

Analisis Kebijakan

Apa Opsi-Opsi Kebijakan JKN; Saat ini?

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



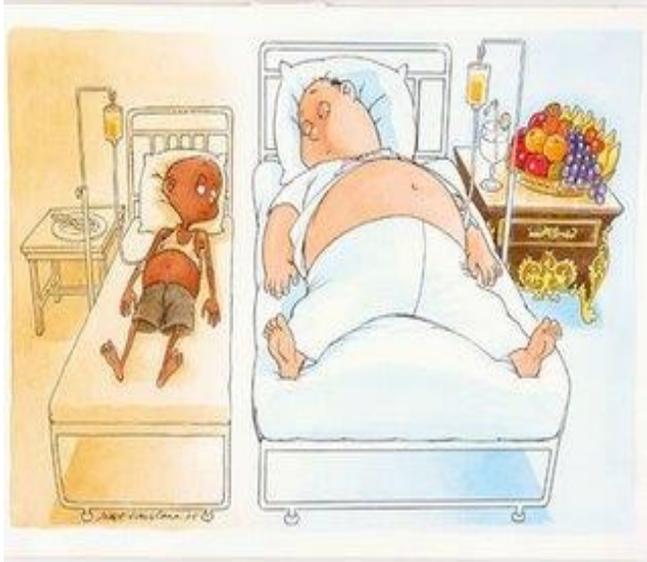
Prof. dr.Laksono Trisnantoro, M.Sc.,Ph.D

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan – UGM

Maret, 2019

Langkah-langkah dalam Analisis Kebijakan

1. Pernyataan permasalahan Kebijakan
2. Kriteria untuk menilai opsi
3. Identifikasi Opsi
4. Perbandingan antar Opsi
5. Rekomendasi Opsi terbaik (belum dibahas)



Dana PBI di dalam UU SJSN seharusnya dipergunakan oleh masyarakat miskin dan tidak mampu.

Isu pemerataan akses kesehatan; siapa mendapat apa dalam sistem jaminan kesehatan? dana peserta PBI telah dipergunakan untuk menutup kerugian di kelompok peserta PBPU.

- Masyarakat di daerah sulit seperti NTT menikmati paket manfaat yang jauh lebih sedikit dibanding DI Yogyakarta. Kebijakan kompensasi belum berjalan. Kebijakan Portabilitas antar propinsi hanya dapat dinikmati oleh peserta yang relatif mampu secara ekonomi. Keadaan ini telah menyimpang dari UUD 1945. Cukup jelas bahwa tujuan UU SJSN dan UU BPJS menyatakan:

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.



Permasalahan ini, apabila tidak diatasi akan membahayakan tercapainya tujuan UU SJSN dan UU BPJS.

- Perbedaan antara sistem BPJS Kesehatan yang sentralisasi dan sistem pemerintahan daerah yang terdesentralisasi menyebabkan kebijakan JKN dan pengambilan keputusan tidak dilakukan berdasarkan data dan tidak melibatkan semua pemegang kepentingan di level pusat maupun daerah.
- Defisit pendanaan JKN belum dimonitoring secara detil, terutama penyelidikan penyebab defisit berdasarkan segmen kepesertaan dan kecukupan premi.
- Data menunjukkan *Adverse selection* di kelompok PBPU menyebabkan biaya klaim tinggi.
- Sistem mutu baru terbangun di tahun 2019. Potensi *fraud* masih dalam situasi belum ada penindakan hukum.

2. Kriteria untuk menilai Opsi-Opsi Kebijakan JKN

Kriteria	Apa yang dinilai
Kesetaraan yang Berkeadilan (<i>Equity</i>):	Dana PBI fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu Daerah yang kurang maju mendapat perhatian sehingga akses ke paket manfaat semakin merata (terkait supply-side) Kebijakan kompensasi berjalan.
Efektivitas (<i>Effectiveness</i>):	Mutu pelayanan semakin baik Data pelayanan klinis semakin dipergunakan untuk menilai manfaat
Responsif (<i>Responsiveness</i>):	Masyarakat semakin patuh membayar Pemerintah daerah mempunyai kendali pada mutu pelayanan kesehatan Masyarakat dapat didengar suaranya RS dan berbagai Profesi/Asosiasi dapat didengar suaranya
Kemungkinan ekonomi dan keuangan (<i>Economic and financial possibility</i>):	Defisit di BPJS menurun karena Masyarakat mampu membayar lebih banyak Pemerintah pusat dan daerah membayar ke BPJS Kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu secara adil Defisit BPJS Kesehatan ditanggung oleh Pemerintah Daerah dan masyarakat mampu
Kelayakan Politik (<i>Political viability</i>):	Perubahan kebijakan tidak menimbulkan kegaduhan politik

Opsi-opsi kebijakan dalam masalah kebijakan

Opsi 1:

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

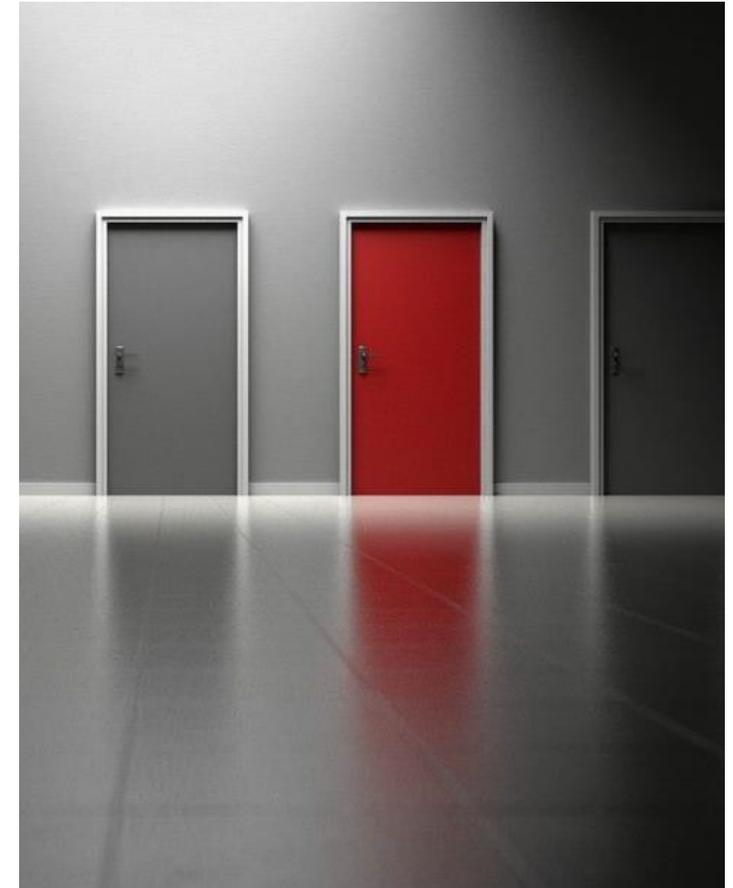
Opsi 2:

BPJS tetap sebagai pengelola jaminan sosial satu-satunya, akan tetapi perlu kesepakatan bersama membuat dinding pemisah yang ketat (*firewalls*) antara *pooling* PBI dengan *pooling* PPU, dan *pooling* PBPU. Adanya *firewalls* atau kompartemen ini diharapkan agar dana PBI tetap diprioritaskan untuk masyarakat miskin, rentan atau tidak mampu (wujud keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia).

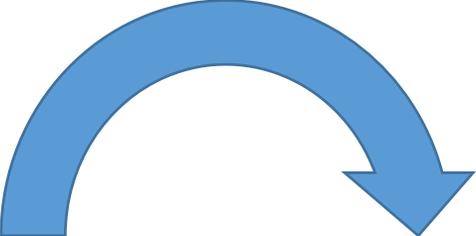
Opsi 3:

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

3. Identifikasi Opsi



4. Perbandingan antar Opsi



Opsi 1:
UU SJSN dan
UU BPJS tidak
diubah.

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



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

Forecasting:

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
Kesetaraan yang Berkeadilan (<i>Equity</i>):	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kebijakan kompensasi belum berjalan.<input type="checkbox"/> Defisit pendanaan JKN belum dimonitoring secara formal<input type="checkbox"/> segmen peserta PBI lebih banyak menggunakan layanan CVD di level FKTP dan lebih sedikit menggunakan di level FKTL . Sebaliknya, utilisasi layanan CVD untuk segmen peserta non-PBI lebih terkonsentrasi di level FKTL.<input type="checkbox"/> <i>Adverse selection</i> di kelompok PBPB menyebabkan biaya tinggi dan merupakan penyebab utama defisit dalam pembiayaan JKN.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Situasi pendanaan BPJS Kesehatan akan semakin memburuk .<input type="checkbox"/> Akibat tekanan defisit dan dampak <i>single pool</i> maka sisa dana PBI yang diperuntukkan bagi daerah yang kurang maju seperti NTT, dan Papua tidak dipakai untuk mendanai kebijakan kompensasi.<input type="checkbox"/> <i>gap</i> akses lanjutan (FKTL) juga dapat meningkat.

Dampaknya : Tujuan UU SJSN dan UU BPJS yang menyatakan “*Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, tidak akan tercapai*”.



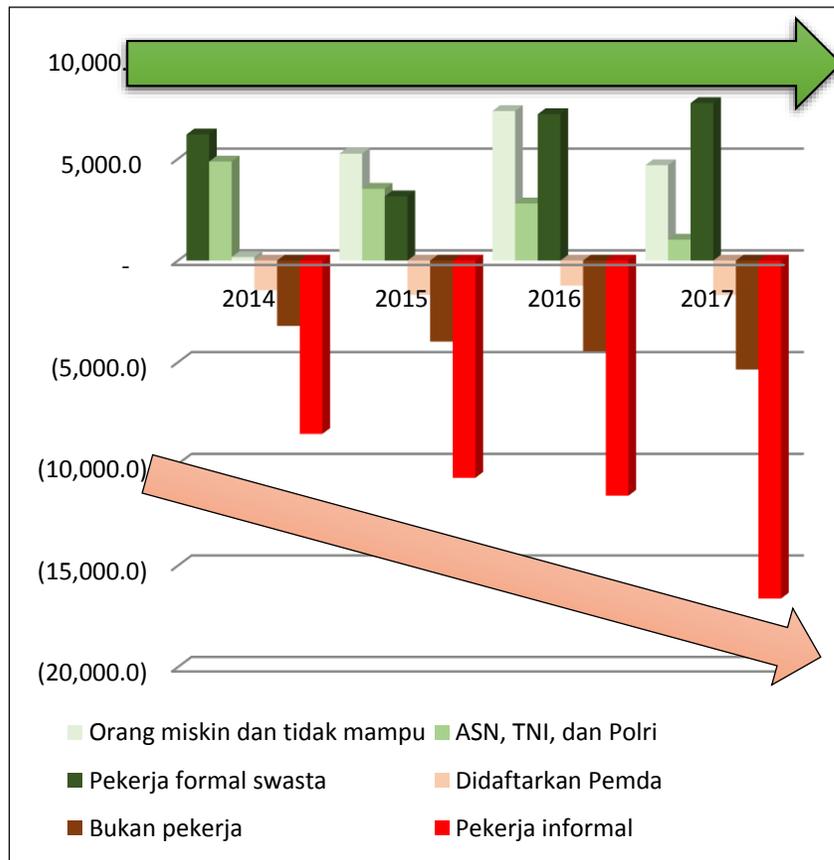
Opsi 1. Alternatif Kebijakan; UU SJSN dan UU BPJS tidak diubah.

Forecasting:

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
<p>Kemungkinan ekonomi dan keuangan <i>(Economic and financial possibility):</i></p>	<p>APBN yang ditopang pajak saat ini juga menanggung beban di infrastruktur. APBN secara undang-undang seharusnya fokus pada yang miskin dan tidak mampu. Di masa depan, dengan melihat trend GDP dan pengumpulan APBN, tetap ada keterbatasan APBN untuk menjadi sumber anggaran BPJS Kesehatan.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="1559 362 2339 605">❑ Tanpa menaikkan premi PBPU dan pengendalian mutu, defisit di segmen PBPU diproyeksikan akan meningkat.<li data-bbox="1559 682 2339 1233">❑ Opsi 1 mempunyai prospek yang tidak berkelanjutan dari aspek keuangan. Sistem kesehatan khususnya jaminan akan semakin tergantung ke APBN dan keputusan politik di DPR. Dana masyarakat yang potensial, ada kemungkinan tidak dapat diarahkan ke kesehatan.

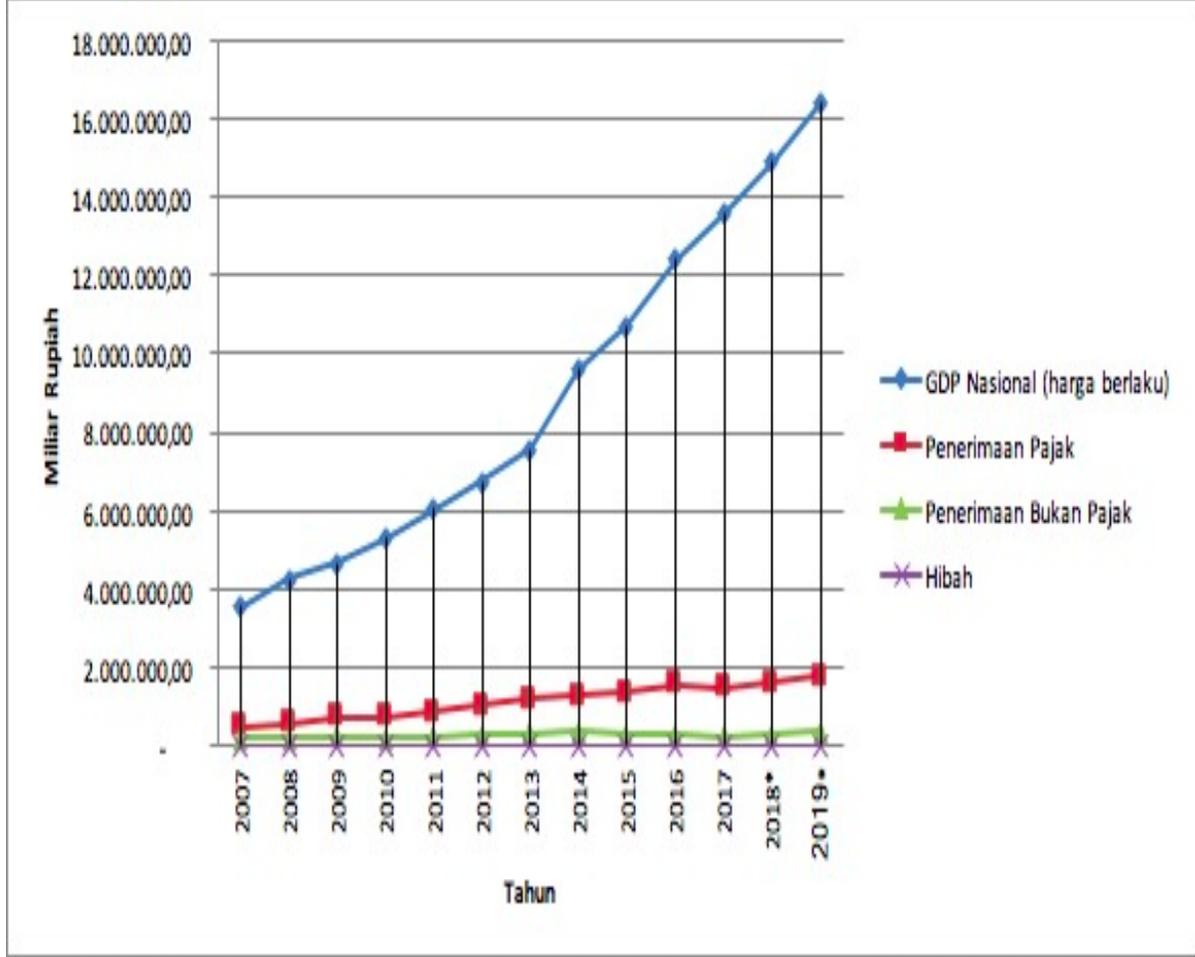
Opsi 1. Alternatif Kebijakan; UU SJSN dan UU BPJS tidak diubah.

Forecasting:



Surplus pada peserta kategori PBI, ASN dan Peserta Formal

Defisit terus meningkat pada segmen peserta bukan pekerja dan pekerja Informal



Sumber: Kementerian Keuangan, BPJS Kesehatan, 2018

Sumber: BPS 2018, diolah.

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

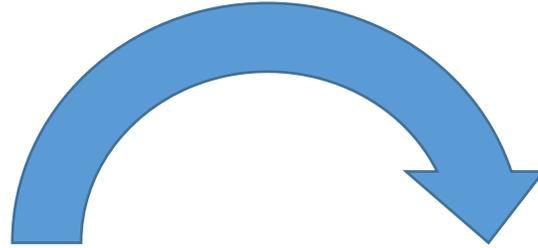
Forecasting:

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
Responsif <i>(Responsiveness)</i>	Saat ini pemerintah daerah belum mempunyai kepemilikan terhadap program JKN. Perbedaan antara sistem BPJS Kesehatan yang sentralisasi dan sistem pemerintahan daerah yang terdesentralisasi menyebabkan kebijakan JKN dan pengambilan keputusan tidak dilakukan berdasarkan data dan koordinasi bersama stakeholders terkait <i>(Pemerintah Daerah)</i>	Situasi yang terpisah ini kalau dibiarkan akan menyebabkan tidak responsifnya pemerintah daerah terhadap apa yang terjadi dalam pelaksanaan JKN.
	Masalah yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan adalah belum mencakup seluruh masyarakat mampu, dan kolektabilitas dari kelompok PBPU. Sampai tahun 2018 masih ada sekitar 15-20% juta masyarakat Indonesia yang belum masuk sebagai anggota BPJS. <i>(Masyarakat)</i>	Masyarakat yang mampu semakin tidak mau menjadi peserta JKN. Preferensi masyarakat ini memang tidak cocok dengan sifat BPJS Kesehatan yang harus melalui rujukan yang ketat. Masalah kolektabilitas ada kemungkinan meningkat, dengan kemungkinan terjadinya kenaikan premi PBPU.

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

Forecasting:

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
Efektivitas (<i>Effectiveness</i>)	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Situasi mutu belum dikelola dengan baik.<input type="checkbox"/> Kerangka kerja mutu baru dijalankan pada tahun 2019.<input type="checkbox"/> Pembayaran BPJS yang sering mundur dapat mempengaruhi mutu pelayanan.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mutu pelayanan semakin sulit dikelola.<input type="checkbox"/> Kecenderungan mengenai <i>fraud</i> akan semakin berat apabila tidak ada penindakan. Konsep <i>fraud</i> dengan dasar <i>coping strategy</i> akan semakin populer.
Kelayakan Politik (<i>Political viability</i>):	Secara politis, tidak banyak reaksi negatif apabila kebijakan diteruskan tanpa ada perubahan. Masyarakat kelas menengah dan atas yang menjadi peserta BPJS dengan membayar sangat sedikit tidak akan bereaksi banyak. Namun secara politis tenaga kesehatan dan pengelola rumah sakit dapat mengemukakan ketidaksetujuan dengan kebijakan JKN. Pada akhirnya akan menjadi masalah politis juga.	



Opsi 2. UU SJSN dan UU BPJS direvisi: BPJS tetap *single pool*. BPJS tetap sebagai pengelola jaminan sosial satu-satunya. Perubahan yang dilakukan adalah dengan penambahan fungsi kompartemen atau *firewalls* dalam kantung tabungan (*fund pooling*) dana jaminan sosial. Opsi kedua ini tidak mengubah sistem *single-payer* yang saat ini diterapkan menjadi *sistem multi-payer*.

Opsi ini bertujuan untuk

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

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

Forecasting:

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
<input type="checkbox"/> Kesetaraan yang Berkeadilan (Equity):	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> <i>Pooling</i> dana kesehatan yang terbesar saat ini berada di BPJS Kesehatan (<i>single pool</i>), Fakta akibat <i>single pool</i> selama 5 tahun ini terjadi penggunaan dana PBI oleh masyarakat mampu (PBPU).<input type="checkbox"/> Sinkronisasi anggaran—anggaran yang ada di kementerian dan pemerintah daerah dengan anggaran yang masuk di BPJS Kesehatan.<input type="checkbox"/> Tabel 1 memberikan informasi bahwa utilisasi jantung banyak dimanfaatkan oleh masyarakat mampu (PBPU). Padahal, sebaran data peserta PBI yang mengakses layanan jantung di tingkat layanan primer (puskesmas/FKTP) cukup besar.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> adanya kompartemen atau dinding pemisah (<i>firewall</i>) antara <i>pooling</i> PBI, <i>pooling</i> PBPU dan <i>pooling</i> PPU akan menghentikan aliran dana masyarakat miskin (PBI) ke masyarakat mampu (PBPU).<input type="checkbox"/> pelaksanaan kebijakan kompensasi atau kebijakan afirmatif akan mungkin dilaksanakan karena tersedianya dana BPJS untuk masyarakat miskin dan tidak mampu.<input type="checkbox"/> Akan terbuka kesempatan lebih besar kepada rakyat miskin dalam mengakses layanan kesehatan.

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



Tabel 1. Sebaran data Peserta JKN yang mengakses layanan Kardiovaskuler BPJS Kesehatan Berdasarkan ID Peserta JKN

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

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Rasio CVD per total peserta di FKTP (B/A) ini diperoleh dengan membandingkan data jumlah peserta yang mengunjungi fasilitas kesehatan FKTP tertimbang dibandingkan dengan Jumlah seluruh peserta tertimbang pada provinsi tersebut.

Data kunjungan FKTL menunjukkan bahwa provinsi dengan ketersediaan fasilitas kesehatan cukup baik seperti Sulawesi Selatan dan Sumatera Utara meningkatkan ratio kunjungan CVD di FKTL. Rasio CVD per total peserta di FKTL (F/A) adalah perbandingan antara jumlah peserta tertimbang yang mengunjungi fasilitas kesehatan FKTL untuk pelayanan jantung dibandingkan dengan Jumlah seluruh peserta tertimbang pada provinsi tersebut.

Ratio kunjungan CVD di FKTL akan meningkat apabila terdapat fasilitas kesehatan yang cukup baik seperti pada provinsi tersebut. Temuan ini menceritakan bahwa peserta JKN dari provinsi-provinsi yang mempunyai keterbatasan fasilitas kesehatan seperti Papua dan NTT memiliki akses untuk layanan Kardiovaskuler yang lebih kecil dibandingkan dengan provinsi lainnya dengan ketersediaan fasilitas kesehatan lebih baik.

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

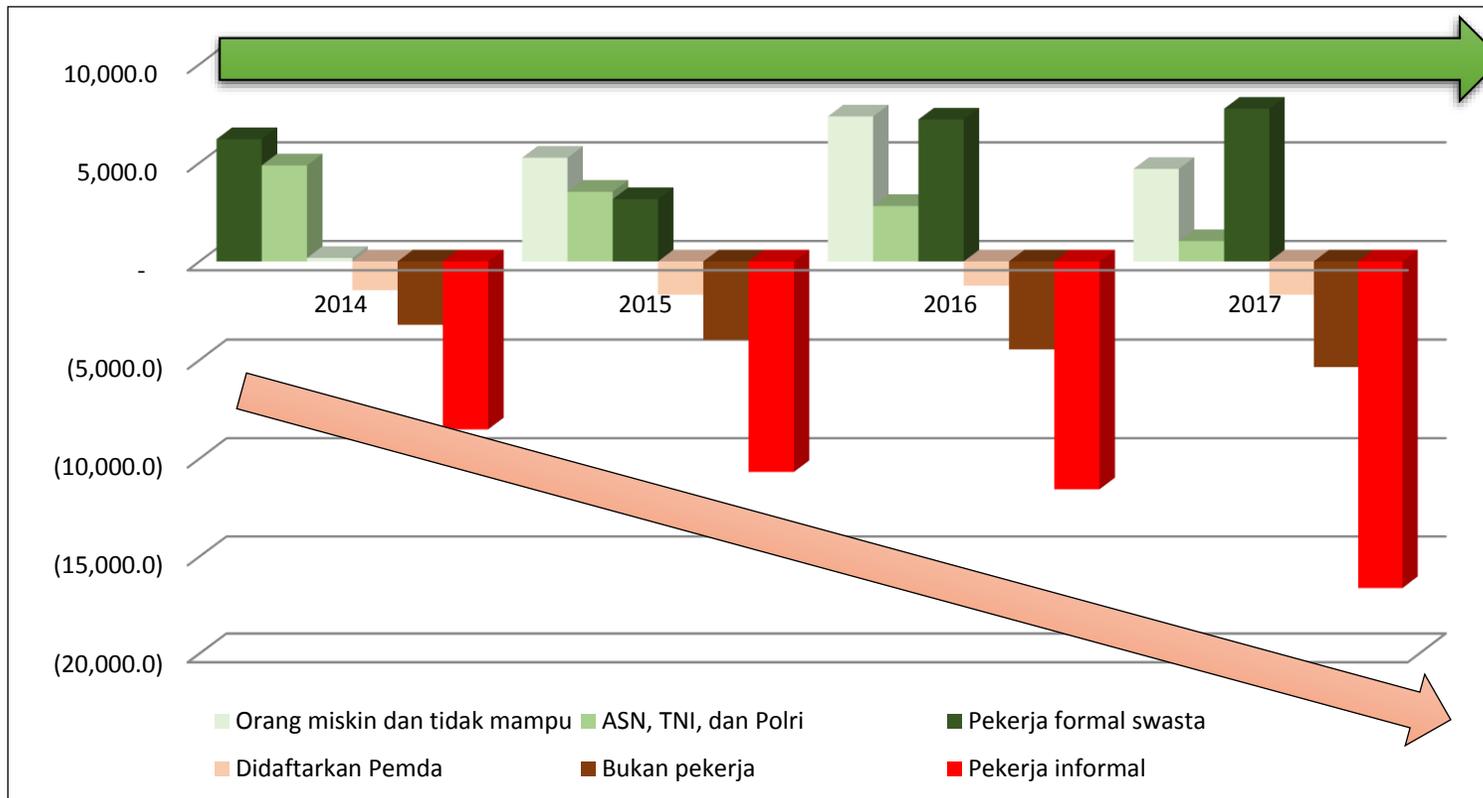
PROVINSI FASKES	SEGMENTASI PESERTA					
	BUKAN PEKERJA	PBI APBN	PBI APBD	PBPU	PPU	TOTAL
	RATA-RATA					
SUMATERA UTARA	5,519,098	3,538,372	3,524,976	6,961,265	9,421,658	6,275,851
BENGKULU	4,883,673	4,205,083	2,951,856	5,003,287	4,143,428	4,567,926
DKI JAKARTA	11,113,332	4,413,816	8,591,514	11,437,242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

Hasil temuan mempertegas informasi tentang daerah dengan ketersediaan layanan CVD yang lebih baik mempengaruhi harga layanan (klaim) yang lebih tinggi.

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

Sumber: Data Sampel BPJS Kesehatan, 2019

Kompartemenisasi: Mencegah penggunaan dana BPI untuk menutup kerugian di PBPU



Surplus pada peserta kategori PBI, ASN dan Peserta Formal

Defisit terus meningkat pada segmen peserta bukan pekerja dan pekerja Informal

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

Forecasting:

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
Responsif (<i>Responsiveness</i>)	Saat ini akreditasi atau kredensialing untuk menjaga mutu layanan menjadi hal yang menyulitkan bagi rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang ada di daerah minim akses. (<i>Pemerintah Daerah</i>)	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Data JKN akan terbuka dan berguna untuk perencanaan pembangunan kesehatan di daerah, pemantauan mutu layanan kesehatan yang dibeli BPJS Kesehatan dan negosiasi tarif antara pemerintah daerah, tenaga kesehatan di daerah dan BPJS Kesehatan.<input type="checkbox"/> Ops ini diproyeksikan agar tidak meletakkan beban defisit hanya kepada BPJS Kesehatan atau pemerintah pusat.
	dalam konteks daerah yang memiliki sumber daya yang memadai, layanan penting seperti kardiovaskular memiliki aspek akses yaitu <i>availability</i> . Di sisi lain, Masyarakat atau peserta JKN di daerah keterbatasan semakin sulit akses/tidak memiliki kesempatan atau situasi akses kesehatan yang sama. (PKMK FKKMK UGM, 2018) (<i>Masyarakat</i>)	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> dimungkinkan adanya pembatasan layanan kepada masyarakat mampu (PBPU).<input type="checkbox"/> Batasan layanan akan mewujudkan keadilan bagi kelompok masyarakat miskin, lemah atau tidak mampu agar memiliki kesempatan lebih terhadap akses kesehatan lanjutan.<input type="checkbox"/> Keluhan yang dimungkinkan muncul adalah PBPU atau bukan pekerja yang berada dalam status <i>middle-range</i> akan menjadi diberatkan, apabila premi BPJS yang ada di kompartemennya melebihi batas kemampuan.

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

Forecasting:

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
Efektivitas (<i>Effectiveness</i>)	<input type="checkbox"/> Sistem yang dipergunakan oleh BPJS Kesehatan belum memperhitungkan aspek mutu pelayanan dalam pembayaran klaim.	<input type="checkbox"/> akan menjadi solusi untuk mengatasi dilema antara menjaga mutu dan memperluas cakupan layanan kesehatan di daerah-daerah minim akses/ <i>supply side</i> . <input type="checkbox"/> Kecenderungan mengenai adanya potensi <i>fraud</i> akan dapat diminimalisir.
Kelayakan Politik (<i>Political viability</i>):	<input type="checkbox"/> Permasalahan yang mungkin ditemui apabila opsi ini dilakukan adalah perbedaan ideologis, interpretasi, dan/atau dukungan politis. <input type="checkbox"/> Akan muncul banyak perdebatan yang bermuatan masukan dari berbagai kepentingan (<i>interest</i>). Kelompok ekonomi menengah dan atas yang sudah terbiasa dengan subsidi pemerintah melalui BPJS Kesehatan (APBN) akan cenderung menentang Opsi ini. Dan mungkin akan terjadi kegaduhan politik. <input type="checkbox"/> Penjelasan detil mengenai apa yang terjadi saat ini perlu diberikan secara baik ke masyarakat. Pemahaman agar tanggung jawab pembayaran asuransi kesehatan tidak hanya oleh pemerintah perlu ditanamkan. Tanpa ada pemahaman ini, Opsi ke 2 tidak akan berjalan dengan baik.	

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

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
Kemungkinan ekonomi dan keuangan (<i>Economic and financial possibility</i>):	<ul style="list-style-type: none">❑ BPJS Kesehatan selama 5 tahun penyelenggaraan mengalami defisit setiap tahunnya (Pribakti B, 2018).❑ Jumlah defisit tersebut setiap tahunnya mengalami peningkatan. Defisit untuk tahun 2014 hingga 2016 tercatat, yaitu, 2,8 triliun, 5,85 triliun dan 9 triliun.❑ Defisit BPJS Kesehatan diperkirakan mencapai Rp 10,93 triliun untuk tahun 2018. Penyebab defisit BPJS Kesehatan yaitu nilai aktuarial yang masih rendah, inefisiensi pelayanan klinis, dan hampir separuh kelompok PBP menunggak iuran.	<ul style="list-style-type: none">❑ masyarakat yang mampu diharapkan menggunakan dana sendiri untuk membeli asuransi kesehatan tambahan. Hal ini akan mengurangi tekanan untuk APBN sehingga dana kesehatan dapat dipergunakan untuk memperbaiki ketimpangan infrastruktur dan pencegahan penyakit.❑ Dengan pertambahan GDP untuk sektor kesehatan maka pelayanan kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, dan sektor farmasi/alat kesehatan dapat berkembang lebih baik.

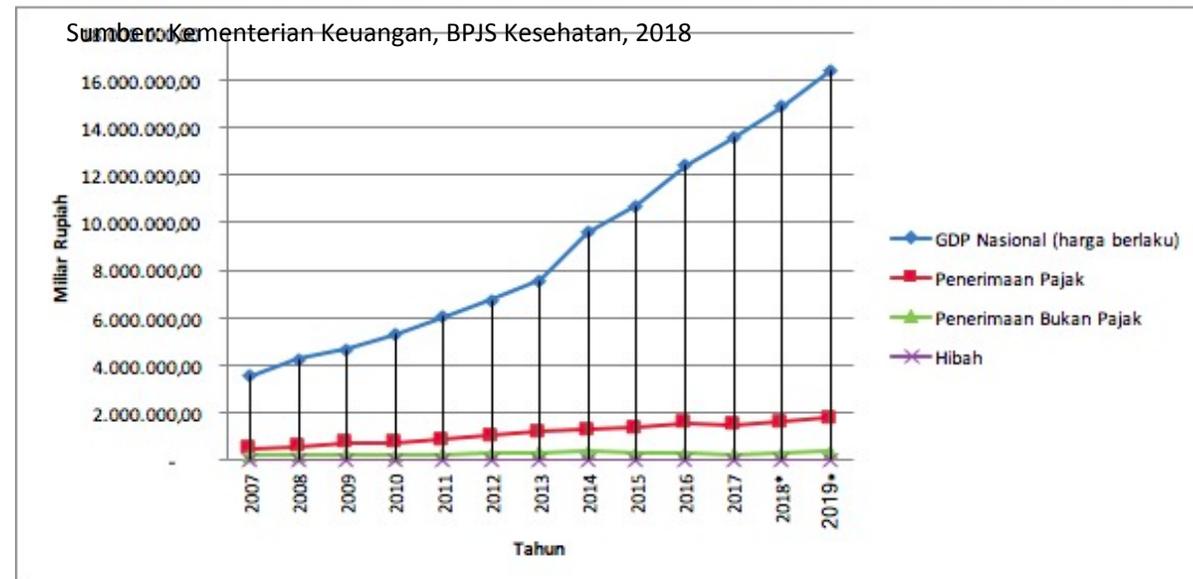
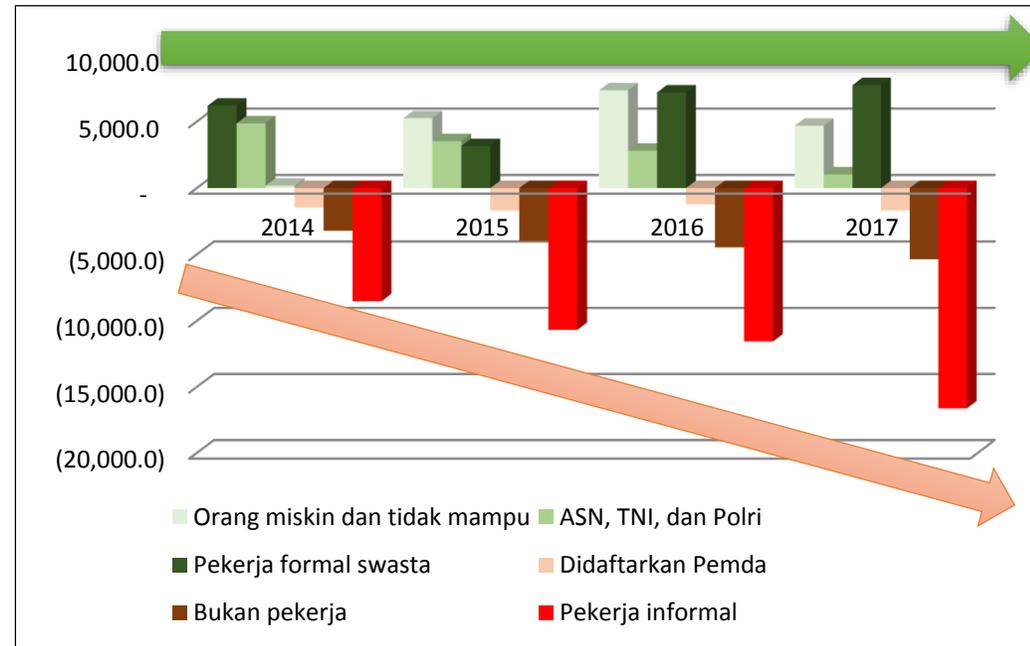


Ops 3. UU SJSN dan UU BPJS direvisi: Ada lembaga askes (*pooling* lain) di luar BPJS Kesehatan.

- ❑ Ops ini merupakan kebijakan yang merubah BPJS Kesehatan untuk tidak menjadi satu-satunya tempat *pool* asuransi kesehatan.
- ❑ Masyarakat mampu diperbolehkan tidak menjadi anggota BPJS Kesehatan. Namun, diwajibkan mempunyai askes komersial.
- ❑ Masyarakat mampu pun boleh masuk menjadi anggota BPJS Kesehatan. Keanggotaan masyarakat mampu di BPJS hanya dapat dilakukan di kelas standar dan tidak boleh naik kelas.
- ❑ Ops ini dilaksanakan dengan terlebih dahulu membuat aturan mengenai pembatasan paket manfaat layanan kesehatan sesuai kemampuan ekonomi. Hal ini untuk menjaga stabilitas program JKN dan kemampuan negara yang masih terbatas untuk memprioritaskan masyarakat lemah, miskin atau tidak mampu
- ❑ Ops ini diproyeksikan untuk dapat memberikan insentif (kompensasi) kepada daerah terbatas akses agar mampu memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan, sehingga tujuan asuransi sosial menjamin akses semua penduduk tercapai.

Prinsip:

- Mencegah penggunaan PBI untuk kelas yang mampu
- Menggali sumber dana potensial di GDP



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

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
Kesetaraan yang Berkeadilan (Equity):	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hasil analisis variabel <i>pooling</i> kepesertaan menunjukkan bahwa kelompok peserta mampu (PBPU) adalah <i>pool</i> yang paling banyak memanfaatkan jaminan pelayanan kesehatan (PKMK FK-KMK UGM, 2019). <input type="checkbox"/> Pemanfaat ini dengan pembayaran premi yang sangat murah. Walaupun premi sangat murah, masih ada sekitar 45% dari anggota PBPU yang tidak membayar secara baik. Di sisi lain, sampai dengan tahun 2019 ada sekitar 40 juta masyarakat Indonesia yang belum masuk ke BPJS. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dengan melepas PBPU ke mekanisme pasar, maka masyarakat mampu akan dapat memilih sistem asuransi kesehatan yang sesuai dengan keinginannya. <input type="checkbox"/> Diproyeksikan sebagian dari PBPU mempunyai <i>demand</i> akan pelayanan kesehatan yang berbeda dengan BPJS Kesehatan akan memilih opsi ini. <input type="checkbox"/> Dana APBN yang selama ini banyak dipakai untuk menutup kerugian PBPU, dapat dipergunakan untuk mendanai kebijakan kompensasi.

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

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

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
Efektivitas (<i>Effectiveness</i>):	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mutu pelayanan saat ini belum dikelola dengan baik.<input type="checkbox"/> Pada kenyataannya, dana klaim dan kapitasi dari BPJS dinilai rendah.<input type="checkbox"/> Dan sistem rujukan yang diterapkan cenderung berdasarkan pertimbangan untung dan rugi, bukan mutu pelayanan kesehatan.<input type="checkbox"/> BPJS Kesehatan selama 5 tahun ini membeli pelayanan kesehatan tanpa melibatkan pemerintah daerah untuk sistem penjaminan mutu	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mutu pelayanan dapat dikendalikan, karena opsi ini mendorong fasilitas kesehatan tidak beroperasi dengan <i>below cost</i> seperti yang saat ini terjadi.<input type="checkbox"/> Pengawasan <i>fraud</i> diprediksi masih lemah karena kekurangan dana serta adanya motivasi <i>coping</i> untuk mendapat tambahan klaim.<input type="checkbox"/> Ada kemungkinan terjadi <i>two-tier health service</i> dengan berbagai efek sampingnya. Efek samping ini dapat berkurang apabila dana BPJS Kesehatan dapat lebih banyak sehingga mutu pelayanan JKN dapat membaik.

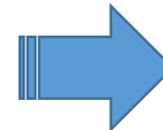
Opsi 3. UU SJSN dan UU BPJS direvisi: Ada lembaga askes (*pooling* lain) di luar BPJS Kesehatan.
Forecasting:

Kriteria	Situasi Saat ini	Proyeksi
<p>Kemungkinan ekonomi dan keuangan (Economic and financial possibility):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indonesia saat ini menerapkan sistem pelayanan/pembiayaan kesehatan nasional yang bertumpu pada pajak dan APBN, serta APBD. <input type="checkbox"/> Pajak perorangan yang dibayar di Indonesia tidak progresif dan rendah jumlahnya. <input type="checkbox"/> Sementara itu, Dana kesehatan lebih banyak dialokasikan pada upaya kuratif yang dinikmati lebih banyak oleh anggota BPJS yang mampu. <input type="checkbox"/> Di sisi lain besaran dana yang dialokasikan untuk upaya promotif dan preventif sangat terbatas. Pembelanjaan dana kesehatan tersebut belum seimbang untuk mewujudkan kesejahteraan. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> diharapkan dapat meningkatkan dana masyarakat mampu untuk sektor kesehatan khususnya kuratif sehingga besaran dana kesehatan per kapita meningkat. <input type="checkbox"/> dirumuskan agar pembiayaan pemerintah prioritas untuk fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu, dan memberi ruang pada pemerintah untuk meningkatkan anggaran untuk pelayanan preventif dan promotif serta perluasan infrastruktur pelayanan kesehatan. <input type="checkbox"/> akan memberikan dana tambahan untuk sector kesehatan melalui pembayaran masyarakat mampu ke lembaga asuransi kesehatan komersial.

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

Forecasting:

Kriteria	Proyeksi
Responsif (<i>Responsiveness</i>):	Kesesuaian tarif, mutu layanan, keaktifan membayar premi dan pengembangan program kesehatan dapat digagas oleh pemerintah daerah dan asosiasi profesi/fasilitas kesehatan.
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> akan menjadikan Program JKN berhasil merespon semua kebutuhan dasar medis seluruh penduduk, yaitu dengan skema-skema yang dibentuk, yang terlebih dahulu memberikan manfaat kepada masyarakat miskin, lemah atau tidak mampu. <input type="checkbox"/> Masyarakat menengah ke atas (yang mampu) akan lebih puas dengan pilihan sistem asuransi kesehatan yang sesuai dengan keinginannya. <input type="checkbox"/> dapat berkembang dengan inovasi-inovasi menarik sesuai dengan keinginan masyarakat. Inovasi menarik antara lain digabungkan dengan pemeliharaan kesehatan seperti <i>fitness</i>, pelayanan <i>home-care</i>, dan sebagainya.
Kelayakan Politik (<i>Political viability</i>):	diprediksi akan menimbulkan keributan atau perdebatan yang panjang, karena terjadi perubahan sangat besar dalam sistem jaminan kesehatan di Indonesia. Perdebatan ini perlu dilandasi oleh pemikiran etika dari Rawlsian dimana diharapkan semua pihak menyadari bahwa secara etis kebijakan ini tidak merugikan kelompok masyarakat manapun.



Akibat/Prospeknya
<ul style="list-style-type: none"> • Akan terwujud pengembangan <i>good governance</i> dalam pengelolaan program JKN karena opsi ini diproyeksi dapat mengantisipasi tindak monopsoni BPJS Kesehatan dalam pembelian pelayanan kesehatan • BPJS Kesehatan murni sebagai <i>payer</i> untuk asuransi kesehatan sosial. Program dan kebijakan yang dibentuk harus berdasarkan kebutuhan lokal (sosial, ekonomi dan geografis) dan diputuskan dengan bukti berkualitas dan dilegitimasi dengan instrumen normatif. Ada kemungkinan terjadi regionalisasi BPJS sesuai dengan situasi faskes. Akan terbentuk pasar untuk asuransi kesehatan komersial. • Akan ada peningkatan alokasi dana kesehatan minimal 5% dari APBN dan minimal 10% APBD sesuai amanah Pasal 170 - 171 UU Kesehatan

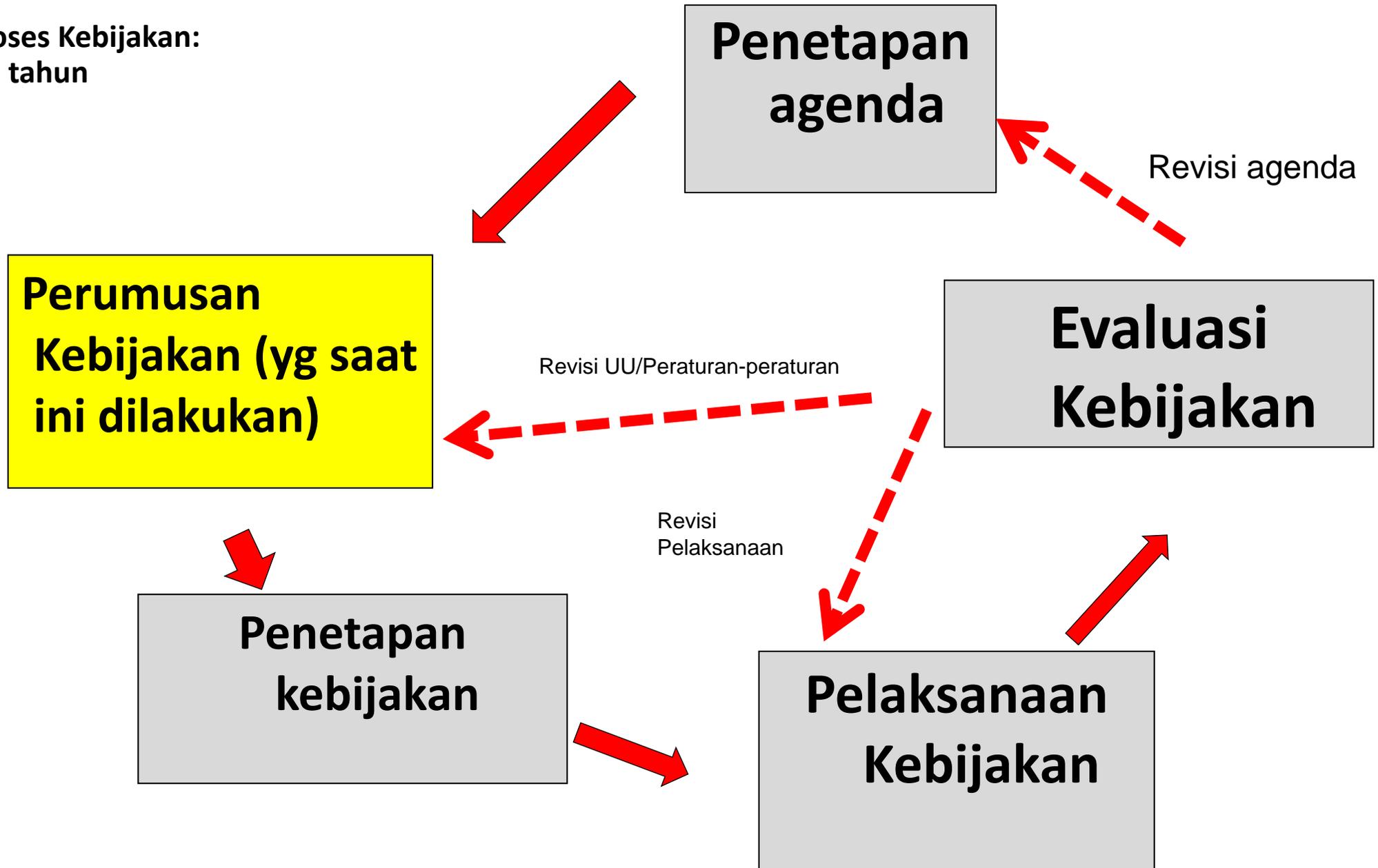
Sebelum Rekomendasi

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

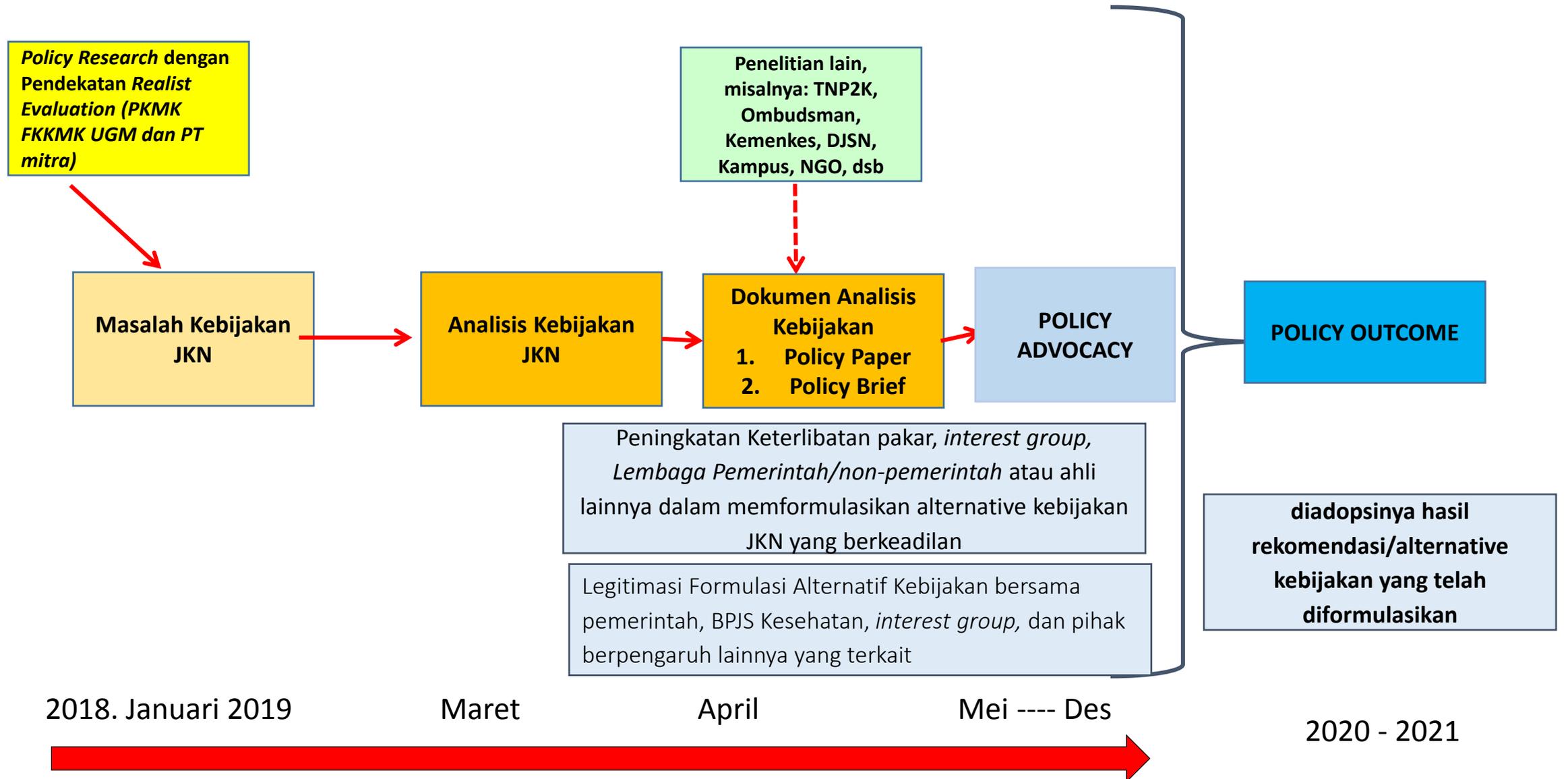
- Perubahan kebijakan yang diusulkan dalam Analisis Kebijakan ini menggunakan ideologi yang ada dalam UUD 1945. Pemerintah harus mengutamakan membayar masyarakat miskin dan tidak mampu. Masyarakat yang mampu, dalam keterbatasan kemampuan pemerintah, perlu membayar lebih banyak untuk urusan kesehatan.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



Siklus Proses Kebijakan:
Setelah 5 tahun



Kegiatan Evaluasi Kebijakan JKN yang direncanakan PKMK FK-KMK UGM:



An illustration of two hands holding a banner. The banner is orange and has the words "THANK YOU" written in large, white, bold, sans-serif capital letters. The hands are light-skinned and are holding the banner from the sides. The background is a solid light blue color.

**THANK
YOU**

Disusun Oleh:

Laksono Trisnantoro, Tiara Marthias, Mohammad Faozi Kurniawan,
Relmbuss Biljers Fanda & Tri Aktariyani

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK)
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada