

## **Analisis Problematika Sistem Pembiayaan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

**Andhi Syamsul**  
Universitas Lancang Kuning Riau  
[andhisyamsul7@gmail.com](mailto:andhisyamsul7@gmail.com)

**Budiarsih**  
Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya  
[budiarsih@untag-sby.ac.id](mailto:budiarsih@untag-sby.ac.id)

### **Abstrak**

Minimnya Anggaran Negara yang diperuntukkan bagi sektor kesehatan, dapat dipandang sebagai rendahnya apresiasi akan pentingnya bidang kesehatan sebagai elemen penyangga, yang bila terabaikan akan menimbulkan rangkaian problem baru yang justru akan menyerap keuangan negara lebih besar lagi. Sejenis pemborosan baru yang muncul karena kesalahan kita sendiri. Konsepsi Visi Indonesia Sehat 2010, pada prinsipnya menyiratkan pendekatan sentralistik dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, sebuah paradigma yang nyatanya cukup bertentangan dengan anutan desentralisasi, dimana kewenangan daerah menjadi otonom untuk menentukan arah dan model pembangunan di wilayahnya tanpa harus terikat jauh dari pusat.

Adapun masalah pokok pada penelitian ini yaitu Bagaimana Analisis Problematika Sistem Pembiayaan Kesehatan di Era JKN. Penelitian ini tergolong kedalam Penelitian hukum normatif menggunakan studi kasus normatif berupa produk perilaku hukum.

Hasil penelitian dan pembahasan dapat diuraikan bahwa Pembiayaan kesehatan di era JKN sangat tergantung komitmen khususnya pembiayaan yang bersumber dari pemerintah. Sistem pembiayaan kesehatan di daerah perlu dikembangkan agar isu pokok dalam pembiayaan kesehatan daerah, yaitu mobilisasi, alokasi dan efisiensi pembiayaan dapat terselenggara dengan baik sehingga menjamin pemerataan, mutu dan keseimbangan pembangunan kesehatan daerah. Tersedianya data pembiayaan kesehatan menjadi sangat penting dengan adanya kebijakan desentralisasi atau otonomi daerah dalam pelayanan kesehatan sehingga diperlukan penentuan kebijakan dan strategi pembiayaan program kesehatan di daerah.

**Kata Kunci: Pembiayaan Kesehatan, Undang-Undang Kesehatan**

### **Abstract**

*The minimal state budget earmarked for the health sector can be seen as a low appreciation of the importance of the health sector as a buffer element, which if neglected will create a series of new problems that will in fact absorb even more state finances. A new kind of waste that has arisen through our own fault. The conception of the Healthy Indonesia Vision 2010 principally implies a centralized approach in the implementation of health development, a paradigm which is in fact quite contrary to the ideals of decentralization, in which regional authorities become autonomous to determine the direction and model of development in their region without having to be bound far from the center.*

*The main problem in this research is How to Analyze the Problems of the Health Financing System in the JKN Era. This research belongs to normative legal research using normative case studies in the form of legal behavior products.*

*The results of the research and discussion can be described that health financing in the JKN era is very dependent on commitment, especially financing sourced from the government. The health financing system in the regions needs to be developed so that the main issues in regional health financing, namely mobilization, allocation and efficiency of financing can be implemented properly so as to ensure equity, quality and balance in regional*

*health development. Availability of health financing data is very important with the policy of decentralization or regional autonomy in health services, so it is necessary to determine policies and strategies for financing health programs in the regions.*

**Keywords: Health Financing, Health Act**

## I. PENDAHULUAN

Pada alinea keempat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 ditegaskan bahwa tujuan pemerintahan Indonesia adalah untuk “melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial”. Tujuan ini disadari dari awal oleh para pendiri bangsa bahwa selain untuk membangun bangsa Indonesia seutuhnya, tujuan negara Indonesia sebagai penjamin bagi terlaksananya dan terpenuhinya hak-hak masyarakat.

Berdasarkan Pasal 28 H Undang-Undang Dasar 1945 Negara Republik Indonesia dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengisyaratkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, Salah satunya ialah menjamin tata kelola pelayanan kesehatan yang baik dan alokasi serta distribusi anggaran kesehatan yang memadai.

Pasal 170 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, disebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dan alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam upaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan perorangan, kelompok dan masyarakat (Hidayati and Sari 2021) (Budiarsih 2020). Dalam sistem kesehatan nasional, pembiayaan kesehatan adalah pengaturan sumber daya keuangan yang mengatur pengambilan, pengalokasian, dan pengeluaran biaya kesehatan dengan prinsip efisiensi, efektivitas, ekonomi, keadilan, transparansi, akuntabilitas, dan keberlanjutan (Trisnantoro 2021). Pembiayaan yang dialokasikan untuk kesehatan dikatakan baik apabila pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan (Listiya 2022), jumlahnya cukup dan dapat dimanfaatkan dengan baik sehingga tidak terjadi pembengkakan biaya yang berlebihan (Agustina 2020).

Semakin maju suatu negara, semakin besar belanja publik untuk kesehatan. Sampai 2014, belanja APBN Kementerian Kesehatan masih 2% dari total APBN. Kecilnya alokasi pendanaan di Indonesia oleh karena: 1) Tax ratio Indonesia kurang dari 13% sedangkan negara-negara maju dan menengah keatas sudah mencapai 20%. 2) Komitmen pemerintah Indonesia belum memberikan prioritas dalam alokasi dana untuk kesehatan

publik(Wulandari et al., n.d.). Pembiayaan kesehatan mempengaruhi pertumbuhan ekonomi serta status kesehatan masyarakat. Pada era desentralisasi saat ini, pembiayaan kesehatan daerah untuk alokasi biaya kesehatan sebesar 10% dari dana APBD tidak termasuk gaji sesuai ketentuan pasal 171 ayat 2 UU Kesehatan nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Minimnya anggaran negara yang dialokasikan untuk bidang kesehatan dapat dilihat sebagai rendahnya apresiasi terhadap pentingnya bidang kesehatan sebagai unsur penyangga, yang jika diabaikan akan menimbulkan sederet masalah baru yang justru akan semakin menyerap keuangan negara. Jenis pemborosan baru yang muncul karena kesalahan kita sendiri. Konsepsi Visi Indonesia Sehat 2010 pada prinsipnya menyiratkan pendekatan sentralisasi dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan, suatu paradigma yang sebenarnya sangat bertolak belakang dengan cita-cita desentralisasi, di mana kewenangan daerah menjadi otonom untuk menentukan arah dan model pembangunan di daerahnya. daerah tanpa harus terikat jauh dari pusat serta meminimalkan potensi korupsi.

## **II. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan hal tersebut yang telah diuraikan diatas, maka dengan itu peneliti merumuskan masalah pokok yaitu Bagaimana **Analisis Problematika Sistem Pembiayaan Kesehatan di Era JKN?**

## **III. METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode hukum normatif (*normative law research*) menggunakan studi kasus normatif berupa produk perilaku hukum. Pokok kajian dalam penelitian ini merupakan hukum yang dikonsepsikan sebagai norma atau kaidah yang berlaku dalam masyarakat dan menjadi acuan perilaku setiap orang yang berfokus pada inventarisasi hukum positif, asas-asas dan doktrin hukum, penemuan hukum dalam perkara *in concreto*, sistematik hukum, taraf sinkronisasi, perbandingan hukum dan sejarah hukum. Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan peraturan per Undang-undangan (*statue approach*) dan pendekatan kasus (*case approach*). Pendekatan perundang-undangan dilakukan dengan menelaah peraturan perundang-undangan dan regulasi yang berkaitan dengan isu hukum yang diteliti. Pendekatan kasus dilakukan dengan cara menelaah kasus-kasus terkait dengan isu yang sedang dihadapi dan telah menjadi putusan yang berkekuatan hukum tetap.

## **IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Analisis Problematika Sistem Pembiayaan Kesehatan di Era JKN terdapat berbagai permasalahan sumber pembiayaan kesehatan di daerah melalui administrator utamanya yakni BPJS Kesehatan. Menurut Ombudsman Republik Indonesia bahwa sistem pembiayaan merupakan elemen kunci dari penyelenggaraan pelayanan publik di bidang kesehatan baik dalam situasi normal ataupun dalam kondisi bencana atau wabah. Menurutnya, masih banyak daerah yang belum memenuhi target minimal alokasi 10% dari APBD untuk anggaran kesehatan pemerintah daerah baik provinsi atau kabupaten/kota sebagaimana diatur dalam Pasal 171 Ayat 2 UU

Kesehatan tentang Sumber Pembiayaan Kesehatan (“Ombudsman RI Soroti Ragam Masalah Sumber Pembiayaan Kesehatan Di Daerah” 2023).

Dalam Sistem Kesehatan Nasional 2012 dijelaskan bahwa pembiayaan kesehatan di Indonesia memiliki beberapa fungsi diantaranya:

- 1) Penggalan dana dalam kegiatan-kegiatan pokok puskesmas antara lain upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Penggalan dana adalah kegiatan yang menghimpun dana atau anggaran yang dibutuhkan dalam keberlangsungan kegiatan-kegiatan kesehatan dan atau pemeliharaan kesehatan. Sistem kesehatan yang baik adalah mengumpulkan dana yang memadai dalam upaya untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta memastikan semua masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melindungi masyarakat dari kebangkrutan akibat pembayaran akibat menerima layanan kesehatan
- 2) Alokasi dana adalah penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah berhasil dihimpun baik yang bersumber dari pemerintah maupun dunia usaha. Dana yang dihimpun tersebut akan dibayarkan ke provider kesehatan.
- 3) Pembelanjaan, adalah pemanfaatan alokasi anggaran yang telah dianggarkan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan dan prioritas untuk berbagai intervensi pelayanan kesehatan dan atau dilakukan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan wajib atau sukarela (Otang and Arfandi 2018).

Terbatasnya anggaran kesehatan di negeri ini, diakui banyak pihak, bukan tanpa alasan. Berbagai hal bisa dianggap sebagai pemicu (Ediani 2015). Selain karena rendahnya kesadaran pemerintah untuk menempatkan pembangunan kesehatan sebagai sector prioritas (Dodo and Laksono Trisnantoro 2012), juga karena kesehatan belum menjadi komoditas politik yang laku dijual di negeri yang sedang mengalami transisi demokrasi ini.

Ironisnya, kelemahan ini bukannya tertutupi dengan penggunaan anggaran yang efektif dan efisien akibatnya, banyak kita jumpai penyelenggaraan program-program kesehatan yang hanya dilakukan secara asal-asalan dan tidak tepat fungsi (Suprpto 2023). Relatif ketatnya birokrasi di lingkungan departemen kesehatan dan instansi turunannya, dapat disangka sebagai biang sulitnya mengejar transparansi dan akuntabilitas anggaran di wilayah ini. Peran serta masyarakat dalam pembahasan fungsionalisasi anggaran kesehatan menjadi sangat minim, jika tak mau disebut tidak ada sama sekali.

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*) (Asrinawaty and Mahmudah 2021) (Setyawan 2015). Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri (Hidayati and Sari 2021).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) sendiri memberi fokus strategi pembiayaan kesehatan yang memuat isu-isu pokok, tantangan, tujuan utama kebijakan dan program aksi itu pada umumnya adalah dalam area sebagai berikut:

1. meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan
2. mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin
3. pengembangan skema pembiayaan praupaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial (SHI)
4. penggalan dukungan nasional dan internasional
5. penguatan kerangka regulasi dan intervensi fungsional
6. pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah
7. pemantauan dan evaluasi.

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni; kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (*out of pocket funding*), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya (*resources*) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa (Aspawati 2021) (Firman, n.d.).

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dalam jumlah yang cukup, dialokasikan secara adil dan dimanfaatkan secara efektif dan efisien, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Budiarsih 2020).

Mekanisme pembayaran (*payment mechanism*), yang dilakukan selama ini adalah provider payment melalui sistem budget, kecuali untuk pelayanan persalinan yang oleh bidan di klaim ke Puskesmas atau Kantor Pos terdekat. Alternatif lain adalah empowerment melalui sistem kupon. Kekuatan dan kelemahan alternatif-alternatif tersebut perlu ditelaah dengan melibatkan para pelaku di tingkat pelayanan.

Informasi tentang kekuatan dan kelemahan masing-masing cara tersebut juga merupakan masukan penting untuk melengkapi kebijakan perencanaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan penduduk miskin (Calundu 2018). Alternatif Sumber Pembiayaan: Prospek Asuransi Kesehatan Dalam penyaluran dana JPS-BK tahun 2001, dicoba dikembangkan JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) sebagai wadah penyaluran dana JPS-BK. Upaya tersebut umumnya tidak berhasil, karena dalam praktik yang dilakukan hanyalah pemberian jasa administrasi keuangan yang dikenal sebagai TPA (*Third Party Administration*). Berdasarkan pengalaman tersebut diketahui bahwa salah satu prinsip pokok asuransi tidak bisa diterapkan, yaitu pooling of risk. Dalam prinsip ini risiko ditanggung peserta dari berbagai tingkatan, tidak hanya oleh penduduk miskin. Selain itu, pemberian premi sebesar Rp 10.000/Gakin (dan dipotong 8% oleh Badan Pelaksana JPKM) tidak didasarkan pada perhitungan risiko finansial mengikuti prinsip-prinsip aktuarial yang profesional. Permasalahan pendanaan kesehatan daerah antara lain:

- 1) kecenderungan menganggakan kesehatan untuk belanja fisik lebih banyak (membeli alat, pembangunan gedung, pengadaan kendaraan dan lain- lain).

- 2) Anggaran operasional berupa kegiatan langsung pengaruhnya terhadap kinerja, yaitu kegiatan pelayanan individu atau kegiatan kesehatan masyarakat di lapangan. Contoh kegiatan operasional antara lain gaji/upah, obat dan bahan medis non medis / alat tulis kantor, makanan minuman, listrik, air, telepon, perjalanan dan lain-lain. Contoh kegiatan langsung: pelayanan ANC (antenatal care), pengobatan, imunisasi, penyemprotan nyamuk, penyuluhan masyarakat, pengamatan tempat-tempat umum, dan lain-lain.
- 3) Dampak dari dana dekonsentrasi adalah pegawai meninggalkan pekerjaannya selama beberapa hari karena mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas di provinsi.
- 4) Kecenderungan pelayanan kesehatan digratiskan untuk seluruh masyarakat. Pada masa sekarang belum bisa diterapkan karena menyesuaikan dengan pendapatan asli daerah masing-masing.
- 5) Ketergantungan pada sistem OOP (*out of pocket payment*), potensial menyebabkan keluarga menjadi miskin saat mengalami sakit berat karena biaya sendiri dan mahal berakibat malapetaka keuangan rumah tangga (*financial catastrophe*).
- 6) Realisasi anggaran yang terlambat, telah berlangsung kronis dan berdampak pada kinerja program sehingga perencanaan lebih cepat direalisasikan melalui kegiatan-kegiatan tidak langsung seperti pelatihan-pelatihan, pertemuan dan lainnya yang dapat menyerap anggaran cepat namun tidak segera dapat meningkatkan kinerja program kesehatan

Permasalahan pendanaan kesehatan karena kurangnya dana tersedia untuk kegiatan program kesehatan, pemanfaatan dana yang ada belum sesuai yaitu lebih mengutamakan untuk pelayanan kuratif dibanding untuk pelayanan promotif dan preventif, lebih banyak di pergunakan untuk daerah perkotaan, dalam hal pengelolaan pembiayaan belum sempurna serta biaya kesehatan dari tahun ke tahun semakin meningkat (R Hapsara Habib Rachmat 2018).

Sumber pembiayaan di bidang kesehatan terdiri dari empat sumber utama yaitu 1) pemerintah, 2) swasta, 3) masyarakat dalam bentuk fee for services dan asuransi, 4) sumber-sumber lain dalam bentuk hibah dan pinjaman luar negeri (Akhirani, 2004). Sedangkan menurut Aswar (Budiarto.W., 2003), pembiayaan kesehatan berbeda antara satu negara dengan negara lainnya dan secara garis besar dibedakan antara lain, yakni 1) bersumber dari anggaran pemerintah : yaitu seluruh pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah dan tidak ditemukan pelayanan kesehatan oleh swasta, 2) sebagian ditanggung oleh masyarakat : beberapa negara melibatkan masyarakat dalam memberikan kontribusi pembiayaan kesehatan yaitu masyarakat diharuskan iur biaya terhadap layanan kesehatan yang diterimanya.

Pembiayaan kesehatan di Indonesia diatur dalam UU no 36 tahun 2009 bab XV tentang Pembiayaan Kesehatan pasal 170 ayat 1 - 3 yang berbunyi :

- (1) "Pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya"
- (2) "Unsur-unsur pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan"
- (3) "Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain"

Sedangkan besar anggaran kesehatan diatur dalam pasal 171 ayat 1-3

- (1) "Besaran anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji."
- (2) "Besaran anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji."
- (3) "Besaran anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarnya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah."

Dalam UU Sistem Jaminan Sosial Nasional terdapat konsep penarikan iuran wajib setiap bulan kepada semua warga negara baik orang yang berkecukupan maupun orang yang serba kekurangan. Pasal 17 ayat (1) UU Sistem Jaminan Sosial Nasional menyatakan, "Tiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya berdasarkan persentase upah atas suatu jumlah nominal tertentu". Penarikan tersebut merupakan bentuk pengalihan tanggung jawab negara kepada rakyat perihal jaminan kesehatan nasional.

Penarikan iuran wajib tersebut merupakan konsep yang keliru. Pertama, penarikan iuran wajib telah melepas peran dan tanggung jawab negara dalam bidang kesehatan. Kedua, penarikan iuran wajib telah memaksa rakyat untuk menjadi peserta asuransi kesehatan (Ardiansah and Silm 2020).

Pada bagian lain, UU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berperan layaknya *insurance company* (perusahaan asuransi). Pasal 19 ayat (1) UU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menjelaskan, "Pemberi Kerja wajib memungut iuran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS". Pasal 19 ayat (2) menjelaskan, "Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS" Pasal 19 ayat (3) menyatakan, "Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan Iuran wajib membayar dan menyetor Iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS". Pasal 19 ayat (4) menyatakan, "Pemerintah membayar dan menyetor Iuran untuk penerima Bantuan Iuran kepada BPJS". *Model social security* yang dilaksanakan seluruh Indonesia berlandaskan asas ekuitas dan *social insurance* (asuransi sosial). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berhak memungut, mengelola dana, dan menjatuhkan sanksi kepada peserta yang tidak membayar premi. Tidak hanya itu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berwenang mengelola dana *social security* untuk tujuan menanamkan modal. Konsep ini jelas memperlihatkan kuatnya pengaruh neo-liberalisme dalam pembentukan hukum di Indonesia.

Sistem jaminan sosial nasional yang berdasarkan pembayaran premi ternyata telah digugat konstitusionalitasnya. Sebab, pembayaran iuran yang diwajibkan terhadap seluruh rakyat agar memperoleh *social security* dinilai mencederai hak konstitusional rakyat Indonesia (Al Asyari and Budiarsih 2022). Rakyat yang keberatan model *social insurance* tersebut, kemudian mengajukan uji materiil UU Sistem Jaminan Sosial Nasional ke peradilan yang dikenal dengan Mahkamah Konstitusi. Keberadaan penyelenggara jaminan sosial hanya akan mengeksploitasi rakyat disebabkan kewajiban untuk melakukan pembayaran premi jaminan sosial melalui institusi tersebut. Program *social security* yang diselenggarakan pemerintah tersebut telah mengubah makna *social security* dengan *social insurance*.

Kedua konsep tersebut jelas berbeda. Jaminan sosial adalah perlindungan negara terhadap rakyatnya dalam rangka menunaikan hajat hidup pokok yang layak. Sedangkan *social insurance* adalah asuransi yang dibentuk oleh pemerintah untuk melayani *social security* untuk setiap warga negara. Model sistem jaminan

sosial nasional mestinya mengedepankan konsep keadilan sosial. Konsep yang dilandasi perlakuan yang adil kepadasegenap warga negara tanpa ada pengecualian. Keadilan sosial merupakan kebaikan utama dalam masyarakat.

Sumber pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota adalah sebagai berikut (Estherlina, 2017)) :

- 1) Pemerintah
- 2) Non pemerintah. Sumber pembiayaan dari pemerintah meliputi :
  - a. Pemerintah Pusat : dari dana tugas pembantuan (TP), dana kesehatan penduduk miskin, bantuan operasional kesehatan (BOK), bantuan (hutang, hibah).
  - b. Pemerintah Provinsi : dari dana dekonsentrasi dan pendapatan asli daerah (PAD) provinsi.
  - c. Pemerintah Kabupaten/Kota: antara lain dari DAU (dana alokasi umum, DAK (dana alokasi khusus), PAD, dana kesehatan penduduk miskin, penerimaan fungsional yang ditahan.
  - d. Lain-lain: yaitu dari pelayanan kesehatan TNI/Polri, pelayanan kesehatan kementerian dan pelayanan kesehatan milik BUMN/BUMD serta subsidi premi PNS.

Sedangkan sumber pembiayaan dari non pemerintah antara lain dari rumah tangga, pelayanan kesehatan milik swasta, yayasan/LSM/Donor dan perusahaan swasta. Berdasarkan UU no. 40/2004 tentang SJSN dan UU no. 24/2011, Pembiayaan pelayanan kesehatan menggunakan sistem Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS Kesehatan. Kepesertaan BPJS berdasarkan sistem iuran kepesertaan. Bagi fakir miskin dan tidak mampu, iuran BPJS akan ditanggung oleh negara dengan menggunakan dana Kementerian Kesehatan melalui skema PBI (Penerima Bantuan Iuran). Ada pula PBI Daerah yang dibayar oleh pemerintah daerah dengan dana APBD sebagai pengalihan Jamkesda (Undang-undang No.40 tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional).

Dalam konteks pembiayaan kesehatan, kasus-kasus KtPA masih diperlakukan seperti masalah kesehatan biasa. Jika korban KtPA adalah peserta BPJS, maka pembiayaannya akan mengikuti prosedur BPJS. Jika korban termasuk dalam kategori miskin dan tidak mampu yang terdaftar PBI yang disahkan oleh Kementerian Sosial, maka biaya kesehatan korban akan ditanggung oleh BPJS. Jika korban bukan peserta BPJS dan tidak termasuk dalam daftar PBI Kemensos, maka korban harus mengeluarkan biaya sendiri untuk penanganan kesehatannya. Tidak ada skema khusus untuk korban Korban KtPA yang bukan peserta mandiri BPJS dan bukan PBI.

Berdasarkan temuan di lapangan, banyak korban KtPA belum menjadi peserta BPJS dan tidak termasuk dalam daftar PBI. Korban kekerasan tidak masuk dalam kategori tidak mampu yang tercantum dalam PP 101 tahun 2012. Di pelayanan kesehatan, juga ditemukan banyak kasus korban yang awalnya adalah peserta BPJS namun karena kekerasan yang dialaminya, tidak mampu membayar iuran atau pembayaran iuran BPJS dihentikan oleh suami Berdasarkan PP no.101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Fakir miskin adalah orang yang tidak berpenghasilan. Yang dimaksudkan tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.



Hasil penelusuran dokumen, ternyata pada Desember 2013, Menteri Sosial mengeluarkan peraturan no. 146/HUK/2013, tentang Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu, pada Diktum Enam, korban kekerasan termasuk dalam kriteria tersebut. Keabsahan untuk bisa masuk dalam kriteria miskin dan tidak mampu dengan surat rekomendasi dari instansi sosial terkait, camat, lurah dan atau lembaga kesejahteraan sosial. Korban KtPA ditetapkan sebagai peserta PBI dengan Permensos 147/HUK/2013.

Pada tahun 2015 pemerintah merevisi PP 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan menjadi PP no. 76 tahun 2015. Di dalam penjelasan pasal 11 (7) PP no. 76 tahun 2015, kategori tidak mampu ditambahkan dengan tahanan atau warga binaan (f) dan penyandang masalah kesejahteraan sosial (PP NO 76 tahun 2015). Kriteria Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) mengacu pada Peraturan Menteri Sosial No.08 tahun 2012 tentang Pedoman Pendataan dan Pengelolaan Data PMKS dan PSKS. Korban KtPA, anak terlantar, korban trafficking, buruh migran yang berurusan dengan hukum, dan perempuan rawan sosial termasuk dalam kriteria PMKS. Berdasarkan PP no. 76 tahun 2015, korban KtPA berhak untuk mendapatkan bantuan iuran Jaminan kesehatan.

Saat ini peserta PIB Jaminan Kesehatan diperkirakan 92,4 juta meliputi fakir miskin (91.620.289 jiwa), korban kekerasan dan buruh migran (17.420 jiwa), tuna sosial (5.462 jiwa), lanjut usia (78.257 jiwa), penyandang disabilitas (33.841 jiwa), anak (135.576 jiwa), korban narkoba (3.159 jiwa), tahanan/narapidana (46.568 jiwa), tuna wisma (9.098 jiwa) dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang berada di panti sosial (50.330 jiwa). Ditambah potensi bayi baru lahir dari peserta PBI sebanyak 400.000 jiwa.

Masalah kesehatan yang diakibatkan oleh kekerasan biasanya bersifat darurat dan membutuhkan penanganan segera. Sementara, mekanisme mendaftarkan korban KtPA untuk menjadi peserta PBI Jaminan Kesehatan tidak dapat dilakukan dalam waktu seketika. Hal ini tentu memberatkan korban.

Tidak masuknya KtPA dalam kode diagnosis INA-CBGs juga mempengaruhi mekanisme pembiayaan kesehatan korban kesehatan. Korban KtPA akan diperhitungkan sebagai pasien biasa tanpa memperhatikan masalah spesifik yang dihadapinya. Di tingkat layanan primer yang menggunakan sistem kapitasi, ternyata juga tidak lebih mudah.

Puskesmas yang belum BLUD, kapitasi BPJS disetorkan melalui kas pemerintah daerah. Pemerintah daerahlah yang menentukan layanan apa saja di puskesmas yang menjadi prioritasnya. Jika pemerintah daerah tidak memiliki perspektif dan keberpihakan terhadap korban KtPA, maka layanan bagi korban KtPA mustahil akan dapat diakses secara cuma-cuma.

Selain melalui mekanisme JKN, pembiayaan kesehatan juga dapat ditanggung oleh POLRI jika korban ditangani di RS Bhayangkara, berdasarkan PP No.107/2013 tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Tertentu ini diatur dalam Peraturan Kapolri no.5 tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Tertentu di Lingkungan Kepolisian RI.

## **V. PENUTUP**

Analisis Problematika Sistem Pembiayaan Kesehatan di Era JKN tergantung komitmen khususnya pembiayaan yang bersumber dari pemerintah. Sistem pembiayaan kesehatan di daerah perlu dikembangkan

agar isu pokok dalam pembiayaan kesehatan daerah, yaitu mobilisasi, alokasi dan efisiensi pembiayaan dapat terselenggara dengan baik sehingga menjamin pemerataan, mutu dan keseimbangan pembangunan kesehatan daerah. Tersedianya data pembiayaan kesehatan menjadi sangat penting dengan adanya kebijakan desentralisasi atau otonomi daerah dalam pelayanan kesehatan sehingga diperlukan penentuan kebijakan dan strategi pembiayaan program kesehatan di daerah. Data mengenai pembiayaan daerah akan menjadi inovasi yang luar biasa karena secara spesifik memberikan informasi tentang siapa yang membiayai pelayanan kesehatan di tingkat Provinsi dan Kabupaten, berapa banyak dana itu diserap, oleh jenis layanan yang mana, dan siapa yang diuntungkan dari pengeluaran kesehatan tersebut. Informasi ini sangat berguna karena akan memberikan dasar bagi perencanaan dan pengambilan keputusan yang berbasis bukti sehingga pada gilirannya, dapat meningkatkan tata kelola dan akuntabilitas pemerintahan lokal.

Berdasarkan Kepmen No. 1226/MENKES/SK/XII/2009 tentang Pedoman Panata Laksana Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak di RS, biaya pelayanan kesehatan untuk korban KtP ditanggung oleh APBN atau APBD atau sumber-sumber lain. Berdasarkan Permensos no. 146/HUK/2013, tentang Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu, korban KtPA termasuk dalam kategori PBI. Berdasarkan PP no. 76 tahun 2015, PMKS termasuk dalam kategori PBI. Menurut Permensos No.08 tahun 2012 tentang Pedoman Pendataan dan Pengelolaan Data PMKS dan PSKS, korban KtPA termasuk kategori PMKS. Berdasarkan kebijakan-kebijakan tersebut, pelayanan kesehatan bagi korban KtPA ditanggung oleh negara

Terjadi ketidakselarasan kebijakan pembiayaan pelayanan kesehatan dan visum bagi korban KtPA. Sistem JKN – BPJS yang menggunakan INA-CBGs untuk di Fasilitas Kesehatan tingkat Pertama dengan kapitasi di Pelayanan Primer, belum memasukan kode dan perhitungan biaya untuk diagnosa penyakit yang terkait dengan KtPA. Menurut Permenkes Permenkes No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, Visum merupakan layanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, sehingga layanan visum hanya dapat dilakukan oleh dokter spesialis di rumah sakit

Hal tersebut di atas tidak selaras dengan Kepmen No. 1226/MENKES/SK/XII/2009 tentang Pedoman Panata Laksana Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak di RS dan Panduan Puskesmas mampu tatalaksana yang mendorong penyelenggaraan layanan KtPA di tingkat Puskesmas dan PPT di Rumah Sakit.

Menurut KUHP pasal 136, visum dibiayai oleh negara. Jika visum dibayarkan dengan BPJS dari korban KtPA yang membayar iuran secara mandiri, maka sesungguhnya visum tersebut tidak dibayar oleh negara, tetapi oleh iuran masyarakat peserta BPJS. Hal ini sama dengan jika biaya visum dibebankan kepada korban KtPA atau pendamping atau pengantar.

Pembuat kebijakan dan pelaksana program masih belum sepenuhnya memahami kebijakan tentang Kekerasan terhadap Perempuan / Anak, sehingga korban KtPA masih dibebani biaya pelayanan kesehatan dan tidak diarahkan untuk mendapatkan hak nya sebagai PBI. Pemerintah Daerah yang memiliki pemahaman yang baik tentang kekerasan terhadap perempuan dan anak terbukti mampu mengalokasikan anggaran bagi korban KtPA dan membuat mekanisme yang meringankan beban korban.

## VI. DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, Dewi. 2020. "Analisis Kebijakan Pelayanan Kesehatan."
- Ardiansah, Ardiansah, and Silm Oktapani Silm. 2020. "Politik Hukum Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Rakyat Indonesia Berdasarkan UU SJSN Dan Undang-Undang BPJS." *Jurnal IUS: Kajian Hukum Dan Keadilan* 8 (1): 164–79.
- Aspawati, Nurrahmi Aspawati Nurrahmi. 2021. "Sistem Pembiayaan Kesehatan Global." *Jurnal Medika Utama* 2 (04 Juli): 1073–79.
- Asrinawaty, Asrinawaty, and Mahmudah Mahmudah. 2021. "Hubungan Persepsi Masyarakat Dengan Kepesertaan JKN Mandiri Di Puskesmas Perawatan Bakau Tahun 2021." *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)* 8 (2): 191–95.
- Asyari, Shella Virginia Umma Al, and Budiarsih Budiarsih. 2022. "Analisis Kewajiban Kepesertaan Sistem BPJS Kesehatan." *Bureaucracy Journal: Indonesia Journal of Law and Social-Political Governance* 2 (1): 446–67.
- Budiarsih, S H. 2020. *Hukum Dan Sistem Pembiayaan Kesehatan*.
- Calundu, Rasidin. 2018. *Manajemen Kesehatan*. Vol. 1. Sah Media.
- Dodo, Dominirsep, and Sigit Riyarto LaksonoTrisnantoro. 2012. "Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu Dan Anak Bersumber Pemerintah Dengan Pendekatan Health Account." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI* 1 (1).
- Ediani, Dine Rinjani. 2015. "Implikasi Berlakunya Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS Terhadap BPJS Kesehatan Cabang Utama Bandung Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan." Magister Hukum Kesehatan Unika Soegijapranata.
- Firman, S. n.d. "Peran Pemerintah Dan Masyarakat Dalam Pembiayaan Kesehatan."
- Hidayati, Fifi Anisa Nur, and Devi Pramita Sari. 2021. "Perencanaan Pembiayaan Kesehatan Di Rumah Sakit." In *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional*, 226–33.
- Listiya, Putri. 2022. "Prinsip Keadilan Dalam Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Dan Berpenghasilan Rendah."
- "Ombudsman RI Soroti Ragam Masalah Sumber Pembiayaan Kesehatan Di Daerah." 2023. 2023. <https://ombudsman.go.id/news/r/ombudsman-ri-soroti-ragam-masalah-sumber-pembiayaan-kesehatan-di-daerah>.
- Otang, Andriko S, and Hafidz Arfandi. 2018. "Transformasi Yang Belum Usai: Perlindungan Kesehatan Pekerja Dalam Skema Bpjs Kesehatan." *Mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional Yang Non-Diskriminatif*.
- R Hapsara Habib Rachmat, D P H. 2018. *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat Dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Di Indonesia*. UGM PRESS.
- Setyawan, Febri Endra Budi. 2015. "Sistem Pembiayaan Kesehatan." *Saintika Medika* 11 (2): 119–26.
- Suprpto, Oleh. 2023. "BAB 3 ORGANISASI DAN PENERAPANNYA DALAM BIDANG KESEHATAN." *Manajemen Mutu Sumber Daya Kesehatan*, 31.
- Trisnantoro, Laksono. 2021. *Kebijakan Pembiayaan Dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. UGM PRESS.
- Wulandari, Anggun, Fauzie Rahman, Ayu Riana Sari, Nur Laily, Nita Pujianti, Lia Anggraini, Thinni Nurul Rochmah, and Ernawaty Ernawaty. n.d. "Buku Pembiayaan Dan Penganggaran Kesehatan." CV. Mine.