



PKMK
FK-KMK UGM

KNOWLEDGE
SECTOR INITIATIVE
AUSTRALIA INDONESIA PARTNERSHIP

DOKUMEN DAFTAR ISIAN MASALAH (DIM) PENGUATAN KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

Disusun Oleh

Tri Aktariyani, SH., MH, M. Faozi Kurniawan, SE., Akt., MPH, Chandra, SKM., MPH, Eva Tirtabayu Hasri, S.Kep., MPH, drg. Puti Aulia Rahma., MPH., CFE, Tri Muhartini, S.IP., MPA, dan Prof. Laksono Trisnantoro, M.Sc., PhD.

DOKUMEN DAFTAR ISI MASALAH (DIM) PENGUATAN KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)



Disusun Oleh

*Tri Aktariyani, SH., MH, M. Faozi Kurniawan, SE., Akt.,
MPH, Chandra, SKM., MPH, Eva Tirtabayu Hasri,
S.Kep., MPH, drg. Puti Aulia Rahma., MPH., CFE, Tri
Muhartini, S.IP., MPA, dan Prof. Laksono Trisnantoro,
M.Sc., PhD.*

Daftar Isi

<u>DOKUMEN DAFTAR ISIAN MASALAH (DIM) PENGUATAN KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)</u>	1
DAFTAR ISI	2
RINGKASAN EKSEKUTIF	3
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUJUAN	3
C. LANDASAN HUKUM	3
D. METODE PENULISAN	3
E. ASPEK ANALISIS KELAYAKAN OPSI	4
F. AKTIVITAS DAN DURASI	5
BAB II	7
MASALAH DAN OPSI KEBIJAKAN JKN	7
1.1 TOPIK TATA KELOLA KEBIJAKAN JKN	7
1.1.1 Rumusan Masalah Tata Kelola	7
1.1.2 Prakiraan Jika Masalah Tidak Diperbaiki	9
1.1.3 Usulan Opsi Perbaikan Kebijakan JKN	10
1.2 TOPIK EKUITAS KEBIJAKAN JKN	16
1.2.1 Rumusan Masalah Ekuitas	16
1.2.2 Prakiraan Jika Masalah Tidak Diperbaiki	19
1.2.3 Usulan Opsi Perbaikan Kebijakan JKN	23
BAB III	32
PENUTUP	32
A. KESIMPULAN	32
B. KELEBIHAN DAN KEKURANGAN	32
C. RENCANA TINDAK LANJUT	33

Ringkasan Eksekutif

Masalah Utama	Penyebab	Jika Diabaikan	Opsi
ASPEK TATA KELOLA			
Proses berbagi data dan informasi dalam ekosistem JKN belum berjalan interaktif	Pasal 10, 11, 13, dan 51 UU BPJS tidak mengatur tugas BPJS Kesehatan untuk mengembangkan sistem IT sesuai ekosistem JKN sebagai bukti pembentukan kebijakan dan monitoring serta evaluasi kebijakan JKN Penjelasan: - Selama 6 tahun data JKN belum digunakan sebagai bukti/dasar penyusunan kebijakan. Selain itu, belum jelas tentang mekanisme pemberian dan keterbukaan akses data-data program JKN. - UU BPJS masih berorientasi pada penggunaan data untuk meningkatkan kualitas layanan terhadap peserta. Padahal saat ini peran data tidak lagi sebatas komunikasi dengan	- Interoperabilitas data dua arah antara BPJS Kesehatan dengan berbagai K/L tidak memiliki payung hukum (kepastian). Akibatnya, interoperabilitas data hanya bersifat <i>itikad baik</i>. - Situasi ini mengakibatkan asimetris informasi karena sulitnya proses transfer informasi baik dari maupun ke BPJS Kesehatan.	Revisi UU BPJS, sbb: Menambahkan frasa tentang ekosistem JKN dalam pasal UU BPJS yang menjelaskan pengelolaan data, proses bisnis integrasi, dan penggunaan data untuk seluruh pemangku kepentingan. Frasa tersebut dapat menciptakan data yang terstruktur dan bermanfaat sebagai masukan pembuat kebijakan.

Masalah Utama	Penyebab	Jika Diabaikan	Opsi
ASPEK TATA KELOLA			
	fasilitas kesehatan dan peserta; - UU BPJS perlu mengakomodir interoperabilitas data untuk penguatan sistem kesehatan nasional. Misal, informasi <i>fraud</i> oleh fasilitas kesehatan, kurangnya faskes dalam suatu wilayah, dan intervensi kesehatan yang dibutuhkan. - Perpres No. 82/2018 dan Pasal 16 Perpres No.25/2020 telah mengatur kewajiban Direksi BPJS Kesehatan untuk memberikan data dan informasi kepada pemangku kepentingan. Hal ini membuka jalan bagi pelaksanaan interoperabilitas data yang lebih luas untuk K/L yang mengambil kebijakan dalam kerangka SKN.		
Pemerintah daerah tidak ikut	Dalam Pasal 13-17 UU SJSN hanya menyebutkan peran Pemda sebagai penegak	Urusan kesehatan dalam UU PEMDA yang dilimpahkan kepada Pemerintah Daerah	Revisi UU SJSN & UU BPJS dengan menambahkan Pasal tentang peran &

Masalah Utama	Penyebab	Jika Diabaikan	Opsi
ASPEK TATA KELOLA			
bertanggung jawab dalam program JKN.	kepatuhan membayar iuran dan kepesertaan. - Lalu, dalam UU BPJS tidak ada satu pasal yang menyebutkan peran & tanggung jawab pemerintah daerah. - UU SJSN & UU BPJS disharmonis dengan UU No.23/2014 Penjelasan: - Penyerapan dana operasional (kapitasi) sebagai upaya peningkatan promotif dan preventif tidak berjalan maksimal, dan kurangnya penegakan hukum dalam PP No. 86/2013. - Defisit BPJS Kesehatan terus terjadi dan jumlahnya kian bertambah.	seperti upaya promotif-preventif tidak berjalan sinergis dengan program JKN. - Tata kelola JKN diprediksi inefisiensi. - Defisit JKN menjadi beban pemerintah pusat saja (APBN). - Pengawasan mutu pelayanan rendah atau tidak jelas pertanggungjawabannya.	tanggung jawab pemerintah daerah, sbb: - Pemda wajib bertanggung jawab melakukan pengawasan mutu dan <i>fraud</i> pelayanan kesehatan. - Defisit BPJS Kesehatan tidak hanya ditanggulangi oleh APBN, tetapi juga APBD. - Kebijakan UKM JKN harus berjalan selaras dengan kebutuhan kesehatan masyarakat daerah.
Sistem jaminan sosial dalam UU BPJS tidak memiliki konsep	Pasal 4 UU BPJS bertentangan dengan Pasal 34 ayat (2) & ayat (3) UUD 1945 dan UU SJSN	- Dana Jaminan Sosial tidak tepat sasaran pada kelompok miskin dan wilayah sulit. - Defisit JKN akan terus terjadi.	Revisi UU BPJS, sbb: Perlu mempertegas makna frasa “wajib” Pasal 14 UU BPJS bahwa wajib di sini memiliki makna wajib

Masalah Utama	Penyebab	Jika Diabaikan	Opsi
ASPEK TATA KELOLA			
yang jelas dalam hal kepesertaan	Penjelasan: - Banyak penduduk yang memiliki asuransi komersil menggugat Pasal 14 UU BPJS Kesehatan ke Mahkamah Konstitusi. - Sifat wajib ini tidak tepat diartikan wajib menjadi peserta BPJS Kes, karena UU Bidang kesehatan yang terbit sebelumnya mengatur hak setiap orang untuk memilih pelayanan kesehatan. Hak ini adalah hak dasar yang juga wajib dipenuhi. - Artinya bisa timbul benturan regulasi antara BPJS Kesehatan dalam melakukan efisiensi dana JKN dengan hak setiap orang menentukan nasib sendiri (<i>second opinion</i> atau memilih pelayanan kesehatan). - Faktanya, defisit BPJS Kesehatan selama ini diakibatkan oleh peserta PBPU (masyarakat mampu) & kota-kota besar.	- Keadilan program JKN sulit terwujud. - Penduduk miskin terabaikan dalam sistem jaminan sosial. - Pembiayaan UKM tidak berjalan signifikan karena kekeliruan konsepsi UHC dalam program JKN.	memiliki asuransi sosial, (dibuktikan dengan kepesertaan di BPJS Kesehatan atau kepesertaan di asuransi kesehatan lainnya). - Perlu memperjelas konsep makna frasa peserta “program jaminan sosial” dalam Pasal 14 UU BPJS bahwa dalam konteks keuangan Negara Indonesia yang masih belum optimal, sistem jaminan sosial tidak hanya dijalankan dengan skema asuransi sosial, tetapi dapat dijalankan bersama asuransi swasta, seperti di Thailand. - Perlu mengatur sistem jaminan sosial dalam UU BPJS dengan memperhatikan pentingnya intervensi UKM & penguatan sistem kesehatan dalam program JKN dengan konteks disparitas faskes yang dimiliki Indonesia saat ini.

Masalah Utama	Penyebab	Jika Diabaikan	Opsi
ASPEK TATA KELOLA			
	Artinya, tidak terjadi gotong-royong. - JKN memang telah mampu meningkatkan akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan, tetapi capaian UKM sebagai “Public Good” tidak signifikan selama program ini berlangsung. - Sementara, keuangan Negara lemah & pengumpulan pajak belum optimal. Hal ini menjadi tantangan bagi keberlangsungan program JKN.		
Pengawasan dan akuntabilitas program JKN masih	- Pasal 8 ayat 3 UU SJSN mengenai ketua DJSN berasal dari unsur pemerintah - Perpres No. 46/2014 mengatur substansi yang bertentangan Pasal 7 UU SJSN mengenai kedudukan & fungsi DJSN dalam program jaminan sosial. Penjelasan:	- Sistem transparansi yang menghubungkan fungsi analisis dan revisi kebijakan sesuai perkembangan dan kebutuhan diprediksi tidak dapat bekerja sebagaimana mestinya. - Akan terus muncul <i>conflict of interest</i> dalam penentuan iuran BPJS Kesehatan. - Monev & pengawasan tidak berjalan.	Revisi Pasal 8 ayat 3 UU SJSN - Untuk menguatkan posisi DJSN sebagai lembaga pengawas eksternal, dibutuhkan ketua yang berasal dari unsur pemerintah agar tidak multi-fungsi dan jabatan sehingga memiliki independensi atas keputusan yang dibuat. Revisi Perpres No. 46/2016 : - Pemerintah perlu memperbaiki Perpres tersebut yang mengatur struktur

Masalah Utama	Penyebab	Jika Diabaikan	Opsi
ASPEK TATA KELOLA			
	- Lemahnya pengawasan dan transparansi tata kelola JKN. - Pengawasan DJSN terhadap PT Taspen & PT ASABRI tidak jelas pengaturannya. - Standar tarif menurut Perpres No 64/2020 dengan penetapan iuran menurut PAI (Persatuan Aktuaris Indonesia) apabila diakumulasikan, pendapatan iuran akan selalu kurang untuk menutupi biaya klaim (DPR RI, 2019 dan BPJS Kesehatan, 2019)		kelembagaan dan kewenangan DJSN sesuai amanat UU SJSN, yakni independen & memiliki sumber daya yang cukup untuk menjalankan tugas dan fungsinya (<i>think tank</i>).

Masalah Utama	Penyebab	Jika Diabaikan	Opsi
ASPEK KEADILAN/PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN (EQUITY)			
1. Defisit Penyelenggaraan JKN:	UU SJSN Pasal 1 ayat 7 "Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran	Dana amanat yang dalam satu <i>pool</i> telah menimbulkan adanya penggunaan surplus PBI APBN yang <i>by name by addres</i> untuk menutupi defisit dalam segmen	- Revisi UU SJSN Pasal 1 dengan frasa yang menegaskan bahwa: - Dana jaminan sosial terbagi dalam beberapa

Masalah Utama	Penyebab	Jika Dlabaikan	Opsi
ASPEK KEADILAN/PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN (EQUITY)			
- Selama 6 tahun JKN mengalami defisit. - Sistem <i>single pool</i> dan <i>single payer</i> dalam penyelenggaraan JKN - Iuran JKN masih di bawah perhitungan aktuarial, terutama untuk peserta mandiri (PBPJ). - Tunggakan iuran terjadi setiap tahun. - Paket manfaat tidak terbatas tanpa ada <i>cost sharing</i> untuk penyakit tertentu dan berbiaya mahal bagi peserta Non PBI.	beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial.” Penjelasan: - UUD 1945 Pasal 34 ayat 2: Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Pengembangan Jaminan sosial dengan prioritas pada masyarakat yang lemah dan tidak mampu. - Tidak ada pemisahan dana PBI khusus orang miskin dengan dana Non PBI. - Pencampuran Dana PBI APBN (masyarakat miskin) dana	PBPJ, PBI APBD dan BP sebesar 66 triliun selama 2014 - 2019. • Dana PBI APBN yang surplus terus terpakai untuk menutup defisit dari 2014 - 2020 Surplus PBI APBN Tahun 2014 = 6,2 triliun Tahun 2015 = 5,2 triliun Tahun 2016 = 7,3 triliun Tahun 2017 = 4,6 triliun Tahun 2018 = 3,7 triliun Tahun 2019 = 11,1 triliun Total dana APBN untuk menutup defisit 38,3 triliun. • Peserta yang tinggal di daerah terbatas fasilitas kesehatan belum dapat menerima paket manfaat yang sama dengan peserta yang tinggal di daerah dengan akses fasilitas kesehatan lebih lengkap dan mudah dijangkau. ○ Contoh kasus jantung: ▪ Rasio peserta JKN yang mengakses layanan Jantung didominasi oleh	<i>pool (multipool)</i> yaitu pemisahan antara <i>pool</i> dana PBI APBN, PBI APBD dengan PBPJ, BP, dan PPU. • Penambahan Pasal di UU SJSN pada Pasal 1 dengan frasa Dana PBI APBN dan APBD untuk masyarakat miskin dan tidak mampu tidak boleh digunakan untuk menutup defisit segmen peserta PPU, PBPJ, dan BP. • Pemda diharuskan ikut menanggung defisit dalam pelaksanaan JKN di daerahnya. Penetapan besaran iuran selain sesuai perhitungan aktuarial, perlu ditetapkan secara progresif.

Masalah Utama	Penyebab	Jika Dlabaikan	Opsi
ASPEK KEADILAN/PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN (EQUITY)			
	bukan masyarakat miskin karena sistem <i>single pool</i>. - Data masyarakat miskin mampu tidak dipunyai. - Perhitungan aktuarial segmen yang belum ideal.	kelompok peserta non-PBI. Di DKI Jakarta PBPU 11,3; BP 16,6 untuk PBI APBN 1,3. Sedangkan di NTT PBPU 4,6; BP 12,0 untuk PBI APBN 0,8. • Dengan status defisit menahun yang kerap kali ditambal oleh APBN, menunjukkan bahwa <i>fire management</i> pemerintah yang buruk, muncul porsi yang tidak seimbang jika dibandingkan dengan program-program kesehatan masyarakat lainnya di mana masih terdapat masalah kesehatan yang nyata, seperti angka kematian ibu yang masih tinggi, kasus TB yang masih tinggi 2013-0,4% dan 2018 - 0,42%, prevalensi merokok yang tinggi tahun 2013 - 24,3 dan 2018 - 24,3 (tidak ada pengurangan yang berdampak pada berbagai insidensi penyakit kronis).	

Masalah Utama	Penyebab	Jika Dlabaikan	Opsi
ASPEK KEADILAN/PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN (EQUITY)			
	Pasal 22 ayat 2 yaitu “Untuk Jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya”	Tidak ada dana untuk pelaksanaan kebijakan kompensasi bagi peserta PBI APBN di daerah tertinggal / terbelakang / terdepan agar mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang sama (Paket manfaat JKN yang sama). - Peserta JKN tidak tereduksi paket pelayanan dari JKN, sehingga masyarakat masih mengharapkan paket manfaat yang diberikan tidak dibatasi dan berpengaruh pada perilaku hidup sehat di masyarakat yang tidak disiplin dan diterapkan dengan baik - Upaya promotif dan preventif yang dilakukan oleh Pemerintah dan non pemerintah disinyalir tidak jelas arahnya karena perencanaan untuk promkes, implementasi JKN dan	- Revisi Pasal 22 ayat 2 dengan: 1. Memperjelas jenis pelayanan JKN yang menjadi paket manfaat yang ditanggung oleh JKN dan yang tidak ditanggung JKN 2. Menunjuk tim ahli dan independen dari berbagai keahlian untuk merumuskan formula paket manfaat JKN yang diterima masyarakat berdasarkan ATP dan WTP, dan meninjau ulang setiap 2 tahun. 3. Tindak lanjut Peraturan Operasional untuk memperkuat jenis - jenis pelayanan yang diberikan oleh JKN.

Masalah Utama	Penyebab	Jika Dlabaikan	Opsi
ASPEK KEADILAN/PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN (EQUITY)			
		edukasi perilaku hidup sehat masyarakat tidak terintegrasi.	
4. Ekuitas Penyelenggaraan JKN: - Defisit BPJS Kesehatan ditutup dengan Dana APBN. - Alokasi anggaran kesehatan kecil dan sebagian besar untuk JKN. - Berkurangnya investasi untuk pembangunan infrastruktur dan SDM Kesehatan belum direncanakan.	UU SJSN Pasal 19 ayat 1 “Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.” Penjelasan: - Definisi operasional prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan perlu dipertegaskan dengan memprioritaskan terlebih dahulu untuk masyarakat yang paling rentan yaitu masyarakat miskin dan tidak mampu serta masyarakat yang tinggal di daerah - daerah dengan fasilitas kesehatan yang belum mampu memenuhi pelayanan dasar kesehatan. - UUD 1945 Pasal 28H ayat 2 dan 3 yang menyatakan setiap	● Prinsip ekuitas dalam UU SJSN yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya tidak tercapai di daerah dengan fasilitas kesehatan yang terbatas. ● Peserta JKN tidak menerima paket manfaat yang sama terutama untuk peserta di daerah terpencil meskipun iuran yang dibayarkan sama dengan peserta yang mudah akses pelayanan kesehatan. ● JKN bertumpu pada APBN ditunjukkan selama JKN dana APBN dialokasikan untuk menutup defisit tahun 2014 - 2019 sebesar 40, 7 triliun. ● Anggaran kesehatan hanya mendapat 5% dari dana APBN	● Revisi UU SJSN Pasal 19 dengan menambahkan frasa prinsip ekuitas: ○ Prinsip ekuitas adalah paket manfaat yang diterima oleh peserta JKN sama di seluruh wilayah Indonesia. ○ Pemerintah Daerah diberi wewenang untuk menyediakan fasilitas kesehatan dan SDM Kesehatan sesuai kebutuhan untuk memenuhi kebutuhan medis peserta. Ini untuk memastikan bahwa prinsip ekuitas dapat tercapai terutama untuk daerah yang sulit akses pelayanan kesehatan.

Masalah Utama	Penyebab	Jika Dlabaikan	Opsi
ASPEK KEADILAN/PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN (EQUITY)			
	masyarakat berhak mendapatkan kemudahan mendapatkan manfaat yang sama dan berhak atas jaminan sosial. Masyarakat di DBTFMS belum menerima manfaat yang sama.	atau 3,1% dari PDB banyak terserap untuk JKN sehingga investasi kesehatan untuk infrastruktur, SDM kesehatan dan peralatan kesehatan tidak mendapatkan dana yang cukup untuk mendukung pemerataan pelayanan kesehatan di era JKN. ● Ketidakpastian investasi kesehatan menyebabkan Pasal 34 UU Ayat 3: Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak untuk masyarakat di DBTFMS sangat lamban dipenuhi. ○ Anggaran Dirjen Yankes tidak meningkat setiap tahunnya, seharusnya dana ini dapat digunakan untuk investasi pembangunan infrastruktur kesehatan dan peralatan kesehatan.	

Masalah Utama	Penyebab	Jika Dlabaikan	Opsi
ASPEK KEADILAN/PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN (EQUITY)			
		- Tahun 2015=16,5 triliun - Tahun 2016=15,9 triliun - Tahun 2017=15,3 triliun - Tahun 2018=15,9 triliun - Tahun 2019=16,4 triliun	
5. Pelaksanaan Kebijakan Kompensasi. - Peserta JKN tidak menerima paket manfaat yang sama di daerah terpencil, perbatasan maupun kepulauan dan di daerah dengan fasilitas kesehatan belum memenuhi syarat untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis peserta - Kebijakan Kompensasi belum	UU SJSN Pasal 23 ayat 3 “Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan Kompensasi.” Penjelasan: - Belum ada definisi operasional daerah yang menerima kompensasi. Belum ada Peraturan yang menjelaskan pedoman pelaksanaan kebijakan kompensasi.	• Puskesmas di daerah terpencil tidak dapat melayani standar pelayanan 144 diagnosis karena peralatan dan tenaga kesehatan yang terbatas. • Kurangnya Fasilitas Diagnosis di FKTL. Salah satu kasus adalah kanker payudara. PNPK Kanker Payudara oleh Kementerian Kesehatan merekomendasikan pemberian Trastuzumab pada pasien kanker payudara dengan status imunohistokimia (IHK) HER2+++ (positif 3). Terdapat 17 rumah sakit se-Indonesia, RSUD/RS tipe B rata-rata tidak memiliki fasilitas tersebut. Untuk melakukan tes IHK, pasien harus dirujuk ke RS rujukan tipe A, dan dengan keterbatasan pasien tentunya	• Revisi UU SJSN dengan menambahkan definisi operasional kompensasi pada Pasal 23 yaitu ○ Penjelasan Definisi Operasional Kebijakan Kompensasi ○ Kebijakan kompensasi adalah penggantian paket manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada peserta JKN yang belum dapat terpenuhi kebutuhan medisnya. • Pemerintah perlu mengeluarkan Peraturan Pedoman Teknis Pelaksanaan Kompensasi yang juga ○ Sumber dana pelaksanaan kebijakan kompensasi yaitu APBN dan APBD ○ Kerangka Kerja Kebijakan Kompensasi

Masalah Utama	Penyebab	Jika Dlabaikan	Opsi
ASPEK KEADILAN/PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN (EQUITY)			
dilaksanakan selama pelaksanaan JKN 2014 - 2020. Kebijakan kapitasi khusus di daerah terpencil belum membuktikan pemerataan dan mempermudah akses pelayanan kesehatan.		merujuk untuk proses diagnosis bukan perkara mudah, dari sisi pasien saja berapa <i>opportunity cost</i> yang hilang. Akibatnya sering kali pasien kanker menjalani kemoterapi meski tanpa pemeriksaan IHK.	○ Peran stakeholder yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan kompensasi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, BPJS Kesehatan dan swasta



BAB I

PENDAHULUAN

BAB I Pendahuluan

A. Latar Belakang

Jaminan kesehatan nasional (JKN) merupakan kebijakan yang dilaksanakan berdasarkan amanat UUD 1945, UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (UU BPJS). Kebijakan JKN resmi beroperasi tahun 2014, semenjak itu terjadi perubahan yang signifikan dalam sistem kesehatan di Indonesia terutama pada blok pembiayaan. Perubahan itu ditandai dengan dibentuknya dua lembaga baru yakni Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

BPJS Kesehatan adalah sebuah lembaga baru berbadan hukum publik yang dibentuk dengan tujuan mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta. Tugas BPJS Kesehatan yakni mengelola dana jaminan sosial untuk membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan peserta. Saat ini jumlah peserta program JKN per Oktober 2020 sebanyak 223.470.668 jiwa, atau 82,4% dari seluruh penduduk Indonesia (DJSN, 2020)¹. Selain itu, program JKN memberikan dua jenis manfaat yakni manfaat medis (pelayanan kesehatan yang komprehensif; promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif), dan manfaat non medis (akomodasi dan ambulans).

Program JKN mampu menyelamatkan banyak penduduk dari kemiskinan akibat sakit. Akan tetapi, program JKN menghadapi tantangan pada keberlanjutan pendanaan. Laporan keuangan JKN menunjukkan adanya permasalahan finansial. BPJS Kesehatan sebagai Badan pengelola program ini selalu mengalami defisit dan jumlah terus bertambah (PKMK FK-KMK UGM, 2020). Sementara itu, pembangunan kesehatan Indonesia masih menghadapi banyak tantangan di antaranya disparitas status dan akses pelayanan kesehatan antar-wilayah, mutu pelayanan kesehatan, SDM, dan farmasi. Kapasitas fiskal daerah masih relatif kecil dibandingkan tanggung jawab daerah melaksanakan urusan wajib daerah (Gani, 2019)².

Kajian ini berupaya menjawab pertanyaan kritis tentang: ***apakah kebijakan JKN telah mampu meningkatkan status kesehatan kita? Apakah telah terbentuk proteksi bencana akibat sakit? Apakah kebijakan JKN telah terlaksana secara merata dan adil bagi seluruh rakyat Indonesia?***

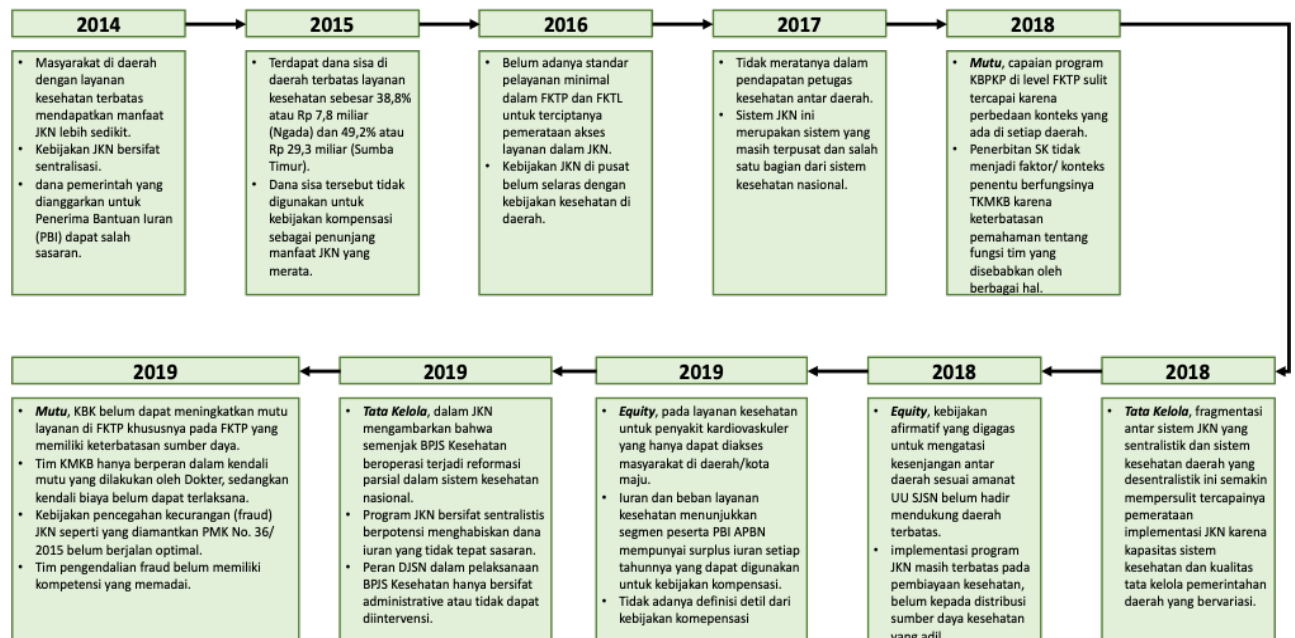
Untuk mengetahui capaian dan/atau dampak yang dihasilkan, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada (PKMK FK-KMK UGM) melakukan penelitian monitoring dan evaluasi terhadap kebijakan JKN. Monitoring dan evaluasi kebijakan ini dilandasi sumber hukum yaitu Pasal 28 UUD, Pasal 35 ayat (3) UU No.25 tahun 2009 tentang pelayanan publik, dan UU No. 15 tahun 2019 (perubahan UU No. 12 tahun 2011) tentang pembentukan peraturan perundang-undangan. Seluruh UU tersebut menyatakan bahwa setiap orang maupun kelompok dapat melakukan pengawasan, pemantauan, dan peninjauan terhadap suatu kebijakan.

¹ Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2020). <http://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/>.

² Gani, A. (2019). Pembiayaan Kesehatan dan JKN. Kementerian PPN/Bappenas, https://www.bappenas.go.id/files/4315/9339/2341/FA_Preview_HSR_Book08.pdf

Penelitian monitoring dan evaluasi kebijakan JKN telah dilakukan sejak 2014 - 2019 dengan cara mandiri dan bermitra. Pada tahun 2014 - 2017 PKMK FK-KMK UGM melakukan penelitian secara mandiri. Kemudian tahun 2018 melakukan penelitian kebijakan JKN dilakukan dengan pendekatan *realist evaluation* (RE) bersama tujuh provinsi (mitra). Hingga tahun 2019 pendekatan RE digunakan dalam penelitian kebijakan JKN bersama 13 provinsi (mitra) dengan dukungan dari *Knowledge Sector Initiative* (KSI). Kajian ini menghasilkan masalah kebijakan yang terbagi atas tiga topik yaitu: tata kelola, equity dan mutu.

Gambar 1. Hasil Penelitian Monitoring dan Evaluasi Kebijakan JKN 2014 - 2019



Menyikapi permasalahan yang sangat kompleks, PKMK FK-KMK UGM menginisiasi perbaikan kebijakan JKN dengan melibatkan para pengambil keputusan. Inisiasi perbaikan tersebut dilakukan dengan melakukan analisis kebijakan JKN dengan bentuk menyusun dokumen daftar isian masalah (DIM) yang terdiri atas tiga topik: tata kelola, equity dan mutu. DIM merupakan bentuk *evidence based* PKMK FK-KMK UGM untuk dipertimbangkan oleh para pengambil keputusan dalam proses perbaikan kebijakan JKN.

Dasar hukum dari penyusunan DIM adalah Pasal 96 ayat (1) dan (3) UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (UU PPP) yang menjelaskan bahwa masyarakat memiliki hak untuk memberikan masukan secara lisan/tertulis terhadap pembentukan suatu kebijakan. Selain itu, hasil penelitian dari 2014 - 2019 juga menjadi landasan utama penyusunan DIM. Melalui penyusunan dokumen ini, seluruh masalah dari hasil penelitian dirumuskan untuk menemukan akar penyebab dan menginisiasi opsi yang telah dianalisis kelayakannya.

Permasalahan yang dirumuskan dan opsi yang ditawarkan dalam dokumen DIM bergantung pada fokus masing-masing topik. Dalam topik tata kelola, permasalahan dan opsi mengenai transparansi dan akuntabilitas pelaksanaan kebijakan JKN. Topik equity menjelaskan masalah dan opsi berkaitan dengan defisit BPJS Kesehatan yang menimbulkan ketidakmerataan pemanfaatan layanan kesehatan kebijakan JKN. Sementara topik mutu dalam DIM ini merumuskan masalah dan opsi kebijakan JKN yang berkaitan dengan kapitasi berbasis kinerja (KBK), kendali mutu dan kendali biaya (KMKB) dan pengendalian kecurangan (*fraud*).

B. Tujuan

Penyusunan dokumen isian masalah bertujuan untuk:

- Mendukung perbaikan implementasi kebijakan JKN.
- Menerjemahkan hasil penelitian kebijakan JKN untuk dipahami pengambil keputusan.
- Merumuskan masalah kebijakan JKN (menemukan masalah utama dan akar penyebab).
- Mengidentifikasi opsi atau/ dan rekomendasi perbaikan kebijakan JKN yang ditawarkan ke pengambil keputusan.
- Mendukung proses advokasi kebijakan JKN di tingkat pusat.

C. Landasan Hukum

No.	Landasan Hukum / Regulasi	Ayat atau/ dan Pasal	Keterangan
1.	UUD 1945	Pasal 28, Pasal 28C ayat (2) dan (3), Pasal 28 E ayat (2) dan (3), dan Pasal 28F	Masyarakat memiliki hak untuk melakukan pengawasan yang dikonstruksikan sebagai partisipasi publik.
2.	UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik	Pasal 35 ayat (3)	Pengawasan eksternal penyelenggaraan pelayanan publik dilakukan melalui: a. pengawasan oleh masyarakat berupa laporan atau pengaduan dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
3.	UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan	Pasal 96 ayat (1) dan (3)	- Masyarakat berhak memberikan masukan secara lisan dan/ atau tertulis dalam pembentukan peraturan perundang-undangan. - Masyarakat yang dimaksud adalah perorangan atau kelompok yang mempunyai kepentingan atas substansi rancangan peraturan perundang-undangan.

D. Metode Penulisan

Penulisan DIM dilakukan dengan pendekatan kualitatif untuk merumuskan masalah dan opsi perbaikan kebijakan JKN. Data utama yang digunakan dalam penulisan DIM adalah laporan penelitian monitoring dan evaluasi 2014 -2019 kebijakan JKN. Selain itu, terdapat data pendukung lainnya seperti data sampel BPJS Kesehatan yang dikelola dalam Dashboard Sistem Kesehatan (DaSK) PKMK FK-KMK UGM, Sistem Monitoring dan Evaluasi DJSN, dan jurnal atau artikel yang berkaitan dengan JKN/asuransi kesehatan nasional/universal health coverage (UHC). Selama penyusunan DIM juga terdapat dua metode penting untuk dua tahapan, yaitu:

- Perumusan masalah kebijakan JKN

Tahapan perumusan masalah merupakan proses utama dari menghasilkan suatu alternatif dan/ atau rekomendasi perbaikan kebijakan (Dunn, 1991). Sebagaimana

karakter masalah kebijakan JKN yang kompleks dan multidimensi, maka perumusan pada setiap topik menggunakan metode analisis hirarkis. Metode tersebut digunakan untuk mengidentifikasi berbagai macam penyebab yang mempengaruhi munculnya masalah kebijakan JKN (O'shaughnessy, 1972). Melalui metode analisis hirarkis, perumusan masalah menemukan sebab yang masuk akal (*plausible causes*) dan sebab yang dapat ditindaklanjuti (*actionable causes*) pada setiap topik masalah. Selain itu, pohon masalah juga digunakan sebagai alat (*tool*) dalam perumusan masalah. Penggunaan *tool* tersebut membantu perumusan masalah utama, penyebab dan dampak dalam tiga topik kebijakan JKN (tata kelola, equity, dan mutu).

Data yang digunakan untuk perumusan masalah berupa data sekunder dan data primer. Data sekunder merupakan data jumlah kepesertaan, utilisasi, beban dan selisih iuran, dan literatur. Sumber dari data sekunder adalah BPJS Kesehatan, Sistem Monitoring dan Evaluasi DJSN, Kementerian Kesehatan, Dashboard Sistem Kesehatan (DaSK) PKMK FK-KMK UGM dan jurna/artikel terkait JKN. Sementara itu, data primer dari perumusan masalah adalah hasil wawancara saat melakukan penelitian evaluasi JKN tahun 2014 - 2019. Penelitian tahun 2014 - 2017 dilakukan secara mandiri, hingga tahun 2018 - 2019 PKMK FK-KMK UGM memperluas jejaring penelitian bersama mitra di 13 provinsi.

b. Analisis kelayakan alternatif

Dokumen DIM tidak hanya menyajikan masalah, tetapi juga opsi kebijakan JKN untuk diadaptasi oleh pengambil keputusan. Dasar perumusan opsi adalah penalaran logis dari ditemukannya akar penyebab masalah kebijakan JKN dari tiga topik (tata kelola, *equity*, dan mutu). Disisi lain, alternatif juga dirumuskan dari pengalaman negara lain dalam menjalankan universal health coverage (UHC). Opsi yang telah tersedia dianalisis dengan metode identifikasi aspek. Metode tersebut mengidentifikasi opsi dengan beberapa aspek, seperti: ekonomi, sosial, legal, administrasi, dan politik. Melalui identifikasi aspek, opsi telah dievaluasi sebelum diusulkan (Modul Analisis Kebijakan - LAN, 2015). Evaluasi alternatif dengan identifikasi aspek juga menghindari keberpihakan dan menjadi dasar atau pertimbangan kelayakan bagi penulis maupun pengambil keputusan (Patton dan Sawicki, 1993). Dengan adanya identifikasi aspek, analisis opsi kebijakan JKN yang dalam dokumen ini telah melewati tahapan pemeringkatan dengan menggunakan skala likert. Pemeringkatan juga diberikan berdasarkan data sekunder seperti, hasil penelitian sebelumnya (di luar PKMK FK-KMK UGM), sistematik review maupun jurnal atau artikel yang berkaitan dengan JKN/UHC/asuransi kesehatan nasional.

E. Aspek Analisis Kelayakan Opsi

Analisis kelayakan opsi bertujuan untuk menilai apakah opsi yang ditawarkan ke pengambil keputusan dapat menyelesaikan masalah. Sebagaimana telah dijelaskan pada bagian sebelumnya, analisis kelayakan menggunakan identifikasi aspek dengan data sekunder. Setiap topik (tata kelola, equity dan mutu) memiliki aspek yang berbeda dalam analisis kelayakan opsi. Pemilihan analisis aspek menyesuaikan topik dan opsi. Berikut aspek yang digunakan untuk analisis kelayakan:

1. **Aspek sosial** mempertimbangkan penerimaan dari masyarakat terhadap suatu opsi kebijakan. Dalam konteks kebijakan JKN, aspek sosial yang perlu dipertimbangkan adalah: bagaimana penerimaan masyarakat atau/dan segmen PBI, PBPU, BP dan PPU terhadap opsi kebijakan JKN? Selain itu, aspek ini juga mempertimbangkan perubahan kondisi layanan kesehatan: Apakah opsi kebijakan JKN yang diadaptasi pengambil keputusan dapat meningkatkan layanan kesehatan secara adil dan merata? Kelayakan opsi dalam aspek sosial memiliki penerimaan dari masyarakat dan meningkatkan layanan kesehatan.
2. **Aspek ekonomi** mempertimbangkan konsekuensi keuangan ketika opsi diadaptasi pengambil keputusan. Konsekuensi keuangan mengenai biaya atau anggaran yang dikeluarkan untuk opsi kebijakan: berapa besar biaya yang dikeluarkan untuk pelaksanaan opsi kebijakan? Selain biaya, aspek ekonomi juga mempertimbangkan manfaat yang dihasilkan: berapa besar manfaat keuangan yang didapatkan dari pelaksanaan opsi kebijakan? Opsi yang paling layak memiliki pengeluaran biaya yang rendah dan memiliki manfaat yang besar.
3. **Aspek legal** mengenai kesesuaian antara landasan hukum atau regulasi yang telah ada dan opsi kebijakan yang ditawarkan. Kelayakan dari opsi kebijakan dalam aspek legal memperhatikan: apakah opsi yang ditawarkan memiliki landasan hukum? apakah opsi yang ditawarkan dapat mendukung keberhasilan landasan hukum yang telah ada? Jika opsi kebijakan bertentangan dengan landasan hukum lain yang telah ada, maka kelayakannya rendah untuk diimplementasikan.
4. **Aspek administrasi** memperhitungkan kelayakan dari kompetensi, kapasitas dan komitmen dari pelaksana opsi. Apakah administrator memiliki kemampuan untuk melaksanakan opsi? atau Apakah opsi kebijakan dapat meningkatkan kemampuan administrator? Jika opsi tidak sesuai dengan kemampuan dan komitmen pelaksana, maka tidak layak untuk diadaptasi.

F. Aktivitas dan Durasi

Kegiatan	Waktu																
	Juli	Agustus				September				Oktober				November			
	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
DRAFT DIM																	
Pertemuan pembagian tugas penyusunan DIM																	
Penyusunan outline dan template DIM																	
Pemetaan (matriks) masalah dan opsi																	
Pengumpulan literatur untuk identifikasi opsi																	
Menarasikan hasil																	

pemetaan (matriks) ke dalam template DIM																	
FINALISASI DIM																	
Wawancara mendalam dengan pemangku kepentingan kunci																	
Expert review																	
Revisi Final																	



BAB II

MASALAH DAN OPSI KEBIJAKAN JKN

BAB II

Masalah dan Opsi Kebijakan JKN

1.1 Topik Tata Kelola Kebijakan JKN

1.1.1 Rumusan Masalah Tata Kelola

Dokumen ini hanya akan menganalisis dua nilai tata kelola (*good governance*) penyelenggaraan program JKN, yaitu transparansi dan akuntabilitas. Analisis tata kelola ini sengaja dibatasi karena dua nilai tersebut yang secara jelas dituangkan dalam dokumen peta jalan JKN dibandingkan nilai-nilai tata kelola lainnya. Syarat transparansi manajemen keuangan dalam peta jalan JKN dituliskan bahwa Pemerintah (Kemenkeu) bersama DJSN dan BPJS menyusun pedoman pencatatan dan pelaporan keuangan yang sesuai dengan Standar Akuntansi Khusus Jaminan Sosial yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Keuangan. Peraturan Keuangan BPJS harus memenuhi peraturan keuangan negara dan dapat dengan mudah diakses dan dipahami publik (Dokumen Peta Jalan Menuju JKN 2012-2019)³. Selain itu, fenomena belum maksimalnya badan penyelenggara jaminan sosial terdahulu, menjadikan akuntabilitas tata kelola BPJS sebagai badan hukum publik akan dengan ketat dipantau semua pihak.

Berdasarkan hasil penelitian sejak 2014-2019, transparansi dan akuntabilitas program JKN dinilai belum berjalan dengan baik. Pernyataan ini dilandasi berdasarkan fakta-fakta yang ditemukan sebagai berikut:

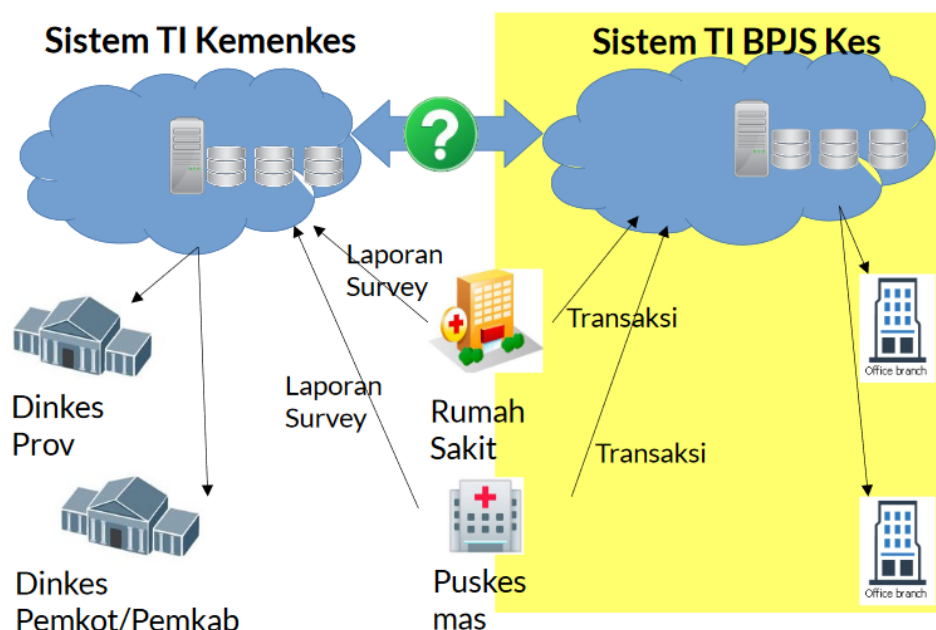
- *Pertama*, pada tahun 2018, BPJS Kesehatan mengeluarkan (1) Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Katarak Dalam Program Jaminan Kesehatan, (2) Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 3 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Persalinan Dengan Bayi Lahir Sehat, dan (3) Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Rehabilitasi Medik. Ketiga peraturan tersebut dibentuk untuk memastikan peserta program JKN-KIS memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien dengan tetap memperhatikan keberlangsungan Program JKN-KIS. Namun, ketiga peraturan tersebut dibatalkan oleh MA⁴, karena BPJS Kesehatan tidak memiliki dasar hukum untuk menerapkan peraturan tersebut. Perdirjampelkes dinilai bertentangan dengan sejumlah peraturan antara lain Pasal 24 Ayat (3) UU SJSN, Pasal 2 UU BPJS dan pasal 5 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan. Selain itu, beleid (kebijakan) yang digugat dianggap bertentangan dengan Pasal 2, Pasal 3, dan Pasal 20 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang telah diubah beberapa kali dan terakhir diganti dengan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- *Kedua*, BPJS Kesehatan menguji coba Sistem Rujukan Online untuk efisiensi JKN pada 2018, namun mekanisme Rujukan Online tersebut mendapat protes dari beberapa daerah. Rujukan online mungkin dapat mewujudkan efisiensi atau kendali biaya pelayanan kesehatan, namun tidak menihilkan kendali mutu yang merupakan unsur penting JKN. Uji coba rujukan online pada fakta di lapangan bertentangan dengan Pasal 11 Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 59 Tahun 2012

³ Mundiharno, and H. Thabrany. 2012. *Peta Jalan Menuju JKN 2012 - 2019*. GIZ; AUSAID.

⁴ Mahkamah Agung RI, Putusan NO.60P/HUM/2018

Tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dan Peraturan Gubernur Provinsi Bengkulu Nomor 30 Tahun 2015 rentan Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Bengkulu.

- *Ketiga*, Ekosistem data JKN yang seharusnya melibatkan sharing dan interoperabilitas dengan berbagai *stakeholder* pusat maupun daerah tidak berjalan dengan baik. BPJS Kesehatan melakukan *sharing* data hanya dengan *stakeholder* terbatas. Belum terjadinya interoperabilitas data antara BPJS Kesehatan dengan pihak terkait yang berkepentingan, misal Kementerian Kesehatan (koneksi baru dari aplikasi ke aplikasi), Dinas Kesehatan, dsb. Di samping itu, pemanfaatan data dan TIK belum dilakukan secara optimal termasuk sebagai upaya informasi, advokasi, pendaftaran, pembayaran iuran, pelaporan dan sebagainya. Sistem TI di BPJS Kesehatan bersifat berdiri sendiri, integrasi dengan sistem lain masih minimal (termasuk dengan Kemenkes).



Gambar 2.1. Alur data sistem TI Kemenkes dan BPJS-Kesehatan

Sumber: I Made Wiryana, 2020.

Seperti ditunjukkan dalam Gambar 2.1, sistem TI Kemenkes dan BPJS-Kesehatan masih berjalan sendiri-sendiri meskipun data-data dari Fasyankes masuk ke keduanya yang sebenarnya bisa saling melengkapi satu sama lain. Data dari BPJS-Kesehatan memberikan gambaran detail mengenai akses dan utilisasi layanan kesehatan, sementara data-data mengenai sistem dan sarana prasarana tersedia di Kementerian Kesehatan. Idealnya, dalam ekosistem JKN keseluruhan proses bisnis tersebut terkoneksi dan terintegrasi. Sayangnya, saat ini akses data oleh Kementerian Kesehatan ke BPJS-Kesehatan harus melalui proses persuratan tanpa adanya *linkage* yang real-time untuk dapat melakukan pemantauan pelayanan kesehatan oleh masyarakat lewat JKN.

- *Keempat*, hasil temuan lainnya tentang banyak pertemuan koordinasi antara BPJS Cabang dan OPD kabupaten/kota tetapi belum jelas tentang mekanisme pemberian dan keterbukaan akses data-data program JKN. Hal tersebut menyebabkan data-data penyelenggaraan program JKN belum digunakan oleh pemerintah daerah dalam

perencanaan dan penganggaran kesehatan yang sinergis (PKMK FK-KMK UGM, 2018-2019)⁵.

- *Kelima*, ada lima masalah pokok kepesertaan JKN, yakni 1) Aspek dan pendataan PBI yang belum valid; 2) verifikasi data faktual PBI belum dilakukan secara optimal; 3) cakupan NIK peserta JKN masih terbatas; 4) cakupan pendistribusian kartu JKN-KIS belum sempurna; 5) compliance and lapse-rate peserta JKN-KIS (Komisi IX DPR RI, 2019)⁶.
- *Keenam*, penyerapan dana operasional (kapitasi) sebagai upaya peningkatan promotif dan preventif tidak berjalan maksimal. Hal ini karena regulasi yang masih overlapping antara Pasal 12 Perpres No.32/2014 Juncto Permenkes No. 19/2014 Juncto SK/Peraturan Kepala Daerah (Peraturan Bupati Kabupaten Jember No.11 Tahun 2015).
- *Ketujuh*, hasil audit BPKP terhadap BPJS Kesehatan dalam Rapat Gabungan Komisi IX DPR RI serta dikaitkan dengan realitas BPJS Kesehatan, yaitu manajemen dan perhitungan BPJS Kesehatan tidak dilakukan dengan baik (penggunaan layanan lebih besar dari jumlah peserta), sehingga tidak mampu mendeteksi kecurangan yang dilakukan oleh peserta yang memiliki taraf ekonomi relatif baik, banyak rumah sakit rujukan yang melakukan pembohongan data, pengobatan yang tidak perlu, kurangnya penegakan hukum dalam PP No 86/2013, badan usaha tidak disiplin membayar, validitas dan integritas data BPJS Kesehatan tidak valid dan manajemen klaim dalam sistem BPJS Kesehatan tidak akurat (Putusan MA No.7.P/HUM/2020)⁷.
- *Kedelapan*, maturitas kelembagaan dalam penyelenggaraan program JKN belum terjadi, misal dilemahkannya fungsi DJSN (Tempo, 2020)⁸, belum jelasnya fungsi koordinasi antara BPJS Kesehatan, DJSN, Kementerian Kesehatan, dan kementerian lainnya (Putusan MA NO.60P/HUM/2018). Ketidakseriusan kementerian-kementerian terkait dalam berkoordinasi menjalankan fungsi dan tugasnya, ketidakjelasan eksistensi DJSN dan mandulnya satuan pengawas internal BPJS Kesehatan (Putusan MA No.7.P/HUM/2020).

Uraian di atas menyimpulkan bahwa implementasi reformasi kebijakan sistem kesehatan nasional di era JKN berjalan secara *parsial*. Permasalahan tata kelola JKN secara garis besar disebabkan oleh 1) Akuntabilitas kebijakan JKN belum berjalan dengan baik. Hal ini dibuktikan dengan terbatasnya akses data (transparansi), maturitas kelembagaan, & pengawasan; 2) Ekosistem IT pengelolaan data program JKN masih belum terintegrasi pada Kementerian/Lembaga/Pemerintah Daerah dengan baik; 3) Tata kelola program JKN cenderung dilaksanakan secara sentralistis.

1.1.2 Prakiraan Jika Masalah Tidak Diperbaiki

Pertama, akuntabilitas pelaksanaan program JKN belum berjalan optimal hal ini akan mengakibatkan kebijakan JKN yang dihasilkan tidak dengan data yang komprehensif dan minim partisipatif. Apabila tidak ada perbaikan, maka sistem transparansi yang menghubungkan fungsi analisis dan revisi kebijakan sesuai perkembangan dan kebutuhan

⁵ PKMK FK-KMK UGM. (2014-2020). Hasil Monitoring dan Evaluasi Kebijakan JKN. <https://dask.kebijakankesehatanindonesia.net/index.php/component/content/article/94-Arsip-terkait-dengan-monitoring-dan-evaluasi-JKN>

⁶ Komisi IX DPR RI, 2019. "Keberlangsungan Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional; DO'A (Dari Oleh dAn untuk Kita).

⁷ Mahkamah Agung RI, Putusan No. 7.P/HUM/2020

⁸ Tempo. (2020). Penyebab Sebenarnya BPJS Kesehatan selalu Defisit. <https://majalah.tempo.co/read/investigasi/160658/investigasi-penyebab-sebenarnya-bpjs-kesehatan-selalu-defisit>

diprediksi tidak dapat bekerja sebagaimana mestinya (Fung, dkk., 2007)⁹. Transparansi dan akuntabilitas adalah konsep inti dari *good governance*. *Good governance* merupakan hak yang bersifat fundamental bagi warga Negara terhadap pemerintahnya. Keterbatasan transparansi yang juga terkait pada akuntabilitas penyelenggaraan JKN ini dapat membatasi pula pemerataan akses terhadap layanan kesehatan dan perlindungan finansial (Malqvist, et al., 2012)¹⁰.

Kedua, Ekosistem data dan teknologi informasi perlu lebih diperkuat. *Stakeholders* JKN tidak dapat menerima manfaat yang optimal dari data-data kesehatan dan pembiayaan yang terkumpul di BPJS. Hal ini berimbas pada lemahnya kebijakan-kebijakan penyokong JKN baik di pusat maupun daerah. Sebagai contoh, dengan tidak tersedianya data yang memadai kepada pemerintah daerah, tanggung jawab pemerintah daerah untuk memastikan ketersediaan faskes dan pemantauan kepesertaan menjadi sulit dijalankan. Di level nasional, keterbatasan data untuk Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya membuat tim ini kesulitan untuk menjalankan fungsinya. Ekosistem data JKN dan ekosistem JKN keseluruhan belum diarahkan secara strategis untuk mencapai tujuan-tujuan jaminan sosial nasional. Apabila berlanjut dengan ekosistem data yang tertutup dan tidak interoperable, proses-proses penguatan JKN tidak akan berjalan dengan lancar bahkan mengancam kelangsungan JKN.

Ketiga, Apabila tidak terjadi penyesuaian kebijakan JKN dengan kekhususan & keragaman daerah di Indonesia, peran pemerintah daerah dalam program JKN akan tidak optimal. Hal ini tentu dapat mengakibatkan beban defisit JKN hanya menjadi beban pemerintah pusat (inefisiensi). Tata Kelola BPJS Kesehatan yang bersifat sentralistik dapat menyebabkan terputusnya koordinasi antara BPJS Kesehatan dan Pemerintah daerah dalam mengoptimalkan program JKN (Mahendradhata et al., 2017)¹¹.

1.1.3 Usulan Opsi Perbaikan Kebijakan JKN

Berdasarkan hasil analisis dari Tabel Penilaian Kualitas atau Fisibilitas Alternatif, maka kajian ini merekomendasikan tiga opsi perbaikan tata kelola kebijakan JKN, yakni:

1) Penguatan Teknologi Informasi dan Ekosistem JKN

Ekosistem TI dalam JKN memerlukan integrasi proses bisnis antara beberapa stakeholder dalam ekosistem data yang terintegrasi dan *interoperable*. Hal ini dapat mengefisienkan kerja serta memungkinkan analisis untuk melakukan prediksi dan analisis berdasarkan AI serta mendukung *knowledge discovery* dan *decision making*. Untuk mewujudkan nya diperlukan perbaikan tata kelola data, perubahan proses bisnis dari model silo ke model terintegrasi, menyusun proses bisnis yang terintegrasi, dan menyusun tata kelola dan tata laksana TI JKN dengan perspektif tersebut.

Penguatan ini akan menghasilkan data yang terstruktur untuk dapat dimanfaatkan bersama oleh BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan dalam menyusun kebijakan. Tidak hanya berguna pada tingkat nasional, pemerintah daerah juga dapat memanfaatkannya untuk perencanaan anggaran, pengawasan rumah sakit (*early warning system*), promotif dan preventif, sehingga berguna dalam deteksi fraud.

Aspek Sosial

⁹ Fung, Archon, Mary Graham, and David Weil. 2007. *Full Disclosure: The Perils and Promise of Transparency*. New York: Cambridge University Press.

¹⁰ Malqvist M, Dinh TPH, (2012).Thomsen S. *Causes and determinants of inequity in maternal and child health in Vietnam*. *Bmc Public Health*. 2012;12. PubMed PMID: WOS:000313821100001. DOI:[10.1186/1471-2458-12-641](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-641)

¹¹ Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawiwa, J. (2017). *Health Systems in Transition Vol. 7 No. 1 2017. The Republic of Indonesia Health System Review. Health Systems in Transition* (Vol. 7).

Keterbukaan data BPJS-Kesehatan merupakan hal yang telah lama dituntut oleh berbagai pihak baik dari unsur lembaga maupun masyarakat. Dalam dua tahun terakhir upaya BPJS-Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan para stakeholder dalam ekosistem JKN telah cukup mengalami perkembangan. Pada awalnya, teknologi informasi yang dikembangkan oleh BPJS-Kesehatan lebih berfokus pada teknologi-teknologi untuk memperkuat urusan-urusan operasional, seperti PCare, e-Dabu, dan beberapa aplikasi internal lainnya.

Pendekatan korporasi ini tidak lagi dinilai memadai karena BPJS Kesehatan dituntut pula untuk mampu memberikan informasi-informasi jaminan dan status kesehatan kepada publik. Sejak tahun 2017, BPJS Kesehatan mulai memperkuat komunikasi data publiknya dengan peluncuran MobileJKN yang selain berfungsi sebagai sistem pemantauan pembayaran untuk peserta juga berisikan informasi-informasi kesehatan yang dapat diakses peserta.

Pada tahun 2019 lalu, BPJS Kesehatan telah mengeluarkan data sampel BPJS Kesehatan untuk memperkuat aktivitas penelitian berbasis data-data BPJS Kesehatan. Di tahun 2020, diluncurkan Buku Statistik JKN 2014-2018 kepada publik untuk melihat capaian-capaian JKN serta pola utilisasi layanan masyarakat. Di tahun 2020 pula aplikasi BI (*Business Intelligence*) BPJS-Kesehatan diluncurkan sebagai sarana komunikasi data terhadap Dinas Kesehatan. Telah terdapat upaya untuk mengakomodasi kepentingan publik, bukan hanya kepentingan korporasi, dalam beberapa tahun terakhir.

BPJS Kesehatan yang seharusnya hanya sebagai lembaga penyelenggara jaminan kesehatan tidak memiliki fungsi perencanaan strategis dalam sistem kesehatan nasional, posisi yang seharusnya diambil oleh DJSN sesuai amanat UU SJSN. Ekosistem JKN seharusnya digawangi oleh keberadaan DJSN yang memiliki koordinasi erat dengan Kementerian Kesehatan (isu penguatan DJSN tereksplorasi dalam opsi kebijakan JKN).

Putusan MA yang diketuk selama penyelenggaraan program JKN merupakan indikasi adanya perbedaan pendapat antara stakeholders, BPJS Kesehatan, DJSN, dan kelompok masyarakat tertentu, akibat kebijakan JKN yang ditetapkan. Alternatif ini direkomendasikan dengan harapan partisipasi masyarakat tetap bersedia melakukan konsensus dalam setiap perbedaan kebijakan JKN. Agar konsensus itu terjadi keterlibatan masyarakat dalam *decision making process* dan ketersediaan informasi perlu difasilitasi. Alternatif ini berupaya mendorong penyelenggara program JKN mampu membuat dirinya dapat diamati oleh publik dari luar dan menyediakan informasi yang berkaitan dengan visibilitas dan ramalan (proyeksi) terkait keberlangsungan program JKN. Tentunya, kondisi transparansi ini harus memenuhi indikator seperti relevansi, ketepatan waktu, pemahaman dan sistem yang bekerja untuk mengeksplorasi hubungan antara implementasi transparansi, keterbukaan, dan *observability* (Rawlins, 2008; Schnackenberg & Tomlinson, 2016).¹²

Keberadaan lembaga strategis (DJSN) penting perannya dalam membuat perencanaan teknologi informasi yang sinergis dan koheren baik untuk seluruh stakeholders JKN maupun dengan ekosistem teknologi informasi kesehatan lainnya secara keseluruhan. Sinergi ini akan meningkatkan interoperabilitas, mengurangi fragmentasi sistem, meningkatkan aksesibilitas, dan mempercepat laju komunikasi data. Upaya perbaikan ini

¹² Rawlins, B. L. 2008. Measuring the relationship between organizational transparency and employee trust. *Public Relations Journal*, 2(2): 1-21
Schnackenberg, A. K., & Tomlinson, E. C. (2016). Organizational transparency: A new perspective on managing trust in organization-stakeholder relationships. *Journal of Management*, 42(7), 1784-1810

telah dinanti akan disambut dengan sangat baik oleh masyarakat dan para stakeholders JKN lainnya.

Aspek Legal

Upaya ini sejalan dengan amanat UU No. 14 tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik yang didukung oleh Perpres No. 25 tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Pasal 15 dan 16 Perpres 25/2020 mengenai Tata Kelola Data dan Informasi secara berturut-turut menyebutkan:

- a. BPJS wajib membangun database terpadu yang digunakan secara bersama-sama untuk penyelenggaraan program Jaminan Sosial dalam rangka menyelenggarakan tata kelola data dan informasi yang efektif dan efisien.
- b. Direksi wajib memberikan data dan informasi kepada pemangku kepentingan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Oleh karenanya, aspek legal untuk tata kelola data dan informasi untuk menyokong ekosistem JKN sebenarnya telah mendukung.

Aspek Ekonomi

Penyediaan data untuk berbagai stakeholders membutuhkan dukungan IT yang kuat dan sinergi yang masif antar berbagai elemen stakeholders terutama dua pemegang data utama: Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan. Hal ini akan berpotensi pada tingginya biaya dan kebutuhan sumberdaya dengan keahlian tinggi. Meski demikian, membuat sistem informasi dengan kemampuan translasi yang mudah ke berbagai jenis outlet dapat mengurangi cost dalam uang dan waktu di masa yang akan datang. Meski membutuhkan biaya yang tidak sedikit, hal ini merupakan investasi yang sustainable bagi perkembangan sistem JKN dan sistem kesehatan nasional ke depan.

Agar alternatif ini optimal penyelenggara program JKN perlu menyediakan informasi dan memikirkan saluran komunikasi terhadap data dan informasi yang sudah disediakan (Fenster, 2015)¹³. Hal ini tentu akan meningkatkan biaya dan data/informasi yang *overload* (Vaccaro & Madsen, 2009)¹⁴. Oleh karenanya sebelum ditetapkan pembiayaan perlu dilakukan kajian untuk mengidentifikasi informasi relevan dengan masalah yang sedang menjadi perhatian publik. Hal ini juga agar memudahkan stakeholders kunci untuk melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan dan kelembagaan (Jahansoozi, 2006)¹⁵.

Aspek Administrasi

Upaya ini terlebih dahulu membutuhkan penguatan peran Kementerian Kesehatan sebagai *leading sector* di bidang kesehatan untuk menggandeng DJSN dan BPJS-Kesehatan dalam menyusun roadmap penguatan teknologi informasi kesehatan yang terintegrasi dari segi pembiayaan, SDM Kesehatan, penyediaan layanan lewat fasilitas kesehatan, pendistribusian suplai medis dan obat, serta manajemen pengetahuan dan informasi. Upaya ini perlu mendapat dukungan Presiden dan dilegalkan dalam bentuk Peraturan Presiden. Perlu adanya penyediaan sarana dan prasarana untuk kepentingan teknis (penyediaan perangkat teknologi) dan non-teknis (koordinasi lintas sektor).

¹³ Fenster M., (2015). Transparency in Search of a Theory. *European Journal of Social Theory* 2015, Vol. 18(2) 150–167

¹⁴ Vaccaro A., & Madsen, P., (2009). Corporate dynamic transparency: the new ICT-driven ethics? *Ethics Inf Technol* (2009) 11:113–122 DOI 10.1007/s10676-009-9190-1

¹⁵ Jahansoozi, J. 2006. Organization-stakeholder relationships: exploring trust and transparency. *Journal of Management Development*, 25: 942-955.

Ketika alternatif ini dipilih tentu butuh banyak penyesuaian kewenangan, kapasitas dan sarana. Sebab, program JKN memiliki banyak data dan informasi yang perlu untuk dikelola dan disajikan ke publik baik dalam hal operasional program atau kegiatan maupun pengambilan keputusan. Partisipasi publik dalam monitoring dan evaluasi program JKN dapat optimal apabila terjadi keberhasilan transfer (transmission) antara kemampuan berpikir & pengelolaan data/informasi antara BPJS Kesehatan & DJSN (*sender*) dengan publik (*receiver*) (Rasmussen, 1991)¹⁶.

2) Pelibatan Peran dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah Dalam Defisit JKN

Aspek Sosial

Beberapa hasil penelitian menyatakan peran pemerintah daerah sangat krusial dalam penyelenggaraan JKN. Karna Program JKN sangat terkait langsung dengan pelayanan yang berkualitas, terjangkau, merata dan mudah akses di semua geografis. Peran pemerintah daerah diharapkan mampu mengelompokkan risiko dan meningkatkan akses pada populasi yang rentan atau belum tertangani (Khanal & Raj Shiva, 2019)¹⁷. Opsi ini diprediksi mampu berkontribusi pada pembangunan nasional dalam jangka panjang dalam hal perencanaan dan pemanfaatan sumber daya yang efektif.

Di sisi lain, dalam konteks program JKN yang merupakan kebijakan dengan skema kesejahteraan berbasis negara belum merepresentasikan tanggung jawab negara dalam memenuhi hak dasar warga negara. Kebijakan ini lebih dominan digunakan sebagai instrumen politik, termasuk kepentingan elektoral dan peneguhan kekuasaan melalui jalur-jalur klientelisme (Aspinall, 2013)¹⁸. Secara garis besar, wilayah Indonesia yang dinilai masih memiliki kecenderungan praktik klientelisme yang tinggi terletak di Kalimantan dan daerah Timur Indonesia (Aspinall & Berenschot, 2018)¹⁹. Di mana wilayah Timur Indonesia adalah daerah yang memiliki permasalahan sistemik dalam keterbatasan sumber daya kesehatan seperti tenaga kesehatan dan alat kesehatan (Lihat DaSK, 2020)²⁰.

Namun, penguatan sistem kesehatan di tingkat daerah akan menjadi peluang investasi penting bagi kesehatan. Agar opsi ini dapat berhasil sesuai yang diharapkan, maka perlu dipikirkan kebijakan publik tingkat regional yang sehat yang mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan standar minimum, manajemen sumber daya manusia dan upaya promotif-preventif. Selain itu, perlu dibuka ruang partisipasi akademisi atau lembaga non pemerintah untuk memastikan keadilan distributif dalam program JKN dan membantu pemerintah daerah yang belum memiliki kapabilitas dalam pengelolaan sistem pembiayaan kesehatan, dsb.

Aspek Legal

Opsi ini tidak didukung dalam UU SJSN dan UU BPJS. Hasil analisis UU SJSN dan UU BPJS hanya menyebutkan peran pemerintah daerah dalam program JKN antara lain 1)

¹⁶ Rasmussen, R. V. (1991). A communication model based on the conduit metaphor. *Management Communication Quarterly*, 4, 363-374.

¹⁷ Khanal P., & Raj Shiva M., (2019). Federal governance and the undying parade for universal health coverage in Nepal. *Health Prospect: Journal of Public Health* Vol 18 <http://www.nepjol.info/index.php/HPROSPECT/issue/archive>

¹⁸ Aspinall, E., 2013. A Nation in Fragments, *Critical Asian Studies* 45(1): 32-34

¹⁹ Berenschot, W. 2018. The Political Economy of Clientelism: A Comparative Study of Indonesia's Patronage Democracy, *Comparative Political Studies*, 00(0): 1-31

²⁰ DaSK PKMK FK-KMK UGM, (2020). Dashboard Sistem Kesehatan, <https://dask.kebijakankesehatanindonesia.net/index.php/dask-dashboard-sistem-kesehatan>

pembayar iuran penduduk miskin atau tidak mampu dalam skema PBI; 2) Penegakan sanksi kepada badan usaha yang tidak patuh membayar iuran pekerjanya. Pasal 56 UU BPJS menjelaskan bahwa dalam hal terdapat kebijakan fiskal dan moneter yang mempengaruhi tingkat solvabilitas BPJS, Pemerintah dapat mengambil kebijakan khusus untuk menjamin kelangsungan program jaminan sosial untuk menjaga kesehatan keuangan dan kesinambungan penyelenggaraan jaminan sosial.

Selain itu, Dokumen RPJMN 2015-2019 secara eksplisit menuliskan bahwa JKN adalah program strategis nasional yakni termasuk dalam tantangan pembangunan SDM. Dokumen peta jalan JKN memuat 4 konsensus yakni konsensus makna UU; konsensus cara pembayaran manfaat; konsensus besaran iuran dan; konsensus pentahapan perluasan kepesertaan dan pentahapan penyamaan manfaat. Di mana konsensus ini dilakukan secara sentralistis atau tidak ditemukan perihal kewenangan Pemerintah Daerah untuk mengatur konsensus pemerataan manfaat JKN sesuai dengan kondisi dan kemampuan wilayahnya (DJSN, 2012). Dalam hal mengatasi ketimpangan fasilitas kesehatan, pemerintah daerah diwajibkan menjalankan amanat UU No.23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yakni dengan menyediakan fasilitas kesehatan. Pemerintah dalam prakteknya selama penyelenggaraan JKN melakukan intervensi terhadap sumber penerimaan yang diserahkan pemerintah daerah, sebagai berikut Permenkeu No.183/2017 tentang Tata Cara Penyelesaian Tunggalan iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah melalui Pemotongan Dana Alokasi Umum dan/atau Dana Bagi Hasil, dan Permenkeu No.128/PMK/07/2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan.

Secara normatif dan empiris tata kelola program JKN memang didesain secara sentralistis. Artinya, ketika opsi ini dipilih maka butuh penyesuaian regulasi. Namun, konstitusi (UUD 1945) menjamin apabila pemangku kebijakan memihak pada opsi ini. Pasal 18 dan Pasal 18A UUD 1945 menyatakan Pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi daerah dan tugas pembantuan. Di mana hubungan wewenang antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah diatur dengan undang-undang dengan memperhatikan kekhususan dan keragaman daerah.

Aspek Ekonomi

Opsi ini diprediksi akan meningkatkan pemerataan dan subsidi yang efektif atau tepat sasaran. Program JKN yang dikelola sentralistis cenderung akan memiliki riwayat mirip subsidi bahan bakar. Stabilisasi harga untuk melindungi kesejahteraan penduduk tampaknya tidak relevan di beberapa wilayah yang memiliki infrastruktur jalan raya yang belum baik dan ketersediaan angkutan yang terbatas. Subsidi bahan bakar ini pada realitanya tidak terdistribusi dengan merata, karena tidak ada batas pembelian ritel. Subsidi menjadi regresif (Widodo, Sahadewo, Setiastuti & Chaerriyah, 2012)²¹. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelas menengah atas atau orang kaya mengkonsumsi lebih banyak bahan bakar subsidi tersebut (Perdana, 2014)²². Selain itu, penelitian PKMK FK-KMK UGM yang dilakukan sejak 2014-2019 dengan menggunakan data rutin

²¹ Widodo, T., Sahadewo, G. A., Setiastuti, S. U., & Chaerriyah, M. (2012). Impact of Fuel Subsidy Removal on Government Spending. In X. Shi & F. Kimura (Eds.), *Energy Market Integration in East Asia: Theories, Electricity Sector and Subsidies* (pp. 173-206). Jakarta: ERIA Research Project Report 2011- 17.

²² Perdana, A. A. (2014). *The Future of Social Welfare From Fossil-Fuel Subsidies to Better Social Protection*. Geneva: The International Institute for Sustainable Development.

menunjukkan pemda yang memiliki fiskal tinggi, dan penduduk mandiri (PBP) mendapatkan lebih banyak manfaat dari pada penduduk miskin yang tinggal di DTPK (Selengkapnya akan diuraikan dalam aspek Equity).

Aspek Administrasi

Pelibatan tanggung jawab pemerintah dalam program JKN banyak dinilai akan meningkatkan beban administrasi. Selain itu, dibutuhkan pengembangan kapasitas bagi institusi, SDM, dan sarana prasarana lain untuk mendukung desentralisasi dalam program perlindungan sosial (Fanany, Fanany, & Kenny, 2009)²³. Selain komitmen dan kepemimpinan juga memiliki peran penting sebagai navigator program, serta kapasitas administrasi menjadi penentu keberhasilan perlindungan sosial secara keseluruhan.

3) Meninjau dan Menata Kembali Kepesertaan Bersifat Wajib

Aspek Sosial

Opsi ini diajukan karena sejak tahun 2005 sampai 2019, banyak masyarakat yang mengajukan *judicial review* pasal dalam UU SJSN dan UU BPJS yang mengharuskan kepesertaan **bersifat wajib** dalam program JKN. Frasa kepesertaan bersifat wajib tersebut telah menggeser kewajiban negara dalam tugasnya menghormati hak sosial rakyat dan menimbulkan multitafsir dari paradigma “hak” menjadi paradigma “kewajiban”²⁴.

Apabila opsi ini ditindaklanjuti, Negara membuka peluang bagi warga negara untuk berpartisipasi dalam menyelenggarakan kepentingan umum untuk memajukan dirinya dalam memperjuangkan haknya secara kolektif untuk membangun masyarakat, bangsa dan negaranya. Hal ini terkait persoalan yang masih terjadi dalam penyelenggaraan program JKN selama lebih dari 6 tahun berjalan, baik dalam tata kelola, pemerataan, dan mutu pelayanan. Oleh karenanya, keberadaan pihak swasta yang selama ini menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi sebagian masyarakat tidak boleh ditinggalkan begitu saja oleh Negara. Sementara, keuangan Negara selama pandemic Covid-19 kian melemah & pengumpulan pajak belum optimal.

Opsi ini mampu mengakomodir bahwa penyelenggaraan Jaminan Sosial merupakan suatu mekanisme universal di dalam memelihara dan meningkatkan kesejahteraan rakyat suatu negara. Artinya, dalam penyelenggaraannya terdapat variasi yang luas. Variasi yang luas itu pada umumnya dalam jenis program, tingkat manfaat, dan tingkat iuran di berbagai negara, hal tersebut tidak dapat dihindari karena beragamnya tingkat sosial ekonomi dan budaya penduduk di negara tersebut.

Aspek Legal

Indonesia tidak menganut paham etatisme²⁵. Menurut Pasal 33 ayat (4) UUD 1945 perekonomian nasional diselenggarakan atas demokrasi ekonomi, artinya dalam penyelenggaraan jasa jaminan sosial tidak hanya memusatkan kepada BPJS Kesehatan.

²³ Fanany, I., Fanany, R., & Kenny, S. (2009). The meaning of capacity building in Indonesia. *Community Development Journal*, 46(1), 89–103.

²⁴ Mahkamah Konstitusi, Putusan No.101/PUU-XI/2013

²⁵ Paham etatisme, yaitu paham dalam pemikiran politik yang menjadikan negara sebagai pusat segala kekuasaan. Negara adalah sumbu yang menggerakkan seluruh elemen dalam suatu jalinan rasional, yg dikontrol secara ketat dengan menggunakan instrument kekuasaan. Akibatnya mematikan motivasi dan kreasi dari masyarakat untuk dapat berkembang dan bersaing sehat.

Opsi ini mempertegas penjelasan pada UU SJSN tentang **frasa kepesertaan bersifat wajib** menyatakan bahwa pelaksanaannya dilakukan secara bertahap & sukarela, sebagai berikut

“...Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan Pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara sukarela, sehingga dapat mencakup petani, nelayan, dan mereka yang bekerja secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat...”

Selain itu, opsi ini mendorong pemerintah untuk lebih memprioritaskan masyarakat yang lemah dan tidak mampu dalam sistem jaminan sosial, yang selama ini masih mengalami banyak tantangan terutama dalam kepesertaan, dan pemerataan pelayanan kesehatan antar individu dan wilayah.

Aspek Ekonomi

Apabila opsi ini dipilih, maka pemerintah dapat menentukan mekanisme khusus bagi penduduk mampu dan tidak mampu dalam program JKN. Sebagaimana diketahui, kepesertaan bersifat wajib, dan tidak adanya proses *underwriting* dalam program JKN menjadikan biaya pelayanan kesehatan digunakan lebih banyak oleh mereka yang sudah sakit, oleh masyarakat mampu yang berada di kota-kota besar, daripada penduduk miskin, lemah, atau tidak mampu baik yang berada di kota maupun DTPK (PKMK FK-KMK UGM, 2014-2020). Hal ini tentu banyak faktor yang mempengaruhinya. Meski JKN telah mampu melindungi banyak masyarakat dari kemiskinan akibat sakit, namun keadilan sosial dalam JKN belum terwujud. Apabila opsi dipilih, Defisit BPJS Kesehatan dapat ditanggulangi, dan Negara mampu menjamin secara paripurna karena fokus pada penduduk miskin atau lemah dan tidak mampu (segmen PBI) dalam jaminan sosial. Di mana per oktober jumlah segmen PBI telah mencapai 132.403.543 jiwa. Jumlah tersebut melebihi jumlah penduduk miskin yang menurut BPS per Maret 2020 jumlahnya sebanyak 26,42 juta orang.

Aspek Administrasi

Agar opsi ini dapat optimal bekerja, maka DJSN sebagai lembaga strategis dalam program JKN penting membuat perencanaan teknologi informasi kepesertaan PBI JKN yang sinergis dan koheren baik untuk seluruh stakeholders JKN (Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan dan OPD di berbagai daerah) maupun dengan ekosistem teknologi informasi kesehatan lainnya secara keseluruhan. Sinergi ini akan meningkatkan interoperabilitas, mengurangi fragmentasi sistem, meningkatkan aksesibilitas, dan mempercepat laju komunikasi data.

1.2 Topik Ekuitas Kebijakan JKN

1.2.1 Rumusan Masalah Ekuitas

Program JKN yang dilaksanakan sejak tahun 2014 membawa semangat untuk mempermudah akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Tujuan yang agung ini tentunya perlu dilihat dengan seksama berdasarkan kemampuan sumber daya Pemerintah. Penyelenggaraan JKN selama 6 tahun ini (2014 -2019) menunjukkan defisit besar dan terus berlangsung setiap tahun pada segmen kepesertaan PBI APBD, PBPU, dan BP sebesar 165 triliun rupiah. Total dana untuk menutup defisit dari APBN selama 2014 -2019

sebesar Rp. 66,7 triliun. Kelompok peserta PBI APBN dan PPU (Pemerintah dan Badan Usaha) setiap tahun mengalami surplus. Dana surplus PBI APBN sebesar Rp. 38,1 triliun ini disinyalir digunakan untuk menutup defisit di segmen kepesertaan PBI APBD, PBPU dan BP dikarenakan sistem keuangan di BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN adalah *single pool* (satu kantong). Penyebab defisit sesuai dengan fakta di lapangan antara lain; Pertama, BPJS Kesehatan menjalankan sistem keuangan *single pool sesuai UU SJSN No. 40 Tahun 2004* Pasal 1 ayat 7 yaitu “Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial.” Pasal ini menggambarkan terjadinya pengelolaan keuangan secara bersama dalam satu kantong yang mengakibatkan penggunaan uang subsidi untuk orang miskin dan tidak mampu oleh orang mampu dan kaya untuk membeli paket pelayanan kesehatan. Sistem *single pool* ini juga memperbolehkan penggunaan dana subsidi tersebut digunakan untuk menutup defisit yang terjadi pada segmen kelompok peserta tertentu seperti segmen peserta mandiri (PBPU). Hal ini bertentangan dengan UUD 1945 Pasal 34 ayat 2: “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”. Ini menjelaskan bahwa pengembangan Jaminan sosial dengan prioritas pada masyarakat yang lemah dan tidak mampu. Tidak ada pemisahan dana PBI khusus orang miskin dengan dana Non PBI. Data masyarakat miskin mampu tidak dipunyai. Subsidi terbalik seakan akan terjadi karena dana subsidi untuk segmen peserta miskin dan tidak mampu digunakan untuk menutup defisit di segmen peserta kaya dan mampu.

Kedua, defisit pengelolaan JKN terjadi juga dikarenakan besaran iuran JKN yang masih dibawah perhitungan aktuaria. Besaran iuran segmen PBI sangat terkait dengan kemampuan keuangan negara (APBN) dan kondisi politik karena terkait dengan kepentingan masyarakat miskin dan tidak mampu. Perhitungan aktuaria menunjukkan besaran untuk iuran peserta mandiri juga masih jauh dari besaran standar yang dibutuhkan. Ketiga, besaran iuran JKN yang masih dibawah perhitungan aktuaria ini juga masih belum menjadi faktor terpenuhinya jumlah iuran peserta. Besarnya beban pelayanan JKN tidak tertutupi dengan iuran yang dikumpulkan. Keempat, terjadinya tunggakan pembayaran iuran khususnya pada segmen PBPU (tahun 2019 sebesar 44,5% peserta menunggak iuran). Tunggakan iuran ini juga menjadi penyebab defisit penyelenggaraan JKN semakin besar. Ketiga, beban pelayanan kesehatan pada penyakit - penyakit tertentu tinggi. Keempat, penyakit katastropik seperti penyakit jantung, penyakit kanker, penyakit diabetes dan lainnya merupakan contoh penyakit dengan biaya tinggi. Pelayanan kesehatan lainnya seperti pelayanan ibu melahirkan melalui *caesar*, pelayanan cuci darah juga merupakan biaya pelayanan yang tinggi. Biaya pelayanan yang tinggi ini yang menjadi salah satu faktor defisit penyelenggaraan JKN.

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). SJSN diselenggarakan berdasarkan 3 (tiga) asas, yakni asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. SJSN diselenggarakan berdasarkan pada 9 (sembilan) prinsip:

- a. Kegotong-royongan; prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya.

- b. Nirlaba; prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.
- c. Keterbukaan; prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar dan jelas bagi setiap peserta.
- d. Kehati-hatian; prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib.
- e. Akuntabilitas; prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- f. Portabilitas; prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- g. Kepesertaan bersifat wajib; prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.
- h. Dana amanat; bahwa iuran dan pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.
- i. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta; bahwa hasil dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Penyelenggaraan JKN yang sudah lebih 6 tahun terbukti belum mampu menerapkan secara optimal 9 prinsip tersebut dengan adanya masalah defisit dan kebijakan kompensasi untuk mendukung upaya pemerataan akses pelayanan kesehatan belum dijalankan (prinsip ekuitas). Prinsip ekuitas penyelenggaraan JKN telah dilaksanakan, meskipun prinsip ekuitas itu terjadi di wilayah yang mempunyai fasilitas dan tenaga kesehatan yang lengkap dan telah memenuhi kebutuhan medis peserta JKN secara paripurna. Daerah yang jauh dari pusat kota, terpencil, perbatasan dan kepulauan yang belum memiliki fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai memberikan bukti bahwa prinsip ekuitas belum terpenuhi. Definisi prinsip ekuitas pada **UU SJSN Pasal 19 ayat 1** bahwa “Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan **prinsip ekuitas**”. Definisi ini masih mempunyai keterbatasan arti yaitu kesamaan dalam mendapatkan pelayanan belum mengarah pada upaya pemerataan pelayanan kesehatan terutama untuk paket manfaat yang setara bagi seluruh peserta JKN. Alokasi anggaran kesehatan 1,7% dari Produk Domestik Bruto (PDB) dan sebagian besar lebih dari >50% kuratif salah satunya untuk iuran PBI JKN. Anggaran Kesehatan yang dialokasikan 5% dari APBN, 81% untuk kegiatan kuratif dan 19% dialokasikan untuk kegiatan promotif dan preventif. Alokasi anggaran investasi kesehatan untuk pembangunan infrastruktur dan SDM Kesehatan terbatas. Hal ini tentu bertentangan dengan UUD 1945 Pasal 28H ayat 2 dan 3 yang menyatakan setiap masyarakat berhak mendapatkan kemudahan mendapatkan manfaat yang sama dan berhak atas jaminan sosial. Masyarakat di Daerah Belum Tersedia Fasilitas Kesehatan Memenuhi Syarat (DBTFMS) belum menerima manfaat yang sama. Meskipun demikian, peningkatan alokasi DAK Fisik untuk pembangunan fisik termasuk infrastruktur bidang kesehatan dari tahun 2016 tahun 2019. Alokasi DAK Fisik per kapita menunjukkan konsentrasi di wilayah timur Indonesia, meskipun jumlah penduduk yang relatif lebih rendah akan memberikan gambaran perbandingan angka nominal antar daerah yang berbeda (Kemenkes-Risfaskes, 2019).

Kebijakan pemerintah dalam pasal 23 ayat 3 **UU SJSN menyatakan** “Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan

Kompensasi.” Penjelasan pasal ini masih belum detail dan jelas karena belum ada definisi operasional daerah yang menerima kompensasi dan Belum ada Peraturan yang menjelaskan pedoman pelaksanaan kebijakan kompensasi.

Penjelasan di dalam UU SJSN menyatakan bahwa kompensasi yang diberikan pada peserta dapat dalam bentuk uang tunai, sesuai dengan hak peserta. Penjelasan bentuk pemberian kompensasi ini sangat berbeda dengan Peraturan Presiden dan Peraturan Kementerian Kesehatan. Penjelasan bentuk pemberian kompensasi ini pada pasal 23 ayat 3 berbentuk uang tunai pada sektor kesehatan dirasa tidak tepat. Bentuk kompensasi yang lebih masuk akal justru lebih lengkap pada pasal 32 ayat 3 “Dalam hal kecelakaan kerja terjadi di suatu daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat, maka guna memenuhi kebutuhan medis bagi peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan kompensasi”. Kompensasi dalam pasal 32 ayat 3 ini dapat berbentuk penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan, atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu. Penjelasan yang terbalik antara Pasal 23 (Jaminan Kesehatan) dan Pasal 32 (Jaminan Ketenagakerjaan) dalam penjelasan UU SJSN dapat menjadi masalah pada regulasi turunannya. Peraturan Presiden dan Peraturan Kementerian Kesehatan yang menterjemahkan amanah UU SJSN tersebut tidak sama dengan penjelasannya.

Meskipun demikian pelaksanaan kebijakan kompensasi tidak dijalankan dalam 7 tahun pelaksanaan JKN di Indonesia. Alternatif kebijakan kompensasi yang belum dijalankan, BPJS Kesehatan telah menjalankan kebijakan/ pelaksanaan kapitasi khusus di daerah terpencil yang dilaksanakan dianggap sebagai kebijakan khusus untuk daerah terpencil dan kepulauan. Kebijakan kapitasi khusus ini dijalankan dengan menysasar Puskesmas di daerah terpencil dan kepulauan dengan tarif khusus untuk setiap orang per bulan²⁶. intervensi ini juga didukung dengan adanya kebijakan kapitasi berbasis kinerja dengan salah satu indikator adalah kunjungan sehat yang harus dilakukan oleh tenaga puskesmas dengan bentuk kegiatan seperti kunjungan ke rumah peserta JKN atau bentuk kegiatan lain. Kebijakan - kebijakan alternatif tersebut sangat baik dijalankan, namun intervensi tersebut bukan salah satu komponen atau bagian kebijakan kompensasi menurut UU SJSN. Definisi operasional yang belum jelas untuk pernyataan “Daerah Belum Tersedia Fasilitas Kesehatan yang Memenuhi Standar” (DBTFMS) menjadi salah satu penyebab pelaksanaan kebijakan kompensasi belum terealisasi. Masih banyak multitafsir terkait definisi DBTFMS tersebut dan secara hierarkis regulasi belum ada yang menjelaskan secara detail. Penyebab yang lain tidak berjalanya kebijakan kompensasi ini disinyalir karena ketidakcukupan dana di BPJS Kesehatan karena prioritas utamanya untuk menutup defisit. Kebijakan kompensasi ini menjadi prioritas intervensi yang seharusnya dilaksanakan untuk menutup ekuitas atau disparitas antar daerah di Indonesia.

1.2.2 Prakiraan Jika Masalah Tidak Diperbaiki

Sistem *single pool*²⁷ yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan memungkinkan penggunaan dana amanat oleh semua segmen peserta JKN. Sistem *single pool* tersebut tidak memilah penggunaan dana subsidi orang miskin dan dana iuran peserta mandiri. Hal ini mengakibatkan pada saat satu kelompok peserta mengalami defisit maka ditutup oleh segmen kelompok

²⁶ "PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK ... - DJSN."

<https://www.djsn.go.id/storage/app/uploads/public/58d/390/7db/58d3907dba10f879087466.pdf>. Accessed 2 Sep. 2020.

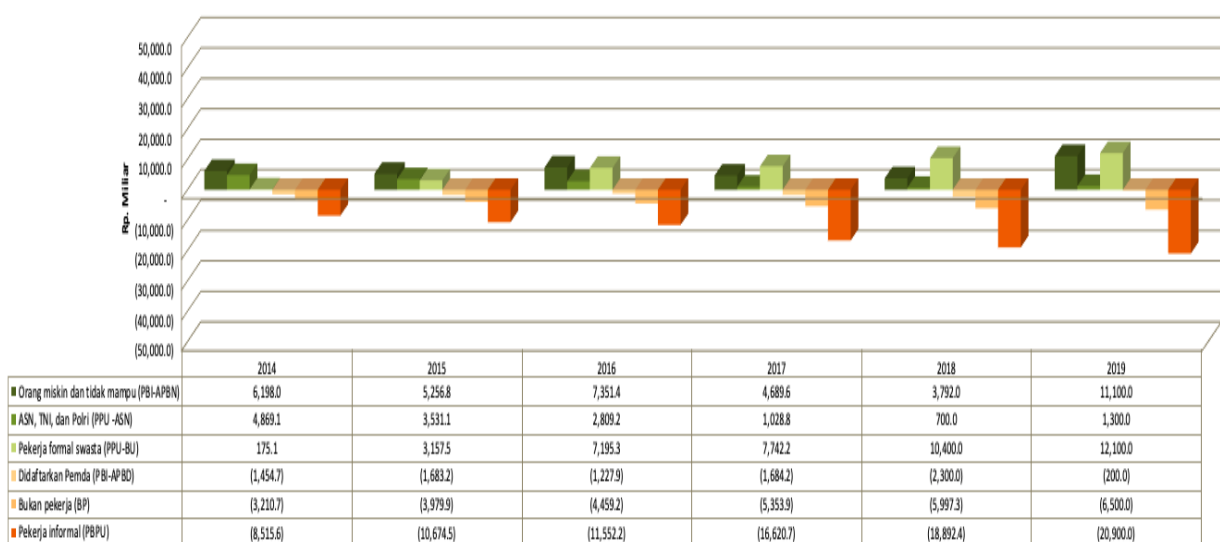
²⁷ "Peta jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional versi ... - DJSN."

http://djsn.go.id/storage/app/media/Peta%20Jalan%20Jaminan%20Kesehatan/ROADMAP_JKN_EdisiRingkas_CDVersion.pdf. Accessed 1 Sep. 2020.

yang lain yang positif. Dana amanat yang dalam satu *pool* telah menimbulkan adanya penggunaan surplus PBI APBN yang *by name by addres* untuk **menutupi defisit** dalam segmen PBPU, PBI APBD dan BP sebesar 66 triliun selama 2014 - 2019. Prinsip “gotong royong” kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya seakan-akan sempurna dijalankan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa defisit terjadi pada segmen kelompok peserta mandiri (PBPU) dan kelompok Bukan Pekerja (BP). Prinsip gotong royong yang dilaksanakan justru menggunakan dana subsidi PBI untuk membantu menutup defisit pada segmen PBPU dan BP yang merupakan peserta JKN dari golongan orang kaya dan mampu, terjadi prinsip “gotong royong” terbalik. Dana PBI APBN yang surplus terus terpakai untuk menutup defisit dari 2014 - 2020 yaitu sebesar 38,3 dengan rician berturut - turut tahun 2014 = 6,2 triliun, tahun 2015 = 5,2 triliun, tahun 2016 = 7,3 triliun, tahun 2017 = 4,6 triliun, tahun 2018 = 3,7 triliun, tahun 2019 = 11,1 triliun.

Prinsip “gotong royong” terbalik ini apabila tidak diperbaiki maka sumber dana utama untuk mengelola JKN adalah bersumber dari APBN. Sumber dana APBN yang masih lemah semakin bertambah berat dengan adanya beban JKN. Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2019 menyebutkan bahwa APBN memberikan subsidi bagi PBI Pemerintah, PBPU kelas 3 dan BP Kelas 3. Pemberian subsidi pada PBPU kelas 3 dan BP kelas 3 memberikan bukti bahwa APBN tidak hanya memberikan subsidi kepada fakir miskin seperti halnya pasal 28 UUD 1945. Tunggakan iuran kelompok mandiri (PBPU) juga masih terjadi sampai tahun 2020 ini yang jika tidak diselesaikan berdampak pada semakin kecilnya pendapatan iuran dari kelompok PBPU. Beban pelayanan pada kelompok PBPU yang melebihi iurannya menggambarkan bahwa pada kelompok ini banyak yang sakit. Jumlah peserta kelompok PBPU yang semakin meningkat belum tentu meningkatkan jumlah iuran dikarenakan tidak tertibnya pembayaran dari kelompok peserta ini. Sanksi tegas yang diatur Perpres 64 tahun 2019 Pasal 42 yaitu sanksi terhadap peserta yang menunggak iuran. Aturan tersebut jelas, namun belum ada evaluasi terhadap implementasi sanksi yang dijalankan.

Gambar 1. Selisih Iuran dan Beban Penyelenggaraan JKN



Sumber: Kementerian Keuangan, 2020

Gambar 1 menjelaskan besaran selisih antara jumlah iuran dan jumlah beban pelayanan kesehatan sebagai dasar analisis defisit penyelenggaraan JKN. Biaya pelayanan kesehatan

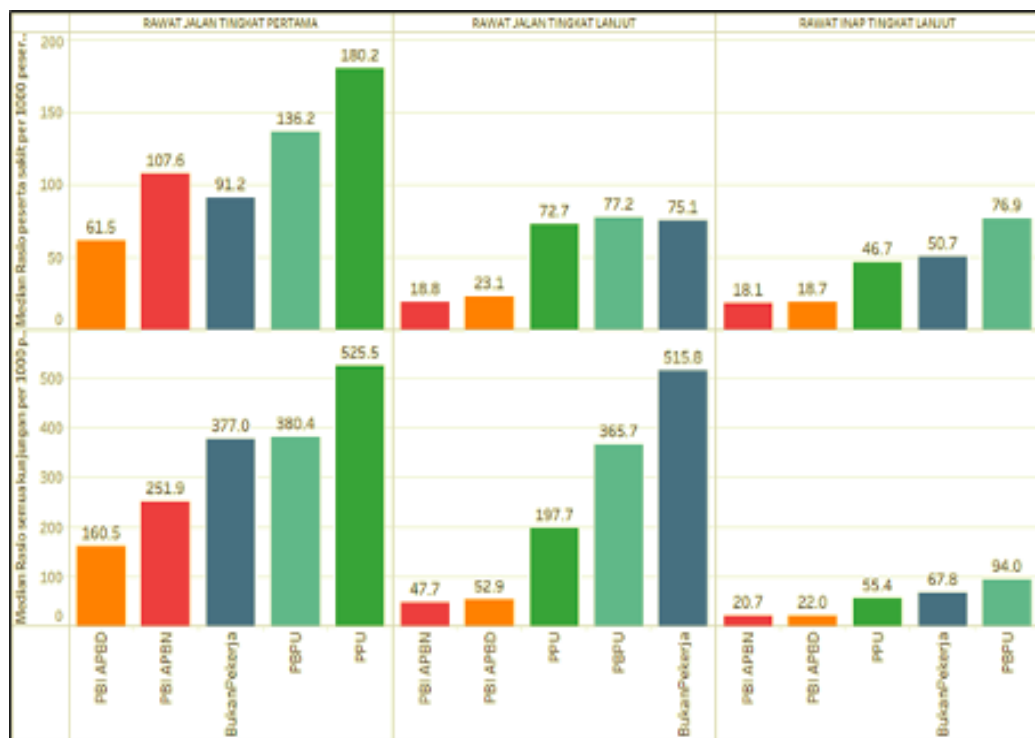
untuk penyakit tertentu masih tinggi juga menjadi penyebab defisit penyelenggaraan JKN. Data surplus ditunjukkan dengan warna hijau yang menjelaskan bahwa pada kelompok peserta PBI APBN, PPU (ASN dan BU) mengalami surplus dari tahun 2014 - 2019. Kelompok peserta JKN PBPU, PBI APBD dan BP yang ditunjukkan warna merah mengalami defisit dari tahun 2014 - 2019. Data di atas menggambarkan bahwa terjadi ketidakseimbangan antara iuran dan beban pelayanan kesehatan antar segmen kepesertaan JKN.

Segmen PBPU dan BP (mandiri) lebih banyak menyerap dana JKN dari pada segmen PBI APBN. Hal ini membuktikan bahwa terjadi over utilisasi pada kelompok segmen PBPU dan BP yang merupakan kelompok orang mampu dan kaya. Indikasi ini juga membuktikan bahwa segmen PBPU dan BP lebih banyak melakukan akses ke pelayanan kesehatan (gambar 2). Kondisi ini mencerminkan bahwa ada ketidakmerataan penyerapan dana pada kelompok peserta JKN dikarenakan masalah ketidakmerataan akses pelayanan kesehatan. Jumlah peserta JKN kelompok PBI APBN (pusat) sebesar 96,7 juta jiwa lebih besar dari jumlah peserta PBPU dan BP sebesar 35,5 juta jiwa menyerap lebih sedikit dana karena keterbatasan akses ke pelayanan kesehatan.

Peserta yang tinggal **di daerah terbatas fasilitas kesehatan belum dapat menerima paket manfaat yang sama** dengan peserta yang tinggal di daerah dengan akses fasilitas kesehatan lebih lengkap dan mudah dijangkau. Contoh kasus jantung, rasio peserta JKN yang mengakses layanan Jantung didominasi oleh kelompok peserta non-PBI. Di DKI Jakarta PBPU 11,3; BP 16,6 untuk PBI APBN 1,3. Sedangkan di NTT PBPU 4,6; BP 12,0 untuk PBI APBN 0,8. Dengan status defisit menahun yang kerap kali ditambal oleh APBN, menunjukkan bahwa *fire management* pemerintah yang buruk, muncul porsi yang tidak seimbang jika dibandingkan dengan program-program kesehatan masyarakat lainnya di mana masih terdapat masalah kesehatan yang nyata, seperti angka kematian ibu yang masih tinggi, kasus TB yang masih tinggi 2013-0,4% dan 2018 - 0,42%, prevalensi merokok yang tinggi tahun 2013 - 24,3 dan 2018 - 24,3 (tidak ada pengurangan yang berdampak pada berbagai insidensi penyakit kronis). Terjadinya defisit penyelenggaraan JKN juga menunjukkan ketimpangan utilisasi pada peserta PBI APBN, karena tidak ada dana untuk pelaksanaan **kebijakan kompensasi** bagi peserta PBI APBN di daerah tertinggal / terbelakang / terdepan agar mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang sama (Paket manfaat JKN yang sama).

Gambar 2 di bawah ini merupakan fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan oleh peserta JKN di setiap tingkatan fasilitas kesehatan. Gambar tersebut menunjukkan bahwa kelompok peserta PBPU, BP dan PPU lebih banyak mengakses pelayanan kesehatan baik di FKTP dan FKTL. Kelompok ini lebih banyak berada di wilayah perkotaan. Kelompok - kelompok PBI masih banyak yang belum mengakses FKTP dan FKTL. Meskipun Puskesmas yang keberadaanya fisiknya telah sampai ke pelosok wilayah pedalaman tidak banyak dimanfaatkan oleh kelompok rentan yaitu kelompok PBI karena keterbatasan akses baik itu transportasi atau kondisi geografis yang sulit. Hambatan akses pelayanan kesehatan ini terjadi dikarenakan *supply side* pelayanan kesehatan tidak tersedia secara merata baik itu infrastruktur dan tenaga kesehatan. Segmen PBI yang menjadi peserta JKN yang sebagian besar mengalami kesulitan dalam mengakses FKTP dan FKTL.

Gambar 2. Utilisasi Peserta JKN di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Tingkat Lanjut



Sumber: BPJS Kesehatan 2015-2016 diolah DaSK PKMK FK-KMK UGM

Prinsip ekuitas dalam UU SJSN Pasal 19 ayat 1 yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya tidak tercapai di daerah dengan fasilitas kesehatan yang terbatas. Peserta tidak menerima paket manfaat yang sama untuk peserta di daerah terpencil meskipun iuran yang dibayarkan sama dengan peserta yang mudah akses pelayanan kesehatan. JKN bertumpu pada APBN ditunjukkan selama JKN dana APBN dialokasikan untuk menutup defisit tahun 2014 - 2019 sebesar 40, 7 triliun. Anggaran kesehatan hanya mendapat 5% dari dana APBN atau 1,7 % dari PDB (2017) banyak terserap untuk JKN sehingga investasi kesehatan untuk infrastruktur, SDM kesehatan dan peralatan kesehatan tidak mendapatkan dana yang cukup untuk mendukung pemerataan pelayanan kesehatan di era JKN.

Ketidakpastian investasi kesehatan menyebabkan Pasal 34 UU Ayat 3: Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak untuk masyarakat di DBTFMS sangat lamban dipenuhi. Anggaran Dirjen Yankes tidak meningkat setiap tahunnya, seharusnya dana ini dapat digunakan untuk investasi pembangunan infrastruktur kesehatan dan peralatan kesehatan. Besaran anggaran di Dirjen Yankes berturut - turut yaitu tahun 2015=16,5 triliun, tahun 2016=15,9 triliun, tahun 2017=15,3 triliun, tahun 2018=15,9 triliun, tahun 2019=16,4 triliun.

Keterbatasan akses ini akan terus terjadi apabila kebijakan kompensasi tidak dijalankan sampai dengan Pemerintah dapat memenuhi pemerataan fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan medis peserta JKN. Kebijakan kompensasi menjadi solusi untuk menyediakan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang tidak dapat diakses oleh kelompok rentan seperti kelompok PBI. Kebijakan kompensasi ini akan menjadi salah satu upaya sementara untuk menyediakan tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan bagi daerah yang belum memiliki pelayanan kesehatan yang baik untuk memenuhi kebutuhan medis peserta JKN. Contoh nya adalah Puskesmas di daerah terpencil tidak dapat melayani standar pelayanan 144 diagnosis karena peralatan dan tenaga kesehatan yang terbatas. Fasilitas

tingkat lanjut di daerah terpencil dan kepulauan masih kekurangan Fasilitas Diagnosis di FKTL. Salah satu kasus adalah kanker payudara. PNPk Kanker Payudara oleh Kemenkes merekomendasikan pemberian Trastuzumab pada pasien kanker payudara dengan status imunohistokimia (IHK) HER2+++ (positif 3). Terdapat 17 rumah sakit se-Indonesia, RSUD/RS tipe B rata-rata tidak memiliki fasilitas tersebut. Untuk melakukan tes IHK, pasien harus dirujuk ke RS rujukan tipe A, dan dengan keterbatasan pasien tentunya merujuk untuk proses diagnosis bukan perkara mudah, dari sisi pasien saja berapa opportunity cost yang hilang. Akibatnya seringkali pasien kanker menjalani kemoterapi meski tanpa pemeriksaan IHK.

1.2.3 Usulan Opsi Perbaikan Kebijakan JKN

1) Revisi UU SJSN pada Pasal 1 UU SJSN No. 40 Tahun 2004

Revisi UU SJSN Pasal 1 dengan; 1) menambahkan frasa yang menegaskan bahwa dana jaminan sosial terbagi dalam beberapa *pool* (*multipool*) yaitu pemisahan antara *pool* dana PBI APBN, PBI APBD dengan BPJU, BP, dan PPU. 2) Penambahan Pasal di UU SJSN pada Pasal 1 dengan frasa Dana PBI APBN dan APBD untuk masyarakat miskin dan tidak mampu tidak boleh digunakan untuk menutup defisit segmen peserta PPU, BPJU, dan BP. 3) Pemerintah Daerah diharuskan ikut menanggung defisit dalam pelaksanaan JKN di daerahnya. 4) Penetapan besaran iuran secara progresif di setiap daerah sesuai perhitungan aktuaria.

Pemisahan *pool* disini dapat menggunakan metode *multipool* yaitu membagi dana ke dalam kelompok - kelompok. Metode ini juga menyebabkan evaluasi kinerja yang lebih objektif setiap kelompok. Metode *multi pool* ini menggunakan mekanisme 3 pembayar dalam untuk 3 kelompok kepesertaan. Pelaksanaan JKN selama 7 tahun memberikan pengalaman luar biasa bagi bangsa Indonesia dalam mengelola jaminan kesehatan untuk lebih dari 200 juta jiwa. Penetapan BPJS Kesehatan mengarahkan Indonesia memasuki era baru dimana terbentuk sebuah sistem pembayar tunggal (*single payer system*) layanan medis untuk seluruh penduduk. Dana berbentuk iuran JKN (dana amanat) disatukan dalam satu tempat (*single pool*) di BPJS Kesehatan. Pelaksanaan JKN di Indonesia diselenggarakan melalui sistem *single pool* melalui satu badan penyelenggara yaitu BPJS Kesehatan. Dana amanat dikumpulkan dalam satu tempat dan digunakan untuk kebutuhan peserta JKN tanpa melihat sumber dana iuran JKN. Hal ini memunculkan dampak pengelolaan dana amanat dengan prinsip "gotong royong". Prinsip gotong royong ini diterapkan dengan semangat untuk masyarakat kaya membantu masyarakat miskin, masyarakat muda membantu masyarakat yang sudah lanjut usia dan masyarakat sehat membantu masyarakat sakit²⁸.

Aspek Sosial

Pelaksanaan JKN di Indonesia tidak lepas dari pengaruh pelaksanaan jaminan kesehatan negara lain. Pelaksanaan JKN di Negara Thailand terpecah menjadi tiga bagian (*multi pool*), dimana Pegawai Negeri punya sistemnya tersendiri yang sepenuhnya didanai oleh APBN. Jaminannya komprehensif, penyakit apapun dijamin. Biaya manajemen iuran ditanggung dana APBN. Komitmen Pemerintah Thailand tinggi untuk membangun sumber daya manusia yang sehat dengan menyediakan 13.1% APBN nya untuk kesehatan. Sistem jaminan kesehatan di Thailand yang diberlakukan sejak tahun 2002 dipandang sebagai sistem kesehatan yang paling menyeluruh dan lengkap di Asia. Sistem

²⁸ "Peta jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional - DJSN." <https://www.djsn.go.id/draft-panduan/peta-jalan-menuju-jaminan-kesehatan-nasional>. Accessed 1 Sep. 2020.

jaminan kesehatan *multi pool* di Thailand terdiri atas sistem jaminan kesehatan pegawai negeri yang paket jaminannya amat liberal dan menjamin tidak saja anggota keluarga pegawai, tetapi juga mencakup orang tua dan mertua pegawai. Seluruh pegawai swasta mendapat jaminan kesehatan komprehensif melalui Badan Jaminan Sosial yang dikelola oleh Depnakernya Thailand. Pekerja informal memperoleh jaminan melalui National Health Security Office, sebuah lembaga independen yang mengelola sistem 30 Baht. Sistem 30 Baht, seluruh penduduk diluar pegawai swasta dan pegawai negeri berhak mendapat pelayanan kesehatan komprehensif dengan hanya membayar 30 Baht (kurang lebih Rp 6.000) sekali berobat atau dirawat, termasuk perawatan intensif dan pembedahan. *Purchasing mechanism* yang diterapkan di Thailand yaitu: 1). Skema CSMBS (Civil Servant Medical Benefit Scheme), *purchasing mechanism* yang dijalankan yaitu pada pasien rawat jalan atau OP (*Out Patient*) menggunakan sistem *Fee For Services*, dan pelayanan rawat inap atau IP (*Inpatient*) menggunakan sistem DRG (Diagnosis Related Groups). 2). Skema SSS (*Social Security Scheme*)/ (*Social Health Insurance for formal private sector*), *purchasing mechanism* yang dijalankan yaitu pada pasien rawat jalan atau OP menggunakan sistem Kapitasi, dan pelayanan rawat inap atau IP menggunakan sistem DRG (Diagnosis Related Groups) dan sebagian kapitasi. 3). Skema UCS (*Universal Coverage Scheme*), *purchasing mechanism* yang dijalankan yaitu pada pasien rawat jalan atau OP menggunakan sistem Kapitasi, dan pelayanan rawat inap atau IP menggunakan sistem DRG (*Diagnosis Related Groups*) dengan global budget. Skema pembayaran terhadap fasilitas kesehatan di Thailand menunjukkan dana jaminan kesehatan digunakan untuk membayar kebutuhan untuk pelayanan kesehatan dasar, obat, penyakit kronis, penyakit gangguan jiwa di fasilitas kesehatan. Skema jaminan kesehatan di Thailand membuktikan dari sisi *equity* dapat mengurangi ketidakadilan (*inequity*) pada pelayanan kesehatan dengan mencakup populasi yang kurang mampu. Kelompok kurang mampu ini dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu.

Aspek Ekonomi

Opsi *multi pool* yang ditawarkan dalam pelaksanaan JKN menjadi solusi terbaik dengan beragamnya struktur kepesertaan JKN di Indonesia. Jaminan sosial dapat diwujudkan melalui mekanisme asuransi sosial dan tabungan sosial. Adanya perlindungan terhadap risiko sosial ekonomi melalui asuransi sosial dapat mengurangi beban negara (APBN) dalam penyediaan dana bantuan sosial yang memang sangat terbatas. Hal ini sejalan dengan Kondisi ekonomi Indonesia yang masih belum stabil dengan adanya pandemi COVID-19 menyebabkan kekuatan APBN untuk mendanai program pembangunan menjadi lemah. Rancangan APBN tahun 2021 memperlihatkan bahwa tahun 2020 pertumbuhan ekonomi Indonesia mengalami -5,3% pada triwulan pertama tahun 2020. Tahun 2021 pertumbuhan ekonomi Indonesia direncanakan 4,5%-5,5% dengan fokus pada Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) (Kementerian Keuangan, 2020).

Prinsip kegotongroyongan yang digunakan merupakan sebuah instrumen negara yang kuat dan digunakan di hampir seluruh negara maju dalam menanggulangi risiko sosial ekonomi yang setiap saat dapat terjadi pada setiap warga negaranya. Dukungan berbagai aspek seperti aspek ekonomi makro dalam jaminan sosial nasional menjadi suatu instrumen yang efektif untuk memobilisasi dana masyarakat dalam jumlah besar, yang sangat bermanfaat untuk membiayai program pembangunan dan kesejahteraan bagi masyarakat itu sendiri. Konsep asuransi sosial yang digunakan bertujuan memberikan

perlindungan sosial dengan dana jaminan sosial yang terkumpul dan menjadi sumber dana investasi yang memiliki daya ungkit besar bagi pertumbuhan perekonomian nasional. Aspek dana dalam program ini merupakan suatu gerakan tabungan nasional yang berlandaskan prinsip solidaritas sosial dan kegotong-royongan (Jamsosindo, 2020). Asuransi Thailand mengadopsi skema multi pool dalam pengelolaan dananya. Hal tersebut berpengaruh pada fokus pengelolaan jaminan kesehatan pada satu kelompok. Satu sistematis review menjelaskan multi pool dalam jaminan kesehatan di Thailand menciptakan adanya perlindungan keuangan yang tinggi dan memberikan paket manfaat komprehensif. Selain itu, multi pool juga membuat insiden OOPPs (*out of pocket payment*) yang sangat rendah terjadi dalam penyakit katastropik pada seluruh peserta (Myint et al., 2019).

Aspek Legal

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dikelola oleh suatu badan yang dibentuk oleh Undang - Undang sesuai dengan Undang - Undang SJSN No.40 Tahun 2004 Pasal 5 ayat 1 menyatakan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan penyelenggara jaminan sosial yang dimaksud adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pasal 2 ayat 2 dan Pasal 6 ayat 1. Pasal -pasal tersebut menjelaskan bahwa dana amanat berupa bantuan iuran dari Pemerintah dan iuran dari semua peserta jaminan sosial kesehatan dikelola oleh BPJS Kesehatan (*single pool*) sesuai dengan Pasal 10 UU BPJS.

2) Meningkatkan Iuran Untuk semua Segmen Peserta JKN

Pasal 17 ayat 3 UU SJSN menyebutkan adalah besarnya iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak. Menaikkan iuran untuk segmen peserta JKN merupakan upaya Pemerintah untuk menyeimbangkan besaran beban pelayanan kesehatan yang dikeluarkan dengan kebutuhan dana yang diperlukan. Kebutuhan dana untuk menyeimbangkan tersebut dihitung melalui kenaikan secara berkala dengan besaran iuran sesuai dengan peraturan yang ditetapkan pemerintah.

Aspek Ekonomi

Menaikkan iuran untuk semua segmen peserta merupakan proses yang didukung oleh regulasi. Upaya menaikkan iuran ini tentunya harus melalui perhitungan yang tepat oleh ahli aktuaria. Aspek ekonomi menjadi bagian penting dari penetapan besaran iuran. Namun, tingkat pendidikan juga ikut serta mempengaruhi kenaikan iuran. Studi tentang JKN menyatakan bahwa pelaksanaan JKN berkontribusi terhadap pendidikan dan kondisi ekonomi rumah tangga (Nasution et al., 2020). Penelitian kemampuan membayar iuran menemukan bahwa masyarakat yang belum menjadi peserta JKN sebagian besar karena tidak mampu. Masyarakat yang tidak mampu sebagian besar adalah perokok yaitu 82,19%. Belanja rokok rata-rata Rp. 450.000- Rp. 750.000,- per bulan lebih besar dari iuran JKN termurah Rp. 76.500,- untuk 3 orang anggota keluarga dan Rp. 178.500,- untuk 7 (tujuh) anggota keluarga (Yandrizal, Rifa'i, et al., 2017).

Aspek Sosial

Iuran JKN yang berlaku menurut peraturan dapat dilakukan kenaikan secara berkala oleh Pemerintah. Pemerintah memperhitungkan kenaikan berdasarkan masukan dari ahli aktuaria. Kemampuan membayar masyarakat juga menjadi salah satu faktor nilai besaran iuran apabila iuran JKN dinaikkan. Hasil studi Kemampuan Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember menunjukkan bahwa sebagian besar pendapatan per bulan responden penelitian tergolong sedang yakni berada pada interval $\geq \text{Rp.}3.100.000,-$ s.d $\leq \text{Rp.}7.750.000,-$ dengan rata-rata sebesar $\text{Rp.}6.200.000,-$; sedangkan rata-rata total pengeluaran rumah tangga mencapai $\text{Rp.}6.077.424,-$. Responden (54,5%) mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional. Sebagian besar responden hanya memiliki kemampuan membayar iuran untuk rawat inap kelas 3 ($\text{Rp.}25.500,-$ per orang per bulan) (*Kemampuan Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Nelayan Di Kabupaten Jember (Ability To Pay The Premium Of National Hea, n.d.)*). Penelitian lain di salah satu daerah Provinsi Bengkulu memperlihatkan bahwa Upah minimum regional di Bengkulu tahun 2015 sebesar $\text{Rp.}1.500.000,-$. Pendapatan masyarakat dengan penghasilan UMR termasuk yang tidak mampu membayar iuran JKN. Upaya UHC dapat tercapai bila pemerintah membayar iuran masyarakat tidak mampu dengan menambah peserta Kartu Indonesia Sehat (KIS) (Yandrizal, Yandrizal, et al., 2017). Peserta PBP yang menunggak iuran, pada aspek kemauan membayar tunggakan responden kategori tidak mau yaitu sebanyak 70 responden (70%), kategori mau yaitu sebanyak 30 responden (30%) dan ini berkaitan dengan pengetahuan mengenai tarif JKN yaitu 42% (Marzuki et al., 2019).

Hasil studi tersebut memperlihatkan bahwa kenaikan iuran JKN untuk semua segmen akan diterima oleh masyarakat apabila berdasar pada kemampuan membayar masyarakat. Kemampuan membayar masyarakat ini juga akan berhubungan dengan kondisi ekonomi negara.

Aspek Legal

Kenaikan iuran JKN yang dijalankan di Indonesia tidak bertentangan dengan Undang - Undang SJSN pasal 17 ayat 3 yang menyatakan bahwa besarnya iuran ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak. Kenaikan iuran yang sudah diatur tersebut diperkuat dengan Peraturan Presiden. Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Pasal 38 ayat 2 menyebutkan besaran iuran diusulkan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) kepada Presiden dengan tembusan kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.

- 3) Sosialisasi dan Diskon Tunggakan dengan Status Keanggotaan tetap aktif (Program Relaksasi Iuran)

Iuran kepesertaan menjadi bagian penting bagi keberlangsungan jaminan. Data DJSN menunjukkan per Agustus tahun 2020 peserta yang tidak aktif dan menunggak iuran sebesar 11%. Tunggakan iuran mempengaruhi keberlangsungan JKN dan menambah beban keuangan Badan Penyelenggara JKN. Sosialisasi dan diskon tunggakan iuran merupakan upaya untuk mempengaruhi peserta JKN yang menunggak iuran dengan proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai dan aturan dari satu generasi ke

generasi lainnya dalam sebuah kelompok atau masyarakat²⁹. Sosialisasi primer (dalam keluarga) dan sosialisasi sekunder (dalam masyarakat).

Aspek Sosial

Tunggakan iuran yang terjadi dalam pelaksanaan jaminan kesehatan memperlihatkan pada tahun 2014 sekitar 13.000 jiwa atau 40% dari total peserta mandiri, tidak disiplin dalam membayar iuran bulanan. Ketidakteraturan peserta JKN dalam membayar iuran berdampak pada penjaminan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang tersedia. Studi pendahuluan di Kabupaten Jember terhadap 35 pasien peserta mandiri JKN rawat inap menyatakan bahwa 25 (71%) pasien tersebut tidak teratur dalam membayar iuran JKN dan 17 (68%) pasien tersebut baru melunasi iuran saat akan menjalani perawatan di rumah sakit. Pasien peserta mandiri JKN yang belum membayar iuran, pasien diwajibkan untuk melunasi iuran, dan jika tidak melunasi iuran tersebut maka pasien peserta mandiri tidak dapat menggunakan JKN sebagai penjamin dari biaya perawatan di fasilitas kesehatan. Hal tersebut berdampak pada pasien rawat inap yang harus menjadi pasien umum sehingga pasien atau keluarga harus menanggung biaya perawatan sendiri karena tidak lagi dijamin oleh BPJS Kesehatan (Pratiwi, 2016). Tunggakan iuran menyebabkan peserta tidak dilayani di fasilitas kesehatan dan memberikan dampak pelayanan pasien terganggu dan menyebabkan fasilitas kesehatan mendapatkan dampak negatif atas kepuasan pasien.

Aspek Ekonomi

Masyarakat yang tidak membayar iuran secara rutin memiliki berbagai alasan. Pengetahuan tentang iuran dan tunggakan iuran perlu disosialisasikan kepada masyarakat. Upaya meringankan beban tunggakan telah dilakukan oleh BPJS Kesehatan melalui program relaksasi tunggakan dengan berbagai metode seperti angsuran tunggakan JKN. Angsuran tunggakan iuran ini melalui program cicilan pembayaran tunggakan iuran melalui Kartu Kredit BRI. Peserta JKN-KIS dapat mengajukan relaksasi pembayaran tunggakan iuran dengan cukup membayar 6 bulan tagihan bulan menunggaknya. Selanjutnya peserta juga dapat memanfaatkan pembayaran tunggakan iurannya tersebut melalui program cicilan ringan melalui kartu kredit BRI selama 12 bulan³⁰. Status ekonomi memegang peranan penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Semakin miskin penduduk maka pilihan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan semakin terbatas. Dengan kata lain, penduduk yang lebih kaya punya pilihan lebih banyak untuk memanfaatkan atau tidak memanfaatkan jaminan asuransi kesehatan. Hal ini berbeda dengan penelitian Wang dkk yang menemukan bahwa semakin tinggi pendapatan maka kecenderungan menggunakan asuransi akan lebih besar (*Website*, n.d.) . Hal ini menunjukkan bahwa faktor ekonomi dapat menjadi salah satu sebab terjadinya tunggakan iuran JKN.

Aspek Legal

²⁹ "Sosialisasi - Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas."

<https://id.wikipedia.org/wiki/Sosialisasi>. Accessed 12 Sep. 2020.

³⁰ "Peserta JKN-KIS Bisa Manfaatkan Cicilan Tunggakan Iuran" 8 Sep. 2020,

<https://www.suara.com/bisnis/2020/09/08/121633/peserta-jkn-kis-manfaatkan-cicilan-tunggakan-iuran-tanpa-bunga-lewat-bri>. Accessed 16 Sep. 2020.

Pasal 27 UU SJSN menjelaskan bahwa besarnya iuran jaminan kesehatan untuk penerima bantuan iuran ditentukan berdasarkan nominal yang ditetapkan secara berkala. Kenaikan iuran tidak menjadi masalah atau bertentangan dengan hukum karena sudah diatur di dalam undang - undang. Aturan mengenai besarnya nominal perubahan iuran diatur lebih lanjut dengan Peraturan Presiden. Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 64 Tahun 2020 merupakan peraturan terbaru yang mengatur mengenai penyesuaian besaran iuran peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), Per 1 Juli 2020. Iuran JKN bagi peserta PBU dan BP disesuaikan menjadi Rp 150.000 untuk kelas 1, Rp 100.000 untuk kelas 2, dan Rp 42.000 untuk kelas 3. Khusus kelas 3, untuk tahun 2020, peserta JKN hanya membayar sebesar Rp 25.500, sisanya sebesar Rp. 16.500 dibiayai oleh Pemerintah.

4) *Cost Sharing* Biaya Pelayanan untuk Penyakit Tertentu (Urun Biaya)

Biaya tambahan (*cost sharing*) adalah biaya yang harus dibayar oleh pasien peserta JKN karena mendapat pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang diperoleh dari pengurangan besarnya tarif dengan besarnya biaya yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Biaya tambahan tersebut merupakan biaya obat-obatan yang tidak masuk dalam paket pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit berdasarkan daftar obat esensial, pelayanan medis dan menempati kelas perawatan yang tidak sesuai dengan golongannya. BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa Ketentuan urun biaya tersebut diberlakukan bagi jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan dalam Program JKN-KIS³¹.

Aspek Sosial

Biaya pelayanan kesehatan yang semakin tinggi membutuhkan dana yang semakin besar. Gambaran tersebut alami terjadi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Biaya pelayanan yang tinggi menjadi salah satu penyebab defisit penyelenggaraan JKN. Gagasan *cost sharing* menjadi salah satu opsi untuk mengurangi masalah defisit, meskipun perlu ditelaah lebih lanjut efektifitas *cost sharing* dengan tujuan awal penyelenggaraan JKN. Opsi *cost sharing* menjadi usulan yang akan ditolak oleh sebagian peserta terutama kelompok peserta mandiri, apalagi jika peserta harus dibebani *sharing cost* yang lebih besar. Upaya mengatasi defisit tersebut dapat dilakukan dengan cara menggali dan memaksimalkan potensi- potensi nasional yang ada, seperti pajak dan/atau donasi sosial misalnya, agar tidak memberatkan beban finansial masyarakat. *Sharing cost* peserta JKN-KIS harus terus diupayakan seimbang berdasarkan kemampuan bayar masyarakat, dan bukan berdasarkan penyakit yang diderita (Retnaningsih, 2017).

Aspek Ekonomi

Penerapan skema *cost-sharing* di beberapa negara terdiri dari berbagai macam jenis, berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa skema *cost-sharing* yang paling sering digunakan adalah *copayment*, *deductible*, dan *coinsurance*. Implementasi *cost-sharing* akan memberikan beberapa keuntungan diantaranya adalah: dapat mengurangi pengeluaran obat dengan turunnya utilisasi layanan kesehatan, dan mengalihkan sebagian porsi pengeluaran pemerintah provinsi kepada peserta/ masyarakat; program

³¹ "SIARAN PERS BPJS Kesehatan Jelaskan Aturan Main Urun" 17 Jan. 2019, <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/d1fdf6b412a33f392bc7e7ec7b2779fe.pdf>. Accessed 12 Sep. 2020.

ini mampu mendorong pola pemanfaatan obat yang lebih sesuai, atau mengurangi penggunaan obat-obat yang tidak esensial; secara tidak langsung akan meningkatkan *technical efficiency* pada market obat dengan semakin pedulinya peserta/masyarakat dalam pemanfaatan obat (Pujiyanti et al., 2020). Namun suatu hasil studi menunjukkan bahwa menunjukkan bahwa penerima manfaat pelayanan kesehatan dari kelompok yang berpenghasilan rendah yang dirawat di rumah sakit dalam status observasi memiliki kekhawatiran yang lebih besar tentang kewajiban berbagi biaya daripada kelompok yang berpenghasilan lebih tinggi (Goldstein et al., 2019). Pembagian biaya (*cost sharing*) memiliki konsekuensi yang tidak diinginkan untuk penerima manfaat berpenghasilan rendah pada pelayanan- pelayanan tertentu.

Aspek Legal

Peraturan JKN memungkinkan peserta JKN memberikan urun biaya (*cost sharing*). Urun biaya ini dijelaskan dalam Pasal 22 ayat 2 dan 3 UU SJSN Nomor 40 tahun 2004. Peraturan Kementerian Kesehatan (Permenkes) Nomor 51 Tahun 2018, jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan dalam Program JKN-KIS tersebut ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Ketentuan urun biaya tersebut diberlakukan bagi jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan dalam Program JKN-KIS. Adapun penetapan jenis-jenis pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan usulan dari BPJS Kesehatan, organisasi profesi, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.

5) Revisi Pasal 19 UU SJSN

Revisi UU SJSN Pasal 19 dengan menambahkan frasa prinsip ekuitas yaitu Prinsip ekuitas adalah paket manfaat yang diterima oleh peserta JKN sama di seluruh wilayah Indonesia. Prinsip ekuitas dapat tercapai apabila Pemerintah menyediakan fasilitas kesehatan, SDM Kesehatan, dan peralatan kesehatan terutama untuk daerah yang sulit akses pelayanan kesehatan.

Aspek Sosial

Opsi ini dapat mampu memenuhi keadilan sosial, terutama bagi masyarakat yang berada di Wilayah Timur Indonesia. Bukti - bukti ketersediaan fasilitas kesehatan dan kurangnya utilisasi pemanfaatan pelayanan kesehatan selama penyelenggaraan JKN memberikan gambaran bahwa pemerataan pelayanan kesehatan harus dipenuhi. Kebijakan khusus ini dapat dengan mudah diterima oleh masyarakat Indonesia yang sudah lama memiliki budaya gotong-royong. Budaya ini bisa diandalkan dapat mempengaruhi masyarakat mampu untuk membantu masyarakat lain yang kurang mampu. Keterlibatan tokoh agama dan tokoh masyarakat sangat berpengaruh terhadap kekuatan budaya di masyarakat.

Aspek Ekonomi

Opsi ini diperkirakan mempengaruhi anggaran bidang kesehatan seperti jaminan penyediaan investasi infrastruktur & tenaga kesehatan di daerah terpencil baik FKTP maupun FKTL. Akibatnya anggaran Pemerintah dapat digunakan tepat sasaran yakni penduduk miskin dan/ tidak mampu. Anggaran minimal 5% dari APBN dan 10% dari APBD menurut UU Kesehatan dapat dijalankan dengan pasti karena berdasarkan kebutuhan di tingkat daerah. Daerah dapat menyediakan bukti - bukti kebutuhan dengan menyusun

pemetaan kebutuhan daerah di bidang kesehatan. Dokumen ini dapat diintegrasikan dengan RPJMD yang disusun oleh seluruh stakeholder di daerah.

Aspek Legal

Opsi ini menindaklanjuti amanat UUD 1945, UU HAM dan UU Pelayanan publik, dan sesuai dengan ideologi (sila ke-5 Pancasila). Bagian terpenting opsi ini adalah menjalankan amanah UUD 1945 Pasal 28H ayat 2 dan 3 yang menyatakan setiap masyarakat berhak mendapatkan kemudahan mendapatkan manfaat yang sama dan berhak atas jaminan sosial. Masyarakat di DBTFMS belum menerima manfaat yang sama.

6) Revisi Pasal 23 Ayat 3 UU SJSN No. 40 Tahun 2004

Opsi ini dipilih untuk mengimplementasikan dan memperkuat Prinsip Ekuitas dalam UU SJSN yaitu Pasal 19 UU SJSN memuat tentang prinsip ekuitas. Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya³². Prinsip ekuitas terwujud apabila masyarakat rentan (miskin dan tidak mampu, tinggal di daerah terpencil dan tinggal di daerah dengan fasilitas kesehatan terbatas) mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa ada beban keuangan. Menjalankan kebijakan kompensasi merupakan suatu bentuk tanggungjawab BPJS Kesehatan dan Pemerintah (Pusat dan Daerah) yang harus diberikan kepada peserta JKN apabila hak peserta JKN untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan medis peserta JKN tidak terpenuhi.

Kebijakan kompensasi dapat dilaksanakan apabila dalam UU menyatakan peran masing - masing stakeholder atau tugas dan fungsi, sumber dana untuk pelaksanaan kebijakan kompensasi dan regulasi yang memayungi pelaksanaan kebijakan kompensasi.

Kompensasi dapat diberikan dalam bentuk:

- pengiriman tenaga kesehatan; atau
- penyediaan fasilitas kesehatan tertentu.

Aspek Sosial

Pelaksanaan kebijakan kompensasi memberikan dampak sosial pada masyarakat terutama di daerah terpencil yang kesulitan menjangkau fasilitas kesehatan. Sebuah studi di China menjelaskan bahwa kompensasi dalam asuransi kesehatan pemerintah memiliki pengaruh yang besar bagi masyarakat di geografis sulit untuk mendapatkan layanan kesehatan (Wu et al., 2018). Satu sistematik review juga menemukan bahwa pemberian insentif atau uang membantu masyarakat di daerah geografis sulit untuk mendapatkan layanan utilitas (Bright et al., 2017). Orang kaya menerima sebagian besar perawatan kesehatan melalui rumah sakit umum milik pemerintah dan klinik swasta dan orang miskin umumnya menerima perawatan dari fasilitas tingkat terendah, pusat kesehatan. Akibatnya, orang

³² "Undang-undang - DJSN." <http://djsn.go.id/produk-hukum/undang-undang/2/?page=2>.
<https://www.djsn.go.id/storage/app/uploads/public/58c/24c/1ff/58c24c1ff3169065970474.pdf>. Accessed 2 Sep. 2020.

miskin memiliki lebih sedikit pilihan penyedia layanan, rujukan yang tidak memadai dan karenanya paket manfaat yang secara potensial terbatas (Rodney & Hill, 2014).

Aspek Ekonomi

Penduduk miskin dan tidak mampu dihadapkan pada masalah sosial ekonomi. Sosial ekonomi yang dimaksud disini adalah kondisi keuangan rumah tangga. Kondisi keuangan rumah tangga menyebabkan orang miskin dan tidak mampu tidak bisa mengakses pelayanan kesehatan yang jauh dari tempat tinggal dan melanjutkan perawatan pelayanan kesehatan ke jenjang fasilitas kesehatan lebih tinggi. Keberadaan penduduk di perkotaan dan pedesaan membawa pengaruh penting pada kondisi keuangan rumah tangga dan status kesehatannya. Penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa penduduk perkotaan menghabiskan lebih banyak uang daripada penduduk pedesaan di rumah sakit umum dan swasta, apotek, dan laboratorium (Onwujekwe et al., 2011). Pelaksanaan JKN juga memberi kesempatan bagi penduduk kaya lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kehamilan. Hasil penelitian berdasarkan sub kelompok ekonomi menunjukkan bahwa perbedaan hasil terkait dengan partisipasi JKN lebih besar untuk kelompok miskin daripada kelompok kaya pada kuintil kekayaan. Namun, pengaruh partisipasi JKN terhadap kualitas kunjungan rutin ANC lebih terlihat pada kelompok kaya. Kesenjangan substansial dalam pemanfaatan layanan kesehatan ibu antara kelompok miskin dan terkaya masih ada. Misalnya, persalinan berbasis fasilitas adalah 38 persen lebih rendah untuk kelompok miskin (58,5%) dibandingkan dengan yang terkaya (96,9%) (Anindya et al., 2020).

Aspek Legal

Regulasi kebijakan kompensasi dijelaskan pada UU SJSN pada Pasal 23 ayat 3 menjelaskan bahwa dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan kompensasi³³. Regulasi tersebut diperkuat dengan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan pasal 75³⁴. Kebijakan kompensasi juga diperkuat dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014³⁵.

³³ "jaminan kesehatan - Kementerian Kesehatan."

<https://www.kemkes.go.id/resources/download/jkn/himpunan-peraturan-jaminan-kesehatan.pdf>. Accessed 12 Sep. 2020.

³⁴ "keputusan presiden republik indonesia - BPJS Kesehatan." <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/6ba12c04efaea215c6f30f4dedf909ec.pdf>. Accessed 12 Sep. 2020.

³⁵ "PERMENKES No.28 Tahun 2014 tentang Pedoman" <https://www.kemkes.go.id/resources/download/general/PMK%20No.%2028%20ttg%20Pedoman%20Pelaksanaan%20Program%20JKN.pdf>. Accessed 12 Sep. 2020.



BAB III

PENUTUP

BAB III

PENUTUP

A. Kesimpulan

Tata kelola penyelenggaraan JKN menjadi bagian penting sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN dan masyarakat Indonesia. Hasil analisis dan wawancara mendalam bersama stakeholders terpilih, opsi tata kelola yang banyak dipilih, yakni **Penguatan teknologi informasi dalam ekosistem JKN untuk mendukung keterbukaan dan akuntabilitas program JKN**. Alternatif ini berupaya mendorong interoperabilitas data dalam penyelenggaraan program JKN. Opsi bertujuan membuat perencanaan kebijakan yang saling terintegrasi antar stakeholders, dan membuat BPJS Kesehatan dapat diamati oleh publik baik orang pengawas yang melekat maupun tidak melekat, dan dari dalam maupun dari luar. Opsi ini akan bekerja optimal, apabila didukung kondisi penyediaan data dan informasi yang memenuhi indikator seperti relevansi, ketepatan waktu, pemahaman dan sistem yang bekerja.

Selain itu, pada tata kelola penting untuk memetakan secara tegas kewenangan antar kementerian/lembaga, dan pemerintah daerah dalam program JKN. Kajian ini merekomendasikan untuk dilakukan perombakan dalam pasal-pasal yang dinilai memicu persoalan JKN dari aspek manajemen JKN. Berdasarkan uraian pada Bab II di atas, UU SJSN dan UU BPJS belum tuntas mengkaji konsep badan penyelenggara dan program jaminan sosial. Sehingga, kedua UU itu merupakan masalah dalam pelaksanaan JKN.

Pemerataan (ekuitas) penyelenggaraan JKN merupakan hasil analisis data sampel dan data rutin dari stakeholder terkait yang diperkuat dengan hasil wawancara mendalam bersama stakeholder terpilih. Opsi pemerataan yang dipilih adalah pelaksanaan kebijakan kompensasi untuk menyelesaikan permasalahan pemerataan pelayanan kesehatan agar berkeadilan sosial bagi seluruh peserta JKN.

Oleh karena itu dukungan prioritas dana kesehatan difokuskan pada investasi bidang kesehatan untuk fasilitas dan tenaga kesehatan terutama dokter dan dokter spesialis. Investasi bidang kesehatan ini merupakan amanah bagi Pemerintah Daerah sesuai dengan UU no. 23 tahun 2014 dan mendorong penyempurnaan pasal - pasal pada UU SJSN tentang prioritas penggunaan APBN dan prioritas pelaksanaan ekuitas penyelenggaraan JKN agar berkeadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

B. Kelebihan dan Kekurangan

Penyusunan dokumen daftar isian masalah (DIM) mampu menjelaskan pasal dalam UU SJSN dan UU BPJS yang bermasalah. Sehingga melalui DIM dapat diketahui pula pasal yang perlu direvisi oleh pengambil keputusan. Disisi lain, DIM kebijakan JKN memperkirakan dampak yang terjadi apabila masalah atau pasal yang salah tidak segera ditangani. Pengambil

keputusan melalui DIM dapat mempertimbangkan revisi pasal dengan memperhatikan aspek-aspek yang mempengaruhi ketika alternatif diadaptasi. Akan tetapi, DIM kebijakan JKN memiliki kekurangan yaitu masih terbatasnya hasil penelitian terdahulu dari kelompok lain (selain PKMK) mengenai masalah JKN (tata kelola, equity, dan mutu) di Indonesia. Data mengenai mutu kebijakan JKN (BPJS Kesehatan) juga masih terbatas untuk dapat diakses oleh penulis DIM. Adapun *evidence based* yang digunakan dalam DIM adalah data sampel BPJS Kesehatan, data primer dari hasil penelitian realist evaluation JKN PKMK, dan beberapa hasil penelitian dan sistematik review dari kelompok/instansi lain. Untuk menyempurnakan pertimbangan dalam adaptasi opsi oleh pengambil keputusan membutuhkan lebih banyak data dari BPJS Kesehatan.

C. Rencana Tindak Lanjut

Hasil dari penyusunan DIM digunakan untuk proses advokasi kebijakan kepada Komisi IX DPR RI, BPJS Kesehatan, DJSN, Kementerian Kesehatan, Bappenas, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial dan beberapa lembaga pemerintah terkait lainnya. Proses penyampaian. Selain itu, DIM juga akan disampaikan kepada lembaga non pemerintah yang memiliki kepentingan dalam penyelenggaraan JKN. Penyampaian DIM dilakukan dalam bentuk audiensi, dialog kebijakan atau *focus group discussion* (FGD). Hasil dari penyampaian diharapkan menghasilkan suatu dukungan dan/atau kesepakatan dari pemangku kepentingan mengenai masalah dan opsi yang diusulkan.

Daftar Pustaka

- Agrawal S, Tarzy B, Hunt L, Taitsman J, dan Budetti P. (2013). Expanding Physician Education in Health Care Fraud and Program Integrity. *Acad Med*. 2013;88:1081–1087.
- AHIMA Foundation. (2010). A Study Of Health Care Fraud And Abuse: Implications For Professionals Managing Health Information.
- Anindya, K., Lee, J. T., McPake, B., Wilopo, S. A., Millett, C., & Carvalho, N. (2020). Impact of Indonesia's national health insurance scheme on inequality in access to maternal health services: A propensity score matched analysis. *Journal of Global Health*, 10(1), 010429.
- Association of Certified Fraud Examiner (ACFE). (2015). Tone At The Top: How Management Can Prevent Fraud In The Workplace. Diunduh di [//www.dmcps.com/2015/](http://www.dmcps.com/2015/) pada 4 Januari 2018.
- BPJS Kesehatan. (2016). Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun Tentang Penerapan Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional
- Bright, T., Felix, L., Kuper, H., & Polack, S. (2017). A systematic review of strategies to increase access to health services among children in low and middle income countries. *BMC Health Services Research*, 17(1), 252.

- Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission (COSO). (2016). Fraud Risk Management Guide Executive Summary. Diunduh di <https://www.coso.org/Documents/COSO-Fraud-Risk-Management-Guide-Executive-Summary.pdf> pada 4 Januari 2018.
- Dean PC, Vazquez-Gonzalez J, dan Fricker L. (2013). Causes and Challenges of Healthcare Fraud in the US. *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 4(14), 1-4.
- Djasri, Hanevi. (2010). Modul Audit Medis. Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM.
- Djasri, Hanevi. (2019). Disertasi Sistem Pengukuran Mutu Pelayanan Penyakit Hipertensi Dalam Evaluasi Cakupan Efektif Jaminan Kesehatan Nasional. Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada
- European Commission.(2016). Guidelines on National Anti-Fraud Strategies. Diakses di <https://ec.europa.eu/sfc/sites/sfc2014/files/EN-ORI-General%20Guidelines%20on%20National%20Anti-Fraud%20Strategies%20ARES%282016%296943965.pdf>
- Fragmentation by design: Universal health coverage policies as governmentality in Senegal. (2020). *Social Science & Medicine*, 260, 113153.
- Fu, P., Wang, Y., Liu, S., Li, J., Gao, Q., Zhou, C., Meng, Q., & Sylvia, S. (2020). Analysing the preferences for family doctor contract services in rural China: a study using a discrete choice experiment. *BMC Family Practice*, 21(1), 148.
- Goldstein, J. N., Sanford Schwartz, J., McGraw, P., & Hicks, L. S. (2019). "Implications of cost-sharing for observation care among Medicare beneficiaries: a pilot survey." In *BMC Health Services Research* (Vol. 19, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3982-8>
- Grant TM. (2017). Leadership Strategies for Combating Medicare Fraud. Diunduh di <http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations> pada 4 Januari 2018.
- Grimshaw, J. M., Winkens, R. A. G., Shirran, L., Cunningham, C., Mayhew, A., Thomas, R., & Fraser, C. (2005). Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD005471.
- Hasri, E.T & Djasri, H., 2020. Laporan Nasional Realist Evaluation Kebijakan Mutu Layanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional Topik Kendali Mutu dan Kendali Biaya: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM
- Hasri, E.T., 2019. Policy Brief: Strategi Optimalisasi Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM
- Inseok Ko, MS and Hyejung Chang. (2017). Interactive Visualization of Healthcare Data Using Tableau. *Healthc Inform Res*. Published online October 31. <https://doi.org/10.4258/hir.2017.23.4.349>.
- J. N. Edwards, S. Silow-Carroll, and A. Lashbrook. (2011). Achieving Efficiency: Lessons from Four Top-Performing Hospitals, The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2011/jul/achieving-efficiency-lessons-four-top-performing-hospitals>
- Janssen, M., Sagasser, M. H., Fluit, C. R. M. G., Assendelft, W. J. J., de Graaf, J., & Scherpbier, N. D. (2020). Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review. *BMC Family Practice*, 21(1), 179.
- Keely, E., Liddy, C., & Afkham, A. (2013). Utilization, benefits, and impact of an e-consultation service across diverse specialties and primary care providers. *Telemedicine*

- Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 19(10), 733–738.
- Kemampuan Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Nelayan di Kabupaten Jember (*Ability To Pay The Premium Of National Health Insurance For Fishermen in Jember*). (n.d.). Retrieved September 4, 2020, from https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:lyoeYgm9lZYJ:scholar.google.com/&hl=en&as_sdt=0,5
- Komisi Pemberantasan Korupsi. (2015). Laporan Hasil Kajian Pembangunan Alat Diagnostik dan Petunjuk Pelaksanaan Pencegahan Fraud/ Korupsi Di FKRTL Berdasarkan Permenkes 36/ 2015.
- Kronberger, M. P., & Bakken, L. L. (2011). Identifying the educationally influential physician: a systematic review of approaches. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(4), 247–257.
- Laursen KK. (2013). Leadership Strategies and Initiatives for Combating Medicaid Fraud and Abuse. Diunduh di <http://scholarworks.waldenu.edu/dilley> pada 4 Januari 2018.
- Liddy, C., Singh, J., Kelly, R., Dahrouge, S., Taljaard, M., & Younger, J. (2014). What is the impact of primary care model type on specialist referral rates? A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 15(1), 1–8.
- Maharani, C., Djasri, H., Meliala, A., Dramé, M. L., Marx, M., & Loukanova, S. (2019). A scoping analysis of the aspects of primary healthcare physician job satisfaction: facets relevant to the Indonesian system. *Human Resources for Health*, 17(1), 38.
- Mainz, J. (2004) 'Quality indicators: Essential for quality improvement', *International Journal for Quality in Health Care*, 16(SUPPL. 1), pp. 10–11. doi: 10.1093/intqhc/mzh036.
- Marzuki, D. S., Abadi, M. Y., Darmawansyah, D., Arifin, M. A., Rahmadani, S., & Al Fajrin, M. (2019). Analisis Kemampuan Membayar dan Kemauan Membayar Peserta BPJS yang Menunggak Iuran JKN Di Kecamatan Tamalate Kota Makassar. In *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo* (Vol. 5, Issue 2, p. 102). <https://doi.org/10.29241/jmk.v5i2.158>
- Mukti, G. A. (2007). Good Governance dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: Manajemen Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UGM.
- Myint, C.-Y., Pavlova, M., Thein, K.-N.-N., & Groot, W. (2019). A systematic review of the health-financing mechanisms in the Association of Southeast Asian Nations countries and the People's Republic of China: Lessons for the move towards universal health coverage. In *PLOS ONE* (Vol. 14, Issue 6, p. e0217278). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217278>
- Nasution, S. K., Mahendradhata, Y., & Trisnantoro, L. (2020). Can a National Health Insurance Policy Increase Equity in the Utilization of Skilled Birth Attendants in Indonesia? A Secondary Analysis of the 2012 to 2016 National Socio-Economic Survey of Indonesia. *Asia-Pacific Journal of Public Health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*, 32(1), 19–26.
- National Healthcare Anti-Fraud Association (NHCAA). (2007). The NHCAA Fraud Fighter's Handbook. A Guide to Healthcare Fraud Investigations & SIU Operations. NHCAA: New York.
- Ng, M. et al. (2014) 'Effective Coverage: A Metric for Monitoring Universal Health Coverage', *PLoS Medicine*, 11(9). doi: 10.1371/journal.pmed.1001730.
- NHS Foundation. The main components of clinical governance.

- <https://www.uhb.nhs.uk/clinical-governance-components.htm>
- Onwujekwe, O., Onoka, C., Uzochukwu, B., & Hanson, K. (2011). Constraints to universal coverage: inequities in health service use and expenditures for different health conditions and providers. *International Journal for Equity in Health*, 10, 50.
- Pratiwi, A. N. (2016). *FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KETERATURAN MEMBAYAR IURAN PADA PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) KATEGORI PESERTA MANDIRI (Studi Kasus Pasien Rawat Inap Rumah Sakit dr. Soebandi Kabupaten Jember)*. <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/73502>
- Pujiyanti, E., Setiawan, E., Jasmin, E. R., & Suwandi, I. P. (2020). Kajian Literatur Sistematis: Skema Pengendalian Biaya dalam Asuransi Kesehatan Nasional di Beberapa Negara. In *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* (Vol. 4, Issue 2). <https://doi.org/10.7454/eki.v4i2.3460>
- Quality and Patient Safety. (2017). *Practical Guide To Clinical Audit*. Irelandia: Quality and Patient Safety.
- Retnaningsih, H. (2017). *DEFISIT BPJS KESEHATAN DAN WACANA SHARING COST PESERTA JKN-KIS MANDIRI BERPENYAKIT KATASTROPIK*. IX, No. 22. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55315039/2017_22_Defisit_BPJS_Kesehatan_dan_Wacana_Sharing_Cost_Peserta_JKN-KIS_Mandiri_berpenyakit_katastropik.pdf?1513568729=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3D2017_22_Defisit_BPJS_KESEHATAN_dan_Wacan.pdf&Expires=1601352009&Signature=XqPKrXbg1-PpEMqLlz62lW2yYio8B8g6Xn3uMg9BedtS55fYTHwLDeec~66S3XfHgElp0OxsGOtEzztR58ZCeOSp5KU1fPNP4zJm8UQP5vVFW8n-nrpil~4NlbGEgXHTU8Ejix0KXdSEOSVsNIXBjWctYqTLMcqb2nJ~4jXhcg89VeiECqXQgEUiOudxTfcK3aNYMD7jNiBkU71tMFM5ybF8EGBSKQZTPJ5~ZSb9yER1~WQ87jE5uihtnFr8LWC1uA08y4NJ6QNA1M2i3Fxo7IFPpsm~7iOolFvTZG8~kPu0idZhj0yZE6gzuY2NQ7lwL65rpsCf-6ks-yi5sRHiPA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Rodney, A. M., & Hill, P. S. (2014). Achieving equity within universal health coverage: a narrative review of progress and resources for measuring success. In *International Journal for Equity in Health* (Vol. 13, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0072-8>
- Situmorang, B. (2014). Faktor-Faktor Penentu Komitmen Organisasi Kepala SMK (Studi Kasus pada SMK di Kota Medan). *Cakrawala Pendidikan*, Februari 2014, Th. XXXIII, No. 1. Diunduh di <https://media.neliti.com/media/publications/86114-ID-faktor-faktor-penentu-komitmen-organisas.pdf>.
- Stammen, L. A., Stalmeijer, R. E., Paternotte, E., Oudkerk Pool, A., Driessen, E. W., Scheele, F., & Stassen, L. P. S. (2015). Training Physicians to Provide High-Value, Cost-Conscious Care: A Systematic Review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 314(22), 2384–2400.
- Tezuka K. Physicians and Professional Autonomy. *Japan Medical Association Journal*. 2014; Vol.57, No.3.
- The Cochrane Collaboration (Ed.). (1996). Delivery arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 336, p. 995). John Wiley & Sons, Ltd.
- The Department of Health and Human Services and The Department of Justice (HHS & DOJ). (2017). Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report for Fiscal Year 2017. Diunduh di <https://oig.hhs.gov/publications/> pada 5 Januari 2018.

- TKMKB Nasional. (2015). Buku Petunjuk Teknis Kendali Mutu dan Kendali Biaya Program JKN. Jakarta: BPJS Kesehatan
- Tolsgaard, M. G., Tabor, A., Madsen, M. E., Wulff, C. B., Dyre, L., Ringsted, C., & Nørgaard, L. N. (2015). Linking quality of care and training costs: cost-effectiveness in health professions education. *Medical Education*, 49(12), 1263–1271.
- Website. (n.d.). <https://doi.org/10.22146/jkki.49113>
- WHO. (2015). Tracking Universal Health Coverage: First global monitoring report. World Health Organization. ISBN 9241564970, 9789241564977
- Wilson, M., Mazowita, G., Ignaszewski, A., Levin, A., Barber, C., Thompson, D., Barr, S., Lear, S., & Levy, R. D. (2016). Family physician access to specialist advice by telephone. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 62(11), e668–e676.
- Wilson, M., Mazowita, G., Levy, R. D., Araki, Y., Barber, C., Lear, S., Barr, S., Thompson, D. N., & Ignaszewski, A. (2012). 173 An Innovative Model For Shared Care - Rapid Access to Consultative Expertise (RACE). *The Canadian Journal of Cardiology*, 28(5), S156.
- Wu, Y., Zhang, L., Liu, X., Ye, T., & Wang, Y. (2018). Geographic variation in health insurance benefits in Qianjiang District, China: a cross-sectional study. In *International Journal for Equity in Health* (Vol. 17, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0730-3>
- Yandrizal, Y., Rifa'i, R. 'i, & Utami, S. P. (2017). ANALISIS KEMAMPUAN DAN KEMAUAN MEMBAYAR IURAN TERHADAP PENCAPAIAN UHC JKN DI KOTA BENGKULU. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 10(1), 3–10.
- Yandrizal, Yandrizal, Y., Rifa'i, R. 'i, & Utami, S. P. (2017). ANALISIS KEMAMPUAN DAN KEMAUAN MEMBAYAR IURAN TERHADAP PENCAPAIAN UHC JKN DI KOTA BENGKULU. In *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas* (Vol. 10, Issue 1, p. 3). <https://doi.org/10.24893/jkma.10.1.3-10.2015>

Peraturan perundang-undangan

Undang-Undang Dasar 1945

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

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

Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik

Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

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

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan

Peraturan Pemerintah Nomor 85 Tahun 2013 tentang Tata Cara Hubungan Antar Lembaga Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang selain Pemberi Kerja dan Penerima Bantuan iuran dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial

Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2017 tentang Pendidikan Kedokteran

Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Tata Cara Pengangkatan Penggantian dan Pemberhentian Anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional

Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Presiden Nomor 25 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

Keputusan Presiden Nomor 20 Tahun 2002 tentang Pembentukan Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Keuangan Nomor 128/PMK/07/2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktis Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.

Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 59 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan

Provinsi Bengkulu Nomor 30 Tahun 2015 rentan Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Bengkulu.

Peraturan Bupati Kabupaten Jember Nomor 11 Tahun 2015 tentang Pedoman Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringannya di Kabupaten Jember

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Peneraan Kendali Mutu dan Kendali Biaya pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Prosedur Penjaminan Pelayanan Refraksi dan Kacamata pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) pada program JKN KIS

Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Katarak Dalam Program Jaminan Kesehatan
Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 3 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Persalinan Dengan Bayi Lahir Sehat
Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Rehabilitasi Medik
Surat Edaran Bersama (SEB) Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan Nomor HK.03.03/IV/053/2016 dan Nomor 1/2016 tentang Pelaksanaan dan Pemantauan Penerapan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada FKTP.