

## ANALISIS KETERSEDIAAN FASILITAS DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN PADA PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI PROVINSI BENGKULU

### ANALYSIS OF THE AVAILABILITY OF FACILITIES AND HEALTH FINANCING IN THE IMPLEMENTATION OF NATIONAL HEALTH COVERAGE IN THE PROVINCE OF BENGKULU

<sup>1</sup>Yandrizal, <sup>2</sup>Hendarini, <sup>1</sup>Desri Suryani

<sup>1</sup>Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Bengkulu

<sup>2</sup>Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu

#### ABSTRACT

**The Background:** National health assurance program aims to facilitate community access to quality health services. Health financing toward Universal Coverage is a good breakthrough but it can cause negative effects in the form of injustice. Availability of health facilities, health care personnel and geographical condition and the broad population dispersion can magnify the problem of inequities between subdistricts and district/city in Bengkulu province, making it appear unequal in health services and financing. Availability of health facilities with inappropriate amount of power impacting the financing needs of the social security in health facilities in the form of capitation and INA-CBG package, and equitable financing analysis needs to be done in the implementation of the national health assurance policy.

**The purpose:** Assessing the availability of facilities and even distribution of financing health and also to equalize of health facilities and drawing up scenarios of possibility of the future in the implementation of the national health insurance in the Province of Bengkulu.

**Method:** This research uses the formative analysis methods designed to assess how the program/policy is being implemented and how it is thought to modify and develop to bring an improvement.

**Results:** The ratio of first-level health facilities (FKTP), which is likely a general practitioner, according to the road map leading to JKN 2012-2019 should achieve the ratio of general practitioners 1: 3000 inhabitants. Currently the average in Bengkulu is 1 per 7.715 inhabitants, thus the need for first-level health facilities in the province of Bengkulu is 590 units. Beginning in 2014, 229 is available until the year 2019, and is still lacking as much as 361 units. Clinics with magnitudes capitation of Rp. 3,000 up to Rp. 4500 is 51.57% and while capitation of Rp. 6,000 is 13.3%. Capitation quantity is uneven financing that have an impact especially on the health of urban areas due to lack of resources. The value of the contract for one year for the number of participants who choose Clinics as FKTP is 763.165 people which is 82,03% of the maximum value of capitation Rp. 6,000, or less Rp9,87M. The average rate on the 7 (seven) Regional public hospitals district and Province for outpatient is between Rp. 150.000 s. d Rp. 350,000 and hospitalization is Rp. 1.000.000,-until Rp. s. 3.700.000,-, compared to the rates based on regulation of the Minister of health RI Number 69 by 2013, the average price of outpatient service and inpatient medical action is very simple and only for mild categories of diseases. Shortage of specialist

doctors in Hospital causes unabsorbed INA-CBG package for major treatment action and severe categories of disease.

Financial support the Government district/city and Province in the form of program jamkesda 2014 is IDR 38,36 M to pay for the capitation for the poor who are not covered by central government funding and to ensure treatment for kabupaten/kota that did not cooperate with the BPJS. Incentive specialist doctor/resident is between IDR10 million to 30 million per month, especially the big four specialists from the local government district is another inequalities that is burdensome to the local government;

The fulfillment of resources especially General practitioners and dentists in clinics is difficult to materialize given that CPNS (civil servant) formation are very small; the County Government could offer contracts but they can not afford it and it is not worth the lack of capitation. While the fulfillment specialist doctors in Hospitals is also difficult because there is lack of enthusiasm to become specialist CPNS, and the Country Government could not afford contract for them. Fulfillment needs efforts in health facilities first-level, general practitioners, dentists and specialists required a revision of the regulation of the Minister of health no. 69 year 2013 by observing the rate of capitation and INA-CBG<sub>1</sub>'s package for underserved areas away from urban center, or with small population and vast distribution of people.

**Conclusion:** First-level health facilities and the number of personnel in clinics and specialist doctors in the hospital are still lacking, impacting the small capitation and the claim is limited to a minor treatment and mild disease. Regulation of the Minister of health RI Number 69 by 2013 on Standard Rate of health services need to pay attention to differences in geographical situation where Clinics and public hospitals are in the region.

**Keywords:** the availability of health facilities, even distribution of cost of health, financing the national health insurance policy

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Program Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. Pembiayaan kesehatan menuju *Universal Coverage* merupakan terobosan yang baik tetapi dapat menimbulkan dampak negatif berupa ketidakadilan. Ketidamerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis serta penyebaran penduduk yang luas dapat memperbesar masalah ketidakadilan antar

kecamatan dan kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, sehingga muncul ketidakmerataan pelayanan dan pembiayaan kesehatan. Ketersediaan fasilitas kesehatan dengan jumlah tenaga yang tidak sesuai kebutuhan berdampak pada pembiayaan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam bentuk kapitasi dan Paket INA-CBG<sub>1</sub> s, maka perlu dilakukan analisis pemerataan pembiayaan pada kebijakan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional.

**Tujuan:** Mengetahui ketersediaan fasilitas dan pemerataan pembiayaan kesehatan serta upaya pemerataan fasilitas kesehatan dan menyusun skenario kemungkinan masa mendatang dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional di Provinsi Bengkulu.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan rancangan metode analisis *formatif* yang dirancang untuk menilai bagaimana program/kebijakan sedang diimplementasikan dan bagaimana pemikiran untuk memodifikasi serta mengembangkan sehingga membawa perbaikan.

**Hasil:** Rasio fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang disamakan satu dokter umum, Peta Jalan Menuju JKN 2012-2019 rasio dokter umum 1 : 3000 penduduk, maka rata-rata 1 per 7.715 penduduk, kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Provinsi Bengkulu sebanyak 590 unit. Awal tahun 2014 yang tersedia 229 sampai tahun 2019 masih kurang sebanyak 361 unit. Puskesmas dengan besaran kapitasi Rp3000,00 s.d Rp4.500,00 sebanyak 51,57% dan Rp6.000,00 sebanyak 13,3%. Besaran kapitasi berdampak tidak merata pembiayaan terutama di Puskesmas yang jauh dari perkotaan karena kekurangan tenaga. Nilai kontrak selama satu tahun jumlah peserta yang memilih Puskesmas sebagai FKTP sebanyak 763.165 jiwa sebesar 82,03% dari nilai maksimal kapitasi Rp6.000,00 atau kurang 9,87M. Tarif rerata pada tujuh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten dan Provinsi untuk rawat jalan antara Rp. 150.000 s.d Rp640.000,00 dan rawat inap Rp1.000.000,00 s.d Rp3.700.000,00 dibandingkan tarif berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013, rata-rata tarif pelayanan rawat jalan dan rawat inap merupakan tarif tindakan medis sangat sederhana dan penyakit-penyakit kategori ringan. Kekurangan dokter spesialis di RSUD menyebabkan tidak terserap paket INA-CBG<sub>1</sub> s untuk tindakan besar dan penyakit kategori berat.

Dukungan dana Pemerintah Kabupaten/Kota dan Provinsi dalam bentuk program jamkesda tahun 2014 sebesar 38,36 M untuk membayar kapitasi masyarakat miskin bukan penerima bantuan iuran dan menjamin pengobatan bagi kabupaten/kota yang tidak bekerja sama dengan BPJS. Insentif dokter spesialis/residen antara 10 juta s.d 30 juta per bulan terutama spesialis empat besar dari pemerintah daerah kabupaten merupakan ketidakadilan pembiayaan yang menjadi beban daerah.

Pemenuhan tenaga terutama dokter umum, dokter gigi di puskesmas sulit terwujud mengingat formasi CPNS sangat kecil, apabila dilakukan kontrak Pemerintah Kabupaten tidak mampu dan tidak sebanding dengan kekurangan kapitasi. Sedangkan pemenuhan dokter spesialis di RSUD juga sulit terwujud karena peminat CPNS untuk dokter spesialis tidak ada dan apabila dilakukan kontrak sebesar insentif Pemerintah Kabupaten tidak mampu. Upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama, dokter umum, dokter gigi dan spesialis diperlukan revisi Peraturan Menteri Kesehatan No.69 tahun 2013 tentang tarif dengan memperhatikan kapitasi dan paket INA-CBG<sub>1</sub> s di daerah tidak diminati atau jauh dari perkotaan, jumlah penduduk kecil serta sebaran yang luas.

**Kesimpulan.** Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan jumlah tenaga di puskesmas dan dokter spesialis di rumah sakit masih kurang, berdampak kecilnya kapitasi dan klaim terbatas pada tindakan kecil serta penyakit yang ringan. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif

Pelayanan Kesehatan perlu memperhatikan geografis dimana Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah.

**Kata Kunci:** Ketersediaan Fasilitas Kesehatan, Pemerataan Pembiayaan Kesehatan, Kebijakan Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional

## PENGANTAR

Jaminan Kesehatan Nasional dimulai pada tahun 2014 secara bertahap menuju ke *Universal Health Coverage*. Perubahan pembiayaan menuju ke *Universal Coverage* merupakan terobosan yang baik namun mempunyai dampak dan risiko sampingan. Ketidamerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis serta penyebaran penduduk yang luas menimbulkan masalah baru berupa ketidakadilan antar kabupaten/kota dan kecamatan yang 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 pelayanan dan pembiayaan kesehatan.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional telah disahkan melalui Undang-Undang No. 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014 mulai menyelenggarakan jaminan kesehatan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yang masyarakat mampu maupun tidak mampu, perlu upaya bersama untuk meningkatkan kualitas dan keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu dan pemerataan pembiayaan kesehatan. Pasal 3 UU No 24/2011 Tentang BPJS: Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Prinsip penyelenggaraan BPJS adalah kegotong-royongan, kepesertaan yang bersifat wajib, iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan, Pengelolaan bersifat nirlaba dan amanah.

Masyarakat di daerah terpencil tidak memiliki banyak pilihan untuk berobat, sementara di daerah perkotaan relatif fasilitas kesehatan sudah banyak, sehingga penggunaan akan lebih sering dan *benefit package* yang tidak terbatas. 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, tanpa peningkatan *supply* di daerah tertentu,

dana BPJS akan tersedot ke daerah-daerah perkotaan.

Pembiayaan kesehatan secara menyeluruh berhubungan dengan strategi kebijakan pembiayaan dan BPJS merupakan salah satu sumber dana. Ketersediaan fasilitas kesehatan yang dilengkapi sumber daya manusia dan peralatan yang standar sangat mempengaruhi pendapatan anggaran bersumber dari BPJS. Pembiayaan investasi dan tenaga tertentu untuk meningkatkan kemampuan tindakan medik belum tercakup oleh BPJS dan hal ini menjadi beban Pemerintah Kabupaten/Kota dan Provinsi.

Pembiayaan kesehatan secara menyeluruh berhubungan erat dengan strategi kebijakan pembiayaan diluar skema BPJS. Seperti diketahui saat ini anggaran kesehatan pemerintah pusat terbagi atas 4 kelompok besar: 1) anggaran yang berada di BPJS, 2) anggaran yang berada di Kementerian Kesehatan, 3) anggaran yang berada di berbagai Kementerian dan badan di luar Kemenkes; dan 4) anggaran pemerintah Kabupaten/kota dan Provinsi. Penggunaan anggaran BPJS tergantung pada kapitasi dan klaim yang tidak memperhitungkan alokasi perencanaan.

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? Pembiayaan investasi dan berbagai tindakan medik yang belum tercakup oleh BPJS menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan, Pemerintah Kabupaten/kota dan Pemerintah Provinsi diharapkan mengalokasikan anggaran investasi untuk yang belum dicakup oleh pemerintah pusat. Apabila terjadi kegagalan penyeimbangan fasilitas dan SDM kesehatan, tujuan JKN untuk pemberian pelayanan kesehatan yang sama bagi penduduk di Provinsi Bengkulu sulit tercapai. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui ketersediaan dan pemerataan pelayanan kesehatan serta pembiayaan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional, menyusun skenario kemungkinan di masa mendatang dalam pelaksanaan JKN di Provinsi Bengkulu.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan metode analisis *formatif* yang dirancang untuk menilai bagaimana program kebijakan sedang diimplementasikan dan bagaimana pemikiran untuk memodifikasi serta

mengembangkan sehingga membawa perbaikan<sup>1</sup>. Variabel Independen ketersediaan fasilitas kesehatan dan variabel dependen pemerataan pembiayaan 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, dan cakupan pembiayaan kesehatan antara kabupaten/kota pada implementasi Jaminan Kesehatan Nasional, sedangkan data kualitatif digunakan untuk mendapatkan persepsi dari penyedia layanan kesehatan, manajer program Jaminan Kesehatan Nasional serta tantangan dan hambatan yang ditemukan pada implementasinya. Studi ini akan melihat tantangan dan hambatan pada input dan pemerataan pembiayaan kesehatan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

Sumber data diperoleh dari informan kunci dan dokumen pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Data kualitatif diperoleh dengan menggunakan kuesioner terbuka, kepada informan yang merupakan penanggung jawab program Jaminan Kesehatan Nasional pada Dinas Kesehatan, RSUD Kabupaten/kota dan Provinsi serta BPJS Kesehatan. Data kuantitatif berasal dari kontrak Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan BPJS, Dokumen Deskripsi SDM Kesehatan, Profil kesehatan, data cakupan pelayanan dan pembiayaan yang diperoleh dari Dinas Kesehatan, RSUD Kabupaten/Kota dan Provinsi serta BPJS Kesehatan.

Data kuantitatif yang diperoleh berupa: baseline fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, tenaga dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi pada fasilitas kesehatan rujukan dan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) di kabupaten/kota, rata-rata biaya rawat inap dan jalan, jumlah kepesertaan yang memilih Puskesmas sebagai FKTP dan basaran kapitasi per puskesmas. Analisis data dibandingkan antar kabupaten/kota, standar yang ditetapkan berdasarkan peraturan yang ada, sistem kesehatan menurut WHO<sup>2</sup>, perencanaan berdasarkan *scenario planning*<sup>3,4</sup>.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN 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

Berdasarkan Peta Jalan Menuju JKN 2012-2019<sup>5</sup>. rasio dokter umum 1 : 3000 penduduk, hal ini sama dengan rasio fasilitas pelayanan kesehatan

primer/PPK I dengan jumlah penduduk. 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. Kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Provinsi Bengkulu sebanyak 590 unit. Sedangkan awal tahun 2014 yang tersedia 229 unit, maka kekurangan FKTP se Provinsi Bengkulu pada tahun 2019 sebanyak 361 unit.

Kekurangan fasilitas dan tenaga justru berdampak pengurangan pendapatan bagi pemberi pelayanan kesehatan di puskesmas sebagai FKTP. Selisih anggaran ini seharusnya diserahkan kepada kabupaten/kota untuk melengkapi fasilitas, menambah tenaga dan jaringan, pengembangan pelayanan promotif dan preventif sebagai upaya efisiensi pelayanan di tingkat FKTP. Pelayanan promotif dan preventif merupakan salah satu upaya pengendalian/efisiensi biaya pelayanan kesehatan

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

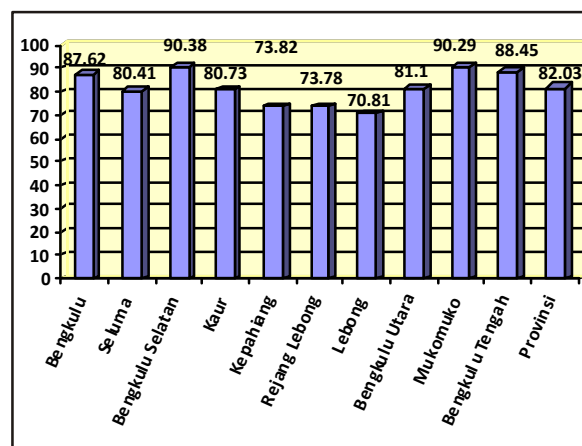
No	Kota/Kabupaten	Pelayanan Primer			Jumlah Penduduk	Rasio* (dokter 1 : 3000)
		Puskesmas	Praktek Dokter	Klinik		
1	Kota Bengkulu	20	16	2	319.098	8.397
2	Kab.Seluma	22	0	0	178.689	8.122
3	Kab. Bengkulu Selatan	14	2	0	148.891	9.306
4	Kab. Kaur	16	2	0	110.921	6.162
5	Kab. Kepahiang	14	3	1	127.046	7.058
6	Kab. Rejang Lebong	21	7	0	250.986	8.964
7	Kab. Lebong	14	3	0	102.126	6.008
8	Kab. Bengkulu Utara	22	4	0	268.921	10.343
9	Kab. Mukomuko	17	3	0	161.087	8.054
10	Kab. Bengkulu Tengah	20	6	0	101.028	3.885
11	Provinsi	180	46	3	1.766.794	7.715

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi/Dinas Kesehatan Kab/Kota/BPJS,  
\* (Peta Jalan Menuju JKN)

### Besaran Kapitasi di Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 69/2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan<sup>6</sup>, menetapkan kapitasi untuk Puskesmas Rp3.000,00 s.d Rp6.000,00. Besaran Kapitasi di Puskesmas ditetapkan berdasarkan ketersediaan tenaga dan fasilitas antara lain 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, dan lengkap dengan jaringan Rp6.000,00. Besaran kapitasi dikurangi apabila jenis dan jumlah tenaga serta jaringan tidak lengkap. Nilai kontrak Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan BPJS selama satu tahun (kapitasi x Jumlah peserta x 12 bulan) tidak mencapai nilai maksimal, karena jenis, jumlah tenaga dan jaringan pelayanan tidak cukup lebih rinci dapat dilihat pada gambar 1.

Pada Gambar 1 dapat di lihat rata-rata persentase sepuluh kabupaten/kota 82.03% dengan selisih dana 9,87M. Persentase terendah Kabupaten Lebong 70,81%, sedangkan selisih kurang lebih satu Miliar adalah Kabupaten Rejang Lebong, Bengkulu Utara, Seluma dan Kota Bengkulu karena jumlah peserta yang memilih puskesmas sebagai FKTP dan jumlah penduduk lebih banyak.

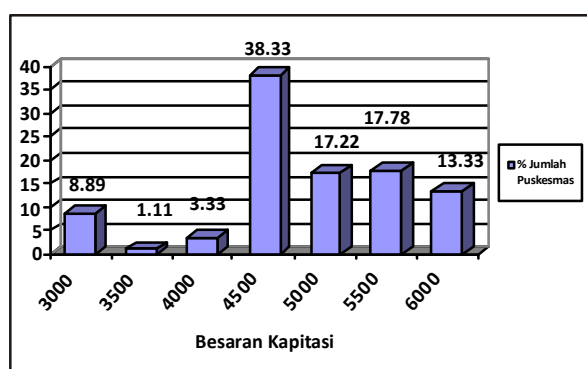


Sumber: Dinas Kesehatan kab/kota, Provinsi dan data diolah

Gambar 1.  
Persentase Nilai Kontrak dari Maksimal Kapitasi Untuk Puskesmas Per Kabupaten/kota se Provinsi Bengkulu (Per Mei 2014)

pada program asuransi/jaminan kesehatan<sup>7,8</sup> Keberhasilan pelayanan promotif dan preventif dapat mengurangi biaya pelayanan kuratif.

Persentase Jumlah Puskesmas berdasarkan besaran kapitasi yang diperoleh dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Persentase Jumlah Puskesmas Per Besaran Kapitasi se Provinsi Bengkulu Per Mei 2014

Berdasarkan Gambar 2, kapitasi Rp3.000,00 s.d Rp4.500,00 sebanyak 51,66%, kapitasi Rp5.000,00 s.d Rp5.500,00 sebanyak 35% dan Rp6.000,00 sebanyak 13,33% jumlah puskesmas. Besaran kapitasi berdampak kepada pemerataan pembiayaan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Berdasarkan Peraturan Presiden No. 34/2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Pasal 12 (4) Jasa pelayanan kesehatan di FKTP sekurang-kurangnya 60% dari total penerimaan kapitasi, sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan<sup>9</sup>. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 19/2014 Tentang Penggunaan Data Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untu Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Pasal 5 (1) Alokasi Dana Kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk: a. obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan b. kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya<sup>10</sup>. Kapitasi yang diperoleh Pus-

kesmas tidak maksimal Rp6.000,00, maka biaya operasional Puskesmas untuk membeli obat, bahan habis pakai dan kebutuhan lain akan lebih kecil karena penetapan besaran dana operasional berdasarkan persentase kapitasi, makin kecil kapitasi makin kecil biaya operasional. Peraturan pemanfaatan dana kapitasi di FKTP milik pemerintah berdampak ketidakadilan dan tidak merata pembiayaan kesehatan. Puskesmas yang kecil kapiatasi letaknya jauh dari perkotaan, pembelian obat-obatan dan habis pakai memerlukan biaya transportasi sehingga dana untuk biaya operasional akan lebih berkurang dibandingkan Puskesmas perkotaan yang tidak memerlukan transport.

Kebijakan yang mengatur pemanfaatan dana kapitasi sebaiknya menetapkan biaya operasional termasuk untuk obat-obatan dan bahan habis pakai tidak berdasarkan persentase kapitasi, tetapi menggunakan besaran angka absolut per kapitasi dengan mempertimbangkan harga obat di daerah tertentu. apabila ada penghematan menjadi tambahan untuk jasa pelayanan kesehatan. Penetapan besaran angka tertentu per kapitasi dapat mengurangi ketidakadilan dan pemerataan pembiayaan kesehatan di Puskesmas tidak sesuai jumlah dan jenis tenaga yang ada.

### Fasilitas Kesehatan Rujukan

Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan di Provinsi Bengkulu dapat dilihat Tabel 2. Berdasarkan Tabel 2 dapat dilihat 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. Jumlah Pelayanan Rujukan dan Rasio Penduduk Se Provinsi Bengkulu

No	Kota/Kabupaten	Rumah Sakit Umum			Jumlah Tempat Tidur	Rasio TT/1000	Ratio RS (per 100 rb)
		Kelas D	Kelas C	Kelas B			
1.	Kota Bengkulu	4	1	1	629	507	1.88
2.	Kab. Seluma	1	0	0	50	3574	0.55
3.	Kab. Bengkulu Selatan	0	1	0	100	1489	0.67
4.	Kabupaten Kaur	1	0	0	37	2998	0.90
5.	Kab. Kepahiang	0	1	0	93	1366	0.79
6.	Kab. Rejang Lebong	0	1	0	133	1887	0.40
7.	Kab. Lebong	1	0	0	19	5375	0.98
8.	Kab. Bengkulu Utara	2	1	0	181	1485	1.12
9.	Kab. Mukomuko	1	0	0	50	3222	0.62
10.	Kab. Bengkulu Tengah	1	0	0	30	3368	0.99
11.	Provinsi	11	5	1	1329	1329	0.91

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/kota 2013 dan data diolah

Biaya rata-rata 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 Rata-Rata Rawat Jalan Tingkat Lanjut, Rawat Inap dan Rasio Dokter Spesialis di RSUD Kabupaten/Kota/Provinsi se Provinsi Bengkulu**

No	Rumah Sakit	Biaya Pelayanan Per Orang		Rasio dokter spesialis Per 100rb
		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 Rp150.000,00 s.d Rp640.000,00 dan rawat inap per pasien rata-rata antara Rp1.000.000,00 s.d Rp3.700.000,00. Dibandingkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Kesehatan RI No. 69/2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 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<sub>1</sub> 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 dibawah target Rencana Strategi Kementerian Kesehatan tahun 2009-2014 sebesar 12 per 100.000. Pemenuhan dokter spesialis RSUD sesuai dengan target atau jumlah dan jenis dapat melakukan tindakan medis katagori sedang dan berat sesuai dengan tarif INA-CBG<sub>1</sub> s sulit terpenuhi pada tahun 2019.

Dukungan dana Pemerintah Kabupaten/Kota dan Provinsi dalam bentuk program jamkesda tahun 2014 sebesar 38,36 M untuk membayar kapitasi masyarakat miskin bukan penerima bantuan iuran dan menjamin pengobatan bagi kabupaten/kota yang tidak bekerja sama dengan BPJS. Insentif dokter spesialis/residen antara 10 juta s.d 30 juta per bulan terutama spesialis empat besar dari Pemerintah Kabupaten merupakan ketidakadilan pembiayaan yang menjadi beban daerah.

## Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Daerah

Apa peran Dinkes Provinsi dan Dinkes kab/kota dalam implementasi JKN adalah:

“...sebagai pengelola/penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai ketentuan dan bekerja sama dengan BPJS untuk anggaran Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan Provinsi sebagai pengelola. Penyelenggaraan jaminan kesehatan skala provinsi yang mengkoordinir Kabupaten/kota dengan BPJS untuk dana APBD Provinsi dan APBD Kab/kota,(Kab A). Mensosialisasikan Program Jaminan Kesehatan Nasional, merekap data orang miskin untuk diusulkan menjadi peserta (Kab B). Dinas Kesehatan Kab. melakukan pemetaan tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan membantu sosialisasi program JKN antara lain melalui majalah Pemda, ke Puskesmas. (Kab. C). Melakukan pendataan dan mapping masyarakat miskin (seharusnya dilakukan oleh Dinas Sosial dan BPS), melakukan koodinasi lintas sektor dan BPJS, memperbaiki system rujukan, melakukan sosialisasi JKN, membuat call center, menangani pengaduan masyarakat (Prov)”

“Pemanfaatan Dana BPJS belum ada petunjuk pelaksana dan petunjuk teknis (semua kab/kota). Pemda tidak mendanai tranportasi untuk rujukan (semua kab/kota). Beberapa Kabupaten/Kota tidak ada pembangunan pelayanan primer baru dan sebagian ada melalui DAK.Semua kabupaten/kota belum ada peraturan Bupati/Walikota atau Gubernur yang mengatur pelaksanaan JKN di Provinsi Bengkulu”

## Pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional yaitu BPJS

“Peserta BPJS banyak yang disuruh beli obat diluar oleh Rumah Sakit, - masih minimnya pengetahuan masyarakat tentang BPJS kesehatan, ada mindset di masyarakat harus diubah ‘mendaftarkan yang sakit saja’. Banyak perusahaan yang tidak melampirkan NIK pegawainya, sehingga proses cetak kartu terhambat. Peserta memilih PPK tanpa intervensi dan paksaan, peserta memilih karena kenyamanan dalam mengakses PPK”.

“Sesuai dengan pedoman BPJS, tidak ada beda dan proses kredensial dan rekedensial terhadap PPK primer dan Rujukan. masih ada PPK yang belum mempunyai kelengkapan administrasi contoh: penetapan kelas dari Kementerian Kesehatan RI. Peserta mengisi formulir (4) untuk perpindahan faskes. Perpindahan dapat dilakukan dengan rentang waktu 3 bulan dari perpindahanfaskes primer sebelumnya. Ada pada program pembinaan pelayanan kesehatan dengan kegiatan pertemuan kemitraan dengan Dinas Kesehatan”.



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) *equity* dalam status kesehatan; b) *equity* dalam penggunaan layanan kesehatan; c) *equity* dalam pembiayaan kesehatan<sup>2</sup>. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Pasal 30 ayat (4) Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai berupa penggantian atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Ayat (5) Besarannya penggantian atas biaya pelayanan kesehatan disetarakan dengan tarif Fasilitas Kesehatan di wilayah terdekat dengan memperhatikan tenaga kesehatan dan jenis pelayanan yang diberikan<sup>11</sup>.

Dalam *World Health Report* Tahun 2010, dicanumkan 3 dimensi dalam mencapai cakupan semester<sup>2</sup> yaitu: 1) Seluruh penduduk menjadi peserta jaminan kesehatan, 2) Pelayanan kesehatan yang *benefit package* meliputi pelayanan komprehensif (preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif). Wajib disediakan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah seperti puskesmas, klinik, praktek dokter dan rumah sakit, dan 3) Pembiayaan bagi penerima bantuan iuran dibayar oleh pemerintah, masyarakat yang mampu membayar premi.

### Cakupan Peserta

Cakupan peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Bengkulu sampai Mei 2014 berjumlah 855.175 jiwa (sumber BPJS Kesehatan) atau 48,40% jumlah penduduk. Cakupan peserta akan berdampak kepada pemerataan pembiayaan bersumber dari BPJS Kesehatan melalui kapitasi dan klaim kunjungan rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit.

### Analisis Kebijakan

BPJS wajib memberi kompensasi dalam upaya mewujudkan peta jalan menuju jaminan kesehatan 2012-2019 point (3) paket manfaat medis dan non medis sudah sama untuk seluruh peserta, dan (4) fasilitas kesehatan telah tersebar memadai (GTZ, AUSAID, 2012)<sup>5</sup>. Penduduk yang menjadi peserta BPJS bukan sekedar jumlah yang dihitung untuk mencapai *universal coverage*, tetapi letak pemukiman penduduk yang tersebar dan geografis daerah yang luas serta banyak pergunungan, merupakan suatu kondisi alam yang tidak dapat dirubah sehingga

pemenuhan fasilitas pelayanan kesehatan tidak dapat dihitung dengan rasio saja.

Peta jalan (*Road Map*) yang disusun oleh pemerintah Indonesia menyatakan bahwa tahun 2019 seluruh warga negara Indonesia akan mendapat jaminan kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Bengkulu perlu Skenario pesimis kemungkinan membaik untuk: 1) penyediaan FKTP dengan jumlah dan jenis tenaga serta jaringan yang sesuai standar, 2) pelayanan yang komprehensif oleh fasilitas kesehatan dengan jumlah dan jenis dokter spesialis yang mencukupi, 3) cakupan peserta dapat diupayakan dengan menyediakan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Upaya mencapai Road Map JKN 2019 ini ada berbagai asumsi sebagai berikut: 1) pemerintah berhasil melakukan penambahan dokter spesialis di Kabupaten yang belum ada dan masih kurang dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan tenaga lainnya. Penambahan dokter spesialis sangat memungkinkan karena seluruh Pemerintah Kabupaten/Kota dan Provinsi telah mendidik dokter umum menjadi dokter spesialis melalui Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Kementerian Kesehatan, 2) penambahan fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan dengan mendorong praktik dokter dan klinik pratama untuk memberi pelayanan di daerah dengan geografis sulit dan didukung dengan kebijakan tarif pelayanan yang layak/kewajaran, 3) Kementerian Kesehatan mempunyai dana investasi cukup untuk menyeimbangkan kelengkapan peralatan fasilitas kesehatan/PPK dan SDM kesehatan. Investasi ini dapat terlihat dari adanya APBN untuk pengembangan dan peralatan rumah sakit dan pengiriman tenaga kesehatan ke daerah-daerah, dan APBD untuk operasional rumah sakit.

Upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama, dokter umum, dokter gigi dan spesialis diperlukan revisi Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 69/2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Penetapan memperhatikan kapitasi dan paket INA-CBG's di daerah tidak diminati atau jauh dari perkotaan, jumlah penduduk kecil serta sebaran yang luas. Mereview Peraturan Presiden No. 32/2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Dan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 19/2014 Tentang Penggunaan Data Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Bia-

ya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, agar penetapan untuk biaya operasional seperti untuk membeli obat-obatan dan bahan habis pakai dengan angka absolut sesuai dengan harga dilokasi bukan persentase, sehingga ada pemerataan pembiayaan kesehatan antara Puskesmas yang lengka tenaga di Perkotaan dengan yang kurang tenaga di daerah terpencil.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan jumlah tenaga di puskesmas dengan tenaga yang memenuhi standar dan dokter spesialis di rumah sakit masih sangat kurang, berdampak kecilnya kapitasi untuk Puskesmas dan klaim Rumah Sakit Umum Daerah sangat terbatas pada tindakan kecil serta penyakit katagori ringan.

### Saran

Mereview Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 69/2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan perlu memperhatikan geografis dimana Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah.

Mereview Peraturan Presiden No. 32/2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi dan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 19/2014 Tentang Penggunaan Data Kapitasi, agar penetapan untuk biaya operasional seperti untuk membeli obat-obatan dan bahan habis pakai dengan angka absolut sesuai dengan harga dilokasi bukan persentase.

Mereview Kebijakan penetapan kapitasi sehingga setiap puskesmas mendapatkan kapitasi yang maksimal. Melakukan koordinasi kepada BPJS terhadap peserta/masyarakat yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan dan harus mengeluarkan biaya transport yang besar. Menyusun strategi bersama apabila skenario *universal coverage* tidak dapat tercapai pada tahun 2019.

## REFERENSI

1. Buse. K, Mays N, Gill W. Making Health Policy. Open University Press. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London.2005.
2. World Health Report (WHO). 2010: Health Systems Financing The Path To Universal Coverage. Geneva: WHO; 2010.
3. Ringland, Gill. Scenario Planning Managing For The Future. Gill Ringland foreword by Peter Schwartz. Wiley. [www.wiley.co.uk/](http://www.wiley.co.uk/) [www.wiley.com](http://www.wiley.com)
4. Scarce D. Fulton K. What if? The art of Scenario Thinking for Notprofit. GBN Global Business. Copyright 2004 Global Business Network.
5. GTZ, AUSAID, Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Disusun bersama dan di dukung GTZ, AUSAID. Jakarta. 2012.
6. 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.
7. Ilyas Y. 2005. Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B. Pamjami. Jakarta.
8. Saefuddin F, Ilyas Y. 2001. Managed Care Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan (Bag A). Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT. Askes. Jakarta.
9. Peraturan Presiden Nomor : 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.
10. Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 Tahun 2014 Tentang Penggunaan Data Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untu Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah
11. Kementerian Kesehatan RI. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan