BIDIK 66 JUTA PESERTA BARU

Selasa, 27 Februari 2018 - Sidik Aji Nugroho

JAKARTA - Tahun depan Indonesia menargetkan bisa mencapai predikat *Universal Health Coverage* (UHG). Seluruh rakyat Indonesia harus ter-cover jaminan kesehatan. Motornya tentunya saja BPJS Kesehatan.

Dengan defisi mencapai Rp.9 triliiun, jaminan kesehatan nasional (JKN) itu harus banyak berbenah untuk mencapai target itu.

Berdasarkan data BPJS kesehatan, saat ini diperkirakan masih ada 66 juta warga Indonesia yang belum menjadi peserta BPJS kesehatan. Merekalah yang menjadi sasaran BPJS Kesehatan untuk menuju UHG tahun depan.

Direktur perluasan dan pelayanan Peserta BPJS Kesehatan Andayani Budi Lestari menyatakan, belum ada pemetaan khusus pada 66 juta rakyat yang belum menjadi peserta BPJS Kesehatan itu. "Kami harus melakukan pemetaan terlebih dahulu," katanya kemaren (26/2). "Untuk menentukan apakah nanti masuk jadi peserta kategori penerima bantuan iuran (PBI), penerima upah, atau peserta mandiri," lanjutnya.

Salah satu penyebab masih banyak warga yang tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan adalah masih ada perusahaan yang belum mendaftarkan karyawannya. Andayani menyatakan, pihaknya sampai harus turun langsung ke perusahaan. Pendaftaraan oleh pemberi kerja juga di mudahkan dengan regristrasi secara online.

Disatu sisi harus mengejar 66 juta menjadi peserta, disisi lain BPJS Kesehatan direpotkan banyak "penyakit". Ani-sapaan Handayani. Mengungkapkan pelanggaran (fraud) menjadi masalah serius yang dihadapi pihaknya. Fraud itu dilakukan BPJS sendiri, peserta, sampai pihak Rumah Sakit.

Dia mencontohkan modus fraud yang bias dilakukab pihak RS, yakni membuat surat diagnosis yang tidak sesuai. Akibatnya muncul tagihan yang lebih besar dari sesungguhnya. Modus lainya adalah pasien disuruh datang berkali - kali supaya penerimaan RS menjadi besar. "hari ini datang untuk diperiksa, besoknya datang foto rontgen, dan besoknya lagi datang mengambil obat."

Untuk setiap kasus pelanggaran, sanksinya berjenjang. Mulai teguran lisan, tertulis, sampai pemutusan kerja sama. Dia mengatakan, sanksi pemutusan kerja sama tidak bias serta-merta dijatuhkan. Sebab, untuk menjadi mitra BPJS Kesehatan, dibutuhkan persyaratan-persyaratan tertentu.

Untuk pelanggaran oleh pasien, yang paling banyak terkait dengan pembayaran iuran. Koordinator advokasi BPJS Watch Timboel Siregar mengungkapkan, per desember 2017 ada lebih dari 11 juta peserta BPJS Kesehatan yang menunggak iuran. Mereka tidak layak disebut peserta aktif.

"Selain peserta baru, memastikan pesereta patuh membayar iuran juga tidak kalah penting," kata Timboel

Timboel mendukung BPJS Kesehatan mengejar partisipasi 100 persen. Namun, disi lain BPJS harus membenahi diri dengan sangat serius untuk menyembuhkan"penyakit" yang ada. Baik itu kondisi keuangan mereka maupun pelayanan kepada masyarakat. Setiap hari ada saja keluhan pasien BPJS Kesehatan yang rendah.

Salah satu yang disoroti Timboel adalah fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Jumlahnya belum sebanding dengan kebutuhan. "sehingga ada kasus untuk operasi nunggu berbulan-bulan," ungkapnya.

Dia berharap jumlah RS Mitra BPJS Kesehatan diperbanyak. Ada berberapa ruang yang bias dimaksimalkan. Salah satunya memastikan seluruh RS milik BUMN menjadi Mitra. Saat ini, diantara 60 RS milik BUMN, baru 40 yang menjadi mitra."seharusnya RS milik BUMN diwajibkan ikut BPJS Kesehatan. Karena modal awalnya juga dari uang rakyat," desaknya.

Hal lain yang mendesak dibutuhkan untuk meningkatkan pelayanan BPJS Kesehatan adalah adanya custumer center. Dengan dilengkapi teknologi informasi, customer center itu diharapkan bias membantu peserta jika mengalami kendala dalam mendapatkan. Termasuk kesulitan mencari kamar di RS. Layanan itu juga bias menjadi saluran pengaduan jika ada kecurangan yang kini tengah diperangi BPJS.

Soal berberapa keluhan yang disampaikan Timboel, Ani menyatakan bahwa pihaknya terus melakukan pembenahan

terkait antrian misalnya. Penyebabnya adalah peserta BPJS Kesehatan yang sangat banyak, mencapai 193juta. Jauh lebih banyak dari peserta era askes sebelunya."bukan peserta JNK pun juga antri" tutur dia

Keluhan di Surabaya

Sementara itu, di Surabaya, Ombudsman Republik Indonesia (ORI) Peerwakilan Jawa Timur masih menemukan banyak keluhan terkait pelayanan BPJS. Mayoritas laporan tersebut berhubungan dengan service yang dianggp masih berbelit dan belum transparan.

Awal taun ini misalnya. ORI Jatim pernah melakukan Investigasi mengnai pelayanan BPJS dikantor BPJS Kesehatan Surabaya. Setidaknya ada 11 temuan ORI Jatim dari Investigasi itu. Temuan tersebut, antara lain, seputar antrian panjang, tidak ada jangka waktu penyelesaian layanan, dan tidak ramah kepada kelompok tertentu. Misalnya, lansia dan ibu hamil.

Dalam hasil invesitgasi itu ORI Jatim memberikan nilai 76,5. Artinya, kantor BPJS Kesehatan Surabaya masuk zona kuning. "Nah, pada akhir januari kami melakukan uji ulang. Hasilnya, kantor tersebut mendapatkan nilai 90. Masuk zona hijau," terang coordinator bidang kesehatan ORI jatim Vice Admira F.

Sementara itu, untuk layanan kesehatan, Vice menyatakan, saat ini masih banyak warga yang mengeluhkan system yang belum terintegrasi antar lembaga. Misalnya, soal sarat administrasi, seperti penggandaan dokumen. Dirumah sakit A masyarakat penggadaan ada 2 lembar. Sedangkan Rumah Sakit B minta 3 lembar. Di Rumah Sakit lainnya, penggadaan bisa sampai 5 lembar. "Kondisi ini tentu membingungkan masyarakat."

Alumnus manajemen dan kebijakan public UGM tersebut juga menyoroti terputusnya informasi. Banyak warga yang mengadukan bahwa PBJS nya tidak bisa digunakan lantaran kelas yang mereka bayarkan berebeda.

Meski masih banyak laporan terkait permasalahan BPJS, Vice mengungkapkan bahwa selama dua tahun ini pengaduan jauh menurun**. (wan/elo/c10/ang)**