



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

USAID CEGAH Empowering Community of Accountability

# Laporan Penelitian

Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional dan Jamkesda di Kota Medan.

Disusun oleh: Institute for Strategic Initiatives (ISI)

Tim Penulis: Luky Djani, M. Didit Saleh, Putut Aryo

## DAFTAR SINGKATAN

ARMI	Aliansi Rakyat Miskin Indonesia
BPJS Naker	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan
BPJS Sehat	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
BUMD	Badan Usaha Milik Daerah
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
DPN Jamkeswatch	Dewan Pimpinan Nasional Jaminan Kesehatan Watch
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
ELSAKA Medan	Lembaga Studi Advokasi dan Kebijakan di Medan
<b>Fitra Sumut</b>	
FSPMI	Federasi Serikat Pekerja Metal Indonesia
IDI	Ikatan Dokter Indonesia
ISI	Institute for Strategic Initiatives
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkeswatch	Jaminan Kesehatan Watch
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
JRMK	Jaringan Rakyat Miskin Kota
<b>Kontras Sumut</b>	
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PBPU	Peserta Bukan Penerima Upah
PPU	Peserta Penerima Upah
SBMI 92	Serikat Buruh Merdeka Indonesia 92
SBMI	Serikat Buruh Merdeka Indonesia
Serbundo	Serikat Buruh Perkebunan Indonesia
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SPI	Serikat Pekerja Indonesia Kota Medan
UCH	Universal Health Coverage
USU	Universitas Sumatera Utara
<b>Walhi</b>	

## DAFTAR ISI

		Halaman
BAB I	PENDAHULUAN	4
BAB II	KERANGKA PEMIKIRAN	8
	2.1 Konsep Ideal Jaminan Kesehatan	8
	A. Konsep Universal Health Coverage (UCH)	8
	B. Keadilan ( <i>Equity</i> ) dan Kesamarataan ( <i>Equality</i> ) Kebijakan Layanan Kesehatan	9
	C. Kualitas Pelayanan Kesehatan	10
	2.2 Sistem Jaminan Kesehatan: Perbandingan Indonesia, Korea Selatan, dan Taiwan	11
BAB III	TEMUAN DAN ANALISIS	15
	3.1 Pelayanan dan Jaminan Kesehatan di Kota Medan.	15
	A. Integrasi Jamkesda Medan Sehat dan Jamkesmas ke Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan.	15
	B. Akurasi data, Administrasi, Pemahaman, dan Pembekuan Kepersetaan Jaminan Kesehatan.	20
	1. <i>Akurasi Data Penerima Jaminan Kesehatan Nasional PBI</i>	20
	2. <i>Prosedur dan Persyaratan administrasi kepesertaan BPJS Kesehatan</i>	21
	3. <i>Pemahaman terhadap aturan dan prosedur BPJS Kesehatan</i>	23
	4. <i>Pembekuan Kepersetaan Jaminan Kesehatan Nasional</i>	25
	C. Akses Terhadap Layanan Kesehatan	27
	1. <i>Perbedaan Standar Pelayanan / Diskriminasi layanan (Terutama PBI)</i>	27
	2. <i>Efektivitas dan kenyamanan pelayanan</i>	29
	D. Anggaran Kesehatan dan Dana Kapitasi Kota Medan	32
	3.2 <i>Multiple Accountability Model: Tawaran untuk Mendorong Akses dan Pelayanan Kesehatan yang berkualitas</i>	37
BAB IV	PENUTUP	38
Pustaka		

## BAB I

### PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia menerapkan rejim kesejahteraan dimulai tahun 1977 dengan diberlakukannya UU No.33 mengatur pengelolaan program jaminan sosial bagi pekerja dengan nama ASTEK (Asuransi Sosial Tenaga Kerja/Karyawan). Setelah berjalan selama 15 tahun, pada tahun 1992 ASTEK diubah menjadi JAMSOSTEK (Jaminan Sosial Tenaga Kerja/Jaminan Sosial) untuk pegawai perusahaan milik negara (BUMN/D) dan karyawan swasta.

Pasca reformasi 1998, skema baru rezim kesejahteraan diundangkan dalam UU No 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan kepesertaan semesta menjadi prioritas dari SJSN. Namun pemerintah butuh waktu lebih dari tujuh tahun untuk mengesahkan UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai turunan dari UU SJSN pada 25 November 2011.<sup>1</sup>

BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS sendiri terdiri atas 2 bagian, BPJS Kesehatan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang menyelenggarakan program (a) jaminan kecelakaan kerja (b) jaminan hari tua (c) jaminan pensiun (d) jaminan kematian. Dengan disahkannya UU No 24 Tahun 2011, BPJS Kesehatan (BPJS Sehat) menjadi penyelenggara utama program jaminan kesehatan.

BPJS Sehat menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan skema asuransi kesehatan sosial. Sistem BPJS Sehat merupakan peningkatan kepesertaan dan lingkup serta mengintegrasikan program terdahulu seperti Askes dan Askeskin, Jamkesmas, dan Jamkesda.

Berdasarkan UU BPJS pada pasal 14 diatur skema kepesertaan JKN ini secara sederhana dapat bagi menjadi dua. Pertama, penerima bantuan iuran (PBI) baik dari pusat seperti program Kartu Indonesia Sehat dan pemerintah daerah. Jadi bagi warga miskin, iuran BPJS ditanggung pemerintah melalui program bantuan iuran. Kedua, bukan penerima bantuan iuran (Non PBI), yang terdiri atas peserta mandiri, peserta bukan penerima upah (PBPU) dan peserta penerima upah (PPU). Dalam UU BPJS pasal 14 sampai pasal 18 dinyatakan bahwa setiap perusahaan wajib mendaftarkan pekerjanya sebagai anggota BPJS. Sedangkan orang yang bukan pekerja tetap/formal juga wajib mendaftarkan diri dan anggota keluarganya pada BPJS.

Dengan diterapkannya UU SJSN dan UU BPJS tersebut, pemerintah menargetkan pewujudan program jaminan kesehatan secara universal atau semesta untuk seluruh penduduk Indonesia. Karenanya, pemerintah mencanangkan skema pembiayaan baik dari pemerintah pusat maupun daerah, khususnya skema PBI, serta skema Jamkesda yang telah dilaksanakan oleh pemerintah daerah sehingga akan terintegrasi dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional pada 2019. Namun demikian, beberapa temuan riset menemukan persoalan pada implementasi JKN di beberapa daerah misalnya di Kab. Bekasi dan Kota. Kupang. Persoalan ini secara langsung dapat menghambat terwujudnya kesehatan secara universal. Adapun persoalan tersebut antara lain terkait infrastruktur penyedia layanan kesehatan yang tidak memadai, validasi *data based* terkait warga miskin, rentan, dan marginal, hingga pada soal integrasi Jamkesda ke BPJS Sehat yang kerap menimbulkan keluhan dan penolakan dari pemerintah daerah

---

<sup>1</sup> BPJS Kesehatan ini mulai berjalan pada awal 2014, sementara BPJS ketenagakerjaan harus terbentuk pada pertengahan 2015.

karena besaran dana yang harus dialokasikan oleh pemerintah daerah untuk membayar iuran BPJS Kesehatan.<sup>2</sup>

Berdasarkan narasi tersebut, studi ini meneliti tentang implementasi kebijakan JKN di Kota Medan terutama pada kelompok miskin, rentan, dan marginal. Ada tiga argumentasi penting ihwal pengambilan topik dan lokasi tersebut dijadikan sebagai subyek dan lokus studi ini. Pertama, karena kebijakan dan program JKN memberikan perubahan terhadap sistem kesehatan di Indonesia, terutama pada aspek pembiayaan, manajemen pelayanan kesehatan, manajemen informasi terkait kepesertaan dan fasilitas kesehatan, koordinasi lintas institusi (antara kementerian, BPJS dan pemda), maka tidak dapat dipungkiri masih terdapat kelemahan dari sistem, tatakelola, regulasi, dan implementasi program JKN dan juga skema Jamkesda. Kedua, persoalan layanan merupakan salah satu hak dasar yang harus dipenuhi oleh negara untuk warganya terutama bagi warga miskin, rentan, dan marginal. Ketiga, pemilihan Kota Medan sebagai lokus studi ini karena berdasarkan laporan KPK menyatakan bahwa Provinsi Sumatera Utara merupakan salah satu dari 7 provinsi terkorup di Indonesia.<sup>3</sup>

Studi ini berbeda dengan studi yang dilakukan oleh Perkumpulan Prakarsa tentang Implementasi JKN yang dilakukan di sebelas kabupaten/kota. Studi Perkumpulan Prakarsa tersebut mendeskripsikan efektivitas bantuan iuran dalam mengurangi pengeluaran *out of pocket*<sup>4</sup> dari pasien dan keluarganya saat mengalami sakit, dan mendeskripsikan faktor-faktor yang turut mempengaruhi implementasi kebijakan bantuan iuran bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia.<sup>5</sup> Disamping itu, studi ini juga berbeda dengan kajian yang dilakukan oleh FKM USU yang melihat kesiapan pelayanan kesehatan di puskesmas dan sebaran tenaga medis di Sumatera Utara. Sementara itu, studi ini mengamati tiga aspek penting yang berkaitan pelayanan kesehatan di kota Medan. Aspek pertama, telaah interaksi antara kelompok masyarakat sipil, khususnya serikat buruh dan aliansi miskin kota, dengan unit pelayanan kesehatan (seperti klinik, puskesmas, rumah sakit), tokoh masyarakat, jurnalis dan kalangan akademisi serta otoritas pemerintahan ditingkat daerah yakni dinas kesehatan kota Medan dan kantor cabang BPJS Kesehatan dalam mendorong perbaikan pelayanan kesehatan terutama bagi kelompok miskin, rentan dan marginal. Aspek kedua, menelaah peluang untuk mendorong perbaikan dan strategi yang digunakan oleh aktor-aktor tersebut dalam melakukan advokasi layanan kesehatan. Dan terakhir, menelaah politik anggaran kesehatan pada APBD kota Medan terutama terkait dengan alokasi anggaran untuk pemenuhan prinsip kepesertaan semesta.

Pendekatan yang digunakan dalam studi ini adalah pendekatan kualitatif yang dikombinasikan dengan menelaah kebijakan terkait. Pendekatan kualitatif dalam studi ini menggunakan metode *Participatory Action Research* (PAR), yakni peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara observasi, pemetaan aktor, wawancara mendalam, melakukan serial *focus group discussion* dengan beragam informan. Ada empat pertanyaan kunci yang dijadikan panduan dalam mengumpulkan data tersebut. Pertama, apa saja permasalahan yang dihadapi oleh pasien dengan latar belakang miskin, rentan dan marginal dalam

---

<sup>2</sup>Djani, Luky dkk. 2017. *Laporan Penelitian: Jamkesda dan Buruh, Studi Kasus Jamkeswatch Kab. Bekasi*. Jakarta: ISI dan PWD UGM. hlm. 10. Lihat juga dokumen FGD Prakarsa pada 23 Mei 2017, di Hotel Arya Duta.

<sup>3</sup><http://www.lensaindonesia.com/2016/08/03/kpk-sumatera-utara-banten-dan-riau-adalah-provinsi-terkorup.html>, diakses pada 12 Juli 2017.

<sup>4</sup>*Out of Pocket* secara sederhana adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien dan pasien “dipaksa” untuk menghabiskan sejumlah besar pendapatannya yang terbatas untuk membiayai perawatan kesehatan. Dalam konteks BPJS Kesehatan adalah adanya biaya yang dikeluarkan oleh pasien peserta BPJS diluar premi yang dibayarkan ke BPJS Kesehatan. Lihat O’donnell dkk. 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. Washington: World Bank.

<sup>5</sup>Tim Peneliti. 2017. *Bantuan Iura Jaminan Kesehatan Nasional: Ekuitas Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin dan Hampir Miskin di Indonesia*. Jakarta: Perkumpulan Prakarsa.

mengakses layanan kesehatan? Apa saja permasalahan yang dihadapi oleh penyedia layanan kesehatan? Apa dan bagaimana peran pemerintah Kota Medan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan? Bagaimana interaksi antara masyarakat terorganisir dan aktif berpengaruh dalam mendampingi pasien memperoleh layanan kesehatan?

Empat pertanyaan kunci tersebut dijadikan panduan dalam mengumpulkan data tentang kondisi praktik pelayanan kesehatan di Kota Medan dan mengidentifikasi peluang-peluang untuk meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan bagi kelompok-kelompok buruh, masyarakat miskin, rentan, dan marjinal. Hasil identifikasi dan temuan studi ini digunakan untuk menggambarkan kualitas dan kekurangan pelayanan kesehatan, pemetaan potensi institusi untuk terlibat, dan peta alokasi anggaran di sektor kesehatan di Kota Medan. Penelitian lapangan dilakukan selama kurang lebih dua bulan pada Mei dan Juni 2017. Selanjutnya, data hasil identifikasi dan temuan dari studi ini digunakan sebagai bahan untuk merancang *multiple accountability mechanism* yang relevan dengan kondisi praktik layanan kesehatan di Kota Medan, yaitu mekanisme yang mengintegrasikan akuntabilitas horisontal seperti anggota parlemen untuk pelayanan publik peralatan dan pemerintah unit, akuntabilitas vertikal seperti warga negara untuk anggota parlemen, akuntabilitas diagonal seperti Dewan Pengawas BPJS Kesehatan dan Ombudsman untuk penyedia layanan kesehatan dan pemerintah lokal, dan akuntabilitas sosial seperti *citizen* ke penyedia layanan). Lebih dari itu, temuan studi ini pula dijadikan bahan untuk memfasilitasi dan memperkuat kapasitas dan pengetahuan mitra lokal terutama di Kota Medan dalam melakukan pemantauan layanan kesehatan secara efektif.

Adapun para informan yang diwawancarai dalam penelitian ini dikategorikan menjadi tiga bagian. Pertama, aparatur pemerintah, dan penyedia layanan kesehatan di Kota Medan yaitu, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bagian Kepesertaan JKN, Kepala Bagian Sumber Daya Manusia dan Sekretaris Dinas Kesehatan, Kepala Dinas Sosial dan Tenaga Kerja, Direktur BPJS Kesehatan Regional I Sumatera Utara dan Aceh, dan Kepala Unit kepesertaan dan Pelayanan Kota Medan, Rumah Sakit Umum Kota Medan, Dokter di beberapa Puskesmas, dan Kepala Ombudsman Perwakilan Sumatera Utara. Kedua, anggota Dewan Perwakilan Daerah (DPRD) Kota Medan yaitu, DPRD Kota Medan yang terdiri atas Ketua Komisi DPRD Bidang Pendidikan dan Kesehatan Kota Medan dan anggota, Wakil Ketua DPRD Kota Medan.

Ketiga, organisasi masyarakat sipil, organisasi profesi, forum warga, jurnalis, dan akademisi yaitu, Ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Cabang Kota Medan, wartawan Medan Bisnis dan Tempo, LSM Sahdar, LSM Elsaka, LSM Fitra Sumut, LSM Kontras Sumut, LSM Oppuk, LSM Kipas, Federasi Serikat Pekerja Metal Indonesia (FSPMI), SPI, SBSU, SBSI, SBSI 92, SBMI, Sarbundo, Forum Masyarakat Kota Medan Peduli Kesehatan, Jaringan Rakyat Miskin Kota Medan (JRMK), Aliansi Rakyat Miskin Kota (ARMI), Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Sumatera Utara (USU), Dosen Jurusan Komunikasi USU, dan Dosen Fisip USU dan sejumlah mahasiswa yang pernah melakukan penelitian terkait tema kesehatan.

Tulisan ini terdiri atas empat bagian utama. yaitu, pendahuluan, kerangka pemikiran, temuan dan analisis, dan kesimpulan. Pada bagian pendahuluan, tulisan ini menguraikan secara singkat evolusi layanan asuransi kesehatan sosial, argumentasi utama pemilihan topik dan lokus studi, metode penelitian serta signifikansi penelitian. Bagian pertama juga membahas pengantar kerangka teoritik tentang *multiple accountability mechanism*. Bagian kedua memaparkan kerangka pemikiran, menjelaskan konsep ideal tentang Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia misalnya tentang *Universal Health Coverage (UHC)* dan *equity* dan *equality* kebijakan kesehatan. Bagian kedua ini tidak hanya menjelaskan konsep sistem Jaminan Kesehatan di Indonesia, namun juga menjelaskan dan membandingkannya dengan sistem Jaminan

Kesehatan yang berkembang di Taiwan dan Korea Selatan. Argumentasi pemilihan dua negara ini sebagai perbandingan karena dua negara ini memiliki persamaan terkait dimensi yang diatur dalam sistem jaminan kesehatan yang diterapkan di Indonesia. Adapun bagian ketiga tulisan ini menjelaskan tentang temuan dan analisis penelitian di lapangan terkait persoalan implementasi jaminan kesehatan nasional seperti Jamkesda di Kota Medan. Selanjutnya, bagian terakhir dari tulisan ini berisi tentang tawaran tentang konsep *multiple accountability mechanism* sebagai kerangka kerja untuk advokasi perbaikan pelayanan kesehatan di Kota Medan.

## BAB II

### KERANGKA PEMIKIRAN

#### 2.1 Konsep Ideal Jaminan Kesehatan

Hak sehat termasuk di dalamnya hak mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan hak dasar yang harus diperoleh oleh setiap warga negara. Oleh karena itu, agar layanan kesehatan dapat berjalan dengan baik, maka berbagai negara menerapkan sistem Jaminan Kesehatan. Secara umum konsep ideal dan sekaligus prinsip utama dalam penerapan sistem jaminan kesehatan di berbagai negara adalah *Universal Health Coverage* (UHC), adanya kesamarataan (*Equity*) dan keadilan (*Equality*), dan kualitas layanan kesehatan.

##### A. Konsep Universal Health Coverage (UCH)

Secara sederhana konsep *Universal Coverage* dalam tulisan Mundiharno dapat diartikan sebagai cakupan menyeluruh.<sup>6</sup> Istilah ini, yang kemudian menjadi istilah *Universal Health Coverage*, awalnya dimunculkan oleh *World Health Organisation* (WHO). Istilah ini merupakan evolusi dari istilah *health for all* yang telah diusung oleh WHO. Secara lebih luas, konsep *Universal Health Coverage* dapat dimaknai sebagai layanan kesehatan dimana semua orang dapat menggunakan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan layanan kesehatan paliatif yang mereka butuhkan, dengan kualitas yang cukup efektif, sementara juga memastikan bahwa pengguna layanan ini tidak menunjukkan pengguna yang kesulitan keuangan.<sup>7</sup>

Dalam pandangan Mundiharno bahwa istilah *Universal Health Coverage* memiliki tiga dimensi penting.<sup>8</sup> Pertama, dimensi cakupan kepesertaan, yang dalam konsep *Universal Health Coverage* dapat diartikan bahwa semua penduduk atau warga negara, tanpa terkecuali, dicakup menjadi peserta jaminan kesehatan. Dimensi ini penting karena diharapkan apabila semua warga negara atau penduduk tercakup menjadi peserta jaminan kesehatan, maka secara otomatis pula warga memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan.

Namun realitasnya, tidak semua penduduk yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan dapat serta merta mengakses pelayanan kesehatan. Sebagai salah satu ilustrasinya adalah apabila di suatu daerah tempat penduduk tinggal tidak ada fasilitas kesehatan, maka penduduk akan tetap sulit mendapatkan pelayanan karena ketiadaan fasilitas unit layanan kesehatan. Oleh karena itu, ada dimensi kedua dari *Universal Health Coverage*, yaitu akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Adapun dimensi ketiga dari *Universal Health Coverage* yaitu adanya proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (*out of pocket payment*) makin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan peserta (*financial status*) yang menyebabkan peserta menjadi miskin.

Tiga dimensi dalam konsep *Universal Health Coverage* yang dikembangkan oleh Mundiharno tersebut tidak jauh berbeda dengan dimensi-dimensi penting konsep *Universal Health Coverage* yang dikembangkan oleh WHO. Dimensi pertama yaitu terkait dimensi persentase penduduk yang dijamin. Pada dimensi kedua terkait layanan kesehatan yang dijamin, misalnya terkait layanan di rumah sakit

---

<sup>6</sup> Mundiharno. Peta Jalan Menuju Universal Coverage Jaminan Kesehatan. *Jurnal Legislasi Indonesia*. 2012: Vol.9 No. 2, hlm.207.

<sup>7</sup>Dye, Christopher, dkk. 2013. *The World Health Report 2013: Research For Universal Coverage*.Luxembroug. Publikasi World Health Organization, hlm. 6.

<sup>8</sup>*Op.Cit.* Mundiharno.hlm. 207-222.



atau termasuk juga layanan rawat jalan. Dimensi ketiga terkait proporsi biaya kesehatan yang dijamin. Artinya semakin besar dana yang tersedia, maka semakin besar pula penduduk yang terlayani, komprehensif paket pelayanannya, dan proporsi biaya yang harus ditanggung penduduk semakin mengecil.<sup>9</sup>

Berdasarkan uraian tentang konsep *Universal Health Coverage* yang dikembangkan oleh WHO dan Mundiharno tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa konsep konsep *Universal Health Coverage* setidaknya harus meliputi tiga dimensi penting. Pertama, terkait dengan lingkup jaminan kesehatan tersebut seperti pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitasi. Kedua, cakupan kepesertaan yang menyeluruh dan berlaku untuk semua orang dan bersifat universal. Ketiga, dimensi perlindungan finansial, yang menekankan bahwa warga negara tidak mengalami kesulitan keuangan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Namun demikian, cepat tidaknya pencapaian *Universal Health Coverage* dengan tiga dimensi tersebut di suatu negara, dipengaruhi oleh beberapa faktor. Carrin dan James sebagaimana dikutip oleh Mundiharno menyebut ada lima faktor yang mempengaruhi cepat lambatnya suatu negara mencapai *universal coverage*. Pertama, tingkat pendapatan penduduk. Makin tinggi tingkat pendapatan penduduk makin tinggi kemampuan penduduk dan juga pemberi kerja dalam membayar iuran (premi). Kedua, struktur ekonomi negara terutama berkaitan dengan besarnya proporsi sektor formal dan informal. Ketiga, distribusi penduduk negara. Distribusi penduduk yang tersebar luas ke berbagai wilayah menyebabkan biaya administrasi penyelenggaraan yang lebih tinggi dibanding kalau penduduknya terpusat pada daerah-daerah tertentu. Keempat, kemampuan negara dalam mengelola asuransi kesehatan sosial. Terakhir, penyelenggaraan jaminan kesehatan memerlukan sumberdaya terampil yang memadai. Kelima faktor tersebut perlu diperhatikan oleh pemerintah dalam membuat pedoman dan aturan dalam mencapai *universal health coverage* melalui asuransi kesehatan sosial.<sup>10</sup>

Dalam konteks Indonesia, upaya untuk mencapai *Universal Health Coverage* dengan berbagai dimensi di dalamnya, maka dirancang secara bertahap dan ditentukan skala prioritas. Adapun prioritas pertama dalam pencapaian *universal health coverage* di Indonesia adalah perluasan penduduk yang dijamin, yaitu agar semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Prioritas kedua sebagai langkah berikutnya adalah memperluas layanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis, yang berarti pula makin komprehensif paket manfaatnya. Prioritas ketiga, adanya peningkatan biaya medis yang dijamin sehingga makin kecil proporsi biaya langsung yang ditanggung penduduk.

## **B. Keadilan (*Equity*) dan Kesamarataan (*Equality*) Kebijakan Layanan Kesehatan**

Keadilan (*equity*) dan kesamarataan (*equality*) merupakan dua konsep berbeda meskipun keduanya saling berkaitan. Dalam Longman New Universal Dictionary, *equity* adalah sebuah sistem keadilan berdasarkan kesadaran dan *fairness*. Sedangkan *equality* adalah keadaan yang sama atau kesetaraan. Dengan demikian, dapat disimpulkan sementara bahwa *equality* (kesamaan/pemerataan) hanya bagian dari *equity* (keadilan).

Sementara itu, *Equity* dalam studi kebijakan publik dimaknai sebagai keadilan dalam distribusi barang dan pelayanan di dalam masyarakat. Lebih dari itu, *equity* merupakan konsep yang mengandung gagasan *fairness* yakni sebuah kondisi yang didalamnya terdapat prinsip-prinsip demokratis yang bekerja. Oleh

---

<sup>9</sup> *Op.Cit.* Dye, Christopher, dkk. hlm.6-21

<sup>10</sup> *Log.Cit.* Mundiharno.hlm.207-222

karena itu, equity dalam studi kebijakan publik terutama dalam hal pelayanan kesehatan memiliki dua dimensi, yakni keadilan horisontal (*horizontal equity*) dan keadilan vertikal (*vertical equity*).

Keadilan horisontal dalam konsep tersebut dimaknai adanya penegasan prinsip perlakuan yang sama terhadap kondisi yang sama, perlakuan yang sama terhadap kebutuhan yang sama, dan akses atau kesempatan yang sama untuk kebutuhan yang sama. Sedangkan keadilan vertikal menekankan prinsip perlakuan yang berbeda untuk keadaan yang berbeda. Keadilan vertikal ini terdiri atas dua hal penting yaitu: (1) Perlakuan tidak sama untuk kebutuhan berbeda. Sakit pilek akan berbeda perlakuan dengan sakit kanker. (2) Pembiayaan kesehatan progresif berdasarkan kemampuan membayar seseorang.<sup>11</sup>

Namun demikian, prinsip akses terhadap layanan kesehatan dalam konsep keadilan horisontal kerap disamakan dengan prinsip penerimaan terhadap pelayanan kesehatan. Le Grand mendefinisikan akses dalam arti biaya dan waktu yang dibutuhkan untuk memperoleh layanan kesehatan.<sup>12</sup> Definisi ini menimbulkan perdebatan dan persoalan di tingkat praktik. Dikatakan demikian, karena jika dua orang menghadapi biaya yang sama, akankah mereka dikatakan memiliki akses sama meskipun keduanya berpendapatan berbeda. Oleh karena itu, Olson dan Rodgers meredefinisi konsep akses tersebut yang lebih menekankan pada tingkat maksimum yang dapat dicapai dalam mengkonsumsi pelayanan kesehatan, pada tingkat pendapatan yang dimiliki individu, serta biaya dan waktu yang dibutuhkan untuk mengkonsumsi pelayanan kesehatan tersebut. Dengan pendekatan ini akses terhadap pelayanan tidak hanya tergantung pada harga pelayanan kesehatan yang dihadapi individu tetapi juga tingkat pendapatannya.<sup>13</sup>

Berangkat dari uraian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa prinsip kesamaan akses lebih merujuk pada kesamaan kesempatan (*opportunity*) yang terbuka bagi semua orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan. Sementara itu, prinsip kesamaan penggunaan atau penerimaan lebih mempersoalkan apakah peluang-peluang tersebut eksis, dan jika iya apakah individu telah memperoleh dan menggunakan peluang tersebut.

### C. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Tema pelayanan kerap ditautkan dengan persoalan-persoalan publik salah satunya dengan soal pelayanan kesehatan. Secara sederhana pelayanan publik dapat didefinisikan terkait segala bentuk pelayanan barang atau jasa yang dilaksanakan oleh instansi tertentu dalam memenuhi kebutuhan seseorang. Oleh karena itu, pelayanan publik yang dilaksanakan oleh negara mengharuskan birokrasi publik agar memberikan pelayanan publik yang berkualitas.

Dalam perkembangannya ada tiga paradigma pelayanan publik yaitu, *old public management*, *new public management*, dan *new public services*. *New Public Service* ini kerap dianggap sebagai paradigma pelayanan publik yang ideal. Dikatakan demikian, karena paradigma ini menempatkan warga tidak sebatas pengguna layanan, namun warga pula dipandang sebagai warga negara yang memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan publik yang berkualitas dari negara.<sup>14</sup> Oleh karena itu, paradigma baru ini

---

<sup>11</sup>Mooney. *Equity and Efficiency: an Inevitable or Unethical Conflict?* Sidney. Makalah dipresentasikan pada Konferensi Pertama Asosiasi Kebijakan Kesehatan Australia dan New Zealand, 24-27 Agustus, 1987.

<sup>12</sup>Le Grand J. 1982. *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. London: G. Allen & Unwin Press.

<sup>13</sup>Olson EO, dan Rodgers DL. The Welfare Economic of Equal Access. *Journal of Public Economic*, 1991, Vol. 45, hlm.19-106

<sup>14</sup>Widiyarta, Agus, *Pelayanan Kesehatan Dari Perspektif Participatory Governance (Studi Kasus Tentang Partisipasi Masyarakat dalam Pelayanan Dasar Kesehatan Di Kota Surabaya*, Disertasi Program Doktor Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Administrasi, Malang, Universitas Brawijaya, 2012, hlm. 4

memberikan konsekuensi pada aparatur sipil negara untuk siap melayani, bukan dilayani, dengan prinsip demokratis, partisipatif, transparan, akuntabel, dan responsif.

Dalam perkembangan selanjutnya paradigma *new public service* diterjemahkan bahwa agar pelayanan publik berkualitas dapat terwujud, maka dibutuhkan konsep standar pelayanan publik di setiap layanan misalnya terkait standar pelayanan kesehatan. Standar pelayanan publik ini terkait dengan efektifitas pelayanan, prosedur dan tata cara pelayanan, dan kejelasan dan kepastian pelayanan.

Dalam praktiknya paradigma *new public service*, yang kemudian diterjemahkan harus adanya standar pelayanan publik tersebut, telah diinisiasi bahkan diatur oleh beberapa negara. Sebagai salah satu contohnya di Indonesia bahwa standar pelayanan publik ini menjadi salah satu mandat penting yang diatur dalam UU 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik dan mandat ini selanjutnya diatur dalam peraturan menteri. Berdasarkan peraturan menteri tersebut ada dua komponen penting yang harus ada dalam dokumen standar pelayanan publik. Pertama, komponen proses penyampaian pelayanan misalnya terkait persyaratan, sistem, mekanisme, dan prosedur, Jangka waktu pelayanan, biaya atau tariff, produk pelayanan, penanganan pengaduan, saran dan masukan. Kedua, komponen proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi meliputi dasar hukum, sarana dan prasarana, kompetensi pelaksana, pengawasan internal, jumlah pelaksana, jaminan pelayanan, jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan, evaluasi kinerja pelaksana.<sup>15</sup>

Berangkat dari definisi dan uraian tentang pelayanan publik tersebut, maka pelayanan kesehatan merupakan salah satu dari pelayanan publik. Namun pelayanan kesehatan lebih kerap dikategorikan sebagai pelayanan yang bersifat campuran antara publik dan privat. Dikatakan demikian karena pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan masyarakat yang manfaatnya dirasakan atau dikonsumsi oleh perorangan tapi juga dibutuhkan oleh masyarakat. Sehingga pembiayaannya juga separuh dari pajak dan pembebanan secara langsung oleh masyarakat yang mengkonsumsinya.

Walaupun pelayanan kesehatan kerap dianggap sebagai pelayanan privat dan campuran, Namun, tidak serta merta meniadakan standar pelayanan yang harus disusun dan diatur di setiap instansi atau pemberi layanan. Dikatakan demikian, karena standar pelayanan kesehatan ini diharapkan dapat memastikan bahwa warga negara mendapat layanan kesehatan yang berkualitas dan instansi pemberi layanan kesehatan ini menjamin hak-hak sehat warga negara.

## **2.2 Sistem Jaminan Kesehatan: Perbandingan Indonesia, Korea Selatan, dan Taiwan**

Secara prinsip sistem jaminan kesehatan di beberapa negara mengatur enam dimensi utama yaitu, 1) lingkup jaminan, 2) cakupan kepersetaan, 3) pembiayaan dan subsidi, 4) sistem layanan, 5) struktur organisasi pengelola jaminan kesehatan, dan 6) teknologi dan model klaim . Namun demikian, secara teknis pengaturan empat dimensi tersebut memiliki perbedaan dan dapat dibandingkan antara satu negara dengan negara lain misalnya antara Indonesia, Taiwan, dan Korea Selatan.<sup>16</sup>

Pada dimensi pertama terkait lingkup jaminan kesehatan, Indonesia menerapkan jaminan kesehatan komprehensif pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitasi termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis oakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Sementara di Korea Selatan,

---

<sup>15</sup>Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia. No. 15 Tahun 2014 Tentang Pedoman Standar Pelayanan pada BAB III poin A.

<sup>16</sup>Rinaldo, Edwin dkk. Perbandingan sistem Jaminan Kesehatan di Indonesia, Taiwan, dan Korea Selatan. *Makalah*, disampaikan pada kuliah program Master Ilmu administrasi Publik, Universitas Indonesia, 15 Mei 2017. Lihat juga pada buku *Health Financing and Universal Coverage: Compilation of Policy Notes*, didukung oleh Australian Indonesia Partnership For Health System Strengthening (AIPHSS).

lingkup jaminan kesehatan pada *The National Health Insurance Service (NHIS)* dimaknai sebagai jaminan kesehatan komprehensif mencakup pelayanan kesehatan, *medical chek up*, penggantian uang pada kondisi tertentu seperti dalam keadaan darurat, santunan, penguburan, penggantian biaya organ tubuh yang hilang (*protese*). Sedangkan di Taiwan, lingkup jaminan kesehatan pada program National Health Insurance (NHI) diartikan sebagai jaminan kesehatan komprehensif termasuk pengobatan tradisional cina, pelayanan gigi, tes laboratorium, rehabilitasi, perawatan panti jompo, dan rehabilitasi psikiatrik kronis.

Selain soal dimensi lingkup jaminan kesehatan sebagaimana dijelaskan sebelumnya, dimensi lain yang secara teknis pengaturannya berbeda antara Indonesia, Taiwan, dan Korea Selatan, adalah terkait dengan dimensi cakupan kepersetaan, pembiayaan dan subsidi, sistem layanan, lembaga pengelola jaminan kesehatan, dan teknologi dan model klaim. Secara rinci perbedaan ini terdapat dalam tabel.1 berikut.

**Tabel. 1. Perbandingan Sistem Jaminan Kesehatan Indonesia, Korea Selatan, dan Taiwan pada dimensi cakupan kepersetaan, pembiayaan dan subsidi, sistem layanan, lembaga pengelola, dan teknologi dan model klaim.<sup>17</sup>**

Dimensi	Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia	Taiwan National Health Insurance (NHI)	Korea Selatan The National Health Insurance Service (NHIS)
Cakupan Kepersetaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bersifat Mandatori</li> <li>- Warga Negara dan Pendatang dengan izin tinggal.</li> <li>- Coverage: 68,50% per 1 Mei 2017</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bersifat Mandatori</li> <li>- Warga Negara termasuk warga negara yang akan tinggal di luar negeri kurang dari 6 bulan dan pendatang dengan izin tinggal</li> <li>- Coverage: 99% per Juni 2015</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bersifat Mandatori</li> <li>- Warga Negara dan Pendatang dengan izin tinggal</li> <li>- Coverage: 96,3% per 2013.</li> </ul>
Pembiayaan dan Subsidi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peserta dibagi menjadi dua: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari pemerintah pusat atau daerah yakni fakir miskin dan orang yang tidak mampu, cacat total tetap.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketentuan pembayaran berdasarkan klasifikasi peserta. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pegawai negeri (<i>self financing</i> 30% dan 70% dibiayai oleh organisasi pendaftar.</li> <li>2. Guru Sekolah swasta ( 30% <i>self</i></li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subsidi pemerintah sebesar 20% yang bersumber dari pendalatan pajak umum sebesar 14% dan pendapatan pajak tembakau sebesar 6%.</li> </ul>

<sup>17</sup>Tabel perbandingan ini diolah dari berbagai dokumen makalah, buku, dan ditambah dengan peraturan terbaru terkait Program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia.

	<p>2. Peserta bukan penerima iuran Non PBI) yakni pekerja penerima upah (PPU) dan anggota keluarganya dengan rincian 2% pekerja dan 3% pemberi kerja untuk PNS, TNI, Polri, PPNPN, 1% pekerja dan 4 % pemberi kerja untuk swasta. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, serta bukan pekerja dan anggota keluarganya.</p> <p>- Ketentuan pembayaran bagi Non PBI, yaitu, 1) Rp. 25.500 per orang per bulan untuk peserta yang menghendaki pelayanan di ruang perawan kelas III. 2) Rp. 51.000 per orang perbulan untuk peserta yang menghendaki pelayanan di ruang perawatan kelas II. 3) Rp. 80.000 per orang perbulan untuk peserta yang menghendaki pelayanan di ruang perawatan kelas I.</p>	<p><i>financing</i>, 35% dibiayai organisasi pendaftar, dan 35% dibayar oleh pemerintah.</p> <p>3. Pekerja bebas, spesialis, atau profesional (self financing 100%)</p> <p>4. Anggota asosiasi petani dan nelayan (self financing 30% dan pemerintah 70%)</p> <p>5. Prajurit dan veteran dibiayai oleh pemerintah 100%.</p> <p>6. Anggota rumah tangga berpendapatan rendah dibiayai pemerintah 100%</p>	
Sistem Layanan	<p>- Sistem rujukan</p> <p>1. Faskes tingkat pertama: klinik, Puskesmas, Praktik Dokter, dan Rumah Sakit Tipe D</p> <p>2. Faskes tingkat kedua: Rumah Sakit Tipe B dan C.</p>	<p>- Sistem langsung</p> <p>- Setiap orang bebas memilih penyedia layanan kesehatan dan institusi medis.</p>	<p>- Sistem Rujukan</p> <p>1. Tingkat pertama: Klinik dan rumah sakit umum</p> <p>2. Tingkat kedua: Rumah sakit umum dan spesialis</p>

	3. Faskes Tingkat ketiga: Rumah sakit Tipe A.		
Lembaga pengelola	- BPJS K sebagai lembaga pengelola dan dibawah pengawasan Kementerian Kesehatan dan DJSN	- Sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di Taiwan di kelolah oleh Bearueu of National Health Insurance (BNHI). Lembaga ini merupakan <i>single payer</i> dalam sistem pembiayaan kesehatan.	- Sistem jaminan kesehatan ini dibawah kendali langsung Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan.
Tenologi dan model klaim	- Peserta PBI mendapatkan kartu jaminan berupa Kartu Indonesia Sehat dari pemerintah pusat dan Jamkesda dari Pemerintah Daerah. - Peserta Non PBI memperoleh Kartu BPJS/Jaminan Kesehatan yang dikeluarkan oleh BPJS K - Pihak penyedia layanan kesehatan atau faskes tingkat kedua dan ketiga melakukan klaim pembiayaan ke BPJS K. Sedangkan fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas dan klinik mendapatkan dana kapitasi, yan telah diberikan oleh BPJS K setiap tahunnya.	- Setiap peserta akan mendapatkan Kartu IC yang berisi memori <i>chip</i> untuk merekam catatan medis. Sistem ini memungkinkan dokter mengetahui sejarah kesehatan pasien, termasuk pembuatan temu janji, dan membantu pemerintah guna menghindari klaim ganda.	- Pelayanan kesehatan diberikan melalui fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta dengan sistem klaim. - Sebelum NHIC membayar fasilitas kesehatan, klaim harus diperiksa oleh suatu lembaga Independen yaitu <i>Health Insurance Review Agency (HIRA)</i> .

Dari sisi dimensi kepersetaan, pembiayaan dan subsidi, sebagaimana diulas dalam tabel perbandingan tersebut, maka model Jaminan Kesehatan Nasional yang diterapkan di Indonesia merupakan skema dekomodifikasi. Dikatakan demikian, karena pembiayaan premi kesehatan untuk warga miskin, rentan, dan marginal ditanggung oleh negara. Sementara itu, pekerja formal, aparatur negara dan swasta, menanggung premi asuransi kesehatan. Model jaminan kesehatan ini merupakan bentuk hibrida dari asuransi kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Selain itu, dari sisi dimensi pengelola Jaminan

Kesehatan Nasional, model JKN ini merupakan kebijakan jaminan kesehatan sosial dengan kepesertaan universalistik dimana seluruh penduduk diharuskan menjadi peserta. Skema ini berbeda dengan kerangka asuransi kesehatan bisnis dimana karakter kepesertaannya berdasarkan kesanggupan individu atau keluarga dalam membeli asuransi kesehatan (*willingness to pay*) berdasarkan kemampuan keuangan. Selain itu, lembaga pengelola JKN ini, BPJS, merupakan badan yang dibentuk dengan undang-undang dan bertanggungjawab kepada pemerintah (cq. Kementerian Kesehatan) berbeda dengan pengelola asuransi bisnis yang bertanggungjawab kepada pemegang saha. Hal ini secara kontras menunjukkan orientasi pengelolaan jaminan sosial tidaklah untuk mencari untung sedangkan asuransi bisnis mencari untung.

## BAB III

### TEMUAN DAN ANALISIS

#### 3.1 Pelayanan dan Jaminan Kesehatan di Kota Medan.

Undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk menjamin seluruh penduduk di Indonesia agar terlindungi dalam skema jaminan sosial. Perundangan ini memandatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk baik warga negara Indonesia maupun penduduk asing.<sup>18</sup> Untuk memenuhi mandat tersebut, pemerintah menargetkan terwujudnya program jaminan kesehatan secara universal atau semesta untuk seluruh penduduk Indonesia. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS K) dimana komponen pembiayaan baik berasal dari pemerintah pusat maupun daerah, khususnya skema PBI serta skema premi iuran individual atau .Skema Jamkesda yang telah dilaksanakan oleh pemerintah daerah akan diintegrasikan dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Sehat pada tahun 2019.

Pemerintah kota Medan sejak tahun 2014 telah mempersiapkan mekanisme integrasi Jamkesda Medan Sehat secara bertahap. Namun demikian, sejumlah upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Medan dan BPJS Kesehatan Kota Medan, masih mengalami sejumlah persoalan pada level implementasi. Berdasarkan temuan penelitian ini terdapat empat kategori persoalan utama yang terjadi di Kota Medan yaitu terkait implementasi Jaminan Kesehatan Nasional terutama bagi masyarakat miskin, marginal, dan rentan yaitu; 1) integrasi Jamkesda Medan sehat dan Jamkesmas ke PBI BPJS Kesehatan, 2) implikasi tidak akuratnya sistem basis data kependudukan terhadap kepersetaan Jaminan Kesehatan Nasional, 3) Akses terhadap layanan kesehatan, dan 4) Anggaran kesehatan dan dana kapitasi.

#### A. Integrasi Jamkesda Medan Sehat dan Jamkesmas ke Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan.

Sebelum diluncurkannya program Jaminan Kesehatan Nasional pada 2014, Pemerintah Kota Medan memiliki program kesehatan masyarakat dengan mekanisme Jamkesda yang dikenal dengan nama Program Medan Sehat. Anggaran program ini bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Kota Medan dan ditambah dengan program Jamkesda yang dibiayai oleh APBD Provinsi Sumatera Utara serta program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang dibiayai oleh Pemerintah Pusat melalui Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN). Program ini mampu menjangkau masyarakat miskin Kota Medan sejumlah 747.285 jiwa pada tahun 2015 dengan rincian Jamkesmas 293.848 peserta, Jamkesda provinsi 253.735 peserta, Jamkesda Medan Sehat 453.437. Adapun rata-rata anggaran yang dikeluarkan setiap tahun oleh Pemerintah Kota Medan untuk program Medan Sehat berkisar antara 40 Milyar per tahun.

Selain mengintegrasikan kepesertaan dari Jamkesda Medan Sehat ke dalam JKN-KIS, Pemerintah Kota Medan telah melakukan berbagai upaya untuk memperbanyak tenaga medis. Berdasarkan data Badan Penelitian dan Pengembangan Kota Medan bahwa tenaga medis lebih dari 905 tenaga medis seperti dokter, perawat, penyuluh kesehatan, dan bidan. Lebih dari itu, Pemerintah Kota Medan pula telah menginterasikan program Jamkesda Medan Sehat ke BPJS Kesehatan sejak 2015. Sementara itu, BPJS

---

<sup>18</sup> Warga Negara asing yang menetap di Indonesia selama lebih dari enam bulan juga diwajibkan untuk memiliki jaminan sosial ketenagakerjaan dan kesehatan.



Kesehatan Kota Medan sebagai lembaga operator untuk memenuhi mandat tersebut telah melakukan kerjasama dengan 39 puskesmas, 70 Klinik, dan 45 Rumah Sakit.<sup>19</sup>

Saat pertama kali diberlakukan, informasi dasar penggunaan BPJS tidak banyak diketahui oleh masyarakat. Banyak pertanyaan yang muncul mengenai bagaimana mendaftar, apa saja syaratnya dan seperti apa prosesnya ketika melakukan klaim. Hal ini mengindikasikan belum maksimalnya sosialisasi BPJS Kesehatan ke masyarakat. Menurut beberapa informan yang diwawancarai dalam penelitian ini BPJS hanya melakukan sosialisasi secara acak, tidak merata.

Minimnya sosialisasi pasca diberlakukannya JKN BPJS Sehat juga jarang dilakukan sehingga masyarakat kesulitan mengurus kepesertaan BPJS Sehat karena terbatasnya informasi. Walaupun mendapatkan sosialisasi hal itu hanya sampai di *kepling* (kepala lingkungan/selevel ketua RT). Ditambah lagi kecenderungan adanya kepling yang tidak menyebarkan informasi secara merata ke warga. Jadi pada prinsipnya, meskipun sosialisasi telah dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan dan BPJS namun belum menyentuh sasaran secara langsung. Tidak ada mekanisme kontrol terhadap kepala lingkungan ketika memasukkan data penduduk miskin menjadi persoalan utama yang tidak pernah dituntaskan oleh pemerintah daerah. Hal ini penting karena kepala lingkunganlah yang melaporkan data penduduk miskin kepada kepala desa. Dari kepala desa kemudian bergerak berjenjang ke kecamatan, dinas sosial hingga pada akhirnya ke dinas kesehatan untuk dicetak kartunya.

Kurangnya sosialisasi menjadi isu utama persoalan integrasi Jamkesda ke BPJS Sehat karena kelompok-kelompok petani dan nelayan misalnya nyaris tidak mengetahui sistem dan prosedur BPJS secara langsung dari penyelenggara. Mereka hanya mengetahui dari tetangga atau ketika berobat saja. Sehingga masyarakat kalangan bawah cenderung sulit mengakses layanan jaminan kesehatan BPJS. Pihak penyelenggara mengaku telah melakukan sosialisasi secara maksimal dengan memanfaatkan media populer seperti radio dan surat kabar, namun persoalan tetap muncul karena keterbatasan masyarakat kelas bawah untuk dapat mengakses media tersebut. Atau tidak menggunakan media tersebut sebagai bahan untuk mendapatkan informasi.

Terkadang masalah juga disebabkan oleh masyarakat sendiri ketika mereka ditanya verifikasi apakah sudah memiliki kartu apa belum mereka menjawab belum, padahal telah memiliki kartu Jamkesda. Mereka khawatir kalau menjawab sudah memiliki kartu akan ditarik dan tidak mendapatkan jaminan kesehatan. Atau mereka telah terdata sebagai peserta PBI, ketika diverifikasi ulang mereka menjawab tidak memiliki kartu dan belum terdaftar. Karena menjawab belum memiliki kartu kesehatan oleh petugas kelurahan mereka dimasukkan lagi sebagai peserta BPJS. Di kelurahan sendiri proses verifikasi data dilakukan manual. Permasalahannya disini, karena dilakukan secara manual, data ganda tidak terhindarkan.

Meskipun manfaat layanan Jamkesda tidak seberagam BPJS Kesehatan namun oleh beberapa kalangan dinilai lebih praktis. Misalnya jika ada orang miskin yang mendadak sakit dan butuh pertolongan medis dengan segera, Dinas Kesehatan dapat menerbitkan rekomendasi yang dikenal dengan surat kasuistik. Surat ini ditandatangani oleh kepala atau sekretaris Dinas Kesehatan untuk dipakai berobat. Pasien atau orang miskin tersebut tidak perlu jadi peserta dulu, tapi bisa membawa surat kasuistik, yang telah ditandatangani oleh pihak Dinas Kesehatan, ke rumah sakit untuk berobat.<sup>20</sup> Dengan aturan baru, yakni BPJS Kesehatan, surat kasuistik tersebut tidak berlaku. Akibatnya, dinas kesehatan Pemerintah Kota

---

<sup>19</sup> <http://www.beritabpjs.com/2016/04/faskes-klinik-dan-rumah-sakit-rekanan.html>, diakses pada 15 Juli 2017

<sup>20</sup> Wawancara Irma Suryani, Sekertaris Dinas Kesehatan Kota Medan, 17 April 2017.

Medan tidak dapat menolong dengan surat kasuistik.<sup>21</sup> Akan tetapi, surat kasuistik ini bukan tanpa kelemahan. Kelemahan pertama terletak pada lamanya proses penandatanganan oleh Kepala Dinas Kesehatan karena banyaknya jumlah warga miskin yang mengajukan. Selain itu, semakin banyak surat kasuistik tersebut, maka anggaran Dinas Kesehatan juga akan “membengkak”. Perihal kenaikan anggaran ini akan dibahas lebih lanjut dibawah.

Keberadaan BPJS Sehat membawa polemik yang telah muncul saat pembahasan RUU BPJS. Penolakan skema jaminan asuransi kesehatan sosial ini datang dari beberapa serikat buruh yang menolak keharusan kontribusi iuran bulanan (kategori PPU) sebesar 1% dari upahnya. Padahal pada masa Jamkesmas dan Jamkesda, buruh dan pasien miskin, rentan dan marginal tidak perlu membayar iuran untuk mendapat layanan kesehatan, dengan catatan mendapatkan kartu jamkesda Medan Sehat atau memperoleh surat kasuistik.

Selain penolakan dari beberapa serikat buruh, pengusaha dan asosiasi industri juga menolak skema BPJS Sehat karena mereka harus mengeluarkan dana untuk membayar iuran kepesertaan PPU BPJS Sehat sebesar 4%. Pengusaha merasa keberatan dengan tambahan iuran untuk asuransi sosial kesehatan ini ditambah dengan pembayaran kewajiban untuk BPJS Naker. Dampaknya adalah sebagian perusahaan di Kota Medan belum mendaftarkan pekerjanya sebagai peserta BPJS Sehat atau memanipulasi jumlah pekerja, menyamarkan status kepegawaian (pekerja kontrak, out sourcing dan buruh harian lepas) sehingga tidak didaftarkan untuk menjadi peserta BPJS Sehat. Peningkaran atau penghindaran kewajiban perusahaan ini disebabkan salah satunya karena tidak adanya kontrol dan sanksi dari BPJS Sehat maupun BPJS Ketenagakerjaan kepada perusahaan ketika mereka tidak mendaftarkan para pekerjanya.

Hal yang sama juga dituturkan oleh lembaga yang memiliki perhatian pada akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan seperti Elsaka Medan. Mereka berpendapat dulu sebelum ada BPJS dapat dengan mudah mengadvokasi orang untuk masuk mendapatkan pengobatan gratis, mereka dapat mengandalkan surat kasuistik, namun hal ini tidak bisa dilakukan setelah sistem BPJS Sehat diberlakukan. Elsaka beranggapan bahwa dari segi sistem dan kepraktisan, Jamkesda/Jamkesmas lebih baik dibanding BPJS, karena jamkesmas mengakomodir masalah orang miskin seperti tiadanya dokumen resmi seperti KTP dan lain sebagainya. Ketika ada pasien dari kelompok marginal dan miskin sakit dan membutuhkan pertolongan segera namun tidak memiliki syarat administrasi yang lengkap, Elsaka dapat mintakan *surat kasuistik* agar pasien tersebut dapat diobati secara gratis. Namun dengan mekanisme BPJS, surat kasuistik tersebut tidak bisa dipakai. Untuk daftar BPJS harus punya KTP, KK, No Rekening, dan kadang dimintai email. *Kan gimana kalau dia gelandangan, pemulung dan sakit? Harus minta berobat kemana? Sehingga pada prinsipnya sistem yang baru ini (BPJS) tidak berpihak pada kaum miskin dan marginal. Beda dengan Jamkesmas yang lebih mengakomodir persoalan seperti itu, dengan adanya surat kasuistik misalnya.*<sup>22</sup>

Masalah Integrasi Medan Sehat ke JKN BPJS Kesehatan juga dikeluhkan oleh Jaringan Rakyat Miskin atau Aliansi Rakyat Miskin Sumatera Utara (ARMI).<sup>23</sup> Mereka menilai masyarakat terjebak dengan sistem. Sebelumnya mereka terdaftar sebagai peserta medan sehat, tapi karena menerima informasi bahwa hanya dengan membayar 19 ribu bisa jadi peserta BPSJ, mereka berbondong-bondong daftar. Mereka tidak tahu kalau 19 ribu itu bukan selamanya, tapi iuran setiap bulan, dan ada sanksi jika iuran terlambat dibayarkan. Masyarakat yang tergabung dalam JRMK juga mengeluhkan mereka pada akhirnya

---

<sup>21</sup> Wawancara Irma Suryani, Sekertaris Dinas Kesehatan Kota Medan, 17 April 2017

<sup>22</sup> Wawancara Bekmi, Koordinator Elsaka Sumut, 13 April 2017

<sup>23</sup> Aliansi Rakyat Miskin Indonesia adalah nama baru bagi organisasi miskin kota yang sebelumnya bernama Jaringan Rakyat Miskin Kota.

harus membayar atau dengan kata lain menjadi peserta mandiri. Kenaikan iuran bagi mereka juga sangat memberatkan dari 19 ribu menjadi 25 ribu, Terkait kemampuan membayar iuran mandiri, masyarakat miskin yang diwawancara menyebutkan;

*“Bulan pertama kuat, bulan kedua kuat, tapi masuk bulan ke tiga kita ga kuat. Karena harus bayar satu keluarga sedangkan pendapatan kita tidak tentu. Anak saya kan banyak, saya uruslah itu buat kartu KIS biar dibayar pemerintah, tapi yang didaftarkan ternyata hanya suami dan istri saja. Anak-anak yang kami daftarkan tidak dimasukkan PBI. Kalau hanya ditanggung pemerintah 2 orang, 5 anak kami gimana tiap bulan, satu anak 25 ribu, sebulan sudah berapa, ini kan berat buat kita. Kalau kami ingin seperti jamkesmas aja lah, tidak usah bayar semuanya.”<sup>24</sup>. Meskipun demikian, mereka juga mengakui bahwa pengguna kartu BPJS dilayani lebih baik di RS dibandingkan pengguna kartu medan sehat”.*

Juga aturan baru yang mewajibkan seluruh anggota keluarga wajib menjadi peserta. Jika dulunya hanya bayar satu orang, kini mereka harus membayar setidaknya 5 orang untuk menjadi anggota BPJS Kesehatan. Ketika masyarakat miskin ini dengan terpaksa menjadi peserta BPJS Kesehatan Mandiri karena terdesak kebutuhan agar segera mendapatkan pelayanan di puskesmas atau rumah sakit. Karena sempat mendaftar menjadi peserta mandiri, mereka sulit sekali diubah statusnya menjadi peserta penerima bantuan iuran. Persoalannya disini, mereka miskin, minim informasi, paling rawan penyakit karena lingkungannya tidak sehat dan tidak berdaya.<sup>25</sup> Masyarakat yang termasuk dalam klasifikasi miskin tapi belum memperoleh peserta BPJS diperkirakan sebanyak 5.754 orang. Jumlah tersebut adalah usulan Dinas Sosial agar dapat KIS-PBI Prov Sumut.. Tetapi kewenangan Dinas Sosial dalam jaminan kesehatan ini hanya sebatas menjalankan administrasi berupa usulan dan rekomendasi data masyarakat yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS. Aktivasi penerima bantuan iuran BPJS juga sangat ditentukan oleh koordinasi antar dinas yang tentu jawaban umum adalah tidak sinkronnya data dan kurangnya koorninasi tersebut. Adapun penetapan sebagai peserta PBI KIS ditentukan oleh dinas kesehatan karena otoritas anggaran untuk BPJS Kesehatan skema PBI. Pada periode Januari hingga April 2017, Dinas Sosial telah mengeluarkan rekomendasi sebanyak 1.860 orang untuk kelas 3. Pihak Dinas Sosial mengaku telah mengusulkan sebanyak 5.754 orang ke PBI sejak 16 September 2016 hingga April 2017.

## **B. Implikasi Ketidakakuratan Database Kependudukan**

Proses integrasi dari Jamkesda Medan Sehat ke JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan tidak berjalan mudah karena persoalan persyaratan administrasi. Sedangkan persyaratan admnistrasi yang dibutuhkan berupa data-data kependudukan masih belum tertata rapi sehingga berakibat warga miskin yang harusnya berhak atas bantuan tersebut (PBI BPJS Kesehatan) malah tidak terdaftar. Juga peserta Jamkesda Medan Sehat dan Jamkesmas tidak secara otomatis menjadi peserta BPJS Kesehatan PBI.

Hal diatas dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya masyarakat yang dulunya menjadi peserta Medan Sehat memiliki masalah dalam kelengkapan data kependudukan seperti ketidaksesuaian Nomor Kartu Tanda Penduduk (KTP)/Nomor Induk Kependudukan (NIK) dengan Kartu Keluarga, dan NIK tidak terdaftar di Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil. Akibatnya, peserta dengan permasalahan tersebut secara otomatis ditolak oleh sistem BPJS Kesehatan ketika pengintegrasian Medan Sehat ke BPJS Kesehatan. Selain itu, ada persoalan pada pemutakhiran data penduduk miskin oleh pemerintah. Proses pendataan yang tidak berjalan dengan baik juga turut menjadi penyumbang permasalahan ini. Peserta Jamkesmas tidak secara langsung terintegrasi dengan PBI. Alasan pemerintah dan penyelenggara layanan BPJS adalah kecenderungan data PBI yang tidak jelas. Ketika JKN Jamkesda berintegrasi dengan

---

<sup>24</sup> Wawancara Warga pinggir rel 4 Mei 2017

<sup>25</sup> Wawancara JRMK Sumatera Utara, 4 Mei 2017

dengan JKN BPJS data dari dinas kesehatan kembalikan ke Kelurahan dan Kecamatan untuk diverifikasi. Data inilah yang setelah diverifikasi banyak ditemukan masalah.

### **1. Akurasi Data Penerima Jaminan Kesehatan Nasional PBI**

Dinas Kesehatan, Dinas Sosial dan Tenaga Kerja, dan BPJS Kesehatan memiliki data yang berbeda-beda terkait peserta jaminan kesehatan dan tidak ada satupun yang bisa dipertanggung jawabkan. Persoalan utamanya adalah pendataan di masyarakat, persyaratan siapa saja yang berhak mendapat manfaat tidak pernah terbuka. Kadang orang yang mampu secara finansial mendapatkan bantuan berobat gratis, sedangkan masyarakat yang membutuhkan justru tidak mendapatkan bantuan.

Data BPJS Kesehatan per maret tahun 2017 peserta PBI Kota Medan sebanyak 253.300 dari alokasi yang disiapkan sebanyak 253.735. Artinya masih ada 435 lagi yang belum menjadi peserta, sedangkan dari APBN sebanyak 470.000. Dari APBD Provinsi 38.631 peserta. Total 800.000 peserta. Pembiayaan APBD Provinsi masih ada 60 ribu kuota kosong, sedangkan APBD Kota Medan masih ada sekitar 6 ribu kuota kosong untuk PBI. Dinas Sosial: Total data penduduk miskin di Kota Medan dari Kementerian Sosial 80.000 orang. Dinas Kesehatan: Peserta PBI 248.645 dengan 2.500 kuota kosong.<sup>26</sup>

Ketika data PBI yang ditanggung pemerintah kota diverifikasi, Dinas Kesehatan menyerahkan kembali data penduduk miskin dari Dinas Sosial ke kelurahan dan kecamatan. Mereka diminta untuk melakukan pemutakhiran data, dari sana banyak data perubahan. Mereka yang meninggal, pindah dan sudah menjadi peserta mandiri/menjadi warga mampu. Selain itu juga banyak data PBI yang ganda dengan kepesertaan JKN PBI APBN, dan provinsi. Setelah semua tersaring melalui proses yang panjang, Dinas Kesehatan menyerahkan data tersebut ke BPJS Kesehatan. Dari BPJS, mereka kemudian meverifikasi lagi, masih banyak kepesertaan dobel dan tidak akurat. Mereka juga meminta persyaratan tambahan yakni memiliki NIK yang terintegrasi dengan KK. Data dikembalikan lagi ke dinas kesehatan. Warga yang tidak akurat syarat administrasinya kemudian dimintakan ke dinas kependudukan supaya data tersebut dilengkapi. Dari data tersebut, dinas kesehatan kembali menyerahkan data ke BPJS. Di BPJS data tersebut disaring kembali dengan ketat, di sumut bekerjasama dengan data ganda dan tidak akurat. Akhirnya terjadi banyak pemotongan peserta Jamkesda, Jamkesmas dan PBI APBD.

Permasalahan akurasi data berakibat pada layanan kesehatan. Menurut anggota DPRD Medan data penduduk penerima bantuan kesehatan ada di Dinas sosial, tapi anggarannya tidak ada disana. Sementara di Dinas Kesehatan sebagai pemegang anggaran tidak memiliki data. Di medan ini format data masyarakat miskin penerima PBI yang bisa dipantau bersama juga tidak ada. Data harusnya bisa menjawab permasalahan di masyarakat. Data ini harusnya mendeteksi masalah secara dini. Tidak ada acuan data yang bisa dipakai DPRD untuk proyeksi. DPRD terutama Komisi B yang membidangi kesehatan dan pendidikan berharap ada format data yang bisa dikontrol secara administratif dan implementatif. Data yang ada belum menjawab persoalan. Data nasional dan kota medan juga tidak sama, mereka berjalan sendiri-sendiri. Sehingga siapa yang mengkontrol dan apa yang mau dikontrol. Selain itu legislatif juga tidak memiliki kontrol terhadap proses penentuan data penduduk miskin karena ada di eksekutif. Namun setelah dibiarkan data tersebut (proses pendataannya) ternyata tidak tepat sasaran dan menimbulkan banyak masalah. DPRD berharap evaluasi rutin terhadap dinas terkait dan BPJS dapat menjadi perhatian semua pihak.<sup>27</sup>

### **2. Prosedur dan Persyaratan Administrasi Kepesertaan BPJS Kesehatan**

<sup>26</sup> Data ini diperoleh dari BPJS Sehat ketika Rapat Dengar Pendapat dengan DPRD Komisi B Kota Medan pada 2 Mei 2017.

<sup>27</sup> Wawancara Ketua Komisi B DPRD Kota Medan, Maruli Tua Tarigan, 26 April 2017

Persoalan lain adalah adanya prasyarat administrasi kependudukan yang akurat untuk mendaftarkan diri ke BPJS Kesehatan. Sedangkan saat ini data kependudukan masih bermasalah, baik dari segi NIK, KK, maupun keterangan domisili. Celaknya data kependudukan yang tidak akurat justru menimpa masyarakat miskin yang sangat memerlukan jaminan kesehatan dari pemerintah. Bagi peserta BPJS mandiri diperlukan persyaratan nomor rekening. Sebelumnya, persyaratan administrasi untuk menjadi peserta Jamkesda hanya diperlukan KTP dan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) yang secara berjenjang dapat diajukan oleh Kepala Desa ke Dinas Sosial. Apabila tidak memiliki KTP (seperti gelandangan, pemulung, warga pemukiman kumuh, dan anak-anak panti asuhan) lurah masih dapat mengajukan mereka sebagai peserta Jamkesda. Melalui rekomendasi Dinas Sosial, Kartu Jamkesda kemudian diterbitkan oleh Dinas Kesehatan. Dahulu jika ada warga miskin membutuhkan Jamkesda yang sifatnya darurat, Dinas Kesehatan Kota Medan dapat menerbitkan surat kasuistik. Warga dapat mengajukan permintaan surat kasuistik secara langsung ke dinas kesehatan atau melalui perwakilan. Surat kasuistik ini ditandatangani oleh Sekretaris Dinas Kesehatan yang pada era BPJS tidak berlaku.

Persyaratan pengajuan peserta PBI baru juga berbeda-beda antar instansi. Menurut pihak BPJS Sehat, kepesertaan PBI baru yang anggarannya disediakan APBD dapat secara langsung diajukan ke Dinas Kesehatan. Namun menurut Dinas Kesehatan mekanismenya harus melalui Dinas Sosial terlebih dahulu. Sedangkan BPJS Sehat secara aturan hanya menerima data dari Dinas Kesehatan. Pengurusan administratif BPJS Sehat cukup berbelit, memakan waktu lama dan kelengkapan persyaratan dokumen pendukung lain yang kerap menyulitkan buruh, petani dan nelayan. Akibatnya warga miskin, rentan dan marginal terkadang menyerahkan pengurusan persyaratan tersebut ke orang lain atau calo. Kerumitan administrasi persyaratan ini menjadi kendala akses masyarakat miskin terhadap jaminan kesehatan dan layanan kesehatan..

Dalam banyak hal yang menentukan PBI adalah kadus atau kepling, sehingga yang menerima PBI itu kebanyakan orang-orang terdekat Kadus atau Kepling. Menurut beberapa informan, masih terdapat warga dengan standar ekonomi relatif mapan, tetapi memperoleh PBI karne dekat dengan kepling. Aturan main dalam pengajuan PBI ini adalah diajukan oleh kepling, kemudian masuk data ke lurah, lalu kemudian diajukan ke dinas sosial. Pada beberapa kasus ditemukan akibat dari kelemahan pendataan dimana dalam suatu keluarga tidak semua anggota keluarga menerima PBI. Permohonan anggaran PBI dari APBD bisa langsung ke Dinkes. Surat tidak mampu dari Kepala Lingkungan<sup>28</sup>. BPJS dapat data dari Dinsos, Dinsos dapat data dari BPS. Tapi setelah dicek di lapangan banyak yang tidak tepat. Selain tidak up date, masih didapati penerima bantuan yang telah meninggal, pindah lokasi yurisdiksi, banyak yang datanya ganda dengan JKN PBI Pusat, PBI Provinsi.

Untuk mengatasi masih terdapat warga miskin, rentan dan marginal yang belum menjadi peserta BPJS Sehat maka Dinas Kesehatan menggunakan sistem mutasi tambah kurang<sup>29</sup> sebagai upaya mensinkronkan data. Dengan sistem ini Dinkes masih mempunyai kuota peserta untuk dimasukkan ke BPJS PBI. Dinas Kesehatan mencatat kuota saat ini jumlahnya mencapai 253.375 orang. Kuota ini berdasarkan orang yang pindah, yang meninggal, berhenti atau dikenal dengan kuota tambah kurang. Dari inilah kita memasukkan peserta PBI baru atas usulan kelurahan. Sistem mutasi tambah kurang yang mengelola Dinkes tapi atas rekomendasi kelurahan dan kecamatan.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Keterangan Kepala BPJS Kesehatan Regional I (Sumatera Utara dan Aceh) pada Rapat Dengar Pendapat DPRD Kota Medan, 2 Mei 2017

<sup>29</sup> Untuk program yang dikenal dengan unregistered system ini dinas kesehatan memiliki anggaran sekitar 3 Miliar.

<sup>30</sup> Wawancara Irma Suryani, Dinas Kesehatan Kota Medan, 17 April 2017

### 3. Pemahaman terhadap aturan dan prosedur BPJS Kesehatan

Selain persoalan lemahnya akurasi data dan kerumitan administrasi kepesertaan BPJS sebagaimana narasi sebelumnya, masih banyak ditemukan bahwa masyarakat yang tidak mengetahui syarat mengurus kepesertaan BPJS, prosedur berobat, jenis layanan yang bisa diterima, pembayaran iuran dan denda serta mekanisme pengaduan. Minimnya informasi yang dimiliki warga menunjukkan masih kurangnya sosialisasi pemerintah terhadap sistem dan prosedur serta regulasi BPJS Kesehatan.

Selain itu juga terdapat perbedaan pandangan antara dokter dengan manual book BPJS. Beberapa kasus ditemukan bahwa Manual Book BPJS belum bisa mengcover diagnosa dokter yang pada akhirnya berpengaruh terhadap pemberian obat dan model perawatan pasien. Terdapat perbedaan persepsi antara dokter dan perawat. Umumnya perawat cenderung berdasarkan *text books/manual books* dari BPJS. Sedangkan dokter berpatokan pada kondisi pasien. Idealnya dokterlah yang bertanggungjawab terhadap kondisi pasiennya sehingga pemegang kendali untuk penentuan keputusan medis.<sup>31</sup>

Masyarakat tidak mengetahui sistem denda di BPJS Kesehatan. Banyak diantaranya yang hanya membayar sekali, berikutnya tidak membayar sehingga kartu secara otomatis tidak bisa digunakan. Ketika pasien menunggak berobat, BPJS hanya bisa digunakan setelah yang bersangkutan melunasi dendanya. Pada banyak kasus, warga miskin yang terlanjur menunggak tidak dapat membayar denda tersebut. Masalah yang terjadi sampai sekarang adalah tidak adanya pihak yang bertanggung jawab membayar denda masyarakat miskin terhadap BPJS. Masyarakat juga menjadi korban Pilkada dan Pileg yang memanfaatkan bagi-bagi kartu sehat. Mereka senang ketika mendapatkan kartu bisa berobat secara gratis, namun ternyata hanya dibayarkan sekali oleh politisi yang berkampanye. Akibatnya setelah dipakai sekali kartu tersebut langsung tidak aktif.

Selain itu juga tidak ada sosialisasi secara khusus ke kelompok masyarakat miskin dan marginal, buruh, petani dan nelayan tidak ada. Sosialisasi dilakukan dengan mengandalkan media populer seperti surat kabar. Masyarakat kalangan bawah tidak bisa mengakses media tersebut. Sedangkan sosialisasi langsung lewat pemerintah daerah hanya sampai di aparat desa, maksimal sampai di kepling (kepala lingkungan). Padahal pertemuan lewat media kelompok-kelompok masyarakat inilah yang efektif. Kelompok masyarakat yang disebutkan tadi tidak memiliki informasi apapun tentang BPJS. Baru ketika mereka sakit akan mendapatkan informasi.

Menurut BPJS Kesehatan Sumatera Utara mekanisme untuk penetapan peserta PBI kota medan diupayakan secara maksimal untuk mengacu pada PP 101 tentang PBI APBN. Mekasinismenya penetapannya berdasarkan dinas sosial. Secara berjenjang dari kecamatan diusulkan ke dinas sosial. Dari sini, untuk APBN atau Jamkesmas, nanti diteruskan ke kementerian sosial, kementerian sosial kemudian mengusulkan ke kementerian kesehatan. Setelah itu ada koordinasi dengan kementerian keuangan tentang anggaran. Data yang sudah fix di kementerian kesehatan kemudian dibawa ke BPJS. Demikian juga dari APBD baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota, juga mengacu pada PP 101. Dari dinas sosial sudah ditetapkan dan ditentukan, datanya kemudian diserahkan ke dinas kesehatan. Dari dinas kesehatan barulah data tersebut diserahkan ke BPJS untuk diproses lebih lanjut agar menjadi peserta JKN. Data yang ada di BPJS Kesehatan juga nantinya sebagai acuan untuk pembayaran iuran yang menjadi kewajiban dari pemerintah daerah, dalam hal ini dinas kesehatan<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Wawancara Farida Hanim, Staff Pengajar Fisip Universitas Sumatera Utara (USU), 4 April 2017

<sup>32</sup> Wawancara staf BPJS Sehat, Suprianto, 6 April 2017

Persoalan juga muncul dari penerima manfaat yakni masyarakat masih memiliki pemahaman bahwa berobat harus ke rumah sakit. Sehingga puskesmas hanya dianggap sebagai tempat meminta rujukan untuk berobat ke rumah sakit. Masyarakat berpendapat tidak akan sembuh kalau berobat di puskesmas atau klinik. Masih banyak masyarakat dengan penyakit ringan mendaangi rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan. Hal ini diperparah dengan mudahnya puskesmas menerbitkan surat rujukan. Masih ada puskesmas atau klinik tertentu yang dirujuk oleh perusahaan padahal jauh dari tempat tinggal pekerja. Atau dengan kata lain sistem rujukan berjenjang dan dekat dengan lokasi pasien belum terlalu berfungsi dengan baik. Padahal kunjungan pasien ke puskesmas/klinik berdampak pada dana kapitasi, kalau kunjungan rendah maka dana kapitasinya turun. Penentuan kapitasi juga dihitung dari banyaknya sara dan prasarana yang dimiliki.

Akibat dari pemahan tersebut, rujukan berbalik tidak pernah dilakukan oleh pihak rumah sakit. Artinya rumah sakit sebagai FKTP tingkat ke 2 tidak merujuk puskesmas/klinik sebagai FKTP ke I ketika pasien yang telah diobati butuh kontrol rutin. Hal ini menyebabkan bengkaknya pengeluaran rumah sakit yang harus dibayarkan oleh BPJS Sehat. Dilain pihak, anggaran Kapitasi di puskesmas cenderung mempunyai sisa. Dana kapitasi di puskesmas per kepala minimal Rp. 4500, maksimal Rp.6000. dan FKTP Pratama Rp.8000 sampai Rp.12.000. anggaran ini banyak tidak terpakai apabila pasien hanya sebatas dirujuk. Meski di Kota Medan terjadi peningkatan kunjungan peserta ke FKTP tingkat I, namun pemberian surat rujukan masih tergolong tinggi.

Dalam beberapa kasus, pasien ini dikirim/dirujuk ke rumah sakit yang jauh dan bukannya ke Rumah Sakit terdekat dari FKTP I. Hal ini terjadi karena ada kerjasama antara FKTP I dengan rumah sakit, dimana FKTP I berfungsi sebagai “agen pencari” pasien. Implikasi yang timbul adalah meningkatnya biaya transportasi yang harus ditanggung masyarakat.<sup>33</sup>

#### **4. Pembekuan Kepersetaan Jaminan Kesehatan Nasional**

Persoalan pembekuan kepersetaan ini dapat disebabkan oleh tiga yaitu, 1). dibekukan karena permasalahan tunggakan dan 2) dibekukan kepersetaannya karena tidak dibayarkan iuran oleh pemberi kerja seperti perusahaan, dan 3) faktor sosial ekonomi. Pada kategori pertama, perusahaan dinilai oleh serikat buruh sebagai pengemplang iuran PPU terbesar. BPJS Sehat mengaku sudah memberikan teguran kepada perusahaan dan pengusahanya, namun bentuk tegurannya seperti apa tidak pernah diketahui.<sup>34</sup> Kalangan buruh yang ditemui selama penelitian ini dilakukan mengaku iuran BPJS PPU mereka tidak dibayarkan oleh perusahaan, atau hanya sebagian kecil saja yang dibayarkan ke BPJS. Meskipun demikian pihak BPJS memberikan penjelasan bahwa kalau menunggak akibat dari poin 1 dan 2 maka tunggakan tersebut dapat diputihan, berdasarkan Perpres April 2016 menghapus denda maksimal 12 bulan<sup>35</sup>

Banyak buruh-buruh tinggal di Kota Medan hanya untuk sementara, mereka yang menyewa tempat tinggal akhirnya mereka tidak tercover karena persyaratan penentuan kepesertaan BPJS harus sesuai domisili identitas. Idealnya mereka langsung tercover BPJS Kesehatan dengan sistem PPU karena telah diatur oleh undang-undang, namun sampai sekarang banyak pengusaha tidak mendaftarkan mereka menjadi anggota BPJS. Mereka, para buruh ini akhirnya mendaftar secara mandiri, untuk diri sendiri

---

<sup>33</sup> Wawancara Ramlan Sitompul, Koordinator Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Kota Medan, 27 April 2017

<sup>34</sup> Wawancara Erwin Manalu, SBSI 92, 5 April 2017

<sup>35</sup> Keterangan Kepala BPJS Kesehatan Regional I (Sumatera Utara dan Aceh) pada Rapat Dengar Pendapat DPRD Kota Medan, 2 Mei 2017

beserta keluarganya. Masalah muncul ketika pekerja awalnya peserta mandiri, tapi menunggak sekian bulan, perusahaan tidak mau membayar denda.<sup>36</sup>

Permasalahan lain timbul pada perusahaan yang menggunakan jasa pihak ketiga sebagai penyuplai tenaga kerja. Jika terjadi tunggakan iuran, perusahaan umumnya mengaku telah membayarkan iurannya sehingga dana tersebut kemungkinan tidak disetorkan oleh biro jasa. Pekerja *outsourcing* ini kerap tidak memiliki kejelasan akan jaminan sosial tenaga kerjanya dan jaimanan kesehatan.<sup>37</sup> Masalah serius adalah ketika peserta sudah terdaftar PPU kemudian diPHK, kartu BPJS Kesehatan mereka langsung tidak aktif. Hal ini menyalahi aturan yang seharusnya masih bertanggung sampai 6 bulan hingga orang yang di PHK mendapatkan pekerjaan kembali. Pekerja *outsourcing* yang didaftarkan PPU juga mengalami masalah ketika mereka diberhentikan perusahaan karena bukan pegawai tetap. Mereka tidak langsung mendapat pekerjaan baru, namun masih harus membayar kewajiban BPJSnya untuk sekeluarga yang langsung menjadi peserta BPJS mandiri. Hal inilah yang dinilai memberatkan pekerja.

Sementara itu, kategori kedua di temukan bahwa masih terdapat anggota serikat buruh yang ketika berobat dengan kartu BPJS di Rumah Sakit kartunya ternyata tidak bisa dipakai. Ternyata anggota ini menunggak pembayarannya sehingga dibekukan, seorang buruh mengaku harus memakai uang jaminan 300 ribu ke Rumah Sakit agar tetap dirawat, uang tersebut nantinya diklaimkan ke perusahaan. Persoalan jaminan kesehatan belum menjadi persoalan utama di serikat buruh karena isu yang dihadapi di Sumatera Utara relatif berbeda dengan daerah industri lain di Indonesia seperti Kabupaten Bekasi dan Batam. Banyaknya pekerja *outsourcing* tidak mepedulikan ditanggung BPJS Kesehatan atau tidak karena perjuangan mereka adalah untuk menjadi pegawai tetap. Terlebih buruh sekarang banyak yang berasal dari agen (*outsourcing*) mereka sangat rentan kehilangan pekerjaan. Bahkan mereka rela dikutip sekian rupiah dari gajinya agar tetap bekerja. Ancaman dari agen pun banyak, kalau tidak mau membayar kutipan mereka akan digeser, akan menganggur.

Masalah di Buruh terkait BPJS Kesehatan yang tidak terdaftar atau buruh kontrak adalah ketika dulunya mereka ini dicover oleh Jamkesmas dan Jamkesda. Sedangkan perusahaan begitu tahu ada pekerjanya yang dulu menjadi peserta Jamkesda atau Jamkesmas langsung meminta pekerja tersebut untuk meneruskan kepesertaannya tanpa harus meminta perusahaan menanggung asuransi kesehatan. Berdasarkan peraturan, setelah mereka bekerja di pabrik maka akan ditanggung oleh perusahaan. Sehingga jatah mereka dapat dipakai oleh peserta lain yang membutuhkan. Ketika ada satu slot kosong karena sudah menjadi beban perusahaan maka slot ini diisi oleh orang baru yang direkomendasikan oleh kelurahan dan kecamatan. Banyak ditemui buruh yang dulunya menjadi peserta BPJS PBI tidak didaftarkan menjadi PPU oleh perusahaan mereka. Perusahaan mengaku pendaftaran mereka ke BPJS tidak daapt diproses sehingga lebih baik meneruskan saja yang sudah dimiliki pekerja.

*Ada kawan saya, istrinya mau melahirkan, dia punya kartu BPJS, langsung ke Rumah Sakit, oleh pihak Rumah Sakit disuruh urus surat rujukan, begitu surat rujukan dikasih, membal juga, ga mempan juga kartu BPJSnya. Akhirnya melahirkan anaknya, kawan saya harus bayar 2.5 juta pakai pasien umum. Tidak dikasih tahu RS alasannya apa, dibilang tidak bisa aja pokoknya kartunya<sup>38</sup>*

Adapun penyebab ketiga terkait pembekuan kepesertaan ini disebabkan oleh faktor sosial ekonomi dan politik. Sudah jamak di medan seorang caleg maupun petahana kepala daerah ketika berkampanye sambil membagi-bagi kartu jamkesmas atau kartu medan sehat. Data penduduk miskin mau tidak mau

---

<sup>36</sup> Wawancara Amrull Sinaga, SBSU, 15 April 2017

<sup>37</sup> Wawancara Ryan, Koordinator Jamkes Watch Sumatera Utara 17 April 2017

<sup>38</sup> Wawancara Buruh anggota FSPMI, 6 Mei 2017



ada unsur politisnya. Contohnya Di daerah A misalnya orang tahu ini daerah partai A, orang gimana supaya menghancurkan basis ini.<sup>39</sup> Kini mereka menggunakan kartu BPJS pada saat masa kampanye dengan menjanjikan kalau memilih akan menjadi peserta PBI. Calon anggota dewan ini tanpa sungkan mencari konstituen dengan membayarkan BPJS, namun hanya dibayarkan satu bulan saja. Setelah satu bulan pemilih akhirnya menunggak iuran BPJS Kesehatan. Padahal yang dibagi kepesertaan ini ada yang sangat miskin. Karena awalnya peserta mandiri, orang miskin yang hanya dibayarkan sebulan ini kemudian menunggak selama berbulan-bulan. Ketika tahu ditipu, dan tunggakan banyak mereka kemudian ramai-ramai ingin ganti kelas kepesertaan dari mandiri ke PBI. Untuk proses ini sangat sulit karena mereka harus bayar denda dulu baru bisa pindah kelas. Tapi karena miskin sekali, sehingga sampai saat ini tidak jelas siapa yang mau membayar tunggakan tersebut.

## C. Akses Terhadap Layanan Kesehatan

### I. Perbedaan Standar Pelayanan / Diskriminasi layanan (Terutama PBI)

Di Medan, sedikit banyak asal daerah, status sosial dan marga ikut berperan dalam menentukan mudah atau tidaknya seseorang mendapatkan akses layanan kesehatan. Seperti yang disebutkan oleh salah satu informan penelitian ini ketika ada tokoh adat atau orang yang dituakan di sebuah marga sedang sakit maka pelayanan baik di puskesmas maupun rumah sakit akan lebih baik dibandingkan dengan mereka yang sama sekali tidak memiliki posisi apapun. Bahkan beberapa orang mengaku penting memiliki ikatan keluarga, kerabat atau marga jika ingin dilayani lebih baik.

Pengguna BPJS Kesehatan dari kalangan miskin mengaku lebih banyak dipegang oleh dokter magang dan perawat, bukan oleh dokter. Dokter melayani tidak maksimal, ada yang mengaku 3 hari dirawat baru bertemu dokter satu kali. Tidak hanya itu, banyak pasien miskin tanpa surat jaminan kesehatan ditolak masuk UGD, padahal kondisi darurat. Jika diperhatikan dari aturan, pasien tidak boleh ditolak oleh rumah sakit, terlebih dalam kondisi darurat. Pasien memiliki waktu tiga hari untuk mengurus kepesertaan BPJS dan tidak boleh dipindahkan dari rumah sakit. Buruh pekerja lepas yang tidak ditanggung oleh perusahaan tempat mereka bekerja banyak mengalami hal ini. Hampir semua cerita mereka ditolak rumah sakit dengan alasan penuh. Padahal banyak kamar kosong. Alasan kamar kosong juga mengindikasikan adanya pasien fiktif. Kalangan pekerja dan buruh yang menjadi peserta BPJS PPU seharusnya mendapatkan pelayanan kelas 2 di rumah sakit. Namun banyak ditemui buruh yang dimasukkan dan dirawat di kelas 3 dengan alasan kelas 2 penuh. Jika melihat aturan yang ada, seharusnya mereka bukan turun kelas tapi naik di kelas 1 selama 3 hari. Jika sampai 3 hari tidak ada kamar yang sesuai dengan kelasnya, pasien berhak dirujuk ke rumah sakit lain yang kelasnya sama. Bukan diturunkan kelasnya menjadi peserta BPJS kelas 3. Seperti yang dituturkan salah satu pekerja ketika menghadapi persoalan kamar: *Dokter bilang kalau bapak ibu mau dirawat, kita ada kelas 3, dibilangnya kita kemari mau berobat bukan mau tidur enak, yang penting diobati, kalau mau tidur enak di hotel sana. Begitu kata dokternya. Kita tidak ada tim yang mendampingi. Pada prakteknya kawan-kawan kita anggota serikat dimasukkan di kelas 3.*<sup>40</sup>

Permasalahan diskriminasi layanan kesehatan sering dialami buruh yang mengalami kecelakaan lalu lintas, mereka dipersuli klaim jaminan kesehatannya. Secara prosedur baik penerima upah maupun mandiri, seharusnya pihak rumah sakit bekerjasama dengan jasa raharja, dan pihak kepolisian untuk membuat LP (Laporan Polisi). Institusi inilah yang memberikan surat keterangan bahwa si pasien mengalami kecelakaan. Karena hanya Polisi yang berwenang melakukan olah TKP berdasarkan

---

<sup>39</sup> Wawancara Ketua Komisi B DPRD Kota Medan, Maruli Tua Tarigan, 26 April 2017

<sup>40</sup> Wawancara Hatta Lubis, SBMI (Serikat Buruh Medan Independen), 8 April 2017

laporan.<sup>41</sup> Korban menilai pihak rumah sakit memperlambat keluarga pasien supaya mengambil surat tersebut ke polisi. Rumah sakit seolah cuci tangan ketika persoalan kronologi kecelakaan. Peraturan BPJS adalah, ketika terjadi kecelakaan, klaim jaminan kesehatan harus menyertakan LP, dengan adanya LP ini rumah sakit bisa menunjukkan sikap, kalau dia korban bisa menggunakan Jasa Raharja dulu yang mengcover, ketika biaya perawatannya melebihi 10 juta maka akan diteruskan cover pembiayaannya dengan BPJS Kesehatan. Seharusnya diterapkan MOU antara RS, Jasa Raharja dan Kepolisian bahwa mereka tidak memberatkan pasien dalam hal pengurusan surat menyurat. Tidak ada posisi pasien maupun keluarganya untuk mengambil surat LP. Posisi pasien adalah melaporkan. Selebihnya adalah koordinasi antara RS, Kepolisian dan Jasa Raharja.

Keluhan juga datang dari warga yang menggunakan kartu BPJS di Rumah Sakit, ketika diaktivasi tidak bisa padahal yang bersangkutan adalah PBI namun ketika berpindah menjadi pasien umum pelayanan langsung berbeda drastis atau dengan kata lain menjadi dilayani lebih baik. Tidak hanya itu, masih sering terjadi diskriminasi terhadap pasien BPJS, soal antrian misalnya, pasien umum didulukan.<sup>42</sup>

Keluhan terhadap layanan rumah sakit Adam Malik misalnya yakni kasus pasien ditelantarkan, tidak ada pelayanan lanjutan. Alasannya RS ini mengutamakan pelayanan yang dianggap segera menurut versi mereka. Sedangkan yang merasakan sakit ini adalah pasien itu sendiri. Dokter di rumah sakit meminta pasien menunggu dulu, dia harus antri padahal pasien yang bersangkutan dibawa ke rumah sakit nasional yang ada di Sumatera Utara agar segera dapat dilayani. Pasien ini adalah korban konflik agraria yang tertembak kakinya dan sudah membusuk. Advokasi dilakukan dengan membawa wartawan masuk ke rumah sakit. Wartawan langsung diminta menemui direktur rumah sakit untuk menjawab pertanyaan pasien ini sudah sekarat namun diminta menunggu terlalu lama yang tentu saja membahayakan jiwanya. Pressure dengan membawa wartawan ke rumah sakit relatif berhasil karena ketika Dirut rumah sakit sudah menginstruksikan, sibuklah itu serumah sakit mencari nama pasien itu. Artinya tekanan lewat wartawan efeknya besar ketika pasien ditelantarkan<sup>43</sup>

Keluhan lain adalah kasus keluhan pasien di Rumah Sakit Pringadi: Pasien manula mengeluh BPJSnya tidak bisa dipakai untuk mengobati pengapuran lutut karena memerlukan suntikan khusus “suntik oli”. Sudah mendatangi 5 rumah sakit untuk mengobati lututnya tapi BPJSnya tetap tidak laku. Oleh pihak rumah sakit disarankan ke Jakarta saja, mungkin BPJSmu laku disana.<sup>44</sup> Pasien bpjs mengeluhkan antri operasi yang sudah 2 bulan. Padahal dia sudah bolak balik tiap minggu dengan biaya yang tidak sedikit. Anehnya begini, kalau ada peserta PBI yang kartunya tidak bisa digunakan di RS, kemudian diuruskan di BPJS terus pindah jadi peserta mandiri, kartu langsung aktif<sup>45</sup>. Diperlambat, tidak diurus, ditolak, *kamar tidak ada, libur dilarang sakit. Banyak alasan yang diberikan oleh Rumah Sakit, juga pasien disuruh pulang padahal masih sakit*<sup>46</sup>

## **2. Efektivitas dan kenyamanan pelayanan**

Menurut IDI, akreditasi rumah sakit itu merupakan garansi terhadap masyarakat bahwa mereka telah mendapatkan pelayanan standar. Namun permasalahannya adalah banyak puskesmas, klinik dan rumah sakit di kota medan yang belum terakreditasi. Layanan primer di medan sudah ada dan berjalan, hanya

---

<sup>41</sup> Wawancara Ryan Sinaga, Jamkeswatch Sumut, 12 April 2017

<sup>42</sup> Wawancara Askar, wartawan tempo korespondensi kota medan, 13 april 2017

<sup>43</sup> Wawancara Koordinator KotraS Sumut, Amin Lubis dan Muhlis, 19 April 2017

<sup>44</sup> Wawancara pasien di RS Pringadi Kota Medan, 25 April 2017

<sup>45</sup> Wawancara anggota aliansi rakyat miskin kota, 18 Mei 2017

<sup>46</sup> FGD relawan Jamkes Watch Sumatera Utara, 6 Mei 2017

permasalahannya kurang meratanya masyarakat yang terdaftar di layanan primer tersebut. Artinya masih ada penumpukan-penumpukan di FKTP. Di daerah belawan misalnya, ada satu puskesmas dimana penduduknya 90 ribu jiwa. *Kita bisa bayangkan bagaimana letihnya dokter ini, kemudian masyarakat tidak nyaman mendapatkan pelayanan.*<sup>47</sup>

Di RS kadang pasien PBI atau buruh yang tidak dicover perusahaan diminta membayar terlebih dahulu, nanti kalau sudah disahkan semua syaratnya baru uang kita dikembalikan<sup>48</sup>. Cara ini sebenarnya menyalahi prosedur, pendamping pasien mengaku telah melakukan komplain tetapi tidak ada tindak lanjut dari dinas kesehatan. Misalnya perbaikan layanan, orang yang bersangkutan diberikan sanksi dan lain sebagainya. Pasien sendiri mengaku lambatya penanganan rumah sakit bagi pemegang kartu PBI.

Pasien disuruh pulang, padahal belum sembuh betul. Pasien seharusnya memiliki waktu 14 hari sampai benar-benar sembuh. Tapi pasien yang kita dampingi umumnya sudah disuruh pulang jika sudah 7 hari. Sembuh tidak sembuh 7 hari disuruh pulang. Tidak diketahui apakah klaim rumah sakit ke BPJS benar-benar sesuai lamanya waktu pasien dirawat di rumah sakit atau klaim inap semua dituliskan 14 hari. Hal ini harus menjadi perhatian utama pemerintah karena mengindikasikan adanya fraud. Informasi detail mengenai klaim tidak pernah dibuka oleh rumah sakit. Pasien dan keluarganya hanya mengetahui nominal terakhir saja habis berapa. Salah satu warga yang mendampingi pasien menyebutkan bahwa pihak rumah sakit menyebutkan layanan ini sudah gratis jadi tidak perlu diperpanjang lagi dengan detail yang mengganggu. *Mereka bilang (rumah sakit) ini sudah gratis, ga perlu bayar. Mentang-mentang pasien tidak bayar, RS tidak pernah kasih struk perawatan selama di RS*<sup>49</sup>.

Terlepas dari keluhan dan kekurangan yang telah disebutkan, diakui ada perbaikan layanan pendaftaran di kantor BPJS Kesehatan Regional I Sumatera Utara. Saat ini terdapat sekitar 22 meja pendaftaran berkas di dalam gedung. Tepat di depan pintu masuk terdapat 6 meja, samping kiri dan kanan masing-masing 8 meja. Ditambah 10 meja pendaftaran yang terletak diluar gedung. Tujuan meja pendaftaran di luar gedung adalah untuk pengisian data peserta sebelum masuk ke gedung, sehingga ketika masuk ke gedung data sudah lengkap dan cepat diproses. Pengisian data di meja luar dibantu oleh petugas BPJS di setiap mejanya. Bagi mereka yang sudah lengkap dokumennya langsung masuk gedung dengan nomor antrian layaknya di bank. Terdapat deretan kursi antrian di depan meja antrian dalam gedung. Tidak terlihat antrian mengular. Menurut keterangan petugas BPJS, antrian panjang memang pernah terjadi ketika meja pendaftaran hanya ada di depan (6 meja). Setelah ditambahkan meja pendaftaran, baik depan dan luar gedung, antrian sudah tidak terlihat lagi. Mereka menjamin peserta bpjs dilayani tidak kurang dari 1 jam. Masyarakat yang mendaftar mengakui sekarang cepat prosesnya. Kalau dulu sampai satu hari penuh untuk mengurus BPJS. Berangkat pagi pulang sore. Itupun kadang harus bolak-balik jika syarat administratifnya tidak lengkap. Data BPJS Kes sudah terkoneksi dengan data Disdukcapil. Pendaftar yang syaratnya kurang, misal KK tidak ada, coba disinkronkan dengan data KTP yang telah terkoneksi dengan Disdukcapil<sup>50</sup>. Meskipun demikian data PPU BPJS Kes belum terkoneksi dengan data BPJS Naker. Sehingga proses pendataan harus dilakukan manual oleh pemohon. Dari BPJS Kesehatan, kemudian ke BPJS Ketenagakerjaan.

*Pihak BPJS ini tidak akan mempersulit kalau pendaftaran, tapi kalau ada masalah baru mereka kelimpungan. Persoalan pendaftaran memang telah ada perbaikan namun kalau ada case / masalah, yang disebabkan oleh ketidak tahuan aturan, baik antara pasien dan RS, barulah BPJS bingung. Karena jangan*

---

<sup>47</sup> Wawancara Ramlan Sitompul, Koordinator Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Kota Medan, 27 April 2017

<sup>48</sup> Wawancara Erwin manalu, SBSI 92, 5 April 2017

<sup>49</sup> Wawancara Robert Siahaan, warga kota medan, 7 April 2017

<sup>50</sup> Catatan observasi 7 April 2017

*dianggap orang rumah sakit ini faham juga BPJS, mereka sama seperti kita, ga ngerti juga. Akhirnya berdebat. Pasien BPJS dipaksa masuk ke pasien umum, nah ini kan artinya administrasi di RS ga ngerti juga sama aturan. Nah bpjs kelimpungan. Karena apa, karean tidak ada sosialisasi kan intinya. Selalu ada masalah.<sup>51</sup>*

Persoalan efektivitas layanan, harapannya masyarakat datang ke puskesmas ini tidak hanya berobat, tapi berkonsultasi kesehatan juga. Artinya ada promotif dan preventif. Keduanya harus jalan. Misalnya saya perokok, saya akan datang ke puskesmas untuk konsultasi bagaimana caranya saya berhenti merokok supaya tidak sakit. Konsultasi ini kan dicover oleh kapitasi, namanya promosi kesehatan.

Kesenjangan distribusi sumber daya kesehatan antara medan dan kabupaten lain di Sumut sangat tinggi. Kajian yang dilakukan oleh FKM USU tentang perbandingan ketersediaan layanan kesehatan dan tenaga medis menunjukkan Sumatera utara ini no 5 di tingkat nasional, artinya sudah bagus. Seolah-olah sudah bagus. Tapi begitu di break down ke kabupaten dan kota yang ada di sumut, semua layanan dan tenaga medis 90% berada di kota medan. Menumpuk di sini, kota medan. Di kabupaten lain hanya sedikit sekali, 10% dibagi ke seluruh kabupaten/kota di sumut. Artinya SDM dan sarana prasarana mal distribusi, njomplang jumlahnya. Di kota medan pertumbuhan rumah sakit, klinik sangat tinggi, begitu juga tenaga medisnya numpuk di medan. Sehingga equity nya tidak tercapai.<sup>52</sup>

Ombudsman Republik Indonesia (ORI) perwakilan Sumut mencatat laporan keluhan masyarakat terhadap layanan kesehatan sepanjang tahun 2017 baru 0.8%. tahun 2016 sebanyak 2,4%. Tahun 2015 sebanyak 2,7% laporan tentang kesehatan. Laporan kecil bukan berarti layanan kesehatan dan BPJS sudah bagus. Masalah yang dilaporkan adalah soal kamar rawat inap dan obat yang tidak sesuai dengan kualitas. Orang sulit mengakses obat apa saja yang dicover oleh BPJS. Laporan sangat sedikit karena masyarakat banyak yang belum tahu bisa lapor ke ORI ika mendapatkan pelayanan yang buruk.<sup>53</sup>

Masalah di layanan BPJS menurut catatan ORI terdapat 3 masalah utama. Pertama soal administratif, kedua soal aplikasi sistem BPJS dan tiga aspek layanan. Kalau soal administratif adalah minimnya tempat pengurusan kartu, lokasi juga sedikit. Akibatnya proses lama dan berbelit-belit, sulit dijangkau masyarakat. Keluhan lain terkait informasi terkait pengurusan kartu (kepesertaan) masih minim serta lamanya proses (2 minggu) pemberian kartu, padahal orang butuh untuk dapat berobat. Masalah kedua adalah soal aplikasi data base BPJS yang terkadang tidak sinkron sehingga pasien harus mendapatkan pelayanan pada fasilitas kesehatan yang jaraknya relatif jauh dari domisili. Masalah ketiga adalah persoalan aspek layanan. Seharusnya semua faskes bisa dipakai, tapi karena dibuat rayonisasi maka pasien terpaksa mendatangi unit layanan kesehatan yang dekat walau kualitasnya pelayanan dan kondisi sarana dan prasarannya buruk.

Kenyamanan pelayanan pula terjadi pada penumpukan peserta di FKTP swasta, ada yang satu tempat sampai 25 ribu, sementara tempat lain 200 orang. Dokter tersebut melakukan pelayanan primer, tapi perlengkapan di Puskesmas ini tidak memadai. Sehingga dokter ini tidak bekerja dengan tuntas sesuai dengan kompetensi dia. Hal ini juga yang menyebabkan angka rujukan tinggi. Pemerintah juga harus memperbaiki fasilitas di puskesmas jika tidak ingin angka rujukan tinggi. Terutama perbaikan peralatan di puskesmas disesuaikan dengan kompetensi dokternya Komunikasi yang tidak baik antara rumah sakit dengan FKTP. Fasilitas layanan kesehatan di daerah untuk melayani pasien agar pekerjaannya mudah

---

<sup>51</sup> Wawancara Rurita Fitri, Koordinator Fitra Sumut, 13 April 2017

<sup>52</sup> Wawancara dr Zulfendri, Dosen FKM USU, 13 April 2017

<sup>53</sup> Wawancara Abyadi Siregar, Koordinator Ombudsman RI Perwakilan Sumut, 18 April 2017

tidak disiapkan oleh pemerintah. Jadi kerja pakai apa dokter ini kalau alatnya tidak apa. Mau kerja pakai apa dokter ini, kita kan kerja pakai alat.<sup>54</sup>

#### **D. Anggaran Kesehatan dan Dana Kapitasi Kota Medan**

Pemerintah daerah diberikan keleluasaan untuk memiliki program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan jaminan kesehatan, terutama bagi warga miskin, marginal, dan rentan yang belum dicakup oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) lain seperti Kartu Indonesia Pintar. Ada dua alasan yang memotivasi pemerintah daerah untuk memperkenalkan kebijakan jaminan kesehatan daerah. Pertama, faktor regulasi yakni pasal 22 UU No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah memberikan kesempatan bagi pemerintah daerah untuk mengembangkan program jaminan sosial termasuk jaminan kesehatan. Kedua, para politikus melihat peluang untuk membuat program pro warga miskin sebagai instrumen untuk meraih dukungan pemilih dalam kontestasi elektoral (Aspinall 2014).<sup>55</sup> Oleh karena itu, para politikus dan kepala daerah tersebut akan mencari kebijakan populer yang dapat mempertahankan dukungan rakyatnya, termasuk menjanjikan adanya jaminan kesehatan untuk masyarakat

Dengan dua faktor tersebut, maka ditemukan banyak pemerintah daerah berinisiatif untuk membuat program Jamkesda. Program Jamkesda yang diterapkan di beberapa pemerintah daerah ini beragam baik dari sisi nama maupun pendekatan program yang digunakan. Berdasarkan hasil penelitian Perkumpulan Inisiatif tentang implementasi Jamkesda di 8 kabupaten/ kota dan 2 di propinsi, terdapat tiga kategori jaminan kesehatan yang diterapkan di daerah tersebut.<sup>56</sup> Pertama, subsidi biaya layanan kesehatan (*Health Care Cost Subsidy*). Dalam skema ini, pemerintah daerah mengalokasikan dana untuk membayar biaya layanan kesehatan bagi warga miskin. Dana ini dikelola oleh Dinas Kesehatan kabupaten atau kota dan dianggarkan dalam pos bantuan sosial. Pemerintah kabupaten akan membayar penyedia layanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit umum) untuk layanan yang dimanfaatkan oleh masyarakat miskin tersebut. Program ini tidak memerlukan daftar penerima bantuan. Pemerintah membuat peraturan daerah untuk menetapkan kriteria kelayakan dan mekanisme pengajuan klaim pendanaan tersebut. Seluruh program Jaminan kesehatan yang masuk dalam kategori ini menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu/SKTM.

Kedua, skema jaminan kesehatan berdasarkan tingkat kesejahteraan/status kemiskinan (*Poverty Targeted Insurance Scheme*). Adapun rancangan program ini untuk memberikan Jaminan perawatan kesehatan bagi warga miskin yang tidak terakomdir dalam Jamkesmas. Dalam program ini, pemerintah daerah mengeluarkan kartu keanggotaan sebagai bukti bahwa pemegang kartu adalah salah satu penerima manfaat yang memenuhi syarat untuk mendapatkan bantuan. Implikasi dari model ini, pemerintah daerah harus mengelola database penerima bantuan dan membentuk tim untuk memverifikasi dan memvalidasi data penerima bantuan dan calon penerima bantuan. Adapun skema ketiga merupakan skema Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Security Scheme*). Jenis program ini menyediakan jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk di kota tersebut. Setiap orang yang ingin mengakses

---

<sup>54</sup> Wawancara Ramlan Sitompul, Koordinator Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Kota Medan, 27 April 2017

<sup>55</sup> Aspinall, E & Sukmajati, M 2015, 'Patronase dan Klientelisme dalam Politik Elektoral di Indonesia', in E Aspinall, M Sukmajati (ed.), *Politik Uang di Indonesia: Patronase dan Klientelisme pada Pemilu Legislatif 2014. [Money Politics in Indonesia: Patronage and Clientelism in the 2014 Legislative Election]*, Research Centre for Politics and Government, Yogyakarta, Indonesia, hlm. 1-49.

<sup>56</sup> Indonesia Core Team. *Jamkesmas dan Program Jaminan Kesehatan Daerah: Laporan Kajian di 8 Kabupaten/Kota dan 2 Propinsi*. Jakarta: Perkumpulan Inisiatif, hlm. 17

manfaat hanya diminta untuk menunjukkan kartu identitas yang menunjukkan bahwa ia adalah penduduk sah dari wilayah masing-masing.

Tiga kategori tersebut bukan berarti tidak memiliki kelemahan. Adapun temuan penelitian Perkumpulan Inisiatif bahwa terdapat tiga kelemahan dalam tiga kategori Jamkesda tersebut. Pertama, Pemerintah daerah tidak tepat sasaran dalam memberikan kartu jaminan kesehatan dan atau mempersulit memberikan persyaratan untuk mendapatkan jaminan kesehatan misalnya warga miskin atau tidak mampu dipersulit untuk mendapatkan SKTM dari RT dan RW sekitar. Kedua, pihak rumah sakit tidak ramah dalam melayani pasien yang menggunakan layanan jaminan kesehatan tersebut. Ketiga, adanya kecenderungan pemerintah daerah terbebani piutang ke rumah sakit yang disebabkan oleh biaya aktual yang dikeluarkan oleh pasien, dan jumlah warga miskin, rentan, dan marginal yang mengkasas Jamkesda tersebut melebihi pagu anggaran di dalam APBD.

Bagi pemerintah daerah integrasi Jamkesda Medan Sehat juga dinilai memberatkan anggaran karena Pemerintah Kota Medan, terutama Dinas Kesehatan beralasan anggaran yang mereka miliki terbatas. Sebagai contoh Medan Sehat/Jamkesda tidak memasukkan pasien kanker, hemodialisa, jantung. Penyakit yang dikategorikan berat dan menyerap banyak biaya tidak dimasukkan ke Jamkesda Medan Sehat. Kalau anggaran pemerintah kabupaten atau kota kecil (APBD Kecil), maka alokasi anggaran yang digunakan untuk iuran BPJS ini amat sangat berat. Salah satu contohnya di Kabupaten Kulon Progo yang masih menggunakan program Jamkesda dan pihak pemerintah Kabupaten Kulon Progo tidak mengintegrasikan program Jamkesda ke BPJS Kesehatan. Dengan Jamkesda, Pemerintah Daerah hanya mengeluarkan biaya ketika ada warganya yang sakit, namun dengan sistem yang baru yakni asuransi sosial BPJS, maka setiap bulan mereka harus menanggung per kepala warga yang tergolong miskin, meski mereka tidak sakit. Anggaran tersebut harus dibayarkan rutin setiap tahun kepada BPJS Kesehatan. Model jaminan kesehatan dengan asuransi ini dinilai memberatkan dan membebani anggaran daerah. *Hal ini membebani anggaran. Kita pernah coba kan lewat Medan Sehat, 49 Milyar. Kita bisa, tenang kita bayarnya. Rumah Sakit sendiri tidak masalah karena dinas kesehatan selalu membayar mereka tepat waktu.*<sup>57</sup>

Pemerintah Kota Medan mengaku terbebani secara anggaran ketika BPJS Kesehatan ditunjuk oleh pemerintah menjadi satu-satunya badan penyelenggara jaminan kesehatan. Ketika Presiden Joko Widodo meluncurkan salah satu program andalannya, yakni JKN-KIS pada tahun 2014, pemerintah daerah mulai mengintegrasikan peserta Jamkesda ke Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dengan nominal Rp. 19.000 per orang. Pemerintah Kota awalnya kemudian mengeluarkan anggaran integrasi Program Jamkesda Medan Sehat ke BPJS Kesehatan PBI sebanyak Rp. 4.878.824.375 dalam satu bulan (253.775 dikali Rp.19.225) dan Rp. 58.545.892.500 untuk satu tahun. Artinya yang tadinya hanya 40 Milyar pertahun menjadi 58 Milyar. Keluhan Pemerintah daerah semakin bertambah ketika BPJS Kesehatan menaikkan iuran peserta PBI dari Rp.19.225 menjadi Rp.23.000. Dengan kenaikan iuran kepesertaan PBI menjadi Rp 23.000 per orang, maka sejak tahun 2016 Pemko Medan wajib membayarkan Kepada BPJS Kesehatan Rp. 5.835.905.000 sebulan dan Rp. 70.030.860.000 setahun.

Temuan penelitian tersebut selaras dengan temuan penelitian ini tentang program Medan Sehat<sup>58</sup> yang diimplementasikan oleh Pemerintah Kota Medan tepatnya sebelum terintegrasi dengan BPJS Kesehatan. Pada tahap implementasi program Medan Sehat ini mengalami kendala, yakni Pemerintah Kota Medan terbebani piutang ke 25 rumah sakit terkait klaim pembiayaan program Medan Sehat yang belum terbayarkan senilai 25 miliar pada 2012 dan 13,8 miliar pada 2013. Beban piutang tersebut terjadi salah

---

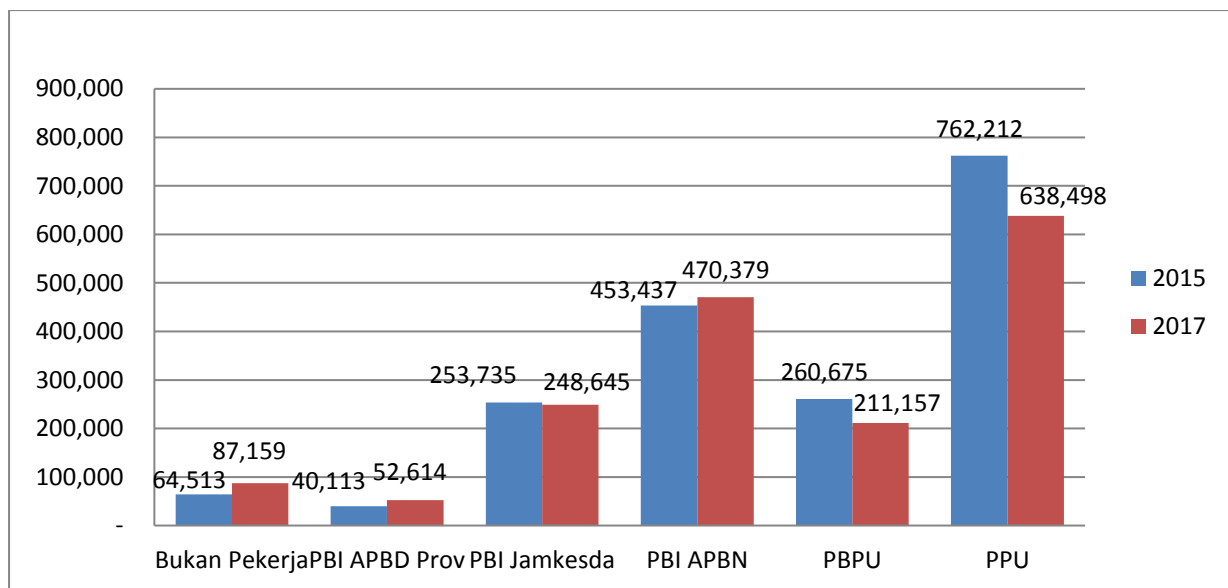
<sup>57</sup> Wawancara Irma Suryani, Sekertaris Dinas Kesehatan Kota Medan, 17 April 2017

<sup>58</sup> Program Medan Sehat ini merupakan program dengan skema *targeted*. Artinya penerima jaminan layanan kesehatan ini telah ditentukan berdasarkan kriteria yang telah ditentukan oleh Pemerintah Kota Medan.

satunya kecenderungannya disebabkan oleh biaya aktual yang dikeluarkan oleh penerima program Medan Sehat lebih besar dibandingkan dengan pagu anggaran APBD yang telah disediakan oleh pemerintah Kota Medan.

Pada 2015, Pemerintah Kota Medan mengintegrasikan program Medan Sehat ke BPJS Kesehatan. Secara keseluruhan jumlah jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan di Kota Medan pada tahun 2015 sebanyak 1.850.029 dari total penduduk 2.583.818 jiwa. Sementara itu, jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan di Kota Medan pada tahun 2017 sebanyak 1.708.479. Sebagaimana ditambihkan dalam tabel.2 berikut.

**Grafik. I: Data Peserta BPJS 2015 dan per Februari 2017**

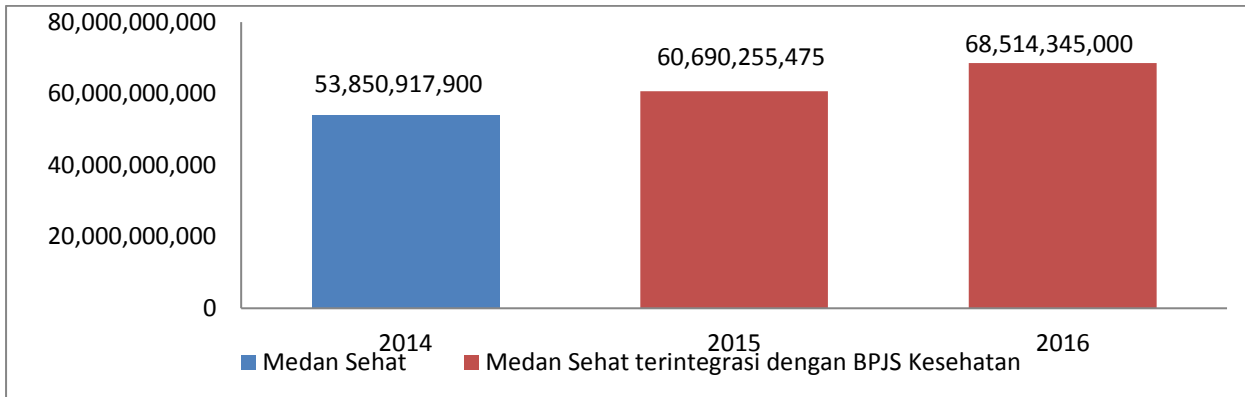


**Sumber: BPJS Kesehatan 2016 dan diolah oleh ISI**

Berdasarkan grafik di atas, jumlah total data peserta BPJS pada tahun 2015 hingga 2017 terjadi penurunan, yaitu apabila pada 2015 jumlah total peserta BPJS sebanyak 1.834.685, sementara pada 2017 sebanyak 1.708.479. Artinya apabila diprosentasekan berdasarkan jumlah total penduduk, maka jumlah total peserta BPJS sebanyak 71,61% dengan jumlah penduduk 2.583.818, sementara pada 2017 sebesar 63,65% dengan jumlah penduduk 2.683.818. Berdasarkan temuan lapangan bahwa penurunan data peserta BPJS di Kota Medan ini disebabkan oleh adanya nama ganda, warga yang sudah meninggal, dan sudah tidak bertempat tinggal, masih tercatat di data peserta BPJS Kesehatan Kota Medan. Temuan data tersebut diperoleh oleh BPJS Kesehatan ketika melakukan verifikasi data dan sebagian besar temuan tersebut terdapat pada data program Medan Sehat, yang diintegrasikan ke BPJS Kesehatan pada 2015. BPJS Kesehatan Kota Medan menyatakan bahwa ada sekitar 100,000 data peserta ditemukan seperti nama ganda, meninggal, dan pindah lokasi tinggal.

Lebih dari itu, terintegrasinya program Medan Sehat ke BPJS Kesehatan tersebut bukan berarti tidak ada pertentangan dari pihak Dinas Kesehatan Kota Medan. Berdasarkan temuan wawancara bahwa pihak Dinas Kesehatan Kota Medan menyatakan terbebani dengan adanya integrasi Medan Sehat ke BPJS Kesehatan. Terbebani tersebut karena anggaran dana yang harus dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan lebih besar untuk membayar iuran peserta BPJS Kesehatan dibandingkan menggunakan program Medan Sehat yang tidak terintegrasi dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dalam grafik berikut.

**Grafik 2: Perbandingan Anggaran Medan Sehat Sebelum dan Sesudah Terintegrasi dengan BPJS Kesehatan**



Sumber: Dokumen LRA APBD Kota Medan dan diolah oleh ISI

Berdasarkan grafik di atas bahwa terdapat perbedaan anggaran Medan Sehat sebelum dan sesudah terintegrasi dengan BPJS Kesehatan. Anggaran dana yang harus dikeluarkan oleh pemerintah Kota Medan lebih besar pada saat Medan Sehat terintegrasi dengan BPJS Kesehatan dibandingkan sebelum terintegrasi dengan BPJS Kesehatan. Namun demikian, perbandingan tersebut tidak bisa disimpulkan dengan menyatakan bahwa Pemerintah Kota Medan merasa terbebani dengan besaran anggaran dana yang dikeluarkan paska Medan Sehat terintegrasi dengan BPJS Kesehatan. Sebaliknya, Pemerintah Kota Medan justru lebih dipermudah dalam mengalokasikan keuangan daerah untuk layanan jaminan kesehatan.

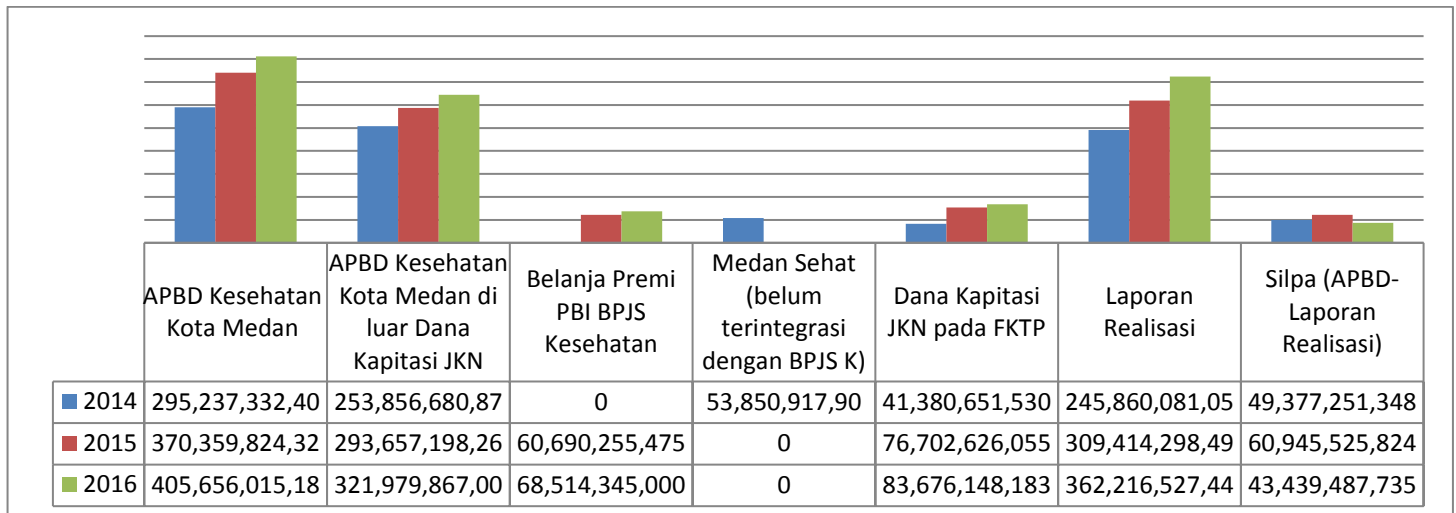
Dikatakan demikian, karena berangkat dari dua argumentasi utama. Pertama, anggaran dana yang dikeluarkan untuk program Medan Sehat pada APBD 2014 senilai Rp. 53.850.917.900 tidak semuanya digunakan untuk kepentingan program Medan Sehat pada tahun tersebut. Namun, dana tersebut pula digunakan untuk membayar beban piutang ke rumah sakit terkait klaim pembiayaan Medan Sehat pada 2013. Ini mengindikasikan bahwa biaya aktual Medan Sehat setiap tahun, yang digunakan oleh warga, lebih besar dibandingkan pagu anggaran program Medan Sehat yang telah ditetapkan di dalam APBD Kota Medan setiap tahun. Berdasarkan telaah ini, alokasi dana program Medan Sehat kemungkinan lebih besar dibandingkan alokasi program Medan Sehat paska terintegrasi dengan BPJS Kesehatan. Kedua, dengan adanya BPJS Kesehatan ini, pemerintah daerah yang belum maupun telah mengintegrasikan program Jamkesda kerap mendapat suntikan dana berupa dana kapitasi, bahkan dana kapitasi tersebut kerap melebihi alokasi premi yang dibayarkan oleh pemerintah daerah ke BPJS Kesehatan. Dana kapitasi ini dikategorikan sebagai pendapatan asli daerah yang sah di dalam APBD sektor Dinas Kesehatan.

Poin kedua tersebut dibuktikan dengan data perolehan dana kapitasi di dalam APBD Pemerintah Kota Medan di sektor Dinas Kesehatan pada 2014 senilai Rp. 41.380.651.530 yang tertulis sebagai pendapatan asli daerah yang sah. Pada 2014, Pemerintah Kota Medan belum mengintegrasikan program Medan Sehat ke BPJS Kesehatan. Namun demikian, Pemerintah Kota Medan mendapatkan dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Fasilitas Layanan Kesehatan Tingkat Pertama [FLKTP]. Perolehan ini dikarenakan bukan disebabkan belum atau telah terintegrasinya program Medan Sehat ke BPJS Kesehatan, melainkan adanya sejumlah klinik dan FLKTP yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Selain itu, paska terintegrasinya program Medan Sehat sejak



2015 dengan BPJS Kesehatan, ditemukan pula jumlah dana kapitasi yang diperoleh melebihi alokasi belanja premi BPJS Kesehatan sebagaimana dalam grafik berikut.

**Grafik 3. Data APBD Kesehatan, Realisasi, Dana Kapitasi JKN pada FKTP dan Sisa Anggaran pada 2014, 2015, dan 2016.**



Sumber : Dokumen LRA APBD Kota Medan 2014, 2015, 2016, dan diolah oleh ISI

Berdasarkan grafik. 3 tersebut, secara umum anggaran kesehatan Kota Medan sejumlah Rp.295.237.332.405 pada 2014, Rp. 370.359.824.321 pada 2015 dan Rp. 405.656.015.183 pada 2016. Namun berdasarkan telaah dokumen APBD yang dilakukan oleh ISI, terdapat anggaran sisa yang tidak digunakan dalam tiga tahun tersebut. Berdasarkan temuan informasi dan temuan di lapangan bahwa sisa anggaran yang cukup besar tersebut sebagian besar berasal dari dana kapitasi JKN yang diberikan ke FLKTP seperti puskesmas dan klinik. Situasi ini terjadi karena puskesmas belum memiliki acuan hukum penggunaan dana kapitasi terutama yang 40% untuk belanja tidak langsung atau operasional seperti obat dan lain-lain. Tidak adanya aturan hukum ini menyebabkan pengelola puskesmas “ketakutan” untuk menggunakan dana kapitasi tersebut.

Selain soal tersebut, ada temuan lain yaitu terkait adanya peningkatan untuk belanja premi asuransi kesehatan, yaitu sebesar 58.545.892.500 (2015), dan 70.030.860.000 (2016). Namun demikian, peningkatan tersebut hanya sebesar 0,1% dan ini cenderung kecil dibandingkan dengan peningkatan anggaran perjalanan dinas yang mencapai 95%, yaitu 5.455.625.516 pada 2015 dan 10.654.928.689 pada 2016. Lebih dari itu, berdasarkan temuan observasi lapangan bahwa kenaikan anggaran belanja premi asuransi kesehatan disebabkan oleh kenaikan iuran PBI dari Rp.19.225 menjadi Rp.23.000 pada 2016. Naiknya premi ini dikeluhkan oleh Dinas kesehatan Kota Medan karena sistem BPJS membutuhkan anggaran lebih banyak dibandingkan ketika sistem Jamkesda atau Medan Sehat<sup>59</sup>.

Namun demikian, keluhan naiknya premi BPJS Kesehatan sebagai justifikasi bahwa anggaran belanja premi BPJS Kesehatan lebih banyak dibandingkan Medan Sehat tidak cukup tepat. Dikatakan demikian, karena berdasarkan grafik. 3 tersebut ditemukan bahwa anggaran belanja premi untuk BPJS Kesehatan lebih kecil dibandingkan perolehan anggaran dana kapitasi untuk FKLTTP yang tertuang di dalam APBD Kota Medan. Secara rinci bahwa pada 2015 alokasi belanja premi BPJS

<sup>59</sup>Dokumen wawancara Sekretaris Dinas Kesehatan Kota Medan 17 April 2017, hlm 20.

Kesehatan senilai Rp. 60.690.255.475, sementara dana kapitasi yang diterima Rp. 76.702.626.055. Pada 2017 alokasi belanja premi Rp. 68.514.345.000, sementara dana kapitasi yang diterima senilai Rp. 83.676.148.183.

Oleh karena itu, berdasarkan narasi temuan tersebut bahwa secara logika dapat dikatakan sebenarnya tidak ada dalih yang kuat bahwa belanja premi untuk BPJS Kesehatan ini membebani kemampuan anggaran daerah. Sebaliknya, model Jamkesda dengan sistem *targeted* berupa kartu dan *non targeted* berupa identitas Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), memunculkan persoalan baru dari sisi kepersetaan maupun anggaran. Ini dibuktikan dengan temuan beberapa riset di Kab. Bekasi, Kab Lebak, Kota Tasikmalaya, Kab Kutai Timur, dan Kota Medan, yang terbebani piutang ke rumah sakit terkait klaim pembiayaan program Jamkesda.<sup>60</sup>

### **3.2 Multiple Accountability Model: Tawaran untuk Mendorong Akses dan Pelayanan Kesehatan yang berkualitas**

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya dalam tulisan ini bahwa implementasi program jaminan kesehatan secara universal di Kota Medan mengalami persoalan. Ada empat persoalan utama terkait implementasi program JKN yaitu, 1) integrasi Jamkesda Medan Sehat dan Jamkesmas ke PBI BPJS Kesehatan, 2) akurasi data, administrasi, pemahaman, dan pembekuan kepersetaan jaminan kesehatan, 3) akses terhadap layanan kesehatan, dan 4) anggaran kesehatan dan pengelolaan dana kapitasi.

Namun demikian, empat persoalan utama tersebut bisa diatasi dengan berupaya mengintegrasikan berbagai model akuntabilitas yang dinamai "*Multiple Accountability Mechanism (MAM)*". MAM ini merupakan integrasi dari model akuntabilitas horisontal (anggota parlemen untuk aparatur pelayanan publik dan unit pemerintah), akuntabilitas vertikal (warga/pemilih dan anggota DPRD), akuntabilitas diagonal (dewan pengawas BPJS dan Ombudsman dengan penyedia layanan kesehatan dan pemerintah lokal) dan akuntabilitas sosial (warga dengan penyedia layanan).

Argumentasi utama bahwa model MAM tersebut dapat dijadikan sebagai peluang untuk mengatasi empat persoalan utama implementasi JKN di Kota Medan karena dari sisi penyedia layanan kesehatan dan tenaga medis di Kota Medan sudah cukup memadai. Misalnya puskesmas yang terdapat di semua kecamatan, 41 puskesmas pembantu yang tersebar di 21 kecamatan, 70 klinik, dan ditambah pula 905 tenaga medis yang terdiri atas dokter, perawat, penyuluh kesehatan, dan bidan. Sementara itu dari sisi pemetaan aktor, di Kota Medan terdapat berbagai kelompok aktor untuk mendorong terjadinya MAM misalnya adanya kelompok masyarakat dan organisasi masyarakat sipil seperti Jamkeswatch, BPJS Watch, Elsaka, Sahdar, Fitra, dan lain sebagainya yang fokus melakukan pemantauan terkait layanan dan anggaran kesehatan. Ditambah pula dari sisi pemerintah terdapat DPRD Kota Medan terutama panitia khusus (Pansus) yang membahas soal integrasi Jamkesda ke BPJS, dan ditambah dengan adanya lembaga Ombudsman RI Perwakilan Sumut.

Berbagai aktor yang ada dan ditambah dengan struktur penyedia layanan tersebut, penerapan MAM ini dengan cara mengintegrasikan berbagai mekanisme akuntabilitas seperti peran pengawasan legislatif, pengawasan warga, pengawasan komisi diharapkan dapat mengurangi kelemahan atau

---

<sup>60</sup>Djani, Luky dkk. 2017. Laporan Penelitian: Jamkesda dan Buruh, Studi Kasus Jamkeswatch Kab. Bekasi. Jakarta: ISI dan PWD UGM. hlm. 17

kekurangan dari masing-masing mekanisme akuntabilitas dan beroperasi sebagai ekosistem yang terintegrasi.

## BAB IV

### PENUTUP

Implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional di bidang kesehatan dengan BPJS Kesehatan sebagai lembaga operator menargetkan program jaminan kesehatan secara universal atau semesta untuk seluruh penduduk Indonesia. Namun pada level implementasi, program jaminan kesehatan secara universal untuk seluruh penduduk Indonesia ini mengalami persoalan. Sebagai salah satu contohnya di Kota Medan, terdapat empat persoalan utama terkait implementasi program JKN yaitu , 1) integrasi Jamkesda Medan Sehat dan Jamkesmas ke PBI BPJS Kesehatan, 2) akurasi data, administrasi, pemahaman, dan pembekuan kepersetaan jaminan kesehatan, 3) akses terhadap layanan kesehatan, dan 4) anggaran kesehatan dan pengelolaan dana kapitasi.

Namun demikian, empat persoalan tersebut berpeluang diatasi dengan mengintegrasikan berbagai model akuntabilitas yang dinamai "*Multiple Accountability Mechanism (MAM)*". Model MAM ini dapat diterapkan di Kota Medan karena didasarkan pada kondisi penyedia layanan dan aktor yang konsen pada isu Kesehatan di Kota Medan. Misalnya terdapat puskesmas di semua kecamatan, 41 puskesmas pembantu yang tersebar di 21 kecamatan, 70 klinik, dan ditambah pula 905 tenaga medis yang terdiri atas dokter, perawat, penyuluh kesehatan, dan bidan. Sedangkan dari sisi aktor, di Kota Medan terdapat berbagai kelompok aktor untuk mendorong terjadinya MAM misalnya adanya kelompok masyarakat dan organisasi masyarakat sipil seperti Jamkeswatch, BPJS Watch, Elsaka, Sahdar, Fitra, Media Massa yang fokus melakukan pemantauan terkait layanan dan anggaran kesehatan. Ditambah pula dari sisi pemerintah terdapat DPRD Kota Medan terutama panitia khusus (Pansus) yang membahas soal integrasi Jamkesda ke BPJS Kesehatan dan ditambah dengan adanya lembaga Ombusmand RI Perwakilan Sumut.