

Laporan

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional:

Apakah ada potensi memburuknya ketidakadilan sosial di sektor kesehatan?

Studi awal dalam monitoring JKN di 12 Propinsi: Periode Monitoring I: bulan Januari – Juni 2014.

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional:

Apakah ada potensi memburuknya ketidakadilan sosial di sektor kesehatan?

Studi awal dalam monitoring JKN di 12 Propinsi: Periode Monitoring I: bulan Januari – Juni 2014.

Peneliti:

Trisnantoro L, Hendrartini Y, Susilowati T, Meliala A, Kurniawan M.F, Putra, W.D.R.
Universitas Gadjah Mada. DI Yogyakarta

Kontributor:

- Asmaripa Ainy. **Universitas Sriwijaya, Palembang Sumatera Selatan**
- Denas Symond, Syafrawati, Ade Suzana Eka Putri. **Universitas Andalas, Padang Sumatera Barat**
- Dominirsep Ovidius Dodo, Dolu Y, Illu, D.I.S. **Universitas Nusa Cendana, Nusa Tenggara Timur**
- Dwidjo Susilo, Susilahati, Helfi Gustia. **Universitas Muhammadiyah Jakarta, DKI Jakarta**
- Elsa Pudji Setiawati, Insi Desy Arya, Nita Arisanti. **Universitas Padjajaran, Jawa Barat**
- Endang Sutisna, Rani, Roni, Rusdiana, Septiana, Rizal, Pandit, Andyka, Indah. **Universitas Sebelas Maret, Surakarta Jawa Tengah**
- Krispinus Duma dan Rahmad Bakhtiar. **Universitas Mulawarman, Samarinda Kalimantan Timur**
- Rini Anggraeni. **Universitas Hasanuddin, Makassar Sulawesi Selatan**
- Suharnanik. **Universitas Brawijaya, Malang Jawa Timur**
- Yandrizal. **Universitas Muhammadiyah Bengkulu, Bengkulu**

Kata Pengantar

Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Momen pelaksanaan kebijakan ini merupakan hal bersejarah yang dapat mempengaruhi keberhasilan pembangunan dalam usaha meningkatkan status kesehatan masyarakat. Akan tetapi sebaliknya kebijakan JKN dapat pula merugikan usaha peningkatan status kesehatan di masyarakat. Dengan adanya ketidak pastian ini perlu dilakukan studi monitoring dan evaluasi terhadap Kebijakan JKN.

Penelitian Monitoring Kebijakan Jaminan Kesehatan ini merupakan salahsatu usaha memonitor pelaksanaan kebijakan JKN. Perspektif yang digunakan adalah pendekatan keadilan sosial (equity) yang menjadi tujuan adanya JKN.

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan oleh 11 Perguruan Tinggi yang menjadi bagian dari Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia. Monitoring diharapkan dapat dilakukan 2 kali setahun pada periode Januari – Juni, dan Juli – Desember setiap tahunnya.

Pada Periode Monitoring I ini, akan dilaporkan pengamatan pada 6 bulan awal pelaksanaan JKN. Konsep yang dipergunakan dalam monitoring di awal pelaksanaan adalah penyusunan skenario. Penulisan skenario ini diikuti dengan analisis dan penulisan agenda kebijakan di masa mendatang. Hasil ini akan dibahas pada pertemuan Nasional ke V, Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia di Bandung pada tanggal 24 dan 25 September 2014.

Kegiatan ini harapannya akan diikuti dengan pengambilan data lapangan ke 2 yang akan dilakukan pada bulan Desember 2014. Dengan demikian akan ada kesinambungan monitoring sehingga skenario mana yang akan terjadi dapat dipantau, Disamping itu diharapkan dari monitoring ini ada usulan kebijakan untuk mencegah terjadinya skenario buruk pada pelaksanaan JKN.

Silahkan membaca

Laksono Trisnantoro
Peneliti Utama

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Gambar.....	iv
Daftar Singkatan	v
Ringkasan Eksekutif	vi
Bagian 1	1
A. Latar Belakang	1
B. Permasalahan	2
C. Tujuan Penelitian.....	3
Bagian 2	4
A. Landasan Teori.....	4
1. Konsep Sistem Pembiayaan Kesehatan	4
2. Perencanaan Berbasis Skenario.....	4
B. Pertanyaan Penelitian.....	8
Bagian 3	9
Metode Penelitian	9
Bagian 4	10
A. Hasil Penelitian	10
1. Perubahan dan Perkembangan Pembiayaan	10
2. Pengumpulan Dana Kesehatan	11
B. Pembahasan	21
1. Skenario JKN di DKI Jakarta	21
2. Skenario JKN di Daerah Istimewa Yogyakarta	22
3. Skenario JKN di Jawa Barat	23
4. Skenario JKN di Jawa Tengah	24
5. Skenario JKN di Jawa Timur.....	25
6. Skenario JKN di Sumatera Barat	26
7. Skenario JKN di Sumatera Selatan	27
8. Skenario JKN di Sulawesi Selatan	28
9. Skenario JKN di Kalimantan Timur.....	29
10. Skenario JKN di Bengkulu.....	30
11. Skenario JKN di Nusa Tenggara Timur	31
12. Skenario JKN di Sulawesi Tenggara	33
C. Ringkasan Skenario	35
Bagian 5	36
A. Analisis Kebijakan	36
B. Kesimpulan.....	41
C. Agenda Pembahasan Kebijakan Mengenai JKN di Masa Depan.....	42
D. Saran Untuk Pemerintahan Baru	42
Daftar Pustaka.....	46

Daftar Gambar

Gambar 1. Skenario Optimis	5
Gambar 2. Dimensi Universal Health Coverage.....	6
Gambar 3. Skenario Pesimis (Kemungkinan Baik)	7
Gambar 4. Skenario Pesimis (Terburuk).....	8
Gambar 5. Alur Pengumpulan Sumber Dana Kesehatan.....	10
Gambar 6. Ketersediaan Dokter Umum	15
Gambar 7. Ketersediaan Dokter Spesialis Bidang Besar	16
Gambar 8. Ketersediaan Dokter Spesialis Lainnya.....	17
Gambar 9. Ketersediaan Dokter Spesialis Penunjang	18
Gambar 10. Ketersediaan Dokter Sub-Spesialis Bedah	18
Gambar 11. Ketersediaan Dokter Spesialis Penyakit Dalam	20
Gambar 12. Ketersediaan Dokter Spesialis Penunjang Khusus	20
Gambar 13. Trend Jumlah RS di Kepulauan Jawa, Bali, Nusa Tenggara.....	37
Gambar 14. Trend Jumlah TT di Kepulauan Jawa, Bali, dan Nusa Tenggara	37

Daftar Singkatan

APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APBN-P	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BOR	<i>Bed Occupancy Ratio</i>
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPS	Badan Pusat Statistik
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
DAK	Dana Alokasi Khusus
DOB	Daerah Otonomi Baru
HETS	Health Expenditure Tracking Study
INA-CBG	<i>Indonesia-Case Base Groups</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KJS	Kartu Jaminan Sosial
KPK	Komisi Pemberantasan Korupsi
NHA	<i>National Health Account</i>
PAD	Pendapatan Asli Daerah
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PPDS	Program Pendidikan Dokter Spesialis
PPK	Pemberi Pelayanan Kesehatan
RAPBN	Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
RAPBNP	Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan
RSDM	Rumah Sakit Dr. Moewardi
RSHS	Rumah Sakit Hasan Sadikin
SDMK	Sumber Daya Manusia Kesehatan
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
UC	<i>Universal Coverage</i>
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UPT	Unit Pelaksana Teknis
WHO	<i>World Health Organization</i>

Ringkasan Eksekutif

Kesehatan Nasional di Indonesia dimulai sejak 1 Januari tahun 2014. JKN mempunyai tujuan yang terkait keadilan kesehatan. UU SJSN (2014) Pasal 2 menyatakan bahwa kebijakan ini mempunyai tujuan mulia yaitu untuk meningkatkan keadilan sosial bagi rakyat Indonesia. Dengan sistem pembayaran klaim JKN, maka ada berbagai isu penting yang mungkin dapat mengakibatkan terjadinya kegagalan penyeimbangan fasilitas dan SDM kesehatan. Dikawatirkan tujuan JKN untuk pemberian pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia akan gagal tercapai. Penelitian ini merupakan awal penelitian monitoring yang akan berjalan dari tahun 2014 sampai dengan 2019. Ada berapa pertanyaan kritis yang terkait dengan kebijakan JKN adalah: (1) apakah masyarakat di daerah dengan ketersediaan fasilitas kesehatan dan SDM dokter dan dokter spesialis yang belum memadai akan mendapatkan manfaat JKN seperti daerah lain yang lebih baik?; (2) dalam kondisi Indonesia yang sangat bervariasi apakah JKN yang mempunyai ciri sentralistik dengan peraturan yang relatif seragam dapat mencapai tujuan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia?; (3) apakah dana pemerintah yang dianggarkan untuk Penerima Bantuan Iuran (PBI) dapat mencapai sasarannya. Pertanyaan-pertanyaan tersebut dibahas melalui pendekatan skenario yang akan menggambarkan berbagai kemungkinan berjalannya JKN di masa mendatang. Diharapkan dengan memahami skenario-skenario yang ditulis, berbagai keputusan dan kebijakan baru dapat diambil untuk mencegah terjadinya skenario terburuk.

Metode Penelitian. Kegiatan ini merupakan penelitian multi-center di 12 Provinsi dan di Pusat. Data yang dipergunakan adalah data sekunder mengenai perkembangan pembiayaan kesehatan di pemerintah pusat dari berbagai sumber; penyebaran tenaga kesehatan yang berada di di Kementerian Kesehatan dan KKI; penyebaran fasilitas kesehatan di Kementerian Kesehatan dan pengamatan/observasi di 12 provinsi yang dilakukan oleh peneliti. Data ini dipergunakan sebagai bahan untuk melakukan penulisan skenario.

Hasil: berdasarkan data sekunder yang dikumpulkan di level propinsi pada bulan April 2014, propinsi-propinsi ini dapat dikelompokkan menjadi 2 bagian: (1) kelompok yang sudah maju dan (2) kelompok yang belum maju. Pembagian ini terutama pada masalah ketersediaan tenaga dokter dan dokter spesialis sebagai tulang punggung. Terjadi perbedaan yang ekstrim antara kedua jenis daerah tersebut. Secara ringkas, skenario optimis untuk pencapaian Universal Coverage di tahun 2019 dinyatakan oleh para peneliti di DKI, DIY, Sumatera Selatan, Sumatera Barat, sebagian Kabupaten/Kota di Jawa Barat, sebagian kabupaten/kota di Jawa Tengah dan sebagian di Sulawesi Selatan. Sementara itu, skenario pesimis ringan dan berat untuk tercapainya UHC melalui JKN pada tahun 2019 dinyatakan oleh peneliti di NTT, Kalimantan Timur, sebagian Kab/Kota di Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bengkulu, dan Sulawesi Tenggara.

Analisis Kebijakan: Hasil dari skenario yang ditulis pada awal berjalannya BPJS di atas menunjukkan bahwa kebijakan sistem pembiayaan (adanya UU SJSN dan UU BPJS, JKN) ini mempunyai kemungkinan tidak berhasil mencapai tujuan dalam kriteria keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Bahkan ada kemungkinan terjadi peningkatan

kesenjangan. Masyarakat di daerah sulit dan di daerah maju tidak mempunyai manfaat yang sama, walaupun menjadi anggota BPJS. Portabilitas dapat memperburuk pemerataan, karena masyarakat daerah sulit yang dapat mendapat manfaat di daerah lain cenderung adalah orang mampu. Mengapa mungkin terjadi peningkatan kesenjangan?

Dalam hal ini ada kemungkinan cakupan pelayanan kesehatan yang akan semakin berbeda antara daerah maju dan sulit. Di daerah yang buruk terjadi kekurangan investasi. Penambahan RS dan tempat tidur di antara tahun 2012 sampai sekarang, terutama berada di daerah maju. Adanya Coordination of Benefit dengan Askes Swasta dapat menyebabkan masyarakat menengah ke atas di daerah maju akan lebih banyak mempunyai akses terhadap pelayanan. Saat ini terlihat kurangnya kebijakan publik untuk mengurangi biaya pelayanan yang ditanggung oleh masyarakat. Ada beberapa kebijakan untuk mengurangi beban masyarakat yang belum berjalan maksimal antara lain: belum adanya pelaksanaan kebijakan untuk menambah anggaran investasi fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia untuk daerah sulit dan dana kompensasi BPJS. Dalam monitoring awal ini terlihat ada kemungkinan dana PBI di daerah yang buruk seperti NTT tidak terserap seluruhnya karena kekurangan tenaga medik dan keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan. Sementara itu di daerah maju akan terserap untuk keperluan peserta PBI, non PBI dan non PBI Mandiri yang mengalami adverse selection. Ada kemungkinan terjadi gotong royong terbalik dimana dana “tidak terserap” di NTT akan dipergunakan untuk menutup biaya di daerah lain. Hal lain dalam skenario yang dapat memperbesar kesenjangan adalah potensi terjadinya Fraud pelayanan kesehatan di Daerah yang Baik.

Kesimpulan

Berdasarkan analisis skenario dalam monitoring awal pelaksanaan JKN, di perkirakan akan terjadi ketimpangan dan ketidakadilan yang semakin besar antara daerah maju dan daerah sulit, jika tidak dilakukan perbaikan kebijakan. Secara lebih rinci dapat disimpulkan: Pertama, bahwa masyarakat di daerah dengan ketersediaan fasilitas kesehatan dan SDM kesehatan yang tidak memadai akan mendapatkan manfaat JKN yang jauh lebih sedikit dibanding daerah yang maju/kota-kota besar. Kedua, dalam kondisi Indonesia yang sangat bervariasi, JKN yang mempunyai ciri sentralistis dalam pembiayaan dengan peraturan yang relatif seragam, akan sulit mencapai tujuan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Ketiga, daerah-daerah yang sulit tidak dapat menyerap anggaran untuk PBI karena kekurangan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, sehingga terjadi “sisa” anggaran. Dikawatirkan itu anggaran “sisa” di daerah sulit ada kemungkinan dipergunakan untuk mendanai masyarakat di daerah maju.

Rekomendasi kebijakan

1. Memperhatikan aspek preventif dan promotif secara lebih kuat.

Kementerian Kesehatan perlu meningkatkan kegiatan preventif dan promotif. Disamping meningkatkan kemampuan Kementerian Kesehatan untuk penguatan aspek preventif dan promotif perlu dicatat bahwa usaha preventif dan promotif sebagian besar berada di luar wewenang Kementerian Kesehatan, atau menjadi tanggungjawab kementerian lainnya. Untuk itu diharapkan ada kebijakan meningkatkan pencegahan dan promosi kesehatan di seluruh Kementerian.

2. Memperbaiki berbagai kebijakan di JKN.

Berdasarkan konsep pembiayaan kesehatan, diharapkan ada kebijakan yang memperhatikan berbagai titik kritis di sistem, sebagai berikut.

- **Kebijakan di pengumpulan dana kesehatan (Revenue Collection):** Perlu peningkatan dana untuk program kesehatan dari APBN dan APBD dan masyarakat. Peningkatan dana ini berwujud anggaran investasi dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah yang mampu untuk memperluas akses terhadap pelayanan kesehatan dan pemenuhan kecukupan tenaga kesehatan khususnya di daerah sulit.

- **Perubahan kebijakan penanganan dana di BPJS dan APBN/APBD (Pooling the Risk):** Perlu kebijakan yang lebih mengaplikasikan prinsip asuransi kesehatan sosial dalam BPJS; Bagi masyarakat yang menggunakan kelas I dan VIP sebaiknya menggunakan asuransi komersial tanpa ada hubungan dengan dana BPJS; Perlu kebijakan untuk mencegah adverse selection, khususnya bagi masyarakat yang mampu; Perlu kebijakan untuk memisahkan dana yang berasal dari PBI dan non PBI sehingga dapat dilakukan transparansi dan akuntabilitas yang lebih baik. Dengan demikian di dalam BPJS akan ada kompartemen-kompartemen berdasarkan sumber dana dan pengeluarannya. Diharapkan ada pemisahan yang tegas sehingga mencegah terjadinya dana yang masuk dari PBI di BPJS dipergunakan untuk pengeluaran kesehatan bagi masyarakat yang non-PBI mandiri; Perlu mengaktifkan kebijakan Dana Kompensasi untuk daerah-daerah yang belum mempunyai sumber daya kesehatan yang cukup.

- **Perubahan Kebijakan di penyaluran dana BPJS:** Perlu ada kebijakan pembatasan Benefit Package (Paket Manfaat) dan/atau menggunakan iur biaya untuk berbagai pelayanan yang besar biayanya; Perlu ada kebijakan untuk memperbaiki aspek pemberi pelayanan (supply) pelayanan kesehatan terlebih dahulu sebelum menggunakan klaim; Perlu adanya sistem verifikator dan investigator yang lebih baik di pelayanan primer dan rujukan untuk mencegah fraud dan pemborosan dana yang tidak perlu. Untuk mengurangi biaya sumber daya manusia dan pemerataan pelayanan, residen perlu dijadikan pekerja medis dalam pelayanan kesehatan yang didanai oleh BPJS. Dalam jangka pendek diharapkan ada kebijakan pengiriman tenaga medis ke berbagai rumah sakit dan puskesmas yang kekurangan SDM. Disamping itu perlu ada kebijakan sistem pencegahan dan penindakan fraud dalam jaminan kesehatan.

Keywords: Jaminan Kesehatan Nasional, Monitoring kebijakan, Skenario

Bagian 1

A. Latar Belakang

Sumber pembiayaan di Indonesia (2005 – 2011) yang dicatat melalui data NHA 2013 mengalami dinamika yang sangat menarik (Soewondo *et al.*, 2013). Pada kurun waktu ini terjadi peningkatan sumber anggaran dari pajak (General tax revenue financing) dan Pendapatan Negara Bukan Pajak. APBN semakin memberikan dana untuk kesehatan. Pemerintahan Susilo Bambang Yudoyono sedikit banyak memberi perhatian pada pelayanan kesehatan. Terjadi kenaikan secara absolut anggaran kesehatan yang dikelola Kementerian Kesehatan. Akan tetapi akibat meningkatnya APBN secara keseluruhan, persentase anggaran kesehatan dibandingkan dengan keseluruhan APBN justru mengalami penurunan.

Dalam kurun waktu ini, peran serta pemerintah daerah semakin meningkat. Sumber pembiayaan dari pemerintah daerah yang meningkat, banyak digunakan untuk Jaminan Kesehatan daerah. Penelitian di berbagai propinsi menunjukkan bahwa pembiayaan untuk pelayanan kesehatan preventif dan promotif masih rendah (data dari HETS dan Investment Case). Ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa pemerintah daerah menganggap bahwa pelayanan kesehatan preventif dan promotif di primer merupakan tanggung jawab pusat. Akibatnya di berbagai daerah, APBD untuk operasional Puskesmas tidak ada, seperti kasus yang terjadi di 8 kabupaten di Jawa Timur dan NTT (Trisnantoro, 2014).

Sumber anggaran dari Asuransi Kesehatan Sosial (non PBI) juga meningkat. Asuransi Kesehatan Swasta mengalami peningkatan. Pembayaran Sendiri (*Self pay, include user fees*) dalam data NHA digambarkan menurun secara relatif. Dalam usaha meningkatkan mobilisasi sumber dana untuk kesehatan, berbagai kebijakan pemerintah seperti Askeskin, Jamkesmas, dan saat ini BPJS memberikan dampak meningkatkan sumber dana untuk kesehatan.

Dalam situasi pembiayaan kesehatan yang dinamis ini, Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia dimulai sejak 1 Januari tahun 2014. JKN diharapkan secara bertahap menjadi tulang punggung untuk mencapai *Universal Health Coverage* di tahun 2019 sebagaimana diamanatkan Undang Undang. Perubahan sistem pembiayaan untuk mencapai *Universal Coverage* adalah hal yang harus dilakukan pemerintah namun tidak bisa terlepas dari situasi sistem kesehatan yang ada di Indonesia saat ini.

JKN mempunyai tujuan yang terkait keadilan kesehatan. UU SJSN (2014) Pasal 2 menyatakan bahwa kebijakan ini mempunyai tujuan untuk meningkatkan keadilan sosial bagi rakyat Indonesia. Dengan demikian prinsip keadilan harus dipergunakan dalam kebijakan JKN. Namun apakah kebijakan ini akan meningkatkan keadilan pelayanan kesehatan di Indonesia? Jika ya maka kebijakan JKN sudah sesuai dengan UUD 1945. Jika tidak berjalan maka kebijakan JKN dan pelaksanaannya tidak sesuai dengan UUD 1945 dan perlu diajukan perbaikan kebijakan.

Ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis yang sangat bervariasi, menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan kesehatan antara kelompok masyarakat. Sebagai gambaran adalah ketimpangan infrastruktur, fasilitas dan sumber daya manusia (SDM) antara Indonesia bagian barat dan timur: Di daerah kawasan timur jumlah fasilitas dan SDM kesehatan terbatas sehingga PPK. Akibatnya masyarakat di wilayah tersebut tidak memiliki banyak pilihan untuk

berobat. Sementara di wilayah Indonesia bagian barat dengan jumlah PPK yang memadai, masyarakat dapat memanfaatkan layanan yang lebih banyak dan tidak terbatas. Tanpa adanya peningkatan ketersediaan (*supply*) fasilitas dan SDM di Indonesia bagian timur, dana BPJS Kesehatan akan banyak dimanfaatkan di daerah-daerah perkotaan dan wilayah Indonesia Barat.

Akses pelayanan kesehatan juga tergantung pada infrastruktur lain di masyarakat. Tanpa ada perbaikan infrastruktur di pedesaan atau daerah terpencil maka pemerataan pelayanan kesehatan menjadi hal yang sulit dicapai dan tujuan jaminan kesehatan sosial ini menjadi hal yang tidak riil. Pada tahap awal, diduga, yang akan mendaftar menjadi anggota BPJS adalah kelompok yang sakit dan membutuhkan pelayanan kesehatan yang mahal. Disamping itu, kelompok masyarakat menengah atas (kaya) mempunyai kemampuan memanfaatkan portabilitas JKN apabila di daerahnya tidak ada pelayanan kesehatan. Disamping itu, kelompok menengah atas yang menjadi peserta non PBI mandiri dan mendaftar pada paket bulanan Rp 59.500,- (kelas 1) diduga akan cenderung naik kelas ke VIP hanya dengan membayar tambahan sewa kamar atau kekurangan berdasar paket INA CBG.

Selain itu sangat mungkin terjadi ketimpangan manfaat jaminan kesehatan nasional pada tingkat layanan rumahsakit dengan skema INA-CBG sesuai Peraturan Menteri Kesehatan terkait. Ketersediaan penyedia layanan kesehatan sebagaimana dibahas diatas merupakan potensi melebarnya ketimpangan manfaat yang bisa diterima masyarakat di regional I sampai V. Kelompok masyarakat menengah keatas di semua regional mempunyai kemampuan keuangan yang lebih baik untuk membiayai transportasi dan biaya kesempatan lainnya sehingga mereka akan memiliki kesempatan lebih besar untuk memanfaatkan layanan kesehatan sampai pada tingkat rujukan yang tertinggi, yang umumnya berada di regional I sampai III.

Pembiayaan kesehatan secara menyeluruh berhubungan erat dengan strategi kebijakan pembiayaan di luar skema BPJS. Seperti diketahui saat ini anggaran kesehatan pemerintah pusat terbagi atas 3 kelompok besar: (1) anggaran yang berada di BPJS; (2) anggaran yang berada di Kementerian Kesehatan; dan (3) anggaran yang berada di berbagai Kementerian dan badan di luar Kemenkes.

Penggunaan anggaran BPJS tergantung pada klaim yang tidak memperhitungkan alokasi perencanaan. Sementara itu anggaran Kemenkes dan yang lain ditentukan melalui proses perencanaan yang teknokratis dan mempunyai berbagai kriteria dengan landasan ideologi. Artinya kedua jenis alokasi penggunaan anggaran tersebut berbeda pola.

Hal yang menarik adalah anggaran pemerintah pusat dari tahun ke tahun rawan mendapat potongan karena keterbatasan celah fiskal pemerintah. Apabila terjadi pengurangan pendapatan negara, ataupun peningkatan kurs dollar, APBN dapat dipotong dari rencana awal.

B. Permasalahan

Dengan sistem klaim JKN, maka ada berbagai isu penting yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah:

- Apakah masyarakat di daerah dengan ketersediaan fasilitas kesehatan dan SDM dokter dan dokter spesialis yang tidak memadai akan mendapatkan manfaat JKN seperti daerah lain yang lebih baik?

- Apakah akan ada anggaran investasi dari Kementerian Kesehatan dan sumber lain untuk menyeimbangkan ketersediaan fasilitas dan SDM kesehatan di daerah dengan geografis sulit di seluruh wilayah Indonesia.

Dalam hal ini, pembiayaan investasi dan berbagai tindakan medik yang belum tercakup oleh BPJS menjadi tanggung-jawab Kementerian Kesehatan. Pemerintah Daerah diharapkan mengalokasikan investasi lainnya yang belum dicakup oleh pemerintah pusat. Namun apakah harapan ini akan bisa dipenuhi. Apabila terjadi kegagalan penyeimbangan fasilitas dan SDM kesehatan, dikawatirkan tujuan JKN untuk pemberian pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia akan gagal tercapai.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian ini adalah menyusun skenario kemungkinan di masa mendatang dalam pelaksanaan JKN di berbagai propinsi. Penelitian ini merupakan awal dari penelitian monitoring yang akan berjalan dari tahun 2014 sampai dengan 2019.

Bagian 2

A. Landasan Teori

Penelitian ini menggunakan kerangka konsep sistem pembiayaan kesehatan dan penyusunan skenario. Kerangka konsep sistem pembiayaan dipergunakan sebagai dasar untuk melakukan penulisan skenario di masa mendatang.

1. Konsep Sistem Pembiayaan Kesehatan

Kerangka konsep yang digunakan berlandaskan pada penataan tata kelola pemerintahan dan manajemennya. Kerangka konsep ini tersusun atas:

- 1) *Revenue Collection* merupakan pengumpulan dana yang berasal dari pajak yang dilakukan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah serta penerimaan di luar pajak, penerimaan dari premi yang dilakukan oleh masyarakat dengan atau tidak dihubungkan dengan risiko, serta pembayaran langsung untuk pelayanan kesehatan dari masyarakat (*out of pocket*) (Kutzin *et.al*, 2010).
- 2) *Pooling* merupakan mekanisme pengaturan organisasi terhadap risiko *pooling* (*risk pooling*) dan prabayar di suatu lembaga atau badan. Tempat untuk *Pooling* dapat di kementerian kesehatan, organisasi jaminan sosial, asuransi kesehatan swasta sukarela, dan asuransi kesehatan berbasis masyarakat (seperti Jamkesda atau yang lainnya). Dengan demikian tempat *Pooling* ada di APBD dan APBN pemerintah Pusat, *pooling* di BPJS Kesehatan, dan di badan asuransi lain atau swasta (Kutzin *et.al*, 2010).
- 3) *Purchasing* merupakan hal—hal yang berkaitan dengan pembelian atau pengadaan pelayanan untuk diberikan kepada masyarakat. Dalam APBD dan APBN melalui mekanisme penetapan anggaran, pemerintah melakukan pengadaan dan pembelian pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Dalam konteks jaminan kesehatan, *purchasing* meliputi besaran paket manfaat, daftar tarif, kontrak provider, akreditasi, mekanisme pembayaran ke pengguna, mekanisme klaim, sistem pencegahan fraud, dan lain sebagainya. *Purchasing* terkait dengan ketersediaan fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia (Kutzin *et.al*, 2010).

Kerangka konsep ini menjadi dasar untuk menyusun beberapa skenario yang mungkin terjadi di dalam perjalanan kebijakan JKN pada tahun 2014 sampai dengan 2019 dalam kaitannya dengan keadilan geografis dan keadilan sosial-ekonomi.

2. Perencanaan Berbasis Skenario

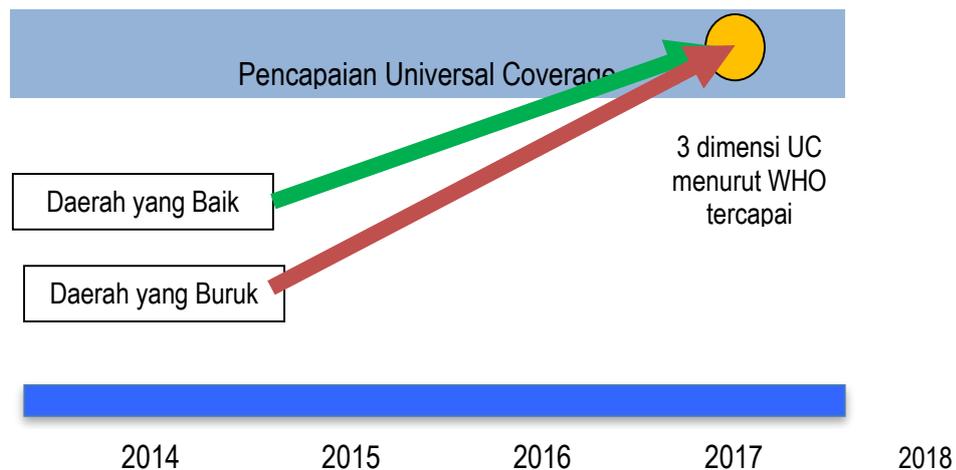
Perencanaan berdasar skenario (*scenario planning*) bukan merupakan kegiatan untuk memilih alternative, akan tetapi lebih untuk memahami bagaimana tiap kemungkinan akan berjalan (England, 1998). Dengan pemahaman ini pemerintah Indonesia dapat mempersiapkan diri untuk menghadapi berbagai kemungkinan di masa mendatang dengan berjalannya Jaminan Kesehatan Nasional. Perencanaan skenario adalah alat bantu pengambil kebijakan untuk melihat kemungkinan ke depan yang penuh ketidak-pastian.

Perencanaan skenario ini layak digunakan oleh pemerintah Indonesia untuk membuat keputusan strategis dalam hal Jaminan Kesehatan Nasional dan apa yang saat

ini oleh pemerintahan baru disebut sebagai Kartu Indonesia Sehat. Berbagai keputusan strategis yang dapat dilakukan dapat berupa perubahan pelaksanaan sistem Jaminan Kesehatan Nasional, ataupun kemungkinan perubahan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, termasuk dalam UU SJSN dan UU BPJS.

Inti perencanaan skenario adalah pengembangan gambaran mengenai kemungkinan – kemungkinan kondisi di masa mendatang dengan diberlakukannya JKN. Hasilnya adalah mengidentifikasi perubahan-perubahan yang mungkin dan implikasinya dalam konteks pencapaian Universal Health Coverage. Perencanaan skenario dilakukan untuk menilai skenario-skenario yang memungkinkan untuk suatu kegiatan : kemungkinan terbaik (optimis), kemungkinan terburuk (pesimis) dan berbagai kemungkinan diantaranya.

Dalam Jaminan Kesehatan Nasional, skenario optimis adalah peta jalan (*Road Map*) yang disusun oleh pemerintah Indonesia. Peta jalan ini menyatakan bahwa di tahun 2019 seluruh warganegara Indonesia akan mendapat jaminan kesehatan. Roadmap ini disebut sebagai skenario optimis karena memperlakukan berbagai asumsi sebagai suatu kepastian yang pasti akan terjadi.



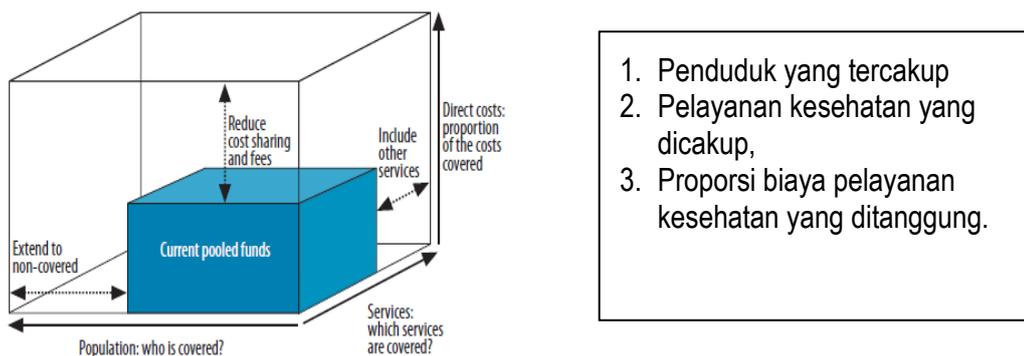
Gambar 1. Skenario Optimis

Dalam skenario optimis ini digambarkan bahwa dalam waktu lima tahun, daerah-daerah yang buruk/tertinggal di Indonesia dapat mengejar ketertinggalannya sehingga dapat mencapai *Universal Coverage* bersama dengan daerah lainnya. Skenario ini didasarkan atas beberapa asumsi diantaranya: ketersediaan rumahsakit dan pelayanan kesehatan lainnya; ketersediaan SDM kesehatan dapat merata; pemerintah pusat dan daerah mempunyai dana investasi untuk penyeimbangan, dan tidak adanya fraud di sistem jaminan kesehatan. Oleh karena itu untuk mencapai tujuan Universal Coverage di tahun 2019 dengan menggunakan Road Map ini ada berbagai asumsi sebagai berikut:

1. Pemerintah berhasil melakukan penambahan SDM kesehatan di daerah yang secara geografis sulit. Dengan demikian terjadi pemerataan tenaga kesehatan. Daerah yang baik dan buruk tidak berbeda jauh.

2. Paralel dengan penyediaan tenaga kesehatan, pemerintah berhasil melakukan penambahan fasilitas kesehatan/PPK dan infrastruktur sehingga akses dapat sama antara daerah sulit dan maju;
3. Sebagai salahsatu syarat untuk mendukung penyebaran tenaga dan fasilitas kesehatan, Pemerintah Indonesia mempunyai dana investasi cukup untuk menyeimbangkan fasilitas kesehatan/PPK dan SDM kesehatan. Investasi ini dapat terlihat dari adanya APBN untuk pengembangan RS dan pengiriman tenaga kesehatan ke daerah-daerah, ataupun APBD, dan atau dukungan dana donor.
4. Sistem pendidikan tinggi tenaga kesehatan dan kedokteran mampu diubah untuk mengimbangi permintaan tenaga yang luar biasa akibat adanya kebijakan penyeimbangan;
5. Tidak terjadi fraud terutama di daerah Jawa sehingga terjadi penyerapan tinggi yang tidak efisien.

Sebaliknya, dalam aspek keadilan geografis ada skenario pesimistis jika berbagai asumsi tersebut tidak terjadi. Ketidak tercapaian ini diukur dengan 3 Dimensi pencapaian Universal Coverage dari WHO yaitu:



Gambar 2. Dimensi Universal Health Coverage

Dari ketiga indikator ini, kemungkinan tidak tercapai akibat asumsi yang tidak berjalan adalah:

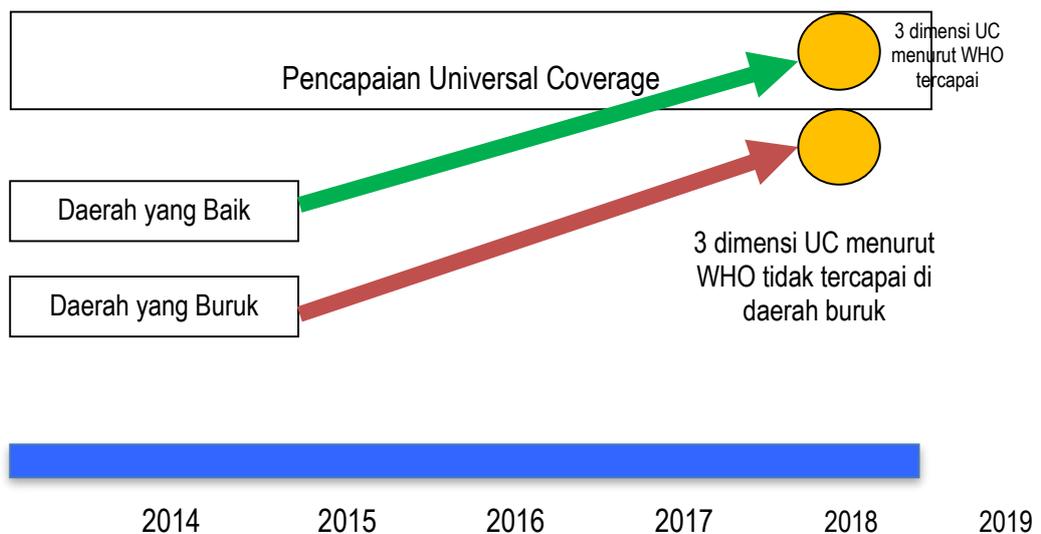
1. Cakupan pelayanan kesehatan apa yang akan ditanggung oleh BPJS (sumbu z)
2. Biaya pelayanan yang ditanggung oleh masyarakat (sumbu Y).

Masyarakat di daerah sulit seperti NTT walaupun tercatat sebagai peserta BPJS (kelompok PBI), akan kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan. Sebagai gambaran, daerah yang tidak mempunyai dokter spesialis bedah ortopedi/tulan (seperti kasus di NTT yang tidak mempunyai dokter spesialis bedah ortopedi), pasti tidak dapat mendapatkan pelayanan bedah ortopedi sesuai dengan standar. Sementara itu untuk masyarakat DKI yang mempunyai lebih dari 125 dokter bedah ortopedi dengan mudah akan mendapat akses pelayanan dari bedah ortopedi biasa sampai yang ke rumit. Perbedaan pemanfaatan ini timbul karena berbedanya distribusi tenaga dokter spesialis ortopedi.

Prinsip portabilitas yang dipakai BPJS akan sulit dilakukan karena efeknya hanya menguntungkan masyarakat kaya yang dapat membiayai biaya transportasi, biaya

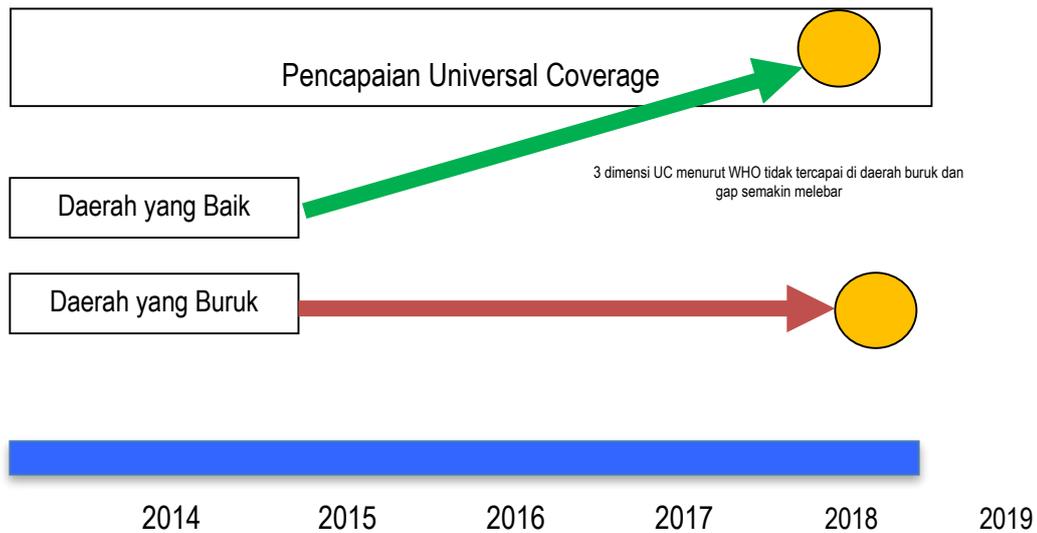
akomodasi, dan tidak ada batas budaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di tempat lain.

Berdasarkan indikator UHC WHO, skenario pesimis menyatakan bahwa ada kemungkinan terjadi berbagai hal sebagai berikut yang dapat digambarkan dalam grafis. Kemungkinan pertama adalah daerah yang baik seperti DIY dan yang buruk seperti NTT dapat meningkatkan jumlah tenaga dan fasilitas kesehatan secara sama. Namun di akhir tahun 2019, situasi pencapaian UC dengan 3 indikator tersebut masih berbeda. Tetap ada kesenjangan antar daerah (Lihat Grafis).



Gambar 3. Skenario Pesimis (Kemungkinan Baik)

Dalam skenario lain ada situasi yang mungkin terjadi dengan predikat pemburukan, Dalam konteks keadilan geografis maka daerah yang buruk selama lima tahun kedepan tidak mampu untuk mengejar ketinggalan dengan daerah yang baik. Pengembangan di NTT tidak berjalan baik (tetap stagnan) atau berkembang tapi tidak secepat yang ada di daerah yang baik. Akibatnya jurang pemisah antara daerah yang baik dan buruk justru semakin besar (skenario pesimis buruk). Hal ini yang disebut sebagai pemburukan keadilan geografis.



Gambar 4. Skenario Pesimis (terburuk)

B. Pertanyaan Penelitian

Dengan latar belakang situasi di Indonesia serta kemungkinan terjadi situasi yang tidak diharapkan di masa mendatang, ada beberapa pertanyaan yang diajukan dalam penelitian monitoring ini. Pertanyaan-pertanyaan ini akan dijawab dengan secara time-series melalui berbagai pengamatan yang dimulai pada bulan Mei 2014.

1. Bagaimanakan situasi sistem pembiayaan kesehatan dengan diberlakukannya JKN?
2. Bagaimana distribusi dokter dan dokter spesialis di Indonesia saat ini?
3. Apakah peta jalan (*Road Map*) akan tercapai ataukah ada situasi di luar peta jalan sebagai skenario lain?

Analisis kebijakan:

Secara lebih rinci, pertanyaan kritis yang terkait dengan kebijakan JKN adalah:

1. Apakah masyarakat di daerah dengan ketersediaan fasilitas kesehatan dan SDM dokter dan dokter spesialis yang belum memadai akan mendapatkan manfaat JKN seperti daerah lain yang lebih baik?;
2. Dalam kondisi Indonesia yang sangat bervariasi apakah JKN yang mempunyai ciri sentralistik dengan peraturan yang relatif seragam dapat mencapai tujuan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia?;
3. Apakah dana pemerintah yang dianggarkan untuk Penerima Bantuan Iuran (PBI) dapat mencapai sasarannya.

Apa saja saran untuk perbaikan kebijakan JKN?

Bagian 3

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian multi-center di 10 Propinsi dan di Pusat. Data yang dipergunakan adalah:

1. Data sekunder mengenai perkembangan pembiayaan kesehatan di pemerintah pusat dari berbagai sumber.
2. Data mengenai penyebaran tenaga kesehatan yang berada di di Kementerian Kesehatan dan KKI.
3. Data mengenai penyebaran fasilitas kesehatan di Kementerian Kesehatan.
4. Data pengamatan/observasi di 12 provinsi yang dilakukan oleh peneliti.

Data ini dipergunakan sebagai bahan untuk melakukan penulisan skenario.

Cara menulis skenario adalah:

1. Setiap penulis di propinsi menganalisis situasi sumber daya dokter dan dokter spesialis, serta fasilitas kesehatan;
2. Dalam analisis ini dilihat posisinya dalam perbandingan nasional, dengan melihat pada jumlah dokter dan dokter spesialis, serta fasilitas kesehatan.
3. Para penulis di propinsi menarik makna, apakah propinsinya merupakan daerah yang baik atau buruk, atau baik di beberapa kabupaten/kota dan buruk di tempat lainnya.
4. Para penulis melakukan observasi terhadap pengembangan fasilitas kesehatan dan penambahan SDM
5. Para penulis melakukan proyeksi ke depan untuk memperkirakan apakah propinsinya dapat mencapai Universal Coverage di tahun 2019 atau belum dapat mencapainya.

Dari skenario ini kemudian dilakukan analisis kebijakan secara nasional untuk memperkirakan pencapaian Universal Coverage di tahun 2019.

Setelah melakukan analisis kebijakan akan dilakukan:

1. Rekomendasi Kebijakan.

Tujuan:

- Mengembangkan kesadaran akan kemungkinan terjadinya skenario terburuk
 - Menganalisis dampak dari skenario yang tidak diharapkan;
 - Untuk menghindarkan diri dari risiko terburuk yang mungkin terjadi.
2. Monitoring pencapaian di tahun 2015. Data yang sama akan diambil pada awal tahun 2015 untuk melihat apakah terjadi perbaikan situasi atau tidak. Monitoring ini juga akan dipergunakan untuk menilai apakah skenario yang ditulis dalam 2014 memang akan berjalan atau tidak. Monitoring kedua akan dilakukan pada bulan Desember 2014. Monitoring ke 3 akan dilakukan pada bulan Juni 2015, Monitoring ke 4 akan dilakukan pada bulan Desember 2015 dan seterusnya.

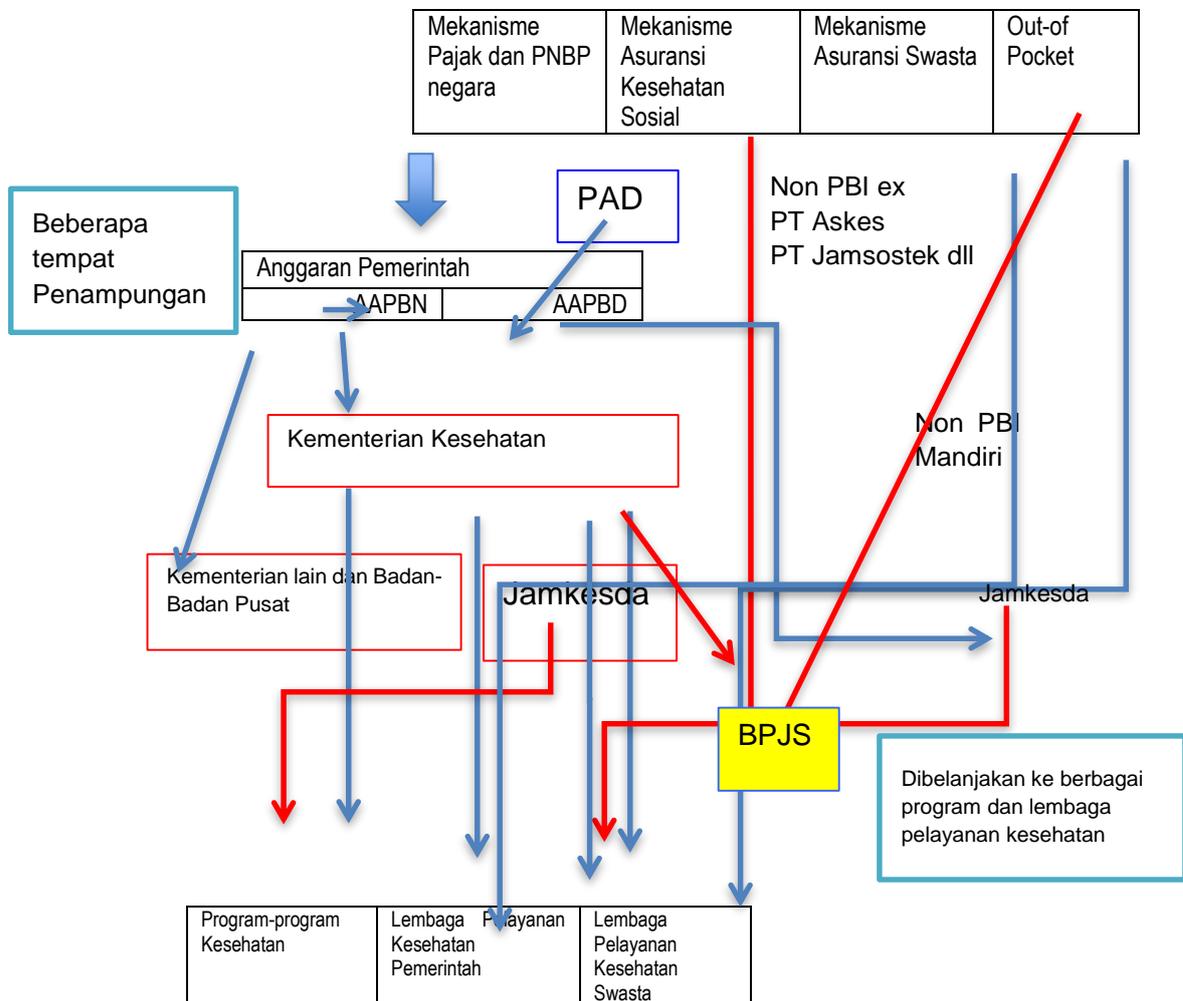
Bagian 4

A. Hasil Penelitian

Penyajian hasil dilakukan dalam dua bagian yaitu: (1) Perubahan dan perkembangan pembiayaan kesehatan sejak 1 Januari 2014; (2) Situasi tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan.

1. Perubahan dan Perkembangan Pembiayaan

Berdasarkan kerangka konsep, setelah adanya BPJS di Januari 2014 terjadi perubahan sistem pembiayaan kesehatan. Perubahan tersebut dianalisis melalui pendekatan Pengumpulan sumber dana; pooling, dan purchasing.



Gambar 5. Alur Sumber Dana Kesehatan

2. Pengumpulan Dana Kesehatan

Pada tahun 2014 terjadi peningkatan sumber dana pemerintah untuk kesehatan di awal tahun 2014 dibandingkan tahun 2013. Ada hal menarik tentang menurunnya dan dari pemerintah untuk sektor kesehatan, khususnya Kementerian Kesehatan. Pada bulan Mei 2014 tepatnya tanggal 19 Mei 2014 Presiden RI mengeluarkan Inpres Nomor 4 tahun 2014. Tujuan dikeluarkan Inpres ini adalah dalam rangka pengendalian dan pengamanan pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara tahun 2014. Instruksi Presiden pada angka satu menyatakan Kementerian/Lembaga melakukan identifikasi secara mandiri (*self blocking*) terhadap program/kegiatan dalam rencana kerja dan anggaran kementerian/lembaga tahun 2014. Hal ini memberi kepastian bahwa yang menentukan pengurangan anggaran adalah kementerian/ lembaga itu sendiri termasuk kementerian kesehatan.

Pengurangan yang dimaksud adalah seperti tertera dalam instruksi nomor 3 yaitu penghematan dan pemotongan dilakukan utamanya terhadap belanja honorarium, perjalanan dinas, biaya rapat/ konsinyering, iklan, pembangunan gedung kantor, pengadaan kendaraan operasional, belanja bantuan sosial, sisa dana lelang atau swakelola, serta anggaran dari kegiatan yang belum terikat kontrak.

Kementerian/Lembaga yang mendapatkan nilai pemotongan anggaran terbesar adalah Kementerian Pekerjaan Umum (PU) sebesar Rp 22,746 triliun dari anggaran Rp 84,148 triliun; b). Kementerian Pertahanan Rp 10,508 triliun dari total anggaran Rp 86,376 triliun; c) Kementerian Perhubungan sebesar Rp 10,150 triliun dari total anggaran Rp 40,370 triliun; d) Kepolisian Negara Republik Indonesia (Polri) Rp 5,780 triliun dari anggaran Rp 44,975 triliun; e) *Kementerian Kesehatan Rp 5,460 triliun dari Rp 46,459 triliun*; f.) Kementerian Pertanian Rp 4,422 triliun dari Rp 15,470 triliun; dan g) Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral (ESDM) Rp 4,399 triliun dari Rp 16,263 triliun. Kementerian/Lembaga yang tidak mengalami pemotongan anggaran adalah: a. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemdikbud) yang memiliki anggaran Rp 80,661 triliun; b. Komisi Pemilihan Umum (KPU) yang memiliki anggaran Rp 15,410 triliun; dan Badan Pengawas Pemilu (Bawaslu) yang memiliki anggaran Rp 3,3261 triliun.

Pada perjalanan waktu, InPres tersebut diikuti dengan APBN Perubahan. Sesuai dengan Keputusan Presiden Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Keputusan Presiden Nomor 29 Tahun 2013 Tentang Rincian Anggaran Belanja Pemerintah Pusat Tahun Anggaran 2014, terdapat hal menarik. Besarnya anggaran Kemenkes setelah APBN Perubahan adalah 47,4 triliun rupiah. Sebelumnya anggaran kemnekes pada APBN 2014 sesuai Keppres Nomor 29 Tahun 2013 Tentang Rincian Anggaran Belanja Pemerintah Pusat Tahun Anggaran 2014 adalah sebesar 46,4 triliun. Rincian anggaran perubahan APBN 2014 untuk anggaran Kemenkes naik dari 46,4 triliun ke 47,4 triliun rupiah. Dengan demikian ada kenaikan 1 triliun.

Berbagai perubahan ini menunjukkan bahwa pengumpulan dana kesehatan dari pemerintah pusat mengalami ketidak stabilan. Kemampuan fiskal pemerintah pusat menjadi sumber masalah ketidak stabilan ini. Terjadi ketidak pastian yang cukup menarik. APBN Perubahan yang dilakukan setelah semester kedua menunjukkan masalah sulitnya penyerapan, terutama untuk penggunaan bagi fasilitas fisik.

Sumber dana dari Masyarakat (non-PBI mandiri):

Sampai Juni 2014 belum ada data yang dapat diteliti. Ada beberapa kasus seperti di Daerah Istimewa Aceh dimana dana yang masuk ke BPJS sebagai dana non-PBI mandiri masih sangat kecil, namun penggunaannya banyak (sumber KPK). Di propinsi tempat penelitian masih sulit mengumpulkan data ini. Akan tetapi dilaporkan secara anekdot, ada berbagai fakta dimana masyarakat menjadi anggota BPJS saat sudah sakit. Hal ini dapat memicu terjadinya adverse selection.

Tempat penampungan anggaran kesehatan.

Dengan adanya kebijakan JKN maka anggaran kesehatan yang berasal dari sumber pemerintah sejak 1 Januari tahun 2014 ditampung (pool) ke dua tempat besar yaitu: (1) pemerintah yang mencakup APBN dan APBD, serta (2) BPJS.

1. APBN Kemenkes sebagai tempat penampungan utama

APBN untuk kesehatan dibagi ke berbagai Kementerian seperti Kemenkes, Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Pendidikan, BKKBN, Badan POM dan berbagai unit pemerintah pusat. Sebagian APBN masuk ke APBD yang dengan penambahan dari PAD menjadi tempat penampungan. Sebagian daerah mempunyai Jamkesda. Di tahun 2014 sebagian dana masuk ke BPJS. Hal ini berdampak bahwa Kemenkes tidak mempunyai kewenangan untuk menetapkan alokasi anggaran. Anggaran di BPJS akan ditetapkan dengan perhitungan kapitasi untuk pelayanan primer dan klaim untuk pelayanan rujukan.

Alokasi anggaran pada fungsi kesehatan tersebut tetap diupayakan untuk pencapaian sasaran yang diharapkan, yaitu:

- 1) Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan ibu, anak dan reproduksi;
- 2) Meningkatnya kualitas penanganan masalah gizi masyarakat;
- 3) Meningkatnya efektifitas pengawasan obat dan makanan dalam rangka keamanan, mutu dan manfaat/khasiat obat dan makanan;
- 4) Meningkatnya penyehatan dan pengawasan kualitas lingkungan;
- 5) Terselenggaranya pendidikan tinggi dan pertumbuhan mutu SDM kesehatan.

Struktur anggaran di Kemenkes sesuai Keppres 25 Tahun 2014 yang menunjukkan rincian anggaran belanja pemerintah pusat tidak terlihat ada yang bertujuan untuk melakukan investasi sarana pelayanan kesehatan di daerah sulit dan tidak ada investasi untuk penyebaran tenaga kesehatan. Investasi sarana pelayanan kesehatan untuk daerah hanya berasal dari dana Tugas Pembantuan dan dana perimbangan yaitu dana DAK Kesehatan dimana ke dua dana ini dalam pelaksanaannya menggunakan Petunjuk Teknis dari Kementerian Kesehatan dalam pelaksanaan di daerah.

Dana Tugas Pembantuan sebagian besar digunakan untuk Program Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dan Program Bina Gizi Kesehatan Ibu dan Anak. Tahun 2014 dana Tugas Pembantuan mengalami penurunan dari tahun 2013 yaitu 49 milyar rupiah.

Dana DAK sebelum APBN ke APBN-P jumlah dana DAK tidak mengalami perubahan yaitu 3,1 triliun rupiah. DAK kesehatan di peruntukkan untuk pembangunan infrastruktur, investasi peralatan, dan pengadaan obat di daerah yang diatur secara khusus

melalui Petunjuk Teknis dana DAK. Sedangkan Investasi untuk penyebaran SDM sama sekali tidak terlihat pada daftar rincian belanja pemerintah pusat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kementerian Kesehatan. Dua item program yang bisa ditujukan untuk penyebaran tenaga kesehatan yaitu pada rincian belanja perencanaan dan pemberdayaan SDM kesehatan dan Program Internship perlu dipertanyakan kembali apakah belanja yang dimaksud untuk penyebaran tenaga kesehatan di daerah. Hal ini menarik karena program ini justru terjadi penurunan besaran anggaran dari APBN ke APBN-P 2014 yaitu 120 milyar ke 95,7 milyar untuk program perencanaan SDM. Besarnya anggaran tersebut sangat kecil apabila ditujukan untuk penyebaran tenaga kesehatan ke daerah-daerah di Indonesia.

Bagaimana perkembangan tempat penampungan (pool) di Kementerian lain?

Berdasarkan data dari Kementerian Keuangan terjadi peningkatan dari tahun ke tahun. Sebagian besar ada di berbagai Kementerian yang dalam konteks determinan sosial kesehatan berperan dalam program pencegahan dan promosi kesehatan. Tahun 2014 ini belum ada data yang dikeluarkan dari Kementerian Keuangan mengenai alokasi dana sector kesehatan ke Kementerian di luar Kementerian Kesehatan.

Bagaimana perkembangan BPJS sebagai tempat penampungan?

Khusus untuk BPJS sebagai tempat pool yang terkait dengan risiko sakit, maka ada berbagai sumber pemasukan, yang ditargetkan sebesar Rp 38.2 Triliun (BPJS Kesehatan 2014, Pardede 2014). Sumber pendapatan tersebut adalah:

1. Anggaran yang berasal dari APBN melalui Kemenkes untuk Penerima Bantuan Iuran (PBI). Untuk tahun 2014 sebesar Rp 19.93 T (Pardede 2014). Jumlah ini berasal dari dana Jamkesmas sebesar Rp 8.10 Triliun di tahun 2013 yang mengalami peningkatan;
2. Pemasukan dari non PBI yang eks PT Askes Indonesia, PT Jamsostek, Asabri dan lain-lain sebesar lebih kurang 46% dari pemasukan;
3. Non-PBI yang membayar mandiri dengan premi berjenjang: Rp 59.500,- untuk kelas 1 per bulan, Rp 45.500 untuk kelas II, dan Rp 25.500 untuk kelas 1. Target penerimaan di tahun 2014 adalah Rp 104 milyar rupiah.

Sebagai catatan:

- Pendapatan peserta mandiri sampai dengan bulan Maret 2014 adalah sebesar 43,5 miliar dengan target penerimaan dari peserta mandiri adalah 104 miliar. Sementara itu ada cadangan teknis/taktis dari peralihan PT Askes sebesar 5,5 triliun jika diperlukan
- Di dalam monitoring ini, *pooling risk* di BPJS masih belum memberikan gambaran situasi yang positif. Dalam aspek risiko, Kelompok Non-PBI mandiri mempunyai risiko dimana pesertanya adalah masyarakat yang sakit, cenderung sakit, dan berada pada masyarakat kelas menengah ke atas. Hal ini merupakan gejala *Adverse Selection*. Gejala ini sebenarnya berada dalam sistem asuransi kesehatan komersial. Hal ini terjadi karena dalam JKN, BPJS menggunakan mekanisme pembayaran Premi yang mirip dengan asuransi kesehatan komersial. Ada 3 level premi dan kemungkinan untuk naik kelas.
- *Adverse selection* dalam tahun-tahun awal ini perlu mendapat perhatian besar karena ada kemungkinan terjadi kebalikan dari tujuan JKN. Seharusnya orang kaya yang sehat akan mensubsidi orang miskin yang sakit. Akan tetapi ada kemungkinan di dalam

manajemen keuangan BPJS yang terjadi adalah: PBI ada kemungkinan sisa, yang akan dipergunakan untuk menutup kerugian di non-PBI mandiri karena adverse selection.

Purchasing dan Payment

Dari APBN Kemenkes. Dana yang berada di APBN tahun 2014 ini dialokasikan ke berbagai tempat di Indonesia melalui dana dekonsentrasi, dana Tugas Pembantuan, DAK dan juga dana ke UPT-UPT Kemenkes yang ada di daerah. Dasar alokasi ditentukan oleh sistem perencanaan yang diusahakan rasional, walaupun masih belum menggunakan formula yang mencerminkan keadilan. Sebagai gambaran, alokasi BOK (Tugas Pembantuan) di tahun 2014 ini belum dibagi berdasarkan kemampuan fiskal pemerintah daerah. Dengan demikian untuk Propinsi NTT yang mempunyai kemampuan fiskal rendah, mendapat dana alokasi BOK yang sama dengan propinsi Kalimantan Timur.

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Dana sebesar 40 Triliun yang berada dibagikan ke pemberi pelayanan melalui mekanisme yang ditetapkan oleh pemerintah beserta tarifnya. Sebagai pembayar, BPJS mempunyai mekanisme membayar secara:

1. Kapitasi untuk pelayanan kesehatan primer, dan
2. Klaim untuk pelayanan kesehatan rujukan berbasis INA-CBG.

Anggaran kapitasi ditetapkan dengan perencanaan yang mempunyai batas atas sehingga tidak ada kemungkinan melonjak. Sementara itu klaim berbasis INA-CBG untuk pelayanan rujukan tidak mempunyai batas atas. Belum ada regulasi yang memberi batas atas, berapa rupiah sebuah RS dapat melakukan klaim. Gambaran di beberapa RS sampai bulan Juni 2014 ada peningkatan secara signifikan dari bulan ke bulan. Di berbagai daerah terdapat pula laporan anekdotik peningkatan klaim yang tajam. Ada kemungkinan semakin lama para pengelola RS dan dokter memahami teknis klaim sehingga dapat melakukan secara lebih baik. Hal ini dapat menjadi sumber permasalahan yang memperburuk ketidakadilan geografis. Dari perbandingan antara NTT dengan sebuah propinsi yang baik terjadi gap besar. Dapat disebutkan bahwa pembayaran BPJS ke NTT mempunyai keterbatasan pembayaran karena:

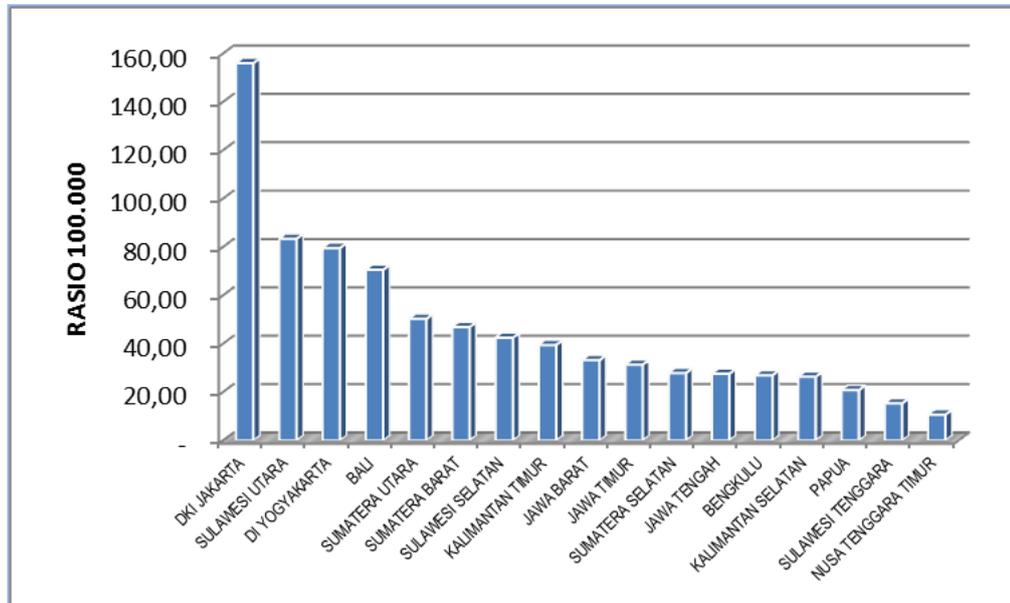
1. Benefit Package terbatas karena keterbatasan jumlah dan jenis SDM kesehatan
2. Penetapan tarif di RS kelas C yang cenderung rendah.
3. Demografi dan geografis yang menyulitkan akses penduduk ke RS.
4. Ketidakmampuan melakukan klaim secara administratif

Dalam monitoring awal terhadap pembayaran BPJS ke RS ada suatu gejala yang dapat ditangkap: Daerah yang mempunyai jumlah penduduk banyak dan padat, SDM kesehatan lengkap, fasilitas yang baik, dan kemampuan melakukan klaim dengan baik akan memperoleh dana BPJS besar. Keadaan ini diperburuk dengan situasi dimana di daerah tersebut terjadi tindakan fraud di pelayanan kesehatan yang dapat meningkatkan klaim BPJS.

Penyebaran dokter dan dokter spesialis dan fasilitas kesehatan

Berdasarkan data sekunder yang dikumpulkan di level propinsi pada bulan April 2014, ini dapat dikelompokkan menjadi 2 bagian: (1) kelompok yang sudah maju dan (2)

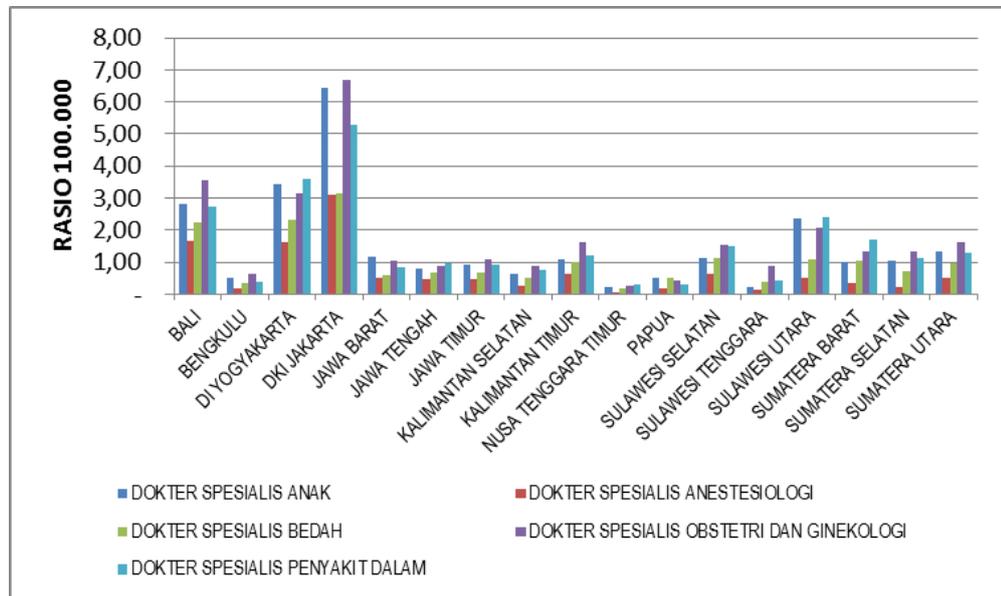
Kelompok yang belum maju. Pembagian ini terutama pada masalah ketersediaan tenaga dokter dan dokter spesialis sebagai tulang punggung. Berikut ini tabulasi data:



Gambar 6. Ketersediaan Dokter Umum

Grafik pada gambar 6 tersebut menggambarkan tentang ketersediaan dokter umum di 14 provinsi di Indonesia, dimana jumlah terbanyak ada pada provinsi DKI Jakarta dengan rasio 155,94 dalam 100.000 penduduk, sedangkan yang terendah pada provinsi Nusa Tenggara Timur dengan rasio 10,63. Jumlah tersebut sangat timpang yang kemudian akan mengakibatkan kesenjangan, dimana semakin banyak dokter umum tersebut maka dimungkinkan banyak juga dokter keluarga yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, dan semakin banyak pula penyerapan kapitasi pada daerah tersebut. Sementara sebaliknya di NTT yang memiliki dokter umum sedikit yang artinya sedikit pula dokter keluarga yang dikontrak untuk melayani pelayanan primer dan dimungkinkan masih terdapat Puskesmas yang belum memiliki dokter.

Distribusi Dokter Spesialis

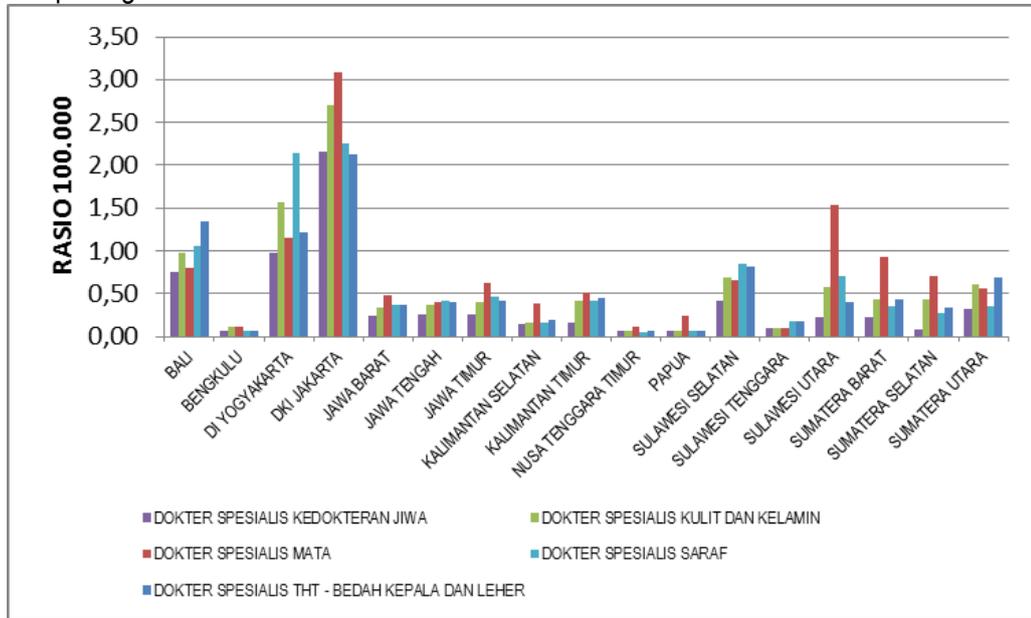


Gambar 7. Ketersediaan Dokter Spesialis Bidang Besar

Gambar 7 menunjukkan jumlah dokter spesialis besar di 14 provinsi, dimana terbanyak di provinsi DKI Jakarta yaitu dokter spesialis obgin sebanyak 644, dokter spesialis bedah 303, dokter spesialis penyakit dalam 508, dokter spesialis anak 617, dokter spesialis anestesiologi 299, sedangkan terendah pada provinsi NTT dengan dokter spesialis obgin 12, dokter spesialis bedah 9, dokter spesialis penyakit dalam 15, dokter spesialis anak 11, dan dokter spesialis anetesi 2. Hal ini mengakibatkan di NTT akan sulit melakukan klaim tindakan yang memerlukan biaya besar yang hanya bisa dilakukan oleh dokter spesialis. Sebagai gambaran prosedur sistem pencernaan yang harus dilakukan oleh dokter spesialis obstetrik dan ginekologi yang mencapai 30 juta, klaim dapat dilakukan oleh rumah sakit yang memang memiliki fasilitas tersebut. Sedangkan NTT akan susah melakukan klaim karena rumah sakit yang memiliki dokter spesialis obgin hanya sedikit dan dimungkinkan terkendala untuk mengaksesnya karena lokasi serta keadaan geografisnya.

Ketersediaan Dokter Spesialis “Minor”

Ketimpangan berbagai dokter spesialis minor seperti mata, kulit dan kelamin dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

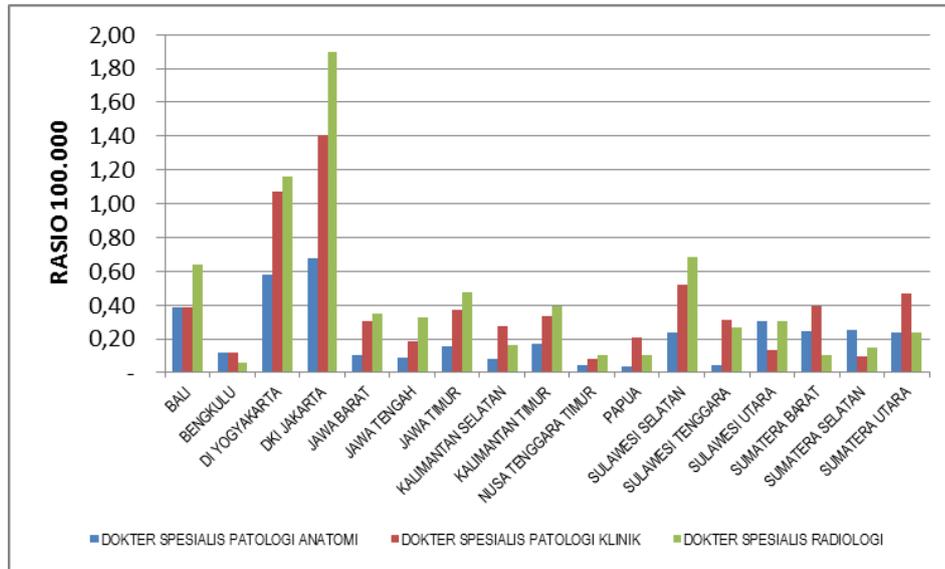


Gambar 8. Ketersediaan Dokter Spesialis Lainnya

Apa artinya? Penyerapan klaim INA-CBGs di berbagai spesialisasi ini akan sangat banyak terjadi di DKI Jakarta dan Yogyakarta yang memiliki jumlah dokter spesialis lebih banyak dibandingkan daerah seperti Bengkulu, NTT, Papua dan Sulawesi Tenggara. Hal tersebut tergambarkan dari grafik di gambar 8. Ketidakmerataan jelas terlihat pada grafik tersebut, karena semakin banyak dokter spesialis yang dimiliki oleh suatu daerah maka semakin banyak pula jumlah klaim yang dilakukan dan didapat. DKI Jakarta memiliki dokter spesialis Jiwa 207, dokter spesialis kulit dan kelamin 259, dokter spesialis mata 296, dokter spesialis saraf 217 dan dokter spesialis THT 205, sedangkan di NTT dokter spesialis jiwa 3, dokter spesialis kulit dan kelamin 3, dokter spesialis mata 5, dokter spesialis saraf 2, dan dokter spesialis THT 3.

Ketersediaan Dokter Spesialis Penunjang

Gambar 9 di bawah ini menunjukkan ketersediaan dokter spesialis penunjang dalam bentuk rasio di 14 provinsi di Indonesia yaitu dokter spesialis patologi anatomi, dokter spesialis patologi klinik, serta dokter spesialis radiologi dalam 100.000 penduduk. Jelas terlihat grafik tertinggi ada pada provinsi DKI Jakarta yakni terdapat dokter spesialis patologi anatomi 65, dokter spesialis radiologi 182, dokter spesialis patologi klinik 135, sedangkan di NTT terlihat sangat minim ketersediaan dokter spesialis tersebut, dimana dokter spesialis patologi anatomi 4, dokter spesialis radiologi 5, dokter spesialis patologi klinik 4.



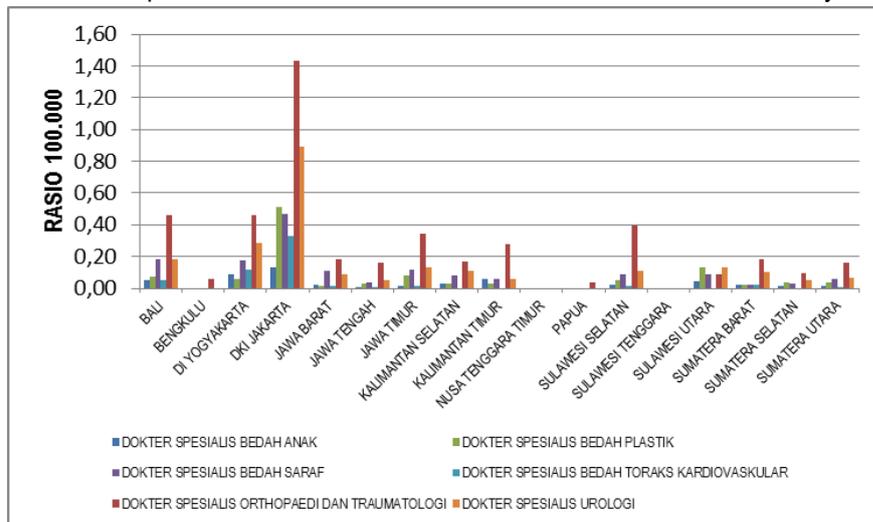
Gambar 9. Ketersediaan Dokter Spesialis Penunjang

Semua provinsi tersebut memiliki namun dengan jumlah yang berbeda. Perbedaan tersebut dapat mengakibatkan jumlah penyerapan klaim yang berbeda juga. Dokter spesialis radiologi di Bengkulu yang rasionya paling kecil yaitu 0,06 dalam 100.000 penduduk akan sangat sedikit melakukan klaim terhadap pemeriksaan penunjang dibandingkan dengan DI Yogyakarta yang memiliki rasio 1,16.

Dokter spesialis penunjang dapat meningkatkan klaim INA-CBG karena berbagai kondisi dapat dideteksi. Keadaan ini akan meningkatkan klaim di daerah-daerah yang mempunyai dokter penunjang.

Ketersediaan Dokter Sub-Spesialis Bedah

Gambar 10 menunjukkan rasio dokter sub-spesialis bedah dari 14 provinsi di Indonesia. Perbedaan sangat terlihat antara DKI Jakarta dan NTT, dimana DKI Jakarta memiliki semua sub-spesialis bedah tersebut, sementara di NTT tidak memilikinya.



Gambar 10. Ketersediaan Dokter Sub-Spesialis Bedah

Ketimpangan dokter sub-spesialis bedah sangat kontras. Di sisi lain kebutuhan sudah berkembang hampir sama. DKI Jakarta melonjak sangat tinggi dengan dokter spesialis bedah anak 13, dokter spesialis bedah saraf 45, dokter spesialis orthopaedi 138, dokter spesialis bedah plastik 49, dokter spesialis bedah toraks kardiovaskular 42, dokter spesialis urologi 86, sementara di NTT tidak memiliki dokter spesialis tersebut. Sebagai gambaran, kecelakaan sepeda motor di NTT semakin meningkat dengan semakin bertambahnya jalan dan jumlah sepeda motor. Dalam konteks kecelakaan lalulintas, dokter spesialis bedah syaraf dan bedah ortopedi sangat dibutuhkan. Namun di NTT masih belum ada, dan jumlah dokter bedah sangat sedikit.

Dalam hal klaim INA-CBG yang mahal seperti bedah transplatasi dan bedah jantung, masyarakat NTT sulit mendapatkannya. Ketidak tersediaan sub-spesialis bedah menjadi hal yang penting. Hal tersebut mengakibatkan NTT tidak dapat mengakses klaim seperti transplantasi ginjal yang mencapai 250 juta, atau kateterisasi jantung yang mencapai 100 juta. Pool yang terkumpul dari NTT tidak terserap secara maksimal.

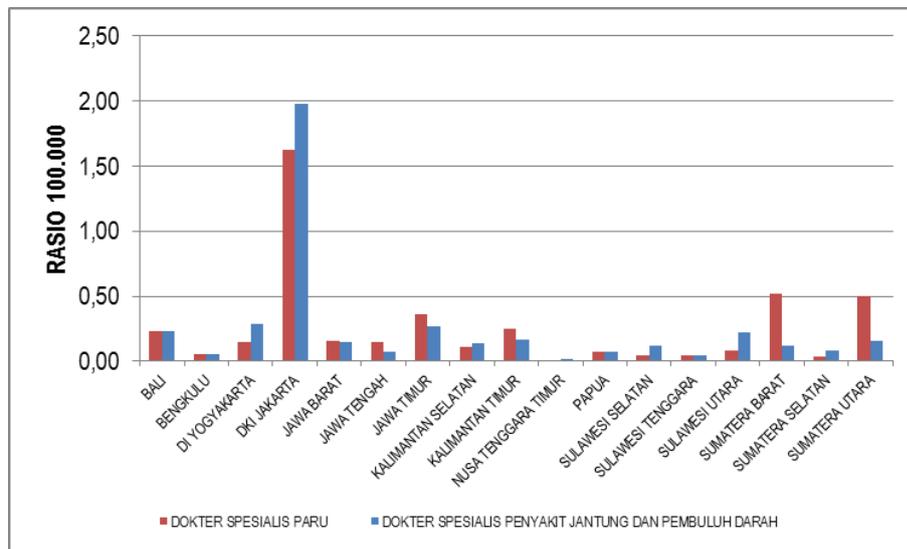
Kebijakan portabilitas yang ada di BPJS hanya memungkinkan masyarakat kaya NTT yang menggunakan. Mengapa? Operasi yang dilakukan di Jakarta ataupun di Surabaya membutuhkan:

1. Biaya transportasi
2. Biaya akomodasi dan konsumsi penunggu
3. dan berbagai hal lainnya.

Biaya-biaya ini tidak dapat ditanggung oleh BPJS dan pemerintah sehingga harus dibebankan ke pasien. Akibatnya hanya masyarakat kaya yang mampu memanfaatkan kebijakan portabilitas dan rujukan BPJS.

Ketersediaan Dokter Sub-Spesialis Penyakit Dalam

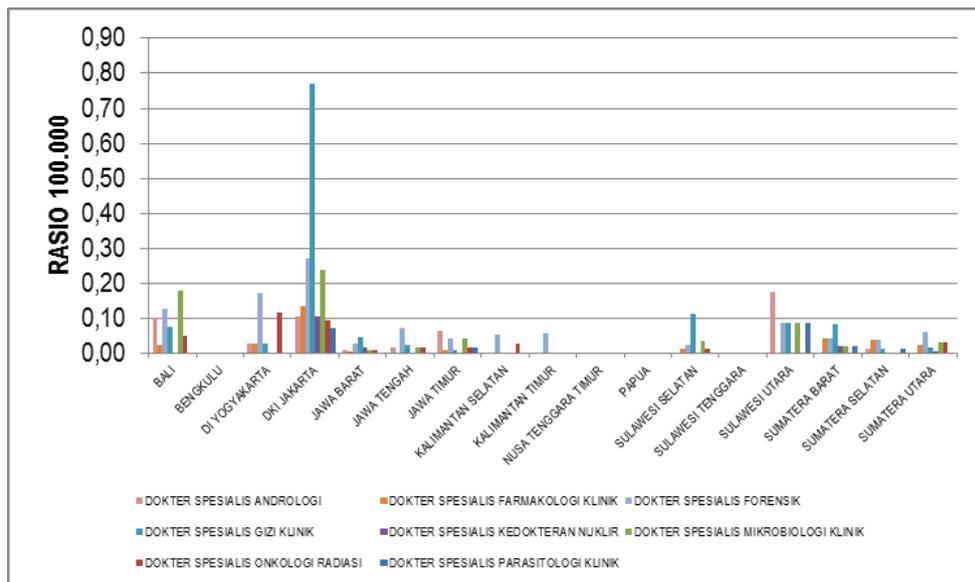
Gambar 6 menunjukkan ketersediaan dokter spesialis penyakit dalam seperti spesialis penyakit jantung dan pembuluh darah, serta spesialis paru. Jumlah tersebut didominasi di DKI Jakarta yaitu dokter spesialis penyakit jantung 190, dokter spesialis paru 156, sehingga penyerapan akan sangat tinggi terjadi karena faktor ketersediaan juga diikuti dengan faktor akses yang mudah untuk dijangkau. Sementara provinsi lain seperti NTT, Sulawesi Tenggara serta Bengkulu yang secara jumlah sangat minim serta akses yang susah untuk menjangkaunya. Jumlah dokter spesialis penyakit jantung di NTT hanya ada 1 dan tidak memiliki dokter spesialis paru. Hal ini dapat mengakibatkan rumah sakit di provinsi tersebut memiliki jumlah klaim jauh lebih rendah dibandingkan DKI Jakarta.



Gambar 11. Ketersediaan Dokter Spesialis Penyakit Dalam

Ketersediaan Dokter Spesialis Lain

Dokter spesialis penunjang seperti spesialis andrologi, forensik, kedokteran nuklir, onkologi radiasi, farmakologi klinik, gizi klinik, mikrobiologi klinik, parasitologi klinik tidak tersedia di provinsi Bengkulu, NTT, Papua, dan Sulawesi Tenggara, sehingga untuk klaim hanya bis dilakukan oleh rumah sakit yang memiliki saja terutama yang berada di pulau Jawa, seperti tergambar dari grafik yang ada di gambar 6. Satu-satunya provinsi yang memiliki spesialis semua itu yakni DKI Jakarta dengan dokter spesialis andrologi 10, dokter spesialis forensik 26, dokter spesialis kedokteran nuklir 10, dokter spesialis onkologi radiasi 9, dokter spesialis farmakologi klinik 13, dokter spesialis gizi klinik 74, dokter spesialis mikrobiologi klinik 23, dan dokter spesialis parasitologi klinik 7.



Gambar 12. Ketersediaan Dokter Spesialis Penunjang Khusus

B. Pembahasan

Pembahasan hasil penelitian ini dilakukan melalui pendekatan penulisan skenario di 12 provinsi yang berhasil melakukannya. Berikut ini diuraikan hasil penulisan skenario di 12 provinsi.

1. Skenario JKN di DKI Jakarta

Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di DKI Jakarta (Susilo et.al, 2014)

Kondisi Saat Ini

Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta dihuni oleh sekitar 10 juta penduduk yang tinggal di 5 Kotamadya dan 1 Kabupaten Administratif. Sebagai ibukota Negara, DKI Jakarta dilengkapi dengan berbagai sarana dan prasarana kesehatan yang menduduki ranking teratas di Indonesia. Sedikitnya terdapat 142 RS berlokasi di Jakarta baik yang dikelola oleh Pemerintah (Kemenkes dan Pemprov DKI Jakarta), BUMN, Swasta, maupun Organisasi Sosial, termasuk beberapa RS yang menjadi rujukan nasional. Seluruh profesi dokter spesialis dan sub-spesialistik tersedia di Jakarta sehingga semua tindakan dapat dilakukan dan dapat diklaim dengan model INA-CBGs. Dengan demikian maka portabilitas BPJS Kesehatan sangat tinggi terjadi di DKI Jakarta.

Namun demikian, kepadatan penduduk mengakibatkan DKI Jakarta masih kekurangan dokter umum dan bidan. Selain itu, Kabupaten Administratif Kepulauan Seribu yang secara geografis terpisah dari kelima wilayah DKI Jakarta lainnya memiliki tantangan tersendiri dalam pelayanan kesehatan. Meskipun telah dilengkapi dengan 1 RSUD dan 9 Puskesmas (1 perawatan dan 8 non perawatan) serta RS Apung untuk melayani pasien dari berbagai pulau, lokasi pulau yang berjauhan menjadi kendala utama bagi penduduk Kepulauan Seribu untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan rujukan.

Pemerintah Provinsi (Pemprov) DKI Jakarta telah mengintegrasikan Kartu Jakarta Sehat (KJS) ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebanyak 3,4 juta (dari 4,7 juta yang ditargetkan) warga miskin dan hampir miskin di DKI Jakarta yang sebelumnya terdaftar sebagai peserta KJS telah didaftarkan menjadi peserta JKN. Pemprov DKI membayar premi Rp. 19.225,- per orang setiap bulan ke BPJS Kesehatan. Premi ini lebih rendah jika dibandingkan dengan premi KJS sebesar Rp. 23.000,- per orang per bulan.

Bagaimana ke depannya?

Pemprov DKI Jakarta saat ini sedang melakukan peningkatan kapasitas RSUD Koja di Jakarta Utara dari 571 menjadi 955 tempat tidur, dan RSUD Budi Asih di Jakarta Timur dari 351 menjadi 506 tempat tidur. Selain itu, Pemprov DKI Jakarta saat ini juga sedang melakukan pembangunan RSUD Pasar Minggu. RSUD kedelapan milik Pemprov DKI Jakarta ini akan berkapasitas 443 tempat tidur dengan kekhususan radioterapi kanker. Dengan peningkatan kapasitas tempat tidur dan fasilitas RSUD milik Pemprov DKI Jakarta, maka mayoritas penduduk Jakarta akan lebih mudah mendapatkan perawatan kesehatan. Dengan demikian *Universal Health Coverage* optimis akan tercapai di DKI Jakarta.

Akan tetapi Pemprov DKI Jakarta perlu segera menyelesaikan tantangan yang dihadapi penduduk di Kabupaten Kepulauan Seribu dalam mendapatkan akses pelayanan

kesehatan yang lebih baik dan berkualitas. Selain itu, penambahan kapasitas dan fasilitas RSUD perlu diimbangi dengan penambahan tenaga medis. Permasalahan fraud juga perlu mendapatkan perhatian serius karena fraud mengakibatkan penggunaan dana yang tidak efisien.

2. Skenario JKN di Daerah Istimewa Yogyakarta

Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di DI Yogyakarta (Trisnantoro, 2014)

Kondisi Saat Ini

Di seluruh tabel data ketersediaan dokter spesialis dan jumlah fasilitas, DIY selalu berada di ranking atas. Keadaan ini menyebabkan RS-RS di DIY dapat melakukan tindakan-tindakan medik yang dapat dibayar melalui klaim INA-CBG. Dokter yang ada sangat lengkap dengan perkembangan yang ditopang oleh Fakultas Kedokteran UGM. Dalam konteks pelayanan spesialis, hampir seluruh pelayanan sudah ada sampai sub-spesialistik. Dengan demikian DIY dapat melakukan hampir semua tindakan yang dapat diklaim dengan model INA-CBG. DIY berpotensi untuk memanfaatkan portabilitas BPJS dari berbagai propinsi. Ada berbagai flight langsung yang masuk dari 14 kota besari di Indonesia. Posisi DIY yang berada di tengah Indonesia sangat mendukung hal ini. Juga portabilitas dari masyarakat Propinsi Jawa Tengah bagian selatan.

Propinsi DIY terdiri dari 4 kabupaten dan 1 kota. Kabupaten yang paling jauh dari ibukota Propinsi DIY adalah Gunung Kidul. Namun sejak 10 tahun ini situasi di Gunung Kidul semakin membaik walaupun masih kekurangan spesialis di beberapa spesialisasi.

Sebagai propinsi yang termasuk Regional I, dana BPJS ada kemungkinan dapat terserap secara tinggi oleh DIY. Dengan demikian dalam konteks Indonesia, DIY merupakan propinsi yang baik. Situasi ini tidak terlepas dari sejarah panjang fasilitas kesehatan di DIY yang sudah dimulai sejak jaman Belanda dan adanya Fakultas Kedokteran UGM. Rumahsakit swasta pertama dibangun oleh misi Belanda lebih dari 100 tahun yang lalu.

Bagaimana ke depannya?

Saat ini dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan di DIY, Puskesmas dan pelayanan primer swasta mudah diakses. Semua Puskesmas sudah ada dokternya. Sementara itu ada berbagai perkembangan baru RS, antara lain:

- Dalam tahap pembangunan fisik: RS Siloam, lokasi di Kota Yogyakarta
- Dalam tahap melengkapi sumber daya manusia: RS Zakat. lokasi di Kabupaten Bantul.
- RS baru dalam tahap pengembangan kegiatan: RS Akademik UGM, lokasi di Kabupaten Sleman

Dalam konteks road map tahun 2019, diproyeksikan bahwa Propinsi DIY dapat mencapai Universal Health Coverage. Masyarakat di semua lapisan ekonomi dapat menikmati pelayanan kesehatan. Di samping melayani penduduk DIY, RS-RS di DIY mempunyai potensi untuk mengembangkan pelayanan bagi penduduk di luarnya dengan kebijakan portabilitasnya. Akan tetapi yang masih belum dapat ditentukan adalah efisiensinya. Sampai saat ini di semua RS di DIY belum ada yang mempunyai sistem pencegahan fraud. Disamping itu pihak penegak hukum belum memahami mengenai

potensi kerugian BPJS dan negara akibat fraud. Dikawatirkan ada dana yang tidak efisien karena terjadi fraud.

3. Skenario JKN di Jawa Barat

Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Barat (Setiawati *et.al*, 2014)

Kondisi Awal

Jawa Barat merupakan daerah yang cukup luas dan padat penduduk. Jawa Barat menduduki 20% dari wilayah Indonesia, oleh karena itu pembangunan di Jawa Barat sangat menentukan keberhasilan pembangunan di Indonesia. Propinsi Jawa Barat terdiri dari 18 Kabupaten dan 9 Kota dengan rentang jumlah penduduk antara satu kabupaten/kota dengan yang lain sangat besar. Jumlah penduduk terendah 180.030 dan terbanyak 4.989.939 jiwa. Kepadatan penduduk per km² pun memiliki rentang yang sangat besar, kepadatan penduduk per km² yang terendah sebesar 691.85 per km² dan terpadat sebesar 14.634,32 per km².

Jumlah puskesmas di Propinsi Jawa Barat 1050 buah sedangkan jumlah dokter praktek mandiri sebanyak 11.415. Baik rasio puskesmas terhadap penduduk, rasio fasilitas pelayanan kesehatan primer terhadap penduduk maupun rasio tempat tidur terhadap penduduk juga menunjukkan rentang yang besar antara satu kabupaten dengan kabupaten lainnya. Kantor BPJS atau perwakilan BPJS tidak terdapat di seluruh kabupaten/kota di wilayah Propinsi Jawa Barat.

Jumlah dokter dan dokter spesialis di Jawa Barat secara absolut cukup banyak. Akan tetapi apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk menjadi kecil.

Bagaimana skenario masa depan Jaminan Kesehatan Nasional di Propinsi Jawa Barat?

Dikarenakan luasnya wilayah Jawa Barat, dalam hal implementasi Jaminan Kesehatan Nasional ini dibagi ke dalam 3 skenario:

1. Skenario Optimis. Skenario ini dapat dicapai oleh daerah-daerah kab/ kota yang ada **di tengah Wilayah Jawa Barat**, dimana karakteristik di wilayah ini dari segi fasilitas dan sumber daya kesehatan dapat mencukupi dalam hal pelayanan kesehatan nantinya. Akses masyarakat ke pelayanan kesehatan pun cukup baik, yang disokong dengan mudahnya transportasi juga kondisi jalan yang cukup baik. Dengan mudahnya akses, hal yang membuat optimis adalah sosialisasi yang cukup baik oleh BPJS, Dinas Kesehatan maupun oleh instansi lain termasuk FK Unpad- RSHS.
2. Skenario Pesimis (Dengan kemungkinan masih dapat tercapai). Skenario ini dapat dicapai di daerah-daerah **Jawa Barat di Bagian Utara**, dimana SDM kesehatan menyebar cukup di daerah ini, walaupun masih ada beberapa yang kekurangan. Hal yang mendukung pula adalah akses terhadap pelayanan kesehatan. Walaupun cukup variatif, masih ada yang sulit di jangkau. Sarana pelayanan kesehatan sudah ada, namun masih kurang.
3. Skenario Pesimis (Kemungkinan paling buruk). Skenario terburuk ini besar kemungkinan ada di daerah-daerah di Jawa Barat bagian Selatan, dimana penyebaran SDM kesehatan dan fasilitas kesehatan yang sangat minim.

Akses kebanyakan daerah di Jawa Barat selatan ini sangat sulit untuk dijangkau. Selain sarana jalan yang belum memadai, transportasi yang digunakan pula sangat minim. Banyak daerah yang tidak dapat dijangkau oleh roda 4, geografis yang sulit menjadikan daerah-daerah di Jawa Barat bagian selatan ini kurang berkembang. Apabila di daerah yang pesimis tidak dilakukan perbaikan dalam penambahan fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia, Propinsi Jawa Barat sulit untuk mencapai Universal Health Coverage bagi semua penduduk.

4. Skenario JKN di Jawa Tengah

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Tengah (Sutisna *et.al*, 2014)

Kondisi Saat Ini

Provinsi Jawa Tengah memiliki luas wilayah sebesar 32.544,12 km², terdiri atas 29 kabupaten, 6 kota, 573 kecamatan, 8.576 desa/ kelurahan. Jumlah penduduk (2012) sebesar 33.270.207 orang. Kepadatan penduduk 1023 orang/ km², dengan kabupaten/kota terpadat 11.573 orang/ km², dan terjarang 472 orang/ km².

Jumlah puskesmas di Jawa Tengah sebanyak 873 buah. Rasio puskesmas per penduduk 1 puskesmas/ 38.113 penduduk. Menurut standar WHO, rasio puskesmas per penduduk diharapkan 1 puskesmas/ 30.000 penduduk.

Menurut standar WHO diharapkan 1 tempat tidur rumah sakit untuk 1000 penduduk. Di Indonesia tahun 2012, 0,9 tempat tidur rumah sakit per 1.000 penduduk (World Bank, 2012). Di Jawa Tengah tahun 2012 tersedia 1,08 tempat tidur rumah sakit untuk 1.000 penduduk.

Bed Occupancy Ratio (BOR) yang optimal diharapkan antara 60 – 85 %. Di Jawa Tengah tahun 2012 rata-rata BOR adalah 59,1% dengan kisaran yang sangat lebar, yaitu BOR 0% di sejumlah rumah sakit kabupaten Blora (RS Dr. R Soeprapto Cepu, RS Wira Husada Rumkitban, RS PKU Muhammadiyah Cepu, dan RS PKU Muhammadiyah Blora), dan RSA Astrini Wonogiri, hingga 273% di RSUD Dr. H Soewondo Kendal.

Jumlah dokter praktek mandiri di Jawa Tengah sebanyak 8.004 orang, terdiri atas 4.367 dokter umum, 1.100 dokter gigi, dan 2.537 dokter spesialis. Jadi rasio dokter umum per penduduk di Jawa Tengah adalah 14 dokter umum per 100.000 penduduk. Rasio ini di bawah standar WHO yaitu diharapkan 40 dokter umum per 100.000 penduduk.

Provinsi Jawa Tengah memiliki 3 skenario dalam pencapaian Universal Health Coverage, yakni :

1. Skenario Optimis (Seluruh Target Universal Coverage 2019 Tercapai). Skenario ini dapat dicapai oleh daerah-daerah kabupaten/kota yang ada **di tengah dan Timur-Selatan wilayah Jawa Tengah** (dekat dengan kantor BPJS dan PPK), karakteristik di wilayah ini dari segi fasilitas, SDM, dan akses pelayanan kesehatan dapat mencukupi dan menjangkau ke depannya, dikarenakan mudahnya akses masyarakat ke pelayanan kesehatan dengan didukung mudahnya transportasi, kondisi jalan cukup baik. Sehingga membuat optimis diadakannya sosialisasi yang baik oleh BPJS, Dinas Kesehatan Jateng maupun oleh instansi lain termasuk FK UGM, FK UNS, RSDM. SDM kesehatan seperti kompetensi tenaga kesehatan,

- sistem manajemen informasi yang ada di RSDM sangat mendukung untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang menjadi peserta BPJS.
2. Skenario Optimis (Sebagian Besar Target Universal Coverage 2019 Tercapai). Skenario ini dapat dicapai di daerah-daerah **di Jawa Tengah bagian Timur-Selatan** (Klaten, Surakarta), dimana SDM kesehatan menyebar luas di daerah ini dan akses terhadap pelayanan kesehatan mudah dijangkau. Sarana pendukung pelayanan kesehatan sudah ada seperti ambulans dan *home care* yang berada di RSDM, namun ada beberapa hal yang kurang misalnya pada ketersediaan formulir yang tercover oleh BPJS dan antrian yang menumpuk dibagian pendaftaran. Hal ini dikarenakan RSDM merasa masih bimbang (bingung) dengan penetapan formulir yang tidak tercover oleh BPJS.
 3. Skenario Pesimis (Sebagian Besar Target Universal Coverage 2019 Tidak Tercapai). Skenario ini dimungkinkan untuk daerah-daerah **di Jawa Tengah bagian selatan dan utara**, penyebaran SDM kesehatan dan fasilitas kesehatan kurang. Akses ke banyak daerah di bagian selatan dan utara, sangat sulit dijangkau. Sarana jalan belum memadai, transportasi yang digunakan sangat minim misalnya banyak daerah yang tidak dapat dijangkau oleh roda 4, geografis yang sulit menjadikan daerah-daerah di bagian selatan dan utara sulit berkembang. Belum adanya pemerataan SDM kesehatan dikarenakan medan tidak bagus sehingga jarang tenaga kesehatan berminat ditempatkan di medan sulit. Selain itu, RSDM menilai bahwa tarif jasa pelayanan medik tidak mendekati biaya riil yang ada di RS sehingga banyak protes dari pemberi layanan, hal tersebut dimungkinkan kinerja pemberi layanan kesehatan semakin menurun (merasa merugi).

5. Skenario JKN di Jawa Timur

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur (Suharnanik, 2014)

Kondisi Saat Ini

Jawa Timur merupakan propinsi bagian timur dan propinsi terluas diantara 6 propinsi lain di Pulau Jawa, yaitu 47.922 km², yang memiliki 38 kabupaten dan 637 kecamatan dengan jumlah penduduk 37.476.757 (BPS, 2010). Jawa Timur memiliki kepulauan terpencil yaitu pulau Sumenep dan pulau Bawean. Kontribusi Jawa Timur terhadap Produk Domestik Bruto Nasional adalah 14,85%. Di Jawa Timur hanya terdapat 10 kantor cabang BPJS, yang menunjukkan ketimpangan akses masyarakat propinsi khususnya di daerah terpencil. Jumlah dana yang dikeluarkan APBD I propinsi Jawa Timur adalah 55 M untuk tahun 2013 dan tidak mengalami kenaikan setelah era JKN, padahal untuk mencapai universal coverage dibutuhkan dana yang memadai. Masyarakat miskin yang mendapatkan anggaran dari program JKN hanya 14 juta, dari total 15 juta yang seharusnya.

Terdapat 960 Puskesmas di Jawa Timur, yang terdiri dari 504 Puskesmas perawatan dan 456 Puskesmas non perawatan. Masih terdapat 19 puskesmas yang tidak memiliki dokter dan 200 lebih puskesmas yang tidak memiliki dokter gigi. Jawa Timur berada di posisi ke 7 dalam hal ketersediaan dokter umum, yaitu dengan rasio 31,26. Sedangkan dalam hal ketersediaan dokter spesialis, berada di posisi ke 6 dengan rasio 9,05. Jawa Timur memiliki 6 rumah sakit tipe A, namun persebarannya semuanya di Kota Surabaya dan

Malang. Terdapat 36 rumah sakit tipe B, namun dari sisi rasio terhadap jumlah penduduk ini hanya 0,1, sehingga bisa dikatakan kurang/tidak mencukupi. Terdapat 88 rumah sakit tipe C atau hanya 0,26 yang juga berarti kurang/tidak mencukupi. Dengan demikian disimpulkan bahwa jumlah maupun distribusi fasilitas kesehatan di propinsi ini masih kurang memadai. Pada tahun 2014, belum ada rencana mendirikan rumah sakit dari dana APBD I.

Dengan melihat jumlah dan distribusi tenaga dan fasilitas kesehatan di Jawa Timur, dapat disimpulkan bahwa dalam menghadapi era JKN, posisi Jawa Timur adalah pesimis ringan. Kesimpulan ini diambil karena tidak adanya rencana pembangunan rumah sakit baru, dana yang tetap seperti sebelum JKN dan belum tercakupnya masyarakat miskin dalam PBI.

6. Skenario JKN di Sumatera Barat

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Sumatera Barat (Symond *et.al*, 2014)

Kondisi Saat Ini

Provinsi Sumatera Barat mempunyai luas wilayah 42.297,3 km² yang secara administratif pemerintahan, terdiri 7 kota dan 12 kabupaten, 157 kecamatan dengan 766 Nagari/kelurahan dimana 3 kabupaten diantaranya adalah hasil pemekaran wilayah dalam 10 tahun terakhir yaitu Kab. Dharmasraya, Kab. Solok Selatan dan Kab. Pasaman Barat. Secara geografis sebagian besar kabupaten-kota di provinsi ini berada di dataran tinggi pegunungan Bukit Barisan, hanya 3 kabupaten dan 2 kota yang berada di daerah pesisir pantai, dengan penduduk 5.106.829 jiwa (BPS 2010). Dari 12 Kabupaten tersebut 6 diantaranya masih dikategorikan Kabupaten tertinggal.

Disamping itu, Kabupaten Kepulauan Mentawai merupakan kabupaten yang amat berbeda dengan 19 kab/kota lainnya. Kabupaten ini terdiri dari 4 pulau besar dan beberapa pulau-pulau kecil yang berada di Samudera Hindia sekitar 80 mil dari garis pantai Sumatera Barat. Penduduk di Kabupaten Mentawai ini dihuni oleh 90% penduduk asli yang secara kultural sangat berbeda dengan penduduk Provinsi Sumatera Barat yang sebagian besar suku Minangkabau.

Kondisi Sarana dan prasarana kesehatan sampai dengan tahun 2012 menunjukkan bahwa Puskesmas yang beroperasi sebanyak 262 unit Puskesmas (92 unit Puskesmas rawatan, 170 unit Puskesmas non rawatan). Puskesmas pembantu sebanyak 907 unit, Puskesmas keliling 259 unit, polindes 1.761. dan Posyandu 7.230 unit. Untuk sarana pelayanan kesehatan rujukan saat ini Sumatera Barat memiliki 64 Rumah Sakit dimana RSUP M.Djamil merupakan rumah sakit rujukan tertinggi di Sumatera Barat dengan tipe B. Rumah Sakit lainnya merupakan 4 RS dengan tipe B dan 15 RS tipe C serta RS. TNI/POLRI 4 unit dan 1 RS belum memiliki tipe. Rumah Sakit Swasta sebanyak 38 unit meliputi 24 unit Rumah Sakit Umum dan 14 unit Rumah Sakit Khusus. Peningkatan sarana dan prasarana Rumah Sakit Daerah dalam penganggaran tahun 2014 pemerintah Kabupaten/Kota dilakukan dengan pembelian alat kesehatan secara terbatas dan penambahan ruangan rawat.

Tenaga dokter di tingkat pelayanan kesehatan dasar dan dokter spesialis di pelayanan kesehatan rujukan di RSUP dan RSUD Kab/Kota Provinsi Sumatera Barat sampai tahun 2013 sudah memadai. Hal ini terlihat dari rasio dokter umum di Sumbang pada tahun 2013 adalah 46,0 per 100.000 penduduk dengan target indikator Indonesia Sehat

rasio dokter umum 40 per 100.000 penduduk, artinya Sumatera Barat sudah dapat mencapai target. Tidak hanya itu rasio dokter gigi di Sumatera Barat juga sudah mencapai target yang telah ditentukan 11,3 per 100.000 penduduk, dengan target 11 dokter gigi per 100.000 penduduk.

Permasalahan tenaga kesehatan baik medis maupun paramedis yang di Sumatera Barat pada tahun 2014 adalah ketersediaan dokter umum di Puskesmas yang belum merata sehingga terlihat proporsi yang tidak seimbang untuk masing-masing Kabupaten/Kota. Untuk tenaga dokter umum Puskesmas di 7 Kota sudah mencukupi jumlahnya sedangkan untuk dokter umum di Puskesmas 12 Kabupaten masih kurang. Begitu Begitupula dengan pemerataan dokter spesialis di Rumah Sakit tingkat Kabupaten/Kota masih terjadi ketimpangan.

Pelaksanaan JKN pada layanan kesehatan primer dan layanan rujukan di tingkat Rumah Sakit telah berjalan sejak 1 Januari 2014. Dalam pelaksanaannya kedepan agar skenario optimis yang diharapkan tercapai pada tahun 2019 maka di 19 Kabupaten Kota dengan permasalahan ketersediaan tenaga dokter umum di Puskesmas untuk pelayanan Kesehatan Dasar serta dokter spesialis di tingkat Rumah Sakit Rujukan yang belum merata maka pelaksanaan program JKN harus dilaksanakan dengan koordinasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Propinsi dengan upaya (1) melakukan penempatan dokter umum pada Puskesmas yang tidak ada dokternya dan begitu juga menempatkan dokter spesialis yang telah selesai pendidikan di Rumah Sakit Umum yang telah direncanakan sebelumnya (2) Memprioritaskan pembangunan di kabupaten tertinggal dengan upaya-upaya memenuhi tenaga kesehatan dan melakukan pemberdayaan masyarakat. Bilamana komitmen bersama antara Dinas Kesehatan Propinsi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta BPJS Kesehatan dapat terlaksana serta monitoring dan evaluasi secara terus menerus maka skenario optimis di Sumatera Barat dapat tercapai pada tahun 2019.

7. Skenario JKN di Sumatera Selatan

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Sumatera Selatan (Ainy, 2014)

Kondisi Saat Ini

Dalam konteks road map tahun 2019, diproyeksikan bahwa Provinsi Sumatera Selatan mampu mencapai Universal Health Coverage. Hal ini didukung oleh sudah terpenuhinya fasilitas kesehatan di Provinsi Sumatera Selatan, terdapat 55 RS yang terdiri dari Rumah Sakit umum dan Khusus tipe A yang ada di Provinsi, Tipe B dan C ada di Kabupaten/Kota baik milik pemerintah maupun swasta dengan kelas perawatan dari kelas III sampai dengan VVIP. Kondisi ini memungkinkan masyarakat untuk memperoleh layanan kesehatan dengan baik melalui sistem rujukan dan kemudahan dalam akses, seperti pada 2 kabupaten pemekaran yang walaupun masih terbatas pada pelayanan tingkat dasar seperti Puskesmas tetap dapat mengakses Rumah Sakit induk karena tidak ada kendala dalam transportasi. Kemudahan akses ini juga ditunjukkan dengan utilisasi layanan kesehatan pada Januari-Maret 2014 yang menunjukkan kunjungan di PPK I sebanyak 117.083 kunjungan, di RS baik rawat jalan dan rawat inap tercatat pada RS tipe D: 10.645, RS tipe C: 2.431, RS tipe B: 20.243, RS tipe A: 15.047.

Untuk ketersediaan dokter Provinsi Sumatera Selatan menduduki urutan ke -8 dari 14 Provinsi menurut data BPS 2010 sehingga menunjukkan sudah meratanya distribusi dokter, baik di pelayanan dasar dan rumah sakit walaupun untuk dokter gigi masih menduduki urutan 3 terbawah. Sehingga pemenuhan layanan kesehatan bagi masyarakat sudah dapat berjalan dengan baik. Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya pun telah memberikan kontribusi dalam menghasilkan lulusan tenaga dokter bagi fasilitas layanan kesehatan.

Komitmen Pemerintah daerah di Sumatera Selatan dalam memberikan dukungan terhadap peningkatan akses layanan kesehatan bagi penduduknya melalui Program Jamsoskes Sumsel Semesta yang diselenggarakan mulai Januari 2009 dan berjalan sampai saat ini. Hal tersebut telah menjadi bukti bahwa pemerintah provinsi dan kabupaten/kota memiliki komitmen untuk pencapaian Universal Health Coverage.

8. Skenario JKN di Sulawesi Selatan

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Sulawesi Selatan (Anggraeni, 2014)

Kondisi Saat Ini

Provinsi Sulawesi Selatan merupakan salah satu yang optimis dapat mencapai road map pencapaian universal health coverage pada tahun 2019 karena masyarakat di semua lapisan ekonomi sudah dapat menikmati pelayanan kesehatan. Hal ini didukung dengan kecukupan fasilitas kesehatan khusus untuk Kota Makassar dengan adanya 46 buah puskesmas dan ketersediaan dokter keluarga untuk PPK 1 di daerah perkotaan dengan kemudahan akses. Untuk perkembangan RS baru terdapat RS Pendidikan Universitas Islam Alauddin Makassar dan RS Pendidikan Universitas Muhammadiyah Makassar yang saat ini dalam tahap pembangunan fisik. Selain itu terdapat RS Wahidin Sudirohusodo yang berlokasi di Kota Makassar sejak tahun 2010 merupakan Rumah Sakit tipe A pusat rujukan Indonesia bagian timur. Tenaga kesehatan sampai dengan pelayanan subspecialis sudah dapat dilayani di RS tersebut dengan fasilitas kesehatan yang sangat lengkap dan didukung oleh Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin dan RS Pendidikan Universitas Hasanudin. Begitupula RSUD sudah dapat melayani pelayanan kesehatan dalam JKN dengan baik. Tinjauan dari kepesertaan JKN dapat dikatakan pendaftar mandiri secara pengamatan langsung di kantor BPJS setiap harinya sangat banyak yang mendaftarkan diri namun hal ini belum dapat dikaji lebih lanjut berdasarkan data karena belum bisa dipenuhi oleh BPJS.

Namun skenario optimis ini dengan catatan bahwa di Sulawesi Selatan yang terdiri dari 20 kabupaten dan 3 kota masih memiliki beberapa permasalahan di sektor kesehatan, seperti letak geografis salah satu kabupaten masih jauh dari kota seperti Kabupaten Selayar dan masih ada dua kabupaten dengan masalah kesehatan berdasarkan data risfaskes, yaitu Kabupaten Luwu dan Kabupaten Jenepontoh sedangkan kabupaten lain masih bermasalah dengan distribusi SDM Kesehatan yang belum merata terutama untuk dokter spesialis. Sehingga UHC yang optimis dapat dicapai Sulawesi Selatan memiliki beberapa syarat, yaitu 1) adanya regulasi yang tegas mengenai kewajiban pemenuhan syarat RS dapat melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan tipe/kelasnya, 2) pemenuhan kecukupan serta pemerataan distribusi tenaga kesehatan di RS harus dapat dipenuhi oleh institusi pendidikan

di Sulawesi Selatan baik negeri maupun swasta , 3) adanya sistem antifraud di PPK serta pengetahuan tentang pencegahan fraud kepada PPK.

9. Skenario JKN di Kalimantan Timur

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Kalimantan Timur (Duma & Bakhtiar, 2014)

Kondisi Saat Ini

Dalam konteks road map tahun 2019, diproyeksikan bahwa Propinsi KALTIM belum dapat mencapai *Universal Health Coverage*. Hal ini disimpulkan karena masalah geografis Kalimantan Timur sehingga hanya masyarakat yang mampu membiayai perjalanan transportasi ke sarana kesehatan terbaik yang dapat menikmati pelayanan kesehatan. Dapat dilihat juga dari seluruh tabel data ketersediaan dokter spesialis dan jumlah fasilitas (tabel 1 dan 2), Kalimantan Timur masih sangat kurang ketersediaan dokter dan fasilitas kesehatannya dibandingkan DIY. Walaupun ketersediaan fasilitas kesehatan mungkin lebih baik dibanding dengan provinsi lain karena Kalimantan Timur mempunyai dua RS tipe A.

Idealnya Rumah Sakit di Kalimantan Timur tidak perlu lagi merujuk pasien ke luar provinsi karena sudah mampu melakukan tindakan-tindakan medik sesuai kompetensi yang dapat dibayar melalui klaim INA-CBG. Sebagai propinsi yang termasuk Regional II, dana BPJS seharusnya dapat terserap secara tinggi oleh Kalimantan Timur.

Secara konteks Indonesia, Kalimantan Timur merupakan propinsi yang baik dan seharusnya optimis dapat mencapai UHC namun situasi ini tidaklah menjamin distribusi fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang merata serta akses yang baik ke pelayanan kesehatan karena kendala geografis (luas wilayah) karena umumnya RS terletak jauh dari ibu kota Propinsi dan hanya kota yang cukup akses ke RS sehingga masalah transportasi menjadi kendala utama. Bahkan walaupun sudah mempunyai Fakultas Kedokteran di Universitas Mulawarman yang sudah meluluskan dokter-dokter umum namun belum juga dapat memenuhi distribusi dokter yang merata.

Bagaimana kedepannya?

Saat ini untuk fasilitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dan pelayanan primer swasta sudah dapat dengan mudah diakses di kota namun sangat sulit di kabupaten Walaupun hampir semua Puskesmas sudah ada dokternya namun fasilitas medis dan obat masih mengalami kendala distribusi karena akses transportasi dan kendala cuaca.

Pemerataan tenaga Dokter umum dokter gigi atau spesialis tahun-tahun ke depan ini sangat memungkinkan terlaksana dengan ditopang oleh Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman yang telah membuka kedokteran umum, kedokteran gigi serta beberapa residen spesialis. Namun hal tersebut sangat ditentukan oleh etiket kesediaan dari pemerintah kabupaten-kota dan provinsi Kalimantan Timur atau pemerintah pusat untuk menetapkan biaya hidup bagi mereka sehingga tidak ada perbedaan kehidupan dokter yang ada di kota dengan yang ada di daerah. Serta adanya semangat pemerintah membangun fasilitas kesehatan seperti direncanakan akan pembangunan RS pratama ke depan ini.

10. Skenario JKN di Bengkulu

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Bengkulu (Yandrizal, 2014)

Provinsi Bengkulu termasuk provinsi yang pesimis akan dapat mencapai UHC pada tahun 2019 sesuai roadmap JKN dengan beberapa pertimbangan. Untuk kepesertaan JKN di Bengkulu sampai dengan 3 bulan pelaksanaan JKN baru sekitar 3000 orang yang mendaftar secara mandiri dan total hanya mencakup kurang lebih 1 juta jiwa dan sekitar 710 jiwa penduduk yang belum tercakup JKN. Akses ke pelayanan kesehatan masih menjadi kendala geografis di Provinsi Bengkulu ke pelayanan kesehatan primer, waktu paling lama dari pemukiman penduduk ke puskesmas 90 sd 120 menit dengan biaya sekali pergi Rp. 200.000,- dengan ojek. Selain itu rasio jumlah penduduk dengan PPK I masih sangat kecil yaitu sebesar 15,56/ 100.000 sehingga masyarakat Bengkulu masih memilih membayar out of pocket saat sudah sakit dibandingkan membayar premi setiap bulan untuk pelayanan kesehatan yang belum pasti dan tidak dapat dijangkau secara akses.

Provinsi Bengkulu yang terdiri dari 1 kota dan 9 kabupaten sesungguhnya sudah dapat memenuhi pelayanan kesehatan rujukannya dengan adanya distribusi RSUD yang merata di setiap kabupaten/kota walaupun tipe tertingginya hanya tipe C. Bahkan di Kota Bengkulu terdapat Rumah Sakit Polri tipe D dan Rumah Sakit DKT tipe D. Rumah Sakit rujukan tertinggi di Bengkulu adalah RSUD. M.Yunus dengan tipe B yang merupakan milik pemerintah provinsi selain RS. Jiwa di Kota Bengkulu. Provinsi Bengkulu juga sudah memiliki 3 RS Swasta dengan tipe kelas D dan 1 RS terapung di Kepulauan Enggano. Namun sayangnya RS Swasta ini sampai saat ini belum bekerjasama dengan BPJS. Tahun 2014 ini sudah direncanakan pembangunan RS. Muhammadiyah Bengkulu serta program penambahan dokter spesialis dengan memberikan biaya pendidikan spesialis sebanyak 84 orang dan rencana ditingkatkan menjadi 120 sampai dengan 140 orang. Namun hal ini tetap mengalami kendala dengan pengalaman bahwa retensi dokter spesialis setelah pendidikan ini masih kecil dan sulitnya mengisi formasi cpns dokter spesialis. Oleh karena itu sampai dengan tahun 2019 pesimis bisa memenuhi kebutuhan dokter ini apalagi bila dibandingkan dengan jumlah dan jenis dokter spesialis an subspecialis yang telah ada di DKI dan DIY.

Harapan Bengkulu

Pemenuhan tenaga dokter spesialis dapat dimaksimalkan dengan memperbaiki regulasi yang ada antara lain : 1) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 53 Tahun 2013 tentang Program Bantuan Pendidikan dokter Spesiali/dokter gigi spesialis, agar memberi kesempatan daerah untuk mengusulkan peserta dokter spesialis sesuai dengan pemetaan kebutuhan daerah, bukan berdasarkan standar kelas Rumah sakit, mengingat banyak peserta yang mengusulkan dokter spesialis tetapi tidak lulus seleksi administrasi karena berdasarkan standar RS; 2) Kementerian Kesehatan dan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) konsisten untuk tidak menempatkan dan mengeluarkan izin kepada dokter spesialis yang telah selesai pendidikan tetapi tidak kembali ke daerah yang mengusulkan sesuai dengan pernyataan pada saat usulan, karena banyak yang telah selesai tidak kembali Ke Provinsi Bengkulu tetapi mencari provinsi yang padat penduduk atau daerah yang kaya; 3) Kementerian Kesehatan tetap mengalokasikan DAK untuk pengembangan dan

penambahan peralatan medis spesialis;4) Pemerintah daerah memberi kebijakan untuk mengusulkan dokter non PNS dan akan mengangkat setelah selesai atau selama pendidikan, jangan hanya menyetujui usulan PPDS bagi dokter yang sudah PNS karena jumlah terbatas dan sudah lewat usia.

11. Skenario JKN di Nusa Tenggara Timur

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Nusa Tenggara Timur (Dodo et.al, 2014)

Kondisi Saat Ini

Skenario yang paling mungkin untuk NTT adalah kategori “pesimis” dalam mencapai kondisi ideal *Universal Health Coverage (UHC) 2019* karena kondisi ketersediaan Pemberi Pelayanan kesehatan (PPK) dan sumber daya manusia kesehatan yang masih sangat kurang baik dari segi jumlah maupun kualitas layanan bila dibandingkan dengan DIY dan DKI. Ketersediaan rumah sakit NTT hanya Rumah Sakit Tipe D sebanyak 29 rumah sakit, Tipe C sebanyak 11 Rumah Sakit, Tipe B hanya 1 rumah sakit sebagai pusat rujukan. Dari segi ketersediaan dokter umum, Nusa Tenggara Timur dengan total dokter umum yang tersedia hanya 498 tenaga. Kondisi ini sangat jauh berbeda jika dibandingkan dengan jumlah tenaga dokter umum yang ada di Provinsi DIY yang berjumlah 2.748 tenaga. Artinya bahwa, NTT masih kekurangan sekitar 2250 tenaga dokter umum untuk mencapai level rasio ketersediaan dokter umum seperti DIY sementara jumlah penduduk di Provinsi NTT lebih banyak 1.226.336 orang dibanding Provinsi DIY. Dengan rasio tenaga dokter umum yang hanya mencapai 10,63% tersebut maka dalam perjalanan menuju UHC sesuai road map pada tahun 2019 diperlukan pertumbuhan tenaga dokter umum tiap tahunnya sebesar 11,5% atau 375 tenaga dokter umum/tahun. Hal menarik yang patut dicermati adalah bahwa Provinsi NTT merupakan provinsi dengan kondisi geografis dan akses transportasi yang cukup sulit. Hal ini membuat banyak dokter umum yang tidak berani dan tidak mau mengabdikan dirinya di NTT dalam waktu yang lama. Implikasinya adalah akses pelayanan kesehatan oleh masyarakat kurang terpenuhi.

Dari sisi ketersediaan dokter spesialis, di NTT hanya terdapat 77 tenaga dokter spesialis. Hal menunjukkan menggambarkan kondisi yang timpang jika dibandingkan dengan jumlah tenaga dokter spesialis yang ada di Provinsi DIY yang berjumlah 907 tenaga. Provinsi NTT masih kekurangan sekitar 830 tenaga dokter spesialis untuk mencapai level rasio ketersediaan dokter spesialis seperti DIY, sementara jumlah penduduk di Provinsi NTT lebih banyak 1.226.336 orang dibanding Provinsi DIY. Dengan rasio tenaga dokter spesialis yang hanya mencapai 1,64% tersebut maka proses menuju UHC sesuai road map yang dibuat oleh kementerian kesehatan sampai 2019 memerlukan penambahan jumlah tenaga dokter spesialis sebanyak 139 tenaga dokter spesialis tiap tahunnya dengan kenaikan rasio sebesar 4,1%. Adapun saat ini dokter umum maupun dokter spesialis lebih banyak tersedia di wilayah perkotaan daripada pedesaan. Hal ini kemungkinan besar menyebabkan pelayanan kesehatan tidak merata kepada seluruh masyarakat. Dengan Kata lain, masyarakat pedesaan sebagian besar hanya dilayani oleh perawat dan bidan.

Bagaimana Kedepan-nya?

Sesungguhnya untuk mengejar ketertinggalan jumlah dan kualitas SDM kesehatan ini berbagai upaya telah dilakukan oleh Pemerintah Daerah, dengan cara (1) Mengontrak dokter umum PTT dari luar, (2) Mengangkat dokter umum dari luar NTT menjadi PNS di NTT

dan (3) Mendirikan Fakultas Kedokteran di Universitas Nusa Cendana. Saat ini, Fakultas Kedokteran Undana telah berhasil meluluskan kurang lebih 30 tenaga dokter umum sedangkan yang lainnya akan menyusul karena untuk sementara masih menempuh studi di beberapa rumah sakit.

Ketersediaan rumah sakit NTT dan puskesmas di NTT masih terbatas. Jika kondisi ini dibandingkan dengan Provinsi DIY Provinsi NTT masih cukup jauh tertinggal. Untuk mengatasi hal ini beberapa pembangunan RS telah dilakukan. Pihak Swasta juga sudah mulai masuk dan mengambil bagian dalam penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat. Misalnya RS Kartini di Kota Kupang di tahun 2014 dan telah beroperasi, dan RS Siloam International yang sedang berada dalam tahap pembangunan. Di sektor pemerintah, Daerah Otonomi Baru (DOB) yakni Kab. Malaka juga sedang membangun RSUD Malaka di wilayahnya. Beberapa puskesmas baru juga sedang bangun di beberapa kabupaten untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat secara primer. Selain itu, dengan dibentuknya 3 DOB di NTT tahun 2014 dan rencana penambahan 3 DOB lagi pada tahun 2016 akan berimplikasi pada bertambahnya fasilitas kesehatan, berupa dibangunnya RS, puskesmas, maupun penambahan dokter, dan tenaga kesehatan lainnya. Namun NTT membutuhkan perhatian yang besar dalam pembangunan infrastruktur kesehatan dan pemerataan tenaga kesehatan sehingga konsep ekuitas dalam JKN dapat tercapai di seluruh Indonesia termasuk NTT.

Untuk Jangka pendek, dalam rangka mengurangi kesenjangan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang memadai, pemerintah NTT telah mengembangkan sistem rujukan regional untuk meminimalisir problem tingginya transport rujukan ke RS Tipe B di Kota Kupang yang tidak ditanggung oleh BPJS. Pengembangan sistem rujukan regional ini terpusat di 6 titik yakni di RSUD di Kabupaten Sumba Timur diperkuat kapasitasnya untuk melayani pasien-pasien rujukan dari RS yang ada di kabupaten sekitarnya yakni Sumba Tengah, Sumba Barat dan Sumba Barat Daya. RSUD Ruteng diperkuat kapasitasnya untuk melayani pasien-pasien rujukan dari RS yang ada di kabupaten sekitarnya yakni Kabupaten Manggarai Barat, Manggarai dan Manggarai Timur. RSUD Ende diperkuat kapasitasnya untuk melayani pasien-pasien rujukan dari RS yang ada di kabupaten sekitarnya yakni dari Kabupaten Ngada, Nagekeo dan Ende sendiri. RSUD Maumere diperkuat kapasitasnya untuk melayani pasien-pasien rujukan dari RS yang ada di kabupaten sekitarnya yakni dari Kabupaten Sikka, Flores Timur dan Lembata. RSUD Atambua diperkuat kapasitasnya untuk melayani pasien-pasien rujukan dari RS yang ada di kabupaten sekitarnya yakni Alor, Timor Tengah Utara dan Belu. Yang terakhir, RSUD W. Z. Johannes untuk menerima pasien dari Kabupaten Sabu, Rote, dan Timor Tengah Selatan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa untuk menyediakan pelayanan kesehatan melalui pembangunan rumah sakit dan penambahan tenaga dokter umum dan dokter spesialis di tingkat kabupaten tidaklah mudah. Hal ini membutuhkan komitmen yang kuat dari pemerintah kabupaten, provinsi dan pemerintah pusat terhadap sektor kesehatan. Komitmen yang kuat terhadap pelayanan kesehatan sebagai upaya pemenuhan hak dasar warga negara, harus diikuti dengan adanya alokasi dana yang memadai untuk investasi baik dalam pembangunan fasilitas kesehatan primer dan sekunder, juga dalam penambahan tenaga kesehatan terutama dokter umum dan dokter spesialis. Untuk menyediakan semua ini tentunya dibutuhkan dana yang cukup besar dan waktu yang agak lama sementara Provinsi NTT belum memiliki cukup dana dan waktu untuk mengatasi hal tersebut menuju tahun 2019. Di titik ini, ada problem yang serius yang dihadapi yakni akses dan kualitas

layanan kesehatan. Terkait hal ini, pertanyaan penting yang muncul, apakah persoalan akses dan kualitas layanan dapat diatasi dalam ranah health policy saja? Kejadian sakit dan mati merupakan akibat akhir yang dirasakan masyarakat dari interaksi-nya dengan lingkungan termasuk dengan sistem pelayanan kesehatan (promotif, preventif dan kuratif dan rehabilitatif). Health policy berada pada posisi memperbaiki sektor hilir dalam konteks keseluruhan sektor pembangunan. Jika ranah ini yang dititikberatkan untuk mengatasi masalah kesehatan maka tujuan pembangunan kesehatan akan sulit dicapai karena tidak ada intervensi pada sektor lain yang menjadi determinan problem sektor hilir.

Pemerintah perlu menelisik ranah lain yang implementasi-nya memiliki dampak signifikan bagi keberhasilan pelaksanaan sistem kesehatan. Ranah inilah yang oleh WHO (1998) disebut dengan kebijakan publik yang sehat (*healthy public policy*) (Kemmm, 2011). Konsep ini menarik dicermati terkait implementasi kebijakan JKN oleh BPJS untuk meminimalisir kesenjangan akses dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Misalnya kebijakan internalisasi materi kesehatan di kurikulum sekolah untuk mempertahankan perilaku sehat; kebijakan penguatan sistem transportasi darat, laut dan udara dan percepatan pembangunan infrastruktur bagi kelancaran rujukan; dan kebijakan pengembangan teknologi informasi untuk sistem networking rujukan antara puskesmas dan rumah sakit. Di NTT, pengembangan *healthy public policy* ini perlu diarahkan pada perbaikan sistem rujukan karena karakteristik wilayahnya yang kepulauan. Sistem rujukan ini penting karena sebagian besar kematian ibu dan bayi terjadi di rumah sakit karena keterlambatan mendapatkan penanganan. Keterlambatan penanganan ini disebabkan oleh keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan. Untuk jangka pendek dan menengah, sebelum tersedianya fasilitas kesehatan yang memadai dan merata, pemerintah daerah dapat meningkatkan efektivitas kebijakan BPJS kepada masyarakat melalui pengembangan *healthy public policy*.

12. Skenario JKN di Sulawesi Tenggara

Skenario pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Sulawesi Tenggara (Miranti, 2014)

Kondisi Saat Ini

Provinsi Sulawesi Tenggara merupakan daerah yang mencakup daratan tenggara pulau Sulawesi serta pulau-pulau besar dan kecil di sekitarnya (Pulau Muna, Buton, Wawonii, Kabaena dan Kepulauan Besi di Laut Banda) dengan luas wilayah daratan sebesar 38.140 km² atau 3.814.000 ha dan wilayah perairan diperkirakan seluas 110.000 km². Secara administratif, pada tahun 2012 terdiri atas dua belas wilayah kabupaten/kota, yaitu Kabupaten Buton, Muna, Konawe, Kolaka, Konawe Selatan, Wakatobi, Bombana, Kolaka Utara, Buton Utara dan Konawe Utara dengan dua wilayah kota, yaitu Kota Kendari dan Kota Bau-Bau. Sebagian besar penduduk Provinsi Sulawesi Tenggara bermukim di sepanjang wilayah pesisir dengan mata pencaharian utama sebagai nelayan dan sebagian yang lain di daerah pedalaman dan bekerja sebagai petani. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (Supas) BPS tahun 2012 jumlah penduduk Sulawesi Tenggara sebesar 2.307.618 jiwa dengan jumlah penduduk tertinggi di daratan namun dengan kepadatan penduduk wilayah kepulauan yang lebih tinggi dari daratan.¹

Sulawesi Tenggara masih mengalami kekurangan tenaga pelayanan (dokter ahli, umum, perawat, dan tenaga pelayanan lainnya) di unit pelayanan kesehatan rujukan terutama di kabupaten pemekaran.¹ Hal ini terlihat juga dari rasio dokter umum di Sulawesi Tenggara yaitu sebesar 15 dokter/100.000 penduduk yang artinya masih sangat jauh tertinggal dibandingkan DIY dengan rasio dokter umum 74 orang/100.000 penduduk, begitu pula dengan rasio dokter spesialis hanya 4/100.000 penduduk yang hanya seperdelapan dari DIY. Bahkan dokter subspecialis dengan tarif tindakan INA CBGs yang tinggi seperti, Bedah orthopaedi, urologi, bedah thoraks kardiovaskuler dan bedah plastik belum ada di Sulawesi tenggara.²

Kajian terhadap belum tercapainya kecukupan SDM di Sulawesi Tenggara telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan disimpulkan bahwa faktor penyebabnya adalah:

1. Provinsi Sulawesi Tenggara termasuk daerah yang kurang diminati untuk penempatan pegawai tidak tetap maupun PNS untuk dokter spesialis dan dokter umum/gigi, hal ini erat hubungannya dengan kurangnya fasilitas dan insentif yang bisa disediakan oleh pemerintah daerah.
2. Penerimaan pegawai selama ini tidak dilaksanakan berdasarkan hasil analisis perencanaan pegawai yang termuat dalam laporan masterplan kebutuhan tenaga yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan;
3. Kurangnya dukungan anggaran untuk pemberdayaan tenaga dan untuk pelaksanaan kegiatan program.
4. Banyaknya tenaga kesehatan yang melanjutkan pendidikannya tidak linear lagi.

Kurangnya fasilitas kesehatan Sulawesi Tenggara terutama pada pemenuhan pelayanan kesehatan rujukan, dimana belum ada RS tipe A sebagai pusat rujukan dan rujukan tertinggi di Sultra adalah RS tipe B.^{2,3} Sedangkan di sisi supply pelayanan primer ternyata Sulawesi Tenggara telah dapat memenuhi rasio pelayanan primer dalam hal ini puskesmas untuk melayani kebutuhan dasar kesehatan masyarakatnya dengan rasio 8 puskesmas/100.000 penduduk untuk puskesmas tanpa perawatan dan 4 puskesmas/100.000 penduduk untuk puskesmas perawatan.^{2,3} Berdasarkan konsep wilayah, sasaran penduduk yang dilayani oleh satu unit Puskesmas adalah 30.000 penduduk. Menurut perhitungan rasio tersebut, jumlah puskesmas di Provinsi Sulawesi Tenggara relatif tidak kekurangan, dan hampir setiap tahun terjadi pemekaran wilayah khususnya pemekaran kecamatan dimana setiap kecamatan yang dimekarkan selalu ditunjang dengan pembangunan puskesmas, akan tetapi sebagian daerah Sulawesi Tenggara merupakan wilayah pesisir dan kepulauan yang terpencil, maka pelayanan primer ditunjang oleh puskesmas pembantu (Pustu) dan Poskesdes.^{1,2}

Dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa Provinsi Sulawesi Tenggara merupakan salah satu provinsi yang pesimis Universal Coverage dapat dicapai di tahun 2019. Memerlukan usaha yang sangat besar untuk meningkatkan ketersediaan fasilitas kesehatan dan SDM di Sulawesi Tenggara sehingga dapat tercapai keadilan dalam pelayanan kesehatan.

Bahkan hal ini dibenarkan dalam suatu berita oleh Kepala BPJS Cabang Kendari bahwa RS di Sultra kesulitan dalam melayani pasien BPJS karena jumlah pengguna fasilitas BPJS kesehatan di Sultra saat ini sudah mencapai 1 juta lebih. Sedangkan, rumah sakit yang bisa melayani pasien BPJS, baru 20 rumah sakit, dengan jumlah tempat tidur hanya sekitar 2.000-an.⁴

C. Ringkasan Skenario

Secara ringkas, skenario optimis untuk pencapaian Unoversal Coverage di tahun 2019 ditulis oleh para peneliti di DKI, DIY, Sumatera Selatan, Sumatera Barat, sebagian Kabupaten/Kota di Jawa Barat, sebagian kabupaten/kota di Jawa Tengah dan sebagian di Sulawesi Selatan. Sementara itu, skenario pesimis ringan dan berat untuk tercapainya UHC melalui JKN pada tahun 2019 dinyatakan oleh peneliti di NTT, Kalimantan Timur, sebagian Kab/Kota di Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bengkulu, dan Sulawesi Tenggara.

Bagian 5

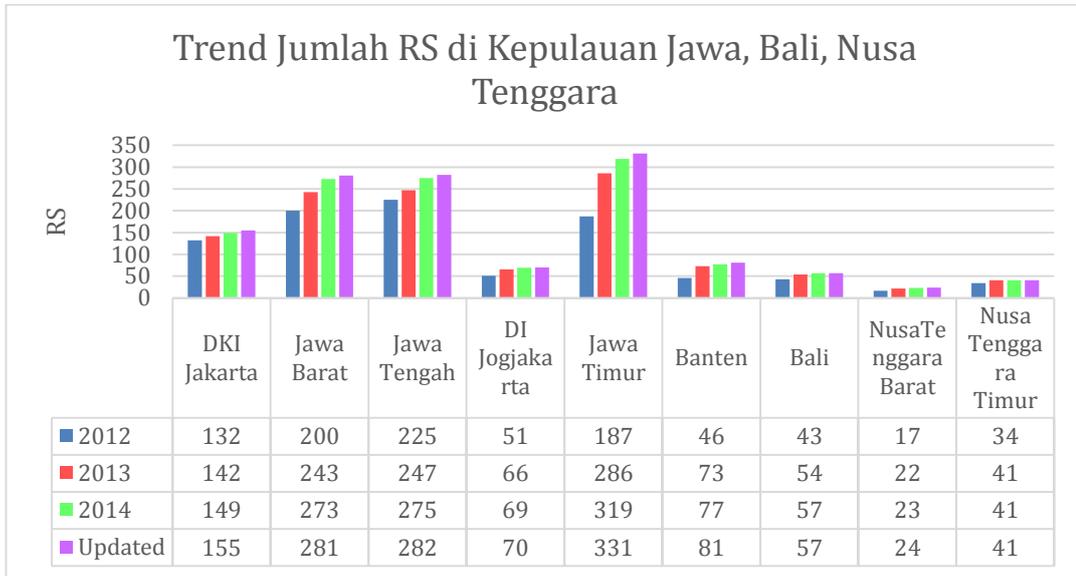
A. Analisis Kebijakan

Hasil dari skenario yang ditulis pada awal berjalannya BPJS di atas menunjukkan bahwa kebijakan sistem pembiayaan (adanya UU SJSN dan UU BPJS, JKN) ini mempunyai kemungkinan tidak berhasil mencapai tujuan dalam kriteria keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Ada daerah yang akan mencapai akses dan manfaat pelayanan secara baik, namun ada yang tidak/belum. Berdasarkan skenario, ada kemungkinan pula jurang pemisah antara daerah sulit dan maju akan membesar. Sebagai gambaran, antara NTT, Sulawesi Tenggara dengan DIY dan DKI terdapat jurang yang sangat besar dalam jumlah tenaga dan fasilitas kesehatan. Mengapa kesenjangan dapat membesar? Masyarakat di daerah sulit dan di daerah maju tidak mempunyai manfaat yang sama, walaupun menjadi anggota BPJS. Portabilitas dapat memperburuk pemerataan, karena masyarakat daerah sulit yang dapat mendapat manfaat di daerah lain cenderung adalah orang mampu. Ada berbagai penjelasan mengenai berbagai kemungkinan mengapa masyarakat Indonesia di 10 propinsi tidak mendapat manfaat yang sama seperti yang menjadi indikator Universal Coverage WHO. Ada 2 indikator WHO yang dipergunakan dalam pembahasan ini:

1. Cakupan pelayanan kesehatan apa yang akan ditanggung oleh BPJS (sumbu z)
2. Biaya pelayanan yang ditanggung oleh masyarakat (sumbu Y).

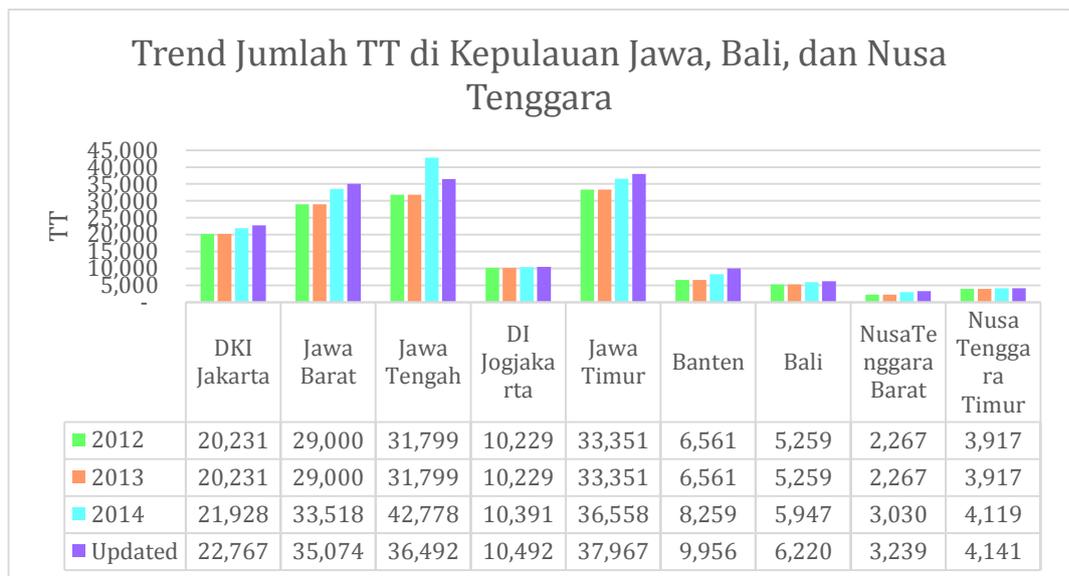
Cakupan pelayanan kesehatan yang akan semakin berbeda (sumbu z).

- **Kekurangan investasi.** Data penyebaran spesialis dan fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa ada perbedaan sangat besar antara daerah sulit misal NTT dengan DIY yang sudah maju. Diproyeksikan dalam waktu 4 tahun mendatang daerah sulit seperti NTT gagal menambah SDM dan fasilitas kesehatan. Kenapa diproyeksikan gagal? Pada tahun 2014 ini anggaran Kementerian Kesehatan sedikit yang dipergunakan untuk menambah fasilitas dan tenaga kesehatan di daerah sulit. Di sisi lain anggaran yang berada di BPJS tidak ditujukan untuk investasi fasilitas dan tenaga kesehatan. Sementara itu APBD Propinsi NTT, sebagai gambaran, tidak kuat untuk menambah fasilitas baru.
- **Penambahan RS dan TT di propinsi maju.** Bila dilihat lebih detail perbandingan antara provinsi NTT dengan berbagai propinsi di Jawa, maka terdapat data yang memprihatinkan. Berdasarkan data Ditjen BUK terlihat secara garis besar penyebaran jumlah rumah sakit lebih banyak terdapat di Pulau Jawa dan Bali selama tiga tahun terakhir (Lihat Grafik gambar 13).



Gambar 13. Trend Jumlah RS di Kepulauan Jawa, Bali, Nusa Tenggara

Dalam catatan di awal tahun 2014, di Jawa Timur ada 319 RS naik dari 187 di tahun 2012. Memang pencatatan ini tidak menunjukkan secara pasti tahun pembangunannya. Akan tetapi ada laju penambahan jumlah RS di Jawa. Sementara itu di NTT cenderung selama 2012 dan 2014 tetap, bahkan di tahun 2014 (Update) tidak ada penambahan jumlah RS. Sementara di Jakarta tercatat ada 6 RS baru, di Jawa Barat ada 8, dan di DIY ada 1. Penambahan Jumlah Tempat Tidur juga terdapat di pulau Jawa. Grafik didalam gambar 12 di bawah ini menunjukkan kesenjangan kenaikan Jumlah TT.



Gambar 14. Trend Jumlah TT di Kepulauan Jawa, Bali, dan Nusa Tenggara

Di tahun 2014 ini, sampai bulan September 2014, di DKI Jakarta bertambah 838 TT, di Jawa Barat 1,556 TT, di Jawa Timur bertambah 1,676. Sementara itu di NTT hanya bertambah 22 TT. Catatan ini memang perlu diperiksa kembali di akhir tahun 2014. Data ini menunjukkan bahwa selama tahun 2014 dan selama berjalannya Jamkesmas di tahun 2012 dan 2013, pembangunan RS swasta dan pemerintah lebih banyak di daerah-daerah maju. Hal ini perlu diperhatikan dalam analisis kebijakan lebih lanjut.

Akses ekonomi, geografis dan budaya ke pelayanan dengan INA-CBG besar lebih banyak pada masyarakat kaya.

Paket Manfaat yang disediakan oleh BPJS sangat besar. Dalam daftar INA-CNG terlihat bahwa paket manfaat sangat luas, dari pelayanan bedah biasa sampai ke bedah jantung. Paket manfaat yang sangat luas dalam lingkungan ketidak lengkapan tenaga dan fasilitas kesehatan yang sangat ekstrim menyebabkan ketidakadilan yang buruk. Daerah yang baik dapat menyerap anggaran pelayanan rujukan secara tidak terbatas karena memang tidak ada batas atas penyerapan. Sementara itu daerah yang buruk akan kesulitan menyerap.

Adanya Coordination of Benefit dengan Askes Swasta.

Apabila Non-PBI di daerah maju semakin banyak, dan ada koordinasi benefit dengan asuransi kesehatan swasta maka dana akan terpakai lebih banyak di daerah-daerah maju oleh masyarakat yang menjadi anggota BPJS non-PBI mandiri. Paket Manfaat yang luas akan menarik para pembeli premi asuransi kesehatan yang rasional. Sebagai gambaran; anggota non-PBI Mandiri dapat naik kelas dari kelas I (premi Rp 59.500) ke kelas VIP dengan dana sendiri atau co-insurance dengan askes swasta indemnity. Sementara itu untuk pelayanan mediknya menggunakan dana BPJS. Kombinasi ini dapat meningkatkan penggunaan klaim oleh masyarakat menengah dan atas yang mempunyai pemikiran rasional dalam pembelian premi.

Dengan demikian dalam waktu 4 tahun mendatang sampai dengan 2019 diproyeksikan akan semakin besar perbedaan manfaat yang diterima oleh masyarakat di Indonesia. Hal ini tentunya akan berbanding lurus dengan besaran klaim per kapita yang akan dilakukan oleh lembaga pelayanan kesehatan.

Biaya pelayanan yang ditanggung oleh masyarakat (sumbu Y)

Dalam pemaparan skenario di berbagai propinsi terlihat bahwa masalah akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi hambatan besar untuk mencapai Universal Coverage. Sebagaimana diketahui usaha mengurangi biaya pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh masyarakat tidak hanya menggratiskan di tempat pelayanan. Biaya pelayanan dapat ditambah dengan biaya perjalanan, biaya akomodasi dan makan minum keluarga penunggu, sampai biaya waktu yang dipergunakan. Dalam hal ini bagaimana kebijakan untuk mengurangi biaya yang ditanggung masyarakat.

Ada beberapa kebijakan untuk mengurangi beban masyarakat yang dapat dibahas. Tanpa ada kebijakan ini akan terjadi peningkatan kesenjangan antar daerah. Kebijakan-kebijakan tersebut antara lain:

- Kebijakan untuk menambah anggaran ke daerah sulit dan dana kompensasi BPJS. Kebijakan ini bertumpu pada pengelolaan Dana Sisa dan Dana Kompensasi BPJS.
- Kebijakan Dana Investasi untuk menambah fasilitas dan tenaga kesehatan dalam usaha perbaikan akses pelayanan untuk masyarakat.

Dalam hal ini perlu dikaji berbagai peraturan mengenai Dana Kompensasi yang ada sebagai berikut. Di dalam level UU ada kebijakan yang masuk pada UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN di Pasal 23 ayat 3 yang menyebutkan:

“Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan Kompensasi.”

UU ini diikuti dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 34 yang menyebutkan:

- (1) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi.
- (2) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa :
 - a. penggantian uang tunai;
 - b. pengiriman tenaga kesehatan; atau
 - c. penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu.
- (3) “Penggantian uang tunai sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Peraturan Presiden ini diikuti dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan JKN Pasal 30 yang menyatakan:

- (1) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi.
- (2) Penentuan daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta ditetapkan oleh dinas kesehatan setempat atas pertimbangan BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
- (3) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk :
- (4) Penggantian uang tunai;
- (5) Pengiriman tenaga kesehatan; dan
- (6) Penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu.
- (7) Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a berupa penggantian atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (8) Besaran penggantian atas biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disetarakan dengan tarif Fasilitas Kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan.
- (9) Kompensasi dalam bentuk pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dan huruf c dapat bekerja sama dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.
- (10) Ketentuan lebih lanjut mengenai kriteria kompensasi ditetapkan dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

Dengan berbagai peraturan tersebut terlihat bahwa sudah ada kebijakan nasional mengenai Dana Kompensasi. Akan tetapi sampai monitoring ini dijalankan belum ada kegiatan praktis di lapangan. Sampai sekarang belum ada ketentuan lebih lanjut mengenai kriteria kompensasi yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Akan tetapi ada Surat Edaran Nomor HK/Menkes/31/I/2014 yang menyatakan:

- (1) Kompensasi pada daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat (yang belum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan) guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta,

sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Tarif:
 - 1) Kompensasi uang tunai rawat jalan tingkat pertama Rp. 50.000,00 – Rp. 100.000,00
 - 2) Kompensasi uang tunai rawat inap tingkat pertama Rp. 100.000,00/hari
- b. Kompensasi uang tunai diberikan langsung kepada peserta berdasarkan klaim yang bersangkutan atas pelayanan yang diberikan oleh Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- c. Besaran kompensasi disertakan dengan tariff fasilitas kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan.
- d. Pembayaran untuk pelayanan kesehatan tingkat lanjutan ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Kebijakan Penambahan Anggaran di luar kapitasi dan klaim

Dalam monitoring ini ada fenomena pengelolaan Dana “Sisa” yang menarik untuk dibahas. Dalam monitoring awal ini terlihat ada kemungkinan dana PBI di daerah yang buruk seperti NTT tidak terserap karena kekurangan tenaga medik dan fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara itu di daerah maju akan terserap untuk keperluan peserta PBI, non PBI dan non PBI Mandiri yang mengalami adverse selection. Untuk hal ini sebuah analisis lebih mendalam dilakukan di NTT pada awal tahun ini (Januari 2014).

Pada bulan Januari – April 2014, berdasarkan data dari DinKes Propinsi NTT penggunaan dana di RS total sekitar Rp.109 milyar yang berasal dari klaim RS. Sementara untuk Kapitasi yang diberikan kepada pelayanan primer (Puskesmas, dokter keluarga dan klinik pratama) ditaksir sebesar Rp. 76 milyar. Jadi pengeluaran sebulan (pada 4 bulan pertama di tahun 2014) rata-rata sekitar Rp 45 milyar. Dana yang seharusnya dipergunakan untuk 3.2 juta peserta BPJS dengan rata-rata Rp 20.000,- sekitar Rp 64 milyar sebulan. Dengan demikian setiap bulan ada dana “sisa” sekitar Rp 19 milyar per bulan.

Dari perhitungan sementara ini, ada pertanyaan kritis kemana dana “sisa” akan diberikan? Apakah: (1) kembali ke APBN; (2) kembali ke BPJS dan dapat diberikan ke propinsi lain yang membutuhkan; ataukah (3) kembali ke NTT sebagai dana kompensasi atau dana lainnya. Apabila kembali ke APBN berarti harus menunggu tahun depan untuk alokasi tahun 2015. Apabila kembali ke BPJS dan dapat diberikan ke propinsi lain yang membutuhkan, maka ada beberapa hal menarik untuk dibahas:

1. Dalam hal ini memang BPJS sebagai single pool, akan mencampur seluruh dana yang masuk, misal dari PBI, non PBI eks PNS dan perusahaan (Jamsostek), ABRI, dan dana dari Non-PBI Mandiri.
2. Dalam situasi yang tercampur ini ada kemungkinan akan terjadi subsidi terbalik apabila dana sisa NTT dipergunakan misalnya untuk menambah dana BPJS bagi propinsi lain yang kurang, misal di Yogyakarta. Sebagai catatan, peserta non-PBI mandiri lebih mencerminkan kelompok masyarakat yang sakit dibanding PBI yang terdiri dari kelompok masyarakat sehat dan sakit.
3. Menjadi pertanyaan hukum, apakah dana PBI yang berasal dari APBN dengan peruntukan jelas (by name and by address) dapat dipergunakan untuk orang lain yang bukan berada dalam daftar PBI.

Apabila kembali ke NTT maka dapat menambah apa yang disebut sebagai Dana Kompensasi BPJS untuk daerah-daerah yang memang belum siap fasilitas dan tenaga kesehatannya.

Dana Investasi

Untuk mengurangi biaya yang ditanggung masyarakat, perlu dilakukan kebijakan investasi pemerintah pusat dan daerah untuk menambah fasilitas pelayanan kesehatan. Namun **monitoring di tahun 2014 ini menunjukkan sedikitnya** investasi yang dilakukan oleh kementerian kesehatan untuk daerah-daerah. Dengan demikian dapat ditegaskan bahwa untuk tahun 2014 investasi untuk penambahan fasilitas kesehatan, infrastruktur, dan sumber daya manusia kesehatan dalam usaha mendukung JKN belum dilakukan secara maksimal karena keterbatasan kemampuan fiskal pemerintah pusat. Bagaimana dengan peran pemerintah daerah? Investasi logikanya berada di daerah yang mempunyai kapasitas fiskal tinggi. Hal ini terjadi di Kalimantan Timur dimana di Balikpapan pada tahun 2014 ini ada pendirian RS Daerah milik Pemerintah Kota Balikpapan. Tujuan untuk memperkuat jaringan pelayanan kesehatan. Sementara itu di NTT, hanya ada satu pembangunan fasilitas kesehatan oleh Siloam Group yang berorientasi profit. Data penambahan TT dan RS menunjukkan lebih banyak di pulau Jawa dibandingkan dengan daerah yang miskin.

Hal-hal lain dalam skenario

Ada berbagai hal penting yang perlu dipertimbangkan dalam skenario masa depan pelaksanaan JKN, antara lain:

1. **Adanya Adverse Selection.** Masyarakat di Jawa dengan fasilitas kesehatan yang lengkap akan lebih diuntungkan dalam memberi premi dibanding dengan yang di NTT. Harga premi Rp 59.500,- per kepala per bulan akan menjadi harga yang menarik peserta di Jawa yang sudah sakit atau mempunyai risiko sakit dibanding yang di NTT. Dalam monitoring awal ini diduga ada adverse selection untuk peserta Non-PBI mandiri.
2. **Adanya Fraud di Daerah yang Baik.** Penggunaan dana BPJS melalui model klaim oleh RS dapat diperburuk dengan fenomena fraud. Fraud terjadi di negara-negara yang menggunakan model klaim berbasis DRG. Indonesia tidak bebas dari fraud, namun sampai saat ini belum ada sistem pencegahan dan penindakan fraud. Akibatnya dana claim BPJS (terutama yang manfaat pelayanannya besar) dapat di fraud yang akan memperburuk keadaan pemerataan.

B. Kesimpulan

Berdasarkan analisis skenario dalam monitoring awal pelaksanaan JKN, pencapaian Universal Coverage di tahun 2019 ada kemungkinan besar tidak tercapai tanpa ada perubahan kebijakan yang terpadu. Secara rinci dapat disimpulkan: Pertama, bahwa masyarakat di daerah dengan ketersediaan fasilitas kesehatan dan SDM kesehatan yang tidak memadai akan mendapatkan manfaat JKN yang jauh lebih sedikit dibanding daerah yang maju/kota-kota besar. Kedua, dalam kondisi Indonesia yang sangat bervariasi, JKN yang mempunyai ciri sentralistis dalam pembiayaan dengan peraturan yang relatif seragam, akan sulit mencapai tujuan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Ketiga, ada kemungkinan dana pemerintah yang dianggarkan untuk Penerima Bantuan Iuran (PBI)

dapat salah sasaran. Daerah-daerah yang sulit tidak dapat menyerap anggaran untuk PBI karena kekurangan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, sehingga terjadi “sisa” anggaran. Dikawatirkan itu anggaran “sisa” di daerah sulit ada kemungkinan dipergunakan untuk mendanai masyarakat di daerah maju.

Dalam situasi saat ini, tanpa ada perubahan kebijakan terpadu maka diproyeksikan ada kemungkinan terjadi kesenjangan yang lebih besar antar daerah dan pemakaian dana BPJS yang cenderung didapat oleh masyarakat menengah ke atas di Jawa dan kota-kota besar di Indonesia. Situasi ini akan menjauhi prinsip keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yang tentunya bertentangan dengan UUD 1945.

C. Agenda Pembahasan Kebijakan Mengenai JKN di Masa Depan

Berdasarkan analisis dan kesimpulan di atas, kegiatan monitoring kebijakan JKN di semester 1 tahun 2014 mengidentifikasi berbagai masalah konseptual serius yang dihadapi Indonesia saat ini dan dapat memburuk di masa depan. Masalah-masalah konseptual tersebut antara lain:

1. Kebijakan JKN dijalankan dalam situasi daerah-daerah di Indonesia yang berbeda ekstrim dalam ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan;
2. Berbagai sumber pembiayaan kesehatan (termasuk dari APBN) masuk ke BPJS tanpa ada sistem pengendali dan pembatas pengeluaran yang cukup adekuat. Khusus untuk pelayanan rujukan di rumahsakit, tidak ada batas atas pengeluaran.
3. Sistem klaim di pelayanan rujukan mendorong ketidakadilan geografis dalam penyerapan dan alokasi anggaran kesehatan pusat;
4. Pemerintah daerah belum diajak aktif dalam pengembangan JKN, termasuk menyediakan dana investasi serta dana preventif dan kuratif. Sementara itu dana pemerintah pusat bersifat tidak stabil.
5. Dana untuk preventif dan promotif menjadi terdesak pembayaran klaim karena sifat klaim yang tidak mempunyai batas atas.

Masalah-masalah konseptual ini dapat membahayakan dasar filosofi JKN yang seharusnya mengacu pada prinsip keadilan sosial. Oleh karena itu dalam paper ini dituliskan berbagai saran yang mungkin dapat dipergunakan oleh pemerintahan baru Indonesia.

D. Saran Untuk Pemerintahan Baru

Ada hal menarik dan tepat dimana Kartu Indonesia Sehat sudah diganti menjadi Komitmen Indonesia Sehat. Dalam kerangka Komitmen Indonesia Sehat perlu mengkaji kebijakan pembiayaan kesehatan dalam JKN secara menyeluruh. Risiko terjadinya skenario yang justru bertentangan dengan prinsip keadilan sosial perlu diperhatikan secara serius. Dalam pengembangan sistem jaminan kesehatan di tahun 2014 - 2019, disarankan untuk pemerintahan baru untuk (1) memperkuat pencegahan penyakit; (2) memperbaiki sistem di JKN agar tidak terjadi ketimpangan yang semakin besar. Secara rinci, sarannya adalah sebagai berikut:

- 1. Memperhatikan aspek preventif dan promotif secara lebih kuat.**

Kementerian Kesehatan perlu meningkatkan kegiatan preventif dan promotif. Disamping meningkatkan kemampuan Kementerian Kesehatan untuk penguatan aspek preventif dan promotif perlu dicatat bahwa usaha preventif dan promotif sebagian besar berada di luar wewenang Kementerian Kesehatan. Usaha-usaha tersebut antara lain:

- a) Mencegah kenaikan jumlah perokok di Indonesia dengan pendekatan kebijakan cukai, pembatasan perkembangan industri rokok, sampai ke perubahan perilaku sosial dan budaya dalam merokok;
- b) Meningkatkan keperdulian pemimpin politik Indonesia di pusat, propinsi dan kabupaten untuk kehidupan sehat mulai dari kota sehat, ketersediaan air bersih, kabupaten sehat, sungai sehat, makanan sehat, sampai ke kehidupan keluarga sehat dan perilaku berkendara yang sehat.
- c) Menghubungkan kebijakan sehat sebagai investasi untuk bangsa Indonesia.

Dengan demikian prinsip Komitmen Indonesia Sehat berlaku untuk seluruh kementerian, tidak hanya untuk Kementerian Kesehatan. Sebagai gambaran, pemahaman mengenai pembatasan merokok seharusnya juga dimiliki oleh Kementerian Industri, Kementerian Perdagangan, serta Kementerian Keuangan.

2. Memperbaiki berbagai kebijakan di JKN.

Berdasarkan konsep pembiayaan kesehatan, diharapkan ada kebijakan yang memperhatikan berbagai titik kritis di sistem, sebagai berikut.

1) Kebijakan di pengumpulan dana kesehatan (*Revenue Collection*).

- a. Perlu peningkatan dana untuk program kesehatan dari APBN dan APBD. Dana ini diharapkan dipergunakan untuk melakukan investasi di daerah-daerah sulit sehingga ada keseimbangan fasilitas dan tenaga kesehatan. Tanpa ada penambahan fasilitas dan tenaga kesehatan, diproyeksikan akan terjadi skenario buruk untuk JKN. Kebijakan ini terkait dengan pengembangan kemampuan fiskal pemerintah pusat dan daerah, termasuk pengurangan subsidi BBM.
- b. Pemerintah pusat perlu bekerja sama dengan pemerintah daerah untuk investasi dan pembiayaan jaminan di bidang kesehatan. Diperlukan kebijakan khusus untuk mendorong peran pemerintah daerah mengalokasikan dana APBD untuk anggaran kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- c. Perlu ada kebijakan yang bertujuan meningkatkan dana masyarakat untuk membayar pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan. Masyarakat yang mampu perlu membayar premi lebih tinggi. Tarif premi BPJS saat ini untuk kelas 1 masih terlalu rendah. Hal ini wajar karena pajak pendapatan di Indonesia masih belum tinggi progresifitasnya. Oleh karena itu diharapkan kebijakan BPJS meningkatkan pemasukan dari masyarakat menengah atas dengan premi yang lebih masuk akal.

2) Perubahan kebijakan penanganan dana di BPJS dan APBN/APBD (*Pooling the Risk*)

- a. Perlu kebijakan bagi masyarakat yang membayar premi yang Rp 59.500,- untuk tidak boleh naik kelas perawatan. Kebijakan ini perlu menekankan kembali sifat JKN sebagai asuransi kesehatan sosial. Dengan adanya

pilihan membayar premi, diperlukan kebijakan untuk mengembalikan prinsip asuransi kesehatan sosial.

- b. Perlu kebijakan untuk mencegah *adverse selection*, khususnya bagi masyarakat yang mampu.
- c. Perlu kebijakan untuk memisahkan dana yang berasal dari PBI dan non PBI sehingga dapat dilakukan transparansi dan akuntabilitas yang lebih baik. Diharapkan ada pemisahan yang tegas dalam bentuk kompartemen-kompartemen sehingga mencegah mislanya, terjadinya dana yang masuk dari PBI di BPJS dipergunakan untuk pengeluaran kesehatan bagi masyarakat yang non-PBI mandiri.

3) Perubahan Kebijakan di Penyaluran dana BPJS

- a. Perlu ada kebijakan pembatasan *Benefit Package* (Paket Manfaat). Dalam klaim INA-CBG saat ini terdapat manfaat yang cenderung tidak terbatas. Di referensi WHO (2013) disebutkan bahwa manfaat UHC adalah terbatas dulu. Perlu dipertimbangkan untuk membatasi paket manfaat, khususnya bagi masyarakat mampu. Perlu dipikirkan pula untuk menetapkan *cost-sharing* bagi yang mampu.
- b. Perlu ada kebijakan untuk memperbaiki aspek pemberi pelayanan (*supply*) pelayanan kesehatan terlebih dahulu sebelum menggunakan klaim. Aspek ketenagaan dan infrastruktur pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam proses jaminan. Di berbagai propinsi seperti Papua dan NTT, model pembayaran klaim yang dapat menyebabkan adanya “dana sisa” perlu ditunda.
- c. Untuk mengurangi biaya sumber daya manusia dan pemerataan pelayanan, residen perlu dijadikan pekerja medis dalam pelayanan kesehatan yang didanai oleh BPJS. Tanpa ada kebijakan residen sebagai petugas medis, efisiensi pelayanan jaminan akan tidak tercapai.
- d. Dalam jangka pendek diharapkan ada kebijakan pengiriman tenaga medis ke berbagai rumahsakit dan puskesmas yang kekurangan SDM. Pengiriman tenaga diharapkan menggunakan mekanisme Sister Hospital agar dampak pengiriman dapat dimonitor dan dikendalikan. Dana diharapkan berasal dari APBN, APBD, Dana Kompensasi dari BPJS, serta klaim dana BPJS.
- e. Perlu mengaktifkan kebijakan Dana Kompensasi untuk daerah-daerah yang belum mempunyai sumber daya kesehatan yang cukup.
- f. Perlu ada kebijakan sistem anti fraud dalam jaminan kesehatan. Saat ini besaran fraud belum diketahui dan belum dapat dikendalikan secara efektif. Diperlukan kebijakan anti-fraud di jaminan kesehatan secara lebih detil agar dana BPJS tidak terpakai untuk klaim yang tidak efisien.

Daftar Pustaka

- _____. (2004). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- _____. (2009). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- _____. (2009). Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- _____. (2011). Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- _____. (2012). Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.
- _____. (2012). Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019, Republik Indonesia.
- _____. (2013). Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, Republik Indonesia.
- _____. (2014). INPRES 19 Mei 2014 tentang Pengurangan Anggaran Kemenkes.
- Ainy, A. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Sumatera Selatan*. Palembang: Universitas Sriwijaya.
- Anggraeni, R. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Sulawesi Selatan*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- BPJS Kesehatan. (2014). Jakarta: <http://www.bpjs-kesehatan.go.id>.
- Buse, K., Mays, N., Wall, G. (2009). *Understanding Health Policy*. Open University Press.
- Dodo, D.O., Dolu, Y., Illu, D.I.S. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Nusa Tenggara Timur*. Kupang: Universitas Nusa Cendana.
- Duma, K., Bakhtiar, R. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Kalimantan Timur*. Samarinda: Universitas Mulawarman.
- England, G., (1998). *Scenario Planning: Managing for the Future*. Wiley.
- Gauld, R. (2009). *The New Health Policy*. Open University Press
- Gottret, P. dan Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide*. The World Bank.
- Kemenkes. (2014). Data Jumlah Rumah Sakit dan Tempat Tidur di Indonesia. Jakarta: <http://sirs.buk.depkes.go.id/>
- Kemenkes. (2013). *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemm, J. (2001). *Health Impact Assessment – A Tool For Healthy Public Policy. Health Promotion International*. Vol 16. No. 1.

- Kutzin, J., Cashin, C., Jakab, M. (2010). *Implementing Health Financing Reform*. Geneva: World Health Organization (WHO)
- Marthias, T. (2013). *Modul Pelatihan Jarak Jauh Equity dalam Kebijakan Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: PKMK FK UGM.
- Miranti, P.A.D. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Sulawesi Tenggara*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- O'Donnell, Van Doorslaer, et.al. (2008), *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington: World Bank.
- O'Donnell, Van Doorslaer, et.al. (2006). *Effect of Payments for Health Care on Poverty; Estimates In 11 Countries*. The Lancet.
- O'Donnell, Van Doorslaer, et.al. (2007). The Incidence of Public Spending on Health Care; Comparative Studies among Asia Pacific Countries. *World Bank Economic Review*.
- O'Donnell, Van Doorslaer, et.al. (2007). Catastrophic Payment For Health Care in Asia Pacific. *Journal of Health Economics*.
- Palmer, G. and Short, S. (2010). *Health Care and Public Policy*. Palgrave Macmillan.
- Pardede, D. (2014). *Materi Pembahasan Seminar Pembiayaan untuk Tindakan Promotif dan Preventif dalam Era JKN*. Yogyakarta: PKMK FK UGM.
- Ping, Whynes, Sach. (2008). Equity in health care financing: The case of Malaysia. *BioMed Central*.
- Setiawati, E.P., Arya, I.D., Arisanti, N. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Barat*. Bandung: Universitas Padjajaran.
- Soewondo, P., Nadjib, M., et.al. (2013). *National Health Account*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Suhamanik. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur*. Malang: Universitas Brawijaya.
- Susilo, D., Susilahati, Gustia, H. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di DKI Jakarta*. Jakarta: Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Sutisna, E., Rani et.al. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Tengah*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Symond, D., Syafrawati, Putri, A.S.E. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Sumatera Barat*. Padang: Universitas Andalas.
- Thabrany, H. (2011). *Asuransi Kesehatan Nasional*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Trisnantoro, L., Kurniawan, M.F., et.al. (2014). *Primary Health Care Financing and Expenditure Bottleneck Study*. Yogyakarta: PKMK FK UGM.
- Trisnantoro, L., Meliala, A., Hort, K., Dewi, S. (2012). The Non-State Hospital in Indonesia. *Mimeo*.
- Whitehead. (1991). *The Concepts And Principles Of Equity And Health*. Great Britain: Health

Promotion International.

WHO. (2009). *System Thinking: for Health Systems Strengthening*. Geneva: WHO Library.

WHO. (2011). *Monitoring, Evaluation and Review of National Health Strategies*. Geneva: WHO Library.

World Health Organization (WHO). (2010a). *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. The World Health Report*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2010b). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*. Geneva: World Health Organization.

USAID. (2012). *Measuring And Monitoring Country Progress Towards Universal Health Coverage: Concepts, Indicators, And Experiences*. Washington DC.

World Bank. (2006). *Health Financing Revisited*. Washington DC: <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRChap2.pdf>

Yandrizal. (2014). *Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Bengkulu*. Bengkulu: Universitas Muhammadiyah Bengkulu.

Lampiran (tersedia di www.manajemen-pembiayaankesehatan.net)