



TANGGAPAN STUDI PERLINDUNGAN KESEHATAN BAGI PEREMPUAN MISKIN DI INDONESIA

vivyulaswati@bappenas.go.id

Staf Ahli Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas
Bidang Sosial dan Penanggulangan Kemiskinan

Senin, 28 September 2020

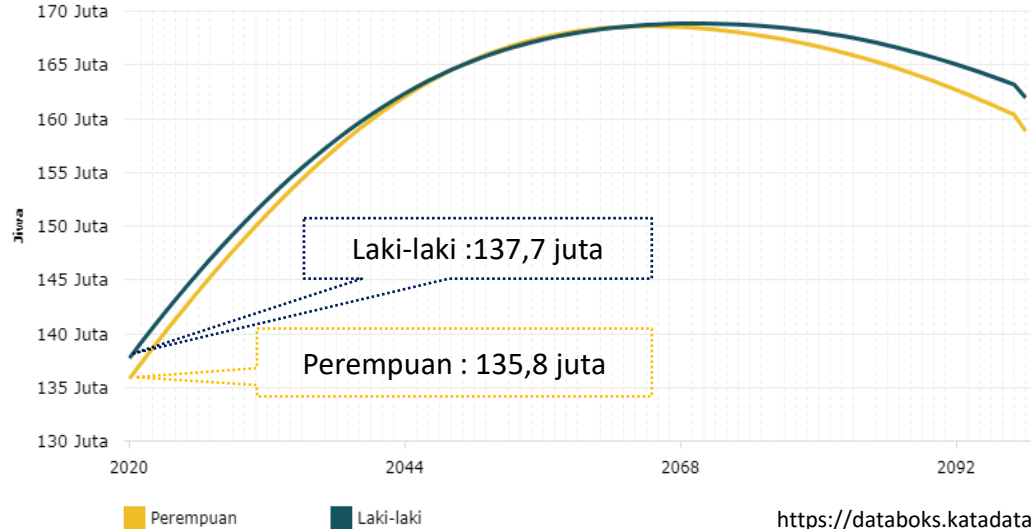


PEREMPUAN DALAM DATA

- Tahun 2020 diperkirakan jumlah populasi perempuan sebesar 135,8 juta orang, lebih rendah sedikit dibandingkan dengan laki-laki sebesar 137,7 juta orang.
- Populasi perempuan diproyeksikan meningkat lebih cepat dan jumlahnya berimbang dengan populasi laki-laki pada tahun 2047.
- Walaupun jumlahnya lebih sedikit, persentase perempuan miskin lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki sepanjang tahun 2015-2019.
- Pada tahun 2019, jumlah perempuan miskin sebesar 12,8 juta jiwa, tersebar di berbagai wilayah.

Proyeksi Jumlah Penduduk Indonesia Berdasarkan Jenis Kelamin (2020-2100)

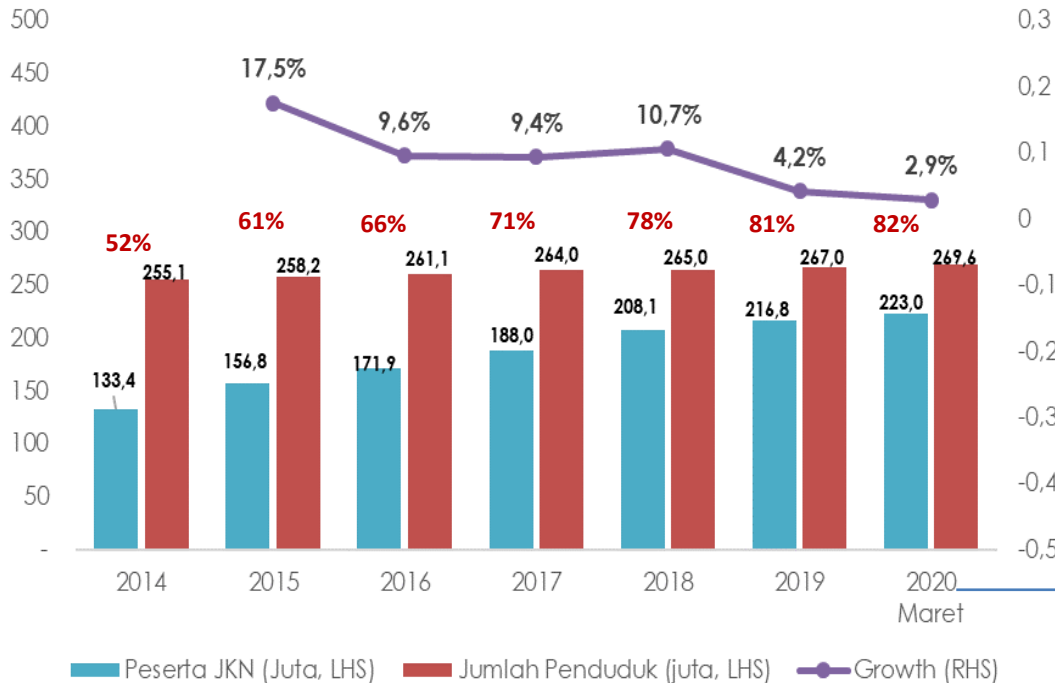
Sumber : United Nations Population Division, 2019



Jenis Kelamin	Persentase Penduduk Yang Hidup di Bawah Garis Kemiskinan Nasional, Menurut Jenis Kelamin (Persen)				
	2015	2016	2017	2018	2019
	Semester 1 (Maret)	Semester 1 (Maret)	Semester 1 (Maret)	Semester 1 (Maret)	Semester 1 (Maret)
Laki - Laki	10.91	10.59	10.39	9.59	9,18
Perempuan	11.54	11.14	10.89	10.06	2 9,63

KEPESERTAAN JKN MASIH DI BAWAH TARGET

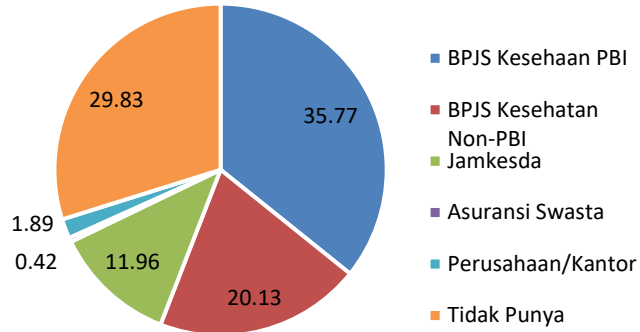
Masih dibutuhkan upaya ekstra untuk mencapai *Universal Health Coverage*



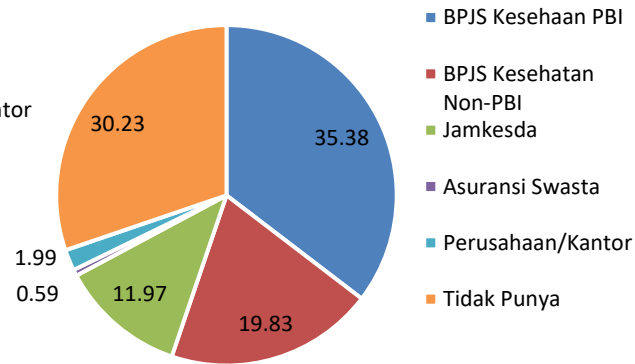
Peserta Tahun 2020		
Segmen	Juta Jiwa	%
PBI	133.5	59.9
- PBI Pusat	96.5	43.3
- PBI Pemda	37.0	16.6
PPUP	17.7	7.9
PPBU	36.4	16.3
PBPU	30.4	13.6
BP	5.0	2.2
Total	223.0	100.0

AKSES JAMINAN KESEHATAN BAGI PEREMPUAN

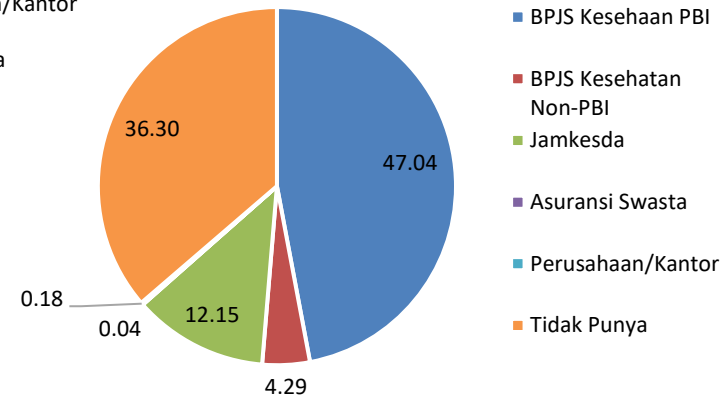
Proporsi Jaminan Kesehatan Seluruh Populasi



Proporsi Jaminan Kesehatan Populasi Perempuan



Proporsi Jaminan Kesehatan Populasi Perempuan Miskin



AKSES JAMINAN KESEHATAN

- Data Susenas 2019 menunjukkan masih sekitar 29,83% penduduk yang tidak punya jamkes satupun.
- Pada populasi perempuan masih terdapat 30,23% yang tidak mempunyai jamkes. **Sementara pada populasi perempuan miskin masih terdapat 36,30% yang tidak ada jamkes atau sekitar 4,81 juta jiwa.**

PEMANFAATAN JKN RENDAH - BUTUH PENELITIAN LEBIH DALAM

- Apresiasi kepada MAMPU dan Smeru yang telah menuntaskan studi longitudinal 6 tahun (2014-2020).
- Studi sangat berguna memberikan gambaran luar biasa terkait akses perempuan miskin terhadap layanan publik dan mengevaluasi program-program pemerintah dalam 5 tahun terakhir.
- Menjadi pijakan penelitian ke depan untuk analisis lebih dalam mengenai sebaran, akar masalah, dan faktor penyebab aksesibilitas perempuan miskin terhadap layanan publik khususnya bidang kesehatan.

Beberapa temuan penting khususnya terkait layanan kesehatan diantaranya :

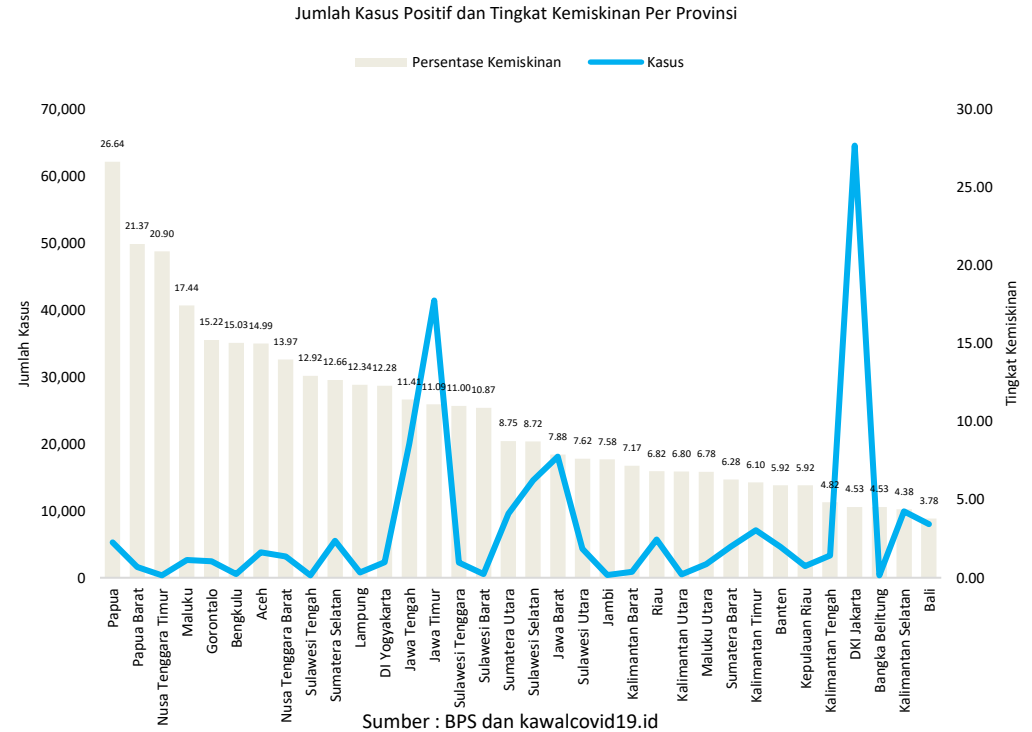
1. Adanya peningkatan kepesertaan JKN sejak tahun 2017-2019 dengan dominasi peserta JKN PBI.
2. Peningkatan kepesertaan ini karena peningkatan kuota dari APBN maupun APBD (supply side), dan aksi kolektif yang memfasilitasi keluarga miskin (demand side).
3. Adanya peningkatan status kesehatan dan gizi perempuan.
4. Sebagian besar keluarga yang tidak punya JKN mengaku tidak mengetahui prosedur dan persyaratannya.
5. Pemanfaatan rendah karena: tumbang tindih dengan program lainnya, jarak jauh untuk akses ke layanan kesehatan, jam operasional pelayanan & sarana/prasarana transportasi terbatas.

PBI	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Target RPJMN (juta jiwa)	88,2	99,6	103,4	106	107,2	107,2
Realisasi (juta jiwa)	87,8	91,1	92,4	92,1	96,5	96,8
%	99,6	91,5	89,3	86,9	90,0	91,0

Realisasi penerima PBI tidak pernah sesuai dengan target RPJMN karena ketersediaan data DTKS yang tidak *match* dg penerima Jamkesda masa lampau (30,7 juta jiwa NPJS tidak terdapat dalam DTKS, sementara 22,5 juta jiwa DTKS belum memperoleh PBI-JKN baik melalui APBN dan APBD.

BEBERAPA MASUKAN UNTUK KAJIAN

1. Kesimpulan terlalu mengeneralisir, jika akses layanan kesehatan hanya diukur dari 15 desa. Butuh sampel yang lebih banyak dan mempertimbangkan karakteristik wilayah yg berbeda.
2. Memasukkan daerah dengan kemiskinan tinggi sehingga dapat memberikan perspektif berbeda dibandingkan wilayah dengan kemiskinan rendah, juga antara Jawa-luar Jawa, dan Kawasan Barat-Timur Indonesia.
3. Jaminan Kesehatan Semesta hanya dinilai dari kepesertaannya saja, sementara dimensi JKN lebih luas, mencakup juga kualitas layanan dan perlindungan finansial untuk layanan Kesehatan, khususnya bagi penduduk perempuan miskin, yg tersebar di berbagai wilayah dengan kondisi berbeda-beda.
4. Di tengah pandemi Covid-19 konteks penelitian ini akan berbeda. Jika memungkinkan ada penelitian lanjutan, maka mempertimbangkan kondisi Covid-19 dapat menjadi pembelajaran yang menarik.





Kajian telah menunjukkan bahwa terdapat perbaikan dalam akses layanan kesehatan bagi perempuan miskin di Indonesia. Capaian ini masih memerlukan kebijakan-kebijakan yang lebih progresif agar 36,30% perempuan miskin yang belum memiliki akses layanan kesehatan dapat segera mengakses layanan.

Beberapa hal yang dapat dipertimbangkan diantaranya :

1. Penguatan pada supply side dengan fasilitasi akses JKN bagi perempuan miskin, a.l.: pengurusan KTP dan akte lahir di yankes/BPJS
2. Peningkatan layanan kesehatan dan penjangkauan layanan kesehatan bagi daerah-daerah tertinggal di KTI.
3. Sosialisasi masif dan berkelanjutan mengenai JKN dan cara mengaksesnya melalui jaringan LSM, pendamping berbagai program pembangunan, dan perangkat daerah/desa.
4. Walaupun cakupan jaminan kesehatan nasional masih jauh dari target, perbaikan kualitas layanan dan perlindungan finansial bagi masyarakat harus terus dilaksanakan secara paralel.

TERIMA KASIH