

Salah satu kebijakan dalam masalah pembiayaan kesehatan di atas adalah dengan mendorong kemandirian puskesmas dan memberikan subsidi langsung kepada masyarakat setempat. Salah satu istilah yang digunakan adalah puskesmas swadana. Namun, dalam implementasinya di daerah pengertian puskesmas swadana ini masih bervariasi, dari mulai peningkatan tarif puskesmas, subsidi terbatas sampai subsidi penuh dari pemerintah daerahnya.

Sebagai contoh, puskesmas di Kabupaten Sleman pada tahun 2003 menaikkan tarif dari Rp600,00 menjadi Rp3.500,00 bagi penduduk Sleman dan Rp9.800,00 bagi penduduk di luar Sleman. Rancangan kenaikan tarif ini mulai dirancang sejak tahun 2000, dan disahkan Perdana tahun 2002 dan sejak bulan Januari 2003 diimplementasikan. Pendapatan yang diperoleh dari pasien ini dikelola sepenuhnya oleh puskesmas untuk jasa pelayanan dan menunjang biaya operasional. Sementara dana operasional puskesmas tetap dianggarkan melalui APBD yang besarnya tidak jauh berbeda dengan kondisi sebelum kenaikan tarif, yaitu sekitar Rp50 juta hingga Rp60 juta per tahun per puskesmas.

Kebijakan yang serupa juga dapat dilihat dari rancangan perda untuk tarif puskesmas di Kota Yogyakarta, yang akan menerapkan tarif yang berbeda untuk penduduk wilayahnya dan penduduk luar wilayah. Dalam rancangan perda tahun 2004 ini, tarif puskesmas naik dari Rp600,00 menjadi Rp4.000,00 (di luar tindakan), namun untuk penduduk kodya mendapat potongan 20%.

Kebijakan menetapkan pola tarif yang berbeda beda ini merupakan salah satu dampak desentralisasi, yang pada dasarnya pemerintah

berniat mensubsidi masyarakat di wilayahnya, tidak untuk penduduk di luar wilayah. Hal ini semakin menjadikan terkotak kotaknya pelayanan kesehatan dasar dan juga akan mengurangi akses penduduk yang secara fisik dekat dengan puskesmas, namun secara kewilayahan masuk kabupaten lain (wilayah perbatasan).

Sebaliknya, bagi pemda yang mempunyai PAD tinggi, kebijakan yang diambil adalah dengan membebaskan biaya pelayanan kesehatan di puskesmas sebagai salah satu subsidi pemda untuk masyarakat di daerahnya. Subsidi ke arah *demand* ini dapat merupakan cara yang efektif jika pengguna puskesmas adalah penduduk miskin. Namun, penelitian yang pernah dilakukan oleh Susilowati (2004)¹²⁰ persentase rumah tangga yang mendapatkan potensi akses dan akses riil baik di perkotaan sebesar 34,4%, sedangkan di pedesaan sebesar 26,9%. Sebaliknya, kelompok potensi akses dan akses riil buruk lebih banyak terdapat di pedesaan (25,2%) daripada di perkotaan (17,7%). Pada kelompok paling miskin, jumlah yang tidak memiliki potensi akses dan tidak mendapatkan akses riil lebih besar daripada yang memiliki potensi akses dan akses riil baik, sebaliknya pada kelompok paling kaya lebih besar persentasenya masyarakat yang memiliki potensi akses dan akses riil baik. Artinya, ada *inequity* pembiayaan kesehatan karena subsidi pemerintah justru dinikmati oleh masyarakat mampu. Oleh karena itu, beberapa pemda kaya memilih memberikan subsidi melalui mekanisme asuransi kesehatan untuk memberikan jaminan dan akses pelayanan kesehatan penduduknya. Sebagai contoh Pemda Kabupaten Musi Banyu Asin dan Tarakan membayar premi penduduknya kepada PT Askes, sedangkan di Purbalingga dan di DIY melalui Bapel.

Salah satu pemda yang menerapkan kebijakan pelayanan di puskesmas gratis adalah Kota Medan. Di samping menggratiskan

¹²⁰ Susilowati (2004) "Ketidakmerataan Akses Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan di Indonesia "Disertasi dalam Ilmu Kesehatan. UGM (tidak terbit)..

pelayanan puskesmas, pemerintah daerah juga memberikan insentif tambahan bagi tenaga di puskesmas. Seorang dokter di puskesmas rata-rata mendapatkan tambahan sekitar Rp600.000,00 per bulan, yang diharapkan mampu untuk meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas dan keberadaan dokter di puskesmas.

Data sebelum desentralisasi tahun 1999/2000 menunjukkan bahwa Kota Medan merupakan daerah yang sumber dana pembiayaan kesehatan dari pemerintah relatif kecil dibandingkan dari masyarakat (Tabel III.4). Namun, setelah desentralisasi tampaknya pembiayaan dari pemerintah justru semakin besar dan hal ini dibuktikan dengan kemampuan pemerintah dalam mensubsidi tenaga dan pelayanan di puskesmas.

Tabel III.4 . Biaya kesehatan per kapita di beberapa daerah di Indonesia tahun 1999/2000 (dalam USD)

Kab/Kota	Pemerintah	Masya rakat	Total
Tangerang	0.77	3.74	4.51
Bandar Lampung	1.60	7.53	9.15
Buton	0.41	1.26	1.67
Kendari	0.71	2.52	3.23
Gresik	0.70	5.99	6.68
Palembang	0.79	4.73	5.52
Dairi	2.94	4.79	7.73
Karo	5.76	4.71	10.47
Medan	1.19	7.60	8.79

Sumber data: Gani (2000)¹²¹

2. Pembiayaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (Gakin)

Sebelum kebijakan desentralisasi pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin (gakin) di Indonesia dilakukan melalui program JPSBK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan) yang sumber dana awalnya berasal dari bantuan luar negeri. Mekanisme penyaluran dana langsung masuk ke rekening puskesmas. Permasalahan dana bantuan luar negeri adalah kelangsungannya yang tidak dapat dijamin.

Setelah dana tersebut habis, pemerintah mensubsidi pembiayaan kesehatan langsung ke arah *demand* melalui pembiayaan gakin di rumah sakit dengan program PKPS BBM (Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak), yang dananya langsung di alokasikan ke rumah sakit. Dana PKPS BBM di rumah sakit dapat digunakan untuk pembiayaan gakin yang berobat ke rumah sakit tersebut berdasar atas tarif paket (paket pelayanan esensial/PPE yang ditetapkan RS yang bersangkutan dan disahkan melalui perda. Masalah yang dihadapi adalah belum adanya standar pelayanan medis yang baku yang diacu oleh rumah sakit, khususnya dalam standar terapi dan jasa medis. Akibatnya, tarif PPE yang berbasis *service cost* sangat bervariasi dan adanya dugaan penggunaan dana yang tidak efisien. Kondisi ini semakin parah dengan adanya fakta di beberapa daerah dana ini tidak mencukupi sehingga mengganggu pelayanan kesehatan gakin di RS, seperti dalam evaluasi pembiayaan PKPS BBM di daerah Bengkulu dan DIY di bawah ini.

a. Evaluasi Pembiayaan Gakin di Rumah Sakit (dana PKPS BBM)

Hasil evaluasi yang dilakukan di Kabupaten Bengkulu Utara menunjukkan bahwa penggunaan dana PKPS BBM di RS belum efektif dan efisien, seperti yang terjadi di RS Arga Makmur (Tabel III.5).

Sebagaimana terjadi pada kasus partus normal pada gakin, yang biayanya rata-rata tiga kali lebih besar dibanding pasien nongakin di kelas yang sama (kelas III). Bila dibandingkan dengan tarif perda yang berlaku (dibuat tahun 1999) pada kasus persalinan normal pada bangsal kelas III dengan pelayanan dokter spesialis, jasa medik dan kesehatan hanya sebesar Rp84.375,00. Namun, jasa yang tertera di tarif PPE sebesar Rp339.000,00 (hampir 4 kali lebih besar).

¹²¹ Gani, A. (2000). "Pembiayaan Kesehatan di Indonesia", makalah seminar Pembiayaan Kesehatan di Era Ekonomi, UGM, Yogyakarta

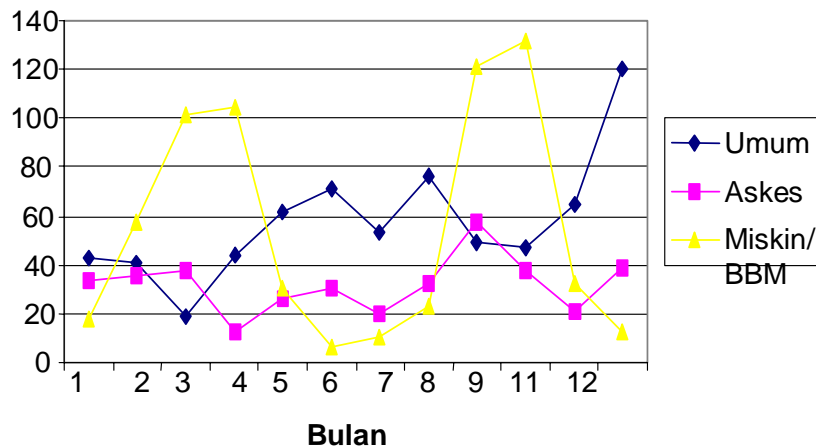
Jadi, ada selisih Rp254.625,00 apabila dengan menggunakan tarif PPE. Dugaan adanya *moral hazard* juga muncul dari tingginya kasus operasi sesar untuk gakin (30% dari kasus kelahiran normal jauh lebih tinggi dari angka nasional dan angka persalinan normal di rumah sakit yang sama)¹²². Sebagai perbandingan rasio persalinan dengan *sectio caesaria* untuk pasien umum berkisar antara 10 – 15% dari kasus persalinan. Sistem pembayaran jasa medis dan jasa kesehatan pada pelaksanaan program PKPS BBM di RSUD Arga Makmur dengan cara mengajukan klaim pembayaran kepada pengelola program (dalam hal ini rumah sakit sendiri), sangat memungkinkan untuk terjadinya *unnecessary utilization* seperti tindakan operasi *sectio caesaria*. Apabila tidak ada

etika yang kuat, maka dengan mudah akan terjadi tindakan *sectio caesaria* pada pasien yang sebenarnya tidak perlu dilakukan. Model pembayaran dengan cara mengajukan klaim dengan dana yang sudah tersedia sesuai PPE, pada pelaksanaan PKPS BBM di RSUD Arga Makmur menyebabkan terjadinya *supplier induced demand* dan pemborosan keuangan program.

Salah satu akibat dari penggunaan dana yang tidak efektif dan efisien adalah masalah ketidakcukupan dana dan utilisasi pasien pada bulan-bulan tertentu pada saat dana turun. Oleh karena itu, dana yang diperuntukkan untuk 6 bulan akan habis dalam 3 bulan (Gambar III.6). Akibatnya, gakin yang berobat saat dana tersebut habis terpaksa tidak dapat dilayani.

Tabel III.5. Evaluasi Penggunaan Dana PKPS BBM untuk Partus Normal di RS Arga Makmur, Bengkulu

No	Uraian Penggunaan dana	Besarnya dana (Rp)	Prosentase (%)
1.	Jasa Medik & Kesehatan	339.000,-	58,42
2.	Pembelian obat	136.000,-	23,44
3.	Bahan Habis Pakai (BHP)	47.050,-	8,11
4.	Laboratorium	10.000,-	1,72
5.	Akomodasi	45.000,-	7,76
6.	Administrasi	3.250,-	0,56
Total		580.300,-	100,00



Gambar III.6. Kunjungan pasien umum, Askes dan Gakin di RSUD Arga Makmur

¹²² Mufianto dan Hendrartini, J. (2004). Evaluasi Pembiayaan Gakin di RSUD Arga Makmur-Bengkulu Utara, artikel ilmiah, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* (in press)

b. Evaluasi tarif PPE di Daerah Istimewa Yogyakarta

Kajian yang dilakukan untuk mengevaluasi efisiensi dan efektivitas tarif PPE dalam rangka mempersiapkan sistem pembiayaan gakin di DIY menunjukkan adanya variasi biaya yang cukup tinggi di antara lima RSUD di wilayah DIY. Sebagai contoh, PPE untuk partus normal di lima RSUD lihat tabel III.6.

Data di atas menunjukkan variasi biaya antara lima RSUD, khususnya pada komponen jasa medis dan tindakan (antara Rp112.000,00 hingga Rp671.400,00) dan farmasi (antara Rp42.600,00 hingga Rp335.450,00). Fakta di atas menunjukkan bahwa perlu dirumuskan standar pelayanan untuk orang miskin yang benar-benar esensial (sesuai dengan *medical need*) di tingkat nasional yang dapat dijadikan acuan dalam penetapan standar pelayanan kesehatan. Tanpa adanya standar pelayanan medik yang baku, maka sulit ditetapkan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Pertanyaannya adalah siapa yang berwenang untuk menetapkan standar medik ini? Apakah harus ada di tingkat pusat/nasional atau daerah berhak menetapkan standar ini dengan risiko standar pelayanan yang berbeda-beda?

Permasalahan yang sama juga menyangkut jasa medis, apakah tidak mungkin di atur standar jasa medik di tingkat nasional seperti negara

tetangga kita di Malaysia atau akan ditetapkan berdasar kemampuan daerah, yang mempunyai konsekuensi terhadap pemerataan tenaga kesehatan. Seperti yang terjadi setelah desentralisasi ini, daerah yang PAD-nya tinggi mampu memberikan insentif tenaga kesehatan jauh lebih tinggi dibanding daerah yang PAD-nya rendah. Yang menjadi permasalahan adalah bagaimana nasib daerah yang PAD-nya rendah dan masyarakat miskin, sehingga tidak mampu memberikan insentif tinggi untuk menarik minat tenaga medis, khususnya dokter spesialis untuk tinggal di sana?

Untuk mengatasi masalah pembiayaan kesehatan gakin, khususnya untuk sustainabilitas dana, beberapa daerah mencoba menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial untuk membiayai gakin di daerahnya, sebagai mana yang ditempuh oleh Provinsi DIY, melalui sistem Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos).

3. Kasus Jamkesos DIY

Salah satu kebijakan yang ditempuh oleh pemerintah Provinsi DIY dalam menjamin akses pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin (gakin) adalah melalui suatu sistem jaminan kesehatan sosial yang disebut dengan Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos). Pembiayaan kesehatan gakin ini merupakan perubahan sistem pembiayaan kesehatan dari sistim *block grant* program PKPS

Tabel III.6. Rangkuman Tarif PPE di lima RSUD di Provinsi DIY untuk Partus Normal

Jenis pelayanan	RSUD A	RSUD B	RSUD C	RSUD D	RSUD E
Akomodasi (LOS rata rata 3 hari)	60.000	76.800	152.500		48.600
Jasa medis dan tindakan	178.400	113.000	671.400	112.000	183.300
Pemeriksaan Penunjang	16.400	10.700	34.000	-	-
Farmasi : Obat dan BMHP	98.100	42.600	335.450	56.000	172.350
Lain lain	10.500	3.100	12.500		
TOTAL	363.400	246.200	1.205.850	178.000*)	396.100

BBM ke sistem asuransi kesehatan sosial. Hal ini merupakan *exit strategy* untuk mengatasi kelangsungan dan kekurangan dana PKPS BBM.

Sebagai langkah awal untuk membiayai pelayanan kesehatan bagi gakin, dilakukan penggalan sumber dana yang ada di masing masing daerah, dana PKPS BBM di rumah sakit dan ditambah dengan kontribusi daerah sesuai dengan kebutuhan dan jumlah gakin di masing masing wilayah sebagai premi. Dana untuk premi keluarga miskin di DIY berasal dari sumber-sumber sebagai berikut:

Dana premi gakin yang diperlukan: Rp35.982.960.000,00
 Dana yang telah tersedia: Rp29.261.037.000,00
 Kekurangan Dana: Rp6.721.923.000,00
 (Diharapkan dari kontribusi daerah)

Kontribusi Daerah dalam Pembiayaan Kesehatan Gakin

Untuk pembiayaan gakin di daerahnya, pemda setempat diminta untuk mengiur biaya untuk mengatasi kekurangan dana yang tersedia saat ini. Kontribusi daerah tidak harus berupa *cash money* yang harus disetor ke Bapel Jamkesos, namun dapat berupa menanggung risiko

pembiayaan kesehatan, menanggung bersama klaim gakin di RSUD dengan dana APBD dan Bapel Jamkesos. Sebagai contoh Pemda Kota Yoga menanggung biaya kapitasi ke puskesmas dan membayar biaya gakin di RS pada bulan Juni sampai dengan Agustus 2003, setelah itu baru di klaim ke Bapel Jamkesos.

Tata Hubungan Kerja antara Jamkesos dengan masing masing daerah.

Sebelum ini pembiayaan kesehatan orang miskin melalui JPSBK yang aturan mainnya ditetapkan oleh pusat. Ketika Jamkesos diimplementasikan di DIY, yang pada awalnya akan diterapkan satu sistem yang sama di tingkat provinsi ternyata menghadapi berbagai kendala dari daerah. Kebijakan desentralisasi ini mempunyai pengaruh terhadap tata hubungan kerja Bapel Jamkesos, khususnya mekanisme pengelolaan dana yang bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain sesuai dengan aspirasi daerah. Kebijakan daerah setempat, peran bupati dan *stakeholder* terkait lain mempengaruhi tata hubungan kerja ini. Sebagai contoh kontrak antara Bapel Jamkesos dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) tingkat I:

Tabel III.7. Sumber Dana Premi Gakin dalam Program Jamkesos Provinsi DIY

NO	Institusi	Pemerintah Kabupaten		Pemerintah Pusat		
		Obat	Op. Pusk	PKPS - BBM	JPS - BK	APBN
1	Kota Yogyakarta	1,780,000	36,000	522,780	287,000	-
2	Bantul	2,230,000	52,000	510,007	1,018,000	-
3	Kulonprogo	1,690,000	40,000	679,614	817,000	-
4	Gunungkidul	2,350,000	58,000	727,139	1,075,000	-
5	Sleman	2,560,000	60,000	605,949	808,000	-
6	RS Sardjito	-	-	4,528,968	-	-
7	RSJ Pakem	-	-	825,580	-	-
8	Propinsi	-	-	-	-	6,000,000
Jumlah		10,610,000	246,000	8,400,037	4,005,000	6,000,000
Subtotal			10,856,000			18,405,037
Total Seluruhnya						29,261,037

sumber : Laporan Kesiapan Jamkesos (2003)¹²³

*123Jamkesos, 2003, *Laporan Kesiapan Jamkesos*, Yogyakarta

- a. Di Kabupaten Sleman: Kontrak antara Bapel Jamkesos dengan kepala dinas kesehatan kabupaten selaku wakil PPK I dan II. Mekanisme pembayaran bapel ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman berbasis kapitasi kapitasi dan dana global alokasi *budget* RS (sekitar 110%) dari penyerapan dana tahun lalu) diserahkan melalui UPTD JPKM Sleman. Namun pembayaran dari UPTD bapel JPKM ke puskesmas berbasis klaim *reimbursement* berdasar tarif perda untuk masyarakat Sleman. RS dengan klaim *reimbursement*.
- b. Di Kabupaten Bantul, kontrak dilakukan antara bapel dengan sekda (Sekretaris Daerah) yang mewakili pemda yang mempunyai kewenangan selaku pemilik RSUD dan puskesmas. Untuk pelayanan RS klaim langsung ke bapel provinsi. Masalah yang muncul adalah masalah tarif RS karena RS sudah swadana maka tarif kelas II dianggap sebagai barometer untuk *unit cost* pelayanan. Di sisi lain, aturan bapel mengharuskan kelas III. Solusinya adalah bapel membayar kelas II sesuai dengan tuntutan RS. Untuk pembayaran PPK tingkat I dana diserahkan langsung dari bapel ke rekening kepala puskesmas berbasis kapitasi Rp500,00 per bulan dan puskesmas dengan TT sebesar Rp550,00. Dinas kesehatan kabupaten tidak dilibatkan langsung dalam mekanisme ini, tetapi tetap dilibatkan dalam proses sosialisasi dan sebagai pemegang program tetap jalan.
- c. Di Kabupaten Kulonprogo, kontrak antara bapel dengan kepala dinkes kabupaten selaku atasan langsung puskesmas dan direktur RS selaku PPK tingkat II. Dana dari bapel langsung disetor ke rekening kepala puskesmas berbasis kapitasi Rp500,00. Pembayaran ke RS dengan model klaim menggunakan kelas III. Puskesmas dengan TT mengajukan klaim ke bapel dengan pola tarif RSUD kelas III karena belum adanya perda yang mengatur pola tarif puskesmas rawat inap.
- d. Kabupaten Gunungkidul, kontrak antara bapel dengan kepala dinkes kabupaten dan direktur RS. Dana kapitasi untuk puskesmas dilewatkan kepala dinkes kabupaten baru diserahkan ke puskesmas. RS mengajukan klaim sesuai dengan tarif kelas III
- e. Kota Yogyakarta, kontrak antara bapel dengan direktur RS, sedangkan untuk puskesmas belum dilakukan kontrak karena pemda kota masih mempunyai dana APBD untuk pembayaran kapitasi Rp500,00 di puskesmas sebagai salah satu bentuk kontribusi daerah terhadap program Jamkesos (sebagai solusi untuk mengatasi masalah birokrasi keuangan daerah).

Kenyataan di atas membuktikan bahwa kebijakan desentralisasi ini akan mempunyai implementasi dan variasi mekanisme yang berbeda beda antarkabupaten sesuai dengan aspirasi daerah masing-masing dalam implementasi program Jamkesos di DIY ini. Tentunya hal ini masih memerlukan kajian lebih lanjut untuk dapat melihat mekanisme mana yang paling baik dan apakah perbedaan ini juga akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan.

Gambar III.7. Tata Hubungan Kerja JPK Gakin Jamkesos Provinsi DIY tahun 2003

4. **Pembiayaan daerah untuk pelayanan kesehatan pascadesentralisasi**

a. **Kabupaten Sumba Timur**

Perwakilan daerah Kabupaten Sumba Timur telah menunjukkan komitmennya dalam investasi untuk peningkatan pelayanan kesehatan dan **DINKES&KESOS PROP.** **WALIAMANAH**

Bupati daerah ini telah berjanji menawarkan akses pelayanan kesehatan cuma-cuma bagi keluarga miskin baik di pelayanan tingkat pertama maupun **DINKES KAB/KOTA** dan di run **BAPEL** dit dengan pendekatan sistem jaminan. Setelah diberlakukan desentralisasi, anggaran kesehatan di Sumba Timur telah meningkat beberapa tahun terakhir ini. Hal ini dapat dilihat anggaran APBD II untuk kesehatan telah meningkat dari Rp8,5 miliar pada tahun 2001 menjadi Rp17,6 milyar pada tahun 2003 (Tabel III.9). Lebih menggembarakan lagi pemda telah siap mengalokasikan dana lebih besar yang bersumber dari anggaran daerah sendiri untuk menjamin akses pelayanan kesehatan yang lebih baik. Dengan demikian, di Sumba Timur setelah desentralisasi terjadi peningkatan komitmen dan dana pembiayaan kesehatan oleh pemerintah.

Walaupun demikian, dana yang telah dialokasikan oleh pemerintah daerah hanya memiliki dampak yang terbatas terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Analisis anggaran dinas kesehatan menunjukkan bahwa lebih dari dua pertiganya diperuntukkan pembayaran gaji dan investasi infrastruktur. Hanya 16.5% anggaran dinas kesehatan yang langsung diperuntukkan pelayanan kesehatan tingkat pertama (obat, biaya operasional puskesmas, subsidi bagi keluarga miskin).

Baru-baru ini Depkes telah memilih Kabupaten Sumba Timur menjadi salah satu kabupaten dari lima belas kabupaten percontohan di seluruh Indonesia lokasi diujikan alternatif mekanisme alokasi anggaran dari subsidi minyak (PKPS BBM). Anggaran kurang lebih sebesar Rp1.8 milyar secara khusus dialokasikan untuk keluarga miskin di Kabupaten Sumba Timur melalui dinas kesehatan. Sampai sekarang anggaran keluarga miskin tersebut (JPS BK) dialokasikan secara langsung pada pemberi pelayanan kesehatan dengan hanya sedikit kendali terhadap pemanfaatannya. Beberapa bukti yang ada dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa dampak anggaran tersebut terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan pemanfaatannya oleh keluarga miskin ternyata rendah.

BPKP
IRJEN
LSM

BUPATI

PESERTA

PPK I

PPK II

PPK III

Tabel III.8. Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Sumba Timur

Sumber Biaya	2001	2002	2003
A Pusat (Dekonsentrasi)			
DIP		630,833,000	1,721,950,000
DIK		266,572,000	1,438,890,000
BLN		770,000,000	290,000,000
JPS Gakin Dinas + RS	1,623,297,000	1,963,598,614	3,046,634,000
Subtotal	1,623,297,000	3,631,003,614	6,497,474,000
B Provinsi			
DIP DA I			467,069,733
SUMBER LAIN (GTZ)		500,000,000	1,051,650,000
SUMBER LAIN (UNFPA)		20,925,000	
Subtotal		520,925,000	1,518,719,733
C Kabupaten/Kota			
DIP DA II (DAU)	2,245,000,000	1,600,000,000	8,658,765,700
DIKDA II	6,113,924,600	8,503,776,500	8,938,871,500
Subtotal	8,358,924,600	10,103,776,500	17,597,637,200
Total Rupiah Murni	9,982,221,600	14,255,705,114	25,613,830,933

Sumber: Theresia, 2003¹²⁴

Oleh karena itu, muncullah gagasan untuk menyatukan dana yang dialokasikan oleh pemerintah pusat dan dana tambahan yang telah dijanjikan oleh pemerintah daerah menjadi satu “Dana Jaminan Kesehatan”. Dalam era desentralisasi ini untuk daerah uji coba dapat mengembangkan model alokasi dan manajemen yang baru tentang sumber daya kesehatan tersebut. Tujuannya untuk menjamin keadilan dan pemerataan yang lebih baik melalui *targeting* penduduk yang termiskin di kabupaten ini, menjamin peningkatan kualitas pelayanan melalui mekanisme insentif pada pemberi pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih efisien dengan cara perbaikan sistem akuntansi dan anggaran di fasilitas pelayanan kesehatan¹²⁵.

Di Kabupaten Sumba Timur, diharapkan kemudian hari, sistem yang diusulkan tersebut dapat berkembang dengan sendirinya menjadi skema asuransi kesehatan sosial: pemerintah daerah akan membayar premi keluarga miskin sedangkan penduduk yang tidak miskin dapat ikut menjadi peserta sistem asuransi kesehatan sosial tersebut dengan membayar sendiri iuran preminya. Hal ini tentu akan dicarikan bentuk yang sejalan dengan kebijakan di tingkat nasional.

Dengan pengelolaan pembiayaan kesehatan era desentralisasi ini diharapkan akan memberikan konsekuensi-konsekuensi sebagai berikut:

- Peningkatan insentif bagi pemberi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi penduduk
- Peningkatan sistem akuntansi dan transparansi transaksi keuangan di tingkat puskesmas.
- Peningkatan partisipasi masyarakat dalam pengelolaan dana kesehatan bagi keluarga miskin
- Peningkatan efisiensi pemberian pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan puskesmas melalui pemanfaatan dana yang tersedia dengan lebih baik.

b. Pembiayaan Kesehatan di Kabupaten Kutai Kartanegara

Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Kutai Kartanegara dari sumber pemerintah baik dinkes maupun nondinkes kontribusinya cukup besar terhadap total anggaran kesehatan di daerah tersebut, yaitu pada tahun 1999 sampai dengan 2001, sebesar 32,35%, 22,80% dan 29,34%. Walaupun jika dilihat dari persentase terhadap

¹²⁴ Theresia R. (2003). Hasil studi *district health account* 2001-2003, *makalah*, Presentasi di depan Pemerintah daerah Kabupaten Sumba Timur.

¹²⁵ Mukti A G and Servais G. (2003). Cara baru skema pengembangan asuransi kesehatan bagi keluarga miskin di Sumba Timur. *makalah*, Presentasi Pertemuan GTZ di Bali. 29-9-2003.

APBD relatif kecil yaitu kurang dari 2%, secara kuantitas menunjukkan kenaikan yang cukup signifikan, yaitu dari Rp1,473 milyar pada tahun 1999, meningkat menjadi Rp15,748 milyar pada tahun 2001 (Tabel III.9).

c. Pembiayaan Kesehatan di Kota Balikpapan

Seperti halnya di Kabupaten Kutai, pembiayaan kesehatan di Kota Balikpapan juga menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan pada tahun 2001, yaitu dari Rp509.710.000,00

pada tahun 1999 menjadi Rp1.316.500.000,00 pada tahun 2001 (kenaikan 258%).

Hal yang menarik dari pembiayaan di Kota Balikpapan ini adalah sumber pembiayaan kesehatan di luar dinkes yaitu : pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial, dan Dinas Pendidikan yang menunjukkan kenaikan dari tahun ke tahun, bahkan pada tahun 2001 meningkat sebesar 402,77% dibanding tahun sebelumnya (Tabel III.10).

Tabel III.9. Pembiayaan Kesehatan Menurut Instansi di Kabupaten Kutai Kartanegara (Dalam Juta Rupiah)

No	Instansi	1999	2000	2001
1	Dinas Kesehatan			
a.	Jumlah anggaran	1.152,46	5.605,71	15.150,76
b.	Anggaran Kesehatan	1.152,46	5.605,71	15.150,76
c.	% Anggaran Kesehatan	100,0	100,0	100,0
2	7 Instansi Non Dinkes *)			
a.	Jumlah anggaran	3.403,01	20.293,14	38.530,16
b.	Anggaran Kesehatan	321,40	300,69	587,63
c.	% Anggaran Kesehatan	9,44	1,48	1,55
3	Dinkes + 7 Instansi Non-Dinkes			
a.	Jumlah anggaran	4.555,53	25.898,84	53.680,92
b.	Anggaran Kesehatan	1.473,86	5.906,35	15.748,58
c.	% Anggaran Kesehatan	32,35	22,80	29,34
4	APBD II <small>Sumber: Budiarto dan Ristrini (2003)¹²⁶</small>			
a.	Jumlah APBD II <small>*) 7 Instansi non dinas kesehatan yang menganggarkan program kesehatan: RSUD, Pemda, BKKBN, Askes, Disnakertrans, Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan nasional</small>	74.526,76	454.188,69	887.154,83
b.	Anggaran Kesehatan	1.473,86	5.906,35	15.748,58
c.	% Anggaran Kesehatan terhadap APBD	1,98	1,30	1,76

¹²⁶ Budiarto, W dan Ristrini, (2003). Studi Tentang Pembiayaan Kesehatan oleh Pemerintah Sebelum dan Selama Otonomi Daerah di Provinsi Kalimantan Timur, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 02 (06) : 97 - 109

Tabel III.10. Pembiayaan Kesehatan Menurut Instansi di Kota Balikpapan
(Dalam Juta Rupiah)

No	Instansi	1999	2000	2001
1	Dinas Kesehatan			
	a. Jumlah anggaran	509,71	787,24	1.316,50
	b. Anggaran Kesehatan	509,71	787,24	1.316,50
	c. % Anggaran Kesehatan	100,0	100,0	100,0
2	7 Instansi Non Dinkes *)			
	a. Jumlah anggaran	1.631,56	1.854,51	6.927,19
	b. Anggaran Kesehatan	76,00	134,53	676,38
	c. % Anggaran Kesehatan	4,66	7,25	9,76
3	Dinkes + 7 Instansi Non-Dinkes			
	a. Jumlah anggaran	2.141,26	2.641,75	8.243,69
	b. Anggaran Kesehatan	585,71	921,78	1.992,88
	c. % Anggaran Kesehatan	27,35	34,89	24,17
4	APBD II			
	a. Jumlah APBD II	49.566,42	106.588,76	192.218,26
	b. Anggaran Kesehatan	585,71	921,78	1.992,88
	c. % Anggaran Kesehatan terhadap APBD	1,18	0,86	1,04

Kondisi tersebut berbeda dengan Kabupaten Kutai, dimana pembiayaan kesehatan yang bersumber dari instansi nondinas kesehatan ini justru menunjukkan adanya penurunan yang cukup tajam. Kenaikan tersebut menunjukkan bahwa peran instansi nondinkes kota Balikpapan sangat besar. Oleh karena itu, perlu kerja sama lintas sektor, baik berupa dukungan anggaran maupun partisipasi staf dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

5. Desentralisasi, Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Salah satu argumen dalam pelaksanaan otonomi dan desentralisasi daerah bahwa pemerintah daerah harus mampu menyediakan pelayanan publik sesuai dengan kebutuhan masyarakat daerah. Perlu dikembangkan standar pelayanan minimal yang akan sangat bermanfaat

baik bagi pemerintah daerah maupun bagi masyarakat konsumen dari pelayanan kesehatan serta untuk menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan pelayanan publik kesehatan. Kepmenkes No. 1457/Menkes/SK/X/2003 yang mewajibkan kabupaten/kota untuk memberikan pelayanan kesehatan masyarakat berdasarkan SPM (26 jenis pelayanan dan 54 indikator). Masalahnya, daerah belum menghitung berapa biaya pelayanan yang masuk dalam standar pelayanan minimal tersebut. Siapa yang harus menanggung biaya pelayanan minimal tersebut? Jika daerah, dan ternyata daerah belum mampu menghitung apalagi melaksanakan lalu "punishment" apa yang akan diberikan ke daerah? Setelah desentralisasi berjalan tiga tahun ini belum ada kejelasan. Penelitian dan observasi serta evaluasi tentang kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan ini perlu dilakukan.

6. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri (sebagai peserta wajib PT Askes) Pascadesentralisasi

Pembayaran premi asuransi kesehatan bagi pegawai negeri sipil selama ini ditanggung oleh pegawai yang bersangkutan sebesar 2% dari gaji pokok. Dari evaluasi selama ini dana ini tidak mencukupi kebutuhan akan pelayanan medis dan salah satu dampaknya adalah pembayaran iur biaya yang cukup tinggi. Oleh karena itu, pemerintah selaku majikan dari pegawai negeri diminta mengiur sebagian dari premi (2%) secara bertahap, sebagaimana yang terjadi di negara-negara lain yang menerapkan asuransi sosial, sehingga terbitlah PP No. 28 Tahun 2003 yang menguatkan kebijakan ini. PP No. 28 Tahun 2003 ini memuat tentang kontribusi pemerintah daerah dalam pembiayaan kesehatan untuk pegawai negeri di daerah.

Masalah yang dihadapi adalah banyaknya pegawai negeri yang tadinya berstatus pegawai pusat menjadi pegawai daerah. Hal ini tentunya akan berdampak pada beban daerah tersebut, sehingga untuk pelaksanaan PP No. 28 Tahun 2003 tersebut diperlukan negosiasi per daerah yang bersangkutan. Hal ini perlu dilakukan mengingat kemampuan daerah yang berbeda-beda. Ada daerah yang mampu membayar, namun ada juga daerah yang belum mampu bayar.

Sebagai contoh untuk lima kabupaten/kota di Provinsi DIY pada tahun 2003 ini baru mampu membayar 0,5% dari kewajiban yang ditetapkan (2%), sementara untuk Provinsi Jawa Tengah ada tiga kabupaten yang menyatakan kesediaan untuk membayar 2% (Cilacap, Pemalang, dan Kota Pekalongan). Sementara delapan kabupaten yang bersedia membayar 1% (Karanganyar, Magelang, Banyumas, Tegal, Kudus, Jepara, Rembang, dan Blora) dan sisanya membayar 0,5%.

Kebijakan desentralisasi ini juga mempunyai pengaruh terhadap kebijakan PT Askes. Salah satunya, penetapan tarif paket Askes yang selama ini berdasar Surat Keputusan Bersama (SKB) dua menteri, yaitu Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri. Isinya adalah besaran tarif *reimbursement* peserta Askes

yang berlaku sama di seluruh rumah sakit di Indonesia. Namun, dalam kebijakan tahun 2004 yang akan diterapkan adalah tarif negosiasi yang akan mempertimbangkan biaya pelayanan kesehatan di daerah tersebut dan kemampuan daerah dalam mensubsidi atau membayar tambahan premi bagi PNS di daerahnya. Tarif *reimbursement* PT Askes ini nantinya tidak lagi merupakan SKB karena surat keputusan ini hanya akan dilakukan oleh Menteri Kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh kebijakan desentralisasi daerah terhadap penerapan tarif paket Askes atau dengan kata lain PT Askes merespon aspirasi daerah dalam pembiayaan kesehatan, khususnya bagi pegawai negeri di daerah.

7. Desentralisasi dan Jaminan Kesehatan Sosial

Dalam Rancangan Undang-Undang (RUU) dan sosialisasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengisyaratkan pengelolaan premi dipusatkan di tingkat nasional untuk membentuk tabungan nasional yang dapat digunakan sebagai sumber dana pembiayaan kesehatan nasional. Kebijakan ini dimaksudkan untuk menjamin pemerataan dan akses (portabilitas) dari penduduk di Indonesia. Dalam sosialisasi SJSN juga dijelaskan bahwa nantinya adanya satu bapel di tingkat nasional (dalam 15 tahun mendatang) yang mengelola dana, biaya administrasi dan operasional bapel lebih efisien. Dalam UU SJSN terdapat empat Bapel yaitu Jamsostek, Taspen, Asabri dan Askes, dan bila diperlukan dapat dibentuk Bapel baru dengan undang-undang. Sistem SJSN juga menjanjikan daerah yang tidak mampu untuk mendapatkan subsidi silang dari daerah yang mampu, yang diatur di tingkat nasional.

Dari arah kebijakan di atas tampak bahwa RUU SJSN ini lebih mengarah ke sentralisasi. Kebijakan ini menimbulkan kebingungan di tingkat daerah, khususnya bagaimana peran daerah dalam SJSN tersebut dalam pengelolaan dana. Apakah dana harus di setor ke pusat?

Kemudian pusat akan membagi alokasi dana sesuai dengan jumlah penduduk atau kebutuhan daerah, tampaknya hal mekanisme ini belum jelas dalam RUU tersebut.

Bagi daerah yang mampu pasti tidak kesulitan dalam membiayai masyarakatnya, tapi apakah daerah kaya mau mensubsidi masyarakat daerah lain yang tidak mampu? Hal ini tentunya merupakan hal yang berbeda? Yang menjadikan permasalahan selanjutnya adalah bagaimana nasib daerah yang tidak mampu? Apakah akan bergantung di pusat? Atau untuk penerapan jaminan kesehatan sosial ini memang sebaiknya di tingkat nasional untuk menjamin keadilan dan pemerataan (sentralisasi)? Tampaknya hal ini tidak mudah diimplementasikan begitu saja. Dengan adanya PP No. 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Daerah dan hal ini sudah dibuktikan dalam kasus di DIY yaitu bahwa daerah hanya akan menanggung masyarakat di wilayahnya, sehingga perlu suatu kebijakan atau PP yang lebih mengatur pembiayaan daerah khususnya untuk menjamin akses masyarakat di daerah yang PAD-nya rendah. Kebijakan lain yang perlu dievaluasi adalah alokasi dana PKPS BBM yang berbasis pada jumlah tempat tidur dan BOR rumah sakit serta prediksi jumlah penduduk miskin di daerah. Apakah tanpa memperhatikan kemampuan daerah sudah cukup adil?

KESIMPULAN

Secara umum kebijakan desentralisasi menyebabkan perubahan dalam sektor pelayanan kesehatan. Keadaannya telah berkembang pesat menjadi suatu sistem yang kompleks, dengan sistem pembiayaan yang sangat dinamis. Keadaan ini ditandai dengan berubahnya berbagai hubungan antara pihak-pihak yang terlibat dalam sistem pembiayaan, yaitu :

1. Masyarakat atau konsumen yang mendapat pelayanan kesehatan
2. Penyelenggara pelayanan kesehatan (seperti rumah sakit, puskesmas, dokter praktik swasta dll)

3. Pihak ketiga yang mengurus pembiayaan kesehatan dengan prinsip asuransi kesehatan ataupun jaminan kesehatan, misal PT Askes Indonesia, sistem jaminan pelayanan kesehatan (seperti Jamkesos), PT Jamsostek, serta perusahaan-perusahaan asuransi kesehatan komersial. Pihak pemerintah juga dapat berperan sebagai pihak pembayar, seperti dalam program JPKM-JPSBK dan Jamkesos, dengan pemerintah membayarkan premi untuk masyarakat miskin yang dananya di alokasikan dari APBN dan APBD.

Secara mikro beberapa perubahan yang dapat diamati dapat digolongkan sebagai dampak positif dan dampak negatif. Dampak positif yang dapat diamati adalah meningkatnya akses dengan adanya pelayanan kesehatan gratis di puskesmas, adanya insentif tambahan bagi SDM di puskesmas dan peningkatan anggaran pembiayaan kesehatan di beberapa daerah. Dampak negatif antara lain subsidi untuk pembiayaan pelayanan kesehatan di beberapa daerah berkurang, kenaikan tarif pelayanan untuk mendorong kemandirian puskesmas dan RSUD yang dapat mengurangi akses masyarakat tanpa adanya perlindungan dan jaminan akses terhadap penduduk miskin serta semakin terkotak kotaknya akses terhadap pelayanan kesehatan melalui penetapan tarif dan subsidi pemerintah daerah terhadap penduduk di wilayahnya.

Akhirnya, dapat disimpulkan sementara bahwa kebijakan desentralisasi ini dapat merupakan peluang sekaligus ancaman dalam beberapa aspek. Oleh karena itu, perlu disusun strategi untuk mengantisipasi dampak negatif khususnya yang dapat mempengaruhi *output* jangka panjang yaitu status kesehatan masyarakat serta perlu kajian lebih mendalam untuk melihat perubahan-perubahan yang terjadi sebelum dan setelah desentralisasi untuk mengkaji apakah pembiayaan kesehatan ini lebih baik didesentralisasi atau sebaliknya lebih baik di tingkat nasional (sentralisasi)?