

**MEWUJUDKAN
JAMINAN
KESEHATAN
NASIONAL
YANG NON-DISKRIMINATIF**



PRAKARSA
Welfare Initiative for Better Societies



P R A K A R S A
Welfare Initiative for Better Societies

MEWUJUDKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL YANG NON-DISKRIMINATIF

Agustinus da costa - Andriko S Otang - Eka Afrina Djamhari – Hafidz Arfandi - Irvan Tengku Harja
Maria Lauranti - Moniq Rijkers Muhamad Didit Saleh - Prof. Hasbullah Thabrany

(Disusun Berdasarkan Alphabet)

April 2018



HAK CIPTA.

Cetakan pertama, April 2018

Perkumpulan Prakarsa

Jakarta, Indonesia

Lauranti, Maria., Djamhari, Eka Afrina., et.al., 2018. Mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional yang Non-Diskriminatif. Perkumpulan Prakarsa: Jakarta.

KEYWORDS: Jaminan Kesehatan Nasional, non-diskriminatif, ekuitas kesehatan, *universal healthcare coverage* (UHC), *out of pocket* (OOP), penerima bantuan iuran (PBI).

PENULIS (DISUSUN BERDASARKAN ALPHABET):

Agustinus da costa - Andriko S Otang - Eka Afrina Djamhari – Hafidz Arfandi - Irvan Tengku Harja - Maria Lauranti - Moniq Rijkers Muhamad Didit Saleh - Prof. Hasbullah Thabrany.

DISCLAIMER:

Buku ini ditulis secara kolaboratif antar penulis yang mencerminkan pandangan penulis. Buku ini merupakan bagian dari *Monitoring the Implementation of Universal Health Insurance in Indonesia and Strenghtening Health Planning and Budgeting at the Sub-national Level*.



DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL vii

DAFTAR GRAFIK..... vii

DAFTAR BAGAN..... viii

DAFTAR GAMBAR..... viii

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH ix

PENGANTAR BUKU xii

Bagian 1: JAMINAN KESEHATAN NASIONAL:	
PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN	1
A. Mengapa JKN?.....	3
B. Asuransi Sosial: Gotong Royong Islami.....	6
C. Layanan yang Dijamin	9
D. Layanan Promotif-Preventif.....	11
E. Kunci Sukses JKN ada pada Fasilitas Kesehatan.....	13
F. Prosedur Layanan JKN: Mengapa Harus Diatur?	16
Daftar Pustaka.....	21
Bagian 2: JKN, <i>OUT OF POCKET</i> DAN PENDUDUK MISKIN	23
A. <i>Universal Health Coverage (UHC)</i>	25
B. Menelisik Realitas <i>Out of Pocket</i>	28
C. Beban Biaya <i>Out of Pocket</i> di Indonesia	28
D. Kelompok Miskin Tidak Mampu Menanggung Biaya <i>Out of Pocket (OOP)</i>	31
E. Analisis SEM terhadap Variabel <i>Out of Pocket</i>	37
Daftar Pustaka.....	39
Bagian 3: JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DAN EKUITAS KESEHATAN	41
A. Landasan Nilai Kebijakan JKN	43
B. Landasan Pemikiran Ekuitas Kesehatan	45
C. Pengukuran Efektivitas Kebijakan.....	49
D. Hasil Pengukuran Efektivitas Kebijakan terhadap Ekuitas.....	50
E. Internalisasi Nilai dalam Pelaksanaan JKN.....	55
Daftar Pustaka.....	58
Bagian 4: TRANSFORMASI YANG BELUM USAI:	
PERLINDUNGAN KESEHATAN PEKERJA DALAM SKEMA BPJS KESEHATAN	61
A. Transformasi dalam Sistem Jaminan Sosial di Indonesia	63
B. Implementasi Janji akan Jaminan Sosial Universal	64



C. BPJS Kesehatan dan Hak-Hak Pekerja yang Terabaikan	68
D. Skema dan Perkembangan Program BPJS Kesehatan bagi Pekerja....	71
E. Kaum Pekerja Memandang BPJS Kesehatan	76
Daftar Pustaka.....	79
Bagian 5: SERIKAT PEKERJA: DARI ISU PABRIK KE ISU PUBLIK	83
A. Titik Lemah Skema dan Implementasi JKN di Indonesia.....	85
1. Skema Pembiayaan dan Subsidi.....	85
2. Dimensi Sistem Layanan.....	90
3. Dimensi Kepersetaan.....	92
B. Jamkeswatch: Upaya Serikat Pekerja Menuntut Hak Sehat	94
Daftar Pustaka.....	101
Bagian 6: EVALUASI EMPAT TAHUN JKN	105
A. Kepesertaan	107
B. Layanan yang Dijamin.....	111
C. Tantangan JKN	117
1. Pendanaan	117
2. Publik yang Belum Sadar.....	119
3. Manajemen BPJS	119
4. Kondisi dan Pembayaran Fasilitas kesehatan	120
Daftar Pustaka.....	121
Bagian 7: STUDI KASUS:	
MEMOTRET INISIATIF LOKAL MENUNJANG EKUITAS KESEHATAN ..	125
1. Kesehatan Ibu dan Bayi di Mamuju, Sulawesi Barat.....	127
A. Penyebab Kematian Ibu dan anak.....	128
B. Inisiatif Penurunan Angka Kematian Ibu dan Anak	134
2. Puskesmas Ramah Anak, Pemantauan BPJS Kesehatan	
dan Target SDGs Kota Kupang	145
A. Puskesmas Ramah Anak.....	146
B. Pemantauan BPJS Kesehatan di Kota Kupang.....	150
C. Forum <i>Sustainable Developemnt Goals</i> (SDGs).....	155

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Perkembangan Belanja Kesehatan Indonesia Tahun 2010-2015 (dalam Rp Triliun) kecuali Belanja per Kapita.....	29
Tabel 2	Biaya Transportasi untuk Mencapai FKTP dan FKTL per 1 x Perjalanan...	33
Tabel 3	Analisis Deskriptif Terhadap Variabel Out of Pocket	37
Tabel 4	Dimensi Penelitian.....	48
Tabel 5	Hasil Pengujian Model Kebijakan.....	51
Tabel 6	Dimensi Variabel Ekuitas Kesehatan.....	52
Tabel 7	Dimensi Kualitas Layanan.....	53
Tabel 8	Dimensi Pemanfaatan Layanan.....	54
Tabel 9	Dimensi Akses Layanan	55
Tabel 10	Data Cakupan Jaminan Sosial di Indonesia 2013	66
Tabel 11	Daftar Peraturan Landasan BPJS.....	70
Tabel	Kategori Kepesertaan dan Besaran Iuran BPJS Kesehatan	71
Tabel 12	Data Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan Juni 2017	73
Tabel 13	Potret Pendanaan BPJS tahun 2017.....	107
Tabel 14	Angka Utilisasi Peserta JKN tahun 2014-2016	116
Tabel 15	Ilustrasi Jumlah Kasus, Biaya Klaim, dan Gotong Royong per Peserta tahun 2016	117
Tabel 16	Dana Transfer Daerah dan Dana Desa Provinsi Sulawesi Barat	137

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1	Biaya Transportasi yang Dikeluarkan untuk Mengakses FKTP dan FKTL.....	32
Grafik 2	Jenis Pengeluaran yang Dibuat dalam OOP pada Tingkat FKTP	33
Grafik 3	Jenis Pengeluaran yang Dibuat dalam OOP pada Tingkat FKTL	35
Grafik 4	Upaya Rumah Tangga saat Kesulitan Membayar Biaya Tambahan....	36

Grafik 5	Perbandingan Belanja Premi PBI BPJS Kesehatan dan Dana Kapitasi Kota Medan	89
Grafik 6	Data APBD Kesehatan, Dana Kapitasi JKN pada FKTP, Laporan Realisasi, dan Silpa pada 2014, 2015, 2016 di Kota Medan .	91
Grafik 7	Perkembangan Kepesertaan BPJS Kesehatan tahun 2014-2017	109
Grafik 8	Distribusi FKTP BPJS Kesehatan	113
Grafik 9	Distribusi RS yang Memiliki Kontrak dengan BPJS Kesehatan.....	115

DAFTAR BAGAN

Bagan 1	Kerangka Berpikir: Konsep Dasar dari Keadilan Sosial dan Ekuitas Kesehatan	47
Bagan 2	Pemetaan Pemahaman Pejabat Publik mengenai JKN.....	56
Bagan 3	Proses Transformasi BPJS.....	64
Bagan 4	Peta Jalan Menuju Kepesertaan Semesta (UHC)	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Nilai Ekuitas Kesehatan di 11 Daerah Penelitian.....	51
Gambar 2	Inkubator di RSUD Mamuju.....	132
Gambar 3	Puskesmas Butuh Tempat Tidur Khusus Ibu Melahirkan	133
Gambar 4	Puskesmas Rangas, Mamuju.....	135
Gambar 5	Aplikasi Ibu Hamil.....	140
Gambar 6	Salah satu Puskesmas Ramah Anak di Kota Kupang.....	148

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

ADD	Alokasi Dana Desa
AGFI	<i>Adjusted Goodness of Fit Indices</i>
AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APN	Asuhan Persalinan Normal
ARJD	Angka Rawat Jalan Dokter
ARI	Angka Rawat Inap
ARJS	Angka Rawat Jalan Spesialis
ASI	Air Susu Ibu
Askes	Asuransi Kesehatan
Askeskin	Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin
ATM	Anjungan Tunai Mandiri
BAZ	Badan Amil Zakat
BBM	Bahan Bakar Minyak
BLT	Bantuan Langsung Tunai
BOS	Bantuan Operasional Sekolah
BP	Bukan Pekerja
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BU	Badan Usaha
CBG	<i>Casemix Based Groups</i>
DIPA	Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran
DJSN	Dewan Jaminan Sosial Nasional
DPP	Dokter Praktik Perorangan

FFS	<i>Fee for Service</i>
FKTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GDP	<i>Gross Domestic Product</i>
GFI	<i>Goodness of Fit Indices</i>
HAM	Hak Asasi Manusia
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
INA CBGs	<i>Indonesia Case Based Groups</i>
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
ISPA	Infeksi Saluran Pernapasan Akut
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
JPK	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
Jamsostek	Jaminan Sosial Tenaga Kerja
KAJS	Komite Aksi Jaminan Sosial
KB	Keluarga Berencana
KIBBLA	Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak Balita
KIS	Kartu Indonesia Sehat
KSPI	Konfederasi Serikat Pekerja Indonesia
LPG	<i>Liquified Petroleum Gas</i>
MCK	Mandi, Cuci, Kakus
MDGs	<i>Millennium Development Goals</i>
Musrenbang	Musyawaharah Perencanaan Pembangunan
NCC	<i>National Casemix Center</i>
NICU	<i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
NHA	<i>National Health Account</i>

NPWP	Nomor Pokok Wajib Pajak
OOP	<i>Out of Pocket</i>
PBB	Perserikatan Bangsa Bangsa
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PBPU	Peserta Bukan Penerima Upah
PHK	Pemutusan Hubungan Kerja
PKH	Program Keluarga Harapan
PKWTT	Perjanjian Kerja Waktu Tidak Tertentu
POPB	Per Orang Per Bulan
PPh	Pajak Penghasilan
PPU	Pekerja Penerima Upah
PTKP	Penghasilan Tidak Kena Pajak
Raskin	Beras untuk Warga Miskin
Renstra	Rencana Strategis
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	Rumah Sakit
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SPT	Surat Pemberitahuan Tahunan
STR	Surat Tanda Registrasi
TBK	Total Belanja Kesehatan
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
VIP/VVIP	<i>Very Important Person/Very Very Important Person</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

PENGANTAR BUKU

Satu-dua tahun ini, kejadian pasien ditolak oleh penyelenggara pelayanan kesehatan sudah jarang sekali terdengar. Candaan bernada sarkas “sadikin, sakit dikit jatuh miskin” atau “orang miskin dilarang sakit”, sudah kurang relevan diketengahkan di ruang-ruang diskusi atau obrolan warung kopi. Saat ini, yang mengemuka adalah “sadiman, sakit dikit minta pelayanan”. Akibatnya, antrian di Puskesmas dan Rumah Sakit mengular. Pun, antrian di kantor-kantor BPJS Kesehatan.

Kondisi di atas sangat dipengaruhi oleh pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional/JKN BPJS Kesehatan. JKN-BPJS Kesehatan yang merupakan program jaminan sosial nasional bidang kesehatan mulai diluncurkan pada 1 Januari 2014 mengubah kondisi kesehatan dan pelayanan kesehatan di Indonesia. Proyeksi yang ditetapkan sangat menjanjikan, yakni terwujudnya *universal health coverage* (UHC), jaminan kesehatan semesta, untuk seluruh penduduk Indonesia. Tentu akan mengubah masa depan pembangunan kesehatan nasional yang lebih berkualitas, terjangkau dan merata.

UHC merupakan bukti komitmen untuk kesetaraan (ekuitas) dalam akses pelayanan kesehatan secara semesta, setara kualitas dan aksesibilitasnya. Pemerintahan Presiden Joko Widodo menargetkan pada tahun 2019 pelaksanaan UHC akan tercapai. Dalam rentang penahapan menuju UHC inilah, Indonesia akan mengidap risiko terjadinya eksklusi kesehatan, mereka yang kurang mampu akan tertinggal dalam mendapatkan akses kesehatan yang mudah dan berkualitas. Menyitir Tobin (1970) dan Sen (2002), ketidaksetaraan terutama dalam kesehatan sangat mencemaskan dan lebih parah dibandingkan dengan ketidaksetaraan di bidang lain.

Kondisi kesehatan seseorang sangat menentukan kapabilitas seseorang untuk dapat berfungsi secara utuh dan mengembangkan diri sebagai manusia. Jika kondisi kesehatan seseorang memburuk, maka produktivitasnya juga akan memburuk. Sayangnya, meskipun sangat vital posisinya, bidang kesehatan masih saja “dianak-tirikan”. Bandingkan saja dengan kebijakan pendidikan, ekonomi, pertahanan-keamanan, infrastruktur dan lainnya. Coba kita tengok alokasi anggaran kesehatan di APBN maupun di APBD, jika dibandingkan dengan anggaran pendidikan, maka jomplang sekali. Untung saja tahapan menuju UHC sudah dimulai sejak 2014 dan untung saja sejak 2016 APBN sudah mulai mengalokasikan anggaran kesehatan 5 persen dari total APBN. Kabar baik lainnya, banyak pemerintah daerah yang sudah meningkatkan alokasi anggaran kesehatannya sebesar 10 persen dari total APBD. Meskipun baik di APBN maupun di APBD, alokasi anggaran tersebut masih termasuk untuk belanja pegawai bidang kesehatan, belum sepenuhnya untuk promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Secara umum, sejak JKN dilaksanakan, cakupan pelayanan kesehatan secara nasional makin luas dan makin berkualitas. Cakupan pelayanan kesehatan dalam skema JKN cukup luas, penyakit berat yang dulu tidak ditanggung oleh skema jaminan kesehatan masyarakat dan jaminan kesehatan daerah, saat ini sudah di-*cover* oleh BPJS Kesehatan, satu kemajuan yang patut diapresiasi. Penyakit-penyakit yang perawatan dan penyembuhannya membutuhkan biaya tinggi seperti serangan jantung, *stroke*, kanker, cuci darah, dan lain-lain ditanggung penuh. Pun, penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan seumur hidup, seperti diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, penyakit paru kronis, epilepsi, skizofrenia, sirosis hepatitis, *stroke*, lupus dan lain sebagainya.

Meskipun cakupan dan pelayanan kesehatan sudah cukup baik, peningkatan pelayanan tetap perlu dilakukan mengingat masih banyaknya permasalahan pelaksanaan JKN. Kasus-kasus seperti pasien BPJS Kesehatan yang tidak kebagian kamar perawatan, pasien menumpuk di selaras, mengantri lama untuk mendapatkan pelayanan hingga moral hazard dari penyedia layanan kesehatan sampai *moral*

hazard peserta BPJS Kesehatan yang tidak patuh dalam membayar iuran dengan memanfaatkan celah aturan yang ada dan lainnya masih marak terjadi.

Persoalan lain yang masih mengemuka adalah masih rendahnya aksesibilitas khususnya penduduk miskin dan kurang mampu yang disebabkan oleh kondisi internal dan eksternal. Misalnya, kesadaran pentingnya mengakses pelayanan kesehatan, jarak tempat tinggal dengan lokasi layanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan, terbatasnya kemampuan finansial untuk menjalani proses pengobatan (biaya non-medis), diskriminasi pelayanan, administrasi yang rumit dan lain-lain masih menjadi kendala sehari-hari.

Dengan fakta bahwa kelompok masyarakat miskin dan kurang mampu yang sangat rentan menghadapi situasi darurat kesehatan. Adanya skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang disediakan pemerintah kepada masyarakat miskin dan kurang mampu tidak secara otomatis menghilangkan permasalahan di atas dan permasalahan ekuitas pelayanan kesehatan. Ekuitas dalam pelayanan kesehatan merupakan jalan bagi pemerataan yang berkeadilan dan pemerataan. Ini penting karena dalam praktiknya, masih saja ada perbedaan perlakuan pelayanan kesehatan yang berbeda bagi peserta JKN PBI dan non-PBI, ini mengindikasikan adanya ketidakadilan. Padahal, JKN diharapkan dapat melingkupi seluruh rakyat Indonesia di manapun berada dengan apapun status yang dimilikinya.

Untuk itu, Perkumpulan Prakarsa, lembaga penelitian dan advokasi kebijakan yang dalam satu dekade ini aktif mempromosikan UHC dan inovasi kebijakan kesejahteraan memandang perlu untuk menulis sebuah buku yang secara khusus menyorot implementasi JKN yang non-diskriminatif. Buku ini merupakan hasil kolaborasi dari beberapa penulis yang harapannya dapat mewakili gambaran JKN mulai dari kebijakan hingga implementasi di daerah. Buku ini bagian dari program yang sedang kami jalankan yang bekerja sama dengan Brot fuer die Welt (BfdW) yakni “Monitoring the Implementation of Universal Health Insurance in Indonesia and Strenghtening Health Planning and Budgeting at the Sub-national Level”.

Buku yang ada di genggamannya ini, kami berharap dapat berkontribusi bagi semua pihak yang punya komitmen untuk melakukan perbaikan kebijakan dan pelaksanaan JKN dalam pencapaian UHC. Buku ini juga bagian dari komitmen kami untuk terus menerus secara konsisten melakukan produksi pengetahuan dan *sharing knowledge*. Selain itu, buku ini juga kami arahkan untuk memperkuat tradisi baru di Indonesia yakni tradisi advokasi kebijakan yang berbasis bukti-bukti (*evidences-based policy-advocacy*). Besar harapan kami kepada para pihak untuk memberikan respon atas buku ini dengan cara memberi *feedback* atau turut mengembangkan tulisan-tulisan yang lebih memadai di kemudian hari.

Kami mengucapkan terima kasih kepada Brot fuer die Welt (BfdW) yang mendukung pendanaan buku ini. Secara khusus, kami atas nama Perkumpulan Prakarsa menyampaikan apresiasi kepada seluruh penulis: Agustinus da Costa dan Moniq Rijkers dari AJI Jakarta, Andriko S Otang dan Hafidz Arfandi dari TURC, Muhamad Didit Saleh dari ISI, Prof. Hasbullah Thabrany dari CHEPS UI dan/DJSN, serta peneliti Prakarsa Maria Lauranti, Eka Afrina Djamhari dan Irvan Tengku Harja. Rasa penghargaan kami juga kami sampaikan pada segenap pendukung lainnya yang turut memberikan kontribusi atas terselesainya buku ini. Selain itu, bimbingan dan arahan yang telah disediakan oleh para ahli di bidang kesehatan, kebijakan dan materi isi buku sungguh telah meningkatkan kualitas tulisan, di antaranya kepada yang terhormat Prof. Hasbullah Thabrany dan narasumber lainnya yang memberikan waktu dan informasi berharga untuk perbaikan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia. Sesungguhnya, kontribusi anda merupakan kontribusi untuk negara kita tercinta.

Demikian pengantar dari kami. Selamat membaca dan salam Indonesia sehat...

Jakarta, April 2018

Ah Maftuchan

Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa



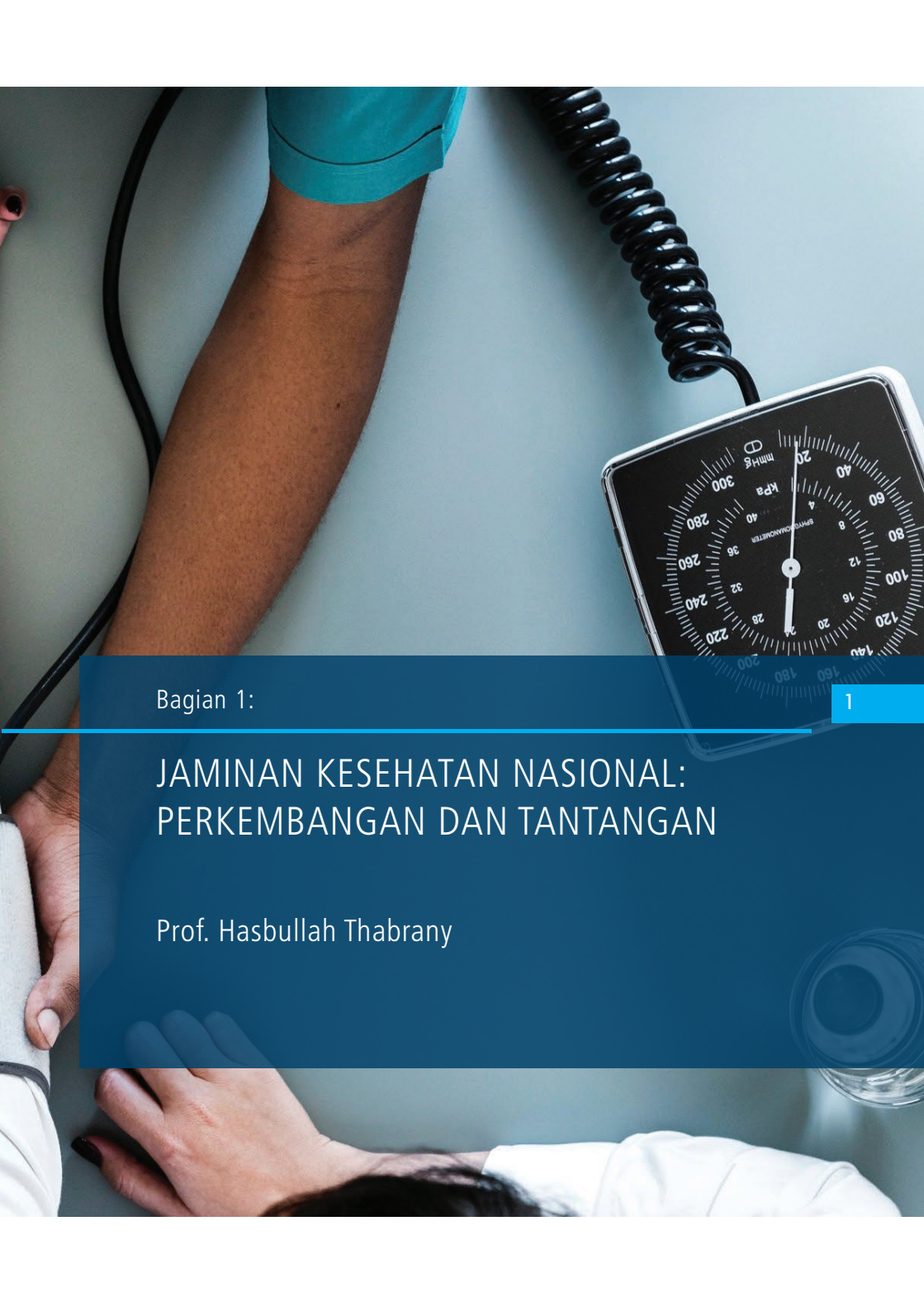
xvi

REPORT SCHEDULE

PATIENT MEDICATION SCHEDULE

PATIENT NAME

184 (REVISED) 5/2012 2013



Bagian 1:

1

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL: PERKEMBANGAN DAN TANTANGAN

Prof. Hasbullah Thabrany

Abstrak

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) kini menjadi pembicaraan banyak pihak, baik yang mendukung maupun yang tidak mendukung. Keberhasilan JKN, yang kini secara administratif menjamin 186 juta jiwa, dalam menolong orang yang terkena musibah sakit yang sebelumnya tidak mampu berobat, sudah tidak terbantahkan lagi. Bahkan di forum ilmiah dunia, berita kemajuan JKN telah menimbulkan minat banyak akademisi, politisi, pelaku usaha, dan praktisi untuk belajar dari Indonesia. Namun, juga tidak sedikit hujatan, keluhan, dan berbagai masalah yang dikeluhkan peserta, para tenaga kesehatan, akademisi, politisi, dan banyak lagi. Semua itu terjadi karena memang Program JKN belum tumbuh lengkap dan informasi tentang JKN masih sangat terbatas. Untuk itu, Bab ini diharapkan dapat membuka mata dan mata hati para pemangku kepentingan kunci.



A. Mengapa JKN?

Sampai saat ini, empat tahun JKN sudah dilaksanakan, masih banyak orang yang tidak sepaham dengan JKN. Bahkan ada pihak-pihak yang ingin membubarkan JKN. Pembaca yang rajin mengikuti media sosial mungkin pernah mendapatkan informasi tersebut. Perbedaan paham berbasis pada dua pandangan yang berbeda, yaitu (1) haruskah semua orang dijamin dan (2) apakah sistem JKN merupakan model yang tepat.

Kita mulai membahas pandangan pertama tentang keharusan semua orang dijamin. Untuk sebagian orang hal ini masih belum dapat diterima karena sisi pandangnya dan juga mungkin belum pernah mengalami kasus ketidakmampuan membayar layanan rumah sakit (RS). Dulu, orang yang tidak paham tentang ini cukup banyak, karena pengaruh argumen sebagian orang Amerika. Jika mau jujur, orang yang masih memiliki paham ini seharusnya tidak lagi bersuara. Sebab, dalam *Sustainable Development Goals (SDGs)* nomor 3.8 sudah tercantum agenda jaminan kesehatan untuk semua orang (*Universal Health Coverage/UHC*) di tahun 2030.

Landasan perlunya UHC adalah bahwa kejadian sakit yang menimbulkan kebutuhan layanan medis bersifat tidak pasti (*uncertain*), baik waktu, tempat, dan besar biaya yang dibutuhkan. Ketidakpastian waktu timbulnya kebutuhan layanan kesehatan (khususnya medis) mengharuskan semua orang menyediakan dana yang siap digunakan kapan saja. Maka diperlukan suatu sistem “dana siap pakai” yang tidak mungkin semua orang mampu menyediakannya. Apalagi, digabungkan dengan ketidakpastian besarnya biaya yang dibutuhkan. Pada yang menderita sakit atau kecelakaan berat, bisa jadi kebutuhan dana mencapai

milyaran rupiah. Maka, tidaklah mungkin mengharuskan semua orang menabung menyiapkan dana yang cukup untuk biaya berobat. Membiarkan orang yang tidak mampu membayar padahal penyakit itu membuat orang menderita atau mati bukanlah sifat manusia. Oleh karenanya harus ada sistem yang bisa menjamin kecukupan dana bagi setiap orang yang terkena musibah sakit. Itulah yang disebut gotong royong saling mencukupi atau dalam bahasa Inggris disebut *risk sharing* dan dalam bahasa Arab disebut *takaful*. Tempat kejadian sakit mengharuskan sistem JKN tidak boleh dibatasi wilayah administrasi pemerintahan. Sistem itu harus dibangun secara nasional. Umumnya di seluruh dunia, konsep semua orang harus terjamin sudah bulat diterima oleh semua orang.

Untuk topik kedua, “model yang tepat”, tentu saja selalu kontroversial. Sebuah kebijakan publik selalu saja tidak disetujui semua orang. Itu sifat alamiah sebuah kebijakan. Hanya saja, mereka yang tidak setuju terhadap suatu kebijakan yang telah disetujui mayoritas, maka pihak yang tidak setuju harus ikut kebijakan yang diambil. Polanya sama dengan pemilihan seorang Presiden. Tidak ada Presiden yang 100 persen dipilih oleh pemilihnya. Sekali seorang Presiden terpilih, yang tidak memilih harus tetap mengakui dialah Presiden dan patuh pada peraturan yang dibuat Presiden tersebut.

Ada kesalahan besar dalam pemahaman sebagian orang yang kurang menguasai sifat alamiah layanan kesehatan dan mekanisme handal untuk menjamin semua orang. Sebagian kecil orang mendorong “mekanisme asuransi komersial”, atau “mekanisme zakat” untuk menjamin semua orang. Tidak ada bukti di seluruh dunia yang telah berhasil menjamin semua orang dengan mekanisme asuransi komersial. Amerika Serikat adalah contoh paling jelas. Mereka yang membaca literatur ekonomi kesehatan dan atau asuransi kesehatan dengan seksama akan mendapatkan fakta-fakta tersebut. Sifat ‘sukarela’ membeli asuransi kesehatan merupakan fakta kegagalan pasar (*market failure*) mekanisme asuransi komersial menjamin seluruh penduduk. Buat sebagian umat Islam yang belum memiliki pengalaman belajar juga sering mengemukakan mekanisme zakat sebagai solusi. Ini juga tidak ada bukti di dunia yang berhasil menggunakan mekanisme zakat

sebagai model menjamin seluruh penduduk. Pembaca yang ingin melakukan diskusi mendalam dan memahami teori dan praktik konsep ekonomi maupun konsep syariah dapat membaca buku saya tentang JKN (Thabrany, 2015).

Hanya tiga model yang memungkinkan terwujudnya UHC. Pertama adalah model pendanaan pajak atau negara yang dikenal dengan *Beveridge Model*, kedua adalah model asuransi atau *takaful* sosial yang dikenal juga dengan *Bismarkian Model*, dan yang ketiga adalah kombinasi nomor satu dan nomor dua. Indonesia membangun model JKN dengan kombinasi model *Beveridge* dan model *Bismark*. Kedua model tersebut, secara konsep agama Islam adalah model yang Islami. Model ini lebih Islami dari model *takaful* komersial. Sayangnya, di Indonesia banyak umat Islam yang sensitif dengan istilah, bukan dengan hakikat. Banyak yang sensitif dan menolak konsep asuransi, tanpa memahami hakikat konsep asuransi. Hakikat konsep asuransi sama dengan konsep *takaful* yang sejalan dengan konsep agama, saling tolong menolong untuk kebaikan. Ada dua jenis asuransi atau *takaful*, yaitu asuransi atau *takaful* komersial dan asuransi atau *takaful* sosial.

Model *Beveridge* merupakan model pendanaan dan pelayanan yang dilakukan semuanya oleh Pemerintah. Dana jaminan kesehatan bersumber dari penerimaan negara bukan pajak, penerimaan pajak penghasilan, dan penerimaan iuran wajib yang dipungut bersama dengan pajak penghasilan. Model ini dilakukan di Inggris, Skandinavia, Sri Lanka, Malaysia, Brunei, dan di negara-negara komunis. Model ini hanya bisa jalan jika penerimaan negara dari pajak penghasilan dan atau dari penerimaan negara lain mencukupi. Umumnya negara-negara yang menjalankan model ini memungut pajak penghasilan (PPH perorangan) yang tinggi, berkisar antara 30-60 persen gaji atau upah sebulan. Selain itu hampir semua pekerja sudah membayar pajak. Atau beberapa negara yang punya penghasilan dari sumber alam yang berlimpah, seperti Brunei dan Saudi Arabia. Negara yang bergantung sumber alam tidak akan bisa bertahan terus, karena sumber alam terbatas. Negara yang bertumpu pada pajak penghasilan dapat melaksanakan model ini sampai akhir zaman. Keunggulan model ini adalah seluruh penduduk sekaligus dapat dijamin, tanpa ada penahapan. Kelemahan model ini

adalah tidak ada jaminan dana yang tercukupi. Alokasi dana sangat dipengaruhi oleh kemauan politik pemerintah. Pada umumnya tenaga kesehatan kurang memberikan layanan yang cepat dan responsif karena umumnya tenaga kesehatan hanya digaji. Antrian untuk mendapat layanan juga umumnya panjang. Kesuksesan model ini ada pada kepatuhan rakyat membayar pajak penghasilan.

B. Asuransi Sosial: Gotong Royong Islami

Karena JKN bertumpu pada model asuransi sosial, penulis merasa perlu menjelaskan lebih dalam tentang alasan pilihan model ini. Indonesia memang tidak mengambil model pajak atau *Beverage* karena ketika UU SJSN disusun, hanya 1,3 juta penduduk yang memiliki NPWP dan karenanya yang membayar pajak rutin. Bahkan, di tahun 2017 ini jumlah penduduk yang memiliki NPWP hanya 36 juta orang dan hanya 16,5 juta orang yang wajib menyampaikan SPT karena penghasilannya di atas batas Penghasilan Tidak Kena Pajak (PTKP) (Direktorat Jenderal Pajak, 2017). Dengan kondisi seperti itu, tidak layak menggunakan model pajak. Setiap orang punya hak dan kewajiban. Jika model ini digunakan, hanya 16 juta orang yang membayar pajak atau mengiur sedangkan yang menggunakan 262 juta orang. Tidaklah adil sebagian besar rakyat hanya menuntut layanan kesehatan atau medis “gratis ketika sakit”, sementara mereka tidak menjalankan kewajibannya berkontribusi. Islam juga tidak mengajarkan “tangan di bawah”, hanya menerima. Tetapi yang diperintah justru “mengeluarkan *infaq*”, seperti yang dalam bahasa Indonesia disebut “iuran” dan dalam bahasa Inggris disebut “*contribution*”.

Banyak orang salah paham atau gagal paham dengan asuransi. Ada yang sensitif dan mengharamkan asuransi hanya karena menyaksikan atau punya pengalaman buruk dengan asuransi komersial atau paham sepotong. Asuransi adalah mekanisme alamiah yang disediakan Allah, Tuhan yang Maha Esa, dimana gotong-royong dapat diwujudkan. Asuransi berlawanan dengan judi. Jadi, kalau judi haram, maka asuransi seharusnya wajib. Mekanisme asuransi adalah transfer risiko. Setiap orang punya risiko dalam hidup. Salah satu risiko adalah terkena musibah

sakit yang membutuhkan biaya pengobatan. Tidak punya jaminan atau asuransi berarti kita berjudi dengan nasib, yaitu menunggu ketika sakit baru bayar ketika tidak sakit kita tidak mengeluarkan uang. Yang terbaik adalah tidak berjudi, dengan cara berasuransi “kita transfer risiko kita dengan membayar premi atau iuran”. Kita mengiur atau membayar premi ke dalam sebuah “Dana Bersama”. Setelah kita mengiur atau membayar premi, maka kita berhak menggunakan “Dana Bersama” jika kita sakit dan perlu berobat. Jika kita tidak sakit, maka kita tidak berhak menggunakan “Dana Bersama”, tetapi kita telah membantu anggota lain yang terkena musibah sakit. Model yang hampir sama banyak dilakukan orang Indonesia dalam bentuk “arisan”.

Ada dua jenis asuransi, yaitu asuransi sosial dan asuransi komersial. Dalam asuransi komersial, “akad”nya adalah jual beli. Disinilah hukum bisnis syariah bagi umat Islam berlaku. Tergantung pada sifat transaksi transfer yang dituangkan dalam dokumen “polis asuransi” atau “akad asuransi”. Dalam asuransi konvensional disebut polis dengan akad jual beli. Dalam asuransi syariah (*takaful*) akadnya disebut “hibah”. Keduanya mempunyai mekanisme yang sama, hanya bunyi “akad”nya saja yang berbeda. Dalam model asuransi komersial, perusahaan asuransi merancang “paket asuransi”. Lalu pembeli (perorangan atau perusahaan) memilih paket mana yang mau “dibeli”. Setiap paket ada harganya. Perusahaan bisa juga meminta “paket khusus” dengan harga khusus. Peroangan biasanya tidak bisa memilih, *take it or leave it*. Asuransi komersial konvensional maupun *takaful* memiliki model transaksi yang sama, hanya akadnya yang berbeda.

Kelemahan asuransi atau *takaful* komersial adalah sifat kepesertaan (pertanggunggaan) yang sukarela. Mereka yang tidak membeli tidak akan dijamin. Mereka yang membeli paket terbatas, misalnya paket yang tidak menanggung biaya cuci darah, maka ketika si pembeli mengalami musibah gagal ginjal yang perlu cuci darah, asuransi atau *takaful* tidak menjaminkannya. Hal ini tentu secara semangat religi tidak religius, tidak Islami dalam agama Islam. Apakah agama kita mengajarkan kita jadi penonton jika ada saudara kita menderita musibah sakit berat? Jika ia menderita gagal ginjal yang perlu biaya Rp 8 juta untuk cuci darah, apa yang bisa kita bantu? Cukupkah bantuan kita sepanjang hidup kawan

tadi? Atau kita bisa bantu dia mengambil cangkok ginjal yang berbiaya total antara Rp 300-400 juta. Berapa banyak yang sanggup membayar? Oleh karena itu itu, mekanisme asuransi atau *takaful* komersial gagal menjamin orang yang butuh berobat tetapi tidak mampu atau tidak mau membeli asuransi.

Karena mekanisme jual beli, mekanisme pasar asuransi atau *takaful* gagal menjamin semua orang, maka kita kembangkan asuransi sosial atau *takaful* wajib. Berbeda dengan asuransi atau *takaful* komersial yang bersifat sukarela, asuransi sosial bersifat wajib. Yang bisa mewajibkan hanyalah yang kuasa. Dalam kehidupan dunia hanya dua yang kuasa. Yang pertama yang Maha Kuasa, yaitu Tuhan dan yang kedua yang kuasa, yaitu Pemerintah atau Negara. Asuransi sosial atau *takaful* wajib tidak banyak berbeda dengan pajak penghasilan. Baik asuransi sosial atau *takaful* wajib maupun pajak sama-sama bersifat wajib menurut hukum tata negara. Pungutan wajibnya didasarkan pada “pendapatan” dan besarnya relatif (presentase) bukan nilai nominal seperti premi asuransi komersial. Dengan iuran yang proporsional (persentase) terhadap pendapatan atau gaji, maka yang miskin membayar (nominal) lebih sedikit sedangkan yang kaya membayar (nominal) lebih banyak. Dalam JKN, iuran 5 persen upah (ditanggung bersama pekerja dan pemberi kerja). Yang bergaji dua juta rupiah sebulan mengiur $5\% \times \text{Rp}2 \text{ juta} = \text{Rp}100.000$ sebulan untuk sekeluarga. Yang bergaji delapan juta rupiah mengiur $5\% \times \text{Rp}8 \text{ juta} = \text{Rp}400.000$ sebulan untuk sekeluarga. Jadi, inilah yang lebih Islami dari asuransi atau *takaful* komersial.

Ada kesamaan tujuan pemungutan pajak dan asuransi sosial, yaitu redistribusi pendapatan atau gotong-royong luas. Model asuransi sosial diselenggarakan di Saudi Arabia, Mesir, Turki, Iran, dan tentu saja di negara-negara Barat maupun negara timur seperti di Jepang, Korea, dan China. Jadi, mekanisme asuransi sosial tidak berbeda dengan mekanisme “berpakaian”. Semua orang dan semua pemeluk agama mengenakan pakaian untuk perlindungan diri maupun untuk kesopanan. Hanya bahan dan modelnya yang berbeda. Bisa celana, gamis, atau sarung. Begitu pula mekanisme asuransi sosial atau pajak dalam pendanaan program suatu negara.

C. Layanan yang Dijamin

Ada perbedaan mencolok dalam asuransi komersial (termasuk *takaful*) dan asuransi sosial dalam penetapan layanan yang dijamin. Dalam asuransi komersial, perusahaan asuransi atau *takaful* membuat berbagai paket layanan yang dijamin dan akan dijual dengan premi yang berbeda-beda. Perusahaan berusaha menyusun layanan yang akan dijual dengan memperkirakan daya beli kelompok sasaran dan yang menarik untuk dibeli. Umumnya layanan yang mahal sekali dan diperlukan dalam jangka panjang seperti cuci darah tidak dijamin. Sebab, perusahaan tidak mau merugi. Begitu juga penyakit kronis yang sudah diderita seseorang seperti kencing manis dan tekanan darah tinggi biasanya tidak dijamin. Selain itu, sering kali paket jaminan asuransi atau *takaful* komersial mematok plafon maksimum jaminan. Misalnya, untuk biaya obat maksimum yang dijamin adalah sepuluh juta rupiah atau perawatan RS dijamin maksimum 90 hari setahun. Jika seseorang membutuhkan obat lebih dari sepuluh juta rupiah atau dirawat lebih dari 90 hari maka ia harus bayar sendiri.

Kata kunci yang perlu dipahami adalah “kebutuhan medis”. Dalam asuransi komersial, jaminan disusun tidak selalu memenuhi kebutuhan pembeli. Asuransi komersial lebih mengedepankan “keinginan” pembeli. Maka mereka bisa jual paket *very important person* (VIP) atau *very very important person* (VVIP) dengan nama *Diamond, Platinum, Gold*, dan lain-lain. Dalam asuransi sosial, “kebutuhan medis” yang menjadi fokus paket layanan. Sayangnya masyarakat tidak paham mana “kebutuhan medis” karena memang kebutuhan medis sangat banyak jenisnya dan hanya dokter yang mengetahui. Itulah sebabnya dalam UU SJSN, yang mengatur JKN, cukup disebut layanan yang dijamin “sesuai kebutuhan medis”. Jumlah penyakit dan obat yang dibutuhkan untuk menyembuhkan atau mencegah tidak berkomplikasi mencapai ribuan. Tidak praktis mencantumkan semua jenis diagnosis, pengobatan, dan tindakan medis yang ribuan, lebih dari 5.000 jenis, dalam daftar layanan yang dijamin. Oleh karenanya yang dicantumkan adalah “yang tidak dijamin” atau disebut *negative list* dalam JKN. Karena jenis layanan yang sangat banyak itulah sering terjadi perselisihan paham (*dispute*) antara peserta dengan dokter dan antara dokter dengan Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Untuk menyelesaikan selisih paham itu, dibentuk Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya dan Dewan Pertimbangan Medis. Dengan demikian, masyarakat seharusnya tidak perlu khawatir dengan tidak adanya daftar layanan yang dijamin.

Layanan yang tidak dijamin adalah sebagai berikut:

1. Layanan di luar jaringan fasilitas kesehatan yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2. Layanan rawat jalan di rumah sakit tanpa rujukan (*referral*) dari dokter umum, kecuali dalam keadaan darurat. Dalam keadaan kasus darurat, misalnya perdarahan banyak atau kejang, maka peserta JKN dapat langsung ke RS terdekat, meskipun RS itu tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
3. Layanan kosmetika, seperti sedot lemak atau operasi yang mempercantik atau mempercanteng diri.
4. Vitamin, bahan makanan suplemen, jamu, dan obat-obat atas pilihan diri sendiri, bukan atas indikasi yang menurut dokter diperlukan.
5. Layanan kesehatan infertilitas bagi pasangan yang tidak punya anak.
6. Layanan kesehatan di luar negeri

Di atas telah disampaikan bahwa layanan kesehatan sangat kompleks dan pada umumnya pasien (peserta JKN yang sakit) tidak memahami berbagai aspek layanan. Sementara itu, ketika peserta sakit, emosi dan jiwanya tidak stabil. Dalam keadaan seperti itu, sebuah ucapan yang biasanya terdengar normal dapat menjadi tidak normal. Waktu tunggu 5 (lima) menit yang biasanya sangat cepat, bisa jadi sangat lambat. Belum lagi pengalaman masa lalu ketika ia dijamin oleh sebuah asuransi komersial yang bagus, meskipun sangat mahal, atau oleh perusahaan yang royal seperti pada banyak BUMN, maka perubahan pada layanan JKN menjadi sensitif. Maka jangan heran jika pasien JKN seringkali mengeluh atas berbagai layanan. Tanpa menyadari bahwa selama ini mereka membayar atau dibayari oleh perusahaan

sangat mahal, mereka menuntut kualitas yang sama pada JKN. Hal ini menimbulkan cukup banyak keluhan. Namun demikian, bagi mereka yang sudah menggunakan layanan JKN, pada umumnya mereka cukup puas. Hanya saja, sebagian peserta tidak berani mencoba. Mereka sudah termakan isu bahwa layanan JKN jelek, antrian lama, obat tidak bagus, dokter diskriminatif, dan lain sebagainya. Oleh karenanya, peran tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan untuk menjelaskan dan memberikan layanan terbaik, meskipun saat ini, bayaran JKN relatif masih belum membuat tenaga kesehatan tersenyum.

D. Layanan Promotif-Preventif

Banyak orang mengkritik bahwa JKN tidak baik karena layanan *promotif-preventif* tidak dijamin. Mereka berbicara “berapapun Dana JKN tidak akan cukup”, atau “negara akan bangkrut jika menjamin semua pengobatan” atau, “seharusnya JKN mengutamakan layanan *promotif-preventif*”. Umumnya orang yang berbicara demikian tidak paham sistem kesehatan, sistem jaminan kesehatan nasional, atau UHC. Mereka juga umumnya tidak paham bagaimana negara-negara di dunia menyediakan jaminan kesehatan bagi penduduknya. Tidak ada bukti jaminan kesehatan nasional (UHC) membuat suatu negara bangkrut. Itulah sebabnya, Persatuan Bangsa Bangsa mendorong semua negara melakukan UHC dan menetapkan tanggal 12 Desember sebagai “hari UHC”, Hari Jaminan Kesehatan Nasional Dunia. Tetapi, pembatasan memang diperlukan untuk mencegah pemborosan. Mengapa JKN fokus pada layanan kuratif?.

Seperti dijelaskan sebelumnya bahwa JKN menggunakan mekanisme asuransi sosial. Mekanisme asuransi adalah mekanisme transfer risiko biaya berobat. Risiko adalah suatu kejadian yang tidak diinginkan yang akan terjadi, bukan yang sudah terjadi. Kejadian sakit yang menimbulkan biaya berobat adalah risiko yang ditransfer oleh seseorang kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran. Jadi, memang program JKN berfokus pada upaya kuratif, karena kejadian sakit itulah yang ditransfer. Namun demikian, tidak berarti JKN sama sekali tidak menjamin beberapa layanan *promotif-preventif*. Layanan

promotif-preventif perorangan, disebut Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), diberikan oleh semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Ada UKP formal, seperti pemeriksaan *pap smear*, program penanggulangan penyakit kronis (prolanis), dan nasihat dokter untuk menjaga jangan sampai sering sakit atau jangan sampai penyakitnya bertambah berat. Bayaran kapitasi, bayaran borongan kepada dokter umum di klinik pratama sesungguhnya merupakan cara pembayaran yang otomatis memaksa dokter melakukan upaya *promotif-preventif* perorangan (UKP). Tetapi memang layanan promotif-preventif bukan tujuan utama JKN.

Dalam UU RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan telah diatur pembagian tugas utama jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan UKP dilaksanakan dengan JKN yang prinsipnya diatur dalam UU RI No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pelaksanaan program JKN ditugaskan kepada BPJS Kesehatan. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat yang bersifat Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dengan fokus utama program promotif-preventif adalah tugas pemerintah (Kementerian Kesehatan bersama Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten). Pada empat tahun pertama, tugas UKM yang dilaksanakan oleh pemerintah justru mendapat dana APBN/APBD yang jauh lebih besar dari Dana Amanat yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Data *National Health Account* (NHA) (Presentasi Menkes, 2017) Indonesia menunjukkan bahwa di tahun 2014 dana JKN hanya mencapai Rp49 Triliun, kemudian naik menjadi Rp64,6 triliun di tahun 2015. Sementara dana di Kementerian Kesehatan, Dinas-Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas-Dinas Kesehatan Pemerintah Kota & Kabupaten berjumlah Rp103 Triliun, kemudian naik menjadi Rp125 Triliun di tahun 2015. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa program JKN justeru masih memerlukan tambahan dana. Hal ini juga sesuai dengan rekomendasi Bank Dunia (2016) yang merekomendasikan *spend more, right, and better*.

Jadi, dalam menyikapi program kesehatan kita harus melihatnya secara kompresensif sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional yang intinya telah diatur dalam UU Kesehatan.

E. Kunci Sukses JKN ada pada Fasilitas Kesehatan

Berbeda dengan beberapa polis asuransi jiwa, asuransi kesehatan komersial, atau asuransi mobil dimana umumnya peserta merasa mendapat “durian runtuh” ketika menerima *no-claim bonus*; JKN sama sekali tidak menawarkan hal itu. Bahkan JKN hanya menawarkan tiga produk, jaminan perawatan di kelas III, kelas II, dan kelas I untuk peserta bukan penerima upah (PBPU). Program JKN secara otomatis menyediakan jaminan perawatan kelas II dan kelas I bagi pekerja penerima upah (PPU), tergantung besar upah/gaji bulanan yang diperhitungkan dalam bayaran iuran. Bahkan, ke depan jika RS sudah siap dan iuran sudah memadai, tidak perbedaan kelas perawatan. Tentu saja, buat sebagian orang kelas menengah, pegawai negeri, anggota DPR atau DPRD, manajer dan direktur di badan usaha swasta layanan JKN tidak memuaskan bagi mereka.

Kepuasan dan persepsi bagus tidaknya layanan di fasilitas kesehatan, baik di dokter praktik, klinik utama, klinik RS, maupun di RS sangat menentukan kesinambungan layanan. Buat sebagian orang, yang dulu tidak memiliki kesempatan mendapat jaminan, baik di perusahaan kecil atau mereka yang berusaha sendiri, dan menderita penyakit kronis, JKN bagaikan “berkah dari langit”. Mereka merasakan benar bagaimana JKN telah menyelamatkan mereka dari kebangkrutan rumah tangga ketika mereka terkena musibah sakit berat seperti penyakit kanker, serangan jantung, gagal ginjal maupun penyakit yang perlu minum obat rutin. Memang, dalam konsep JKN, mereka itulah yang kita gotong bersama. Sebagian orang mungkin merasa tidak perlu menggotong biaya berobat orang lain dan karenanya mereka tidak senang dipaksa membayar iuran. Itu adalah pandangan pendek ‘*short sighted*’. Kita semua harus memahami bahwa setiap orang akan sakit, hanya waktu dan tempatnya yang kita tidak tahu. Suatu ketika, kitalah yang akan digotong oleh orang lain. Jadi, kalau kita berpandangan jangka panjang, kita seharusnya bahagia “bisa menolong orang” kini. Suatu ketika kita akan ditolong orang.

Fakta bahwa kunci sukses ada di fasilitas kesehatan harus benar-benar dipahami oleh petugas BPJS dimana saja. Perilaku petugas BPJS

yang “merasa memiliki uang” lalu mendikte dan memaksa tenaga kesehatan mengikuti aturan yang dibuat BPJS atau persepsi aturan oleh petugas BPJS di lapangan akan berdampak buruk pada kesinambungan penerimaan iuran. Petugas dan pimpinan BPJS tidak boleh bersikap seolah-olah BPJS adalah miliknya, sebagaimana di perusahaan asuransi. Kekuatan uang yang ada di BPJS, bukanlah uang BPJS, melainkan semua dana dan aset BPJS adalah milik peserta, termasuk para tenaga kesehatan. Hal ini perlu dipahami semua pihak, agar JKN dapat tumbuh sehat dan kuat menjadi salah satu identitas NKRI yang dibanggakan.

Begitu juga tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan harus memahami benar bahwa dana yang dibayarkan oleh BPJS adalah Dana Amanat (dana gotong royong), dana yang diamanatkan oleh seluruh peserta untuk membiayai pengobatan siapa saja yang sakit. Jika sikap itu dipegang, maka tenaga kesehatan tidak akan melakukan *moral hazard*, apalagi kecurangan (*fraud*). Tenaga kesehatan, baik dokter maupun pimpinan fasilitas kesehatan, harus menghindari konsumsi obat, bahan medis, atau tindakan medis yang meningkatkan klaim ke BPJS yang tidak perlu secara medis. Sebab, Dana Amanat itu juga milik tenaga kesehatan. Janganlah kita habiskan dana milik kita untuk hal-hal yang tidak perlu.

Yang sulit dikendalikan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan adalah permintaan pasien, misalnya meminta dirujuk ke rumah sakit. Data-data yang tercatat dalam klaim di BPJS menunjukkan bahwa petugas puskesmas (dibandingkan klinik pratama) lebih sering meng”iya”kan permintaan pasien dirujuk. Petugas di layanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang dilayani oleh dokter praktik umum harus menyadari bahwa mengabaikan permintaan pasien tanpa ada indikasi medis perlunya pengobatan lebih lanjut oleh spesialis akan menghabiskan dana milik kita bersama. Suatu ketika, ketika kita terkena musibah penyakit berat, Dana Amanat bisa jadi tidak cukup. Maka kita akan jadi korban juga.

Secara akademik, teori ekonomi kesehatan, layanan kesehatan memang memiliki informasi asimetri (kesenjangan informasi) yang sangat besar. Dalam kesenjangan informasi antara pasien dan dokter

yang sangat besar itu, mudah terjadi perselisihan atau perbedaan paham (*dispute*) yang kontra produktif. Oleh karenanya, mutlak bagi BPJS untuk memberi informasi sesering mungkin tentang prosedur mendapatkan layanan, alasan-alasannya, dan kasus-kasus yang terjadi yang merugikan peserta lain. Para petugas di fasilitas kesehatan juga harus sadar dan memberikan informasi yang lengkap. Untuk itu, seharusnya tarif kapitasi dan *Case Base Groups* (CBG) memperhitungkan “tugas tambahan” yang *non-medis* dan biaya pengembangan fasilitas kesehatan. Sebab, tidak adil (*fair*) juga tugas utama atau mutlak (UU SJSN, 2004 dan UU BPJS, 2011) pemberian informasi oleh BPJS dibebankan kepada petugas fasilitas kesehatan tanpa ada kompensasi tambahan.

Sejujurnya, penyelenggaraan JKN yang ideal seperti yang dikupas diatas memerlukan perbaikan upaya bersama yang terus menerus dan mungkin baru bisa dicapai 10 tahun lagi. Peserta harus melaporkan layanan yang tidak sesuai aturan kepada BPJS Kesehatan jika sebuah fasilitas kesehatan tidak melayani dengan baik. Selain itu, BPJS Kesehatan harus menindaklanjuti laporan dengan menegur atau memberi sanksi kepada fasilitas kesehatan yang tidak mematuhi aturan. Semua peserta harus berperan aktif melaporkan atau menyampaikan keluhan kepada Pemerintah, khususnya Kementerian Kesehatan atau kepada Dewan Jaminan Sosial Nasional¹, jika layanan BPJS Kesehatan tidak baik atau diduga terjadi penyalahgunaan. Pemerintah juga harus menetapkan iuran dan bayaran kepada fasilitas kesehatan yang memadai, yang memenuhi harga keekonomian. Penetapan iuran dan bayaran ke fasilitas kesehatan yang terlalu kecil seperti yang terjadi dalam empat tahun pertama akan terus menghasilkan defisit, menciptakan citra buruk JKN, dan mendorong fasilitas kesehatan membatasi layanan sesuai dengan bayaran yang diterimanya, seperti memaksa pasien datang pada waktu lain untuk pemeriksaan laboratorium, mematok kuota pasien JKN, dan hanya menyediakan kamar/ICU/NICU yang terbatas.

1 Keluhan ke DJSN dapat disampaikan via email ke contact@djsn.go.id, atau kunjungi laman DJSN djsn.go.id atau sms ke 0822-21-500500. DJSN adalah lembaga tripartit, wakil peserta, yang ditugaskan UU untuk mengharmoniskan JKN dan menjadi Pengawas Eksternal BPJS.

F. Prosedur Layanan JKN: Mengapa Harus Diatur?

Prosedur pertama yang harus dilalui oleh mereka yang belum terdaftar sebagai peserta JKN adalah mendaftar diri dengan membayar iuran ke rekening BPJS Kesehatan. Ada tiga cara pendaftaran bagi tiga jenis peserta utama yaitu peserta penerima upah (PPU), peserta bukan penerima upah (PBPU), dan peserta penerima bantuan iuran (PBI). Prosedur pendaftaran adalah sebagai berikut:

1. Peserta penerima upah umumnya dikenal lebih populer sebagai pegawai, baik pegawai negeri, pegawai Pemda, pegawai perusahaan, pegawai yayasan, pegawai perguruan tinggi dsb yang setiap bulan menerima upah atau gaji wajib didaftarkan oleh badan usaha (BU) nya. Badan Usaha disini adalah berbagai bentuk badan hukum yang bisa berbentuk Perseroan Terbatas (PT), Yayasan, Koperasi, Badan Hukum Publik seperti Bank Indonesia, dsb. Jika anda adalah pegawai yang menerima gaji setiap bulan, baik ada ikatan kontrak maupun tidak, dan belum menjadi peserta JKN, maka minta segera majikan (bagian kepegawaian/administrasi) untuk mendaftarkan Anda dan seluruh anggota keluarga Anda. Sakit dan kecelakaan dapat datang kapan saja. Mendaftar JKN sama dengan “sedia payung sebelum hujan”. Hujan masih mudah disiapkan, karena ada tanda-tanda akan datang. Besarnya iuran saat ini adalah 5 persen dari upah bulanan Anda, yang dibayar bersama dengan majikan atau pemberi kerja. Jika Anda pegawai negeri, gaji anda dipotong 2 persen dan pemerintah menambah 3 persen dari gaji anda untuk iuran. Jika Anda pegawai swasta, majikan Anda memotong 1 persen gaji anda dan majikan wajib menambahkan 4 persen dari gaji anda. Tetapi, jika Anda memiliki lebih dari 3 (tiga) anak, maka Anda harus membayar tambahan 1 persen untuk setiap anak. Majikan tidak wajib membayar tambahan. Anda juga bisa mengikutkan orang tua dan mertua yang bukan pegawai dan bukan penerima pensiun dengan memotong upah Anda 1 persen untuk tiap orang. Dengan demikian, Anda menjamin orang tua terlindungi. Sakit dan kecelakaan tidak pernah ada tanda. Pengobatan suatu penyakit dapat menghabiskan dana ratusan juta. Maka jauh lebih baik jika Anda dan keluarga terdaftar

sertamembayar iuran secara rutin. Dengan demikian, Anda dan keluarga akan terhindar dari keharusan membayar mahal biaya berobat. Jika Anda dan keluarga tidak pernah sakit bertahun-tahun dan terus membayar iuran, tidak perlu mempertanyakan kemana uang Anda. Uang Anda telah digunakan untuk menolong saudara kita yang terkena musibah sakit. Niatkanlah sejak awal bahwa Anda menghibahkan sebagian pendapatan atau upah Anda untuk amal jariah. Insya Allah berpahala, sekaligus melindungi diri dan keluarga Anda dari berbagai risiko sakit.

2. Bagi Anda yang bekerja mandiri, tidak punya majikan, dan Anda mendapatkan pendapatan dari keuntungan usaha mandiri, maka Anda harus membayar iuran sejumlah nilai tertentu yang Anda pilih sesuai kemampuan keuangan Anda. Ada tiga pilihan iuran sesuai dengan kelas perawatan di RS. Iuran untuk kelas III adalah Rp25.500, Kelas II sebesar Rp51.000 dan Kelas I, sebesar Rp80.000 per orang per bulan. Perlu diingat bahwa yang berbeda cuma ruangan dan jumlah orang dalam satu kelas. Layanan dokter dan obat yang diberikan tidak boleh berbeda. Diharapkan mereka yang bekerja mandiri belum mendaftar dapat segera mendaftar untuk seluruh keluarga, tidak separuh-separuh hanya mendaftarkan yang sering sakit. Jangan lupa juga untuk membayar iuran secara teratur melalui ATM, toko waralaba, langsung ke bank, atau buat surat kuasa kepada bank untuk auto debet, otomatis dikurangi dari rekening anda setiap bulan.
3. Peserta penerima bantuan iuran terdiri atas dua kelompok yaitu PBI pusat sebanyak 92,4 juta jiwa penduduk termiskin seluruh Indonesia yang iurannya dibayar oleh Pemerintah dari anggaran Kementerian Kesehatan. Selain peserta PBI Pusat, Pemda juga dapat membayari iuran bagi penduduk di wilayahnya yang ingin dibantu Pemda. Pemda DKI Jakarta dan Pemda Aceh membayari iuran semua penduduknya yang bukan PPU asalkan mereka mau menjadi peserta dengan hak rawat inap di kelas III. Jika pekerja mandiri ingin dirawat di kelas II atau kelas I, jika perlu perawatan, maka silahkan mereka membayar iuran sendiri.

Dengan model pembayaran wajib tersebut, diharapkan pada tahun 2019 seluruh penduduk telah menjadi peserta. Dengan demikian bangsa Indonesia akan merdeka dari beban biaya berobat yang mahal ketika ia terkena musibah sakit. Hal itu bukan berarti gratis. Tidak ada yang gratis. Tetapi, setiap orang membayar ketika sehat dan memiliki pendapatan. Ketika sakit, ia tinggal pergi ke dokter atau rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan. Ketika mendapatkan pengobatan, ia tidak perlu membayar lagi. Namun demikian, ada prosedur yang harus diikuti untuk mendapatkan pengobatan tersebut.

Jaminan, baik dengan mekanisme asuransi maupun bukan mekanisme asuransi, menyebabkan seseorang tidak sensitif terhadap biaya layanan yang dikonsumsinya. Seorang pegawai yang mendapat tugas keluar kota dan dijamin biaya hotel dan makan sesuai pilihannya akan cenderung menginap di hotel mewah dan makan di restoran mahal. Perilaku tersebut merupakan perilaku *moral hazard*, perilaku mengkonsumsi sesuatu diatas “kebutuhan”nya, konsumsi yang tidak perlu, tetapi tidak melanggar aturan. Bahkan, meskipun jaminan tidak penuh menyebabkan biaya yang dibayar oleh dirinya (OOP) relatif kecil, konsumsi barang atau layanan yang dijamin akan lebih tinggi. Kini solar disubsidi Rp500 per liter menyebabkan harga solar menjadi murah. Pemilik mobil disel tidak berupaya hemat. Akibatnya konsumsi solar tinggi. Hal ini merupakan contoh kebijakan yang buruk, sebab subsidi tersebut dinikmati orang kaya, pemilik mobil disel.

Berdasarkan fakta-fakta tersebut diatas, yang telah dibuktikan di masa lalu dan diberbagai negara, maka dalam JKN diatur prosedur yang meminimalkan perilaku *moral hazard*. Upaya mencegah *moral hazard* dilakukan dengan membayar layanan dokter praktik umum dengan cara kapitasi dan mengharuskan peserta JKN ke dokter umum yang dipilihnya yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Jika dokter umum menilai penyakit yang diderita peserta JKN diluar kemampuannya, maka dokter tersebut wajib merujuk (mengirim) pasien ke klinik spesialis di sebuah klinik utama atau di sebuah rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Peserta JKN sama sekali tidak boleh langsung berobat ke dokter spesialis atau RS mana saja sesuai selera. Sebab hal itu akan memudahkan perilaku

moral hazard dari kedua sisi, sisi peserta dan sisi fasilitas kesehatan. Tentu saja, pembatasan fasilitas kesehatan tempat peserta JKN berobat (sistem tertutup) menimbulkan ketidaknyamanan buat sebagian orang yang sudah terbiasa berobat langsung ke spesialis dan ke RS pilihannya yang tidak bekerjasama dengan BPJS.

Setiap peserta memiliki hak memilih dokter umum, yang disebut FKTP yang dapat berupa puskesmas, dokter praktik pribadi, atau klinik swasta (disebut klinik pratama). Seorang peserta dalam satu keluarga dapat memilih FKTP yang berbeda dengan keluarga lain. Sebab, dalam kehidupan kita, bisa saja seorang anak kuliah di Bandung sementara keluarganya tinggal di Serang, Banten. Apabila dalam 3 (tiga) bulan seorang peserta yang memilih dokter X dan ia mencoba berobat ternyata dokter X tidak cukup ramah atau tidak cukup meyakinkan, maka peserta tersebut dapat memindahkan pilihannya ke FKTP lain. Pindahan pilihan dapat dilakukan melalui aplikasi Mobile JKN yang dapat diunduh gratis atau melalui pengiriman formulir permintaan pindah FKTP di kantor cabang BPJS Kesehatan setempat. Sistem *locked in* tiga bulan ini merupakan syarat agar BPJS bisa membayar kapitasi kepada FKTP. Bayaran kapitasi adalah bayaran BPJS kepada FKTP untuk setiap peserta (yang sehat dan yang sakit) yang dibayar dimuka, umumnya dibayar antara tanggal 10 hingga tanggal 15 tiap bulan, untuk layanan di bulan tersebut. Bayaran kapitasi dipantau untuk mengukur seberapa bagus seorang dokter mengangani peserta JKN.

Dengan sistem rujukan, seorang pasien yang memang menderita penyakit yang cukup berat atau menderita penyakit diluar kompetensi dokter (umum) akan diobati oleh spesialis. Untuk kejelasan pembatasan, maka Konsil Kedokteran Indonesia mengeluarkan kompetensi dokter yang kemudian ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan. Seorang dokter (umum) yang dikontrak BPJS harus mengobati 144 penyakit dan 11 kondisi pasien lain. Jika penyakit pasien diluar lingkup kompetensi tersebut, maka dokter wajib merujuk atau mengirim pasien ke seorang dokter spesialis di klinik utama atau di klinik RS kelas B, C, atau D. Jika RS yang mendapat rujukan pasien juga tidak memiliki alat atau dokter subspecialis yang kompeten mengobati, misalnya penyakit

kanker, maka rumah sakit tersebut wajib merujuk pasien ke RS yang lebih tinggi, yaitu RS kelas A yang memiliki alat atau dokter *sub-spesialis* yang dibutuhkan.

Untuk mencegah RS melakukan *moral hazard* dan *fraud* (curang), maka RS dibayar borongan per jenis penyakit yang disebut *Casemix Based Groups (CBG)*. Untuk satu jenis penyakit dan kondisi pasien (kasus/*case*), sebuah RS dibayar sama di suatu wilayah. Sebab, jika RS dibayar sesuai dengan layanan yang diberikan (disebut bayaran secara *fee for service, FFS*) kemudian diklaim ke BPJS, maka potensi *moral hazard* atau *fraud* akan sangat besar. Seorang dokter di RS yang dibayar secara FFS akan dengan mudah melakukan berbagai pemeriksaan laboratorium atau radiologi meskipun belum cukup indikasi medis. Sangat sulit menilai cukup tidaknya indikasi medis untuk suatu pemeriksaan karena kompleksnya layanan medis. Oleh karena itu, RS dibayar dengan jumlah bayaran yang ditetapkan per CBG yang berlaku sama pada semua RS sejenis di wilayah tersebut agar dokter dan petugas RS tidak seenaknya melakukan pemeriksaan medis atau memberikan obat sesuai kemauan pasien atau kemauan dokter. Mereka dipaksa efisien, karena sebanyak apapun pemeriksaan medis atau pilihan obat, RS tersebut dibayar sama.

Namun demikian, bayaran secara CBG ini berpotensi *moral hazard* lain pada RS yaitu tidak melakukan suatu pemeriksaan medis atau tidak memberikan obat yang dibutuhkan untuk menjamin surplus. Sebuah RS bisa juga membuat kebijakan untuk memulangkan pasien dirawat secepatnya untuk menghemat. Untuk itu, maka dilakukan pemantauan kepuasan sebagai salah satu alat ukur kualitas layanan dan pemantauan kualitas layanan lain, yang dijadikan ukuran kinerja sebuah rumah sakit. Kinerja tersebut dijadikan alat untuk pembayaran atau kontrak perpanjangan oleh BPJS.

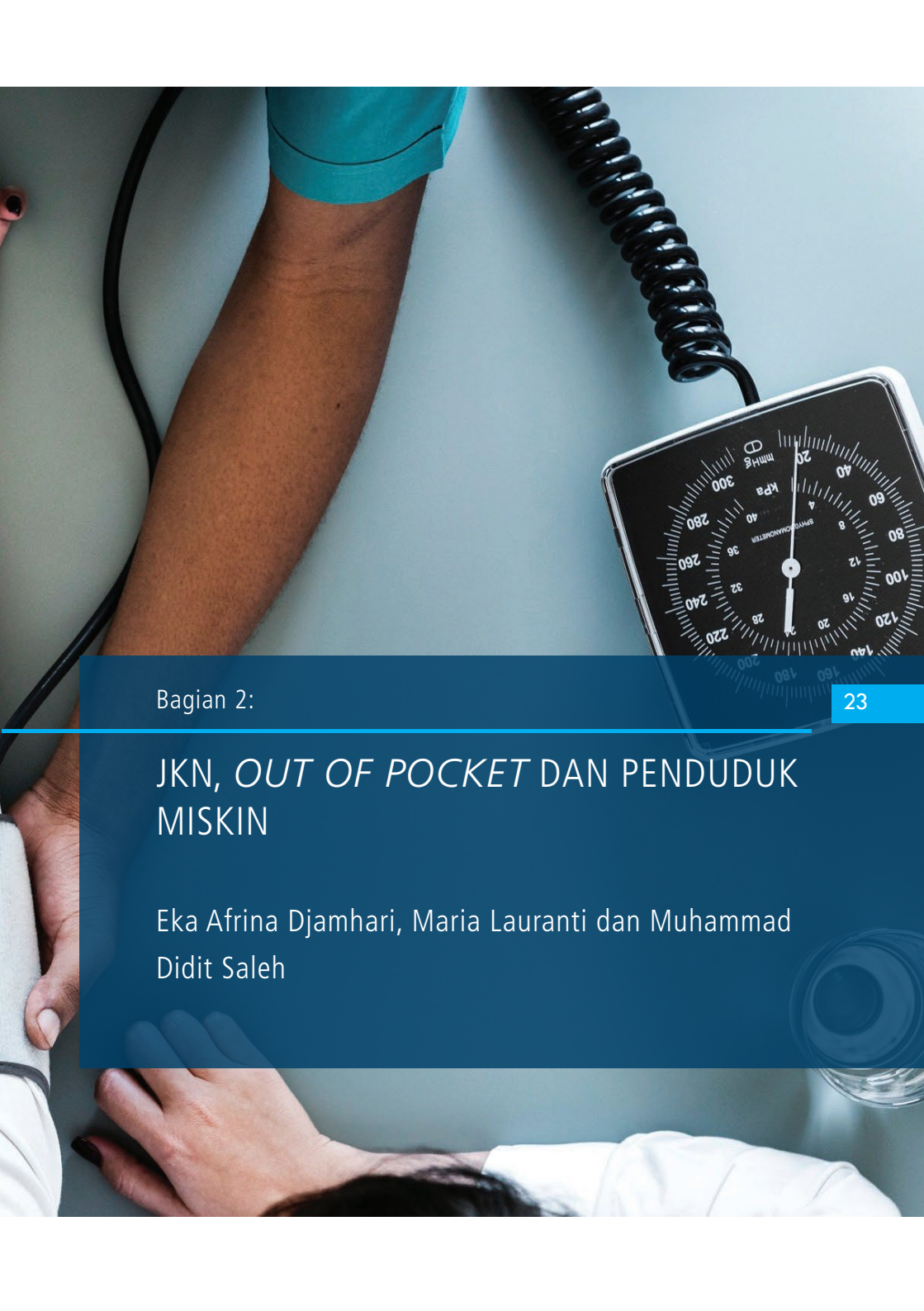
Karena kompleksnya layanan kesehatan dan semakin lama semakin mahal, maka kita harus bersama-sama menjaga program ini. Jangan menyalahgunakan dan menggunakan berlebihan. Ingat, Dana Amanat adalah dana milik kita bersama. Dana Amanat yang dikelola BPJS Kesehatan, bukan dana milik pimpinan atau pegawai BPJS. Dana tersebut adalah milik kita semua. Oleh karenanya, kita

awasi penggunaannya. Termasuk kita ingatkan kawan, keluarga, atau sanak famili yang menyalahgunakan haknya yang bisa menimbulkan Dana Amanat cepat habis. Kita kawal dan kita pantau petugas BPJS dan petugas fasilitas kesehatan agar mereka bertanggungjawab dan tidak korup. Sebab, penyalahgunaan Dana Amanat milik kita adalah “pencurian” harta kita. Jangan biarkan.

Daftar Pustaka

- Bank Dunia. 2016. Indonesia: Health Financing System Assessment. World Bank Group.
- BPJS Kesehatan. 2017. Distribusi FKTP dan FKTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan 2017.
- BPJS Kesehatan. 2016. Laporan Tahunan BPJS Kesehatan 2014-2016.
- Direktorat Jenderal Pajak. 2017. Ingat, 30 April Batas Waktu Penyampaian SPT Tahunan Wajib Pajak Badan. <http://www.pajak.go.id/content/ingat-30-april-batas-waktu-penyampaian-spt-tahunan-wajib-pajak-badan>.
- Nurhasanah R. 2018. Disertasi. FKMUI..
- Presentasi Menteri Kesehatan dalam Pertemuan Ilmiah Ekonomi Kesehatan IV, Surabaya 13 September 2017
- Thabrany, Hasbullah. 2015. Jaminan Kesehatan Nasional Edisi II. Jakarta: Penerbit Rajagrafindo.
- UNDP. 2017. http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/brochure/SDGs_Booklet_Web_En.pdf,
- Undang-Undang* RI No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-Undang RI No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.





Bagian 2:

23

JKN, *OUT OF POCKET* DAN PENDUDUK MISKIN

Eka Afrina Djamhari, Maria Lauranti dan Muhammad Didit Saleh

Abstrak

Efektivitas bantuan iuran dalam mengurangi out of pocket dari pasien dan keluarganya penting untuk diwujudkan. Kelompok miskin yang hendak memiliki pelayanan kesehatan yang berkualitas, mereka harus mengeluarkan biaya yang lebih untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung dalam JKN. Sebagai kelompok rentan, kesulitan yang dihadapi dalam menutup biaya out of pocket dapat memposisikan penerima bantuan iuran pada tingkat risiko yang lebih besar. Dalam konteks kesehatan pada kondisi ekonomi yang lebih sulit, pilihan untuk tidak berobat atau mengakses layanan diambil oleh rumah tangga karena tidak mampu memenuhi biaya out of pocket, meskipun mereka dapat memanfaatkan JKN. Prioritas perbaikan dalam mengatasi permasalahan konkret terkait out of pocket, harus menjadi agenda utama seluruh pihak yang terkait untuk memastikan bahwa ekuitas kesehatan diwujudkan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Selain itu juga perlu keterlibatan dan partisipasi aktif dari penyedia layanan kesehatan, warga masyarakat agar keadilan bagi masyarakat miskin dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik.



A. *Universal Health Coverage (UHC)*

Secara sederhana konsep *Universal Coverage* dapat diartikan sebagai cakupan menyeluruh. Istilah ini, yang kemudian menjadi istilah *Universal Health Coverage (UHC)*, awalnya dimunculkan oleh *World Health Organisation (WHO)*. Istilah ini merupakan evolusi dari istilah *health for all* yang telah diusung oleh WHO. Secara lebih luas, konsep UHC dapat dimaknai sebagai layanan kesehatan dimana semua orang dapat menggunakan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan layanan kesehatan paliatif yang mereka butuhkan, dengan kualitas yang cukup efektif, sementara juga memastikan bahwa pengguna layanan ini tidak mengalami kesulitan keuangan (World Health Organisation, 2013:6).

Dalam pandangan Mundiharno (2012:207) bahwa istilah UHC memiliki tiga dimensi penting. Pertama, dimensi cakupan kepesertaan, yang dalam konsep UHC dapat diartikan bahwa semua penduduk atau warga negara, tanpa terkecuali, dicakup menjadi peserta jaminan kesehatan. Dimensi ini penting karena diharapkan apabila semua warga negara atau penduduk tercakup menjadi peserta jaminan kesehatan, maka secara otomatis pula warga memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan.

Namun realitasnya, tidak semua penduduk yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan dapat serta merta mengakses pelayanan kesehatan. Sebagai salah satu ilutrasinya adalah apabila di suatu daerah tempat penduduk tinggal tidak ada fasilitas kesehatan, maka penduduk akan tetap sulit mendapatkan pelayanan karena ketiadaan fasilitas unit layanan kesehatan. Oleh karena itu, ada dimensi kedua dari UHC, yaitu akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu

tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Adapun dimensi ketiga dari UHC yaitu adanya proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (*out of pocket*) makin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan peserta (*financial status*) yang menyebabkan peserta menjadi miskin. Jika masyarakat miskin dipaksa menghabiskan sejumlah besar pendapatan mereka yang terbatas untuk membiayai perawatan kesehatan, maka mereka terancam tidak memiliki sumber daya yang memadai untuk makan dan tempat tinggal (O'Donnell, O., Doorslaer, E.V., Wagstaff, A., Lindelow, M., 2008).

Tiga dimensi dalam konsep UHC yang dikembangkan oleh Mundiharno tersebut tidak jauh berbeda dengan dimensi-dimensi penting konsep UHC yang dikembangkan oleh WHO. Dimensi pertama yaitu terkait dimensi persentase penduduk yang dijamin. Pada dimensi kedua terkait layanan kesehatan yang dijamin, misalnya terkait layanan di rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan. Dimensi ketiga terkait proporsi biaya kesehatan yang dijamin. Artinya semakin besar dana yang tersedia, maka semakin besar pula penduduk yang terlayani, komprehensif paket pelayanannya, dan proporsi biaya yang harus ditanggung penduduk semakin mengecil (World Health Organization, 2013)

Berdasarkan uraian tentang konsep UHC yang dikembangkan oleh WHO dan Mundiharno tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa konsep konsep UHC setidaknya harus meliputi tiga dimensi penting. Pertama, terkait dengan lingkup jaminan kesehatan tersebut seperti pelayanan *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitasi*. Kedua, cakupan kepesertaan yang menyeluruh dan berlaku untuk semua orang dan bersifat *universal*. Ketiga, dimensi perlindungan finansial, yang menekankan bahwa warga negara tidak mengalami kesulitan keuangan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Namun demikian, cepat tidaknya pencapaian UHC dengan tiga dimensi tersebut, dipengaruhi oleh beberapa faktor. Carrin dan James (2004; 15-17) menyebutkan setidaknya ada lima faktor yang mempengaruhi cepat lambatnya suatu negara mencapai *universal coverage*. Pertama, tingkat pendapatan penduduk. Makin tinggi tingkat

pendapatan penduduk makin tinggi kemampuan penduduk dan juga pemberi kerja dalam membayar iuran (premi). Kedua, struktur ekonomi negara terutama berkaitan dengan besarnya proporsi sektor formal dan informal. Ketiga, distribusi penduduk negara. Distribusi penduduk yang tersebar luas ke berbagai wilayah menyebabkan biaya administrasi penyelenggaraan yang lebih tinggi dibanding kalau penduduknya terpusat pada daerah-daerah tertentu. Keempat, kemampuan negara dalam mengelola asuransi kesehatan sosial. Terakhir, penyelenggaraan jaminan kesehatan memerlukan sumberdaya terampil yang memadai. Keempat faktor tersebut perlu diperhatikan oleh pemerintah dalam membuat pedoman dan aturan dalam mencapai UHC melalui asuransi kesehatan sosial.

Dalam konteks Indonesia, upaya untuk mencapai UHC dengan berbagai dimensi di dalamnya, maka dirancang secara bertahap dan ditentukan skala prioritas. Adapun prioritas pertama dalam pencapaian UHC di Indonesia adalah perluasan penduduk yang dijamin, yaitu agar semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Prioritas kedua sebagai langkah berikutnya adalah memperluas layanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis, yang berarti pula makin komprehensif paket manfaatnya. Prioritas ketiga, adanya peningkatan biaya medis yang dijamin sehingga makin kecil proporsi biaya langsung yang ditanggung penduduk.

UHC atau cakupan kesehatan menyeluruh yang ditargetkan Pemerintah pada 2019 diperkirakan tidak akan tercapai. Namun, UHC dikatakan tercapai bila seluruh rakyat memiliki jaminan kesehatan, bisa mengakses layanan kesehatan mulai dari promotif, preventif, kuratif sampai rehabilitatif. Yang juga paling penting adalah *out of pocket* (OOP) atau pengeluaran dari kantong sendiri berkurang di bawah 20 persen dari total belanja kesehatan. OOP di Indonesia masih tinggi, yaitu 45 persen. Angka ini jauh di atas negara lain, seperti Fiji, Malaysia dan Thailand yang hanya 28 persen, bahkan Tiongkok, Chile, Costa Rica, dan Cuba 23 persen (Beritasatu, 2017).

B. Menelisis Realitas *Out of Pocket*

Di semua negara Asia Tenggara kecuali Thailand, Bhutan dan Timor-Leste, pengeluaran untuk obat-obatan tetap didominasi secara langsung dari pengeluaran OOP rumah tangga. Ini menempatkan beban keuangan yang substansial pada rumah tangga. Tantangan yang dihadapi rumah tangga untuk pengeluaran OOP diantaranya untuk membeli obat-obatan bila dibutuhkan, mengurangi dana yang dimiliki rumah tangga biaya hidup lain yang diperlukan, dan mungkin mendorong mereka ke dalam kemiskinan. Rumah tangga miskin umumnya menderita lebih banyak kesulitan finansial. Di India lebih dari 60 persen masyarakatnya masih tergolong miskin menerapkan sistem *out of pocket spending*, di mana pembiayaan kesehatan tidak dianggarkan sebelumnya dan menjadikannya tidak efisien.

Pengelolaan jaminan kesehatan di Thailand dipegang oleh National Health Security Office (NHSO), lembaga otonomi yang tidak berada di bawah kementerian kesehatan. Target dari NHSO di tahun 2021 yaitu mencapai *compliance rate outpatient* dan *inpatient* 80 dan 90 persen kepuasan pasien lebih dari 90 persen, kepuasan *provider* mencapai 75 persen, serta meningkatnya tingkat *effective coverage*. Dengan sistem pembiayaan menargetkan total *health expenditure* di 2021 mencapai 4,6 – 5 persen, proporsi alokasi untuk sektor kesehatan terhadap total anggaran pemerintah 17-20 persen, turunnya pembiayaan untuk penyakit katastrofik di bawah 2.3 persen, serta turunnya angka kemiskinan akibat permasalahan kesehatan di bawah 0.4 persen, meningkatnya pencapaian *High Performance Organization* lebih dari 80 persen, dan indikator transparansi dan integritas lebih dari 90 persen. Satu hal yang menarik di Thailand yaitu proporsi alokasi anggaran untuk kesehatan terhadap GDP hanya 4.6 persen, lebih rendah dibandingkan dengan negara lainnya tetapi *out of pocket payment* mencapai 11 persen; sementara negara lain dengan alokasi anggaran kesehatan 10 persen memiliki *out of pocket* lebih dari 30 persen.

C. Beban Biaya *Out of Pocket* di Indonesia

Apabila program JKN berjalan dengan baik, maka belanja berobat masing-masing rumah tangga, yang dikenal dengan *out of pocket*

(*OOP*), atau biaya sendiri akan turun. Itulah tujuan dari UHC atau JKN. Untuk mengukur tingkat keberhasilan proteksi finansial JKN atau UHC, WHO mematok rata-rata belanja *OOP* pada 20 persen Total Belanja Kesehatan (TBK) atau dalam NHA disebut *Total Health Expenditure*. Salah satu sumber data yang digunakan oleh WHO dan Bank Dunia adalah sumber NHA. Sampai dengan akhir tahun 2017, kita baru menghasilkan data besaran *OOP* pada tahun 2015 yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1 Perkembangan Belanja Kesehatan Indonesia Tahun 2010-2015 (dalam Rp Triliun) kecuali Belanja per Kapita

Lembaga/Financing agent	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Belanja Kesehatan Publik (Pemerintah & BPJS Kesehatan)	74	83	101	121	156	195
Kementerian Kesehatan	12,2	13,2	16,6	18,0	18,5	22,1
Kementerian/Lembaga Lainnya	3,7	3,9	4,0	4,9	4,4	4,5
Pemerintah Provinsi	14,5	16,1	19,4	22,7	26,5	32,2
Pemerintah Kab/Kota	31,6	35,2	43,9	51,5	57,8	71,3
Dana Jaminan Sosial	11,5	14,7	17,4	24,0	49,0	64,6
Belanja Kesehatan Swasta	162	179	189	202	218	233
Asuransi Swasta	5,3	4,4	5,4	6,5	6,3	7,3
Rumah Tangga (<i>Out of pocket</i> /<i>OOP</i>)	132,0	144,0	151,0	158,0	171,0	184,0
Organisasi	1,7	1,9	2,0	2,1	2,3	2,3
BUMN	6,0	7,3	7,9	8,7	9,6	9,6
Perusahaan Swasta	16,9	21,0	23,3	26,9	29,0	29,0
Lainnya	2,2	2,5	2,7	2,9	3,2	3,2

Total Belanja Kesehatan	237	264	294	326	377.8	431
Belanja Kesehatan per kapita (Rp 000)	994	1.091	1.195	1.309	1.498	1.685
Belanja Kesehatan per kapita (US\$)	109	124	127	125	126	126

Sumber: Presentasi Menkes dalam PIT IV, InaHEA di Surabaya 13 September 2017

Dari data NHA dengan angka tahun 2015 masih bersifat sementara, dapat dilihat bahwa peran JKN (Dana Jaminan Sosial) dalam pendanaan kesehatan masih sangat kecil, yaitu hanya Rp64,6 Triliun (atau 15 persen) dari 431 Triliun. Proporsi ini hanya naik sedikit 2 persen dari kontribusi JKN di tahun 2014 sebesar Rp49 Triliun dari Rp377,8 Triliun TBK. Hal yang menarik dari data NHA diatas adalah besarnya dana yang dikelola Pemda (pemerintah provinsi, kota dan kabupaten) yang di tahun 2015 berjumlah Rp103,5 Triliun, atau 24 persen dari TBK. Secara pembagian kerja, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, tugas utama Pemda adalah program UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) yang titik beratnya pada program promotif-preventif. Sedangkan tugas BPJS (JKN) bertumpu pada Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dengan titik berat pada upaya kuratif. Dana yang ada di Pemda masih merupakan campuran upaya UKM dan UKP. Reformasi dan realokasi aliran dana publik dari Pemda ke BPJS belum berjalan sebagaimana diharapkan. Jika dana publik (pemerintah dan BPJS) digabung, maka di tahun 2015 Belanja Kesehatan Publik sebesar Rp195 Triliun, atau 35 persen dari TBK. Sebagai perbandingan, di negara-negara maju (OECD) umumnya belanja kesehatan publik umumnya diatas 60 persen. Thailand menjadi juara pendanaan publik dengan kontribusi diatas 82 persen (Bank Dunia, 2017).

Aspek layanan yang dijamin secara teori atau kebijakan sudah memenuhi konsep UHC, yaitu seluruh layanan medis dijamin. Namun demikian, di lapangan banyak dilaporkan bahwa beberapa jenis layanan atau obat tidak diberikan oleh fasilitas kesehatan. Berbagai alasan dikemukakan misalnya, “obat tidak ada dalam Fornas”, “obat ini tidak dijamin”, “fasilitas sudah penuh, jadi bapak/ibu harus datang lain kali”,

dsb. Dengan berbagai alasan tersebut, pada akhirnya banyak peserta JKN yang terpaksa bayar sendiri, bayar dari kantong sendiri (OOP). Dalam banyak kasus, biaya sendiri atau dalam asuransi disebut “biaya sendiri” bisa mencapai puluhan atau ratusan juta rupiah. Hal tersebut berkaitan dengan kurangnya pemahaman petugas di BPJS Kesehatan maupun di fasilitas kesehatan tentang filosofi dan tujuan mulia dari JKN untuk meniadakan “pemiskinan” penduduk akibat bencana sakit. Selain itu, bayaran kapitasi dan CBG yang tidak memenuhi harga keekonomian, harga dimana sektor swasta dengan senang hati melayani pasien, memang belum terpenuhi.

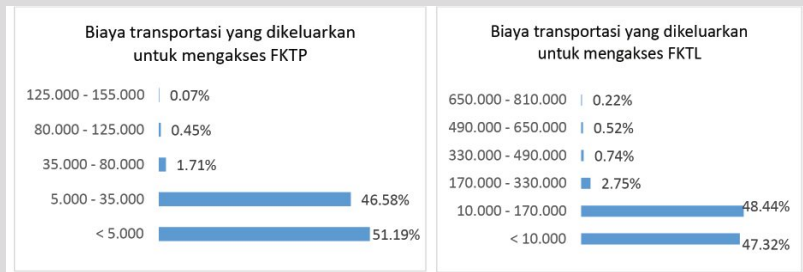
Tidak sedikit laporan yang menunjukkan bahwa pasien punya persepsi buruk terhadap layanan JKN dengan masuk RS sebagai “pasien umum”, tidak mendeklarasi dirinya sebagai peserta JKN. Setelah dirawat dan mengetahui tagihan membesar diluar perkiraannya, mereka minta dialihkan sebagai peserta JKN. Tentu saja hal itu tidak bisa diterima. Dalam hal ini pasien tidak jujur, tidak mengikuti prosedur sejak awal. Maka pasien harus bertanggungjawab atas perbuatannya sendiri. Dalam hal ini, BPJS Kesehatan tidak wajib menanggung. Keluarga pasienlah yang harus menanggung biaya berobat. Jika kasus seperti ini sering terjadi, maka biaya OOP akan tetap tinggi. Pada tahun 2015, perkiraan sementara menunjukkan bahwa OOP masih sangat tinggi yaitu berjumlah Rp184 Triliun, naik dari Rp171 Triliun di tahun 2014 (Presentasi Menkes, 2017). Jumlah OOP yang tinggi inilah yang harus ditransfer menjadi iuran JKN agar Dana Amanat JKN dapat lebih besar dan dapat membayar fasilitas kesehatan pada harga keekonomian.

D. Kelompok Miskin Tidak Mampu Menanggung Biaya *Out of Pocket (OOP)*

Salah satu tujuan utama program JKN adalah memberikan perlindungan finansial dari biaya kesehatan semua peserta JKN. Penerima manfaat JKN berhak mendapatkan berbagai layanan sebagai bagian dari paket manfaat dasar tanpa mengeluarkan biaya pelayanan. Peserta JKN yang mendapatkan pelayanan kesehatan diharapkan pengeluaran kesehatan yang dikeluarkan dari kantong sendiri atau OOP akan lebih rendah

dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki asuransi kesehatan. OOP adalah Pengeluaran langsung oleh Rumah Tangga (pengeluaran yang benar-benar dikeluarkan oleh Rumah Tangga) untuk pelayanan kesehatan, termasuk biaya konsultasi dokter, pembelian obat, retribusi pelayanan kesehatan ataupun pengobatan alternatif dan/atau tradisional, uang gratifikasi atau pembayaran dalam bentuk barang kepada praktisi kesehatan atau fasilitas kesehatan. Tidak termasuk biaya yang ditanggung oleh pihak ketiga, misalnya keluarga, tetangga, teman, kantor, asuransi, dan lain-lain. Pengeluaran OOP yang biasanya dikeluarkan oleh rumah tangga antara lain mencakup biaya konsultasi dokter, pembelian obat dan retribusi pelayanan kesehatan, termasuk didalamnya adalah pembelanjaan ke pengobatan alternatif, dan/atau obat tradisional. Pengeluaran untuk transportasi menuju ke sarana pelayanan kesehatan yang dikeluarkan oleh peserta JKN dan konsumsi tidak termasuk ke dalam belanja kesehatan rumah tangga yang ditanggung oleh JKN.

Grafik 1 Biaya Transportasi yang Dikeluarkan untuk Mengakses FKTP dan FKTL



Sumber: Prakarsa (2017)

Pada data survei, diketahui bahwa lebih dari separuh responden (51,19 persen) menyatakan biaya tambahan untuk transportasi ke FKTP di bawah Rp5.000, sebanyak 46,58 persen responden mengeluarkan biaya tambahan antara Rp5.000 – 35.000. Sedangkan pengeluaran tambahan untuk transportasi ke FKTL menghabiskan kurang dari Rp10.000 (47,32 persen). Sebanyak 48,44 persen mengeluarkan biaya tambahan sebesar Rp10.000 – 170.000. Diketahui bahwa rata-rata biaya transportasi untuk mencapai FKTP adalah Rp7.820, sementara

biaya untuk mencapai FKTL lebih tinggi, dengan rata-rata sebesar Rp36.023.

Tabel 2 Biaya Transportasi untuk Mencapai FKTP dan FKTL per 1 x Perjalanan

Fasilitas	Biaya Minimum (rp)	Biaya Maksimum (rp)	Biaya Rata-Rata (rp)	Biaya Tengah (rp)
FKTP	0	150.000	7.820	5.000
FKTL	0	800.000	36.023	13,000

Sumber: Prakarsa (2017)

Pada layanan di FKTP, biaya tertinggi yang ditemui dalam penelitian ini adalah untuk membeli obat. Responden menjawab bahwa pengeluaran tertinggi yang pernah dilakukan dari kantong pribadi pasien di FKTP untuk obat mencapai dua juta rupiah. Setelah obat, biaya tinggi lain yang dijumpai adalah untuk membeli alat kesehatan, rawat inap dan membayarkan tindakan bedah ataupun non bedah oleh spesialis. Hal tersebut dapat dicermati dalam grafik 2, dari seluruh responden, dinyatakan bahwa mereka tidak mengalami pembebanan biaya tambahan untuk jenis pelayanan akupunktur medis, jenazah, forensik, imunisasi istri sebelum menikah, skrining dan imunisasi dasar untuk anak.

Grafik 2 Jenis Pengeluaran yang Dibuat dalam OOP pada Tingkat FKTP



Sumber: Prakarsa (2017)

Senada dengan temuan Prakarsa, dalam studi yang dilakukan oleh Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia menunjukkan, sebanyak 42 persen responden pasien JKN masih mengeluarkan biaya pribadi untuk membeli obat dan 31 persen responden di rumah sakit. Sebagian besar (85,2 persen) responden yang mengeluarkan biaya pribadi untuk obat mempunyai riwayat penyakit kronis karena tidak ada obat atau obat yang diresepkan tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Pasien di rumah sakit rata-rata mengeluarkan biaya sekitar Rp128.000 untuk rawat jalan (Kompas, 2016). Riset yang dilakukan oleh Perkumpulan Prakarsa juga menemukan bahwa masyarakat (PBI) dalam mengakses layanan kesehatan masih mengeluarkan biaya OOP. Pengeluaran terkait layanan kesehatan yang terbanyak yakni untuk obat sebesar 75 persen, dan biaya paling besar mencapai hingga Rp2.000.000.

Biaya OOP untuk obat banyak dikeluarkan oleh masyarakat, salah satunya disebabkan karena kelangkaan obat di berbagai daerah. Seperti yang terjadi di NTT, menurut berita yang dilansir oleh RRI (2017) bahwa di NTT sering terjadi kekurangan obat, dan persoalan ini hampir terjadi setiap tahun, baik di Kota Kupang, TTU, Belu, daratan Flores seperti. Hal serupa juga terjadi di Bekasi, yang ditulis dalam Sindonews.com (2017) “obat tidak ada, saya bingung mau beli di mana. Apotik sendiri kan lokasinya jauh-jauh, walaupun ada yang dekat, tetap tidak punya stok obat,” kata Surani (45) salah satu keluarga pasien di RSUD Kota Bekasi.

Data yang disajikan pada pelayanan tindak lanjut berbeda. Biaya tertinggi yang dialami oleh responden mencapai Rp7.000.000 untuk pelayanan rehabilitasi medis. Nilai biaya yang tinggi dapat juga ditemui untuk pelayanan rawat inap, forensik, tindakan bedah ataupun non bedah oleh spesialis, imunisasi dasar bagi anak, dan pemeriksaan pasca kehamilan. Biaya yang tidak sedikit tersebut berpotensi sangat tinggi untuk mengguncang kondisi ekonomi rumah tangga. Diketahui dari responden, bahwa untuk pelayanan jenazah, pemeriksaan saat kehamilan, skrining kesehatan dan layanan KB, mereka tidak mengalami penambahan biaya yang harus ditanggung secara pribadi.

Grafik 3 Jenis Pengeluaran yang Dibuat dalam OOP pada Tingkat FKTL



Sumber: Prakarsa (2017)

Pada pelayanan tindak lanjut, pengeluaran untuk obat masih dinilai tinggi dan membebani pasien. Ketersediaan dan konsistensi apotek dalam menyediakan obat yang dijamin dalam skema JKN ditemukan mengalami banyak kendala, seperti yang dibahas dalam sub-bab sebelumnya. Hal ini dapat menjadi prioritas bagi pembenahan tata kelola dan pelayanan JKN. Praktek yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan saat pasien memerlukan jenis obat yang tidak dijamin dalam skema JKN adalah tetap memberikan resep kepada pasien untuk menebus obat tersebut dengan biaya pribadi. Baik tenaga kesehatan maupun pihak farmasi yang diwawancarai menyatakan bahwa pada saat terdapat biaya tambahan, mereka memberikan penjelasan tersebut kepada pasien sesuai prosedur yang ada.

Selain itu, jumlah hari rawat inap yang dapat dimanfaatkan oleh pasien dibatasi sesuai peraturan yang berlaku. Hal ini secara otomatis memberatkan pasien. Ada kasus dimana pasien memutuskan untuk menghentikan rawat inap dan pulang meskipun belum pulih total. Pada kasus lainnya, dijumpai juga pasien keluar dari rumah sakit untuk beberapa hari dan kembali lagi untuk rawat inap. Pada kasus ini, pasien berpotensi mengeluarkan biaya tambahan transportasi untuk pulang pergi rumah sakit.

Grafik 4 Upaya Rumah Tangga saat Kesulitan Membayar Biaya Tambahan



Sumber: Prakarsa (2017)

Sebanyak 17 persen responden merasa kesulitan membayar biaya-biaya tambahan pada saat mengakses layanan kesehatan baik di FKTP maupun FKTL. Dari grafik 4, terlihat bahwa sebanyak 50,5 persen responden berhutang kepada tetangga, kerabat ataupun orang lain. Sebanyak 18,0 persen memakai tabungan keluarga, sebanyak 12,5 persen mencari sumbangan, sebanyak 4,19 persen meminta keringanan dari FKTP ataupun FKTL tempat mereka mengakses layanan. Sebagian kecil menutup biaya tersebut dengan cara menggunakan bantuan pemerintah lainnya yang diterima keluarga, seperti dana PKH, BOS dan lainnya. Hal ini sangat disayangkan karena menjadi indikasi penerimaan bantuan tersebut digunakan secara tidak efektif oleh rumah tangga saat dihadapkan pada kondisi lain yang lebih mendesak. Secara makro, hal ini akan berdampak pada pencapaian nasional pada program lain yang tengah digalakkan dalam bantuan tersebut. Data lain yang cukup memprihatinkan adalah responden memilih untuk tidak membeli obat atau alat kesehatan yang diperlukan untuk proses pemulihan kesehatan pasien (2 persen). Saat responden menjual aset yang dimilikinya untuk menutup biaya OOP, bentuk aset yang dijual adalah perhiasan (35,3 persen), elektronik (23,5 persen), tanah, lahan dan bangunan (17,6 persen), hewan ternak (11,8 persen) dan peralatan usaha serta kendaraan bermotor (masing-masing 5,9 persen).

Ada 63,1 persen responden yang menyatakan bahwa pasien ditemani oleh keluarga saat mengakses layanan kesehatan di rumah

sakit. Temuan tersebut konsisten karena pengeluaran yang dibayarkan oleh rumah tangga di rumah sakit dihabiskan untuk transportasi, makan dan hal lainnya. Data yang menggelitik adalah fakta dimana responden menjawab biaya lainnya yang merupakan biaya tertinggi di rumah sakit diluar kebutuhan langsung terhadap biaya kesehatan dihabiskan salah satunya untuk rokok. Biaya tertinggi yang diakui oleh responden untuk biaya tersebut dapat mencapai Rp1.000.000 per harinya. Selain itu, saat pasien ditemani oleh keluarga di rumah sakit, ada biaya tambahan yang harus dikeluarkan untuk menunjang kegiatan di rumah dan hal tersebut dinyatakan oleh responden paling tinggi menyerap Rp500.000 Biaya tersebut bermanfaat untuk membayarkan jasa penjagaan anak, menitipkan rumah pada kerabat atau tetangga.

E. Analisis SEM terhadap Variabel *Out of Pocket*

Hasil analisis menunjukkan bahwa hampir seluruh responden merupakan para rumah tangga yang merasa variabel OOP layanan kesehatan berada pada kategori menyulitkan, terlihat dari tabel tersebut sebanyak 967 responden (71,9 persen) dengan kata lain, pembebanan biaya tambahan terhadap kemudahan untuk mendapatkan layanan kesehatan belum terpenuhi.

Tabel 3 Analisis Deskriptif Terhadap Variabel Out of Pocket

<i>Out of Pocket</i>	F	%
Menyulitkan	967	71.9
Cukup menyulitkan	212	15.8
Tidak menyulitkan	165	12.3
Total	1344	100.0

Sumber: Prakarsa (2017)

Oleh karena itu, untuk penyajian secara menyeluruh terhadap efektivitas kebijakan bantuan JKN untuk masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia pada aspek Variabel OOP. Statistik Uji 1 rata-rata dilakukan untuk mengetahui skor total variabel OOP layanan

kesehatan jika telah mencapai standar layanan. Pengukuran SEM pada populasi rumah tangga (RT) yang terdiri atas masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia, menunjukkan skor total Variabel OOP layanan kesehatan di angka 46.50 yang berarti program bantuan JKN **tidak efektif** dalam memengaruhi OOP layanan kesehatan (< 60.00).

Out of Pocket adalah sebuah permasalahan konkret yang belum dapat dijawab dengan model kebijakan yang ada saat ini. Beberapa inisiatif yang telah dilakukan oleh pemerintah daerah atau desa untuk berkontribusi dalam mengatasi permasalahan OOP masih bersifat acak dan sporadis, sesuai dengan kapasitas dan perencanaan lokal yang ada di daerah tersebut. Penelitian menemukan bahwa inisiatif tersebut cenderung masih terpusat pada penyediaan sarana transportasi ambulans dan sinergitas dari manfaat yang diterima dari Jaminan Kesehatan Masyarakat atau Daerah (Jamkesmas/Jamkesda) yang masih berlaku.

Sebagai kelompok rentan, kesulitan yang dihadapi kelompok miskin dan hampir miskin dalam skema JKN adalah menutup biaya OOP karena dapat memposisikan penerima bantuan iuran pada tingkat risiko yang lebih besar. Dalam konteks kesehatan, pilihan untuk tidak berobat atau mengakses layanan sering diambil oleh rumah tangga karena tidak mampu memenuhi biaya OOP, meskipun mereka dapat memanfaatkan JKN. Prioritas perbaikan dalam mengatasi permasalahan ini harus menjadi agenda utama Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah untuk memastikan bahwa ekuitas kesehatan diwujudkan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Hasil kesepakatan para pembuat kebijakan dalam Peta Jalan Jaminan Kesehatan 2012-2019, seluruh program Jamkesda diminta untuk terintegrasi dengan Jaminan Kesehatan Nasional selambat-lambatnya tiga tahun sejak program JKN dilaksanakan. Integrasi Jamkesda ke JKN mewajibkan pemerintah daerah mendaftarkan peserta Jamkesda-nya ke dalam program JKN melalui BPJS Kesehatan. Artinya, perencanaan tersebut harus mampu mendudukkan adanya kekosongan pelayanan terkait dengan asistensi yang mampu mengatasi persoalan OOP. Kolaborasi pemerintah pusat dengan daerah untuk

meningkatkan ruang fiskal melalui sumberdaya anggaran negara dan daerah menjadi mutlak harus dikoordinasikan dan diemban bersama.

Daftar Pustaka

- Beritasatu. 2017. Pendanaan Kesehatan di Indonesia Masih Kronis. <http://sp.beritasatu.com/home/pendanaan-kesehatan-di-indonesia-masih-kronis/116651>
- Carrin, Guy and Chris James. 2004. *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*. WHO Discussion Paper Number 2-2004, Geneva.
- Kompas. 2016. Ketersediaan obat untuk pasien JKN kurang terjamin. <http://health.kompas.com/read/2016/12/22/171446323/ketersediaan.obat.untuk.pasien.jkn.kurang.terjamin>
- Menkes. 2017. Presentasi Menkes dalam PIT IV, InaHEA di Surabaya, 13 September 2017
- Mundiharno. 2012. Peta Jalan Menuju *Universal Coverage* Jaminan Kesehatan. *Jurnal Legislasi Indonesia* 2012; 9 (2): 207-222.
- O'Donnell, Owen, van Doorslaer, Eddy, Wagstaff, Adam, Lindelow, Magnus. 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC: World Bank.
- Sindonews. 2017. Stok obat untuk pasien RSUD Bekasi menipis. <https://metro.sindonews.com/read/1209399/171/stok-obat-untuk-pasien-rsud-bekasi-menipis-1496153245>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
- World Health Organization. 2013. *The World Health Report 2013: Research For Universal Coverage*. Luxembourg: Publikasi World Health Organization.



REPORT SCHEDULE

	11AM	12PM	1PM	2PM	3PM	4PM	5PM	6PM	7PM	8PM	9PM	10PM	11PM
MON													
TUE													
WED													
THUR													
FRI													
SAT													
SUN													

	0600	0800	1000	1200	1300	1400
MON						
TUE						
WED						
THUR						
FRI						
SAT						
SUN						

PATIENT MEDICATION SCHEDULE

Use this form to record the patient's medication schedule. Indicate the name of the medication, the dose, and the frequency of administration. Indicate the time of day when the medication is administered. Indicate the date when the medication was last administered. Indicate the date when the medication is due to be administered. Indicate the date when the medication is to be discontinued. Indicate the date when the medication is to be started. Indicate the date when the medication is to be stopped. Indicate the date when the medication is to be resumed. Indicate the date when the medication is to be discontinued. Indicate the date when the medication is to be started. Indicate the date when the medication is to be stopped. Indicate the date when the medication is to be resumed.

184 (REVISED) 5/02/03



Bagian 3:

41

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DAN EKUITAS KESEHATAN

Eka Afrina Djamhari, Irvan Tengku Harja, Maria Lauranti

Abstrak

Guna memperoleh gambaran tentang keberpihakan negara kepada masyarakat miskin dalam bidang kesehatan, maka hal utama yang harus dilihat adalah aksesibilitas layanan kesehatan yang berlaku. Jaminan kesehatan nasional (JKN) sebagai program utama pelayanan kesehatan dasar perlu dikaji secara mendalam agar dapat ditemukan bukti-bukti yang memadai tentang pelaksanaan JKN. Perkumpulan Prakarsa melakukan riset guna menguji apakah model kebijakan bantuan iuran dalam skema JKN dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia. Variabel ekuitas layanan kesehatan dalam penelitian ini terdiri atas beberapa dimensi, yaitu (1) akses terhadap layanan kesehatan, terdiri dari subdimensi hak yang sama terhadap layanan kesehatan dan distribusi pelayanan kesehatan yang adil, (2) pemanfaatan terhadap layanan kesehatan, terdiri dari subdimensi fasilitas dan jenis layanan, (3) kualitas layanan kesehatan, terdiri dari subdimensi penerimaan pelayanan dan diskriminasi pasien. Berdasarkan hasil pengolahan data, diketahui bahwa bantuan iuran dalam skema JKN sebagai sebuah model kebijakan dinilai dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia.



A. Landasan Nilai Kebijakan JKN

Setiap manusia berhak untuk memiliki standar kehidupan yang layak, yang menjangkau hak atas kesehatan, hak atas perumahan, hak atas pendidikan, dan lain-lain. Dalam pemahaman yang luas, hak atas jaminan sosial berbicara tentang perlindungan dan penjaminan ketersediaan kebutuhan hidup demi pemenuhan standar kehidupan yang layak. Karena itulah hak atas jaminan sosial adalah salah satu bentuk hak asasi manusia, sehingga Negara berkewajiban untuk menyediakan pemenuhan terhadap kebutuhan dasar setiap orang.

Indonesia sejatinya memiliki sistem jaminan sosial sejak jaman Presiden Soekarno, namun belum melindungi seluruh warga masyarakat dalam skema jaminan sosial yang komprehensif. Lahirnya sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang mampu mengharmoniskan berbagai bentuk jaminan sosial yang diselenggarakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta merupakan momen bersejarah yang perlu disyukuri.

Landasan filosofis yang menjadi basis nilai penyusunan SJSN adalah:

1. Hak Konstitusional dan Hak Asasi Manusia: Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat. (UUD 1945 Pasal 28 H ayat 3).
2. Tanggung Jawab Negara: Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang

lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. (UUD 1945 Pasal 34 ayat 2).

3. Martabat Manusia: Berdasarkan asas kemanusiaan dan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia. (UU No. 40 tahun 2004 Pasal 2).
4. Kehidupan yang Layak: Terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. (UU No. 40 tahun 2004 Pasal 3).

Naskah Akademik UU SJSN tahun 2004 menyebut adanya JKN, yakni suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera (Naskah Akademik UU SJSN, h. 75). UU Nomor 40/2014 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan akan dijalankan secara bergotong-royong, wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, membayar iuran berkala secara mandiri atau iurannya dibayar oleh pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba – Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. JKN bertujuan untuk memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan (UU SJSN Pasal 19 ayat 2).

Manfaat yang diberikan oleh JKN adalah pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis (UU SJSN Pasal 22 ayat (1) (2), Pasal 23, 24, 25, 26). Setidaknya ada 5 (lima) jargon yang didengungkan dalam tujuan JKN, yakni: (1) cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*/UHC); (2) keadilan sosial; (3) kemudahan akses layanan kesehatan; (4) pembiayaan ringan; dan (5) perubahan perilaku masyarakat. Saat ini, penyelenggaran JKN telah menjadi program prioritas pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

Untuk menyelenggarakan JKN, dibentuklah badan hukum berupa BPJS Kesehatan. Pada 1 Januari 2014 pemerintah menjalankan BPJS

Kesehatan atas mandat UU BPJS. UU BPJS mengatur bahwa, “BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan”. Jaminan Kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (A.E. Putri, 2015: 20).

Sebagai bentuk tanggung jawab negara untuk mewujudkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, pada 19 Oktober 2004 telah ditetapkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Penyelenggaraan SJSN kemudian diterjemahkan melalui UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS), yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Terkait dengan JKN, penyelenggaranya adalah BPJS Kesehatan dan mulai diimplementasikan pada 1 Januari 2014. Pelaksanaannya dituangkan dalam Peraturan Pemerintah No. 76 tahun 2015 tentang PBI Jaminan Kesehatan, Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dan Peta Jalan JKN. Filosofi BPJS dalam penyelenggaraan SJSN mengacu kepada prinsip gotong royong, nirlaba, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial. (Buku Pegangan Sosialisasi JKN, h. 17-19).

Dengan demikian, JKN merupakan bagian integral dari SJSN yang diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan UU. Tujuannya adalah agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak (Buku Pegangan Sosialisasi JKN, h. 16).

B. Landasan Pemikiran Ekuitas Kesehatan

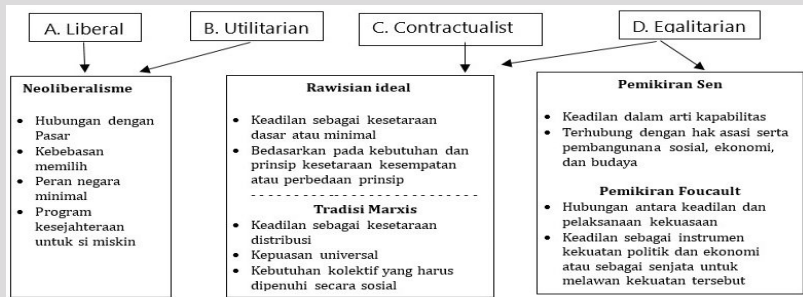
Kesejahteraan warganegara merupakan tujuan sekaligus sarana untuk memajukan bangsa. Isu-isu strategis mengenai pembangunan manusia seperti kesehatan, pendidikan, jaminan sosial, dan ketenagakerjaan merupakan hal sentral dalam kebijakan kesejahteraan. Kesejahteraan

dapat dicapai jika kemiskinan dapat ditanggulangi. Kemiskinan di sini bukan hanya dimaknai sebagai kondisi kekurangan secara ekonomi, namun juga soal keadilan karena kemiskinan bersifat *multidimensi* dan merupakan deprivasi terhadap kapabilitas manusia. Persoalan ketidakadilan berakar pada kesenjangan yang menyangkut asimetri akses dan kesempatan akibat kebijakan yang kurang tepat dan instrumen redistribusi yang berjalan kurang baik. Dalam penelitian ini, Konsep *Egalitarian* menjadi dasar untuk mendefinisikan dan mengoperasionalkan ekuitas kesehatan menjadi indikator-indikator yang akan dapat digunakan untuk mengukur efektifitas bantuan yang diterima oleh peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS Kesehatan.

Istilah “ekuitas” sendiri berasal dari kata dalam bahasa Latin yakni *aequitas*, yang kemudian diturunkan juga dari kata *aequus* kata, yang berarti “sama” dalam konteks menempatkan sesuatu pada apa yang tepat sesuai dengan manfaat atau kondisi mereka (Ramirez dalam Linares-Peres & Lopez-Arellano, 2008). Konsep ekuitas merupakan prinsip etis yang erat kaitannya dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia. Hak untuk sehat sebagaimana diatur dalam Konstitusi WHO dan perjanjian internasional terkait HAM merupakan hak untuk mendapatkan “standar tertinggi kesehatan”. Standar tertinggi kesehatan tercermin pada standar kesehatan yang dinikmati oleh kelompok yang paling diuntungkan secara sosial dalam masyarakat.

Linares-Peres & Lopez-Arellano (2008) menggambarkan keempat konsep modern tentang keadilan dalam kesehatan melalui matriks berikut:

Bagan 1 Kerangka Berpikir: Konsep Dasar dari Keadilan Sosial dan Ekuitas Kesehatan



Sumber : Linares-Peres & Lopez-Arellano (2008)

Pemerintah suatu negara dapat menentukan apa yang adil dan tidak dalam masyarakat dengan menghubungkan alokasi sumber daya yang diperlukan untuk kesehatan. Di beberapa negara, perempuan kehilangan hak-haknya lantaran penguasa menganggap bahwa ketidaksetaraan terjadi bukan karena ketidakadilan melainkan karena adanya perbedaan kapasitas antara peran laki-laki dan perempuan—argumen serupa juga digunakan sebagai justifikasi diskriminasi ras atau etnis.

Linares-Peres & Lopez-Arellano (2008) memetakan beberapa konsensus pada berbagai aspek ekuitas kesehatan. Salah satunya adalah definisi yang mengakui adanya proses *socio-historis* seperti kemiskinan, pendapatan, tingkat pendidikan, gizi, akses air minum, dan kondisi kesehatan. Ada pula konsensus yang secara khusus melihat aspek kesehatan seperti akses kepada perawatan kesehatan dasar dan perawatan di rumah sakit hingga ke perbedaan hasil (*outcome*) kesehatan di kelompok tertentu. Secara konseptual ekuitas kesehatan dapat dilihat sebagai integrasi dua dimensi berbeda yang berkaitan erat yaitu konteks sosial untuk kesehatan dan kesehatan itu sendiri. Konteks sosial terdiri dari determinan sosial, ekonomi, politik, dan budaya yang diukur dengan kondisi kehidupan dan kerja dari kelompok sosial tertentu. Kondisi ini mengungkapkan secara bersama-sama dari kontradiksi di antara kelas, gender, etnis atau kebangsaan, dan usia atau generasi. Sementara itu, kesehatan itu sendiri diukur dengan tiga komponen

yakni akses terhadap pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan, dan hasil kesehatan.

Prakarsa (2017) menggunakan konsep *egalitarian* sebagai dasar untuk mendefinisikan dan mengoperasionalkan ekuitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengukur efektivitas bantuan yang diterima oleh Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS Kesehatan. Pemikiran Amartya Sen dan Michel Foucault menawarkan perspektif teoritis yang berbeda tentang keadilan kesehatan dan kesetaraan kesehatan yang berfungsi untuk memenuhi hak sosial, ekonomi, dan pengembangan budayanya. Sen berpendapat bahwa kesehatan memungkinkan manusia untuk menikmati kehidupannya dan merupakan faktor yang mampu mengurangi kesenjangan sosial. Ekuitas kesehatan bukan hanya tentang distribusi kesehatan, namun mencakup bagaimana layanan kesehatan pribadi dialokasikan. Maka dari itu, ekuitas kesehatan harus dilihat dari sudut pandang multidimensi, sebuah konsepsi yang membantu kita untuk memahami keadilan sosial. Margaret Whitehead (1985) bahwa ekuitas kesehatan berkaitan dengan menciptakan kesempatan yang sama untuk mengakses kesehatan dan menurunkan perbedaan kesehatan sampai ke tingkat terendah. Whitehead menegaskan bahwa ekuitas dalam pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai akses yang sama ke perawatan yang tersedia untuk kebutuhan yang sama, pemanfaatan yang sama untuk kebutuhan yang sama, dan kualitas perawatan yang sama untuk semua. Oleh karena itu, variabel ekuitas layanan kesehatan dalam penelitian ini terdiri atas beberapa dimensi, yaitu sebagai berikut.

Tabel 4 Dimensi Penelitian

No.	Dimensi yang diteliti	Subdimensi yang diteliti
1	Akses terhadap Layanan Kesehatan	Hak yang Sama terhadap Layanan Kesehatan
		Distribusi Layanan Kesehatan yang Adil
2	Pemanfaatan terhadap Layanan Kesehatan	Fasilitas
		Jenis Layanan
3	Kualitas Layanan Kesehatan	Penerimaan layanan
		Penolakan atau Diskriminasi Pasien

Sumber: Prakarsa (2017)

C. Pengukuran Efektivitas Kebijakan

Ekuitas dalam pelayanan kesehatan merupakan jalan bagi pemerataan yang berkeadilan dan pemerataan. Ini penting karena dalam praktiknya, masih saja ada perbedaan perlakuan pelayanan kesehatan yang berbeda bagi peserta JKN PBI dan *non*-PBI, ini mengindikasikan adanya ketidakadilan. Padahal, JKN diharapkan dapat melingkupi seluruh rakyat Indonesia di manapun berada dengan apapun status yang dimilikinya. Untuk itu, Perkumpulan Prakarsa melakukan penelitian yang secara khusus menyorot pengaruh antara implementasi kebijakan pemberian bantuan iuran BPJS kepada masyarakat miskin dan hampir miskin terhadap tingkat ekuitas kesehatan di Indonesia. Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed methods* melalui *cross sectional design*. Teknik kualitatif yang digunakan adalah desk research dan wawancara mendalam, sedangkan untuk kuantitatif dianalisis menggunakan *Structural Equation Model* (SEM) dan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA).

Penelitian ini menggunakan statistik parametris dan analisis faktor berdasarkan tujuannya dapat dilakukan melalui Analisis Faktor *Konfirmatori*. Peneliti secara apriori berdasarkan landasan teori dan konsep yang dimiliki sudah mengetahui berapa banyak faktor yang harus terbentuk, serta variabel-variabel teramati dalam analisis faktor. Dengan kata lain peneliti telah mengasumsikan bahwa struktur faktor telah diketahui atau dihipotesiskan. Dimensi penelitian yang diturunkan dari pemikiran Sen, Foucoult dan Whitehead, kemudian digunakan oleh Prakarsa untuk diuji dengan analisis faktor konfirmatori yang menysasar pada pengujian hipotesa berikut:

1. Apakah kebijakan pemberian bantuan iuran meningkatkan ekuitas kesehatan dari si penerima bantuan?
2. Dilihat dari indikatornya, karakteristik dominan apa yang mempengaruhi kebijakan tersebut?

Model persamaan pengukuran untuk y

$$y = \Lambda_y \eta + \varepsilon$$

Model persamaan pengukuran untuk x

$$x = \Lambda_x \xi + \delta$$

Sebagai tindak lanjut, dilakukan pemodelan persamaan struktural sesuai metode yang dikembangkan oleh Bollen dan Long (1993, dalam Kelloway, 1998 hal. 7-22, Schumacker & Lomax, 1996, hal. 63-64), dimana terdapat lima tahap dalam pemodelan persamaan struktural yaitu: (i) spesifikasi model, (ii) identifikasi model, (iii) metode estimasi, (iv) evaluasi model dan (v) respesifikasi model.

Jika dikembalikan pada tujuan analisis faktor, maka pengukuran kebijakan pemberian bantuan iuran kepada kelompok miskin di Indonesia dimaksudkan untuk melihat efektivitas kebijakan terhadap ekuitas kesehatan penerima bantuan. Analisis faktor digunakan untuk menguji kesesuaian model yang diusulkan secara teoritis dengan data. Ukuran-ukuran kesesuaian dalam analisis faktor bisa dilakukan secara inferensial atau deskriptif. Statistik *khi-kuadrat* dapat digunakan untuk menguji kesesuaian model secara inferensial, sedangkan ukuran kesesuaian secara *deskriptif* yang dinyatakan dalam suatu indeks, misalnya yang sering digunakan adalah *Goodness of Fit Indices* (GFI), *Adjusted Goodness of Fit Indices* (AGFI). Prakarsa telah melakukan pengujian kualitas instrumen yang meliputi pengujian *validitas* dan *reliabilitas* instrumen, untuk menjaga kualitas penelitian.

D. Hasil Pengukuran Efektivitas Kebijakan terhadap Ekuitas

Hasil yang didapat dari penelitian Prakarsa (2017) menunjukkan bahwa secara statistik output pengujian kesesuaian model menunjukkan bahwa model mendekati Good Fit, yang ditunjukkan oleh nilai indeks kesesuaian model. Berdasarkan Brown dan Cudeck dalam Bachrudin (2002), jika angka Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) mendekati 0,08 maka model pengukuran mendekati Good Fit Table 5 dibawah ini mengindikasikan bahwa kebijakan JKN yang berlaku di Indonesia dan bantuan iuran yang disediakan oleh pemerintah untuk kelompok miskin dan hampir miskin merupakan model kebijakan yang sesuai untuk menjawab persoalan ekuitas kesehatan.

Tabel 5 Hasil Pengujian Model Kebijakan

Jenis	Indeks Kesesuaian	Nilai	Keterangan
Ekuitas Kesehatan	RMSEA	0.138	Model Mendekati fit
Akses Layanan	RMSEA	0.220	Model Mendekati fit
Pemanfaatan Layanan	RMSEA	0.245	Model Mendekati fit
Fasilitas Layanan	RMSEA	0.000	Model Fit
Jenis Layanan	RMSEA	0.304	Model Mendekati fit
Kualitas Layanan	RMSEA	0.000	Model Fit
Penerimaan Layanan	RMSEA	0.000	Model Fit

Sumber: Prakarsa (2017)

Penelitian Prakarsa tidak berhenti sampai pengujian model kebijakan, namun mencoba mengukur efektivitas kebijakan di 11 kabupaten kota di Indonesia dengan total sebanyak 1.346 responden.

Gambar 1 Nilai Ekuitas Kesehatan di 11 Daerah Penelitian



Sumber: Prakarsa (2017)

Dapat dicermati bahwa Kabupaten Bengkalis keluar sebagai wilayah penelitian yang memiliki nilai ekuitas di atas rerata nasional dengan 100 persen komponen dimensi pengukuran berada di atas rerata nasional. Kota Bandar Lampung juga memiliki nilai ekuitas di atas rerata nasional dengan catatan dilakukannya perbaikan kualitas pelayanan. Kabupaten Polewali Mandar juga serupa dengan catatan perbaikan fasilitas kesehatan. Kota Jakarta Selatan menunjukkan pencapaian nilai ekuitas di atas rerata nasional dengan catatan perbaikan pada akses, fasilitas dan penerimaan layanan kesehatan. Kabupaten Bogor, Kota Depok, Kota Surabaya dan Kabupaten Lombok Timur memiliki pencapaian nilai ekuitas di bawah rerata nasional dengan catatan perbaikan di beberapa dimensi/sub-dimensi. Khususnya pada Kabupaten Semarang dan Kota Manado perlu melakukan perbaikan di semua dimensi pengukuran variabel ekuitas dengan rerata 100 persen berada di bawah rerata nasional.

Dari hasil uji *Structural Equation Model* dan *Confirmatory Factor Analysis*, ditemukan bahwa kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, khususnya dengan penyediaan bantuan iuran terhadap kelompok miskin dan hampir miskin dinilai efektif terhadap ekuitas kesehatan pengguna layanan kesehatan.

Tabel 6 Dimensi Variabel Ekuitas Kesehatan

Variabel	Urutan faktor utama yang mempengaruhi kemudahan rumah tangga mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan
Ekuitas	Dimensi kualitas pelayanan
Kesehatan	Dimensi pemanfaatan pelayanan
	Dimensi akses layanan

Sumber: Prakarsa (2017)

Dengan merujuk pada perhitungan statistik, ditemukan bahwa perbaikan utama yang perlu dilakukan oleh penyelenggara JKN dan penyedia layanan kesehatan adalah pada dimensi kualitas pelayanan, diikuti dengan pemanfaatan pelayanan dan akses terhadap layanan. Pada dimensi penerimaan layanan, kebijakan JKN dinilai masih tidak efektif.

Penerimaan layanan adalah bagian dari indikator kualitas pelayanan. Dari seluruh dimensi yang diukur, ada beberapa titik perbaikan yang dapat dijadikan prioritas dalam penguatan kebijakan dan implementasi dari pelaksanaan kebijakan JKN, sebagai berikut:

Tabel 7 Dimensi Kualitas Layanan

Dimensi	Urutan faktor utama yang mempengaruhi kemudahan rumah tangga mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan
Kualitas Layanan	Ketidaknyamanan di ruang tunggu, pemeriksaan dan/atau pelayanan <hr/> Kesulitan yang dihadapi di tingkat FKTP <hr/> Kelengkapan fasilitas kesehatan sesuai jenis kebutuhan penyakit yang diderita <hr/> Diskriminasi positif bagi lansia, wanita hamil, disabilitas dan kondisi tertentu lainnya

Sumber: Prakarsa (2017)

Prioritas utama peningkatan kualitas indikator yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan kualitas dari indikator yang memiliki rerata *factor loading* yang paling besar, yaitu ketidaknyamanan di ruang tunggu yang dirasakan oleh rumah tangga yang terdiri dari masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia, sebab indikator ini merupakan faktor dimensi kualitas paling dominan, dengan kata lain jika waktu dan biaya yang dimiliki pemerintah untuk memperbaiki kualitas dimensi kualitas terbatas, maka pemerintah dapat mendahulukan perbaikan dari aspek ketidaknyamanan di ruang tunggu. Selain itu, perbaikan perlu dilakukan untuk mengurangi kesulitan yang dihadapi oleh pengguna layanan di tingkat FKTP.

Tabel 8 Dimensi Pemanfaatan Layanan

Dimensi Pemanfaatan Layanan	Urutan faktor utama yang mempengaruhi kemudahan rumah tangga mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan
Fasilitas Layanan	Permasalahan rujukan yang dihadapi pengguna layanan JKN Keterbatasan jam layanan kesehatan di FKTP/RS Kepesertaan dalam JKN
Jenis Layanan	Kelengkapan obat yang diresepkan Layanan kegawatdaruratan yang dijamin JKN Alat kesehatan yang dijamin JKN Penyediaan obat yang diresepkan Layanan rawat inap yang dijamin JKN Layanan skrining yang dijamin JKN Prosedur administrasi yang berbelit-belit Layanan rawat jalan yang dijamin JKN Layanan program keluarga berencana yang disediakan JKN Layanan imunisasi yang dijamin JKN Layanan kebidanan yang dijamin JKN

Sumber: Prakarsa (2017)

Responden menilai bahwa dalam pemanfaatan layanan kesehatan, secara umum ketersediaan layanan dalam skema JKN telah mempermudah dalam mendapatkan layanan yang diperlukan. Hal yang perlu menjadi prioritas dalam perbaikan adalah permasalahan rujukan dan keterbatasan jam layanan baik di FKTP maupun FKTL. Pada dimensi jenis layanan, perbaikan dapat dilakukan dalam memastikan kelengkapan obat, layanan gawat darurat, dan penyediaan alat kesehatan.

Tabel 9 Dimensi Akses Layanan

Dimensi	Urutan faktor utama yang mempengaruhi kemudahan rumah tangga mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan
Akses Layanan	Biaya transportasi ke RS
	Jarak FKTP dan RS
	Waktu tempuh FKTP dan RS
	Biaya transportasi ke FKTP
	Keterampilan komunikasi tenaga kesehatan
	Ketersediaan tenaga kesehatan

Sumber: Prakarsa (2017)

Responden merasa bahwa dimensi akses layanan kesehatan yang tersedia sudah cukup memadai. Namun, dari segi jarak tempuh, waktu tempuh, biaya transportasi rumah tangga untuk mengakses layanan kesehatan FKTP dan FKTL terdekat masih dirasakan kurang memadai.

E. Internalisasi Nilai dalam Pelaksanaan JKN

Internalisasi pemahaman dan penerjemahan nilai-nilai yang terkandung dalam JKN harus melekat pada aktor kunci penyelenggaranya. JKN dipandang sebagai bentuk kehadiran negara untuk mengatasi permasalahan kesehatan; perwujudan dari prinsip gotong royong dan nirlaba; serta membiasakan prioritas pencegahan penyakit dan pengobatan berjenjang sesuai dengan sistem pengobatan rujukan yang diberlakukan dalam JKN.

Bagan 2 Pemetaan Pemahaman Pejabat Publik mengenai JKN



Sumber: Prakarsa (2017)

BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara JKN yang bertujuan untuk mendorong setiap warga Indonesia memiliki asuransi kesehatan sosial sehingga cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage/ UHC*) dapat terwujud. Pemahaman pemangku kepentingan tidak meleset jauh dari definisi UHC yang ditetapkan oleh WHO. Penelitian yang dilakukan oleh Prakarsa setidaknya mendapati tiga karakteristik UHC yakni: (a) penyediaan pelayanan kesehatan berkualitas tanpa hambatan keuangan, (b) penyediaan pelayanan kesehatan yang adil, dan (c) peningkatan derajat kesehatan bagi semua orang, tanpa terkecuali (Prakarsa, 2017).

Pemerintah perlu terus menggalakkan kepada para pemberi kerja untuk mendaftarkan pekerjanya ke dalam BPJS Kesehatan. Mengingat kepesertaan Pekerja Penerima Upah (PPU) Swasta per 31 Desember 2017 baru di angka 26.557.190 (bpjs-kesehatan.go.id). Sedangkan total pekerja formal di Indonesia sejumlah 48.047.068 orang (BPS, Desember 2017). Artinya, masih ada sekitar 21.489.878 pekerja yang belum memiliki BPJS Kesehatan. Selama seluruh pekerja di Indonesia belum terdaftar BPJS Kesehatan, maka defisit anggaran BPJS Kesehatan akan terus melebar. t dan klaim kesehatan yang mengalami tren peningkatan. Ini mengartikan bahwa internalisasi nilai dalam JKN belum merata.

Pada prinsipnya JKN haruslah memberikan pelayanan kesehatan yang universal, mencakup seluruh penyakit, baik yang berbiaya mahal ataupun murah. Akan tetapi, masih banyak kekurangan disana-sini dalam internalisasi nilai JKN di tataran implementasinya yang mengakibatkan cakupan universal belum maksimal. Masalah-masalah kepesertaan, manfaat bagi *provider*, dan jumlah fasilitas kesehatan merupakan masalah yang paling fundamental, karena memiliki pengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Masalah-masalah yang dikemukakan diatas adalah beberapa dari sekian banyak masalah dalam JKN yang belum terselesaikan. Persoalan-persoalan tersebut harus segera dibenahi, mengingat kebutuhan kesehatan bagi warga negara bersifat ketidakpastian (*uncertainty*), tidak bisa diukur kapan dan dimana mereka membutuhkan layanan. Perlu diingat kembali bahwa salah satu prinsip fundamental JKN adalah portabilitas, yang artinya dapat dibawa kapan dan dimanapun dalam setiap kondisidi dalam wilayah Indonesia. JKN, berlaku dalam skala nasional, tidak tersekat dalam kedaerahan.

Bagaimanapun juga, para pemangku kepentingan dalam JKN perlu terus mengupayakan usaha-usaha dalam rangka internalisasi nilai-nilai JKN ke dalam penyelenggaraan JKN. Untuk menuju UHC, waktu yang dibutuhkan tidak singkat. Oleh karenanya, perbaikan-perbaikan administrasi, prosedural, manfaat provider, manfaat peserta, dan regulasi perlu segera dibenahi.

Daftar Pustaka

- Kemenkes. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kelloway, E. Kevin. 1998. *Using LISREL for Structural Equation Modeling: A Researcher's Guide*. SAGE Publication,.
- Lauranti, Maria., Afrina, Eka., Mawesti, Dia., et. al. 2017. *Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional: Ekuitas Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin dan Hampir Miskin di Indonesia*. Jakarta: Perkumpulan Prakarsa.
- Linares-pérez, N., & López-arellano, O. 2008. *Health Equity: Conceptual Models , Essential Aspects, and the Perspective of Collective Health*, 3(3), 194–206.
- Putri, Asih Eka. 2015. *Seri Buku Saku – 1: Paham SJSN – Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Jakarta: Friedrich-Ebert-Stiftung Kantor Perwakilan Indonesia.
- , *Seri Buku Saku – 2: Paham BPJS – Badan penyelenggara Jaminan Sosial*, Jakarta: Friedrich-Ebert-Stiftung Kantor Perwakilan Indonesia.
- , *Seri Buku Saku – 4: Paham JKN – Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta, Friedrich-Ebert-Stiftung Kantor Perwakilan Indonesia.
- Ridha, Alwan, et. al., (peny.). 2015. *Bagaimana Sistem Jaminan Sosial Nasional Bekerja*. Jakarta: FES, DJSN dan AJI.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. 1996. *A beginner's guide to structural equation modeling*. Chicago: Lawrence Erlbaum Associates.
- Soendoro, Emir. 2009. *Jaminan Sosial: Solusi Bangsa Indonesia Berdikari*. Jakarta: Dinov Progress Indonesia.

- Subianto, Achmad. 2010. *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Pilar Penyangga Kemandirian Perekonomian Bangsa*, Jakarta: Gibon Books dan BERIKAN.
- Sudarno, Sumarto, et. al. 2010. *Indonesia's Social Protection During and After Crisis*, Social Protection for the Poor and Poorest: Concepts, Policies and Politics. Palgrave Macmillan,
- Surhayadi, A., & Sumarto, S. 2010. *Post Crisis Social Protection Programs in Indonesia*, dalam Hardjono, J., et.al., *Poverty and Social Protection in Indonesia*, Singapura: ISEAS Publishing.
- Thabrany, Hasbullah. 2015. *Jaminan Kesehatan Nasional*, Edisi Kedua, Jakarta: Rajawali Press.
- Tjandra, Surya. 2017. *Trade Union Movement and Democracy in Indonesia: 2010, 2014 and Beyond*, Friedrich Ebert Stiftung.
- Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Whitehead, Margaret. 2017. The concepts and principles of equity and health, *Health Promotion International*, Volume 6, Issue 3, 1 January, Pages 217–228.
- Wisnu, Dinna. 2012. *Politik Sistem Jaminan Sosial: Menciptakan Rasa Aman dalam Ekonomi Pasar*, Jakarta: Gramedia.





Bagian 4:

61

TRANSFORMASI YANG BELUM USAI: PERLINDUNGAN KESEHATAN PEKERJA DALAM SKEMA BPJS KESEHATAN

Andriko S Otang dan Hafidz Arfandi

Abstrak

BPJS Kesehatan yang diperjuangkan oleh kalangan serikat pekerja melalui KAJIS (Komite Aksi Jaminan Sosial) ternyata membawa konsekuensi yang tak pernah dibayangkan sebelumnya. BPJS Kesehatan awalnya diharapkan menjadi instrumen bagi penjaminan kesehatan secara universal bagi seluruh penduduk, terutama kalangan kelas pekerja. Namun, kehadirannya tidak serta merta menjadikan mereka terlindungi. Meskipun mereka sudah membayarkan preminya secara berkala, namun untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi mereka masih perlu proses panjang yang melelahkan. Bagi kalangan pekerja informal mereka merasa terbebani dengan kewajiban membayar premi, tetapi tidak ada jaminan bagi mereka untuk mendapatkan pelayanan prima ketika sakit. Perlu penataan ulang pengelolaan BPJS Kesehatan dimana sinergitas antara peran BPJS Kesehatan dan provider layanan kesehatan perlu melibatkan publik sebagai alat kontrol yang efektif. Hal ini menjadi prasyarat akan tumbuhnya kepercayaan publik, terutama kalangan kelas pekerja.



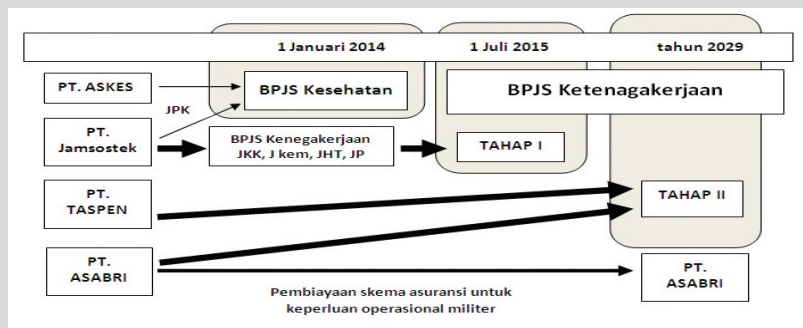
A. Transformasi dalam Sistem Jaminan Sosial di Indonesia

Sejak diundangkannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada tanggal 28 Oktober 2011, “transformasi” menjadi kata yang sangat krusial maknanya bagi semua pihak yang berkepentingan dalam mensukseskan reformasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sesuai mandat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Transformasi diharapkan akan menghadirkan identitas baru dalam penyelenggaraan program jaminan sosial di Indonesia. Kesepakatan akan transformasi ini dihasilkan melalui perdebatan panjang hingga sempat mengalami *deadlock*, Pemerintah dan DPR akhirnya bersepakat bahwa Undang-Undang BPJS akan bersifat mengatur (*regelling*), bukan penetapan (*beschikking*). Dengan demikian, disepakati bahwa UU BPJS ini akan membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang baru dan mengatur proses penyelenggaraannya. BPJS terdiri dari dua badan yaitu; BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Keduanya merupakan hasil transformasi dari empat BUMN yang selama ini menjalankan fungsi untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yakni PT ASKES (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT ASABRI (Persero), dan PT TASPEN (Persero).

Dalam proses transformasi ini PT ASKES (Persero) dimandatkan untuk bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan dan mulai aktif operasional pada 1 Januari 2014. Sedangkan PT Jamsostek (Persero) bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan pada 1 Januari 2014 dan mulai aktif operasional pada 1 Juli 2015. Adapun transformasi PT ASABRI (Persero) tetap menjalankan perannya dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan untuk kepentingan operasi

militer yang membutuhkan penanganan khusus, sedangkan program jaminan kesehatan yang umum dilimpahkan melalui BPJS Kesehatan. Adapun, Transformasi PT TASPEN (Persero) sebagai pengelola dana pensiun untuk pegawai negeri sipil belum diatur mekanismenya secara detail dalam undang-undang ini, meskipun BPJS Ketenagakerjaan secara otomatis mendapat mandat untuk mengembangkan program pensiun untuk pekerja penerima upah (non PNS). Hanya saja, undang-undang mengamanatkan keduanya untuk bertransformasi paling lambat pada tahun 2029.

Bagan 3 Proses Transformasi BPJS



Sumber: diolah dari berbagai sumber

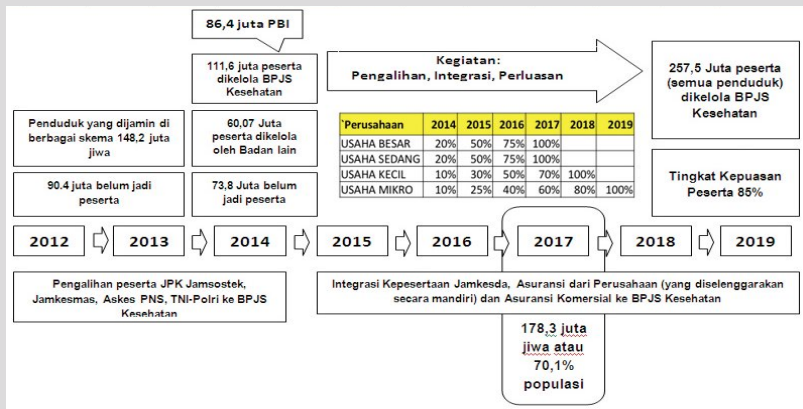
B. Implementasi Janji akan Jaminan Sosial Universal

Proses transformasi Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagaimana tertuang pada Undang-Undang No. 24 tahun 2011 melahirkan model kelembagaan baru berupa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang merupakan lembaga publik bukan lagi dalam bentuk perseroan. Lembaga ini secara *ad hoc* ditunjuk untuk mengelola penyelenggaraan sistem jaminan sosial dan bertanggung jawab langsung kepada presiden, meskipun pengawasannya dibentuk dari berbagai unsur berkepentingan yang dipilih oleh DPR. Perintah untuk melakukan proses transformasi ini dipertegas dengan putusan Mahkamah Konstitusi (MK) atas perkara No. 007/PUU-III/2005 sebagai tindak lanjut pelaksanaan pasal 5 ayat

(1) dan Pasal 52 UU SJSN. Konsekuensi dari transformasi kelembagaan ini diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, serta hak dan kewajiban.

Di dalam pembahasan RUU BPJS, DPR dan Pemerintah yang tergabung dalam Pansus RUU BPJS, menyepakati bahwa PT ASKES dan PT Jamsostek akan dibubarkan tanpa likuidasi. Artinya secara hukum semua aset dan liabilitas, peserta, program, dan karyawan PT ASKES Persero beralih ke BPJS Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014. Hal ini berlaku juga bagi PT Jamsostek (Persero) yang beralih menjadi BPJS Ketenagakerjaan.

Bagan 4 Peta Jalan Menuju Kepesertaan Semesta (UHC)



Sumber: diolah dari berbagai sumber

Transformasi BPJS Kesehatan sebagai bagian dari skema JKN memberikan perubahan mendasar bagi skema perlindungan sosial tenaga kerja. Pelaksanaan jaminan sosial tenaga kerja yang sebelumnya dimandatkan kepada PT Jamsostek terintegrasi dalam skema 4 program, yaitu: Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK), Jaminan Kematian (JK) dan Jaminan Hari Tua (JHT), kini dilaksanakan terpisah. JPK secara penuh diserahkan kepada BPJS Kesehatan, sementara program lainnya, plus program pensiun (yang sebelumnya tidak ada) dioperasikan oleh BPJS Ketenagakerjaan.

Perubahan ini membawa perubahan mendasar dimana pelaksanaan program JPK yang menjadi bagian dari program Jamsostek sebelumnya dilaksanakan dengan sukarela. Regulasi sebelumnya memberikan opsi bagi perusahaan yang telah menyelenggarakan program pemeliharaan kesehatan dengan manfaat yang lebih baik untuk tidak wajib ikut serta dalam program JPK (PP No. 14/1993, pasal 2 ayat 4). Hal ini berbeda dengan konsep BPJS Kesehatan yang mana mewajibkan semua perusahaan dan perorangan untuk ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan tunggal meskipun mereka sudah memiliki jaminan kesehatan dalam bentuk lainnya yang lebih baik kualitasnya (UU No. 24/2011, pasal 15 dan pasal 16).

Tabel 10 Data Cakupan Jaminan Sosial di Indonesia 2013

Program	Jumlah Penduduk (dalam jiwa)	Persen
Jamkesmas	86.400.000	36.3%
Jamkesda	45.595.520	16.79%
PNS (ASKES)	16.548.283	6.69%
TNI/POLRI (ASABRI)	1.412.647	0.59%
JPK (Jamsostek)	7.026.440	2.96%
Perusahaan Swasta	16.923.644	7.12%
Asuransi Swasta	2.937.627	1.2%
Total Tercakup	176.844.161	72%
Belum Tercakup	68.772.769	28%
Total Penduduk	245.616.890	100%

Sumber: Mukti (2013)

Pendekatan skema wajib bagi semua penduduk tentunya membawa konsekuensi untuk mendorong pergeseran logika pengelolaan program. Selama ini program yang langsung dikendalikan oleh pemerintah pusat dan juga BUMN asuransi (ASKES, JAMSOSTEK dan ASABRI) hanya mencakupi 111.387.370 jiwa atau 46.54 persen dari populasi penduduk yang secara otomatis dapat dipindahkan dalam skema BPJS Kesehatan. Hal ini dikarenakan kendalinya berada di tangan pemerintah

dan tanpa ada opsi untuk menolak proses transfer kepesertaan. Sisanya, baik penyelenggara asuransi mandiri oleh perusahaan, peserta asuransi swasta dan Jamkesda membutuhkan pendekatan khusus agar bersedia untuk bergabung dengan BPJS Kesehatan. Begitu juga dengan mereka yang belum tercakup dalam skema asuransi, maka menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan untuk mendorong kepesertaan mereka.

Secara rasional mereka yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan baik yang dilaksanakan sendiri oleh perusahaan maupun pihak asuransi swasta akan melihat nilai manfaat dan besaran iuran yang diberikan BPJS Kesehatan. Diharapkan BPJS mampu memberikan manfaat yang lebih baik atau sama dengan penyedia pelayanan yang dikelola mandiri atau melalui asuransi swasta lainnya. Namun terdapat beberapa kasus mengenai keluhan BPJS Kesehatan dimana kualitas pelayanan lebih rendah dibandingkan ASKES dan JPK Jamsostek, asuransi yang disediakan secara mandiri oleh perusahaan maupun asuransi swasta. Hal ini menjadikan mereka enggan untuk bergabung dengan BPJS Kesehatan.

Di sisi lain, bagi Pemerintah Daerah, proses integrasi dengan BPJS Kesehatan juga seringkali dipermasalahkan dari sisi besaran iuran maupun nilai manfaat. Logika Jamkesda memang berbeda dengan BPJS Kesehatan, dimana dalam skema Jamkesda, Pemerintah Daerah hanya menyiapkan alokasi dana yang digunakan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan sehingga nilainya bisa berfluktuasi tergantung dengan rasio penggunaan fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. Sedangkan skema BPJS mensyaratkan nilai iuran pasti, tidak mempertimbangkan rasio sakit di wilayah tertentu sehingga besaran iurannya akan tetap sama mengikuti nilai iuran yang telah ditentukan pihak BPJS Kesehatan. Ditambah lagi Pemda kehilangan otoritasnya untuk menentukan kontrol cakupan pelayanan, mekanisme administrasi dan ketidakmampuan anggaran, padahal terdapat sekitar 350 skema Jamkesda yang masih berjalan pada tahun 2015 dengan mencakup lebih dari 45 juta orang (Bappenas, 2015). Hal ini menjadi hambatan bagi pemerintah daerah dalam proses integrasi Jamkesda ke BPJS Kesehatan.

Pada awal BPJS Kesehatan beroperasi total kepesertaannya dari hasil akumulasi peserta Jamkesmas (PBI), PT Jamsostek (JPK), PT Askes dan PT Asabri mencapai 110,4 juta jiwa atau 43,78 persen dan berkat kesepakatan dengan Pemda mendapat tambahan PBI yang dibiayai Pemda sebesar 11,2 juta jiwa sehingga totalnya mencapai 121,6 juta jiwa atau 48,2 persen. Pada akhir 2014, angka tersebut bertambah menjadi 133,4 juta jiwa atau 52,9 persen (Bappenas, 2015).

C. BPJS Kesehatan dan Hak-Hak Pekerja yang Terabaikan

Pada masa transisi BPJS Kesehatan, muncul banyak keluhan peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK Jamsostek) yang tidak bisa berobat sejak BPJS Kesehatan aktif secara operasional. Selain itu, terdapat juga persoalan data yang tidak terintegrasi yang menjadi penyebab kacaunya pelaksanaan pelayanan BPJS. Peserta yang sebelumnya sudah terdaftar sebagai peserta JPK Jamsostek, mengalami permasalahan dalam mengakses layanan karena dinyatakan belum terdaftar oleh fasilitas kesehatan. Situasi ini terjadi karena lambatnya proses penyerahan dan verifikasi data dari PT Jamsostek ke PT ASKES yang menyebabkan keterlambatan pendaftaran data kepesertaan di fasilitas kesehatan di awal beroperasinya BPJS Kesehatan.

Keluhan lainnya yang harus dihadapi oleh peserta adalah persoalan fasilitas kesehatan. Peserta yang biasanya berobat di rumah sakit tertentu, sejak 1 Januari 2014 ditolak oleh rumah sakit bersangkutan. Penolakan ini terjadi dengan alasan bahwa pihak rumah sakit belum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Di dalam perjanjian, pihak rumah sakit bekerjasama dengan PT Jamsostek, bukan dengan BPJS Kesehatan sehingga rumah sakit keberatan untuk memberikan pelayanan karena merasa khawatir biaya pengobatan pasien tidak bisa diklaim ke kedua belah pihak, baik itu PT Jamsostek maupun ke BPJS Kesehatan.

Persoalan lain yang muncul terkait dengan kartu. Di awal beroperasinya BPJS kesehatan, peserta JPK Jamsostek belum mendapatkan kartu peserta dari BPJS Kesehatan, sehingga mereka merasa kebingungan ketika hendak menggunakan kartu JPK Jamsostek untuk berobat. Dalam beberapa kasus ditemukan beberapa fasilitas kesehatan

yang melakukan penolakan terhadap peserta yang menunjukkan kartu JPK Jamsostek. Alasannya yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tersebut juga sama dengan yang disebutkan sebelumnya, yaitu bahwa rumah sakit belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau nama peserta belum terdaftar ketika diverifikasi.

Peserta JPK Jamsostek yang ingin memverifikasi data kepesertaannya, setelah ditolak oleh rumah sakit, dapat melaporkannya kepada BPJS Kesehatan sehingga bisa diperiksa kembali kepesertaannya. Namun, peserta yang datang ke kantor BPJS kesehatan cabang setempat, harus dihadapkan dengan masalah antrian panjang yang menghabiskan waktu hingga berjam-jam disebabkan oleh keterbatasan infrastruktur dan SDM BPJS Kesehatan.

Bagi beberapa peserta yang sudah terverifikasi kepesertaannya, akses terhadap pelayanan kesehatan juga tidak langsung berjalan mulus. JPK Jamsostek memungkinkan peserta untuk bisa langsung berobat ke rumah sakit, namun dengan beroperasinya BPJS Kesehatan peserta diminta untuk melampirkan rekomendasi dalam bentuk surat rujukan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) agar dapat berobat ke rumah sakit. Hal ini menyebabkan banyaknya kasus penolakan peserta ketika hendak langsung berobat ke rumah sakit. Program jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan menggunakan mekanisme rujukan berjenjang yang tidak digunakan sebelumnya pada program JPK Jamsostek. Mekanisme rujukan berjenjang ini mewajibkan peserta untuk melalui tahapan pengobatan di FKTP yakni puskesmas atau klinik terlebih dahulu sebelum dirujuk ke rumah sakit.

Persoalan-persoalan ini menyebabkan peserta JPK Jamsostek yang telah beralih menjadi peserta BPJS Kesehatan merasa tidak puas dan kecewa terhadap pelayanan BPJS Kesehatan. Mayoritas pekerja peserta JPK Jamsostek menilai pelayanan JPK Jamsostek jauh lebih baik dibandingkan pelayanan BPJS Kesehatan. Terdapat juga beberapa pekerja yang menolak perusahaannya bergabung dengan BPJS Kesehatan karena khawatir manfaat pelayanan yang diberikan akan berkurang dan menjadi lebih sulit diakses.

Berbagai persoalan yang muncul dalam proses peralihan peserta JPK Jamsostek memang sudah bisa diprediksi sejak awal. Hal ini

menjadi tidak aneh dikarenakan minimnya persiapan yang dilakukan oleh PT Jamsostek maupun PT ASKES dalam menghadapi proses transformasi ini.

Terdapat beberapa indikator yang bisa digunakan untuk menganalisis hal tersebut. Pertama, dalam aspek regulasi, terdapat setidaknya 15 regulasi yang dibutuhkan sebagai landasan hukum penyelenggaraan jaminan sosial oleh BPJS kesehatan sebagaimana dimandatkan oleh UU BPJS. Berikut ini adalah daftar peraturan dalam bentuk Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden yang menjadi landasan.

Tabel 11 Daftar Peraturan Landasan BPJS

1.	PP No.82/2013 tentang Modal Awal BPJS Kesehatan
2.	PP No.83/2013 tentang Modal Awal BPJS Ketenagakerjaan
3.	PP No.85/2013 tentang Hubungan Antar Lembaga
4.	PP No.86/2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara
5.	PP No.87/2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Kesehatan
6.	PP No.88/2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS
7.	PP No.99/2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Ketenagakerjaan
8.	PP No.84/2013 tentang Perubahan PP No.14/1993 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja
9.	PP No.89/2013 tentang Pencabutan PP No.69/1991 tentang Pemeliharaan Kesehatan PNS, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan Beserta Keluarganya
10.	PP No.90/2013 tentang Pencabutan PP No.28/2003 tentang Subsidi dan Iuran; Pemerintah Dalam Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Bagi PNS dan Penerima Pensiun
11.	Perpres No.107/2013 tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, TNI dan Polri
12.	Perpres No.108/2013 tentang Bentuk dan Isi Laporan Keuangan BPJS
13.	Perpres No.109/2013 tentang Penahapan Kepesertaan Program Jaminan Sosial

14. Perpres No.110/2013 tentang Gaji, Upah dan Manfaat Tambahan Lain Bagi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS
15. Pepres No.111/2013 tentang Perubahan Atas Perpres No.12/2013 tentang Jaminan Kesehatan

Sumber: olahan penulis

Pasal 70 Undang-Undang BPJS mengamanatkan bahwa peraturan pelaksanaan dari undang-undang harus ditetapkan paling lama 1 (satu) tahun untuk mendukung beroperasinya BPJS Kesehatan. Namun realitanya daftar regulasi tersebut baru selesai ditandatangani Presiden dan masuk ke dalam lembaran berita negara pada tanggal 27 Desember 2013, hanya seminggu sebelum beroperasinya BPJS Kesehatan. Keterbatasan waktu ini menyulitkan direksi BPJS Kesehatan beserta jajarannya untuk melakukan sosialisasi peraturan baru kepada seluruh pemangku kepentingan. Disamping itu banyak petugas internal BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan yang belum memahami isi dari ketentuan yang baru disahkan tersebut sehingga muncul berbagai permasalahan dan perbedaan pendapat di lapangan, yang mengakibatkan peserta merasa dirugikan.

D. Skema dan Perkembangan Program BPJS Kesehatan bagi Pekerja

71

Dalam skema BPJS Kesehatan Kepesertaan dibagi menjadi 4 kategori, yaitu: Penerima Bantuan Iuran (PBI), Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPUP) dan Bukan Pekerja (BP). Masing-masing kategori kepesertaan ini memiliki besar iuran yang berbeda dengan skema pembayaran yang berbeda-beda pula. Berikut ini program BPJS Kesehatan yang diimplementasikan sampai saat ini:

Tabel Kategori Kepesertaan dan Besaran Iuran BPJS Kesehatan

Jenis Kepesertaan	Besaran Iuran	Pembayar
Penerima Bantuan Iuran (PBI)	Rp 19.225 / perbulan (sekarang Rp 23.000 / perbulan*)	Pemerintah

Pekerja Penerima Upah (PPU)	PNS, TNI, POLRI, Pegawai Pemerintah non PNS sebesar 5% dari Upah bulanan	3% pemerintah 2% pekerja
	Pegawai BUMN dan Swasta 2014- Juli 2015 sebesar 4,5% dan per Juli 2015 sampai sekarang menjadi 5% dari upah bulanan	4% pemberi kerja dan 0,5% (berubah menjadi 1%) pekerja
Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	Kelas III: Rp25.500 / bulan (tetap) Kelas II: Rp42.500 / bulan (naik menjadi Rp51.000 / bulan)** Kelas I: Rp59.500 / bulan (naik menjadi Rp80.000 / bulan)**	Pekerja (swa bayar)
Bukan Pekerja (BP)	Penerima Pensiun Pemerintah sebesar 5% upah bulanan	3% Pemerintah 2% Pekerja
	Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta ahli warisnya 5% upah bulanan	Pemerintah
	Bukan pekerja lainnya yang mampu membayar sama dengan PBPU	Pekerja (swa bayar)

*) Perubahan per 1 Januari 2016 berlaku hingga sekarang

***) Perubahan per 1 April 2016 berlaku hingga sekarang

Sumber: diolah dari Perpres No. 12 tahun 2013 jo. Perpres No. 111 tahun 2013 jo. Perpres No. 19 tahun 2016

Dengan melihat kategori kepesertaan beserta besaran iurannya, maka kelompok pekerja terbagi menjadi dua yaitu: pekerja formal (dalam hubungan kerja) dan pekerja informal (diluar hubungan kerja). Mereka yang tercakup dalam hubungan kerja masuk kedalam kategori PPU non penyelenggara negara diwajibkan mengikutsertakan

pekerjanya selambat-lambatnya 1 Januari 2015, kecuali bagi pengusaha mikro yang diberi tenggang hingga 1 Januari 2016. Adapun mereka yang bukan penerima upah (atau informal) dan bukan pekerja diberi tenggat waktu hingga 1 Januari 2019 (Bappenas, 2015:26). Sampai dengan bulan Juni 2017, BPJS Kesehatan melaporkan bahwa cakupan pesertanya telah mencapai 178.383.288 jiwa, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 12 Data Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan Juni 2017

Cakupan Kepesertaan	Jumlah	Persen
PBI Pusat	91.998.220	51,57%
PPU Penyelenggara Negara	16.340.546	9,16%
PPU Non Penyelenggara Negara	25.837.154	14,48%
PBPU	22.078.327	12,38%
BP	5.019.843	2,81%
PBI Daerah	17.110.199	9,59%
Total	178.384.289	100,00%

Sumber: Laporan Pengelolaan Program BPJS Kesehatan Juni 2017

Peningkatan kinerja BPJS Kesehatan menunjukkan upaya yang agresif dengan ketercakupan mencapai 178,3 juta jiwa atau 70,1 persen dari total populasi penduduk yang mencapai 254 juta jiwa. Hal ini didorong oleh kebijakan pemerintah Jokowi untuk meluncurkan Kartu Indonesia Sehat (KIS) dengan cakupan mencapai lebih dari 91,9 juta jiwa dan anggaran mencapai lebih dari 25,5 Trilyun rupiah per tahun dengan perkembangan kepesertaan PBI Daerah yang meningkat hingga 17,1 juta. Namun, kepesertaan dari Pekerja Penerima Upah (PPU) non penyelenggaran negara masih di angka 25, 8 juta dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) baru mencapai 22 juta. Hal ini menyisakan kurang lebih 75,7 juta orang yang belum termasuk di dalam skema BPJS Kesehatan untuk mencapai cakupan universal pada Januari 2019

Berdasarkan data angkatan kerja nasional, penduduk bekerja yang termasuk sektor formal hanya sekitar 51,8 juta jiwa atau 41,65 persen berada di sektor formal, dan sisanya sekitar 72,6 juta jiwa atau 58,35

persen berada di sektor informal. Hal ini menunjukkan adanya kerentanan para pekerja informal sebagai kelompok mayoritas karena harus terdaftar sebagai kelompok pekerja bukan penerima upah (PBPU). Mereka wajib membayar iuran tidak hanya untuk diri sendiri namun juga mencakup satu keluarga padahal kelompok tersebut adalah kelompok yang tidak memiliki kepastian upah dan atau penerima upah relatif di bawah upah minimum. Contohnya keluarga yang terdiri dari bapak, ibu dan tiga orang anak harus mendaftarkan 5 anggota keluarganya dengan iuran sebesar Rp127.500 per bulan agar dapat mengakses fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) kelas 3. Hal ini tentunya memberatkan karena keluarga miskin dan hampir miskin yang bekerja di sektor informal belum semua tercakup dalam skema PBI pusat maupun daerah.

Dalam konteks perlindungan sosial di Indonesia, kerentanan akan hilangnya hak perlindungan sosial pada skema BPJS Kesehatan tidak hanya berlaku bagi pekerja informal saja tetapi juga bagi pekerja formal. Dinamika bentuk hubungan kerja pada pekerja formal berdampak pada akses pekerja atas BPJS Kesehatan.

Hak akan jaminan sosial tenaga kerja (termasuk BPJS Kesehatan di dalamnya) merupakan hak normatif yang wajib dipenuhi tanpa syarat, namun faktanya fenomena *outsourcing* dan pekerja berstatus kontrak (Perjanjian Kerja Waktu Tertentu) dengan durasi kontrak yang pendek menjadikan mereka seringkali tidak didaftarkan oleh perusahaan ke BPJS Kesehatan.

Temuan serikat pekerja di berbagai daerah menunjukkan peningkatan jumlah pekerja kontrak dan *outsourcing* yang porsinya diprediksi mencapai 50-70 persen terutama di industri-industri padat karya. Banyak perusahaan terutama di sektor padat karya (garmen, tekstil, sepatu, kerajinan, dan lain sebagainya) yang mendaftarkan BPJS baik Kesehatan atau Ketenagakerjaan hanya untuk karyawan tetapnya (Perjanjian Kerja Waktu Tidak Tertentu/PKWTT). Selain itu, terdapat skema pekerja harian lepas yang mayoritas bekerja di sektor konstruksi dan perkebunan dimana mereka sama sekali tidak mendapatkan akses atas BPJS Kesehatan. Padahal sektor-sektor ini menjadi andalan dalam rangka menyerapan tenaga kerja berpendidikan menengah ke bawah yang merupakan mayoritas dari angkatan kerja (FGD Turc, 2017).

Selain itu konsep pendataan yang kaku dan tidak dinamis menjadikan perubahan status pekerja, misalnya ketika terkena PHK, tidak secara otomatis mendapatkan akses PBI melainkan harus mendaftar ulang melalui PBPU. Berdasarkan data yang tercatat di Kementerian Ketenagakerjaan, sepanjang 2014-2016 tercatat 3.816 kasus PHK yang dilaporkan melalui dinas (belum termasuk yang diselesaikan secara *bipartite*) dengan jumlah pekerja yang ter-PHK mencapai 139.307 orang (Dirjen PHI Kemenaker; 2017). Bagi pekerja yang ter-PHK dan keluarganya terdapat konsekuensi kehilangan kepesertaan BPJS Kesehatan PPU non penyelenggara negara 6 bulan pasca di PHK (tidak lagi dibayarkan oleh perusahaan iurannya). Aturan ini tidak sejalan dengan konsep Undang-Undang Ketenagakerjaan dimana seharusnya PHK hanya bisa dilakukan (termasuk pencabutan hak normatifnya) pasca putusan pengadilan yang prosesnya bisa lebih dari 1 tahun. Jika memang kehadiran BPJS Kesehatan bertujuan memberikan perlindungan secara universal bagi semua penduduk, maka perlu adanya inovasi kebijakan yang memungkinkan fleksibilitas di dalam skema keanggotaan BPJS

BPJS Kesehatan dapat mengintegrasikan akun kepesertaan secara terbuka berbasis data kependudukan yang dimiliki Direktorat Jenderal Pendudukan dan Pencatatan Sipil, Kementerian Dalam Negeri, sehingga pekerja yang belum didaftarkan oleh perusahaannya bisa melakukan klaim ke perusahaan dan secara otomatis BPJS Kesehatan dapat mengajukan tagihan langsung ke perusahaan. Sebaliknya, peserta BPJS yang tidak lagi bekerja di perusahaannya dapat langsung berpindah status kepesertaannya sebagai peserta mandiri (Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah atau Peserta Bukan Pekerja) atau dapat dimasukkan kategori Peserta Penerima Bantuan Iuran (apabila secara kondisi ekonomi memang tidak mampu membayarkan premi secara mandiri). Integrasi pendataan ini berguna untuk menghindari kesalahan alokasi dari Peserta Penerima Bantuan Iuran yang seringkali salah sasaran serta untuk menyederhanakan proses perbaikan data peserta agar proses penyesuaian tidak perlu lagi sampai ke level kementerian.

E. Kaum Pekerja Memandang BPJS Kesehatan

Optimisme akan lahirnya BPJS ditafsirkan berbeda oleh beragam kelompok sosial, bagi kelompok rentan kehadiran BPJS merupakan jawaban atas keterbatasan mereka dalam mengakses pelayanan kesehatan. BPJS ditafsirkan sebagai bentuk keterlibatan negara untuk memberikan perlindungan sosial bagi kelompok rentan ketika mereka sakit. BPJS diharapkan memberikan kepastian pembiayaan sehingga mereka tidak lagi kesulitan mengakses layanan kesehatan yang memadai. Pendanaan jaminan sosial bagi kelompok miskin dan rentan tentunya membutuhkan peran negara terkait pembayaran membayarkan premi asuransi melalui skema bantuan iuran. Harapannya dengan adanya skema ini dapat mengatasi kelemahan skema asuransi kesehatan keluarga miskin (ASKESKIN) yang dianggap diskriminatif pelayanannya. Dengan lahirnya BPJS yang bersifat universal, diharapkan diskriminasi ini dapat dihilangkan

Pada prakteknya, transformasi pengelolaan melalui BPJS Kesehatan tidak serta merta menjawab semua permasalahan terkait UHC. Pada dasarnya pengelolaan BPJS yang kepesertaannya bersifat wajib dan universal melahirkan kepesertaan yang heterogen dan dinamis sehingga menjadikan skema pengelolaannya tidak mudah apalagi kepesertaannya berbasis iuran pasti (administrasi kepesertaan) bukan manfaat pasti yang otomatis melekat berbasis hak pelayanan kesehatan.

Permasalahan utamanya seringkali datang dari peserta PBPB yang membayarkan preminya secara mandiri dimana mereka belum memiliki kesadaran penuh bahwa sifat iuran dalam asuransi sosial merupakan dana gotong royong yang harus dibayarkan dalam kondisi sehat ataupun sakit. Di sisi lain, kewajiban membayarkan premi berdasarkan seluruh anggota keluarga juga dirasa memberatkan kalangan keluarga kelas menengah ke bawah yang belum tercakup sebagai PBI. Mereka yang bersedia membayar premi BPJS Kesehatan melalui skema PBPB, biasanya sudah memiliki sakit bawaan atau penyakit yang bersifat *katastropik*. BPJS Kesehatan dengan model skema asuransi sosial tidak boleh menolak calon peserta sekalipun diketahui dia sudah memiliki penyakit bawaan sebelum mendaftar, berbeda dengan asuransi

kesehatan swasta yang berhak mewajibkan calon kliennya melakukan *check up* kesehatan dahulu sebelum menerima kepesertaanya guna meminimalisir risiko bawaan.

Kedua, skema pembiayaan yang diterapkan BPJS Kesehatan dengan standar pembiayaan yang telah ditentukan melalui INA-CBGs (*Indonesia Case Based Groups*) dianggap mendegradasi kualitas pelayanan medis. Sebelumnya, baik PT Askes maupun PT Jamsostek memiliki skema pembiayaan sendiri, yaitu dengan model *fee for service* untuk PT ASKES dan skema kerjasama langsung dengan faskes pada peserta JPK dari PT Jamsostek. Skema *INA-CBGs* sendiri merupakan mekanisme kendali mutu dan biaya yang mengatur pengelompokan tarif pelayanan kesehatan berdasarkan diagnosa penyakit dan kebutuhan tindakan medis yang diperlukannya. Konsekuensinya pada proses penanganan kesehatan seringkali dirasakan menyusahkan baik bagi dokter maupun pasien. Banyak dokter merasa skema *INA-CBGs* menjadikannya tidak leluasa dalam memberikan penanganan medis yang dibutuhkan pasien dikarenakan harus mengikuti skenario paket penanganan medis yang telah ada. Di sisi lain, bagi para pasien, seringkali skema *INA-CBGs* yang tidak mereka pahami membawa konsekuensi rumit. Misalnya, beberapa peserta BPJS mengaku bahwa mereka harus dipulangkan meskipun belum sembuh oleh pihak rumah sakit alasannya untuk melakukan diagnosa ulang atas penyakitnya (Wawancara dengan Ibu Titik, Pengurus Forum Serikat Pekerja di Surabaya pada 21 November 2017). Para peserta yang sebelumnya menikmati skema Jamsostek maupun ASKES merasa terjadi penurunan kualitas layanan, terutama dalam penyediaan obat yang terkadang kurang memadai atau pasien harus membayar uang tambahan untuk obat-obat tertentu atau tindakan medis yang tidak ditanggung dalam skema ini.

Selain itu, seringkali muncul pelanggaran-pelanggaran yang dilakukan oleh pihak penyedia layanan kesehatan baik di FKTP ataupun di FKTL. Di antaranya adalah tidak berjalannya asas portabilitas BPJS Kesehatan, berupa penolakan FKTP di luar kota ketika peserta BPJS membutuhkan layanan saat berada di tengah perjalanan atau berada di luar kota untuk sementara waktu. Pihak FKTP meminta pasien untuk mendapatkan surat pengantar dari pihak BPJS Kesehatan setempat,

padahal menurut aturan diperkenankan jika hanya memanfaatkan untuk sekali layanan. Hal yang paling mengkhawatirkan adalah adanya penolakan Rumah Sakit atas pasien BPJS Kesehatan yang mengakses kelas III di banyak tempat. Menurut pengakuan seorang aktivis serikat pekerja di Surabaya, menyebutkan:

*“Pelayanan untuk pengguna BPJS sering diskriminatif, rumah sakit akan dengan mudah melayani pasien dari orang-orang terpendang atau yang punya back up, tetapi bagi warga biasa seringkali disepelekan. Anggota serikat buruh yang biasa gebrak-gebrak ke pihak rumah sakit kalau sakit pasti cepet dilayani, tapi kalau kita yang diam mesti berbeda. Modusnya seringkali pihak rumah sakit beralasan ruang kelas III atau II penuh maka pasien harus dinaikkan ke ruang kelas I dengan kelebihan biaya ditanggung sendiri”
(Aktivis Serikat Pekerja Surabaya, pada 21 November 2017)*

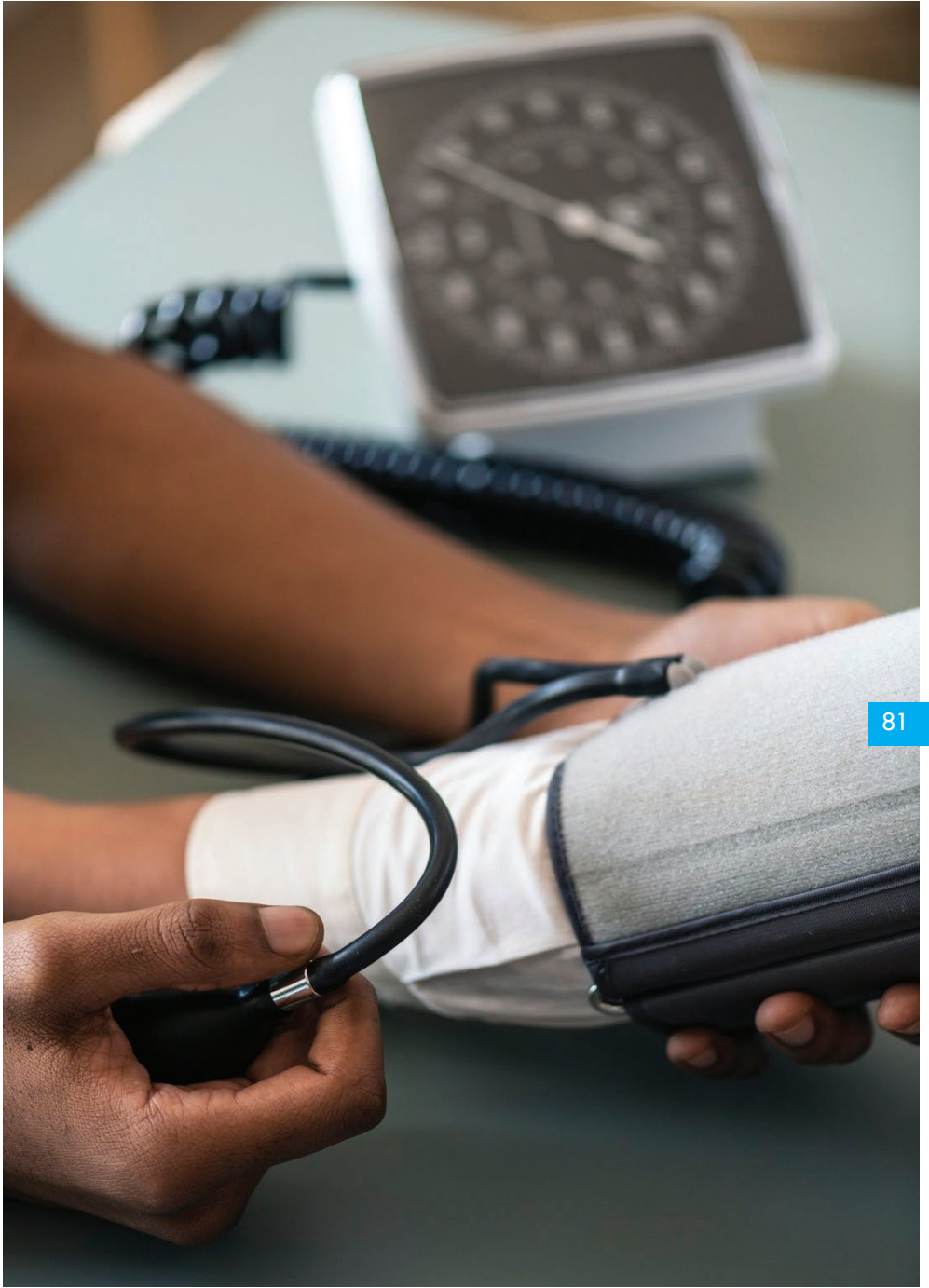
Dari perspektif serikat pekerja di beberapa lokasi, pergeseran dari skema JPK Jamsostek ke BPJS Kesehatan membawa konsekuensi tidak berjalannya peran kontrol serikat pekerja. Sebelumnya, JPK Jamsostek langsung membuat kontrak kerjasama dengan PT Jamsostek sehingga apabila ada pelanggaran terhadap peserta, maka serikat pekerja bisa melakukan protes langsung ke PT Jamsostek untuk mengevaluasi program kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang bersangkutan. Namun, pasca menggunakan skema BPJS Kesehatan, serikat pekerja melalui *BPJS Watch* seringkali harus berhadapan sendiri dengan pihak rumah sakit karena tidak ada peran aktif dari BPJS Kesehatan (sebagai *provider* pembiayaan) untuk terlibat aktif melakukan evaluasi terbuka atas penyedia layanan kesehatan. Aturan birokrasi yang panjang dan rumit serta sering berubah menyebabkan masyarakat dan penggiat *BPJS Watch* mengalami kesulitan dalam memahami aturan yang berlaku.

Daftar Pustaka

- Andersen, Gosta Esping. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Oxford: Polity Press.
- Dirjen PHI Kemenaker. 2017. *Buku Saku Data Hubungan Industrial di Indonesia Tahun 2017*. Kementerian Ketenagakerjaan.
- Dwiwicaksono, Adenantera, et, all. 2012. *Jamkesmas dan Program Jaminan Kesehatan Daerah: Pengkajian di 8 kabupaten / Kota dan 2 Provinsi*. Jakarta: Perkumpulan Inisiatif.
- FGD Turc. 2017. Hasil FGD yang diselenggarakan TURC tentang Implementasi UU Ketenagakerjaan dengan serikat pekerja di 6 kawasan industri; Jakarta (termasuk Serang dan Tangerang), Bekasi (termasuk Bogor dan Karawang), Bandung Raya, Batam dan Surabaya pada November 2017.
- Kementerian PPN / Bappenas. 2015. *Satu Tahun Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Bappenas.
- Mukti, Ali Ghufron. 2013. *Indonesia on its path to universal health coverage: expanding coverage for informal sector*.
- Perdana, Ari A dan John Maxwell. *Poverty Targeting in Indonesia*, dalam Weiss, John. 2005. *Poverty Targeting in Asia*. Cheltenham (UK): ADB Institute.
- Sumarto, Mulyadi. 2007. Social Safety Nets and Economic Transition in Indonesia: Paradox of Social Service?. JOOG, Vol. 2 No 1.
- Sumarto, Sudarno, Asep Suharyadi, dan Sami Bazzi. *Indonesia's Social Protection during and after Crisis* dalam Barrientos, Armando dan David Hulme. 2008. *Social Protection for The Poor and Poorest*, Palgrave, Mc Milan: New York
- Suryahadi, et, all. *Expanding Social Security in Indonesia: The Current Process and Challenge*, dalam Yi, Ilcheong (ed.). 2017. *Toward Universal Health Care in Emerging Economies: Opportunities and Challenge*. London: UNRISD-Springer.
- Tjandra, Surya. *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Langkah Besar Gerakan Buruh Meraih Kesejahteraan dan Keadilan Sosial*, dalam

Suryomenggolo, Jafar, dan Abu Mufakir (ed.). 2014. *Kebangkitan Gerakan Buruh: Refleksi Era Reformasi*. Tangerang Selatan: Marjin Kiri-TURC

Wisnu, Dinna, 2007. *Governing Social Security: Economic Crisis and Reform in Indonesia, The Philiphines and Singapore*. Disertation in The Ohio State University.







Bagian 5:

83

SERIKAT PEKERJA: DARI ISU PABRIK KE ISU PUBLIK

Mohammad Didit Saleh

Abstrak

Paska diterapkannya UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU No. 24 Tahun 2011, Pemerintah Indonesia menargetkan pewujudan program jaminan kesehatan secara universal atau semesta untuk seluruh penduduk Indonesia pada 2019. Untuk mewujudkan target tersebut, pemerintah mencanangkan skema pembiayaan, terutama skema penerima bantuan iuran, dari pemerintah pusat dan daerah salah satunya dengan cara mengintegrasikan program Jamkesda ke BPJS Kesehatan. Namun pada level praktik, implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengalami sejumlah kelemahan dan permasalahan. Oleh karena itu, tulisan ini akan menelaah dan memetakan kelemahan dan permasalahan tersebut di dua daerah, yaitu Kabupaten Bekasi dan Provinsi Sumatera Utara. Selain itu, tulisan ini menelaah upaya yang dilakukan serikat buruh yang tergabung di Konfederasi Serikat Pekerja Indonesia (KSPI) dalam mengawal kelamahan dan permasalahan yang terjadi. Adapun simpulan dari tulisan ini bahwa kelemahan dan permasalahan implementasi JKN dapat dikategorikan pada tiga dimensi penting, yaitu dari dimensi pembiayaan dan subsidi, dimensi sistem layanan, dan dimensi kepersetaan. Simpulan lain dari tulisan bahwa upaya serikat buruh KSPI dalam mendirikan badan Jamkeswatch yang fokus pada advokasi implementasi JKN, menandakan bahwa ada transformasi gerakan buruh dari "isu pabrik atau hubungan industril ke isu publik".



A. Titik Lemah Skema dan Implementasi JKN di Indonesia.

Skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan masih mengalami sejumlah persoalan. Berdasarkan penelusuran literatur dari beberapa laporan, berita media massa serta observasi lapangan terkait implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional ditemukan sejumlah kelemahan dan permasalahan misalnya terkait; 1) Skema pembiayaan dan subsidi, 2) sistem layanan kesehatan, dan 3) kepesertaan dan pengelola layanan.

1. Skema Pembiayaan dan Subsidi

Skema pembiayaan “*fee for service*” tanpa paket INA-CBGs (*Indonesia Case Based Groups*), yang berlaku pada awal penyelenggaraan BPJS Kesehatan, merupakan sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan yang dikategorikan berdasarkan ciri klinis dan pemakaian berdasarkan pengeluaran biaya kesehatan pasien yang ditangani oleh pemberi layanan kesehatan. Namun berdasarkan hasil evaluasi, skema ini memunculkan masalah yakni, ada temuan *mark up* pada nota pembiayaan yang dilakukan oleh pihak pemberi layanan kesehatan seperti rumah sakit. Selain itu, berdasarkan laporan *National Casemix Center* (NCC) Kementerian Kesehatan, skema pembayaran dari “*fee for service*” tanpa paket INA-CBGs ini memungkinkan penyedia layanan kesehatan seperti rumah sakit, dapat memperoleh *income* yang tidak terbatas. Hal ini dapat terjadi dikarenakan (1) penyedia layanan kesehatan dapat menawarkan berbagai macam pelayanan kesehatan kepada pasien, termasuk pelayanan kesehatan yang sebenarnya tidak diperlukan sekalipun. Akibatnya, terjadi pemeriksaan serta penggunaan alat pemeriksa yang berlebihan; (2) tidak ada kepastian dalam pembiayaan pelayanan kesehatan sehingga setiap pemberi layanan

kesehatan dapat menerapkan biaya yang berbeda-beda satu sama lain (Wawancara Michael Johannis Latuwael, komisioner Dewan Pengawas BPJS-K, Jakarta, 31 Maret 2017).

Sejatinya skema paket INA-CBGs tersebut diharapkan tidak merugikan rumah sakit walau menggunakan basis tarifnya pelayanan terstandarisasi. Sebagai contoh dari penerapan sistem paket INA-CBGs, misalnya seorang pasien menderita penyakit tifus. Dengan demikian, sistem INA-CBGs sudah menghitung layanan apa saja yang akan diterima pasien tersebut, berikut pengobatannya, sampai dinyatakan sembuh atau selama satu periode dirawat di rumah sakit. Namun setelah pemberlakuan skema pembiayaan INA-CBGs sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 tahun 2014 menimbulkan persoalan baru, misalnya penyedia layanan kesehatan atau rumah sakit cenderung memulangkan pasien walaupun pasien belum sembuh total. Ini terjadi karena paket tarif INA-CBGs menggunakan *plafon* pembiayaan sehingga apabila pelayanan yang diberikan telah mencapai kuota, maka pasien dipulangkan dengan asumsi telah pulih (Wawancara dengan Supriadi, di Omah Buruh, Kab. Bekasi. 12 Agustus 2017). Padahal kasus kasus seperti ini dapat diatasi dengan layanan rawat jalan ditangani oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas atau klinik, karena pada puskesmas maupun klinik telah disediakan dana kapitasi oleh BPJS Kesehatan.

Selain itu, dimensi lain dari skema pembiayaan yang menjadi permasalahan dan perdebatan di level implementasi terkait iuran peserta, terutama iuran peserta BPJS penerima bantuan iuran (PBI). Situasi ini terjadi oleh karena pemerintah pusat menargetkan pewujudan program jaminan kesehatan secara universal atau semesta untuk seluruh penduduk Indonesia. Karenanya, pemerintah pusat mencanangkan skema pembiayaan baik dari pemerintah pusat maupun daerah, khususnya skema PBI, serta meminta program Jamkesda yang telah dilaksanakan oleh pemerintah daerah dintegrasikan dalam sistem JKN melalui BPJS Kesehatan. Namun, sejumlah pemerintah daerah yang telah menerapkan terlebih dahulu program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) terbagi dua kutub yang berbeda yakni, kelompok menolak dan menerima untuk mengintegrasikan program Jamkesda ke BPJS Kesehatan.

Kelompok pemerintah daerah yang menolak Jamkesda terintegrasi dengan BPJS Kesehatan dikarenakan oleh besaran iuran yang harus dibayarkan oleh pemerintah daerah ke BPJS Kesehatan lebih besar dibandingkan tidak terintegrasi dengan BPJS Kesehatan. Sebagai salah satu contoh dari kelompok pertama ini adalah Pemerintah Gowa. Pemerintah Kabupaten Gowa menolak integrasi Jamkesda ke BPJS Kesehatan. Adapun alasannya adalah karena adanya “pembengkakan” alokasi anggaran yang harus ditanggung oleh Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Pemerintah Kabupaten Gowa untuk warga miskin. Sebelum Jamkesda diintegrasikan ke BPJS Kesehatan, besaran anggaran kesehatan yang harus ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten Gowa untuk warga miskin dengan program Jamkesda pada 2014 hingga 2015 hanya mencapai Rp 14 miliar per tahun. Namun, setelah Pemerintah Kabupaten Gowa memutuskan mengintegrasikan Jamkesda ke BPJS Kesehatan, anggaran untuk program Jamkesda menjadi Rp 26 miliar. Pembengkakan ini terjadi oleh karena iuran per bulan dan per orang yang harus dibayarkan oleh pemerintah daerah ke BPJS Kesehatan relatif besar (Almaliki, 2017).

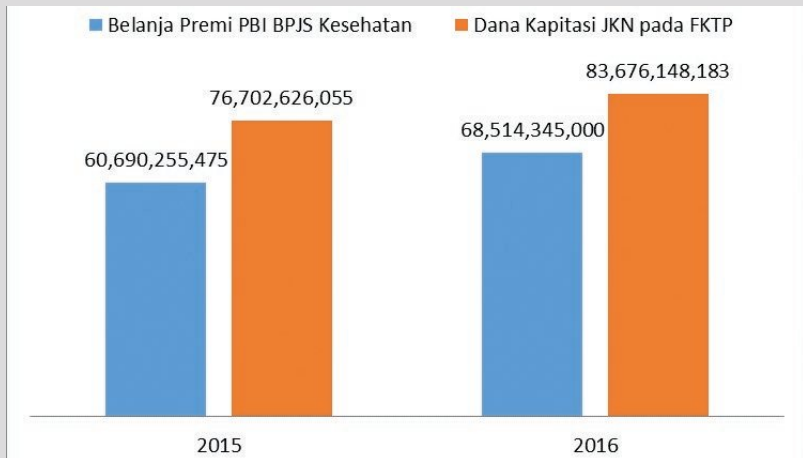
Secara kritis, penulis melihat bahwa penolakan tersebut tidak hanya didasarkan besaran iuran yang dibayarkan ke BPJS Kesehatan. Namun lebih jauh, penolakan tersebut muncul karena diduga kepala daerah ketakutan “kehilangan” program populis, yang dapat digunakan sebagai salah satu instrumen kampanye untuk mendapatkan dukungan dari pemilih pada periode selanjutnya. Alasan kritis ini diperkuat dengan temuan Aspinal dan Sukmajati (2015: 45) bahwa pemerintah daerah yang sedang memerintah terutama kepala daerah kerap menjadikan program pro warga miskin seperti Jamkesda sebagai instrumen untuk meraih dukungan pemilih dalam kontestasi elektoral.

Sementara kelompok kedua yakni, kelompok pemerintah daerah yang mendukung terhadap integrasi Jamkesda ke BPJS Kesehatan, menyatakan sejumlah alasan. Pertama, adanya kecenderungan pemerintah daerah yang tidak mengintegrasikan Jamkesda ke BPJS Kesehatan terbebani piutang ke rumah sakit. Ini disebabkan oleh biaya aktual yang dikeluarkan oleh pasien, warga miskin, rentan, dan marginal yang mengakses Jamkesda tersebut, melebihi pagu anggaran

di dalam APBD tahun anggaran berjalan. Situasi ini dibuktikan dengan temuan studi di Kab. Bekasi dan Kota Medan, yang terbebani piutang ke rumah sakit terkait klaim pembiayaan program Jamkesda. Secara rinci terhitung per 29 Agustus 2016, Pemerintah Kab. Bekasi memiliki beban hutang pembiayaan pasien pengguna Jamkesda di beberapa rumah sakit senilai Rp 20,6 miliar. Dari jumlah tersebut, senilai 9,2 miliar diantaranya hutang di rumah sakit swasta dan sisanya hutang ke RSUD Kab. Bekasi (Niman, 2016)

Adapun alasan kedua adalah, pemerintah daerah mendapatkan keuntungan apabila mengintegrasikan Jamkesda ke BPJS Kesehatan dengan cara membayar iuran ke BPJS Kesehatan. Dikatakan demikian, karena pemerintah daerah mendapatkan dana kapitasi yang diberikan ke fasilitas layanan tingkat pertama seperti puskesmas dan anggaran tersebut masuk dalam skema pendapatan asli daerah sektor kesehatan di APBD. Selaras dengan alasan tersebut, *Institute for Strategic Initiative* (ISI) menyimpulkan bahwa integrasi Jamkesda ke BPJS Kesehatan, yang dianggap merugikan APBD, justru yang terjadi sebaliknya yakni, menguntungkan pemerintah daerah tersebut oleh karena pemerintah daerah mendapatkan dana kapitasi lebih besar dari BPJS Kesehatan dibandingkan alokasi iuran yang dibayarkan pemerintah daerah ke BPJS Kesehatan (Djani, Saleh, Saputro: 2017:17). Dana Kapitasi adalah dana yang diperoleh pemerintah daerah dari BPJS Kesehatan. Dana Kapitasi ini diberikan terlebih dahulu oleh BPJS Kesehatan ke Pemerintah daerah tanpa melakukan klaim pembiayaan terlebih dahulu. Adapun peruntukkan dana ini disalurkan untuk fasilitas layanan tingkat pertama seperti Puskesmas dan penggunaannya diatur dalam Permenkes No 2 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi. Lihat grafik 5. temuan analisis *Institute for Strategic Initiative*.

Grafik 5 Perbandingan Belanja Premi PBI BPJS Kesehatan dan Dana Kapitasi Kota Medan



Sumber: Laporan Penelitian *Institute for Strategic Initiative* (2017:17)

Berdasarkan data grafik 5 di atas terbukti dana kapitasi yang didapat oleh Pemerintah Kota Medan lebih besar dibandingkan alokasi anggaran yang digunakan untuk belanja premi PBI BPJS Kesehatan. Secara rinci bahwa belanja premi BPJS Kesehatan senilai Rp60.690.255.475 pada 2015 dan dana kapitasi yang diperoleh pada tahun yang sama senilai Rp76.702.626.055. Pada 2016 pun terjadi hal yang sama yakni, belanja premi Rp68.514.345.000 dan dana kapitasi yang diperoleh senilai Rp83.676.148.183.

Permasalahan lain yang kerap muncul terkait dimensi pembiayaan peserta BPJS Kesehatan, yaitu banyaknya peserta yang menunggak melakukan pembayaran iuran. Berdasarkan data BPJS Kesehatan bahwa hingga Juli 2017 terdapat 10 juta peserta menunggak pembayaran iuran. Sebagian besar penunggak tersebut berasal dari pekerja bukan penerima upah (PbPU). Lebih spesifik bahwa berdasarkan data BPJS Kesehatan Kab. Bekasi, jumlah peserta BPJS PbPU di Kab. Bekasi yang menunggak membayar sejumlah 192.692 atau 59,91 persen dari jumlah total peserta BPJS PbPU. Adapun nilai total tagihan tersebut senilai Rp88.308.915.669. Fakta ini menggambarkan bahwa ada persoalan

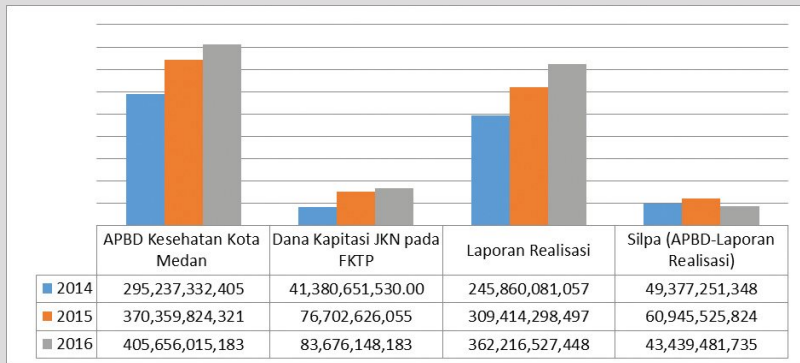
serius dari sistem pembiayaan dan subsidi BPJS Kesehatan (Julianto, 2017). Oleh karena itu, pemerintah harus segera menelusuri lebih dalam penyebab peserta BPJS PBPJ menunggak, karena ada kemungkinan sebagian peserta BPJS PBPJ tersebut tidak bisa membayar iuran disebabkan oleh tidak ada biaya.

2. Dimensi Sistem Layanan

Dalam dimensi sistem dan layanan kesehatan, Jaminan Kesehatan Nasional dengan BPJS Kesehatan sebagai lembaga operatornya, menggunakan sistem layanan kesehatan berbasis rujukan dan bertingkat. Sistem layanan ini dilakukan secara bertingkat, yakni melalui fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti klinik, puskesmas, praktik dokter dan rumah sakit tipe D, dan fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit tipe B dan C. Model ini harapannya akan mendekatkan pelayanan kesehatan ke warga, namun pada praktiknya mengalami sejumlah masalah yaitu, puskesmas hanya sebagai tempat meminta surat rujukan oleh pasien peserta BPJS Kesehatan untuk berobat ke rumah sakit.

Narasi tersebut menjelaskan bahwa sistem rujukan berjenjang dan dekat dengan lokasi tinggal peserta BPJS Kesehatan belum berjalan dengan baik. Masalah ini disebabkan berbagai faktor. Pertama, faktor infrastruktur layanan kesehatan di tingkat pertama seperti puskesmas, klinik, dan praktik dokter tidak memadai. Kedua, secara sosiologis ada kecenderungan di masyarakat bahwa apabila mengalami sakit, maka berobat langsung ke rumah sakit daripada berobat ke puskesmas. Kedua ini faktor ini secara langsung berdampak pada dana kapitasi yang tidak terserap secara maksimal oleh puskesmas. Sebagai contoh kasus yang terjadi di Pemerintah Kota Medan, lihat grafik 6 di bawah ini.

Grifik 6 Data APBD Kesehatan, Dana Kapitasi JKN pada FKTP, Laporan Realisasi, dan Silpa pada 2014, 2015, 2016 di Kota Medan



Sumber: Dokumen LRA APBD Kota Medan 2014, 2015, 2016, dan diolah penulis

Berdasarkan grafik 6 tersebut, secara umum anggaran kesehatan Kota Medan sejumlah Rp295.237.332.405 pada 2014, Rp370.359.824.321 pada 2015 dan Rp 405.656.015.183 pada 2016. Namun berdasarkan grafik 6 tersebut, terdapat sisa lebih penggunaan anggaran (Silpa) yang tidak digunakan atau terserap selama tiga tahun berturut-turut senilai Rp49.377.251.348 pada 2014, Rp60.945.525.824 pada 2015, dan Rp43.439.481.735 pada 2016. Berdasarkan temuan informasi di lapangan, sisa anggaran yang cukup besar tersebut sebagian besar berasal dari dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional yang diberikan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas dan klinik.

Dua faktor tersebut tidak dimaknai sebagai faktor utama penyebab belum berjalannya sistem layanan kesehatan berbasis rujukan, bertingkat, dan dekat dengan lokasi tinggal peserta BPJS Kesehatan, yang kemudian berdampak pada penggunaan dana kapitasi. Namun ada faktor lain yang juga memberikan kontribusi terhadap persoalan tersebut yaitu, adanya dugaan permainan dalam menentukan fasilitas layanan tingkat pertama antara pihak perusahaan dan pihak penyedia fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti klinik, puskesmas, dan dokter pribadi. Faktor ini dapat ditemukan dalam konteks BPJS Peserta Penerima Upah (PPU) seperti pekerja di perusahaan tertentu. Adapun motif permainan ini diduga agar dana kapitasi yang diperoleh fasilitas

layanan kesehatan tingkat pertama bertambah lebih banyak dan pihak perusahaan mendapatkan “*fee*” dari dana kapitasi tersebut.

Namun faktor layanan JKN ini tidak hanya berkaitan dengan sistem layanannya yang bertingkat dan berbasis rujukan, tetapi layanan JKN ini juga berkaitan dengan pengelolanya yakni, BPJS Kesehatan. Dikatakan demikian dikarenakan BPJS Kesehatan mempunyai kelemahan pada level kewenangan. BPJS Kesehatan tidak bisa melakukan intervensi apabila pasien peserta BPJS Kesehatan ditolak penyedia layanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit dengan dalih dokter spesialis penyakit tertentu dan fasilitas tidak ada, dan atau obat tidak tersedia. Penolakan pasien peserta BPJS Kesehatan dengan berbagai dalih tersebut ditemukan relawan Jamkeswatch seperti relawan Jamkeswatch di Kab Bekasi dan Jamkeswatch Sumatera Utara (Wawancara dengan Satrio, Relawan Jamkeswatch, di Omah Buruh, Kab. Bekasi, 5 November 2016). Dari sisi kebijakan, situasi tersebut terjadi karena adanya pemilahan kewenangan dan tanggung jawab pelayanan kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 *juncto* Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada JKN. Dalam peraturan tersebut dijelaskan bahwa fasilitas medis, obat dan tenaga medis menjadi tanggung jawab pemerintah daerah dan pusat, bukan pada BPJS Kesehatan.

3. Dimensi Kepesertaan

Berdasarkan aturan bahwa peserta BPJS Kesehatan merupakan setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Secara rinci bahwa peserta tersebut dibagi menjadi dua kategori. Pertama, penerima batuan iuran (PBI) dari pemerintah pusat atau daerah yakni fakir miskin dan orang yang tidak mampu, cacat total tetap. Kedua, peserta bukan penerima iuran (Non PBI) yakni pekerja penerima upah (PPU) dan anggota keluarganya dengan rincian 2 persen pekerja dan 3 persen pemberi kerja untuk PNS, TNI, Polri, PPNP, 1 persen pekerja dan 4 persen pemberi kerja untuk swasta. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, serta bukan pekerja dan anggota keluarganya. Namun dimensi kepesertaan BPJS Kesehatan tidak hanya berkaitan dengan pengkategorian tersebut, tetapi secara praktik berkaitan dengan dua hal

penting yaitu, masa aktivasi kartu dan data kepesertaan BPJS Kesehatan. Dua hal ini secara praktiknya mengalami permasalahan.

Pertama, perubahan kebijakan masa aktivasi kartu kepesertaan BPJS Kesehatan, awalnya satu hari, kemudian berubah menjadi tujuh hari, dan diganti menjadi empat belas hari oleh BPJS Kesehatan. Hal ini menimbulkan benturan antara peserta, dan penyedia jasa layanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan klinik. Benturan ini terjadi ketika seseorang atau warga mengalami sakit dan tidak punya biaya, kemudian pihak keluarga tersebut mendaftarkannya sebagai peserta BPJS Kesehatan. Namun masalahnya warga tersebut belum bisa menggunakan kartu tersebut untuk berobat. Kondisi ini terjadi dikarenakan oleh durasi waktu aktivasi kartu yakni empat belas hari setelah mendaftar.

Kedua, proses aktivasi kartu BPJS Kesehatan PBI yang mewajibkan penerimanya agar mendatangi Kantor BPJS Kesehatan di daerahnya dengan membawa sejumlah persyaratan yang harus dipenuhi seperti kartu keluarga dan kartu tanda penduduk. Dalam praktiknya penerima kartu BPJS Kesehatan PBI tidak mengetahui proses aktivasi kartu. Dikatakan demikian karena proses pemberian kartu BPJS Kesehatan PBI ini dilakukan oleh pemerintah pusat dan daerah tanpa memberikan informasi prosedur aktivasi kartu, bahkan terdapat kartu BPJS PBI yang diberikan ketika proses elektoral. Akhirnya, warga yang telah memiliki kartu tidak menggunakan kartunya dan disimpan di dalam lemari (Wawancara dengan Adi Kenzo, Direktur Advokasi Jamkeswatch, di Omah Buruh, Kab. Bekasi, 4 Agustus 2016). Apabila dilihat dari dimensi sosiologis, sejumlah persyaratan proses aktivasi Kartu BPJS PBI menciptakan “kesulitan” bagi warga miskin untuk mengurusnya. Kesulitan tersebut antara lain misalnya lokasi aktivasi, biaya untuk datang ke lokasi aktivasi kartu, dan waktu untuk melakukan aktivasi kartu tersebut. Kondisi ini mengakibatkan warga miskin harus mengeluarkan biaya tambahan untuk mengurus kartu tersebut.

Ketiga, persoalan *database* kepesertaan. Data based kepesertaan ini memiliki sejumlah persoalan; 1) Adanya nama ganda penerima kartu Jaminan Kesehatan Nasional PBI contohnya seorang warga bisa menerima dua kartu BPJS PBI yakni KIS dan Jamkesda; 2)

Ketidaksesuaian Nomor Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Nomor Induk Kependudukan (NIK) dengan Kartu Keluarga, dan NIK tidak terdaftar di Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil. Ketidaksesuaian tersebut berdampak terhadap penggunaan data BPJS PBI ketika proses validasi data di fasilitas kesehatan; 3) data penerima kartu BPJS PBI kerap tidak tepat sasaran; 4) Pasien BPJS PBI maupun Non PBI ditolak oleh rumah sakit karena berdasarkan hasil verifikasi di rumah sakit kartu tersebut dianggap sudah tidak aktif, padahal setelah diverifikasi di BPJS Kesehatan kartu tersebut masih aktif.

Sejumlah persoalan data kepesertaan tersebut disebabkan oleh database kepesertaan BPJS Kesehatan yang tidak terintegrasi satu sama lain yakni antara fasilitas layanan kesehatan seperti rumah sakit, pemerintah pusat dan dinas kependudukan dan catatan sipil pemerintah daerah, dan BPJS Kesehatan. Selain itu, proses pendataan penerima BPJS Kesehatan PBI, yang cenderung untuk kepentingan elektoral dan kekerabatan, juga merupakan faktor penyebab munculnya penerima ganda dan tidak tepat sasaran. Salah satu solusi yang minimalis untuk mengatasi persoalan ini yaitu, pemerintah harus membuat *one single data* yang terintegrasi.

B. Jamkeswatch: Upaya Serikat Pekerja Menuntut Hak Sehat

Jamkeswatch merupakan upaya kelompok buruh dalam menuntut hak kesehatan bagi warga negara yang tidak bisa dilepaskan dari usaha gerakan buruh yang tergabung dalam Komite Aksi Jaminan Sosial (KAJS). KAJS merupakan aliansi 67 organisasi yang sebagian besar terdiri dari serikat buruh pekerja dan NGO melakukan konsolidasi dan mobilisasi untuk mendesak negara agar segera melaksanakan amanat Undang-Undang SJSN. Keberhasilan upaya KAJS mendorong undang-undang tersebut berbeda dengan keberhasilan yang pernah dilakukan sebelumnya dimana buruh hanya menuntut hak normatif saja. Sedangkan keberhasilan kelompok buruh yang tergabung dalam KAJS untuk mendorong disahkannya UU BPJS ini merupakan bentuk transformasi gerakan buruh dari “pabrik ke publik”.

Dalam pandangan Andersen (1990) bahwa peristiwa kelompok buruh keluar dari pabriknya dan membangun aliansi dengan kelompok lain untuk mendorong isu jaminan sosial non perburuhan seperti hak pendidikan, kesehatan, identitas, dan hak lainnya, merupakan tanda bahwa gerakan buruh tidak sekedar memperjuangkan hak normatif saja. Dalam istilah lain yaitu, gerakan buruh menuntut hak kesejahteraan sosial dengan mimpi terwujudnya negara kesejahteraan.

Selain itu, kehadiran Jamkeswatch ini tidak bisa dilepaskan oleh rezim pasar kerja fleksibel. Rezim fleksibilitas pasar kerja ini mengakibatkan para perja pekerja kontrak waktu terbatas, outsourcing atau informal, bergantung pada perangkat kebijakan kesejahteraan dengan pendekatan praktis-pragmatis. Pendekatan tersebut antara lain Bantuan Langsung Tunai (BLT), Beras Untuk Warga Miskin (Raskin), dana bansos pendidikan dan kesehatan (Nugroho dan Tjandraningsih, 2012). Oleh karenanya, kehadiran Jamkeswatch ini merupakan salah satu bentuk inisiatif yang dilakukan oleh serikat pekerja agar negara dengan instrumen UU SJSN dan UU BPJS Kesehatan dapat menjamin pemenuhan pelayanan kesehatan bagi seluruh warga negara termasuk kelompok buruh.

Dalam konteks kelembagaan, Jamkeswatch merupakan salah satu badan dibawah Konderasi Serikat Pekerja Indonesia (KSPI), KSPI merupakan konfederasi yang membawahi 9 federasi serikat pekerja yaitu, PB PGRI, Federasi Serikat Pekerja, FSP PPMI, FSPMI, FSP ISI, ASPEK Indonesia, FSP KEP, FSP Farkes REF, dan SPN. Badan ini hadir dengan visi terwujudnya kualitas jaminan kesehatan, perbaikan akses, kualitas pelayanan dan fasilitas kesehatan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang SJSN dan Undang-Undang BPJS. Sedangkan misi dari Jamkeswatch adalah melakukan pengawasan dan kontrol terhadap implementasi Jaminan Kesehatan Nasional agar berjalan efektif. Adapun keanggotaan Jamkeswatch berbasis kerelawanan dan bagian dari anggota serikat buruh dan mantan anggota serikat buruh (Wawancara dengan Sekjen KSPI, M. Rusdi, di Kantor KSPI, 13 Oktober 2017).

Slogan utama dari Jamkeswatch ini, yakni 'kesehatan adalah hak rakyat dan orang sakit dilarang miskin'. Slogan tersebut dipraktikkan

oleh relawan Jamkeswatch dengan melakukan pendampingan terhadap warga miskin dan keluarga buruh agar mendapatkan pelayanan kesehatan, baik melalui skema BPJS Kesehatan maupun Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Selain itu, kerja relawan Jamkeswatch dipraktikkan dengan cara mengawasi tata kelola BPJS Kesehatan, memastikan Pemda dan perusahaan rutin membayarkan iuran peserta BPJS Kesehatan dan memastikan penyedia layanan kesehatan agar melayani pasien dengan baik. Kerja pendampingan tersebut membentuk aksi kerja kolektif dan memunculkan solidaritas dari relawan dan warga miskin yang didampingi untuk memastikan hak jaminan kesehatan warga terpenuhi.

Model advokasi Jamkeswatch ini secara konseptual tidak memiliki standar yang baku. Implikasinya pada level praktik model advokasi yang digunakan oleh relawan Jamkeswatch cenderung sporadis dan bergerak mengandalkan solidaritas dan kolektivitas. Cara kerja seperti ini muncul karena sebagian besar relawan Jamkeswatch adalah anggota serikat buruh. Pengalaman advokasi di isu perburuhan cenderung direplikasi dalam advokasi isu kesehatan seperti *grebek* pabrik menjadi *grebek* rumah sakit.

Grebek pabrik merupakan upaya berbagai serikat pekerja di Kab. Bekasi, terutama FSPMI, ‘menduduki’ pabrik dan memaksa memberhentikan produksi. Secara garis besar setidaknya ada dua hal yang melatarbelakangi terjadinya peristiwa ini. Pertama, para buruh yang bekerja di perusahaan tidak memiliki kepastian kerja. Artinya para buruh bekerja hanya sebagai buruh harian lepas dan borongan. Kedua, para buruh yang berkeinginan untuk bekerja di perusahaan harus melalui pihak ketiga dan diharuskan membayar, istilah ini disebut sebagai sistem kerja outsourcing (Mufakhir, 2014).

Sosialisasi tentang BPJS Kesehatan ke warga dilakukan secara spontan dan bentuk pendampingannya dilakukan secara *learning by doing*. Narasi ini tergambarkan dalam pernyataan salah satu relawan Jamkeswatch bahwa lebih baik langsung terjun ke lapangan saja dan menyesuaikan pada situasi dan kondisi yang terjadi di lapangan (Wawancara dengan Satrio, di Omah Buruh, Kab. Bekasi, 5 Nopember 2016).

Walaupun cara kerja advokasi ini sporadis, tetapi terdapat sisi positif yang dapat berkontribusi secara langsung terhadap peningkatan pengetahuan relawan. Hal ini dikarenakan relawan saling membantu dan berbagi pengetahuan di lapangan. Pengalaman terjun langsung ke lapangan tersebut menjadi modal bagi relawan untuk melakukan kerja pendampingan.

Model kerja advokasi warga miskin berbeda-beda karena setiap daerah memiliki karakter relawan Jamkeswatch yang berbeda pula. bahkan ada di satu daerah yang sama memiliki model kerja advokasi yang berbeda. Contohnya di Jamkeswatch Kab. Bekasi dan Sumatera Utara. Model kerja pendampingan Jamkeswatch di Kabupaten Bekasi mengadopsi pendekatan pengorganisasian buruh *go politics* –terutama buruh Federasi Serikat Pekerja Metal Indonesia– pada Pemilihan Legislatif di tingkat daerah pada 2014. Secara rinci model kerja relawan Jamkeswatch di Kabupaten Bekasi dikelompokkan menjadi enam region berdasarkan Daerah Pemilihan (Dapil) pada Pemilu Legislatif 2014. Pada Pemilihan Legislatif 2014, FSPMI yang berada dibawah KSPI, memutuskan *go politics*. Secara Khusus Konsulat Cabang FSPMI Kab. Bekasi merekomendasikan anggotanya menjadi calon legislatif (Caleg) di DPRD Kab. Bekasi. Ada lima calon yang direkomendasi oleh KC FSPMI Kab. Bekasi dan lima calon tersebut menempati dapil 1, 2, 3, 5, dan 6. Namun, dari lima calon tersebut yang terpilih hanya dua, yakni Nyumarno dan Nurdin (salen, 2014). Laggam kerja advokasi oleh relawan Jamkeswatch tidak hanya berbeda di daerah namun juga di tingkat region. Sebagai contoh di region satu, langgam kerja advokasi pasien lebih sering memberikan konsultasi tatap muka walaupun dapat juga dilakukan secara tidak langsung melalui telepon, sms, atau media sosial. Penggunaan cara ini dikarenakan oleh keterbatasan jumlah dan ketersediaan waktu relawan. Sementara itu, di region lain seperti di region 6, model kerja advokasi yang dilakukan dengan cara mendampingi pasien secara langsung, seperti menemani di rumah sakit atau klinik.

Selain itu, kerja-kerja advokasi relawan Jamkeswatch Kab. Bekasi didukung melalui kolaborasi dengan dua anggota DPRD Kab. Bekasi, Nyumarno dan Nurdin, yang terpilih pada eksperimentasi gerakan buruh

go politics Pemilu Legislatif 2014. Sebagai contoh relawan Jamkeswatch meminta Nyumarno agar mendesak pihak rumah sakit yang menolak warga miskin dengan alasan tidak memiliki jaminan kesehatan, dan menolak peserta BPJS Kesehatan dengan dalih kamar penuh, tidak ada dokter, dan tidak tersedianya obat untuk melakukan perbaikan. Upaya lain yang juga dilakukan oleh relawan Jamkeswatch dan anggota DPRD, terutama Nyumano, adalah mendorong adanya rumah sakit tipe A di Kab. Bekasi, puskesmas rawat inap, dan melakukan pendataan warga miskin yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Dalam konteks upaya pendataan warga miskin tersebut, Nyumarno telah mengusulkan anggaran di DPRD Kab. Bekasi dengan harapan warga tersebut mendapatkan Kartu Jamkesda, yang skema pembiayaannya dibayarkan oleh Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Kab. Bekasi. Upaya yang dilakukan ini terbukti berhasil, dimana 10.000 ribu warga miskin yang telah terdata dianggarkan di APBD Kab Bekasi dengan skema Jamkesda (Saleh, 2017)

Sebaliknya, upaya Jamkeswatch di Provinsi Sumatera Utara dalam menuntut hak jaminan kesehatan berbeda dengan upaya yang dilakukan oleh relawan Jamkeswatch di Kabupaten Bekasi. Jamkeswatch Provinsi Sumatera Utara membawahi enam Jamkeswatch, yakni Jamkeswatch Kota Medan, Jamkeswatch Deli Serdang, Jamkeswatch Serdang Bedagai, Jamkeswatch Labuan Batu, dan Jamkeswatch Batu Bara. Namun dengan terbatasnya relawan, kerja advokasi yang dilakukan terpusat di Jamkeswatch Sumut.

Jika dibandingkan dengan Jamkeswatch di Kabupaten Bekasi, relawan Jamkeswatch di Sumatera Utara tidak 'semasif' relawan Jamkeswatch di Kab. Bekasi. Selain itu relawan Jamkeswatch di Provinsi Sumatera Utara belum melakukan advokasi kebijakan seperti pendataan warga miskin yang belum mendapatkan jaminan kesehatan agar dialokasikan di APBD.

Munculnya perbedaan upaya advokasi Jaminan Kesehatan antara relawan Jamkeswatch di Kab. Bekasi dan Jamkeswatch di Provinsi Sumatera Utara disebabkan oleh tiga faktor penting. Pertama, terkait dengan pemahaman relawan soal Jaminan Kesehatan Nasional misalnya

soal regulasi. Situasi ini terjadi oleh karena relawan Jamkeswatch di Kab. Bekasi merupakan anggota serikat buruh yang aktif mendorong proses disahkannya Undang-Undang BPJS, sebaliknya relawan Jamkeswatch di Provinsi Sumatera Utara, tidak banyak ikut terlibat dalam proses disahkannya Undang-Undang BPJS. Akibatnya, relawan Jamkeswatch di Provinsi Sumatera Utara kebingungan ketika melakukan advokasi dikarenakan ketidakpahaman prosedur dan aturan perundang-undangan terkait jaminan kesehatan.

Kedua, relawan Jamkeswatch Sumatera belum memiliki pengalaman “pahit” terkait keluarganya di tolak rumah sakit, sementara itu sebagian relawan Jamkeswatch Kab. Bekasi memiliki pengalaman tersebut. Pengalaman ini berdampak terhadap militansi relawan Jamkeswatch dalam melakukan upaya pendampingan warga untuk mendapatkan layanan kesehatan. Ketiga, faktor dinamika dan karakteristik gerakan. Dinamika dan karakteristik gerakan buruh di Kab. Bekasi lebih cenderung kuat karena memiliki pengalaman melakukan advokasi perusahaan dengan model *grebek pabrik* pada Mei 2012. Pengalaman advokasi ini membuat relawan Jamkeswatch, yang sebagian besar merupakan anggota serikat pekerja, berani dan militan.

Berbagai narasi upaya Jamkeswatch baik di Kab. Bekasi maupun Provinsi Sumatera Utara dengan segenap perbedaannya, merupakan gambaran bahwa serikat buruh telah berupaya keluar dari isu normatif dan memikirkan hak publik yang luas seperti hak kesehatan. Secara konseptual, dapat disimpulkan bahwa upaya yang dilakukan oleh relawan Jamkeswatch tersebut telah mewujudkan aksi kolektif dan solidaritas antar kelas seperti buruh, warga miskin kota, dan petani. Aksi kolektif dan solidaritas antar kelas ini sudah terjadi di Jamkeswatch Kab. Bekasi, misalnya relawan dari kelompok warga miskin tapi bukan dari kelompok buruh, namun tidak sebaliknya.

Target pemerintah untuk implementasi JKN demi mewujudkan jaminan kesehatan semesta, pada level praktik mengalami sejumlah permasalahan dan kelemahan antara lain yaitu warga pengguna BPJS Kesehatan ditolak di rumah sakit dengan alasan kamar penuh dan mengkalim bahwa sistem paket INA-CBGs merugikan rumah sakit;

ada penolakan pemerintah daerah untuk integrasi Jamkesda ke BPJS Kesehatan; peserta BPJS Kesehatan, terutama BPJS Kesehatan PBPJ yang menunggak melakukan pembayaran; sistem rujukan berjenjang belum berjalan dengan baik; ada “permainan” dalam menentukan fasilitas layanan tingkat pertama antara perusahaan dan pihak penyedia layanan; dan sejumlah data peserta BPJS Kesehatan yang tidak akurat.

Berangkat dari sejumlah masalah tersebut, pemerintah sudah seharusnya melakukan dua hal penting. Pertama, membuat *database* kepersetaan BPJS Kesehatan (*One Single Data*), yang terintegrasi antara pemerintah pusat, dinas kependudukan dan catatan sipil pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, dan fasilitas layanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas. Kedua, pemerintah dan BPJS Kesehatan tidak hanya mendorong pemerintah daerah untuk mengintegrasikan program Jamkesda ke BPJS Kesehatan, namun pemerintah dan BPJS Kesehatan harus memastikan juga semua perusahaan agar mendaftarkan para pekerjanya menjadi BPJS PPU Swasta.

Sebagai penutup, refleksi penulis terkait upaya yang dilakukan oleh kelompok organisasi masyarakat sipil seperti Serikat Buruh KSPI, terutama FSPMI, dengan membangun Jamkeswatch sebagai upaya untuk mengawal dan mendorong perbaikan terhadap implementasi Jaminan Kesehatan patut diapresiasi. Dikatakan demikian, karena lahirnya Jamkeswatch dan ditambah dengan relawan, yang fokus melakukan kerja-kerja advokasi untuk keluarga buruh dan warga miskin, merupakan indikasi bahwa gerakan buruh tidak hanya fokus pada isu hubungan industrial, melainkan gerakan buruh mulai bertransformasi “dari isu pabrik ke isu publik”. Oleh karena itu, upaya Jamkeswatch ini dapat direplikasi ditempat lain dalam mengawal implementasi Jaminan Kesehatan Nasional.

Daftar Pustaka

- Almaliki. (2017, 1 Oktober). Usaha Pemkab Gowa Menolak BPJS Kesehatan Kandas. *Health.rakyatku.com*.
- Anderson, Esping G. 1990. *Three Worlds of Welfare State Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press.
- Aspinall, E & Sukmajati, M. 2015. 'Patronase dan Klientelisme dalam Politik Elektoral di Indonesia', in E Aspinall, M Sukmajati (ed.), *Politik Uang di Indonesia: Patronase dan Klientelisme pada Pemilu Legislatif 2014*. [Money Politics in Indonesia: Patronage and Clientelism in the 2014 Legislative Election], Research Centre for Politics and Government. Yogyakarta: Penerbit PWD UGM
- Australian Indonesia Partnership For Health System Strengthening (AIPHSS). 2015. *Health Financing and Universal Coverage: Compilation of Policy Notes*. Jakarta: diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan republik Indonesia atas dukungan Australian Aid.
- Carrin, Guy and Chris James. 2004. *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*. WHO Discussion Paper Number 2-2004, Geneva.
- Djani, L., S, Didit., dan Saputro, PA. 2017. *Claiming Welfare State: Universal Health Insurance and Labor Movement Case Study of Jamkes Watch in Bekasi*. West Java. Yogyakarta: Publikasi Power, Welfare and Democracy Universitas Gajah Mada.
- Djani, L., S, Didit., dan Saputro, PA. 2017. *Laporan Penelitian: Implementasi Jaminan Kesehatan di Kota Medan*. Jakarta: Publikasi Institute for Strategic Initiative.
- Julianto, PA. (2017, 19 juli). Per Juni 2017, Penunggak luran BPJS Kesehatan Mencapai 10 Juta Peserta. *Kompas.com*
- Mufakhir, Abu. "Grebek Pabrik in Bekasi: Research Note on Unions." *Dalam Worker Activism after Reformasi 1998*, oleh Jafar Suryomenggolo (Ed), 119-140. Hongkong: Asia Monitor Resource Center Publishing. 2014

Mundiharno. Peta Jalan Menuju Universal Coverage Jaminan Kesehatan. *Jurnal Legislasi Indonesia*. 2012: Vol.9 No. 2.

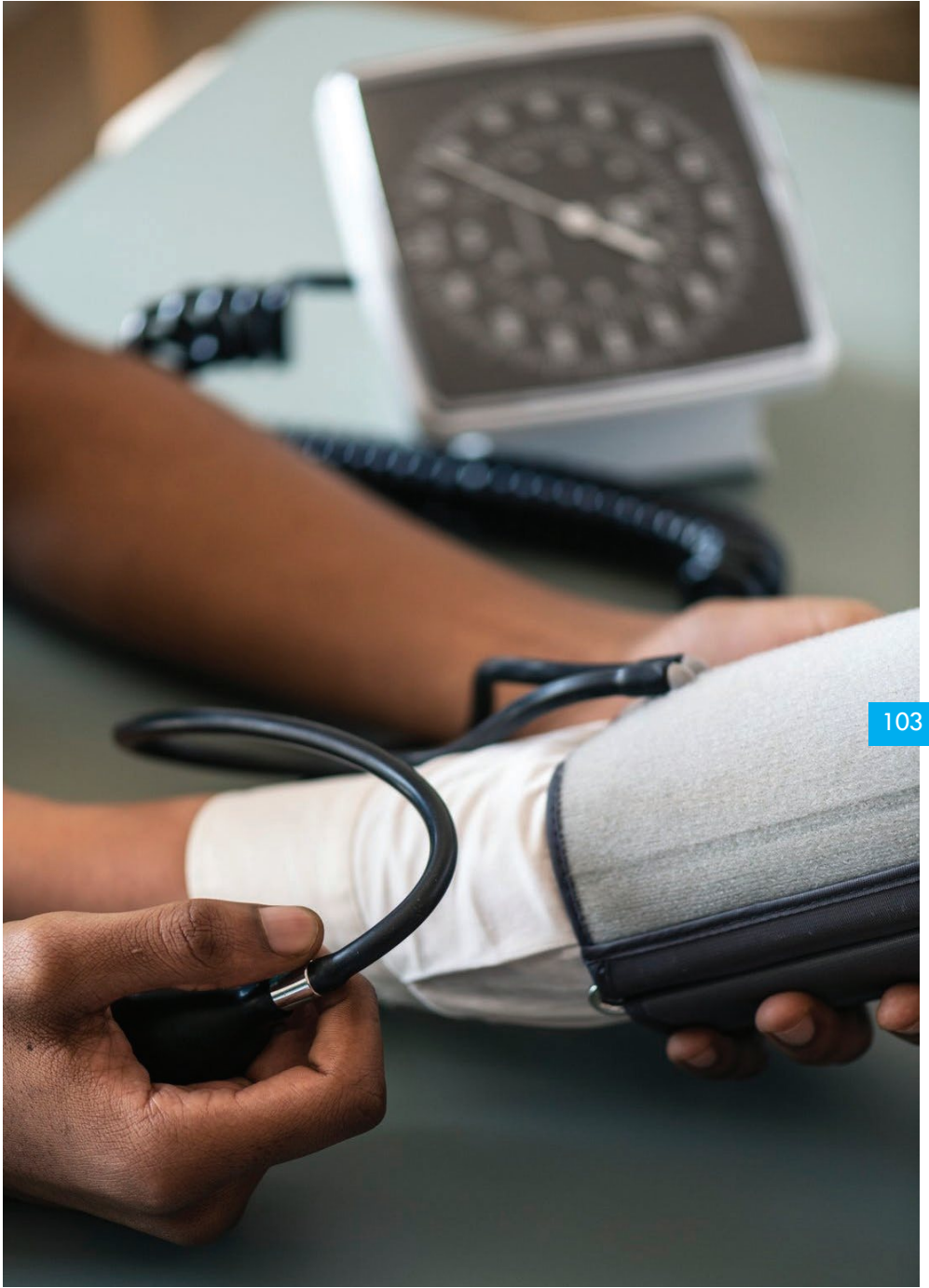
Niman, Mikael. (2016, 29 Agustus). tunggakan jamkesda pemkab bekasi capai Rp 20,6 Miliar. www.beritasatu.com

Nugroho, H. dan Tjandraningsih, I. 2012. Rezim Fleksibilitas Pasar Kerja dan Tanggung Jawab Negara, dalam Syarif Arifin, Fahmi Panimbang, Abu Mufakkir dan Fauzan (eds). *Memetakan Gerakan Buruh*. Depok: Penerbit Kepik.

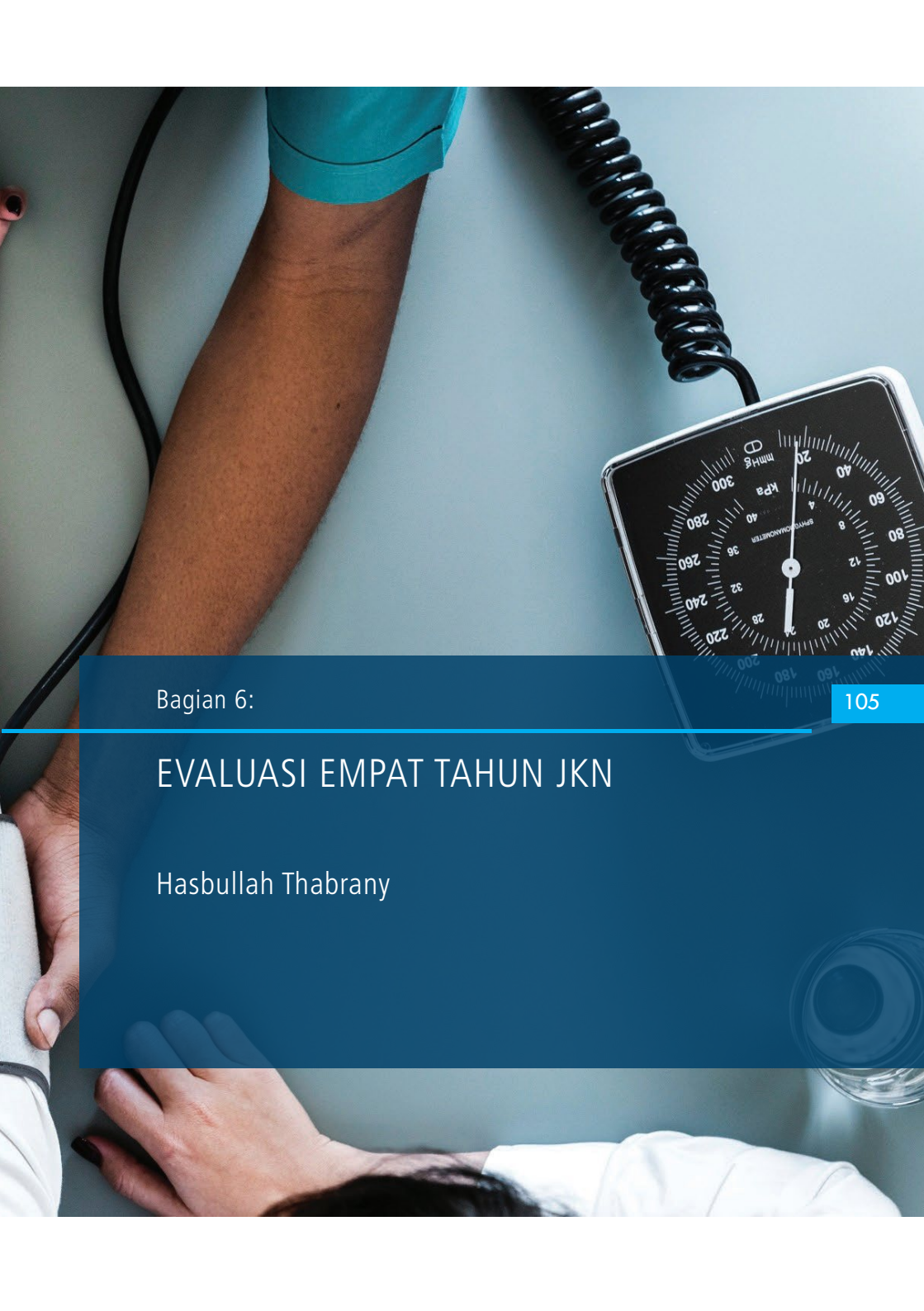
Rinaldo, Edwin dkk. 2017. Perbandingan sistem Jaminan Kesehatan di Indonesia, Taiwan, dan Korea Selatan. *Makalah*, disampaikan pada kuliah program Master Ilmu Administrasi Publik, Universitas Indonesia.

Saleh, Didit. 2014. Gerakan Buruh dan Eksperimentasi Politik. Studi Kasus FSPMI Kab. Bekasi. *Jurnal Analisis CSIS*, Vo.46.No 2. 2014.

World Health Organization. 2013. *The World Health Report 2013: Research For Universal Coverage*.Luxembroug: Publikasi World Health Organization.







Bagian 6:

EVALUASI EMPAT TAHUN JKN

Hasbullah Thabrany

Abstrak

Selama 4 tahun berjalan, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mencatat perkembangan yang cukup signifikan. Dalam aspek kepesertaan, JKN mengalami kemajuan terbaik dengan cakupan secara formal mencapai 185 juta orang hingga akhir bulan Desember 2017. Selain itu, dukungan RS swasta dalam keterlibatannya menjadi fasilitas kesehatan penerima pasien JKN, meningkat hingga 60 persen dari total distribusi RS yang memiliki kontrak dengan BPJS Kesehatan. Namun, masalah seperti rendahnya pertumbuhan peserta penerima upah (PPU) mengindikasikan bahwa pihak BPJS Kesehatan tidak berupaya optimal mendapatkan PPU yang memiliki potensi iuran POPB lebih besar. Angka utilisasi peserta JKN juga masih rendah. Hal ini disebabkan oleh persepsi rendahnya kualitas layanan kesehatan yang diberikan. Tantangan lainnya, seperti komitmen politis pemerintah untuk pendanaan di sektor kesehatan, kesadaran publik mengenai pentingnya jaminan kesehatan, tata kelola manajemen BPJS yang perlu direformasi, hingga kesadaran dan pemahaman para petugas kesehatan menjadi hal yang perlu mendapat perhatian segera bagi peningkatan dan perbaikan JKN ke depan.



A. Kepesertaan

Kita patut bangga bahwa JKN berjalan relatif mulus, khususnya dalam bidang kepesertaan. Sesuai dengan konsep Kubus UHC, dalam JKN aspek kepesertaan mengalami kemajuan terbaik dengan cakupan secara formal mencapai 185 juta orang di bulan Desember 2017. Namun demikian, dalam aspek perlindungan, belum semua peserta secara riil mendapat perlindungan. Banyak peserta yang belum paham akan haknya dan belum menggunakan jaminan yang disediakan JKN. Untuk memantau seberapa bagus JKN telah mencapai tujuan dan mengikuti target yang ditetapkan, tabel 12 menyediakan potret akhir tahun BPJS di tahun 2017, setelah empat tahun JKN berjalan.

Tabel 13 Potret Pendanaan BPJS tahun 2017

	2014	2015	2016
luran/org/bulan, Rp	25,432	28,052	34,734
Biaya berobat/org/bulan, Rp	-	-	-
Kenaikan, %	-	10.3%	23.8%
Defisit, Rp Triliun	-	-	-

Sumber: diolah dari Laporan Tahunan BPJS Kesehatan 2014-2016

Data peserta yang disampaikan BPJS dalam laporan bulanan ke DJSN bulan Oktober 2017 menunjukkan jumlah total peserta mencapai 185,1 juta orang. Jumlah tersebut merupakan jumlah peserta jaminan (asuransi) yang dikelola oleh satu badan di suatu negara yang terbesar di dunia. Dari jumlah peserta, kita patut bangga bahwa JKN telah mampu mencapai pertumbuhan lebih dari 60 juta jiwa dalam

waktu empat tahun. Namun, demikian, jumlah peserta terdaftar belum menjamin tercapainya perlindungan finansial kepada peserta. Selain itu, jumlah peserta yang tercantum dalam laporan BPJS adalah jumlah seluruh peserta terdaftar, baik yang aktif membayar iuran maupun yang menunggak. Pada umumnya, peserta bukan penerima upah (PBU) yang pada tahun 2017 berjumlah 24,9 juta orang memiliki angka kepatuhan membayar iuran secara reguler terendah.

Secara lebih rinci, pertumbuhan jumlah peserta dapat dilihat pada grafik 7. Dari grafik yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan ini, tampak bahwa pertumbuhan peserta yang terbesar adalah PBU, yang naik dari 9 juta orang di tahun 2014 menjadi 24,9 juta orang di tahun 2017, naik hampir tiga kali lipat. Hal ini menunjukkan bahwa mereka yang sebelumnya tidak memiliki akses perlindungan finansial kini tersedia dan dimanfaatkan. Pada umumnya mereka adalah orang-orang yang pernah menderita sakit berat atau penyakit kronis. Namun, istilah *adverse selection* yang digunakan oleh BPJS Kesehatan adalah keliru. Istilah *adverse selection* adalah istilah yang berlaku dan cocok untuk asuransi komersial dimana kepesertaan bersifat sukarela. Dalam kepesertaan sukarela itu berlaku seleksi, peserta memilih membeli asuransi kesehatan karena mereka menderita penyakit tertentu. Sehingga, risiko biaya untuk perusahaan asuransi menjadi jelek (*adverse*). Dalam JKN, kepesertaan wajib (mekanisme asuransi sosial), dan justru JKN menghendaki PBU ini dijamin. Tidak ada istilah “risiko jelek” tidak berlaku untuk negara (BPJS). Justru JKN bertujuan menggotong beban biaya bagi mereka yang tidak mampu menandai sendiri biaya berobat karena keadaan ekonominya (tidak miskin, tetapi tidak mampu membayar biaya berobat sendiri) atau karena penyakitnya yang memerlukan biaya jauh di atas kemampuan ekonominya.

Grifik 7 Perkembangan Kepesertaan BPJS Kesehatan tahun 2014-2017



Sumber: data diolah dari Presentasi BPJS Kesehatan 2017

Hal yang perlu mendapat perhatian selanjutnya adalah pertumbuhan peserta penerima upah (PPU) yang naik lambat dari 24 juta di tahun 2014 menjadi hanya 44 juta di tahun 2017. Kenaikan jumlah PPU ini kurang dari 100 persen dalam empat tahun. Padahal, dalam Peta Jalan JKN (DJSN dan Pemerintah, 2012) dicantumkan jelas bahwa seluruh pegawai dan anggota keluarga perusahaan besar dan menengah seharusnya sudah menjadi peserta di tahun 2017. Bahkan Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 mengharuskan perusahaan mendaftarkan seluruh pegawai dan keluarganya pada tahun 2015. Disini terjadi kegagalan BPJS Kesehatan merekrut PPU yang mempunyai potensi besar iuran yang lebih besar. Kegagalan merekrut PPU sesuai Peta Jalan dan Perpres antara lain berkontribusi pada terjadinya defisit JKN selama empat tahun berturut-turut.

Salah satu masalah kepesertaan adalah tingginya peserta PBI yang tercatat di BPJS. Perlu diketahui bahwa peserta PBI tidak selalu memahami dan memiliki kartu peserta yang valid. Karena peserta PBI tidak mendaftarkan sendiri, tetapi didaftarkan oleh pemerintah kemudian BPJS mencetak kartu dan mendistribusikannya. Dalam banyak pantauan ditemukan bahwa peserta PBI yang seharusnya terdaftar tidak menerima kartu, menerima kartu tetapi tidak valid karena tidak ada NIK, salah NIK, salah nama, atau salah alamat. Akibatnya, kartu JKN-KIS yang mereka pegang tidak valid. Hal ini menimbulkan informasi bias pada BPJS yang selama empat tahun melaporkan bahwa angka utilisasi, proporsi peserta PBI yang menggunakan haknya dengan berobat di fasilitas kesehatan yang telah dikontrak adalah yang terendah. Tentu tidak masuk akal jika peserta PBI mempunyai angka utilisasi yang rendah karena mereka lebih sehat. Yang rasional adalah mereka tidak menggunakan haknya karena tidak memiliki kartu yang valid, tidak memiliki ongkos ke fasilitas kesehatan, atau masalah budaya. Hal ini jarang diungkap oleh peneliti yang tidak cermat melakukan analisis data yang valid. Pembaca yang pernah memperoleh informasi dari BPJS yang menunjukkan kesenjangan penerimaan iuran per orang per bulan (POPB) dan biaya berobat POPB pada berbagai kelompok peserta harus menyikapi laporan tersebut dengan hati-hati. Pihak BPJS salah paham tentang subsidi silang yang merupakan tujuan utama jaminan sosial.

Mereka sering mengungkap bahwa PBPU “melakukan tindakan tidak selayaknya” atau mereka sebut “*adverse selection*” yang tidak relevan dalam program wajib.

Disisi lain, sajian data tersebut menjadi indikasi bahwa pihak BPJS tidak optimal berupaya mendapatkan PPU yang memiliki potensi iuran POPB lebih besar. Disisi lain, informasi yang disampaikan BPJS juga menjadi masukan kepada semua pekerja yang menerima upah bulanan untuk segera meminta bagian kepegawaian agar mereka didaftarkan. Pendaftaran PPU menjadi peserta memiliki dua aspek penting yaitu perlindungan bagi pekerja dan anggota rumah tangganya dan sekaligus beramal membantu PBPU yang telah mendaftar yang memang membutuhkan bantuan (perlu digotong) karena mereka umumnya sudah menderita penyakit kronis yang sebelumnya tidak mampu berobat, kini dengan mejadi peserta mampu berobat. Namun, kita juga perlu mengingatkan para pekerja yang menerima upah agar mereka tidak mendaftarkan diri sebagai PBPU. Ketidaktercermatan BPJS diduga menghasilkan salah mengkategorikan peserta. Seharusnya pekerja yang menerima upah bulanan tidak terdaftar sebagai PBPU. Studi Nurhasanah (2018) mengungkap lebih dari 50 persen PBPU memiliki pendapatan tetap bulanan. Kita juga perlu mengingatkan agar masyarakat jujur dalam bernegara dengan tidak menggunakan kesempatan mengambil keuntungan pribadi, seperti mencari celah untuk membayar iuran lebih kecil yang tidak sesuai dengan kemampuan keuangannya. Hal itu merupakan salah satu perilaku *moral hazard* dari sisi peserta. Apabila semua pihak bersikap jujur, patuh aturan, dan berupaya memahami tujuan baik dari JKN, JKN akan menjadi salah satu unsur kebanggaan NKRI.

B. Layanan yang Dijamin

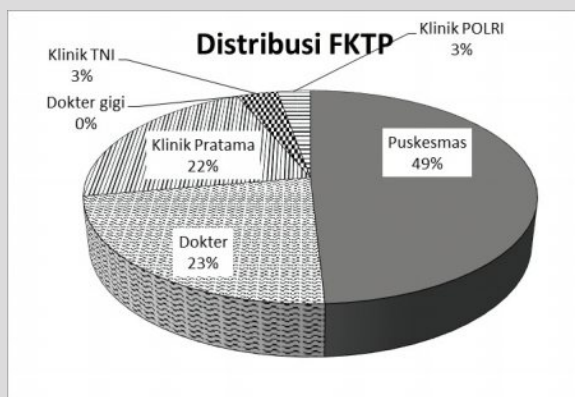
Sebagaimana dijelaskan sebelumnya, semua peserta JKN harus memilih Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dimana ia pertama kali harus berobat jika sakit. Di FKTP terdapat dokter dan dokter gigi (praktik umum) yang disebut *gate keeper*. Seorang peserta mempunyai hak pilih dokter, baik di dokter praktik perorangan (DPP) maupun

di puskesmas atau di klinik pratama milik swasta. Umumnya klinik pratama buka lebih panjang dari puskesmas maupun DPP. Apabila dalam tiga bulan, peserta merasa tidak puas, maka ia boleh pindah ke FKTP lain dengan memindahkan FKTP dalam aplikasi *Mobile JKN* atau datang ke kantor BPJS Kesehatan terdekat. Petugas BPJS maupun petugas fasilitas kesehatan tidak boleh memaksakan peserta memilih sebuah FKTP. Anggota rumah tangga dalam satu keluarga boleh memilih FKTP berbeda. Pilihan FKTP tidak boleh dibatasi oleh batas administrasi pemerintahan, karena urusan JKN bukan urusan pemerintah daerah. Dokter di FKTP wajib memiliki kompetensi 155 kondisi penyakit. Pada umumnya, diperkirakan 80 persen penyakit dapat disembuhkan atau ditangani di tingkat FKTP. Apabila ada pasien JKN yang menderita penyakit diluar kompetensi dokter, maka dokter tersebut wajib mengirim (merujuk) pasien ke spesialis di Klinik Utama atau Rumah Sakit yang sudah memiliki kontrak dengan BPJS. Pasien yang dirujuk untuk pengobatan lebih lanjut dapat memilih berobat di klinik utama atau Rumah Sakit yang telah dikontrak oleh BPJS Kesehatan. Dalam banyak kasus dilaporkan bahwa petugas BPJS ataupun pemerintah daerah membatasi agar pasien JKN yang dirujuk hanya boleh di wilayah administrasi suatu kota atau provinsi. Hal ini melanggar hak pilih dokter yang dijamin oleh Undang-Undang Rumah Sakit.

Sejalan dengan pertumbuhan peserta yang pada akhir 2017 mencapai sekitar 186 juta peserta, maka BPJS telah melakukan kontrak layanan FKTP dimana peserta dapat memilih. Sampai akhir 2017, distribusi FKTP masih didominasi oleh puskesmas (49 persen), disusul oleh DPP (23 persen), dan Klinik Pratama (22 persen) (seperti yang tergambar dalam diagram 3.1.). Memperhatikan pola pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) distribusi FKTP masih relatif proporsional dengan distribusi peserta JKN, dimana lebih dari separuh peserta merupakan peserta PBI, yang mendapat subsidi iuran dari pemerintah. Peserta PBI adalah kelompok masyarakat berpendapatan relatif rendah. Pada umumnya masyarakat berpendapatan rendah terbiasa berobat ke puskesmas karena harganya yang relatif terjangkau. Sedangkan kelompok berpendapatan menengah keatas pada umumnya

memilih berobat ke dokter di fasilitas kesehatan swasta (DPP, Klinik Pratama, atau Klinik Utama). Klinik Utama adalah klinik dimana terdapat praktik dokter spesialis. Ketika seseorang membayar sendiri biaya berobat, dia bebas memilih langsung ke dokter spesialis di sebuah Klinik Utama ataupun di sebuah rumah sakit. Dalam JKN, karena beban biaya berobat menjadi beban Dana Amanat, maka untuk efisiensi berobat langsung ke spesialis tidak dibenarkan. Hal ini dikarenakan jumlah dokter spesialis terbatas (sekitar 20 persen dokter) dan biaya konsultasi dokter spesialis juga mahal. Program JKN dirancang agar Dana Amanat milik seluruh peserta digunakan secara efisien. Tidak boleh ada peserta yang semuanya menggunakan Dana Amanat atau Dana Milik Bersama. Oleh karenanya, jika peserta langsung ke dokter spesialis, maka ia harus membayar sendiri. Hal itu merupakan konsekuensi logis dari pilihan seseorang. ***Kita bebas memilih berbuat sesuatu, tetapi kita harus bertanggung jawab atas pilihan kita.***

Grafik 8 Distribusi FKTP BPJS Kesehatan



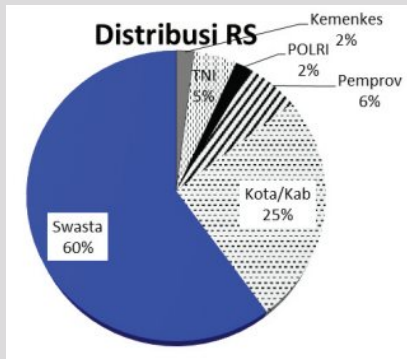
Sumber: BPJS Kesehatan (2017)

Untuk memfasilitasi seluruh peserta dapat berobat dengan nyaman, tidak perlu menunggu lama, maka rasio (perbandingan) antara jumlah peserta per dokter (praktik umum) dibatasi maksimum satu dokter dipilih oleh 5.000 peserta. Jika di sebuah klinik terdapat empat dokter praktik, maka klinik tersebut maksimum hanya boleh

dipilih oleh $4 \times 5.000 = 20.000$ peserta. Pada tahun 2017, empat tahun sejak JKN dimulai, banyak puskesmas dibebani peserta lebih dari kapasitasnya oleh BPJS. Ada beberapa puskesmas mendapat peserta lebih dari 100.000, tetapi banyak peserta tersebut tidak mengetahui. Hal tersebut merupakan kegagalan BPJS mengendalikan mutu layanan. Tidak mungkin sebuah fasilitas kesehatan melayani jumlah peserta diluar kapasitasnya. Akibatnya, mutu layanan dikorbankan. Pasien bisa jadi hanya dilayani beberapa menit, padahal pasien menunggu beberapa jam. Kelompok masyarakat bawah (pendidikan dan pendapatan rendah) umumnya tidak mengeluh, “*nrimo*” keadaan tersebut. Kini sedang diupayakan redistribusi peserta. Diharapkan tidak ada pihak, baik petugas BPJS maupun petugas Dinas Kesehatan yang mengambil kesempatan berkolusi dalam distribusi peserta. Hendaknya kita yang cukup terdidik ikut mengoreksi penyimpangan JKN jika hal itu ditemukan. Di beberapa daerah terpencil, distribusi peserta dan pembayaran kapitasi harus diatur secara khusus. Diperlukan petugas BPJS yang cerdas dan bijaksana.

Dalam menyiapkan kebutuhan rawat jalan dokter spesialis dan rawat inap, pada Desember 2017 telah dikontrak 2.235 rumah sakit yang 60 persennya adalah rumah sakit swasta. Dalam JKN, seluruh rumah sakit milik pemerintah, baik Pemda kota atau kabupaten maupun RS TNI/POLRI wajib menjadi mitra BPJS. Hal itu untuk memastikan bahwa pada tahap awal, seluruh peserta yang membutuhkan pengobatan spesialistik dan perawatan dapat terpenuhi. Pada tahap awal, pembayaran ke RS diprediksi belum cukup memadai, maka tentu RS milik swasta tidak selalu siap menerima besaran bayaran *casemix based group* (CBG) yang ditetapkan Kementerian Kesehatan. Rumah sakit milik swasta tidak diwajibkan bekerjasama atau memiliki kontrak dengan BPJS Kesehatan. Secara keseluruhan, jumlah RS milik swasta, baik yang mencari laba untuk dibagi sebagai dividen ke pemegang saham maupun yang tidak mencari laba (nirlaba) lebih banyak dari RS milik seluruh instansi pemerintah. Ketika semua penduduk sudah menjadi peserta JKN, yang ditargetkan terjadi pada tahun 2019, maka RS swasta yang tidak kontrak dengan BPJS hanya akan melayani penduduk yang tidak menggunakan haknya di RS yang dikontrak BPJS.

Grifik 9 Distribusi RS yang Memiliki Kontrak dengan BPJS Kesehatan



Sumber: BPJS Kesehatan (2017)

Tersedianya fasilitas kesehatan yang telah memiliki kontrak dengan BPJS tidak secara otomatis menjadikan peserta menggunakan hak layanannya. Hal itu juga telah terjadi di masa lalu, dimana biaya berobat di RS milik pemerintah yang murah tidak selalu digunakan oleh penduduk. Sebagian penduduk kelas menengah keatas yang memiliki persepsi layanan di RS pemerintah tidak bagus, lebih memilih berobat ke RS swasta atau ke dokter praktik swasta meskipun mereka harus membayar lebih mahal. Hal yang sama telah terjadi pada empat tahun pertama JKN. Banyak peserta yang tidak menggunakan haknya karena persepsi kualitas layanan yang tidak baik dan waktu tunggu yang lama. Untuk menilai sejauh mana peserta menggunakan haknya, kita perlu melihat indikator penggunaan, disebut angka utilisasi. Angka Utilisasi adalah rasio jumlah orang yang menggunakan layanan JKN per 1.000 peserta JKN. Tabel 14 memperlihatkan bahwa Angka Rawat Jalan Dokter (ARJD) meningkat dari 42 orang dari 1.000 orang peserta yang berobat ke dokter (umum) di tahun 2014 menjadi 62 orang per 1.000 peserta di tahun 2016. Begitu juga Angka Rawat Jalan Spesialis (ARJS) naik dari 13 orang per 1.000 peserta di tahun 2014 menjadi 25 orang di tahun 2016. Sedangkan Angka Rawat Inap (ARI) naik dari hanya 3 (tiga) orang dalam sebulan untuk tiap 1.000 peserta menjadi 4 (empat) orang di tahun 2016. Hal ini membuktikan bahwa JKN semakin mendapat kepercayaan dari publik, meskipun belum pada tingkat yang optimal, sesuai harapan.

Tabel 14 Angka Utilisasi Peserta JKN tahun 2014-2016

Angka Utilisasi /1.000 peserta/Bln			
Jenis utilisasi	2014	2015	2016
Rawat jalan dokter (umum)	42	53	62
Rawat jalan dokter spesialis	13	21	25
Rawat inap	3	3	4

Sumber: Diolah dari Laporan Tahunan BPJS Kesehatan 2014-2016

Manfaat JKN dalam menolong peserta terhindar dari pemiskinan dapat dilihat pada ilustrasi biaya berobat menurut jenis penyakit dalam tabel 15 Tampak bahwa penyakit jantung menyerap dana JKN yang paling besar yaitu mencapai Rp7,5 Triliun pada bulan Januari-September 2017. Penyakit kanker menyerap dana Rp2,3 Triliun dan seterusnya dapat dilihat pada tabel ilustrasi biaya klaim. Ilustrasi ini menunjukkan manfaat JKN dalam menolong peserta yang menderita musibah berat, yaitu penyakit yang membutuhkan biaya besar yang secara perorangan umumnya menjadi beban yang sangat besar (katastropik). Istilah katastropik digunakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) untuk biaya berobat yang menghabiskan lebih dari 40 persen pendapatan rumah tangga setelah dikurangi belanja esensial seperti makanan, pakaian, pendidikan, dan perumahan. Istilah katastropik tidak digunakan untuk BPJS. Prinsip gotong royong dalam JKN terlihat dari besarnya Dana Amanat yang diserap untuk penyakit-penyakit berbiaya mahal. Tuhan telah menciptakan semua musibah penyakit berat hanya diderita sebagian kecil orang. Sebagai contoh, data-data epidemiologis menunjukkan hanya 4 (empat) dari 1.000 orang yang menderita penyakit kanker setiap tahun. Begitu juga dengan serangan jantung, penderita gagal ginjal, thalasemia, dan lain-lain yang porsinya kecil sekali. Dengan demikian, kita dapat menggotong biaya berobat yang mahal tersebut. Jika kita tidak terkena musibah penyakit yang biaya berobatnya mahal, kita harus bersyukur

bahwa kita telah menolong saudara kita yang terkena musibah. Itulah manfaat perlindungan finansial dengan mekanisme asuransi sosial.

Sebagai contoh, pada kasus kanker yang pada tahun 2016 terdapat 1,1 juta kasus dengan serapan dana mencapai Rp1,95 Triliun. Artinya, setiap kasus pengobatan kanker menghabiskan Dana Amanat (yang diklaim ke dan dibayar oleh BPJS) sebesar Rp1,77 per kali datang, rata-rata untuk rawat jalan dan rawat inap. Jumlah tersebut tampak berat untuk orang yang terkena musibah kanker. Tetapi, biaya berobat kanker sebanyak 1,1 juta kali selama tahun 2016 tersebut digotong oleh seluruh peserta dengan masing-masing peserta berkontribusi sebesar Rp 944 sebulan.

Tabel 15 Ilustrasi Jumlah Kasus, Biaya Klaim, dan Gotong Royong per Peserta tahun 2016

Penyakit	Jumlah kasus	Total Klaim, Rp juta	Per peserta, Rp/bulan
Jantung	5.814.600	6.491.761	3.145
Gagal Ginjal	1.881.625	2.265.746	1.098
Kanker	1.100.136	1.947.386	944
Stroke	768.385	1.171.127	567
Thalasemia	105.316	406.673	197
Hepatitis Kronis	104.072	196.805	95
Leukemia	55.681	152.146	74
Hemofilia	31.563	125.926	61

Sumber: Diolah dari Laporan Tahunan BPJS Kesehatan 2014-2016

C. Tantangan JKN

1. Pendanaan

Tantangan utama program JKN adalah pendanaan yang tidak memadai akibat keputusan tentang pendanaan, yang bersumber iuran, ditetapkan tidak berbasis prinsip asuransi sosial. Seharusnya iuran dihitung untuk mencukupi biaya klaim dengan harga keekonomian, harga yang

disepakati asosiasi dokter atau rumah sakit, sebagaimana diatur dalam UU SJSN pasal 24 ayat 1. Namun besaran harga keekonomian tersebut, menjadi dasar agar fasilitas kesehatan mampu melayani peserta dengan kualitas yang baik, sampai saat ini tidak dilaksanakan. Penetapan harga yang dilakukan oleh Kemenkes justru terbalik, dimulai dengan ketetapan pemerintah tentang iuran, lalu perkiraan jumlah iuran, dan baru ditetapkan besaran bayaran berdasarkan simulasi kecukupan iuran yang ditetapkan terlebih dahulu. Dalam penetapan iuran, Pemerintah lebih banyak mempertimbangkan faktor politis, perkiraan reaksi masyarakat, bukan berbasis aspek teknis ekonomis. Sebagai contoh, DJSN dan Kemenkes mengusulkan besaran iuran PBI sebesar Rp36.000, yang kira-kira setara dengan rata-rata iuran seluruh peserta di tahun 2017, tetapi Pemerintah menetapkan dalam Perpres nomor 19 dan 28 Tahun 2016 hanya sebesar Rp23.000. Besaran iuran PBPU yang diusulkan Rp53.000 hanya ditetapkan Rp25.500. Sudah barang tentu ketika keputusan diambil tidak sesuai dengan perhitungan, maka defisit pasti terjadi.

Sesungguhnya Pemerintah yang memang memiliki kekuasaan penetapan iuran boleh saja menetapkan iuran sesuai kemauannya. Akan tetapi, Pemerintah harus bertanggungjawab menutup selisih besaran iuran yang seharusnya dengan besaran iuran yang ditetapkan Pemerintah. Hal itu sudah dilakukan Pemerintah untuk harga listrik, BBM, dan LPG. Tetapi, Pemerintah tidak melakukan hal yang sama untuk program JKN yang justru merupakan kewajiban utama Pemerintah. Sebab, UUD 45 menetapkan setiap orang yang hidup di Indonesia berhak atas layanan kesehatan. Tidak ada ketetapan UUD45 atas hak menggunakan listrik, BBM, atau LPG. Di negara-negara yang sudah berbudaya normal, yang paling dahulu didanai Pemerintah adalah belanja kesehatan, bukan energi. Namun di Indonesia, karena subsidi energi sudah lama dilakukan, untuk popularitas Pemerintah, maka belanja wajib yang kurang populer menjadi terabaikan.

Sepanjang persepsi politik masih menjadi “panglima” utama, maka program JKN akan sangat rawan digunakan sekedar untuk konsumsi politik, bukan untuk secara fundamental melindungi rakyat dari kebangkrutan dan ketidakproduktifan karena penyakitnya tidak cukup

diobati dengan kualitas layanan yang memadai. Para penggiat advokasi kebijakan kesehatan harus mencari modus baru agar pendanaan kesehatan yang memadai untuk menghasilkan produktifitas rakyat menjadi arus utama kebijakan dan menjadi unsur yang sangat populis.

2. Publik yang Belum Sadar

Program JKN membutuhkan kesadaran publik yang luas, baik pejabat publik maupun masyarakat luas, tentang alasan dan manfaat “bergotong royong” menghadapi musibah sakit. Di negara Barat disebut “*national risk sharing*” atau “*national social solidarity*” atau di Arab disebut “*takaful*”. Bergotong royong membutuhkan kesadaran bersama tentang cara dan besarnya kontribusi (iuran) yang mencukupi. Sebagian masyarakat Indonesia masih egois dan belum menyadari bahwa membangun, mengembangkan, dan mengikut program JKN dengan disiplin akan menaikkan produktivitas bangsa, bersama-sama membangun negeri yang kuat. Banyak sekali kelas menengah, termasuk pegawai negeri, yang ingin punya program untuk kelompoknya sendiri dan sebisanya menghindari dari membayar iuran JKN. Banyak pekerja mandiri yang akal-akalan, membayar iuran ketika menderita sakit. Banyak pengusaha atau pemberi kerja melaporkan upah dibawah angka sebenarnya agar bayaran iuran JKN menjadi lebih kecil. Masih banyak lagi kasus-kasus yang menunjukkan bahwa kesadaran publik tentang program JKN belum cukup tumbuh yang memungkinkan program JKN berkembang dan menjadi kebanggaan seluruh bangsa. Kerja keras bersama untuk pemahaman bersama dan menikmati kebersamaan masih harus terus kita galang.

3. Manajemen BPJS

Manajemen BPJS yang seharusnya transparan, terbuka, dan “melayani” masih belum sesuai harapan. Seperti dijelaskan dimuka, BPJS adalah sebuah badan hukum publik yang dimiliki oleh seluruh peserta. Kita masih berhadapan pada sebagian pimpinan dan pegawai BPJS Kesehatan yang bertindak seolah-olah BPJS adalah milik mereka. Akses terhadap berbagai informasi oleh peserta, yang sesungguhnya pemilik BPJS, masih belum optimal. Ketika peserta meminta informasi lebih lengkap, petugas BPJS—yang sesungguhnya adalah “pegawai peserta”

masih bertindak seolah-olah merekalah “pemilik”. Hal itu terjadi karena transformasi struktural dari PT (Persero) Askes belum diikuti oleh transformasi kultural yang lengkap. Manajemen BPJS seharusnya menjadi manajemen badan publik yang profesional, sebagaimana umumnya kita saksikan manajemen pemerintahan (tata kelola pemerintah atau *good governance*) telah dilakukan di negara maju seperti di Selandia Baru, Kanada, Jepang, Jerman, dan sebagainya. Dalam rancangannya, BPJS disiapkan untuk menjadi badan publik profesional yang memberikan layanan bermutu, memuaskan seluruh peserta, dan bersih dari korupsi. Oleh karenanya, peraturan memungkinkan pimpinan dan pegawai BPJS Kesehatan memperoleh gaji dan tunjangan yang memadai untuk berkonsentrasi pada pekerjaannya.

4. Kondisi dan Pembayaran Fasilitas kesehatan

Tantangan lain yang juga tidak kalah pentingnya adalah pemahaman dan perilaku petugas di fasilitas kesehatan, baik milik pemerintah maupun milik swasta. Sesungguhnya fasilitas kesehatan adalah ujung tombak suksesnya JKN. Namun, harus diakui bahwa banyak petugas fasilitas kesehatan yang belum memahami dan melayani peserta JKN dengan penuh senyum, memberikan penjelasan lengkap, dan memiliki empati yang cukup dalam melayani peserta JKN yang sakit. Besaran bayaran kapitasi maupun CBG, khususnya untuk fasilitas kesehatan milik swasta, yang memang belum memenuhi harga keekonomian berkontribusi terhadap sikap petugas fasilitas kesehatan. Sebagian fasilitas kesehatan terlalu berorientasi pada laba, yang untuk sebagian memang dibenarkan. Tetapi, orientasi pencari laba jangka pendek yang terlalu besar mengorbankan kepentingan peserta JKN. Tidak sedikit laporan atau berita yang kita terima tentang penolakan pasien JKN atau pembatasan kunjungan atau kamar untuk peserta JKN. Sesungguhnya para pejabat dapat membenahi dengan cara sederhana yaitu membayar fasilitas kesehatan yang memadai. Semua fasilitas kesehatan akan senang memenuhi aturan apapun jika mereka dibayar dengan jumlah yang memadai dan dalam waktu yang cepat. Untuk menjamin fasilitas kesehatan memiliki arus kas lancar, UU SJSN telah mewajibkan BPJS Kesehatan membayar tagihan fasilitas kesehatan paling lama 15 (lima belas) hari setelah klaim diajukan dengan dilengkapi syarat yang diperlukan.

Dalam perjalanan empat tahun pertama, program JKN telah menunjukkan manfaat luar biasa besar bagi penduduk Indonesia. Antrian di berbagai fasilitas kesehatan dan ungkapan haru dari pasien-pasien yang sebelumnya tidak mendapat layanan ketika mereka terkena musibah sakit telah banyak terungkap. Tetapi memang masih banyak pekerjaan rumah yang harus kita selesaikan bersama. Secara konsep, program-program yang setara JKN telah banyak dijalankan di berbagai negara maju yang telah terlebih dahulu menyehatkan dan mensejahterakan rakyatnya. Kita berharap semua pihak bekerja bahu membahu memperbaiki JKN. Tidak diragukan lagi, konsep JKN adalah konsep yang telah teruji sangat bermanfaat di seluruh dunia.

Daftar Pustaka

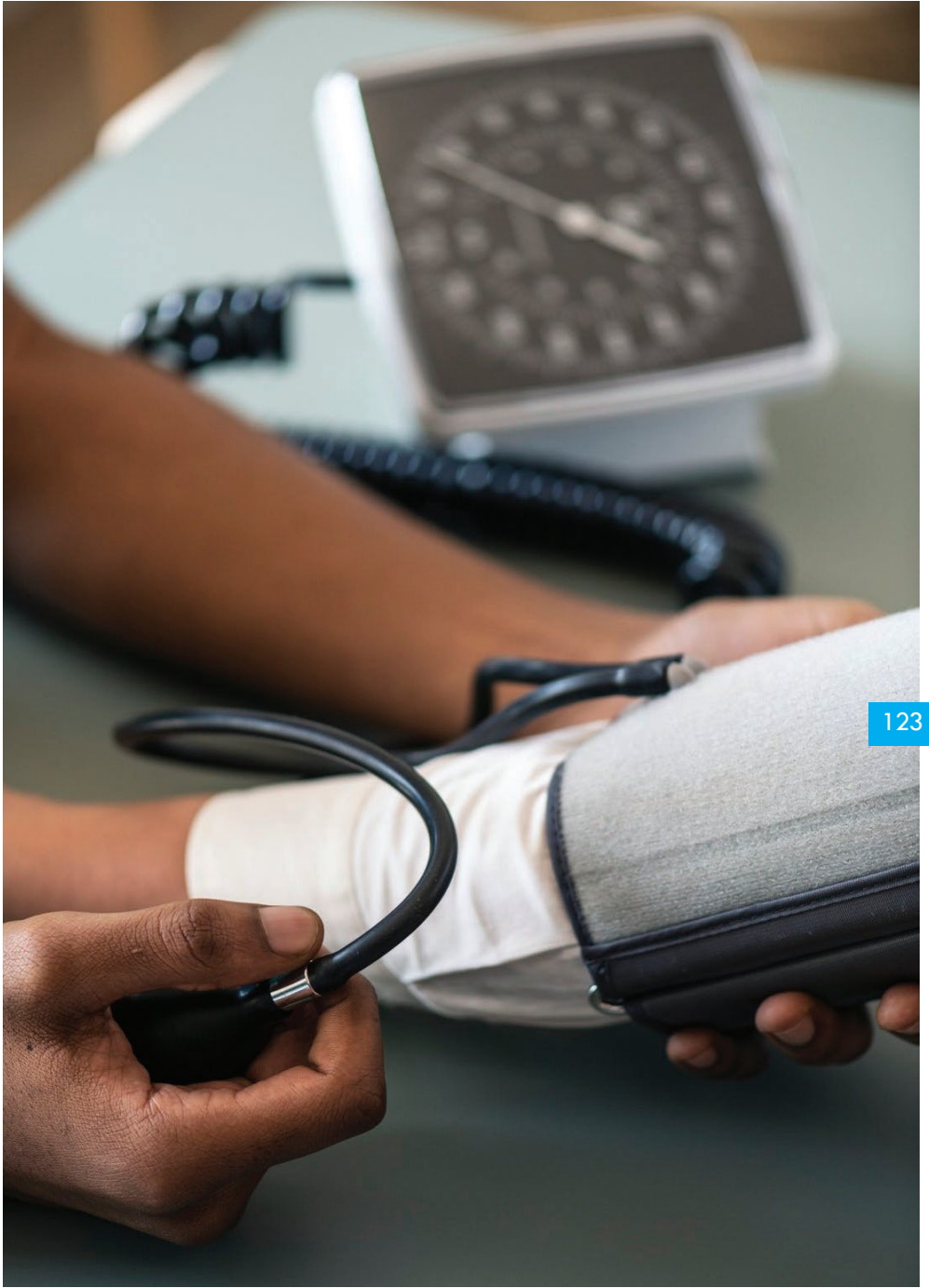
- Bank Dunia. 2016. *Indonesia: Health Financing System Assessment*. World Bank Group.
- BPJS Kesehatan. 2017. *Distribusi FKTP dan FKTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan 2017*.
- BPJS Kesehatan. 2016. *Laporan Tahunan BPJS Kesehatan 2014-2016*.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. 2012. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*. DJSN.
- Direktorat Jenderal Pajak. 2017. *Ingat, 30 April Batas Waktu Penyampaian SPT Tahunan Wajib Pajak Badan*. <http://www.pajak.go.id/content/ingat-30-april-batas-waktu-penyampaian-spt-tahunan-wajib-pajak-badan>.
- Nurhasanah R. 2018. *Disertasi*. FKMUI.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 tahun 2013 tentang *Jaminan Kesehatan*.
- Presentasi Menteri Kesehatan dalam *Pertemuan Ilmiah Ekonomi Kesehatan IV*, Surabaya 13 September 2017

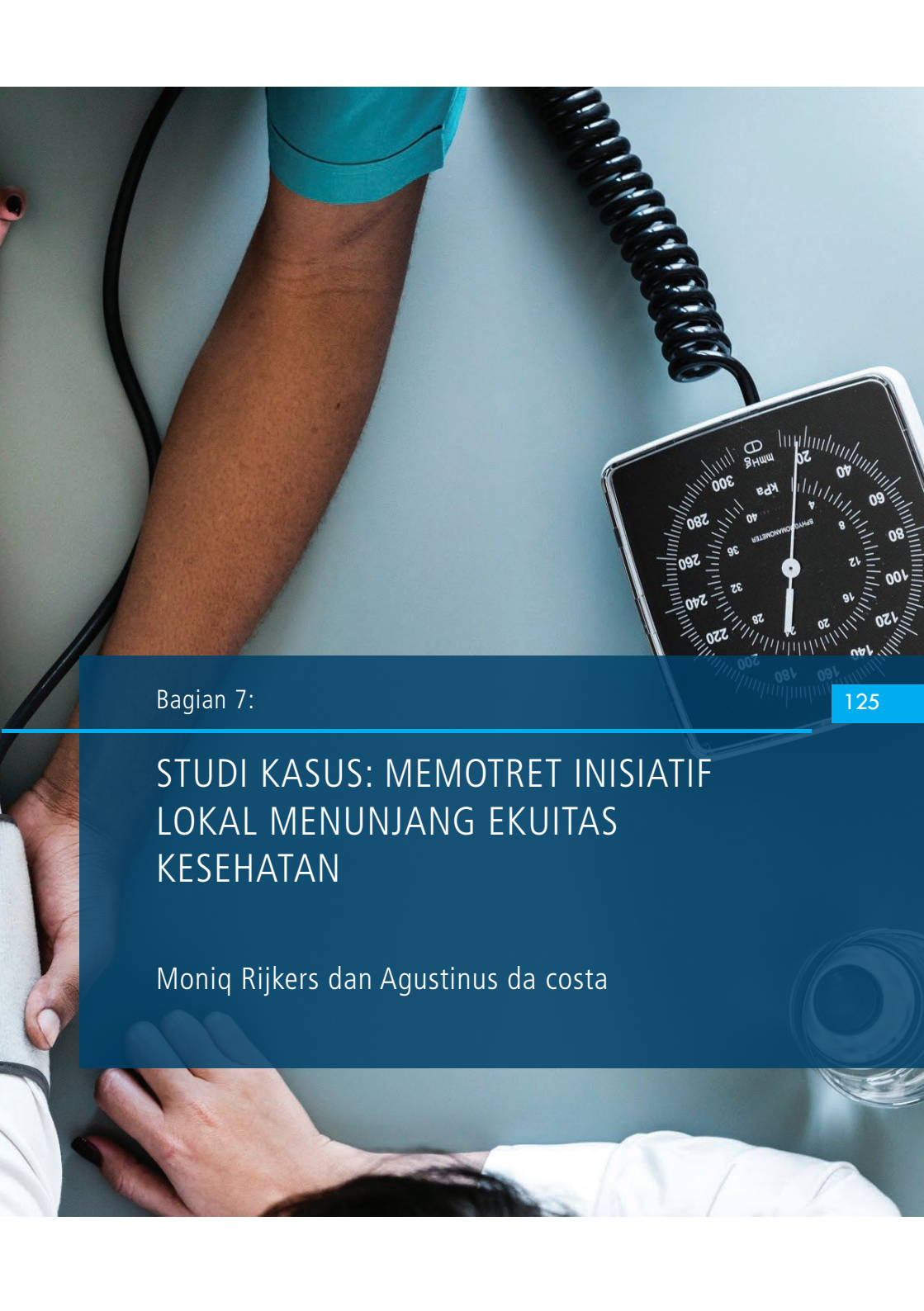
Thabrany, Hasbullah. 2015. *Jaminan Kesehatan Nasional Edisi II*. Jakarta: Penerbit Rajagrafindo.

UNDP. 2017. http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/brochure/SDGs_Booklet_Web_En.pdf,

Undang-Undang RI No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Undang-Undang RI No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.





Bagian 7:

125

STUDI KASUS: MEMOTRET INISIATIF LOKAL MENUNJANG EKUITAS KESEHATAN

Moniq Rijkers dan Agustinus da costa



1. Kesehatan Ibu dan Bayi di Mamuju, Sulawesi Barat

Di Indonesia, target nasional Angka Kematian Bayi dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) adalah 24 per 1000 kelahiran hidup. Sementara target yang diharapkan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang ditetapkan tahun 2015 adalah menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) 12 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Guna mencapai target SDGs Pemerintah Indonesia menetapkan program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga sebagai langkah kebijakan yang disahkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 39 Tahun 2016.

Angka kematian bayi dan ibu melahirkan menjadi salah satu indikator tingkat kemajuan kesehatan dan perkembangan layanan kesehatan di sebuah negara, namun hal ini masih jauh dari target. Penulis mewawancarai Rosda, 23 tahun, yang merupakan salah satu gambaran perempuan dengan latar belakang keluarga miskin yang mengalami kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan Ibu dan anak di Mamuju, Sulawesi Barat. Rosda kehilangan bayinya saat masih berada di dalam kandungan.

Sulawesi Barat menjadi provinsi dengan jumlah kematian bayi (AKB) terbanyak di Indonesia yaitu mencapai 50 kematian bayi dalam 1000 kelahiran hidup. BPS mencantumkan penyebab kematian bayi antara lain akibat radang paru-paru, diare, malaria, campak hingga kurang gizi. Jumlah kematian bayi di Sulawesi Barat ini melampaui rata-rata AKB nasional tahun 2016 yang tercatat 26 kematian bayi dalam 1000 kelahiran hidup.

A. Penyebab Kematian Ibu dan anak

1. Fasilitas Kesehatan dan Akses yang terbatas

Sebelum pemekaran pada tahun 2004, Mamuju dianggap “terlupakan” dibandingkan sejumlah daerah lain di Sulawesi Selatan (sebelum menjadi bagian dari Sulawesi Barat). Hal ini dikarenakan faktor jarak yang relatif cukup jauh dari Makassar, kondisi topografis, dan sarana jalan raya yang tidak memadai.

Berdasarkan Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan 2016, Provinsi Sulawesi Barat memiliki enam kabupaten dengan jumlah penduduk mencapai 1,7 juta jiwa. Fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia untuk melayani penduduk berjumlah 94 puskesmas dan 11 rumah sakit umum dan swasta. Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia sebanyak 5.202 orang, namun hanya ada 5 orang dokter kandungan. Pada tahun 2016 peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sudah mencapai 76 persen atau sekitar 994.000 penduduk. Disamping itu terdapat 140 fasilitas kesehatan tingkat pertama dan 9 fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang melayani pasien peserta BPJS Kesehatan.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan tahun 2016, dari 33 ribu ibu melahirkan di Sulawesi Barat hanya 21 ribu ibu yang sudah mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan saat melahirkan. Secara persentase, pelayanan kesehatan untuk ibu melahirkan mencapai 64 persen. Persentase ini termasuk rendah jika dibandingkan daerah lain di Indonesia yang rata-rata sudah di atas 70 persen. Sulawesi Barat masih berada di posisi yang sama dengan Riau, Jambi, Kalimantan Tengah, Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Tengah. Tetapi Sulawesi Barat masih di atas Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.

2. Minimnya jumlah tenaga kesehatan

RSUD Kabupaten Mamuju hanya memiliki lima orang dokter spesialis kandungan dan dua dokter anak, namun jumlah bayi yang lahir di Sulawesi Barat pada tahun 2016 menurut data demografi Kementerian Kesehatan mencapai 32.215 bayi. Selain

dokter spesialis kandungan, bidan amat berperan dalam membantu persalinan. Namun pada tahun 2016 jumlah bidan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) sebanyak 363 orang, sedangkan pada 2017 selama sembilan bulan hingga September bidan dengan STR mencapai 266 orang.

Bidan tanpa Sertifikat Asuhan Persalinan Normal dan Surat Tanda Registrasi cenderung dinilai tidak kompeten. Bidan tidak kompeten dianggap berisiko dalam menangani persalinan. Kematian ibu melahirkan dikhawatirkan turut disebabkan oleh kualitas SDM yang tidak memadai. Sebagai contoh, Bidan Naharia di Puskesmas Rangas berharap terdapat pelatihan tambahan bagi para bidan dalam menangani afiksia, eklamsia, bayi berat lahir rendah dan pendarahan ibu melahirkan pasca bersalin. Puskesmas Rangas sebagai puskesmas rujukan pertama, memiliki sembilan bidan yang siap 24 jam melayani persalinan namun belum memiliki dokter spesialis kandungan. Kesembilan bidan itu ditempatkan di tiga pos kesehatan desa dan dua puskesmas pembantu.

Persoalan kualitas bidan masih menjadi perhatian Manager Program Yayasan Swadaya Mitra Bangsa (YASMIB) Sulawesi Rosniaty Azis. Menurut beliau, kualitas lulusan sekolah bidan mencemaskan sehingga Kementerian Kesehatan harus mengevaluasi standar pendidikan kebidanan. Berdasarkan audit sosial layanan kesehatan ibu dan anak yang dilakukan sejak tahun 2014, masyarakat cenderung tidak mempercayai penyedia layanan kesehatan. Menurut warga, penyedia layanan kesehatan tidak terlihat menyakinkan sehingga menyebabkan warga mengurungkan niat. Hal ini mengakibatkan dukun beranak lebih dipercaya dalam menangani ibu melahirkan. Rosniaty Azis menekankan pentingnya keterampilan dan pengetahuan sosial yang perlu dimiliki tenaga kesehatan yang akan ditempatkan, terutama di desa-desa.

3. Kesadaran Pemeriksaan Kehamilan dan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan

Kesadaran untuk memeriksakan kehamilan dan melahirkan di fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, bidan dan RSUD terus

digalakkan. Hal ini terlihat dari peningkatan jumlah kelahiran bayi hidup. Sebagai contoh di RSUD Kabupaten Mamuju, menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju, Sulawesi Barat jumlah kelahiran bayi dalam keadaan hidup bertambah sangat signifikan dari tahun 2015 sebanyak 689 menjadi 827 bayi di tahun 2016. Jumlah ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan pertama yaitu di puskesmas dan bidan yang dirujuk ke RSUD dan ibu melahirkan yang selama ini menjalani pemeriksaan kehamilan dan melahirkan di RSUD mencapai 742 ibu di tahun 2015, bertambah menjadi 936 ibu di tahun 2016 (Laporan Dinkes Mamuju, 2017).

Jumlah ibu hamil yang memiliki inisiatif untuk memeriksakan kehamilan di RSUD jauh lebih banyak daripada yang dirujuk dari puskesmas. Tetapi jumlah ibu melahirkan lebih rendah daripada ibu yang memeriksakan kehamilan. Bidan Koordinator Puskesmas Rangas di Kabupaten Mamuju, Ibu Norma menyatakan, hal ini disebabkan karena ibu hamil lebih memilih melahirkan di bidan atau dukun beranak. Masyarakat Sulawesi Barat umumnya punya kebiasaan melahirkan di dukun beranak dan mempercayakan anaknya atau menantunya untuk dirawat dengan ramuan, minyak-minyak atau pijat tertentu yang disertai jampi-jampi. Faktor lainnya adalah penghormatan yang besar terhadap suami, orangtua atau kerabat yang dituakan yang harus dilibatkan saat proses persalinan. Akibatnya sering kali para ibu melakukan persalinan di rumah. Tentu hal ini akan berbahaya bagi keselamatan ibu dan bayi jika mengalami komplikasi. Komplikasi membutuhkan penanganan segera agar tidak terlambat mendapat pertolongan yang bisa berujung fatal. Menurut Bidan Norma, guna mengubah kebiasaan masyarakat yang berkaitan dengan budaya, maka sosialisasi dan edukasi sangat dibutuhkan.

Demi menurunkan tren melahirkan di dukun beranak, Puskesmas Rangas membangun kemitraan antara bidan puskesmas dengan dukun beranak di wilayah tersebut. Pola yang diterapkan adalah dukun beranak harus mengantar ibu yang akan melahirkan ke bidan puskesmas. Atas jasanya ini, setiap dukun beranak diberi pengganti transportasi sebesar Rp20.000 yang diambil dari dana operasional puskesmas bersangkutan. Kebijakan ini perlu dilakukan

mengingat sejak MDGs di berlakukan, dukun beranak tidak boleh menangani persalinan karena kurang memperhatikan kebersihan sehingga menyebabkan infeksi dan umumnya dukun beranak tidak mempunyai kapasitas menolong ibu melahirkan yang mengalami komplikasi pendarahan.

Menurut Bidan Norma, pendarahan dan infeksi adalah penyebab kematian tertinggi di Puskesmas Rangas. Rusnani, Koordinator Jaringan Perempuan Sulawesi Barat menilai tingginya angka kematian ibu hamil disebabkan ibu hamil kurang terdidik sehingga kurang kesadaran untuk memeriksakan kandungan, masih mengandalkan jimat (pegangan) dari dukun beranak atau pihak keluarga dan takut bayar.

Selain dari pengalaman para bidan di atas, banyak faktor yang menyebabkan masih tingginya kasus kematian ibu di Provinsi Sulawesi Barat setiap tahun. Faktor utama yang menyebabkan terjadinya kasus kematian ibu adalah “4 terlalu dan 3 terlambat” yang mencakup: terlalu muda untuk hamil, terlalu tua untuk punya anak, terlalu sering melahirkan, terlalu banyak anak, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, terlambat mendapatkan pertolongan saat melahirkan dan terlambat mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan.

4. Terbatasnya Sarana dan Prasarana Fasilitas Kesehatan

RSUD Kabupaten Mamaju sebagai rujukan belum memiliki peralatan medis dan dokter anastesi. Dokter Indatiwati Nursyamsi, Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Kabupaten Mamuju menjelaskan sarana dan prasarana kesehatan untuk bayi dan ibu melahirkan masih minim, contohnya RSUD Kabupaten Mamuju yang hanya mempunyai satu inkubator perawatan bayi, namun inkubator ini tidak gratis. Menurut seorang ayah yang menolak disebutkan namanya, ia harus membayar Rp 180.000 per hari untuk mendapatkan layanan di inkubator. Dokter Indatiwati Nursyamsi juga mengeluhkan tentang kamar operasi yang berjamur, peralatan dokter anak yang tidak memadai bahkan kurangnya tablet penambah darah untuk ibu hamil.

Gambar 2 Inkubator di RSUD Mamuju



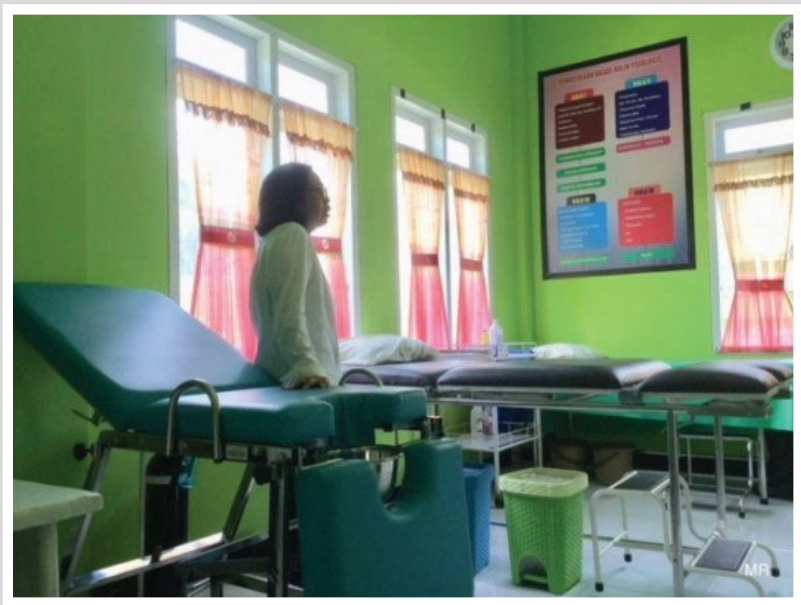
Sumber: Dokumentasi penulis

Keterbatasan sarana dan prasarana di puskesmas jauh lebih rendah dibandingkan RSUD. Bidan di Puskesmas Rangas, Milka, mengatakan sangat membutuhkan meja penanganan afiksiasi yang dilengkapi lampu untuk meletakkan bayi yang tidak menangis saat lahir dan tidak bisa bernapas spontan. Selain itu juga memerlukan meja ginekolog, *partuset* (peralatan persalinan), inkubator dan alat *vacuum straksi*. Sebuah inkubator teronggok begitu saja di ruang persalinan yang ternyata sejak datang setahun lalu belum pernah berfungsi karena tidak ada yang tahu cara mengoperasikan inkubator tersebut. Proses pengadaan barang dilakukan oleh Pemda namun tidak ada pelatihan untuk para bidan atau perawat dalam mengoperasikan inkubator yang berakhir menjadi tempat penyimpanan.

Saat penulis mendatangi ruang persalinan di Puskesmas Rangas, terdapat tiga tempat tidur untuk persalinan normal. Satu tempat tidur merupakan pinjaman dari puskesmas lain, dua tempat

tidur milik Puskesmas Rangas digunakan untuk pemasangan alat Keluarga Berencana dan ibu melahirkan. Akibat minimnya tempat tidur ini maka 6 jam pasca melahirkan, ibu diperbolehkan pulang ke rumah. Pemantauan masa nifas akan dilakukan oleh bidan sekaligus untuk bayinya tanpa mengeluarkan biaya apapun. Dalam ruang persalinan tidak terdapat alat penyejuk ruangan dan tidak tersedia tempat tidur bayi. Keterbatasan sarana dan prasarana puskesmas yang minim bisa jadi dikarenakan persepsi masyarakat yang memandang puskesmas sebagai tempat melahirkan secara normal dan tanpa komplikasi.

Gambar 3 Puskesmas Butuh Tempat Tidur Khusus Ibu Melahirkan



Sumber: Dokumentasi penulis

Selain kebutuhan alat medis yang berkaitan langsung dengan bayi dan ibu melahirkan, petugas medis berharap terdapat peningkatan dana transportasi dan ketersediaan sarana transportasi guna mempercepat mobilitas. Selain itu bidan berharap mendapat Dana Bantuan Operasional Kesehatan yang besarnya disesuaikan menurut

kondisi geografis dan jumlah penduduk. Saat ini setiap kunjungan ke puskesmas desa, bidan mendapatkan dana transportasi sebesar Rp30.000, dan jika akses jalan buruk bisa mendapatkan Rp80.000 per bidan. Namun tidak tersedia dana untuk jasa bidan saat kunjungan.

B. Inisiatif Penurunan Angka Kematian Ibu dan Anak

1. Akses Kesehatan Gratis

Koordinator Jaringan Perempuan Sulawesi Barat, Rusnani, menceritakan banyak ibu hamil enggan ke puskesmas untuk memeriksakan kehamilan atau melahirkan karena alasan ekonomi “Mereka takut bayar”. Sesungguhnya hal tersebut tidak perlu terjadi sebab terdapat 10 layanan bagi ibu hamil yang bisa diakses gratis sehingga seharusnya pemeriksaan kandungan bukan kendala. Bahkan Puskesmas Rangas memberikan akses kepada warga untuk menelepon layanan antar-jemput dua mobil milik puskesmas dua puluh empat (24) jam sehari, tujuh hari seminggu guna memastikan warga mendapatkan layanan terbaik. (Muhlis, Kepala Puskesmas Rangas Pemerintah daerah). SKM telah menetapkan bebas biaya bagi pasien kelas III RSUD, pasien puskesmas, para pemegang BPJS dan Penerima Bantuan Iuran. Seluruh biaya menjadi beban Pemerintah Kabupaten Mamuju yang termuat dalam Perda No. 18/2011 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan. Hal ini dilakukan guna memastikan warga bisa mengakses layanan kesehatan (Kepala Bagian Tata Usaha RSUD Kabupaten Mamuju Hasriati Razak).

Meski Pemerintah Kabupaten Mamuju sudah menggratiskan biaya kesehatan di Puskesmas, masyarakat masih kerap memilih dukun beranak karena dukun beranak tidak memasang tarif sehingga ongkos melahirkan sesuai kemampuan ekonomi. Dukun beranak dianggap lebih terjangkau oleh masyarakat kelompok ekonomi lemah. Meski ketersediaan akses kesehatan telah gratis, namun tidak diikuti dengan kepatuhan warga dalam melengkapi persyaratan administrasi kependudukan.

Sebagai contoh pada tahun 2017 terjadi kasus kematian seorang ibu melahirkan akibat tidak terdata sebagai warga penerima layanan kesehatan gratis. Sesuai prosedur, kelahiran sungsang harus

ditangani oleh RSUD sehingga puskesmas merujuk ke RSUD. Namun ibu hamil ini tidak mempunyai dana ke RSUD dan tidak memiliki catatan pernikahan karena nikah siri dan berstatus sebagai istri kedua. Status pernikahan yang tidak resmi telah menjadi salah satu faktor yang berkontribusi pada lambatnya pertolongan persalinan. Para bidan tidak berwenang menembus prosedur administrasi kependudukan. Koordinator Bidan Puskesmas Rangas, Bidan Norma, menyarankan agar Pemda mengambil langkah darurat guna menangani kebutuhan biaya melahirkan para ibu hamil yang terhalang prosedur Administrasi Kependudukan. Pendapat senada dilontarkan Bidan Naharia di Puskesmas Rangas, “Guna menutupi biaya bagi warga yang tidak memiliki Kartu Indonesia Sehat atau Jaminan Kesehatan Nasional (Jamkesmas), usal saya agar ada alokasi dana tidak terduga dari Pemda.” Koordinator Jaringan Perempuan Sulawesi Barat, Rusnani, setuju jika terdapat pengalokasian dana untuk membantu menutup biaya melahirkan dalam kondisi darurat.

Gambar 4 Puskesmas Rangas, Mamuju



Sumber: Dokumentasi penulis

Meski persalinan gratis, menurut Rusnani, ibu hamil umumnya masih merasa terbebani dengan biaya obat-obatan, sehingga enggan melahirkan di fasilitas kesehatan. Namun di lain pihak, Rusnani menambahkan ada warga yang mau dan membutuhkan fasilitas kesehatan gratis namun tidak mendapatkan layanan administrasi dari Pemda setempat karena dianggap tidak dikenal atau tidak dekat dengan pejabat lokal terkait. Sebaliknya ada pula lurah atau Pemda yang proaktif sehingga dapat menolong warga untuk mendapatkan kartu BPJS kesehatan. Pendataan administrasi sebelumnya pernah dikeluhkan oleh Badan Keuangan Provinsi Sulawesi Barat karena pihaknya hanya menerima tagihan dari BPJS tanpa ada data-data jumlah peserta yang sebenarnya. Selama ini Badan Keuangan Provinsi Sulawesi Barat sebagai sumber pembayaran peserta BPJS Provinsi mengalokasikan dana BPJS untuk tahun 2017 sebesar Rp19 miliar, naik dua miliar rupiah dari tahun 2016 sebesar Rp17 miliar. Badan Keuangan Provinsi Sulawesi Barat menghendaki data perbandingan dari BPJS dan data dari Dinas Sosial.

Selain usulan pendanaan bagi ibu melahirkan yang tidak memiliki identitas diri, bidan di Puskesmas Rangas, Naharia, menyebutkan berdasarkan Perda Pelayanan Gratis yang ditetapkan tahun 2007, pasien umum yang datang ke puskesmas berhak mendapatkan layanan kesehatan gratis. Namun petugas jasa kesehatan tidak mendapatkan dana untuk layanan jasa medis yang mereka berikan bagi pasien umum. Berbeda dengan pasien yang ditanggung Kartu Indonesia Sehat atau Jamkesmas, sudah ada alokasi dana untuk layanan jasa medis. Menurut Kepala Puskesmas Rangas, Muhlis, hal ini memang perlu ditinjau apalagi jika pemerintah pusat mewacanakan pada tahun 2018, asuransi kesehatan didanai oleh Pemda. Dalam rangka menjamin akses layanan kesehatan gratis, masyarakat kelas III tidak perlu membayar iuran setiap bulan. Saat ini besar iuran kelas III Rp 22.500/orang/bulan. Dengan demikian, sumber dana untuk alokasi jasa medis harus dipikirkan lebih matang.

Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat, A. Erieka Novianti, menyarankan

penambahan dana bagi bidan saat melakukan kunjungan ke rumah ibu hamil dapat menggunakan Alokasi Dana Desa yang baru digelontorkan pemerintah. Idealnya para pengambil keputusan mengalokasikan Dana Desa juga untuk porsi kesehatan warga. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat, Indatiwati Nusyamsi, menyebutkan regulasi di level pemerintah desa diperlukan dalam menurunkan kasus kematian ibu melahirkan dan kematian bayi.

Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) serta Dana Transfer Daerah dan Dana Desa Tahun Anggaran 2018 yang baru diserahkan 19 Desember 2017 mencapai Rp3,239 triliun. Dinas Kesehatan Sulawesi Barat mendapat Rp19 miliar. Dana Transfer Daerah dan Dana Desa sebesar Rp6,620 triliun sementara Alokasi Dana Desa (ADD) sebesar Rp472,2 miliar.

Tabel 16 Dana Transfer Daerah dan Dana Desa Provinsi Sulawesi Barat

Rincian Dana Transfer Daerah dan Dana Desa	2017 (Rupiah)	2018 (Rupiah)
Provinsi Sulawesi Barat	1.510.251.656.000	1,534,783,449,000
Kabupaten Mamuju	916.364.850.000	939,485,262,00
Kabupaten Majene	775.214.911.000	760,189,218,000
Polewali Mandar	1.082.183.990.000	1,205,787,339,000
Mamasa	900.722.208.000	881,522,947,000
Mamuju Utara	765.475.408.000	738,375,589,000
Mamuju Tengah	498.498.871.000	560,685,535,000

Sumber: Humas Provinsi Sulawesi Barat, 2017

2. Program “Save Ibu Hamil”

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat, Ahmad Aziz, menyebutkan angka kematian bayi di Sulawesi Barat mencapai 773 kasus dalam setahun di 2016. Guna mengatasi tingkat kematian bayi dan ibu melahirkan yang tinggi, pemerintah Provinsi Sulawesi Barat memberlakukan program “Save Ibu Hamil” sejak Juni 2017 yang bertujuan untuk mendampingi semua ibu hamil di enam

kabupaten di Sulawesi Barat. Program ini merupakan program yang diandalkan oleh Gubernur Sulawesi Barat periode 2017 hingga 2022. Terdapat tiga strategi pelayanan yang dilakukan yaitu: (1) Pendampingan ibu hamil secara maksimal; (2) Respons cepat pengaduan masyarakat; dan (3) Menekan jumlah kematian ibu dan bayi.

Pendampingan berjalan sejak masa kehamilan, saat melahirkan, masa nifas hingga anak berusia satu tahun agar mampu menyelamatkan sebanyak mungkin ibu melahirkan dan bayi. Program “Save Ibu Hamil” menargetkan setiap bidan mendampingi satu orang ibu hamil. Pendampingan meliputi perawatan ibu masa nifas, cara menyusui bayi, pemerah dan menyimpan Air Susu Ibu (ASI), menjelaskan tentang Keluarga Berencana, mengajarkan cara perawatan bayi baru lahir dan tanda bahaya bayi baru lahir. Seluruh informasi tersebut sudah harus diketahui ibu hamil sebelum jadwal ibu melahirkan.

Setelah melahirkan, ibu kembali diedukasi tentang imunisasi dasar lengkap dan lanjutan sesuai jadwal, pemberian kapsul vitamin A, pentingnya penimbangan berat badan bayi dan tinggi badan setiap bulan, mengajarkan tentang tumbuh kembang anak sesuai Stimulus, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang, menjelaskan kebutuhan gizi anak dan perawatan kebersihan pada anak, perawatan anak sakit serta perlindungan anak.

Melalui program “Save Ibu Hamil”, pendampingan selama dua tahun sejak ibu diketahui hamil hingga anak berusia satu tahun diharapkan mampu menekan angka kematian ibu melahirkan dan bayi. Upaya pemerintah Provinsi Sulawesi Barat ini tentu patut diapresiasi karena sesuai dengan target Kementerian Kesehatan untuk menurunkan kematian ibu melahirkan dan bayi.

Selain mempengaruhi berat badan bayi yang baru lahir, kualitas gizi yang rendah akan turut mempengaruhi tinggi badan bayi. Sulawesi Barat menempati urutan kedua *stunting* atau bertubuh pendek dengan kisaran 33 persen. Persentase ini cukup tinggi dari standar nasional yang hanya 3,7 persen. Total *stunting* di Indonesia

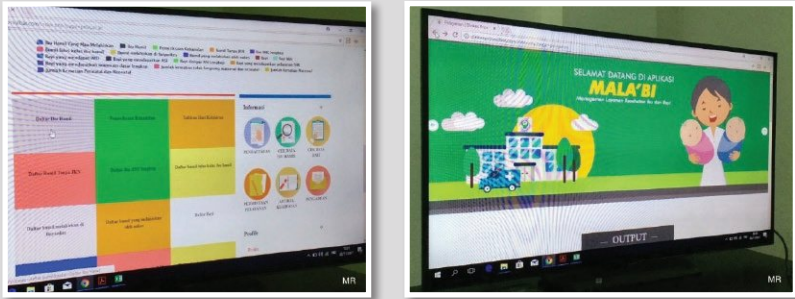
mencapai Sembilan juta orang, 30 persen berada di Sulawesi Barat. Berat bayi lahir rendah juga disebabkan ketidaktahuan masyarakat soal gizi. Sebagai contoh, masih terdapat stigma di masyarakat untuk tidak mengkonsumsi udang, cumi-cumi atau daun kelor yang biasanya bermanfaat menambah produksi air susu ibu.

Guna meningkatkan gizi, pemerintah pusat memberikan 60 ton biskuit sebagai Program Makanan Tambahan untuk ibu hamil dan balita. Namun alokasi 60 ton biskuit ini tidak bisa tersalurkan dengan baik karena kendala biaya distribusi yang hanya mencukupi untuk 13 ribu ton saja.

3. MALA'BI (Manajemen Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi)

Selain program ‘Save Ibu Hamil’, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat pada tahun 2017 ini meluncurkan program Mala’bi yang merupakan singkatan dari Manajemen Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi. Mala’bi dalam bahasa daerah Mandar berarti nilai luhur, mulia, bagus. Mala’bi adalah sebuah aplikasi layanan masyarakat khususnya bagi para bidan dalam mendampingi semua ibu hamil di enam kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat. Sejalan dengan Program “Save Ibu Hamil”, Mala’bi adalah versi online dari “Save Ibu Hamil” karena mencakup pendampingan mulai dari masa kehamilan, melahirkan, masa nifas hingga anak berusia satu tahun. Jika “Save Ibu Hamil” adalah program mengawal ibu hamil dengan cara pendataan secara manual dan menggunakan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), maka Mala’bi mensyaratkan penggunaan telepon seluler dan akses internet untuk memanfaatkan Mala’bi. Aplikasi Mala’bi ini menghabiskan anggaran hanya Rp60 juta dan merupakan ide orang Sulawesi Barat sendiri. Dalam aplikasi ini para ibu hamil juga bisa mengakses informasi gizi dan kesehatan bagi keluarga.

Gambar 5 Aplikasi Ibu Hamil



Sumber: Dokumentasi penulis

Pada tahun 2017 Mala'bi baru diterapkan di tiga kabupaten yakni Mamuju, Majene dan Polewali Mandar. Ketiga kabupaten ini menempati urutan tiga tertinggi kematian ibu hamil dan bayi. Mala'bi yang baru berjalan sejak September 2017 diharapkan menjadi andalan guna mendapatkan informasi kebutuhan pemantauan ibu hamil dan bayi.

Menurut informasi tertulis Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat, keunggulan dari aplikasi Mala'bi adalah:

1. Dapat diakses dari mana saja karena menggunakan jaringan internet
2. Aplikasi diakses dari telepon seluler sehingga sangat fleksibel
3. Ibu hamil dapat meminta pelayanan kepada bidan terdekat
4. Memudahkan bidan dan ibu dalam mengawal kehamilan, proses bersalin hingga pasca bersalin
5. Memudahkan pendataan semua informasi terkait ibu hamil (misal yang memiliki Jaminan Kesehatan Nasional, jumlah ibu hamil, dan lain-lain)
6. Sebagai pusat informasi

Namun pada praktiknya Mala'bi sangat tergantung pada jaringan internet di Sulawesi Barat dan ketelitian bidan desa dalam

memasukkan data ibu hamil yang didampingi dalam aplikasi Mala'bi. Pada pelatihan Mala'bi pertama kali yang diikuti 30 bidan, masih ditemukan kendala seperti:

1. Belum terbiasa menggunakan telepon seluler
2. Lupa kata kunci untuk mengakses data
3. Data yang sudah dimasukkan hilang karena jaringan internet terputus
4. Bidan kehabisan pulsa atau tidak ada pulsa.

Guna mengatasi kendala dalam menggunakan Mala'bi komunikasi ditingkatkan dengan membuat sebuah *group WhatsApp* untuk saling tukar-menukar informasi dan bimbingan teknis. Saat ditemui awal November 2017 atau tiga bulan pasca pelatihan pertama, masih ditemukan kendala seperti bidan yang tidak memasukkan data menggunakan Mala'bi, bidan masih menggunakan formulir untuk memasukkan data ibu hamil meski sudah memasukkan data menggunakan Mala'bi dan terjadi perbedaan antara bidan yang memasukkan data ibu hamil (pendamping) dengan bidan yang menangani ibu hamil saat melahirkan.

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat menargetkan dalam waktu tiga tahun semua bidan puskesmas di Sulawesi Barat sudah mampu menggunakan aplikasi Mala'bi. Seluruh data yang masuk melalui penggunaan aplikasi Mala'bi dalam jangka panjang akan diolah dan menjadi rujukan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) selanjutnya. Sedangkan untuk jangka pendek, *Audit Maternal Prenatal* (tim audit di RSUD) bisa melacak penyebab kematian ibu hamil dan bayi. Diharapkan ke depan terdapat tenaga operator yang cukup untuk memantau bidan dalam memasukkan data serta mencocokkan data dalam Mala'bi. Tahun 2018 ditargetkan terdapat Pusat Layanan Informasi atau *call centre* untuk koordinasi dan kegawat daruratan. Pusat Layanan Informasi ini bisa diakses gratis oleh warga (bebas pulsa).

Salah satu keunggulan yang ingin diraih melalui Mala'bi adalah adanya menghubungkan antara ibu hamil dan lurah tiga hari

sebelum waktu melahirkan agar ibu yang akan melahirkan tidak terlambat dibawa ke puskesmas atau RSUD. Cara ini diharapkan dapat meningkatkan peran lurah dalam mengadvokasi ibu hamil dan keluarganya agar membawa ibu yang akan melahirkan ke fasilitas pelayanan kesehatan, bukan ke dukun beranak. Mala'bi hanya bisa berhasil jika ada peningkatan kapasitas para bidan, pelatihan bagi para perawat serta penambahan frekuensi kunjungan ke rumah ibu hamil oleh bidan (Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat, A. Erieka Novianti).

Meski ada sejumlah kendala dan baru diterapkan di Provinsi Sulawesi Barat, layanan aplikasi Mala'bi ini sebetulnya meniru kesuksesan yang sudah dicapai oleh pemerintah Kabupaten Polewali Mandar melalui program “Kawal Ibu Hamil”. Menurut penggagas “Kawal Ibu Hamil”, A. Mujib, menyatakan setelah satu tahun berjalan, dengan menggunakan aplikasi daring ini tercapai penurunan angka kematian ibu melahirkan dan bayi di Kabupaten Polewali Mandar hampir 75 persen. Ia menjelaskan melalui pendataan “Kawal Ibu Hamil” diketahui jumlah ibu hamil per bulan, daftar ibu hamil berisiko tinggi dan data ibu hamil tanpa kepemilikan akses JKN. Aplikasi “Kawal Ibu Hamil” hanya menelan biaya sekitar 30 juta rupiah dan dikerjakan oleh tenaga informasi teknologi lokal. A. Mujib menyarankan agar aplikasi Mala'bi memuat data ibu hamil per kabupaten sehingga turut membantu daerah dalam menurunkan angka kematian ibu hamil dan bayi serta meningkatkan kualitas kehamilan para ibu.

4. Berharap Pada Perda KIBBLA

KIBBLA adalah singkatan dari Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak Balita. Pada awal November, program KIBBLA di Sulawesi barat masih pada tahap konsultasi. DPRD Sulawesi Barat belum bisa mendorong Raperda KIBBLA sebelum ada hasil konsultasi dengan Kementerian Dalam Negeri dalam menentukan apakah KIBBLA berada di ranah kabupaten atau provinsi. Pemerintah provinsi Sulawesi Barat sedang melakukan sosialisasi RPJMD

Pemberdayaan Perempuan yang menekankan pada misi kesetaraan gender dan misi kemajuan disabilitas.

Dalam merumuskan alokasi anggaran, Pemda melibatkan Lembaga Swadaya Masyarakat seperti YASMIB guna memastikan prioritas Renstra dan pendampingan implementasi Renstra. Rencana APBD Sulawesi Barat tahun 2018 sebesar Rp1,8 Triliun dialokasikan untuk pemberdayaan perempuan sebesar Rp3,5 Miliar. Faika menegaskan alokasi pemberdayaan perempuan masih berkisar pada angka ini karena belum ada perubahan pola pikir sehingga penambahan anggaran dianggap belum perlu. Ia menilai program yang mendukung kemajuan perempuan idealnya mendapat alokasi anggaran atau singkatnya "*money follow program*" (dana mengikuti program). Namun kenyataannya pola pikir masyarakat dan juga para pengambil kebijakan sendiri belum berperspektif gender. Ia mencontohkan pegawai negeri sipil pemerintah provinsi Sulawesi Barat idealnya sudah sadar gender sehingga bisa berperan melibatkan perempuan dalam merancang kebijakan.

Perspektif gender masih turut andil dalam kegagalan program lintas sektor. Sebagai contoh, program pembuatan jamban yang saat ini berada di Dinas Pekerjaan Umum, karena tidak berperspektif gender maka pembuatan jamban dianggap tidak prioritas. Padahal kebutuhan MCK (mandi, cuci, kakus) yang memadai sangat diperlukan oleh ibu hamil, bayi dan anak karena berkaitan langsung dengan kesehatan diri. Hingga November 2017 di seluruh Sulawesi Barat terdapat 400 lebih desa yang belum memiliki MCK dari total desa sebanyak 600 desa. Masyarakat masih terbiasa buang hajat, mandi dan buang air kecil di sungai, pantai atau pekarangan. Maka dari itu, pentingnya peningkatan kapasitas sumber daya manusia dan akses terhadap informasi yang mencerdaskan masyarakat yang mayoritas berpendidikan rendah agar berperspektif gender sangat perlu ditegaskan (Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat, Indatiwati Nusyamsi).

Jika KIBBLA tidak menjadi perda, program pencegahan kematian ibu melahirkan dan bayi bisa dimasukkan dalam program

Gubernur Sulawesi Barat yaitu program MARASA (Mandiri, Cerdas dan Sehat). Dokumen RPJMD sangat terkait dengan janji politik gubernur untuk memastikan ada program yang direalisasikan. YASMIB saat ini menjadi salah satu lembaga yang mengevaluasi program pemerintah provinsi Sulawesi Barat. Sejak 2005, berperan mengawal Renstra Kesehatan yang berkaitan dengan akses terhadap layanan kesehatan, beberapa usulan YASMIB sudah masuk dalam RPJMD. Menyelesaikan isu kesehatan ibu dan bayi bukan hanya ranahnya orang kesehatan, isu ini juga menjadi tanggung jawab sektor yang lain. Persoalan gizi misalnya, bukan saja menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan tetapi juga bidang ketahanan pangan dan pertanian karena saling berkaitan (Manager Program YASMIB Sulawesi Rosniaty Azis).

Masyarakat sesungguhnya dapat turut serta dalam mendorong menurunkan tingkat kematian ibu melahirkan dan bayi. Dengan pelibatan masyarakat maka angka temuan kasus semakin tinggi. Masyarakat yang sudah teredukasi menurutnya dapat memberikan masukan pada perencanaan pembangunan di daerahnya. Seperti contoh, para perempuan di Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) mengusulkan untuk membangun jembatan di Kaluku agar para ibu melahirkan bisa segera sampai di puskesmas terdekat (Rosniaty Azis, YASMIB)

Jalan masih panjang guna menurunkan jumlah kasus kematian ibu melahirkan, jumlah kematian bayi dan juga terkait upaya penurunan *stunting* (badan kerdil) di Sulawesi Barat. Diskusi Kampung yang pernah berlangsung selama dua tahun dengan pendampingan dari Perkumpulan Prakarsa masih dinanti-nantikan oleh masyarakat. Menurut Koordinator Jaringan Perempuan Sulawesi Barat, Rusnani, Perkumpulan Prakarsa berperan mendorong Diskusi Kampung pada 14 desa di Mamuju dan 28 desa di Polewali Mandar untuk membangkitkan kesadaran dan keterlibatan perempuan dalam menyusun rancangan Perda KIBBLA. Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa, Ah Maftuchan, menegaskan pendampingan yang dilakukan Perkumpulan Prakarsa dalam mencapai target SDGs di Indonesia melibatkan mitra lokal agar

menjadi rekan sekerja yang setara. Ah Maftuchan menambahkan juga bahwa pendampingan bersifat *kolaboratif* sehingga terjadi penyebarluasan pengetahuan dan informasi.

2. Puskesmas Ramah Anak, Pemantauan BPJS Kesehatan dan Target SDGs Kota Kupang

Belajar dari pengalaman dalam menangani dan mendampingi kasus-kasus kekerasan seksual, fisik maupun psikologis, Direktur Yayasan Perkumpulan Pengembangan Inisiatif dan Advokasi Rakyat (PIAR) NTT, Sarah Leri Mboeik, terus mencoba mencari model pemberdayaan dan pemulihan korban pasca perkosaan. Sejak tahun 2006 PIAR bersama Perkumpulan Prakarsa menginisiasi pembentukan Puskesmas Ramah Anak. Inisiatif ini disebabkan oleh tingginya angka kekerasan terhadap anak-anak di Kota Kupang.

Data Save The Children pada tahun 2016 di Kota Kupang menunjukkan ada lebih dari 42 kasus kekerasan anak yang terdiri dari Anak Berhadapan Dengan Hukum sebanyak 29 kasus, anak terlantar sebanyak 8 kasus dan kasus yang melibatkan balita sebanyak 5 kasus. Sementara itu Rumah Perempuan NTT mencatat jumlah kekerasan seksual terhadap anak dan perempuan di kota Kupang sebanyak 107 kasus sepanjang 2017. Pelaku kekerasan biasanya dilakukan justru oleh orang terdekat seperti keluarga, tetangga dan guru. Bahkan rumah juga bukan lagi menjadi tempat yang aman bagi anak.

Selain itu Puskesmas Ramah Anak dibutuhkan karena masih tingginya angka kematian anak. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang, Ari Wijaya S Putra, mengatakan meskipun lebih rendah dari rata-rata Angka Kematian Anak Nasional, kasus kematian anak atau bayi di Kota Kupang masih tetap ada. Data Profil Kesehatan Kota Kupang tahun 2017 menunjukkan angka kematian bayi di Kota Kupang yang mengalami penurunan 2,05 per kelahiran hidup pada tahun 2016. Sama halnya dengan angka kematian bayi, angka kematian balita juga menurun. Pada tahun 2016, Angka Kematian Balita sebesar 2,17 kematian balita per 100 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan penurunan signifikan dari angka kematian balita pada tahun 2015

sebesar 3,88 kematian balita per 1000 kelahiran hidup. Dengan adanya Puskesmas Ramah Anak, pelayanan kepada masyarakat bisa semakin ditingkatkan untuk mencegah angka kematian.

Tingkat kemiskinan di Kota Kupang masih tinggi, berdampak pada pola konsumsi masyarakat. Hal ini dibuktikan dengan tingginya kasus balita gizi buruk di Kota Kupang dalam lima tahun terakhir. Berdasarkan data BPS Kota Kupang, pada tahun 2012 terdapat 282 kasus gizi buruk, naik menjadi 282 kasus di tahun 2013. Sempat turun menjadi 213 dan 204 pada tahun 2014 -2015. Namun kasus gizi buruk terhadap balita juga kembali meningkat pada tahun 2016 menjadi sebesar 278 kasus. Sementara itu iklim yang kering dan curah hujan yang rendah juga mengakibatkan tingginya kasus infeksi saluran pernapasan pada anak-anak dan juga orang dewasa di Kota Kupang pada musim panas. Data BPS Kota Kupang menunjukkan pada tahun 2016, penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) menempati urutan pertama yaitu mencapai 58.630 kasus atau sebesar 35,7 persen dari seluruh kasus di Kota Kupang.

A. Puskesmas Ramah Anak

Puskesmas Ramah Anak sendiri berangkat dari amanat UU Nomor 35 tahun 2014 tentang Perlindungan Anak. Pasal 21 ayat 1 dan 5. Pasal-pasal tersebut menyatakan bahwa Negara, Pemerintah, dan Pemerintah Daerah berkewajiban dan bertanggungjawab menghormati pemenuhan hak anak dan bahwa daerah bertanggung jawab dan mendukung kebijakan nasional dalam melaksanakan perlindungan Anak di daerah melalui upaya daerah membangun Kabupaten/Kota Layak Anak.

Dalam pidatonya Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Yohana Yembise, pada Inisiasi 11 Kabupaten/ Kota Layak Anak di Sulawesi Selatan pada tanggal 26 Januari 2018, mengatakan Indonesia berkomitmen untuk mendukung gerakan dunia untuk menciptakan *World Fit for Children* melalui pengembangan kabupaten/kota layak anak. Saat ini jumlah anak di Indonesia mencapai 87 juta atau sekitar 34 persen dari total penduduk Indonesia. Sebagai Sumber Daya Manusia masa depan, mereka harus berkualitas melalui

intervensi sejak dini. Salah satunya adalah dengan pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak yang merupakan sistem pembangunan berbasis hak anak, yang ditujukan untuk pemenuhan hak dan perlindungan khusus anak.

Menurut Yohana, terdapat 24 indikator yang menjadi syarat sebuah kabupaten/kota disebut sebagai kota layak anak yang mencerminkan kelembagaan dan 5 klaster hak anak. Indikator pemenuhan hak anak di bidang kesehatan yaitu pertama, semua anak harus sehat, tidak ada anak yang kurang gizi, serta anak harus dijauhkan dari narkoba, miras dan rokok. Kedua, semua bayi yang dilahirkan berhak memperoleh ASI eksklusif selama 6 bulan. Ketiga, Semua anak harus diimunisasi dan terakhir, semua layanan kesehatan termasuk Puskesmas dan Rumah Sakit harus ramah anak.

Pada tingkat Kotamadya Kupang, kebijakan pemerintah pusat ini sejalan dengan kebijakan Pemerintah Daerah untuk menjadi kota layak anak sekaligus mereformasi Puskesmas. Menurut Dokter Ari, sejak tahun 2011, pemerintah Kota Kupang melalui dinas kesehatan Kota Kupang telah mendorong masing-masing Puskesmas untuk melakukan inovasi sebagai upaya melakukan reformasi terhadap setiap Puskesmas yang ada di Kota Kupang seperti petugas harus lebih ramah dan pelayanan obat sesuai standar. Dalam program reformasi Puskesmas ini, setiap puskesmas diberi kesempatan mencari satu program inovasi.

Di Kota Kupang sendiri, berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Kupang, pada tahun 2017 terdapat 11 Puskesmas dan 34 Puskesmas Pembantu dan 5 Pos kesehatan keliling. Masing-masing kecamatan memiliki lebih dari satu Puskesmas, sedangkan hampir separuh dari kelurahan yang ada memiliki satu Puskesmas Pembantu. Rata-rata setiap Puskesmas di Kupang melayani 36.619 penduduk.

Gambar 6 Salah satu Puskesmas Ramah Anak di Kota Kupang



Sumber: Dokumen Penulis

Reformasi Puskesmas melalui pengembangan Puskesmas Ramah Anak ini, ditunjukkan dengan dukungan SK Walikota dan dukungan dana dalam Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah (APBD). Selain itu, dukungan dana juga datang dari lembaga bantuan pembangunan AusAID, dan Perkumpulan Prakarsa yang bermitra dengan mitra lokal PIAR NTT untuk membiaya pelatihan-pelatihan.

Di Kota Kupang, inisiatif pengembangan Puskesmas menuju Puskesmas Ramah Anak dilakukan sejak Desember 2015 dan diluncurkan pada tanggal 24 Juni tahun 2016 dengan dukungan PIAR dan Prakarsa. Pengembangan Puskesmas Ramah Anak dilakukan berdasarkan Petunjuk Teknis Kementerian Perlindungan Perempuan dan Anak (KPPA) tahun 2016 tentang Puskesmas Ramah Anak. Menurut Petunjuk Teknis tersebut terdapat beberapa indikator yang menunjukkan bahwa Puskesmas Kupang Kota sudah menjadi Puskesmas Ramah Anak.

Pertama, tersedianya ruang tunggu/bermain bagi anak yang berjarak aman dari ruang tunggu pasien dewasa. Ini terkait dengan

rentannya anak tertular penyakit yang diderita orang tua dan pasien dewasa lainnya. Di Puskesmas Kupang Kota, ruang khusus untuk pelayanan anak ini terletak di deretan paling belakang gedung-gedung bangunan yang ada disana, berdampingan dengan ruang Kesehatan Ibu dan Anak dan ruangan Keluarga Berencana.

Kedua, ruang khusus untuk pelayanan dan konseling serta bermain bagi anak. Di Puskesmas Kupang Kota ruang Ramah Anak ini berukuran 3 x 4 meter, terbagi menjadi dua bagian. Bagian pertama adalah ruangan memanjang yang diisi dengan dua meja pengelola dan alat permainan anak-anak. Ruang ini juga dilengkapi dengan satu kursi besar untuk orang dewasa dan satu kursi kecil untuk anak-anak, satu tempat tidur dan satu kasur busa tempat bermain. Sementara satu ruangan kecil disebelahnya dipergunakan sebagai ruang ganti dan tempat menyimpan permainan dan peralatan yang bertujuan merangsang anak lebih aktif dan responsif. Berbeda dengan ruangan lainnya di Puskesmas yang dicat putih, Ruang ini dicat dengan warna hijau dan ditemplei dengan alat permainan, alat peraga dan gambar-gambar karakter kartun menciptakan suasana ceria bagi anak.

Ketiga, adanya *standard operational procedure* (SOP) atau tata laksana dalam menangani kasus kekerasan terhadap anak. Dalam sistem perawatan di Puskesmas Kota Kupang, jika terdapat pasien balita yang datang dibawa untuk berobat, maka setelah mendaftar pasien langsung dibawa ke ruangan anak. Di ruangan anak, petugas melakukan pendataan. Jika pasien anak ini adalah korban kekerasan, Puskesmas sudah memiliki SOP yang holistik yang disusun bersama PIAR NTT, Prakarsa dan beberapa lembaga swadaya masyarakat lainnya. Penanganannya tidak hanya dari sisi pelayanan kesehatan tetapi juga adanya dukungan bantuan hukum yang melibatkan berbagai *stakeholders* seperti dokter spesialis anak, dokter forensik, dokter spesialis kejiwaan, psikolog dan aparat kepolisian.

Keempat, tenaga kesehatan dilatih tentang Konvensi Hak Anak. Puskesmas Ramah Anak juga mengembangkan kapasitas tenaga kesehatan agar menjadi tenaga kesehatan yang ramah anak dan memahami hak-hak anak, seperti hak untuk bermain, hak untuk berekreasi, hak mendapatkan akses kesehatan dan perlindungan.

Pelayanan di Puskesmas Ramah Anak Kupang Kota ini dimulai pada pukul 07.00 WITA hingga pukul 14.00 WITA dari hari Senin sampai Kamis. Sedangkan pada hari Jumat dan Sabtu pelayanan hanya dibuka dari pukul 7.00 WITA sampai dengan pukul 12.00 WITA. Ruang ramah anak ini dikelola oleh satu orang Kepala Ruang Ramah Anak dan dua orang perawat. Rata-rata setiap hari ada 5 sampai 7 orang anak yang berobat. Namun pada bulan-bulan tertentu misalnya antara Juli sampai Agustus jumlah pasien anak meningkat sebagai akibat atau efek cuaca yang panas. Pada bulan-bulan itu banyak anak yang menderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA).

Salah seorang orang tua pasien Puskesmas Ramah Anak, mengaku puas dengan kinerja Puskesmas Ramah Anak di Kota Kupang. Menurutnya suasana sejuk, tidak menyramkan, dan ada taman bermain anak-anak. Jadi sambil menunggu antrian, anak-anak bisa bermain dengan senang.

B. Pemantauan BPJS Kesehatan di Kota Kupang

Disamping menginisiasi Puskesmas Ramah Anak, PIAR NTT dan Prakarsa juga melakukan pemantauan pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sejak Mei 2017. Kegiatan dimulai dengan pembahasan soal materi pemantauan, pertemuan dengan para relawan untuk pembekalan dan terakhir pengamatan langsung berbagai tahap proses pelayanan BPJS baik di fasilitas kesehatan pertama, maupun di Rumah sakit dan kantor BPJS.

Untuk memantau pelaksanaan BPJS Kesehatan ini, empat orang relawan PIAR NTT dikerahkan untuk melakukan pemantauan di beberapa rumah sakit dan fasilitas kesehatan di kota Kupang. Diantaranya Puskesmas Oepura, Rumah Sakit Umum Daerah Profesor Johannes, Rumah Sakit Umum Daerah SK. Lerik, Rumah Sakit Siloam, dan kantor BPJS Kesehatan NTT. Tujuan akhir program pemantauan ini adalah pemerintah semakin responsif terhadap pemenuhan hak warga dalam pelayanan BPJS di bidang kesehatan.

Hingga Juni 2017, jumlah peserta BPJS Cabang Kupang sebanyak 886.810 peserta melayani beberapa kabupaten/kota termasuk kota Kupang, Kabupaten Kupang, Kabupaten Alor, Kabupaten Rote dan

lain –lain. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang, di Kota Kupang sendiri ada 93.000 orang peserta BPJS yang merupakan penerima bantuan iuran (PBI) dari APBN, sementara peserta BPJS Mandiri sebanyak 6000 orang, dan peserta BPJS Askes Sosial atau yang berasal dari PNS sebanyak 12.000 orang.

Dengan jumlah peserta BPJS yang cukup besar, pihaknya berhasil mendapatkan beberapa temuan signifikan dalam pelayanan BPJS di Kota Kupang. Temuan-temuan itu akan menjadi masukan bagi agenda kerja dinas kesehatan sekaligus langsung diadvokasi untuk menyelesaikan persoalannya saat itu juga.

Temuan-temuan itu, antara lain yakni antrian lama dalam pembayaran iuran di kantor BPJS Kesehatan. Seorang Ibu, Agustina Awang (45 tahun) kepada tim pemantau mengaku dia harus menunggu dari pukul 9.00. Waktu Indonesia Tengah (WITA) hingga jam 13.00 WITeng atau sekitar 4 jam hanya untuk membayar iuran BPJS. Meskipun BPJS Kota Kupang mengklaim terdapat beberapa lokasi pembayaran iuran, tetapi berdasarkan kesaksian Ibu Agustina dan peserta BPJS lainnya, para peserta BPJS harus membayar tambahan biaya administrasi sebesar Rp2.500 jika hendak membayar iuran BPJS di Kantor Pos dan Pegadaian dan biaya transportasi ojek pulang pergi sebesar Rp25.000. Kondisi inilah yang membuat sebagian besar peserta BPJS yang berasal dari keluarga miskin memilih untuk tetap bertahan antri selama berjam–jam di kantor BPJS NTT.

Menanggapi temuan tersebut, Kepala Bidang SDM Umum dan Komunikasi Publik BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kupang mengatakan antrian yang panjang bisa diakibatkan oleh lambatnya sistem dalam memproses pembayaran dikarenakan beban atau *load* pembayaran iuran JKN-KIS yang tinggi pada masa akhir ketentuan pembayaran iuran yaitu pada setiap tanggal 10 bulan berjalan. Saat ini kantor BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kupang telah menyediakan tiga titik layanan pembayaran iuran JKN-KIS. Pertama, mobil pelayanan pembayaran PT Pos Indonesia, kemudian petugas Bank Mandiri yang bisa menerima pembayaran lewat ATM maupun setor tunai dimana layanan tersebut *standby* di halaman kantor BPJS Kesehatan Cabang Kupang dari pukul 9.00 WITA sampai dengan pukul 15.00 WITA,

yang dilanjutkan dengan pembayaran melalui petugas BPJS Kesehatan dengan sistem layanan ATM BRI.

Temuan lain yakni pemegang kartu BPJS hanya bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang dekat dengan domisili atau tempat tinggalnya. Aturan ini tentu saja sangat menyulitkan bagi penduduk yang ingin mendapatkan layanan kesehatan di fasilitas kesehatan di tempat lain yang punya spesialisasi tersendiri, misalnya Puskesmas Peduli Kanker di Kecamatan Bakunase. Kebijakan ini juga menimbulkan kesulitan bagi pasien lain yang meski tinggal di Kota Kupang tetapi tidak memiliki Kartu Tanda Penduduk Kota Kupang dan kartu BPJS.

Sebagai contoh, dalam salah satu pemantauannya relawan PIAR NTT menemukan kasus yang dialami oleh seorang mahasiswi Tri Nuryani L. Pada tanggal 10 Juni 2017, Tri Nuryani dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kota SK Lerik. Setelah diopname selama 2 hari, pada tanggal 12 Juni 2017, Tri Nuryani harus meninggalkan rumah sakit tersebut dengan membayar biaya persalinan dan perawatan sebesar tujuh juta rupiah. Angka yang tentu saja tidak sedikit buat pasangan yang masih berstatus mahasiswa tersebut. Selain itu, keduanya tidak memiliki kartu Jamkesda, kartu BPJS dan hanya memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kabupaten Timor Tengah Selatan. Dalam keadaan kebingungan untuk mencari dana pembayaran biaya persalinan dan perawatan, Tri Nuryani akhirnya dipertemukan dengan tim pemantau BPJS dari PIAR oleh perawat di Rumah Sakit SK Lerik. Tim pemantau BPJS pun langsung melakukan advokasi dengan berkomunikasi dengan kepala ruangan, kepala RSUD SK Lerik, Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang, anggota DPRD Kota Kupang dan Wakil Walikota Kupang.

Sejak kejadian-kejadian di atas, Walikota Kupang akhirnya mengeluarkan kebijakan baru yakni siapapun warga kota Kupang dan pemegang KTP Kota Kupang, bisa berobat di fasilitas kesehatan mana saja di Kota Kupang dan bagi mereka yang tidak memiliki KTP Kota Kupang, bisa tetap dilayani dengan kebijakan khusus.

Soal pemegang kartu BPJS hanya bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang dekat dengan domisili atau tempat

tinggalnya atau warga yang tidak memiliki KTP Kota Kupang yang kesulitan mendapatkan akses layanan BPJS, kata Yosefina, mengatakan dalam aturan BPJS Kesehatan, peserta yang membutuhkan pelayanan di luar wilayah domisi peserta adalah peserta yang sedang melakukan perjalanan dinas, menjalankan tugas pendidikan atau pelatihan di luar wilayah domisili, peserta yang sedang cuti dan berada di luar wilayah domisili dan lain-lain. Peserta tersebut dapat dilayani pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang ditunjuk oleh BPJS di wilayah tersebut maksimal tiga kali. Apabila peserta membutuhkan kunjungan lebih dari 3 kali, maka peserta diarahkan untuk pindah ke FKTP. Untuk warga yang tidak memiliki KTP setempat karena berdomisili untuk sementara, Kepala BPJS setempat menyatakan bahwa tidak akan ada penolakan untuk pengurusan administrasi peserta.

Kasus lain yang ditemukan PIAR adalah manipulasi informasi terkait dengan ketersediaan kamar. Dalam pemantauan, relawan PIAR bertemu dengan seorang Ibu bernama Lidya yang anak laki-lakinya sedang demam tinggi dan diopname di Rumah Sakit Mamami, Kupang. Berdasarkan kartu BPJS yang dimiliki, Arfen putra Ibu Lidya harusnya diinapkan di kamar kelas I Rumah Sakit Mamami. Sayangnya, saat itu kamar kelas I sedang penuh sehingga harus ditempatkan di ruangan kelas III. Keesokan harinya, satu kamar di ruang kelas satu ternyata sudah kembali kosong. Namun Bu Lidya dan anaknya kembali diminta untuk menunggu. Hingga sore hari, kamar yang kosong di kelas I itu ternyata telah diberikan ke pasien lain. Ibu Lidya sempat bertengkar dengan petugas rumah sakit, dan akhirnya petugas mengusulkan untuk dipindahkan ke kelas VIP. Saat itu, Ibu Lidya berpikir dia hanya akan membayar selisih harga kamar kelas I dan kamar VIP. Ternyata rumah sakit menyatakan pasien harus membayar 75 persen (tambahan Rp2.700.000) dari harga kamar VIP dan sisanya 25 persen ditanggung BPJS. Ibu Lidya mengeluhkan soal pembayaran tersebut dibagian administrasi, namun petugas administrasi mengatakan kalau pembayaran kamar VIP itu memang sudah aturandari BPJS. Ketika menyampaikan kasusnya ke BPJS, pihak BPJS hanya berjanji akan memberikan teguran kepada rumah sakit tersebut. Banyak pasien BPJS yang mengalami hal serupa seperti Ibu Lidya. Karena itu, PIAR

mengusulkan kepada pemerintah Kota Kupang, agar sistem informasi ketersediaan kamar di seluruh rumah sakit dibuka secara transparan.

Terkait dengan manipulasi informasi kamar yang kosong di rumah sakit, Yosefina mengatakan pihaknya telah mengirim surat ke semua Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut untuk menyediakan papan informasi baik manual maupun digital yang dapat memperlihatkan ketersediaan kamar di fasilitas kesehatan tersebut sehingga peserta dapat segera terinformasi. Hal ini merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan No 28 tahun 2014 Bab IV huruf E poin 4 yang menjelaskan bahwa dalam hal ruang inap yang menjadi hak peserta penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 hari. Selanjutnya dikembalikan ke ruang perawatan yang menjadi haknya. Bila masih belum ada ruangan sesuai haknya, maka peserta ditawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan lain yang setara.

Ada juga temuan terkait adanya sistem paket layanan bagi pasien BPJS di Rumah Sakit. Pada tanggal 21 September 2017, tim pemantau BPJS menemui seorang Ibu bernama Hana di sebuah rumah sakit di Kota Kupang. Ibu Hana baru saja menjalani operasi, pada hari ketiga pasca operasi Ibu Hana dijadwalkan harus masuk kembali ke ruang bedah untuk pembersihan luka bekas operasi, karena terjadi infeksi dan nanah pada luka tersebut. Sayangnya, pada hari ketiga, perawatan pembersihan luka dan infeksi itu tidak bisa dilakukan karena hemoglobin atau sel darah merah pasien sangat rendah. Hingga hari ke enam, perawatan pembersihan luka dan infeksi belum bisa dilakukan akibatnya rendahnya hemoglobin dalam darah pasien. Namun, bukannya memberikan kesempatan bagi pasien untuk tetap dirawat di rumah sakit tersebut, dokter malah menyuruh pasien pulang ke rumah dalam keadaan luka yang dibersihkan seadanya dan diperban saja. Alasannya, durasi perawatan pasien BPJS sudah melewati paket 6 hari yang diatur oleh rumah sakit. Yosefina menyatakan, pelayanan rawat inap di rumah sakit tidak dibatasi hari perawatannya tetapi sesuai dengan indikasi medis.

Temuan-temuan lapangan di atas merupakan sebagian kecil dari gambaran permasalahan pelaksanaan BPJS di Kota Kupang. Selama ini

pemerintah kota menanggung sekitar 15.000 orang miskin pemegang kartu Jamkesda. Keberadaan peserta Jamkesda tidak membebani APBD karena pemerintah kota hanya membayarkan klaim ke dua rumah sakit di Kota Kupang, yaitu Rumah Sakit SK Lerik dan RS WZ Yohanes ketika pemegang kartu tersebut berobat atau dirawat di rumah sakit. Ketika seluruh asuransi kesehatan masyarakat diintegrasikan ke BPJS Kesehatan, pemerintah kota harus membayar premi Rp4.140.000.000 per tahun, angka ini cukup membebani APBD Kota Kupang. Integrasi Jamkesda ke BPJS merupakan amanat dari Undang-Undang-undang No. 40 tahun 2004, sehingga pada bulan Maret 2018 Pemerintah Kota Kupang akan segera mewujudkan integrasi itu dengan terlebih dahulu memperharui data orang miskin.

C. Forum *Sustainable Development Goals* (SDGs)

Kerja-kerja advokasi lain yang dilakukan PIAR dan Prakarsa adalah pembentukan Forum SDGs yang melibatkan semua *stakeholders* di Kota Kupang. Tugas dan peran dari Forum SDGs adalah mengawal upaya pencapaian tujuan SDGs pada tingkat lokal di Kota Kupang. SDGs adalah tujuan pembangunan global yang telah disepakati oleh negara-negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) termasuk Indonesia. Indonesia sendiri telah bersiap untuk melaksanakan SDGs dengan ditandatanganinya Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Perpres ini adalah bukti komitmen pemerintah Indonesia dalam melaksanakan dan mencapai SDGs serta menjadi pijakan bagi Pemerintah Pusat dan Daerah dalam pelaksanaan dan pencapaian SDGs.

Pembentukan forum SDGs ini dimulai dengan dialog publik yang dilaksanakan pada 25 September 2017 dengan melibatkan 85 peserta yang terdiri dari berbagai stakeholder antara lain 40 OPD di Pemerintah Kota Kupang, DPRD Kota Kupang, Akademisi, Tokoh agama, Tokoh adat, tokoh perempuan, NGO, komunitas disabilitas, BPJS, Pebisnis, Aktivistis perempuan dan lain-lain.

Tujuan dari dialog tersebut adalah meningkatkan pengetahuan dan pemahaman seluruh pihak tentang SDGs dalam mengidentifikasi tujuan-tujuan prioritas SDGs untuk kota Kupang, dan mempersiapkan

pembentukan panitia kerja bersama dari berbagai *stakeholders* dan kerangka aturan dalam pelaksanaan SDGs di Kota Kupang. Paling tidak ada sejumlah isu lokal yang menjadi prioritas SDGs dalam konteks lokal di Kota Kupang antara lain yaitu kemiskinan, ketimpangan, air bersih, pendidikan, kesetaraan gender, peran dunia usaha, kekerasan terhadap perempuan dan anti korupsi. Semua isu ini akan disesuaikan dengan visi misi walikota Kupang.

Isu-isu yang sudah diidentifikasi ini, kemudian akan diperdalam dalam masing-masing kelompok kerja atau pokja. Dengan persetujuan walikota, pokja-pokja ini dilibatkan juga dalam pembahasan Rencana Pembangunan Jangka Pendek dan Menengah Kota Kupang (RPJMD). Hal ini didasari oleh perintah undang-undang yang mengharuskan kepala daerah mengadopsi SDGs dalam RPJMD.

Pada tanggal 30 November 2016, Walikota Kupang Jefri Riwu Kore mengeluarkan Surat Keputusan Nomor 195A/KEP/HK/2017 tentang Pembentukan Tim Koordinasi Kelompok Kerja dan Sekertariat Percepatan Pencapaian SDGs Kota Kupang yang merupakan capaian kerja advokasi dari PIAR dan Prakarsa. Tugas dari Tim Koordinasi Kelompok Kerja berdasarkan SK tersebut adalah mengkoordinasikan pelaksanaan tercapainya sasaran, target, indikator pelaksanaan tujuan pembangunan berkelanjutan dan melakukan koordinasi serta fasilitasi perangkat daerah. Sedangkan tugas dari Sekertariat Percepatan SDGs antara lain, memberikan dukungan teknis dan administrasi dalam rangka menyiapkan data dan informasi untuk penyusunan Rencana Aksi Daerah SDGs dan evaluasi pencapaian SDGs.



P R A K A R S A
Welfare Initiative for Better Societies

Perkumpulan Prakarsa

Jln. Rawa Bambu I Blok A No. 8E RT 010 RW 06 Kel/Kec. Pasar Minggu
Jakarta Selatan 12520 - Indonesia

Ph. +62 (21)7811-798 Fax. +62 (21)7811-897
E-mail to: perkumpulan@theprakarsa.org