

## Pemprov Pangkas Subsidi Berobat Warga Miskin

PALANGKA RAYA- Alih-alih membantu masyarakat miskin berobat ke Puskesmas atau rumah sakit, keputusan Gubernur Kalimantan Tengah (Kalteng) Sugianto Sabran malah dianggap menyengsarakan mereka yang kurang mampu.

Pasalnya, per 1 Januari 2020 lalu, Pemprov Kalteng tidak lagi menanggung biaya berobat bagi masyarakat miskin yang sudah mengantongi kartu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan melalui Program Kalteng Berkah.

“Pada 20 Januari lalu, saya berobat ke Puskesmas Menteng di Jalan Temanggung Tilung dengan membawa kartu JKN BPJS Kesehatan, tapi ketika saya mengajukan kartu tersebut ke loket langsung ditolak petugas. Mereka beralasan bahwa kartu JKN sudah tidak berlaku lagi,” ujar Ibu Ilena, salah satu warga Kota Palangka Raya, dengan nada kecewa.

Akibat kartu JKN BPJS Kesehatan itu tidak berlaku lagi, Ibu Ilena yang sudah berusia 75 tahun ini terpaksa menunda pemeriksaan kesehatannya di Puskesmas Menteng.

Menurutnya, berdasarkan keterangan dari petugas Puskesmas Menteng, kartu JKN sudah dicabut Pemprov Kalteng per 1 Januari 2020. “Kalau itu dicabut, terus saya mau berobat harus bayar. Sementara uang saya tidak ada,” katanya lirih.

Menanggapi hal itu, Pelaksana Tugas (Plt) Kepala Dinas Sosial Kalteng Budi Santoso mengatakan, jumlah masyarakat penerima Kartu Kalteng Berkah di Kalteng tahun ini memang berkurang dibandingkan tahun sebelumnya.

“Memang terjadi penurunan sangat signifikan hingga hampir separuh dari jumlah sebelumnya pada 2019,” ujarnya, kepada Tabengan, Senin (27/1).

Menurut Budi, Pemprov mempunyai program tersebut diperuntukkan bagi masyarakat miskin di Bumi Tambun Bungai yang tidak dijamin dalam program Kartu Indonesia Sehat (KIS) dari pemerintah pusat.

“Ada orang tidak mampu di Kalteng, terutama yang di pinggiran tidak tercover dengan KIS, jadi Pemerintah Daerah buat program sendiri namanya Kartu Kalteng Berkah, sehingga semua sama bisa mendapatkan pelayanan kesehatan ketika sakit, tapi memang tahun ini jumlahnya menurun dibandingkan tahun lalu,” kata Budi.

Jumlah penerima Kartu Kalteng Berkah yang ada di basis data terpadu, pada 2019 jumlahnya mencapai 70.038. Namun, tahun ini berkurang menjadi 41.483, sehingga ada yang tercoret. Pengurangan ini tidak lain karena dampak dari pelaksanaan Pilkada Kalteng tahun ini, sehingga anggaran untuk Kartu Kalteng Berkah ini juga kena imbasnya.

Pengurangan ini dilakukan dengan sistem acak, setiap daerah diberikan kuota. Sementara untuk anggaran Kartu Kalteng Berkah tersedia di Dinas Kesehatan Provinsi Kalteng. Selain itu, kenaikan iuran tahun ini yang mencapai 100 persen, juga berdampak pada pembengkakan jumlah anggaran.

Namun, masyarakat tidak mampu yang tidak terlindungi KIS maupun Kartu Kalteng Berkah, masih ada program kelas III gratis di Rumah Sakit Umum Daerah dr Doris Sylvanus Palangka Raya, asalkan pasien tersebut mau dirawat di kelas III.(yml/tho)

**Sumber Berita:**

1. Tabengan, *Pemprov Pangkas Subsidi Berobat Warga Miskin*, Rabu, 29 Januari 2020;
2. <https://www.tabengan.com/>, *Pemprov Pangkas Subsidi Berobat Warga Miskin*, Rabu, 29 Januari 2020;

**Catatan:**

- Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.
- Pasal 2 Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
- Pasal 3 Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.
- Pasal 19
  - (1) Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.
  - (2) Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
- Pasal 20
  - (1) Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.
  - (2) Anggota keluarga peserta berhak menerima manfaat jaminan kesehatan.
  - (3) Setiap peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain yang menjadi tanggungannya dengan penambahan iuran.
- Pasal 21
  - (1) Kepesertaan jaminan kesehatan tetap berlaku paling lama 6 (enam) bulan sejak seorang peserta mengalami pemutusan hubungan kerja.
  - (2) Dalam hal peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah 6 (enam) bulan belum memperoleh pekerjaan dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh Pemerintah.
  - (3) Peserta yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh Pemerintah.
- Pasal 22
  - (1) Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.
  - (2) Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya.

- Pasal 23
  - (1) Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
  - (2) Dalam keadaan darurat, pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
  - (3) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan kompensasi.
  - (4) Dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar.
- Pasal 24
  - (1) Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut.
  - (2) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima.
  - (3) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan.
- Pasal 25
 

Daftar dan harga tertinggi obat-obatan, serta bahan medis habis pakai yang dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- Pasal 27
  - (1) Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta penerima upah ditentukan berdasarkan persentase dari upah sampai batas tertentu, yang secara bertahap ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja.
  - (2) Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta yang tidak menerima upah ditentukan berdasarkan nominal yang ditinjau secara berkala.
  - (3) Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk penerima bantuan iuran ditentukan berdasarkan nominal yang ditetapkan secara berkala.
  - (4) Batas upah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditinjau secara berkala.
  - (5) Besarnya iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3), serta batas upah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

**Dasar Hukum:**

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional