

Analisis Peran Pemerintah Daerah terhadap Ketersediaan Fasilitas Kesehatan pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Bengkulu

Yandrizal, Desri Suryani

Abstrak

Program Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. Bagaimana ketersediaan fasilitas kesehatan, maka perlu dilakukan analisis peran pemerintah daerah terhadap ketersediaan fasilitas kesehatan. Metode penelitian ini adalah analisis formatif yaitu bertujuan menilai peran pemerintah daerah terhadap kebijakan yang sedang dilaksanakan, dan bagaimana pemikiran memodifikasi untuk pengembangan sehingga membawa perbaikan. Hasil yang didapat ialah pada pertengahan tahun 2014 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan sebanyak 229 unit, masih kurang sebanyak 361 unit untuk mencapai kebutuhan tahun 2019. Akses ke pelayanan kesehatan sebagaimana masyarakat masih menjadi kendala geografis, waktu paling lama dari menuju puskesmas 90 sd 120 menit, biaya Rp. 200.000,- menggunakan ojek. Rasio fasilitas pelayanan rujukan tertinggi di Kota Bengkulu 1,88 per 100.000 penduduk dan terendah Kabupaten Rejang Lebong 0,40 per 100.000. Ratio dokter spesialis tertinggi 3.61 per 100.000 penduduk dengan rerata biaya rawat inap Rp. 3.595.000,- per pasien, terendah 0,55 per 100.000 penduduk dengan rerata biaya rawat inap Rp.1.000.000,-. Pemenuhan tenaga terutama dokter umum, dokter gigi di puskesmas sulit terwujud mengingat formasi CPNS sangat kecil. Apabila dilakukan kontrak, Pemerintah Kabupaten/kota tidak mampu.

Kata Kunci: kebijakan pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, kebijakan jaminan kesehatan nasional.

Abstract

The National Health Insurance Scheme aims to facilitate the public's access to quality health services. How does the availability of health facilities, it is necessary to analyze the role of local governments on the availability of health facilities. Methods: formative analysis, assessing the role of local governments on the policies that are being implemented, and how to modify the thinking for development so as to bring improvement. Results: Mid-2014 FKTP in collaboration with the Social Security Agency (BPJS) health as much as 229 units, 361 units are still lacking to achieve the requirements in 2019. Access to health care is still a society in part to geographical constraints, the longest time of the leading health centers 90 up to 120 minutes, costs IDR. 200.000, - use a motorcycle taxi. The ratio of the highest referral ministry facility in the city of Bengkulu 1.88 per 100,000 population, and the lowest Rejang Lebong 0.40 per 100,000. The highest ratio of specialists per 100,000 population is 3.61 with an average cost of hospitalization IDR. 3.595.000,- per patient, the lowest of 0.55 per 100,000 of the occupation with an average hospitalization cost IDR 1.000.000,-. Fulfillment power especially general practitioners, dentists at health centers employees difficult to achieve given the very small formations, if the contract is done district/city can not afford.

Keywords: role of local government, availability of health facilities, the national health insurance policy

Afiliasi penulis: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas

Muhammadiyah Bengkulu

Korespondensi : Yandrizal, Desri E-mail : yandrizal67@yahoo.co.uk,

HP. 081367378716

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh

manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan Kesehatan Nasional dimulai pada tahun 2014 secara bertahap menuju ke *Universal Health Coverage/* Cakupan Semesta. Peserta Jaminan kesehatan Nasional berhak mendapat pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Pemerintah, Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk melaksanakan program Jaminan Kesehatan.¹ Kondisi geografis serta penyebaran penduduk yang tidak merata dapat menimbulkan ketidakadilan mendapat pelayanan kesehatan, karena ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga antar kecamatan, kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu. Provinsi Bengkulu memiliki satu kota dan sembilan kabupaten dengan posisi memanjang dari dari Timur ke barat Pulau Sumatera sepanjang sekitar 600 Km. Pemberi pelayanan kesehatan yang terbatas, penyebaran penduduk yang luas dan akses yang terbatas, menyebabkan *supply* (penyediaan layanan) masih kurang disediakan oleh pemerintah dan pihak lain, sehingga muncul ketidakmerataan terhadap akses pelayanan kesehatan.

Masyarakat di daerah perdesaan dan atau terpencil tidak memiliki banyak pilihan untuk berobat, sementara di daerah perkotaan relatif fasilitas kesehatan sudah banyak, sehingga akses terhadap pelayanan kesehatan tidak merata. Penyediaan pelayanan kesehatan tergantung pada infrastruktur di masyarakat, tanpa ada perbaikan infrastruktur pemerataan pelayanan kesehatan menjadi sulit dan jaminan kesehatan bagi masyarakat merupakan hal yang tidak adil. Peningkatan *supply* di daerah tertentu mutlak harus dilakukan agar peserta mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang sama/adil.

Permasalahan pada pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Provinsi Bengkulu belum tersedia fasilitas kesehatan, dokter dan dokter spesialis yang mencukupi, berdampak tidak mendapatkan manfaat seperti daerah lain yang lebih baik. Apakah akan ada anggaran investasi dari

Pemerintah Kabupaten/Kota/Provinsi dan sumber lain untuk menyeimbangkan ketersediaan fasilitas dan SDM kesehatan pada daerah dengan geografis sulit di Provinsi Bengkulu. Apabila terjadi kegagalan maka tujuan JKN untuk pemberian pelayanan kesehatan yang sama bagi penduduk di Provinsi Bengkulu sulit tercapai.

Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui peran Pemerintah Daerah terhadap ketersediaan fasilitas kesehatan pada pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, menyusun skenario kemungkinan di masa mendatang dalam pelaksanaan JKN di Provinsi Bengkulu,

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif dengan rancangan analisis *formatif* yang dirancang untuk menilai bagaimana program/kebijakan sedang diimplementasikan dan bagaimana pemikiran untuk memodifikasi serta mengembangkan sehingga membawa perbaikan.² Variabel Independen ialah peran Pemerintah Daerah dan variabel dependen ialah ketersediaan fasilitas kesehatan pada pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Bengkulu. Jenis data yang dikumpulkan adalah data kuantitatif digunakan untuk mengetahui ketersediaan fasilitas dan sumber daya manusia kesehatan, antara kabupaten/kota. Data kualitatif digunakan untuk mendapatkan persepsi dari penyedia layanan kesehatan, manajer program Jaminan Kesehatan Nasional serta tantangan dan hambatan yang ditemukan pada pelaksanaan JKN. Pengumpulan data studi ini dimulai dari April sampai dengan Juli 2014.

Sumber data berupa dokumen pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dan informan kunci (*key informan*). Data kualitatif diperoleh dengan menggunakan kuesioner yang diberikan kepada informan sebagai penanggung jawab program Jaminan Kesehatan Nasional pada Dinas Kesehatan, RSUD Kabupaten/kota dan Provinsi serta BPJS Kesehatan. Data kuantitatif berasal dari penanggung jawab program JKN Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, RSUD, BPJS dan dokumen Deskripsi SDM Kesehatan serta Profil kesehatan.

Data kuantitatif yang diperoleh berupa: fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi pada fasilitas kesehatan rujukan dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di kabupaten/kota, jumlah kepesertaan yang memilih Puskesmas sebagai FKTP dan besaran kapitasi per puskesmas. Analisis data dibandingkan antar kabupaten/kota, standar yang ditetapkan berdasarkan peraturan yang ada, sistem kesehatan menurut WHO,³ perencanaan berdasar scenario (*scenario planning*).^{4,5}

HASIL

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau pelayanan kesehatan primer yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di kabupaten/kota seProvinsi Bengkulu.(tabel 1)

Tabel 1. Jumlah FKTP Bekerjasama dengan BPJS dan Rasio Penduduk di Kabupaten/Kota se Provinsi Bengkulu per Mei 2014

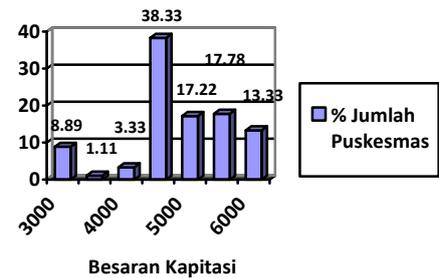
No	Kota/ Kab.	Jumlah Pelayanan Primer	Jumlah Penduduk	Rasio* (dr 1 : 3000)
1	Kota Bengkulu	38	319.098	8.397
2	Kab. Seluma	22	178.689	8.122
3	Kab. Bengkulu Selatan	16	148.891	9.306
4	Kab. Kaur	18	110.921	6.162
5	Kab. Kepahiang	18	127.046	7.058
6	Kab. Rejang Lebong	28	250.986	8.964
7	Kab. Lebong	17	102.126	6.008
8	Kab. Bengkulu Utara	26	268.921	10.343
9	Kab. Mukomuko	20	161.087	8.054
10	Kab. Bengkulu Tengah	26	101.028	3.885
11	Provinsi	129	1.766.794	7.715

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi/Dinas Kesehatan

*Peta Jalan JKN 2012-2019.⁶

Besaran Kapitasi di Puskesmas

Persentase jumlah Puskesmas berdasarkan besaran kapitasi dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Persentase Jumlah Puskesmas untuk Tiap Besaran Kapitasi di Provinsi Bengkulu Per Mei 2014

Berdasarkan gambar 1, persentase jumlah puskesmas berdasarkan kapitasi Rp. 3.000 s.d Rp. 4.500 sebanyak 51,66%, kapitasi Rp. 5.000 s.d Rp. 5.500 sebanyak 35% dan Rp. 6.000,- sebanyak 13,33%.

Fasilitas Kesehatan Rujukan

Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan di Provinsi Bengkulu dapat dilihat tabel.2.

Tabel 2. Jumlah Pelayanan Rujukan dan Rasio Penduduk di Provinsi Bengkulu

No	Kota/Kab	Kelas RS			Jml T T	Rasio TT/ 1000*	Rasio* Dr Sp /100rb
		D	C	B			
1.	Bengkulu	4	1	1	629	507	9,69
2.	Seluma	1	0	0	50	3574	0,00
3.	Bkl Selatan	0	1	0	100	1489	0,67
4.	Kaur	1	0	0	37	2998	3,61
5.	Kepahiang	0	1	0	93	1366	2,36
6.	Rj Lebong	0	1	0	133	1887	2,39
7.	Lebong	1	0	0	19	5375	0,00
8.	Bkl Utara	2	1	0	181	1485	2,97
9.	Mukomuko	1	0	0	50	3222	2,48
10.	Bkl Tengah	1	0	0	30	3368	0,00
11.	Provinsi	1	5	1	1329	1329	2,71

Sumber : BPJS, Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu 2014 dan data diolah, *Rasio per penduduk (Renstra Kemenkes 2009-2004)

Biaya rerata rawat jalan per kunjungan dihitung klaim satu bulan tertentu dibagi jumlah kunjungan, dan rawat inap klaim dibagi jumlah pasien rawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota dan Provinsi dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Biaya Rerata Rawat Jalan Tingkat Lanjut, Rawat Inap dan Rasio Dokter Spesialis di RSUD Kabupaten / Kota / Provinsi se Provinsi Bengkulu Mei 2014

No	Rumah Sakit	Biaya Pelayanan Per Orang		Rasio dokter spesialis Per 100 rb
		Rawat Jalan (Rp)	Rawat Inap (Rp)	
1.	RSUD A	150.000,-	1.000.000,-	0,55
2.	RSUD B	167.500,-	3.595.500,-	0,67
3.	RSUD C	640.693,-	2.971.547,-	3,61
4.	RSUD D	170.600,-	3,257.980,-	2,36
5.	RSUD E	158,654,-	2,405,140,-	2,39
6.	RSUD F	164.800,-	3.680.688,-	2.97
7.	RSUD G	179.660,-	2.072.374,-	2.48
8.	RSUD H	300.995,-	3.548.988,-	1.53

Sumber : RSUD kab/kota/provinsi 2014 dan data diolah.

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat rata-rata biaya rawat jalan per kunjungan antara Rp. 150.000,- s.d Rp. 640.000, dan rawat inap per pasien rata-rata antara Rp. 1.000.000,- s.d Rp. 3.700.000,-

Peran Dinas Kesehatan

Peran Dinkes Provinsi dan Dinkes kab/kota dalam implementasi JKN adalah:

Sebagai pengelola/penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai ketentuan dan bekerja sama dengan BPJS untuk anggaran Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan Provinsi sebagai pengelola/penyelenggara jaminan kesehatan skala provinsi yang mengkoordinir Kabupaten/kota dengan BPJS untuk dana APBD Provinsi dan APBD Kab/kota, (Dinkes A). Mensosialisasikan Program Jaminan Kesehatan Nasional, merekap data orang miskin untuk diusulkan menjadi peserta (Dinkes B). Dinas Kesehatan Kab. melakukan pemetaan tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan, membantu sosialisasi program JKN antara lain melalui majalah Pemda, ke Puskesmas. (Dinkes. C). Melakukan pendataan dan mapping masyarakat miskin

(seharusnya dilakukan oleh Dinas Sosial dan BPS), melakukan koodinasi lintas sektor dan BPJS, memperbaiki system rujukan, sosialisasi JKN, membuat call center, menangani pengaduan masyarakat.

Peran Pemda Untuk Fasilitas Kesehatan

Pemerintah Provinsi dan Kabupaten yang memiliki Rumah Sakit Umum Daerah dan telah memberikan pelayanan spesialistik oleh Dokter Spesialis memberi insentif antara Rp. 5 s.d 30 Juta per bulan. Alokasi Anggaran Kabupaten/kota dan provinsi untuk fasilitas kesehatan pelaksanaan JKN adalah untuk :

1) Belanja pegawai : Gaji, Tunjangan, Belanja operasional : ada untuk penunjang Program termasuk Jamkes Kota (Pemda A); 2) belanja operasional : Melalui RKA dan DPA Dinas Kesehatan kabupaten(Pemda C); Dukungan dana jamkesda (Pemda D); Belanja pegawai : Gaji, Tunjangan; Belanja operasional : Operasional Rutin Puskesmas APB; Belanja Modal : dana pendamping DAK untuk pengadaan sarana dan prasarana puskesmas (Pemda E); Provinsi membayar honor 1 orang Tim verifikasi data masyarakat miskin ke kabupaten/kota dan inmasih dirasakan kurang (Pemda F).

Pembangunan pelayanan kesehatan primer baru?

Tidak ada (Pemda A) ; Ada melalui DAK (Pemda B); tidak ada (Pemda C); Tidak ada (Pemda D); Ada dari DAK-DAU untuk puskesmas perawatan (Pemda E); Tidak ada (Pemda F)

Transport Rujukan ?

Pemda tidak mendanai tranportasi untuk rujukan (semua kab/kota).

Pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional yaitu BPJS

Penstribusian PPK :

Peserta memilih PPK tanpa intervensi dan paksaan, peserta memilih karena kenyamanan dalam mengakses PPK. Masalahnya : Faskes Primer belum merata yang ada belum optimal karena sarana dan prasarana serta SDM yang terbatas.

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Provider

Perubahan tata kelola (misalnya = kebijakan internal), pembentukan unit penanganan keluhan, unit informasi pasien JKN) dalam implementasi JKN?

RSUD (A) : Hanya Untuk TIM Sekretariat Jaminan Kesehatan Nasional

Model pelaporan yang harus dilakukan RS terhadap BPJS (misal : laporan utilisasi)?

RSUD (A), Tidak ada, karena belum tahu sampai sekarang belum jelas

Biaya yang dibayarkan oleh pemerintah daerah kepada Rumah Sakit?

RSUD (A) : Belanja Pegawai : Gaji, tunjangan, dan insentif; Belanja Operasional: Termasuk untuk operasional RS; Belanja Modal : Sampai sekarang belum ada. RSUD (B) RSUD milik Pemda yang belum menerapkan Pola keuangan BLUD, sehingga masih mendapatkan bantuan dari APBD seperti : bangunan dan peralatan

PEMBAHASAN

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional diseleggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Peserta warga Negara Republik Indonesia yang bersifat wajib. Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan.¹ Keberhasilan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional sangat tergantung kepada akses dan mutu pelayanan kesehatan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang bekerja sama dengan BPJS. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan menurut Pasal 2 Permenkes No. 71 Tahun 2013.⁷

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau pelayanan kesehatan primer yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan

Sosial (BPJS) Kesehatan di kabupaten/kota se Provinsi Bengkulu dapat dilihat tabel 1. Peta Jalan Menuju JKN 2012-2019 menetapkan rasio dokter umum 1 : 3000 penduduk kondisi ini sama dengan rasio fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer/PPK I dengan jumlah penduduk yang akan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional.⁶ Rasio pemberi pelayanan kesehatan primer/PPK I dengan jumlah penduduk paling tinggi di Kabupaten Bengkulu Tengah 25,75 per 100.000 atau 1 : 3883 jiwa dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara 9,97 per 100,000 atau 1 : 10.341 Jiwa. Fasilitas kesehatan tingkat pertama di Provinsi Bengkulu dengan rasio 1: 3000 penduduk membutuhkan sebanyak 590 unit. Awal tahun 2014 yang tersedia 229 unit, maka kekurangan FKTP se Provinsi Bengkulu pada tahun 2019 sebanyak 361 unit untuk dapat memudahkan akses dan memberi pelayanan yang bermutu kepada peserta.

Besaran Kapitasi di Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.⁸ Menetapkan kapitasi untuk Puskesmas Rp. 3.000 s.d Rp. 6.000. Kapitasi ditetapkan berdasarkan ketersediaan tenaga dan fasilitas antara lain 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, dan lengkap dengan jaringan Rp. 6.000,-. Besaran kapitasi dikurangi apabila jenis dan jumlah tenaga serta jaringan tidak lengkap (Kontrak Dinas Kesehatan kab/kota dan BPJS). Berdasarkan gambar 1, kapitasi Rp. 3.000 s.d Rp. 4.500 sebanyak 51,66%, kapitasi Rp. 5.000 s.d Rp. 5.500 sebanyak 35% dan Rp. 6.000,- sebanyak 13,33%. Mempengaruhi mutu pelayanan yang diberikan oleh tenaga berkompeten.

Pasal 12 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 59 Tahun 2014. Tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama pada daerah terpencil dan kepulauan yang diberikan oleh dokter atau bidan/perawat, ditetapkan berdasarkan Tarif Kapitasi. Antara Rp. 8.000,- s.d 10.000,- dibayar minimal 1000 peserta terdaftar pada pelayanan kesehatan tingkat pertama.⁹

Fasilitas Kesehatan Rujukan

Rasio ketersediaan fasilitas pelayanan rujukan tertinggi di Kota Bengkulu 1,88 per 100.000 penduduk, dan Kabupaten Rejang Lebong 0,40 per 100.000 penduduk. Sedangkan rasio tempat tidur paling tinggi di Kota Bengkulu 1 : 507 penduduk dan terendah di Kabupaten Lebong 1 : 5375 penduduk. (tabel 2). Biaya rerata rawat jalan per kunjungan dihitung klaim satu bulan tertentu dibagi jumlah kunjungan, dan rawat inap klaim dibagi jumlah pasien rawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota dan Provinsi dapat dilihat pada tabel 3. Dibandingkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 59 Tahun 2014, klaim tarif pelayanan rawat jalan dan rawat inap merupakan tarif tindakan medis sangat sederhana dan penyakit-penyakit katagori ringan. Kekurangan dokter spesialis di RSUD menyebabkan tidak terserap paket INA-CBG's untuk tindakan besar dan penyakit katagori berat. Rasio dokter spesialis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten/Kota dan Provinsi di Provinsi Bengkulu masih jauh dibandingkan dengan DKI Jakarta, rasio dokter spesialis anak 6,2, spesialis bedah 3,0, spesialis dalam 5,1 dan spesialis kebidanan 6,4, sedangkan Provinsi Yogyakarta rasio spesialis anak 3,3, spesialis bedah 2,2, spesialis dalam 3,6 dan spesialis obsgin 3,1.¹⁰ Pemenuhan jenis dan jumlah dokter spesialis RSUD dapat melakukan tindakan medis katagori sedang dan berat sesuai dengan tarif INA-CBG's sulit terpenuhi pada tahun 2019.

Dukungan dana Pemerintah Kabupaten/Kota dan Provinsi dalam bentuk Insentif dokter spesialis/residen antara 5 juta s.d 30 juta per bulan terutama spesialis empat besar belum dapat menarik minat dokter spesialis untuk memberi pelayanan kesehatan rujukan di Provinsi Bengkulu, padahal kondisi Pemerintah Kabupaten dan Provinsi sudah memberatkan anggaran daerah. Selain untuk peningkatan akses dan kualitas pelayanan Pemerintah Kabupaten/kota dan Provinsi berperan meningkatkan cakupan Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui program jamkesda tahun 2014 sebesar 38,36 M. Fokus *equity* kesehatan pada kemudahan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan dan memperoleh pelayanan dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Perlu dipelajari mengenai *equity* geografis

dan *equity* social-ekonomi. Tiga dimensi *equity* dalam kesehatan dapat dibagi menjadi : a) Penduduk yang tercakup; b) Pelayanan kesehatan yang dicakup; c) Proporsi biaya pelayanan kesehatan yang ditanggung.¹¹

Analisis Kebijakan

Penjelasan atas UU N0 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, pasal 24 (2) BPJS dapat memberi anggaran tertentu kepada suatu rumah sakit di suatu daerah untuk melayani sejumlah peserta. Anggaran tersebut sudah mencakup jasa medis, biaya perawatan, biaya penunjang, dan biaya obat-obatan yang penggunaan rincinya diatur sendiri oleh pimpinan rumah sakit.¹² Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Pasal 30 (1) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi. (3) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk : a. penggantian uang tunai; b. pengiriman tenaga kesehatan; dan c. penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu.⁷ Cakupan kesehatan semesta memiliki duakomponen yang saling terkait: pelayanan kesehatan essensial yang berkualitas, dan perlindungan dari kesulitan keuangan. melalui komponen ini adalah tujuan yang penting dari sistem kesehatan meningkatkan kelangsungan hidup atau harapan hidup yang sehat.¹³

Merevisi kebijakan tarif kapitasi antara Rp, 3000,- s.d Rp. 6.000,- untuk Puskesmas yang kekurangan tenaga medis, sehingga semua puskesmas mendapatkan kapitasi maksimal dengan meningkatkan pelayanan promotif dan preventif, karena pelayanan yang diberikan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peningkatan pelayanan promotif dan preventif merupakan upaya *universal coverange*, cakupan kesehatan semesta/*universal health coverage* (UHC) telah didefinisikan sebagai hasil yang diinginkan dari kinerja sistem kesehatan dimana semua orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan (promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi dan paliatif).¹³ Pelayanan Promotif dan preventif dapat dilakukan oleh tenaga

non medis yang sangat banyak, lebih efisien dan mencegah dan mengendalikan masyarakat untuk sakit.

Keterbatasan Pemerintah Daerah untuk memenuhi dokter umum, dokter gigi dokter spesialis dan peralatan penunjang medis spesialisik untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan, memerlukan strategi bersama dengan Pemerintah Pusat dan PBJS, antara lain : 1) Pemerintah Pusat harus menempatkan dokter spesialis yang baru selesai pendidikan sesuai dengan daerah yang mengusul; peralatan penunjang medis spesialisik memerlukan strategi bersama dengan pemerintah dan BPJS, antara lain : pemerintah pusat harus menempatkan dokter spesialis yang baru selesai pendidikan sesuai dengan daerah yang mengusul; 2) Pemerintah Pusat memberi formasi khusus untuk pengangkatan CPNS dokter umum, dokter gigi untuk ditempatkan di Puskesmas ; 3) Mengusulkan merevisi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, dalam penetapan tarif INA-CBG's mempertimbangkan daerah kurang penduduk dan tidak diminati dokter spesialis. 4) Pemerintah Daerah memberi rekomendasi seluas-luasnya kepada dokter umum non PNS untuk mengikuti pendidikan program dokter spesialis dengan ketentuan wajib kembali kepada daerah pengusul; 3) bekerja sama dengan BPJS untuk menempatkan tenaga khusus untuk daerah tidak diminati sesuai dengan peraturan yang berlaku.

KESIMPULAN

Pemerintah Daerah harus menyusun strategi bersama dengan pemerintah pusat dan BPJS untuk meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan, jumlah dan jenis tenaga untuk meningkatkan pemerataan akses dan mutu pelayanan; Upaya yang dapat dilakukan antara lain pengangkatan tenaga dokter dan dokter gigi untuk Puskesmas, memfasilitasi praktik dokter dan klinik untuk bekerja sama dengan BPJS sebagai FKTP; Bekerja sama dengan BPJS untuk memenuhi kekurangan tenaga; memberi rekomendasi pendidikan dokter spesialis bagi dokter umum non PNS. Menusulkan review Peraturan Menteri Kesehatan

Republik Indonesia Nomor : 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Universitas Gajah Mada, yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk mengembangkan Proposal Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan JKN oleh BPJS tahun 2014 yang disusun bersama-sama Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor: 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
2. Buse K, Mays N, Gill W. Making health policy. London: Open University Press London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2005.
3. World Health Organization (WHO). System thinking: for health systems strengthening. Geneva: WHO Library; 2009.
4. Ringland G. scenario planning managing for the future: Gill Ringland foreword by Peter Schwartz. Wiley. www.wiley.co.uk/www.wiley.com
5. Searce D, Fulton K. What if? The art of scenario thinking for notprofit. GBN Global Business. Copyright : Global Business Network; 2004.
6. GTZ, AUSAID. Peta jalan menuju jaminan kesehatan nasional 2012-2019. Disusun bersama dan di dukung GTZ. AUSAID. Jakarta; 2012. hlm. 95-6.
7. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
8. Kementerian Kesehatan. peraturan menteri kesehatan RI nomor 69 tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjut dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
9. Kementerian Kesehatan. Peraturan menteri kesehatan RI nomor 59 tahun 2014 tentang standar tarif pelayanan kesehatan, penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

10. Trisnantoro L, Susilowati T, Meliala A, Hendrartini Y, Kurniawan MF, Putra WDR. Skenario pelaksanaan jaminan kesehatan nasional: apakah ada potensi memburuknya ketidakadilan sosial di sektor kesehatan, studi awal dalam monitoring jkn di 12 provinsi periode monitoring I : Januari–Juni 2014. PMPK FK. UGM : 2014, hlm. 14-20 Tersedia dari: www.manajemen-pembiayaankesehatan.net.
11. World Health Organization (WHO). World health report. health systems financing the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
12. Undang-undang Nomor : 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.
13. World Health Organization (WHO), World bank. monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels framework, measures and targets May : 2014.