

Era Jaminan Kesejahteraan Nasional: Tantangan dan Kesempatan untuk Standarisasi Pelayanan Kardiovaskular

Basuni Radi

Niat Mewujudkan Sistem Jaminan Sosial Nasional

Cerita dimulai dengan terbitnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.¹ Sistem ini tentu saja ditunggu oleh berbagai pihak yang mengharapkan peningkatan kesejahteraan masyarakat dengan jaminan sosial dari negara.

Selanjutnya diatur bahwa sistem ini harus diselenggarakan oleh badan penyelenggara jaminan sosial yang juga harus dibentuk dengan undang-undang. Ditentukan bahwa penyelenggaranya terdiri atas Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK), Persero Dana tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN), Persero Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI), dan Persero Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES). Setelah itu dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tersendiri yang merupakan badan hukum untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Dalam undang-undang

tersebut dinyatakan bahwa BPJS terdiri atas BPJS Kesehatan (BPJSK) yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (BPJSTK) yang menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.²

Khusus mengenai BPJSK, badan ini diberi tugas untuk menyelenggarakan jaminan sosial dalam bidang kesehatan dengan melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran, menerima bantuan iuran dari pemerintah dan mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta, membayar manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan, dan memberi informasi mengenai penyelenggaraan program.

Jaminan Pelayanan Kesehatan

Sebelum tahun 2014, masyarakat yang terjamin pelayanannya baru mencapai 112,6 juta jiwa yang terdiri atas peserta PT ASKES sekitar 16,1 juta jiwa, Jamkesmas 86,4 juta jiwa, TNI sekitar 859,2 ribu jiwa, POLRI 743,5 ribu jiwa, dan peserta Jamsostek sekitar 8,4 juta jiwa, ditambah jaminan kesehatan yang diselenggarakan pemerintah daerah seperti Jaminan Kesehatan (Jamkesda) Aceh sekitar 1,2 juta jiwa dan Jamkesda KJS sekitar 2,2 juta jiwa.³ Di samping itu ada

Alamat Korespondensi

DR. Dr. Basuni Radi, SpJP(K), Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta. E-mail: basuni_radi@yahoo.com

juga masyarakat yang dijamin oleh asuransi kesehatan perusahaan atau asuransi kesehatan swasta lain yang tidak diketahui jenis dan jumlah yang dijamin secara pastinya.

Pada saat itu sekitar separuh masyarakat Indonesia tidak mempunyai jaminan kesehatan sehingga berpotensi tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai atau menjadi termiskinkan karena harus mengeluarkan biaya perawatan kesehatan. Masalah yang sama terjadi apabila seseorang memasuki masa pensiun, mengalami kecelakaan saat bekerja, dan saat terjadi kematian. Apabila tidak ada jaminan untuk pembiayaan, hal itu berpotensi memiskinkan masyarakat Indonesia.

Selain melanjutkan penjaminan kesehatan masyarakat yang sudah terjamin, tugas kerja BPJSK adalah menjamin masyarakat lainnya yang belum terjamin dengan prinsip-prinsip yang telah ditetapkan undang-undang, yaitu peserta dari golongan para pekerja penerima upah baik swasta maupun BUMN, pekerja bukan penerima upah atau pekerja mandiri, masyarakat bukan pekerja, dan anggota masyarakat lain yang belum terjamin. Upaya penarikan peserta dan penarikan iuran tersebut sangat penting karena pembiayaan jaminan kesehatan dibayarkan dari iuran peserta agar program ini dapat tetap berlangsung. Hingga bulan Februari 2017 telah tercatat sekitar 174,3 juta peserta terdaftar sebagai peserja BPJSK,⁴ namun tidak diketahui data mengenai berapa banyak yang membayar secara rutin.

Karena BPJSK adalah penyelenggara jaminan sosial kesehatan, pelayanan kesehatan tetap harus diberikan oleh fasilitas kesehatan (faskes) yang bekerja sama dengan BPJSK. Ada syarat-syarat yang ditentukan agar faskes dapat menjadi “penyedia jasa kesehatan” (*provider*) dan dapat dilaksanakan setelah adanya perjanjian kerja sama. Dalam perjanjian tersebut dituangkan hak dan kewajiban masing-masing pihak. Fasilitas kesehatan milik pemerintah tentu saja diwajibkan untuk menjadi faskes program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini, sedangkan faskes swasta dapat menjadi *provider* setelah memenuhi persyaratan yang ditentukan tersebut terpenuhi.

Walaupun tidak diwajibkan, telah banyak faskes swasta yang dapat bekerja sama dengan BPJSK untuk menjadi *provider*. Hingga saat ini telah tercatat lebih dari 26 ribu faskes *provider* yang terdiri atas 8.203 puskesmas, 1.615 puskesmas dengan tempat tidur, 4.523 dokter praktik perorangan, 1.145 dokter gigi, 5.196 klinik pratama, 158 klinik utama, 1.939

rumah sakit, 2.131 apotek, 333 laboratorium, dan 972 optik.⁴

Adalah suatu keinginan pemerintah yang kuat yang menetapkan bahwa diharapkan pada akhir tahun 2019 seluruh penduduk Indonesia terjamin oleh sistem ini. Oleh karena itu, pemerintah pun mewajibkan semua penduduk untuk terdaftar sebagai peserta, termasuk juga seluruh pekerja baik swasta maupun BUMN dan pekerja mandiri. Atas niat baik ataupun keinginan politik ditetapkan bahwa yang dijamin pemerintah adalah pembiayaan keseluruhan kasus untuk keseluruhan penduduk (*universal coverage*).

Semakin banyak *provider* yang bekerja sama hingga dicapai keseimbangan pemenuhan kebutuhan pelayanan yang memadai tentu semakin baik karena jumlah peserta yang terus meningkat dan membutuhkan pelayanan kesehatan serta masih terlihatnya antrean pasien di berbagai faskes yang melayani pasien BPJS. Mungkin karena pertumbuhan jumlah tempat tidur dan jumlah fasilitas yang bekerja sama belum sesuai dengan antusiasme dan pertumbuhan kebutuhan berdasarkan penambahan kepesertaan maka beban petugas yang tinggi, waktu pelayanan yang sangat singkat, masih panjangnya antrean untuk mendapatkan pelayanan, dan kesulitan peserta untuk mendapatkan pelayanan tertentu masih sangat dirasakan. Penambahan ini sangat tergantung pada pihak penyedia pelayanan baik dari pemerintah, BUMN, maupun swasta. *Provider* milik pemerintah tentu tidak bisa menghindar dari hal tersebut sehingga tiba-tiba mendapatkan jumlah kunjungan pasien yang besar dan sering kali disertai keterbatasan sarana maupun barang habis pakai.

Selain jumlah faskes, disparitas faskes antar-wilayah di seluruh negeri ini juga merupakan masalah, sehingga masyarakat di perkotaan atau yang dekat dengan faskes yang baik saja yang akan mendapatkan pelayanan dengan standar pelayanan yang memadai. Padahal, diasumsikan bahwa semua masyarakat membayar atau dibayarkan dengan iuran yang sama dan mempunyai hak penjaminan yang sama.

Masalah Penyakit Kardiovaskular

Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian utama di Indonesia. Perawatannya memerlukan biaya besar dan berkelanjutan bahkan hingga seumur hidup sehingga tidak heran penyakit ini menjadi penyebab klaim pembiayaan terbesar di era JKN dan

disebut sebagai penyakit katastrofik. Pada tahun 2015 saja BPJS Kesehatan telah menanggung 6.341.845 kasus dan menanggung biaya sebesar 6,9 triliun rupiah, yang kemudian disusul gagal ginjal dan penyakit kanker.³

Berbagai prosedur kardiovaskular seperti operasi jantung atau tindakan intervensi non-bedah, dan pemasangan implan medis juga dijamin oleh BPJS Kesehatan. Jumlahnya semakin lama semakin meningkat seiring bertambahnya peserta dan euforia untuk mendapatkan manfaat sebagai peserta JKN. Sebelumnya kita bisa melihat bahwa pelayanan canggih untuk penyakit kardiovaskular hanya bisa didapatkan oleh orang-orang tertentu saja yang mampu membayar atau jaminan kesehatannya mencakup pelayanan kardiovaskular tersebut, sehingga orang miskin atau tanpa penjamin akan mempunyai prognosis yang buruk karena tidak mendapatkan pelayanan yang memadai. Dengan penjaminan semua jenis kasus atau penyakit, saat ini seluruh masyarakat bisa mendapatkan pelayanan kesehatan jantung termasuk tindakan operasi, intervensi non-bedah, pemasangan implan medis, perawatan, atau pengobatan untuk penyakit kardiovaskular.

Dengan mendapat pelayanan untuk penyakit kardiovaskular yang memadai, diharapkan setiap orang yang menderita penyakit kardiovaskular baik akut maupun kronis dapat kembali produktif, dapat menghidupi keluarga, dan membesarkan anak-anaknya.

Bagaimana Faskes Dibayar

Cara penyelenggaraan, kepesertaan, cara membayar, manfaat yang didapat peserta, dan lain-lainnya mengenai BPJS Kesehatan ditetapkan oleh pemerintah dengan berdasarkan peraturan Presiden.⁵ Demikian pula halnya tata cara pembayaran kepada faskes. Untuk faskes tingkat pertama, misalnya di puskesmas atau klinik, pembayaran dilakukan dengan cara kapitasi yaitu dibayarkan sejumlah tarif kapitasi tertentu dikalikan jumlah peserta yang terdaftar di faskes tersebut—baik peserta yang memanfaatkan fasilitas tersebut atau tidak. Kesalahpahaman pernah terjadi dengan istilah “kapitasi” ini yang dianggap sebagai tarif untuk setiap kali pelayanan diberikan. Bila sebuah puskesmas atau klinik mempunyai peserta anggota yang banyak maka pembayaran kapitasi yang diterima akan banyak pula, tinggal selanjutnya bagaimana memanfaatkan uang pembayaran kapitasi tadi untuk melakukan pelayanan terhadap peserta yang terdaftar di faskes tersebut.

Bila faskes mampu melakukan upaya preventif maka jumlah peserta anggota yang memanfaatkan faskes tersebut untuk berobat semakin kecil dan tentu pembayaran kapitasi yang diterima akan mencukupi bahkan berlebih. Tetapi apabila hanya mengandalkan pengobatan terhadap orang yang sudah jatuh sakit, seluruh sumber daya akan habis untuk melakukan pengobatan saja.

Untuk faskes lanjutan seperti rumah sakit, pembayaran klaim dilakukan dengan menggunakan tarif berdasarkan INA-CBGs yaitu sistem tarif dengan pengelompokan penyakit berdasarkan profilnya dan sumber daya yang dihabiskan. Tarif ini ditentukan oleh pemerintah, dalam hal ini Kementerian Kesehatan, bukan oleh BPJS Kesehatan. Tarif tersebut disusun berdasarkan data-data pembiayaan yang terkumpul di setiap kelompok penyakit, masukan dari faskes, organisasi rumah sakit, organisasi profesi, atau perhimpunan lainnya yang kemudian dikelompokkan lagi sesuai klasifikasi INA-CBGs dan disesuaikan dengan tingkat kewajaran serta kemampuan pembiayaan.

Penetapan tarif ini berbeda dengan kondisi lazim sebelumnya saat faskes menetapkan tarif berdasarkan sumber daya yang dihabiskan, bahan yang habis dipakai, tindakan atau pemeriksaan yang dilakukan, jumlah dan jenis dokter yang merawat, atau lamanya perawatan yang bukan berdasarkan paket profil penyakit, sehingga muncullah diskusi-diskusi dan anggapan bahwa tarif tersebut tidak memadai. Perbedaan tarif INA-CBGs dengan tarif faskes merupakan salah satu topik yang sering dikeluhkan dan didiskusikan, dan tidak dapat dipungkiri telah menyebabkan perubahan standar dan cara pelayanan di beberapa faskes.

Sampai tahun-tahun terakhir praktik pelayanan masih berorientasi kepada apa yang dibutuhkan pasien dan yang dilakukan oleh dokter karena dokter memegang peran sentral dalam pelayanan pasien. Bagaimana cara suatu tindakan dilakukan, berapa lama pasien dirawat, pemeriksaan apa yang harus dilakukan, obat apa yang diberikan, berapa banyak obat yang diberikan, dan lain-lainnya masih sangat tergantung pada dokter. Dokter pun berkilah bahwa perbedaan-perbedaan tersebut sesuai tuntutan kondisi pasien. Boleh jadi pasien dengan diagnosis yang sama, kondisi, dan penyulit yang sama akan mendapatkan pengobatan, tindakan, pemeriksaan, dan waktu perawatan bervariasi yang sejak awal tidak dapat ditetapkan perkiraan biayanya—apalagi bila penyakitnya sama tetapi kondisi pasien, penyerta, atau

komplikasinya juga bervariasi. Pengadaan maupun perencanaan jenis dan banyaknya obat/alat kesehatan tidak dapat diprediksi sejak awal.

Karena berbeda data dan cara penetapan tarif, ada beberapa kasus yang diklaim dengan menggunakan inaCBGs terhitung defisit. Namun tidak dapat dipungkiri bahwa sebenarnya ada juga sebagian kasus yang terhitung surplus yang bisa menyubsidi klaim yang defisit. Di tingkat faskes, klaim ini tidak bisa dinilai kasus per kasus tetapi harus dihitung secara keseluruhan.

Menyikapi Tantangan dan Peluang

Penerapan SJSN merupakan ketetapan yang harus terus didukung karena tujuannya adalah menyejahterakan masyarakat Indonesia secara keseluruhan termasuk petugas kesehatan dan diselenggarakan oleh negara. Bukankah kita sering kali merasa iri bila mengetahui di negara tertentu seluruh penduduk mendapat jaminan dari pemerintahnya atas beberapa kebutuhan pokok kehidupan termasuk biaya kesehatan, pensiun, kematian, ataupun kecelakaan kerja yang tentu saja diatur dengan berbagai macam skema?

Khusus untuk masalah kesehatan, kita memahami bahwa hal ini sangat penting di samping pendidikan dan masalah pangan dan perumahan. Perawatan kesehatan yang memadai tidak mungkin dapat diakses seluruh masyarakat karena masalah pembiayaan yang tinggi. Di samping itu, ketersediaan pelayanan kesehatan yang merata masih juga belum terpenuhi. Dokter—baik perorangan maupun organisasi dan fasilitas kesehatan, terutama milik pemerintah—tidak dapat menghindari dari program ini. Bila selanjutnya seluruh masyarakat terjamin oleh BPJS, yang akan melayani adalah faskes-faskes yang bekerja sama sebagai *provider*.

Untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan berkualitas tinggi, efektif dan efisien, tidak menyebabkan defisit yang terlalu besar, sudah waktunya kita membuat standar pelayanan penyakit kardiovaskular secara nasional. Pada tingkat *provider* juga harus sudah dibuat pedoman pelayanan klinik (PPK) dan disusun *clinical pathway* (CP) untuk tiap penyakit, atau penyakit terpilih, menentukan standar pelayanan, obat-obatan yang harus diberikan, pemeriksaan yang harus dilakukan yang disesuaikan dengan tingkat dan kemampuan faskes. Standar atau pedoman yang disusun ini harus memastikan bahwa pelayanan yang diberikan berkualitas tinggi

dan efektif karena waktu perawatan yang semakin panjang akan semakin menambah biaya. Untuk dapat menyusun standar atau pedoman seperti itu tentunya kita harus kembali menggali data-data ilmiah yang tersedia agar standar/pedoman itu bersifat *evidence-based practice*.

Tersusunnya standar pelayanan, PPK, maupun CP berdasarkan *evidence-based medicine* tidak saja berguna untuk pelayanan pasien dan efisiensi, tapi sangat berguna untuk peserta didik, para staf baru, para perawat, dan petugas pemberi asuhan lain untuk mendukung dokter dalam perawatan pasien. Secara terpisah mereka dapat merencanakan dan mengimplementasikan perawatan yang baik tanpa tergantung penuh pada rencana atau instruksi dokter yang merawat saja. Para peserta didik akan terbiasa melihat dan mengimplementasi standar perawatan pasien yang efektif dan efisien dan segera membandingkannya dengan literatur-literatur lain. Membandingkan standar pelayanan, atau pedoman pelayanan dan CP dengan standar, pedoman atau CP yang ada di negara-negara lain, dapat memungkinkan kita mengukur level pelayanan kita sudah setara dengan negara mana di dunia ini.

Kendali mutu dan kendali biaya sangat diperlukan untuk memastikan bahwa pasien mendapat pelayanan terbaik dengan biaya memadai yang tidak sampai membuat defisit rumah sakit sehingga menyebabkan terhentinya operasional atau pengembangan rumah sakit. Pelayanan yang hanya didasarkan pendapat/opini perorangan dari petugas kesehatan sudah tidak memungkinkan lagi dijalankan karena akan menyebabkan variasi dalam pembiayaan, variasi dalam jenis obat dan alat kesehatan yang harus disediakan faskes, dan dapat berpotensi besarnya selisih biaya penjaminan dan biaya nyata dari suatu pelayanan.

Setelah standar atau pedoman yang dibuat itu dijalankan, untuk memastikan bahwa tarif di inaCBGs sesuai dengan keekonomian maka perlu dikumpulkan data-data pelayanan yang memadai dan dalam jumlah yang banyak dari berbagai tingkat faskes dan berbagai tingkat kesulitan kasus yang berbeda. Data-data itu adalah masukan untuk menghitung berapa biaya pelayanan nyata, sumber daya apa saja yang diperlukan dan harus disediakan, dan kompetensi apa saja yang harus dipunyai oleh petugas sehingga pemenuhannya dapat direncanakan dengan baik.

Untuk mendukung efektivitas dan efisiensi pelayanan, pemerintah pun telah mengupayakan penetapan harga barang habis pakai untuk faskes termasuk obat-obatan terseragamkan melalui

e-catalog, dan telah menetapkan standar obat-obatan yang diperlukan dan sangat esensial yang dapat dipakai oleh faskes melalui penetapan formularium nasional. Formularium nasional ini disusun oleh tim yang ditetapkan pemerintah yang terdiri atas para ahli di bidang/spesialisasi masing-masing dan juga masukan dari faskes dan perhimpunan. Obat-obat yang tidak esensial tentunya tidak masuk dalam formularium ini, dan walaupun dipakai pembiayaannya harus ditanggung oleh faskes sendiri bukan oleh pasien.

Pengaturan rujukan berjenjang juga sangat penting dalam mengoptimalkan pelayanan di berbagai tingkat faskes. Ini penting agar faskes dapat melayani secara optimal kasus yang sesuai dengan tingkat kemampuannya dan sesuai ketersediaan sumber dayanya. Hal ini juga menekan biaya pelayanan dan mengoptimalkan penggunaan sumber daya di tiap faskes.

Pemerintah juga telah mengatur sistem rujukan berjenjang ini, termasuk di dalamnya adalah untuk pasien JKN. Program rujuk balik mengoptimalkan pelayanan di faskes tingkat lanjut agar melayani pasien yang sesuai dengan tingkat penyakitnya. Pasien-pasien penyakit kronis yang sudah tergolong stabil dapat dilayani di faskes yang tingkatnya lebih rendah bahkan di puskesmas atau dokter praktik perorangan. Obat-obat pun tidak dapat hanya mengandalkan instalasi farmasi di suatu rumah sakit, tetapi dapat memanfaatkan fasilitas apotek yang bekerja sama melayani pasien rujuk balik kronis.

Pihak rumah sakit selain harus menetapkan standar pelayanan, atau PPK dan CP, juga perlu merancang sistem pembayaran (gaji/honor/remunerasi) bagi tenaga kesehatan. Pihak yang bekerja sama dengan BPJSK adalah pihak rumah sakit, bukan masing-masing dokter yang bekerja di sana. Dengan demikian seluruh pembayaran dari BPJSK akan diserahkan kepada faskes untuk dikelola, termasuk pembayaran tenaga kesehatan. Bagaimana faskes membayar tenaganya termasuk dokter baik gaji, honor, atau remunerasi berbasis kinerja lainnya tidak diatur oleh BPJSK, tidak bergantung kepada defisit atau surplusnya suatu kasus yang ditangani, tetapi betul-betul tergantung kepada pengaturan faskes tersebut. Mengenai defisit dan surplus ini, perlu diingat pula bahwa biasanya tarif rumah sakit yang disusun sudah menambahkan unsur subsidi silang di dalamnya.

Selain itu, faskes pemerintah baik pusat maupun daerah sering kali mendapat bantuan dana APBN/APBD dalam pembiayaan operasional atau pengembangan pelayanannya. Hal ini harus dianggap

sebagai penutupan defisit dari pemerintah karena program JKN juga merupakan program pemerintah. Berbeda halnya dengan pihak rumah sakit swasta yang harus membiayai sendiri operasional maupun pengembangannya.

Masih Terasa Kalang Kabut

Perlu diingat bahwa program penjaminan kesehatan melalui BPJSK baru dimulai awal tahun 2014 walaupun Undang-undang SJSN telah disahkan di tahun 2004. Usia program ini terhitung masih sangat muda untuk suatu sistem yang besar dibandingkan dengan sistem yang bertujuan sama di negara-negara lain yang telah berdiri dan berjalan selama puluhan tahun. Berbagai pihak masih harus belajar menyesuaikan diri terhadap sistem ini dan harus terus-menerus belajar dan memperbaiki diri agar program ini dapat tetap berlanjut. Seperti kita rasakan saat ini, terjadi penyesuaian-penyesuaian dalam tatacara pemberian pelayanan agar dapat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan yang dibutuhkan masyarakat. Pada fase sekarang semua faskes harus mengupayakan peningkatan kapasitas pelayanan karena meningkatnya masyarakat yang mempunyai akses kepada pelayanan kesehatan, selain mengupayakan sistem pelayanan yang efektif.

Peningkatan jumlah kepesertaan tentu harus diikuti dengan penambahan jumlah faskes yang bisa melayani, dan ini adalah tanggung jawab pemerintah dan juga mengikutsertakan pihak swasta. Ketidakterediaan dana akibat ketidakmampuan pengumpulan iuran dari peserta yang telah terdaftar maupun penarikan peserta yang dalam keadaan sehat juga masih mengakibatkan disuntiknya bantuan dari pemerintah untuk BPJS agar dapat membayar klaim dari faskes yang bekerja sama.

Beberapa negara memiliki pengalaman dan masalah yang berbeda-beda pada awal memulai sistem jaminan kesehatan menyeluruh ini. Masing-masing memiliki skema yang berbeda, dengan sumber dana yang berbeda-beda pula. Ada yang membuat penjaminan pada pelayanan yang terbatas terlebih dahulu, yang kemudian dikembangkan perlahan-lahan sehingga dapat menjamin keseluruhan penduduk untuk keseluruhan kasus, atau menyediakan beberapa badan penyelenggara sehingga dapat terjadi persaingan yang sehat, atau bekerja sama dengan perusahaan asuransi kesehatan lain dalam bentuk *coordination of*

benefits sehingga memungkinkan masyarakat tertentu yang mampu dapat menambah manfaat pelayanan di samping pelayanan yang dijamin oleh BPJSK. Di Inggris, misalnya, sistem ini telah dimulai sejak tahun 1948 dan sebagian besar dibiayai dengan pajak, mencakup keseluruhan pelayanan meskipun ada beberapa pelayanan yang harus tetap dibayar sendiri oleh peserta.

Untuk menjaring peserta baru yang sehat, tampaknya telah disusun peraturan-peraturan atau edaran tambahan, seperti diberlakukannya denda atau sanksi kepada perusahaan pemberi kerja yang tidak atau belum mendaftarkan pegawainya menjadi peserta, keharusan mendaftarkan seluruh anggota keluarga, atau diberlakukannya denda kepada peserta perorangan yang terlambat membayar, pendaftaran peserta pada saat sakit tidak otomatis berlakunya penjaminan. Upaya-upaya tersebut tampaknya dilakukan untuk menjaring lebih banyak peserta, meningkatkan kepatuhan pembayaran iuran, dan untuk memastikan keberlangsungan program. Program ini harus dijalankan dengan cara gotong-royong—masyarakat sehat juga harus segera mendaftar dan membayar agar dapat menolong peserta lain yang sedang sakit. Namun seperti kita ketahui, kesadaran masyarakat Indonesia dalam berasuransi masih relatif rendah. Masyarakat kita masih banyak yang beranggapan bahwa membayar asuransi kesehatan itu adalah pada saat sakit saja, atau berharap uang dapat dikembalikan bila tidak ada sakit atau tidak ada klaim, bukannya memastikan tersedianya jaminan ketika sedang diperlukan.

Terlepas dari semua hal di atas, tampak upaya-upaya memperbaiki sistem yang sedang berjalan ini. Namun masih perlu waktu bagi semua pihak untuk sama-sama belajar dan mengembangkan sistem jaminan kesehatan yang universal agar tujuan sebenarnya dari sistem ini dapat tercapai—dan hal tersebut juga melibatkan profesi dokter.

Pada akhirnya kita harus menyadari bahwa sudah terlihat niat baik pemerintah untuk mewujudkan jaminan sosial yang telah mulai diimplementasikan agar seluruh warga negara Indonesia berkehidupan lebih baik—termasuk jaminan pelayanan kesehatan. Sistem yang baru berjalan beberapa tahun ini tentu saja tidak serta-merta menjadi sempurna. Di samping cara penambahan peserta dan pembayaran, masalah disparitas fasilitas kesehatan masih tampak nyata. Negara maju pun perlu waktu puluhan tahun untuk dapat menyempurnakannya. Masalah yang sering didiskusikan dan dirasakan di kalangan praktisi

kesehatan dan faskes adalah masalah tarif inasuransinya, ketersediaan faskes yang sesuai dan tenaga kesehatan, dan cara pembayaran kepada faskes. Hal-hal ini diharapkan dapat diselesaikan dengan perbaikan terus-menerus seperti yang tengah dilakukan tanpa henti oleh pemerintah dan dianggap sebagai tantangan bagi para praktisi kesehatan dan faskes untuk perbaikan pelayanan. Peranan dokter dan faskes dalam hal ini adalah memperbaiki tatacara pelayanan agar lebih efektif dan efisien. Standar pelayanan nasional perlu disusun bersama-sama perhimpunan dan organisasi profesi terkait dengan memperhatikan bukti-bukti ilmiah, panduan praktik klinik di faskes harus disusun dan diterapkan, CP dan standar prosedur operasional dalam pelayanan harus disusun dan diterapkan dengan pengawasan ketat dari manajemen, sistem kendali mutu dan kendali biaya diimplementasikan, rujukan berjenjang dan peranan “*gate keeper*” dioptimalkan, dan yang terakhir tetapi juga penting adalah upaya pencegahan penyakit perlu diutamakan karena tidak akan pernah cukup biaya untuk tindakan pengobatan orang yang sudah jatuh sakit tanpa upaya mencegah timbulnya penyakit. Hal ini tidak hanya melibatkan peranan dokter dan faskes tetapi melibatkan sektor lain di luar kesehatan dan tentunya seluruh masyarakat Indonesia.

Daftar Singkatan

ASABRI: Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
 ASKES: Asuransi Kesehatan Indonesia
 BPJS: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
 BPJSK: BPJS Kesehatan
 BPJSTK: BPJS Ketenagakerjaan
 CP: *clinical pathway*
 Faskes: fasilitas kesehatan
 Jamkesda: Jaminan Kesehatan Daerah
 JAMSOSTEK: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
 PPK: pedoman pelayanan klinik
 SJSN: Sistem Jaminan Sosial Nasional
 TASPEN: Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri

Daftar Pustaka

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Radi B: Era Jaminan Kesejahteraan Nasional

3. <https://m.tempo.co/read/news/2013/12/30/173541047>. Diakses tanggal 23 Februari 2017.
4. <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs>. Diakses tanggal 23 Februari 2017.
5. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.