



MENJALANKAN KEBIJAKAN KOMPENSASI BAGI DAERAH YANG TERBATAS FASILITAS KESEHATAN

M. Faozi Kurniawan, Laksono Trisnantoro, FK-KMK UGM

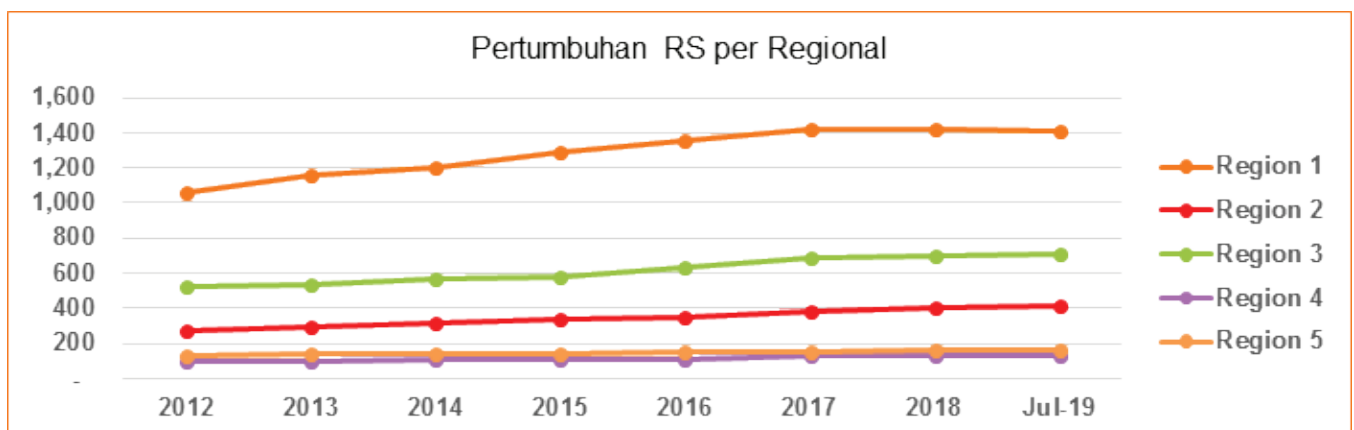
Ringkasan Eksekutif

Implementasi pemenuhan kompensasi yang merupakan amanat Pasal 23 UU SJSN, belum mampu terlaksana selama 5 tahun penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kebijakan kompensasi digagas pendahulu dengan semangat keadilan sosial, yaitu upaya mengurangi gap pelayanan kesehatan antara daerah yang memiliki fasilitas kesehatan lengkap beserta tenaga kesehatannya dengan daerah yang belum atau sama sekali tidak mempunyai fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan untuk memenuhi kebutuhan medis peserta JKN.

Ketimpangan Fasilitas Kesehatan Antar Daerah

Sejak 2018 – 2019, Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (PKMK FKKMK UGM) bersama Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia (JKKI) melakukan Penelitian Evaluasi 8 Sasaran Peta Jalan menuju JKN di beberapa provinsi Indonesia. Tulisan ini hanya menyajikan sasaran 3 dan 4 pada Peta Jalan Menuju JKN 2012-2019. Pada sasaran 4, ditargetkan jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis masyarakat, sasaran ini diprediksi tidak mungkin tercapai. Karena, Data fasilitas kesehatan menunjukkan hal ini.

Gambar 1. Pertumbuhan Rumah Sakit Per Regional



Keterangan:

Region 1: DKI, Jabar, Jateng, DIY, Jatim, Banten

Region 2: Sumbar, Riau, Sumsel, Lampung, Bali, NTB

Region 3: NAD, Sumut, Jambi, Bengkulu, Kep. Bangka Belitung, Kepri, Kalbar, Sulut, Sulteng, Sulsel, Sultra, Gorontalo, Sulbar

Region 4: Kalteng, Kalsel, Kaltim, Kaltara

Region 5: NTT, Maluku, Malut, Papua Barat, Papua

Data pertumbuhan rumah sakit di daerah – daerah (lihat gambar 1.) sebelumnya telah menunjukkan adanya ketimpangan pembangunan rumah sakit terutama pada regional 5 (wilayah timur Indonesia). Pada tahun 2014 awal pelaksanaan JKN sampai dengan tahun 2019 pertumbuhan rumah sakit di daerah timur Indonesia tidak signifikan bertambah, berbanding terbalik dengan pertumbuhan rumah sakit di daerah Jawa yang semakin banyak.

Tabel 1. Situasi Fasilitas Kesehatan

Fasilitas Kesehatan	Kabupaten Malaka (2017)	Kabupaten Sleman (2017)
Puskesmas	20 (16 RJ dan 4 RI)	25
Puskesmas Pembantu	24	N/A
Poskesdes	33	86
Balai Pengobatan	3 (Swasta)	0
Klinik Utama & Pratama	N/A	79
Rumah Sakit	1 (RSUD Kelas D)	28
Jumlah Penduduk	171.074 jiwa	1.180.479 jiwa

Situasi fasilitas kesehatan Kabupaten Malaka dan Kabupaten Sleman sangat berbeda. Hal ini menggambarkan masyarakat Kabupaten Sleman dapat menerima pelayanan medis sesuai kebutuhan, karena tersedia **28 rumah sakit** (2 RS Pemerintah dan 26 RS Swasta). Tetapi, sangat berbeda dengan Kabupaten Malaka yang memiliki fasilitas kesehatan terbatas jumlahnya, satu **RSUD Kelas D**, tentu berpotensi menghambat pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat.

Keadaan sebaran fasilitas kesehatan (faskes) yang berbeda-beda berdampak pada klaim dana JKN di NTT sangat rendah, sebaliknya di DIY sangat tinggi. Sementara itu besaran iuran JKN sama, dari PBI sampai dengan PBPU. Berdasarkan laporan penyelenggaraan JKN, besaran defisit BPJS Kesehatan berbeda-beda antar daerah. Di Provinsi DIY, BPJS Kesehatan mengalami defisit. Pada Provinsi NTT yang hampir sama kondisinya di Kabupaten Malaka, BPJS Kesehatan mengalami surplus. Lihat pada tabel berikut:

Tabel 2. Selisih Surplus/ Defisit Iuran JKN dan Beban Pelayanan Kesehatan Tahun 2018

Keterangan	Kabupaten Malaka	Propinsi DI Yogyakarta
Pendapatan Iuran JKN	29.631.912.000	913.831.837.293
Beban Pelayanan Kesehatan	11.488.545.600	2.214.523.525.084
Selisih Surplus/ Defisit	18.143.366.400	(1.210.691.687.791)

Sumber: Pemda Kab. Malaka dan Pemda DI Yogyakarta, 2019

Keterangan:

Beban Pelayanan Kesehatan: Kapitasi, Non Kapitasi, dan Klaim INA-CBGs

Selisih **surplus 18 milyar** ditunjukkan pada Kabupaten Malaka memberikan gambaran bahwa penyerapan dana JKN tidak dapat dilakukan sepenuhnya karena ketersediaan sumber daya kesehatan yang terbatas. Berbeda dengan DI Yogyakarta yang ditunjukkan **defisit 1,2 triliun**, terjadi penyerapan dana JKN yang lebih besar dari pengumpulan iuran JKN. DI Yogyakarta memiliki sumber daya kesehatan yang lebih lengkap dibanding Kabupaten Malaka.

Akibatnya sasaran 3: **Paket Manfaat medis dan non-medis sudah sama, tidak ada perbedaan untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia** juga diprediksi tidak mungkin tercapai.

Masalah Kebijakan

Penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan selama 6 tahun ini, belum menjalankan kebijakan kompensasi untuk mengatasi kesenjangan antar wilayah. Padahal kebijakan kompensasi sangat jelas tertuang dalam Pasal 23 ayat (3) UU No.40/2004 tentang SJSN, menyatakan bahwa:

- 💧 dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi syarat kebutuhan medik sejumlah peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi. Kemudian Kompensasi dapat berupa penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan, atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu 💧

Klausul pemberian kompensasi dan daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat juga telah diatur dalam beberapa regulasi, antara lain: Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Dalam Program Jaminan Kesehatan.

Apa akibat jika kebijakan kompensasi tidak dijalankan?

Dalam konteks kenaikan Premi PBI menjadi Rp 42.000, maka akan tersedia dana 48,8 triliun pada tahun 2020. Untuk itu Dana kebijakan kompensasi harus diadakan, karena kenaikan premi PBI bersumber dari APBN yang diperuntukkan bagi masyarakat tidak mampu (Pasal 17 Ayat 4 UU SJSN). Selain itu, faktanya masih ada 122 daerah yang ditetapkan sebagai Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) menurut Perpres No. 13/2015.

Jika kewajiban kompensasi tidak dilakukan, maka:

1. Pemburukan in-equity antar daerah terus terjadi, karena daerah – daerah seperti Kabupaten Malaka NTT tidak akan bisa optimal memenuhi kebutuhan medis peserta JKN. Bagi peserta JKN yang mampu/kaya pemenuhan kebutuhan medis dapat dilakukan di daerah – daerah lain yang terdapat sumber daya memadai (Portabilitas). Portabilitas hanya untuk orang kaya (Lihat data DaSK, <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/>).
2. Dana – dana JKN di daerah – daerah seperti NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat yang tidak terpakai akan dipergunakan oleh daerah – daerah dengan sumber daya kesehatan yang memadai. Terjadi penyerapan dana dari wilayah Timur atau daerah sulit akses ke Pulau Jawa. Hal ini juga diperparah dengan tarif iuran JKN yang sama antar daerah, sehingga untuk daerah – daerah dengan sumber daya kesehatan memadai akan mendapatkan benefit package JKN yang maksimal.

Rekomendasi Kebijakan

Untuk mengatasi ketimpangan ketersediaan sumber daya kesehatan di daerah – daerah seperti NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat, yaitu dengan:

1. **Kementerian Kesehatan** segera membentuk peraturan pemenuhan kewajiban Kompensasi pada Kenaikan Premi PBI dalam Perpes No.75/2019. Jika tidak kenaikan premi hanya digunakan untuk menutup defisit PBPU (masyarakat mampu).
2. Bagi **Pemerintah Daerah** – Mandatory Spending dari Dana Alokasi Khusus sebaiknya digunakan untuk pemenuhan fasilitas kesehatan. Daerah yang mampu fiskalnya menambah faskes
3. Bagi **BPJS Kesehatan** wajib mengalokasi pos dana untuk pemenuhan kebijakan kompensasi bagi daerah – daerah seperti NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Bara. Pos dana kompensasi tersebut harus digunakan untuk mengirim tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam memenuhi kebutuhan medis peserta JKN (wujud keadilan sosial).

Informasi lebih lanjut:

M. Faozi Kurniawan – PKMK FK-KMK UGM
Gedung Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, FK-KMK UGM
Telp. 0274 549425 atau 0813 9251 8866
e-mail: chpm@ugm.ac.id atau muhfaozi@gmail.com