

## Subsidi Berbasis Geografis untuk Investasi Kesehatan di Daerah Terpencil NTB

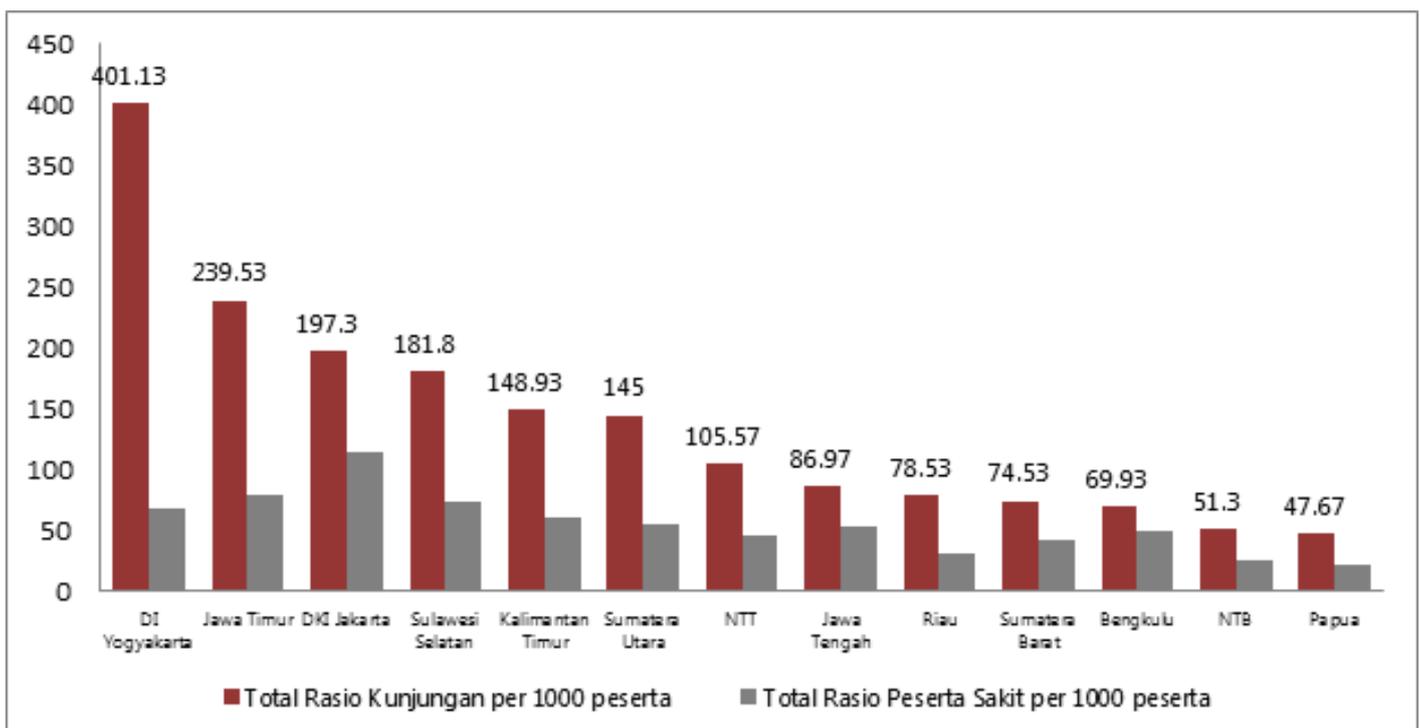
### Ringkasan Eksekutif

Perluasan kepesertaan JKN dan besar tarif iuran terus-menerus ditingkatkan, namun pemanfaatan terhadap *benefit package* belum berkeadilan. Penguatan alokasi anggaran untuk masyarakat miskin dan akses sulit di daerah terpencil sangat diperlukan. Upaya ini dilakukan melalui pengaturan subsidi berbasis geografis untuk mengatasi kesenjangan akses pelayanan kesehatan bagi daerah terpencil dan sulit akses.

### Disparitas Pemanfaatan *Benefit Package* pada Peserta JKN

Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berupaya menciptakan sistem kesehatan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang sama dan komprehensif. Perluasan kepesertaan JKN untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) diawali dengan mengintegrasikan peserta Askes Sosial, pengalihan peserta JPK Jamsostek, pengalihan jaminan kesehatan dari TNI/POLRI, pengalihan pengelolaan Jamkesmas dan Jamkesda. Penduduk yang tercatat dalam penerima Jamkesmas, didaftarkan sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Pusat dan penerima Jamkesda didaftarkan sebagai PBI Daerah.

Perluasan kepesertaan JKN dan besar tarif iuran terus-menerus ditingkatkan, namun pemanfaatan terhadap *benefit package* belum berkeadilan. Peserta yang memiliki aksesibilitas geografis dapat menikmati layanan kesehatan, terutama layanan yang berbiaya tinggi dan membutuhkan akses ke fasilitas yang komprehensif. Sebaliknya peserta yang tinggal di wilayah terbatas fasilitas kesehatan memiliki tingkat pemanfaatan *benefit package* yang rendah. Hal ini dapat ditunjukkan dalam grafik berikut



Sumber : Data sampel BPJS kesehatan Tahun 2016 diolah dalam DaSK

Gambar 1. Rasio Kunjungan Peserta JKN berdasarkan Provinsi Tahun 2016

Gambar tersebut memaparkan proporsi peserta sakit (per 1.000 peserta) yang mengakses layanan baik di layanan rawat jalan maupun rawat inap. Berdasarkan grafik tersebut dapat disimpulkan bahwa proporsi peserta sakit yang melakukan kunjungan ke FKTP maupun FKTL tertinggi adalah DKI Jakarta, Jawa Timur dan DIY yaitu provinsi yang terletak di Pulau Jawa. Sebaliknya NTB dan Papua memiliki proporsi kunjungan peserta sakit terendah. Sama halnya dengan tingkat intensitas pemakaian layanan yang ditunjukkan oleh total rasio kunjungan per 1.000 peserta. Dapat disimpulkan bahwa peserta JKN di DKI Jakarta rata-rata mengakses 3 kali kunjungan ke fasilitas kesehatan. Sebaliknya, di NTB peserta JKN hanya dapat mengakses 2 kali kunjungan ke fasilitas kesehatan.

Tingkat intensitas pemanfaatan layanan kesehatan yang rendah di era JKN dimungkinkan karena tidak banyak peserta di NTB yang mengakses layanan kesehatan di FKTP maupun FKTL meskipun sakit. Hal ini diperkuat dengan data ketersediaan fasilitas kesehatan di NTB dalam tabel berikut

Tabel 1. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di NTB

| KOTA          | RUMAH SAKIT | DOKTER UMUM | DR. SPESIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH | CATH LAB |
|---------------|-------------|-------------|--|----------|
| Lombok Barat  | 2           | 26          | -  | -        |
| Lombok Tengah | 4           | 35          | -  | -        |
| Lombok Timur  | 3           | 56          | 2  | -        |
| Sumbawa       | 2           | 42          | 2  | -        |
| Dompu         | 2           | 24          | -  | -        |
| Bima          | 5           | 51          | -  | -        |
| Sumbawa Barat | 1           | 13          | -  | -        |
| Lombok Utara  | 1           | 12          | -  | -        |
| Kota Mataram  | 16          | 188         | 13                                       | 2        |
| Kota Bima     | 1           | 13          | -  | -        |
| <b>Jumlah</b> | <b>37</b>   | <b>460</b>  | <b>17</b>                                | <b>2</b> |

Sumber : PKMK, 2019 diolah dalam DaSK

Tabel 1 menunjukkan jumlah dan distribusi fasilitas kesehatan tingkat lanjut di NTB yang sebagian besar terdapat di Kota Mataram, termasuk untuk layanan katetrisasi jantung. Hal ini memungkinkan wilayah yang berkembang secara ekonomi menerima klaim lebih besar dibandingkan dengan wilayah geografis yang memiliki potensi ekonomi terbatas.

### Subsidi Berbasis Geografis dalam Upaya Pembangunan Kesehatan

Kelompok dengan karakteristik ekonomi, demografi, geografis atau lainnya memiliki kesulitan akses terhadap layanan kesehatan yang memadai meskipun terdapat perlindungan finansial dapat digolongkan dalam populasi rentan yang berhak mendapatkan subsidi dari pemerintah. Saat ini, upaya subsidi masih diberikan pada kelompok yang rentan secara ekonomi melalui bantuan iuran pada segmen PBI. Upaya tersebut berhasil memberikan perlindungan finansial akibat biaya perawatan yang tinggi dan meningkatkan akses terhadap fasilitas kesehatan pada masyarakat miskin dan hampir miskin yang tinggal di daerah perkotaan. Sebaliknya, masyarakat yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan atau bahkan tidak memiliki fasilitas kesehatan memadai masih memiliki banyak hambatan untuk mendapatkan perawatan sesuai indikasi medisnya.

BPJS Kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan kompensasi seperti yang diamanatkan oleh Undang – Undang SJSN Nomor 40 Tahun 2004 pada Pasal 23 ayat 3 dan diperkuat dengan Pasal 65 Perpres 82 Tahun 2018 yang menyatakan bahwa dalam rangka pemberian kompensasi dan pemenuhan pelayanan pada Daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat, BPJS Kesehatan dapat mengembangkan pola pembiayaan pelayanan kesehatan. Salah satunya yaitu pengaturan subsidi yang dapat mengurangi ketidakadilan dalam akses ke layanan perawatan kesehatan. Daerah-daerah yang memiliki tingkat intensitas pemanfaatan *benefit package* yang rendah berhak untuk mendapatkan tarif iuran yang lebih rendah. Perbedaan biaya tersebut dapat dimanfaatkan Pemda untuk memperkuat investasi infrastruktur dan SDM Kesehatan di daerah terpencil.

## Apa Akibat Jika tidak ada Pengaturan Subsidi untuk Daerah dengan Fasilitas Kesehatan Terbatas?

Pengaturan subsidi iuran JKN bagi daerah dengan kondisi geografis yang sulit sangat membantu pemerintah daerah membangun fasilitas kesehatan yang memadai dan kecukupan tenaga kesehatan, terutama daerah dengan kemampuan fiskal yang rendah seperti NTB. Jika tidak ada upaya untuk membantu daerah meningkatkan pembangunan kesehatan, akibatnya:

1. Jaminan perlindungan keuangan untuk pemanfaatan medis dan non-medis tidak dapat dirasakan oleh masyarakat yang tinggal di daerah sulit seperti NTB. Biaya transportasi dan hilangnya pendapatan memiliki dampak lebih besar terhadap finansial rumah tangga.
2. Dana-dana JKN lebih banyak terserap di ibukota NTB dan sekitar ibukota, namun tidak dapat dirasakan oleh daerah-daerah yang jauh dari perkotaan dan daerah dengan akses yang sulit.
3. SDM Kesehatan menumpuk di pusat kota NTB, ketersediaan di daerah pedalaman tidak terpenuhi untuk memenuhi pelayanan dasar yang dibutuhkan masyarakat sesuai kondisi medis yang diperlukan.

### Rekomendasi Kebijakan

Pengaturan subsidi berbasis geografis merupakan salah satu strategi untuk mengatasi kesenjangan ekuitas pemanfaatan *benefit package* JKN. Langkah-langkah yang sebaiknya dilakukan, antara lain:

1. Pemerintah Pusat melalui Kementerian Keuangan dan Kementerian Kesehatan memobilisasi sumber daya dan regulasi kesehatan untuk mendorong sektor swasta terlibat investasi kesehatan di daerah terpencil.
2. Pemerintah Daerah wajib mengalokasikan anggaran untuk pembangunan kesehatan melalui program fisik dan fisik seperti pemenuhan fasilitas kesehatan dan SDM Kesehatan, menciptakan program preventif dan promotif dan monitoring dan evaluasi program kesehatan.
3. BPJS Kesehatan melaksanakan kebijakan kompensasi di daerah dengan sumber daya kesehatannya masih terbatas dengan mengembangkan pola pembiayaan, salah satunya pengaturan subsidi iuran.

### Penulis:

Afifah Nasyahta Dila  
Muhamad Faozi Kurniawan  
PKMK FK-KMK UGM