



POLICY BRIEF

No. 1/Oktober/2017



Beberapa Opsi Kebijakan Strategis untuk Perbaikan Jaminan Kesehatan Nasional

PENULIS:

Prof. Dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD
(trisnantoro@ugm.ac.id)

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) merupakan sebuah lembaga penelitian dan konsultasi di bawah struktur Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKMK) Universitas Gadjah Mada yang berfokus pada empat pilar utama yaitu penyediaan layanan, regulasi, pembiayaan kesehatan dan pengembangan sumber daya manusia.

ALAMAT:

PKMK
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan – Universitas Gadjah Mada
Gedung IKM lantai 2, Jalan Farmako, Sekip Utara,
Yogyakarta, Indonesia
Telpon : +62-274-549425

Lembar Kebijakan (*Policy Brief*) dan materi presentasi lengkap dapat diklik di www.kebijakankesehatanindonesia.net dan akan diikuti oleh berbagai policy brief terkait dengan Evaluasi dan Monitoring Kebijakan JKN.

RINGKASAN

Forum Nasional VIII Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia yang dilaksanakan pada 25 - 26 Oktober 2017 di Yogyakarta menyarankan agar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang didasarkan pada 2 UU (UU SJSN pada tahun 2004 dan UU BPJS tahun 2011) perlu dievaluasi oleh tim independen. Evaluasi kebijakan ini diperlukan untuk perbaikan kebijakan di tingkat UU atau di bawah UU.

PENDAHULUAN

Kebijakan JKN yang dipicu UU SJSN dan UU BPJS telah berjalan selama 4 tahun di tahun 2017. Kebijakan JKN telah berhasil melayani ratusan juta anggotanya. Pertanyaan pentingnya adalah, apakah kebijakan JKN telah berhasil memperoleh apa yang seharusnya dicapai? Sebuah penilaian subyektif pencapaian 8 Sasaran dalam dokumen Peta Jalan menuju JKN 2012-2019 telah dilakukan oleh tim Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK UGM di akhir tahun 2017. Hasilnya adalah sebagai berikut:

- Sasaran 1 : BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik. Prediksi: Sulit tercapai.
- Sasaran 2 : Seluruh penduduk Indonesia mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan. Prediksi: Sulit tercapai.
- Sasaran 3 : Paket manfaat medis dan non-medis sudah sama, tidak ada perbedaan untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Prediksi: Tidak mungkin tercapai.
- Sasaran 4 : Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka. Prediksi: Tidak mungkin tercapai
- Sasaran 5 : Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas yang memadai dengan harga keekonomian yang layak. Prediksi: Sulit tercapai
- Sasaran 6 : Setidaknya 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS. Prediksi: Mungkin dapat tercapai.
- Sasaran 7 : Setidaknya 80% tenaga dan fasilitas pelayanan kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS. Prediksi: Sulit tercapai
- Sasaran 8 : BPJS dikelola secara terbuka efisien dan akuntabel. Prediksi: Sulit tercapai

Selama tiga tahun implementasi, terlihat bahwa sasaran pemerataan seperti yang diamanatkan pada JKN tidak akan mungkin dicapai pada tahun 2019. Padahal tujuan ini merupakan amanat UUD 1945 pasal 33

ayat (1) : *Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara*, dan ayat (2) *Negara mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan*.

Policy Brief ini disusun untuk membahas kebutuhan evaluasi kebijakan untuk memastikan pemerataan dan mutu pelayanan. Pertanyaan yang dibahas adalah: **Kebijakan/Regulasi apa yang perlu di ubah?** Apakah perlu perubahan di level UU (UU SJSN dan UU BPJS), atukah di peraturan di bawah UU? Pertanyaan-pertanyaan ini sudah dibahas pada Forum Nasional.

METODE

Forum Nasional ke VII Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia dipersiapkan selama 1 tahun dengan berbagai penelitian kecil dan diskusi mendalam. Topik mengenai Evaluasi Kebijakan dibahas oleh para pakar dan pengambil kebijakan sebelum Fornas berjalan. Pada saat Fornas, berbagai Sesi membahas isu Evaluasi Kebijakan dengan melakukan diskusi mendalam bersama pakar dan pengambil kebijakan. Hasil diskusi dirangkum secara komprehensif.

HASIL PENELITIAN

Dalam diskusi di Fornas, terjadi situasi dimana seluruh pakar dan pengambil kebijakan berpendapat bahwa Evaluasi Kebijakan perlu dilakukan sampai ke revisi UU karena memang ada yang bermasalah dalam UU SJSN dan UU BPJS. Akan tetapi ada perbedaan mengenai "*timing*" proses review UU. Sebagian berpendapat bahwa dalam jangka pendek, harus fokus pada perubahan kebijakan di level bawah UU. Evaluasi Kebijakan dengan revisi UU sebaiknya dilakukan pasca 2019.

Rekomendasi berdasarkan perbaikan di dalam UU atau di bawah UU adalah sebagai berikut:

Beberapa isu yang mendasari kebutuhan untuk Revisi UU (1):

Sebagai penutup, rekomendasi ini merupakan gambaran berbagai opsi kebijakan yang dapat ditempuh oleh pemerintah. Opsi-opsi ini perlu dibahas melalui evaluasi kebijakan JKN yang baik. Sangat penting untuk dipelajari bahwa ada berbagai masalah dalam pelaksanaan kebijakan yang bersumber dari kebijakan JKN yang mungkin belum tepat. Ketidak tepatan kebijakan JKN dapat berasal dari masalah yang ada di UU SJSN dan UU BPJS. Secara keseluruhan, UU SJSN dan UU BPJS bermaksud baik untuk menerapkan ideologi negara kesejahteraan dalam sektor kesehatan. Namun situasi kemampuan keuangan pemerintah untuk mendanai, penyebaran fasilitas kesehatan, dan mekanisme penggunaan dana di BPJS membuat tujuan negara kesejahteraan mungkin tidak akan tercapai. Oleh karena itu rekomendasi untuk melakukan revisi pada ke 2 UU tersebut bukanlah hal yang tabu dan tidak mungkin terlaksana.

Ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan di masa depan yang perlu dibahas mendalam dalam evaluasi kebijakan JKN.

- Indonesia merupakan negara yang heterogen Berbagai propinsi sulit di Indonesia tidak diikuti sertakan dulu di sistem BPJS.. UU SJSN dan UU BPJS belum mengakomodir keragaman ini, termasuk kebutuhan sebagian propinsi untuk tidak mengikuti BPJS tapi menggunakan cara yang langsung didanai pemerintah. Dengan demikian BPJS belum dibutuhkan di daerah tertentu. Untuk pelayanan kesehatan di luar daerah, pemerintah tetap mendanai. Setelah fasilitas kesehatannya seimbang, baru diikuti sertakan di skema BPJS;
- Sifat *single pool* telah mengakibatkan terjadinya dana PBI untuk masyarakat tidak mampu dipergunakan oleh yang mampu. Disamping itu diharapkan revisi UU dapat menjamin tidak terjadinya aliran dana yang terbalik dimana dana PBI yang tidak terserap karena sulit akses di

- daerah terpencil akan dipergunakan oleh daerah yang lebih maju fasilitas kesehatan;
- Memfokuskan kegiatan BPJS. BPJS sebagai sebuah lembaga pembiayaan terlihat tidak mempunyai kapasitas untuk mengelola berbagai hal secara bersama-sama, antara lain: Mengelola keuangan, melakukan fungsi menjamin mutu, mencegah fraud, melakukan seleksi penyedia, sampai pengumpulan premi dan penagihan tunggakan pembayaran premi. Jumlah dan kapasitas tenaga BPJS tidak mencukupi untuk seluruh kegiatan ini. Kegagalan BPJS mengumpulkan premi dan tunggakan premi secara praktis mengurangi tambahan dana dari masyarakat untuk sektor kesehatan. Dalam hal ini ada kemungkinan perusahaan asuransi kesehatan komersial lebih trampil melakukannya.
- Mendefinisi ulang mengenai paket manfaat. Perbedaan pendapat mengenai definisi kebutuhan hidup dasar dan siapa yang dibantu pemerintah. Apakah penanganan transplant organ (sebagai contoh) termasuk paket manfaat BPJS untuk menjamin kebutuhan hidup dasar untuk semua orang, termasuk yang mampu?
- Merevisi UU SJSN dan UU BPJS agar dapat serasi dengan UU di bidang kesehatan dan pemerintahan. Isu ini muncul karena adanya kenyataan bahwa UU SJSN dan UU BPJS merupakan UU sektor jaminan sosial yang belum klop/cocok/serasi dengan berbagai UU di sektor kesehatan

Beberapa isu untuk perubahan kebijakan di bawah UU yang bersifat jangka pendek

Perbaikan berbagai Perpres yang saat ini sedang dikerjakan oleh Kemenkes dan DJSN diharapkan dapat memperbaiki: (a) peningkatan dana untuk sistem JKN; (2) meningkatkan efisiensi dalam pelayanan kesehatan dan pengelolaan BPJS; dan (3) meningkatkan pemerataan. Berikut ini berbagai topik yang dapat disusun kebijakan barunya:

- a. Peningkatan dana untuk sistem JKN** yang bertujuan agar pemenuhan kewajiban pembayaran klaim yang segera dari BPJS dalam usaha menjaga *cash-flow* RS tidak terganggu;
 - Peningkatan Tarif Premi PBI sebagai pemicu kenaikan premi PPU dan PBPU. Peningkatan tarif sebaiknya berdasarkan perhitungan aktuarial yang akan menimbulkan pola regionalisasi dalam besaran tarif;
 - Penggunaan dana dari industri rokok untuk sementara waktu. Untuk mengatasi krisis BPJS penggunaan dana dari merokok mungkin dapat dilakukan. Sebaiknya bersifat sementara agar tidak terjadi ketergantungan sistem JKN ke industri rokok;
 - Pemerintah Daerah membayar sebagian kenaikan klaim RS yang di atas budget yang disepakati dengan BPJS. Tanggung jawab pemerintah daerah perlu ada untuk menutup kekurangan dana klaim RS di daerahnya. Diutamakan daerah-daerah yang mempunyai kemampuan fiskal tinggi. Pemda juga dirangsang untuk mendanai preventif dan promotif, bukan hanya mendapat PAD dari BPJS;
 - Masyarakat mampu (PBPU dan PPU rawat kelas 2 ke atas) membayar setelah melewati batas atas pertahun;
- b. Peningkatan efisiensi pelayanan medik dan pengelolaan BPJS** yang bertujuan untuk mengurangi pengeluaran BPJS yang tidak perlu.
 - Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan melakukan penguatan sistem jaga mutu di regional, rumahsakit, dan pelayanan primer;
 - Mencegah dan Menindak Fraud;
 - Penguatan Health Technology Assessment agar terjadi penurunan biaya untuk tindakan medik yang kurang perlu;
 - Efisiensi di manajemen BPJS. Dengan semakin meningkatnya anggaran yang dikelola BPJS, diharapkan ada penurunan persentase yang dipakai untuk mengelola BPJS;

- Coordination of Benefit yang efisien dan tidak menambah kemungkinan digunakannya dana BPJS oleh kelompok yang mampu;
- Re-definisi Paket Manfaat untuk menggambarkan kebutuhan hidup dasar yang berkeadilan. Paket yang luas dengan supply side yang tidak merata terbukti telah membuat ketimpangan;
- RS menggunakan global budget yang dapat lebih diprediksi pengeluarannya. Sistem klaim terbukti sulit diprediksi dan menjadi fee-for-service untuk rumahsakit. Tantangan bagaimana kombinasi antara global budget dengan sistem klaim INA- CBG;
- Redefinisi kelas perawatan standar BPJS. Diharapkan tidak ada kelas-kelas dalam PBPU. Kelas yang ada hanya satu yaitu standar BPJS dengan satu ruang untuk 3 – 4 pasien dan tidak boleh naik kelas;
- Pengurangan Paket Manfaat untuk masyarakat mampu, misal: Paket KB Tidak dimasukkan ke JKN. Masyarakat mampu diharapkan membayar melalui askes komersial;
- Pembayaran oleh BPJS Tenaga Kerjaan untuk penyakit-penyakit yang diakibatkan oleh kerja.

c. Pemerataan fasilitas kesehatan.

- Pembangunan RS kelas B di daerah timur oleh Kemenkes;
- Pengurangan standar kredensialing untuk pelayanan kesehatan di daerah sulit, termasuk akreditasi;
- Peningkatan pemerataan SDM supaya lebih cepat berjalan
- Pemberlakuan tarif PBI dan PBPU yang bersifat regional supaya jangan ada dana mengalir dari daerah yang sulit akses ke daerah yang mudah aksesnya;
- Kebijakan kompensasi untuk daerah sulit yang perlu segera dijalankan;
- Manajemen dana BPJS yang masuk ke pemerintah daerah perlu diperbaiki. Ada potensi dana BPJS masuk ke APBD dan tidak digunakan untuk tujuan klaim di RS dan kapitasi di FKTP;
- Penggunaan data BPJS di Kab/Kota/Kecamatan untuk menyusun program Preventif dan Promotif.

Rekomendasi

Diharapkan pemerintah Indonesia melakukan evaluasi kebijakan JKN di tahun 2018 – 2020 dengan berbagai tujuan praktis, antara lain:

- Meningkatkan pendanaan untuk sektor kesehatan. Apakah mungkin melakukan tambahan pendanaan dari Pemerintah Daerah yang daerahnya mengalami overshoot? Apakah mungkin melakukan cost-sharing untuk pasien non-PBI? Apakah mungkin meningkatkan dana dari filantropisme? Bagaimana peluang Public-Private-Partnership untuk memperluas infrastruktur pelayanan kesehatan?
- Menjamin pemerataan manfaat yang berasaskan Keadilan Sosial bagi seluruh Rakyat Indonesia.
- Meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan kesehatan. Apakah pelayanan medik yang dilakukan sudah tepat dan terbebas dari fraud?
- Melakukan analisis kritis mengenai strategi mencapai UHC: apakah harus melalui BPJS semua? Apakah tidak lebih baik masyarakat menengah atas (yang mampu) dipisahkan dari BPJS agar tidak menggunakan dana yang diperuntukkan bagi yang tidak mampu (PBI)?

Rekomendasi tentang Evaluator Kebijakan JKN dan dananya.

- Evaluasi kebijakan yang menyangkut Revisi UU merupakan proses yang masuk ke ranah politis. Berbagai interest politis pasti terjadi. Oleh karena itu diperlukan adanya sifat independensi di pihak evaluator. Pihak evaluator yang diharapkan adalah jaringan perguruan tinggi dengan dana independen yang bisa berasal dari pemerintah dan lembaga donor. Metode melakukan evaluasi disarankan berupa *Realist-Evaluation*.