

## ANALISIS KETERSEDIAAN FASILITAS KESEHATAN DAN PENCAPAIAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE JAMINAN KESEHATAN NASIONAL SE PROVINSI BENGKULU

### ANALYSIS OF THE AVAILABILITY OF HEALTH FACILITIES AND THE ACHIEVEMENT OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE NATIONAL HEALTH INSURANCE OF BENGKULU PROVINCE

Yandrizal<sup>1</sup>, Desri Suryani<sup>2</sup>, Betri Anita<sup>1</sup>, Henni Febriawati<sup>1</sup>,  
Riska Yanuarti<sup>1</sup>, Bintang Agustina Pratiwi<sup>1</sup>, Heldi Saputra<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu

#### ABSTRACT

**Introduction:** The National Health Insurance began in 2014 gradually toward Universal Health Coverage. The purpose of the National Health Insurance in general is easier for people to access health services and obtain quality health services. Health providers are limited, extensive spread of population and limited access, leading to less supply (provision of services) by the government and other parties, so it would appear inequality and financing of health care.

**Purpose:** to know the availability of health care facilities as well as efforts to achieve compliance with Universal Coverage Health in Bengkulu Province.

**Metode Research:** Research using design analysis method formative To assess the implementation of policies. Descriptive study is observational, presents an overview and focus on solving the actual problem. The unit analyzes the data collection was health facilities using quantitative and qualitative approaches.

**Results And Discussion:** The first-level health facilities (FKTP) as much as 272 units, 590 units needs. Puskesmas capitation average Rp. 4847, -. All hospitals are already working with BPJS and needs a bed in 1769, the highest available FKTP 1329. Utilization of Physician Practice. Government encourages open pratama clinics and doctors as well as provide opportunities practice at the PPDS.

**Conclusion:** The first-level health facilities are lacking. Doctors and dentists in the health centers are still less impact on the small capitation funds received. Local Government clinics and physician practices to encourage and develop the health center. Shortage of specialist doctors by maximizing all participants Medical Education Program Specialist of the Bengkulu Province can return by providing specialist medical support equipment and incentives.

**Keywords:** Equity Services, Access Services, Equity Health Care Financing.

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Jaminan Kesehatan Nasional dimulai pada Tahun 2014 secara bertahap menuju *Universal Health Coverage*. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pemberi pelayanan kesehatan yang terbatas,

penyebaran penduduk yang luas dan akses yang terbatas, menyebabkan kurang *supply* (penyediaan layanan) oleh pemerintah dan pihak lain, sehingga akan muncul ketidakmerataan pelayanan dan pembiayaan kesehatan.

**Tujuan:** mengetahui ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan serta upaya pemenuhan untuk mencapai *Universal Health Coverage* di Provinsi Bengkulu.

**Metode:** penelitian menggunakan rancangan metode analisis *formatif* Untuk menilai pelaksanaan kebijakan. Jenis penelitian deskriptif yang bersifat observasional, menyajikan Gambaran dan memusatkan pada pemecahan masalah aktual. Unit analisis fasilitas kesehatan. Pengumpulan data menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif.

**Hasil:** Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) sebanyak 272 unit, kebutuhan 590 unit. Kapitasi Puskesmas rerata Rp. 4.847,-. Semua rumah sakit sudah bekerja sama dengan BPJS dan kebutuhan tempat tidur 1769, tersedia 1329. Pemanfaatan FKTP tertinggi Dokter Praktek. Pemerintah mendorong buka klinik pratama dan praktek dokter serta memberi kesempatan Pendidikan Dokter Spesialis.

**Kesimpulan:** Fasilitas kesehatan tingkat pertama masih kurang. Dokter umum dan dokter gigi di Puskesmas masih kurang berdampak kepada kecil dana kapitasi yang diterima. Pemerintah Daerah mendorong klinik dan dokter praktek dan mengembangkan Puskesmas Perawatan. Kekurangan dokter spesialis dengan memaksimalkan semua peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis dari Provinsi Bengkulu dapat kembali dengan menyediakan peralatan penunjang medis spesialistik dan insentif .

**Kata Kunci :** Pemerataan Pelayanan, Akses Pelayanan, Pemerataan Pembiayaan Kesehatan.

#### PENGANTAR

Jaminan Kesehatan Nasional dimulai pada Tahun 2014 secara bertahap menuju ke *Universal Health Coverage* (UHC). Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. Perubahan pembiayaan menuju ke *Universal Coverage* merupakan hal yang baik namun mempunyai dampak dan risiko sampingan. Ketidamerataan ketersediaan

fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis, menimbulkan masalah baru berupa ketidakadilan antar kabupaten/kota dan kecamatan yang di Provinsi Bengkulu

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

Provinsi Bengkulu memiliki satu Kota dan Sembilan kabupaten dengan posisi memanjang dari Timur ke barat Pulau Sumatera dengan panjang sekitar 600 Km. Pemberi pelayanan kesehatan yang terbatas, penyebaran penduduk yang luas dan akses yang terbatas, menyebabkan kurang *supply* (penyediaan layanan) oleh pemerintah dan pihak lain, sehingga akan muncul ketidakmerataan pelayanan dan pembiayaan kesehatan.

Masyarakat di daerah terpencil tidak memiliki banyak pilihan fasilitas kesehatan untuk berobat, sementara di daerah perkotaan relatif providernya sudah banyak, maka penggunaan akan lebih sering, dengan *benefit package* yang tidak terbatas. Dikhawatirkan tanpa peningkatan *supply* di daerah tertentu, dana BPJS akan tersedot ke daerah-daerah perkotaan. Penyediaan pelayanan kesehatan tergantung pada infrastruktur di masyarakat, tanpa ada perbaikan infrastruktur dikhawatirkan pemerataan pelayanan kesehatan menjadi sulit. Pembiayaan investasi dan berbagai tindakan medik yang mungkin belum tercakup oleh BPJS, perlu dibahas peranan pemerintah daerah dalam memberikan pembiayaan kesehatan. Agar pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dapat merata menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan kepada peserta JKN di Provinsi Bengkulu, maka perlu dilakukan analisis ketersediaan fasilitas dan pencapaian *universal health coverage* untuk dimensi layanan kesehatan yang dijamin, dan proporsi biaya kesehatan yang dijamin di Provinsi Bengkulu

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui ketersediaan dan pemerataan pelayanan kesehatan,

upaya pemerataan fasilitas kesehatan dan pencapaian *universal Health coverage* untuk dimensi layanan kesehatan yang dijamin, dan proporsi biaya kesehatan yang dijamin di Provinsi Bengkulu menyusun skenario kemungkinan di masa mendatang dalam pelaksanaan JKN di Provinsi Bengkulu. Penelitian ini merupakan penelitian monitoring yang akan berjalan dari Tahun 2014 sampai dengan Tahun 2019.

## **BAHAN DAN CARA PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan rancangan metode analisis *formatif* untuk menilai bagaimana program/kebijakan sedang diimplementasikan dan bagaimana pemikiran untuk memodifikasi serta mengembangkan sehingga membawa perbaikan<sup>1</sup>. Jenis data yang dikumpulkan kuantitatif dan kualitatif, data kuantitatif digunakan untuk melihat ketersediaan dan cakupan layanan kesehatan antara kabupaten/kota pada implementasi Jaminan Kesehatan Nasional.

Sumber data, pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu. Analisis Data, analisis data dibandingkan antar kabupaten/kota, standar yang ditetapkan berdasarkan peraturan yang ada, sistem kesehatan menurut WHO, Peta Jalan Menuju JKN 2012-2019<sup>2</sup> dan perencanaan berdasar skenario (*scenario planning*)<sup>3,4</sup>.

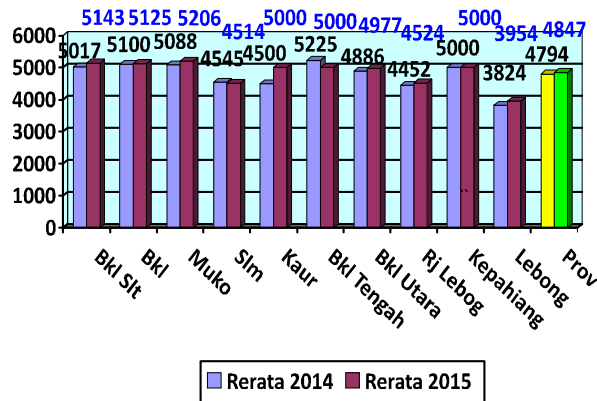
## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

Jumlah fasilitas Kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau pelayanan kesehatan primer yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan se Provinsi Bengkulu pada Mei Tahun 2014 Puskesmas 180 unit, Dokter Praktek Pratama 46 unit, Klinik Pratama 3 unit, pada Maret Tahun 2015 Puskesmas 180 unit, Dokter Praktek Pratama 65 unit dan Klinik Pratama 27 Unit (BPJS Kesehatan). Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang bekerja sama dengan BPJS Tahun 2014 sebanyak 229 unit dan Tahun 2015 sebanyak 272 unit terjadi peningkatan 18,78%.

Berdasarkan Peta Jalan Menuju JKN 2012-2019<sup>2</sup> rasio dokter umum 1 : 3000 penduduk, hal ini sama dengan rasio fasilitas pelayanan kesehatan primer/ PPK I dengan jumlah penduduk. Kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Provinsi Bengkulu sebanyak 590 unit. Pada awal Tahun 2014 yang tersedia 229 unit dan Tahun 2015 tersedia 272 unit.

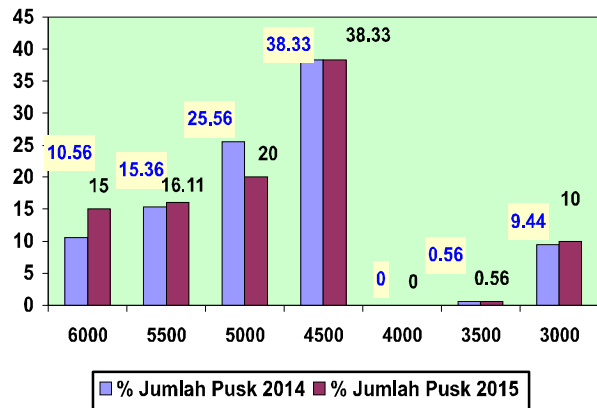
Puskesmas sebagai salah satu FKTP dibayar dengan sistem kapitasi, besaran kapitasi antara Rp3.000,00 s.d Rp6000,00. rata-rata kapitasi se Provinsi Bengkulu Oktober 2014 sebesar

Rp4.794,00. Maret 2015 sebesar Rp4.847,00 terjadi kenaikan 17,51%, lebih rinci dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Rata-rata kapitasi Bulan Oktober 2015 Maret 2015 Se Provinsi Bengkulu

Persentase jumlah Puskesmas berdasarkan besaran kapitasi antara Rp3.000,00 s.d Rp6000,00 Oktober 2014 dan Maret 2015 se Provinsi Bengkulu dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Persentase Jumlah Puskesmas Berdasarkan Besaran Kapitasi Bulan Oktober 2014 dan Maret 2015 se Provinsi Bengkulu

Pada Gambar 2 dapat dilihat persentase terbanyak jumlah puskesmas dengan besaran kapitasi Rp4.500,00 dari maksimal Rp6.000,00 . Kondisi ini memperlihatkan Puskesmas masih ada belum dokter dan dokter gigi.

Persentase kunjungan peserta bulan Pebruari 2015 tertinggi di FKTP Klinik Pratama 19,71%, Dokter Praktek Pratama 12,46% dan terendah di Puskesmas 3,76%. Sedangkan rata persentase rujuk-

an dari kunjungan tertinggi di Puskesmas 18,78%, Dokter Praktek Pratama 12,41% dan terendah di Klinik Pratama 8,42% (BPJS Kesehatan).

Berdasarkan Peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019, target satu dokter umum melayani 3000 jiwa penduduk. Dokter umum disamakan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), maka kebutuhan FKTP se Provinsi Bengkulu pada Tahun 2019 sebanyak 590 unit. Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan untuk program jaminan kesehatan. Bagaimana kebijakan pemerintah untuk dapat melengkapi, sehingga pemerataan pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat terwujud. Pemenuhan fasilitas kesehatan ini memerlukan sumber daya manusia antara lain dokter umum, dokter gigi yang sampai saat ini Provinsi Bengkulu masih kurang, terbukti dana kapitasi di Puskesmas tidak dapat terserap maksimal. Penambahan Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan primer/tingkat (FKTP) pertama sangat tergantung kepada dana alokasi khusus (DAK), kondisi ini tidak akan dapat memenuhi kebutuhan kebutuhan FKTP pada Tahun 2019. *Equity* kesehatan sering kali dipahami sebagai keadilan dan pemerataan untuk pelayanan kesehatan. Fokus *equity* kesehatan ini pada kemudahan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan dan memperoleh pelayanan dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Perlu dipelajari mengenai *equity* geografis dan *equity* sosial-ekonomi. Tiga dimensi *equity* dalam kesehatan dapat dibagi menjadi : a) *equity* dalam status kesehatan; b) *equity* dalam penggunaan layanan kesehatan; c) *equity* dalam pembiayaan kesehatan<sup>5</sup>.

Anggaran untuk melakukan kontrak dalam upaya memenuhi kebutuhan dokter umum dan dokter gigi di puskesmas sangat sulit dipenuhi dalam oleh APBD Kabupaten. Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12/2013 Tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden RI Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden No. 12/2013 Tentang Jaminan Kesehatan, Pasal 34 ayat (1) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi. Ayat (2) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa : a. penggantian uang tunai; b. pengiriman tenaga kesehatan; atau c. penyediaan fasilitas kesehatan tertentu<sup>6</sup>.

Dinas Kesehatan Kabupaten dan BPJS perlu membentuk tim verifikasi bagi masyarakat yang jauh atau tidak tersedia fasilitas kesehatan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS. Dalam *World Health Report* Tahun

2010, dicantumkan 3 dimensi dalam mencapai cakupan semesta<sup>5</sup> yaitu: 1) seluruh penduduk menjadi peserta jaminan kesehatan; 2) Pelayanan kesehatan yang *benefit package* meliputi pelayanan komprehensif (preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif). Wajib disediakan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah seperti puskesmas, klinik, praktek dokter dan rumah sakit; 3) Pembiayaan bagi penerima bantuan iuran dibayar oleh pemerintah, masyarakat yang mampu membayarkan premi.

Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama/pelayanan kesehatan primer akan mempengaruhi paket pelayanan yang disediakan oleh BPJS kepada peserta, kondisi ini perlu di dukung dengan kebijakan agar BPJS memberi kompensasi uang untuk mengontrak tenaga kesehatan atau, mengirim tenaga kesehatan atau menyediakan fasilitas kesehatan dalam bentuk klinik pratama/prektik dokter, sehingga masyarakat dapat dengan mudah untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. BPJS wajib memberi kompensasi dalam upaya mewujudkan Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 point (3) paket manfaat medis dan non medis sudah sama untuk seluruh peserta, dan (4) fasilitas kesehatan telah tersebar memadai<sup>2</sup>. Penduduk yang menjadi peserta BPJS bukan sekedar jumlah yang dihitung untuk mencapai *universal coverage*, tetapi letak pemukiman penduduk yang tersebar dan geografis daerah yang luas serta banyak pegunungan, merupakan suatu kondisi alam yang tidak dapat dirubah sehingga pemenuhan fasilitas pelayanan kesehatan tidak dapat dihitung dengan rasio saja. Program-program pelayanan primer yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan pada masyarakat di negara berkembang kurang berhasil mempersempit kesenjangan pelayanan kesehatan antara masyarakat kurang mampu dan masyarakat mampu. Studi di Meksiko<sup>7</sup>, menemukan bahwa beberapa aspek pengiriman pelayanan primer memiliki efek independen penting pada mengurangi peluang pengaruh sosial untuk anak-anak yang sekarat. Sistem kesehatan yang berorientasi ke arah pelayanan primer (seperti di Inggris Raya) mengurangi kesenjangan dalam pelayanan kesehatan yang begitu menonjol<sup>8</sup>.

Daerah dengan rasio lebih tinggi dokter pelayanan primer untuk masyarakat memiliki biaya pelayanan kesehatan jauh lebih rendah dari pada daerah rasio yang rendah, sebagian karena pelayanan pencegahan lebih baik dan lebih rendah tarif rawat inap<sup>9</sup>. Analisis menunjukkan penurunan linear pengeluaran *Medicare* bersama dengan peningkatan penambahan dokter pelayanan primer, serta kualitas pelayanan

yang lebih baik<sup>10</sup>. Perawatan untuk penyakit umum pada masyarakat lebih mahal jika disediakan oleh spesialis dari jika disediakan oleh dokter umum, dengan tidak ada perbedaan hasil<sup>11</sup>. Enam mekanisme dapat menjelaskan dampak menguntungkan pelayanan primer pada kesehatan masyarakat, adalah: 1) lebih besar akses ke layanan yang dibutuhkan; 2) kualitas yang lebih baik; 3) fokus yang lebih besar pada pencegahan; 4) manajemen awal masalah kesehatan; 5) pengaruh kumulatif karakteristik pemberian pelayanan primer utama; 6) peran pelayanan primer dalam mengurangi pelayanan spesialis yang tidak perlu<sup>9</sup>. Tantangan utama untuk perhatian praktek pelayanan primer 1) mengakui dan mengelola masyarakat; 2) mencegah efek samping intervensi medis, 3) mempertahankan kualitas tinggi dari karakteristik penting praktek pelayanan primer; 4) meningkatkan ekuitas dalam layanan kesehatan dan kesehatan penduduk<sup>12</sup>. Pemerataan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) sangat bermanfaat bagi masyarakat, pemerintah dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, karena dapat mencegah penyakit, mengurangi biaya pelayanan dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Pemerintah Kabupaten/kota, Provinsi harus mendorong swasta dan perorangan untuk mendirikan FKTP di daerah-daerah sulit dan terpencil untuk pemerataan pelayanan.

### Fasilitas Kesehatan Rujukan

Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang bekerja sama dengan BPJS awal Tahun 2014 sebanyak 16 rumah sakit dan Tahun 2015 sebanyak 17 rumah sakit milih Pemerintah Daerah, TNI, Polri dan Swasta. Rasio ketersediaan fasilitas pelayanan rujukan tertinggi di Kota Bengkulu 1,88 per 100.000 penduduk, dan terendah Kabupaten Seluma 0,55 per 100.000. Sedangkan ratio tempat tidur paling tinggi di Kota Bengkulu 507 per 1000 penduduk dan terendah di Kabupaten Lebong 5375 per 1000 penduduk. Kebutuhan tempat tidur fasilitas kesehatan rujukan di rumah sakit se Provinsi Bengkulu pada Tahun 2019 memerlukan 1769 tempat tidur dengan rasio 1 : 100.000 penduduk. Kebutuhan tempat tidur fasilitas rujukan di rumah sakit se Kota Bengkulu telah mencukupi rasio tempat tidur, sedangkan kekurangan tempat tidur fasilitas rujukan di kabupaten dapat terpenuhi dengan mengoptimalkan tempat tidur Puskesmas Perawatan.

Pengembangan fasilitas kesehatan dasar dan rujukan yang dilakukan Pemerintah Kabupaten/Kota dan Provinsi sangat tergantung Dana Alokasi Khusus (DAK), Alakoasi DAK untuk fasilitas kesehatan dasar

pada Tahun 2014 Rp32,609 M dan Tahun 2015 Rp38,887 M kenaikan 19,25%. Alokasi DAK untuk fasilitas kesehatan rujukan Tahun 2014 Rp25,632 M dan Tahun 2015 Rp29,724 M kenaikan 15,69%. Alokasi dana untuk pengembangan fasilitas kesehatan sangat terbatas untuk dapat memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan dasar dan melengkapi fasilitas kesehatan rujukan. Pemerintah harus mendorong pihak swasta untuk dapat mengembangkan fasilitas kesehatan tingkat pertama termasuk fasilitas kesehatan rujukan.

### Pelayanan Spesialistik

Jumlah dokter spesialis di Provinsi Bengkulu pada Nopember 2013 sebanyak 54 spesialis atau 3 per 100.000 penduduk. Kebutuhan dokter spesialis di rumah sakit se Provinsi Bengkulu sebanyak 144 spesialis dan berdasarkan pemerataan pelayanan di dibandingkan dengan DKI Jakarta hasil monitoring program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014, Provinsi Bengkulu memerlukan 511 dokter spesialis. Kebutuhan dokter spesialis berdasarkan Renstra Kementerian Kesehatan RI 2009-2014 sebanyak 144 spesialis dapat dipehuni, jika seluruh peserta pendidikan dokter spesialis 84 orang Tahun 21013 yang berasal dari Provinsi Bengkulu kembali ke Provinsi Bengkulu. Sedangkan kebutuhan berdasarkan pemerataan dibandingkan DKI Jakarta tidak dapat dipehuni.

Elliott Fisher dan rekan, meneliti pelayanan *Medicare* yang diberikan kepada penduduk AS, menunjukkan bahwa semakin tinggi rasio spesialis per penduduk, semakin tinggi tingkat operasi, prosedur kinerja, dan pengeluaran; bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran di wilayah geografis, lebih banyak orang melihat kualitas dan hasil pelayanan spesialis baik untuk penyakit dan pelayanan pencegahan dari pada dokter pelayanan primer<sup>13</sup>. Pengembangan dokter pelayanan primer dengan kepentingan khusus di Inggris berhasil membuktikan mengurangi waktu tunggu untuk berkonsultasi dalam berbagai tipe<sup>14</sup>. Peningkatan ketersediaan layanan primer menyediakan layanan lebih layak dan jauh lebih murah dengan meningkatkan jumlah spesialis.

Mengingat bukti kuat bahwa memiliki lebih spesialis, atau lebih tinggi rasio spesialis dan penduduk menganugerahkan ada keuntungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan penduduk dan mungkin memiliki efek buruk ketika pelayanan spesialis tidak perlu, meningkatkan jumlah spesialis tidak dapat dibenarkan. Mungkin ada spesialis tertentu yang dalam jumlah cukup untuk memenuhi tertentu membutuhkan. Selain itu, ada bukti cukup bahwa peningkatan jum-

lah pelayanan dokter akan memiliki dampak yang menguntungkan pada kesehatan penduduk<sup>15</sup>.

Jumlah dan jenis dokter spesialis diperlukan untuk suatu daerah yang belum ada spesialis. Dokter spesialis bertugas di rumah sakit untuk memberi pelayanan rujukan yang bersifat spesialistik bukan umum, sehingga sistem rujukan harus lebih dioptimalkan.

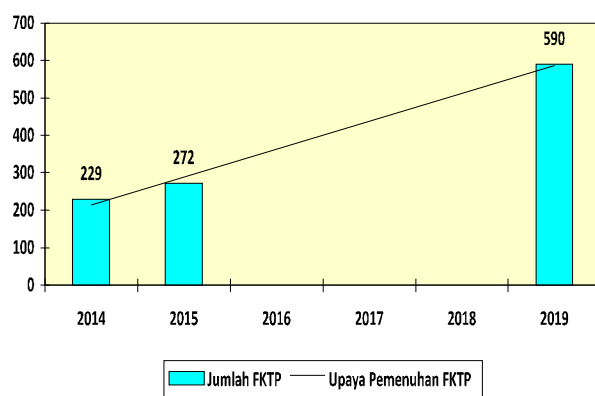
### Kebijakan *Universal Health Coverage*

Peta Jalan Menuju JKN 2012-2019<sup>2</sup> Indonesia menghendaki jaminan kesehatan untuk semua penduduk (dimensi I), menjamin semua penyakit (dimensi II) dan porsi biaya yang menjadi tanggungan penduduk (dimensi III) sekecil mungkin. WHO merumuskan tiga dimensi dalam pencapaian *universal coverage* yaitu : 1) seberapa besar prosentase penduduk yang dijamin; 2) seberapa lengkap pelayanan yang dijamin; 3) seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk.

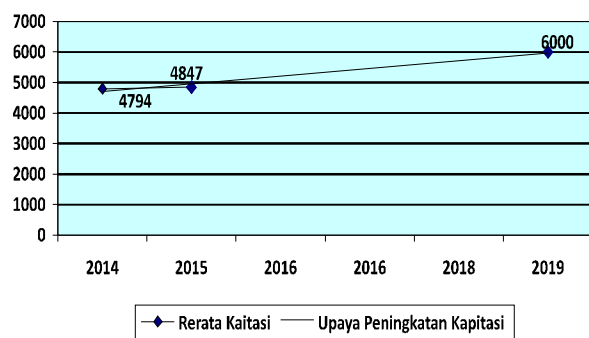
Pembiayaan kesehatan di Kabupaten/kota dan Provinsi bersumber dari APBD, APBN dan BPJS serta sumber lain yang tidak bisa dipastikan. Dalam konteks jaminan kesehatan, nasional *purchasing* meliputi besaran paket manfaat, daftar tarif, kontrak provider, akreditasi, mekanisme pembayaran ke pengguna, mekanisme klaim, sistem pencegahan fraud, dan lain sebagainya. *Purchasing* terkait dengan ketersediaan fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia<sup>16</sup>. Keterbatasan ketersediaan fasilitas kesehatan yang tidak dilengkapi dengan jumlah dan jenis tenaga berdampak rendah kapitasi yang diterima oleh Puskesmas dan klaim pelayanan dengan katagori ringan.

Kerangka konsep ini menjadi dasar untuk menyusun beberapa skenario yang mungkin terjadi di dalam perjalanan kebijakan JKN pada Tahun 2014 sampai dengan 2019 dalam kaitannya dengan keadilan geografis dan keadilan sosial-ekonomi. Perencanaan berbasis skenario perencanaan berdasar skenario bukan merupakan kegiatan untuk memilih alternative, akan tetapi lebih untuk memahami bagaimana tiap kemungkinan akan berjalan. Pemerintah Pusat, Provinsi dan kabupaten/kota dapat mempersiapkan diri untuk menghadapi berbagai kemungkinan di masa mendatang dengan dilaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional. Perencanaan skenario adalah alat bantu pengambil kebijakan untuk melihat kemungkinan ke depan yang penuh ketidak-pastian. Dalam Jaminan Kesehatan Nasional, skenario optimis adalah peta jalan<sup>2</sup> (*Road Map*) yang disusun oleh pemerintah Indonesia. Peta jalan ini menyatakan bahwa di Tahun 2019 Indonesia menghendaki jamin-

an kesehatan untuk semua penduduk (dimensi I), menjamin semua penyakit (dimensi II) dan porsi biaya yang menjadi tanggungan penduduk (dimensi III) sekecil mungkin. Pencapaian UHC harus diupayakan dengan menambah jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai dengan rasio yang ditetapkan Gambar 3. Melengkapi jumlah dan jenis tenaga di Puskesmas sehingga kapitasi dapat maksimal dan pelayanan dapat bermutu serta ada pemerataan pembiayaan Gambar 4.



Gambar 3. Upaya Pemenuhan Jumlah FKTP Sampai Tahun 2019



Gambar 4. Upaya Pemenuhan Jumlah dan Jenis Tenaga FKTP untuk Mendapat kapitasi Maksimal Sampai Tahun 2019

Skenario optimis ini di gambarkan bahwa dalam waktu lima Tahun, semua kabupaten telah dapat mencapai jumlah FKTP sesuai ketentuan dan jumlah dan jenis telah dapat dipenuhi sehingga mendapatkapitasi yang maksimal. Skenario ini didasarkan atas beberapa asumsi diantaranya: ketersediaan FKTP; ketersediaan SDM kesehatan dapat merata; pemerintah pusat, kabupaten/kota dan provinsi mempunyai dana investasi untuk menyeimbangkan dalam memenuhi fasilitas pelayanan kesehatan pada

program Jaminan Kesehatan Nasional.

Upaya pencapaian tujuan *Universal Health Coverage* di Tahun 2019 dengan menggunakan Road Map ini ada berbagai asumsi sebagai berikut: 1) Pemerintah, Pemerintah Kabupaten/kota dan Provinsi mengembangkan Puskesmas dan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan di daerah yang secara geografis sulit, jika ingin pemerataan fasilitas dan tenaga kesehatan sehingga daerah yang baik dan buruk tidak berbeda jauh; 2) Pemerintah Kabupaten dan Provinsi mengalokasikan insentif bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil, dan insentif bagi dokter spesialis di rumah sakit sehingga akses dapat sama antara daerah buruk dan baik; 3) Pemerintah mengalokasikan dana untuk pengadaan peralatan penunjang medis spesialis di rumah sakit, sehingga dokter spesialis dapat menjalankan tugas, melakukan penambahan fasilitas kesehatan/PPK dan infrastruktur sehingga akses dapat sama antara daerah buruk dan baik;

Di Ghana, Skema Asuransi Kesehatan Nasional meliputi sektor formal dan informal untuk rawat jalan dan rawat inap layanan di fasilitas publik dan swasta yang terakreditasi. Meskipun niat kebijakan yang baik dan komitmen negara untuk ekuitas, mekanisme pembiayaan regresif bertahan di Tanzania, Ghana dan Afrika Selatan, obat dan staf kekurangan, jarak jauh dan tinggi biaya perjalanan, persepsi dan pengalaman kualitas layanan yang buruk, dan sumber daya sektor swasta sering lebih baik<sup>17</sup>. Penyusunan strategis dapat meningkatkan kinerja sistem kesehatan dengan mengedepankan kualitas, efisiensi, pemerataan dan responsif terhadap penyediaan pelayanan kesehatan dan, dengan demikian hal ini dapat mendorong tercapainya *Universal Health Coverage*<sup>18</sup>. Prinsip cakupan universal dibangun untuk memastikan baik perlindungan keuangan dan akses ke pelayanan diperlukan untuk semua anggota masyarakat; elemen ini merupakan kondisi yang diperlukan untuk ekuitas sistem kesehatan<sup>19</sup>.

Kebijakan pemerintah, pemerintah provinsi dan Kabupaten/kota harus berfokus untuk menjamin pembiayaan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu membayar iuran, menjamin pemerataan fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia ke daerah yang sulit dan terpencil, sehingga tidak ada perbedaan akses dan mutu pelayanan yang diterima.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) masih kurang untuk dapat memenuhi kebutuhan pada Tahun 2019. Ketersediaan dokter

umum, di Puskesmas masih terbatas sehingga kapasitas tidak maksimal. Ketersediaan dokter spesialis masih terbatas sehingga pelayanan dibandingkan dengan standar dan ketersediaan di Provinsi lain.

### Saran

Mengalokasikan bantuan pendidikan dokter spesialis dan peralatan menunjang medik spesialis yang masih kurang; Membuat kebijakan wajib kerja bagi dokter spesialis. Pemerintah Provinsi, Kabupaten/kota: Memberikan insentif bagi dokter umum, dokter spesialis dan menyusun strategi bersama Pemerintah Pusat dan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan jumlah fasilitas dan jenis tenaga, jika ingin mewujudkan pemerataan akses dan mutu pelayanan; Mengangkat tenaga dokter dan dokter gigi untuk Puskesmas, memberi rekomendasi pendidikan dokter spesialis bagi dokter umum non PNS untuk memenuhi kekurangan tenaga; Mengalokasikan bantuan pendidikan dokter spesialis dan pengadaan peralatan menunjang medik spesialis. BPJS Kesehatan memberikan kompensasi berupa kebijakan : a) penggantian uang tunai; b) pengiriman tenaga kesehatan; dan c) penyediaan fasilitas kesehatan tertentu.

### REFERENSI

1. Buse. K, Mays N, Gill W. Making Health Policy. Open University Press. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London.2005.
2. GTZ, AUSAID, Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Disusun bersama dan di dukung GTZ, AUSAID. Jakarta. 2012.
3. Ringland, Gill. Scenario Planning Managing For The Future. Gill Ringland foreword by Peter Schwartz, Wiley, www.wiley.co.uk/ www.wiley.com
4. Scarce D, Fulton K, What if? The art of Scenario Thinking for Notprofit. GBN Global Business, Copyright 2004 Global Business Network.
5. WHO. World Health Report 2010: Health Systems Financing The Path To Universal Coverage. Geneva: WHO; 2010.
6. Peraturan Presiden RI Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
7. Reyes, H., R. Perez-Cuevas, J. Salmeron, P. Tome, H. Guiscafere, and G. Gutierrez. 1997. Infant Mortality Due to Acute Respiratory Infections: The Influence of Primary Care Processes. Health Policy and Planning 12:214–23.
8. Agency for Healthcare Research and Quality,. 2004 National Healthcare Disparities Report. AHRQ Publication, 2004. no. 05-0014. Rockville, Md.
9. Starfield B, Shi L, Macinko. J, Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 3, 2005 (pp. 457–502)@\_c 2005 Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing.
10. Baicker, K., Chandra A, Medicare Spending, the Physician Workforce, and Beneficiaries' Quality of Care. Health Affairs, 2004, W4:184–97 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.184v1.pdf>).
11. Whittle, J, Lin, C.J, Lave, J.R, Fine, M,J, Delaney, K.M. Joyce, D,Z, Young, W,W, Kapoor, W,N, Relationship of Provider Characteristics to Outcomes, Process, and Costs of Care for Community-Acquired Pneumonia. Medical Care, 1998, 36:977–87.
12. Starfield, B. New Paradigms for Quality in Primary Care. British Journal of General Practice, 2001,51: 303–9.
13. E.S. Fisher et al., "The Implications of Regional Variations in Medicare Spending, Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care," *Annals of Internal Medicine* 138, no. 4 (2003): 273–287; and E.S. Fisher et al. "The Implications of Regional Variations in Medicare Spending, Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care," *Annals of Internal Medicine* 138, no. 4 (2003): 288–298.
14. A. Nocon and B. Leese, "The Role of U.K. General Practitioners with Special Clinical Interests: Implications for Policy and Service Delivery," *British Journal of General Practice* 54, no. 498 (2004): 50–
15. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J, The Effects Of Specialist Supply On Populations' Health: Assessing The Evidence. <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w5.97v1>
16. Kutzin, J., Cashin, C., Jakab, M, Implementing Health Financing Reform 2010, Geneva: World Health Organization (WHO)
17. Macha J, Harris B, Garshong B, Ataguba JE, Akazili J, Kuwawenaruwab A, Borghi J, Factors influencing the burden of health care financing and the distribution of health care benefits in Ghana, Tanzania and South Africa. Health Policy and Planning 2012;27:i46–i54 doi:10.1093/heapol/czs024

18. Kutzin, J., Cashin, C., Jakab, M. Implementing Health Financing Reform. Geneva: World Health Organization (WHO), 2010.
19. WHO. World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization. 2008.