

**Pembiayaan Pelayanan Kesehatan
(Health Care Financing)
Oleh : Gisely Vionalita SKM. M.Sc.**

Dosen program Studi Kesehatan Masyarakat

Mata Kuliah : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Kesehatan adalah unsur vital dan merupakan elemen konstitutif dalam proses kehidupan seseorang. Tanpa kesehatan, tidak mungkin bisa berlangsung aktivitas seperti biasa. Dalam kehidupan berbangsa, pembangunan kesehatan sesungguhnya bernilai sangat investatif. Nilai investasinya terletak pada tersedianya sumber daya yang senantiasa “siap pakai” dan tetap terhindar dari serangan berbagai penyakit. Namun, masih banyak orang menyepelekan hal ini. Negara, pada beberapa kasus, juga demikian.

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.

Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) terdiri atas :

1. Upaya Kesehatan
2. Pembiayaan Kesehatan
3. Sumber Daya Manusia Kesehatan
4. Sumber Daya Obat dan Perbekalan Kesehatan
5. Pemberdayaan Masyarakat
6. Manajemen Kesehatan

Sebagai subsistem penting dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, terdapat beberapa faktor penting dalam pembiayaan kesehatan yang mesti diperhatikan. Pertama, besaran (kuantitas) anggaran pembangunan kesehatan yang disediakan pemerintah maupun sumbangan sektor swasta. Kedua, tingkat efektifitas dan efisiensi penggunaan (fungsionalisasi) dari anggaran yang ada.

Terbatasnya anggaran kesehatan di negeri ini, diakui banyak pihak, bukan tanpa alasan. Berbagai hal bias dianggap sebagai pemicunya. Selain karena rendahnya kesadaran pemerintah untuk menempatkan pembangunan kesehatan sebagai sector prioritas, 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. 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 pelayanankesehatan dan akses (equitable access to health care) dan pelayanan yang berkualitas (assured quality) . 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.

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.penggalian 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.

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Strategi Pembiayaan Kesehatan

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. 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, 4 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.

Curative vs Preventive Care

1. Sebagian besar dana (pemerintah & swasta) dialokasikan ke program kuratif.
2. Pengalaman empiris menunjang bahwa kegiatan preventif lebih efektif meningkatkan status kesehatan ketimbang curative care
3. Persepsi preventif, bisa ditunda karena tidak immediate needs- sering salah

Kenapa Preventive tidak menjadi Prioritas?

1. Negara berkembang cenderung alokasi lebih besar ke kuratif dibanding preventif – immediate needs
2. Tenaga kesehatan lebih terlatih untuk memberi pelayanan kuratif dari pada kuratif
3. Ukuran preventif tidak selalu berkaitan langsung dengan kesehatan, seperti diet, exercise, dll.
4. Pendapatan perkapita negara yang tinggi, tingkat pendidikan yang lebih tinggi, sadar untuk alokasi preventif

Kesehatan sebagai barang Konsumsi dan Investasi

- Sebagai barang konsumsi yang langsung akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat (konsumsi), atau
 - Kesehatan sebagai kendaraan untuk meningkatkan output dalam perekonomian? (investasi)
- Makna investasi dalam budget berbeda yaitu biaya pembelian barang fisik, alat untuk RS atau fasilitas kesehatan lainnya.

Pendidikan dan Pelatihan

1. Pendidikan untuk tenaga kesehatan : dokter, spesialis, dokter gigi, apoteker, public health, ada di bawah diknas
2. Pendidikan untuk tenaga kesehatan: perawat, tenaga analis, bidan, ada di bawah depkes
3. Pendidikan dan kesehatan militer: Pendidikan untuk pengobatan alternatif
4. Lebih rasional masuk – ke sektor pendidikan

PEMBIAYAAN KESEHATAN DALAM SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata dan termanfaatkan secara berhasilguna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Unsur-unsur Pembiayaan Kesehatan

a. Dana

Dana digali dari sumber pemerintah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan.

b. Sumber daya

Sumber daya pembiayaan kesehatan terdiri dari: SDM pengelola, standar, regulasi dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

c. Pengelolaan Dana Kesehatan

Prosedur/Mekanisme Pengelolaan Dana Kesehatan adalah seperangkat aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh Pemerintah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan dana kesehatan.

Prinsip Subsistem Pembiayaan Kesehatan

a. Pembiayaan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung jawab bersama pemerintah, masyarakat, dan swasta. Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk upaya kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik Pusat maupun daerah, sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya. Pembiayaan kesehatan untuk orang miskin dan tidak mampu merupakan tanggung jawab pemerintah.

Dana kesehatan diperoleh dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, masyarakat, maupun swasta yang harus digali dan dikumpulkan serta terus ditingkatkan untuk menjamin kecukupan agar jumlahnya dapat sesuai dengan kebutuhan, dikelola secara adil, transparan, akuntabel, berhasilguna dan berdayaguna, memperhatikan subsidiaritas dan fleksibilitas, berkelanjutan, serta menjamin terpenuhinya ekuitas.

b. Dana Pemerintah ditujukan untuk pembangunan kesehatan, khususnya diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan dengan mengutamakan masyarakat rentan dan keluarga miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta. Selain itu, program-program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan menjadi prioritas untuk dibiayai.

Dalam menjamin efektivitas dan efisiensi penggunaan dana kesehatan, maka sistem pembayaran pada fasilitas kesehatan harus dikembangkan menuju bentuk pembayaran prospektif. Adapun pembelanjaan dana kesehatan dilakukan melalui kesesuaian antara perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan dengan tujuan pembangunan kesehatan.

c. Dana kesehatan diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat melalui pengembangan sistem jaminan kesehatan sosial, sehingga dapat menjamin terpeliharanya dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Setiap dana kesehatan digunakan secara bertanggung-jawab berdasarkan prinsip pengelolaan pemerintahan yang baik (good governance), transparan, dan mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku.

d. Pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui penghimpunan secara aktif dana sosial untuk kesehatan (misal: dana sehat) atau memanfaatkan dana masyarakat yang telah terhimpun (misal: dana sosial keagamaan) untuk kepentingan kesehatan.

e. Pada dasarnya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Namun untuk pemerataan pelayanan kesehatan, pemerintah menyediakan dana perimbangan (matching grant) bagi daerah yang kurang mampu.

Penyelenggaraan Pembiayaan Kesehatan

Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan suatu proses yang terus-menerus dan terkendali, agar tersedia dana kesehatan yang mencukupi dan berkesinambungan, bersumber dari pemerintah, swasta, masyarakat, dan sumber lainnya. Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui penggalian dan pengumpulan berbagai sumber dana yang dapat menjamin kesinambungan pembiayaan pembangunan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional, menggunakannya secara efisien dan efektif.

Dalam hal pengaturan penggalian dan pengumpulan serta pemanfaatan dana yang bersumber dari iuran wajib, pemerintah harus melakukan sinkronisasi dan sinergisme antara sumber dana dari iuran wajib, dana APBN/APBD, dana dari masyarakat, dan sumber lainnya.

a. Penggalian dana

Penggalian dana untuk upaya pembangunan kesehatan yang bersumber dari pemerintah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya; dana yang bersumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip public-private partnership yang didukung dengan pemberian insentif; penggalian dana yang bersumber dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilakukan secara pasif dengan memanfaatkan berbagai dana yang sudah terkumpul di masyarakat.

Penggalian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan dengan cara penggalian dan pengumpulan dana masyarakat dan didorong pada bentuk jaminan kesehatan.

b. Pengalokasian Dana

Pengalokasi dana pemerintah dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan upaya kesehatan prioritas, secara bertahap, dan terus ditingkatkan jumlah pengalokasiannya sehingga sesuai dengan kebutuhan.

Pengalokasian dana yang dihimpun dari masyarakat didasarkan pada asas gotong-royong sesuai dengan potensi dan kebutuhannya. Sedangkan pengalokasian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan melalui kepesertaan dalam jaminan kesehatan.

c. Pembelanjaan

Pemakaian dana kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek teknis maupun alokatif sesuai peruntukannya secara efisien dan efektif untuk terwujudnya pengelolaan pembiayaan kesehatan yang transparan, akuntabel serta penyelenggaraan pemerintahan yang baik (Good Governance).

Pembelanjaan dana kesehatan diarahkan terutama melalui jaminan kesehatan, baik yang bersifat wajib maupun sukarela. Hal ini termasuk program bantuan sosial dari pemerintah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Jamkesmas)

Subsistem pembiayaan kesehatan

Tujuan

- Tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi-
- Teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdayaguna-
- Tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunankesehatan

Unsur-unsur yang terdapat dalam pembiayaan kesehatan-

Dana didapat dari berbagai sumber yaitu Pemerintah, Pemerintah Daerah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, swasta, dan sumber lainnyayang digunakan untuk mendukung pembangunan kesehatan. Perlu diingat bahwadana yang didapat harus mencukupi dan dapat dipertanggungjawabkan sertadipertanggunggugatkan.

Definisi Pembiayaan Kesehatan Biaya Kesehatan ialah besarnya dana yang harus di sediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. (Azrul Azwar : 1996) Sistem pembiayaan kesehatan didefinisikan sebagai suatu sistem yang mengatur tentang besarnya alokasi dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. (Helda : 2011) Sedangkan, Subsistem Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalian, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung untuk memenuhi kebutuhan pembiayaan pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (Ana Faiza : 2013) Dari beberapa pendapat mengenai Pembiayaan Kesehatan diatas, terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari beberapa sudut, yaitu :

1) Penyedia Pelayanan Kesehatan Yang dimaksud biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan (Health Provider) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dengan pengertian yang seperti ini tampak bahwa kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan atau pun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan. 2) Pemakai Jasa Pelayanan Yang dimaksud biaya kesehatan dari sudut pemakai jalan pelayanan (Health Consumer) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Berbeda dengan pengertian pertama, maka biaya kesehatan di sini menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas-batas tertentu, pemerintah juga turut mempersoalkannya, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya. Dari batasan biaya kesehatan yang seperti ini segera dipahami bahwa pengertian biaya kesehatan tidaklah sama antara penyedia pelayanan kesehatan (health provider) dengan pemakai jasa pelayanan kesehatan (health consumer). Bagi penyedia pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan upaya kesehatan. Sesuai dengan terdapatnya perbedaan pengertian yang seperti ini, tentu mudah diperkirakan bahwa besarnya dana yang dihitung sebagai biaya kesehatan tidaklah sama antara pemakai jasa pelayanan dengan penyedia pelayanan kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan lebih menunjuk pada seluruh biaya investasi (investment cost) serta seluruh biaya operasional (operational cost) yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (out of pocket) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan. Secara umum disebutkan apabila total dana yang dikeluarkan oleh seluruh pemakai jasa pelayanan, dan arena itu merupakan

pemasukan bagi penyedia pelayan kesehatan (income) adalah lebih besar daripada yang dikeluarkan oleh penyedia pelayanan kesehatan (expenses), maka berarti penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut mengalami keuntungan (profit). Tetapi apabila sebaliknya, maka berarti penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut mengalami kerugian (loss). Perhitungan total biaya kesehatan satu negara sangat tergantung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh kedua belah pihak tersebut. Hanya saja, karena pada umumnya pihak penyedia pelayanan kesehatan terutama yang diselenggarakan oleh pihak swasta tidak ingin mengalami kerugian, dan karena itu setiap pengeluaran telah diperhitungkan terhadap jasa pelayanan yang akan diselenggarakan, maka perhitungan total biaya kesehatan akhirnya lebih banyak didasarkan pada jumlah dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa pelayanan kesehatan saja. Di samping itu, karena di setiap negara selalu ditemukan peranan pemerintah, maka dalam memperhitungkan jumlah dana yang beredar di sektor pemerintah. Tetapi karena pada upaya kesehatan pemerintah selalu ditemukan adanya subsidi, maka cara perhitungan yang dipergunakan tidaklah sama. Total biaya kesehatan dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa, dan karena itu merupakan pendapatan (income) pemerintah, melainkan dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (expenses) untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dari uraian ini menjadi jelaslah untuk dapat menghitung besarnya total biaya kesehatan yang berlaku di suatu negara, ada dua pedoman yang dipakai. Pertama, besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa pelayanan untuk sektor swasta. Kedua, besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa pelayanan kesehatan untuk sektor pemerintah. Total biaya kesehatan adalah hasil dari penjumlahan dari kedua pengeluaran tersebut

B. Macam-macam Sistem Pembiayaan Kesehatan Nasional Sistem pembiayaan kesehatan Indonesia secara umum terbagi dalam 2 sistem yaitu: 1. Fee for Service (Out of Pocket) Sistem ini secara singkat diartikan sebagai sistem pembayaran berdasarkan layanan, dimana pencari layanan kesehatan berobat lalu membayar kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK). PPK (dokter atau rumah sakit) mendapatkan pendapatan berdasarkan atas pelayanan yang diberikan, semakin banyak yang dilayani, semakin banyak pula pendapatan yang diterima. Sebagian besar masyarakat Indonesia saat ini masih bergantung pada sistem pembiayaan kesehatan secara Fee for Service ini.

Dari laporan World Health Organization di tahun 2006 sebagian besar (70%) masyarakat Indonesia masih bergantung pada system Fee for Service dan hanya 8,4% yang dapat mengikuti sistem Health Insurance (WHO, 2009). Kelemahan sistem Fee for Service adalah terbukanya peluang bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan (PPK) untuk memanfaatkan hubungan Agency Relationship, dimana PPK mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikannya kepada pasien yang besar-kecilnya ditentukan dari negosiasi. Semakin banyak jumlah pasien yang ditangani, semakin besar pula imbalan yang akan didapat dari jasa medik yang ditagihkan ke pasien. Dengan demikian, secara tidak langsung PPK didorong untuk meningkatkan volume pelayanannya pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak. 2. Health Insurance Sistem ini diartikan sebagai sistem pembayaran yang dilakukan oleh pihak ketiga atau pihak asuransi setelah pencari layanan kesehatan berobat. Sistem health insurance ini dapat berupa system kapitasi dan system Diagnose Related Group (DRG system). Sistem kapitasi merupakan metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana PPK menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu. Pembayaran bagi PPK dengan system kapitasi adalah pembayaran yang

dilakukan oleh suatu lembaga kepada PPK atas jasa pelayanan kesehatan dengan pembayaran di muka sejumlah dana sebesar perkalian anggota dengan satuan biaya (unicost) tertentu. Salah satu lembaga di Indonesia adalah Badan Penyelenggara JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). Sistem kedua yaitu DRG (Diagnose Related Group) tidak berbeda jauh dengan system kapitasi di atas. Pada system ini, pembayaran dilakukan dengan melihat diagnosis penyakit yang dialami pasien. PPK telah mendapat dana dalam penanganan pasien dengan diagnosis tertentu dengan jumlah dana yang berbeda pula tiap diagnosis penyakit. Jumlah dana yang diberikan ini, jika dapat dioptimalkan penggunaannya demi kesehatan pasien, sisa dana akan menjadi pemasukan bagi PPK. Kelemahan dari system Health Insurance adalah dapat terjadinya underutilization dimana dapat terjadi penurunan kualitas dan fasilitas yang diberikan kepada pasien untuk memperoleh keuntungan sebesar-besarnya. Selain itu, jika peserta tidak banyak bergabung dalam system ini, maka resiko kerugian tidak dapat dihindarkan. Namun dibalik kelemahan, terdapat kelebihan system ini berupa PPK mendapat jaminan adanya pasien (captive market), mendapat kepastian dana di tiap awal periode waktu tertentu, PPK taat prosedur sehingga mengurangi terjadinya multidrug dan multidagnose. Dan system ini akan membuat PPK lebih kearah preventif dan promotif kesehatan. Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menilai, pembiayaan kesehatan dengan sistem kapitasi dinilai lebih efektif dan efisien menurunkan angka kesakitan dibandingkan sistem pembayaran berdasarkan layanan (Fee for Service) yang selama ini berlaku. Hal ini belum dapat dilakukan sepenuhnya oleh Indonesia. Tentu saja karena masih ada hambatan dan tantangan, salah satunya adalah sistem kapitasi yang belum dapat memberikan asuransi kesehatan bagi seluruh rakyat tanpa terkecuali seperti yang disebutkan dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sampai saat ini, perusahaan asuransi masih banyak memilah peserta asuransi dimana peserta dengan resiko penyakit tinggi dan atau kemampuan bayar rendah tidaklah menjadi target anggota asuransi. Untuk mencapai terjadinya pemerataan, dapat dilakukan universal coverage yang bersifat wajib dimana penduduk yang mempunyai resiko kesehatan rendah akan membantu mereka yang beresiko tinggi dan penduduk yang mempunyai kemampuan membayar lebih akan membantu mereka yang lemah dalam pembayaran. Hal inilah yang masih menjadi pekerjaan rumah bagi sistem kesehatan Indonesia. Memang harus kita akui, bahwa tidak ada sistem kesehatan terutama dalam pembiayaan pelayanan kesehatan yang sempurna, setiap sistem yang ada pasti memiliki kelebihan dan kekurangannya masing-masing.

Namun sistem pembayaran pelayanan kesehatan ini harus bergerak dengan pengawasan dan aturan dalam suatu sistem kesehatan yang komprehensif, yang dapat mengurangi dampak buruk bagi pemberi dan pencari pelayanan kesehatan sehingga dapat terwujud sistem yang lebih efektif dan efisien bagi pelayanan kesehatan di Indonesia. Sumber Pembiayaan Kesehatan Nasional Telah kita ketahui bersama bahwa sumber pembiayaan untuk penyediaan fasilitas-fasilitas kesehatan melibatkan dua pihak utama yaitu pemerintah (public) dan swasta (private). Kini masih diperdebatkan apakah kesehatan itu sebenarnya barang public atau private mengingat bahwa fasilitas-fasilitas kesehatan yang dipegang oleh pihak swasta (private) cenderung bersifat komersil. Di sebagian besar wilayah Indonesia, sektor swasta mendominasi penyediaan fasilitas kesehatan, lebih dari setengah rumah sakit yang tersedia merupakan rumah sakit swasta, dan sekitar 30-50 persen segala bentuk pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak swasta (satu dekade yang lalu hanya sekitar 10 persen). Hal ini tentunya akan menjadi kendala terutama bagi masyarakat golongan menengah ke bawah. Tingginya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan jika menggunakan fasilitas-fasilitas kesehatan swasta tidak sebanding dengan kemampuan

ekonomi sebagian besar masyarakat Indonesia yang tergolong menengah ke bawah. Sebelum desentralisasi alokasi anggaran kesehatan dilakukan oleh pemerintah pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi-provinsi. Ketika sifat big-bang kebijakan desentralisasi mengenai sektor kesehatan, tiba-tiba menjadi alokasi anggaran pembangunan yang disebut dana alokasi umum (DAU). Dan yang mengejutkan bahwa anggaran kesehatan eksplisit tidak dimasukkan di dalam formula DAU. Akibatnya, dinas kesehatan berjuang mendapatkan anggaran untuk sektor kesehatan sendiri. Pemerintah di sektor kesehatan harus merencanakan dan menganggarkan program kesehatan, dan bersaing untuk mendapatkan dana dengan sektor lain. Secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut :

1. Bersumber dari anggaran pemerintah Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara cuma-cuma oleh pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar. Anggaran yang bersumber dari pemerintah ini dibagi juga menjadi :

- a. Pemerintahan pusat dan dana dekonsentrasi, dana program kompensasi BBM dan ABT
- b. Pemerintah provinsi melalui skema dana provinsi (PAD ditambah dana desentralisasi DAU provinsi dan DAK provinsi)
- c. Pemerintah kabupaten atau kota melalui skema dana kabupaten atau kota (PAD ditambah dana desentralisasi DAU kabupaten atau kota dan DAK kabupaten atau kota)
- d. Keuntungan badan usaha milik daerah
- e. Penjualan aset dan obligasi daerah
- f. Hutang pemerintah daerah

2. Bersumber dari anggaran masyarakat Dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan tersebut. Contohnya CSR atau (Corporate Social Responsibility) dan pengeluaran rumah tangga baik yang dibayarkan tunai atau melalui sistem asuransi. Dana yang bersumber dari swasta antara lain :

- a. Perusahaan swasta
- b. Lembaga swadaya masyarakat
- c. Dana kemanusiaan (charity)

3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit-penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain. Misalnya bantuan dana dari luar negeri untuk penanganan HIV dan virus H5N1 yang diberikan oleh WHO kepada negara-negara berkembang (termasuk Indonesia).

4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan-kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan ditanggung sebagian oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem

ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan. Dengan ikut sertanya masyarakat menyelenggarakan pelayanan kesehatan, maka ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Selanjutnya dengan diikutsertakannya masyarakat membiayai pemanfaatan pelayanan kesehatan, maka pelayanan kesehatan tidaklah cuma-cuma. Masyarakat diharuskan membayar pelayanan kesehatan yang dimanfaatkannya. Sekalipun pada saat ini makin banyak saja negara yang mengikutsertakan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, namun tidak ditemukan satu negara pun yang pemerintah sepenuhnya tidak ikut serta. Pada negara yang peranan swastanya sangat dominan pun peranan pemerintah tetap ditemukan. Paling tidak dalam membiayai upaya kesehatan masyarakat, dan ataupun membiayai pelayanan kedokteran yang menyangkut kepentingan masyarakat yang kurang mampu.

D. Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan Suatu biaya kesehatan yang baik haruslah memenuhi beberapa syarat pokok yakni : 1. Jumlah Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Yang dimaksud cukup adalah dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.

1. Penyebaran Berupa penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, niscaya akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

3. Pemanfaatan Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapat pengaturan yang optimal, niscaya akan banyak menimbulkan masalah, yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Untuk dapat melaksanakan syarat-syarat pokok tersebut maka perlu dilakukan beberapa hal, yakni :

1) Peningkatan Efektifitas Peningkatan efektifitas dilakukan dengan mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana. Berdasarkan pengalaman yang dimiliki, maka alokasi tersebut lebih diutamakan pada upaya kesehatan yang menghasilkan dampak yang lebih besar, misalnya mengutamakan upaya pencegahan, bukan pengobatan penyakit.

2) Peningkatan Efisiensi Peningkatan efisiensi dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian. Mekanisme yang dimaksud untuk peningkatan efisiensi antara lain: a. Standar minimal pelayanan. Tujuannya adalah menghindari pemborosan. Pada dasarnya ada dua macam standar minimal yang sering dipergunakan yakni:

- Standar minimal sarana, misalnya standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium.
- Standar minimal tindakan, misalnya tata cara pengobatan dan perawatan penderita, dan daftar obat-obat esensial. b. Kerjasama. Bentuk lain yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi ialah memperkenalkan konsep kerjasama antar berbagai sarana pelayanan kesehatan. Terdapat dua bentuk kerjasama yang dapat dilakukan yakni:
- Kerjasama institusi, misalnya sepakat secara bersama-sama membeli peralatan kedokteran yang mahal dan jarang dipergunakan. Dengan pembelian dan pemakaian bersama ini dapat dihematkan dana yang tersedia serta dapat pula dihindari penggunaan peralatan yang rendah. Dengan demikian efisiensi juga akan meningkat.
- Kerjasama sistem, misalnya sistem rujukan, yakni adanya hubungan kerjasama timbal balik antara satu sarana kesehatan dengan sarana kesehatan lainnya

E. Fungsi Pembiayaan Kesehatan Fungsi pembiayaan kesehatan antara lain :

1. Penggalian dana

a. Penggalian dana untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Sumber dana untuk UKM terutama berasal dari pemerintah baik pusat maupun daerah, melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip public-private partnership yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri guna membiayai upaya kesehatan masyarakat, misalnya dalam bentuk dana sehat atau dilakukan secara pasif yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, contohnya dana sosial keagamaan.

b. Penggalian dana untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin, sumber dananya berasal dari pemerintah melalui mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan wajib.

2. Pengalokasian dana

a. Alokasi dana dari pemerintah yakni alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM dan UKP dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja baik pusat maupun daerah sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya.

b. Alokasi dana dari masyarakat yakni alokasi dana dari masyarakat untuk UKM dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengan kemampuan. Sedangkan untuk UKP dilakukan melalui kepesertaan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan wajib dan atau sukarela.

3. Pembelanjaan

a. Pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan public-private partnership digunakan untuk membiayai UKM.

b. Pembiayaan kesehatan yang terkumpul dari Dana Sehat dan Dana Sosial Keagamaan digunakan untuk membiayai UKM dan UKP.

c. Pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan kesehatan keluarga miskin dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib.

Contoh kasus pembiayaan kesehatan:

Pembiayaan pelayanan kesehatan dan visum bagi korban KtPA masih selalu menjadi topik pembahasan sejak tahun 2002 hingga kini di era JKN. Para pendamping korban dan petugas kesehatan masih mengeluhkan tentang beban biaya kesehatan yang harus ditanggung korban Kekerasan terhadap Perempuan & Anak (KtPA).

Biaya Pelayanan Kesehatan korban KtPA secara umum meliputi: Administrasi dan registrasi, Pemeriksaan fisik, Pemeriksaan penunjang, Perawatan dan pengobatan, Pemeriksaan psikologis, Rehabilitasi medic, Rehabilitasi psikologis.

Selain biaya yang diperlukan untuk layanan di atas, jika korban ingin melanjutkan masalah KtPA ke ranah hukum, maka dibutuhkan Visum. Permintaan pembuatan visum dilakukan oleh polisi

untuk kepentingan hukum. Biaya pembuatan visum ini sering menjadi masalah karena ketidakjelasan pihak mana yang harus menanggung biayanya.

Kebijakan pembiayaan yang “generik”

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 (P2JK, Kebijakan Kementerian Kesehatan terkait pembiayaan korban KtPA).

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.

Koban 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.

Mengapa sampai saat ini korban KtPA masih dibebani biaya pengobatan dan perawatan kesehatan?

Tampaknya pembuat kebijakan dan petugas di instansi terkait termasuk kesehatan tidak memahami perubahan-perubahan kebijakan terkait pembiayaan korban KtPA. Bahwa sesungguhnya sejak tahun 2014 korban KtPA berhak dimasukkan sebagai PBI.

Ilustrasi.

Contoh Kasus DKI Jakarta :

Sebelum ada mekanisme BPJS, semua korban KtPA dapat dilayani tanpa harus dipungut biaya karena ditanggung oleh Jamkesda. Namun, ketika JKN ditetapkan dan dana Jamkesda disalurkan melalui BPJS, korban KtPA justru kehilangan haknya untuk mendapatkan layanan kesehatan secara cuma-cuma.

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.

Namun, RS Bhayangkara di Indonesia hanya 46 RS yang tersebar di 37 provinsi, sehingga tidak memadai untuk melayani korban kekerasan yang berada sampai pelosok-pelosok.

Pembiayaan pembuatan Visum

Visum sangat dibutuhkan untuk proses hukum. Kitab Hukum Acara Pidana (KUHAP) Pasal 136 menyebutkan bahwa *visum ditanggung oleh negara*. Jika visum dilakukan di RS Bhayangkara, biaya akan ditanggung oleh kepolisian sebagai yankes tertentu.

Jika visum dilakukan di layanan kesehatan pemerintah, seringkali tidak ada kejelasan siapa pembayar visum. Akhirnya visum dibebankan kepada korban, atau pendamping atau petugas kesehatan seringkali terpaksa harus membayari biaya visum. Pihak kepolisian yang memohon visum juga tidak memiliki anggaran untuk membiayai visum. Besarnya biaya visum juga sangat bervariasi, belum ada standar yang jelas mengenai biaya visum.

Ilustrasi.

Berdasarkan Permenkes No. 71 tahun 2013, pelayanan kedokteran forensik adalah salah satu pelayanan kesehatan rujukan. Pelayanan kedokteran forensik tidak tercantum dalam pelayanan kesehatan tingkat dasar. Artinya, pelayanan kedokteran forensik hanya bisa dilakukan oleh dokter spesialis. Padahal selama ini visum bisa dilakukan oleh dokter umum di RS dan Puskesmas. Kebijakan ini membuat Puskesmas tidak bersedia lagi memberikan layanan visum. Permintaan visum yang datang ke Puskesmas akan diarahkan ke RSUD yang biasanya hanya ada di kabupaten/kota (Temuan di kota Bau Bau, pada Pemetaan Respon Sektor Kesehatan terhadap KtPA di 3 Provinsi tahun 2014)

Kebijakan pembiayaan yang “berpihak”

Beberapa daerah membuat terobosan-terobosan untuk mengatasi masalah birokrasi pembiayaan dan menempatkan kepentingan korban KtPA sebagai prioritas utama. Pemerintah Daerah memiliki Perda/Pergub/Perbup/Perwali untuk penanganan korban KtPA termasuk menanggung pembiayaannya. Mekanisme pelaksanaannya juga dibuat dengan memperhatikan kepentingan korban. Untuk mendapatkan pembebasan biaya perawatan, korban cukup mendapatkan rekomendasi dari institusi atau forum yang dibentuk untuk pemerintah daerah. Proses rekomendasi dapat berlangsung secara cepat, bahkan sering kali cukup dengan menghubungi melalui telepon, karena koordinasi yang sudah terbentuk dengan baik.

Provinsi DI Jogjakarta, memiliki mekanisme khusus dalam mengatur pembiayaan korban KtPA. Provinsi DI Jogjakarta memiliki anggaran khusus yang disalurkan melalui UPT BAPEL JAMKESOS di bawah Dinas Kesehatan Provinsi DI Jogjakarta. Bapel Jamkesos bukan hanya mengelolakan dana kesehatan untuk korban KtPA tetapi juga penyandang masalah kesejahteraan sosial lainnya yang tidak ditanggung oleh JKN, Jamkesda atau asuransi lainnya. Kebijakan ini berlaku untuk semua kabupaten / kota di seluruh Provinsi DI Jogjakarta.

Provinsi Jawa Tengah juga menyediakan anggaran khusus untuk pelayanan korban KtPA. Anggaran itu di alokasikan pada BP3AKB. Pada tahun 2016, anggaran penanganan korban KtPA mencapai 7,95 M. Pada tahun 2011, BP3AKB membuat terobosan inovasi dengan membuat kerjasama dengan Lembaga Eijkman untuk pemeriksaan DNA. Kerjasama tersebut dilakukan selama tahun 2011-2014 dan kemudian diperpanjang hingga tahun 2019. Kerjasama ini membuat pemeriksaan DNA bagi korban dapat terlaksana dengan lebih akurat, dan membantu korban untuk pembuktian di persidangan.

Beberapa kabupaten / kota juga sudah memiliki kebijakan sendiri tentang penanganan korban KtPA dan menanggung biaya pelayanan kesehatannya, walaupun pemerintah provinsi belum memiliki kebijakan khusus mengenai hal tersebut.

Ilustrasi.

Selain inisiatif pemerintah daerah, adapula kebijakan internal fasilitas kesehatan, seperti RS. Gunung Jati (Cirebon). Rumah sakit ini mempunyai kebijakan untuk membebaskan biaya layanan kesehatan untuk korban KtPA termasuk visum karena sudah berstatus BLUD. Kebijakan tersebut dituangkan dalam SK Direktur RS.

Kesimpulan

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.