

MERKANTILISME PELAYANAN KESEHATAN

Oleh:

Wayan Artana

Mahasiswa Program S3 Ilmu Agama dan Kebudayaan

Pascasarjana Universitas Hindu Indonesia

Denpasar

wayan.artana473@gmail.com

Abstract

Health becomes a part of human resources in addition to knowledge, skills, and attitudes and behavior. Health is the basis for determining whether a person is capable of doing good activities. So, it is very natural for public health to get attention and subsidize government funding. However, as a part of primary resources and needs, health is the main prerequisite for making a profit. In addition to the size of the benefits, the way to obtain these benefits is also criticized, because it has the potential to reduce the quality of service to the participants, harming the government finance for health (BPJS Kesehatan), allowing service subjectivity to occur, so that mercantilism services cannot be avoided. For this reason, control of various parts of the health system is very necessary, especially so that fraud does not occur which aims to get more claims from BPJS Kesehatan. The participants' knowledge of their rights and obligations is the main thing in preventing the occurrence of mercantilism, because the participants are the starting point of the service.

Keywords: public health, mercantilism, BPJS Kesehatan

Abstrak

Kesehatan menjadi suatu bagian dari sumber daya manusia selain pengetahuan, ketrampilan, serta sikap dan perilaku. Kesehatan menjadi dasar menentukan mampu tidaknya seseorang untuk beraktifitas yang baik. Sehingga, sangatlah wajar bila kesehatan masyarakat mendapatkan perhatian dan subsidi pembiayaan dari pemerintah. Akan tetapi, sebagai bagian dari sumber daya dan kebutuhan yang primer, kesehatan menjadi daya tarik tersendiri untuk mendapatkan keuntungan. Selain besar kecilnya keuntungan, cara mendapatkan keuntungan tersebut juga dikritisi, karena berpotensi mengurangi kualitas pelayanan kepada peserta, merugikan keuangan pemerintah (BPJS Kesehatan), memungkinkan terjadinya subyektifisme pelayanan, sehingga merkantilisme pelayanan tidak dapat dihindarkan. Untuk itu, kontrol pada berbagai bagian dalam sistem kesehatan ini sangat diperlukan, utamanya agar tidak terjadi *fraud* yang bertujuan untuk mendapatkan klaim lebih banyak dari BPJS Kesehatan. Pengetahuan peserta tentang hak dan kewajibannya merupakan hal yang utama dalam pencegahan terjadinya merkantilisme, karena dari pesertalah tempat mulainya pelayanan tersebut.

Kata kunci: Kesehatan masyarakat, merkantilisme, BPJS Kesehatan

I. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Karena merupakan bagian dari kesejahteraan, setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat akan menimbulkan kerugian ekonomi. Ini juga berarti, setiap upaya peningkatan derajat kesehatan berarti melakukan investasi bagi pembangunan sumber daya manusia pribadi dan kolektif.

Sejalan dengan tersebut pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Pada dasarnya roh BPJS Kesehatan adalah asuransi sosial bukan bantuan sosial. Oleh karena berupa asuransi sosial maka, ada iuran yang harus dibayarkan oleh peserta, dan pemerintah hanya menanggung iuran buat masyarakat miskin. Sementara untuk masyarakat yang memiliki kemampuan, membayar iurannya sendiri. Akan tetapi, kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan belakangan ini menunjukkan adanya kecenderungan dijadikan sebagai wahana ekonomi bagi pelakunya. Kesehatan yang awalnya berbasiskan sosila, telah mengalami perubahan dan ditumpangi dengan kegiatan ekonomi. Adanya ekonomi-kesehatan menjadikan pelayanan sebagai markentilisme dalam wahana kesehatan.

Dampak dari keadaan ini dapat dilihat terjadinya defisit yang terus menghantui BPJS Kesehatan. Setiap tahun, mulai dari beroperasinya di tahun 2014 selalu mengalami defisit, yang mau tidak mau pemerintah harus merogoh koceknya lebih banyak untuk menanggulangi "kerugian" tersebut. Jumlah defisit pertahun dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

No	Tahun	Jumlah defisit
1	2014	Rp 3,3 triliun
2	2015	Rp 5,85 triliun
3	2016	Rp 9,7 triliun
4	2017	Rp 9 triliun

Sumber: <https://www.kemenkeu.go.id/apbn2018>

Kalau dikumulatikan, pemerintah dalam kurun waktu empat tahun ini, sudah mengalami defisit sebanyak 27,85 triliun. Secara sepintas "kerugian" ini tidak perlu terjadi karena peserta asuransi sudah membayar sebelum mereka mendapatkan pelayanan. Begitu juga dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan. Pemerintah dan masyarakat berpartisipasi dalam membiayai kesehatan secara bersama-sama.

Permasalahannya, mengapakah terjadi ketidakseimbangan biaya pengelolaan kesehatan sehingga menimbulkan "kerugian"? Pembayaran klaim kesehatan lebih tinggi dari biaya yang direncanakan?. Dalam pembahasan masalah ini diasumsikan para agen yang berkarya dalam pelayanan kesehatan berusaha mendapatkan keuntungan yang setinggi-tingginya dengan bermain pada proses pelayanan.

Setiap orang selama hidupnya akan menjaga kesehatan tubuhnya, sehingga mereka dapat melakukan aktifitas sehari-hari. Kesehatan yang baik memberikan kesempatan kepada mereka untuk memenuhi kesenangan, keinginan, dan memuaskan hasrat hidupnya. Begitu juga dengan fisik dan jiwa yang sehat kemungkinan menambah modal-modal dalam kehidupan menjadi lebih baik. Artinya, kesehatan merupakan kebutuhan dasar hidup manusia (kebutuhan fisiologis), yang memberikan harapan untuk meningkatkan kualitas kehidupan.

Sebagai kebutuhan dasar, kesehatan dibutuhkan oleh semua orang, yang menjadikan kesehatan tersebut barang "mahal". Ini dapat dilihat dari anggaran kesehatan pada APBN yang mengalami peningkatan dari tahun ketahun. Sumber: <https://www.kemenkeu.go.id/apbn2018>

Tahun	Besarnya anggaran (% dari APBN)	Nominal
2014	3,3	59,7 Triliun
2015	3,8	65,9 Triliun
2016	5,0	92,3 Triliun
2017	5,0	104,9 Triliun
2018	5,8	111,0 Triliun

Tabel disamping, mengindikasikan keseriusan pemerintah mensejahterakan masyarakat melalui unsur kesehatannya. Bagi masyarakat, peningkatan anggaran akan memberikan harapan untuk kesehatan dirinya, sehingga kesejahteraannya akan kesehatan terjamin. Selanjutnya, aktifitas keseharian yang digeluti akan terus berlanjut dan perekonomianpun menjadi meningkat. Tapi di sisi lain, pengeluaran dana yang tinggi membentuk image bahwa pemerintah benar-benar memperhatikan dan mensejahterakan masyarakatnya. Tindakan mengeluarkan dana menjadi fenomena dalam hubungan kekuasaan, dan di baliknya itu tersimpan numena-numena lain yang belum menampakkan dirinya. Kesehatan gratis yang didengungkan menjadi label, yang digunakan membentuk image yang baik dalam menjalankan pemerintahan, sehingga kepercayaan yang didapat semakin meningkat.

Pengeluaran dana kesehatan yang besar didasari atas kebutuhan mendasar berupa kesehatan yang harus dipenuhi. Karena, kesehatan sebagai hal mendasar agar individu dapat melakukan kegiatannya. Akan tetapi, dalam perhitungannya mengandung hal yang menguntungkan dan merugikan bagi para pihak. Pemerintah menghitung eksese-eksese negatif dan positif dari pengeluaran dana ini. Eksese negatif merupakan hal-hal yang berakibat tidak menguntungkan bagi kelanggengan kekuasaan dan eksese positifnya bagaimana pengeluaran dana ini akan meningkatkan kepercayaan masyarakat kepada pemerintah demi stabilnya kekuasaan dalam genggamannya. Penguasa menukarkan modal ekonomi yang dimiliki dengan modal budaya (kepercayaan) masyarakat, sehingga penguasa mendapatkan modal tambahan simbol sebagai penguasa yang bertanggung jawab.

Pengeluaran dana sebagai suatu tindakan dapat dipandang sebagai sesuatu yang ikut "membentuk" pemerintah. Tindakan ini merupakan suatu cara untuk menyatakan sesuatu kepada masyarakat, dan sebagai alat mempromosikan diri agar masyarakat percaya. Pemerintah sangat memerlukan kepercayaan dari masyarakat, untuk menjamin dapat dijalanannya pemerintahan dengan baik. Tindakan pengeluaran dana bisa juga menguasai masyarakat untuk mempercayai pemerintah. Di samping itu pemerintah melalui dana ini lebih

mendapatkan pengakuan dalam bidang kesehatan yang bisa dijadikan suatu alat untuk menjalankan kekuasaan dan wewenangnya, demi kelanggengan pemerintahan.

II. PEMBAHASAN

2.1 Kerjasama BPJS Kesehatan dengan FKTP dan FKTL

Pengelolaan kesehatan era Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memberikan secercah harapan bagi peningkatan kesehatan masyarakat. Seperti yang telah dijelaskan di atas, masyarakat miskin ditanggung kesehatan oleh pemerintah, sehingga tidak lagi terbebani dana untuk kesehatannya. Dengan demikian, kesejahteraan mereka akan meningkat.

BPJS Kesehatan sebagai pengelola bidang kesehatan bekerjasama dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti dokter praktek pribadi dan klinik-klinik kesehatan tingkat pratama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat lanjut (FKTL) seperti Rumah Sakit tipe D,C, B, A. Bentuk kerjasama ini, BPJS Kesehatan membayar dana setiap bulan kepada FKTP dan FKTL. Interaksi sosial di antara mereka menghasilkan suatu kerjasama untuk mewujudkan kesehatan masyarakat yang menyeluruh. Kerjasama ini akan mempercepat kesejahteraan sosial khususnya dibidang kesehatan. Akan tetapi, kerjasama ini juga dapat dipakai oleh para pihak untuk mendapatkan pendapatan yang lebih bagi pihak-pihak tertentu dengan memanfaatkan kesehatan sebagai pasar berlakunya hukum ekonomi "dengan modal sedikit" mendapatkan modal-modal yang lebih banyak.

Dana ini dibayarkan kepada FKTP tergantung dari jumlah peserta terdaftar yang ada di FKTP bersangkutan. Artinya FKTP dibayar pelayanannya oleh BPJS Kesehatan sebelum melakukan pelayanan (sistem kapitasi). Sistem ini memberikan keuntungan bagi FKTP sebagai pelayanan kesehatan tingkat primer. Pihak pemberi kerja (BPJS Kesehatan) memberikan sejumlah dana yang sudah jelas dan pasti, yaitu sebesar jumlah peserta terdaftar dikalikan dengan nominal yang ditentukan. Sistem ini menjadikan FKTP punya kepastian tentang pembayaran pelayanan yang diberikan tanpa banyak persyaratan yang diperlukan. Walaupun

begitu, FKTP dibebankan kewajiban untuk menuntaskan permasalahan kesehatan peserta secara menyeluruh. Maksudnya, tidak saja permasalahan fisik akan tetapi juga psikis, sosial, spiritual dan lainnya. Ini dimaksudkan agar jumlah peserta yang dirujuk ke FKTL tidak berlebih. Hanya kasus-kasus yang memang tidak bisa ditangani di FKTP saja yang dilanjutkan ke FKTL.

Jumlah dana yang dibayarkan ke FKTL sesuai dengan INA-CBGs (*Indonesia Case Based Group*). Perhitungan pembayaran dengan sistem ini didasari pada jumlah pasien yang dirawat inap dan rawat jalan, serta jenis penyakit dan tindakan yang dilakukan. Artinya, FKTL dibayar pelayanannya oleh BPJS Kesehatan setelah memberikan pelayanan. Pada sistem ini, BPJS Kesehatan akan membayar pelayanan yang diberikan FKTL setelah persyaratan-persyaratan tertentu dipenuhi. Pada pembayaran cara di atas yang prosesnya lebih panjang memungkinkan "permainan-permainan" dilakukan demi mendapatkan pembayaran yang lebih.

2.2 Merkantilisme Pelayanan di FKTP

Masuknya ekonomi ke ranah kesehatan, menjadikan pelayanan yang diberikan ikut terseret menuju pergumulan modal-modal dalam pasar kesehatan. Berbagai pertukaran modal yang dimiliki masing-masing pihak seperti modal ekonomi, budaya, sosial, dan modal simbolik dari yang berkepentingan akan bermain. Hukum-hukum ekonomi akan dijalankan demi penyelamatan diri para pihak. Permainan ini utamanya dilakukan dalam ranah proses pelayanan, karena ranah ini sebagai ujung tombak untuk mendapatkan klaim pembayaran dari BPJS Kesehatan.

Pada tingkat FKTP jumlah pesertanya sudah tercatat, berapa peserta yang harus dilayani oleh FKTP bersangkutan. Jumlah peserta ini diatur oleh BPJS Kesehatan mengikuti aturan batas-batas yang ditentukan, berapa FKTP tersebut boleh melayani peserta. Akan tetapi, peserta mempunyai kebebasan untuk pindah dari satu FKTP ke FKTP lain. Dalam sistem ini bila peserta merasa tidak puas akan pelayanan FKTP mereka bisa dengan mudah untuk memindahkan kepesertaannya ke FKTP lain. Kepindahan ini sepenuhnya menjadi kewenangan peserta.

Disatu sisi FKTP bisa mendapatkan

penambahan jumlah peserta dan disisi lain bisa terjadi pengurangan jumlah peserta. Ini menandakan suasana persaingan bebas antar FKTP tak bisa dihindari. Dalam sistem persaingan yang memberikan kuasa penuh kepada peserta sebagai penentu. Peserta mempunyai banyak pilihan FKTP yang masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan dihadapan peserta. Sehingga, FKTP akan berusaha melabeling dirinya dengan hal-hal yang baik serta menekan perilaku yang tidak memuaskan peserta. FKTP semaksimal mungkin memberikan pelayanan yang baik demi kepuasan peserta. Berbagai cara dilakukan dalam usahanya untuk mencegah kekecewaan peserta. FKTP yang mampu melabeling dirinya dengan berbagai hal yang mampu memuaskan peserta dipastikan akan kuat bertahan dan memenangi persaingan. Mereka akan mengemas berbagai macam pelayanan yang dimiliki dan menjadikan suatu "barang" yang siap dijual kepada peserta. Berbagai macam pelayanan yang disediakan ini, memberikan peserta mempunyai banyak pilihan yang tersedia sehingga "barang" FKTP yang terjual semakin meningkat.

Peserta yang datang ke FKTP mempunyai suatu tujuan untuk sehat. Akan tetapi, sebelum mereka mendapatkannya terlebih dahulu terjadi interaksi dengan petugas-petugas kesehatan. Interaksi yang nyaman, menyenangkan, dan memuaskan dari tenaga kesehatan, akan memberikan kepuasan emosional peserta. Kepuasan ini sebagai titik awal bagi peserta untuk mendapatkan tujuan mereka yaitu kesehatan dirinya. Jadi, peserta selain mendapatkan kesehatan dirinya, mereka juga memperoleh kepuasan emosional. Pelayanan yang menyeluruh ini, menjadikan FKTP bersangkutan telah melaksanakan *total quality management* (TQM) dengan memberikan kpuasan yang melebihi harapan peserta. Pelayanan yang terbaik memberikan keuntungan kepada FKTP berupa jumlah pesertanya akan bertambah dan diharapkan bisa menjadikan peserta sebagai agen promosi yang cukup ampuh bagi FKTP bersangkutan. Hasil jerih payah dari pelayanan yang memuaskan peserta akan dibayar oleh BPJS Kesehatan melalui jumlah kapitasi yang makin meningkat. Artinya, makin puas peserta dilayani, makin meningkatkan dana kapitasi yang diterima FKTP.

2.3 Merkantilisme Pelayanan di FKTL

FKTP memang memiliki fasilitas sarana dan prasarana tidaklah terlalu lengkap, namun jika pasien bisa ditangani di FKTP maka pasien tidak akan dirujuk, rujukan akan diberikan jika pasien secara medis tidak bisa ditangani di FKTP misalnya karena keterbatasan sarana dan prasarana sehingga pasien tidak memungkinkan untuk ditangani di FKTP, maka dokter pada FKTP tanpa diminta oleh peserta akan membuat surat rujukan agar peserta mendapatkan penanganan spesialis di faskes FKTL. Ini artinya, peserta yang tidak bisa ditangani secara tuntas di FKTP akan disarankan untuk melanjutkan pengobatan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL). Peserta dari FKTP dirujuk ke FKTL pertama, dan bila FKTL pertama juga tidak bisa secara tuntas melayani, mereka akan dirujuk ke FKTL kedua, begitu seterusnya. Secara hierarki rujukan, tidak diperbolehkan FKTP merujuk ke FKTL kedua. Akan tetapi, peserta boleh ke FKTL tanpa rujukan dari FKTP pada keadaan-keadaan tertentu (gawat-darurat).

Seperti dijelaskan di atas, bahwa peserta mempunyai kebebasan dalam memilih fasilitas kesehatan yang mereka inginkan. Implikasi dari hal tersebut, mereka juga mempunyai kebebasan dalam memilih FKTL yang dituju, FKTP atau FKTL pertama hanya menjelaskan secara rinci FKTL-FKTL yang mempunyai fasilitas yang sesuai dengan penyakit peserta. Akan tetapi, tidak semua peserta tahu dan memahami tentang penyakitnya apalagi mengetahui keadaan fasilitas yang dimiliki oleh FKTL. Keadaan ini bisa saja dijadikan suatu produksi untuk mengarahkan peserta ke salah satu FKTL tertentu karena, ada kerjasama yang saling menguntungkan FKTP-FKTL. Bisa terjadi merkantilisme pelayanan dalam proses rujukan peserta. Pelayanan kepada peserta yang memerlukan penanganan lebih lanjut, bisa dijadikan suatu komoditi untuk mendapatkan imbalan dari FKTL.

Perhitungan biaya pelayanan yang diterima FKTL, seperti yang dijelaskan di atas berdasar kepada jenis penyakit, jenis tindakan, jumlah

peserta rawat inap, serta rawat jalan. Pembayaran ini sudah merupakan satu paket (INA-CBGs). Paket ini merupakan sistem pengelompokan penyakit berdasarkan ciri klinis yang sama dan sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. Maksudnya, sebuah model pembayaran yang digunakan BPJS Kesehatan untuk mengganti klaim yang ditagihkan oleh rumah sakit. INA-CBG merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit untuk suatu kelompok diagnosis. Pengelompokan ini sebagai pola pembayaran yang bersifat prospektif. Dengan menggunakan sistem itu, maka perhitungan tarif pelayanan lebih objektif berdasarkan pada biaya sebenarnya. Melalui INA-CBG's diharapkan dapat meningkatkan mutu dan efisiensi rumah sakit.

Misalnya, seorang pasien menderita demam berdarah. Dengan demikian, sistem INA-CBG sudah "menghitung" layanan apa saja yang akan diterima pasien tersebut, berikut pengobatannya, sampai dinyatakan sembuh atau selama satu periode di rawat di rumah sakit. Sistem pembayaran ini tidak akan merugikan rumah sakit, karena sebagian besar tarifnya di atas standar. Walaupun terdapat beberapa tarif yang lebih rendah rumah sakit harus bijak menyikapi.

Adanya tarif yang lebih rendah dari rata-rata biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, berpotensi untuk dilakukannya merkantilisme pelayanan. Rumah sakit sebagai institusi sosial dan ekonomi tidak akan mau mengalami kerugian dan di sisi lain mereka juga tidak diperbolehkan menarik biaya tambahan dari peserta. Hal ini sangat memungkinkan mereka mencari jalan-jalan lain untuk mencegah kerugian, salah satunya melakukan merkantilisme pelayanan. Artinya, beberapa bagian dari pelayanan tersebut dilakukan modifikasi untuk memperkecil biaya operasional dan pada bagian lainnya diusahakan dapat dipakai meningkatkan pendapatan. Awal dari rumah sakit melayani

pasien, dimulai adanya rujukan dari FKTP. Selanjutnya dilakukan pelayanan di rumah sakit.

Bila dikaitkan dengan sistem pembayaran INA-CBGs, pelayanan rumah sakit salah satunya dihitung dari jumlah rujukan yang diterima olehnya. Satu peserta tidak selalu bisa ditangani dengan tuntas penyakitnya pada satu kali rujukan, padahal rumah sakit berkewajiban untuk memberikan pelayanan sampai penyakit peserta tuntas. Penghitungan biaya dengan menghitung jumlah rujukan dan kemungkinan peserta tidak sembuh pada satu kali penanganan, dapat dijadikan celah oleh FKTL untuk meminta peserta mencari rujukan lagi ke FKTP. Dengan cara ini, rumah sakit akan dapat tambahan rujukan yang berimplikasi kepada pendapatan yang lebih. Tidak jarang, FKTP akan dibuat bingung oleh peserta yang meminta rujukan baru untuk jenis penyakit yang sama dalam bulan yang sama pula. Padahal, masa berlakunya rujukan adalah 30 hari atau satu bulan sejak surat rujukan tersebut diterbitkan, selama kasus penyakit masih sama. Tetapi, jika kasus penyakit peserta berbeda maka harus minta surat rujukan baru dari FKTP.

Evaluasi rujukan agar terus dilakukan untuk mencegah kecurangan (*fraud*) yang terjadi. Apabila tidak dilakukan evaluasi, para FKTL akan terus menggunakan kesempatan ini untuk memperbanyak jumlah rujukan yang datang kepadanya, dengan harapan pembayaran klaim kepadanya akan makin meningkat. Karena, semakin banyak klaim yang didapat, maka semakin sering perilaku FKTL tersebut akan dilakukan. Namun, hal yang bertolak belakang terjadi pada FKTP. Makin banyak rujukan yang dikeluarkan menuju FKTL, maka FKTP bersangkutan mendapatkan penilaian yang kurang baik dari BPJS Kesehatan.

Mencegah hal tersebut perlu dilakukan perubahan sistem rujukan dari sistem rujukan konvensional menuju *online*. Cara ini merupakan salah satu solusi untuk meningkatkan kualitas pelayanan administrasi pada FKTP dan FKTL. Nilai baiknya, rujukan *online* bersifat *real time* dari FKTP ke FKRTL,

serta menggunakan digital *documentation* di mana data peserta dari FKTP langsung terkoneksi ke FKRTL sehingga memudahkan analisis data calon pasien.

Demikian pula, tarif INA-CBGs juga terus dilakukan evaluasi agar diperoleh nilai yang sesuai dengan kekinian, sehingga revisi dari tarif akan menjadi kabar baik bagi FKTL. Bilamana masih ada rumah sakit yang masih memprotes sistem tarif INA-CBGs, berarti lembaga itu, bisa jadi belum memahami sistem pembayaran. Hal ini terjadi karena, rumah sakit terbiasa dengan sistem pembayaran *pay-for-service* sebelumnya, dan sekarang harus menyesuaikan diri dengan INA-CBGs yang *cost effective*. Rumah Sakit harus lebih bijak mengelola keuangan dengan pola INA-CBGs, karena bisa jadi tarif terlihat kecil karena ada beberapa tindakan yang tidak *cost efektif* atau masih adanya tindakan yang tidak perlu dilakukan pada pasien mengambil porsi biaya yang cukup besar dari paket tersebut.

FKTP sebagai pintu awal dikeluarkannya rujukan sangat berkewajiban memberikan penjelasan kepada peserta tentang perlu tidaknya mereka dirujuk ke FKTL. Kejujuran dari FKTP untuk menyampaikan dan menjelaskan penyakit yang diderita peserta akan menambah pemahamannya bahwa penyakit ini memang masih bisa ditangani di tingkat FKTP. Akan tetapi, FKTP tidak boleh menahan peserta (tidak dirujuk) yang seharusnya dirujuk demi menghindari tingginya angka rujukan pada bulan tersebut. karena, makin tinggi rujukan yang dikeluarkan oleh FKTP bersangkutan, makin tidak baik FKTP tersebut pada penilaian dari BPJS Kesehatan.

Walaupun demikian, sering terjadi pada tingkat FKTP, peserta yang meminta rujukan untuk penanganan lebih lanjut ke FKTL. Ada berbagai macam alasan yang menyebabkan mereka ingin ke FKTL di antaranya; 1) mereka merasa membayar iuran sehingga berasumsi kemanapun mereka berobat diperbolehkan. 2). Mereka beranggapan bahwa penyakitnya serius sehingga harus ditangani oleh dokter spesialis. 3). Mereka mempunyai saudara/keluarga yang bekerja di FKTL tertentu, sehingga merasa lebih

mudah mendapatkan fasilitas pelayanan. 4). Mereka disuruh oleh dokter yang ada di FKTL.

Bagi FKTP, yang paling berat menjelaskannya adalah peserta yang meminta rujukan oleh karena mereka disuruh mencarinya oleh dokter FKTL. Padahal, penyakit yang dideritanya secara jelas masih bisa ditangani di FKTP. Susahnya, karena peserta sudah terhegemoni oleh kuasa wacananya dokter FKTL, bahwa mereka diharuskan kontrol dengan membawa rujukan dari FKTP. Secara aturan sudah jelas dikatakan bahwa FKTL berkewajiban untuk melayani peserta sampai sembuh atau sampai batas waktu tertentu. Artinya, tidaklah diperlukan rujukan lagi bila penyakitnya sama. Seandainya perlu rujukan ke bagian lain dalam rumah sakit, cukuplah rujukan antar bagian saja, tidak melibatkan FKTP lagi. Kedewasaan FKTL menjadi kunci utama untuk mencegah merkantilisme dalam pelayanan di era BPJS Kesehatan.

Selain memperbaiki sistem rujukan dan evaluasi tariff INA-CBGs biaya, peserta sebagai subyek dalam percaturan kesehatan perlu mendapatkan dan meningkatkan pengetahuannya dibidang kesehatan. Merupakan kewajiban bagi seluruh pemangku kepentingan yang berperanan pada sistem kesehatan untuk mengedukasi peserta tentang hak dan kewajibannya. Badan penyelenggara harus mempunyai team yang benar-benar mampu melakukan pengontrolan terhadap kesesuaian rujukan dengan tindakan dan pengkodean nama penyakit, serta yang lainnya. BPJS sebagai penyelenggara harus berani memberikan suatu tindakan yang dapat membuat jera. BPJS Kesehatan diharapkan menggunakan kekuasaan dan wewenangnya, karena ajegnya sistem kesehatan ini tidak saja oleh dinamisnya setiap pemangku kepentingan, keajegan sistem bisa juga terjadi kerana adanya konflik yang akan menjadikan para pemangku kepentingan menyadari posisi, hak, dan kewajibannya masing-masing. Kalau tidak ditegur, efek pertukaran akan terus terjadi, karena semakin

untung seseorang oleh tindakannya, maka tindakan tersebut akan lebih sering diulang-ulang dan bisa menjadi suatu pembenaran oleh yang bersangkutan. Dengan berjalannya sistem yang baik, akan memberikan kepuasan kepada para pihak, sehingga pembiayaan kesehatan dapat dikurangi tanpa mengurangi kualitas pelayanan, kesejahteraan FKTP dan FKTL.

III. PENUTUP

Dengan demikian, sebagai satu unsur dalam kesejahteraan, kesehatan menjadi kebutuhan yang primer. Kesehatan menjadi suatu bagian dari sumber daya manusia selain pengetahuan, ketrampilan, serta sikap dan perilaku. Kesehatan menjadi dasar menentukan mampu tidaknya seseorang untuk beraktifitas yang baik. Sehingga, sangatlah wajar bila kesehatan masyarakat mendapatkan perhatian dan subsidi pembiayaan dari pemerintah. Akan tetapi, sebagai bagian dari sumber daya dan kebutuhan yang primer, kesehatan menjadi daya tarik tersendiri untuk mendapatkan keuntungan.

Selain besar kecilnya keuntungan, cara mendapatkan keuntungan tersebut juga dikritisi, karena berpotensi mengurangi kualitas pelayanan kepada peserta, merugikan keuangan pemerintah (BPJS Kesehatan), memungkinkan terjadinya subyektifisme pelayanan, sehingga merkantilisme pelayanan tidak dapat dihindarkan. Untuk itu, kontrol pada berbagai bagian dalam sistem kesehatan ini sangat diperlukan, utamanya agar tidak terjadi *fraud* yang bertujuan untuk mendapatkan klaim lebih banyak dari BPJS Kesehatan. Pengetahuan peserta tentang hak dan kewajibannya merupakan hal yang utama dalam pencegahan terjadinya merkantilisme, karena dari pesertalah tempat mulainya pelayanan tersebut. Peserta ditingkatkan pemahamannya sehingga mereka berani menanyakan kembali kepada FKTL tentang alur rujukan yang sesuai dengan aturan yang telah disepakati.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjungroso, Fajar. 2017. Terus-terusan Defisit, BPJS Kesehatan Diprediksi Rugi Rp 10 T. tersedia di <http://www.tribunnews.com/bisnis/2017/10/04/>. Diunduh tanggal 9 september 2018.
- Bambang, Wibowo. 2014. Perubahan Tarif INA-CBGs Membuat Biaya Kesehatan Lebih Efektif. *Majalah Info BPJS Edisi VIII Tahun 2014*. Tersedia di <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>. Diunduh tanggal 11 September 2018
- Kemenkes RI, 2018. APBN 2018. Tersedia di <https://www.kemenkeu.go.id/apbn>. Diunduh tanggal 9 September 2018.
- Lubis, Akhyar Y. 2014. *Postmodernisme Teori dan Metode*. Depok: Rajagrafindo Persada.
- Martowardoyo, Agus. 2011. Pemerintah Sepakat Membentuk BPJS bukan BUMN. Tersedia di <https://nasional.kontan.co.id/news/>. Diunduh tanggal 10 September 2018.
- Muhammad, Maulana 2017. Di Balik Defisit BPJA Kesehatan. Tersedia di <https://news.detik.com/kolom/4144570/>. Diunduh tanggal 28 Agustus 2018.
- Ritzer, George. 2013. *Sosiologi Ilmu Pengetahuan berparadigma Ganda*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Rusady, Maya A. 2018. Dengan Rujukan Zaman Now, Layanan Peserta JKN-KIS Kian Praktis. Tersedia di <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/>. Diunduh tanggal 11 September 2018.
- Setiawan, SRD. 2016. Defisit BPJS Kesehatan Diprediksi Mencapai Rp.7.Triliun Tahun Ini. Tersedia di <https://ekonomi.kompas.com/read/2016/04/13/>. Diunduh tanggal 9 september 2018.
- Suda, I Ketut. 2009. *Merkantilisme Pengetahuan dan Bidang Pendidikan*. Surabaya: Penerbit Paramita.
- Wirawan, IB. 2015. *Teori-Teori Sosial dalam Tiga Paradigma*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Wilbulpolprasert, Suwit. 2014. Gambaran Umum Universal Health Coverage (UHC). Tersedia di <https://manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php>. Diunduh tanggal 9 September 2018.