

Analisis Implementasi Prinsip Gotong Royong SJSN di Rumah Sakit Al Islam Bandung

WIWIN WINARTI
Program Studi Administrasi Rumah Sakit
Politeknik Al Islam Bandung
winarti67@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Akses mudah untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan adalah tujuan utama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Indonesia. Namun pemerintah Indonesia sedang berjuang untuk mendapatkan pendanaan JKN yang memadai. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana prinsip pertama Sistem Jaminan Sosial Nasional Indonesia (SJSN), yaitu gotong-royong atau "Mutual Co-operation" diimplementasikan di Rumah Sakit Al Islam. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Rumah Sakit Al Islam mengatasi kendala yang dihadapi dalam menerapkan prinsip pertama SJSN terutama bagaimana mengatasi pemenuhan dana yang dibutuhkan dengan prinsip gotong royong. **Metode:** Metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan metode studi kasus. Data diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam dengan 7 orang informan, observasi dan studi dokumentasi. **Kesimpulan:** Agar operasional dan pelayanan rumah sakit tetap berjalan, manajemen RSAI berkoordinasi dengan bagian case-mix agar proses billing bisa dilakukan dengan cepat dan akurat. Selain itu, juga dilakukan subsidi silang antara kelompok pelayanan yang berbiaya tinggi dengan coverage rendah, dengan kelompok pelayanan yang berbiaya rendah dengan coveragenya yang tinggi, atau dengan kelompok yang biaya dan juga coveragenya tinggi.

Kata kunci: Prinsip SJSN, Gotong-Royong, Rumah Sakit Al Islam Bandung (RSAI), JKN, BPJS Kesehatan.

ABSTRACT

Background: An easy access to health care facilities is the main goal of Indonesia's National Health Insurance (JKN). However, Indonesian government is struggling to get adequate JKN funding. This research was conducted to find out the implementation of the first principle of the Indonesian National Social Security System (SJSN) of mutual cooperation at Al Islam Hospital. **Objective:** This study aims to find out how Al Islam Hospital Bandung overcame the obstacles faced in applying the first principle of the SJSN which in turn is how to overcome the fulfillment of funds under the principle of mutual cooperation. **Method:** The method used is qualitative with a case study method approach. Data collected by conducting in-depth interviews with 7 informants, observation and documentation studies. **Conclusions:** To sustain operational and hospital services, RSAI management coordinates with the case-mix section so that the billing process can be done quickly and accurately. In addition, there is also a cross-subsidizing between high-cost with low-coverage services and low-cost with high coverage services, or high-cost with high- coverage services.

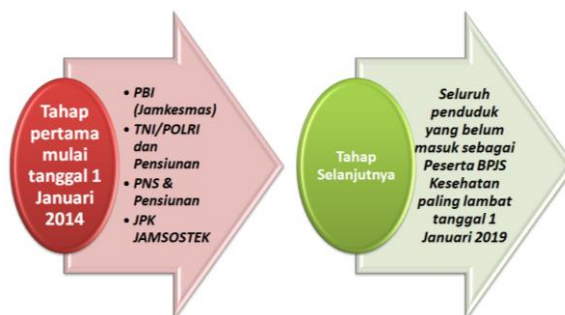
Key words: *SJSN Principles, Mutual Co-operation, Al Islam Hospital Bandung (RSAI), JKN, BPJS Kesehatan.*

1. PENDAHULUAN

JKN atau Jaminan Kesehatan Nasional pertama kali diluncurkan pada tanggal 1 Januari 2014. Program ini dikelola oleh BPJS Kesehatan yang ditetapkan oleh Undang-undang No. 24 tahun 2011 yang menyatakan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS. BPJS merupakan transformasi dari PT ASKES (persero) dan PT Jamsostek (persero) yang sebelumnya berbentuk perusahaan swasta berada di bawah kementerian BUMN.

Pelaksanaan program ini merupakan jawaban atas panggilan hasil konferensi kesehatan dunia yang diselenggarakan *World Health Assembly* ke 58 di Jenewa, bahwa seluruh dunia harus menerapkan UHC (Universal Health Coverage) atau Jaminan Kesehatan Semesta, dimana seluruh penduduk suatu negara harus mendapatkan perlindungan kesehatan dengan memampukan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan minimal.

Berdasarkan peta jalan program BPJS, perlindungan kesehatan pada dua tahun pertama kepesertaannya baru ditujukan hanya untuk PBI (Peserta Bantuan Iuran) atau golongan masyarakat yang iurannya dibayarkan pemerintah, yaitu fakir miskin serta masyarakat tidak mampu; dan PPU (Pekerja Penerima Upah) beserta anggota keluarganya yang terdiri atas PNS, anggota TNI/Polri, pejabat negara, pegawai pemerintahan non PNS, pegawai swasta, dan lainnya yang menerima upah. (Fadjrianur, 2013). Golongan kedua melakukan pembayaran iurannya melalui pemotongan gaji bulanan mereka.



Gambar 1. Penahapan Kepesertaan Jaminan Kesehatan

Kebijakan pemilihan kepesertaan di atas dimaksudkan untuk menstabilkan iuran dan dana yang terkumpul tersebut kemudian akan dikembalikan kepada masyarakat dalam bentuk layanan dan fasilitas kesehatan. Dengan demikian penggalangan dana akan berjalan lebih mudah, yaitu dengan cara memotong penghasilan para pekerja penerima upah secara langsung setiap bulannya. Sehingga apabila ada yang sakit, dana yang telah terkumpul dapat menutup biaya kesehatan yang ditagihkan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Namun sebelum kebijakan ini dilaksanakan, ada sebagian masyarakat yang *melakukan judicial review* atas UU No 40 tahun 2004 tentang sasaran penerima manfaat. Dan akibatnya, pada tahun 2012 MK mengeluarkan keputusan mengabulkan permohonan tersebut yang salah satu isinya mempercepat pendaftaran masyarakat umum. Amar putusan MK tersebut telah mengubah struktur peta jalan pembiayaan yang seharusnya distabilkan terlebih dahulu hingga 2016. Berdasarkan peta jalan sebelum amar putusan MK diterbitkan, kepesertaan PPU harus dilaksanakan terlebih dahulu. Sebagai ilustrasi, misalnya 100 orang pegawai di sebuah perkantoran menjadi peserta BPJS. Dari 100 orang tersebut, sekitar 10 orang sakit,

maka sisanya yang sehat membantu temannya yang sakit sehingga terjadi prinsip gotong royong diterapkan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan.

Namun, dengan dipercepatnya pendaftaran untuk masyarakat umum, maka iuran yang terkumpul sebagai akumulasi untuk membiayai orang yang sakit secara gotong royong kemudian berubah. Banyak pendaftar mandiri yang mendaftar sebagai peserta BPJS adalah orang yang sakit. Dengan membayar iuran bulanan yang murah, mereka mendapatkan manfaat yang lengkap dan berbiaya tinggi. Sementara itu orang yang sehat tidak mendaftar dan sehingga iuran yang terkumpul belum stabil untuk membiayai klaim penerima manfaat.

Rumah Sakit Al Islam Bandung (RSAI), merupakan salah satu rumah sakit swasta di Bandung yang berkomitmen untuk mengimplementasikan program BPJS secara total. Pada awal peluncuran BPJS, banyak rumah sakit swasta lain masih ragu dan bahkan berpendapat bila program ini diterapkan maka rumah sakit akan mengalami kerugian. Kerugian ini didasarkan pada terbitnya perpres JKN Nomor 111/2013 yang menetapkan tarif untuk PBI sebesar Rp. 19.500,- (POPB – Per Orang Per Bulan), diikuti dengan tarif iuran kelas 1 sebesar Rp. 59.500,- (POPB), kelas 2 sebesar Rp. 42.500,- (POPB) dan kelas 3 sebesar Rp. 25.500,- (POPB). Banyak rumah sakit yang menilai nilai iuran tersebut terlalu kecil dan membuat mereka khawatir bila rumah sakit kemudian harus menombok bila terdadi kerugian.

2. METODOLOGI

Metodologi yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Menurut Creswell, “Penelitian studi kasus adalah pendekatan kualitatif di mana peneliti mengeksplorasi sistem yang dibatasi (*kasus*) atau beberapa sistem (kasus-kasus) dari waktu ke waktu, melalui pengumpulan data mendalam dan terperinci yang melibatkan *berbagai sumber informasi* (misalnya, observasi, wawancara, materi audiovisual, dan dokumen dan laporan), dan melaporkan *deskripsi* kasus dan tema berbasis kasus.” (Creswell, 2007, hlm. 73).

Untuk menganalisis implementasi JKN di RSAI, peneliti mengumpulkan data baik data primer maupun data sekunder melalui beberapa sumber. Data primer berasal dari wawancara mendalam dengan tujuh orang informan, di mana kegiatan wawancara direkam kemudian dituliskan sebagai catatan wawancara. Narasumber yang diwawancarai adalah Direktur RSAI, Kepala Bagian Keuangan RSAI, Kepala Bidang Kepesertaan BPJS Kesehatan Kota Bandung, Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung, dan tiga pengguna BPJS Kesehatan.

Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori Manajemen Makna Terkoordinasi (Coordinated Management of Meaning - CMM) dari Barnett Pearce dan Vernon Cronen. Menurut CMM, dijelaskan dalam buku ini, *koordinasi* mengacu pada "proses di mana orang bekerjasama dalam upaya untuk mewujudkan visi mereka tentang hal yang diperlukan, hal yang mulia, dan baik, dan untuk mencegah terjadinya hal yang mereka takuti, benci, atau yang menghinakan." (Griffin, 2006, hlm. 75).

Lebih lanjut, pendukung teori CMM tidak puas dengan hanya sekedar menggambarkan pola komunikasi atau menyediakan alat untuk memahami bagaimana orang-orang menafsirkan dunia sosial mereka. Mereka ingin berperan lebih dari itu, menjadi sebagai pencipta perdamaian, “memberikan cara dengan tepat bagaimana caranya beraktifitas di dunia dan bagaimana memperkayanya.” Jika ada yang tergoda untuk mengabaikan pentingnya membantu orang lain dalam mengkoordinasikan bagaimana cara berbicara satu sama lain, CMM mengingatkan bahwa komunikasi memiliki kekuatan untuk menciptakan alam semesta sosial dari keterasingan, kemarahan dan kebencian - atau salah satu komunitas, toleransi, dan kemurahan hati. (Griffin, 2006, hlm. 77).

3. ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA

Menyusur kembali ke tahun-tahun sebelumnya, Indonesia telah memiliki asuransi kesehatan berupa program ASKES, Jamsostek, Jamkesmas dan Jamkesda, serta Asabri. Namun skema-skema itu masih terfragmentasi dan belum memberikan perlindungan kesehatan secara menyeluruh bagi masyarakat Indonesia, padahal hak asasi warga atas kesehatan dijamin oleh Undang-undang yaitu UU Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, yang menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Untuk menjalankan amanat Undang-undang dalam bidang kesehatan, maka diterbitkanlah Undang-undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di mana disebutkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Selanjutnya tahun 2011, pemerintah menetapkan Undang-undang Nomor 24 yang menjelaskan bahwa Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan kesehatan diselenggarakan khusus oleh BPJS Kesehatan. Semua kegiatan BPJS Kesehatan diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) adalah dewan yang berfungsi untuk membantu Presiden dalam merumuskan kebijakan umum dan melakukan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). DJSN berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden.

4. PRINSIP SJSN

BPJS kesehatan dalam melaksanakan amanat Undang-undang di bidang kesehatan bertumpu pada 9 prinsip SJSN, yaitu: (1) kegotong-royongan; (2) nirlaba; (3) keterbukaan; (4) kehati-hatian; (5) akuntabilitas; (6) portabilitas; (7) kepersertaan bersifat wajib; (8) dana amanat; dan (9) hasil pengelolaan jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Prinsip pertama dari SJSN adalah kegotong-royongan. Dalam prinsip asuransi berlaku hukum bilangan besar (*law of the large number*), dan terjadi subsidi silang sesama peserta untuk saling meringankan resiko dengan peserta lainnya. Ketika diterapkan dalam asuransi, hal ini berarti bahwa semakin besar jumlah orang yang diasuransikan maka kerugian yang akan dialami cenderung mendekati kerugian yang diperkirakan. Resiko dan ketidakpastian berkurang dengan meningkatnya jumlah orang yang diasuransikan. Jadi, semakin besar kelompok yang diasuransikan, semakin bisa diperkirakan kerugian yang akan dialami oleh kelompok tersebut secara keseluruhan. (Agen Asuransi Jiwa, n.d.)

Untuk pembiayaan, pemerintah telah membuat peta jalan pelaksanaan BPJS, yaitu pada tahun 2014, 2015, 2016 kepesertaan BPJS akan diutamakan untuk masyarakat Pekerja Penerima Upah (PPU) terlebih dahulu untuk menstabilkan dana yang terkumpul. Setelah stabil, barulah pada tahun 2017, pendaftaran untuk masyarakat umum atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dibuka dengan asumsi iuran yang terkumpul dari peserta PPU sudah stabil. Dengan demikian, prinsip hukum bilangan besar terwakili. Misal dari 1000 orang yang menjadi peserta dan membayar iuran, apabila ada yang menderita sakit sebanyak 200 orang maka 800 orang yang sehat memberikan subsidi kepada orang sakit.

Amar putusan MK telah membuat peta jalan BPJS berubah. Masyarakat golongan PBPU atau masyarakat mandiri yang seharusnya baru boleh daftar di tahun 2017, sudah diperbolehkan mendaftar bersamaan dengan masyarakat PPU pada tahun 2014. Banyak masyarakat yang mendaftar adalah orang yang sakit bukan orang yang sehat. Dengan fakta

ini dapat disimpulkan kalau 100 orang yang sakit mendaftar, maka harus dicari biaya untuk mengobati orang sakit sebanyak 100 orang, karena 900 orang yang sehat tidak mendaftar.

5. RUMAH SAKIT AL ISLAM BANDUNG (RSAI)

Sejak awal BPJS diluncurkan pada tahun 2014, RSAI telah berkomitmen untuk membuka layanan BPJS Kesehatan. Menurut dr. Iqbal, Direktur RSAI, keputusan itu dilakukan setelah dilakukan kajian yang mendalam di mana saat itu banyak rumah sakit swasta yang enggan untuk membuka layanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan secara komprehensif karena takut merugi. Kajian yang dilakukan oleh RSAI, selain dari pengalaman bertahun-tahun melayani pasien Jamkesmas, Jamkesda, Bawaku, Asabri dan Askes, juga melalui simulasi penerapan tarif INA-CBGs selama 6 bulan sebelum BPJS resmi diterapkan pada 1 Januari 2014, untuk mengantisipasi resiko, misalnya kerugian. RSAI telah melakukan beberapa simulasi pelayanan kesehatan dengan menggunakan tarif INA-CBGs.

dr. Iqbal mengakui bahwa kebijakan BPJS Kesehatan sangat minim aturan dan minim sosialisasi, sehingga pihak penyedia fasilitas harus berpikir keras dalam mengimplementasikan kebijakan tersebut. Bila ada aturan baru, pihak rumah sakit seringkali mengetahui keberadaan aturan tersebut setelah ada suatu kejadian, sehingga pihak rumah sakit kelabakan dalam menerapkan aturan baru. Salah satu contohnya adalah pada kasus ibu melahirkan. Untuk kelahiran normal, rumah sakit tidak diperbolehkan menangani persalinan normal, dan tindakan tersebut harus dilakukan di PPK I. Pihak rumah sakit baru mengetahuinya setelah ada kejadian, padahal sebelumnya diperbolehkan. Peraturan BPJS Kesehatan yang berubah-ubah seperti itu yang disesalkan oleh pihak rumah sakit.

5. PEMBAHASAN

Empat tahun sudah kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilaksanakan. Dilaporkan bahwa hingga hari ini BPJS Kesehatan mengalami defisit hingga 16.5 Trilyun. Salah satu penyebabnya adalah akibat dari perubahan peta jalan BPJS Kesehatan dimana iuran yang terkumpul tidak dapat membayar klaim dari rumah sakit. Prinsip pertama dari SJSN, yaitu prinsip gotong royong tidak terjadi dan dalam pelaksanaannya di lapangan, prinsip asuransi *the law of the large number* juga tidak terjadi.

Dengan perubahan peta jalan tersebut, banyak orang yang membayar iuran adalah orang yang sakit, dan orang yang sehat tidak mendaftar, akibatnya uang yang terkumpul sedikit tetapi harus digunakan untuk membayar biaya pengobatan orang yang sakit yang jumlahnya sangat besar. Salah satu penyebab defisit adalah jumlah iuran yang sangat kecil sehingga tidak bisa menutupi biaya yang dikeluarkan. Sebagai ilustrasi, seorang penerima manfaat melakukan pengobatan cuci darah dengan membayar BPJS Kesehatan sebesar Rp. 80.000/bulan (kelas I), sementara biaya yang dikeluarkan sebesar Rp. 8.000.000,- /bulan. Iuran yang dikumpulkan tiap bulan belum dapat menutup biaya pengobatannya.

Defisit BPJS secara nasional berdampak pula kepada RS Al Islam. Salah satunya berupa keterlambatan pembayaran dari BPJS ke rumah sakit pada awal tahun 2018 selama dua sampai tiga bulan. Namun, kemudian pemerintah sudah mengucurkan dana talangan pada akhir tahun 2018 sehingga BPJS sudah dapat mulai membayar.

Dampak lain yang lebih terasa adalah belum naiknya nilai *coverage* dari BPJS, sementara tarif rumah sakit sudah naik. Kenaikkan ini tidak bisa dihindari karena *unit cost* layanan penunjang memang sudah naik. Dikatakan oleh Afiandry, Direktur Keuangan RSAI, defisit pun mulai terjadi di RSAI karena kenaikan tarif rumah sakit yang tidak diikuti oleh kenaikan tarif BPJS. Bila sebelumnya selisihnya masih positif pada saat ini selisihnya

sudah negatif. Walaupun defisit yang terjadi tidak secara langsung mengganggu operasional RSAI yang tidak terbayar seperti gaji, supplier dan lain-lain, namun berdasarkan rasio laporan keuangan performanya menjadi tidak baik.

Agar operasional dan pelayanan rumah sakit tetap berjalan secara maksimal, RSAI melakukan berbagai upaya. Yang pertama adalah melakukan klaim ke BPJS sesegera mungkin dan berkoordinasi dengan bagian *case-mix* di Departemen Keuangan. Dengan proses *billing* yang dilakukan secara elektronik, maka klaim bisa dilakukan lebih cepat dan akurat.

Sistem pembayaran dari BPJS ke rumah sakit adalah, siapa yang terlebih dulu memasukkan klaim, maka itulah yang akan dibayar. Pemerintah *dropping* dana sebesar 2 triliun sebulan ke BPJS. Bila rumah sakit terlambat mengajukan klaim dan BPJS kehabisan dana maka pembayaran dari BPJS ke rumah sakit akan ditangguhkan hingga *dropping* berikutnya. Upaya yang kedua adalah dengan mengatur pengeluaran. Pengeluaran-pengeluaran yang tidak terlalu penting akan ditunda terlebih dahulu hingga ada pembayaran dari BPJS.

Upaya lain yang dilakukan RS Al Islam adalah dengan melakukan subsidi silang. Disampaikan oleh Afiandry bahwa hampir semua biaya operasi itu secara tarif merugi. Misal biaya operasi sebesar 10 juta. 7 juta dijamin BPJS, dan sisa 3 juta tidak ditagihkan ke pasien, melainkan ditutup dari kelebihan yang lain, misalnya diambil dari pemeriksaan *cathlab* ada kelebihan 2 juta. Maka, kelebihan itu digunakan untuk menutup kekurangan biaya operasi. Proses gotong royong di RSAI terjadi antara kelompok penyakit A dengan kelompok penyakit B. Subsidi silang dilakukan antara kelompok pelayanan dengan biaya tinggi dengan coverage rendah, dengan kelompok pelayanan yang tinggi coverage-nya berbiaya rendah, atau dengan kelompok pelayanan berbiaya tinggi dan coverage-nya pun tinggi.

Dr. Chazali H. Situmorang, Ketua DJSN 2011 – 2015, menyatakan bahwa pemerintah setengah hati dalam membuat kebijakan untuk kepentingan rakyat banyak. Dalam menentukan tarif, DJSN dan Kemenkes telah memberikan masukan tentang penentuan tarif bagi PBI. Kemenkeu menginginkan besaran iuran PBI Rp.19.000.-/POPB – (Per Orang Per Bulan). Sementara, Kemenkes mengusulkan Rp. 25.000.- (POPB), dan DJSN Rp. 27.000.-/POPB. Dr Chazali menjelaskan bahwa sebelum tarif BPJS ditetapkan, DJSN sebagai lembaga Negara yang ditugaskan oleh UU SJSN untuk menghitung dan mengajukan peserta PBI dan besaran iuran PBI, sudah berbulan-bulan membuat model dan simulasi untuk mendapatkan besaran iuran yang sesuai dengan hitungan keekonomian, sehingga keberlanjutan JKN dapat terjaga dan rakyat dapat merasakan manfaat JKN. Namun pemerintah dalam hal ini Menkeu tetap menyediakan total PBI sebesar Rp.19.225.- dengan alasan keterbatasan dana, dan berjanji kalau terjadi defisit akan disiapkan dana talangan. DJSN bertahan dengan angka Rp. 27.000.-.

Walaupun DJSN sudah memberikan peringatan di berbagai kesempatan bahwa setiap tahun BPJS Kesehatan akan mengalami defisit dalam menyelenggarakan JKN jika besar iuran tidak disesuaikan. Pemerintah tetap menerbitkan Perpres JKN Nomor 111/2013 sebagai perubahan atas Perpres 12 Tahun 2013 dengan mencantumkan besaran iuran PBI Rp. 19.225.-

Pada tahun 2014, BPJS Kesehatan mengalami defisit sebesar 3,3 Triliun, padahal utilisasi manfaat pelayanan belum optimal. Selanjutnya, defisit meningkat menjadi 5,7 triliun pada tahun 2016. Sejalan dengan Dr. Chazali, Afiandry juga mengatakan bahwa pemerintah sebaiknya harus menyesuaikan tarif yang sekarang berlaku. Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa defisit BPJS terus terakumulasi. Kalau tarif terendah tidak disesuaikan, maka subsidi akan seperti bola salju yang akan membesar dan makin membesar.

Pada tahun 2016, pemerintah menerbitkan Perpres Nomor 19 Tahun 2016, Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Intinya adalah bahwa iuran PBI dinaikkan menjadi Rp. 23.000.- /POPB. Padahal DJSN melalui Surat Resmi kepada Menkeu Nomor; 384/DJSN/VII/2015, tanggal 14 Juli 2015 Perihal; Penyesuaian Besaran Iuran PBI JKN mengusulkan iuran PBI dinaikkan menjadi Rp. 36.000.-/POPB dimana iuran tersebut akan meng-cover defisit yang sedang berlangsung dan mengantisipasi defisit pada tahun-tahun berikutnya. Namun dengan alasan keterbatasan dana, Menkeu hanya menetapkan kenaikan sebesar Rp. 23.000,-. Dan yang terjadi adalah pada tahun 2018 defisit BPJS sudah mencapai 16.5 Triliun.

Dari sisi rumah sakit, Alfiandry menyatakan bahwa solusi terbaik untuk mengatasi defisit, adalah kembali melaksanakan *coverage* kesehatan seperti jaman ASKES dahulu. BPJS harus membuka kembali *co-sharing* antara pasien dan rumah sakit. Bila itu dilaksanakan semua akan merasa nyaman. Pasien nyaman karena tidak akan mengirit obat dan mengirit penunjang. Rumah sakit nyaman karena biayanya tertutupi dan pemerintah pun nyaman karena tidak harus membayar subsidi.

Afiandry melanjutkan, selama ini banyak pasien yang ingin *co-sharing* namun sistem di BPJS Kesehatan tidak memperbolehkannya. Pasien ingin merasakan kenyamanan dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Banyak pasien yang merasa repot harus bolak-balik ke rumah sakit untuk mengambil obat, karena BPJS hanya menyediakan obat untuk 7 hari. Pasien banyak yang bersedia untuk membayar kelebihan obat sehingga mereka tidak harus bolak balik ke rumah sakit. Begitupun dengan pemeriksaan laboratorium, dalam satu hari sistem BPJS tidak memperbolehkan pemeriksaan untuk dua jenis pemeriksaan laboratorium yang berbeda.

6. KESIMPULAN

BPJS Kesehatan hingga akhir tahun 2018 masih menghadapi tantangan yang berat untuk terus melanjutkan program BPJS Kesehatan. Prinsip gotong royong belum bisa terealisasi sepenuhnya. Pendaftar mandiri yang membayar premi masih terbatas pada mereka yang sakit, sementara masyarakat yang sehat belum mendaftar. *Universal Health Coverage* atau Layanan Kesehatan Semesta di Indonesia akan tercapai bila tidak terjadi tunggakan premi oleh masyarakat. Rasio batas aman antara orang sehat dan sakit maksimal 70:30, orang sehat 70% dan orang sakit 30%. Apabila dipenuhi maka biaya dapat ditutup dan tunggakan tidak terjadi lagi.

7. SARAN

Pada tahun 2019, berdasarkan peta jalan BPJS Kesehatan, seharusnya seluruh masyarakat Indonesia sudah terjamin BPJS. Namun masih banyak pekerjaan rumah yang harus diselesaikan oleh pemerintah, dan yang paling mendesak adalah upaya untuk menutupi defisit yang terjadi. Saran yang paling sering menyeruak adalah penyesuaian tariff BPJS dan membuka kembali kebijakan *co-sharing* antara pasien dan BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin (Ed.). (29 Mei 2017). Diambil kembali dari Low of the large number pada tanggal 14 Desember 2018 dari Agen Asuransi Jiwa: <https://agenasuransijiwa.co.id/law-of-large-number/>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design, Choosing Among Five Approaches*. London: Sage Publications Ltd.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2009). *Handbook of Qualitative Research*. New Delhi, India: Sage Publication.
- Fadjrianur. (2013). *Bahan Presentasi Jaminan Kesehatan Nasional*. Solo: ASKES.
- Griffin. (2006). *A First Look at Communication Theory*. New York: Mc-Graw-Hill.
- Ketenagakerjaan, T. K. (n.d.). Diambil kembali dari *Buku Pedoman Program SJSN DKI Jakarta*, Jakarta: Kominfo RI pada tanggal 14 Desember 2018: <https://sakuin.kominfo.go.id/epip/view.php?pip=67&file=sjsn%20final%20fa%20print%204.pdf>
- Simanjuntak, J., & Darmawan, E. S. (2016, Desember 04). Diambil kembali dari Analisis Perubahan Kebijakan Peraturan Presiden No. 19 tahun 2016 tentang Jaminan Kesehatan Menjadi Peraturan Presiden No. 28 tahun 2016 tentang Jaminan Kesehatan. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 05, 176-183. Retrieved Desember 27, 2018, from file:///C:/Users/ASUS/Downloads/30546-70422-1-SM.pdf
- Situmorang, D. H. (2018). Defisit BPJS Kesehatan, Soal Hulu Dampak di Hilir. *JSS (Jurnal Social Security)*. Retrieved December 27, 2018, from <http://www.jurnalsocialsecurity.com/news/defisit-bpjs-kesehatan-soal-hulu-dampak-di-hilir.html>
- West, R., & Turner, L. H. (2008). *Pengantar Teori Komunikasi Analisis dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Humanika.