

**KEBIJAKAN PEMBIAYAAN KESEHATAN
TERHADAP MASYARAKAT MISKIN
DALAM PENCAPAIAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE
DI KABUPATEN BANJAR**

***HEALTH FINANCING POLICY FOR THE POOR IN ACHIEVING
UNIVERSAL HEALTH POLICY IN BANJAR REGENCY***

Annida

Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tanah Bumbu,
Jl. Lokalitbang Gunung Tinggi Batulicin Tanah Bumbu, Kalimantan Selatan, Indonesia
e-mail: annidahasan@gmail.com

Diserahkan: 16/06/2020, Diperbaiki: 01/09/2020, Disetujui: 12/10/2020

DOI: 10.47441/jkp.v15i2.131

Abstrak

Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) diwujudkan melalui kepesertaan JKN-BPJS Kesehatan oleh seluruh rakyat Indonesia. Tidak semua masyarakat miskin menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), sedangkan sejak tahun 2020 kebijakan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) mulai dihapus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pencapaian UHC yang dilakukan oleh pemerintah, khususnya dalam pembiayaan kesehatan terhadap masyarakat miskin. Penelitian analitik-kualitatif dilaksanakan secara *cross sectional* pada 2019. Pengumpulan data dilakukan melalui *indepth interview* secara *purposive sampling* pada Dinas Kesehatan, Bappeda, dan Dinas Sosial Kabupaten Banjar. Analisis data dengan cara reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Pemerintah Kabupaten Banjar melalui forum TKPKD melibatkan CSR untuk membantu pembiayaan kesehatan terhadap masyarakat miskin yang berada di luar PBI, namun masih terjadi kendala dalam sinkronisasi BDT, sehingga menjadi hambatan dalam memperhitungkan anggaran pembiayaan kesehatan. Pemerintah perlu meningkatkan kuota alokasi anggaran PBI. Masyarakat yang mampu harus didorong menjadi peserta BPJS mandiri, sehingga pembiayaan PBI dialihkan pada masyarakat yang benar-benar miskin. Koordinasi lintas sektor maupun lintas program harus terintegrasi dalam Sistem Pelayanan dan Rujukan Terpadu (SLRT).

Kata Kunci: Kebijakan Finansial, Pembiayaan Kesehatan, JKN-BPJS

Abstract

Achievement of Universal Health Coverage (UHC) are achieved through the participation of JKN - Health BPJS by all Indonesian. Not all poor people were the premium assistance beneficiary, while since 2020 regional health insurance was abolished. The study aims to determine the UHC achievements by the governments, particularly in health financing for the poor. This research uses an Analytic-qualitative approach with cross sectional method and conducted in 2019. Data collection through in-depth interviews with purposive sampling at the Regional Public Health Office, Regional Planning and Development Office, and Social Service in Banjar Regency. The stages for Analysis consist of data reduction, presentation and data collection. Banjar Regency government involves CSR at TKPKD forum to cover health financing for the poor and underprivileged outside the premium assistance beneficiary, but there were gaps in the unified database



This work is licenced under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

synchronization, which can be an obstacle in projecting the health financing and budgeting. The government needs to increase the premium assistance beneficiary quota. The mid-income people or people who can afford health insurance should join the independent universal healthcare participants, so that premium assistance beneficiary is designated only for poor. Coordination across sectors and programs must be integrated in SLRT.

Keywords: *Financial Policy, Health Financing, Universal Health Coverage, JKN-BPJS.*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang utama. Setiap individu berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab untuk mengatur terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya, termasuk bagi masyarakat miskin yang tidak mampu. Nilai suatu kesehatan sangat mahal harganya, karena seluruh aktivitas manusia dapat dipengaruhi oleh kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat sangat penting dalam rangka meningkatkan produktivitas penduduk Indonesia (Atsmana 2015).

Berdasarkan Undang Undang Dasar 1945 Pasal 28 dan Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Perlindungan hukum terhadap pelayanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat miskin diarahkan untuk dapat menerapkan prinsip yang menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat (Pemerintah Republik Indonesia 1945; Pemerintah Republik Indonesia 2009). Penerapan perlindungan hukum dan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat meliputi pengaturan terhadap esensi pembangunan kesehatan, pendanaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Sudjadi et al. 2017). Kebijakan yang telah diterapkan di kabupaten/kota meliputi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), dan Jaminan Persalinan (Jampersal), namun di tahun 2020 kebijakan tersebut mulai dihapus, dan di sisi lain seluruh penduduk Indonesia harus sudah menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) (Hartini, Sudrajat, dan Bintoro 2012).

Universal Health Coverage atau cakupan kesehatan semesta merupakan amanat konstitusi yang mewakili pemerintah dalam rangka memberikan jaminan kesehatan terhadap warga negaranya sepenuhnya atau paling sedikit 95% dari jumlah penduduk yang dapat mengakses layanan kesehatan yang tersedia. Seluruh masyarakat memiliki akses ke pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan, kapan saja dan dimana saja mereka membutuhkannya tanpa kesulitan finansial. Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program pelayanan kesehatan dari pemerintah yang berwujud Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, dengan sistem asuransi, yaitu adanya kewajiban dalam membayar iuran secara rutin setiap bulan sesuai dengan layanan kesehatan (kelas) (Retnaningsih 2018).

Sesuai Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJNS), maka peserta JKN adalah seluruh masyarakat Indonesia, sehingga dengan adanya JKN maka seluruh rakyat Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik. Kepesertaan JKN bersifat wajib, tidak terkecuali bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Pemerintah Republik Indonesia 2004; Rini 2015). Iuran BPJS pertama kali diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Pemerintah Republik Indonesia 2013). Masyarakat miskin dan tidak mampu yang didaftarkan oleh pemerintah daerah berdasarkan Basis Data Terpadu (BDT), dibayarkan oleh pemerintah daerah sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Peserta PBI dari pemerintah yang terdiri dari golongan fakir miskin dan masyarakat tidak mampu berhak mendapatkan layanan kesehatan kelas III. Permasalahan

terjadi pada masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak termasuk dalam peserta PBI, karena tidak lagi mendapatkan aspek legalitas dalam memperoleh bantuan pembiayaan kesehatan daerah yang selama ini dapat dijamin dalam program Jamkesda. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan persepsi dan langkah yang diambil oleh pemerintah daerah Kabupaten Banjar dalam menuju pencapaian UHC, yang diutamakan pada kebijakan pembiayaan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat analitik dengan desain *cross sectional*, dilaksanakan tahun 2019, saat pandemi global Covid-19 belum terjadi, dan kenaikan iuran BPJS masih berupa isu. Metode penelitian secara kualitatif, dan pengumpulan data dilakukan melalui *indepth interview*. Informan penelitian adalah pemerintah daerah yang ditentukan secara *purposive sampling* sebanyak 3 orang yang berperan sebagai pemegang kebijakan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, Bappeda Kabupaten Banjar, dan Dinas Sosial Kabupaten Banjar. Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan tahapan reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Peran dan Koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar dalam Pencapaian UHC

Informan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar menyatakan bahwa program kesehatan, pendidikan dan infrastruktur merupakan prioritas utama dari misi Bupati Banjar. “..menurut Bupati, apapun yang terkait dengan masalah kesehatan, beliau pasti akan mengambil tindakan sepanjang pelayanan kesehatan itu dilayani..” Data Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) tahun 2013 menyebutkan Kabupaten Banjar berada pada peringkat terakhir dari 13 kabupaten/kota se Provinsi Kalimantan Selatan, namun di tahun 2018 naik menjadi peringkat ke-7. Menurut informan, keberhasilan kenaikan IPKM tersebut bukan merupakan keberhasilan dari upaya Dinas Kesehatan saja, melainkan hasil kerjasama lintas sektor dan forum sebagai kesatuan komitmen menciptakan kebersamaan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Informan memaparkan bahwa permasalahan dalam pencapaian UHC di Kabupaten Banjar cukup berat. Data kabupaten menunjukkan sebanyak 27.615 masyarakat miskin yang belum terakses atau terintegrasi dalam cakupan layanan JKN-BPJS. Informan menyebutkan bahwa dari 500 ribu penduduk Kabupaten Banjar, hanya 54% yang telah masuk ke dalam program BPJS Kesehatan. Bahkan dari 54% tersebut, sudah termasuk peserta PBI yang diambil dari data BDT. Banyak hal yang mempengaruhi keadaan tersebut, antarlain kondisi geografis wilayah Kabupaten Banjar. Wilayah Kabupaten Banjar berbatasan dengan wilayah 8 kabupaten/kota. Sekitar 90% dari 54% penduduk yang telah masuk program BPJS Kesehatan berdomisili di wilayah perkotaan, sedangkan sisanya tinggal di wilayah pelosok.

Masalah aksesibilitas pelayanan kesehatan masih menjadi kendala di banyak daerah terutama pedesaan, terpencil dan kepulauan, sehingga memperluas distribusi tenaga kesehatan dan meningkatkan kapasitas fasilitas kesehatan termasuk mengatasi kendala jarak dan transportasi merupakan upaya yang masih harus dilanjutkan untuk memudahkan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan (Gani 2015). Banyak masyarakat yang belum mengikutsertakan diri sebagai peserta JKN, disebabkan karena masih kurangnya sosialisasi pemerintah terhadap masyarakat. Hambatan dalam mengimplementasikan kebijakan ini antara lain masih kurangnya fasilitas penunjang dan masih kurangnya sumber daya manusia yang tersedia untuk memberikan pelayanan (Djiko, Arimawa, dan Tangkau 2018).

Sekretaris Daerah Kabupaten Banjar menekankan agar pencapaian UHC diupayakan setidaknya di tahun 2021, sedangkan kebijakan Jamkesda akan mulai dihapus di tahun 2020. Sehingga pemerintah daerah berupaya keras memikirkan dana, baik dari CSR atau

anggaran lainnya sehingga dapat membantu masyarakat yang tidak mampu. Optimalisasi pelayanan bagi masyarakat miskin dapat dilakukan melalui peningkatan pemerataan. Pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dilaksanakan melalui penempatan tenaga dokter dan paramedis terutama di puskesmas dan rumah sakit di daerah tertinggal; Peningkatan ketersediaan, pemerataan, mutu, dan keterjangkauan harga obat dan perbekalan kesehatan yang diutamakan untuk masyarakat miskin. Selanjutnya sebagai tindak lanjut dinas kesehatan antara lain melakukan peningkatan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Gasim 2015).

Pencapaian UHC ditunjukkan dengan kepesertaan seluruh masyarakat sebagai peserta JKN. Salah satu kendala di Kabupaten Banjar adalah dalam hal menarik masyarakat untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan, terutama dalam memenuhi syarat harus mempunyai rekening tabungan sebagai akun untuk pembayaran iuran. Kabupaten Banjar dijuluki sebagai "*Kota Serambi Mekkah*", karena dinilai sangat religius dibandingkan kabupaten/kota lainnya di Kalimantan Selatan. Masyarakat yang religius dan fanatik menghindari penggunaan tabungan karena dianggap sebagai riba. Hal ini yang menyebabkan sebagian besar masyarakat enggan untuk masuk menjadi peserta BPJS secara mandiri, meskipun mereka mampu secara ekonomi. Informan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar mempertegas: "*..Banyak orang-orang kaya disini yang gak mau menabung di bank. Karena syaratnya dengan buka tabungan..*".

Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar telah melakukan sosialisasi yang luar biasa maksimal, namun tanggapan masyarakat di masing-masing wilayah berbeda. Ada sebagian masyarakat menerima persyaratan tersebut, namun akses untuk melakukan pembayaran iuran BPJS, bahkan akses untuk menuju ke fasilitas pelayanan kesehatan pun sangat sulit. Kondisi geografis wilayah Kabupaten Banjar tergolong sulit. Biaya yang dikeluarkan untuk akses tersebut jauh lebih besar dibandingkan beban iuran yang dibayarkan. Masyarakat lebih memilih untuk menunggu pelayanan kesehatan, misalnya mantri keliling yang sampai saat ini masih ditemukan di pelosok, meskipun dinas kesehatan kabupaten telah berulang kali memberikan teguran agar kegiatan tersebut tidak menjadi penghambat dalam pemberlakuan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat.

Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar juga mengharapkan adanya kerjasama dari pihak BPJS agar dapat membantu masyarakat dalam pencapaian UHC, mengupayakan agar cakupan meningkat, tidak hanya menunggu hasil sosialisasi dari dinas kesehatan saja. Kenaikan iuran BPJS Kesehatan di sisi lain akan menyebabkan masalah menjadi semakin berat. Peserta layanan kesehatan kelas III yang dulunya mandiri, akibat adanya kenaikan iuran menjadi tidak mampu untuk membayar, sehingga status masyarakat yang tadinya mandiri akan berubah menjadi masyarakat tidak mampu, dan pada akhirnya akan menjadi tanggungan pemerintah daerah. Bahkan menurut informan, ada juga peserta BPJS mandiri, namun iurannya dibayarkan oleh orang lain, misalnya keluarga, dan kemudian terhenti. Informan menyampaikan bahwa meskipun demikian, jika dibandingkan dengan Jamkesda, anggaran untuk pembiayaan BPJS lebih ringan, dengan perbandingan 1 orang bias menghabiskan dana Jamkesda antara 1-10 juta, sedangkan dana yang dibutuhkan untuk iuran BPJS untuk 1 keluarga saja hanya 1,2 jutaan dalam setahun.

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, data peserta PBI adalah kewenangan Dinas Sosial Kabupaten Banjar untuk menentukan siapa dan berapa jumlah masyarakat yang tergolong dalam BDT maupun non BDT. Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar menetapkan besaran anggaran yang diperlukan untuk PBI di luar Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) berdasarkan data BDT. Informan mengharapkan peran koordinasi dinas sosial dalam hal ini, karena peran dinas sosial adalah menentukan jumlah masyarakat miskin dan peran dinas kesehatan adalah menghitung besaran anggaran yang diperlukan untuk PBI di luar APBN berdasarkan data dari dinas sosial tersebut.

Peran dan Koordinasi Bappeda Kabupaten Banjar dalam Pencapaian UHC

Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) sebagai lembaga teknis daerah di bidang penelitian dan perencanaan pembangunan daerah dipimpin oleh seorang kepala badan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala daerah. Berdasarkan persepsi Bappeda, misi utama Kabupaten Banjar sesuai dengan Visi – Misi Bupati, yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan pelayanan dari segi ketersediaan fasilitas dan memberikan kemudahan akses menuju ke pelayanan kesehatan. Kabupaten Banjar terdiri dari 20 kecamatan, 277 desa dan 13 kelurahan, merupakan wilayah kabupaten terluas ketiga di Provinsi Kalimantan Selatan setelah Kabupaten Kotabaru dan Tanah Bumbu. Informan dari Bappeda menjelaskan bahwa wilayah Kabupaten Banjar mempunyai jarak yang saling berjauhan, beberapa desa harus dicapai melalui jalur sungai, dan ada yang harus melewati beberapa kabupaten.

Peran Bappeda dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat terdapat dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD). Kesehatan merupakan prioritas utama setelah pendidikan, dan setiap tahunnya masuk dalam Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) prioritas. Informan mengungkapkan bahwa dalam rangka mendukung UHC, Kabupaten Banjar membentuk Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) yang diketuai oleh Wakil Bupati Banjar. Bappeda berperan sebagai Sekretaris dan Sekretariat TKPKD. Tim TKPKD didukung oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) lainnya yang terbagi dalam beberapa kelompok kerja (pokja), sehingga penanggulangan kemiskinan bukan hanya pada sektor kesehatan saja, melainkan dilaksanakan sesuai tugas dan fungsi masing-masing SKPD, misalnya pokja kewilayahan yang dilaksanakan oleh semua camat.

Bappeda mengungkapkan permasalahan pada nasib masyarakat yang berada di luar BDT yang selama ini tidak terfasilitasi dalam program JKN-BPJS namun diatasi dengan dana Jamkesda. Tahun 2020, anggaran Jamkesda ditiadakan, sedangkan program UHC harus tercapai. Informan mengeluhkan tentang isu kenaikan iuran BPJS sedangkan anggaran Jamkesda tidak boleh dianggarkan lagi di tahun 2020, padahal UHC harus segera tercapai. Sebanyak 29.000 orang miskin di Kabupaten Banjar yang masuk data BDT telah dianggarkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja (APBD) untuk dibayarkan dalam program BPJS sebagai peserta PBI, namun masih ada ribuan lebih penduduk yang belum tercakup dalam program JKN/BPJS dan tidak termasuk dalam BDT. Data Sistem Pelayanan dan Rujukan Terpadu (SLRT) melaporkan sebanyak 1.133 orang (data non BDT) pada tahun 2020 tidak lagi menerima pelayanan Jamkesda sehingga ketika diwajibkan dalam kepesertaan BPJS, mereka terpaksa harus membayar premi secara mandiri, padahal secara kemampuan mereka masih tergolong masyarakat dengan ekonomi yang rentan bergeser dari mampu menjadi tidak mampu, dari tidak mampu menjadi miskin, mereka ini lah yang harus dipikirkan nasibnya di tahun 2020 dan seterusnya. Pembayaran pasien dalam Jamkesda selama ini terbilang cukup ringan karena biaya yang ditanggung tergantung pada penyakit yang diderita, dan tentunya pada kategori layanan kesehatan kelas III.

Informan menjelaskan bahwa untuk masyarakat yang mendekati miskin, berdasarkan data dari Kementerian Sosial, terdapat klasifikasi desil 1, desil 2, desil 3 dan desil 4, untuk selanjutnya data tersebut diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial setiap 3 bulan. Setiap 3 bulan, Kementerian Sosial akan mengeluarkan SK tentang daftar masyarakat yang tergolong miskin dan rentan miskin, sesuai klasifikasinya. Perhitungan dari Bappeda secara finansial sebanyak 40% untuk mengantisipasi perubahan data, yaitu jika misalnya terdapat data dari masyarakat yang semula miskin, kemudian menjadi tidak miskin. Data yang dikelola oleh Kementerian Sosial tersebut dapat dimanfaatkan oleh semua SKPD secara bersurat. Sebelum melakukan penganggaran dalam kegiatan di forum gabungan, maka setiap kegiatan dengan target sasaran telah memiliki data tersebut, misalnya jika kabupaten memiliki program bedah rumah, bantuan sembako, maka SKPD menggunakan data dari Kementerian Sosial tersebut.

Berdasarkan cerita informan, dalam beberapa kali rapat tim TKPKD mengundang forum *Corporate Social Responsibility* (CSR) Kabupaten Banjar untuk membicarakan permasalahan dihapusnya anggaran Jamkesda di tahun 2020 dan solusinya. Tim TKPKD menawarkan wacana menanggung pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak termasuk dalam BDT oleh CSR. *Corporate Social Responsibility* atau tanggung jawab sosial perusahaan adalah suatu konsep bahwa organisasi memiliki berbagai bentuk tanggung jawab terhadap seluruh pemangku kepentingannya, yang di antaranya adalah konsumen, karyawan, pemegang saham, komunitas dan lingkungan dalam segala aspek operasional perusahaan seperti terhadap masalah-masalah yang berdampak pada lingkungan seperti polusi, limbah, keamanan produk, dan tenaga kerja. Kabupaten Banjar mempunyai forum CSR yang terdiri dari CSR beberapa perusahaan yang berdiri di wilayah Kabupaten Banjar, dengan komitmen yang salah satunya adalah berkontribusi untuk peningkatan ekonomi bersamaan dengan peningkatan kualitas hidup dari karyawan dan keluarganya, dan berkewajiban bertindak dengan cara-cara yang sesuai dengan kepentingan perusahaan dan kepentingan masyarakat secara luas. Perusahaan ditawarkan untuk membayarkan premi atau iuran BPJS bagi masyarakat yang tinggal di sekitar perusahaan, di luar dari kewajiban perusahaan terhadap karyawannya.

Tim TKPKD selanjutnya akan melakukan penyusunan MoU yang mengatur wacana tersebut, dan masih akan terus dilakukan pembahasan untuk menentukan seberapa besar cakupan jiwa yang akan ditanggung oleh masing-masing perusahaan, karena sifatnya masih berupa penawaran dari pemerintah daerah kepada perusahaan. Informan menjelaskan bahwa dengan bersedia membayar premi, berarti perusahaan akan membayarkan iuran secara terus-menerus. Pilihan membayarkan anggaran kesehatan secara insidental tidak dapat dilakukan oleh perusahaan karena adanya peraturan dan prosedur pengeluaran dana dalam perusahaan itu sendiri.

Bappeda telah menyampaikan dalam rapat DPRD tentang pembahasan anggaran tahun 2020, bahwa Jamkesda tidak dapat dianggarkan lagi dan program tersebut harus diintegrasikan bersama JKN, sehingga usulan anggaran yang diajukan oleh dinas kesehatan kabupaten diprioritaskan, tanpa pemotongan anggaran. Informan menyampaikan bahwa besaran dana Jamkesda selama ini dianggarkan lumayan besar. Menurut informan, anggaran Jamkesda saja di tahun 2019 mencapai 17 milyar. Sehingga jika dibandingkan dengan 8 milyar alokasi anggaran kesehatan di tahun 2020, saat Jamkesda diintegrasikan bersama JKN, akan jauh lebih sedikit.

Bappeda melakukan monitoring evaluasi secara rutin dalam meningkatkan mutu pelayanan, melalui pelaksanaan rapat seluruh SKPD yang dilaksanakan setiap 3 bulan, salah satunya untuk mengevaluasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dinas kesehatan kabupaten, menelaah capaian yang kurang sehingga anggaran dapat dialokasikan untuk pencapaian. Informan menyampaikan permasalahan lain yang akan dihadapi ketika ditetapkannya kenaikan iuran BPJS Kesehatan nantinya. Anggaran kesehatan akan semakin banyak tersedot akibat kenaikan iuran tersebut. Bappeda akan mencoba melakukan verifikasi dan validasi data masyarakat yang benar-benar miskin dan tidak mampu, sehingga masyarakat yang semestinya tidak berhak mendapatkan bantuan pembiayaan kesehatan harus dikeluarkan dari peserta PBI. Informan menyadari bahwa permasalahan ini harus dicarikan jalan keluarnya sebagai kewajiban dalam menjalankan program pemerintah, memberi dukungan melalui anggaran APBD.

Upaya lainnya agar hanya masyarakat yang benar-benar miskin dan tidak mampu yang masuk dalam daftar PBI kabupaten, pemerintah daerah melalui Wakil Bupati Banjar dalam forum TKPKD juga telah meminta Camat untuk menghimbau masyarakat agar termotivasi masuk BPJS Kesehatan secara mandiri. Hal ini diwujudkan melalui surat edaran yang disusun oleh dinas kesehatan kabupaten dan ditandatangani oleh Bupati, untuk disampaikan ke kecamatan sebagai pemberitahuan bahwa mulai 2020 tidak ada lagi program Jamkesda, dan masyarakat dihimbau untuk masuk BPJS Kesehatan secara mandiri.

Peran dan Koordinasi Dinas Sosial Kabupaten Banjar dalam Pencapaian UHC

Sistem Layanan Rujukan Terpadu di dalamnya terdapat dinas pendidikan, dinas kesehatan, dinas kependudukan dan catatan sipil, dan Bappeda. Informan dari Dinas Sosial Kabupaten Banjar menjelaskan bahwa data kemiskinan yang dimiliki oleh dinas sosial terkadang tidak sinkron dengan data kependudukan, sehingga perlu koordinasi antar instansi. Dinas sosial menggunakan Nomor Induk Kependudukan (NIK) dari data kependudukan yang dikeluarkan oleh Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil dalam memverifikasi data kemiskinan, namun terkadang terdapat nama dan NIK yang berbeda, dengan alamat yang sama, sehingga data menjadi tidak valid.

Dinas sosial melakukan validasi dan verifikasi terhadap data masyarakat miskin setiap 3 bulan sekali untuk mengantisipasi perubahan data yang dapat ditimbulkan dari data penduduk, misalnya dengan adanya penduduk yang meninggal maka akan terjadi perubahan status perkawinan dari pasangan yang masih hidup, perubahan status ekonomi dari kaya menjadi miskin, atau sebaliknya dari miskin menjadi kaya, dll. Dinas sosial berperan sebagai supervisor kabupaten agar diperoleh data yang valid dan bantuan dapat diberikan tepat sasaran, dengan menempatkan petugas di desa-desa, berbekal gawai dan komputer untuk melakukan pencatatan secara *offline*. Tahun 2019, program ini masih dibiayai oleh Kementerian Sosial, namun di tahun 2020 akan mulai dilepas sebagian. Dinas sosial kabupaten bertugas mengeluarkan Surat Keputusan (SK) yang berisi daftar nama beserta alamat yang tervalidasi sebagai masyarakat miskin. Dinas sosial menyebutkan bahwa masyarakat miskin di Kabupaten Banjar yang terdaftar dalam PBI JKN-KIS tahun 2019 sebanyak 139.634 jiwa, yang terdiri dari 107.877 jiwa menggunakan APBN, sebanyak 2.267 jiwa menggunakan APBD Provinsi Kalimantan Selatan, dan sebanyak 29.290 jiwa menggunakan APBD Kabupaten Banjar.

Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Pembiayaan Kesehatan, pasal 170 ayat 1 dan pasal 171 menyatakan bahwa besar anggaran kesehatan pemerintah daerah dialokasikan minimal 10% dari APBD di luar gaji (Pemerintah Republik Indonesia 2009). Pembiayaan kesehatan harus memiliki tujuan untuk menyediakan pembiayaan kesehatan secara terus menerus dalam jumlah yang cukup, dialokasikan secara adil dan dimanfaatkan secara efektif dan efisien untuk menjamin pelaksanaan pembangunan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi mungkin. Pembangunan kesehatan juga harus dipandang sebagai suatu investasi dalam kaitannya mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia dan pembangunan ekonomi, serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan (Fariadi, Kanto, dan Mardiyono 2016).

Masyarakat miskin yang belum mempunyai jaminan kesehatan adalah masyarakat yang berdasarkan hasil verifikasi tidak mempunyai jaminan kesehatan baik JKN maupun jaminan kesehatan sosial daerah. Masyarakat miskin adalah masyarakat yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencarian dan/atau mempunyai sumber mata pencarian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya, sedangkan masyarakat yang disebut sebagai orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencarian, gaji atau upah yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar bagi dirinya dan/atau keluarganya. Peraturan Bupati Banjar Nomor 30 Tahun 2016 tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, telah mengatur tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan Daerah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Banjar. Masyarakat miskin atau tidak mampu yang terdaftar sebagai penduduk Kabupaten Banjar, yang ditunjukkan dengan kepemilikan Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Kartu Keluarga (KK), dapat memperoleh pelayanan kesehatan serta langsung berintegrasi dalam program JKN pada BPJS. Selama ini masyarakat miskin dan tidak mampu di Kabupaten Banjar yang bukan merupakan PBI, dapat memperoleh bantuan pembiayaan di fasilitas pelayanan kesehatan melalui program Jamkesda, namun di tahun

2020, program Jamkesda diintegrasikan ke dalam program JKN (Pemerintah Kabupaten Banjar 2016).

Peraturan Bupati ini merupakan mekanisme pengelolaan masyarakat miskin yang belum mempunyai jaminan kesehatan baik jaminan kesehatan sosial daerah, jaminan kesehatan provinsi dan JKN, dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang belum mempunyai Jaminan Kesehatan bisa mendapatkan pelayanan kesehatan baik tingkat pertama (puskesmas) maupun tingkat lanjutan (rumah sakit rujukan). Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan tersebut berupa layanan rawat inap kelas III. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang dijamin dalam program jaminan sosial daerah langsung berintegrasi dalam program JKN pada BPJS Kesehatan. Pola pemanfaatan pelayanan kesehatan menurun berdasarkan peningkatan status ekonomi, artinya jaminan kesehatan pemerintah (Jamkesmas, Jamkessos, Jampersal) merupakan upaya yang memberikan dampak paling banyak pada orang miskin atau *propoor* (Djunawan 2018), hal ini menunjukkan bahwa masyarakat miskin dan tidak mampu memang sangat membutuhkan bantuan pembiayaan kesehatan dari pemerintah daerah.

Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menetapkan iuran BPJS Kesehatan per jiwa sebesar Rp.80.000,- pada layanan kesehatan kelas I, Rp.51.000,- pada kelas II, dan Rp.25.500,- pada kelas III. Kenaikan iuran sempat ditetapkan pada Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019, yaitu pada layanan kesehatan kelas I menjadi Rp.160.000,-, kelas II menjadi Rp.110.000,- dan kelas III menjadi 42.000,-, namun dibatalkan melalui putusan Mahkamah Agung (Pemerintah Republik Indonesia 2013). Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 sebagai perubahan kedua atas Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tersebut kembali menetapkan kenaikan iuran BPJS Kesehatan seperti yang semula ditetapkan pada Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019, namun terdapat keringanan pada layanan kesehatan kelas III berupa subsidi iuran sebesar Rp.16.500,- sehingga peserta mandiri kelas III untuk sementara hingga akhir tahun 2020, tetap membayar sebesar Rp.25.500,- per bulan per jiwa. Ketetapan ini mulai berlaku per 1 Juli 2020. Selanjutnya pada 2021, subsidi tersebut akan dikurangi sebesar Rp.7.000,-, sehingga iuran yang harus dibayar mandiri oleh peserta kelas III menjadi Rp.35.000,- (Pemerintah Republik Indonesia 2019; Pemerintah Republik Indonesia 2020). Kenaikan iuran BPJS tersebut cenderung memperberat masalah yang telah ada, yaitu masyarakat yang tadinya mampu membayar iuran secara mandiri berubah menjadi masyarakat yang tidak mampu, namun juga tidak memenuhi syarat untuk dimasukkan dalam BDT, bahkan sebagian besar peserta mandiri yang sebelumnya memilih layanan kesehatan kelas I dan kelas II memilih turun ke layanan kesehatan kelas III dengan adanya kenaikan tersebut.

Sejak awal 2020 dampak pandemi Covid-19 mulai mempengaruhi seluruh aspek dan lapisan masyarakat di Indonesia, termasuk Kalimantan Selatan. Banyak masyarakat yang sebelumnya mampu secara ekonomi, bergeser menjadi masyarakat yang tidak mampu, antara lain akibat kehilangan pekerjaan dan mata pencarian sebagai dampak keterpurukan ekonomi dan adanya aturan pembatasan oleh pemerintah dalam rangka pencegahan penyebaran penyakit ini. Saat artikel ini ditulis, Kabupaten Banjar merupakan kabupaten terbanyak kasus Covid-19 kedua se-Provinsi Kalimantan Selatan setelah Kota Banjarmasin. Saat ini anggaran bidang kesehatan nasional dan daerah difokuskan dalam rangka penanganan Covid-19.

Tugas pemerintah daerah adalah menentukan jumlah kuota yang diusulkan kepada pemerintah pusat untuk mendapatkan jaminan kesehatan, namun demikian masalah utama yang masih saja terjadi adalah banyaknya masyarakat miskin yang belum mendapatkan jaminan kesehatan, sehingga program tersebut dirasakan belum optimal (Kurniasih 2011). Penyelenggaraan jaminan kesehatan melalui program Jamkesmas berubah menjadi program JKN pada tahun 2014 (Mariam 2016). Kewajiban kepala daerah dan wakil kepala daerah dalam melaksanakan program strategi nasional, termasuk di dalamnya

implementasi program JKN – Kartu Indonesia Sehat (KIS) tertuang dalam Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 pasal 67 (Pemerintah Republik Indonesia 2014). Penghapusan program Jamkesda membuat masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak masuk PBI harus dipikirkan oleh pemerintah daerah, misalnya dengan melakukan penambahan jumlah/kuota PBI APBD.

Sumber anggaran untuk melaksanakan program meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah dari dana Pusat, dana *sharing* provinsi, dan dana APBD. Program dana Pendamping memakai dana APBD. Selama ini tidak semua masyarakat miskin terdaftar dalam Jamkesda. Sebagai contoh, sumber anggaran untuk pembiayaan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Probolinggo berasal dari dana *sharing* provinsi dan APBD. Bentuk *sharing* dana antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan kabupaten untuk pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin tersebut dengan komposisi: (1) Dana *sharing* pemerintah pusat 100% untuk peserta BPJS-PBI; (2) Dana *sharing* 50% dari pemerintah provinsi dan 50% dari pemerintah kabupaten bagi peserta Jamkesda yang mempunyai kartu; dan (3) Dana *sharing* pemerintah kabupaten 100% dari APBD bagi pengguna Surat Keterangan Miskin (berdasarkan rekomendasi dinas kesehatan), lanjut usia, penderita HIV/AIDS serta beberapa kasus yang dijamin oleh dana pendamping (Irtanto dan Sutanto 2019).

Regulasi penentuan dan pendataan masyarakat dalam kategori miskin masih belum ada patokan indikator yang pasti antara kementerian ataupun instansi pusat dalam membuat indikator yang sama. Hal ini mempersulit bagi daerah untuk menentukan kemiskinan, oleh karena itu indikator kemiskinan perlu disatukan atau diintegrasikan dalam sebuah regulasi sehingga ada kepastian instansi mana yang harus berperan, agar tidak terjadi kesimpangsiuran dalam menentukan kemiskinan. Hambatan dalam pendataan masyarakat miskin cenderung tidak akurat, apalagi jika mereka mengetahui akan mendapatkan bantuan atau program. Akibatnya data kemiskinan menjadi membengkak (Irtanto dan Sutanto 2019). Reformasi desentralisasi yang mengakibatkan peningkatan ketersediaan sumber daya keuangan untuk pemerintah daerah tidak selalu berkontribusi pada peningkatan pendanaan untuk sektor kesehatan. Sektor kesehatan harus bersaing dengan sektor lain untuk menerima alokasi anggaran dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan Pendapatan Asli Daerah (PAD). Sektor kesehatan di beberapa daerah menerima alokasi anggaran yang relatif lebih rendah (Sugyati, Sjoraida, dan Anwar 2017).

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

Simpulan

Langkah pemerintah Kabupaten Banjar dalam upaya pencapaian UHC dilakukan melalui forum TKPKD, yaitu melibatkan CSR untuk membantu pembiayaan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu yang berada di luar BDT atau bukan PBI, namun masih terjadi kendala dalam sinkronisasi BDT tersebut di Dinas Sosial dan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Banjar yang dapat menjadi hambatan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten dalam memperhitungkan anggaran pembiayaan kesehatan.

Rekomendasi

Wacana penambahan kuota alokasi anggaran PBI sebagai salah satu solusi yang perlu dilaksanakan oleh pemerintah daerah agar semua masyarakat miskin dan tidak mampu memperoleh hak yang sama dalam pembiayaan kesehatan. Masyarakat yang telah mampu secara ekonomi harus didorong untuk menjadi peserta BPJS mandiri, sehingga pembiayaan mereka yang semula PBI dapat dialihkan pada masyarakat miskin di luar peserta PBI. Koordinasi lintas sektor/SKPD maupun lintas program harus terintegrasi dalam SLRT, antara lain dinas kesehatan, dinas sosial, dinas kependudukan dan catatan sipil, dan bappeda. Perluasan distribusi tenaga kesehatan dan peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan diharapkan dapat mengatasi kendala jarak dan transportasi terhadap

akses pelayanan kesehatan. Rekomendasi dan strategi yang dilakukan oleh Kabupaten Banjar ini dapat diimplementasikan pada kabupaten/kota dengan kondisi dan permasalahan yang sama.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, Bappeda Kabupaten Banjar, Dinas Sosial Kabupaten Banjar, atas kesediaannya memberikan informasi dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Atsmana, Najibardhi. 2015. "Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kota Pekanbaru." *Jom Fisip* 2 (2): 1–13.
- Djiko, Richard, Putra Sian Arimawa, dan Charles H.S. Tangkau. 2018. "Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Halmahera Utara" 3 (2): 101–11.
- Djunawan, Achmad. 2018. "Pengaruh Jaminan Kesehatan terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer di Perkotaan Indonesia. Adilkah bagi Masyarakat Miskin?" *Berita Kedokteran Masyarakat* 5 (12): 5. Doi:10.22146/Bkm.37474.
- Fariadi, Haris, Sanggar Kanto, dan Mardiyono. 2016. "Persepsi Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan Bidang Gizi (Studi Kasus di Wilayah Puskesmas Sidotopo Surabaya Utara)." *Pamator* 9 (2): 109–18. [Http://Journal.Trunojoyo.Ac.Id/Pamator](http://Journal.Trunojoyo.Ac.Id/Pamator).
- Gani, Ascobat. 2015. "Pembiayaan Program Kesehatan untuk Penduduk Miskin." *Makalah Pada Konferensi Penanggulangan Kemiskinan. Kantor Menko Kesra Dan Bank Dunia*.
- Gasim, Harson. 2015. "Optimalisasi Pelayanan Kesehatan terhadap Masyarakat Miskin di Provinsi Gorontalo." *Publik (Jurnal Ilmu Administrasi)* 4 (1): 1–8. [Https://Ejournal.Unsrat.Ac.Id/Index.Php/Jap/Article/View/12863/12453](https://Ejournal.Unsrat.Ac.Id/Index.Php/Jap/Article/View/12863/12453).
- Hartini, Sri, Tedi Sudrajat, dan Rahadi Wasi Bintoro. 2012. "Model Perlindungan Hukum terhadap Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kabupaten Banyumas." *Jurnal Dinamika Hukum* 12 (3): 523–34. Doi:10.20884/1.Jdh.2012.12.3.124.
- Irtanto, dan Slamet Hari Sutanto. 2019. "Kebijakan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kabupaten Probolinggo." *Publisia: Jurnal Ilmu Administrasi Publik* 4 (1): 11–27. Doi:10.26905/Pjiap.V4i1.2343.
- Kurniasih, Denok. 2011. "Kinerja Program Kesehatan dalam Menjangkau Masyarakat Miskin: Studi tentang Kapasitas Manajemen dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) untuk Keluarga Miskin di Kabupaten Banyumas." *Sosiohumaniora* 13 (2): 160 – 176.
- Mariam. 2016. "Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sigi." *E Jurnal Katalogis* 4 (3): 37–46.
- Pemerintah Kabupaten Banjar. 2016. "Peraturan Bupati Banjar No.30 Tahun 2016 tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin."

- Pemerintah Republik Indonesia. 1945. “Undang Undang Dasar 1945 Pasal 28.”
- . 2004. “Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJNS).”
- . 2009. “Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.”
- . 2013. “Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.”
- . 2014. “Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.”
- . 2019. “Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.” <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/E277a92bde56b8d855c9d8cc9cefa2ab.Pdf>.
- . 2020. “Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.”
- Retnaningsih, Hartini. 2018. “Kendala Pencapaian Target Kepesertaan Program JKN-KIS.” *Pusat Penelitian Badan Keahlian Dpr Ri*. [Http://berkas.dpr.go.id/puslit/files/info_singkat/info_singkat-X-1-I-P3di-Januari-2018-175.Pdf](http://berkas.dpr.go.id/puslit/files/info_singkat/info_singkat-X-1-I-P3di-Januari-2018-175.Pdf).
- Rini, Asep Setya. 2015. “Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta Health Service Utilization In Membership Of Community Health Insurance.” *J Agromed Unila* 2 (2): 129–34.
- Sudjadi, Anthony, Agnes Widanti, Y. Budi Sarwo, dan Handy Sobandi. 2017. “Penerapan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Ideal dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Melalui Program Jamkesmas.” *Soepra Jurnal Hukum Kesehatan* 3 (1): 14–23. Doi:10.24167/Shk.V3i1.694.
- Sugyati, Cucu, Diah Fatma Sjoraida, dan Rully Khairul Anwar. 2017. “Pemahaman Kebijakan Kesehatan Masyarakat Bidang Ibu dan Anak Pada Pelaksana Lapangan di Jawa Barat.” *Jurnal Ilmu Pemerintahan* 2 (1): 52–60. [Http://E-Journal.Upstegal.Ac.Id/Index.Php/Jip](http://E-Journal.Upstegal.Ac.Id/Index.Php/Jip).

