

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya pada Pasal 34 ayat (3) ditegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Di dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pada Pasal 5 ayat (1) menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Selanjutnya pada ayat (2) ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Kemudian pada ayat (3) menyatakan bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Selanjutnya, pada pasal (6) ditegaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.

Untuk menjamin terpenuhinya hak hidup sehat bagi seluruh penduduk termasuk penduduk miskin dan tidak mampu, pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada tahun 2014 pemerintah melakukan pengembangan kebijakan jaminan sosial yang revolusioner. Kebijakan itu adalah memberikan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Kebijakan itu diawali dengan menyatukan seluruh program jaminan sosial ke dalam satu lembaga yang disebut BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). BPJS dibagi menjadi 2 (dua), yaitu BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan. BPJS

Ketenagakerjaan itu meliputi jamsostek, astek dan asabri. Sementara itu, BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara jaminan sosial kesehatan yang dulu terpecah menjadi beberapa varian, antara askes untuk PNS dan Polri/ABRI dan jamkesmas untuk keluarga miskin.

Tabel 1.1 Landasan Hukum Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bidang Kesehatan

No.	LANDASAN HUKUM	TENTANG
1	UUD 1945 pasal 28 H., pasal 34	Setiap orang berhak atas Jaminan Sosial Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial
2	UU No. 40/2004	Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3	UU No. 36/2009	Tentang Kesehatan
4	UU No. 24/2011	Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
5	PP No. 101/2012	Tentang Penerima Bantuan Iuran
6	PerPres No. 12/2013	Tentang Jaminan Kesehatan
7	PerPres No. 111/2013	Tentang Perubahan atas PerPres No. 12/2013
8	Permenkes No.69/2013	Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
9	Permenkes No.71/2013	Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
10	SK Menkes No. HK/MENKES/31/1/2014	Tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
11	SK Menkes No. HK/MENKES/32/1/2014	Tentang Pelaksanaan Pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
12	PerPres No. 32/2014	Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) milik Pemda
13	Permenkes No.19/2014	Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada FKTP milik Pemda
14	SE MENDAGRI No. 900/2280/SJ tanggal 5 Mei 2014	Tentang Petunjuk Teknik Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi JKN pada FKTP milik Pemda
15	Permenkes No.27/2014	Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)
16	Permenkes No.28/2014	Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Pada tataran implementasi perubahan kebijakan yang demikian ini direspon oleh pengguna. Respon-respon menjadi penting untuk diperhatikan karena pada gilirannya akan terkait dengan kepuasan pengguna jaminan sosial tersebut. Respon bisa berasal dari pihak provider kesehatan dan pengguna jaminan sosial. Menjadi sangat penting lagi untuk mencermati pengguna BPJS. Hal itu terkait kemampuan akses keluarga tersebut yang pada gilirannya akan berakibat pada kualitas kesehatan dan produktivitas sumber daya manusia.

BPJS Kesehatan sebelumnya bernama Askes (Asuransi Kesehatan), yang dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero), namun sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. Askes Indonesia berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang berubah menjadi Badan Hukum Publik yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. Berikut adalah landasan hukum penyelenggaraan jaminan sosial bidang kesehatan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan beroperasi sejak 1 Januari 2014. Jumlah kepesertaan terus meningkat. Telah banyak manfaat dirasakan oleh peserta. Tapi, tidak sedikit juga keluhan, baik dari peserta maupun dari lembaga pemberi pelayanan kesehatan. Beberapa keluhan yang disampaikan tentang implementasi kebijakan perubahan atau transformasi Askes ke BPJS di antaranya adalah penurunan kualitas pelayanan yang diberikan jika dibandingkan pada saat masih program Askes, terutama pada saat awal diterapkannya BPJS. Pada awal pengalihan Askes ke BPJS, loket pendaftaran maupun loket pelayanan lainnya masih belum ditambah untuk mengantisipasi bergabungnya peserta BPJS selain ex Askes. Sehingga antrian menjadi lebih panjang. Demikian pula untuk peserta eks Askes yang menderita penyakit kronis yang memerlukan pengobatan jangka panjang

atau bahkan seumur hidupnya, seperti penyakit jantung, darah tinggi, diabetes menerima resep obat untuk satu minggu, sehingga untuk meneruskan pengobatan secara rutin harus tiga sampai empat kali harus datang ke fasilitas kesehatan.

Keluhan juga disuarakan oleh para dokter yang memiliki peran sentral dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan lembaga hasil transformasi PT Askes itu. Insentif yang diberikan dianggap kurang memadai, oleh sebab itu Ikatan Dokter Indonesia (IDI) mengusulkan agar dokter yang memberi pelayanan JKN di puskesmas bisa mendapat tambahan insentif Rp 2 juta sampai Rp 3 juta per bulan. Fasilitas kesehatan dalam hal ini Rumah Sakit Swasta, pada awal peralihan ke BPJS juga merasakan adanya kendala. Rumah Sakit Swasta yang mengikuti Perjanjian Kerjasama dengan BPJS Kesehatan harus menombok kekurangan tarif yang dibayar BPJS, walaupun proses pembayaran klaim sudah sesuai dengan Perjanjian Kerja Sama. Biasanya untuk menanggulangi hal tersebut adalah dengan melakukan subsidi silang. Artinya ada keuntungan dari pos yang lain yang dibayarkan untuk menebus kekurangan biaya dari yang dibayarkan oleh BPJS. Untuk anggaran BPJS Kesehatan ini, rumah sakit harus membayar modal terlebih dahulu karena klaim asuransi BPJS baru bisa dicairkan akhir bulan. Hal ini yang menjadi dilematis, karena rumah sakit swasta tentu saja tidak sama dengan rumah sakit pemerintah. Selain masalah tarif pembayaran BPJS yang jauh di bawah tarif yang ditentukan rumah sakit, RS Swasta juga masih kesulitan untuk mencari obat untuk pasien BPJS. Karena obat untuk pasien BPJS ini harus sesuai dengan standar nasional.

Sementara itu lain lagi yang disuarakan dan dikuatirkan oleh Fikri Suadu Direktur Eksekutif Indonesian Hospital and Clinic Watch (INHOTCH) dan menurut Timboel Siregar Koordinator advokasi BPJS Watch, bahwa diduga kuat RS sudah mulai melakukan kecurangan untuk menutupi anggaran mereka. Modus yang paling sering digunakan adalah mark up tagihan obat RS nakal ini muncul dari keuntungan yang diperoleh oleh pihak RS. Pasalnya, tarif yang dikatakan sangat merugikan oleh

mereka, justru mendatangkan keuntungan. Hal itu diduga karena adanya mark up pada tarif pelayanan INA CBGs. Yang paling sederhana adalah rekam medis yang tidak sesuai dengan kondisi riil pasien. Seperti pasang infuse sekali, ditulis klaim ke BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) kesehatan sebanyak tiga kali. Oleh karenanya, Fikri mengusulkan untuk dibentuk lembaga pengawasan independen untuk mengawasi peluang kecurangan itu di RS. Menurutnya, selama ini masih belum ada lembaga yang intens dibiayai pemerintah untuk mengawasi. Bahkan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan BPJS kesehatan tidak memiliki tupoksi untuk melakukan pengawasan secara mendetail.

Dugaan mark up tersebut di atas sudah pernah dibahas dalam diskusi “Strategi untuk mencegah Fraud dan Korupsi di Jaminan Kesehatan Nasional” yang diselenggarakan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM, 6 November 2013 di Gedung Granadi, Rasuna Said, Jakarta, diungkapkan bahwa model pembayaran *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) dianggap rawan untuk terjadi *fraud*, bentuk korupsi yang perlu dicegah oleh semua pemangku kepentingan. Suatu contoh adalah tarif pelayanan rawat jalan. Di Puskesmas, tarif kapitasi pelayanan rawat jalan primer sebesar Rp 3.000,00 s.d. Rp 6.000,00, sedangkan di klinik pratama (primer) swasta sebesar Rp 8.000,00 s.d. Rp10.000,00. Mereka-reka berapa pendapatan dokter primer dan berapa alokasi anggaran untuk pasien dapat diperoleh dari simulasi dengan variasi asumsi, walau tidak selalu sesuai realita. Pembayaran kapitasi oleh BPJS kepada klinik berbeda dari pembayaran kapitasi oleh klinik kepada dokter primer, tetapi perlu diketahui juga masih dijumpai dokter primer yang dibayar sekitar Rp 1.000 – Rp 5.000 per kunjungan, selain menerima “uang duduk.”

Dalam Koran Tempo, Sabtu 31 Januari 2015, diberitakan bahwa Menteri Keuangan Bambang P S Brodjonegoro memprediksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS pada tahun pertama akan mengalami kerugian hingga Rp triliun Defisit terbesar disumbang oleh BPJS Kesehatan katanya sesuai rapat kerja di Komisi

Keuangan dan Perbankan Dewan Perwakilan Rakyat di Jakarta Kamis malam lalu Menurut Bambang perkiraan kerugian BPJS ini terkait dengan gejala *insurance effect* yang melanda masyarakat Masyarakat kini sangat bergantung pada keberadaan asuransi kesehatan yang diklaim.

Menteri Koordinator Bidang Perekonomian Sofjan Djalil mengatakan, salah satu penyimpangan mendasar yang ditemukan dalam penyelenggaraan program tersebut adalah praktik curang yang dilakukan oleh sekelompok masyarakat. Berdasarkan temuan pemerintah, ada masyarakat yang memanfaatkan program BPJS Kesehatan untuk menyembuhkan penyakit mereka saja, setelah itu tidak bayar iuran lagi.

Selain itu defisit oleh BPJS, Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Akmal Taher menduga adalah adanya salah klaim dari pihak rumah sakit. Salah klaim tersebut bahkan, menyebabkan klaim yang diajukan pihak rumah sakit lebih tinggi dari yang seharusnya. Akmal mengatakan, pihaknya belum tahu secara pasti kesalahan klaim tersebut disebabkan oleh unsur kesengajaan atau tidak. Akmal belum mau mau memastikan nilai kesalahan klaim tersebut. "Tahun pertama masih sosialisasi, tahun 2015 akan dipertegas dan menyiapkan pengawasannya dan akan ditindak sesuai hukum.

1.2. RUMUSAN MASALAH

1. Bagaimana respon provider pelayanan kesehatan terkait dengan penerapan BPJS Kesehatan?
2. Bagaimana respon pengguna pelayanan terhadap penerapan BPJS Kesehatan sebagai pengganti Askes?
3. Apakah hambatan implementasi pelayanan kesehatan dalam transformasi Askes ke BPJS?
4. Bagaimana rekomendasi alternatif pemecahan dalam menghadapi kendala yang menghambat implementasi peralihan askes menjadi BPJS di provinsi Jawa Timur?

1.3. TUJUAN PENELITIAN

1. Untuk mengetahui respon provider pelayanan kesehatan terkait dengan penerapan BPJS Kesehatan
2. Untuk mengetahui respon pengguna pelayanan terhadap penerapan BPJS Kesehatan sebagai pengganti Askes
3. Untuk mengetahui hambatan implementasi pelayanan kesehatan dalam transformasi Askes ke BPJS
4. Untuk mengetahui rekomendasi alternatif pemecahan dalam menghadapi kendala yang menghambat implementasi peralihan askes menjadi BPJS di provinsi Jawa Timur

1.4. HASIL YANG DIHARAPKAN

Penelitian ini mencoba memahami respon baik provider pusat pelayanan kesehatan dan pengguna. Hasil yang diharapkan adalah untuk mencermati partisipasi dalam penggunaan jaminan sosial tersebut terkait dengan respon para *stake holder*, sehingga bisa dijadikan bahan masukan bagi pengambil kebijakan untuk perbaikan penerapan pelayanan kesehatan melalui JKN BPJS Kesehatan.

1.5. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Ruang lingkup penelitian ini adalah respon pengguna BPJS eks Askes, namun demikian pengaruhnya terhadap kinerja provider tidak lepas dari BPJS eks Jamkesmas/Jamkesda serta asuransi kesehatan lainnya.