

STUDI KASUS IMPLEMENTASI PAKET MANFAAT JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA) (A Case Study on the Implementation of Local Health Insurance Benefit Packages)

Supriyantoro¹, Harimat Hendarwan², Youth Savithri³

Naskah masuk: 20 Agustus 2014, Review 1: 20 Agustus 2014, Review 2: 20 Agustus 2014, Naskah layak terbit: 7 Oktober 2014

ABSTRAK

Latar Belakang: Salah satu isu yang menjadi perhatian di dalam integrasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah bervariasinya paket manfaat yang diberikan oleh Jamkesda. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai paket manfaat Jamkesda sebagai bahan pertimbangan dalam pengintegrasian ke dalam JKN. **Metode:** Penelitian ini merupakan studi kasus dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif, dilakukan di kabupaten/kota yang sudah memiliki Jamkesda pada tahun 2013–2014. Data yang dikumpulkan mencakup data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui kelompok diskusi terfokus, wawancara, pengamatan, serta melalui kuesioner yang dirancang untuk dapat diisi sendiri oleh responden. Data sekunder berasal dari berbagai sumber, seperti artikel, jurnal, dokumen, data statistik, arsip serta publikasi media massa. **Hasil:** Penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kelompok kapasitas fiskal dengan manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan (continuity correction, p value = 0,065). Kendati demikian, kabupaten/kota yang memiliki kapasitas fiskal tinggi (tinggi dan sangat tinggi) memiliki kecenderungan sebesar 1,920 kali lebih besar untuk memberikan manfaat Jamkesda yang sesuai atau bahkan melebihi manfaat Jamkesmas bila dibandingkan dengan kabupaten/kota yang memiliki kapasitas fiskal yang rendah (sedang dan rendah) (Mantel-Haenszel, Common Odds Ratio Estimates = 1,920; Confidence Interval 95% = 1,008 – 3,658; asymp. Sig 2 sided = 0,047). Terdapat perbedaan antara sistem Jamkesda yang ada, khususnya dalam hal paket manfaat yang diberikan. Hasil kualitatif menunjukkan adanya berbagai hambatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, antara lain aksesibilitas masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, keterbatasan sumber daya manusia kesehatan serta kurangnya sarana. **Saran:** Disarankan agar Pemerintah menentukan layanan mendasar yang berlaku secara nasional sehingga perbedaan paket manfaat dapat disetarakan. Pemerintah Pusat juga harus mampu menjembatani perbedaan pemahaman para pengambil kebijakan di daerah.

Kata kunci: paket manfaat, integrasi, kapasitas fiskal, jamkesda, JKN

ABSTRACT

Background: The variation of benefit packages implemented by some local social health insurance schemes (Jamkesda) become an important issue in the effort to integrating them into National Health Insurance (JKN). This study aims to describe implementation of Jamkesda's benefit packages as a basic consideration in integration to JKN. **Methods:** Design of this study is case study with qualitative and quantitative approaches, conducted 2013–2014 in all of districts/cities which already have Jamkesda. Primary and secondary data was collected. Primary data has been collected by focus group discussion, interview, observation, and self administered questioner. Secondary data collected from many sources such as articles, journal, official document, statistics data, and others. **Results:** Of this study show there is no significant relationship between fiscal capacity group and benefit packages (continuity correction, p value = 0.065). But, districts/cities with high fiscal capacity (high and very high) seem likely to have probability 1,920 bigger than lower capacity districts/cities in giving equal or more benefit than existing national social health insurance (Jamkesmas) (Mantel-Haenszel,

¹ Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, Jl. HR Rasuna Said Blok X5 Kav. 4-9 Jakarta Selatan

² Pusat Teknologi dan Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29, Jakarta

³ Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. HR Rasuna Said Blok X5 Kav. 4-9 Jakarta Selatan
Alamat Korespondensi: hahenda654@yahoo.com

Common Odds Ratio Estimates = 1.920; Confidence Interval 95% = 1.008–3.658; asymp. Sig 2 sided = 0.047). There is variation of benefit packages between each Jamkesda. Qualitative results show there are many obstacles faced in giving benefit health services, such as limited community accessibility to health facilities, the absence of health workforce, and lack of health infrastructure and equipment. Recommendation: This study recommends to set a national minimum benefit packages and equalizing percetion of local decission maker.

Key words: *benefit package, integration, fiscal capacity, jamkesda, JKN*

PENDAHULUAN

Salah satu amanat Amandemen Undang-Undang Dasar 1945 adalah adanya pengembangan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Amanah tersebut telah di respons Pemerintah antara lain dengan menetapkan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang di dalamnya mencakup jaminan pemeliharaan kesehatan.

Jaminan kesehatan merupakan bagian dari upaya mencapai universal health coverage. Menurut WHO sebagaimana dikutip Murti (2010), *universal health coverage* merupakan sistem kesehatan di mana setiap warga di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang bermutu dan dibutuhkan dengan biaya yang terjangkau. Cakupan universal mengandung dua elemen inti yakni 1. akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga; dan 2. perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan.

Indonesia merupakan salah satu negara yang sedang dalam masa transisi menuju sistem pelayanan kesehatan universal. Undang-Undang No. 40 tahun 2004 mewajibkan setiap warga memiliki akses pelayanan kesehatan komprehensif yang dibutuhkan melalui sistem pra-upaya. Tanpa perlindungan asuransi, sebagian besar warga di Indonesia harus membayar langsung hampir seluruh biaya (*full cost*) pelayanan, baik di rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta maupun praktik dokter swasta. Sebagian besar penduduk memiliki risiko mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik ketika menggunakan pelayanan kesehatan sekunder bila tidak didukung dengan ketersediaan sistem pembiayaan pra-upaya yang memadai.

Sesuai dengan UU nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, pasal 22 Huruf H, sejumlah daerah juga menyelenggarakan jaminan kesehatan

bagi masyarakatnya, yang dibiayai melalui APBD maupun kontribusi dari masyarakat. Peran Pemerintah Daerah untuk menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial semakin kuat dengan dikabulkannya *judicial review* atas UU No. 40 Tahun 2004 oleh Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. Berdasarkan dasar hukum tersebut di atas, sebagian Pemerintah Daerah telah berinisiatif untuk mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan berupa Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Sampai dengan tahun 2010, Kementerian Kesehatan telah mencatat ada 352 kabupaten/kota dan 33 provinsi yang telah mengembangkan Jamkesda.

Jaminan Kesehatan Daerah merupakan program pemerintah yang mengacu kepada sistem jaminan sosial yang bertujuan untuk memberikan akses bagi seluruh rakyat terhadap pelayanan kesehatan. Penyelenggaraannya berdasarkan prinsip asuransi sosial dengan kepesertaan yang wajib dan besaran premi yang ditetapkan oleh pemerintah (Trisnantoro, 2009).

Sistem Jamkesda ini merupakan sebuah subsistem jaminan sosial yang bersifat jangka pendek, dan terutama ditargetkan kepada rakyat miskin dan yang belum memiliki keanggotaan jaminan kesehatan lainnya (seperti Jamkesmas, Askes, dll). Prinsip-prinsip yang dianut dalam sistem jaminan sosial dengan sendirinya harus dianut pula dalam sistem ini.

Sistem Jamkesda memiliki karakteristik yang berbeda-beda, lebih rumit dan lebih terperinci sesuai dengan kondisi dan karakteristik kesehatan di daerah yang menyelenggarakan. Jamkesda menggunakan pendekatan penyelenggaraan dengan prinsip *managed care*, dijalankan dengan teknik yang mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali mutu dan kendali biaya. Hal ini bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Pengelolaan *managed care* bertujuan untuk memerangi bahaya moral (*moral*

hazard) terhadap pelayanan kesehatan yang tidak menjadi kebutuhan medis pasien.

Dari segi manajemen pengelolaan, di akhir tahun 2011 telah disahkan Undang-undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) untuk menjalankan amanah konstitusi UU No. 40 Tahun 2004. Penyelenggaraan jaminan kesehatan secara nasional berada dalam kewenangan BPJS. Diberikannya seluruh kewenangan penyelenggaraan jaminan kesehatan kepada BPJS adalah sebagaimana telah diamanatkan oleh pasal 1 ayat (1) UU BPJS yang menyatakan bahwa BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.

Menurut Pasal 2 UU BPJS, BPJS bertugas menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Seluruh bentuk penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan secara nasional oleh BPJS, termasuk jaminan kesehatan didalamnya. Hal ini diperkuat oleh Pasal 6 UU BPJS yang menyatakan bahwa BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Hal diatas menunjukkan bahwa UU BPJS tidak lagi memberikan skema bagi Pemerintah Pusat maupun daerah dalam melakukan manajemen pengelolaan jaminan sosial kesehatan di masa yang akan datang.

Dalam mempersiapkan pelaksanaan SJSN, berbagai materi substantif yang diperlukan tidak hanya dituangkan dalam regulasi saja tetapi harus mengintegrasikan berbagai pola jaminan kesehatan yang telah berjalan di daerah. Mensinergikan kepentingan pemangku kepentingan di tingkat Pusat maupun daerah menjadi sangat penting untuk dilaksanakan. Isu paket manfaat merupakan salah satu isu utama dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah yang harus diperhatikan dalam pengintegrasian pada sistem jaminan sosial nasional melalui kerangka BPJS. Paket manfaat Jamkesda saat ini masih sangat bervariasi, tergantung pada kemampuan APBD dan komitmen pimpinan daerah terhadap masalah kesehatan.

Transformasi penjaminan sosial di bidang kesehatan ini dilakukan secara serius dari tahun ke tahun. Alokasi anggaran pembiayaan kesehatan Pemerintah dan pemerintah daerah mengalami peningkatan cukup signifikan. Sejalan dengan meningkatnya anggaran kesehatan, cakupan

pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin juga mengalami peningkatan secara signifikan, yaitu dari 36,4 juta jiwa pada tahun 2005 menjadi 76,4 juta jiwa pada tahun 2009.

METODE

Penelitian ini merupakan bagian dari Penelitian Disertasi yang berjudul "*Formulasi Strategi Universal Coverage 2014 melalui Integrasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*". Penelitian ini merupakan studi kasus dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif dilakukan dengan tujuan untuk memahami suatu situasi sosial, peristiwa, peran, interaksi dan kelompok. Dalam hal ini didapatkan gambaran garis besar profil jaminan kesehatan daerah. Penelitian berusaha menemukan fakta dengan mendalami secara nyata setiap objek secara akurat sifat dari beberapa fenomena kelompok atau individu yang berasal dari hasil temuan dalam pengumpulan data. Penggunaan pendekatan kualitatif mengharuskan peneliti secara langsung terlibat di lokasi penelitian melalui pengamatan peran serta. Pendekatan metode kualitatif menekankan kepada masalah mengenai apa adanya (*das sein*) dengan kenyataan yang ada di lapangan. Peneliti sekaligus juga berperan sebagai instrumen penelitian yang akan memahami karakteristik dan situasi lapangan.

Penelitian dilakukan di kabupaten/kota Indonesia yang sudah memiliki Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) pada tahun 2013–2014. Data yang dikumpulkan mencakup data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui *self administered questioner*, pengamatan partisipatif, wawancara mendalam, kelompok diskusi terfokus, dan diskusi. Data sekunder dikumpulkan melalui studi literatur, observasi dokumen, dan sebagainya.

Pengumpulan data dengan wawancara dan atau kelompok diskusi terfokus dilakukan terhadap pelaku utama kebijakan baik dari di Tingkat Pusat (pejabat Kementerian Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional), SKPD Daerah, Pengelola Jamkesda, pengelola rumah sakit, dan masyarakat yang berhubungan langsung dengan pelaksanaan Jamkesda di lapangan.

Data juga diperoleh melalui penyebaran kuesioner (*self admistered questioner*) kepada informan/responden terkait. Pengiriman *self administered*

kuesioner ini dilakukan dalam 2 tahap. Tahap pertama, dikirimkan kuesioner kepada Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan pengelola Jamkesda. Tahap kedua, dilakukan pengiriman ulang kuesioner untuk seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi di Indonesia, khususnya dinas kesehatan yang belum merespons pengiriman kuesioner tahap pertama.

Untuk memperkaya hasil penelitian, juga dilakukan pengolahan data terkait integrasi Jamkesda dari hasil monitoring dan evaluasi kesiapan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan di akhir tahun 2013.

Pada data kuantitatif dilakukan analisis menggunakan analisa bivariat dengan menggunakan uji kai kuadrat (*chi square*) untuk menunjukkan ada atau tidak adanya hubungan yang signifikan secara statistik antara kapasitas fiskal dengan penyelenggara dan manfaat Jaminan Kesehatan Daerah. Besarnya pengaruh dapat dinilai berdasarkan perhitungan Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimates.

HASIL

Berdasarkan Tabel lampiran peta kapasitas fiskal daerah (Lampiran Peraturan Menteri Keuangan Nomor 226/PMK.07/2012) didapatkan gambaran kemampuan fiskal daerah-daerah di Indonesia yang diklasifikasikan menjadi daerah dengan kriteria kapasitas fiskal rendah, sedang, tinggi dan sangat tinggi. Jika ditinjau dari tingkat kapasitas fiskal kabupaten/kota, terbanyak kategori kapasitas fiskal rendah yaitu sebanyak 289 kabupaten/kota (58,97%), kategori sedang sebanyak 86 kabupaten/kota (17,55%), kategori tinggi 61 kabupaten/kota (12,44%) dan sangat tinggi sebanyak 54 kabupaten/kota (11,02%).

Dari seluruh kabupaten/kota tersebut, terdapat 242 kabupaten/kota yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Daerah yang datanya dapat diolah. Sebanyak 152 kabupaten/kota dikategorikan sebagai daerah dengan kapasitas fiskal rendah (62,8%), 30 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal sedang (12,4%), 25 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi (10,3%), dan 35 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal sangat tinggi (14,5%).

Sekitar 59,6% kabupaten/kota memberikan manfaat Jamkesda yang sama dengan Jamkesmas, dan 37,5% memberikan paket manfaat yang tidak

sesuai (kurang) dibandingkan dengan paket yang diberikan Jamkesmas. Beberapa kabupaten/kota hanya memberikan penggantian seadanya.

Terdapat 7 kabupaten/kota (2,9%) yang memberikan lebih dari paket Jamkesmas. Ke 7 kabupaten/kota ini berasal dari provinsi yang sama, yakni Provinsi Kepulauan Riau, seluruhnya memiliki kapasitas fiskal dengan kategori tinggi dan sangat tinggi. Paket manfaat yang diberikan tidak hanya berupa paket manfaat yang sesuai dengan Jamkesmas tetapi juga ditambah dengan biaya penginapan, makan dan minum, serta transportasi.

Tabel 1. Persentase Kabupaten/Kota berdasarkan Pengelompokan Kapasitas Fiskal dan Manfaat Jaminan Kesehatan Daerah, 2013

No	Karakteristik	n	%
1	Klasifikasi Kapasitas Fiskal (N = 242)		
1.1	Rendah	152	62,8
1.2	Sedang	30	12,4
1.3	Tinggi	25	10,3
1.4	Sangat Tinggi	35	14,5
2	Manfaat Jamkesmas		
2.1	Sesuai Jamkesmas	143	59,6
2.2	Lebih dari Jamkesmas	7	2,9
2.3	Tidak sesuai Jamkesmas	90	37,5

Analisa bivariat dengan menggunakan uji kai kuadrat (*chi square*) menunjukkan bahwa bila menggunakan nilai potong (*cut off*) *p* value 0,05 sebagai batas kemaknaan uji *chi square*, maka tidak ada hubungan yang bermakna antara kelompok kapasitas fiskal dengan manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan. Terdapat perbedaan tipis antara *p* value *continuity correction* hasil penelitian ini (0,065) dengan *p* value nilai batas. Kendati demikian, bila memperhatikan hasil perhitungan Mantel-Haenszel, diperoleh *Common Odds Ratio Estimates* sebesar 1,920 (*Confidence Interval 95% = 1,008–3,658; asymp. Sig 2 sided = 0,047*). Hal ini berarti kabupaten/kota yang memiliki kapasitas fiskal tinggi (tinggi dan sangat tinggi) memiliki kecenderungan sebesar 1,920 kali lebih besar untuk memberikan manfaat Jamkesda yang sesuai atau bahkan melebihi manfaat Jamkesmas bila dibandingkan dengan kabupaten/kota yang memiliki kapasitas fiskal yang rendah (sedang dan rendah). Pada perhitungan ini, kapasitas fiskal tinggi dan sangat tinggi digabungkan menjadi

kelompok kapasitas fiskal tinggi, sedangkan kapasitas fiskal rendah dan sedang digabungkan menjadi kelompok kapasitas fiskal rendah.

Tabel 2. Distribusi kabupaten/kota berdasarkan manfaat jaminan kesehatan daerah serta hasil uji kai kuadrat, 2013

Klasifikasi Kapasitas Fiskal	Manfaat Jamkesda	
	Sesuai/melebihi Jamkesmas	Kurang dari Jamkesmas
Kapasitas Fiskal Tinggi	44 (73,3%)	16 (26,7%)
Kapasitas Fiskal Rendah	106 (58,9%)	74 (41,1%)

p value continuity correction = 0,065.
Mantel-Haenszel *Common Odds Ratio Estimates* = 1,920 (CI 95% =1,008 – 3,658)

Implementasi Jamkesda pada daerah-daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan dengan kapasitas fiskal rendah dan sedang

Tidak semua kabupaten/kota di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan dengan kapasitas fiskal rendah memiliki jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Walaupun memiliki Jamkesda, paket manfaat yang diberikan umumnya tidak selengkap dan sebaik paket manfaat yang diberikan oleh jaminan kesehatan masyarakat.

Minimnya paket manfaat yang diberikan Jamkesda di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan bila dibandingkan daerah lain akan menjadi masalah dalam dimensi portabilitas dari implementasi suatu konsep jaminan kesehatan. Perbedaan paket manfaat yang diberikan menyulitkan rujukan yang harus dilakukan ke luar wilayah kabupaten/kota, baik dalam suatu provinsi maupun antar provinsi. Banyak kabupaten/kota yang bahkan tidak menjamin pelayanan kesehatan rujukan ke luar kabupaten/kota yang bersangkutan.

Beberapa masalah terjadi dalam pelaksanaan jaminan kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan dengan kapasitas fiskal rendah, misalnya saja di Provinsi Maluku. Hampir seluruh puskesmas terjauh dari ibukota kabupaten/kota di setiap kabupaten/kota di Provinsi Maluku harus ditempuh dengan menggunakan transportasi air (*speed boat*, kapal laut, dan kapal perintis). Waktu tempuh untuk mencapai puskesmas terjauh dari ibukota kabupaten/kota antara 90 menit (Kota Ambon)

sampai 4320 menit atau 72 jam (Kabupaten Maluku Barat Daya). Beberapa kecamatan di Provinsi Maluku tidak memiliki puskesmas, seperti Kecamatan Lolong Guba (Kabupaten Buru) dan Lian Pitu (Kabupaten Seram Bagian Timur).

Provinsi Maluku yang merupakan provinsi kepulauan seharusnya memiliki sistem rujukan pelayanan kesehatan yang tidak terikat dengan batas administratif wilayah dikarenakan wilayah kabupaten yang satu mungkin akan lebih dekat dengan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan milik kabupaten lain. Pemerintah Daerah sedang mengembangkan sistem pelayanan berbasis gugus pulau.

“Usulan Perda tentang sistem pelayanan berbasis gugus pulau masih dalam proses regulasi” (Informan Kabupaten Maluku Tenggara Barat)

Aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai standar di Provinsi Maluku juga terkendala oleh kurangnya tenaga spesialis dasar dan SDM lainnya di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan. Masalah ketenagaan lainnya antara lain pendistribusian tenaga kesehatan yang tidak merata serta ketiadaan dan kekurangan jenis tenaga kesehatan tertentu di puskesmas, seperti dokter umum, dokter gigi, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya.

Masih banyak puskesmas di Provinsi Maluku yang tidak memiliki tenaga dokter dan tenaga bidan, misalnya puskesmas Puskesmas Ngaibor, Meror, Mesiang, Penambulai, Karaway, Kaben, dan Jambu Air (Kabupaten Kepulauan Aru), Puskesmas Mangur, Kamear, dan Tam Ngurhir (Kota Tual).

“Belum ada tenaga spesialis dasar di RSUD Saumlaki. Ketersediaan tenaga dokter umum, dokter gigi, bidan dan nakes lainnya masih kurang” (Informan Kabupaten Maluku Tenggara Barat)

“Pendistribusian tenaga kesehatan yang tidak merata” (Informan Kabupaten Seram Bagian Timur)

Masalah lain dalam hal pemberian pelayanan kesehatan antara lain minimnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan.

“Alat kesehatan di puskesmas, puskesmas pembantu dan pos kesehatan desa masih kurang” (Informan Kabupaten Maluku Tenggara Barat)

“Belum tersedia peralatan yang memadai di pusat rujukan” (Informan Kota Ambon)

Kondisi serupa juga dihadapi oleh Provinsi Papua yang bukan merupakan daerah kepulauan, baik dalam hal kesulitan transportasi, ketersediaan sumber daya manusia kesehatan, maupun kelengkapan sarana dan prasarana. Puskesmas terjauh di beberapa kabupaten di Provinsi Papua, seperti Kabupaten Jayawijaya dan Keerom harus ditempuh dengan menggunakan helikopter dan atau pesawat, dengan biaya mencapai puluhan juta rupiah. Masih banyak kecamatan tanpa puskesmas di Provinsi Papua, diantaranya Kecamatan (Distrik) Yerui dan Kecamatan (Distrik) Kurudu di Kabupaten Yapen.

Implementasi Jamkesda di daerah-daerah kapasitas fiskal rendah dan kapasitas fiskal sedang non terpencil, perbatasan, dan kepulauan

Secara umum, daerah-daerah kapasitas fiskal rendah dan kapasitas fiskal sedang non terpencil, non perbatasan, dan non kepulauan tidak menghadapi masalah transportasi rujukan seberat daerah terpencil, kepulauan, dan perbatasan yang memiliki kapasitas fiskal rendah. Kendati demikian, masih ditemukan puskesmas yang sulit diakses dari ibukota kabupaten sehingga memerlukan waktu tempuh yang lama dan biaya transportasi yang besar.

Daerah-daerah ini juga masih menghadapi berbagai masalah dalam hal ketenagaan kesehatan, meliputi ketersediaan, kecukupan, maldistribusi dan kapasitas sumber daya manusia. Selain itu, terdapat pula masalah dalam sarana dan prasarana kesehatan, bahkan di beberapa puskesmas ketersediaan listrik dan air bersih juga masih menjadi kendala.

Terdapat perbedaan dalam pemberian manfaat Jamkesda. Paket manfaat jaminan kesehatan daerah yang diberikan selama ini umumnya masih di bawah paket manfaat jaminan kesehatan masyarakat.

Contoh dari daerah dengan karakteristik kapasitas fiskal sedang non terpencil, perbatasan, dan kepulauan, adalah Provinsi Maluku Utara. Pelaksanaan Jamkesda di kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara bervariasi. Manfaat yang dijamin berbeda, ada kabupaten yang memberikan manfaat Jamkesda sama dengan Jamkesmas namun tidak berlaku rujukan ke luar daerah (Kota Ternate), dan ada pula yang memberikan manfaat sama dengan yang diatur oleh peraturan bupati (Kabupaten Morotai). Jamkesda

Morotai hanya melayani pelayanan kesehatan di wilayah Morotai. Tidak ada pembagian (*sharing*) biaya antara provinsi dengan kabupaten/kota, seluruh biaya Jamkesda di kabupaten/kota di Maluku Utara ditanggung sepenuhnya oleh kabupaten/kota masing-masing.

Terdapat kecamatan di Kabupaten Kepulauan Sula yang tidak memiliki puskesmas, yakni Kecamatan Mangoli Utara Timur. Terdapat beberapa puskesmas terjauh dari ibukota kabupaten/kota di Kabupaten Morotai, Kota Ternate, dan Kabupaten Halmahera Tengah yang dijangkau dengan menggunakan sarana transportasi air (kapal kayu, *speed boat*, perahu). Waktu tempuh dari ibukota kabupaten/kota ke puskesmas terjauh di Provinsi Maluku Utara dapat mencapai 780 menit (Kabupaten Halmahera Tengah). Biaya transport yang dikeluarkan dari ibukota kabupaten/kota Halmahera Tengah ke puskesmas terjauh di wilayahnya mencapai Rp. 3.000.000,-. Wilayah Maluku Utara yang berupa pulau-pulau membuat sebagian masyarakat mengalami kesulitan ketika harus mengakses fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya ketika harus menjalani rujukan.

“peserta sangat sulit menjangkau fasyankes yang lebih tinggi jenjangnya bila ada indikasi rujukan” (Informan Kabupaten Pulau Morotai)

Terdapat beberapa puskesmas di beberapa kabupaten di Maluku Utara yang tidak memiliki dokter, seperti Puskesmas Buya, Puskesmas Pohen, Samuya, Fuata, dan Kabau (Kabupaten), Puskesmas Benemo dan Peniti (Kabupaten Bolaang Mongondau).

“masih ada fasilitas kesehatan lainnya yang belum ada dokter” (Informan Kabupaten Halmahera Selatan)

Beberapa puskesmas di beberapa kabupaten/kota dinilai belum dilengkapi dengan kecukupan sarana pendukung pelayanan kesehatan, alat kesehatan modern, sarana, prasarana, dan fasilitas kesehatan yang memadai. Beberapa puskesmas di Kabupaten Kepulauan Sula, Morotai, Kota Ternate, dan Halmahera Tengah tidak dilengkapi dengan puskesmas keliling/ambulans, namun beberapa puskesmas di Kabupaten Kepulauan Sula, Morotai, dan Kota Ternate telah dilengkapi dengan puskesmas air.

“fasilitas kesehatan belum merata” (Informan Kabupaten Halmahera Selatan)

*“kurang sarana pendukung pelayanan kesehatan
(Informan Kabupaten Pulau Morotai)*

Implementasi Jamkesda di daerah-daerah kapasitas fiskal tinggi dan sangat tinggi

Terdapat perbedaan dalam paket manfaat yang diberikan oleh Jamkesda di daerah-daerah dengan kapasitas fiskal tinggi dan sangat tinggi. Secara teoritis, seharusnya daerah dengan kapasitas fiskal tinggi dan sangat tinggi akan lebih mampu dalam membiayai penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerahnya sehingga melebihi paket manfaat yang diberikan oleh Jamkesmas. Dalam hal pelayanan juga demikian, kendala-kendala pelayanan kesehatan seperti masalah sumber daya manusia dan sarana prasarana kesehatan seharusnya dapat diminimalisir dengan kemampuan keuangan yang dimiliki.

Provinsi Kepulauan Riau misalnya, dengan kemampuan keuangannya yang baik, mampu memberikan paket manfaat yang melebihi paket yang diberikan oleh Jamkesmas, misalnya biaya transportasi pasien yang dirujuk di dalam dan keluar Provinsi Kepulauan Riau (biaya untuk satu orang pasien, satu orang keluarga pasien), biaya transportasi pemulangan dan pengurusan jenazah di dalam dan keluar Provinsi Kepulauan Riau (dibayarkan sesuai bukti riil), biaya makan dan minum pasien dan satu pendamping, biaya penginapan pasien yang dirujuk keluar Provinsi Kepulauan Riau, biaya perlengkapan pasien yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa, dan beberapa manfaat lainnya.

PEMBAHASAN

Pada tahun 2005, *World Health Assembly* ke 58 menyerukan agar sistem kesehatan diarahkan menuju *universal coverage*, di mana seluruh individu memiliki akses pada upaya pelayanan kesehatan yang komprehensif dengan biaya yang terjangkau (Chuma, J, and Okungu, V, 2011). Sistem kesehatan hendaknya dirancang agar semua orang dapat mengakses pelayanan kesehatan. *Universal health coverage* harus menjamin manfaat pelayanan kesehatan didistribusikan berdasarkan kebutuhan akan pelayanan bukan berdasarkan kemampuan membayar (Chuma, J, et al., 2012).

Pencapaian *universal health coverage* terkendala oleh beberapa hal di dalam dan di luar sektor kesehatan. Dalam pandangan ekonomi, selalu

terdapat keterbatasan sumber daya. Pemerintah berkewajiban menjamin seluruh penyedia pelayanan, baik pemerintah maupun swasta, beroperasi secara sewajarnya dan memenuhi biaya secara efektif dan efisien.

Pelayanan kesehatan di dalam *universal health coverage* harus mampu mengakomodir kebutuhan masyarakat rentan. Kerentanan dalam kesehatan masyarakat dideskripsikan sebagai ketidakmampuan secara substansial melindungi diri dari potensi yang membahayakan dan kerentanan akan hal-hal yang membahayakan yang diakibatkan dari interaksi faktor risiko dan ketersediaan sumber daya dan dukungan individu serta kelompok (Allotey, P, et al., 2011).

Berbagai studi menunjukkan bahwa secara umum *universal health coverage* memberikan banyak manfaat untuk peserta. Kepuasan pasien merupakan indikator tidak langsung dari penerimaan pasien terhadap manajemen kesehatan yang disediakan oleh penyedia pelayanan. Reformasi pelayanan kesehatan dalam berbagai tingkatan membutuhkan umpan balik dari klien eksternalnya melalui kepuasan pelayanan kesehatan. Suatu studi mengenai tingkat kepuasan pasien terhadap Asuransi Kesehatan di Turki dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (Jadoo, et al., 2012) menunjukkan sebagian besar responden puas dengan asuransi kesehatan. Kepuasan pasien yang tinggi berhubungan dengan peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan dan kesinambungan pelayanan.

Berdasarkan pengalaman Thailand yang telah mencapai *universal health coverage* sejak tahun 2002 melalui implementasi skema *universal coverage* untuk 47 juta penduduk dari total 65 juta penduduknya, terdapat utilisasi yang lebih tinggi dan proteksi risiko keuangan yang lebih baik bagi peserta *universal health coverage* yang berasal dari penduduk miskin. Hal ini merupakan akibat dari keberadaan paket manfaat yang komprehensif, di samping akibat cakupan pelayanan kesehatan yang ekstensif khususnya pada tingkat distrik, pembiayaan yang adekuat, berfungsinya pelayanan kesehatan primer, dan tidak adanya *co-payment* pada pelayanan yang diberikan (Limwattananon, S, et al., 2012).

Undang-undang No. 40 tahun 2004 mendorong terjadinya euforia desentralisasi; restrukturisasi otoritas dari hubungan pusat-daerah kemudian membuka peluang bagi pemerintah daerah untuk menyusun skema layanan dan asuransi kesehatan

yang sesuai dengan kondisi daerah masing-masing. Hal ini kemudian diwujudkan melalui munculnya Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Di beberapa daerah terjadi penggunaan Jamkesda sebagai alat politik, khususnya di dalam kampanye-kampanye politik lokal. Pertumbuhan berbagai skema Jamkesda di berbagai daerah pada akhirnya menciptakan berbagai masalah bagi Pemerintah. Beberapa permasalahan tersebut terkait dengan sistem untuk mengelola pelaksanaan berbagai skema asuransi kesehatan yang belum terintegrasi, isu portabilitas, isu keberlanjutan, diskriminasi, dan kapasitas pemerintah daerah untuk membiayai skema.

Pada awal pembentukannya, Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) merupakan jaminan kesehatan yang bersifat komplementer terutama terhadap Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesda umumnya memiliki kesamaan dengan paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas, dengan adanya penyesuaian dengan daerah masing-masing. Paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas dijadikan acuan bagi paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesda, sehingga seringkali Jamkesda tidak berkembang menjadi sebuah jaminan kesehatan yang komprehensif dan lengkap untuk daerah.

Pola paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas dan Jamkesda memiliki kesamaan terutama di layanan kesehatan dasar dan rujukan tingkat 2. Adanya perbedaan dalam implementasi Jamkesda akan menjadi sebuah permasalahan apabila Jamkesda disatukan ke dalam JKN. Perbedaan di layanan rujukan tingkat 2 akan mempengaruhi kontinuitas sistem pelayanan kesehatan berjenjang karena dengan adanya kekhasan daerah maka paket manfaat yang ditawarkan akan berbeda antara satu daerah dengan yang lainnya. Isu portabilitas ini menyangkut bagaimana pelayanan diakses oleh warga yang bukan penduduk resmi suatu daerah.

Faktor kemampuan fiskal dan level pembangunan harus menjadi perhatian. Sebagaimana diungkapkan Normand dan Weber (1994) bahwa dalam menentukan *essential benefit package* dari sisi ekonomi salah satunya tergantung pada level pembangunan negara tersebut. Potensi hambatan ini dapat berdampak secara politis terhadap pemangku kebijakan. Kesulitan akibat perbedaan kemampuan antar wilayah ini juga terjadi di Amerika Serikat dalam menentukan *essential*

benefit package terkait pelaksanaan *The Affordable Act*. Amerika Serikat memberikan fleksibilitas bagi setiap negara bagian dalam menentukan paket manfaat namun paket manfaat tersebut harus mencakup 10 *essential benefits* yang harus ada dalam seluruh skema pembiayaan tanpa batasan waktu dan jumlah.

Dalam hal ini jelas bahwa dalam mengintegrasikan Jamkesda, Pemerintah Pusat harus menentukan layanan mendasar yang harus berlaku secara nasional sehingga perbedaan manfaat yang selama ini terjadi dapat disetarakan. Di sisi lain, peluang terjadinya dinamika karena terdapat manfaat JKN yang tidak sebanding dengan Jamkesda sebelumnya dapat diminimalisir.

Perbedaan lainnya yang terjadi antar daerah dalam pemberian paket manfaat adalah keberadaan pelayanan promotif dan preventif dalam paket manfaat Jamkesda. Di sebagian daerah pelayanan promotif dan preventif kurang mendapat perhatian. Hal ini terutama dapat dikaitkan dengan kurangnya kejelasan mengenai bentuk pelayanan promotif dan preventif yang dimaksudkan.

Penekanan layanan promotif preventif melalui upaya kesehatan masyarakat ini diperlukan dalam paket manfaat untuk menjamin kesehatan masyarakat sehingga tindakan kuratif dapat dikurangi dan berdampak pada pembiayaan kesehatan yang lebih efisien. Hal ini sejalan dengan uraian Gani, 2008, bahwa analisis biaya kesehatan (*District Health Account*) yang telah dilakukan di banyak kabupaten/kota menunjukkan bahwa pembiayaan untuk program kesehatan masyarakat sangat tidak mencukupi (*severely underfunded*). Padahal program-program kesehatan masyarakat tersebut sangat esensial untuk investasi SDM (KB, KIA, Gizi, Imunisasi, MTBS) dan untuk meningkatkan produktivitas penduduk (malaria, Tb, HIV/AIDS dan penyakit menular lain). Program-program tersebut dalam jangka pendek dan jangka panjang membantu mengurangi kemiskinan.

Pelibatan masyarakat secara lebih dini melalui upaya promotif preventif merupakan kunci keberhasilan reformasi suatu kebijakan kesehatan, dalam hal ini JKN, ke arah yang lebih baik. Menurut Casasnovas. *et al* (2009), dalam seluruh reformasi kebijakan, memastikan keterlibatan dari seluruh *stakeholders* dari sejak dini dapat membantu memfasilitasi perubahan dan menciptakan rasa memiliki terhadap perubahan

yang diajukan. Jika layanan promotif dan preventif diterapkan secara tegas dalam paket manfaat dalam JKN, maka dapat menjadi faktor yang akan mendorong JKN berjalan lebih baik.

Atas dasar uraian analisis diatas maka tergambar bahwa dalam menentukan pola paket manfaat khususnya dalam menjembatani antar pola Jamkesda, terdapat beberapa determinan yang harus dijadikan perhatian seluruh pemangku kepentingan di tingkat Pusat dan harus mampu diterjemahkan dalam sistem yang baru antara lain: kemampuan pola paket manfaat harus mampu menjembatani kesenjangan antar paket manfaat Jamkesda yang selama ini berbeda; dan pola paket manfaat harus mengoptimalkan porsi upaya promotif preventif untuk menciptakan pembiayaan kesehatan yang lebih efisien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Tidak ada hubungan yang bermakna antara kelompok kapasitas fiskal dengan manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan. Kendati demikian, kabupaten/kota yang memiliki kapasitas fiskal tinggi (tinggi dan sangat tinggi) memiliki kecenderungan sebesar 1,920 kali lebih besar untuk memberikan manfaat Jamkesda yang sesuai atau bahkan melebihi manfaat Jamkesmas bila dibandingkan dengan kabupaten/kota yang memiliki kapasitas fiskal yang rendah (sedang dan rendah).

Terdapat perbedaan antara sistem Jamkesda yang ada, khususnya dalam hal paket manfaat yang diberikan. Pola sistem pembiayaan Jamkesda menunjukkan kesenjangan dalam pemahaman dan kemampuan daerah dalam mengelola Jamkesda. Integrasi Jamkesda ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional dapat menghapus perbedaan paket manfaat yang diberikan oleh setiap Jamkesda sekaligus mengatasi isu portabilitas.

Saran

Pelaku kebijakan di tingkat pusat harus mampu menyamakan persepsi dan pemahaman pelaku kebijakan di bawahnya dalam memahami langkah kebijakan yang akan diambil. Dalam mengintegrasikan kebijakan daerah ke dalam kebijakan pusat, konsep formulasi kebijakan integrasi harus memberikan ruang fleksibilitas yang lebih besar bagi daerah. Integrasi pendataan seluruh penduduk termasuk peserta

Jamkesda selaku penerima bantuan iuran dalam satu payung sistem JKN. Pemerintah Pusat harus menentukan layanan mendasar yang harus berlaku secara nasional sehingga perbedaan paket manfaat yang selama ini terjadi dapat disetarakan. Pemerintah Pusat harus mampu menjembatani perbedaan pemahaman para pengambil kebijakan di daerah, khususnya kepala daerah dalam memandang manfaat JKN. Perhatian khusus dan fasilitasi ketersediaan sumber daya manusia dan kecukupan sarana, peralatan, dan obat, hendaknya diberikan Pemerintah Pusat dalam pelaksanaan pemberian paket manfaat jaminan kesehatan kepada daerah-daerah dengan kapasitas fiskal rendah khususnya yang berada di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan. Untuk meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan jaminan kesehatan, maka hendaknya dipertimbangkan bantuan transportasi dan perluasan pelayanan kesehatan untuk daerah dengan kondisi geografi yang sulit.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Rektor Universitas Gadjah Mada dan Direktur Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, yang telah memungkinkan dilaksanakannya penelitian ini dan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan serta Kepala Pusat Humaniora dan Kebijakan Kesehatan yang telah mendukung dapat dipublikasikannya tulisan ini. Terima kasih disampaikan pula pada segenap dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, dan seluruh informan, responden, serta segenap peneliti yang terlibat baik di dalam penyusunan konsep, proposal, instrumen, pengumpulan data, analisis, dan penyusunan laporan dari penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Allotey, P, (et al), 2011, Vulnerability, equity and universal coverage – a concept note, BMC Public Health, 12 (Suppl 1), p. 52.
- Casasnovas, Guillem López; David McDaid dan Joan Costa-Font, 2009. "Decentralization and Management Autonomy?, Evidence from the Catalonian Hospital Sector in a Decentralized Spain" International Public Management Review" electronic Journal, 10(2). Available at: <http://www.ipmr.net>.

- Chuma, J, and Okungu, V, 2011, Viewing the Kenyan health system through an equity lens: implications for universal coverage, *International Journal for Equity in Health*, 10(22).
- Chuma, J, (et al) 2012, Does the distribution of health care benefits in Kenya meet the principles of universal coverage?, *BMC Public Health*, 12(20).
- Gani, A. (dkk), 2008. Laporan Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan di Beberapa Kabupaten dan Kota 2008. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan dan Analisis Kebijakan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Depok: Universitas Indonesia.
- Indonesia. Undang-Undang, peraturan, dsb, 1945. Undang-Undang Dasar 1945.
- Indonesia. Undang-Undang, peraturan, dsb, 2004. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- Indonesia. Undang-Undang, peraturan, dsb, 2004. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Indonesia. Undang-Undang, peraturan, dsb, 2009. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063).
- Indonesia. Undang-Undang, peraturan, dsb, 2011. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, tentang BPJS.
- Jadoo, AS, (et al), 2012. Level of patients' satisfaction toward National Health Insurance in Istanbul City-Turkey, *BMC Public Health*, 12 (Suppl 2), p.A5, Postgraduate Forum on Health System and Policies, Malaysia, 21-22 May 2012).
- Limwattananon, S, (et al), 2012. Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro poor public subsidy for health care?, *BMC Public Health*, 12 (Suppl 1) p. 56.
- Mukti, AG., 2007. Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan. Yogyakarta: PT. Karya Husada Mukti.
- Murti, B, 2010. Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia, disampaikan pada Temu Ilmiah Reuni Akbar FK-UNS, di Surakarta, 27 November, 2010.
- Normand C, Weber Z., 1994. *Social Health Insurance: A guidebook for planning*. Geneva: World Health Organization.
- Trisnantoro, L., 2009. Apakah Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional Dapat Terus Dilaksanakan? Sebuah Analisis Sejarah dan Budaya. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 12(03).