

ANALISIS POLA PEMANFAATAN JAMINAN PEMBIAYAAN KESEHATAN ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PESERTA NON PBI MANDIRI DI WILAYAH PERDESAAN KABUPATEN BANYUMAS

ANALYSIS OF FINANCIAL PROTECTION UTILITY PATTERN IN NATIONAL HEALTH INSURANCE FOR NON PBI (VOLUNTARY MEMBERSHIP) AT BANYUMAS RURAL DISTRICT

Arih Diyaning Intiasari¹, Julita Hendrartini², Laksono Trisnantoro²

¹Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto

²Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

ABSTRACT

Background : There is a suspected tendency of adverse selection during the implementation of JKN typically among Non PBI members (voluntary member) impact on the high rate of claims for services, especially in the outpatient claims level in hospital. It is necessary to study the patterns of utilization of health financing among Non PBI participants to describe determinants that influence it. Policy recommendations for the improvement of public health financing for non-poor informal sector are expected to support the efforts toward the expansion of the universal health coverage

Method: This study design was cross-sectional in the period from June to December 2015. Data collection is using qualitative approach with in-depth interview guide. Informants are some 24 people comprising 12 Non PBI informant participants, 3 the registrar at the health center, 2 nurses in health centers, 3 the registrar at the private hospital and 4 people registrar in General Hospital

Result: There are four patterns of usage by the participants of the Non PBI (Mandiri). The utilization pattern consists of: Utilization of health services appropriate tiered referral system, utilization of health insurance by their own preference of referral system, utilization of health insurance only for health care outpatient and inpatient hospital and utilization of health insurance only for inpatient health services in hospital

Conclusion : There is a tendency for adverse selection and moral hazard on utilization of health financing by Non PBI members. Some referral practices are not in accordance with the procedure of tiered referral system due to several identified reasons either from the demand side and the supply side.

Keyword : social health insurance, Adverse Selection

ABSTRAK

Latar Belakang: Adanya kecenderungan terhadap fenomena *adverse selection* pada skema Non PBI Mandiri berdampak kepada tingginya rasio klaim pelayanan terutama pada klaim rawat jalan tingkat lanjutan di FKTL. Perlu dilakukan kajian terhadap pola pemanfaatan jaminan pembiayaan kesehatan era JKN pada peserta Non PBI Mandiri untuk mengetahui gambaran determinan yang mempengaruhinya. Rekomendasi terhadap perbaikan kebijakan pembiayaan kesehatan masyarakat sektor informal non miskin diharapkan dapat mendukung upaya perluasan kepesertaan menuju kesehatan masyarakat semesta

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan potong lintang pada periode Bulan Juni-Desember 2015. Pengambilan data menggunakan pendekatan kualitatif dengan panduan wawancara mendalam. Informan yang terlibat sejumlah 24 orang yang terdiri dari 12 informan peserta Non PBI Mandiri, 3 orang petugas pendaftaran di Puskesmas, 2 orang perawat di Puskesmas, 3 orang petugas pendaftaran di RS Swasta dan 4 orang petugas pendaftaran di RS Umum

Hasil : Identifikasi pada informan menemukan adanya 4 pola penggunaan jaminan pembiayaan kesehatan oleh peserta Non PBI Mandiri. Pola pemanfaatan tersebut terdiri dari : Pemanfaatan pelayanan kesehatan sesuai sistem rujukan berjenjang, Pemanfaatan jaminan kesehatan dengan sistem rujukan APS, Pemanfaatan jaminan kesehatan hanya untuk pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap di FKTL dan pemanfaatan jaminan kesehatan hanya untuk pelayanan kesehatan rawat inap di FKTL

Kesimpulan: Adanya kecenderungan *adverse selection* dan *moral hazard* teridentifikasi pada peserta skema Non PBI Mandiri. Pola pemanfaatan jaminan pembiayaan kesehatan yang tidak sesuai dengan prosedur sistem rujukan berjenjang disebabkan adanya beberapa hal yang dapat teridentifikasi baik dari sisi demand maupun sisi supply.

Keyword : BPJS Non PBI Mandiri, Adverse Selection

PENGANTAR

Salah satu temuan dalam evaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 2 tahun pertama adalah tingginya rasio klaim pada pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL). Data per November 2014 menunjukkan adanya jumlah peserta Non PBI Mandiri yang terdaftar sebesar 7.036.200. Peserta Non PBI mandiri yang memanfaatkan pelayanan kesehatan sejumlah 1,6 juta (23%). Biaya pelayanan kesehatan yang terserap adalah sebesar 7,9 Trilyun rupiah. Data tersebut menunjukkan bahwa Biaya pelayanan kesehatan rill per jiwa pada peserta Non PBI Mandiri adalah sebesar Rp282.139,00 jauh lebih besar dari rata - rata besaran Per Orang Per Bulan

sebesar Rp27.062,00. Rasio klaim pada pool Non PBI Mandiri adalah sebesar 1380%.

Tingginya rasio klaim pelayanan kesehatan pada skim PBI Non Mandiri disinyalir merupakan akibat dari fenomena *adverse selection* kepesertaan BPJS dalam era Jaminan Kesehatan Nasional. Adverse Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan adanya fenomena *adverse selection*. Studi pada 197 responden peserta Non PBI Mandiri yang telah terlambat membayar premi minimal enam bulan menunjukkan bahwa 70,5% responden mendaftar sebagai peserta BPJS dengan alasan karena membutuhkan jaminan pembiayaan kesehatan dalam waktu dekat, baik dengan keinginan sendiri atau menurut arahan dari dokter ataupun tenaga paramedis¹. *Adverse selection* dan *Moral hazard* adalah fenomena yang muncul akibat ketidaktahuan informasi antara badan pengelola asuransi dengan calon peserta asuransi. Badan penyelenggara tidak mengetahui persis kondisi kesehatan ataupun risiko sakit yang dimiliki oleh calon peserta yang akan mendaftar. *Adverse selection* kemudian diikuti dengan fenomena *moral hazard*. *Moral hazard* tercermin pada pola pemanfaatan pelayanan kesehatan setelah peserta terdaftar dalam skema asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan².

Kebijakan pencegahan *adverse selection* yang telah dilakukan secara kontinyu dalam beberapa revisi kebijakan di level BPJS belum memberikan progress nyata dalam upaya pencegahan *adverse selection*. Rekomendasi yang diperlukan dalam penguatan kebijakan tersebutnya idealnya memperhatikan konteks kebijakan secara menyeluruh. Salah satunya adalah dengan mengidentifikasi pola pemanfaatan jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan pada peserta Non PBI Mandiri. Pemahaman terhadap pola pemanfaatan tersebut diharapkan dapat memberikan rekomendasi yang bersifat teknis terhadap implementasi kebijakan JKN yang lebih baik.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini mengambil lokasi di wilayah perdesaan di wilayah Banyumas. Pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling* menggunakan metode *snow ball sampling*. Konsep penelitian dalam kajian ini adalah untuk mengetahui pola pemanfaatan jaminan pembiayaan kesehatan oleh peserta Non PBI Mandiri di era JKN.

Penelitian ini menggunakan rancangan potong lintang. pada periode Bulan Juni-Desember 2015. Pengambilan data menggunakan pendekatan kualitatif dengan panduan wawancara mendalam. Informan yang terlibat sejumlah 24 orang yang terdiri dari 12 informan peserta Non PBI Mandiri, 3 orang petu-

gas pendaftaran di Puskesmas, 2 orang perawat di Puskesmas, 3 orang petugas pendaftaran di RS Swasta dan 4 orang petugas pendaftaran di RS Umum. Persetujuan setelah Pemberitahuan (PSP) telah ditandatangani oleh informan guna memastikan kenyamanan informan dalam memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tingginya rasio klaim pada skema Non PBI Mandiri dalam JKN diakibatkan adanya pooling resiko yang tidak sesuai dengan prinsip asuransi kesehatan. Kondisi *adverse selection* pada skema Non PBI Mandiri terjadi akibat bergabungnya peserta dengan risiko kesakitan yang tinggi ke dalam JKN. Kondisi tersebut ditambah dengan perilaku *moral hazard* baik oleh peserta (*demand induced supply*) maupun *moral hazard* oleh *provider* (*supply induced demand*).

Identifikasi pada informan menemukan adanya empat pola penggunaan jaminan pembiayaan kesehatan oleh peserta Non PBI Mandiri. Pola pemanfaatan tersebut terdiri dari : Pemanfaatan pelayanan kesehatan sesuai sistem rujukan berjenjang, Pemanfaatan jaminan kesehatan dengan sistem rujukan Atas Permintaan Sendiri (APS), Pemanfaatan jaminan kesehatan hanya untuk pelayanan kesehatan dengan biaya tinggi di FKTL dan pemanfaatan jaminan kesehatan hanya untuk pelayanan kesehatan rawat inap di FKTL.

1. Pemanfaatan pelayanan kesehatan sesuai sistem rujukan berjenjang

Penelitian mengidentifikasi pemanfaatan jaminan pembiayaan kesehatan yang sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh BPJS yaitu melalui sistem rujukan berjenjang sesuai dengan kebutuhan (*needs*) pasien. Pengambilan data dilakukan pada saat pasien sedang menunggu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas (FKTP) dan di rumah sakit (FKTL). Karakteristik masyarakat perdesaan sedikit banyak berkontribusi terhadap pengambilan sikap dalam menentukan pola pemanfaatan jaminan kesehatan

A. Kepatuhan terhadap anjuran dokter dan tenaga kesehatan di FKTP

Kultur masyarakat perdesaan di wilayah Banyumas merupakan modal sosial yang kuat bagi mereka untuk patuh terhadap perintah dokter atau petugas di FKTP. Keinginan untuk sembuh dan ketidak tahuan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang tepat untuk kondisi mereka menjadi penguat untuk mengikuti semua perintah dokter, termasuk menanati prosedur

rujukan berjenjang yang diterapkan oleh JKN. Faktor *consumer ignorance* sebagai salah satu ciri dari perilaku ekonomi kesehatan adalah ketidaktahuan peserta terhadap derajat keparahan penyakit (*severity*) yang diderita. Faktor ini memang mempengaruhi kepatuhan peserta terhadap prosedur dalam sistem rujukan berjenjang pada JKN.

Hal tersebut dapat dilihat pada kuotasi informan pasien KT berikut ini :

“pun benter tigang ndinten, diblonyoh mbahe kok mboten mantun...tembe kula beta mriki, la wong lare sok kados niku...keselen ndean playon bae dolan kalih batire...ngendikane pak dokter angger tesih benter nggih beta mriki malih ngemben angger obate pun telas”

(“sudah tiga hari badannya panas, diberi ramuan pijat oleh neneknya tidak juga sembuh... baru saya bawa kesini, memang anak kecil sering begitu...kecapekan lari-lari mainan dengan temannya...nanti kalau obatnya habis dan anak masih panas disuruh bawa kesini lagi”)(Informan Pasien KT, 25 tahun)

Penelitian di Palestina menemukan bahwa perempuan mempunyai kecenderungan untuk menunda waktu untuk memperoleh pelayanan kesehatan pada pusat kesehatan modern, mereka cenderung terlebih dahulu menggunakan pengobatan tradisional sendiri di rumah. Perilaku pencarian pelayanan kesehatan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah : peran sosio budaya gender, keyakinan terhadap kondisi kesehatan mereka, keterjangkauan keuangan, aksesibilitas geografis, persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan, dan kebutuhan akan kondisi kesehatan mereka³. Salah satunya ditunjukkan oleh informan NM, seorang guru di sebuah SMP swasta melalui kuotasi berikut :

“Nggih menawi dirujuk nggih manut mawon...sing penting teli gagen mantun mbak...mbuh kepriwe lakune ya kudu manut”
 (“Ya kalau dirujuk ya mau saja...yang penting kan cepat sembuh mbak...tidak tahu gimana nanti yang harus dijalani ya harus menurut”)
Informan NM 45 tahun)

Modal sosial vertikal pada karakteristik masyarakat perdesaan adalah kepercayaan atau keyakinan terhadap kekuatan atau kekuasaan di atasnya untuk memberikan kesembuhan terhadap penderitaan atau penyakit yang dideritanya. Modal sosial vertikal adalah nilai dan

keyakinan akan kesembuhan yang didapatkan hanya dengan memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas. Karakteristik heterogen masyarakat Indonesia menjadikan modal sosial yang spesifik dalam setiap kelompok masyarakatnya. Modal sosial dapat mempengaruhi secara positif kepercayaan, *kohesifitas*, *altruisme*, gotong-royong, partisipasi, jaringan, kolaborasi sosial dalam sebuah komunitas. Modal sosial pada umumnya akan tumbuh dan berkembang bukan saja karena adanya kesamaan tujuan dan kepentingan, melainkan pula karena adanya kebebasan menyatakan pendapat dan berorganisasi, terjalannya relasi yang berkelanjutan, serta terpeliharanya komunikasi dan dialog yang efektif⁴.

B. Kepercayaan terhadap kualitas pelayanan di FKTP

Kajian menemukan adanya pasien peserta Non PBI Mandiri yang sudah terbiasa merasakan kesembuhan hanya dengan berobat ke FKTP. Kepuasan pasien didasarkan pada pengalaman sebelumnya menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas. Menurut informan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat merepotkan baginya. Hal tersebut karena membutuhkan waktu yang relatif lebih lama dan jarak yang jauh. Informan adalah seorang Ibu berinisial AY berusia 40 tahun adalah seorang pemilik toko sembako di desanya.

“*Namung Flu biasa....mboten mawi rujukan malah repot...nggih dangu nggih tebih...biasa nedi obat saking mriki (Puskesmas) nggih mantun...masuk angin mawon biasane*”
 (“*Cuma Flu biasa...tidak perlu dirujuk (ke RS) malah semakin repot...memakan waktu lama dan jarak yang jauh...biasanya minum obat dari sini (puskesmas) juga sembuh...hanya masuk angin biasanya*”) (Informan Pasien AY 40 Tahun)

Keramahan petugas kesehatan di FKTP, kepuasan terhadap kebersihan dan kenyamanan puskesmas membuat pasien lebih tertarik untuk memanfaatkan jaminan pembiayaan kesehatan di FKTP. Hal tersebut dapat dilihat pada informasi kuotasi berikut :

“*Esih tunggale dewek perek...tangga desa... ana sing pancen wes kenal suwe...genah nyong sering sih njujugna bapake, mertuane, anake mbirengan...dadi ya wes akrab...gelem takon....ditakoni ya gelem. Gedungnya juga bagus, kamar mandi bersih...tambah nyaman*” Informan JM (52 tahun)
 (“*Masih saudara dekat kami...tetangga desa... ada yang memang sudah kenal lama...karena*”

saya sering mengantar bapak, mertua...juga anak (berobat ke puskesmas)...jadi sudah akrab...(mereka) mau menanyakan kabar kami....kalau kami menanyakan (sesuatu) mereka juga mau menjelaskan. Gedungnya juga bagus, kamar mandi bersih...tambah nyaman)

Kenyamanan terhadap keramahan dan rasa kekerabatan merupakan modal sosial yang dimiliki oleh karakter masyarakat perdesaan. Kepuasan terhadap pelayanan tidak hanya mengacu pada hasil output semata tetapi juga kenyamanan dalam proses mendapatkan pelayanan kesehatan.

C. Kekhawatiran terhadap rujukan dokter ke FKTL

Pada beberapa kasus, pasien yang mendapatkan rujukan akan merasa kebingungan dan khawatir akan kondisi kesehatannya. Kondisi tidak pasti (*uncertainty condition*) terhadap kesakitan dan kematian pada masyarakat sektor informal mendatangkan kekhawatiran terhadap kelangsungan dukungan ekonomi keluarganya. Selain itu adalah munculnya kekhawatiran bahwa lamanya waktu berobat ke RS akan menyebabkan usahanya terganggu. Meninggalkan waktu bekerja bagi masyarakat sektor informal adalah kehilangan kesempatan memperoleh pendapatan. Informasi tersebut kami dapatkan dari seorang *supplier* alat-alat mesin pabrik berinisial pasien BN, seorang wirausahawan pengrajin knalpot berinisial BR dan seorang pemilik warung makan berinisial TJ. Hal tersebut dinyatakan oleh informan dokter AT, informan pasien BR dan informan pasien BN berikut ini :

“pada orang yang cenderung merasa tubuhnya sehat, apalagi di sini masyarakat cenderung tidak merasakan keluhan sakit hingga dirasa sakitnya itu semakin parah... gilirannya benar benar jatuh sakit baru berobat ke sini, yang sering adalah suspect TB atau pneumonia dengan komplikasi lain....kalau sudah begitu kami rujuk malah mereka kebingungan... ketakutan yang ga jelas gitu lah....kadang mereka bertanya memastikan apakah ga bisa hanya ditangani disini saja...padahal fasilitas penunjang untuk penegakan dx nya saja gak ada disini...harus dirujuk” (Informan dokter AT47 tahun)

“yang saya khawatirkan itu ninggalin kerjaan, klo harus berobat ke rumah sakit itu kan makan waktu lama...belum pasti sampai kapan... kalau orang kayak saya ini kan ada kerja ada uang...gak seperti pegawai yang sudah pasti terima uang setiap bulannya” (Informan pasien BN 34 tahun)

“ya kuwatirlah mbak....pasti sudah parah ngasi (sampai) dirujuk...kasihan anak anak masih kecil kalau saya sakit parah”(Informan pasien BR 40 tahun)

“maksud saya kan diobati disini saja dulu lah mbak...ngga usah dirujuk...anu warung gak ada yang jaga sih...”(informan pasien TJ 34 tahun)

Kenyamanan terhadap pelayanan di FKTP dan kekhawatiran untuk berobat ke FKTL menyebabkan kepatuhan informan peserta BPJS Non PBI Mandiri untuk mengikuti pola pemanfaatan jaminan kesehatan sesuai dengan prosedur rujukan secara berjenjang.

2. Pemanfaatan jaminan kesehatan dengan sistem rujukan Atas Permintaan Sendiri (APS)

Temuan penelitian menunjukkan bahwa ada kemudahan pemberian surat rujukan oleh FKTP pada implementasi JKN. Pada beberapa kasus ditemukan bahwa pada pasien yang telah secara rutin harus melakukan kontrol ke FKTL maka permintaan surat ijin bisa diwakilkan oleh orang lain.

A. Kemudahan pemberian rujukan oleh FKTP

Pada kasus dimana pasien sudah terbiasa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan, maka pasien akan meminta pertolongan kepada orang lain untuk meminta surat rujukan, terutama pada pasien yang sudah berusia lanjut dan dalam kondisi tidak memungkinkan untuk melakukan perjalanan dalam waktu lama. Demikian penuturan dari seorang Petani (Informan KJ, 77 tahun) dalam kutasi berikut ini :

“...pun biasa kontrol pendak kaleh minggu pindah..ken nyuwunaken lare wau enjing... menawi mboten nggih tanggane sing lagi sela sing esih bergas wira wiri...timbang nyong sing njiot mengko dadi kesuwen ra gutul gutul....nganah ngenah ra dadi sedina rampung”
 (“sudah biasa kontrol setiap 2 minggu sekali ...menyuruh anak untuk meminta (surat rujukan) tadi pagi...kalau tidak bisa ya tetangga yang sedang tidak repot masih sehat untuk bisa (diminta tolong) kesana kemari.... daripada saya yang mengambil (surat rujukan ke puskesmas) nanti jadi terlalu lama tidak sampai-sampai....kesana kesini sehabian tidak mungkin selesai (periksa ke rumah sakit)” Informan KJ (77 tahun)

Kekerabatan dan rasa kepedulian yang masih tinggi di perdesaan memungkinkan “tolong-menolong” dalam memperoleh surat rujukan.

Tidak harus saudara atau anak, bahkan tetangga dekat pun mempunyai kepedulian yang tinggi untuk menolong sesama.

B. Pasien memaksa untuk mendapatkan surat rujukan

Salah satu hal yang membuat mudahnya surat rujukan bisa dikeluarkan oleh FKTP adalah adanya pemaksaan dari pasien atau keluarga pasien. Pasien dari skema Non PBI mandiri ada yang terbiasa meminta rujukan langsung. Bahkan menurut penuturan informan dari petugas kesehatan di puskesmas, pasien seringkali marah apabila permintaan surat rujukannya diabaikan. Demikian penuturan informan dalam kutasi berikut :

Dah biasa mbak...kalo ngga dikasih (surat rujukan) suka marah...ada juga sih yang memang kadang sudah kenal baik...biasanya malah kita tawarkan mau priksan nopo rujuk mawon?...ya kan kalau berobat apa konsul ke yang lebih ahlinya (dokter spesialis) kan lebih lega...bisa ketahuan apa sakitnya apa obatnya..." Informan petugas puskesmas LN (38 tahun)

"Kaya (seperti) lebih pintar pasiennya daripada dokternya ndean (mungkin) mbak..... yah daripada ribut yang sering kita kasih lah...." Informan Bidan CC (45 tahun)

Adanya fenomena kemudahan dalam mendapatkan sistem rujukan ini dapat dilihat dari 2 sisi. Dari sisi *demand*, Pertama, kemudahan memperoleh rujukan didorong oleh keinginan pribadi pasien atau peserta BPJS Non PBI Mandiri yang cenderung merasa puas dengan pelayanan kesehatan di FKTL dengan mengabaikan keharusan pelayanan kesehatan dengan sistem rujukan berjenjang. Kedua, kondisi pasien yang sedang dalam keadaan sakit mengakibatkan permintaan rujukan terwakilkan dengan orang lain, sehingga pihak FKTP tidak bisa memastikan sepenuhnya kondisi pasien terkait kelayakan rujukan yang nantinya diberikan.

Dari sisi *supply* ditemukan adanya fenomena penawaran pemberian rujukan kepada pasien karena dasar kenyamanan kekerabatan. Kedekatan satu sama lain dalam konteks komunitas perdesaan menjadi faktor utama yang berkontribusi terhadap kemudahan pemberian rujukan di FKTP.

3. Pemanfaatan jaminan kesehatan hanya untuk pelayanan kesehatan dengan biaya mahal di FKTL

Penelitian menemukan adanya fenomena *moral hazard* pada pola pemanfaatan jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan oleh peserta non PBI Mandiri. Adanya kecenderungan untuk menggunakan manfaat kepesertaan BPJS hanya untuk pembiayaan pelayanan kesehatan yang berbiaya mahal atau tinggi teridentifikasi pada informan penelitian. Peserta tidak menggunakan hak manfaat JKN untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara penuh tetapi hanya menggunakan hak manfaat jaminan JKN untuk kasus-kasus yang membutuhkan pelayanan obat yang mahal saja.

Analisis data lanjut Riskesdas 2013 menunjukkan adanya kemampuan masyarakat sektor informal pada status ekonomi *near poor* untuk mempunyai asuransi kesehatan swasta (*voluntary*). Hasil kajian⁵ menunjukkan sebesar 66,8% masyarakat sektor informal yang memiliki asuransi kesehatan *voluntary* adalah mereka yang memiliki status ekonomi pada *quintile near poor* (Q2=22,5%, Q3=23,5%, Q4=20,8%).

A. Kepuasan pasien terhadap kenyamanan pelayanan kesehatan di FKTL

Pola pemanfaatan dengan penggunaan jaminan pembiayaan kesehatan hanya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan biaya mahal di FKTL dipengaruhi salah satunya adalah adanya kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di FKTL. Kepuasan terhadap pelayanan kesehatan di FKTL terdiri dari : lamanya waktu konsul, harga yang relatif terjangkau (oleh informan) dan fleksibilitas waktu pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

Hal tersebut terlihat dari kutasi berikut ini:

"Memang kalo sakit saya biasa berobat ke rumah sakit xxxx (swasta) mbak, pelayannya lebih bagus, waktu konsulnya bisa lama bisa tanya sepuasnya sama dokter..." (Informan Pasien, TJ 29 tahun)

"Duh mbak....lha saya kobernya kalau ke dokter ya sore atau kalo nggak malem....kalo pagi kan mesti kerjaan gak bisa ditinggal...ke puskesmas atau RSU ya tutup..." (informan Pasien, AG, 32 tahun)

"Dateng disambut satpam yang mandu ambil antrian...pas ngantar mertua pake kursi roda

juga dianterin masuk *lift*, ruangnya ber AC (*air conditioner*) antriannya tidak sebanyak di rumah sakit umum...nggak perlu *desek desekan* antri resep...udah tau tau dipanggil untuk ambil bayar obat..." (informan pasien SA, 27 tahun)

Faktor kenyamanan merupakan hal yang dirasakan secara subyektif sesuai kebutuhan dari pasien. Walaupun terkadang untuk memperoleh kenyamanan tersebut pasien harus membayar lebih dari jaminan yang dia miliki.

B. Adanya pembayaran *Fee For Service (FFS)* pada pelayanan yang masih terjangkau bagi peserta.

Pola pemanfaatan jaminan kesehatan hanya untuk pembiayaan kesehatan yang mahal terlihat pada temuan data informan. Ada yang baru mengurus rujukan dari FKTP setelah mendapati bahwa obat yang harus ditebus pada pemeriksaan kesehatan di FKTL berbiaya mahal. Informasi tersebut dapat terlihat pada kutasi dibawah ini :

Saya pakai BPJS kalau pas kena obat yang biaya mahal mbak..kapan itu kan istri priksan ke THT...ada obat semprot hidung yang memang harganya mahal, jadi pas disuruh kontrol lagi ya sudah...minta rujukan paginya ke puskesmas....lumayan hemat...lha obatnya kalau (pasien) umum kan nyampe 300 ribuan" (Informan pasien, RT 35 tahun)

"...paling cuma habis 100-200 ribu saja dah sama obatnya" (Informan Pasien, TJ 29 tahun)

Ada juga informan yang melakukan pemeriksaan laboratorium atas permintaan sendiri (APS) karena menilai bahwa pemeriksaan penunjang di RS terkadang membutuhkan waktu yang lama. Biaya pemeriksaan laboratorium yang mereka lakukan pada laboratorium swasta bervariasi besarnya tergantung pemeriksaan spesimen yang dilakukan. Informan mengaku bahwa mereka melakukan pencarian informasi di internet kemudian baru ke laboratorium untuk dilakukan pemeriksaan. Selanjutnya hasil laboratorium tersebut baru dibawa ke dokter di FKTL. Semua proses dari pemeriksaan laboratorium dan rawat jalan di FKTL tidak menggunakan jaminan kesehatan dari BPJS Non PBI Mandiri tetapi menggunakan *Out of Pocket (OOP)*. Demikian penuturan 2 ibu berinisial AH (33 tahun) dan IN (36 tahun) dalam kutasi dibawah ini :

" saya tau kalo ada yang ga beres rasanya itu beda...kalau cuma *panastis* (panas-atis = panas-dingin) biasanya *ga* sampai menggigil apalagi *koh ngasi* (sampai) 3 hari mbak...saya *searching* di *hape*...ada kemungkinan *tipes*...caranya biar *tau* bisa langsung tes di *leb* (*laboratorium*)...*pas* siang mbak..*ga* ada yang *nganter*.. bayar 180 ribu...hasilnya sejam...tapi saya gak nunggu saya suruh adik saya ambil pulang kerja ternyata bener hasilnya *salmonela* positif...baru antri dokter...langsung saya kasih hasil *leb* langsung dapat obat.....kalau mesti prosedur ke puskesmas dulu terus ke rumah sakit *leb priksan* lagi ya *lamaa*...dah pasti *ga* sanggup saya" (Informan AH, 33 tahun)

" Batuk lama *ga* sembuh...kayanya ada 2 bulanan...mau *priksan angel banget wektune*...kata teman buat *nyingget* (menghemat) waktu *enakan priksan* ke *leb* nya sendiri...ya sudah...saya *rongsen* sama periksa dahak...ya sekitar 200 ribu lah...hasilnya saya bawa *priksan* sore ke rumah sakit xxxxx..... kata dokter *ndak papa* tadi...ini tinggal nunggu *obate* " (Informan IN, 36 tahun)

Penelitian terdahulu⁶ menemukan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan tidak menjamin seorang peserta untuk tidak melakukan OOP dalam mendapatkan layanan obat, pemeriksaan laboratorium dan *informal cost* lainnya. Keterjangkauan pembiayaan secara OOP merupakan sebuah potensi terhadap keberlangsungan sistem jaminan kesehatan nasional. Kajian terhadap *premium setting* dan *benefit package* baru pada skema BPJS Non PBI Mandiri layak untuk menjadi perbaikan dalam kebijakan dimasa mendatang. Penelitian

C. Perbedaan pemahaman terhadap 155 penyakit yang tidak boleh dirujuk.

Selain isu kualitas pelayanan dan fleksibilitas waktu layanan, pola pemanfaatan jaminan kesehatan juga disebabkan oleh masih rancunya implementasi peraturan BPJS tentang 155 penyakit yang tidak boleh dirujuk. Hal tersebut dari sisi demand membuat peserta Non PBI Mandiri tidak berminat untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di FKTP.

Penelitian menemukan adanya kasus penolakan surat rujukan dari FKTP. Hal tersebut memicu ketidaknyamanan atau ketidakpuasan pasien terhadap sistem rujukan BPJS yang berlaku saat ini. Pengalaman tidak menyenangkan itulah yang kemudian membuatnya memutuskan tidak lagi menggunakan manfaat jaminan kesehatan dengan kepesertaan BPJS non

PBI Mandiri miliknya. Informasi dari seorang perempuan pemilik usaha isi ulang galon air minum (TAR, 35 tahun) dapat dilihat pada kutasi di bawah ini :

“Bukannya *ga nurut* aturan *mba....saya pernah priksan* ke puskesmas ya...*anu.. telinga mbengung* (berdenging) sakit...*sama bu bidan* dirujuk ke sini...*tulisannya* adalah gangguan otitis media....*saya masih ingat betul sama mbak perawat* di sini (RS Swasta) ditolak karena bunyi rujukannya otitis media...*katanya ditolak sama pendaftaran* karena seharusnya bisa diobati di puskesmas..*yah* daripada balik lagi ya *saya mending priksan* ikutnya (pasien) umum”

Perbedaan pemahaman terhadap peraturan tersebut juga terlihat dari sisi supply. Rumah sakit swasta cenderung lebih teliti dalam menerima rujukan dari FKTP. Sementara Rumah sakit pemerintah diwajibkan untuk tetap menerima rujukan tanpa penolakan kepada pasien. Hal tersebut kami konfirmasi kepada petugas di puskesmas, petugas administrasi pendaftaran di RS Umum dan RS Swasta. Informasi tersebut dapat dilihat pada kutasi berikut ini :

“sudah tersistem kalau disini...*begitu diagnosis* mengarah ke daftar 155 penyakit ya otomatis kami tolak dan kami tawarkan untuk mendaftar pasien umum...*kalau kami ga tegas* begitu ya nanti malah *ga bisa* diklaim BPJS kami yang disalahkan..” (Informan Petugas Pendaftaran RS Swasta, HY 23 tahun)
“ *Gini lho mba....kan* semisal contohnya otitis media...itu *kan* kami tulis sebagai dugaan diagnosis...*kita kan ga tau* kalau dengan pemeriksaan penunjang yang lebih lengkap di rumah sakit terus diagnosis pastinya apa..*gunanya* dokter spesialis *kan gitu...lha* kalau butuh pembersihan serumen...*kita kan ga punya* alatnya...*rumah sakit yang punya...*” (Informan Bidan Puskesmas, SR 42 tahun)

“*pokoknya* bisa menunjukkan surat rujukan dan persyaratan lainnya, *kopi* KTP atau KK, kartu BPJS asli dibawa ya sudah kami mintakan jaminan ke BPJS...*ga ditolak lah* mbak... disini itu pasiennya banyak tinggalnya juga jauh-jauh *mosok* suruh balik...*ya kasian...lagian* kalau negeri *kan ga boleh* *nolak* orang sakit” (Informan petugas pendaftaran di RS Umum, LS 37 tahun)

Banyaknya keluhan mengenai pelayanan kesehatan dengan BPJS di media beberapa waktu lalu diantaranya juga mengenai penerapan aturan 155 kasus yang tidak boleh dirujuk ke FKTL. Idealnya peraturan tersebut dapat terlaksana dengan baik apabila ada dukungan

terhadap ketersediaan sumber daya pada sisi *supply*. Ketersediaan sarana dan prasarana yang baik dan ketersediaan sumber daya manusia kesehatan seperti dokter yang mempunyai kompetensi yang baik dalam jumlah yang cukup disetiap FKTP adalah 2 hal yang harus mendapatkan perhatian. Upaya sosialisasi yang berkelanjutan kepada pasien merupakan upaya yang harus dilakukan dari sisi *demand*.

4. Pemanfaatan jaminan kesehatan hanya untuk pelayanan kesehatan rawat inap di FKTL.

Penelitian juga menemukan adanya informan yang memang hanya menggunakan jaminan pembiayaan kesehatan hanya pada saat mereka membutuhkan rawat inap.

Seorang peserta BPJS Non PBI Mandiri (NR, 26 tahun) menceritakan bahwa memang sudah dari awal mendaftar BPJS dia sudah berniat untuk menggunakan jaminan kesehatannya untuk meringankan biaya persalinan dengan operasi caesar. Dokter dan bidan di tempatnya memeriksakan kehamilan menyarankan dia untuk mendaftar BPJS sebelum waktunya melahirkan. Hal tersebut karena memang dokter menyarankan tindakan operasi karena alasan medis, yaitu resiko *retensio placenta* dari riwayat 2 kehamilan sebelumnya. Adapun selama pemeriksaan kehamilan, dia tidak menggunakan jaminan kesehatan BPJS. Pemeriksaan kehamilan dia lakukan di klinik dokter SPOG yang berpraktek di rumah sakit swasta pada malam hari. Berikut ini adalah kutasi dari informan :

“ *Dokter* sarankan nanti operasinya (*sectio caesarean*) pake BPJS saja nambah sedikit katanya...*ya sudah* saya ikut aja....*biasa* pas pemeriksaan kehamilannya ya *ga pake* BPJS ikut umum saja...*kan* vitaminnya *ga bisa* pake BPJS...*biasa* setiap periksa kehamilan tiap bulan antara 200-400 ribu sudah dengan pemeriksaan USG dan vitamin” (Informan pasien NR,26 tahun)

Keinginan untuk memberikan perlindungan kesehatan terbaik buat keluarga juga menjadi prioritas kepala keluarga. Hal tersebut yang mendorong masyarakat pekerja sektor informal untuk mendaftar sebagai anggota BPJS Skema Non PBI Mandiri. Ada kecenderungan pasien untuk menggunakan jaminan kesehatan dengan BPJS hanya untuk meringankan biaya perawatan Rawat inap saja, sementara ada keterjangkauan biaya bagi mereka untuk membiayai secara mandiri kebutuhan pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rawat jalan dengan OOP. Hal

tersebut terungkap dalam kuotasi informan di bawah ini :

“ ya pengennya kasih yang terbaik buat anak istri...saya kerjanya jauh..pulang juga 3 bulan sekali kalau sakit biasa ya sudahlah pake umum saja yang penting dapat yang terbaik... kalau perlu rawat inap baru saya bilang pake saja BPJS nya...lumayan bisa membantu meringankan biayanya mba...” (Informan Pasien MJ, 32 tahun)

“Orang tua kan sudah sakit-sakitan mba... *riwa riwi mondok* (sering sekali rawat inap) sudah sejak 2 tahun yang lalu penyakitnya ada aja.. hernia, PPOK, dekom...sering *banget opname lah* pokoknya...ya udah untungnya tak ikutin BPJS...jadi mandan enteng mbak... ngga perlu lagi minta bantuan saudara saudara yang di rantau” (Informan Pasien KN, 47 tahun)

Penelitian^{7,8} mengenai utilisasi pelayanan kesehatan menemukan bahwa di China ada pemanfaatan pelayanan rawat inap teridentifikasi lebih tinggi pada peserta asuransi yang mempunyai tingkat pendapatan yang lebih tinggi. Sementara ditemukan pula bahwa pasien yang mempunyai jaminan kesehatan cenderung lebih tinggi utilisasi pemanfaatan pelayanan kesehatannya dibanding masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Fenomena tersebut sedikit banyak memicu masyarakat sektor informal lain yang tidak memiliki jaminan kesehatan untuk keluarganya untuk mendaftar sebagai peserta BPJS Non PBI Mandiri. Mereka melihat contoh nyata dari implementasi JKN sebagai pelindung finansial terhadap kejadian kesakitan yang menimpa masyarakat. Hal tersebut dapat dilihat dari kuotasi berikut ini :

“saya ini cuma tukang parkir RS mbak... kadang *nyambi* jadi sopir *carter* mobil pasien yang mau pulang...ikut *seneng* melihat orang yang saya antar pulang *opname sumringah* (bahagia) *ngga mikir utangan mbayar opname* rumah sakit....ikut BPJS yang mbayar tiap bulan 25 ribu (Kelas III Rp.25.500) berempat sekeluarga cuma 100 ribu tiap bulan... setahun cuma 1,2 juta saja....lha kalau anak saya sakit dan butuh rawat inap...*jebret* habisnya pasti lebih dari 1,5 juta....*gitu* kok orang *ga* pada mau ikut...ikut BPJS juga buat *jagan* (jaminan) anak istri butuh *opnam*... kalau sakit sakit ringan sih jarang...paling batuk pilek saja ... minta obat *lilik* (Om) nya yang *mantri* (perawat) juga sembuh. Informan Pasien / Petugas Parkir, 28 tahun)

Upaya perluasan kepesertaan JKN pada masyarakat sektor informal harus disertai dengan penguatan kebijakan secara sistematis. Penguatan dari sisi demand dan sisi supply harus berjalan beriringan.

SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

1. Ada 4 pola penggunaan jaminan pembiayaan kesehatan oleh peserta Non PBI Mandiri. Pola pemanfaatan tersebut terdiri dari : Pemanfaatan pelayanan kesehatan sesuai sistem rujukan berjenjang, Pemanfaatan jaminan kesehatan dengan sistem rujukan APS, Pemanfaatan jaminan kesehatan hanya untuk pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap di FKTL dan pemanfaatan jaminan kesehatan hanya untuk pelayanan kesehatan rawat inap di FKTLKeterjangkauan pembiayaan secara FFS oleh peserta BPJS Non PBI Mandiri merupakan sebuah potensi dalam keberlangsungan sistem jaminan kesehatan nasional.
2. Adanya kecenderungan pemanfaatan jaminan pembiayaan kesehatan yang tidak sesuai dengan prosedur sistem rujukan berjenjang disebabkan adanya beberapa hal yang dapat teridentifikasi baik dari sisi *demand* maupun sisi *supply*.

SARAN

1. Kajian terhadap *premium setting* dan *benefit package* baru pada skema BPJS Non PBI Mandiri layak untuk menjadi perbaikan dalam kebijakan dimasa mendatang.
2. Ketersediaan sarana dan prasarana yang baik dan ketersediaan sumber daya manusia kesehatan seperti dokter yang mempunyai kompetensi yang baik dalam jumlah yang cukup di setiap FKTP adalah 2 hal yang harus mendapatkan perhatian. Upaya sosialisasi yang berkelanjutan kepada pasien merupakan upaya yang harus dilakukan dari sisi *demand*. Hal tersebut dilaksanakan dengan penguatan potensi modal sosial pada masyarakat di perdesaan.

REFERENSI

- 1 Intiasari AD, Trisnantoro L, Hendrartini J. (2016) Fenomena *Adverse Selection* dalam Keterlambatan Pembayaran Premi Peserta Non PBI Mandiri di Kabupaten Banyumas. *Graduate Forum on Health Policy, 3-4 March 2016 Yogyakarta*
- 2 Jowett M and Kutzin J (2015) *Raising Revenue for Health in Support of UHC : Strategic Issues for Policy Makers*. World Health Organization.
- 3 Majaj L, Nassa M, De Allegri M (2013) “It’s not easy to Acknowledge that I’m Ill”; a Qualitative Investigation Into The Health Seeking Behaviour of Rural Palestinian Women. *BMC Women’s Health* 2013, 13:26.

- 4 Suharto,E (2010) Analisis Kebijakan Publik. Panduan Praktis Mengkaji Masalah dan Kebijakan Sosial. CV. Alfabeta Bandung.
- 5 Intiasari, AD, Trisnantoro L, Hendrartini J (2015) Potret Masyarakat Informal di Indonesia: Mengenal Determinan Probabilitas Keikutsertaan Jaminan Kesehatan Sebagai Upaya Perluasan Kepesertaan Pada Skema Non PBI Mandiri. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Vol 4 Nomor 4 Tahun 2015*.
- 6 Nguyen HT, Rajkotia Y, Wang H (2011) The Financial Protection Effect of Ghana National Health Insurance Scheme : Evidence From a Study in Two Rural District. *International Journal For Equity in Health* 2011, 10:4.
- 7 Liu X, Tang S, Yu B, Phuong NK, Yan F, Thien DD, Tolhurst R (2012) Can Rural Health Insurance Improve equity in Health Care Utilization? A Comparison Between China and Vietnam. *International Journal for Equity in Health* 2012, 11:10
- 8 Yu B, Meng Q, Collins C, Tolhurst , Tang S, Yan F, Bgg L, Liu X (2010) How Does The New Cooperative Medical Scheme Influence Health Service Utilization? A Study in Two Provinces in Rural China. *BMC Health Services Research* 2010, 10:116