

DRAFT NO. 01
20 Maret 2019

Apa Opsi-Opsi Kebijakan JKN saat ini?

Sebuah analisis kebijakan JKN dalam Perspektif Pemerataan Pelayanan Kesehatan Berkeadilan, Bermutu dan Berkelanjutan



Apa Opsi-Opsi Kebijakan JKN saat ini?

**Sebuah analisis kebijakan JKN dalam
Perspektif Pemerataan Pelayanan Kesehatan Berkeadilan, Bermutu
dan Berkelanjutan**

Disusun oleh:

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc. PhD
dr. Tiara Marthias, MPH
Muhamad Faozi Kurniawan, SE. AKt, MPH
Tri Aktariyani, SH, MH
Relmbuss Biljers Fanda, SKM, MPH

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada

Yogyakarta, 2019

Daftar Isi

DAFTAR ISI.....	1
PENGANTAR	2
1. PERMASALAHAN DALAM KEBIJAKAN JKN.....	7
2. KRITERIA YANG TERPILIH BERDASARKAN TUJUAN UU SJSN DAN UU BPJS	8
3. OPSI-OPSI KEBIJAKAN DALAM MENYELESAIKAN MASALAH KEBIJAKAN	10
4. ANALISIS DAN EVALUASI TERHADAP SETIAP OPSI YANG DIKEMBANGKAN.	11
OPSI 1. ALTERNATIF KEBIJAKAN; UU SJSN DAN UU BPJS TIDAK DIUBAH.....	11
1.1. KESETARAAN YANG BERKEADILAN (<i>EQUITY</i>)	11
1.2. EFEKTIVITAS (<i>EFFECTIVENESS</i>)	13
1.3. RESPONSIF (<i>RESPONSIVENESS</i>)	13
1.4. KEMUNGKINAN EKONOMI DAN KEUANGAN (<i>ECONOMIC AND FINANCIAL POSSIBILITY</i>)	14
1.5. KELAYAKAN POLITIK (<i>POLITICAL VIABILITY</i>).....	16
OPSI 2. UU SJSN DAN UU BPJS DIREVISI: BPJS TETAP <i>SINGLE POOL</i>.	17
2.1. KESETARAAN YANG BERKEADILAN (<i>EQUITY</i>)	17
2.2. EFEKTIVITAS (<i>EFFECTIVENESS</i>)	21
2.3. RESPONSIF (<i>RESPONSIVENESS</i>)	21
2.4. KEMUNGKINAN EKONOMI DAN KEUANGAN (<i>ECONOMIC AND FINANCIAL POSSIBILITY</i>)	22
2.5. KELAYAKAN POLITIK (<i>POLITICAL VIABILITY</i>).....	24
OPSI 3. UU SJSN DAN UU BPJS DIREVISI: ADA LEMBAGA ASKES (<i>POOLING LAIN</i>) DI LUAR BPJS KESEHATAN.	25
3.1. KESETARAAN YANG BERKEADILAN (<i>EQUITY</i>)	25
3.2. EFEKTIVITAS (<i>EFFECTIVENESS</i>)	26
3.3. RESPONSIF (<i>RESPONSIVENESS</i>)	27
3.4. KEMUNGKINAN EKONOMI DAN KEUANGAN (<i>ECONOMIC AND FINANCIAL POSSIBILITY</i>)	27
3.5. KELAYAKAN POLITIK (<i>POLITICAL VIABILITY</i>).....	28
REFERENSI	30

Pengantar

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dibentuk dengan harapan dapat menjadi landasan penyelenggaraan jaminan sosial sesuai prinsip-prinsip penyelenggaraan jaminan sosial yang universal, dengan tetap mempertimbangkan kekhususan keadaan di Indonesia. Artinya, SJSN dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan kelayakan program dan tingkat sosial/ekonomi masyarakat (Naskah Akademik UU SJSN, 2003).

Kewajiban suatu negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi warga negaranya dimaksudkan untuk mencegah munculnya rasa dan/atau situasi yang tidak atau kurang adil dalam hal warga negara mana yang dapat menikmati sistem jaminan sosial tersebut. UU SJSN adalah alasan mendasar negara secara institusional wajib menjaga dan melindungi warga negaranya yang lemah dan kurang mampu. Negara harus mampu menjamin terwujudnya keadilan distributif dalam keberlangsungan pelaksanaan sistem jaminan sosial atau Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Bagaimana permasalahan yang ditemui di dalam penyusunan dan pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS? Permasalahan ini diidentifikasi melalui penelitian *Realist Evaluation* dan berbagai pengamatan di sistem jaminan kesehatan.

Hasil Evaluasi dengan menggunakan pendekatan Realist Evaluation

Pada tahun 2019 akan ditambah dengan 3 provinsi. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi sejauh mana program JKN telah mencapai tujuannya. Eksplorasi tersebut dengan menganalisis sasaran peta jalan JKN yang telah ditetapkan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) pada 2014-2019. Pendekatan *realist evaluation* digunakan untuk meningkatkan pemahaman tentang faktor apa saja yang mendukung implementasi program JKN, dan lebih jauh dapat mendokumentasikan bagaimana berbagai konteks di Indonesia harus diatasi melalui perubahan kebijakan JKN. Data yang berhasil dikumpulkan masih dalam 7 provinsi, yaitu Sumatera Utara, Bengkulu, DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan dan NTT. Hasil sementara pada 7 provinsi tersebut menunjukkan bahwa 8 Sasaran Peta Jalan JKN belum dapat terpenuhi pada tahun 2018, tentu dengan level pencapaian target yang bervariasi, lebih jelas diuraikan sebagai berikut:

Topik Tata Kelola

- **Sasaran 1 - BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik:** Menelaah keterbukaan akses data terkait iuran, tunggakan dan klaim pembiayaan kesehatan. Hasil observasi di 7 provinsi menunjukkan hasil yang sama bahwa akses data tidak mudah didapatkan di Kantor Cabang BPJS Kesehatan karena harus menunggu kewenangan BPJS Kesehatan Pusat.
- **Sasaran 5 - Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak:** Menganalisis regulasi JKN dengan implementasinya dalam konteks daerah. Hasil observasi menginformasikan bahwa DI Yogyakarta dan Bengkulu tidak bisa menjalankan Peraturan Gubernur tentang rujukan berjenjang semenjak adanya kebijakan rujukan online dari BPJS Kesehatan. Hal ini mengakibatkan program KIA di daerah tidak tuntas dilaksanakan dan harus dilakukan penyesuaian.
- **Sasaran 8 - BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel:** Menelaah keterbukaan akses data terkait kepesertaan *by name by address* untuk melihat proses perencanaan program kesehatan di daerah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses data tersebut juga sulit didapat. Dalam konsolidasi yang dilakukan oleh Pemda DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, data yang ditampilkan selalu dalam bentuk persentase. Akibat hal ini, pemerintah daerah menjadi kurang memahami mengenai kebutuhan biaya dan kebijakan yang perlu disiapkan, atau tidak berperan optimal dalam program JKN.

Topik Equity

- **Sasaran 2 - Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan berjumlah sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan;** Hasil observasi menginformasikan bahwa terjadi peningkatan total UHC di 7 provinsi dan target kepesertaan tercapai di tahun 2019.
- **Sasaran 3 - Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat;** Hasil analisis menunjukkan dalam konteks daerah yang memiliki sumber daya yang memadai (DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur) layanan penting seperti kardiovaskular mulai berkualitas di daerah tersebut (aspek akses yaitu *availability*). Sebaliknya, tanpa adanya konsep pemerataan/keadilan distributive yang jelas, maka daerah dengan keterbatasan dana atau sarana dan prasarana (Bengkulu, dan NTT) tidak terjadi fasilitasi pengadaan ataupun program tambahan, sehingga paket manfaat untuk layanan jantung pun belum mampu terpenuhi.
- **Sasaran 4 - Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka;** Hasil analisis menunjukkan bahwa dalam konteks daerah yang memiliki jumlah populasi banyak (DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sumatera Utara) memiliki potensi klaim fasilitas kesehatan yang besar. Sebaliknya, daerah dengan jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan tidak memadai (Bengkulu dan NTT) dengan tidak ada bantuan biaya/implementasi kebijakan kompensasi untuk akses rujukan ke daerah lain, atau pembangunan fasilitas kesehatan, menjadikan masyarakat wilayah tersebut tidak dapat mengakses fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan medisnya.

Topik Mutu Layanan

- **Sasaran 6: Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS**
- **Sasaran 7: Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS, serta; 8)**

Khusus untuk topik layanan mutu, karena sulitnya data, observasi dilakukan dengan menganalisis peraturan terkait Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen, Kendali Mutu Kendali Biaya dan *fraud*. Hasil observasi di 7 provinsi menginformasikan hal yang sama bahwa Target-target terkait mutu pelayanan kesehatan belum dapat dicapai secara setara di seluruh lokasi penelitian. Kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan yang bertujuan untuk memastikan ketersediaan layanan yang berkualitas di level primer sulit dicapai di provinsi-provinsi dengan keterbatasan sumber daya kesehatan, terutama dalam hal SDM kesehatan untuk manajemen layanan kesehatan. Temuan ini menekankan pentingnya konteks kedaerahan dalam kesuksesan program JKN ini. Proses penyusunan kebijakan di level nasional yang tidak melibatkan koordinasi lintas sektor menyebabkan rendahnya tingkat pemahaman pemerintah daerah dan terbatasnya implementasi kebijakan terkait kualitas pelayanan kesehatan, termasuk tim kendali mutu dan kendali biaya (TKMKB). Temuan terkait pengendalian kecurangan (*fraud*) dalam JKN menunjukkan perbaikan di provinsi-provinsi dengan kapasitas manajemen yang baik seperti di Yogyakarta, yang telah mampu menginisiasi penerbitan pedoman teknis terkait manajemen *fraud*. Namun, ketidakjelasan peran supervisi dan otoritas dari level nasional telah menghambat implementasi kebijakan ini di lokasi penelitian.

Kesimpulan Penelitian Kebijakan dengan pendekatan Realist Evaluation

Kebijakan JKN telah berhasil melindungi sebagian masyarakat dari masalah ekonomi akibat sakit, namun 8 Sasaran JKN yang tertera di *Road Map* belum tercapai hingga akhir tahun 2018. Setelah 5 tahun masalah pemerataan dan penjaminan mutu di 7 Provinsi studi masih terjadi dan belum

berhasil menyetarakan distribusi fasilitas pelayanan kesehatan antar daerah. Selain itu, terjadi fragmentasi sistem kesehatan akibat tata kelola BPJS Kesehatan yang sentralistik dengan sistem kesehatan yang desentralistik. Beberapa efek yang muncul adalah pemerataan kesehatan yang belumimbang antar daerah dan sistem pengendalian mutu pelayanan kesehatan belum terbangun dengan baik di level nasional dan di 7 provinsi lokasi penelitian. Perbedaan yang sangat tajam tampak antara provinsi yang maju dengan yang kurang maju dalam hal penjaminan mutu. Berbagai prinsip dalam JKN seperti kegotongroyongan, keterbukaan, dan akuntabilitas pun belum dilaksanakan secara maksimal.

Catatan:

Beberapa hal dapat menerangkan mengapa evaluasi dengan pendekatan Realist Evaluation mampu menjelaskan bagaimana Kebijakan JKN tidak memberikan hasil yang diharapkan.

Dominasi aspek politik dalam penyusunan UU SJSN dan UU BPJS

Menelaah proses penyusunan dan pengesahan UU SJSN di tahun 2004 dan UU BPJS di tahun 2011 mengisyaratkan bahwa payung hukum pelaksanaan sistem jaminan sosial tersebut mengandung berbagai kekurangan. Menurut penelitian, penyusunan kebijakan JKN di Indonesia lebih banyak dipengaruhi oleh pertimbangan politis dibanding masalah teknis. Pihak-pihak yang memiliki kepentingan politis dan ekonomis sepakat untuk mengembangkan kebijakan UHC, dimana faktor politis berada di belakang pertimbangan-pertimbangan teknis (Pisani, dkk 2017). Selain itu, perdebatan ideologis mengenai konsep pemerataan akses jaminan kesehatan (wujud keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia) dan dialog tentang beban fiskal pemerintah untuk membayar paket manfaat JKN tidak terjadi dalam proses pengesahan.

Ketidak seimbangan Supply fasilitas kesehatan

JKN diawali di tahun 2014 dengan keseimbangan supply side yang sangat buruk.

Data dari Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa selama kurun waktu 2014 -2018, penambahan fasilitas kesehatan khususnya rumah sakit di daerah sulit masih ketinggalan dengan laju pertumbuhan di pulau Jawa dan kota-kota besar. Penambahan SDM kesehatan juga masih belum merata. Terjadi kegagalan pemerataan pelayanan kesehatan yang mempengaruhi penggunaan pelayanan (akses). Dengan adanya paket manfaat yang sangat lebar termasuk obat-obat kanker yang mahal dan tindakan operatif kompleks, terjadi penggunaan yang semakin berbeda antar segmen peserta di BPJS Kesehatan.

Manajemen pendanaan yang terpusat di BPJS Kesehatan dengan ketimpangan fasilitas kesehatan menyebabkan potensi tersedotnya dana daerah luar Jawa ke Jawa. Contoh kasus: Pembayaran BPJS untuk berbagai fasilitas kesehatan di Kab. Malaka NTT mencapai 17 milyar dari total iuran 30 milyar yang diterima BPJS. Sementara itu di tahun 2018 pembayaran oleh BPJS ke fasilitas kesehatan di Provinsi DI Yogyakarta mencapai 2 trilyun dari penerimaan total sebesar 458 milyar. Dana sisa jaminan kesehatan di Kab. Malaka senilai 13 milyar tidak bisa digunakan karena seluruh *pooling* JKN terkumpul dalam satu kantung dan terpusat di rekening BPJS Kesehatan. Keadaan demikian memiliki potensi penerapan gotong-royong yang keliru dalam pelaksanaan JKN selama 5 tahun ini. Provinsi DI Yogyakarta dengan kemampuan fiskal tinggi menyerap lebih banyak manfaat JKN daripada Kabupaten Malaka yang secara kemampuan fiskal rendah dan merupakan sebuah kabupaten pemekaran di perbatasan daerah Timur Leste. Kebijakan kompensasi yang seharusnya dijalankan menjadi tidak dapat dilakukan karena keterbatasan anggaran, sehingga ketidakadilan geografis diprediksi akan semakin memburuk.

Tidak adanya sistem hubungan yang layak antara pemerintah daerah dengan BPJS

Secara historis dan *de facto*, pemerintah provinsi/kabupaten/kota mempunyai andil besar dalam jaminan kesehatan dengan tata pemerintahannya masing-masing (otonomi daerah). Fungsi pemerintah pusat dan daerah yang juga tidak terdefinisikan secara eksplisit memicu *judicial review*

UU SJSN ke meja pengadilan Mahkamah Konstitusi (MK). *Judicial review* MK pada 2005 menghasilkan putusan bahwa Pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) UU SJSN tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat karena bertentangan dengan Pasal 1 ayat (3), Pasal 18, Pasal 18A, Pasal 28D ayat (1) dan ayat (3), Pasal 28I ayat (2), dan Pasal 33 ayat (4) dan ayat (5) UUD 1945. Namun, penyelenggaraan JKN selama 5 tahun tidak memperhatikan putusan MK tersebut. Akibatnya, hubungan kelembagaan antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah daerah sampai saat ini masih menjadi kontroversi. (PKMK FKKMK UGM, 2018)

Dokumen naskah akademik UU SJSN juga menuliskan bahwa lembaga penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional (BPJS) bersifat nasional agar dapat memenuhi prinsip *“the law of large numbers”*, berada di bawah Presiden, dan secara operasional dilaksanakan oleh kantor perwakilan di daerah-daerah sesuai dengan kesiapan daerah/administrasi pemerintahan (Naskah Akademik UU SJSN, 2003). Hal ini diperkuat dengan Inpres No. 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Pelaksanaan JKN dan Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Kedua regulasi tersebut menghendaki adanya koordinasi yang baik antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah daerah.

Dalam implementasinya pembagian kantor perwakilan BPJS Kesehatan berpola korporasi. Hasil penelitian mengenai dampak kebijakan JKN selama 5 tahun ini menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan adalah lembaga keuangan yang mempunyai sifat sentralisasi atau tidak menjalankan pembagian kewenangan ke pimpinan cabang atau divisi regional sesuai asas desentralisasi. Penyelenggaraan desentralisasi mensyaratkan adanya pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah pusat dengan Pemerintahan Daerah. Esensi kebijakan desentralisasi tersebut adalah pencapaian efisiensi dalam penyelenggaraan urusan pemerintah dalam rangka mewujudkan kesejahteraan masyarakat dan demokratisasi.

Menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Kesehatan merupakan salah satu sektor yang didesentralisasikan. Namun, sejak implementasi kebijakan JKN tahun 2014 silam tidak ada penyesuaian program/kebijakan antara pemerintahan yang terdesentralisasi dengan BPJS yang tersentralisasi. Data pelayanan kesehatan dan keuangan yang ada di BPJS Kesehatan cabang belum pernah dipergunakan oleh Dinas Kesehatan atau Pemerintah Daerah. Data BPJS Kesehatan sulit untuk diakses, padahal data ini sangat berguna untuk perencanaan pembangunan kesehatan di daerah, pemantauan mutu layanan kesehatan yang dibeli, program pencegahan penyakit, koordinasi antar pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan dalam perumusan kebijakan atau program yang bermuatan lokal, dan negosiasi tarif (PKMK FKKMK UGM, 2016).

Governance yang tidak baik dalam pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS

Pada tahun 2017, tercatat ada lebih dari 80 aturan pemerintah terkait pelaksanaan JKN. Menurut hasil penelitian, UU SJSN dan UU BPJS adalah regulasi yang ditaksir tumpang tindih satu dengan lainnya, seperti ditemukan multitafsir, duplikasi, dan kekosongan hukum (Rimawati, 2017). Salah satu multitafsir UU SJSN adalah tidak menuliskan dengan jelas fungsi pemerintah dan definisi lengkap tentang yang dimaksud dengan “kebutuhan dasar layak”, serta peran pemerintah secara konotasi dalam UU SJSN ialah pemerintah pusat (Trisnantoro, 2019).

UU SJSN dan UU BPJS beserta turunannya (peraturan pelaksana) yang tumpang tindih tersebut juga mengakibatkan munculnya dua peran regulator di daerah yaitu antara Dinas Kesehatan (regulasi umum di sektor kesehatan) dengan BPJS Kesehatan (regulator penyelenggaraan JKN). Dampak dari hal tersebut beberapa program atau kebijakan yang telah dibentuk di daerah tidak dapat dijalankan apabila berbenturan dengan kebijakan JKN (Studi kasus: Kebijakan rujukan online JKN, menghentikan rujukan berjenjang di Provinsi DI Yogyakarta dan Bengkulu, PKMK FKKMK UGM, 2018).

Fragmentasi sistem JKN nyata adanya semakin mempersulit tercapainya pemerataan implementasi JKN. Hal ini jelas, karena setiap daerah di Indonesia memiliki kapasitas, sistem dan kualitas tata

kelola pemerintahan daerah yang berbeda. Isu ini pun bersama dengan ketidakmerataan *supply side*, menjadi konteks penting kesenjangan pencapaian berbagai tujuan JKN (Trisnantoro, 2019).

Fragmentasi tersebut juga membawa dampak perencanaan dan pembangunan sektor kesehatan yang telah digagas sesuai kebutuhan dan kearifan lokal daerah, menjadi tidak tuntas dilaksanakan. Kementerian Kesehatan selaku *leading sector* kesehatan tidak memiliki kapasitas untuk melakukan pengawasan terhadap 514 kabupaten/kota, demikian pula halnya dengan BPJS Kesehatan cabang, DJSN, BPK, dan OJK.

Kesulitan Pendanaan

Selain itu, ada persoalan cukup besar dalam konteks pembagian alokasi anggaran untuk Kementerian Kesehatan, Pemerintah Daerah, BKKBN, BPOM dan BPJS Kesehatan, serta berbagai kementerian terkait sektor kesehatan. UU Kesehatan menyatakan bahwa 5% merupakan persentase minimal APBN untuk anggaran kesehatan. Saat ini anggaran sektor kesehatan telah mencapai 5%. Dalam peningkatan alokasi tersebut seharusnya Kementerian Kesehatan, Pemerintah Daerah dan BPJS Kesehatan koordinasi bersama-sama melakukan perencanaan dan penganggaran kesehatan, akan tetapi fakta selama 5 tahun pelaksanaan kebijakan JKN tidak ada perencanaan dan penganggaran yang sinergis antar *stakeholders*. Data klaim INA-CBGs dari BPJS Kesehatan belum dianalisis oleh Kementerian Kesehatan karena sulitnya akses. Hasil observasi di Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Sumatera Utara, Bengkulu, Sulawesi Selatan dan NTT bahwa data BPJS Kesehatan juga belum digunakan pemerintah daerah dalam perencanaan dan penganggaran kesehatan karena tidak ada keterbukaan atas data tersebut. Akibatnya semua kesulitan pendanaan dipikulkan ke BPJS Kesehatan dengan suntikan dana dari APBN. APBD tidak melakukan apapun untuk mengatasi defisit (PKMK FKMK UGM, 2018).

Jaminan sosial nasional memiliki keterkaitan erat dengan cadangan keuangan nasional dan kestabilan ekonomi negara. Pelaksanaan JKN memang telah memberikan jaminan kesehatan kepada puluhan juta rakyat Indonesia yang sebelumnya tidak mendapatkan pelayanan dengan tidak membayar atau sedikit membayar. Kebijakan JKN yang berupa kebijakan *financing* melalui kelembagaan BPJS Kesehatan berhasil menyusun mekanisme baru dalam sistem kesehatan (Idris, 2017). Namun, keadaan ekonomi/keuangan negara luput dari perhatian dalam implementasi program jaminan JKN. Kemampuan APBN terbatas, karena pengumpulan pajak masih rendah. APBN seharusnya difokuskan dulu ke masyarakat miskin dan tidak mampu. Penambahan APBN sebaiknya untuk memperluas jaringan fasilitas kesehatan di daerah yang tidak kuat kemampuan fiskalnya. Penambahan APBN untuk BPJS Kesehatan perlu dilakukan hati-hati. Jangan sampai penambahan diberikan untuk menutup kekurangan di segmen peserta mampu yang memiliki akse lebih besar (PBPU).

Situasi BPJS Kesehatan yang masih defisit dengan peningkatan yang signifikan setiap tahunnya, adalah salah satu bukti bahwa sistem *single pool* yang diterapkan cenderung tidak adil. Subsidi yang seharusnya diberikan untuk kelompok masyarakat lemah, miskin atau tidak mampu (PBI) ternyata sebagian digunakan oleh kelompok peserta PBPU. Keadaan ini sudah terjadi sejak tahun pertama BPJS Kesehatan berjalan.

1. Permasalahan dalam Kebijakan JKN

Berdasarkan hasil Riset Evaluasi dengan menggunakan Pendekatan *realist evaluation* dan berbagai catatan, dapat dirumuskan masalah kebijakan JKN yang bersumber dari proses penyusunan dan pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS sebagai berikut ;

1. Isu pemerataan akses kesehatan; *siapa mendapat apa dalam sistem jaminan kesehatan?* Pelaksanaan selama 5 tahun ini menunjukkan bahwa dana peserta PBI telah dipergunakan untuk menutup kerugian di kelompok peserta PBPU. Masyarakat di daerah sulit seperti NTT menikmati paket manfaat yang jauh lebih sedikit dibanding DI Yogyakarta. Kebijakan kompensasi belum berjalan. Kebijakan Portabilitas antar propinsi hanya dapat dinikmati oleh peserta yang relatif mampu secara ekonomi. Keadaan ini menyimpang dari UUD 1945. Sementara itu tujuan UU SJSN dan UU BPJS menyatakan:
 - Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
 - Dana PBI di dalam UU SJSN seharusnya dipergunakan oleh masyarakat miskin dan tidak mampu.

Dalam hal ini asas keadilan sosial belum dapat terpenuhi.

2. Perbedaan antara sistem BPJS Kesehatan yang sentralisasi dan sistem pemerintahan daerah yang terdesentralisasi menyebabkan kebijakan JKN dan pengambilan keputusan tidak dilakukan berdasarkan data yang terbuka ataupun melibatkan semua pemegang kepentingan di level pusat maupun daerah. Pemerintah daerah kurang mempunyai rasa memiliki terhadap JKN. Terjadi fragmentasi dalam sistem kesehatan. Keadaan ini menyimpang dari prinsip yang seharusnya di pergunakan dan diperintahkan UU mengenai akuntabilitas dan keterbukaan
3. Defisit pendanaan JKN belum dimonitoring secara detil, terutama penyelidikan penyebab defisit berdasarkan segmen kepesertaan dan kecukupan premi dari masing-masing segmen. Utilisasi fasilitas kesehatan antar segmen peserta dan antar daerah juga masih timpang. *Adverse selection* di kelompok PBPU menyebabkan biaya tinggi, dan adalah penyebab utama defisit dalam pembiayaan JKN. Situasi selama 5 tahun ini tidak terbuka dan bertentangan dengan prinsip yang seharusnya ada (gotong-royong). Imbasnya, kesulitan untuk mencari solusi permasalahan defisit.
4. Mutu pelayanan kesehatan belum dapat dijamin dalam pelaksanaan UU BPJS. Sistem mutu baru terbangun di tahun 2019. Potensi *fraud* masih dalam situasi belum ada penindakan hukum. Keadaan ini menyimpang dari prinsip manfaat yang seharusnya dilakukan oleh BPJS.

Permasalahan ini, apabila tidak diatasi akan membahayakan tercapainya tujuan UU SJSN dan UU BPJS. Oleh karena itu diperlukan berbagai opsi kebijakan yang dapat diterapkan di masa mendatang. Opsi-opsi kebijakan mendatang perlu dianalisis untuk perbaikan kebijakan JKN.

2. Kriteria yang terpilih berdasarkan tujuan UU SJSN dan UU BPJS

Opsi-opsi yang akan dipilih akan dianalisis berdasarkan berbagai kriteria. Penetapan kriteria berdasarkan perintah UUD 1945 dan tujuan dalam UU SJSN dan UU BPJS. Pasal 34 UUD 1945 menyatakan bahwa:

- 1) Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara.
- 2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
- 3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
- 4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang

Dalam UUD tersebut tersurat bahwa Negara lebih memprioritaskan mereka yang lemah dan tidak mampu. Keadaan ini dapat dipahami bahwa Indonesia belum sampai menjadi negara kesejahteraan dengan didukung *Tax Ratio* yang tinggi dan GDP besar seperti yang ada di negara-negara Skandinavia. Negara harus memprioritaskan dana terbatas yang dimilikinya untuk masyarakat miskin dan tidak mampu. UU SJSN juga sudah menekankan mengenai hal ini dimana dana PBI harus dipakai hanya yang miskin dan tidak mampu. Oleh karena itu kriteria harus mengacu ke UUD 1945.

Disamping itu ada berbagai hal lain dalam UU SJSN yang perlu diperhatikan agar kriteria dapat ditetapkan untuk membahas Opsi-Opsi. Asas manfaat, prinsip-prinsip keterbukaan, akuntabilitas, gotong royong dan berbagai hal lainnya perlu di pertimbangkan dalam memilih kriteria.

Salah satu hal yang sulit dalam menentukan kriteria adalah terkait dengan paket manfaat yang saat ini bersifat tidak terbatas. Memang tujuan dari UU SJSN dan UU BPJS adalah *mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya*. Namun, kebutuhan dasar hidup layak yang dimaksud sampai kini belum memiliki kesepakatan indikator yang jelas dan selaras dalam tata pemerintahan. Pengertian kebutuhan dasar selalu berhubungan dengan kemiskinan dan kebutuhan pokok pelayanan-pelayanan esensial atau mendasar yang sebagian besar disediakan oleh dan untuk masyarakat seperti air bersih, sanitasi, transportasi umum, fasilitas pendidikan dan kesehatan (ICO, 1970). Tantangan dalam hal pemenuhan hak dan kebutuhan dasar ini menyangkut ketersediaan layanan dasar (*supply side*), penjangkauan oleh masyarakat miskin (*demand side*), serta kelembagaan dan efisiensi sektor publik (RPJMN, 2015-2019). Paket manfaat yang cenderung tidak terbatas akan menguntungkan peserta mampu secara ekonomi untuk akses ke fasilitas kesehatan lebih besar.

Berbagai Kriteria yang ditetapkan

Berdasarkan UUD 1945 dan berbagai UU, ditetapkan kriteria untuk menilai Opsi-Opsi Kebijakan JKN. Keberadaan kriteria di bawah ini dijadikan sebagai dasar dalam membuat keputusan (memilih alternatif kebijakan 'terbaik') memberikan aturan main yang jelas dan sebagai standar dalam menetapkan ranking alternatif terbaik (terpilih) dan dalam membuat keputusan. Daftar kriteria adalah sebagai berikut:

- **Kesetaraan yang Berkeadilan (*Equity*):** Apakah alternatif yang direkomendasikan menghasilkan lebih banyak distribusi yang adil terhadap sumber yang ada dalam masyarakat.

Apa yang dinilai?

- Dana PBI fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu
- Daerah yang kurang maju mendapat perhatian sehingga akses ke paket manfaat semakin merata (terkait supply-side)
- Kebijakan kompensasi berjalan.

- **Efektivitas (*Effectiveness*):** Apakah alternatif yang direkomendasikan memberikan hasil (akibat) yang maksimal.

Apa yang dinilai?

- Mutu pelayanan semakin baik
- Data pelayanan klinis semakin dipergunakan untuk menilai manfaat

- **Responsif (*Responsiveness*):** Seberapa jauh alternatif tersebut dapat memuaskan kebutuhan , preferensi, atau nilai kelompok-kelompok masyarakat tertentu.

Apa yang dinilai?

- Masyarakat semakin patuh membayar
- Pemerintah daerah mempunyai kendali pada mutu pelayanan kesehatan
- Masyarakat dapat didengar suaranya
- RS dan berbagai Profesi/Asosiasi dapat didengar suaranya

- **Kemungkinan ekonomi dan keuangan (*Economic and financial possibility*):** Berapa biaya yang harus dikeluarkan oleh setiap alternatif kebijakan dan apakah yang nantinya dihasilkan dapat disebut dengan kemanfaatan.

Apa yang dinilai?

- Defisit di BPJS menurun karena Masyarakat mampu membayar lebih banyak
- Pemerintah pusat dan daerah membayar ke BPJS Kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu secara adil
- Defisit BPJS Kesehatan ditanggung oleh Pemerintah Daerah dan masyarakat mampu

- **Kelayakan Politik (*Political viability*):** Mengukur apakah setiap alternative kebijakan akan memberikan dampak kekuatan secara politis bagi kelompok-kelompok tertentu.

Apa yang dinilai?

- Perubahan kebijakan tidak menimbulkan kegaduhan politik

Dalam analisis di bagian berikutnya, hal-hal yang dinilai tersebut akan diproyeksi ke depan dengan menggunakan berbagai *forecasting*. LAN menyatakan *forecasting* dalam analisis kebijakan membantu menganalisis pilihan-pilihan kebijakan, memprediksikan kebijakan. Selain itu, diperlukan prediksi apakah kebijakan yang berhasil diterapkan untuk menyelesaikan masalah tertentu dalam jangka pendek akan berhasil juga dalam jangka waktu yang lebih lama (*long-run*). *Forecasting* dapat dilakukan dalam bentuk proyeksi, prediksi, perkiraan dan pendapat ahli (*conjecture*) mengenai kondisi sosial di masa mendatang (Dunn, 2003). Proyeksi merupakan peramalan yang didasarkan pada ekstrapolasi tren saat ini atau tren di waktu lalu untuk meramalkan kondisi masa depan. Prediksi adalah bentuk peramalan dengan berdasarkan pada asumsi teori. Prediksi dapat juga digunakan dengan menggunakan modeling (misal model ekonometrik). Metode *conjecture* didasarkan *judgement* ahli/expert mengenai kondisi sosial masa depan. Misalnya dengan menggunakan teknik Delphi, *brainstorming*, atau *scenario writing*.

3. Opsi-opsi kebijakan dalam menyelesaikan masalah kebijakan

Perbaikan kebijakan JKN pada masa mendatang perlu diterapkan dengan dasar prinsip *good governance* yang saat ini cenderung belum menjadi perhatian. Keputusan untuk memilih kebijakan diharapkan dikerjakan secara transparan. Oleh karena itu Opsi-opsi Kebijakan perlu dianalisis secara transparan. Opsi-opsi kebijakan yang tersedia masa mendatang atas persoalan kebijakan JKN adalah sebagai berikut:

Opsi 1:

UU SJSN dan UU BPJS tidak diubah. UU SJSN dan UU BPJS tetap seperti ini dengan pelaksanaan yang mengalami problematika terutama dalam isu pemerataan pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan.

Opsi 2:

BPJS tetap sebagai pengelola jaminan sosial satu-satunya, akan tetapi perlu kesepakatan bersama membuat dinding pemisah yang ketat (*firewalls*) antara *pooling* PBI dengan *pooling* PPU, dan *pooling* PBPU. Tidak boleh ada dana PBI masuk ke PBPU. Masyarakat mampu/PBPU membayar penuh jika naik kelas, atau menggunakan askes komersial non BPJS Kesehatan) atau *cost-sharing* yang jelas. Adanya *firewalls* atau kompartemen ini diharapkan agar dana PBI tetap diprioritaskan untuk masyarakat miskin, rentan atau tidak mampu (wujud keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia).

Opsi 3:

Ada lembaga askes (*pooling* lain) di luar BPJS Kesehatan. Masyarakat mampu diperbolehkan tidak menjadi anggota BPJS Kesehatan. Namun diwajibkan mempunyai askes komersial. Masyarakat mampu juga boleh masuk menjadi anggota BPJS Kesehatan. Keanggotaan hanya dapat dilakukan ke kelas standar dan tidak boleh naik kelas. Tidak ada kelas 1,2, dan 3.

4. Analisis dan evaluasi terhadap setiap Opsi yang dikembangkan.

Pada bagian analisis dan evaluasi ini, untuk menilai apakah 3 opsi alternatif kebijakan yang direkomendasikan di atas dapat mencapai tujuan yang ditetapkan, adalah dengan menggunakan indikator tujuan yang ingin dicapai dalam UU SJSN dan UU BPJS sebagai landasan yuridis (legal) pelaksanaan kebijakan JKN. Tujuan adalah pernyataan formal tentang apa yang ingin dicapai dalam jangka panjang (Patton dan Sawicki, 1993).

Proyeksi atau peramalan opsi alternatif kebijakan di bawah ini dilakukan dengan menggunakan peramalan teoritik. Proses ini pada dasarnya adalah membandingkan output/hasil/dampak dari berbagai alternatif yang dikembangkan.

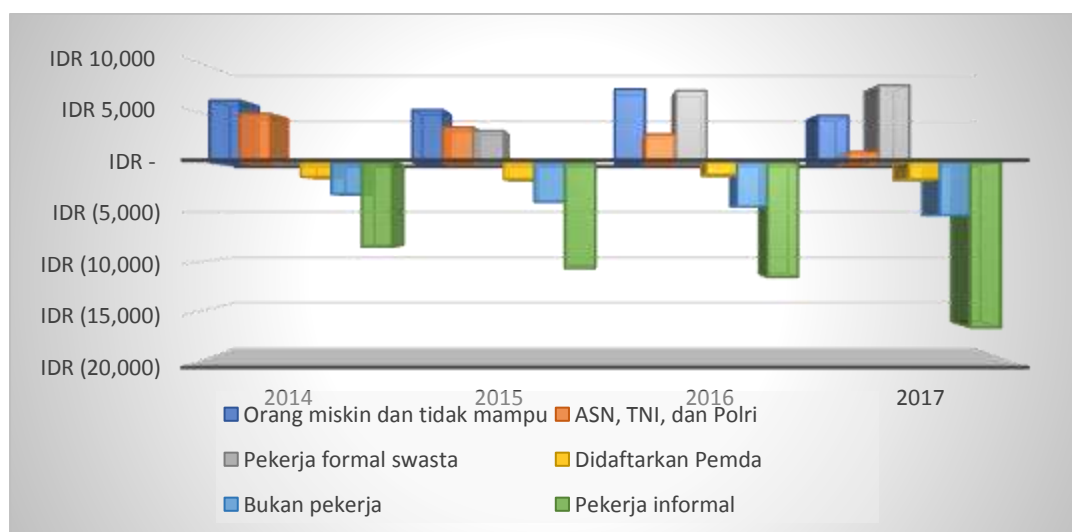
Opsi 1. Alternatif Kebijakan; UU SJSN dan UU BPJS tidak diubah.

Peramalan-peramalan:

1.1. Kesetaraan yang Berkeadilan (Equity): Apakah alternatif yang direkomendasikan menghasilkan lebih banyak distribusi yang adil terhadap sumber yang ada dalam masyarakat.

Situasi saat ini mengenai defisit:

- ☐ Selama 5 tahun ini dana PBI tidak difokuskan pada masyarakat miskin dan tidak mampu.
- ☐ Kebijakan kompensasi belum berjalan.
- ☐ Defisit pendanaan JKN belum dimonitoring secara formal, terutama penyelidikan penyebab defisit berdasarkan segmen kepesertaan dan kecukupan premi dari masing-masing segmen. Gambar 1 menunjukkan sumber defisit terbesar yang berasal dari segmen PBPU karena utilisasi fasilitas kesehatan antar segmen peserta dan antar daerah juga masih timpang. *Adverse selection* di kelompok PBPU menyebabkan biaya tinggi dan merupakan penyebab utama defisit dalam pembiayaan JKN. Situasi ini selama 5 tahun ini tidak terbuka dan bertentangan dengan prinsip yang seharusnya ada dalam pelaksanaan JKN.
- ☐ Mutu pelayanan kesehatan belum dapat dijamin dalam pelaksanaan UU BPJS. Sistem mutu baru terbangun di tahun 2019. Keadaan ini menyimpang dari prinsip manfaat yang seharusnya dilakukan oleh BPJS.



Sumber: Kementerian Keuangan, BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 1. Identifikasi Sumber Defisit Kepesertaan BPJS Kesehatan secara Nasional

Proyeksi:

- ❑ Situasi pendanaan BPJS Kesehatan akan semakin memburuk ketika masyarakat yang mampu (PBPU) menyadari manfaat pelayanan kesehatan yang bisa didapatkan jika menjadi peserta BPJS Kesehatan dengan premi yang relatif sangat rendah.
- ❑ Semakin banyak peserta mampu dengan akses mudah ke fasilitas pelayanan kesehatan yang baik, dengan paket manfaat luas dan premi rendah, diperkirakan defisit di PBPU akan semakin besar. Sementara itu, penggunaan oleh masyarakat tidak mampu (PBI) juga akan meningkat. Ada kemungkinan di masa mendatang, besaran PBI yang dibayarkan oleh pemerintah pusat dan daerah juga kurang.
- ❑ Data BPJS-Kesehatan menunjukkan bahwa di Jawa dan kota-kota besar akses ke pelayanan jantung yang canggih semakin terbuka. Akses ini banyak dimanfaatkan peserta BPJS-Kesehatan yang mampu (PBPU: Pekerja informal dan Bukan Pekerja)

Situasi saat ini mengenai utilisasi layanan kesehatan jantung (CVD) antar segmen peserta dan daerah:

- ❑ Dari analisis kepesertaan dan penggunaan layanan kardiovaskuler (CVD) BPJS-Kesehatan menggunakan data DJSN dan data sampel BPJS-K 2015-2016, tampak bahwa secara proporsi, segmen peserta PBI lebih banyak menggunakan layanan CVD di level FKTP dan lebih sedikit menggunakan di level FKTL. Sebaliknya, utilisasi layanan CVD untuk segmen peserta non-PBI lebih terkonsentrasi di level FKTL.
- ❑ Data sampel BPJS Kesehatan membuktikan bahwa di daerah-daerah seperti Bengkulu, NTT, dan Papua mempunyai akses sangat terbatas untuk pelayanan jantung di rumah sakit kelas A dan kelas B pada tahun 2015-2016. Sebagian besar pelayanan jantung di provinsi yang belum maju berada di rumah sakit kelas C dan D. Portabilitas sangat kecil dan dinikmati sebagian oleh masyarakat mampu. Akibatnya, dana PBI yang seharusnya ke daerah-daerah sulit akan semakin terserap di Pulau Jawa dan kota-kota besar. Demikian pula dengan dana PBPU yang dibayarkan peserta luar Jawa. Dana akan terserap banyak di Jawa karena masalah akses terhadap pelayanan-pelayanan yang mahal.

Proyeksi:

- ❑ Keterbatasan pendanaan akibat defisit yang terus berlangsung akan menghambat pengembangan fasilitas untuk jantung dan penyebaran tenaga medik ahli jantung dan akan terjadi aliran dana yang terbalik dari daerah yang belum maju ke daerah maju. Sifat *single-pool* ini mendorong fenomena yang tidak adil ini akan terus terjadi.
- ❑ Akibat tekanan defisit dan dampak *single pool* maka sisa dana PBI yang diperuntukkan bagi daerah yang kurang maju seperti NTT, dan Papua tidak dipakai untuk mendanai kebijakan kompensasi.
- ❑ Apabila fasilitas dan SDM kesehatan di daerah yang kurang maju tetap tidak mendapat perhatian maka akses ke paket manfaat semakin tidak merata (terkait pemerataan *supply-side*) di masa mendatang.
- ❑ Apabila ini dibiarkan maka *gap* akses antara PBI dan non-PBI untuk akses lanjutan (FKTL) juga dapat meningkat.

Akibat akhirnya: Penyimpangan dari Pasal 14 UU SJSN dan UUD 1945 akan semakin besar. Tujuan pemerataan akses kesehatan; *siapa mendapat apa dalam sistem jaminan kesehatan*, semakin tidak tertangani dalam Opsi ini. Tujuan UU SJSN dan UU BPJS yang menyatakan “*Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, tidak akan tercapai*”.

Disamping itu, ada masalah pembiaran karena kebijakan kompensasi untuk mengurangi kesenjangan ini tidak dikerjakan selama 5 tahun terakhir. Apabila hal ini dibiarkan selama 5 tahun mendatang,

maka pemerataan antar daerah semakin sulit tercapai. Kebijakan JKN akan menjauhi apa yang dari garis amanat UUD 1945 dan UU SJSN.

1.2. Efektivitas (*Effectiveness*): Apakah alternatif yang direkomendasikan memberikan hasil (akibat) yang maksimal.

Situasi saat ini:

Situasi mutu belum dikelola dengan baik. Kerangka kerja mutu baru dijalankan pada tahun 2019. Sementara itu defisit BPJS yang berkepanjangan menghasilkan suatu sistem kesehatan yang tidak mampu mengelola mutu pelayanan. Pembayaran BPJS yang sering mundur dapat mempengaruhi mutu pelayanan. Sampai tahun 2018 sistem pengendalian fraud masih berjalan lengkap. Di berbagai pengamatan sudah ada gejala bahwa *fraud* itu perlu dianggap sebagai *coping strategy* karena pembayaran claim INA-CBG yang rendah.

Proyeksi:

- ☐ Mutu pelayanan semakin sulit dikelola.
- ☐ Kecenderungan mengenai *fraud* akan semakin berat apabila tidak ada penindakan. Konsep *fraud* dengan dasar *coping strategy* akan semakin populer.

Keadaan ini akan mengarah ke sistem pelayanan kesehatan yang tidak jelas efektivitasnya. Apakah pelayanan kesehatan yang diberikan ke masyarakat dalam kebijakan JKN sudah benar atau justru memperburuk status kesehatan masyarakat. Hal ini bertentangan dengan tujuan UU SJSN memberikan pelayanan yang baik. Pasal 2 UU SJSN menyatakan bahwa sistem ini diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

1.3. Responsif (*Responsiveness*): Seberapa jauh alternatif tersebut dapat memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok masyarakat tertentu.

Responsiveness terhadap JKN perlu dilihat dari sudut pandang pemerintah daerah dan masyarakat.

Responsiveness pemerintah daerah

Saat ini pemerintah daerah belum mempunyai kepemilikan terhadap program JKN. Perbedaan antara sistem BPJS Kesehatan yang sentralisasi dan sistem pemerintahan daerah yang terdesentralisasi menyebabkan kebijakan JKN dan pengambilan keputusan tidak dilakukan berdasarkan data yang terbuka ataupun melibatkan semua pemegang kepentingan, baik di level pusat maupun daerah. Keadaan ini menyimpang dari prinsip yang seharusnya di pergunakan dan diperintahkan UU mengenai akuntabilitas dan keterbukaan.

Proyeksi:

Situasi yang terpisah ini kalau dibiarkan akan menyebabkan tidak responsifnya pemerintah daerah terhadap apa yang terjadi dalam pelaksanaan JKN. Pemerintah daerah akan terus menganggap BPJS Kesehatan sebagai sumber penerimaan fasilitas kesehatan di daerahnya. Perencanaan bersama dengan dilandasi momitoring dan evaluasi bersama menjadi semakin tidak terjadi. Akibatnya, akan ada berbagai kegiatan yang tidak responsif dengan perkembangan di BPJS Kesehatan.

Responsiveness masyarakat

Masalah yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan adalah belum mencakup seluruh masyarakat mampu, dan kolektabilitas dari kelompok PBPU. Sampai tahun 2018 masih ada sekitar 15-20% juta masyarakat Indonesia yang belum masuk sebagai anggota BPJS. Lebih lanjut, sekitar 45% dari kelompok PBPU tidak membayar secara teratur. Hal ini mempengaruhi pemasukan ke BPJS Kesehatan, termasuk defisit yang terjadi. Ada berbagai kemungkinan mengapa mereka tidak masuk

BPJS Kesehatan atau tidak membayar secara tertib. Ada kemungkinan sebagian memang seharusnya masuk ke PBI. Ada kegagalan pencatatan untuk menentukan PBI. Ada kemungkinan pula sebagian dari mereka adalah tidak senang dengan pelayanan BPJS Kesehatan, walaupun mampu.

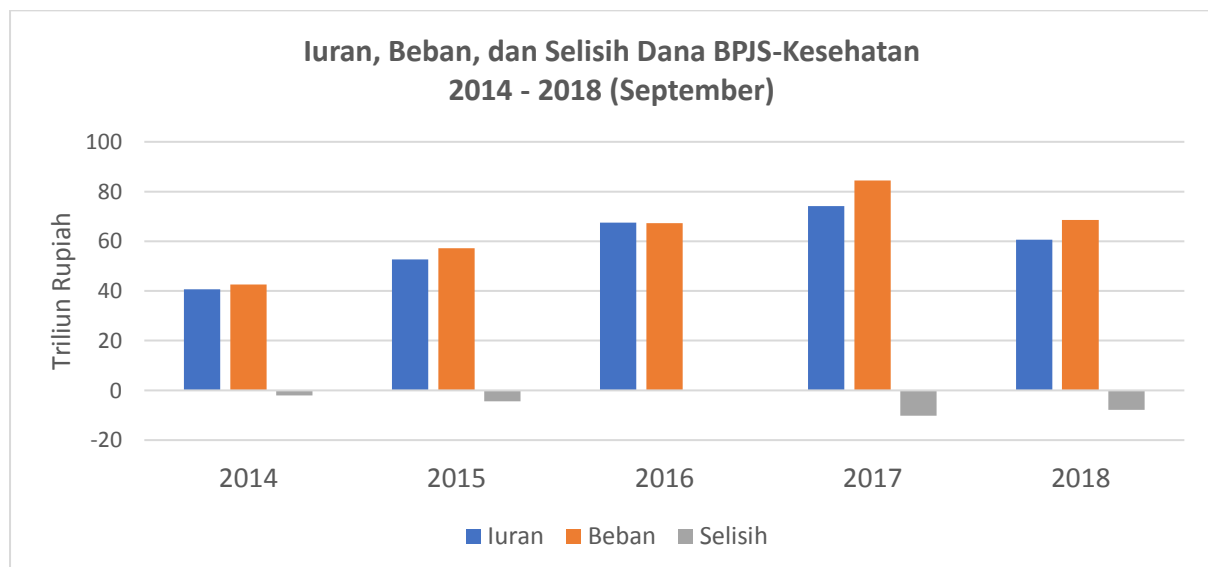
Proyeksi

Masyarakat yang mampu semakin tidak mau menjadi peserta JKN. Preferensi masyarakat ini memang tidak cocok dengan sifat BPJS Kesehatan yang harus melalui rujukan yang ketat. Masalah kolektabilitas ada kemungkinan meningkat, dengan kemungkinan terjadinya kenaikan premi BPJU.

1.4. Kemungkinan ekonomi dan keuangan (*Economic and financial possibility*):

Berapa biaya yang harus dikeluarkan oleh setiap alternatif kebijakan dan apakah yang nantinya dihasilkan dapat disebut dengan kemanfaatan.

Permasalahan yang ada saat ini adalah defisit pendanaan JKN belum dimonitoring secara detil, terutama penyelidikan penyebab defisit berdasarkan segmen kepesertaan dan kecukupan premi dari masing-masing segmen. Utilisasi fasilitas kesehatan antar segmen peserta dan antar daerah juga masih timpang. *Adverse selection* di kelompok BPJU menyebabkan biaya tinggi, dan adalah penyebab utama defisit dalam pembiayaan JKN. Situasi selama 5 tahun ini tidak terbuka dan bertentangan dengan prinsip yang seharusnya ada antara lain gotong-royong, dan mengakibatkan kesulitan untuk mencari solusi permasalahan defisit.

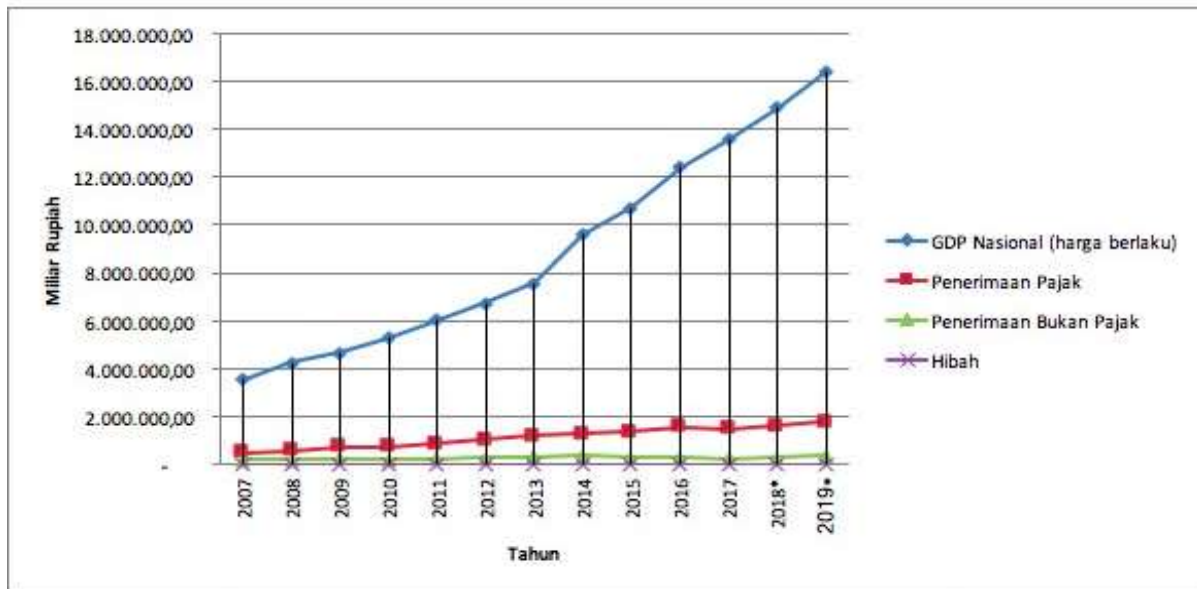


Sumber: Kementerian Keuangan , BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 2. Identifikasi Sumber Defisit Kepesertaan BPJS Kesehatan secara Nasional

Proyeksi:

- ☐ Kemampuan APBN terbatas untuk mendanai defisit yang ada. Saat ini kemampuan pengumpulan pajak masih rendah. Gambar dibawah menunjukan sejak tahun 2006, peningkatan *tax-ratio* terhadap GDP masih belum signifikan.



Sumber: BPS 2018, diolah.

Gambar 3. Perkembangan GDP dan Penerimaan Pajak.

APBN yang ditopang pajak saat ini juga menanggung beban di infrastruktur. APBN secara undang-undang seharusnya fokus pada yang miskin dan tidak mampu. Di masa depan, dengan melihat trend GDP dan pengumpulan APBN, tetap ada keterbatasan APBN untuk menjadi sumber anggaran BPJS Kesehatan. APBN masih harus dipergunakan untuk menyeimbangkan fasilitas kesehatan dan penyebaran SDM kesehatan yang belum baik. Beban APBN akan terus semakin meningkat. Dalam perspektif pemerataan dana *bail-out* APBN apabila terus dilakukan di masa mendatang justru akan dipakai untuk mendanai kekurangan kelompok yang relatif lebih mampu.

- ❑ Keengganan untuk menaikkan premi PBPU yang berasal dari masyarakat mampu tanpa ada APBN yang cukup akan menyebabkan situasi sistem kesehatan menjadi buruk. Situasi yang buruk ini akan cenderung semakin memburuk apabila: (1) pemerintah daerah tidak mau ikut menanggung defisit BPJS di wilayahnya; (2) masyarakat mampu merasa bahwa untuk pembayaran pelayanan kesehatan merupakan tanggung-jawab pemerintah atau harus murah sekali sehingga tidak mau membayar dana yang cukup.
- ❑ Tanpa menaikkan premi PBPU dan pengendalian mutu, defisit di segmen PBPU diproyeksikan akan meningkat. Sementara itu di GDP sebenarnya tersedia potensi dana yang dapat dipergunakan untuk membayar jaminan kesehatan oleh masyarakat yang mampu.
- ❑ Penyesuaian tarif PBPU jika tetap membutuhkan pertimbangan DPR akan menyebabkan kesulitan terus-menerus. Melihat trend GDP, Opsi 1 ini akan gagal memanfaatkan laju pertumbuhan ekonomi di masyarakat untuk pendanaan sektor kesehatan.

Opsi 1 mempunyai prospek yang tidak berkelanjutan dari aspek keuangan. Sistem kesehatan khususnya jaminan akan semakin tergantung ke APBN dan keputusan politik di DPR. Dana masyarakat yang potensial, ada kemungkinan tidak dapat diarahkan ke kesehatan. Masyarakat akan menggunakan dana yang ada untuk kebutuhan sekunder dan tersier. Secara makro, persentase GDP untuk kesehatan dikawatirkan akan menurun, atau stagnan di level sekitar 3.5%. Sebagai catatan, Thailand berada di sekitar 5, Malaysia sekitar 7, negara-negara Eropa Barat di atas 10%. Persentase GDP yang kecil untuk sektor kesehatan akan menyebabkan kesulitan bagi organisasi pelayanan kesehatan (FKTP dan FKTL) untuk berkembang dan juga kesulitan bagi tenaga kesehatan untuk mendapatkan pekerjaan dengan imbalan yang layak. Pada akhirnya akan menyebabkan sektor kesehatan menjadi sektor yang tidak menarik bagi profesional yang baik. Akan ada masa depan yang

suram bagi sektor kesehatan akibat tidak tersedianya dana yang sebenarnya tersedia di perputaran ekonomi Indonesia.

1.5. Kelayakan Politik (*Political viability*): Mengukur apakah setiap alternative kebijakan akan memberikan dampak kekuatan secara politis bagi kelompok-kelompok tertentu. Dana PBI fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu.

Opsi 1 ini tidak banyak merubah kebijakan. Secara politis, tidak banyak reaksi negatif apabila kebijakan diteruskan tanpa ada perubahan. Masyarakat kelas menengah dan atas yang menjadi peserta BPJS dengan membayar sangat sedikit tidak akan bereaksi banyak. Namun secara politis tenaga kesehatan dan pengelola rumah sakit dapat mengemukakan ketidaksetujuan dengan kebijakan JKN. Pada akhirnya akan menjadi masalah politis juga.

Opsi 2. UU SJSN dan UU BPJS direvisi: BPJS tetap *single pool*.

BPJS tetap sebagai pengelola jaminan sosial satu-satunya. Perubahan yang dilakukan adalah dengan penambahan fungsi kompartemen atau *firewalls* dalam kantung tabungan (*fund pooling*) dana jaminan sosial. Opsi kedua ini tidak mengubah sistem *single-payer* yang saat ini diterapkan menjadi *sistem multi-payer*. Opsi kebijakan ini berpeluang untuk memberikan ruang sumber daya keuangan yang lebih luas bagi peserta PBI serta membuka akses layanan kesehatan lebih besar secara nasional terutama untuk masyarakat miskin dan memicu pemerintah pusat dan pemerintah daerah memprioritaskan anggaran untuk kesehatan. Opsi ini mendorong penambahan dana dari masyarakat mampu (dana potensial dari GDP) ke sektor kesehatan melalui BPJS Kesehatan. Opsi ini akan berjalan dengan adanya kesepakatan bersama membuat dinding pemisah yang ketat (*firewalls*) antara *pooling* PBI dengan *pooling* PPU, dan *pooling* PBPU.

Disamping kebijakan terkait pooling, ada berbagai hal yang perlu dilakukan:

- Menaikkan premi PBPU dan memberikan batas atas manfaat untuk kelompok PBPU. Dengan adanya kompartemen maka kelompok PBPU diminta untuk membayar sesuai dengan perhitungan aktuarial, dan dilakukan pembatasan. Peserta PBPU diharapkan mempunyai asuransi tambahan yang sifatnya katastrofik. Dengan demikian BPJS akan mengelolah dana yang tergolong askes sosial (PBI dan PPU) sekaligus dana yang tergolong askes komersial (PBI kelas 1 yang standard, 2, dan 3)
- Apabila tidak mampu, diharapkan masuk menjadi kelompok PBI atau masuk ke kelas standar yang masih disediakan oleh BPJS Kesehatan.
- Perbaikan *governance*: peningkatan kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah pusat dan daerah. UU SJSN dan UU BPJS perlu direvisi untuk meningkatkan kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Kesehatan (pemerintah pusat) dan Dinas Kesehatan (daerah).
- Perbaikan mutu pelayanan dengan menambah kebijakan nasional dalam hal mutu secara detail di UU. Diharapkan peran Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan secara eksplisit dapat dirinci di UU.
- Kebijakan preventif dan promotif akan ditingkatkan.

Peramalan-peramalan:

2.1. Kesetaraan yang Berkeadilan (*Equity*): Apakah alternatif yang direkomendasikan menghasilkan lebih banyak distribusi yang adil terhadap sumber yang ada dalam masyarakat.

Situasi Saat ini

- *Pooling* dana kesehatan yang terbesar saat ini berada di BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan pengumpul dana tunggal (*single pool*), dimana dana tersebut diamankan untuk mewujudkan jaminan kesehatan seluruh penduduk Indonesia. Fakta akibat single pool selama 5 tahun ini terjadi penggunaan dana PBI oleh masyarakat mampu. Berdasarkan UU SJSN, dana tersebut diberikan kepada BPJS Kesehatan untuk mendanai masyarakat miskin, dan tidak mampu (PBI) dalam program JKN. Hal ini bertujuan supaya masyarakat miskin mendapat kesempatan akses kesehatan yang sama yang dibutuhkan.
- Hal yang belum dilakukan selama 5 tahun pelaksanaan JKN ialah sinkronisasi anggaran—anggaran yang ada di kementerian dan pemerintah daerah dengan anggaran yang masuk di BPJS Kesehatan. Sinkronisasi ini penting, karena pemerintah bertanggung jawab penuh melakukan akses, dan pengadaan sarana dan prasarana untuk pelayanan kesehatan.
- Mengapa terjadi fenomena masyarakat mampu menggunakan lebih banyak? Tabel 1 memberikan informasi bahwa utilisasi jantung banyak dimanfaatkan oleh masyarakat

mampu (PBPU). Padahal, sebaran data peserta PBI yang mengakses layanan jantung di tingkat layanan primer (puskesmas/FKTP) cukup besar. Lebih jelas, diulas sebagai berikut;

Tabel 1. Sebaran Peserta JKN yang Mengakses Layanan Kardiovaskuler BPJS Kesehatan Berdasarkan ID Peserta JKN

PROVINSI	KEPERSERTAAN		KUNJUNGAN FKTP			KUNJUNGAN FKTL			
	JML	Kunjungan CVD	Total Kunjungan	Rasio CVD per kunjungan (tertimbang)	Rasio CVD per total peserta (tertimbang)	Kunjungan CVD FKTL	Total Kunjungan FKTL	Rasio CVD per kunjungan (tertimbang)	Rasio CVD per total peserta (tertimbang)
	A	B	C	D = (B/C) %	E = (B/A) %	F	G	H = (F/G) %	I = (F/A) %
SUMATERA UTARA	103,193	2,478	25,158	9.81%	1.84%	679	30,772	5.50%	0.74%
BENGKULU	24,954	608	6,137	9.47%	2.21%	147	3,641	3.76%	0.64%
DKI JAKARTA	47,042	1,515	14,112	10.42%	2.46%	397	5,096	4.78%	0.75%
JAWA TENGAH	201,634	7,718	66,759	11.32%	3.76%	2,024	5,386	6.60%	1.00%
DIY	24,224	1,344	9,193	14.34%	6.16%	254	3,898	6.08%	1.15%
JAWA TIMUR	175,859	7,082	56,950	11.80%	3.81%	1,522	6,344	5.25%	0.69%
NTT	54,702	731	11,067	6.06%	1.22%	261	9,800	4.65%	0.43%
KALIMANTAN TIMUR	34,021	796	8,385	9.69%	1.82%	203	7,694	3.55%	0.52%
SULAWESI SELATAN	70,462	2,040	18,446	10.08%	2.62%	511	26,410	4.98%	0.75%
PAPUA	61,221	253	5,533	6.76%	0.36%	103	13,220	1.97%	0.16%
TOTAL	797,312	22,087	196,582	11.08%	3.08%	6,101	112,261	5.43%	0.77%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Data di atas menunjukkan bahwa peserta JKN yang mengunjungi FKTP untuk mendapatkan layanan CVD terbesar adalah provinsi DIY 6.16% disusul oleh provinsi Jawa Timur 3.81% dan provinsi Jawa Tengah 3.76%. Provinsi dengan kunjungan layanan CVD di FKTP paling sedikit adalah Provinsi Papua 0.36%, NTT 1.22% dan Kalimantan Timur 1.82%. Rasio CVD per total peserta di FKTP (B/A) ini diperoleh dengan membandingkan data jumlah peserta yang mengunjungi fasilitas kesehatan FKTP tertimbang dibandingkan dengan Jumlah seluruh peserta tertimbang pada provinsi tersebut.

Di FKTL, provinsi dengan Jumlah peserta JKN tertinggi untuk mengakses layanan jantung adalah DIY 1.15 %, Jawa Tengah 1.00 % dan DKI Jakarta maupun Sulawesi selatan sebesar 0,75 %. Provinsi dengan kunjungan layanan CVD di FKTL paling sedikit adalah provinsi Papua 0.16 %, NTT 0.43% dan Kalimantan Timur 0.52 %. Data tersebut menunjukkan bahwa provinsi dengan ketersediaan fasilitas kesehatan cukup baik seperti Sulawesi Selatan dan Sumatera Utara meningkatkan ratio kunjungan CVD di FKTL. Rasio CVD per total peserta di FKTL (F/A) adalah perbandingan antara jumlah peserta tertimbang yang mengunjungi fasilitas kesehatan FKTL untuk pelayanan jantung dibandingkan dengan Jumlah seluruh peserta tertimbang pada provinsi tersebut. Ratio kunjungan CVD di FKTL akan meningkat apabila terdapat fasilitas kesehatan yang cukup baik seperti pada provinsi tersebut. Temuan ini menceritakan bahwa peserta JKN dari provinsi-provinsi yang mempunyai keterbatasan fasilitas kesehatan seperti Papua dan NTT memiliki akses untuk layanan Kardiovaskuler yang lebih kecil dibandingkan dengan provinsi lainnya dengan ketersediaan fasilitas kesehatan lebih baik.

Proyeksi:

- ❑ Dengan adanya kompartemen atau dinding pemisah (*firewall*) antara *pooling* PBI, *pooling* PBPU dan *pooling* PPU akan menghentikan aliran dana masyarakat miskin (PBI) ke masyarakat mampu (PBPU). Dengan demikian pelaksanaan kebijakan kompensasi atau kebijakan afirmatif akan mungkin dilaksanakan karena tersedianya dana BPJS untuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Peserta PBPU didorong untuk menyadari kebutuhan membayar lebih banyak untuk kepentingan kesehatan mereka sendiri.
- ❑ Pelaksanaan kebijakan kompensasi diproyeksikan untuk membuka kesempatan lebih besar kepada masyarakat miskin, lemah atau tidak mampu (PBI) dalam mengakses layanan kesehatan, sesuai amanah konstitusi. Pelaksanaan kebijakan kompensasi mungkin dapat dilaksanakan dengan pengiriman tenaga kesehatan dan pemberian uang transport untuk melakukan rujukan, sesuai kebutuhan. Pemerintah Taiwan memberikan dana kompensasi untuk transportasi pasien-pasien dari daerah pegunungan dan pedesaan (Lee et al. 2018). Pembelajaran lain yang perlu dipertimbangkan adalah dari Cina, dimana utilisasi di daerah pedesaan yang awalnya rendah, ditingkatkan melalui sejumlah kebijakan penambahan investasi kesehatan khusus untuk daerah pedesaan (Hsiao 2013).

Akibat/prospek : Opsi kebijakan ini sebagai proteksi terhadap situasi yang kurang adil dalam kesempatan akses kesehatan dan mewujudkan tujuan UU SJSN dan UU BPJS yang *berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, tidak akan tercapai*”.

2.2. Efektivitas (*Effectiveness*): Apakah alternatif yang direkomendasikan memberikan hasil (akibat) yang maksimal.

Situasi Saat ini

Sistem yang dipergunakan oleh BPJS Kesehatan belum memperhitungkan aspek mutu pelayanan dalam pembayaran klaim. Mekanisme pembayaran klaim INA-CBGs membuat rumah sakit meningkatkan pelayanan sebanyak-banyaknya. Situasi ini akan baik apabila telah ada keseimbangan *supply side* antar region. Melihat fenomena saat ini, terbukti peningkatan pelayanan cenderung terjadi pada daerah yang memiliki banyak fasilitas kesehatan dan SDM Kesehatan (daerah maju/ perkotaan). Akibatnya, dana JKN akan terserap lebih banyak pada daerah-daerah maju seperti saat ini. Hasil penelitian *realist evaluation* telah menguraikannya di atas. Dana BPJS dan pemerintah tidak cukup kuat untuk menjalankan sistem mutu serta mencegah gejala *fraud*.

Proyeksi:

- ☐ Opsi kebijakan ini diproyeksi akan menjadi solusi untuk mengatasi dilema antara menjaga mutu dan memperluas cakupan layanan kesehatan di daerah-daerah minim akses/*supply side*.
- ☐ Kecenderungan mengenai adanya potensi *fraud* akan dapat diminimalisir, karena ada pembagian pengawasan/supervisi kepada pemerintah daerah terhadap penyelenggaraan program JKN di wilayah masing-masing. Tersedia dana cukup untuk mengembangkan sistem pencegahan dan penindakan *fraud*.

2.3. Responsif (*Responsiveness*): Seberapa jauh alternatif tersebut dapat memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok masyarakat tertentu.

☐ Responsiveness terhadap JKN dilihat dari sudut pandang pemerintah

Saat ini akreditasi atau kredensialing untuk menjaga mutu layanan menjadi hal yang menyulitkan bagi rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang ada di daerah minim akses. Selain itu, ketidakbukaan data dalam program JKN, dan koordinasi yang belum sinergi antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah daerah, menyebabkan hambatan dalam pencapaian UU SJSN/UU BPJS maupun program kesehatan di lokal daerah.

Proyeksi :

- Melalui Opsi 2 kebijakan dirumuskan untuk memberikan tanggung jawab kepada pemerintah daerah dalam pelaksanaan JKN. Harapannya, opsi ini akan menciptakan situasi kemudahan akses data. Data JKN yang berguna untuk perencanaan pembangunan kesehatan di daerah, pemantauan mutu layanan kesehatan yang dibeli BPJS Kesehatan, program pencegahan penyakit oleh pemerintah daerah dan negosiasi tarif antara pemerintah daerah, tenaga kesehatan di daerah dan BPJS Kesehatan.
- Daerah dengan kemampuan fiskal rendah atau terbatas diharapkan dibantu pemerintah pusat dalam upaya pembangunan kesehatan di wilayahnya sebagai respon terhadap persoalan JKN. Sedangkan, bagi pemerintah daerah dengan kemampuan fiskal tinggi akan didorong untuk ikut berkontribusi dan bertanggung jawab dalam pencapaian tujuan JKN (Konsep desentralisasi).
- Opsi ini diproyeksikan agar tidak meletakkan beban defisit hanya kepada BPJS Kesehatan atau pemerintah pusat. Pemerintah daerah perlu juga menanggung defisit BPJS jika masih ada. Selain itu, Opsi ini diprediksi akan mampu merealisasikan distribusi keadilan kepada masyarakat secara menyeluruh dalam memperoleh kesempatan akses kesehatan.

❑ **Responsiveness terhadap JKN perlu dilihat dari sudut pandang masyarakat**

Hasil temuan dalam penelitian *realist evaluation* (PKMK FKMK UGM, 2018) menunjukkan bahwa dalam konteks daerah yang memiliki sumber daya yang memadai, layanan penting seperti kardiovaskular memiliki aspek akses yaitu *availability*. Paket manfaat yang ada di JKN tidak dapat dinikmati apabila tidak ada fasilitas kesehatan. Tanpa adanya kebijakan afirmatif yang memihak masyarakat terpinggirkan, maka daerah dengan keterbatasan dana atau sarana dan prasarana tidak akan terjadi penambahan fasilitasi pengadaan. Masyarakat atau peserta JKN di daerah keterbatasan dan sulit akses menjadi tidak memiliki kesempatan atau situasi akses kesehatan yang sama dengan daerah yang memiliki banyak fasilitas kesehatan dan SDM.

Proyeksi

- Melalui opsi kompartemen *pooling* kepesertaan dimungkinkan adanya pembatasan layanan kepada masyarakat mampu (PBPU).
- Batasan layanan tersebut bertujuan untuk mendistribusikan keadilan bagi kelompok masyarakat miskin, lemah atau tidak mampu agar memiliki kesempatan lebih terhadap akses kesehatan lanjutan.
- Diproyeksikan gotong royong keliru akan menurun. Apabila dana PBI yang bersumber dari APBN/APBD yang mengalami *surplus* digunakan untuk masyarakat miskin, *maka semakin kecil kemungkinan* digunakan untuk membiayai pengobatan masyarakat mampu (PBPU).
- Keluhan yang dimungkinkan muncul adalah PBPU atau bukan pekerja yang berada dalam status *middle-range* akan menjadi diberatkan, apabila premi BPJS yang ada di kompartemennya melebihi batas kemampuan.

Akibat/prospek : Opsi kebijakan ini akan membantu agenda RPJMN 2015- 2019 dengan isu utama arah pembangunan bahwa masih besarnya kesenjangan antarwilayah, khususnya kesenjangan pembangunan antar Kawasan Barat Indonesia (KBI) dan Kawasan Timur Indonesia (KTI).

2.4. Kemungkinan ekonomi dan keuangan (*Economic and financial possibility*):

Berapa biaya yang harus dikeluarkan oleh setiap alternatif kebijakan dan apakah yang nantinya dihasilkan dapat disebut dengan kemanfaatan.

Situasi Saat ini

BPJS Kesehatan selama 5 tahun penyelenggaraan mengalami defisit setiap tahunnya (Pribakti B, 2018). Jumlah defisit tersebut setiap tahunnya mengalami peningkatan. Defisit untuk tahun 2014 hingga 2016 tercatat, yaitu, 2,8 triliun, 5,85 triliun dan 9 triliun. Defisit BPJS Kesehatan diperkirakan mencapai Rp 10,93 triliun untuk tahun 2018. Penyebab defisit BPJS Kesehatan yaitu nilai aktuarial yang masih rendah, inefisiensi pelayanan klinis, dan hampir separuh kelompok PBPU menunggak iuran. Defisit yang terjadi terus menerus menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan belum beroperasi dengan baik. Tabel 2 menggambarkan penyebab defisit adalah penggunaan pelayanan katastrofik, salah satunya layanan jantung.

Tabel 2. Rata-Rata Jumlah Klaim Layanan Kardiovaskuler berdasarkan Provinsi dan Segmen Kepesertaan

PROVINSI FASKES	SEGMENTASI PESERTA					
	BUKAN PEKERJA	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPU	TOTAL
	RATA-RATA					
SUMATERA UTARA	5,519,098	3,538,372	3,524,976	6,961,265	9,421,658	6,275,851
BENGKULU	4,883,673	4,205,083	2,951,856	5,003,287	4,143,428	4,567,926
DKI JAKARTA	11,113,332	4,413,816	8,591,514	11,437,242	10,554,855	10,155,466
JAWA TENGAH	7,192,051	4,343,183	4,222,204	5,797,133	7,032,066	5,735,503
D I YOGYAKARTA	7,252,775	6,866,717	7,195,897	4,074,995	5,221,917	5,956,670
JAWA TIMUR	6,421,954	4,411,654	5,459,530	5,977,753	5,308,898	5,467,470
NTT	4,914,888	4,820,015	3,517,628	4,537,394	5,089,585	4,826,790
KALIMANTAN TIMUR	13,413,172	6,794,765	4,190,803	5,849,608	6,435,023	6,695,961
SULAWESI SELATAN	5,773,847	3,934,828	3,994,847	4,834,117	9,715,703	6,171,891
PAPUA	3,253,093	3,416,266	4,765,000	6,613,310	4,522,918	4,148,858
RATA-RATA 10 PROVINSI	7,117,542	4,532,929	6,708,177	6,679,368	7,153,328	6,324,620
PROVINSI FASKES	STANDARD DEVIASI					
	BUKAN PEKERJA	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPU	TOTAL
	STANDARD DEVIASI					
SUMATERA UTARA	4,687,690	1,743,780	3,145,069	9,902,647	15,539,859	9,326,200
BENGKULU	3,303,106	3,254,017	1,759,042	6,233,941	5,628,451	5,226,639
DKI JAKARTA	18,231,156	2,861,658	14,233,238	18,859,542	14,207,276	16,377,750
JAWA TENGAH	11,849,643	3,229,028	1,240,100	8,682,387	12,615,667	8,891,511
DIY	12,339,056	15,945,532	1,672,621	7,645,968	11,072,191	12,596,290
JAWA TIMUR	8,275,310	3,162,730	3,715,808	8,565,143	7,137,166	7,027,343
NTT	1,777,576	4,544,449	1,563,505	5,011,364	4,702,446	4,180,607
KALIMANTAN TIMUR	15,895,431	10,724,854	2,993,956	3,569,185	7,197,387	8,468,621
SULAWESI SELATAN	3,530,376	2,169,229	1,471,278	5,219,621	14,122,793	8,085,905
PAPUA	2,815,861	2,468,926		3,437,431	3,319,606	3,064,262
RATA-RATA SD	10,897,175	5,514,040	11,078,798	10,883,989	11,523,723	10,017,064

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Hasil temuan menunjukkan bahwa rata-rata dana klaim layanan kardiovaskuler terbesar pada provinsi DKI Jakarta sebesar 10,1 Juta rupiah dengan standar deviasi 16,3 juta rupiah, disusul oleh provinsi Kalimantan Timur sebesar 6,7 juta rupiah dengan standar deviasi 8,4 juta rupiah dan Sumatera Utara sebesar 6,2 juta rupiah dengan SD selebar 9,3 juta rupiah. Provinsi-provinsi yang memiliki rata-rata dana klaim terkecil adalah provinsi Papua 4,1 juta rupiah diikuti oleh provinsi Bengkulu sebesar 4,5 Juta dan NTT sebesar 4,8 juta rupiah. Temuan ini mempertegas informasi tentang daerah dengan ketersediaan layanan CVD yang lebih baik mempengaruhi harga layanan (klaim) yang lebih tinggi.

Laju kenaikan untuk pelayanan katastrofik akan terus meningkat dan perlu dicegah dengan perbaikan gaya hidup, berolahraga teratur. Akan tetapi kemajuan teknoogi kedokteran dan perluasan fasilitas kesehatan jantung akan mendorong kenaikan pembelanjaan ini. Kemampuan APBN di masa mendatang akan sulit membayar seperti pengalaman di berbagai negara lain. Di sisi lain APBN dan APBD dibutuhkan untuk perluasan pelayanan kesehatan.

Proyeksi

- ❑ Opsi 2 ini disertai dengan kebijakan pembatasan pelayanan katastrofik di kompartemen mampu. Peningkatan anggaran BPJS untuk menangani pasien katastrofik seperti penyakit jantung di atas dibatasi. Dengan kebijakan ini masyarakat yang mampu diharapkan menggunakan dana sendiri untuk membeli asuransi kesehatan tambahan. Hal ini akan mengurangi tekanan untuk APBN sehingga dana kesehatan dapat dipergunakan untuk memperbaiki ketimpangan infrastruktur dan pencegahan penyakit.
- ❑ Dengan adanya dana masyarakat yang masuk ke kesehatan dan penambahan APBN/APBD untuk pemerataan infrastruktur kesehatan dan peningkatan mutu, maka persentase GDP yang akan dipergunakan untuk sektor kesehatan dapat bertambah.
- ❑ Dengan pertambahan GDP untuk sektor kesehatan maka pelayanan kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, dan sektor farmasi/alat kesehatan dapat berkembang lebih baik.

Akibat/prospek : Opsi ini bertujuan untuk mengawal kebijakan JKN tetap dalam garis ideologi yang termuat dalam Pasal 34 Ayat 2 bahwa *“Negara mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”*. Artinya, perlu ditegaskan bahwa subsidi iuran JKN dari APBN benar-benar diperuntukkan untuk masyarakat miskin, lemah atau tidak mampu tidak hanya dalam bentuk kuratif, tetapi penyediaan fasilitas kesehatan dan akses pelayanan kesehatan. Apabila keyakinan ideologis ini tidak dijalankan maka kelayakan keuangan JKN akan sulit dan akan mempengaruhi mutu pelayanan.

2.5. Kelayakan Politik (*Political viability*): Mengukur apakah setiap alternative kebijakan akan memberikan dampak kekuatan secara politis bagi kelompok-kelompok tertentu.

Proyeksi

Permasalahan yang mungkin ditemui apabila opsi ini dilakukan adalah perbedaan ideologis, interpretasi, dan/atau dukungan politis. Akan muncul banyak perdebatan yang bermuatan masukan dari berbagai kepentingan (*interest*). Kelompok ekonomi menengah dan atas yang sudah terbiasa dengan subsidi pemerintah melalui BPJS Kesehatan (APBN) akan cenderung menentang Opsi ini. Dan mungkin akan terjadi kegaduhan politik.

Penjelasan detil mengenai apa yang terjadi saat ini perlu diberikan secara baik ke masyarakat. Pemahaman agar tanggung jawab pembayaran asuransi kesehatan tidak hanya oleh pemerintah perlu ditanamkan. Tanpa ada pemahaman ini, Opsi ke 2 tidak akan berjalan dengan baik.

Opsi 3. UU SJSN dan UU BPJS direvisi: Ada lembaga askes (*pooling* lain) di luar BPJS Kesehatan.

Opsi ini merupakan kebijakan yang merubah BPJS Kesehatan untuk tidak menjadi satu-satunya tempat *pool* asuransi kesehatan. Masyarakat mampu diperbolehkan tidak menjadi anggota BPJS Kesehatan. Namun, diwajibkan mempunyai askes komersial. Masyarakat mampu pun boleh masuk menjadi anggota BPJS Kesehatan. Keanggotaan masyarakat mampu di BPJS hanya dapat dilakukan di kelas standar dan tidak boleh naik kelas. Tidak ada kelas 1,2, dan 3 BPJS yang berdasarkan pengalaman 5 tahun ini secara *de-facto* mempunyai ciri-ciri asuransi kesehatan komersial. Opsi kebijakan ini tetap menuntut seluruh warga negara Indonesia wajib memiliki asuransi kesehatan. Opsi ini dilaksanakan dengan terlebih dahulu membuat aturan mengenai pembatasan paket manfaat layanan kesehatan sesuai kemampuan ekonomi. Hal ini untuk menjaga stabilitas program JKN dan kemampuan negara yang masih terbatas untuk memprioritaskan masyarakat lemah, miskin atau tidak mampu.

Opsi kebijakan ini tidak bertujuan untuk membatasi layanan kesehatan, namun mempertimbangkan kelompok prioritas yang harus dipenuhi hak jaminan kesehatan dalam konteks kesenjangan sosial, ekonomi, dan geografis yang masih tinggi. Opsi ini berdasarkan kenyataan bahwa GDP Indonesia meningkat pesat namun ada keterbatasan pengumpulan pajak.

Di sisi lain, opsi ini akan mendorong kebebasan memilih bagi masyarakat Indonesia yang mampu sesuai dengan keinginan. Sebagaimana terjadi di berbagai negara, termasuk di Thailand, Malaysia, dan Inggris, ada perbedaan *demand* antar kelompok masyarakat. Sebagian dari masyarakat (khususnya yang mampu) tidak puas dengan pelayanan standar yang diberikan oleh asuransi kesehatan sosial. Kelompok ini bersedia membayar lebih. Hal ini akan mendorong sektor asuransi kesehatan komersial, industri farmasi, tenaga kerja, dan RS untuk berkembang.

Opsi ini diproyeksikan untuk dapat memberikan insentif (kompensasi) kepada daerah terbatas akses agar mampu memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan, sehingga tujuan asuransi sosial menjamin akses semua penduduk tercapai.

Disamping kebijakan terkait pelepasan komponen askes komersial (PBPU kelas 1,2, dan 3) ke luar BPJS, ada berbagai hal kebijakan lainnya:

- Perbaikan governance: peningkatan kerjasama antara BPJS dengan pemerintah pusat dan daerah. UU SJSN dan UU BPJS perlu direvisi untuk meningkatkan kerjasama antara BPJS dengan Kementerian Kesehatan (pemerintah pusat) dan Dinas Kesehatan (daerah).
- Perbaikan regulasi agar batas atas pendapatan yang dikenai untuk membayar premi dinaikkan untuk kelompok PPU. Antara PPU dan PBI tetap ada kebijakan kompartemenisasi.
- Perbaikan mutu pelayanan dengan menambah kebijakan nasional pada UU perlu ditekankan.
- Kebijakan preventif dan promotif akan ditingkatkan.

Peramalan-peramalan:

3.1. Kesetaraan yang Berkeadilan (*Equity*): Apakah alternatif yang direkomendasikan menghasilkan lebih banyak distribusi yang adil terhadap sumber yang ada dalam masyarakat.

Situasi Saat ini

Data menunjukkan bahwa *pool* kepesertaan merupakan variabel yang mempengaruhi pemanfaatan jaminan pelayanan kesehatan. Hasil analisis variabel *pooling* kepesertaan menunjukkan bahwa kelompok peserta mampu (PBPU) adalah *pool* yang paling banyak memanfaatkan jaminan pelayanan kesehatan (PKMK FK-KMK UGM, 2019). Pemanfaat ini dengan pembayaran premi yang sangat murah. Walaupun premi sangat murah, masih ada

sekitar 45% dari anggota PBPU yang tidak membayar secara baik. Di sisi lain, sampai dengan tahun 2019 ada sekitar 40 juta masyarakat Indonesia yang belum masuk ke BPJS.

Proyeksi:

- ☐ Dengan melepas PBPU ke mekanisme pasar, maka masyarakat mampu dapat memilih sistem asuransi kesehatan yang sesuai dengan keinginannya. Namun, bagi yang tidak mampu berubah menjadi PBI, atau pemerintah menyediakan subsidi untuk masuk ke kelas standar, dan tidak boleh naik kelas. Diproyeksikan sebagian dari PBPU mempunyai *demand* akan pelayanan kesehatan yang berbeda dengan BPJS akan memilih opsi ini.
- ☐ Dana APBN yang selama ini banyak dipakai untuk menutup kerugian PBPU, dapat dipergunakan untuk mendanai kebijakan kompensasi. Pelaksanaan kebijakan kompensasi atau kebijakan afirmatif akan mungkin dilaksanakan karena tersedianya dana BPJS untuk masyarakat miskin dan tidak mampu..
- ☐ Pelaksanaan kebijakan kompensasi diproyeksikan untuk membuka kesempatan lebih besar kepada masyarakat miskin, lemah atau tidak mampu (PBI) dalam mengakses layanan kesehatan, sesuai amanah konstitusi.

Akibat/prospek : menuntut pembayaran yang proporsional atas layanan kesehatan yang digunakan oleh masyarakat mampu guna mewujudkan keadilan sosial atau mewujudkan hak dalam Pasal 28 H UUD 1945 *“setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, berhak memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan, dan berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”*.

3.2. Efektivitas (*Effectiveness*): Apakah alternatif yang direkomendasikan memberikan hasil (akibat) yang maksimal.

Situasi Saat ini

Mutu pelayanan saat ini belum dikelola dengan baik. Salasatu alasan adalah kenyataan bahwa dana klaim dan kapitasi dari BPJS dinilai rendah. Dan sistem rujukan yang diterapkan cenderung berdasarkan pertimbangan untung dan rugi, bukan mutu pelayanan kesehatan. BPJS Kesehatan selama 5 tahun ini membeli pelayanan kesehatan tanpa melibatkan pemerintah daerah untuk sistem penjaminan mutu

Proyeksi:

- ☐ Mutu pelayanan dapat dikendalikan, karena opsi ini mendorong fasilitas kesehatan tidak beroperasi dengan *below cost* seperti yang saat ini terjadi.
- ☐ Pengawasan *fraud* diprediksi masih lemah karena kekurangan dana serta adanya motivasi *coping* untuk mendapat tambahan klaim. Dengan adanya dana yang masuk lebih banyak ke sektor rumah sakit diharapkan terjadi penurunan potensi *fraud* karena besaran klaim dan kapitasi membaik.
- ☐ Ada kemungkinan terjadi *two-tier health service* dengan berbagai efek sampingnya. Efek samping ini dapat berkurang apabila dana BPJS Kesehatan dapat lebih banyak sehingga mutu pelayanan JKN dapat membaik.
- ☐ BPJS Kesehatan akan berkurang bebannya sehingga dapat fokus pada kelompok PBI dan PPU dengan lebih memperhatikan aspek mutu pelayanan. Beban BPJS Kesehatan untuk mengumpulkan premi menjadi tidak ada, dan akan beralih ke lembaga askes komersial yang lebih mempunyai kompetensi.
- ☐ Pemerintah daerah meningkat kemampuan untuk pemantauan mutu pelayanan kesehatan BPJS dan yang didanai askes komersial.

Akibat/prospek : Akan terwujud pengembangan *good governance* dalam pengelolaan program JKN karena opsi ini diproyeksi untuk mengantisipasi tindak monopsoni BPJS Kesehatan dalam pembelian pelayanan kesehatan.

3.3. Responsif (*Responsiveness*): Seberapa jauh alternatif tersebut dapat memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok masyarakat tertentu.

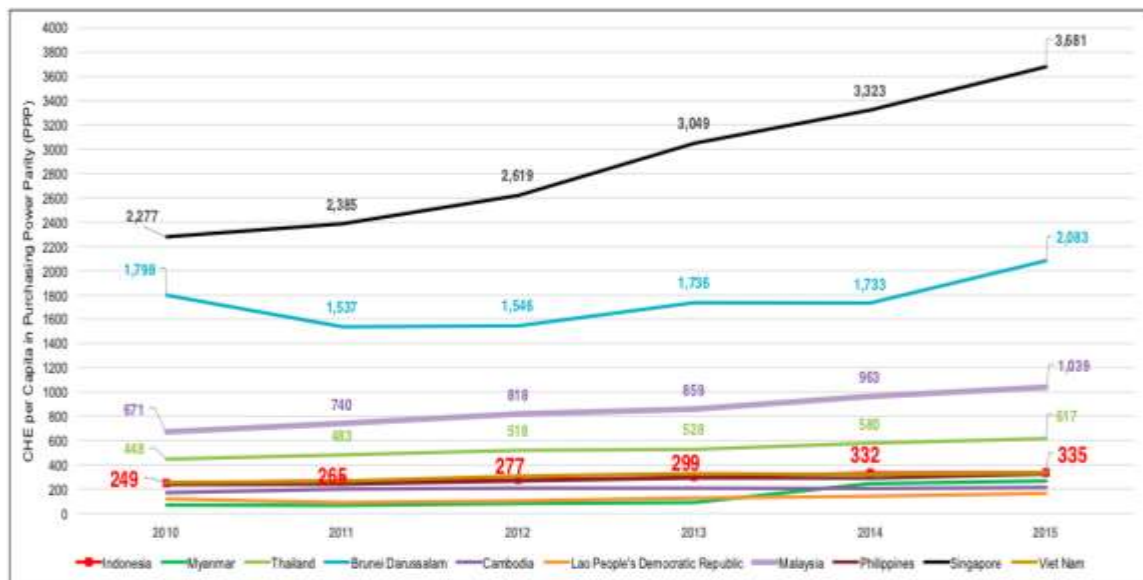
- ☐ **Responsiveness terhadap JKN perlu dilihat dari sudut pandang pemerintah**
Kesesuaian tarif, mutu layanan, keaktifan membayarkan premi dan pengembangan program kesehatan dapat digagas oleh pemerintah daerah dan asosiasi profesi/fasilitas kesehatan, tentunya dengan pengorganisasian bersama BPJS Kesehatan untuk membahas bersama pengendalian biaya medis dan kepastian penghasilan yang layak bagi tenaga kesehatan.
- ☐ **Responsiveness terhadap JKN perlu dilihat dari sudut pandang masyarakat**
Opsi ini akan menjadikan Program JKN berhasil merespon semua kebutuhan dasar medis seluruh penduduk, yaitu dengan skema-skema yang dibentuk, yang terlebih dahulu memberikan manfaat kepada masyarakat miskin, lemah atau tidak mampu. Masyarakat menengah ke atas (yang mampu) akan lebih puas dengan pilihan sistem asuransi kesehatan yang sesuai dengan keinginannya. Berbagai paket asuransi kesehatan komersial dapat berkembang dengan inovasi-inovasi menarik sesuai dengan keinginan masyarakat. Inovasi menarik antara lain digabungkan dengan pemeliharaan kesehatan seperti *fitness*, pelayanan *home-care*, dan sebagainya.

Akibat/prospek : BPJS Kesehatan murni sebagai *payer* untuk asuransi kesehatan sosial. Program dan kebijakan yang dibentuk harus berdasarkan kebutuhan lokal (sosial, ekonomi dan geografis) dan diputuskan dengan bukti berkualitas dan dilegitimasi dengan instrumen normatif. Ada kemungkinan terjadi regionalisasi BPJS sesuai dengan situasi faskes. Akan terbentuk pasar untuk asuransi kesehatan komersial.

3.4. Kemungkinan ekonomi dan keuangan (*Economic and financial possibility*):
Berapa biaya yang harus dikeluarkan oleh setiap alternatif kebijakan dan apakah yang nantinya dihasilkan dapat disebut dengan kemanfaatan.

Situasi Saat ini

Indonesia saat ini menerapkan sistem pelayanan/pembiayaan kesehatan nasional yang bertumpu pada pajak dan APBN, serta APBD. Sebagai informasi, bahwa pajak perorangan yang dibayar di Indonesia tidak progresif dan rendah jumlahnya. Sementara itu, Dana kesehatan lebih banyak dialokasikan pada upaya kuratif yang dinikmati lebih banyak oleh anggota BPJS yang mampu. Di sisi lain besaran dana yang dialokasikan untuk upaya promotif dan preventif sangat terbatas. Pembelanjaan dana kesehatan tersebut belum seimbang untuk mewujudkan kesejahteraan. Data NHA tahun 2016 memperlihatkan bahwa belanja kesehatan per capita Indonesia jauh di bawah negara Singapura, Brunei Darussalam, Malaysia dan Thailand. Thailand yang sudah mengimplementasikan program Jaminan Sosial mempunyai belanja kesehatan per kapita yang hampir 2 kali lipat dibanding Indonesia.



Sumber: WHO Global Health Expenditure Database, data terupdate tahun 2015, NHA 2016

Gambar 3. Belanja Kesehatan Per Kapita Indonesia dengan Negara Lain

Proyeksi

- ❑ Opsi 3 diharapkan dapat meningkatkan dana masyarakat mampu untuk sektor kesehatan khususnya kuratif sehingga besaran dana kesehatan per kapita meningkat.
- ❑ Opsi 3 dirumuskan agar pembiayaan pemerintah prioritas untuk fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu, dan memberi ruang pada pemerintah untuk meningkatkan anggaran untuk pelayanan preventif dan promotif serta perluasan infrastruktur pelayanan kesehatan.
- ❑ Opsi ke 3 ini akan memberikan dana tambahan untuk sector kesehatan melalui pembayaran masyarakat mampu ke lembaga asuransi kesehatan komersial.

Akibat/prospek : Peningkatan alokasi dana kesehatan minimal 5% dari APBN dan minimal 10% APBD merupakan amanah Pasal 170 - 171 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 yaitu *untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.* [15]

3.5. Kelayakan Politik (*Political viability*): Mengukur apakah setiap alternative kebijakan akan memberikan dampak kekuatan secara politis bagi kelompok-kelompok tertentu. Dana PBI fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu.

Proyeksi

Opsi kebijakan diprediksi akan menimbulkan keributan atau perdebatan yang panjang, karena terjadi perubahan sangat besar dalam sistem jaminan kesehatan di Indonesia. Perdebatan ini perlu dilandasi oleh pemikiran etika dari Rawlsian dimana diharapkan semua pihak menyadari bahwa secara etis kebijakan ini tidak merugikan kelompok masyarakat manapun.

Catatan akhir sebelum rekomendasi dilakukan:

Opsi-opsi ini perlu dibahas secara ideologis dengan berbagai stakeholder. Pembahasan dilakukan berdasarkan pemahaman akan dasar-dasar ideologis yang dipergunakan dalam analisis kebijakan ini.

- Perubahan kebijakan yang diusulkan dalam Analisis Kebijakan ini menggunakan ideologi yang ada di UUD 1945. Pemerintah mengutamakan membayar masyarakat miskin dan tidak mampu. Masyarakat yang mampu, dalam keterbatasan kemampuan pemerintah, perlu membayar lebih banyak untuk urusan kesehatan. Kebutuhan akan pembelian asuransi kesehatan di kalangan mampu harus dimulai sejak muda.
- Perubahan ini juga menggunakan dasar berfikir ketersediaan potensi ekonomi di GDP untuk kesehatan. Adanya potensi ekonomi ini dapat dipergunakan oleh sektor kesehatan melalui mekanisme pajak dan mekanisme pembayaran oleh masyarakat sendiri. Potensi ekonomi di GDP untuk kesehatan dapat diambil oleh sektor lainnya.
- Perubahan ini juga menggunakan pendekatan kultural, preferensi dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Tanpa ada pemisahan dana jaminan kesehatan, akan terus terjadi penggunaan dana BPJS Kesehatan untuk masyarakat yang relatif mampu.

Referensi

- Agustina, R. et al. (2019) 'Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges', *The Lancet*, 393(10166), pp. 75–102. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31647-
- Dunn, William, 2003, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik* (terjemahan), Yogyakarta, Gadjah Mada University Press
- Hsiao, W 2013, 'Healthcare in China - Despite Progress, Challenges Remain', <http://static.healthcare.siemens.com/siemens_hwem-hwem_ssxa_websites-context-root/wcm/idc/groups/public/@global/documents/download/mdax/nzc4/~edisp/healthcare-in-china-despite-progress-challenges-remain-00876380.pdf>.
- Laporan Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014: <http://kebijakankesehatanindonesia.net/component/content/article/1988#daftar-isi>
- Laporan Monev JKN Tahun 2015: http://manajemen-pembiayaan_kesehatan.net/index.php/usingjoomla/extensions/components/content-component/article-categories/2620-monev-jkn-2015
- Laporan Monev JKN Tahun 2016: <http://manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php/usingjoomla/extensions/components/content-component/article-categories/2621-monev-jkn-2016>
- Laporan Monev JKN Tahun 2017: <http://manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php/using-joomla/extensions/components/content-component/article-categories/1910-rangkaianmonev-jkn-2017>
- Laporan Evaluasi JKN Tahun 2018: <http://kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/3419-evaluasi-jkntahun-2018>
- Lee, YT, Lee, YH & Kaplan, WA 2018, 'Is Taiwan's National Health Insurance a perfect system? Problems related to health care utilization of the aboriginal population in rural townships', *The International journal of health planning and management*.
- Lembaga Administrasi Negara, 2015, *Modul Pelatihan Analis Kebijakan*, Jakarta, Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia
- Outlook Reformasi Kebijakan Kesehatan Indonesia: <http://kebijakankesehatanindonesia.net/3732-kerangka-acuan-kegiatan-outlook-2019>
- Patton V dan Sawicki D, 1993, *Basic Methods of Policy Analysis and Planning*, Prentice Hall.
- Pisani E, Olivier Kok M, Nugroho K. Indonesia's road to universal health coverage: a political journey. *Health Policy Plan* 2017; 32: 267–76.
- Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015 – 2019.
- Santoso, Purwo, 2010, *Modul Pembelajaran Analisis Kebijakan Publik*, Yogyakarta, *Research Center For Politics and Government* - Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Gadjah Mada.
- Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional, 2003, *Konsep Naskah Akademik Sistem Jaminan Sosial Nasional (KNA-SJSN)*, Jakarta, Sekretariat Wakil Presiden RI
- Trisnantoro, Laksono, 2019, *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*, Yogyakarta, Gadjah Mada University Press.

Peraturan-Peraturan

Undang-Undang Dasar 1945

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

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah

Putusan Hakim Mahkamah Konstitusi Nomor 007/PUU-III/2005