

**IMPLEMENTASI PROGRAM *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE* DI
KOTA PEKANBARU BERDASARKAN PERATURAN DAERAH
PROVINSI RIAU NOMOR 7 TAHUN 2011 TENTANG
PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN
(*IMPLEMENTATION OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE PROGRAM
IN PEKANBARU CITY BASED ON RIAU PROVINCIAL REGULATION NO.
7 OF 2011 ON THE IMPLEMENTATION OF HEALTH INSURANCE*)**

Mesra Noves

Fakultas Hukum Universitas Lancang Kuning

Korespondensi Penulis : mesranovesdentist@gmail.com

Citation Structure Recommendation :

Noves, Mesra. *Implementasi Program Universal Health Coverage di Kota Pekanbaru Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Riau Nomor 7 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Jurnal Hukum Lex Generalis. Vol.2. No.10 (Oktober 2021).

ABSTRAK

Pemerintah Provinsi Riau mencanangkan program *Universal Health Coverage* (UHC) per tanggal 1 November 2012 dan telah diatur dalam Peraturan Daerah Provinsi Riau Nomor 7 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Dengan adanya program ini, masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan pelayanan di Rumah Sakit kelas 3 yang dikelola oleh BPJS Kesehatan Provinsi Riau. Sehingga diharapkan program UHC di Provinsi Riau mampu mengurangi defisit BPJS Kesehatan. Namun tentunya dalam pelaksanaan tersebut terdapat kendala yang harus diselesaikan oleh Pemerintah Provinsi Riau agar implementasinya dapat terwujud dengan baik bagi masyarakat yang kurang mampu. UHC merupakan inovasi untuk memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat yang belum di-cover oleh jaminan kesehatan manapun. Inovasi program unggulan tersebut menjadi fokus penelitian yang nantinya bisa diketahui proses maupun hasil yang diberikan sehingga bisa diterapkan di daerah lainnya. Pemberlakuan UHC merupakan salah satu upaya konkret yang dilakukan oleh Pemerintah Provinsi Riau untuk menjamin pelayanan kesehatan masyarakat yang merupakan salah satu kriteria dalam kuadran *City Resilience Index* (Indeks Ketahanan Provinsi Riau). Hadirnya UHC sendiri sejalan dengan pilar strategi ketahanan Provinsi Riau yang telah dicanangkan oleh Pemerintah Provinsi Riau untuk menekan risiko dampak dari wabah penyakit. UHC berperan pada masa *recovery* masyarakat yang terkena dampak dari wabah penyakit sehingga UHC memang memiliki kontribusi dalam membangun ketahanan Provinsi Riau namun belum banyak kontribusi yang diberikan mengingat bidang kesehatan belum menjadi fokus utama Pemprov Riau.

Kata Kunci: Hukum Kesehatan, Provinsi Riau, *Universal Health Coverage*

ABSTRACT

The Riau Provincial Government launched the Universal Health Coverage (UHC) program as of November 1, 2012, and has been regulated in Riau Provincial Regulation No. 7 of 2011 on the Implementation of Health Insurance. With this program, the community will get health services at First Level Health Facilities (FKTP) and services at 3rd class Hospitals managed by BPJS Kesehatan Riau Province. So it is expected that the UHC program in Riau Province can reduce the BPJS health deficit. But of course, in the implementation, there are obstacles that must be resolved by the Riau Provincial Government so that its implementation can be realized well for underprivileged communities. UHC is an innovation to provide health insurance for all communities that have not been covered by any health insurance. The innovation of the flagship program becomes the focus of research that can later be known the process and results provided so that it can be applied in other areas. The implementation of UHC is one of the concrete efforts made by the Riau Provincial Government to ensure public health services which is one of the criteria in the quadrant of the City Resilience Index (Riau Provincial Resilience Index). The presence of UHC itself is in line with the pillars of Riau province's resilience strategy that has been proclaimed by the Riau Provincial Government to reduce the risk of impact from disease outbreaks. UHC plays a role in the recovery of communities affected by the disease outbreak so that UHC does have a contribution in building the resilience of Riau Province but not much contribution has been made considering that the health sector has not been the main focus of the Riau Provincial Government.

Keywords: *Health Law, Riau Province, Universal Health Coverage*

A. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu hak setiap warga negara Indonesia yang keberadaannya telah diatur di dalam Pasal 28 H Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang mana dinyatakan bahwa kesehatan merupakan hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Tidak ada perbedaan atau perlakuan khusus bagi setiap warga negara untuk dapat memperoleh akses kesehatan, tidak diukur dari status sosial maupun status ekonominya, seluruhnya mendapatkan kesempatan yang sama untuk akses kesehatan. Melihat urgensi dari kebutuhan akan kesehatan inilah, maka pemerintah memiliki kewajiban untuk menyediakan akses kesehatan bagi seluruh warganya tanpa terkecuali.¹

Mengingat pentingnya akses kesehatan ini dijadikan dasar prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Meskipun telah dicanangkan bahwa kesehatan merupakan prioritas dalam RPJMN, pada kenyataannya masyarakat miskin dengan tingkat ekonomi yang rendah cenderung memiliki tingkat kesehatan yang rendah. Hal ini dikarenakan ketidakmampuan ekonominya untuk dapat membiayai pelayanan kesehatan.²

Hal tersebut membuat pemerintah perlu memberikan perhatiannya sehingga masyarakat miskin juga mendapatkan perlindungan akses kesehatan. Tidak hanya menjadi tanggung jawab bagi pemerintah pusat yang berkewajiban menyejahterakan warganya, melainkan juga menjadi kewajiban dari pemerintah daerah khususnya. Terdapat beberapa akibat dari rendahnya kesehatan masyarakat, diantaranya tentu akan berdampak pada produktivitas kerja yang menurun sehingga akan menjadi beban bagi pemerintah. Maka dari itu, pemerintah pusat dan daerah perlu bersinergi untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan khususnya bagi masyarakat menengah ke bawah sehingga tercipta produktivitas kerja yang mumpuni bagi SDM di Indonesia.³

¹ Eko Wahyu Basuki dkk., *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Kota Semarang*, Journal of Politic and Government Studies, Vol.5, No.4 (2016), p.7.

² Yohandarwati, dkk., *Sistem Perlindungan dan Jaminan Sosial (Suatu Kajian Awal)*, Penerbit Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Jakarta, 2003, p.48.

³ R. Hapsara Habib Rachmat, *Pancasila dan Pengaruhnya pada Filsafat Pemikiran Dasar, serta Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan*, Penerbit Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2016, p.17.

Selain tercantum dalam Pasal 28 H UUD NRI 1945, peraturan mengenai akses kesehatan masyarakat terkhusus jaminan kesehatan telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).⁴ Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyatakan bahwa pemerintah telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional dan mematok target kepesertaan semesta yang akan tercapai dalam jangka waktu lima tahun terhitung 2019-2024. Pemerintah mewajibkan bagi setiap warga negaranya untuk menjadi peserta dan terlindungi oleh asuransi kesehatan nasional. Program ini tentunya bertujuan meningkatkan pelayanan kesehatan dan menciptakan derajat kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat Indonesia. Program nasional ini juga perlu didukung oleh pemerintah daerah yang terus menggenjot angka kepesertaan masyarakat dalam jaminan kesehatan.⁵

Sejatinya, jaminan sosial telah diberlakukan sejak zaman kolonial Belanda. Namun, kepesertaannya hanya dibatasi PNS dan keluarganya. Pada tahun 1968, dibentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) dengan dasar hukum Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968. Pada tahun 1984 berubah menjadi Perum Husada Bhakti (PHB) hingga PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero). PT Askes (Persero) mewujudkan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) untuk seluruh masyarakat yang saat itu tidak ter-cover jaminan sosial apapun. PJKMU adalah Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang pengelolaannya diserahkan kepada PT Askes (Persero).

Guna memaksimalkan komitmen dan keseriusan pemerintah dalam memberikan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang berlandaskan Undang-Undang SJSN, PT Askes (Persero) bertransformasi menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan mulai beroperasi per 1 Januari 2014. Sebagai amanat dari Undang-Undang SJSN, BPJS dibentuk melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan terbagi menjadi dua, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

⁴ Yandrizal, *Analisis Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Pencapaian Universal Health Coverage Jaminan Kesehatan Nasional Se Provinsi Bengkulu*, Jurnal Ilmu Kesehatan, No.1, Vol.3 (2016), p.53.

⁵ Fheriyal Sri Isriawaty, *Tanggung Jawab Negara dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945*, Jurnal Ilmu Hukum Legal Opinion, Vol.2, No.3 (2017), p.10.

Program jaminan sosial yang diterapkan di Indonesia dilakukan berdasar *Funded Social Security*, dimana jaminan sosial yang didanai oleh peserta dan masih terbatas pada masyarakat pekerja di sektor formal. Beberapa sasaran yang menjadi tujuan BPJS kesehatan yaitu tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC) pada tahun 2019, jaminan kesehatan yang optimal dan berkesinambungan. Serta terciptanya kelembagaan BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya (Pedoman Umum Tata Kelola yang Baik (*Good Governance*) BPJS Kesehatan).

Pemerintah Provinsi Riau pun turut proaktif dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan bagi warganya. Bersama dengan Dinas Kesehatan Provinsi Riau dan BPJS Kesehatan Provinsi Riau, telah resmi dicanangkan program *Universal Health Coverage* (UHC) per tanggal 1 November 2012 dan telah diatur dalam Peraturan Provinsi Riau Nomor 7 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Seperti hakikat UHC pada umumnya, program ini tidak hanya diperuntukkan bagi warga miskin, melainkan seluruh warga yang tidak ter-cover oleh BPJS Kesehatan. Dengan program ini, masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan pelayanan di Rumah Sakit Kelas 3 yang dikelola oleh BPJS Kesehatan Provinsi Riau. Program UHC yang diterapkan di Provinsi Riau selain bertujuan meningkatkan taraf kesehatan warga Provinsi Riau juga menjadi sebuah bentuk partisipasi dari Provinsi Riau untuk mengurangi defisit BPJS Kesehatan. Karena dengan adanya program UHC ini, masyarakat yang belum ter-cover oleh JKN akan didaftarkan oleh Provinsi Riau dan dibiayai APBD Provinsi Riau dengan syarat-syarat tertentu. Sehingga diharapkan program UHC di Provinsi Riau mampu mengurangi defisit BPJS Kesehatan. Namun tentunya dalam pelaksanaan tersebut terdapat kendala yang harus diselesaikan oleh Pemerintah Provinsi Riau agar implementasi dari Peraturan Daerah Provinsi Riau Nomor 7 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Provinsi Riau dapat terwujud dengan baik. Adapun rumusan masalah dalam tulisan ini meliputi:

1. Bagaimana tinjauan yuridis terhadap Program *Universal Health Coverage*?
2. Bagaimana implementasi Program *Universal Health Coverage* di Kota Pekanbaru berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Riau Nomor 7 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan?

B. PEMBAHASAN

1. Tinjauan Yuridis Program *Universal Health Coverage*

Mandat penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) oleh negara-negara di seluruh dunia anggota PBB termasuk Indonesia, pada dasarnya adalah merupakan kesepakatan global. Melalui PBB, dimulai dengan kesepakatan yang dibuat bersama World Health Organisation (WHO) pada tahun 1948, kesepakatan penerapan program Millenium Development Goals (MDGs) dan dilanjutkan dengan Sustainable Development Goals (SDGs). Melalui Pasal 28 UUD NRI 1945, konstitusi mengamanatkan penyelenggaraan kesehatan seluruh masyarakat Indonesia kepada Pemerintah dan seluruh badan/jabatan pelaksana pemerintahan. Secara formal, penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional juga telah diatur di dalam Undang-Undang SJSN.⁶

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 ini, diatur tentang penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan pensiun, jaminan hari tua, dan jaminan kematian bagi seluruh penduduk melalui iuran wajib pekerja. Berdasarkan sistem Jaminan Kesehatan Semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) ini, keberadaan BPJS mempunyai posisi yang sangat strategis dan penting bagi penyelenggaraan pelayanan dan sarana yang memberi ruang bagi masyarakat untuk memperoleh akses dan layanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan yang selama ini masih menjadi barang langka dan sulit dijangkau, dengan adanya BPJS, telah menjadi sarana untuk memperoleh layanan kesehatan yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.⁷ Operasional kegiatan penyelenggaraan kesehatan melalui BPJS ini didukung oleh dana yang dialokasikan dari APBN oleh Pemerintah dalam bentuk subsidi bagi masyarakat yang tidak mampu. Sumber dana lainnya diperoleh dari iuran yang dibayarkan oleh peserta BPJS yang jumlahnya ditentukan menurut golongan dan layanan yang diberikan berdasarkan peraturan yang ditetapkan oleh Pemerintah.⁸

⁶ Rosalia Sciortino, *Menuju Kesehatan Madani*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2007, p.61.

⁷ Rachmat Hapsoro, *Prinsip Dasar Pembangunan Kesehatan*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2015, p.41.

⁸ Achmad Subianto, *Sistem Jaminan Sosial Nasional Pilar Penyangga Kemandirian Perekonomian Bangsa*, Penerbit Gibon Book, Jakarta, 2010, p.73.

Dalam negara demokrasi yang menjamin hak konstitusional warganya, masyarakat dapat menggunakan hak tersebut untuk menuntut pemerintah yang dipandang tidak mempunyai kinerja dan memberikan pelayanan yang baik kepada warganya. Melalui institusi peradilan, komunitas masyarakat yang tidak puas atas pelayanan kesehatan dan kewajiban membayar iuran BPJS menuntut hak-haknya kepada Pemerintah. Misalnya dengan mengajukan gugatan uji materi terhadap Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Jaminan Kesehatan Nasional.⁹

Melalui Putusan Nomor 7P/HUM/2020, Mahkamah Agung (MA) telah membatalkan kenaikan tarif iuran setelah mengabulkan uji materi atas Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Dengan adanya Putusan MA tersebut, ketentuan Pasal 34 ayat (1) dan (2) Perpres Nomor 75 Tahun 2019 bertentangan dengan sejumlah ketentuan di atasnya, antara lain UUD NRI 1945, UU SJSN dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan serta dinyatakan tidak mempunyai kekuatan hukum dan tidak berlaku lagi. Sebagai konsekuensi dari putusan itu, pembatalan kenaikan iuran BPJS Kesehatan ini seharusnya berlaku sejak tanggal diputuskan pada 27 Februari 2020 atau tidak berlaku surut.¹⁰ Dengan menghormati putusan MA yang dalam amar putusannya telah memberi pertimbangan dari aspek yuridis, sosiologis, dan filosofis dengan tujuan untuk memperbaiki kinerja, kelembagaan, manajemen, dan sistem pelayanan Jaminan Kesehatan Sosial BPJS secara holistik, dari hulu hingga ke hilir, pertimbangan adanya defisit anggaran BPJS Kesehatan, serta perlu adanya keseimbangan dan keadilan besaran iuran antar segmen peserta, dampak terhadap kesinambungan program dan pola pendanaan JKN, konstruksi ekosistem jaminan kesehatan yang sehat, termasuk peran Pemerintah (pusat dan daerah), Pemerintah menerbitkan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 yang didalamnya juga mengatur mengenai besaran baru iuran peserta program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang mulai berlaku sejak tahun 2020.¹¹

⁹ Notoatmodjo Soekidjo, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Penerbit Rineka Cipta, Bandung, 2008, p.25.

¹⁰ Bambang Purwoko, *Teori, Program dan Badan Penyelenggara Sistem Jaminan Sosial*, Penerbit FKMUI dan MPKP FEUI, Jakarta, 2006, p.63.

¹¹ H. Chazali Situmorang, *Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia*, Penerbit Cinta Indonesia, Depok, 2013, p.19.

Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage* (UHC)) mengemuka sejak 13 tahun terakhir, dipicu oleh berkembangnya pemahaman akan keterkaitan antara hambatan akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan esensial dan bermutu dengan pemiskinan keluarga akibat belanja pelayanan kesehatan. Para Menteri Kesehatan negara-negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) bersepakat dalam pertemuan World Health Assembly (WHA) yang diprakarsai oleh PBB pada tahun 2005, untuk mengusung UHC dalam kebijakan pembangunan nasional di negara masing-masing. Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage* atau UHC) sebenarnya bukanlah konsep baru. PBB telah memotori berbagai upaya yang mendesak negara-negara anggotanya untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi penduduknya. Berawal dari deklarasi HAM pada tahun 1948, PBB terus memimpin gerakan-gerakan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk negara-negara berkembang dan sedang membangun (*New Development Country*) anggota PBB.

Deklarasi PBB tahun 1948 tentang “Hak Asasi Manusia” (HAM), pada Pasal 25 ayat 1 menyatakan bahwa, setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan bagi dirinya dan keluarganya. Hal itu termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan, dan perawatan kesehatan, serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya. Pernyataan fundamental lain yang terkait dengan HAM yang menjamin hak-hak dasar di bidang kesehatan adalah Konvensi ILO Nomor 130 Tahun 1969 (C. 130) tentang Pelayanan Kesehatan dan Santunan Sakit.

Konvensi ini mengatur prinsip-prinsip perlindungan kesehatan, jaminan minimal kepesertaan, manfaat dasar, dan fasilitas kesehatan bagi para buruh di setiap negara anggota yang meratifikasi ketentuan ini. Dukungan kepada upaya untuk menjamin hak-hak atas kesehatan juga mengemuka di dalam Deklarasi Alma Ata Tahun 1978 tentang *Primary Health Care*. Deklarasi Alma Ata Tahun 1978 ini merupakan kesepakatan bersama antara 140 negara, sebagai tindak lanjut dari hasil Konferensi Internasional Pelayanan Kesehatan Primer yang diselenggarakan di Kota Alma Ata, Kazakhstan.

Konferensi ini diselenggarakan pada September 1978 atas kerja sama *World Health Organization* (WHO) dengan *United Nation's Children Fund* (UNICEF) pada tanggal 6-12. Rumusan pokok Deklarasi Alma Ata 1978 yang disepakati oleh negara-negara yang mengikuti Konferensi tersebut adalah pernyataan bahwa Pelayanan Kesehatan Primer (Dasar) merupakan strategi utama untuk pencapaian kesehatan bagi semua, sebagai bentuk perwujudan Hak Asasi Manusia.¹² Berdasarkan Deklarasi Alma Ata ini, negara-negara anggota PBB bersepakat bahwa untuk mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik di bidang kesehatan dengan memberi fasilitas dan jaminan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:

- a. Pendidikan kesehatan;
- b. Peningkatan penyediaan makanan dan gizi;
- c. Penyediaan air bersih dan sanitasi;
- d. Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana;
- e. Imunisasi;
- f. Pencegahan dan pemberantasan penyakit endemik;
- g. Pengobatan penyakit-penyakit umum;
- h. Penyediaan obat esensial.

Butir-butir jaminan pelayanan kesehatan dasar yang telah dirumuskan dalam Deklarasi Alma Ata tahun 1978 lalu dikuatkan lagi melalui Resolusi WHA 58.33 pada tahun 2005 tentang “*Universal Health Coverage*”. Resolusi WHA 58.33 yang mengusung tema “*Sustainable Health Financing, Universal Coverage, Social Health Insurance*”, berisi tujuh desakan kepada negara-negara anggota PBB untuk mereformasi sistem pendanaan kesehatan dengan mempertimbangkan Jaminan Semesta Kesehatan, yaitu menjamin tersedianya pelayanan kesehatan esensial sekaligus proteksi terhadap risiko finansial akibat pemanfaatan pelayanan kesehatan ketika sakit. *Universal Health Coverage* menurut Mundiharno dapat diartikan sebagai cakupan menyeluruh. Istilah *Universal Coverage* berasal dari WHO (*World Health Organisation*), lebih tepatnya *Universal Health Coverage*.

¹² Susy Susilawaty, *Analisis Kebijakan Publik Bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Kota Tasikmalaya*, Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang, 2007, p.52.

Mundiharno menjelaskan lebih jauh lagi mengenai tiga dimensi cakupan *Universal Health Coverage*, yakni¹³:

a. Dimensi Cakupan Kepesertaan

Dari dimensi ini, *Universal Health Coverage* dapat diartikan sebagai “kepesertaan menyeluruh” dalam arti semua penduduk dicakup menjadi peserta jaminan kesehatan. Dengan menjadi peserta jaminan kesehatan, diharapkan mereka memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Namun, tidak semua penduduk yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan dapat serta merta mengakses pelayanan kesehatan. Jika di daerah tempat penduduk tinggal tidak ada fasilitas kesehatan, penduduk akan tetap sulit menjangkau pelayanan kesehatan.

b. Akses yang Merata

Universal Health Coverage adalah akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan.

c. Pembiayaan yang Ringan

Universal Health Coverage juga berarti bahwa proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (*Out of Pocket Payment*) semakin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan peserta (*Financial Catastrophic*) yang menyebabkan peserta menjadi miskin.

Kualitas Program pelayanan kesehatan gratis (*Universal Health Coverage*) tersebut dilihat atau diamati dari proses pemberian pelayanan, maka harus memperhatikan enam indikator (Pelayanan Publik) yang merupakan sub indikator yang ada. Sebagaimana yang dikemukakan oleh teori L. Poltak Sinambale, Pelayanan Publik pada dasarnya adalah media untuk mencapai kepuasan itu yang menuntut kualitas pelayanan prima yang tercermin dari Transparansi, Akuntabilitas, Kondisional, Partisipatif, Kesamaan Hak dan Keseimbangan.¹⁴

¹³ Mundiharno, *Peta Jalan Menuju Universal Health Coverage Jaminan Kesehatan*, Jurnal Legislasi Indonesia, Vol.9, No.2 (Juli 2012), p.209.

¹⁴ Poltak Lijar Sinambela, *Reformasi Pelayanan Publik*, Penerbit PT Bumi Aksara, Jakarta, 2006, p.6.

Dari uraian-uraian tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa semua masyarakat berhak mendapatkan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan yang dibutuhkan tanpa ada kesulitan dan masyarakat tidak harus memikirkan bagaimana cara membayarnya. Hal ini sesuai dengan kerangka konsep yang disebutkan oleh World Health Organization, bahwa “*The WHO’s conceptual framework suggests three broad dimensions of UHC: population coverage, service coverage, and financial coverage*”.¹⁵ World Health Organization (WHO) menambahkan bahwa tiga dimensi dalam pencapaian *Universal Health Coverage* yang digambarkan melalui kubus/gambar. Ketiga dimensi *Universal Health Coverage* dapat diterjemahkan sebagai berikut yaitu¹⁶:

- a. Seberapa besar persentase penduduk yang dijamin. Maksudnya yaitu jumlah penduduk yang dijamin.
- b. Seberapa lengkap pelayanan yang dijamin. Maksudnya, layanan kesehatan yang dijamin apakah hanya layanan di rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan.
- c. Seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk. Maksudnya, semakin banyak dana yang disediakan, maka semakin banyak pula penduduk yang terlayani, sehingga semakin komprehensif paket pelayanannya serta semakin kecil proporsi biaya yang harus ditanggung oleh penduduk.

Indonesia dapat berupaya untuk mencapai *Universal Health Coverage* dalam tiga dimensi UHC menurut *World Health Organization* (WHO) secara bertahap. Kuncinya bahwa prioritas pertama dalam pencapaian *Universal Health Coverage* yakni perluasan penduduk yang dijamin, yaitu agar semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Langkah selanjutnya adalah memperluas layanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis. Dan yang terakhir adalah peningkatan biaya medis yang dijamin sehingga semakin kecil jumlah biaya langsung yang ditanggung oleh penduduk.¹⁷

¹⁵ Eka Putri Asih dan Suryati, *Menuju Sistem Jaminan Sosial: Pemetakan dan Telaah Kritis Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sebelum UU No. 40 Tahun 2004/SJSN*, Buletin Penelitian Kesehatan, Vol.40, No.2 (Juni 2012), p.63.

¹⁶ Bambang Purwoko, *Teori, Program dan Badan Penyelenggara Sistem Jaminan Sosial*, Buku Ajar untuk dipergunakan di lingkungan Program Studi Magister Kesehatan FKMUI dan MPKP FEUI, Jakarta, 2006, p.49.

¹⁷ Suranto, *Kualitas Pelayanan Publik: Telaah Faktor-Faktor Determinan*, Penerbit CV. Visitama Jogjakarta, Yogyakarta, 2013, p.85.

Cepat tidaknya pencapaian *Universal Health Coverage* melalui jaminan sosial (*Social Security*) dipengaruhi oleh beberapa faktor¹⁸:

- a. Tingkat pendapatan penduduk;
- b. Struktur ekonomi negara terutama berkaitan dengan besarnya proporsi sektor formal dan informal;
- c. Distribusi penduduk negara;
- d. Kemampuan negara dalam mengelola asuransi kesehatan sosial;
- e. Tingkat solidaritas sosial di dalam masyarakat.

2. Implementasi Program *Universal Health Coverage* di Kota Pekanbaru Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Riau Nomor 7 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

Universal Health Coverage sendiri telah diberlakukan di Provinsi Riau per 1 November 2012 oleh Pemerintah melalui Dinas Kesehatan Provinsi Riau sehingga seluruh warga Provinsi Riau dapat mengakses pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yaitu di Rumah Sakit kelas 3 yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Proses penerapan Program *Universal Health Coverage* sebagai bentuk penguatan data dan fakta bagaimana sebuah inovasi program itu dilakukan secara konsisten dan berkelanjutan. Dalam Teori George C. Edward III yang mengemukakan pandangannya terkait dengan model implementasi kebijakan yaitu menunjuk pada empat variabel yang berperan penting dalam pencapaian keberhasilan implementasi, yang mana ke-empat variabel tersebut tentunya saling berhubungan. Empat variabel tersebut adalah sebagai berikut¹⁹:

- a. Komunikasi, yaitu bahwa setiap kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (*Target Group*).
- b. Sumber daya, yaitu setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai baik sumber daya manusia maupun sumber daya finansial.
- c. Disposisi, yaitu karakteristik yang menempel erat kepada implementor kebijakan/program. Karakter yang penting dimiliki oleh implementor adalah kejujuran, komitmen, dan demokratis.
- d. Struktur birokrasi, menunjuk bahwa struktur birokrasi menjadi penting dalam implementasi kebijakan.

¹⁸ Mundiharno, *Op.Cit.*, p.211

¹⁹ Chritania H.T. Watung, Rieneke L.E. Sela dan Linda Tondobala, *Tingkat Ketangguhan dan Ketahanan Kota Manado Terhadap Bencana*, Jurnal Spasial, Vol.5, No.1 (2018), p.31.

Aspek struktur birokrasi ini mencakup dua hal penting. Pertama adalah mekanisme dan struktur organisasi pelaksana sendiri. Upaya yang dilakukan oleh Pemprov Riau dalam memenuhi kebutuhan masyarakat Provinsi Riau untuk mendapatkan jaminan kesehatan melalui diselenggarakannya program UHC ini secara tidak langsung memang memiliki kontribusi dalam membangun ketahanan Provinsi Riau khususnya di bidang kesehatan dan usaha pemerintah tersebut tentu saja layak diacungi jempol. Secara keseluruhan, masyarakat yang telah mengakses layanan UHC juga mengaku puas dengan kinerja pemerintah. Namun dikarenakan bidang kesehatan sendiri memang belum menjadi prioritas utama dalam membangun ketahanan Provinsi Riau sehingga pencapaian program UHC sendiri belum memiliki kontribusi yang cukup banyak dalam membangun ketahanan Provinsi Riau.

Diperlukan pematangan lagi agar kontribusi dari program UHC dalam membangun ketahanan Provinsi Riau dapat lebih dimaksimalkan. Dalam implementasi UHC sendiri berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, pada poin komunikasi terdapat faktor yang menjadi kendala antara pelaksana program kebijakan dengan *target group* dimana ditemukan adanya *gap* yang mana belum semua masyarakat mengetahui mengenai program UHC. Adapun target dari UHC menunjukkan kecenderungan dimana masyarakat mengetahui keberadaan maupun informasi tentang UHC bukan melalui penyuluhan khusus yang ditujukan untuk membahas mengenai program UHC, melainkan dari dokter di Puskesmas atau pun Rumah Sakit yang menangani keluhan pasien.

Hal tersebut tentunya menjadi hal sangat disayangkan mengingat UHC merupakan program yang sangat bagus dan masih sangat mungkin untuk dimaksimalkan lagi fungsinya. Belum diketahuinya program UHC oleh semua masyarakat Provinsi Riau dikarenakan masih kurangnya sosialisasi dari Pemerintah Provinsi Riau. Sehingga harapan dari masyarakat yang sebelumnya belum mengetahui program UHC agar Pemerintah Provinsi Riau lebih gencar dalam melakukan sosialisasi hingga lingkup pemerintahan terkecil seperti lingkup RT dan RW ataupun melalui kegiatan ibu-ibu PKK maupun karang taruna.

Selain hambatan antara implementor dengan *Target Group*, terdapat juga hambatan komunikasi yang terjadi antar implementor program UHC yang mana terdapat perbedaan data antara pihak Dinas Kesehatan Provinsi Riau dengan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah yang ditunjuk oleh Pemprov Riau dalam pelaksanaan program UHC yaitu Rumah Sakit RSUD Arifin Ahmad. Seharusnya pemerintah melakukan *Crosscheck* data dengan pihak-pihak rumah sakit yang juga selaku implementor program UHC agar bisa didapatkan penyamaan data sehingga informasi mengenai kasus yang terjadi dapat diperoleh dengan akurat dan datanya tidak rancu. Kemudian pada poin sumber daya yang mendukung kebijakan baik dari segi sumber daya manusia serta sumber daya finansial pada implementasinya sumber daya manusia sudah terbilang cukup baik dikarenakan pihak-pihak yang terkait dengan penyelenggaraan UHC sendiri cukup responsif dan cekatan dalam menangani pasien yang ingin mendaftar maupun mengakses UHC sesuai dengan tupoksinya. Selain itu, fasilitas yang disediakan dalam mendukung terselenggaranya program UHC di Puskesmas maupun Rumah Sakit yang ditunjuk juga dirasa cukup memadai oleh para penerima bantuan iuran UHC. Namun, masih terdapat kendala pada sumber daya finansial yang mana masih ditemukan permasalahan Pemprov Riau memiliki tunggakan kepada pihak BPJS terkait dengan penyelenggaraan UHC di Provinsi Riau.

Selanjutnya dari segi disposisi yang menunjuk karakteristik penyelenggara kebijakan/eksekutor kebijakan yang mana eksekutor harus memiliki karakter yakni kejujuran, komitmen dan demokratis juga cukup baik, dibuktikan dengan eksekutor kebijakan seperti pihak Puskesmas maupun Rumah Sakit yang turut serta memberi informasi tentang program UHC kepada masyarakat yang belum mengetahui keberadaan program itu, sehingga membantu masyarakat terutama yang membutuhkan bantuan dari segi finansial dalam masalah pengobatan. Untuk hal komitmen, menurut data yang didapat baik dari hasil wawancara maupun sumber pustaka/berita yang didapat oleh penulis, bahwa Pemprov Riau memiliki komitmen yang cukup kuat dalam menyukseskan program UHC. Hal tersebut dikarenakan menurut Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Riau pada berita yang dimuat koran di RiauPos, menuturkan terdapat 93,4% penduduk Provinsi Riau yang telah di-cover oleh UHC dari target awal yang ditetapkan yakni 95%.

Hal ini juga didukung dengan adanya imbauan dari Gubernur Provinsi Riau kepada pihak BPJS Kesehatan maupun pihak Rumah Sakit untuk tetap memberikan pelayanan terbaik bagi peserta pengguna layanan UHC meskipun terdapat tunggakan tagihan BPJS Kesehatan yang belum dibayar sehingga masyarakat tetap bisa mengakses layanan UHC di berbagai Rumah Sakit yang telah ditunjuk oleh pemerintah seperti Rumah Sakit RSUD Arifin Ahmad. Ditambah lagi, Pemprov Riau hingga saat ini berupaya untuk memperluas jaringan kerja sama terkait program UHC dengan semua rumah sakit yang terdapat di Provinsi Riau. Dari segi demokratis tentunya dengan kuatnya tekad eksekutor kebijakan dalam mengupayakan tercapainya tujuan utama UHC yakni menyediakan jaminan kesehatan dan pengobatan bagi masyarakat Provinsi Riau secara gratis tentunya turut mewakili kepentingan serta kebutuhan masyarakat untuk memenuhi hak dasarnya sebagai Warga Negara dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai.

Namun, sulitnya untuk mengakses informasi mengenai data UHC memang masih menjadi kendala saat ini dikarenakan dari pihak Dinas Kesehatan Provinsi Riau sendiri tidak melakukan identifikasi data jumlah kasus yang dikelompokkan sesuai penyakit-penyakit yang telah di-cover oleh program UHC selama UHC ditetapkan. Sehingga untuk mendapatkan data tersebut harus melalui BPJS Kesehatan ataupun Rumah Sakit yang bekerjasama dengan Pemprov Riau terkait UHC. Kemudian pada poin struktur birokrasi yang mencakup dua aspek yaitu mekanisme dan struktur organisasi. Pada mekanisme mulai dari pendaftaran sampai dengan akses langsung ke tingkat pertama maupun tingkat lanjutan sebenarnya cukup mudah bagi masyarakat karena masyarakat hanya perlu datang ke kantor Dinas Kesehatan Provinsi Riau untuk mendaftarkan diri sebagai peserta UHC dengan membawa KTP, Kartu Keluarga serta akte kelahiran (bagi masyarakat yang belum memiliki KTP) serta menyerahkan salinan dari masing-masing dokumen tersebut untuk kemudian diproses datanya sebagai peserta penerima bantuan iuran UHC. Lalu selanjutnya pendaftar akan menerima kertas yang menunjukkan surat rekomendasi yang menerangkan bahwa pemegang kertas tersebut adalah benar pengguna UHC.

Namun ditemukan permasalahan yang muncul setelahnya yaitu menurut informasi yang diterima oleh masyarakat yang telah mendaftar UHC, surat rekomendasi tersebut hanya bersifat sementara. Akan dibuatkan kartu sebagai bukti bahwa masyarakat tersebut sebagai pengguna layanan UHC dengan estimasi pembuatan kartu selama dua bulan setelah mereka mendaftarkan diri di Dinas Kesehatan Pemprov Riau. Namun pada kenyataannya, kartu yang dimaksud belum juga diterima oleh masyarakat sampai waktu yang disebutkan.

C. PENUTUP

1. Kesimpulan

UHC merupakan salah satu bentuk inovasi yang dilakukan oleh Provinsi Riau bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan sebagai komitmen Pemerintah dalam memberi jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat yang belum di-cover oleh jaminan kesehatan manapun. Inovasi program unggulan tersebut menjadi fokus penelitian yang nantinya bisa diketahui proses maupun hasil yang diberikan sehingga bisa diterapkan di daerah lainnya. Pemberlakuan UHC merupakan upaya konkret yang dilakukan oleh Pemerintah Provinsi Riau untuk menjamin pelayanan kesehatan masyarakat sebagai kriteria pada kuadran *City Resilience Index* (Indeks Ketahanan Provinsi Riau) guna menciptakan Provinsi Riau yang berketahanan. Hadirnya UHC sendiri sejalan dengan pilar strategi ketahanan Provinsi Riau yang telah dicanangkan oleh Pemerintah Provinsi Riau untuk menekan risiko dampak dari wabah penyakit. UHC berperan pada masa *Recovery* masyarakat yang terkena dampak dari wabah penyakit sehingga UHC memang memiliki kontribusi dalam membangun ketahanan Provinsi Riau namun belum banyak kontribusi yang diberikan mengingat bidang kesehatan belum menjadi fokus utama Pemprov Riau.

2. Saran

Belum meratanya pengetahuan masyarakat mengenai program UHC yang diselenggarakan di Provinsi Riau, ada baiknya Dinas Kesehatan Provinsi Riau selaku eksekutor mengencangkan sosialisasi UHC melalui berbagai media ataupun mengadakan sosialisasi secara langsung ke tingkat terkecil seperti musrenbangdes untuk memberikan materi tentang UHC. Bisa juga membuka stan pada saat Event CFD untuk memberikan edukasi tentang UHC secara berkala.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Arifianto, Alex. 2004. *Reformasi Sistem Jaminan Sosial di Indonesia: Sebuah Analisis Atas Rancangan Undang-Undang Jaminan Sosial Nasional (RUU Jamsos)*. Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU, 2004
- Hapsoro, Rachmat. 2015. *Prinsip Dasar Pembangunan Kesehatan*. (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press).
- Purwoko, Bambang. 2006. *Teori, Program dan Badan Penyelenggara Sistem Jaminan Sosial*. (Jakarta: Penerbit FKMUI dan MPKP FEUI).
- Rachmat, R. Hapsara Habib. 2016. *Pancasila dan Pengaruhnya pada Filsafat Pemikiran Dasar, serta Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan*. (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press).
- Sciortino, Rosalia. 2007. *Menuju Kesehatan Madani*. (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press).
- Sinambela, Poltak Lijar. 2006. *Reformasi Pelayanan Publik*. (Jakarta: Penerbit PT Bumi Aksara).
- Situmorang, H. Chazali. 2013. *Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia*. (Depok: Penerbit Cinta Indonesia).
- Soekidjo, Notoatmodjo. 2008. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. (Bandung: Penerbit Rineka Cipta).
- Subianto, Achmad. 2010. *Sistem Jaminan Sosial Nasional Pilar Penyangga Kemandirian Perekonomian Bangsa*. (Jakarta: Penerbit Gibon Book).
- Suranto. 2013. *Kualitas Pelayanan Publik: Telaah Faktor-Faktor Determinan*. (Yogyakarta: Penerbit CV. Visitama Jogjakarta).
- Thabrany, Hasbullah. 2011. *Evolusi Jamkesmas: Menuju Cakupan Universal*. (Jakarta: Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan).
- Yohandarwati dkk.. 2003. *Sistem Perlindungan dan Jaminan Sosial (Suatu Kajian Awal)*, (Jakarta: Penerbit Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas)).

Jurnal

- Adiyanta, F.C. Susila. *Urgensi Kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) bagi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi Covid-19*. Administrative Law & Governance Journal. Vol.3. Issue 2 (June 2020).
- Asih, Eka Putri dan Suryati. *Menuju Sistem Jaminan Sosial: Pemetakan dan Telaah Kritis Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sebelum UU No. 40 Tahun 2004/SJSN*. Buletin Penelitian Kesehatan. Vol.40. No.2 (Juni 2012).
- Basuki, Eko Wahyu, dkk.. *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Kota Semarang*. Journal of Politic and Government Studies. Vol.5. No.4 (2016).
- Isriawaty, Fheriyal Sri. *Tanggung Jawab Negara dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945*. Jurnal Ilmu Hukum Legal Opinion. Vol.2. No.3 (2017).

Mesra Noves

Implementasi Program Universal Health Coverage di Kota Pekanbaru Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Riau Nomor 7 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

Mundiharno. *Peta Jalan Menuju Universal Health Coverage Jaminan Kesehatan*. Jurnal Legislasi Indonesia. Vol.9. No.2 (Juli 2012).

Yandrizal. *Analisis Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Pencapaian Universal Health Coverage Jaminan Kesehatan Nasional Se Provinsi Bengkulu*. Jurnal Ilmu Kesehatan. No.1. Vol.3 (2016).

Watung, Chritania H.T., Rieneke L.E. Sela dan Linda Tondobala. *Tingkat Ketangguhan dan Ketahanan Kota Manado Terhadap Bencana*. Jurnal Spasial. Vol.5. No.1 (2018).

Karya Ilmiah

Susilawaty, Susy. 2007. *Analisis Kebijakan Publik Bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Kota Tasikmalaya*. Tesis. (Semarang: Universitas Diponegoro).

Sumber Hukum

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256.

Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 210.

Peraturan Daerah Provinsi Riau Nomor 7 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Lembaran Daerah Provinsi Riau Tahun 2011 Nomor 7.

Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 7P/HUM/2020.