

# KENAIKAN PREMI SOLUTIFKAH TUTUPI DEFISIT BPJS?

Oleh KARSTRAT BEM FK-KMK UGM 2019

## Pendahuluan

Dewasa ini, permasalahan jaminan kesehatan nasional Indonesia sedang hangat diperbincangkan. Kenaikan iuran BPJS menjadi dua kali lipat pada semua golongan disahkan oleh Presiden Jokowi dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 75 Tahun 2019 tentang Jaminan Kesehatan yang telah disahkan tanggal 24 Oktober 2019. Kenaikan tersebut sebesar 100% yang akan mulai diberlakukan pada tanggal 01 Januari 2020 bertujuan untuk menutup defisit pada BPJS. Kejadian defisit ini juga sudah berlangsung sejak beberapa tahun yang lalu. Terhitung sejak tahun 2014, BPJS mengalami defisit sebesar 3,3 triliun, berlangsung setiap tahunnya dan bertambah hingga tahun 2018 mencapai 16,5 triliun (CNBC, 2018). Bila hal ini terus berlanjut, maka akan berdampak negatif bagi keuangan negara secara keseluruhan.

Indonesia sendiri menggunakan sistem jaminan kesehatan nasional yaitu BPJS sejak tahun 2014. Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, negara memastikan seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata (BPJS, 2018). Berdasarkan data dari situs resmi BPJS Kesehatan, sampai dengan 10 Mei 2019, peserta Program JKN-KIS sudah mencapai 221.580.743 jiwa. Hal ini berarti keanggotaan BPJS baru mencapai 82,7% dari jumlah warga negara Indonesia pada tahun 2019. Sedangkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menyatakan hanya sekitar 57% peserta mandiri yang rajin membayar iuran keanggotaan (CNBC, 2019).

Di dunia internasional telah dikenal *Universal Health Care* (UHC) yang tentunya dibuat guna memajukan kesehatan di berbagai balahan dunia. UHC merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bermutu dengan biaya terjangkau.

Berdasarkan uraian di atas, penulis ingin memaparkan kenaikan iuran BPJS Kesehatan solutifkah untuk menangani defisit yang terus menjadi polemik tak berujung? Hal tersebut akan terkemas melalui perbandingan penerapan jaminan kesehatan di negara maju maupun berkembang dan tantangannya menuju *Universal Health Coverage*.



## Urgensi Jaminan Kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia

Indonesia adalah negara yang besar, baik dilihat dari segi wilayah, sumber daya alam, maupun sumber daya manusia. Keadaan yang demikian sangat potensial untuk mendukung pembangunan di negeri ini. Dalam hal ini, kesehatan merupakan salah satu aspek yang ikut memegang peranan penting. Tingkat kesehatan rakyat akan ikut menentukan arah pembangunan bangsa. Besarnya sumber daya manusia yang tidak diimbangi dengan sistem kesehatan yang baik tentu saja akan menyebabkan berbagai masalah, SDM dengan status kesehatan yang baik dapat diberdayakan dalam pembangunan, namun sebaliknya SDM dengan status kesehatan yang buruk tentu saja akan menghambat pembangunan dan menjadi beban bagi negara.

Tidak dapat dipungkiri bahwa kemiskinan masih menjadi permasalahan yang cukup serius bagi negeri ini. Bagi mereka yang berada dibawah garis kemiskinan kesehatan masih menjadi hal yang mahal. Sudah menjadi rahasia umum bahwa kesenjangan dalam hal pelayanan kesehatan masih banyak ditemui di Indonesia. Warga negara dengan tingkat ekonomi menengah hingga tinggi mungkin bisa dengan mudah mendapat akses pelayanan kesehatan, namun hal tersebut tidak berlaku bagi warga dengan status ekonomi yang rendah. Saat ini memang sudah banyak ditemui asuransi kesehatan komersil, namun premi asuransi komersial relatif tinggi sehingga tidak terjangkau bagi sebagian besar masyarakat. Selain itu, manfaat yang ditawarkan umumnya terbatas. Oleh karena itu, diperlukan suatu jaminan dalam bentuk asuransi kesehatan dengan besaran premi tetap. Sistem pembiayaan kesehatan ditanggung bersama secara gotong royong oleh keseluruhan peserta, sehingga tidak memberatkan secara orang per orang (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan uraian diatas, asuransi kesehatan saja tidak cukup, diperlukan Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Sosial (JKN). Asuransi kesehatan sosial memberikan beberapa keuntungan sebagai berikut. Pertama, memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau. Kedua, asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu. Ketiga, asuransi kesehatan sosial menjamin *sustainability*, yaitu kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan). Keempat, asuransi kesehatan sosial memiliki *portabilitas*, sehingga dapat digunakan di seluruh wilayah Indonesia. Oleh sebab itu, untuk melindungi seluruh warga, kepesertaan asuransi kesehatan sosial atau JKN bersifat wajib (Kemenkes RI, 2013).

## Lahirnya Program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) di Indonesia

Amanat Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi salah satu latarbelakang lahirnya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). UU SJSN mengamanatkan 5 program wajib yaitu, Kesehatan, Kecelakaan



Kerja, Hari tua, Pensiun, dan Kematian). Meski telah disahkan sejak tahun 2004, perwujudan UU SJSN belum bisa dinikmati oleh rakyat Indonesia, sejarah mencatat bahwa SJSN sempat terbengkalai selama 6 tahun karena belum adanya regulasi turunan dari SJSN (Hidayat, 2019). Analisis data Susenas tahun 2012 menyatakan bahwa 7 dari 1.000 warga yang menderita sakit serius tidak berobat, hal ini menjadi bukti tidak terpenuhinya kebutuhan (*unmeet need*) pelayanan kesehatan yang seharusnya dapat dihindari jika SJSN sudah dapat dinikmati oleh rakyat Indonesia.

DPR RI periode 2009-2014, khususnya komisi IX mengusulkan RUU tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (RUU BPJS) sebagai Program Legalisasi Nasional (Prolegnas) Prioritas. RUU BPJS yang merupakan amanat UU SJSN disahkan pada tanggal 25 November 2011 menjadi Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS yang ditandatangani oleh Presiden Susilo Bambang Yudhoyono (SBY). Lahirnya UU BPJS diikuti oleh serangkaian peraturan pelaksanaannya. Pada tahun 2012, Dokumen Peta Jalan JKN yang menargetkan cakupan *universal* pada tahun 2019 telah disepakati oleh Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat (Kemendekes), Kemenkes, Bappenas, DJSN, serta BPJS kesehatan. Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan juga diterbitkan pada awal 2013. Secara keseluruhan, dengan *political will* yang kuat akhirnya Indonesia mempunyai landasan hukum untuk penerapan JKN yang wajib atau *Social Health Insurance*, yang dalam bahasa Indonesia biasa disebut asuransi kesehatan sosial (Hidayat, 2019). Presiden RI ke-6, SBY pada tanggal 31 Desember 2013 mengumumkan dimulainya JKN secara serentak per 1 Januari 2014. Merujuk pada UU BPJS, pelaksanaan JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan (BPJSK) yang merupakan transformasi dari PT Askes (persero) Indonesia (Hidayat, 2019).

Indonesia dalam beberapa tahun terakhir sedang berusaha untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia atau kerap disebut UHC (*Universal Health Coverage*). Hal tersebut juga didukung dengan falsafah dan dasar negara Indonesia yaitu Pancasila terutama sila kelima yang mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termasuk dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No. 23/1992 yang kemudian diganti dengan UU No. 36/2009 tentang Kesehatan. Dalam UU No. 36/2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Peraturan presiden No 12 tahun 2013 telah menargetkan tahun 2019 sebagai tahun pencapaian UHC dari perspektif jumlah peserta. Hingga saat ini kepesertaan JKN sudah lebih dari 223 juta penduduk (BPJS Kesehatan, 1 Agustus 2019).



## Pelaksanaan JKN di Indonesia

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran/iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Dalam pelaksanaannya, JKN mengusung 7 prinsip yang tercantum dalam UU SJSN. Prinsip yang pertama ialah **kegotong royongan**, bertujuan untuk menciptakan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia melalui mekanisme gotong-royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat. Prinsip selanjutnya adalah **nirlaba**, yang berarti pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi BPJS. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan untuk kepentingan peserta. Dalam hal pengelolaan dana ada prinsip **keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas**. Peserta yang berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia akan mendapat jaminan yang berkelanjutan dengan adanya prinsip **portabilitas**. Selanjutnya, dengan prinsip **kepesertaan bersifat wajib** diharapkan kedepannya seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Namun, dalam penerapannya tentu saja disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat, pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program. Dua prinsip yang tersisa adalah prinsip **dana amanat** dan **prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial**. Dana amanat berarti bahwa dana iuran yang terkumpul dari rakyat merupakan titipan kepada BPJS untuk dikelola dan dimanfaatkan seoptimal mungkin demi kesejahteraan peserta, sedangkan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial seluruhnya akan digunakan untuk pengembangan program dan kepentingan peserta.

## Kepesertaan

Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN menyebutkan bahwa seluruh penduduk wajib menjadi peserta jaminan kesehatan termasuk WNA yang tinggal di Indonesia lebih dari enam bulan. Setiap peserta wajib untuk membayar iuran jaminan kesehatan. Status kepesertaan JKN dibagi menjadi 2 jenis, jenis pertama ialah Penerima Bantuan Iuran-Jaminan Kesehatan (PBI) yang diperuntukan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu. Iuran untuk peserta PBI dibayar oleh Pemerintah Pusat melalui APBN dan Pemerintah Daerah melalui APBD. Jenis kedua ialah Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) terdiri dari Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima



Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja (BP) . Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, yang terdiri dari PPU Penyelenggara Negara dan PPU Non Penyelenggara Negara. PPU Penyelenggara Negara terdiri dari Pejabat Negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat/Daerah, PNS yang dipekerjakan di BUMN/BUMD, TNI/PNS TNI, POLRI/PNS POLRI, DPRD dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN), sedangkan PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan Swasta. Selanjutnya, yang disebut Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, yang terdiri dari: Notaris/Pengacara/LSM, Dokter/Bidan Praktek Swasta, Pedangang/Penyedia Jasa, Petani/Peternak, Nelayan, Supir, Ojek, Montir dan pekerja lain yang mampu membayar iuran. Golongan terakhir dari Non PBI ialah Bukan Pekerja (BP) yang merupakan setiap orang yang bukan termasuk masyarakat yang didaftarkan dan iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat/Daerah, PPU serta PBPU, yang terdiri dari: BP Penyelenggara Negara dan BP Non Penyelenggara Negara. BP Penyelenggara Negara terdiri dari Penerima Pensiun (PP) Pejabat Negara, PP PNS Pusat/Daerah, PP TNI, PP POLRI, Veteran dan Perintis Kemerdekaan, sedangkan BP Non Penyelenggara Negara terdiri dari Investor, Pemberi Kerja dan BP lain yang mampu membayar iuran. Lebih jauh lagi, Jaminan Kesehatan bagi Pekerja warga negara Indonesia yang bekerja diluar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

Anggota keluarga dari peserta PBI yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat ialah anggota keluarga yang didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Sosial RI sedangkan bagi peserta PBI yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah ialah anggota keluarga yang didaftarkan dan ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Bagi peserta PPU, keluarga yang ditanggung Sebagai peserta JKN meliputi istri/suami yang sah dan maksimal 3 (tiga) orang anak, dengan kriteria: Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal; Apabila anak ke-1 (kesatu) sampai dengan anak ke-3 (ketiga) sudah tidak ditanggung, maka status anak tersebut dapat digantikan oleh anak berikutnya sesuai dengan urutan kelahiran dengan jumlah maksimal yang ditanggung adalah 3 (tiga) orang anak yang sah; Peserta yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang termasuk peserta, dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain dengan membayar iuran tambahan. Selanjutnya, keluarga yang ditanggung Sebagai peserta JKN dari peserta PBPU dan BP meliputi istri/suami yang sah, seluruh anak dan anggota keluarga lain yang terdapat dalam satu Kartu Keluarga (KK).

Semua peserta JKN berhak memperoleh identitas peserta untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dan



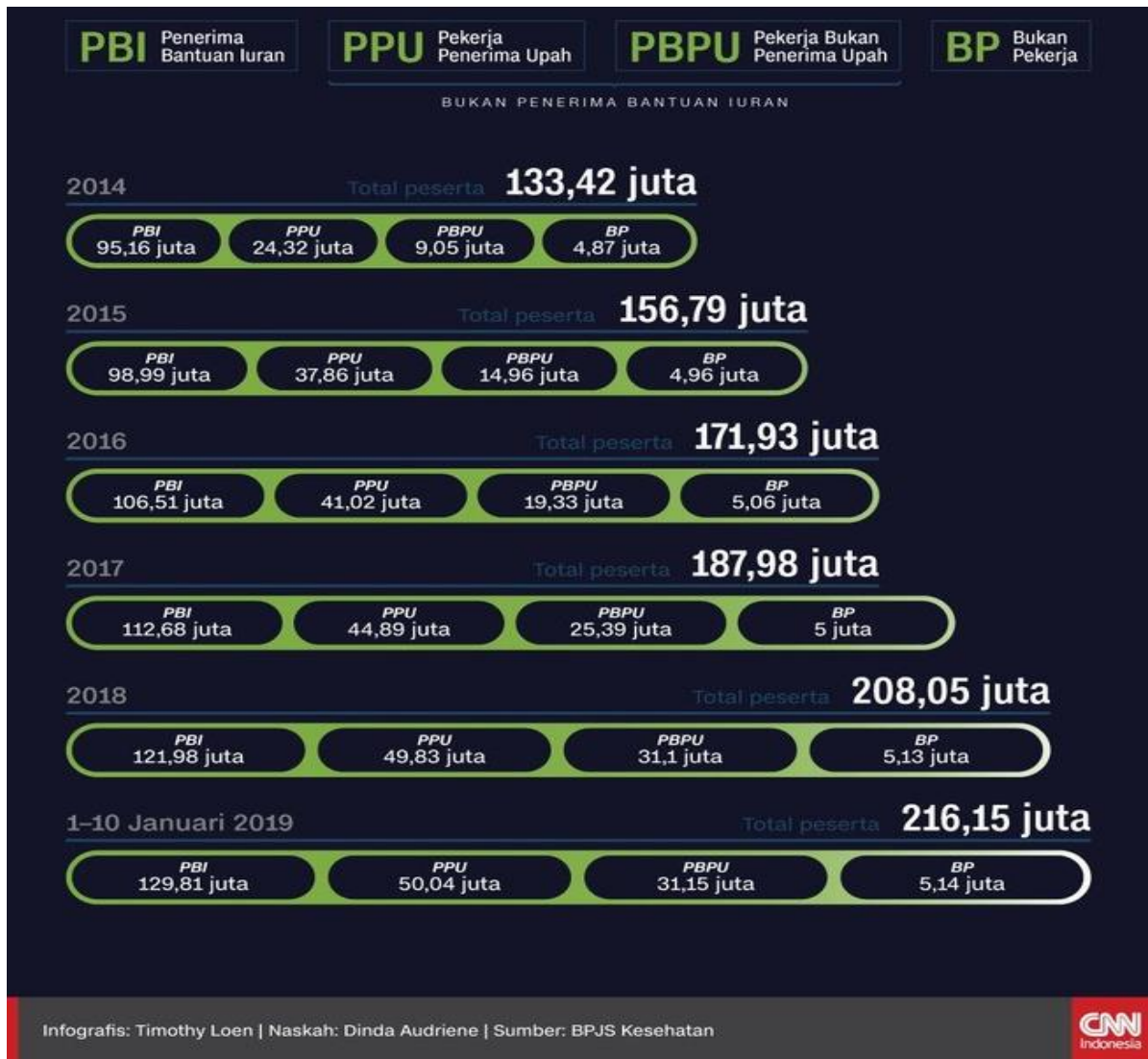


menyampaikan pengaduan, kritik dan saran secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan. Selanjutnya, kewajiban yang harus dipenuhi ialah, membayar iuran dan melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta, melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya, antara lain perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat/domisili dan pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama serta perubahan alamat email dan nomor handphone, menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak, dan mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

Demi tercapainya target UHC (*Universal Health Coverage*) pemerintah membagi perekrutan peserta JKN menjadi 2 tahap. Tahap pertama dimulai sejak 1 Januari 2019, kepesertaannya paling sedikit meliputi, PBI Jaminan Kesehatan, anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya; anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya; peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua, kepesertaan meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan paling lambat 1 Januari 2019. Jumlah peserta JKN dari tahun ke tahun tercatat terus mengalami peningkatan.

Gambar 1. Infografis Data Peserta BPJS Kesehatan dari Tahun ke Tahun





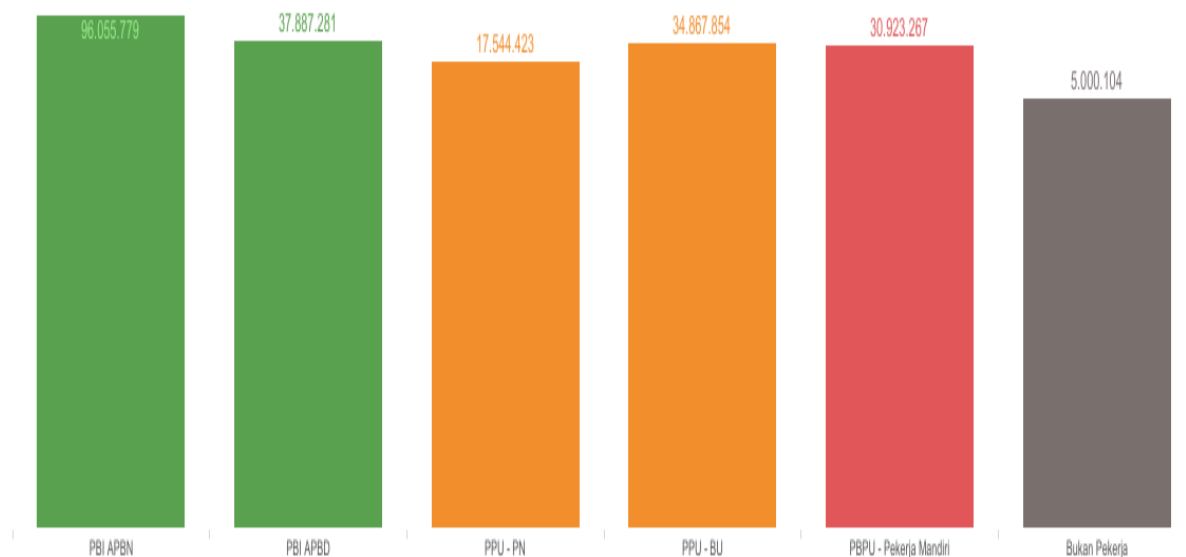
Sumber: CNN Indonesia

Gambar 2. Peserta Program JKN per 31 Oktober 2019

### Peserta Program JKN

222.278.708

(per 31 Oktober 2019)



Sumber: BPJS Kesehatan (2019)

Program JKN yang telah diimplementasikan sejak 1 Januari 2014 tercatat telah memiliki jumlah peserta sebanyak 222.278.708 hingga 31 Oktober 2019, dengan jumlah tersebut artinya kepesertaan JKN mencapai 83,3%. Untuk memenuhi target UHC sebesar 95% masih dibutuhkan 11,7% lagi atau sekitar 31.228.470 peserta untuk bergabung dalam program JKN.

### Iuran/Premi

Mekanisme asuransi sosial pada program JKN yang dikembangkan di Indonesia mengharuskan adanya iuran yang wajib dibayarkan oleh seluruh peserta. Jumlah iuran yang dibayarkan disesuaikan oleh pemerintah berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan iuran dibayar oleh Pemerintah. Bagi peserta PPU, iuran akan dipungut oleh pemberi kerja yang kemudian akan disetorkan kepada BPJS secara berkala. Sejak diimplementasikan tahun 2014, program JKN terus mengalami defisit dari tahun ke tahun. Hal tersebut melatarbelakangi keputusan pemerintah untuk menaikkan jumlah iuran sebagai solusi atas permasalahan defisit. Berdasarkan Peraturan Presiden RI No 75 Tahun 2019 yang telah ditandatangani Presiden Jokowi pada 24 Oktober 2019.

Kenaikan iuran/premi terjadi pada semua jenis kepesertaan. Disebutkan dalam pasal 29, iuran peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang awalnya sebesar Rp 25.500 meningkat menjadi Rp 42.000 saat ini. Kenaikan ini mulai berlaku sejak 1 Agustus





2019. Dalam pasal 103 A disebutkan bahwa pemerintah pusat akan memberikan bantuan pendanaan iuran kepada pemerintah daerah sebesar Rp19.000 per orang per bulan bagi penduduk yang terdaftar oleh pemerintah daerah. Bantuan tersebut diberikan terhitung sejak Agustus 2019 sampai Desember 2019. Kenaikan serupa juga terjadi pada iuran peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) Kelas 3, sedangkan iuran kelas 2 yang sebelumnya sebesar Rp 51.000 naik menjadi Rp 110.000, dan iuran kelas 1 naik menjadi Rp 160.000 dari yang awalnya hanya sebesar Rp 80.000, peraturan tersebut tertuang dalam pasal 34 dan mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2020. Selanjutnya, pasal 30 mengatur perubahan perhitungan iuran Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) yang terdiri atas ASN, Prajurit, Polri. Sebelumnya iuran/premi sebesar 5% dibayarkan oleh pemberi kerja 3% dan peserta 2%, kini berubah menjadi 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta. Dalam pasal 32 tertulis batas tertinggi dari gaji per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran peserta PPU meningkat menjadi Rp 12 juta, dimana sebelumnya masih sebesar Rp 8 juta. Selain itu, dalam Pasal 33 diatur bahwa gaji yang digunakan sebagai dasar perhitungan iuran bagi peserta PPU terdiri dari gaji pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja, sebelumnya yang dijadikan dasar perhitungan hanya gaji pokok dan tunjangan keluarga. Berdasarkan Pasal 33A, perubahan ketentuan komposisi persentase tersebut berlaku mulai 1 Oktober 2019.

### **Pembiayaan Fasilitas Kesehatan**

BPJS Kesehatan membayar kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan Kapitasi (Kemenkes, 2013). Selanjutnya, penetapan besaran kapitasi dan pembayaran kapitasi diatur dalam peraturan BPJS nomor 2 tahun 2015. Berdasarkan pasal 2 (3) FKTP terdiri atas puskesmas atau yang setara; praktik dokter; praktik dokter gigi; klinik pratama atau yang setara; dan Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara. Lebih lanjut, dalam pasal 4 (2) tertulis bahwa besaran tarif kapitasi yang dibayarkan kepada FKTP pada suatu wilayah ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah setempat dengan mengacu pada standar tarif kapitasi yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Standar tarif kapitasi sebagaimana dimaksud ditetapkan sebagai berikut:

- a. puskesmas atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp.3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp.6.000,00 (enam ribu rupiah);
- b. Rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp.8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp.10.000,00 (sepuluh ribu rupiah); dan
- c. Praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp.2.000,00 (dua ribu rupiah).

Pada kenyataannya, tidak semua Fasilitas Kesehatan dapat dijangkau dengan mudah. Maka, jika di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan Kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan



mekanisme lain yang lebih berhasil. Dalam keadaan darurat, semua fasilitas kesehatan wajib melayani pasien meskipun fasilitas kesehatan tersebut tidak menjalin kerja sama dengan BPJS. Setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Selanjutnya, pembayaran atas pelayanan gawat darurat yang telah diberikan akan dibayarkan oleh BPJS setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut (Kemenkes, 2013).

Selanjutnya, model pembiayaan yang digunakan BPJS untuk Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah sistem paket INA CBG's/ *Indonesia Case Base Groups* (Kemenkes, 2013). INA-CBG's merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBG's yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis (BPJS Kesehatan, 2014). Karakteristik utama dalam sistem INA CBG's, yaitu adanya pengumpulan secara teratur data pasien keluar perawatan (terutama data tentang karakteristik pasien, pelayanan, serta pemberi layanan) yang digunakan untuk mengklasifikasikan pasien menjadi kelompok-kelompok pasien berdasarkan Kode INA-CBG's yang secara klinis bermakna dan secara ekonomi homogen atau mengonsumsi sumber daya yang relatif sama besar. Tarif INA-CBG's berbasis pada data costing 137 RS Pemerintah dan RS Swasta serta data coding 6 juta kasus penyakit yang didasarkan pada diagnosa utama, diagnosa sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*), tingkat keparahan, bentuk intervensi, serta umur pasien. Tarif dalam sistem ini dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yaitu suatu rangkaian perawatan pasien sampai selesai, dimana paket pembayaran sudah termasuk konsultasi dokter, pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, radiologo (*rontgen*), dll, obat formularium nasional (Fornas) maupun obat bukan Fornas, bahan dan alat medis habis pakai, akomodasi atau kamar perawatan, biaya lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien.

BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas pro gram JKN yang diberikan (Kemenkes, 2013). Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi. Misalnya: Peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan iur biaya (*additional charge*). Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI (Kemenkes, 2013).



## Menilik Kinerja BPJS sejak 1 Desember 2014 Hingga Kini

Kehadiran JKN yang diselenggarakan oleh BPJS sedikit banyak telah merubah sistem kesehatan di Indonesia. Melalui prinsip keadilan sosial, JKN telah menyatukan program jaminan kesehatan yang sebelumnya beragam, seperti Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil (Askes PNS), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JPK Jamsostek), dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Dalam hal ini, JKN melalui BPJS dinilai telah berhasil menyamaratakan manfaat komprehensif yang sebelumnya bervariasi diantara berbagai jaminan kesehatan di Indonesia (Hidayat, 2019). Dilihat dari segi kepesertaan, JKN mendapat labeling sebagai program asuransi kesehatan sosial terbesar di dunia karena dinilai berhasil menjaring penduduk sebagai peserta dalam jumlah signifikan. Melonjaknya kepesertaan ini memberikan implikasi yang signifikan pada *pooling* dana. Kenaikan jumlah peserta sejak tahun 2014 juga diikuti oleh kenaikan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. FKTP yang bekerja sama dengan BPJS pada tahun 2014 hanya 18.437 dan pada tahun 2017 naik menjadi 21.763. Berdasarkan data tersebut dapat dikatakan bahwa selama tiga tahun terakhir terjadi kenaikan FKTP sebesar 18% atau rata-rata setiap tahunnya terdapat kenaikan sebesar 6%. Kenaikan fasilitas kesehatan juga terjadi pada FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut), terjadi kenaikan sebesar 55% dalam tiga tahun (dari 1.481 tahun 2014 menjadi 2.292 pada tahun 2017). Dapat dikatakan terdapat kenaikan sebesar 18% per tahun pada jenis fasilitas kesehatan FKRTL. Hingga 31 Desember 2018 jumlah fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan berjumlah 25.298, dengan rincian FKTP sebanyak 22.791 dan FKRTL sebanyak 2.507 (Hidayat, 2019).

Lebih jauh lagi, kinerja BPJS juga dinilai dari segi pencapaian tujuan yang ingin dicapai oleh JKN seperti, memperbaiki status kesehatan, mengoreksi kesetaraan (ekuitas) dalam akses terhadap pelayanan kesehatan, dan ekuitas dalam status kesehatan antar kelompok sosial ekonomi, serta memberikan perlindungan keuangan atas risiko sakit. Penelitian terbaru mengenai “Dampak Program JKN” yang dilakukan oleh CHEPS FKM Universitas Indonesia dan *Center for Health Economics, University of York* pada tahun 2019 memberikan gambaran mengenai adanya perbaikan dalam hal akses penduduk terhadap layanan kesehatan. Berdasarkan data susunan dan IFLS serta data administratif BPJS Kesehatan, jumlah total kasus layanan (FKTP, RJTL, dan RITL) pasien JKN naik dari 92,3 juta tahun 2014 menjadi 177,8 juta kasus pada tahun 2016. Pada tahun 2018 (*unaudited*) menunjukkan jumlah total pemanfaatan per tahun sebesar 233,8 juta kasus dengan sebaran FKTP sebesar 147,4 juta kasus, rawat jalan RS 76,8 juta kasus dan rawat inap rumah sakit sebanyak 9,7 juta kasus. Selanjutnya, angka konsentrasi indek dan kurva konsentrasi yang mencerminkan kesenjangan menurut sosial ekonomi dalam mengakses layanan kesehatan memperlihatkan adanya perubahan ke arah yang lebih baik. Hal tersebut terlihat melalui angka empiris indek konsentrasi mendekati “*no*” dan bentuk kurva konsentrasi mendekati garis ekualitas (CHEPS & CHE York, 2019). Tidak hanya itu, hadirnya JKN juga telah memberikan perlindungan



risiko keuangan atas munculnya insiden sakit, khususnya pada kasus-kasus katastrofik. Melalui perlindungan risiko tersebut JKN tercatat mampu dan terbukti mencegah penduduk menjadi miskin akibat sakit yang membutuhkan biaya pengobatan yang diluar kemampuannya (CHEPS & CHE York, 2019).

Efek domino perbaikan akses peserta terhadap layanan kesehatan adalah naiknya tingkat pendapatan fasilitas kesehatan. Akumulasi dana iuran yang dihimpun dalam program JKN sejak 2014 telah merembes ke semua jejaring faskes BPJS Kesehatan. Kenaikan *income* ditemukan di sejumlah fasilitas kesehatan sejak mereka tergabung sebagai jejaring BPJSK. Kontribusi JKN terhadap ekonomi tahun 2016 mencapai Rp 152,2 triliun. Angka ini diperkirakan akan naik menjadi Rp 289 triliun di tahun 2021 (LPM FEUI, 2018). Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa hadirnya JKN sejak 1 Januari 2014 telah memberikan manfaat pada berbagai pihak, termasuk diantaranya peserta dan jejaring fasilitas kesehatan. Bentuk konkrit yang dapat dilihat adalah naiknya pendapatan yang terjadi di sejumlah fasilitas kesehatan dan terbukanya akses layanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia tanpa terkecuali.

Memasuki tahun ke 5 implementasi JKN di Indonesia berbagai pencapaian positif memang patut diapresiasi, namun dibalik itu semua ada beberapa PR yang perlu dicarikan solusi. Sejak 1 Januari 2014 hingga sekarang kritik dari berbagai pihak terhadap kinerja BPJS seolah tidak pernah surut, masalah pendanaan dan kualitas layanan menjadi dua hal yang paling disoroti. Permasalahan yang kini tengah dihadapi BPJS lah dari kombinasi sejumlah faktor, diantaranya (1) kebijakan teknis dan implementasi dari kebijakan teknis tersebut; (2) tata kelola (*governance*) dan perilaku dari para pelaku (peserta, fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan dan regulator (pemerintah)) sebagai akibat adanya (3) perbedaan motif diantara para pelaku, (4) sehingga menimbulkan deviasi dalam menjalankan tugas dan fungsi yang seharusnya mereka lakukan. Tidak hanya itu, ada juga isu-isu yang diduga ikut berperan, seperti ketidakseimbangan informasi produk kesehatan (*Asymmetric information*), ketersediaan dan pasar fasilitas kesehatan, pelaksanaan bisnis proses JKN, serta mandulnya fungsi belanja strategis (*Passive purchaser*) (Hidayat, 2019).

Sejak tahun 2014 masalah pendanaan tidak pernah lepas menghantui jalannya JKN di Indonesia. Pendapatan yang didapat melalui iuran selalu saja lebih kecil dari besarnya dana yang harus dikeluarkan untuk pendanaan pelayanan kesehatan. Hal tersebut terlihat dari besarnya angka rasio klaim yang selalu menembus angka 100% bahkan lebih sejak tahun 2014-2017. Idealnya, klaim rasio bisa ditolerir kurang atau sama dengan 90%, sehingga ada sisa 10% yang dapat dijadikan cadangan (Hidayat, 2019). Pertumbuhan peserta yang terus naik dari 2014-2017 juga sebanding dengan kenaikan pengeluaran untuk membiayai manfaat, akibatnya masalah defisit ini tak kunjung usai dari tahun ke tahun. Pada tahun 2014, BPJS mengalami defisit sebesar 3,3 triliun, berlanjut pada tahun 2015 defisit naik menjadi 5,7 triliun. Kenaikan defisit kembali melonjak pada tahun 2016 yaitu sebesar 9,7 triliun, sementara di tahun 2017





hanya ada sedikit kenaikan yakni menjadi 9,75 triliun. Adapun pada tahun 2018, defisit mengalami penurunan menjadi 9,1 triliun. Besarnya nilai iuran yang tidak sesuai dengan kebutuhan dinilai menjadi penyebab utama defisit yang tak berkesudahan. Nilai iuran yang ditetapkan selama ini selalu lebih rendah dari angka yang diusulkan dalam kajian aktuaria. Hal tersebut menjadi pilihan karena mempertimbangkan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial yang pada akhirnya menegaskan kajian aktuaria yang sudah dilakukan.

Ketidaksesuaian nilai iuran bukan menjadi satu-satunya faktor penyebab defisit yang dialami BPJS, Direktur Utama BPJS Kesehatan Prof Dr dr Fachmi Idris mengungkapkan setidaknya ada 4 penyebab lain yang juga ikut berperan dalam masalah defisit yang tidak kunjung usai. Fachmi menyebutkan bahwa konsep BPJS Kesehatan adalah gotong-royong yakni warga mampu memberikan subsidi kepada yang kurang mampu belum berjalan penuh. Kenyataannya, masih banyak peserta mandiri yang membayar iuran hanya pada saat sakit dan selanjutnya menunggak. Faktor lain, merujuk temuan BPKP (Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan), ada data peserta bermasalah, perusahaan yang memanipulasi gaji karyawan, potensi penyalahgunaan regulasi dengan memberikan pelayan rumah sakit lebih tinggi dari seharusnya, dan lainnya.

Hasil audit Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) terhadap BPJS Kesehatan (BPJSK) dan seluruh rumah sakit (RS) di 34 provinsi menemukan masih banyak persoalan yang perlu dibenahi dari program JKN-KIS. Salah satunya adalah temuan mengenai banyaknya peserta mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPUPU) yang enggan membayar premi/iuran. Koordinator Advokasi BPJS Watch, Timboel Siregar, mengatakan bahwa Rencana Kerja Anggaran Tahunan (RKAT) 2018 dianggarkan sebesar Rp 79,77 triliun. Segmen PBPUPU ditargetkan untuk menyumbang sebesar Rp 9,23 triliun, namun pada kenyataannya segmen PBPUPU tidak mampu memenuhi target dan hanya menyumbangkan pendapatan sebesar Rp 8,96 triliun. Menurut Timboel, persoalan PBPUPU ini akan terus terjadi tiap tahun. Apalagi utang iuran dari PBPUPU pun sangat tinggi di atas Rp 2 triliun. Temuan BPKP menunjukkan, kolektabilitas (tingkat pengumpulan) iuran dari peserta PBPUPU hanya sebesar 53,72%, atau di bawah target yang ditetapkan BPJSK sebesar 60%.

Persoalan peserta PBPUPU, menurut Timboel, harus segera dibenahi mengingat target kontribusi iuran dari PBPUPU tidak tercapai dan utang iurannya masih tinggi, namun biaya yang dikeluarkan untuk membiayai manfaat yang dinikmati segmen peserta ini cukup tinggi, yaitu 31% dari total klaim seluruh peserta. Deputi Direksi Bidang Manajemen Iuran BPJSK, Agus Mustopa mengatakan, dari sekitar 31,1 juta jiwa peserta PBPUPU, yang aktif membayar iuran hanya 53% atau kira-kira 16,71 juta jiwa. Sisanya berstatus nonaktif karena tidak membayar premi rutin. Menurut Agus, ada beberapa faktor yang melatarbelakangi munculnya permasalahan ini, diantaranya perspektif negatif dari peserta PBPUPU terhadap program JKN-KIS, isu mengenai defisit,





keterlambatan membayar BPJSK ke fasilitas kesehatan, dan belum maksimalnya layanan JKN-KIS. Ada juga faktor-faktor lain seperti kemampuan membayar rendah, merasa tidak membutuhkan JKN-KIS, dan anggapan kesehatan masyarakat mestinya tanggung jawab negara.

Temuan lain BPKP yang menjadi sorotan adalah mengenai perekaman dan pemeliharaan data base yang belum optimal. Kepala BPKP (Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan) Ardan Adiperdana memaparkan adanya temuan sebanyak 27,4 juta data peserta yang bermasalah, diantaranya sebanyak 17,17 juta NIK yang tidak 16 digit dan masih ada 0,4 juta NIK yang berisi karakter campuran alfanumerik. Dalam rapat bersama Dewan Perwakilan Rakyat Komisi IX di kompleks DPR, Jakarta, Senin, 27 Mei 2019, Ardan juga mengatakan bahwa ada 10 juta lebih NIK ganda, jadi satu NIK digunakan oleh lebih dari satu orang. Permasalahan ini tentu saja menjadi PR bagi BPJS mengingat berdasarkan Undang-Undang Pasal 10 dan Pasal 13 tentang BPJS. Berdasarkan UU tersebut BPJS berkewajiban untuk memberikan mengelola data pendaftar dan memberikan no registrasi tunggal pada setiap peserta. Menanggapi permasalahan ini, tidak kalah penting untuk melakukan tracing yang bertujuan untuk mengetahui apakah dari data NIK ganda yang ditemukan ada irisannya dengan data NIK peserta PBI baik yang bersumber dari APBN maupun APBD. Jika ternyata ditemukan adanya irisan masalah akan menjadi semakin rumit karena berpotensi memberikan kerugian pada negara karena peserta PBI pembayaran iurannya ditanggung APBN/APBD.

Temuan BPKP selanjutnya yang tak kalah mencengangkan adalah ditemukannya 2.348 perusahaan yang memanipulasi gaji kepada BPJS Kesehatan. Perusahaan-perusahaan tersebut melaporkan upah yang tidak sesuai, angka yang dilaporkan lebih kecil dari kenyataan sebenarnya. Menurut Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS Kesehatan Fachmi Idris tujuan dari manipulasi data tersebut adalah agar besaran jaminan yang dibayarkan ke BPJS Kesehatan lebih kecil. Selain itu, audit BPKP juga menemukan bahwa 528.120 pekerja belum didaftarkan ke BPJS dari 8.314 usaha. Akibat kecurangan ini BPJS Kesehatan mengalami defisit. Menanggapi masalah ini BPJS Kesehatan juga telah meminta perusahaan-perusahaan tersebut untuk memperbaiki data. Jika perusahaan-perusahaan tersebut menolak BPJS Kesehatan akan memberikan sanksi tegas.

Hasil audit BPKP terhadap BPJSK dan seluruh fasilitas kesehatan di 34 provinsi tahun 2019 juga menemukan adanya penyalahgunaan regulasi dalam hal pemberian pelayanan. BPKP menemukan adanya sisa pembiayaan anggaran (silpa) dana kapitasi di puskesmas sebesar Rp 2,5 triliun, dana tersebut mengendap di rekening pemerintah daerah. Hal tersebut diduga terjadi karena penggunaan dana yang tidak optimal oleh puskesmas. Setiap bulan BPJSK seharusnya mengirimkan sejumlah dana ke puskesmas dengan nominal yang sesuai dengan jumlah peserta di puskesmas tersebut. Menurut aturan yang berlaku, dana kapitasi yang telah diberikan ke puskesmas tidak bisa ditarik



kembali. Kondisi BPJS Kesehatan kini tengah defisit, maka adanya silpa tersebut dianggap mubadzir. Dalam hal ini, menurut Kepala Humas BPJS Kesehatan, Muhammad Iqbal Ma'aruf, BPJS Kesehatan tidak bisa apa-apa karena tidak ada payung hukumnya. Contohnya, kapitasi untuk bulan berikutnya apakah dikurangi bagi puskesmas yang masih ada silpanya. Silpa sebesar Rp 2,5 triliun bukanlah jumlah yang kecil, sehingga perlu dibuatkan payung hukum untuk mengoptimalkan anggaran tersebut.

Aturan lain yang mendesak untuk dioptimalkan ialah penyesuaian kelas RS. Kelas RS yang tidak sesuai juga ikut menjadi penyebab defisit. Hal ini dibuktikan oleh temuan BPKP yang menunjukkan terjadinya inefisiensi pembayaran klaim layanan di RS sebesar Rp 819 miliar. Penyebab yang diduga memunculkan masalah tersebut ialah, kontrak antara RS dan BPJS Kesehatan menggunakan tarif untuk kelas RS yang lebih tinggi. BPJS Watch mencatat klaim layanan ini ada di 94 RS yang tersebar di sekitar 14 provinsi. Menurut Iqbal, Permenkes 99/2015 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN hanya mengatur bahwa proses kredensialing dan rekredensialing (kredensialing ulang) untuk RS yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilakukan bersama-sama dengan dinas kesehatan (dinkes) dan Kemkes. Namun, aturan ini tidak secara detail mengatur soal bagaimana jika dalam proses rekredensialing ditemukan adanya RS yang tidak lagi memenuhi syarat kompetensi sesuai kondisi awalnya. Lagi-lagi ketiadaan payung hukum ini merugikan BPJS Kesehatan karena BPJS Kesehatan harus memenuhi klaim layanan di RS dengan kelas dan biaya lebih tinggi, misalnya tipe B dan A. Padahal seharusnya layanan tersebut bisa dilakukan di RS dengan kelas dan biaya lebih rendah, misalnya tipe C dan D. Selisih biaya layanan antar kelas RS ini sekitar 30% lebih. Selain itu, hasil audit BPKP juga menunjukkan beban biaya manfaat atau klaim pelayanan di RS dan fasilitas kesehatan tingkat pertama (kapitasi) tahun 2018 jauh lebih besar dari target. Biaya klaim manfaat mencapai Rp 98,4 triliun, sedangkan dalam rencana kerja anggaran tahunan (RKAT) 2018 diproyeksikan hanya sebesar Rp 87,33 triliun, atau ada selisih sebesar Rp 11 triliun. Temuan ini menunjukkan bahwa upaya pengendalian biaya manfaat harus segera dibenahi.

Kenaikan iuran/premi BPJS Kesehatan yang telah ditetapkan melalui Peraturan Presiden (Perpres) No 75 Tahun 2019 menuai protes dari masyarakat, kebanyakan masyarakat merasa keberatan dengan keputusan tersebut. Publik menyandingkan banyaknya masalah dalam hal kualitas pelayanan yang sekarang ini mereka rasakan dengan kenaikan iuran/premi tersebut. Ikatan Dokter Indonesia (IDI) juga turut serta buka suara mengenai hal ini, pihaknya menilai bahwa kenaikan iuran BPJS Kesehatan tidak ikut mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan. Sebab, langkah itu dilakukan lembaga hanya untuk memangkas defisit saja. Namun, hal yang berbeda diungkapkan oleh Kepala Humas BPJS Kesehatan M. Iqbal Anas Ma'aruf, menurutnya kenaikan iuran/premi tidak lain dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Terlepas dari kedua-dua ungkapan yang bertolakbelakang tersebut, masyarakat kita kini tengah menunggu langkah konkrit dari berbagai pihak untuk saling bahu membahu memperbaiki kualitas layanan. Pihak BPJS Kesehatan sendiri mengatakan bahwa ada 2 hal yang



paling sering dikeluhkan oleh masyarakat melalui layanan *suara ostumer*, yaitu diskriminasi pihak rumah sakit dalam memberikan pelayanan pada pasien dan keterlambatan dokter dari jadwal. Selain itu, ada juga keluhan-keluhan lain seperti sistem antrean, ketersediaan tempat tidur untuk rawat inap, dan prosedur yang menyulitkan bagi layanan hemodialisa atau cuci darah.

Diskriminasi dalam hal perbedaan layanan yang diberikan pada pasien BPJS dan pasien umum menjadi hal yang kerap dikeluhkan masyarakat. Banyak kasus di lapangan yang menunjukkan adanya perbedaan yang sangat signifikan antara pelayanan yang diterima pasien BPJS dan non BPJS. Pasien BPJS sering merasa bahwa dirinya dinomorduakan, pasien BPJS merasa bahwa pihak pemberi layanan lebih memprioritaskan pasien non BPJS yang notabennya melakukan pembayaran sendiri secara langsung, berbeda dengan pasien BPJS yang dianggap gratis karena pembayarannya ditanggung pemerintah. Selain itu, terdapat perbedaan upah yang diterima oleh petugas medis dari pasien BPJS dan non BPJS, hal tersebut diduga turut menjadi pemicu timbulnya masalah diskriminasi ini. Permasalahan tersebut membuat beberapa peserta BPJS enggan menggunakan kartu BPJS saat akan berobat, sehingga dapat dikatkan BPJS Kesehatan kehilangan perannya. Keluhan terbanyak lainnya ialah mengenai kedatangan dokter yang tidak tepat waktu yang berakibat pada terhambatnya proses layanan di pelayanan kesehatan. Selain itu, ada juga pembatasan kuota dokter sehingga ada pembatasan jumlah pasien BPJS yang dilayani dokter tertentu.

Masalah lain yang juga dikeluhkan masyarakat ialah antrian panjang di fasilitas kesehatan, di beberapa rumah sakit, jumlah pasien yang membludak setiap harinya menimbulkan antrian panjang. Berdasarkan analisis teori antrian, pelayanan pada pasien yang datang sebelum jam 08.00 sangat sibuk. Tingkat kedatangan pasien yang lebih besar dibanding tingkat pelayanan pada akhirnya menyebabkan antrian yang menumpuk. rata-rata pasien harus menunggu 108,6 menit sejak datang hingga dilayani oleh bagian pendaftaran. Manajemen rumah sakit sebaiknya difokuskan pada pelayanan pada pasien BPJS Kesehatan yang datang sebelum jam 08.00 untuk menghindari terjadinya kondisi yang tidak terkendali (Heryana, dkk, 2019). Selain masalah antrian, masalah lain yang menjadi sorotan adalah ketersediaan tempat tidur di Rumah Sakit yang masih jauh dari ideal, ungkap Marinus Gea Anggota Komisi IX DPR RI. Berdasarkan rekomendasi WHO, rasio ideal daya tampung Rumah Sakit adalah 1000 penduduk : 1 tempat tidur. Hal serupa juga diungkapkan oleh Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI), berdasarkan pengamatannya ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan BPJS masih cukup tinggi. Pihak YLKI menerima cukup banyak laporan terkait pelayanan BPJS, diantaranya seputar antrean panjang yang memakan waktu dan pasien BPJS kehabisan tempat untuk rawat inap.

Bersamaan dengan munculnya laporan keluhan-keluhan diatas muncul pula laporan keluhan dari para pasien yang menjalani cuci darah. Pasien gagal ginjal yang harus menjalani cuci darah rutin merasa keberatan dengan sistem rujukan berjenjang



yang harus yang harus diurus setiap tiga bulan sekali. Sistem rujukan tersebut dirasa sangat memberatkan kondisi kesehatan pasien karena cuci darah yang mereka jalani merupakan perawatan yang harus dilakukan seumur hidup. Menyikapi masalah tersebut pada tanggal 31 Juli 2019 Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia (KPCDI) telah mengirim surat kepada Kementerian Kesehatan RI. Surat tersebut berisi penolakan terhadap sistem rujukan berjenjang serta permohonan klarifikasi mengenai draf Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan, yang merupakan turunan dari Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018, pasal 55 ayat 7. Ketua umum KPCDI, Tony Samosir juga mengusulkan agar perbaikan sistem rujukan tidak hanya ditujukan untuk cuci darah saja, tetapi juga pasien CAPD (*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*) dan post transplantasi ginjal karena menurutnya mereka mempunyai kebutuhan yang sama sebagai pasien gagal ginjal kronik.

### **Penerapan *Universal Health Coverage* (UHC) di Negara Maju dan Berkembang**

Kesehatan merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur kesejahteraan masyarakat suatu bangsa. Kesehatan juga merupakan hak bagi setiap warga negara yang wajib dipenuhi oleh negara, disamping itu juga merupakan investasi yang menentukan pertumbuhan ekonomi suatu negara (Indrayathi, 2016) . Oleh karena itu, sistem pembiayaan kesehatan dalam suatu negara merupakan salah satu faktor yang secara khusus mempengaruhi kesejahteraan masyarakat dan secara umum mempengaruhi kemajuan suatu bangsa. Sistem pembiayaan kesehatan yang dianut setiap negara di dunia berbeda-beda, hal tersebut didasarkan pada karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi dan geografis. Meski bervariasi, tujuannya tidak lain adalah untuk mencapai “*Universal Health Coverage*” (Indrayathi, 2016). Berikut adalah gambaran sistem pembiayaan kesehatan di beberapa negara :

#### **1) Inggris**

Inggris merupakan salah satu negara yang telah mencapai *universal coverage*. Inggris bahkan merupakan negara pertama yang memperkenalkan Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) di tahun 1911. Sistem kesehatan yang diterapkan Inggris dikenal dengan *National Health Service* (NHS) yang resmi diterapkan pada 5 Juli 1948 , program ini didanai dan dikelola oleh pemerintah. Sumber dana yang digunakan sebagian besar berasal dari pajak umum (*tax-funded*). Sebagian besar dana NHS dialokasikan untuk program-program yang memiliki hasil balik yang tinggi, misalnya pelayanan kesehatan ibu dan anak. Kecepatan pencapaian *universal coverage* di Inggris dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya (WHO, 2005):

- **Pertumbuhan ekonomi yang tinggi** berakibat pada meningkatnya kontribusi masyarakat dalam skema pembiayaan kesehatan.
- **Pertumbuhan sektor formal** memudahkan penilaian pendapatan dan pengumpulan kontribusi (*revenue collection*).



- **Ketersediaan tenaga terampil** mempengaruhi kemampuan pengelolaan sistem asuransi kesehatan berskala nasional.
- **Penerimaan konsep solidaritas oleh masyarakat** mempengaruhi kemampuan pengumpulan (pooling) dana/ kontribusi asuransi dan integrasi berbagai skema asuransi kesehatan.
- **Efektivitas regulasi pemerintah** dalam hal pembiayaan maupun penyediaan pelayanan kesehatan.
- **Sistem asuransi/ pra-upaya dan tingkat kepercayaan warga masyarakat terhadap pemerintah** yang mempengaruhi partisipasi.

Dalam pelaksanaannya Inggris hampir menggratiskan semua layanan kesehatan seperti pemeriksaan kehamilan, perawatan gawat darurat, dan lain-lain. Terdapat pengecualian pada pengobatan gigi dan mata, namun tarif yang dipatok cukup rendah, sebagai contoh hanya untuk obat yang diresepkan (*prescriptions*).

Menurut teori *Health Financing Functions*, untuk mencapai *universal coverage* terdapat tiga pilar penting yang berperan yaitu *Revenue Collection*, *Pooling Mechanism*, dan *Purchasing*. ***Revenue Collection*** (pengumpulan dana) di Inggris berasal dari 85% pajak yang diterima oleh pemerintah. pada tahun 1948, anggaran yang ditetapkan untuk NHS sebesar £ 437.000.000 (kira-kira £9.000.000 per harinya) dan pada tahun 2012/2013 anggaran yang diberikan yaitu sekitar £ 108.900.000.000. Selanjutnya anggaran yang ditetapkan tahun 2015/2016 adalah sebanyak £115.400.000.000 (Rahmawati, 2010). Selanjutnya mengenai ***Pooling Mechanism*** (pengelolaan dana yang terkumpul), NHS menggunakan sistem pendanaan yang bersifat sentralistik dengan prinsip ekuitas berdasarkan kebutuhan serta status kesehatan setempat, sedangkan pelayanan yang diberikan bersifat desentralistik dengan dokter umum sebagai gate keeper yang bukan pegawai negeri. Jika pasien memerlukan perawatan lanjutan barulah dirujuk ke dokter Rumah Sakit yang merupakan pegawai negeri. Untuk mengatasi permintaan yang berlebihan diberlakukan *co-payment*, misalnya: obat-obatan di luar rumah sakit serta *rationing* yang berkaitan dengan waktu. Faktor penting ketiga ialah ***Purchasing*** (sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan), sistem yang diterapkan di Inggris ialah Pembayar Tunggal (*Single Payer*). Sistem *single payer* yang dimaksudkan disini tidak berarti bahwa pemerintah merupakan satu-satunya pihak yang membayar seluruh pembiayaan pelayanan kesehatan untuk seluruh warganya. Inggris tetap memperbolehkan warganya untuk membeli pelayanan kesehatan tambahan melalui asuransi swasta. Namun meski demikian, dengan sistem *single payer* peran pemerintah sangat dominan sebagai pembayar dan pembeli pelayanan kesehatan bagi warga. Ada 2 jenis tenaga medis di Inggris yaitu, *general practicioner* dan *consultant*. *General practicioner* berkewajiban untuk memberikan layanan primer, dimana pembayarannya diberikan NHS melalui sistem *reimburse*. Sedangkan *Consultant* merupakan tenaga medis spesialisasi atau operasi yang bekerja di Rumah Sakit





yang digaji oleh NHS berdasarkan jumlah pasien dan tipe perawatan/tindakan yang mereka berikan (NHS, 2015).

Kelebihan dari sistem *single payer* diantaranya ialah, keadilan dalam mengakses pelayanan kesehatan, walaupun ada perbedaan akses lebih disebabkan oleh penyedia layanan kesehatan (misalnya : daerah terpencil atau perbatasan), bukan dalam hal pembiayaan. Sistem ini dapat mengurangi kemungkinan adanya warga sehat yang enggan membayar biaya asuransi. Selain itu, kemungkinan adanya tumpang tindih dan kesenjangan dalam hal pelayanan kesehatan dapat dihindari. Namun, jika pelaksanaan peraturan dalam sistem ini tidak berjalan dengan baik maka kualitas pelayanan juga tidak akan baik. Kualitas pelayanan akan memburuk jika administrasi dalam sistem ini tidak kuat dan tertib, hal ini sangat mungkin terjadi jika diterapkan di negara dengan jumlah penduduk sangat besar, wilayah geografis sangat luas, dan regulasi yang lemah terhadap praktik pemberian pelayanan kesehatan. Meskipun kebijakan dalam sistem NHS sudah cukup baik namun dalam pelaksanaannya tetap saja tidak lepas dari beberapa hambatan. Dari sisi *demand*, masih ada warga yang mencari asuransi lain karena antrian panjang masih sering ditemui. Untuk berkonsultasi dengan dokter pasien harus membuat janji terlebih dahulu sehingga dalam keadaan darurat beberapa orang lebih memilih untuk menggunakan asuransi pribadi. Sistem NHS juga mengharuskan seseorang untuk mendaftar *General Practitioner* di daerahnya sehingga tidak bisa sembarangan berobat di luar wilayahnya. Selain itu, sistem berbasis pajak dalam NHS juga menyebabkan pajak yang ditetapkan pemerintah cukup tinggi. Meskipun nilai pajak sudah cukup tinggi namun masih ada tindakan medis yang tidak digratiskan sehingga pasien harus mengeluarkan biaya tambahan. Selain dari sisi *demand*, ada pula hambatan dari sisi *supply* diantaranya, tindakan medis yang tidak digratiskan mengakibatkan ketidakprofesionalan pihak *supply* yang menyebabkan terputusnya pengobatan pasien sehingga menambah beban penyakit pasien dan berdampak pada beban pemerintah. Selain itu, muncul juga banyak kontroversi pada *General Practitioner* terkait dengan sistem *reimburse*. Perbedaan status antara *general practitioner* dengan *consultant* juga menimbulkan kecemburuan sosial. *General practitioner* merasa bahwa *consultant* lebih didukung oleh NHS baik dalam pendapatan pokok maupun tunjangan (NHS, 2015).

## 2) Amerika Serikat

Amerika Serikat menerapkan sistem mandat asuransi dalam pembiayaan kesehatannya. Sistem ini mewajibkan semua warga memiliki asuransi dari perusahaan asuransi swasta, pemerintah, atau nirlaba. Sekitar sepertiga pembiayaan kesehatan dibayar langsung oleh pasien (*out of pocket*) dan sisanya berasal dari organisasi asuransi swasta yang profit, organisasi asuransi *not for profit* seperti *Blue Cross* dan *Blue Shield* serta *Health Maintenance Organization* (HMO). Pada sistem pembiayaan ini, pemerintah federal dan negara bagian



memberikan asuransi kesehatan bagi warga miskin (*medicaid*) dan usia lanjut, veteran, dan berpenyakit kronis (*medicare*). Namun kontribusi pemerintah jauh dari memadai bagi warga Amerika Serikat, sehingga untuk mengatasi hal tersebut, terjadi reformasi kesehatan. Pada tanggal 23 Maret 2010, presiden Barrack Obama menandatangani sebuah reformasi sistem layanan kesehatan di Amerika Serikat yang bernama “*Affordable Health Care for America Act (ACA)*”. Melalui reformasi tersebut AS tetap memberi kesempatan asuransi kesehatan swasta dan pemberi pelayanan kesehatan swasta untuk beroperasi, akan tetapi ada regulasi yang lebih ketat, selain itu subsidi yang diberikan pemerintah juga lebih besar agar warga miskin mampu membeli asuransi (Bhisma, 2010).

Sistem jaminan sosial yang diterapkan AS diselenggarakan dengan satu undang-undang dan diselenggarakan oleh satu badan pemerintah (*Social Security Administration, SSA*) yang bersifat nasional dan dikelola oleh pemerintah federal yang berada di bawah Departemen Pelayanan Sosial. Amerika Serikat mewajibkan seluruh warganya untuk membeli asuransi kesehatan, warga yang tidak mampu akan mendapat subsidi dari pemerintah federal sedangkan warga yang kaya akan mendapatkan peningkatan pajak premi. Hal ini bertujuan untuk meratakan asuransi kesehatan di Amerika Serikat (Sylvia, 2014). Ada 2 istilah dalam sistem asuransi kesehatan AS, yaitu *medicare* dan *medicaid*. *Medicare* merupakan asuransi sosial bagi usia lanjut dan dijalankan oleh pemerintah federal sedangkan *medicaid* adalah asuransi bagi masyarakat miskin yang dijalankan oleh pemerintah federal dan negara bagian (Djuhaeni, 2007).

Amerika Serikat memiliki beberapa organisasi asuransi kesehatan, dimana dengan sistem *risk pool* organisasi-organisasi tersebut dimanfaatkan sebagai badan pengelola dana kesehatan. Secara garis besar, Amerika Serikat memiliki dua jenis organisasi asuransi kesehatan yaitu, organisasi asuransi swasta yang profit dan organisasi asuransi *not for profit* seperti *Blue Cross* dan *Blue Shield* serta *Health Maintenance Organization (HMO)* (Djuhaeni, 2007). HMO merupakan praktek kelompok pelayanan kesehatan yang dibayar di muka (*pre-paid*) berdasarkan kapitasi dan pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat komprehensif (Djuhaeni, 2007). Jadi pada kesimpulannya, Amerika Serikat menggunakan *integrated risk pool* dikarenakan badan pengelolaan dananya berbentuk *multirisk pool* dan berdasarkan sistem kapitasi.

Amerika Serikat melakukan pembayaran kepada pemberi layanan kesehatan menggunakan sistem *pre-payment* yang artinya pembayaran dilakukan sebelum pelayanan kesehatan diselenggarakan. Disisi lain *Health Maintenance Organization (HMO)* menggunakan prinsip *Managed Care* yang dapat dikelola oleh pihak swasta maupun pemerintah. HMO memadukan sistem pembayaran di muka dengan sistem kapitasi dimana sistem pembayarannya dilakukan oleh pengelola dana (*resources management*) kepada penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*). Ada beberapa kelebihan yang dimiliki sistem kapitasi, diantaranya administrasi badan penyelenggara dan provider yang lebih



sederhana dan tidak merepotkan serta penghasilan provider akan lebih stabil dan merata karena penghasilan tidak ditentukan oleh fluktuasi jumlah kunjungan. Meski demikian, sistem kapitasi juga memiliki kekurangan, yaitu kemungkinannya provider kurang bersungguh-sungguh dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakatnya serta adanya ketentuan yang membatasi pelayanan kesehatannya sehingga tidak menutup kemungkinan tidak dapat menjamin semua kebutuhan atau tuntutan peserta terpenuhi secara merata.

Pelaksanaan sistem pembiayaan kesehatan di Amerika Serikat tentu saja tidak lepas dari hambatan dan tantangan, baik dari segi *supply* maupun *demand*. Dilihat dari segi *supply* diantaranya, terdapat perbedaan kualitas pelayanan yang diberikan antara masyarakat pengguna asuransi sektor swasta dibandingkan dengan pengguna asuransi sektor pemerintah, pembiayaan yang berorientasi pasar dan masih banyaknya masyarakat yang melakukan pembayaran langsung, tingginya biaya kesehatan akibat mahalnya alat-alat kesehatan yang digunakan, banyaknya institusi swasta yang dikhawatirkan menyebabkan bebasnya pasar kesehatan, banyak kalangan menengah ke bawah yang masih tidak tersentuh oleh program asuransi, merosotnya jumlah pengusaha karena tidak mampu untuk memenuhi standar kesehatan dirinya, serta sedikitnya fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh organisasi non profit sehingga tidak semua warga bisa mengakses fasilitas tersebut. Jika dilihat dari sisi *demand*, partisipasi warga Amerika Serikat untuk mengikuti asuransi kesehatan masih cukup rendah, minimnya akses fasilitas kesehatan oleh masyarakat menengah kebawah, serta mahalnya biaya kesehatan yang menyebabkan banyak masyarakat lebih memilih berobat ke luar negeri.

### 3) Thailand

Thailand yang telah mencapai *universal coverage* untuk perawatan kesehatan pada tahun 2002 (Syarifah, 2014). Thailand mencapai *universal health coverage*, dimulai dari biaya yang dikeluarkan sendiri (*out of pocket*) kemudian secara bertahap beralih ke sistem pembiayaan di muka. Thailand menerapkan 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 sedangkan pegawai swasta mendapat jaminan kesehatan komprehensif melalui Badan Jaminan Sosial yang dikelola oleh Depnakerjanya Thailand. Lain halnya dengan pekerja informal yang memperoleh jaminan melalui *National Health Security Office*, sebuah lembaga independen yang mengelola sistem 30 Baht, dengan sistem ini 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.

Thailand memiliki empat jenis pembiayaan kesehatan, dimana tiga diantaranya dilaksanakan oleh pemerintah. Sumber pendanaan yang digunakan dalam program Asuransi Kesehatan Nasional antara lain (*National Health Security*, 2012): *Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)*, merupakan



suatu program jaminan bagi pekerja di sektor publik (pegawai pemerintah dan tanggungannya) yang dibiayai oleh anggaran belanja negara tanpa ada iuran sama sekali dari pekerja. Jaminan bukan saja diberikan kepada pegawai, pasangan dan anaknya, tetapi juga diberikan kepada orang tua pegawai. Jaminan yang ditanggung meliputi jaminan kesehatan, pensiun dan dana lump-sum pada waktu memasuki masa pensiun. Jaminan yang diberikan bersifat komprehensif sehingga peserta tidak perlu membayar apabila memanfaatkan pelayanan pada fasilitas kesehatan yang sudah ditentukan. **Social Security Scheme (SSS)**, merupakan suatu program jaminan komprehensif untuk pegawai swasta yang dibayarkan oleh pekerja, pemberi kerja, dan pemerintah yaitu masing –masing 1,5% sehingga total kontribusinya 4,5%. **Universal Coverage Scheme (UCS)**, merupakan suatu program jaminan untuk pegawai informal atau penduduk lain yang tidak ter-cover oleh dua skema lainnya yang diterapkan dengan kebijakan 30 Bath, dimana sebanyak 75% masyarakat Thailand merupakan anggota UCS yang mendapat perlakuan sama.

*Pooling mechanism* yang diterapkan di Thailand yaitu:

- a) CSMBS dikelola oleh *Civil Servant Medical Benefit Scheme Groupe*, salah satu divisi dari *Comptroller General's Department (CGD)* dalam MoF (Kementerian Keuangan).
- b) SSS dikelola oleh *Social Security Office (SSO)*.
- c) UCS dikelola oleh *National Health Security Office (NHSO)*.  
NHSO mengelola sebagian besar dari jaminan kesehatan semesta, termasuk mengelola data kepesertaan untuk ketiga skema yang ada (SSS, CSMBS dan UCS).

Setiap tahun NHSO mengeluarkan dana sesuai perencanaan mereka untuk lima kelompok besar, yaitu budget tahunan untuk kapitasi, HIV, penyakit metabolik, gagal ginjal dan gangguan jiwa. NHSO juga menjalin kerjasama dengan pemerintah lokal (dengan beban 20-50%) untuk upaya promotif dan preventif. Apabila ada penduduk yang sebelumnya terdaftar dalam UCS dan kemudian bekerja di perusahaan swasta, penduduk tersebut dialihkan kepesertaannya dari pembiayaan UCS ke pembiayaan SSS.

Sebanyak 99% masyarakat Thailand telah dilindungi dengan 3 skema yaitu *Universal Coverage Scheme* (Skema Cakupan Semesta, 75%), *Social Security Scheme/Social Health Insurance for formal private sector* (Skema Asuransi Kesehatan untuk pegawai swasta, 20%) dan *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (Skema Asuransi Kesehatan untuk PNS, 5%). Thailand menggunakan sistem pembayaran kepada provider kesehatan dengan dua model yaitu model kapitasi dan DRG dengan global budget. Sistem kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan oleh suatu lembaga kepada Pemberi Pelayanan





Kesehatan (PPK) atas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anggota lembaga tersebut, yaitu dengan membayar di muka sejumlah dana sebesar perkalian anggota dengan satuan biaya tertentu. Berbeda dengan sistem kapitasi, DRG merupakan suatu sistem atau cara pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*) untuk pelayanan yang diselenggarakannya tanpa memperhatikan jumlah tindakan atau pelayanan yang diberikan, melainkan pengelompokan pelayanan medis kedalam suatu besaran pembiayaan menurut kelompok penyakit dimana pasien yang sedang ditangani tersebut berada. Kapitasi digunakan untuk meng-cover pasien rawat jalan sedangkan DRG plus global budget digunakan untuk meng-cover pasien rawat inap.

Thailand menerapkan sistem kesehatan yang berjenjang yang dimulai dari level paling bawah adalah subdistrik dengan *Health Center*, *Community Medical Center*, *Private Clinic* dan *Pharmacy*. Level kedua dari bawah adalah Distrik dengan *Distric Hospital* dan *Public Hospital* lainnya. Level di atasnya adalah *Provincial hospital*, lalu *Regional hospital* dan level paling tinggi terdapat *Specialized hospital*, *Universal hospital* dan *Private hospital*. Pada level paling bawah, terdapat dua pelayanan publik untuk UHC, yaitu *Health Center* dan *Community Medical Center*. Pelayanan yang diberikan keduanya serupa, perbedaannya hanya pada area cakupan pelayanannya. Pelayanan yang diberikan pada *Health Center* adalah upaya promotif dan preventif dan hanya melayani rawat jalan. *Health Center* hanya dilayani oleh perawat, tenaga IT dan praktisi tradisional *Thai Medicine*, sementara dokter dan dokter gigi datang ke *Health Center* satu atau dua kali dalam seminggu.

Dalam pelaksanaannya UHC di Thailand menemui beberapa tantangan dan hambatan baik dari sisi *supply* maupun *demand*. Dilihat dari segi *supply* diantaranya, adanya kemungkinan permintaan untuk layanan kesehatan tumbuh lebih pesat dari pada sumber pendanaan yang diperoleh, keterbatasan akses pada penyedia layanan kesehatan terutama untuk orang-orang yang tinggal di daerah rural dan daerah terpencil, dan adanya perbedaan dalam tingkat pengeluaran antar skema asuransi. Sangat mungkin bahwa beberapa penyedia layanan kesehatan membatasi untuk menerima peserta *Universal Coverage Scheme* (UCS) dan lebih memilih untuk melayani peserta *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (CSMBS) karena dinilai lebih menguntungkan mereka, serta adanya pembatasan pelayanan yang diberikan oleh masing-masing skema asuransi memungkinkan peserta cenderung memiliki asuransi swasta lain untuk melengkapi cakupan pelayanan kesehatan yang dapat mereka peroleh. Jika dilihat dari sisi *demand* diantaranya, meningkatnya penyakit-penyakit kronis menyebabkan munculnya permintaan baru untuk jenis perawatan dan pengobatan, persepsi masyarakat yang menganggap mutu layanan kesehatan yang diberikan oleh swasta lebih unggul dibanding pemerintah, dan sulitnya masyarakat di daerah terpencil untuk mendapat akses layanan kesehatan.





#### 4) Taiwan

Sistem pembiayaan kesehatan di Taiwan disebut dengan *National Health Insurance* (NHI) yang telah berdiri sejak tahun 1955. pada tahun 2012, 99,6% warga negara Taiwan sudah ter-cover NHI (Jui-fen & Rachel Lu, 2014). NHI ini merupakan asuransi sosial wajib yang bersifat nasional bagi setiap warga negara Taiwan termasuk warga negara asing yang menjadi residen di Taiwan. NHI menganut sistem pembayar tunggal oleh pemerintah, sebagian besar dananya berasal dari premi yang berbasis pajak gaji (*payroll tax*) dan dana pemerintah (Bhisma Murti, 2010). Menggunakan sistem *single payer* layanan menjadi lebih efisien dengan harga yang terjangkau. Administrasi NHI memiliki kontrak dengan semua rumah sakit dan sebagian besar provider swasta sehingga memungkinkan masyarakat yang tercover NHI memiliki akses yang mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama (Bisma Murti, 2010). sistem *single payer* dapat menekan biaya administrasi yang sangat rendah, hanya 1,15% dari total belanja NHI pada tahun 2012.

Meskipun tidak ada pilihan asuransi lainnya, masyarakat menikmati pilihan bebas lengkap dari provider. Provider di Taiwan harus memperhatikan tuntutan pasien untuk tetap kompetitif, dan bersaing untuk mendapatkan pasien. Administrasi NHI menetapkan Biaya nasional yang seragam untuk semua provider. Total pendapatan premi NHI berasal dari tiga sumber yaitu 36% dari pemerintah, 26% dari pengusaha dan 38% dari masyarakat. Sumber dana yang berasal dari premi dibayar oleh peserta terjamin, pengusaha dan pemerintah pusat dan lokal. Pendapatan lainnya berasal dari sumber-sumber lain seperti seperti denda atas pembayaran premi tunggakan, kontribusi lotre kesejahteraan masyarakat dan biaya tambahan kesehatan pada rokok (Jui-fen & Rachel Lu, 2014). NHI memiliki administrator yang sangat bagus dalam mengumpulkan premi dari masyarakat, Ketika masyarakat tidak membayar premi tepat waktu, mereka akan mengirim pemberitahuan kepada masyarakat yang menunggak sesegera mungkin. Taiwan memiliki warga yang cukup taat hukum, sehingga tingkat kepatuhan sangat tinggi dan tingkat utang yang buruk hanya sekitar 0,9% pada tahun 2011 (Dr. Ching-chuan Yeh, 2012).

NHI didesain untuk membiayai secara *self-sufficient* dan bertanggung jawab apabila terjadi defisit. Berdasarkan hukum, *The Bureau of National Health Insurance* tidak diperkenankan untuk memperoleh keuntungan dan disyaratkan untuk menjaga dana cadangan paling tidak setara dengan pengeluaran medis satu bulan. *Pooling mechanism* yang diterapkan di Taiwan menggunakan pendekatan *Unitary Risk Pool* dimana dana dikumpulkan oleh pemerintah dan dikelola oleh *The Bureau of National Health Insurance* (Bisma Murti, 2010). NHI menerapkan sistem pembayaran pelayanan berdasarkan *global budget system*, dimana penentuan besar budget per rumah sakit didasarkan pada sejumlah indikator. NHI melakukan upaya pencapaian peningkatan kualitas pelayanan kesehatan oleh PPK dengan menerapkan sistem pembayaran *Pay for Performance* untuk beberapa



jenis penyakit tertentu, dalam sistem ini pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan atas indikator pencapaian peningkatan kualitas pelayanan kesehatan itu sendiri (Wiguna, Catur. 2013).

NHI tidak menerapkan sistem *gate keeper*/rujukan, Rumah sakit berupaya mengembangkan mutu pelayanan dan menerapkan strategi pemasaran yang tepat, sehingga dapat menjadi pilihan utama pasien. Namun, sistem ini menerapkan adanya *co payment* untuk pelayanan rawat jalan, obat, dan rawat inap. *Co payment* pelayanan obat berlaku untuk biaya obat yang lebih dari NT\$ 100 sedangkan besaran *co payment* untuk pelayanan rawat inap berdasarkan lamanya hari rawat. Pengecualiaan *co payment* diberlakukan bagi pasien dengan penyakit kronis, pasien yang tinggal di daerah terpencil, persalinan, veteran dan anggota keluarganya, masyarakat miskin, anak usia dibawah 3 tahun, dan pasien tuberkulosis yang teregistrasi (Wiguna, Catur, 2013). Mekanisme pengendalian pelayanan kesehatan yang diterapkan Taiwan ialah *claim review* yang didukung oleh sistem informasi otomatis yang dapat mempermudah proses analisis klaim. *Claim review* meliputi dua komponen yaitu *review* prosedur dan *review* profesional. Pihak asuransi berhak untuk tidak membayar klaim yang diajukan oleh PPK apabila tidak memenuhi peraturan yang ditetapkan NHI. *Review* profesional dilakukan oleh tim dokter spesialis. Hasil review ini akan diumpunbalikkan kepada PPK, dan diinformasikan kepada publik sehingga masyarakat dapat mengetahui kualitas pelayanan kesehatan PPK (Wiguna, Catur. 2013).

Sistem *National Health Insurance* yang dilakukan oleh negara Taiwan dapat dikatakan sebagai salah satu sistem *universal health coverage* terbaik yang pernah ada, dibuktikan oleh fakta bahwa cakupan dari asuransi kesehatan ini mencapai 99%. Meskipun terbilang sukses, namun tetap saja masih ada hambatan-hambatan yang dihadapi oleh Taiwan. Hambatan tersebut berupa permintaan akan pelayanan kesehatan sangat tinggi, permintaan tersebut tidak dapat dipenuhi dengan baik dikarenakan jumlah PPK yang tidak sebanding dengan permintaan. Akibatnya, kualitas pelayanan yang diberikan mengalami penurunan, hal tersebut terlihat dari pembatasan jangka waktu konsultasi yang dibuat oleh PPK yang mengakibatkan kecewanya pasien terhadap pelayanan yang diberikan kepada PPK. Selain itu, hambatanjuga datang dari WNA yang berdomisili atau tinggal sementara di negara tersebut. Keterbatasan informasi serta kurang terjangkau biaya yang dikenakan bagi WNA masih dirasakan terutama bagi WNA yang berkeluarga dengan penghasilan yang tidak besar ataupun WNA yang menimba ilmu pendidikan di Taiwan.

Direktur *Global Healthcare Practice* KPMG singapura Dr Loke Wai Chiong menjelaskan bahwa sistem pelayanan kesehatan di Taiwan belum cukup baik dimanajemen seiring dengan pertumbuhan ekonominya. Permasalahan utamanya berkaitan dengan model pembiayaan kesehatannya. Sumber dana NHI Taiwan sebagian berasal dari pembayaran pajak dan pembayar pajak bebas untuk



memilih penyedia pelayanan kesehatan mereka. Karena biaya kesehatan dibayarkan oleh asuransi, mereka akan mencari pelayanan terbaik (spesialis) dan rumah sakit terbaik. Rumah sakit tentu saja akan menawarkan pelayanan terbaik (termahal) dan menagih biayanya ke pemerintah yang mengakibatkan kenaikan biaya kesehatan yang tinggi. Akibatnya, NHI tidak mendapat cukup dana untuk membayar biaya kesehatan dan sekarang menderita defisit sekitar NT\$60 billion. Keadaan juga diperparah oleh regulasi yang mencegah rumah sakit publik untuk menyediakan pelayanan swasta dan penawaran pelayanan atau program baru. Kebebasan pasien dalam memilih juga mengakibatkan fenomena dimana rumah sakit yang reputasinya baik mengalami kelebihan pasien sedangkan rumah sakit yang lebih kecil kekurangan pasien. Selain itu, kebebasan memilih membuat tidak berfungsinya dokter keluarga yang seharusnya merawat keluarga dari lahir hingga meninggal untuk kelanjutan perawatan penyakit kronis.

## 5) Malaysia

Malaysia telah melaksanakan UHC sejak tahun 1990an (Idris Haerawati, 2017). Namun, adanya beberapa isu krusial seperti kenaikan biaya, keberlanjutan jangka panjang, kenaikan pajak, efisiensi dan harapan masyarakat akan kualitas pelayanan yang lebih tinggi, Malaysia merubah sistem kesehatannya dari layanan kesehatan yang sebelumnya didominasi pemerintah, saat ini justru lebih besar melibatkan sektor swasta (Chongsuvivatwong, Virasakdi, et al, 2011). Sistem pembiayaan kesehatan Malaysia lebih maju dibandingkan dengan Indonesia, karena Malaysia merupakan negara persemakmuran Inggris. Pada tahun 1951 Malaysia mewajibkan tabungan wajib bagi pegawai yang nantinya dapat digunakan sebagai tabungan dihari tua. Sedangkan warga yang tidak diwajibkan akan difasilitasi oleh sebuah lembaga yakni EPF (*Employee Provident Fund*). Lembaga SOSCO (*Social Security Organization*) menjamin warga yang mendapat kecelakaan kerja atau pensiunan cacat (Purwoko Bambang, 2014).

Sistem pembiayaan kesehatan Malaysia terdiri dari kesehatan publik dan kesehatan privat. Sumber dana untuk kesehatan publik berasal dari pajak masyarakat kepada pemerintah federal, anggaran pendapatan negara, serta lembaga SOSCO dan EPF, yang mana dana yang ada tersebut disalurkan untuk program kesehatan preventif dan promotif. Pemerintah Malaysia menetapkan *universal coverage* untuk program kesehatan kuratif dan rehabilitative, yang mana semua masyarakat dijamin pelayanan kesehatannya dengan membayar iuran sebesar 1 RM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari dokter umum, sedangkan untuk pelayanan dari dokter spesialis sebesar 5 RM. Akan tetapi sistem pembiayaan kesehatan di Malaysia ini tidak termasuk dalam kategori penyakit berat yang membutuhkan biaya pengobatan yang tinggi (Jaafar, Safurah Noh, et al, 2013). Pemerintah Malaysia membebaskan pajak untuk alat kesehatan dan obat-obatan, yang berdampak pada biaya operasional di Malaysia yang menjadi murah. Pemerintah Malaysia membatasi praktik dokter hanya satu tempat,



sehingga dokter harus memilih akan praktik di pelayanan kesehatan milik pemerintah atau milik swasta. Selain itu, dengan adanya *feed back* atau pemasukan dari dokter yang tinggi, tentu akan mempengaruhi kualitas pelayanan. Untuk mengklaim pembiayaan kesehatan, rumah sakit pemerintah melihat besarnya pengeluaran yang terjadi di tahun sebelumnya dan kemudian rumah sakit tersebut baru bias untuk mengajukan anggaran kepada Kementerian Kesehatan / *Ministry of Health* (MoH) (WHO, 2005).

## 6) Jepang

Jepang merupakan negara yang memiliki teknologi kesehatan yang canggih dan lengkap sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Akan tetapi, Jepang mengalami kendala akibat dari teknologi yang canggih itu, karena memicu pengeluaran pembiayaan yang meningkat (Widodo Teguh, 2014). Dari segi pembiayaan kesehatan, pemerintah Jepang sudah memulai jaminan kesehatan sejak tahun 1927, dan mencakup seluruh penduduk (*whole coverage*) di tahun 1961. Penduduk lansia bahkan digratiskan atau tidak perlu membayar iuran sejak tahun 1973 (Ikegami, Naoki, et al, 2004). Sistem asuransi di Jepang tidak semua pengobatan maupun perawatan akan ditanggung oleh asuransi, tetapi akan ditanggung secara bersama oleh pihak asuransi dan juga pasien yang bersangkutan. Pemerintah Jepang pada tahun 1984 mengeluarkan sebuah kebijakan, yang mana kebijakan tersebut berisi bahwa masyarakat wajib membayar seluruh pengobatan sebesar 10%, sedangkan pada tahun 1997 terjadi peningkatan sebesar 20%, dan tahun 2003 hingga kini terus terjadi peningkatan hingga 30%. Akan tetapi peningkatan sebesar 30% tersebut tidak berlaku untuk semua masyarakat. *sharing cost* asuransi kesehatan di Jepang yang berlaku saat ini, yaitu : (Fukawa, Tetsuo, 2002)

- a. Umur  $\geq 75$  tahun membayar 10%, bila mempunyai pendapatan sebesar *income* maka naik menjadi 30%.
- b. Umur 70-75 tahun membayar 20%, bila mempunyai pendapatan sebesar *income* maka naik menjadi 30%.
- c. Mulai wajib belajar – umur 70 tahun membayar sebesar 30 %.
- d. Anak yang belum sekolah membayar 30%.

Sumber daya di Jepang mempunyai kualitas yang cukup baik yang dapat membantu negara Jepang dalam mewujudkan sistem jaminan kesehatan yang baik dan berkualitas bagi masyarakat. Jaminan kesehatan akan diberikan sesuai dengan program yang diikuti oleh peserta, yang terdiri dari penyakit umum sampai dengan penyakit khusus (Fukawa, Tetsuo, 2002). Berbagai macam asuransi yang ada di Jepang, yaitu : (Ikegami, Naoki, et al, 2004)

- a. *National Health Insurance*, dikelola oleh pemerintah, yang mana asuransi ini



ditujukan untuk masyarakat yang sudah pension, orang usia lanjut <75 tahun, masyarakat yang tidak mampu, serta masyarakat yang menganggur.

- b. *Japan Health Insurance*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk karyawan yang bekerja di sebuah perusahaan yang kecil <7000 orang karyawan.
- c. *Association/Union Administered Health Insurance*, dikelola oleh swasta yang ditujukan untuk karyawan yang bekerja di perusahaan besar >7000 orang karyawan.
- d. *Mutual Aid Insurance*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk pegawai negeri.
- e. *Advanced Eldery Medical Service System*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk masyarakat lansia >75 tahun.

Jepang menerapkan sistem dimana dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun pelayanan dokter diberlakukan secara sama untuk semua sistem asuransi yang dipakai. Pembayaran yang dipakai berupa *fee for service*, tetapi secara parsial telah digunakan sebagai pembayaran paket pada asuransi *Health Insurance for Elderly*. Masing-masing harga perawatan medis telah terdaftar oleh asuransi pada *fee schedule* berdasarkan rekomendasi *The Central Social Insurance Medical Council* yang ditentukan oleh pemerintah. Harga resep obat yang dapat diklaim oleh fasilitas medis berdasarkan standard harga obat-obatan. Ada persamaan jaminan kesehatan di Jepang dengan Indonesia yaitu beban biaya perawatan penduduk lanjut usia cenderung tinggi. Hal tersebut terkait pola penyakit degeneratif dan jumlah proporsi penduduk lansia di Jepang yang tinggi. Namun yang berbeda adalah jaminan kesehatan di Jepang tidak mengenal sistem rujukan, penduduk bebas memilih layanan kesehatan di dokter atau klinik tingkat pertama, ataupun langsung ke RS. Namun jaminan kesehatan di Jepang tidak mencakup persalinan normal, sedangkan di Indonesia mencakup semua persalinan baik normal maupun operasi (SC) dengan indikasi medis. (Pernando, Anggara, 2015).

## 7) Australia

Sistem kesehatan di Australia telah mencapai *Universal Health Coverage*, disamping itu Australia juga telah memiliki sistem kesehatan yang canggih dan kompleks. Sistem kesehatan yang canggih tersebut didukung dengan kerjasama antara pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Akses pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah Australia yakni bebas biaya. Meskipun demikian, beberapa masyarakat Australia juga menggunakan asuransi kesehatan dari pihak swasta (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013). Australia memiliki sistem perawatan kesehatan yang didanai oleh pemerintah, dengan layanan medis yang disubsidi melalui skema asuransi kesehatan nasional universal. Sebagai perbandingan anggaran kesehatan Australia USD3.484 per kapita, sedangkan





Indonesia masih sekitar USD100 per kapita (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013).

Berbeda dengan Indonesia, sistem pembiayaan kesehatan di Australia berasal dari pajak, sehingga pelayanan untuk masyarakat sama tidak ada perbedaan kelas premi. Kesehatan masyarakat juga menjadi perhatian pemerintah Australia. Angka penyakit menular dapat ditekan, sanitasi dan kualitas air juga menjadi fokus pemerintah. Pemerintah juga mengembangkan penelitian-penelitian kesehatan berbasis epidemiologi. Berbagai hal tersebut dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakatnya. Status kesehatan masyarakat di Australia sudah sangat baik, misalnya untuk cakupan imunisasi lengkap di Indonesia baru sekitar 59,2% (RISKESDAS, 2013) sedangkan di Australia cakupan imunisasi lengkap sudah mencapai 90% (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013). Salah satu studi yang dilakukan oleh Commonwealth Fund terhadap 11 model perawatan kesehatan nasional yang berbeda, menemukan sistem jaminan kesehatan campuran publik dan privat milik Australia menduduki peringkat terbaik kedua dunia. Hal tersebut diakui oleh Presiden Amerika Serikat yang mengatakan sistem kesehatan negaranya “*Obamacare*” perlu segera diperbaiki. Dan menyatakan negara-negara lain perlu belajar sistem kesehatan Australia (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013).

### **Kenaikan premi BPJS sebagai solusi atasi defisit**

Kementerian Kesehatan bersama dengan DJSN telah melakukan perhitungan iuran JKN-KIS pada tahun 2105. Hasilnya menunjukkan bahwa rata-rata iuran Rp 51.903,- POPB merupakan nilai yang dirasa cukup untuk menghindari risiko pemberian dana talangan oleh pemerintah. Usulan tersebut juga memungkinkan rasionalisasi tarif pelayanan sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas kesehatan. Meskipun demikian, alasan-alasan yang ada dirasa belum cukup kuat untuk merevisi Peraturan Presiden No 111/2013 sehingga pada akhirnya angka yang tertuang dalam Peraturan Presiden No 19/2016 adalah yang tertera dalam tabel berikut :

Tabel Nilai iuran ideal vs Realisasi per tahun 2016



(Dalam Rupiah)

Segmen Peserta	Perhitungan Aktuarial DJSN*	Penetapan Pemerintah	Selisih
1	2	3	4=3-2
<b>PBI</b>	36.000	23.000	(13.000)
<b>PBPU</b>			
a. Kelas I	80.000	80.000	-
b. Kelas II	63.000	51.000	(12.000)
c. Kelas III	53.000	25.500	(27.500)
<b>PPU</b>			
a. Potongan Upah	6%	5%	-1%
b. Batas Atas Upah	6xPTKP K/1	8.000.000	
c. Batas Bawah Upah	UMR per daerah	Tidak ada	

\*] perhitungan tahun 2015

Sumber:

Policy Brief Penyesuaian Besaran Iuran Program JKN - Dewan Jaminan Sosial Nasional, Mei 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa pemerintah telah menegasikan rekomendasi kajian aktuarial. Setelah Peraturan Presiden No 19/2016 disahkan tanggal 29 Februari 2016 munculah politik anggaran, wakil-wakil rakyat memprotes isi Perpres tersebut, khususnya pasal 17A, huruf (1) poin a yang menetapkan iuran kelas III Rp 30.000,00 POPB. Angka tersebut dinilai kontras dengan komitmen pemerintah untuk dalam membayari iuran PBI dengan manfaat yang sama di kelas III, yang hanya dibandrol Rp 23.000,00 POPB. Desakan para wakil rakyat akhirnya berhasil mencabut Perpres No 19/2016 dalam waktu kurang dari sebulan, yakni 31 Maret 2016. Pada akhirnya, iuran kelas III direvisi menjadi Rp 25.000 dalam Perpres 28/2016, sedangkan besaran iuran golongan-golongan lain masih tetap sama.

Rekomendasi usulan iuran berdasarkan perhitungan aktuarial menawarkan beberapa dampak positif, diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1) Akumulasi pendapatan iuran akan mencukupi semua biaya pendanaan, termasuk pelayanan kesehatan dan operasional JKN sampai dengan tahun 2019. Hal ini dapat dibuktikan dengan simulasi *flash-back* akumulasi pendapatan iuran berbasis nilai iuran, dengan demikian pemerintah tidak perlu lagi menyuntikan dana setiap tahunnya untuk menutupi defisit JKN.
- 2) Masalah hutang rumah sakit akan teratasi sehingga keresahan publik serta biaya-biaya sosial sebagai efek dominonya bisa dicegah.
- 3) Aliran arus kas (*cash-flow*) fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan dapat berjalan mulus. Hal ini dapat mencegah kasus penundaan layanan pasien di



fasilitas kesehatan serta menghindari penolakan pasien karena fasilitas kesehatan takut tidak dibayar oleh BPJS Kesehatan.

Perubahan kebijakan iuran/premi yang teruang dalam pasal Peraturan Presiden No 19/2016 masih belum mampu atasi defisit, tahun ini bahkan defisit BPJS diprediksi akan mencapai Rp 32,8 triliun. Permasalah defisit yang kian kronis pada akhirnya memunculkan berbagai permasalahan baru seperti, penetapan tarif layanan kesehatan dibawah harga perekonomian yang berimbas pada perubahan pola praktik layanan kesehatan. Pada akhirnya, demi keberlangsungan JKN di Indonesia pemerintah memutuskan untuk menaikkan iuran/premi yang tertuang dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 75 Tahun 2019. Nilai premi kelas I naik 100% dari Rp 80.000,00 menjadi 160.000,00, kelas II bahkan lebih dari 2x lipat yaitu dari Rp 51.000,00 ribu menjadi Rp 110.000,00 ribu per bulan. Perubahan tersebut akan mulai berlaku tahun depan dan resmi disahkan pada 24 Oktober 2019 lalu sedangkan tarif iuran/premi baru bagi peserta PBI dan PPU bahkan sudah mulai berlaku sejak Agustus 2019. Menurut perhitungan BPJS kenaikan pada peserta PBI dan PPU dapat memperkecil defisit pada tahun ini menjadi Rp 13,3 triliun. Pihak BPJS optimis tahun 2020 akan terjadi surplus sebesar Rp 17,3 triliun lantaran ada tambahan dana dari peserta mandiri kelas I-III yang jumlah iurannya sudah mulai naik. Surplus juga diprediksi akan terjadi di tahun 2021 meski dengan angka yang lebih rendah, yaitu Rp12 triliun, dan selanjutnya pada tahun 2022 sebesar Rp5,8 triliun dan 2023 sebesar Rp 1,2 triliun.

Lain hal nya dengan pemerintah, beberapa pengamat justru memiliki pendapat yang berbeda. Ketua Bidang Advokasi BPJS Watch Timboel Siregar memprediksi defisit BPJS tahun ini akan mencapai sekitar Rp 17 triliun - Rp18 triliun. menurutnya, kenaikan iuran peserta PBI dan PPU hanya akan menyuntikan dana sekitar Rp 13 triliun- Rp 14 triliun. Timboel memprediksi BPJS Kesehatan masih akan defisit pada 2020 mendatang, namun akan berbeda hal nya jika pemerintah melunasi seluruh utang BPJS Kesehatan di rumah sakit. Lebih dari itu, Timboel mengatakan kenaikan iuran/premi peserta mandiri berpotensi menaikkan jumlah peserta non aktif mencapai 60 persen dari peserta mandiri, sehingga pendapatan BPJS Kesehatan semakin berkurang dari prediksi awal. Ada juga kemungkinan peserta mandiri kelas I dan II mengajukan perubahan kelas rawat menjadi kelas III, tentu saja hal ini akan membuat pendapatan yang diterima BPJS Kesehatan semakin berkurang.

Senada dengan BPJS *Watch*, Pengamat Asuransi Herry Simanjuntak juga merasa pesimis terhadap kenaikan iuran/premi, menurutnya kenaikan tersebut tidak dapat memperbaiki keuangan BPJS Kesehatan dalam jangka panjang karena persoalannya bukan hanya dari iuran saja. Menurut Herry, tata kelola perusahaan (*good corporate governance/GCG*) BPJS Kesehatan harus diperbaiki, misalnya dengan sanksi yang lebih tegas terhadap pihak-pihak yang masih sering menunggak pembayaran iuran. Selain itu, sinergi dengan lembaga lain juga harus ditingkatkan seperti kepolisian dan imigrasi agar peserta yang menunggak pembayaran iuran dan tak memiliki BPJS Kesehatan bisa



dikenakan sanksi sesuai aturan yang berlaku. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 86 Tahun 2013 memuat aturan bahwa peserta yang menunggak iuran bisa kehilangan haknya dalam mendapatkan pelayanan publik seperti mengurus izin mendirikan bangunan (IMB), surat izin mengemudi (SIM), sertifikat tanah, paspor, dan surat tanda nomor kendaraan (STNK). Herris menilai aturan itu belum dijalankan di lapangan. Padahal, jika PP tersebut diimplementasikan secara maksimal, bukan tidak mungkin keuangan BPJS Kesehatan bisa positif untuk jangka panjang.

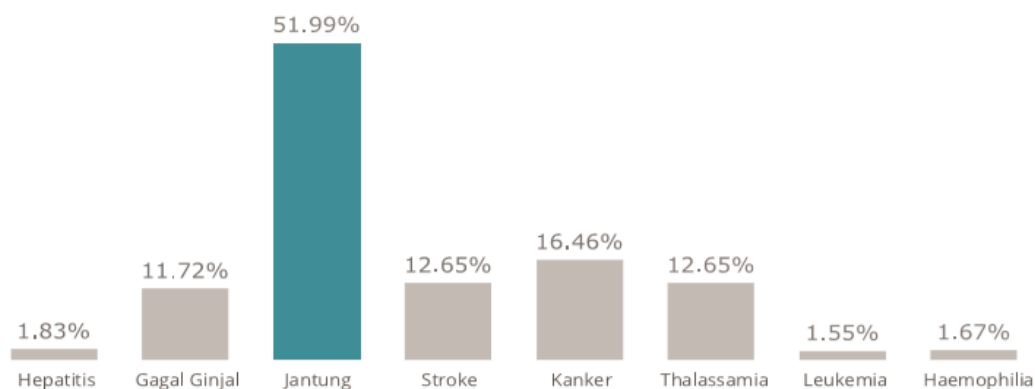
Menilik Belanja kesehatan publik Indonesia dari pemerintah dan BPJS sejak tahun 2014-2017 baru USD 37 per tahun, sekitar Rp 500.000,00 per orang per tahun, sebenarnya angka tersebut terbilang kecil jika dibandingkan dengan negara lain yang status ekonominya sama dengan Indonesia. Bahkan beberapa negara dengan pendapatan per kapita dibawah Indonesia seperti Sri Lanka, Tunisi, dan Jordan berani mengeluarkan belanja kesehatan dari sektor publik jauh diatas Indonesia. Melihat fakta tersebut seharusnya dengan pengelolaan yang tepat rekomendasi iuran PBI sebesar Rp 36.000 dapat diakomodir. Indonesia sendiri sebenarnya memiliki potensi fiskal yang memadai untuk mendanai kesehatan sehingga diperlukan strategi pengelolaan yang jitu untuk menggali ruang fiskal yang potensial. Sebagai contoh, dengan menaikkan cukai rokok sehingga pemerintah dapat memperoleh tambahan pendapatan. Namun diduga ada alasan politis dan teknis yang membuat opsi kebijakan tersebut tidak diambil (Hidayat, 2019).

Perbaikan iuran/premi saja tidak akan cukup untuk mengatasi permasalahan yang dihadapi JKN, dibutuhkan intervensi sistemik yang sinergis (Hidayat, 2019). Kenaikan iuran/premi harus dibarengi dengan berbagai upaya, diantaranya adalah dengan **mengontrol biaya kesehatan**, tingginya pemanfaatan layanan kesehatan mengakibatkan dana yang dikeluarkan untuk membayar kapitasi dan klaim membengkak, sedangkan hal ini tidak diimbangi dengan pendapatan yang memadai. Akibatnya, defisit tidak lagi bisa dihindarkan. Menurut BPJS Kesehatan, penyakit katastropik memicu defisit keuangan. Insiden penyakit kronis cukup tinggi sedangkan memerlukan pelayanan kesehatan yang cukup lama bahkan bisa seumur hidup.



### 8 Penyakit Kronis Orang RI yang jadi Beban BPJS Kesehatan selama Januari-Augustus 2018

BPJS Kesehatan menderita defisit keuangan dalam dua tahun terakhir hingga Rp 16,5 triliun. Hal itu disebabkan insiden penyakit kronis masyarakat Indonesia yang cukup tinggi.



Sumber: cnbc Indonesia, berdasarkan materi presentasi Prof. dr. Iwan Dwiprahasto, MMedSc, Ph.D

Jantung, kanker, dan stroke menjadi 3 penyakit yang paling menekan biaya kesehatan, jumlah kasus yang ditangani meningkat setiap tahunnya padahal biaya pelayanan kesehatannya cukup tinggi. Dalam hal ini, meningkatkan fokus kesehatan kearah preventif dan promotif bisa menjadi salah satu solusi agar insiden penyakit-penyakit kronis tidak terus mengalami peningkatan. Fasilitas kesehatan primer dapat mengoptimalkan perannya dalam hal preventif dan promotif agar dapat meminimalisir terjadinya penyakit-penyakit kronis yang berujung pada rujukan ke Rumah Sakit. Selain itu, solusi lain untuk mengontrol biaya kesehatan adalah dengan menurunkan harga. Cara tersebut terbilang mudah untuk dilakukan, cukup dengan menurunkan standar harga layanan yang diatur dalam Permenkes. Namun, imbasnya akan memunculkan masalah lain yang tak kalah pelik, diantaranya penurunan kualitas layanan dan tentu saja protes dari penyedia layanan kesehatan (Hidayat, 2019).

Alternatif lain yang mungkin dilakukan untuk **mengontrol biaya kesehatan** adalah dengan **pengendalian utilisasi kesehatan yang bersifat “abnormal”**. Ketika pasien berobat mereka umumnya tidak tahu jenis pelayanan apa yang dibutuhkan, mereka menggantungkan hal tersebut kepada dokter yang menanganinya. Dalam hal ini, dokter memiliki peran ganda, yaitu sebagai penasehat dan penyedia jasa. Peran ganda tersebut dapat memunculkan *supplier induced demand (SID)* yang berujung pada utilisasi abnormal (Delattre and Dormont, 2004). Bentuk SID dapat bervariasi, tergantung pada metode pembayaran yang berlaku. Indonesia sendiri menggunakan metode INA-CBGs yang digunakan pelayanan rawat inap, SID dapat berupa pemulangan dini pasien padahal si pasien masih membutuhkan perawatan (*bloody discharge*), hal tersebut bertujuan agar pasien berobat kembali (*readmission*). *Bloody discharge* juga dapat terjadi saat alokasi dana perawatan pasien pada kasus tertentu



sudah habis. Angka *bloody discharge* yang mendorong *readmission* bahkan telah menyedot dana 4% dari total klaim rawat inap, selain itu ada juga dugaan *upcoding* yang efisiensinya tak kalah fantastis. Pada kasus rawat jalan, SID dapat berupa pemecahan terapi agar pasien berkunjung kembali (*revisit*). Utilisasi abnormal yang tidak terkendali ini pada akhirnya berujung pada pemborosan (Hidayat, 2019).

Analisis data klaim BPJS Kesehatan juga menemukan beberapa jenis layanan kesehatan yang selalu masuk dalam kelompok 10 kasus terbesar dan termahal diantaranya ialah fisioterapi, persalinan, dan katarak. **Fisioterapi** menyerap biaya klaim lebih dari 1,9 triliun rupiah atau 6% dari total biaya pelayanan kesehatan sampai dengan November 2017. Data klaim INA-CBGs menemukan 1,2 juta pasien pengguna fisioterapi, dengan sebaran 3,5% menggunakan layanan fisioterapi sebanyak 10-20 kali per bulan dan 0,10% menggunakan lebih dari 21 kali per bulan, hal ini sangat tidak masuk akal. **Persalinan** dari tahun 2014-2017, baik di FKTP maupun FKRTL memiliki rata-rata proporsi kasus SC sebesar 33,5%. Angka tersebut tidak wajar jika dibandingkan dengan standar WHO yang hanya 10-15%. Sebanyak 87% persalinan SC berada pada tingkat keparahan level 1 (tanpa komorbiditas dan komplikasi) dengan penyerapan dana sebesar 2,56 triliun rupiah. Dilihat dari segi tarif, persalinan normal di FKTP dan bidan jauh lebih rendah dibanding tarif SC di FKRTL, hal ini menimbulkan fenomena “*FKTP merujuk kasus persalinan normal ke FKRTL dan sebagai gantinya FKRTL memberikan imbalan atas rujukan tersebut*”. Hal tersebut terbukti dengan data yang menunjukkan hanya 1/3 persalinan yang dilakukan di FKTP. Selanjutnya adalah **katarak**, masalah yang perlu menjadi perhatian adalah rendahnya kualitas layanan operasi. Hal tersebut terdeteksi dari kejadian operasi katarak dengan frekuensi 2x cenderung naik dari tahun ke tahun, yaitu 809 kasus pada tahun 2014 naik menjadi 8051 pada tahun 2017. Selain itu, ditemukan pula fakta tidak adanya kesepakatan indikasi medis rawat jalan dan rawat inap serta adanya perubahan dari ekstraksi lensa ke tindakan *phacoemulsifikasi*.

Sistem DRGs pertama kali lahir di Amerika Serikat yang kemudian populer dan diadopsi oleh negara-negara lain termasuk Indonesia. Pada tahun 2007 Indonesia menerapkan DRG dalam Askeskin, kemudian juga digunakan dalam program Jaskemas sejak 2009 hingga pada akhirnya pada tahun 2014 DRG mulai diterapkan dalam JKN dengan istilah INA-CBGs (Hidayat, 2019). Sistem ini dipilih karena dinilai memiliki beberapa dampak positif seperti, mengurangi biaya layanan rumah sakit, menciptakan transparansi pendanaan dan pengeluaran, serta mengurangi lama hari rawat inap dan masa tunggu layanan menjadi lebih pendek. Penggiat DRG bahkan mengklaim bahwa dengan DRG, pasien merupakan mesin pendapatan bukan sumber biaya (Palmer et.al., 2013). Namun di sisi lain, penerapan sistem DRGs yang dikenal sebagai INA-CBGs di Indonesia menimbulkan berbagai dampak negatif berupa munculnya berbagai permasalahan yang telah diuraikan diatas. Jika melihat komponen iuran, alokasi dana yang digunakan untuk membayar layanan kesehatan dengan INA-CBGs sejatinya berada dalam rentang 55-60%. Namun, realisasinya mencapai 85,3% pada tahun 2014



dan 83,7% pada tahun 2015 sehingga proporsi terhadap total biaya kesehatan selalu berada diatas 70%.

Berdasarkan analisis diatas, dapat dikatakan bahwa perbaikan tarif tidak akan bermaksan jika nilai iuran masih mengacu pada peraturan presiden 28/2016. Dalam hal ini diperlukan **rasionalisasi tarif** dengan mensinkronkan tarif agar nilai pendapatan dan pengeluaran seimbang. Upaya-upaya yang dapat ditempuh antara lain (Hidayat, 2019):

- Menurunkan tarif pada jenis INA-CBGs yang terlalu tinggi untuk memperbaiki pada jenis INA-CBGs yang tarifnya rendah
- Mempersempit gap tarif antar RS
- Menyamaratakan tarif untuk kasus INA-CBGs dengan resources sama untuk menetralsisir permasalahan *dumping*
- Tidak menaikkan tarif pada jenis INA-CBGs yang memiliki angka probabilitas tinggi

Selain itu, perbaikan INA-CBGs mulai dari reklasifikasi penyakit sampai inovasi dan/atau pengembangan sistem pembayaran harus dilakukan. Penetapan tarif INA-CBGs di Indonesia selama ini didasarkan pada regional tarif (nasional dan 5 wilayah), jenis layanan (rawat jalan vs rawat inap), karekteristik rumah sakit (kelas rumah sakit dan kelas perawatan rumah sakit), serta jenis layanan tertentu yang masuk skema *Top-up*. Penetapan nilai tarif INA-CBGs semestinya dilakukan berdasarkan karakteristik pasien, bukan Rumah Sakit (Hidayat, 2019). Penetapan yang demikian akan berakibat pada munculnya perbedaan tarif yang signifikan antar kelas Rumah Sakit. Hampir seluruh negara yang menerapkan DRG tidak membedakan tarif menurut besar kecilnya rumah sakit. Sekalipun diperlukan perbedaan tarif antar Rumah Sakit sebaiknya didasarkan pada komponen *adjustment factor* (rural vs urban) dan karakteristik Rumah Sakit (pendidikan vs non-pendidikan, spesialisik). Hal-hal tersebut perlu disepakati dan didasarkan pada *evidence* dan tujuan yang jelas dari kebijakan diberlakukannya pembedaan tarif agar dapat dievaluasi (Hidayat, 2019).

Terdapat empat inovasi yang layak dipertimbangkan untuk memperbaiki penerapan INA-CBGs (Nurwahyuni dan Hidayat, 2017), yaitu :

- 1) Penetapan HBR harus melalui negosiasi antara pihak-pihak yang akan terlibat (BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan Fasilitas Kesehatan)
- 2) Penetapan HBR tidak hanya dilakukan atas dasar data biaya, namun harus berdasarkan angka estimasi budget atau estimasi pendapatan iuran
- 3) Kombinasi INA-CBGs dan Global Budget melalui penetapan volume dan budget per rumah sakit (*casemix*)
- 4) Pengaturan pembayaran terkait dengan kasus-kasus yang merupakan konsekuensi negatif dari skema pembayaran DRGs



Lebih jauh lagi, pengembangan bisa dilakukan dengan mengkombinasikan INA-CBGs dengan *Pay-for-performance* (P4P) untuk pelayanan rawat inap, serta penggantian INA-CBGs rawat jalan ke APC (*Ambulatory Payment Classifications*, yang merupakan program yang diterapkan Amerika) atau kombinasi P4P dengan *discounted FFS* (provider dibayar tunai sesuai harga pelayanan yang diberikan), atau bisa juga dengan kombinasi INA-CBGs dengan global budget (Hidayat, 2019). Analisis data kalim INA-CBGs menemukan 76% kasus klaim rawat jalan adalah kasus *revisit* dan 15% diantaranya terindikasi sebagai *revisit* akibat dugaan SID dengan klaim triliunan rupiah. Mengatasi hal tersebut, pemerintah mungkin dapat menerapkan audit medis seperti yang diterapkan di Jerman guna menemukan celah efisiensi. Dalam hal ini, JKN memerlukan regulasi untuk pelaksanaan audit medis terutama dalam mencemati rekam medis pasien yang tersimpan di fasilitas kesehatan (Hidayat, 2019).

Tidak hanya pembayaran INA-CBGs yang memerlukan perbaikan, pembayaran kapitasipun demikian, diantaranya adalah dengan meninjau ulang besar nilai kapitasi dengan memperhatikan data *costing* dan *pricing* fasilitas kesehatan; faktor risiko, kapasitas dan indek kemahalan wilayah, serta memperluas KBK (Kapitasi Berbasis Kinerja) disemua FKTP termasuk mengakomodir output UKM dalam penentuan kinerja FKTP (Hidayat, 2019). Rekomendasi terkait perluasan penerapan pembayaran KBK dilandasi kajian empiris yang membuktikan bahwa intervensi KBK pada FKTP terbukti efektif meningkatkan kinerja Puskesmas dalam perbaikan akses peserta. Hal tersebut ditunjukkan melalui angka kontak, angka kunjungan, dan rasio kunjungan rutin prolanis masing-masing mencapai 0.48 permil poin, 0.62 permil poin, dan 0.38 permil poin. KBK berhasil mengurangi kasus-kasus rujukan yang pada akhirnya memberikan efek berupa penghematan biaya klaim FKRTL. Fakta empiris data historis menunjukkan bahwa setiap satu peserta yang dirujuk berpeluang memanfaatkan layanan FKRTL 1.44 kali dan 4.49 kali untuk jenis layanan rawat inap dan rawat jalan, dengan penerapan KBK potensi efisiensi diperkirakan dapat mencapai 1.35% dari total klaim CBGs yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan (Hidayat, 2019).

Upaya selanjutnya yang dapat menekan defisit BPJS Kesehatan ialah dengan **meningkatkan pendapatan JKN**. Pendapatan JKN sangat bergantung pada nilai iuran dan jumlah peserta, maka tidak bisa dipungkiri **menaikan iuran** merupakan salah satu cara yang dapat meningkatkan pendapatan. Pemerintah menilai bahwa defisit tidak akan mungkin tertangani tanpa adanya upaya menaikan iuran, sehingga pada 24 Oktober 2019 Presiden Jokowi resmi menandatangani Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 75 Tahun 2019 yang berisi kenaikan nilai iuran/premi pada semua segmen. Kenaikan iuran yang juga merupakan usulan Menteri Keuangan Sri Mulyani Indrawati diharapkan dapat menyelamatkan kondisi keuangan BPJS. Dalam hal ini, revisi iuran yang telah ditetapkan harus dipastikan dapat mencapai keseimbangan (*budget neutrality*). Penyerapan dana untuk biaya kesehatan akan menyerap porsi besar, untuk itu komponen biaya kesehatan harus dihitung dengan cermat dan memperhatikan beberapa hal berikut,



yaitu rentang manfaat, tarif kesehatan dan angka inflasinya, tren utilisasi, serta skenario kontrol biaya kesehatan (Hidayat, 2019).

Cara lain yang dapat meningkatkan pendapatan JKN adalah dengan **membenahi tata kelola kepesertaan**, tidak hanya fokus pada jumlah peserta tapi juga pada kepatuhan peserta dalam membayar iuran. Berikut adalah 5 masalah dalam hal kepesertaan yang perlu mendapat perhatian: 1) Kriteria 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* dan *Lapse-rate* peserta JKN-KIS. Solusi yang dapat dipertimbangkan untuk 5 permasalahan tersebut ialah dengan memastikan kualitas dan layanan administrasi kepesertaan JKN melalui (Hidayat, 2019) :

- 1) Pelembagaan mekanisme *updating* dalam penentuan kepesertaan PBI
- 2) Adanya sistem dan tata kelola targeting kepesertaan PBI
- 3) Penyelarasan klausul wajib kepesertaan JKN dengan berbagai layanan publik dan sistem administrasi kependudukan
- 4) Adanya sistem dan tata kelola kepesertaan JKN
- 5) Pengintegrasian data kependudukan dengan data kepesertaan JKN

**Mencari sumber-sumber pendanaan baru yang potensial untuk memperlebar ruang fiskal** juga dapat membantu meningkatkan pendapatan JKN. Langkah yang mungkin dapat diambil adalah dengan **menaikkan cukai rokok** dan mengalokasikan dananya untuk pembiayaan kesehatan. Penggunaan cukai rokok untuk JKN adalah jalan keluar yang bersifat sama-sama menang karena dengan menaikkan cukai rokok, pemerintah mendapat tambahan pendapatan untuk keberlanjutan program JKN. Kenaikan cukai rokok tidak akan berpengaruh besar terhadap pembelian, karena sifat produk rokok yang inelastis, jika cukai dinaikkan dua kali lipat saja, maka pemerintah bakal mendapat hampir Rp300 triliun (Thabrany, 2015).

Selama 15 tahun terakhir penduduk Indonesia menghabiskan uang untuk membeli rokok 2-3 kali lebih banyak dibandingkan untuk biaya kesehatan. BPJS Kesehatan melaporkan bahwa pada tahun 2013 rata-rata rumah tangga mengeluarkan Rp 24.169 per orang per bulan (POPB) untuk kesehatan, tetapi untuk belanja rokok mereka mencapai Rp 43.930 POPB. Selanjutnya di tahun 2014 kelompok termiskin menghabiskan rata-rata Rp 6.006 POPB untuk rokok, tetapi hanya menghabiskan Rp 853 untuk kesehatan. Bahkan di tahun 2016, hampir 70 juta pria Indonesia, umumnya kepala rumah tangga, menghabiskan 1-2 bungkus rokok per hari. Berdasarkan uraian diatas sebenarnya solusi tutupi defisit cukup terbuka lebar melalui cukai rokok (Thabrany, 2016).

Lebih jauh lagi, kenaikan cukai rokok diharapkan dapat mengurangi konsumsi rokok sehingga dapat menjadi upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat karena konsumsi rokok merupakan faktor resiko utama berbagai



penyakit kronis seperti serangan jantung, stroke dan kanker paru-paru. Disisi lain, upaya kuratif dan rehabilitatif berbagai penyakit terkait rokok memerlukan pendanaan yang besar. Sementara itu BPJS Kesehatan kini tengah mengalami defisit karena berbagai faktor, oleh karenanya diperlukan tambahan sumber pendanaan melalui pungutan tambahan atas rokok. Pungutan tambahan atas rokok penting karena konsumsi rokok merupakan faktor resiko utama berbagai penyakit yang membutuhkan dana pengobatan yang besar dan membebani JKN. Pungutan ini tidak hanya digunakan untuk membiayai masalah kesehatan yang dialami oleh perokok aktif, tapi juga bagi peserta JKN yang menjadi perokok pasif yang ikut menjadi korban dari rokok (Ahsan, 2017) .

Berdasarkan laporan penelitian dari WHO tahun 2016 tentang Pengalokasian Pajak Rokok untuk kesehatan di tujuh negara yang berada dalam enam regional yang berbeda menunjukkan bahwa seluruh negara telah memungut pajak rokok dan mengalokasikannya untuk kepentingan kesehatan. Indonesia juga berpeluang untuk menaikkan cukai rokok sebagai alternatif pendanaan JKN. Berikut adalah 3 alternatif yang dapat dimanfaatkan untuk memanfaatkan cukai rokok untuk menembah pendapatan JKN (Ahsan, 2017) :

#### 1. Reformasi Penyederhanaan Sistem Cukai Rokok.

Terdapat struktur tarif cukai yang berjenjang dimana ada 12 jenis tingkatan tarif cukai tergantung dari jenis hasil tembakau, golongan produksi dan rentang harga jual eceran. Jika sistem tersebut disederhanakan menjadi sistem tarif cukai tunggal bagi semua jenis rokok, maka akan ada tambahan penerimaan negara dari cukai rokok. Negara menargetkan penerimaan sebesar Rp. 149,9 triliun dari cukai rokok pada tahun 2017. Tarif cukai rokok termahal di 2017 adalah Rp. 555 per batang, jika semua jenis rokok disederhanakan menjadi tarif tunggal sebesar Rp. 555 per batang, maka potensi penerimaan negara dari cukai rokok meningkat menjadi Rp. 189,8 triliun atau terdapat tambahan potensi penerimaan negara sebesar Rp. 39,9 triliun.

#### 2. Mekanisme Earmarking Penerimaan Cukai Rokok untuk DJS Kesehatan.

Peluang berikutnya adalah dari mekanisme earmarking melaluiamandemen (perubahan) UU No. 39 Tahun 2007 tentang cukai dengan menambahkan secara khusus dan eksplisit bahwa persentase tertentu dari penerimaan cukai rokok digunakan untuk mendanai BPJS Kesehatan.

#### 3. Mekanisme Dana Pajak Rokok Daerah untuk Dana Jaminan Sosial Kesehatan.

Pajak rokok adalah pungutan atas cukai rokok yang dipungut oleh instansi pemerintah pusat dan disetorkan ke rekening kas umum daerah provinsi, dana pajak rokok dapat digunakan untuk pendanaan defisit BPJS. Dalam hal ini, diperlukan perubahan regulasi Peraturan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Pajak Rokok bagi Kesehatan dengan memasukkan ayat tentang pendanaan BPJS. Di samping itu, diperlukan Peraturan Presiden yang menegaskan penggunaan pajak rokok bagi pendanaan BPJS Kesehatan.





Berdasarkan uraian di atas menutup difisit BPJS Kesehatan yang kian tahun kian meningkat tak dapat terselesaikan dengan satu solusi saja, karena menaikkan premi bukanlah solusi yang menyentuh akar permasalahan. Melihat dari berbagai negara yang telah dipaparkan tak menampik bahwa sistem jaminan kesehatan di Indonesia jauh tertinggal dibandingkan negara-negara maju maupun berkembang seperti Amerika, Inggris, Jepang, Thailand, bahkan Malaysia. Hal ini tentu makin menyulitkan Indonesia menuju UHC yang merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bermutu dengan biaya terjangkau. Menaikkan iuran BPJS memang tak sepenuhnya salah, akan tetapi berbagai permasalahan idealnya juga harus dituntaskan, kebijakan lainpun juga perlu diperhatikan mengingat kesehatan warga negara merupakan aspek penting dan merupakan hak sebagai warga negara Indonesia. Terlebih permasalahan yang saat ini jauh lebih besar ialah difisit kesadaran akan pentingnya mencegah daripada mengobati di kalangan masyarakat. Tentu upaya promotif dan preventif harus tetap dimaksimalkan tak hanya oleh pemerintah/tenaga kesehatan saja. Masyarakat dan kita semua hendaknya ikut andil dalam membangun masa depan kesehatan Indonesia.

Source :

- CNBC. 2019. *BPJS: Cuma 57% Peserta Mandiri yang Rajin Bayar Iuran* <https://www.cnbcindonesia.com/news/20191117204151-4-115883/bpjs-cuma-57-peserta-mandiri-yang-rajin-bayar-iuran> (Accessed : 23-12-19).
- IAC. 2019. *Perbedaan JKN, BPJS, KIS dan Hubungannya dengan UHC* <https://www.iac.or.id/perbedaan-jkn-bpjs-kis-dan-hubungannya-dengan-uhc/> (Accessed : 23-12-19).
- BPJS .2018. *Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial di Indonesia* <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2013/4> (Accessed : 23-12-19).
- KOMPAS.2019. *Sah, Iuran BPJS Kesehatan Naik 100 Persen Mulai 1 Januari 2020.* <https://www.kompas.com/tren/read/2019/10/30/085838165/sah-iuran-bpjs-kesehatan-naik-100-persen-mulai-1-januari-2020?page=all> (Accessed : 23-12-19).
- CNBC. 2018. *BPJS Kesehatan Defisit Rp 16,5 T, Ini yang Dilakukan Direksi* <https://www.cnbcindonesia.com/news/20180928112213-4-35182/bpjs-kesehatan-defisit-rp-165-t-ini-yang-dilakukan-direksi> (Accessed : 23-12-19).
- Ahsan, Abdillah. 2017. *Inovasi Pendanaan Defisit Program JKN-KIS melalui Pungutan (Tambahan) atas Rokok untuk Kesehatan (PRUK)*. Available at:

[kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/272cf953af57449bffc30087a1bd144d.pdf](https://kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/272cf953af57449bffc30087a1bd144d.pdf)  
[Accessed 31 October 2019].

Audriene, D. 2019. *Kenaikan Iuran dan Asa Jokowi Obati Defisit BPJS Kesehatan*.  
[Online] Available at:  
<https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20191031074035-78-444353/kenaikan-iuran-dan-asa-jokowi-obati-defisit-bpjs-kesehatan> [Accessed 31 October 2019].

RI, Kementerian Kesehatan. 2013. *BAHAN PAPARAN Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. 1nd. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.  
<http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduhuan/Ebook%20BAHAN%20PAPARAN%20JKN%20DALAM%20SJSN.pdf>.

Irwandy. 2016. "KAJIAN LITERATURE: EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN." *JURNAL KEBIJAKAN KESEHATAN INDONESIA* 05: 110 - 114.  
<https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/30650/18522>.

Bisnis.com, 2019. *Jokowi Teken Perpres 75 Tahun 2019, Iuran BPJS Kesehatan Naik*.  
[Online] Available at: <https://bisnis.tempo.co/read/1265971/jokowi-teken-perpres-75-tahun-2019-iuran-bpjs-kesehatan-naik>  
[Accessed 3 November 2019].

Deloitte Indonesia. 2019. *Memastikan Keberlangsungan JKN-KIS untuk Masyarakat Indonesia*. [Online] Available at:  
<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/id/Documents/about-deloitte/id-about-dip-edition-1-chapter-1-id-sep2019.pdf> [Accessed September 2019].

Delattre E, Dormont B. 2004. *Fixed Fees and Physicians-Induced Demand : A Panel Data Study On French Physicians*. Health Econ

BPJS, 2014. *Perubahan Tarif INA CBG-s*. VIII ed. Jakarta: BPJS Kesehatan.

CNN, I., 2019. *INFOGRAFIS: Data Peserta BPJS Kesehatan dari Tahun ke Tahun*.  
[Online] Available at: <https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20190313171811-81-376965/infografis-data-peserta-bpjs-kesehatan-dari-tahun-ke-tahun>  
[Accessed 12 October 2019].

Dariyanto, E., 2019. *BPJS Kesehatan Ungkap 5 Penyebab Tekor Sehingga Iuran Harus Naik*. [Online]  
Available at: <https://news.detik.com/berita/d-4698262/bpjs-kesehatan-ungkap>



5-penyebab-tekor-sehingga-iuran-harus-naik  
[Accessed 12 October 2019].

Handoyo, 2019. *Tolak sistem rujukan berjenjang, pasien cuci darah layangkan surat ke Kemenkes.* [Online] Available at: <https://nasional.kontan.co.id/news/tolak-sistem-rujukan-berjenjang-pasien-cuci-darah-layangkan-surat-ke-kemenkes> [Accessed 12 October 2019].

Thabrany, H. 2015. *Penyesuaian Iuran Untuk Keberlangsungan Program: Tambal Defisit dengan Cukai Rokok.* [Online] Available at: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/bff01716427c56be61c24fdc4388c81a.pdf>

Thabrany, H. 2016. *Audit dan Modernisasi BPJS Kesehatan: Iuran JKN Tidak Ada Alasan Menolak.* [Online] Available at: <http://www.dpr.go.id/dokpemberitaan/majalah-parlementaria/m-135-2016.pdf>

Hidayat, B., 2017. *Keberlangsungan Program Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Sistem Jaminan Sosial.* [Online] Available at: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/> [Accessed 12 October 2019].

Kompas.com, 2019. *Iuran BPJS Kesehatan Naik, Kualitas Layanannya Ikut Diperbaiki?.* [Online] Available at: <https://www.kompas.com/tren/read/2019/09/03/152947065/iuran-bpjs-kesehatan-naik-kualitas-layanannya-ikut-diperbaiki?page=all> [Accessed 16 October 2019].

Kompasiana.com, 2015. *Begini Cara Pembayaran INA-CBG's BPJS Kesehatan.* [Online] Available at: <https://www.kompasiana.com/infobpjskesehatan/54f6a68ba33311bf518b45a4/begini-cara-pembayaran-inacbgs-bpjs-kesehatan> [Accessed 12 October 2019].

Kompasiana.com, 2019. *Polemik Data Kepesertaan BPJS Kesehatan.* [Online] Available at: <https://www.kompasiana.com/chazali/5d39e926097f367ebf603ad4/polemik-data-kepesertaan-bpjs-kesehatan?page=2> [Accessed 20 October 2019].

Mahadewi, E. P., 2019. *Kajian Antrian Pelayanan Pendaftaran Pasien BPJS di Rumah Sakit.* *Jurnal Unigo*, 2(1), pp. 2614-5065.

Manafe, D., 2019. *Atasi Defisit, Kemkes Diminta Optimalkan Sejumlah Regulasi.* [Online]



Available at: <https://www.beritasatu.com/kesehatan/559742/atasi-defisit-kemkes-diminta-optimalkan-sejumlah-regulasi>  
[Accessed 20 October 2019].

Manafe, D., 2019. *Ketidakpatuhan Peserta Mandiri BPJS Kesehatan Harus Segera Dibenahi*. [Online]  
Available at: <https://www.beritasatu.com/kesehatan/558952/ketidakpatuhan-peserta-mandiri-bpjsk-harus-segera-dibenahi>  
[Accessed 12 October 2019].

Merdeka, 2019. *Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan Dinilai Tak Tingkatkan Kualitas Layanan, ini Sebabnya*. [Online]  
Available at: <https://www.merdeka.com/uang/kenaikan-iuran-bpjs-kesehatan-dinilai-tak-tingkatkan-kualitas-layanan-ini-sebabnya.html>  
[Accessed 17 November 2019].

Nurwahyuni A dan Hidayat. 2017. *Inovasi Perbaikan Pembayaran INA-CBGs*. CHEPS dan BPJS Kesehatan.

Palmer KS, Martin D, Guyatt GH. 2013. *Prelude to A Systematic Review of Activity-Based Funding of Hospitals : Potential Effects on Cost, Quality, Access, Efficiency, and Equity*. *Open Medicine* 7: e94-e97

Prasetya, E., 2019. *BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit Harus Duduk Bersama Perbaiki Sistem*. [Online]  
Available at: <https://www.merdeka.com/peristiwa/bpjs-kesehatan-dan-rumah-sakit-harus-duduk-bersama-perbaiki-sistem.html>  
[Accessed 12 October 2019].

Puspita, R., 2019. *BPJS Sebut Dua Hal yang Sering Dikeluhkan Pasien*. [Online]  
Available at: <https://nasional.republika.co.id/berita/q189ne428/nasional/umum/19/11/20/q1882b428-bpjs-sebut-dua-hal-yang-sering-dikeluhkan-pasien>  
[Accessed 12 November 2019].

Putri, R. N., 2019. Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 9(1), pp. 139-146.

Rosiana, F. C., 2019. *BPJS Kesehatan Akui 2.348 Perusahaan Memanipulasi Data Karyawan*. [Online]  
Available at: <https://bisnis.tempo.co/read/1243145/bpjs-kesehatan-akui-2-348-perusahaan-memanipulasi-data-karyawan/full&view=ok>  
[Accessed 20 October 2019].

Tribunnews.com, 2018. *Diperlakukan Tidak Adil, Ini Cara Terbaik Agar Dapat Pelayanan BPJS*. [Online]



Available at: <https://www.tribunnews.com/tribunners/2018/07/19/pengguna-bpjs-kesehatan-diberlakukan-dengan-tidak-adil?page=3>  
[Accessed 12 October 2019].



**KABINET  
GELORA  
KITA**  
BEM FK-KMK UGM 2019



@pkb3678q



@bemfkkmkugm



@bemfkkmkugm



YouTube: BEM FK-KMK UGM