



Laporan Reviu Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

**Analisis dalam Tiga Aspek: Kepesertaan, Pelayanan dan
Pembiayaan**

**PUSAT KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA (PKMK FK-KMK UGM)**

Didukung oleh:

Knowledge Sector Initiative (KSI)

Abstrak	1
Latar Belakang	2
Inventarisir Masalah	3
Situasi Kepesertaan Wajib dalam Program JKN	3
Kondisi Pelayanan Kesehatan era JKN	4
Tantangan Pembiayaan Layanan Kesehatan era JKN	4
Metode	5
Hasil	5
Fenomena Pengaturan Kepesertaan dalam Program JKN	5
Fenomena Aspek Pelayanan	8
Fenomena Aspek Pembiayaan	13
Pembahasan	17
Aspek Kepesertaan	17
Aspek Pelayanan Kesehatan	23
Aspek Pembiayaan Kesehatan	24
Simpulan	25
Saran	26
Referensi	27

Kajian Yuridis Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Analisis dalam Tiga Aspek: Kepesertaan, Pelayanan dan Pembiayaan

Tri Aktariyani, Elva Noor Endah, Rimawati & Gunawan Aineka

Abstrak

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah salah satu wujud pemenuhan hak konstitusi negara kepada rakyat Indonesia yang diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 (selanjutnya disebut UUD 1945). Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 mengatur mengenai hak terhadap jaminan sosial. Program ini dikelola selama enam tahun oleh dua Lembaga baru non pemerintahan yakni BPJS Kesehatan dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). Selama itu program JKN menghadapi banyak tantangan. Salah satu yang paling krusial adalah pembiayaan. Fenomenanya, selama program JKN berlangsung, selama itu BPJS Kesehatan selalu mengalami defisit. Isu yang berkembang mengungkapkan bahwa defisit yang terjadi disebabkan karena besaran iuran tidak sesuai nilai aktuarial yang seharusnya. Selain itu, catatan yuridis selama enam tahun program JKN, yakni lemahnya pengawasan, tumpang tindih dan kekosongan regulasi. Hal tersebut menjadikan penyelenggaraan JKN dilaksanakan tidak seperti apa yang telah dicita-citakan.

Persoalan yang ditemukan dalam penyelenggaraan JKN, yakni 1) aspek kepesertaan program JKN, seperti antara lain 1) Tidak sinkronnya data dan indikator penduduk miskin yang menyebabkan banyak ditemukan penduduk miskin yang dihapus dalam kepesertaan PBI APBN; Definisi kepesertaan yang didaftarkan oleh pemerintah daerah (PBI APBD), menjadi memiliki makna yang berbeda tentang penduduk miskin dan tidak mampu, serta lemahnya penegakan hukum peserta mandiri (PBPU) yang menunggak iuran BPJS Kesehatan belum berjalan optimal. 2) aspek pelayanan yakni, akses paket manfaat JKN belum merata dinikmati penduduk di berbagai wilayah Indonesia. Hal ini dikarenakan belum dijalankannya kebijakan kompensasi dalam Pasal 23 ayat 3 UU SJSN, dan pelaksanaan rujukan rumah sakit yang belum optimal. 3) aspek pembiayaan, dimana melalui Perpres No.64/2020 nilai iuran program JKN yang ditetapkan pemerintah masih *underpriced*.

Untuk mengatasi persoalan-persoalan tersebut diperlukan perbaikan data yang sistematis. Basis data yang kuat dan akurat akan mengoptimalkan dan mewujudkan keadilan program JKN, melalui perbaikan kebijakan dalam aspek kepesertaan, pelayanan dan pembiayaan tepat sasaran. Selain itu, semua Lembaga baik BPJS Kesehatan, DJSN dan Pemerintah perlu menindaklanjuti transparansi atau akses berbagi data yang terintegrasi agar publik dapat turut serta melakukan pengawasan dalam tata Kelola, mutu dan keberlangsung program JKN yang memobilisasi dana masyarakat cukup besar.

Latar Belakang

Pembangunan sosial ekonomi sebagai salah satu pelaksanaan kebijakan pembangunan nasional telah menghasilkan banyak kemajuan, diantaranya telah meningkatkan kesejahteraan rakyat. Kesejahteraan tersebut harus dapat dinikmati secara berkelanjutan, adil, dan merata menjangkau seluruh rakyat. Dinamika pembangunan bangsa Indonesia telah menumbuhkan tantangan berikutan tuntutan penanganan berbagai persoalan yang belum terpecahkan. Salah satunya adalah penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat, yang diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 (selanjutnya disebut UUD 1945). Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 mengatur mengenai hak terhadap jaminan sosial. Jaminan Sosial tersebut telah tertuang enam belas tahun silam dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN).

SJSN pada dasarnya merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun (Naskah Akademik, 2003). Sistem jaminan sosial dapat terwujud setelah dibentuknya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Resmi dioperasikan sejak 1 Januari 2014, dalam sektor kesehatan dikenal dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Program JKN telah berjalan selama enam tahun. Program ini *memang* dapat dikatakan telah mampu meningkatkan akses layanan kesehatan di Indonesia, dimana sebelumnya banyak masyarakat pendapatan rendah, dan rentan memiliki akses yang lebih sedikit daripada masyarakat kelas menengah, dan berpenghasilan tinggi (Thabrany, 2016). Program JKN menghadapi banyak tantangan. Salah satu yang paling krusial adalah pembiayaan. Fenomenanya, selama program JKN berlangsung, selama itu BPJS Kesehatan selalu mengalami defisit. Isu yang berkembang mengungkapkan bahwa defisit yang terjadi disebabkan karena besaran iuran tidak sesuai nilai aktuaria yang seharusnya.

Padahal, program JKN yang telah dirancang terpadu kebijakannya di tingkat pusat ini diharapkan mampu mengendalikan harga di sektor pelayanan kesehatan, obat dan asuransi swasta. Sejak tahun 2004, cukup banyak berbagai produk hukum yang dihasilkan. Namun, penyusunan kebijakan JKN di Indonesia dinilai 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). Kontrol politik umumnya terlibat untuk memperoleh atau mempertahankan otoritas manajemen dan dana jaminan sosial (Isabella Mates, 2003). Catatan yuridis selama enam tahun program JKN, yakni lemahnya pengawasan, tumpang tindih dan kekosongan regulasi. Hal tersebut menjadikan penyelenggaraan JKN dilaksanakan tidak seperti apa yang telah dicita-citakan.

Laporan ini pertama-tama akan menyajikan hasil inventarisasi masalah yuridis dalam tiga pokok bahasan yakni, kepesertaan, pelayanan, dan pembiayaan program JKN. Kemudian, akan disajikan data dan informasi yang relevan untuk memperjelas duduk persoalan. Selanjutnya, akan dianalisis untuk menguraikan implikasi kebijakan dari tiga pokok bahasan terhadap keberlangsungan dan keadilan program JKN. Program JKN begitu banyak mempengaruhi perubahan dalam sistem kesehatan nasional. Sebagaimana kita ketahui, reformasi kesehatan yang berhasil cenderung memberikan perhatian penuh terhadap isu pemerataan, pengembangan pelayanan kesehatan, pembiayaan, kepemimpinan, dan organisasi sistem kesehatan yang ada (Naylot *et al.*, 2011).

Inventarisir Masalah

Situasi Kepesertaan Wajib dalam Program JKN

Secara *Das Sollen*, pengaturan mengenai kepesertaan dan iuran sangat jelas diatur dalam UU SJSN, lengkap dengan pengaturan pelaksanaannya. Pengaturan dalam kebijakan tentang kepesertaan masyarakat miskin atau tidak mampu (PBI; Penerima Bantuan Iuran), tidak ada yang bertentangan dalam mengatur kewenangan pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat PBI. Permasalahan justru banyak terjadi dalam aspek implementasi kebijakan. Salah satu diantaranya yaitu kesulitan Dinas Sosial Kabupaten/Kota dalam melakukan verifikasi dan validasi karena tidak diketahui mekanisme pembagian secara pasti peserta PBI mana yang ditanggung melalui APBN dan APBD.

Selain itu, UU SJSN mengatur sistem jaminan sosial secara nasional, dan sistem ini menganut dua prinsip yang sangat *reformis* bagi sistem jaminan dan pelayanan sosial yang pernah ada di Indonesia. Prinsip tersebut yakni prinsip kepesertaan bersifat **wajib** dan asuransi sosial. Kepesertaan wajib merupakan solusi dari ketidakmampuan penduduk melihat risiko masa depan dan ketidak-disiplinan penduduk menabung untuk masa depan. Pola asuransi sosial ini merupakan tulang punggung sistem jaminan sosial. Pendekatan ini merupakan upaya negara untuk memenuhi kebutuhan dasar minimal penduduk dengan mengikutsertakannya secara aktif dengan membayar iuran. Pada prinsipnya setiap penduduk wajib menjadi peserta, akan tetapi upaya penegakan hukum dan kebijakan atas kepesertaan tsb belum diselenggarakan secara optimal, atau cenderung setengah hati. Hingga akhir 2019, capaian kepesertaan JKN di level nasional baru mencapai 83,6%, jauh lebih rendah dari target yang ditetapkan di dalam dokumen Peta Jalan JKN 2012-2019 (DJSN, 2012). Sedangkan, 39% atau 31 juta peserta mandiri (PBPU; Peserta Bukan Penerima Upah) menunggak bayar. Tunggakan tersebut disinyalir disebabkan oleh *law enforcement* yang lemah baik pusat maupun daerah, pendataan yang masih buruk, dan *moral hazard* dari masyarakat. PBPU didefinisikan sebagai peserta mampu, namun pada realitasnya masih banyak penduduk miskin yang mendaftar sebagai PBPU karena tidak masuk dalam skema yang dibantu pemerintah PBI. Begitu sebaliknya, penduduk mampu banyak terdaftar menjadi peserta PBI.

Apabila melihat kembali kepada naskah akademik kepesertaan di UU SJSN, dikatakan bahwa pada prinsipnya setiap penduduk wajib menjadi peserta, tetapi upaya penegakan hukum atas kepesertaan tersebut diselenggarakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan negara dan kesiapan teknis pengumpulan iuran. Ada dua pokok pertanyaan, pertama mengenai upaya hukum. Apakah pengenaan sanksi saat ini sudah melalui mekanisme bertahap sebagaimana dimaksud UU SJSN yang kemudian diturunkan dalam UU BPJS pasal 55 mengenai sanksi administratif dan pidana? Kemudian apakah frasa kemampuan keuangan negara dalam mengkover jaminan sosial telah mencapai batasnya?

Kondisi Pelayanan Kesehatan era JKN

Manfaat jaminan kesehatan yang berhak diperoleh oleh peserta JKN bersifat pelayanan kesehatan perorangan mencakup promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Pelayanan kesehatan tersebut dapat diakses oleh peserta di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Klinik/Puskesmas/Dokter Praktek Mandiri), dan tingkat lanjutan (rumah sakit). Bahkan, pelayanan ambulans darat atau air. Program JKN *memang* harus dipahami secara komprehensif sebagai upaya perbaikan sistem kesehatan dan peningkatan kualitas layanan kesehatan secara menyeluruh. Namun, persoalan yang kronis yang juga belum mampu terselesaikan adalah ketimpangan akses layanan kesehatan antara daerah fiskal tinggi dengan daerah fiskal rendah dan letak geografis sulit. Sebagai catatan, program JKN diawali dengan kondisi fasilitas layanan kesehatan yang masih belum merata antara wilayah Barat dan Timur Indonesia.. Tanpa kebijakan khusus, penduduk miskin atau tidak mampu yang berada di wilayah dengan letak geografis dan fiskal rendah akan sulit mengoptimalkan kartu JKN-KIS untuk akses layanan, karena masih akan mengalami banyak hambatan transportasi dan ketersediaan sarana kesehatan memadai. Penelitian ini akan meninjau sudah sejauh mana regulasi mampu memperbaiki kesenjangan tersebut.

Tantangan Pembiayaan Layanan Kesehatan era JKN

Selama enam tahun pelaksanaan program JKN. BPJS Kesehatan selaku Lembaga baru non pemerintah yang ditunjuk untuk menyelenggarakan program JKN selalu mengalami defisit, dimana jumlahnya juga meningkat setiap tahun. Pembahasan defisit dalam setiap forum akademisi, selalu menyatakan bahwa besaran iuran BPJS Kesehatan yang dibawah nilai hitungan aktuaris, sebagai akar masalah defisit. Menelaah dalam Pasal 1 Peraturan DJSN Nomor 01 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pengawasan DJSN terhadap BPJS dalam Penyelenggaraan Program JKN, menyatakan bahwa “DJSN memiliki kewajiban membantu Presiden dalam pengawasan, pembentukan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN yang dirumuskan setiap tahunnya.”

Iuran BPJS Kesehatan ditetapkan melalui Peraturan Presiden selaku kepala negara. Fenomenanya, kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang sudah 3 kali terjadi nilainya tetap selalu dibawah hitungan aktuaria. Kenaikan terakhir dibatalkan oleh Mahkamah Agung Februari 2020, karena tidak memenuhi unsur keadilan, dan situasi sosial. Sebuah teka-teki yang sampai kini sulit untuk terpecahkan. Pemerintah menyuntikkan dana bantuan sosial kurang lebih mencapai Rp 25,7 triliun. Namun, defisit BPJS Kesehatan belum mampu terselesaikan. *Alias*, tetap menganga. Ironinya, suntikan dana (bantuan sosial) ini justru dimanfaatkan oleh peserta PBPU (masyarakat mampu) (PKMK FK-KMK UGM, 2019-2020).

Situasi pendanaan yang tidak cukup. Fenomena lainnya adalah pemerataan pembiayaan kesehatan. Pada tahun 2014 awal pelaksanaan JKN sampai dengan tahun 2019, pertumbuhan rumah sakit di daerah timur Indonesia tidak signifikan bertambah, berbanding terbalik dengan pertumbuhan rumah sakit di daerah Jawa yang semakin banyak. Keadaan sebaran faskes yang berbeda-beda berdampak pada klaim dana JKN di wilayah Timur Indonesia yang rendah, sebaliknya di Pulau Jawa sangat tinggi. Sementara itu besaran iuran JKN ditetapkan sama besar. Ketentuan pembiayaan memang sama besar, tetapi pendistribusian pembiayaan kesehatan belum dilakukan secara adil.

Metode

Pada kajian ini menggunakan metode pengumpulan data yuridis normative. Penelitian hukum normatif, maksudnya adalah menganalisa permasalahan hukum yang berpedoman pada landasan hukum yaitu peraturan terkait, serta pandangan dari pakar hukum yang terkait dengan permasalahan. Sebagai suatu penelitian hukum normatif, penelitian dimaksudkan untuk meneliti bahan-bahan hukum yang ada dalam rangka menjawab masalah tentang implementasi peraturan perundang-undangan yang telah diberlakukan apakah sudah efektif atau belum (Soerjono, 1982). Penelitian hukum memiliki beberapa pendekatan, yakni pendekatan undang-undang (*statute approach*), pendekatan kasus (*case approach*), pendekatan historis (*historical approach*), pendekatan Perbandingan (*comparative approach*), dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*).

Pendekatan yang dapat digunakan dalam suatu penelitian hukum normative dapat didasarkan pada:

- a. Pendekatan Perundang-undangan (*Statute Approach*) yaitu dilakukan dengan menelaah peraturan perundang-undangan dan regulasi yang berkaitan dengan permasalahan hukum JKN, yakni dilakukan untuk meneliti peraturan perundang-undangan terkait penyelenggaraan JKN beserta juknis dan kebijakan daerah. Selanjutnya pendekatan perundang-undangan diterapkan untuk mendapatkan ketentuan-ketentuan hukum yang melandasi kewenangan Pemerintah pusat maupun Pemerintah Daerah.
- b. Pendekatan Konseptual (*Conseptual Approach*) yaitu pendekatan untuk menemukan konsep-konsep yang berkaitan dengan kewenangan pemerintah dalam pelaksanaan JKN. Pendekatan konseptual ini dilakukan untuk menemukan pengertian hukum/konsep hukum tentang JKN berdasarkan hukum positif.
- c. Pendekatan Historis (*Historical Approach*) yaitu pendekatan untuk pelacakan sejarah lembaga hukum dari waktu ke waktu. Pendekatan ini sangat membantu untuk memahami filosofi dari aturan-aturan hukum terkait JKN, khususnya dalam memahami perubahan dan perkembangan peraturan-peraturan tentang JKN dan pelaksanaan dari aturan-aturan tersebut.

Pengumpul data dalam penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data sekunder, yang dikumpulkan melalui inventarisasi dan identifikasi peraturan perundang-undangan, serta klafifikasi dan sistematisasi bahan hukum sesuai permasalahan penelitian, dan studi kepustakaan. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan tinjauan yuridis, yakni suatu bentuk analisis dari berbagai aspek dan mengungkapkan segi positif dan negatif suatu produk hukum dengan menitikberatkan pada penggunaan data sekunder yang bersumber dari para intelektual (Johannes, 2003).

Hasil

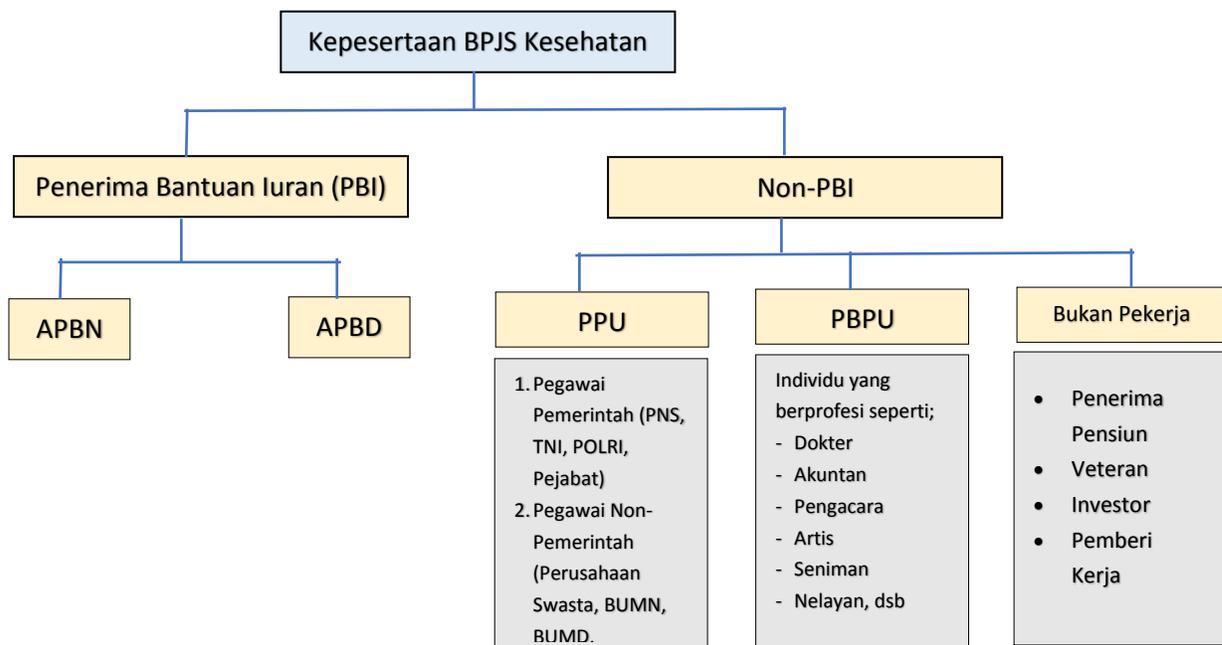
Fenomena Pengaturan Kepesertaan dalam Program JKN

Aspek kepesertaan dibahas dalam Pasal 4 huruf (g) UU SJSN, dimana dalam melaksanakan jaminan sosial (JKN) menggunakan prinsip kepesertaan bersifat wajib, yakni artinya mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta JKN. Tetapi, dalam Pasal 13 – Pasal 17 UU SJSN hanya menjelaskan tiga kepesertaan dalam jaminan sosial yakni kepesertaan pemberi kerja, pekerja dan masyarakat miskin atau peserta penerima bantuan iuran (PBI). Sedangkan, tujuh tahun kemudian, Pasal 14 UU BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa peserta program JKN adalah “setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia”. Pasal 19 UU BPJS menyebutkan nomenklatur baru, yakni Peserta Bukan Pekerja.

PP No.101/2012 muncul lebih dulu untuk melaksanakan ketentuan pembayaran iuran bagi Peserta PBI Program JKN. Bantuan iuran pemerintah ini diberikan kepada fakir miskin¹ dan orang tidak mampu². Kriteria peserta PBI ditetapkan oleh Menteri/Lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik melakukan pendataan yang diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri (Kementerian Sosial) untuk dijadikan data terpadu yang dirinci per.provinsi dan kabupaten/kota. Data terpadu ini kemudian diserahkan kepada Kemnterian Kesehatan untuk didaftarkan menjadi peserta BPJS Kesehatan. Iuran peserta PBI bersumber dari APBN.

Perpres No. 82/2018 tentang Jaminan Kesehatan adalah Perpres perubahak ke-3 dari Perpres No.12/2013, menjelaskan bahwa dalam kepesertaan program JKN terdiri dari dua kelompok, yakni peserta PBI (fakir miskin dan orang tidak mampu dengan ditetapkan Kementerian Sosial), dan peserta Non-PBI (PPU³, PBPU⁴, dan BP⁵).

Gambar 1. Skema Kepesertaan Program JKN (BPJS Kesehatan)



¹ Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya. (PP No. 102/2012)

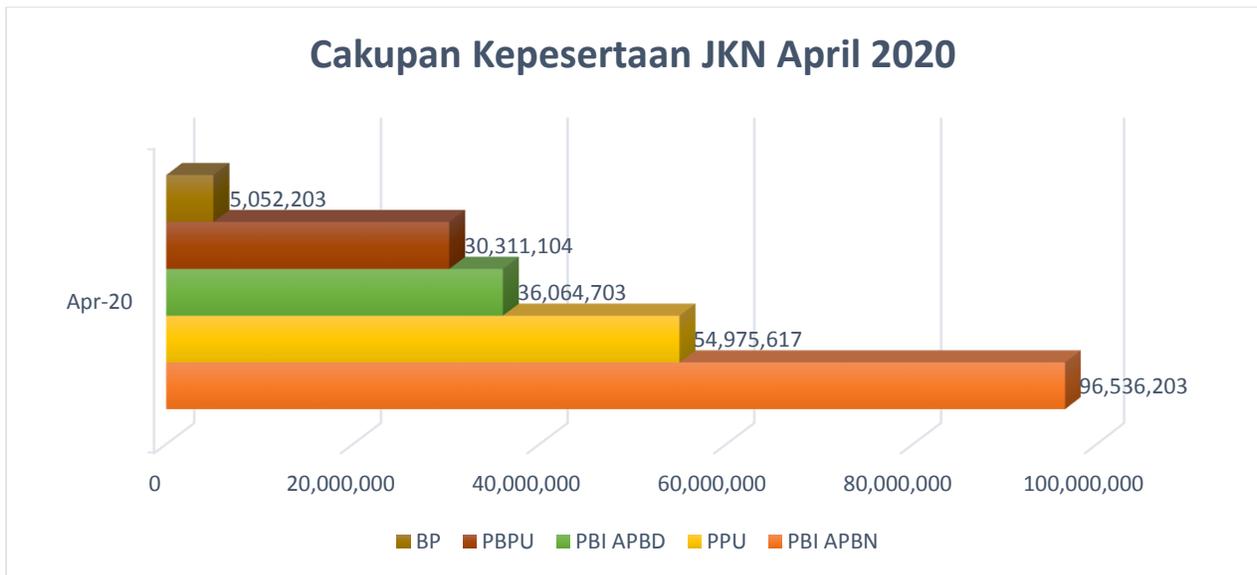
² Orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya (PP No. 102/2012)

³ PPU (Pekerja Penerima Upah) adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, seperti Pejabat Negara, pimpinan dan anggota DPRD, PNS, Prajurit, Anggota Polri, Kepala Desa, Perangkat Desa, Pegawai Swasta, dan lainnya yang menerima gaji (Perpres No.82/2018)

⁴ PBPU (Pekerja Bukan Penerima Upah) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri.

⁵ BP (Bukan Pekerja) adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI, dan penduduk yang didaftarkan Pemerintah Daerah (contohnya: investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, dan penerima pensiun)

Gambar 2. Cakupan Kepesertaan JKN 2020



Sumber: DJSN, 2020

Gambar 2 menunjukkan bahwa cakupan kepesertaan JKN atau penduduk Indonesia yang telah memiliki jaminan kesehatan ada sebanyak 222.938.830 jiwa atau 82,2% dari total jumlah penduduk. Kepesertaan terbesar didominasi oleh PBI APBN yakni 96.536.203 jiwa atau 43,3% dari total jumlah peserta. Sedangkan yang paling rendah yakni segmen BP sebesar 5.052.203 jiwa atau 2,3% dari total jumlah peserta.

Ketidakakuratan data kependudukan baik masyarakat pada umumnya maupun masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan masalah kronis menahun bangsa ini. Keadaan tersebut memicu persoalan dalam kepesertaan JKN, yakni

- 1) Pemerintah daerah menginisiasi munculnya nomenklatur peserta PBI APBD. Peserta PBI APBD adalah fakir miskin atau orang tidak mampu yang tidak termasuk dalam data terpadu PBI APBN. Iuran kepesertaan PBI APBD bersumber dari APBD. Namun dalam realitasnya, Pemerintah dengan fiskal tinggi atau mampu mengeluarkan Perda dimana "Bagi masyarakat di wilayahnya yang bersedia mendapatkan layanan kesehatan kelas III akan didaftarkan menjadi peserta BPJS Kesehatan, dimana iurannya dibayari melalui APBD". Peraturan Daerah ini tentu menyalahi UU SJSN, sebab PBI diperuntukkan bagi masyarakat miskin atau tidak mampu bukan masyarakat umum yang bersedia ditempatkan dilayanan kelas III. Perda yang bersifat populis tersebut, cenderung memicu *moral hazard* masyarakat. Penelitian PKMK FK-KMK UGM mengungkapkan penduduk DKI Jakarta yang memiliki fasilitas tersier cenderung mendaftarkan dirinya sebagai peserta PBI APBD ketimbang PBPU/PPU. Bahkan di lapangan terjadi, bahwa peserta yang seharusnya didaftarkan oleh perusahaan (pemberi kerja) malah didaftarkan melalui skema PBI APBD atau *double* pendanaan (Rahma Ika, *et al.*, 2020).
- 2) Penggantian Peserta PBI APBN yang telah dilakukan secara bertahap sebanyak dua kali Melalui Keputusan Menteri Sosial yaitu Keputusan Menteri Sosial Nomor 79/HUK/2019 sebanyak 5.113.842 jiwa dan Keputusan Menteri Sosial Nomor 109/HUK/2019 sebanyak 4.683.682 jiwa, dengan alasan meninggal dunia, data ganda, dan peserta telah mampu atau mandiri secara ekonomi, dan Nomor Induk Kependudukan (NIK) tidak valid diluar Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) (Tutik Inayati, 2019). Memicu persoalan bagi pemerintah daerah dalam hal

verifikasi dan validasi. Penghapusan penduduk Provinsi DI Yogyakarta dari peserta PBI APBN memunculkan polemik. Bappeda Provinsi DIY bersama OPD (Dinas Kesehatan & Dinas Sosial) telah melakukan verifikasi dan validasi kemudian meng-*input* dalam sistem DTKS, namun sampai muncul keputusan Menteri Sosial terbaru, data masyarakat miskin dan tidak mampu yang layak menjadi peserta PBI APBN belum diperbarui. Imbasnya, Pemerintah DIY mendaftarkan penduduk miskin yang dikeluarkan dalam PBI APBN ke skema Jamkesos atau Jamkesdanya, sementara menunggu perbaruan data dari Kementerian Sosial. Polemik ini sudah terjadi selama dua tahun. Data terakhir menyebutkan bahwa cakupan UHC di Provinsi DIY menurun tahun 2020 (Aktariyani, *et al.*, 2020).

- 3) Persoalan selanjutnya adalah lemahnya penegakan hukum bagi masyarakat PBPU yang menunggak membayar iuran. Tingkat keaktifan peserta mandiri (PBPU) hanya 53,7%. Sejak 2016-2018 total tunggakan peserta segmen ini mencapai Rp 15 triliun (CNN Indonesia, 2019). Selain itu, sebanyak 7.807 badan usaha tidak mendaftar menjadi anggota BPJS dan 25.326 perusahaan memanipulasi data upah karyawan. Perkiraan kerugian akibat hal ini sebesar Rp 6,19 triliun (Tempo, 2020).
- 4) Semenjak 2005 sampai 2019, tercatat ada 7 putusan hakim Mahkamah Konstitusi (MK) yang dirilis untuk menangani gugatan frasa *kewajiban menjadi peserta BPJS Kesehatan*. Beberapa Pemda dengan dalil otonomi daerah dan asas desentralisasi yang termuat dalam UU No. 23/2014, memutuskan hubungan kerjasama dengan BPJS Kesehatan. APBD mereka tidak mencukupi untuk membayar total iuran BPJS Kesehatan bagi masyarakat miskin dan pekerja di pemerintahannya. Sehingga, memutuskan untuk kembali mengolah sendiri jaminan kesehatan untuk penduduk di wilayah kewenangannya.

Fenomena Aspek Pelayanan

Sepanjang implementasi program JKN, DJSN telah mencatat bahwa program ini telah berhasil bekerja sama dengan lebih dari 25.000 fasilitas kesehatan dengan jumlah kunjungan peserta lebih dari 88 juta kunjungan di FKTP dengan rasio rujukan ke FKTP lebih dari 7% (DJSN, 2020).

Tabel 1 Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan 2014-2018

Fasilitas Kesehatan	2014	2015	2016	2017	2018
Puskesmas	9419	9805	9813	9842	9903
Dokter Praktek Perorangan	3687	4143	4485	4883	5151
Klinik Pratama	2682	3889	4829	5834	6356
Dokter Gigi	945	1011	1164	1188	1214
RS Kelas D Pratama	^a	8	13	16	24
Rumah Sakit	1613	1751	1807	2000	2207
Klinik Utama	68	96	116	197	236
Apotek	^a	^a	1966	2300	1550
Optik	^a	^a	939	1000	1093

^a Tidak ada data. Data diambil dari BPJS Kesehatan (Fuady, 2019)

Persoalan dalam aspek pelayanan era JKN dinilai masih berfokus pada kendali biaya (PKMK FK-KMK UGM, 2020). Hal ini dapat dibenarkan, karena diskusi akademis mengungkapkan bahwa pembayaran dan tarif layanan belum mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai manfaat program yang menjadi hak peserta, serta menurunnya kualitas layanan (FKTP, FKRTL, dan obat, serta output Layanan) dalam penyelenggaraan JKN. Menurut Perpres No.82/2018 manfaat JKN bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup yaitu pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, dan bahan medis termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis

pakai. Manfaat medis tidak dibedakan berdasarkan besaran iuran. Sedangkan, manfaat non medis diberikan berdasarkan besaran iuran peserta. Pelayanan kesehatan bagi peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi fasilitas kesehatan, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan.

Pelayanan tingkat pertama bagi peserta dilaksanakan di FKTP tempat peserta terdaftar (kecuali keadaan kegawatdaruratan, dan peserta berada di wilayah FKTP tempat terdaftar). Dalam hal peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, FKTP wajib merujuk ke FKRTL sesuai dengan kasus dan kompetensi fasilitas kesehatan serta sistem rujukan. FKRTL wajib melakukan rujuk balik ke FKTP dimana peserta terdaftar (kecuali kasus tertentu). Ketentuan ini akan diatur dalam Permenkes.

Paket manfaat layanan kesehatan yang dijamin oleh program JKN dapat dikatakan sudah sangat memenuhi kebutuhan dasar pelayanan kesehatan. Dimana jumlah fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan cukup banyak. Namun, penelitian ini menemukan bahwa belum ada pemenuhan kebijakan kompensasi yang diamanatkan dalam Pasal 23 ayat (3) UU SJSN. Kebijakan kompensasi menjadi elemen penting dalam meninjau bahwa pelayanan program JKN telah dilaksanakan dengan asas keadilan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia. Penelitian ini hanya akan menyajikan data pelayanan jantung atau *cardiovascular group disease*, sebagai penyakit yang menelan biaya cukup tinggi dalam pembiayaan JKN. Data ini disajikan karena cukup mampu menggambarkan *gap* akses pelayanan kesehatan antar segmen peserta dan antar wilayah. Berikut disajikan data-data yang diawali dengan ketersediaan *supply side*, diuraikan sebagai berikut:

Gambar 3. Sebaran Pelayanan Jantung di FKTL



	Mandiri
	SDM SpJP ada, SDM BTKV ada, Cath Lab ada, bedah belum dikerjakan
	SDM SpJP ada, SDM BTKV tidak ada, Cath Lab ada
	SDM SpJP ada, SDM BTKV tidak ada, Cath Lab tidak ada
	SDM SpJP ada, SDM BTKV tidak ada, Cath Lab tidak ada

Sumber: PKMK FKKMK UGM, 2018

Ketersediaan layanan kateterisasi jantung (*Catheterization Laboratory* atau Cath Lab) di rumah sakit rujukan nasional, rumah sakit rujukan provinsi, dan rumah sakit rujukan regional yang telah ditetapkan oleh pemerintah bervariasi antar provinsi Indonesia. Berdasarkan Gambar ..., hampir seluruh provinsi di Pulau Jawa telah memiliki cath lab, dokter spesialis jantung-paru (SpJP) dan dokter spesialis bedah toraks dan kardiovaskular (BKTV) yang terdistribusi cukup merata. Berbeda dengan provinsi Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat yang belum memiliki Cath Lab dan dokter SpJP di RS Rujukan Regional-nya. Data tersebut mengindikasikan pada provinsi-provinsi yang tidak tersedia layanan Cath Lab, masyarakat belum dapat mengakses layanan kateterisasi Jantung (Cath Lab) di RS Rujukan Provinsi dan RS Rujukan Regional-nya. Salah satunya Provinsi NTT yang belum tersedia layanan kateterisasi jantung di rumah sakit rujukan regionalnya, sehingga bagi masyarakat yang membutuhkan layanan jantung, harus dirujuk ke rumah sakit di Provinsi Bali atau Jawa Timur (PKMK FK-KMK UGM, 2019).

Lalu, akan diuraikan data mengenai wilayah mana yang mendominasi penyerapan dana layanan jantung program JKN, serta segmen peserta yang paling banyak memanfaatkan prinsip portabilitas dalam program JKN. Penyajian data ini bertujuan untuk memotret apakah akses JKN dapat dinikmati secara merata.

Tabel 2 Jumlah Kunjungan Pasien Kardiovaskular di FKTP dan FKTL Tahun 2016

	PBI APBN	PBI APBD	PPU	PBPU	BP
Kunjungan CVD FKTP	20,075	3,310	23,358	17,281	15,473
%	1.81%	0.30%	2.11%	1.56%	1.40%
Total Kunjungan FKTP	1,106,781				
Kunjungan CVD FKTL	1,753	69	2,440	2,728	1,414
%	0.35%	0.01%	0.49%	0.55%	0.28%
Total Kunjungan FKTL	497,039				

Sumber: Data Sampel BPJS Kesehatan 2015-2016 diolah DaSK, 2020

Tabel .. di atas menjelaskan bahwa berdasarkan data sampel BPJS Kesehatan kunjungan di FKTP untuk pasien jantung secara Nasional didominasi oleh segmen PPU (2,11%), PBI APBN (1,81%), dan PBPU (1,56%). Namun, kunjungan di FKTL didominasi oleh PBPU (0,55%), PPU (0,49%), dan PBI APBN (0,35%). Hal ini menunjukkan bahwa terjadi penurunan jumlah kunjungan untuk peserta PBI ke FKTL.

Penurunan ini dapat terjadi karena; 1) Pasien Jantung PBI tidak banyak dirujuk karena penyakit jantung diderita dapat diselesaikan tuntas di FKTP, 2) Pasien Jantung PBI tidak melanjutkan pengobatan ke FKTL meskipun ada rujukan ke FKTL karena kendala apabila pasien diobati di FKTL seperti biaya transportasi rujukan, biaya pendamping pasien, dan kesulitan akses menuju ke FKTL. **Selanjutnya, pembaca akan diajak meninjau lebih dalam data penggunaan layanan di FKTL (rumah sakit).** Tabel di bawah ini menggambarkan jumlah kunjungan ke RS yang dilakukan oleh peserta di 10 Provinsi. Kunjungan dilakukan oleh 6,101 ID keluarga. Satu keluarga dapat melakukan kunjungan lebih dari satu kali. Dengan demikian jumlah kunjungan adalah 8.037 kali yang terjaring di data sampel BPJS.

Tabel 3 Persentase Kunjungan Peserta JKN untuk layanan CVD di FKTL per Segmen di 10 Provinsi

PROVINSI	BUKAN PEKERJA	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPU	TOTAL
SUMATERA UTARA	28.11%	16.89%	4.81%	31.32%	18.87%	100.00%
BENGKULU	13.46%	14.42%	4.81%	44.23%	23.08%	100.00%
DKI JAKARTA	19.64%	4.93%	24.67%	31.69%	19.07%	100.00%
JAWA TENGAH	20.80%	35.81%	1.82%	25.56%	16.01%	100.00%
D I YOGYAKARTA	21.48%	35.10%	0.46%	24.94%	18.01%	100.00%
JAWA TIMUR	19.07%	26.98%	1.51%	27.81%	24.64%	100.00%
NTT	18.92%	29.19%	4.86%	14.05%	32.97%	100.00%
KALIMANTAN TIMUR	9.76%	21.46%	15.12%	24.88%	28.78%	100.00%
SULAWESI SELATAN	31.74%	16.49%	5.14%	21.45%	25.18%	100.00%
PAPUA	14.29%	28.57%	3.17%	6.35%	47.62%	100.00%
TOTAL	21.30%	25.49%	5.67%	26.96%	20.57%	100.00%

Sumber: Data Sampel BPJS Kesehatan 2015-2016 diolah DaSK, 2020

Sebaran data kunjungan di FKTL untuk layanan jantung memiliki sebaran yang berbeda dengan sebaran kepesertaan dan kunjungan CVD di FKTP. Kelompok PBPU memiliki proporsi kunjungan tertinggi di FKTL yaitu 26,96 % dan disusul oleh PBI APBN sebesar 25,49 %. dan Bukan Pekerja 21,30. Kelompok PBI APBD dan PPU memiliki proporsi yang lebih kecil yaitu sebesar 20,57 % dan 5,67 %. Persentase ini dilakukan terhadap jumlah kunjungan penyakit di FKTL di sebuah provinsi. Persentase ini bukan perbandingan di dalam setiap segment. Sebagaimana diketahui PBI APBN merupakan anggota BPJS yang terbanyak.

Kondisi berbeda terjadi di provinsi di DIY dan Jawa Tengah. Kedua Provinsi menunjukkan bahwa PBI APBN masih memiliki proporsi tertinggi yaitu 35 %. Temuan lain yang berbeda terlihat pada provinsi Bengkulu, Kelompok PBPU memiliki proporsi kunjungan CVD di FKTL sebesar 44,23 % dan diikuti oleh kelompok PPU sebesar 23,08 %. Provinsi DKI Jakarta memiliki sebaran yang unik, dimana proporsi PBPU memiliki persentasi tertinggi sebesar 31,69 % dan diikuti oleh PBI APBD sebesar 24,67 %. Di Papua, kelompok PPU merupakan kelompok yang memiliki proporsi terbesar untuk kelompok peserta yang mengakses layanan CVD di FKTL yaitu sebesar 47,62 %. Tabel ini menegaskan bahwa masalah ketersediaan fasilitas layanan juga mempengaruhi utilisasi penggunaan.

Tabel 4 Persentase Kunjungan peserta JKN untuk layanan Jantung berdasarkan jenis rumah sakit

PROVINSI	TIPE RUMAH SAKIT							Total
	RS Khusus Jantung	RS Kelas A	RS Kelas B	RS Kelas C	RS Kelas D	RS TNI POLRI	RS Lainnya	
	%	%	%	%	%	%	%	
SUMATERA UTARA	0.37%	11.22%	28.85%	43.53%	4.69%	7.52%	3.82%	100.00%
BENGKULU	1.90%	1.90%	33.33%	42.86%	12.38%	4.76%	2.86%	100.00%
DKI JAKARTA	13.95%	17.55%	42.13%	11.67%	0.76%	9.87%	4.08%	100.00%
JAWA TENGAH	0.15%	9.06%	32.54%	37.07%	15.42%	3.64%	2.12%	100.00%
D I YOGYAKARTA	0.69%	22.86%	31.18%	11.32%	24.25%	7.85%	1.85%	100.00%
JAWA TIMUR	0.57%	6.96%	35.01%	37.09%	11.38%	7.64%	1.35%	100.00%
NUSA TENGGARA TIMUR	0.00%	3.23%	16.67%	32.26%	38.71%	9.14%	0.00%	100.00%
KALIMANTAN TIMUR	0.49%	26.47%	21.08%	45.10%	1.96%	4.90%	0.00%	100.00%
SULAWESI SELATAN	0.35%	12.23%	27.84%	31.74%	4.61%	21.10%	2.13%	100.00%
PAPUA	0.00%	11.11%	14.29%	42.86%	6.35%	20.63%	4.76%	100.00%
TOTAL	2.16%	11.09%	32.84%	32.85%	11.24%	7.55%	2.26%	100.00%

Sumber: Data Sampel BPJS Kesehatan 2015-2016 diolah DaSK, 2020

Temuan tentang sebaran paket manfaat layanan jantung yang belum merata diperkuat dengan analisis deskriptif jumlah kunjungan di FKTL yang bervariasi. Kunjungan peserta JKN di provinsi DKI Jakarta memiliki sebaran di RS Khusus Jantung sebesar 13,95 % dari seluruh kunjungan peserta dengan penyakit CVD di FKTL DKI. Kunjungan di RS kelas A di DKI sebesar 17,54 % dari seluruh kunjungan jantung. Sebaran kunjungan di RS Kelas B sebesar 42,13 %, sedangkan sebaran kunjungan di RS kelas C sebesar 11,67 % dan RS kelas D sebesar 0,76 % dari seluruh kunjungan peserta dengan penyakit jantung di DKI Jakarta. Dengan demikian sebagian besar pasien jantung ditangani di kelas B, A, dan di RS khusus Jantung.

Sebagai perbandingan provinsi yang akses sulit ke Kelas A adalah provinsi NTT yang dalam peta fasilitas kesehatan masih sangat minim jumlah fasilitas kesehatan dan SDM untuk penyakit jantung. Di NTT, data menunjukkan tidak ada peserta dengan penyakit CVD mengunjungi RS Jantung, dan 3,23 % yang mengunjungi kelas A. Kelompok ini adalah peserta NTT yang menggunakan manfaat kebijakan portabilitas. Peserta dengan layanan CVD di RS Jantung dan Kelas A menggunakan portabilitas dari NTT ke Bali sebanyak 2 orang, ke Jawa Timur sebanyak 4 peserta dan ke Sulawesi Selatan sebanyak 2 orang. Penelusuran lebih mendalam dalam data ini menemukan bahwa peserta dari provinsi NTT yang dapat mengakses layanan CVD di kelas A dan Jantung adalah kelompok peserta JKN di Segmen PBP dan PPU. Dengan demikian yang mendapat manfaat portabilitas adalah anggota BPJS yang relatif lebih mampu. Tidak ada peserta PBI yang menggunakan portabilitas. Hal ini wajar karena dana transportasi tidak dibayar oleh BPJS atau pemerintah provinsi NTT. Yang mencolok, sebagian besar pengguna layanan jantung di provinsi NTT adalah pada layanan RS kelas C (32,36 %) dan kelas D (38,71%).

Portabilitas belum mampu dinikmati secara optimal oleh peserta PBI, dan peserta yang ada di wilayah sulit geografis disyalir karena Hambatan jalannya sistem rujukan adalah masalah SDM yang tidak disiplin dan bertanggung jawab, komunikasi yang belum efektif, kurangnya peran pemerintah daerah,

kurangnya informasi dari BPJS Kesehatan kepada para dokter tentang sistem rujukan balik menjadi penyebab munculnya perbedaan persepsi, serta tidak efektifnya cara mendapatkan rujukan obat bagi pasien yang dirujuk balik ke FKTP (Lony, 2015). Situasi di lapangan menunjukkan belum ada usaha-usaha yang signifikan dalam pengembangan sistem rujukan RS secara sistematis. Sistem rujukan dalam tahun ketiga penyelenggaraa JKN mengalami kesulitan, yakni pendanaan, dan kepemimpinan direksi dan spesialis dalam menjalankan fungsi rujukan. Sebuah survei memperlihatkan bahwa fungsi RS rujukan nasional dan provinsi belum banyak diperhatikan (PKMK FK-KMK UGM, 2017).⁶

Fenomena Aspek Pembiayaan

Tantangan pelaksanaan program JKN-KIS saat ini dihadapkan pada persoalan tingkat kesehatan keuangan Dana Jaminan Sosial (DJS), yang mengalami defisit sejak pertama beroperasi hingga saat ini. Berikut disajikan data-data yang berhasil dikumpulkan untuk menggambarkan pembiayaan klaim pelayanan kesehatan program JKN.

Tabel 5 Pemanfaatan JKN KIS

BIAYA PELAYANAN KESEHATAN PER ORANG PER BULAN SEMAKIN MEMBESAR, DISEBABKAN OLEH:					
Pemanfaatan JKN-KIS	2014	2015	2016	2017	2018
Kunjungan di FKTP (Puskesmas/ Dokter Praktik Perorangan/ Klinik Pratama)	66,8 Jt	100,6 Jt	120,9 Jt	150,3 Jt	147,4 Jt
Kunjungan di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit	21,3 Jt	39,8 Jt	49,3 Jt	64,4 Jt	76,8 Jt
Kasus Rawat Inap di Rumah Sakit	4,2 Jt	6,3 Jt	7,6 Jt	8,7 Jt	9,7 Jt
Total Pemanfaatan/ Tahun	92,3 Jt	146,7 Jt	177,8 Jt	223,4 Jt	233,9 Jt
Total Pemanfaatan/ Hari Kalender	252.877	401.918	487.123	612.055	640.821
Rata2 Pelayanan di 2014 252.877 Per hari kalender	Pemanfaatan pelayanan kesehatan selama 5 tahun di seluruh tingkat pelayanan sebanyak.. 874,1 juta Pemanfaatan			Rata-rata di Tahun 2018 640.821 Per Hari Kalender	

Tabel 5 menunjukkan bahwa JKN-KIS telah banyak dimanfaatkan oleh masyarakat, dimana rata-rata ada pelayanan mencapai 640.821/per hari kalender. Pemanfaatan JKN paling sering dilakukan di FKTP (Puskesmas/Klinik/DPM), dan Rawat Jalan Rumah Sakit). Selanjutnya, tabel di bawah ini akan menyajikan pemanfaatan JKN yang dikategorikan per.segmen peserta.

⁶

Tabel 6 Tingkat Pemanfaatan Biaya Per.Segmen BPJS Kesehatan

Jenis Layanan	Segmen	Kelas	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Keterangan	
RAWAT JALAN TINGKAT LANJUTAN (RJTL)	Miskin dan tidak mampu	3	5,1	6,5	8,8	11,2	13,0		5,6	3,7	5,1	4,6	Jamkesmas
	Didaftarkan Pemda	3	24,7	23,3	23,6	26,4	26,4						
	ASN, TNI, dan Polri	1	48,0	55,8	61,9	69,4	77,3		56,3	53,3	47,2	52,6	Askes
		2	25,4	33,8	38,0	44,5	49,0						
	Pekerja Formal Swasta	1	12,2	20,9	31,2	34,5	40,5		11,1	10,4	10,8	13,1	Jamsostek
		2	18,3	22,7	25,2	32,2	36,3						
	Pekerja Informal	1	194,9	137,5	114,8	134,5	135,7						
		2	140,1	95,4	89,9	97,3	98,9						
		3	127,1	68,6	65,9	68,3	69,6						
	Bukan Pekerja	1	123,1	148,8	164,5	195,2	217,4						
		2	65,5	78,2	88,2	100,3	108,3						
		3	5,5	25,8	62,9	69,0	84,2						
AGREGAT			18,5	24,5	28,1	33,7	37,2			22	21	22	SUSENAS
RAWAT INAP TINGKAT LANJUTAN (RITL)	Miskin dan tidak mampu	3	1,4	1,6	2,1	2,3	2,1		1,9	1,0	1,5	1,3	Jamkesmas
	Didaftarkan Pemda	3	5,1	3,9	3,8	4,0	3,7						
	ASN, TNI, dan POLRI	1	6,6	7,4	8,0	7,6	7,5		5,2	5,3	4,9	5,7	Askes
		2	5,3	6,4	7,0	7,3	7,1						
	Pekerja Formal Swasta	1	2,2	3,4	4,9	4,6	4,9		3,3	2,8	3,0	4,4	Jamsostek
		2	4,3	4,9	5,2	5,7	5,7						
	Pekerja Informal	1	49,1	18,0	12,5	12,3	11,2						
		2	38,0	13,2	11,1	10,7	9,6						
		3	38,8	11,2	9,6	9,3	8,4						
	Bukan Pekerja	1	9,1	10,4	10,7	11,4	11,3						
		2	6,5	7,4	7,7	8,0	7,6						
		3	0,6	3,1	7,9	8,8	9,4						
AGREGATE			3,6	3,9	4,3	4,6	4,4			2,0	2,0	2,1	SUSENAS

Sumber: BKF Kemenkeu, 2020

Tabel 6 menunjukkan bahwa sejak 2014 sampai 2018, BPJS Kesehatan membayar manfaat biaya paling besar untuk pekerja informal yang mengambil kelas I atau PBPB Kelas I. Segmen ini paling mendominasi dalam pelayanan RJTL maupun RITL. Sedangkan, fakir miskin dan/atau orang tidak mampu atau segmen PBI APBN adalah segmen peserta yang paling sedikit menyerap manfaat biaya pelayanan kesehatan JKN.

Selain itu, nilai iuran yang berada di bawah perhitungan aktuarial adalah penyebab pokok defisit yang terjadi terus-menerus. Data yang disajikan berikut akan menyajikan hitungan nilai yang seharusnya diberlakukan dalam tarif iuran BPJS Kesehatan dan yang ditetapkan pemerintah.

Tabel 7 besaran iuran Per segmen peserta oleh DJSN

Segmen Peserta	Perhitungan Aktuaria DJSN*	Penetapan Pemerintah	Selisih
PBI	36.000	23.000	(13.000)
PBPU			
Kelas I	80.000	80.000	-
Kelas II	63.000	51.000	(12.000)
Kelas III	53.000	25.5000	(27.500)
PPU			
Potonga Upah	6%	5%	1%
Batas Atas Upah	6 x PTKP K/1	8.000.0000	
Batas Bawah Upah	UMR per Daerah	Tidak ada	

Sumber: Policy Brief DJSN, 2015

Berdasarkan tabel di atas, DJSN telah melakukan kajian dan penelitian tentang besaran iuran pogram JKN. Namun, pemerintah menetapkan besaran iuran lebih kecil dari kajian tersebut, khususnya pada segmen PBPU Kelas II, Kelas III, Potongan Upah dan segmen PBI. Besaran iuran dalam kajian nilainya masih lebih rendah dari kajian perhitungan Perhimpunan Aktuaris Indonesia (PAI), sebagaimana diuraikan dalam gambar berikut

Gambar 4. Perhitungan Iuran JKN oleh PAI



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Hasil Perhitungan Biaya Pelayanan Kesehatan (CPMPM)

I Keterangan			
	CPMPM *	Risk Premium**	Premium ***
Agregate	54,751	57,489	60,514
II Segmen			
	CPMPM	Risk Premium	Premium
1 PBI	29,361	30,829	32,451
2 PPU P 1	115,895	121,690	128,094
3 PPU P 2	70,318	73,834	77,720
4 PPU BU 1	56,860	59,702	62,845
5 PPU BU 2	53,018	55,668	58,598
6 PBPU 1	248,089	260,494	274,204
7 PBPU 2	172,483	181,107	190,639
8 PBPU 3	118,701	124,636	131,195
III Kelas			
	CPMPM	Risk Premium	Premium
1 Kelas 1	118,348	124,265	130,805
2 Kelas 2	72,751	76,388	80,409
3 Kelas 3	38,646	40,579	42,714

Dilakukan Direviu oleh PAI

PAI = Persatuan Aktuaris Indonesia

* CPMPM = Cost per Member per Month (Biaya per orang per bulan)
 ** Risk Premium = CPMPM + margin contingency (5%)
 *** Premium = CPMPM + contingency margin (5%) + biaya ops (5%)


Next
22

Sumber: BPJS Kesehatan, Desember 2019

Gambar 4 Menunjukkan bahwa iuran atau premi yang seharusnya diberlakukan bagi segmen PBPB atau mandiri adalah Kelas I Rp 274.204, Kelas II Rp 190.639, dan Kelas III Rp 131.195. sedangkan untuk segmen PBI tarif yang berlaku seharusnya Rp 32.451. Pemerintah telah menerbitkan enam buah Perpres tentang kenaikan iuran. Apabila ditelaah bersama besaran iuran yang ditetapkan masih di bawah nilai hitungan PAI, disajikan sebagai berikut:

Tabel 8 Besaran Iuran JKN dari tahun ke tahun

Kelas	Perpres 111/2013	Perpres 19/2016	Perpres 28/2016	Perpres 82/2018	Perpres 75/2019	Perpres 64/2020
III	22.500	30.000	25.500	25.500	42.000	42.000
II	42.500	51.000	51.000	51.000	110.000	100.000
I	59.500	80.000	80.000	80.000	160.000	150.000

Sumber: diolah penulis

Opsi-Opsi structural untuk mengurangi defisit (KPK, 2020):

1. Pada tahun 2015 KPK membuat rekomendasi tentang perlunya Kementerian Kesehatan menyelesaikan PNPK (Pedoman Nasional Praktek Kedokteran). Pada tahun 2018, jumlah ada 80 penyakit esensial yang harus dibuatkan pedoman, namun sampai sekarang masih 32 saja yang sudah berpedoman, hingga Juli 2019. Akibatnya sekitar 48 penyakit esensial belum ada pedoman
2. Opsi pembatasan manfaat untuk penyakit katastrofik yang muncul akibat gaya hidup. BPJS Kesehatan menyebutkan terdapat 5 penyakit katastrofik, yaitu penyakit jantung, diabetes, kanker, stroke dan gagal ginjal. Dari penyakit ini disebutkan 30% dari total klaim BPJS Kesehatan, jadi 28 triliun habis untuk penyakit katastrofik, maka harus ada pembatasan manfaat. Karena, penyakit ini biasanya didominasi oleh orang mampu menengah ke atas akibat gaya hidup.
3. *Coordination of Benefit (COB)*. Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan harus dapat duduk bersama dengan pihak asuransi swasta (kesehatan), yaitu melakukan koordinasi yang berfungsi untuk mengalihkan sebagian klaim dari BPJS Kesehatan, yang kedua mengurangi inefisiensi di tingkat kelembagaan.
4. Permenkes Nomor 51 tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan, seharusnya bagi peserta mampu atau Non-PBI yakni peserta yang berada di kelas I dan kelas III dikenakan urun sebesar 10-20% dari total klaim. Permenkesnya sudah dibentuk, namun belum dijalankan. Hal ini melanggar asas keadilan.
5. Penetapan kelas rumah sakit yang ditentukan oleh Dinas. Setiap kelas Rumah Sakit harus memuat sarpras sesuai dengan pelayanan yang telah ditentukan peraturan. Pada tahun 2018, KPK berkunjung ke beberapa Rumah Sakit yaitu RS Palembang, RS Manado, RS Balikpapan dan RS di Jawa Barat bersama dengan BPJS kesehatan dan Kementerian Kesehatan. Beberapa rumah sakit memiliki kelas yang tidak sesuai fasilitasnya dengan realita, hingga terjadi *overpayment* sebesar Rp 33 Milyar. Kemudian tindak lanjut Kementerian Kesehatan mengeluarkan surat dari 7000 rumah sakit dilakukan review langsung oleh Kementerian Kesehatan, dan hasilnya didapatkan 889 rumah sakit yang tidak sesuai dengan kelasnya, sehingga Rumah Sakit tersebut mengklaim lebih tinggi dari yang seharusnya.

Pembahasan

Aspek Kepesertaan

Persoalan yang ditemukan dalam aspek kepesertaan program JKN, antara lain 1) Tidak sinkronnya data dan indikator penduduk miskin dalam DTKS yang dimiliki oleh Kementerian Sosial dengan yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah. Situasi ini menyebabkan banyak ditemukan penduduk miskin yang dihapus dalam kepesertaan PBI APBN, sehingga muncul nomenklatur PBI APBD, yakni penerima bantuan iuran yang dibayar melalui APBD.; 2) Definisi kepesertaan yang didaftarkan oleh pemerintah daerah (PBI APBD), pada menjadi memiliki makna yang berbeda, yang tidak disebutkan dalam UU SJSN maupun UU BPJS. Bagi pemerintah daerah dengan fiskal tinggi, mendefinisikan PBI APBD yakni, seluruh penduduk di wilayahnya yang bersedia mendapat jaminan pelayanan kesehatan kelas III. Padahal, definisi PBI dalam UU SJSN dan UU BPJS diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Akibatnya, kebijakan PBI APBD di wilayah fiskal tinggi mengurangi kontribusi masyarakat mampu dalam program JKN; dan 3) Penegakan hukum peserta mandiri (PBPU) yang menunggak iuran BPJS Kesehatan belum berjalan optimal. Didetilkkan sebagai berikut:

1) Pengaturan mengenai PBI JKN

Persoalan mengenai data penduduk miskin atau tidak mampu dalam PBI, dapat ditelaah melalui PP No.76/2015 tentang Perubahan atas PP No.101/2012 tentang PBI Jaminan Kesehatan, dimana berisi mengenai perubahan data PBI seperti penghapusan; penggantian; dan penambahan. Untuk melaksanakannya, maka dikeluarkan Permensos No.5/2016, Permensos No.28/2017, Permensos No.5/2019 dan Permensos No.21/2019, diuraikan sebagai berikut:

Tabel 9 Peraturan Menteri Sosial dalam Perubahan data PBI Program JKN

Produk Hukum	Dasar Hukum	Substansi
Permensos No.28/2017 ttg Pedoman Umum Verifikasi dan Validasi Data Terpadu Penanganan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu	UU No.13/2011 tentang Penanganan Fakir Miskin UU No.11/2009 tentang Kesejahteraan Sosial UU No.23/2014 tentang Pemerintahan Daerah PP No.39/2012 ttg Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial PP No.63/2013 ttg Pelaksanaan Upaya Penanganan Fakir Miskin melalui Pendekatan Wilayah Pasal 11 ayat (8), dan Pasal 11 A ayat (3) PP No.76/2015 tentang PBI Jaminan Kesehatan Permensos No.10/2016 ttg Mekanisme Penggunaan Data Terpadu Program Penanganan Fakir Miskin	Berisi tentang pedoman umum verifikasi dan validasi terpadu penanganan fakir miskin dan orang tidak mampu meliputi: a. Struktur organisasi b. Mekanisme pelaksanaan c. Pengolahan dan penyajian data d. Monitoring dan evaluasi e. pendanaan
Permensos No.5/2019 tentang Pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial	UU No.40/2004 tentang SJSN UU No.39/2008 tentang Kementerian Negara UU No.11/2009 tentang Kesejahteraan Sosial UU No.13/2011 tentang Penanganan Fakir Miskin UU No.23/2014 tentang Pemerintahan Daerah UU No.8/2016 tentang Penyandang Disabilitas PP No.39/2012 ttg Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial PP No.76/2015 tentang PBI Jaminan Kesehatan Permensos No.5/2016 Permensos No.16/2017 Permensos No.9/2018	Menjelaskan pengelolaan data terpadu kesejahteraan sosial melalui tahapan: a. Pendataan b. Verifikasi dan validasi c. Penetapan d. penggunaan

Produk Hukum	Dasar Hukum	Substansi
Permensos No.21.2019 tentang Persyaratan dan Tata Cara Perubahan Data PBI JKN	UU No.40/2004 tentang SJSN UU No.39/2008 tentang Kementerian Negara UU No.11/2009 tentang Kesejahteraan Sosial UU No.13/2011 tentang Penanganan Fakir Miskin UU No.24/2011 tentang BPJS UU No.23/2014 tentang Pemerintahan Daerah UU No.8/2016 tentang Penyandang Disabilitas PP No.39/2012 ttg Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial PP No.63/2013 ttg Pelaksanaan Upaya Penanganan Fakir Miskin melalui Pendekatan Wilayah PP No.76/2015 tentang PBI Jaminan Kesehatan Perpres No.7/2015 tentang Organisasi Kementerian Negara Perpres No.82/2018 tentang Jaminan Kesehatan Permensos No.5/2019	Berisi aturan mengenai: <ul style="list-style-type: none"> Persyaratan mengenai Penghapusan; Penggantian; & Penambahan data PBI Tata cara mengenai Penghapusan; Penggantian; & Penambahan data PBI Perbaikan data PBI

Sumber: diolah penulis

Permensos No.5/2016 telah digantikan oleh Permensos No.21/2019, yang mengatur Perubahan data PBI JKN ke dalam empat kategori, yakni Penghapusan; Penggantian; Penambahan; dan Perbaikan Data.. Empat kategori tersebut diuraikan sebagai berikut:

Tabel 10 Definisi dan Ketentuan Perubahan Data PBI JKN dalam Permensos No.21/2019

Penghapusan	Penggantian	Penambahan	Perbaikan Data
Syarat: sudah tidak terdaftar dalam DTKS (sudah mampu, tidak ditemukan keberadaannya, berubah menjadi PPU, & atas permintaan pribadi); Meninggal dunia; dan terdaftar 1x dalam kepesertaan PBI JKN.	Syarat: Ada dalam DTKS tetapi belum terdaftar dalam berkas induk BPJS Kesehatan sebagai peserta aktif; ada penghapusan; dan belum melampaui jumlah PBI JKN APBN Sumber Data: DTKS, bayi dari Ibu PBI (melalui BPJS Kes atau Dinas Sosial), PBI yang dihapus namun layak membutuhkan layanan kesehatan	Syarat: Ada dalam DTKS tetapi belum terdaftar dalam berkas induk BPJS Kesehatan sebagai peserta aktif; ada penghapusan; dan belum melampaui jumlah PBI JKN APBN; Dan telah melampaui jumlah PBI JKN APBN	Syarat: Berasal dari data yang sudah didaftarkan di BPJS Kesehatan & DTKS. Perbaikan berupa perubahan; domisili, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, & perbaikan NIK
Oleh: Peserta, Perusahaan, BPJS Kesehatan, dan/atau Dinas Sosial Kab/Kota	Oleh: BPJS Kesehatan dan/atau Dinas Sosial Kab/Kota	Oleh: Kementerian Sosial setelah berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan	Oleh: BPJS Kesehatan dan/atau Dinas Sosial Kab/Kota

Sumber: Diolah penulis

Berdasarkan tabel 9, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kab/Kota, Kementerian Keuangan, dan Kementerian Sosial dapat melakukan perubahan data PBI JKN. Setelah menganalisis isi Permensos di atas yang bertanggung jawab terhadap kepastian dan keakuratan data PBI JKN APBN adalah Kementerian Sosial. Persoalannya ada pada dalam proses perubahan data JKN yakni, penghapusan, penggantian, & perbaikan nama oleh BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan tidak memberi tembusan kepada

Dinas Sosial Kab/Kota/Provinsi melainkan melaporkan secara berjenjang kepada BPJS Kesehatan Cabang/Kantor Layanan sampai pada BPJS Kesehatan tingkat Pusat.

Dinas Sosial Kab/Kota (Pemerintah Daerah) baru akan mendapat keterangan perubahan data oleh BPJS Kesehatan setelah dikirimkan oleh Kementerian Sosial melalui SIKS.NG. Fenomena ini rentan memutus koordinasi yang responsif baik antara BPJS Kesehatan cabang/kantor layanan dengan Dinas Sosial Kab/Kota. Sebab, perubahan data PBI JKN tersebut sangat mempengaruhi akses pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin maupun tidak mampu. Sedangkan, sakit adalah suatu hal yang sulit diprediksi (*uncertainty*). Berkaca pada Permensos No.5/2016 yang telah dicabut atau tidak berlaku, menerapkan mekanisme yang serupa tata kelola sentralistis, bahkan dalam pelaporan BPJS Kesehatan cabang/kantor layanan ke Pusat harus memberikan surat tembusan ke Dinas Sosial (Pemerintah Daerah). Namun pada implementasinya, data *by name by address* sangat sulit didapat oleh pemerintah daerah sebagai dasar perencanaan dan penganggaran kebijakan kesehatan di wilayahnya (PKMK FK-KMK UGM, 2019-2020).

Hasil investigasi Tim Tempo mengungkap praktik kacaunya pendataan, dan penggunaan kepesertaan PBI JKN (Tempo, 2020). Artinya, kemajuan teknologi tidak memiliki makna. Apabila permasalahan klasik, buruknya tata Kelola data kemiskinan belum mampu terselesaikan. Penanggulangan kemiskinan memerlukan satu data dalam satu pintu, tetapi juga butuh peran semua pihak. Selain itu, sistem jaminan sosial merupakan sistem pengumpul dana publik yang optimal. Untuk mencapainya diperlukan adanya sistem pencatatan populasi yang rapi mengenai riwayat pekerjaan, Pendidikan, keluarga dan aset pribadi (Wisnu Dinna, 2012). Di sisi lain, kelompok miskin dan rentan sering tertinggal karena sulitnya proses identifikasi dan verifikasi data kependudukan yang memenuhi hukum. Selain itu, kemiskinan adalah proses yang dinamis dan karenanya mengkategorikan orang miskin dan orang tidak mampu/rentan ke dalam kategori yang kaku dapat menyebabkan tindakan “pemiskinan” (Pokuaa *et al.*, 2018).

Selain itu kusutnya data kepesertaan PBI ini, membuat pemerintah mengeluarkan Perpres No.64/2020. Perpres tersebut dinilai inkonsistensi dengan UU SJSN. Pasal 34 dalam Perpres ini mengatur mengenai bantuan iuran pemerintah untuk segmen peserta PBPU dan BP. Menelaah isi UU SJSN disebutkan bahwa penerima bantuan iuran adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. UU SJSN dan UU BPJS bahkan peraturan pelaksanaannya menyatakan bahwa PBPU dan BP bukan termasuk dalam kelompok masyarakat penerima bantuan iuran (Perpres No.82/2018).

2) Pemaknaan PBI APBN dan PBI APBD

Menurut Pasal 14 UU SJSN menjelaskan bahwa Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada BPJS. Penerima bantuan iuran adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang dimaksud dalam UU SJSN merujuk pada Pasal 34 UUD 1945, yakni: fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara dan negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Secara teknis, PP No.76/2015 menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan atau keluarganya. Sedangkan orang tidak mampu adalah orang yang

mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak, namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.

Makna PBI yang diamanatkan bagi fakir miskin dan tidak mampu, memiliki makna berbeda di tingkat daerah, misal Pergub DKI No.169/2016 menyebutkan bahwa peserta PBI merupakan orang dengan kriteria:

- a. Tidak termasuk dalam data kepesertaan program JKN yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat
- b. Telah memiliki KK daerah dan KTP daerah
- c. **Bersedia untuk berobat pada pelayanan kesehatan tingkat pertama dan/atau ruang rawat kelas III pada pelayanan FKTL (RS).**

Kemudian, Perwal Yogyakarta No.69/2018 menetapkan kriteria penduduk yang didaftarkan Pemerintah Daerah dalam proram JKN, yakni:

- a. Penduduk daerah yang tidak termasuk dalam data kepesertaan program JKN yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat
- b. Penduduk daerah yang termasuk PBI daerah
- c. Bayi baru lahir dari penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah
- d. WBS (Warga Binaan Sosial) yang terdaftar pada Dinas Sosial
- e. Telah memiliki KTP atau KIA daerah; dan/atau
- f. **Bersedia berobat pada pelayanan kesehatan tingkat pertama (puskesmas) di daerah dan/atau ruang rawat kelas III pelayanan FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan**

Sedangkan Perwal Surabaya No.24/2018 menetapkan kewenangan pemerintah daerah mendaftarkan dan **membayai iuran jaminan kesehatan bagi sebuah kelompok tertentu**. Kelompok tertentu yang dimaksud terdiri dari 40 jenis, yakni kelompok relawan HIV/TB; kelompok Ibu Pemantau Jentik; Kelompok Kader Sanitasi; Kelompok Upaya Kesehatan Kerja; Kelompok Kader Posyandu Lansia; Kelompok Kader Paliatif; Kelompok Posyandu Balita; Kelompok Kader Posyandu Remaja; Kelompok Kader Keluarah Siaga; Kelompok Petugas Pemungut Sampah Kampung/RT/RW; Kelompok Juru Kunci Makam; Kelompok Pengurus Yayasan; Kelompok Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan; Kelompok Pekerja Sosial Masyarakat; Kelompok Karang Taruna; Kelompok Pengurus Rumah Ibadah; Kelompok Modin; Kelompok Guru Tidak Tetap; Kelompok Budan PAUD; Kelompok Penjaga Sekolah; Kelompok Guru Ngaji; Kelompok Kader IMP; Kelompok Peserta Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat; Kelompok Pertambak Garam; Kelompok Nelayan; Kelompok Pedagang Besar Tradisional; Kelompok Atlet Berprestasi; Kelompok Pedagang Sentra Tradisional; Kelompok Pedagang Sentra Wisata Kuliner; Kelompok Federasi Olahraga dan Rekreasi Masyarakat, dan sebagainya, dan seterusnya (Selengkapnya bisa diakses dalam Perwal tersebut).

Uraian di atas menjelaskan bahwa ada pemaknaan berbeda PBI yang diatur dalam UU SJSN, dengan Peraturan yang dibentuk oleh pemerintah daerah dalam mengoptimalkan program JKN. Namun hal ini sangat mudah diselesaikan, karena menurut kedudukan UU dalam hierarki peraturan perundang-undang lebih tinggi dari Perda, maka jika ada perbedaan norma atau pengaturan, UU yang harus dipilih menjadi rujukan.

Selain itu, situasi perbedaan makna kepesertaan PBI yang cenderung diacuhkan, menggambarkan bahwa dalam asuransi kesehatan sukarela (JKN), BPJS Kesehatan dan DJSN belum melakukan proses *underwriting*, yakni melakukan berbagai kajian terhadap permohonan pendaftar baru sebagai

peserta yang diajukan calon peserta sebelum keputusan akhir terhadap kasus permohonan tersebut ditetapkan (Trisnantoro, 2019). Kesuksesan skema asuransi kesehatan memang tidak terlepas dari strategi politik kepala daerah dalam menguasai persepsi publik, memanfaatkan jejaring, dan mengeksploitasi isu yang didukung masyarakat dan parlemen daerah. Isu kesehatan yang merupakan sebuah inovasi yang baik, pada realitanya sering tidak dirancang secara matang, dan tidak seutuhnya bertujuan untuk memberikan perlindungan finansial dan akses kesehatan kepada masyarakat seluas-luasnya (Fuady, 2019).

3) Gugatan dan Penegakan Hukum Kepatuhan Peserta PBPU dalam program JKN

Sejak tahun 2014, pemerintah telah menetapkan secara simultan kewajiban menjadi peserta program JKN. Kepesertaan terdiri dari berbagai segmen (Lihat Tabel). Persoalan dalam kepesertaan JKN adalah segmen PBPU, yang menurut data, merupakan segmen peserta yang menggunakan dana JKN tertinggi dari segmen lain, dan paling banyak menunggak, dan beberapa pihak ada yang mengajukan gugatan ke Mahkamah Agung untuk menghapus kepesertaan yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia. Gugatan tersebut muncul pada masyarakat dengan alasan:

- Negara telah melepas tanggung jawab dengan tidak mampu membiayai kebutuhan pemeliharaan kesehatan Pekerja, dan negara. Kepesertaan bersifat wajib ini sebenarnya menjadikan Pekerja membiayai pemeliharaan kesehatannya melalui iuran pekerja kepada BPJS Kesehatan. Iuran yang dibayarkan bisa saja digunakan untuk operasional BPJS (Putusan MK No.138/PUU-XII Tahun 2014).
- Masyarakat menilai bahwa program JKN bersifat sosial, seharusnya tidak memaksakan setiap warga negara untuk menjadi peserta (Putusan MK No.119/PUU-XIII/2015).
- Bahkan gugatan muncul dari pemerintah daerah, merasa kepesertaan bersifat wajib dalam Pasal 4, Pasal 14 dan Pasal 16 bertentangan dengan amanat Pasal 18 Ayat (2,3 dan 6), serta Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 jo Pasal 11, dan Pasal 13 UU Pemerintahan Daerah. Prinsip kepesertaan bersifat wajib belum dapat diterapkan menyuluruh kepada semua orang, apalagi disertai dengan iuran (Putusan MK No. 101/PUU-XIC/2016).
- Masyarakat mampu lebih memilih membeli asuransi swasta, karena lebih besar manfaatnya dan lebih mudah digunakan. Paket manfaat yang diberikan oleh program JKN tidak memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat tertentu, karena BPJS Kesehatan dalam prakteknya menerapkan rujukan berjenjang, peserta dalam keadaan sakit tidak bisa langsung memilih rumah sakit tipe B atau tipe A; tidak semua obat dicover oleh BPJS Kesehatan, berbeda dengan asuransi swasta dan meskipun BPJS Kesehatan menyelenggarakan program JKN dengan prinsip asuransi sosial dimana yang kaya membantu yang miskin, yang sehat membantu yang sakit, tetapi penarikan iuran yang longgar hukumnya menyebabkan golongan masyarakat mampu mendaftar menjadi peserta JKN Ketika sakit, dan menunggak Ketika sembuh. Akhirnya program JKN rapuh karena subsidi yang tidak tepat sasaran (Putusan MK No.7/PUU-XVII/2019).

Namun, hakim Mahkamah Konstitusi menolak gugatan tersebut dengan pertimbangan hukum sebagai berikut:

“...Bahwa kendapitun UUD 1945 telah secara tegas mewajibkan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial, tetapi UUD 1945 tidak mewajibkan kepada negara untuk menganut atau memilih sistem tertentu dalam pengembangan sistem jaminan sosial dimaksud. UUD 1945, dalam Pasal 34 ayat (2), hanya menentukan kriteria konstitusional-yang sekaligus merupakan tujuan dari sistem jaminan sosial yang harus dikembangkan oleh negara, yaitu sistem dimaksud harus mencakup seluruh rakyat dengan maksud untuk memberdayakan

masyarakat lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Dengan demikian, sistem apapun yang dipilih dalam pengembangan jaminan sosial tersebut harus dianggap konstitusional...” (Putusan MK No.50/PUU-VIII/2010)

“...karakteristik asuransi sosial yang mengatur paket jaminan atau manfaat medis, relative sama untuk semua peserta dan iuran yang proporsional terhadap upah akan memfasilitasi terciptanya keadilan yang merata (equity egaliter), sehingga sistem ini memungkinkan negara untuk memenuhi hak layanan kesehatan sesuai dengan Pasal 28 H UUD 1945...” (Putusan MK No.50/PUU-VIII/2010)

“...Seseorang dengan penghasilan lebih sehingga menginginkan pelayanan kesehatan di luar kebutuhan dasarnya tetap dapat memilih layanan kesehatan yang diinginkan (naik kelas), tentu dengan selisih dari biaya yang menjadi haknya. Hal tersebut sesuai dengan prinsip equity liberter, yaitu hak layanan kesehatan diperoleh seseorang sesuai dengan bayaran orang tersebut...” (Putusan MK No.50/PUU-VIII/2010)

“...Bahwa pada prinsipnya iuran wajib adalah sama dengan pajak penghasilan (PPh), iuran asuransi sosial disebut juga sebagai pajak jaminan sosial (social security tax). Perbedaannya adalah, PPh bersifat progresif di mana semakin banyak upah yang diterima maka semakin besar pajak yang harus dibayarkan, sedangkan iuran bersifat regresif...” (Putusan MK No.138/PUU-XII/2014)

“...Bahwa berkenaan dengan dalil Pemohon yang berkaitan dengan keinginan Pemohon tetap menjadi peserta asuransi swasta yakni dari PT Prudential, menurut Mahkamah, hal tersebut merupakan sebuah pilihan yang dapat diambil oleh Pemohon tanpa menggugurkan kewajiban Pemohon untuk menjadi peserta program BPJS Kesehatan. Sebab hal tersebut justru seharusnya merupakan keberuntungan bagi Pemohon yang diberikan kemampuan untuk dapat membayar premi asuransi yang setiap bulannya Rp. 600.000.-(enam ratus ribu rupiah) (bukti P-4) pada asuransi swasta Prudential, sekaligus juga dapat menjadi kesempatan bagi Pemohon untuk mewujudkan sikap solidaritas untuk membantu sesama dengan menjadi peserta pada program BPJS Kesehatan, karena pada dasarnya prinsip program BPJS Kesehatan adalah bersifat gotong royong yang mengandung esensi yang mampu membantu yang tidak mampu dan yang sehat membantu yang sakit...” (Putusan MK No.7/PUU-IX/2019).

Dalam cita-cita hukum UU SJSN dan UU BPJS telah memuat tujuan umum yang mulia, dan kepesertaan bersifat wajib dalam UU SJSN dan UU BPJS *memang* telah sesuai dengan amanat hukum tertinggi (UUD 1945). Namun yang krusial menjadi perhatian, dalam enam tahun pelaksanaannya program JKN, prinsip gotong royong belum terwujud dalam program JKN. Pernyataan ini didasarkan karena BPJS Kesehatan belum melaksanakan kebijakan kompensasi yang telah diamanatkan dalam Pasal 23 ayat 3 UU SJSN (akan dijelaskan lebih detil dalam Bab Pelayanan Kesehatan). BPJS Kesehatan belum mampu melaksanakan kebijakan kompensasi karena terjadi kebocoran penggunaan biaya JKN (*tidak melakukan underwriting*) pada segmen peserta PBPU, Peserta PBI APBD (yang didaftarkan Pemda, dan PBPU (Webinar BKF Kemenkeu, 2020).

Salah satu yang penting dan luput dari asuransi sosial di Indonesia adalah tidak adanya basis hukum yang kuat dan dapat menopang keberlangsungan dalam jangka panjang (Fuady, 2019). Misal, Pasal 17 UU BPJS memuat adanya pengenaan sanksi administratif bagi pemberi kerja, dan setiap orang yang tidak mendaftarkan dirinya dan keluarganya menjadi peserta program JKN kepada BPJS Kesehatan. Kemudian, muncul PP No.86/2013 mengatur ketentuan tentang pengenaan sanksi administratif tersebut, berupa teguran tertulis, denda, dan tidak mendapat pelayanan publik tertentu. Pengenaan sanksi tidak mendapat pelayanan publik tertentu dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota atas permintaan BPJS, diuraikan sebagai berikut:

- Sanksi Pemberi Kerja, meliputi perizinan usaha, izin untuk mengikuti tender proyek, izin memperkerjakan tenaga kerja asing, izin perusahaan penyedia jasa pekerja/buruh; dan izin mendirikan bangunan (IMB).
- Sanksi bagi setiap orang (individu), yakni tidak mendapat layanan publik seperti IMB; Surat Izin Mengemudi (SIM); sertifikat tanah; paspor dan Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK).

Namun, PP No.86/2013 belum optimal dalam pelaksanaannya. Pemerintah dan Pemerintah Daerah belum membentuk mekanisme pengenaan sanksi ketidakpatuhan membayar iuran BPJS Kesehatan terutama bagi peserta PBPJ yang mendaftar secara mandiri. Akibatnya, banyak segmen peserta PBPJ yang cenderung memanfaatkan JKN ketika membutuhkan, dan setelahnya menunggak untuk rutin membayar iuran. Program JKN yang dijalankan dengan mekanisme asuransi sosial, selama enam tahun menemukan banyaknya *adverse selection*, yang dipengaruhi berbagai hal antara lain (Trisnantoro, 2019):

- Sistem dan situasi nasional masih memungkinkan masyarakat tidak menjadi anggota BPJS. Tidak mungkin memaksa seluruh masyarakat mengikuti BPJS.
- Besarnya premi yang dibayar oleh masyarakat ialah sama di seluruh wilayah Indonesia. Misal premi untuk kelas III antara DKI dan NTT sama besarnya. Tetapi, peserta JKN di DKI lebih besar memiliki kesempatan mengakses layanan kesehatan dari pada peserta JKN yang berada di NTT yang masih mengalami hambatan tidak hanya akomodasi, tetapi keterbatasan layanan kesehatan.

Selain itu, kompleksnya dinamika pendataan masyarakat miskin telah menguras banyak tenaga pemerintah daerah pada kepesertaan PBI, & lemah koordinasi antara BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah berdampak lemahnya respon pemerintah dalam pengaturan sanksi tersebut (PKMK FK-KMK UGM, 2020). Undang-Undang bukanlah sebuah teks yang sudah selesai. Berbagai undang-undang selalu memuat pendelegasian kewenangan untuk mengatur lebih lanjut sesuatu hal dengan peraturan turunan atau pelaksana (Jimly, 2006). Meskipun kejelasan tujuan dan kejelasan rumusan telah dikenal menjadi asas pembentukan peraturan perundang-undangan, namun dalam kenyataannya banyak undang-undang yang diimplementasikan tidak sebagaimana mestinya. Di sisi lain, UU sebagai produk politik banyak memuat hal yang dipengaruhi oleh arus pemikiran dominan kekuasaan politik pada waktu tertentu.

Aspek Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan uraian dalam hasil, persoalan dalam aspek pelayanan yakni, akses paket manfaat JKN belum merata dinikmati penduduk di berbagai wilayah Indonesia. Hal ini dikarenakan belum dijalkannya kebijakan kompensasi dalam Pasal 23 ayat 3 UU SJSN, dan pelaksanaan rujukan rumah sakit yang belum optimal. Kebijakan kompensasi adalah inisiasi pembentuk UU SJSN untuk mewujudkan pemerataan (*equity*) pelayanan kesehatan dalam program JKN. Kebijakan ini tentu dilatarbelakangi masih besarnya *gap* wilayah yang memiliki fasilitas memenuhi standar, dengan wilayah yang sedang mengembangkan jumlah dan kompetensi fasilitas kesehatan.

Kebijakan kompensasi adalah perlakuan khusus untuk memberikan kesempatan akses pada penduduk yang berada di *rural area*. Menurut Pasal 28 D ayat (1) UUD 1945 mengandung pengertian keadilan bukanlah selalu memperlakukan sama terhadap hal-hal yang memang sama dan memperlakukan berbeda terhadap hal-hal yang berbeda, sehingga justru tidak adil apabila terhadap hal-hal yang

berbeda diperlakukan sama. Karakter atau ciri dari layanan kesehatan adalah adanya ketidakpastian (*uncertainty*), sedangkan akses terhadap fasilitas kesehatan merupakan hak konstitusional warga negara Indonesia.

Perlu untuk diketahui bahwa faktor ketimpangan *supply side* merupakan fenomena global, dimana banyak negara yang mengimplementasikan sistem asuransi kesehatan mengalami masalah kesenjangan atau *inequity* yang serupa (PKMK FK-KMK UGM, 2019). Studi di Taiwan, telah menunjukkan disparitas geografis muncul akibat alokasi sumber daya yang tidak setara dan terpusat hanya di daerah metropolitan sementara daerah pedesaan tetap tertinggal (Kreng and Yang 2011). Masalah disparitas dalam layanan kardiovaskuler tersebut berdampak keadilan sosial dalam stuktur sosial dan sistem ekonomi (Cooper et al. 2016).

Selain itu, kendala terbesar untuk pelaksanaan sistem rujukan dalam program JKN di Indonesia adalah penyebaran fasilitas kesehatan yang sangat tidak merata. Sejak awal, RS Publik maupun privat cenderung berkembang jumlahnya di Pulau Jawa dan daerah-daerah maju, tetapi kurang berkembang di daerah yang kurang maju, dan DTPK (Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan). Sejak kebijakan JKN diimplementasikan, *gap* antara daerah maju dengan daerah kurang maju menjadi semakin lebar (Trisnantoro, 2019).

Rujukan RS Nasional mulanya diatur dalam Kepmenkes No.HK.02.02.MENKES/390/2014, kemudian pada tahun 2019 rujukan RS Nasional diatur dalam Permenkes No.30/2019, namun tak berapa dari itu dibatalkan dan muncul Permenkes No.3/2020 sebagai regulasi terbaru dalam mengatur sistem rujukan RS. Pada 2019, berbagai hambatan disinyalir membuat belum optimalnya sistem rujukan RS Nasional, seperti ketidakjelasan hubungan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan dalam hal pengaturan sistem rujukan. Perbedaan pendapat muncul dalam menentukan rujukan berjenjang berbasis kompetensi atau rujukan berbasis kelas RS.

Aspek Pembiayaan Kesehatan

Program JKN mempengaruhi peningkatan akses masyarakat kepada pelayanan kesehatan. Tren menunjukkan sejak 2014 hingga 2018 biaya pelayanan kesehatan per orang per bulan semakin membesar. Tingkat pemanfaatan biaya didominasi oleh segmen PBI APBD (Peserta yang didaftarkan pemerintah daerah), segmen PBPU (mandiri atau pekerja informal), dan segmen BP. Di sisi lain, nilai iuran program JKN yang ditetapkan pemerintah sejak 2014 hingga 2020 masih *underpriced*. Hal ini menjadi salah satu penyebab defisit BPJS Kesehatan. Tentunya, banyak persoalan lain yang menjadi faktor penyebab defisit. Penelitian hanya akan menyoroti soal *miss-match atau underpriced* pada tarif iuran BPJS Kesehatan.

UU SJSN menyebutkan bahwa dalam hal pembiayaan, kewenangan pemerintah yakni 1) mengatur mengenai pemberian manfaat jaminan kesehatan peserta JKN-KIS; 2) mengatur besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut; 3) menetapkan daftar dan harga tertinggi obat-obatan, serta bahan medis habis pakai yang dijamin BPJS; dan 4) menentukan besarnya iuran jaminan kesehatan untuk segmen PBI APBN, PPU, PBPU dan BP yang ditinjau secara berkala.

Pembentuk UU SJSN mengamanatkan lahirnya dua lembaga baru dalam pelaksanaan program jaminan sosial (Program JKN), yakni DJSN dan BPJS. Isi pasal 7 UU SJSN, menjelaskan bahwa DJSN bertanggung jawab langsung kepada Presiden. DJSN berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi

penyelenggaraan SJSN. DJSN bertugas untuk melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial; mengusulkan kebijakan investasi dana jaminan sosial nasional; dan mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah. DJSN sebagai Lembaga independen yang beranggotakan lima belas orang dari unsur pemerintah, tokoh/ahli bidang jaminan sosial, organisasi pemberi kerja, dan organisasi pekerja, memiliki kewenangan untuk melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial.

Kewenangan monitoring dan evaluasi dimaksudkan untuk menjamin terselenggaranya program jaminan sosial, termasuk tingkat kesehatan keuangan BPJS Kesehatan. Kajian dan penelitian yang dilakukan DJSN antara lain perihal penyesuaian masa transisi, standar operasional dan prosedur BPJS Kesehatan, besaran iuran dan manfaat, pentahapan kepesertaan dan perluasan program, pemenuhan hak peserta dan kewajiban BPJS Kesehatan.

Pada tahun 2015, DJSN telah melakukan kajian penetapan iuran persegmen peserta BPJS Kesehatan (Lihat Tabel 7). Namun, enam perpres yang dibentuk untuk penetapan iuran (Lihat Tabel 8), memuat besaran iuran yang masih dibawah hitungan PAI. Menariknya Perpres No.75/2019 dibatalkan oleh Putusa MA No.7P/HUM/2020 dengan pertimbangan hakim bahwa kenaikan besaran iuran BPJS terjadi dalam kondisi ekonomi global yang tidak menentu, serta aturan yang tidak tepat, sehingga tidak sesuai dengan tuntutan rasa keadilan masyarakat.

Sedangkan, Perpres No.64/2020, pemerintah memberikan subsidi kepada segmen PBPU Kelas III & BP Kelas III. Perpres No.64/2020 adalah diskresi pemerintah untuk membantu keaktifan segmen peserta informal di program JKN, dalam masa pandemi Covid.19. Sebab, UU SJSN menegaskan dalam Pasal 17, dan Pasal 21 bahwa pemerintah wajib memberi bantuan iuran pada 1) fakir miskin dan/atau orang tidak mampu; 2) peserta program JKN yang di PHK, dan sampai enam bulan belum mendapat pekerjaan; dan 3) orang cacat tetap atau total.

Artinya, Perpres No.64/2020 belum tentu dapat mengatasi defisit. Proses pelayanan kesehatan tidak bisa dipisahkan dengan pembiayaan kesehatan. Biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Pemberian subsidi pada peserta non PBI (PBPU dan BP) menyalahi UU SJSN. Tetapi, Menelaah isi Pasal 48 UU SJSN memuat bahwa "Pemerintah dapat melakukan tindakan-tindakan khusus guna menjamin terpeliharanya tingkat kesehatan keuangan BPJS". Diskresi pemerintah ini tentunya masih menggambarkan bahwa keuangan BPJS Kesehatan masih akan mengalami persoalan di masa mendatang.

Simpulan

Aspek kepesertaan mengalami banyak persoalan dikarenakan Indonesia belum memiliki basis data yang tertata. Selain itu, terjadi inkonsistensi makna segmen peserta PBI antara UU dan Perda. Hal ini mengakibatkan subsidi tidak tepat sasaran, pengumpulan dana tidak optimal, dan berpotensi menjadi celah *moral hazard* peserta dan aktor politik tak bertanggung jawab.

Program JKN terbukti mampu meningkatkan akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan. Sebuah prestasi baik yang patut diapresiasi. Namun, pelayanan program JKN ini dinilai belum mewujudkan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Selama ini Kementerian Kesehatan, dan BPJS Kesehatan mangkir untuk memenuhi amanat Pasal 23 ayat 3 UU SJSN mengenai kebijakan kompensasi atau

perlakukan khusus kesempatan akses bagi penduduk yang tinggal wilayah *rural*. Kebijakan kompensasi tidak boleh dianggap sebagai bentuk belas kasih, kebijakan kompensasi mutlak kewajiban negara dalam memenuhi hak kebutuhan dasar kesehatan masyarakatnya yang berada di wilayah terpencil, terbatas.

Sejak 2014 hingga saat ini (2020), pemerintah menetapkan iuran BPJS Kesehatan selalu dibawah hitungan nilai aktuarial. Hal ini menjadi penyebab utama defisit program JKN. Selain itu, pembiayaan kesehatan era JKN menghadapi banyak tantangan, seperti faktor subsidi pemerintah, faktor peran pemerintah daerah yang terbatas dalam pemerataan, faktor geografis (sebaran utilisasi pelayanan kesehatan), serta tantangan meningkatkan sumber dana untuk dana kesehatan secara berkeadilan.

Saran

Untuk memperbaiki kekusutan pada data kepesertaan program JKN, yang penting untuk ditindaklanjuti adalah 1) Menertibkan perda-perda yang memuat inkonsistensi makna PBI menurut UU SJSN; 2) memperbaiki sistem pendataan yang seragam, komprehensif dan terintegrasi antara Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Pemerintah Daerah (Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, dan Bappeda); 4) memastikan BPJS Kesehatan untuk transparan mengenai data-data penyelenggaraan JKN kepada pemerintah daerah dan akademisi. Hal ini guna meningkatkan partisipasi aktif berbagai pihak dalam memonitoring dan mengevaluasi program JKN; 3) Memberi tenggat waktu kepada pemerintah dan pemerintah daerah untuk memproduksi regulasi mengenai saksi bagi peserta mandiri (PBPU) yang menunggak bayar, dan perusahaan yang memanipulasi data, atau memperbaiki sistem pengumpulan iuran melalui pajak langsung yang proporsional.

Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan perlu menunaikan kewajiban kebijakan kompensasi dalam Pasal 23 ayat 3 UU SJSN. Peraturan pelaksanaan yang terbit tentang kebijakan kompensasi baik dari perpres maupun permenkes masih *copy paste* atau tidak memuat gagasan siap pakai. Kajian ini tentu masih sangat terbatas. Bagi pembaca diharapkan dapat melanjutkan penelitian lebih dalam mengenai teknis pelayanan yang dapat mewujudkan kesempatan sama (kompensasi) akses pelayanan kesehatan bagi wilayah dengan kondisi yang masih dalam ketimpangan atau tidak memadai dan fakir miskin. Kebijakan JKN adalah kebijakan pembangunan nasional yang harus diprioritaskan sebagai tanggung jawab negara, dan harus berpihak pada fakir miskin atau rentan (tidak mampu).

Atas persoalan defisit tersebut diatas, maka pemerintah perlu melakukan upaya:

- Mengimbangi dengan pemantauan dan evaluasi, khususnya pada kebijakan pusat dan kebijakan daerah dalam pemenuhan fasilitas kesehatan
- Pemerintah (Kementerian Kesehatan) segera menyelesaikan PNPK (Pedoman Nasional Praktik Kedokteran untuk seluruh jenis penyakit yang diperlukan
- Menerbitkan kelas Rumah Sakit untuk menghindari *Overpayment*
- Kebijakan mengenai urun biaya (*co-payment*) untuk peserta mandiri agar segera diimplementasikan, dalam upaya meminta kepada peserta yang mampu kesediaan menanggung 10% dari biaya kesehatan.

Referensi

Buku/Jurnal/Media Massa

- Aktariyani, Tri., Biljers Relmbuss F., Marthias T., & Trisnantoro L. 2020. *Hasil Penelitian Evaluasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DKI Jakarta: Aspek Tata Kelola (Sasaran-1, Sasaran-5, & Sasaran-8)*. Yogyakarta: PKMK FK-KMK UGM
<https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/tatakelola/Artikel-RE-DIY.pdf>
- Asshidiqie, Jimly. 2006. *Perihal Undang-Undang di Indonesia*. Jakarta. Rajawali Press.
- Azwar A. 1999. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga. Jakarta: Binarupa Aksara.
- BKF Kementerian Keuangan RI. (2020). *Webinar JKN Berkeadilan dan Berkesinambungan*.
<https://www.youtube.com/watch?v=KfEiZcnqlao>
- BPJS Kesehatan. 2016. *Ringkasan Eksekutif: Laporan Pengelolaan Program Dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan*, Jakarta: BPJS Kesehatan
- Christine Novita. 2019. *Tunggakan Peserta Mandiri Alasan BPJS Kesehatan Defisit*.
<https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20190910154814-78-429134/tunggakan-peserta-mandiri-alasan-bpjs-kesehatan-defisit>
- C.S.T Kansil. 1989. *Pengantar Ilmu Hukum Dan Tata Hukum Indonesia*, Jakarta: Balai Pustaka.
- DaSK PKMK FK-KMK UGM. (2020). Utilisasi Layanan Jantung diolah dari Data Sampel BPJS Kesehatan (1% dari Total Peserta JKN) Tahun 2015 - 2016. <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/utilisasi-peserta-JKN.html>
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. 2012. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*.
http://djsn.go.id/storage/app/media/Peta%20Jalan%20Jaminan%20Kesehatan/ROADMAP_JKN_EdisiRingkas_CDVersion.pdf
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. 2020. <http://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/>
- Endra, Febry Budi Setyawan. 2015. *Sistem Pembiayaan Kesehatan*. Malang: Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Malang, Jurnal Sistem Pembiayaan Kesehatan.
- Evans, D.B., Hsu, J., and Boerma, T. 2013, *The Importance of Values in Shaping How Health System Governance and Management Can Support Universal Health Coverage*. *Value in Health*, 16(1), S19-S23.
- Ferdinandus S Nggao. 2019 Tantangan Kenaikan Iuran JKN, <https://mediaindonesia.com/read/detail/256473-tantangan-kenaikan-iuran-jkn>
- Fuady, Ahmad. 2019. *Arsitektur Jaminan Kesehatan Indonesia; Capaian, Kritik dan Tantangan Masa Depan*. Jakarta. Sagung Seto
- KPK RI (Komisi Pemberantasan Korupsi Republik Indonesia), [Konferensi Pers] *Kajian Tata Kelola Dana Jaminan Sosial Kesehatan*, <https://www.youtube.com/watch?v=sfYijUF7Xdk&t=571s>, 2020, diakses pada 9 Juni 2020
- Mertokusumo, Sudikno. 2005. *Mengenal Hukum (Suatu Pengantar)*, Yogyakarta: Liberty.
- Lony, Karleanne, P. 2015. Analisis Sistem Rujukan Jaminana Kesehatan Nasional di RSUD Dr. Adji Darmo Kabupaten Lebak, Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan Februari 2015
- Naylor, M.D., Aiken, L.H., Kurtzman, E.T., Olds D.M., & Hirschman, K.B. 2011. *The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform*. *Health Affairs*, 30(4).
- Pisani E., Olivier Kok, M., & Nugroho K. 2017. *Indonesia's Road to Universal Health Coverage: A Political Journey*. *Health Policy and Management*, 32(2).
- PKMK FK-KMK UGM. (2019). *Working Paper Evaluasi 8 Sasaran Peta Jalan JKN dengan Pendekatan Realist Evaluation*, <https://drive.google.com/file/d/1RICGK8MQFMIsZb9PALd9jL7HxiXENGmN/view>
- PKMK FK-KMK UGM. (2020). *Laporan Hasil Penelitian Evaluasi JKN di 13 Provinsi*. Yogyakarta. PKMK FK-KMK UGM
- Pokuua Ama F., Yates Roberts & Thompson Rachel. (2018). *Insurance Schemes in Africa Leave out the Poor*. *Int Health* 2018; 10: 1–3 doi:10.1093/inthealth/ihx046 Advance Access publication 9 January 2018
- Pramita Dini, Sedayu Agung, Hermawan E, & Leandha. (2020). *Bolong-Bolong BPJS*.
<https://majalah.tempo.co/read/investigasi/160658/investigasi-penyebab-sebenarnya-bpjs-kesehatan-selalu-defisit>
- Rahma Ika G., & Aktariyani, Tri. 2020. *Hasil Penelitian Evaluasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DKI Jakarta: Aspek Tata Kelola (Sasaran-1, Sasaran-5, & Sasaran-8)*. Yogyakarta: PKMK FK-KMK UGM,
<https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/tatakelola/Artikel-RE-Jakarta.pdf>

- Sitepu, A. et al., (2018). *Pemanfaatan Data Terpadu pada Program Penanggulangan Fakir Miskin dalam Penanggulangan Fakir Miskin*. Jakarta. Puslitbangkesos
- Soekanto, Soerjono. 1982. *Kesadaran Hukum dan Kepatuhan Hukum*. Jakarta: Rajawali.
- Supranto, Johannes 2003. *Metode Penelitian Hukum dan Statistik*. Cetakan ke-I, Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Thabrany H, Setiawan E. Report of the study on referral care. Jakarta: Universitas Indonesia, 2016.
- Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2003. *Konsep Naskah Akademik Sistem Jaminan Sosial Nasional (KNA-SJSN)*, Jakarta, Sekretariat Wakil Presiden RI
- Trisnantoro, L. 2019. *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. Yogyakarta. UGM Press.
- Tutik Inayati. 2019. Kemensos Lakukan Sosialisasi Mitigasi Perubahan Data Peserta PBI-JK, <https://kemosos.go.id/kemosos-lakukan-sosialisasi-mitigasi-perubahan-data-peserta-pbi-jk>
- Victor B.Kreng, & Chi-Tien Yang. (2011). *The Equality of Resource Allocation in Health Care under the National Health Insurance System in Taiwan*. Health Policy 100 (2011) 203-210. doi:10.1016/j.healthpol.2010.08.003
- Wisnu Dinna. 2012. *Politik Sistem Jaminan Sosial; Menciptakan Rasa Aman dalam Ekonomi Pasar*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama

Peraturan Peundang-Undangan

- Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 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 Pemerintah Daerah
- Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan
- Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- Peraturan Pemerintah Nomor 102 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 37 Tahun 2007 Tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2006 Tentang Administrasi Kependudukan
- Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara Dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, Dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial
- Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 Tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Sosial Nomor 5 Tahun 2016 Tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Sosial Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Pedoman Umum Verifikasi Dan Validasi Data Terpadu Penanganan Fakir Miskin Dan Orang Tidak Mampu
- Peraturan Menteri Sosial Nomor 5 Tahun 2019 Tentang Pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial
- Peraturan Menteri Sosial Nomor 21 Tahun 2019 Tentang Persyaratan Dan Tata Cara Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 169 Tahun 2016 Tentang Kepesertaan Dan Pelayanan Jaminan Kesehatan
- Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 69 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah
- Peraturan Walikota Surabaya Nomor 24 Tahun 2018 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2017 Tentang Pembiayaan Program Jaminan Kesehatan Bagi Penduduk Kota Surabaya Yang Dibiayai Oleh APBD Kota Surabaya

Peraturan Dewan Jaminan Sosial Nasional Nomor 01 Tahun 2014 Tentang Pelaksanaan Pengawasan Dewan Jaminan Sosial Nasional Terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial

Keputusan Menteri Sosial Nomor Keputusan Menteri Sosial Nomor 79/HUK/2019 tentang Penonaktifan Dan Perubahan Data Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2019 Tahap Keenam

Keputusan Menteri Sosial Nomor 109/HUK/2019 Tentang Perubahan Data Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2019 Tahap Kedelapan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.02/MENKES/390/2014 Tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Nasional

Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 50/PUU-VIII/2010

Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 138/PUU-XII/2014

Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 119/PUU-XIII/2015

Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 101/PUU-XIC/2016

Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 7/PUU-XVII/2019

Putusan Mahkamah Agung Nomor 7P/HUM/2020



Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

Lt. 1 Gedung Penelitian dan Pengembangan FK-KMK UGM
Jl. Medika Yogyakarta 55281 | Email: chpm@ugm.ac.id |
Telp/Fax (hunting) (+62274) 549425