

*Materi Rangkuman ini dapat dikutip untuk publikasi atau keperluan lainnya dengan mencantumkan keterangan sumber "The Indonesian Forum yang diselenggarakan oleh The Indonesian Institute"*

**TEMA** : **Menyoal Kebijakan Jaminan Kesehatan Di Era Otonomi Daerah**

**Pemateri** :

1. **Muhammad Aulia Y. Guzasiah, M.H., Peneliti Bidang Hukum The Indonesian Institute**
2. **Prof. Dr. Ascobat Gani, MPH, Dr.PH., Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia**
3. **Dr. Andi Afdal, MM., Deputi Direksi Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan**

**Moderator** : **Adinda Tenriangke Muchtar, Ph.D., Direktur Eksekutif The Indonesian Institute**

**Partisipan** : Diskusi ini diikuti oleh sebanyak 30 peserta dengan berbagai latar belakang yang berbeda, seperti pemerintah, media, NGO, dan masyarakat umum lainnya.

### **PEMBAHASAN**

**Muhammad Aulia Y. Guzasiah, M.H., Peneliti Bidang Hukum The Indonesian Institute**

- ✓ Tata kelola Jaminan Kesehatan pada konteks Otonomi Daerah tertuang dalam UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah setelah mengalami beberapa amandemen.
- ✓ Pasal 11 ayat 2 dalam UU No 23 tersebut mengamanatkan kewenangan masing-masing daerah otonom untuk mengatur urusan kesehatan.
- ✓ Keputusan tersebut juga telah didukung dengan pengaturan UU No. 32 Tahun 2004, sehingga masing-masing pemerintah daerah kemudian memformulasikan skema jaminan sosial tersendiri di masing-masing daerahnya.
- ✓ Namun terdapat pengaruh politik. Misalnya saat Pilkada, jaminan kesehatan menjadi salah satu janji kampanye, saat pemimpin yang terpilih melaksanakan program tersebut sayangnya saat pergantian pemimpin selanjutnya tidak dilanjutkan.
- ✓ Tercatat dari 17 provinsi yang diamati, baru 4 provinsi yang sudah mencapai persentase 10 % untuk alokasi anggaran kesehatan. Sisanya, terdapat 13 provinsi dari daerah tersebut yang masih belum memberikan porsi yang sesuai untuk urusan kesehatan di daerahnya (Kemendagri, 2015).
- ✓ Terdapat 4 golongan aktor yang berperan dalam JKN (Lelea dkk. 2014) : 1) *high influence, low interest* terdiri dari Kementerian PPN/Bappenas, Komisi IX dan II DPR RI, 2) *high influence, high interest* terdiri dari BPJS Kesehatan, Kemenkes, Kemenkeu. Pemda, DJSN, Penyedia Pelayanan Kesehatan oleh publik (RSUD, Puskesmas) dan swasta (RS dan klinik swasta), 3) *low influence, low interest* terdiri dari sector swasta (industri farmasi dan asuransi), dan (4) *low influence, high interest* terdiri dari LSM, lembaga think tank, universitas, dan media
- ✓ Temuan Kemendagri juga menunjukkan bahwa setiap daerah memiliki pengalaman dan tingkat capaian yang berbeda-beda, termasuk alokasi anggaran kesehatan.
- ✓ Secara nasional, baru di tahun 2015 anggaran mulai ideal sesuai UU.
- ✓ Pemda banyak yang belum melaksanakan UU Kesehatan secara maksimal masih jauh dari yang dianggarkan.
- ✓ Terdapat juga endapan dana kapitasi temuan KPK.
- ✓ Pelaksanaan JKN perlu melibatkan aktor multisektor. Seperti Pemda harus berperan optimal dalam penyelenggaraan JKN melalui peningkatan layanan kesehatan.
- ✓ Diperlukan juga sinergi dengan pihak swasta dalam bentuk kolaborasi jaminan kesehatan.

- ✓ Perbaikan terhadap peraturan perundang-undangan perlu dipertimbangkan
- ✓ Diperlukan juga upaya untuk mendorong JKN lewat peningkatan upaya promotif dan preventif, selain penanganan urusan kesehatan yang bersifat kuratif sampai rehabilitatif.

**Prof. Dr. Ascobat Gani, MPH, Dr.PH., Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia**

- ✓ UU 36 tentang Kesehatan belum semuanya memiliki PP.
- ✓ Di UU tersebut terdapat program Upaya Kesehatan Masyarakat lebih ke kuratif (termasuk dalam public good) dan terdapat Upaya Kesehatan Perorangan (termasuk dalam private good). Asuransi hanya untuk UKP.
- ✓ Ada Perpres 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
- ✓ UU 36 sebenarnya anggaran yang dialokasikan sudah sesuai.
- ✓ Kapasitas fiskal daerah kini makin berat, termasuk mengelola SDM, perijinan RS, Pemberdayaan Masyarakat, Pelayanan Kesehatan (Yankes).
- ✓ BPJS merupakan dana amanah bukan pemerintah. Peserta PBI cukup besar. Tapi dari segi premi masih rendah.
- ✓ Segala pelayanan RS naik karena peserta banyak, biaya masyarakat menjadi turun.
- ✓ Layanan di daerah masih banyak yang belum terpenuhi, terkait akses juga.
- ✓ Saat ini defisit karena premi masih kecil. Selain itu penyebabnya karena jumlah pasien penderita penyakit berat semakin naik. Harus ada upaya lebih dalam hal pencegahan atau deteksi dini.
- ✓ Pemerintah harus menaikkan 7 kali sesuai kajian.
- ✓ Caranya saat ini pemerintah mengambil dari pajak rokok untuk menutupi defisit.
- ✓ Diperlukan cost sharing (atau pelibatan peserta BPJS mendanai biaya perawatan untuk 8 penyakit yang butuh perawatan medis lama dan berbiaya tinggi/katastropik).

**Dr. Andi Afdal, MM., Deputi Direksi Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan**

- ✓ *Basic* Sosial Health Insurance adalah *trust*. Selama kepercayaan masih ada maka *social insurance* berlanjut, orang yang membayar. Setiap orang wajib berkontribusi.
- ✓ Jika bicara otonomi daerah maka yang menjadi perhatian daerah adalah bagaimana mereka memperkuat.
- ✓ Harus ada intervensi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) melihat lebih dalam penyebab penyakit suatu daerah khususnya daerah tertentu dengan jumlah penyakit yang secara kuantitatif lebih besar.
- ✓ Fasilitas harus ditingkatkan juga di daerah. Pada hasil Riskesdas 2018, kesadaran masyarakat berobat di beberapa daerah naik tapi juga ada yang tidak naik karena memang tidak ada akses/fasilitas kesehatan (faskes)

**FORUM DISKUSI**

**1. Edi (Nias)**

Ada perbandingan faskes misal di Ende dan Bogor. Harapan saya ada *good will* dari Pemerintah untuk memperbaiki.

Tanggapan (Prof. Gani)

Fasilitas fisik bisa disediakan pusat nanti. Tapi Pemda juga harus turun tangan untuk penyediaan tanah untuk faskes karena terkait hak ulayat.

**2. Petra (Mahasiswa UKI)**

Saya berasal dari Sumba dan Puskesmas saja sulit dijangkau. Tenaga kesehatan (nakes) kesulitan sehingga tidak mau pergi menjangkau melayani disana. Bagaimana merespons kondisi ini?

Tanggapan (Prof. Gani)

Harus ada motivasi para dokter. Sejauh ini Kemenkes mengirimkan tim untuk daerah terpencil dengan insentif yang mengambil dari APBN. Insentif untuk nakes juga harus dinaikkan.

**3. Rifki (Peneliti The Indonesian Institute)**

Upaya preventif sejauh apa? Apakah cukai rokok akan efektif?

Tanggapan (Prof. Gani)

Adanya ilmu kesehatan masyarakat misalnya di FKM UI dibentuk dari dulu untuk melakukan upaya preventif. Perlu ada social movement untuk pajak rokok belajar dari Filipina, Meksiko juga.

Tanggapan (Dr. Andi)

Fasilitas/infrastruktur daerah juga harus ditingkatkan untuk mendukung faskes.

**Catatan :**

- 1. Rangkuman dan Materi Presentasi THE INDONESIAN FORUM dapat diakses di <http://www.theindonesianinstitute.com/index.php/kegiatan/the-indonesian-forum>**
- 2. Materi dapat digunakan untuk publikasi atau keperluan lainnya dengan menyebutkan sumber informasi dari "The Indonesian Forum yang diselenggarakan oleh The Indonesian Institute".**

~ TERIMA KASIH ~