

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BPJS KESEHATAN

Tata Kelola, Efektivitas dan Perbandingan
dengan Beberapa Negara Kawasan ASEAN



INFID 2022

Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan: Tata Kelola, Efektivitas dan Perbandingan dengan Beberapa Negara Kawasan ASEAN

Penulis Utama

Ari Wibowo

Alfian Helmi

Nur Hannah Muthohharoh

Ilhamda El Zuhri

Elsa Navitalian

Mohamad Yusuf

Bona Tua Parlinggomon Parhusip

Angelika Fortuna Dewi Rusdy

Diterbitkan oleh:

International NGO Forum on Indonesian Development

Alamat:

Jl. Jati Padang Raya Kav.3 No.105, Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12540 - Indonesia

Phone (62-21) 781 9734, 781 9735, 7884 0497

Email: office@infid.org

Laman: www.infid.org

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-undang

Cetakan Pertama, Juli 2022

RINGKASAN EKSEKUTIF

Hak atas kesehatan merupakan Hak Asasi Manusia, sebagaimana tertuang dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM) pasal 25 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan, kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya. Hak atas Kesehatan ini diterapkan oleh seluruh negara di dunia dengan menjalankan program *Universal Health Coverage* (UHC) atau Cakupan Kesehatan Semesta (CKS). UHC berarti bahwa semua orang dapat menggunakan layanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif yang mereka butuhkan dengan kualitas yang baik dan tidak memberatkan keuangan mereka.

Di Indonesia, komitmen penerapan UHC ini ditandai dengan lahirnya Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU SJSN telah mengatur prinsip dasar UHC, dengan mewajibkan setiap warga negara memiliki akses pelayanan kesehatan komprehensif yang dibutuhkan melalui sistem pra upaya. Sebagai lembaga yang aktif mendorong pemenuhan hak ekonomi, sosial warga dan turut mengawal upaya Reforma Sistem Kesehatan Nasional tahun 2021 - 2024, INFID melakukan riset kualitatif “Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan: Tata Kelola, Efektivitas dan Perbandingan dengan Beberapa Negara Kawasan ASEAN”.

Penelitian kualitatif ini bertujuan untuk menganalisis (i) efektivitas penyediaan Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan dalam Implementasi UHC, (ii) strategi Memperkuat Tata Kelola Anggaran BPJS Kesehatan, (iii) implementasi UHC di 5 negara kawasan ASEAN (Thailand, Vietnam, Malaysia, Filipina, dan Indonesia). Data penelitian dikumpulkan dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang meliputi: 33 wawancara mendalam (in-depth interview) dengan *stakeholder* kunci dan 8 kali diskusi pakar (*expert discussion*) untuk mendapatkan gambaran menyeluruh dari para ahli mengenai penguatan sistem kesehatan nasional pasca pandemi covid-19. Penelitian dilakukan sejak 1 Juli – 30 Agustus 2022.

Hasil studi menunjukkan bahwa **pertama**, Program Jaminan Kesehatan Nasional

(JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan telah mampu memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tanpa terkendala biaya. Namun demikian, implementasi program JKN belum sepenuhnya efektif dalam memenuhi prinsip *Universal Health Coverage* (UHC) yang diindikasikan dari aspek cakupan dan capaian kepesertaan, akses dan kualitas pelayanan, dan kelembagaan.

1. Cakupan dan capaian kepesertaan: cakupan kepesertaan penduduk dalam JKN terus mengalami peningkatan, namun belum optimal dalam mencapai target yang ditetapkan dalam RPJMN. RPJMN 2020-2024 menargetkan 98% penduduk menjadi peserta JKN. Target ini dinilai terlalu ambisius mengingat hingga tahun 2021 baru 86,7% penduduk yang tercakup dalam JKN. Selain itu, RPJMN 2015-2019 yang menargetkan 95% penduduk tercakup dalam JKN juga tidak tercapai. Ukuran ketercapaian peserta JKN juga perlu dievaluasi berdasarkan jumlah peserta aktif dan non-aktif. Tahun 2018 saja, tingkat keaktifan peserta mandiri dalam membayar iuran hanya mencapai 53,7%. Belum optimalnya pencapaian target RPJMN juga dibarengi dengan permasalahan kepesertaan, antara lain:

- a. ketidakvalidan data peserta yang dapat membuka peluang praktik pemalsuan data peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), sehingga manfaatnya dapat diambil orang lain;
- b. dari segmen Pekerja Penerima Upah (PPU), tidak semua badan usaha mendaftarkan pekerjanya dalam program JKN akibat belum adanya mekanisme pemberian sanksi;
- c. kenaikan besaran iuran bagi segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) berpotensi memperlambat pencapaian target kepesertaan JKN. Beberapa studi mengungkap bahwa kenaikan iuran hanya mengatasi permasalahan defisit dalam jangka pendek. Kenaikan iuran berpotensi meningkatkan tunggakan iuran dan denda yang semakin tinggi, sehingga memungkinkan peserta berhenti dari JKN.

2. Akses dan kualitas pelayanan: akses yang adil (*equity*) dan kualitas (*quality*) pelayanan jaminan kesehatan yang prima menjadi bagian dari prinsip utama yang perlu dipenuhi dalam menyelenggarakan UHC. BPJS kesehatan telah memberikan dorongan terhadap perbaikan akses terhadap layanan kesehatan. Namun sayangnya, akses terhadap layanan kesehatan



yang berkualitas di seluruh Indonesia masih mengalami disparitas yang cukup tinggi, terutama karena karakteristik wilayah Indonesia yang berbasis kepulauan (*archipelagic state*). Sementara itu, penyelenggaraan JKN belum sepenuhnya memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang prima, diindikasikan oleh beberapa hal berikut: waktu tunggu dan waktu layanan yang tidak dapat diprediksi, belum efektifnya sistem penyediaan obat-obatan, dan pengeluaran pribadi (*out-of pocket*) yang masih tinggi.

3. Kelembagaan: Implementasi program JKN cenderung bersifat sentralistik sebagaimana yang diatur dalam UU SJSN dan UU BPJS Kesehatan, sementara Pemerintah Daerah tidak memiliki kewenangan yang memadai dalam implementasi JKN. Padahal, Pemerintah Daerah memiliki peran strategis dalam perluasan kepesertaan, peningkatan kualitas layanan, maupun mempertahankan keberlanjutan keuangan. Di sisi lain, koordinasi antar-lembaga di tingkat Pusat juga belum optimal khususnya dalam menyediakan keterpaduan data peserta. Terkait pengawasan, selama ini BPJS Kesehatan telah diawasi oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK), Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Dewan Pengawas BPJS dan lembaga pengawasan sejenisnya. Namun demikian, pengawasan yang dilakukan oleh lembaga-lembaga tersebut hingga saat ini sifatnya masih tertutup dan tidak ada transparansi kepada publik. Pengawasan dari organisasi masyarakat sipil perlu terus diperkuat, agar pengelolaan BPJS Kesehatan memenuhi prinsip transparansi dan akuntabilitas.

Kedua, defisit program JKN yang telah menjadi permasalahan menahun disebabkan oleh dua permasalahan utama, yaitu: 1) belum optimalnya pendapatan (baik bersumber dari iuran, pajak rokok, hibah, bunga, investasi, maupun pendapatan lainnya) dibandingkan dengan beban biaya pelayanan kesehatan yang harus ditanggung, dan 2) belum efektifnya tata kelola program JKN yang membuka potensi terjadinya kecurangan (*fraud*). Pendapatan yang bersumber dari iuran belum optimal sebab kolektabilitas iuran segmen PBPU, BP, dan PPU masih belum memadai. Sementara itu, meski pendapatan investasi mengalami peningkatan, nilainya masih rendah dan sektor investasi masih bersifat konservatif. Begitu pula dengan pendapatan yang bersumber dari pajak dosa (*sin tax*) yang sebenarnya masih bisa dioptimalkan. Di sisi lain, potensi *fraud* dapat terjadi di berbagai aspek baik pada aspek penerimaan pembiayaan JKN (tunggakan dan manipulasi iuran) dan pembelian jasa layanan

kesehatan. Mekanisme pengawasan yang telah dibangun belum cukup kuat untuk mengatasi terjadinya *fraud*.

Ketiga, Dari kelima negara ASEAN yang dibandingkan dalam studi ini, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk tertinggi (275,5 juta) dengan angka harapan hidup yang rendah (69). Secara geografis, Indonesia sebagai negara kepulauan juga jauh lebih luas dibanding dengan negara lainnya. Artinya, tantangan yang dihadapi Indonesia dalam mengimplementasikan UHC lebih besar dibanding negara lainnya. Dalam implementasi UHC, Thailand dan Malaysia memiliki proporsi paling besar pada pembiayaan pemerintah (65,47%). Di Indonesia, proporsi pembiayaan pemerintah dan OOP berimbang. Di Vietnam dan Filipina, sumber pembiayaan kesehatan terbesar disokong oleh pembiayaan langsung (*out-of-pocket/OOP*). Dibanding dengan negara lainnya, Indonesia termasuk negara yang terlambat mengimplementasikan UHC, namun capaian kepesertaannya cukup progresif dibanding negara lain. Dari kelima negara yang ditinjau dalam studi ini, Thailand merupakan negara yang paling unggul dalam mengimplementasikan UHC, diindikasikan dari cakupan kepesertaan dan indeks cakupan efektif UHC. Thailand juga mampu menekan angka pembiayaan pribadi (*out-of-pocket/OOP*) hanya sebesar 8,67%.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut, rekomendasi bagi upaya perbaikan implementasi program JKN dalam rangka memenuhi prinsip UHC adalah sebagai berikut:

1. Mengingat sebagian besar dana BPJS digelontorkan untuk penyakit katastropik, maka pemerintah perlu mempromosikan/investasi lebih besar pada kesadaran pencegahan penyakit katastropik untuk mengurangi beban klaim biaya pasien katastropik.
2. Segera mengimplementasikan kebijakan urun biaya (*co-payment*) untuk peserta mandiri sebagaimana diatur dalam Permenkes No.51 Tahun 2018 tentang Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan.
3. Menentukan formula terbaik dalam menentukan sistem pembayaran iuran, seperti; a) koordinasi dengan Kemenaker dalam memberi peringatan dan sanksi kepada pemberi kerja yang melakukan deklarasi upah dibawah realisasi; b) pengkajian terhadap ambang upah dan iuran BPJS. untuk menjalankan hal ini perlu dilakukan perbaikan dan sinkronisasi data penghasilan penduduk dengan K/L terkait.

4. BPJS perlu mereformulasikan kebutuhan skema ‘rombongan’ per keluarga. BPJS juga perlu membuka pilihan kelas yang lebih fleksibel per individu di setiap keluarga (KK), misalnya orang tua memilih kelas 1 sementara anak-anak kelas 2. Pilihan yang lebih fleksibel ini memungkinkan keluarga tersebut mendapatkan pelayanan yang optimal berdasarkan kemampuan iurannya.
5. Untuk mencegah adanya kecurangan dalam BPJS terutama masalah potensi fraud oleh RS mitra BPJS (i.e. penulisan kode diagnosis berlebihan, klaim palsu dan tagihan berulang), maka pemerintah perlu melakukan pengawasan berkala regional untuk recredentialing. Dalam masa recredentialing, diberikan waktu jeda enam bulan untuk antisipasi pencarian RS Faskes baru atau perbaikan layanan RS yang melakukan fraud tersebut.
6. BPJS melakukan kordinasi dengan pemerintah (K/L) untuk memberikan peringatan/sanksi bagi perusahaan-perusahaan yang tidak konsisten membayar iuran mengacu pada undang-undang yang berlaku. Misal; Kemenaker mencabut ijin usaha, etc.
7. BPJS perlu segera memperbaiki kualitas pelayanan pengaduan berbasis skala prioritas waktu tindak lanjut/SLA, guna membantu peserta yang mengalami kendala dalam mengakses layanan kesehatan. Misal; tindak lanjut pengaduan layanan emergency maksimal 1 jam, sementara layanan pemberian obat farmasi maksimal 3 jam, dll.
8. Perkuat peranan pemerintah daerah dan stakeholder kesehatan lainnya dalam melakukan pembaruan data yang berkelanjutan, serta memastikan keterpadanannya.
9. Mendorong adanya sovereign wealth fund / Dana Abadi Iuran Kesehatan (kepastian dana iuran yang lebih pasti dan bukan bansos/PBI). Tata Kelola dana abadi :
 - a. Dana abadi yang dipupuk ditujukan untuk jaminan iuran untuk UHC, bukan untuk peningkatan kualitas atau perluasan layanan kesehatan BPJS kesehatan.
 - b. Dana abadi dikelola oleh Lembaga independen (seperti BLU LPDP) atau oleh BPJS Kesehatan

c. Opsi sumber dana abadi, yaitu :

- Sin tax (cukai rokok dan alkohol)
- Penerimaan pajak; revenue tagging pada Pajak Pertambahan Nilai (PPN)
- Alokasi dari dana abadi BPJS Kesehatan
- Dana publik APBN/silpa

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF	IV
DAFTAR ISI	X
DAFTAR TABEL	XII
DAFTAR GAMBAR	XIII
DAFTAR SINGKATAN	XIV
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	4
1.4 Metodologi	4
1.4.1 Teknik Pengambilan Data	4
1.4.2 Pemilihan Informan	5
1.4.3 Teknik Pengolahan dan Analisis Data	5
II. KERANGKA KONSEPTUAL DAN KONSTITUSIONAL	9
2.1 Prinsip UHC	9
2.2 Mandat UHC dalam Konstitusi Indonesia	11
III. EFEKTIVITAS PENYEDIAAN JAMINAN KESEHATAN OLEH BPJS KESEHATAN DALAM IMPLEMENTASI UHC	21
3.1 Cakupan dan Capaian Kepesertaan	21
3.2 Dinamika Penetapan Iuran	27
3.3 Akses dan Kualitas Pelayanan Jaminan Kesehatan	32
3.3.1 Akses untuk layanan Kesehatan masih sangat Timpang	32
3.3.2 Dibutuhkan Peningkatan Pelayanan BPJS Kesehatan yang Lebih Optimal	35
3.3.3 Edukasi dan Peningkat yang kurang maksimal berimplikasi pada Kendala Akses Peserta ke Layanan JKN	41
3.3.4 Masih Terdapat Bottlenecking Regulasi yang berimplikasi	

pada akses dan kualitas layanan kesehatan	43
3.3.5 Partisipasi Publik dalam Peningkatan Akses dan Kualitas Layanan JKN	46
3.4 Kelembagaan Penyediaan JKN: Peran dan Wewenang Stakeholder	49
3.5 Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar	57
IV. STRATEGI MEMPERKUAT TATA KELOLA ANGGARAN BPJS KESEHATAN	67
4.1 Mengefektifkan kebijakan pengelolaan anggaran BPJS Kesehatan	67
4.2 Tren Kinerja Keuangan BPJS Kesehatan & Penguatan Strategi Investasin	74
4.3 Mekanisme Pengawasan Anggaran	79
V. KOMPARASI IMPLEMENTASI UHC DI NEGARA KAWASAN ASEAN	87
5.1 Karakteristik UHC di Negara Kawasan ASEAN	88
5.1.1 Thailand	94
5.1.2 Vietnam	100
5.1.3 Malaysia	109
5.1.4 Filipina	115
5.1.5 Indonesia	118
5.2. Respon terhadap Pandemi COVID-19	122
5.3. Lesson Learned dari Implementasi UHC di Negara ASEAN	125
VI KESIMPULAN & REKOMENDASI	130
DAFTAR PUSTAKA	135

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Sintesis Landasan Konstitusional atau Payung Hukum terkait Sistem Jaminan Kesehatan Nasional dan BPJS	14
Tabel 2 Perubahan Besaran Iuran BPJS Kesehatan	28
Tabel 3 Indikasi Regulasi BPJS dan Permasalahan yang Dijumpai	43
Tabel 4 Peran dan Kewenangan Stakeholder dalam Skema Jaminan Kesehatan Nasional	49
Tabel 5 Regulasi Program JKN dan Tata Pemerintahan Indonesia	54
Tabel 6 Perkembangan Defisit DJS Kesehatan Tahun 2015-2019	69
Tabel 7 Jenis Penyakit Katastropik yang Membebani DJS Kesehatan Tahun 2019	73
Tabel 8 Pendapatan BPJS Selama Tahun 2019, 2020, dan 2021	76
Tabel 9 Pendapatan Investasi BPJS Kesehatan	77
Tabel 10 Overview Karakteristik Kependudukan dan Layanan Kesehatan di Lima Negara Kawasan ASEAN	89
Tabel 11 Anggaran dan Pembiayaan Kesehatan di Lima Negara Kawasan ASEAN, 2019	90
Tabel 12 Perbandingan Implementasi UHC di Lima Negara Kawasan ASEAN	92
Tabel 13 Perbandingan Skor Indeks Cakupan Layanan UHC dan Indeks Cakupan Efektif UHC di Lima Negara Kawasan ASEAN, 2019	93
Tabel 14 Tiga Skema Utama Asuransi Kesehatan Nasional di Thailand	95
Tabel 15 Perubahan Skema Kepesertaan Pada Asuransi Kesehatan Nasional di Vietnam	101
Tabel 16 Perkembangan Cakupan Layanan Asuransi Vietnam	103
Tabel 17 Perkembangan Sistem Pembayaran SHI Vietnam	105
Tabel 18 Besaran Kontribusi Pemberi Kerja dan Pekerja Pada EPF dan SOCSO	112

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Capaian Kepesertaan dan Target Kepesertaan dalam RPJMN dari tahun 2019-2021	21
Gambar 2 Komposisi peserta BPJS Kesehatan tahun 2019 dan 2021	22
Gambar 3 Data Sebaran Fasilitas Kesehatan JKN pada Agustus 2022	33
Gambar 4 Survei Kuantitatif atas biaya tambahan yang dikeluarkan peserta BPJS Kesehatan	41
Gambar 5 Survei Keluhan Forum Peserta Jaminan Sosial pada BPJS Kesehatan yang di advokasi oleh FP Jamsos dalam kurun waktu Januari-Juni 2022	48
Gambar 6 Hierarki Tata Kelola disandingkan dengan Urusan Pemerintahan Sektor Kesehatan	52
Gambar 7 Catatan Disharmonisasi Regulasi JKN	53
Gambar 8 Landasan Kebijakan KRIS JKN	57
Gambar 9 Peta Jalan Implementasi KRIS 2022-2025	61
Gambar 10 Survei 698 Rumah Sakit terkait Kesiapan KRIS	63
Gambar 11 Dana Jaminan Sosial Kesehatan dan Dana Operasional BPJS Kesehatan	68
Gambar 12 Alokasi bantuan iuran pemerintah untuk peserta PBI dari tahun 2015-2019	70
Gambar 13 Besaran iuran BPJS Perkelas	72
Gambar 14 Perkembangan defisit-surplus dana jaminan sosial tahun 2015-2021 (dalam Rp Juta)	74
Gambar 15 Hubungan Antara Unit Administrasi Negara dan Lembaga Manajemen Kesehatan	108
Gambar 16 Skema Penyuluhan Kesehatan Malaysia	115
Gambar 17 Lembaga Kesehatan Filipina dan Kewenangannya	118

DAFTAR SINGKATAN

APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
BPK	Badan Pemeriksa Keuangan
BPK	Badan Pengawas Keuangan
BPKP	Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
BP	Bukan Pekerja
CKS	Cakupan Kesehatan Semesta
CSO	Civil Society Organization
COVID-19	Corona Virus Disease
DBHCHT	Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau
DTKS	Data Terpadu Kesejahteraan Sosial
DUHAM	Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia
DJSN	Dewan Jaminan Sosial Nasional
FKTRL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FP Jamsos	Forum Peserta Jaminan Sosial
INA-CBGs	Indonesia Case Based Groups
ICW	Indonesian Corruption Watch
IFPMA	<i>International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations</i>
ILO	International Labour Organization
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KIS	Kartu Indonesia Sehat
KRIS	Kelas Rawat Inap Standar
Kemenkes	Kementerian Kesehatan

KPK	Komisi Pemberantasan Korupsi
KPCDI	Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia
MA	Mahkamah Agung
NIK	Nomor Induk Kependudukan
OJK	Otoritas Jasa Keuangan
OOP	Out-of-pocket expenditure
PBPU	Pekerja Bukan Penerima Upah
PPU	Pekerja Penerima Upah
PHK	Pemutusan Hubungan Kerja
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PTUN	Pengadilan Tata Usaha Negara
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
PP	Peraturan Pemerintah
Perpres	Peraturan Presiden
PBB	Perserikatan Bangsa Bangsa
RKAT	Rencana Kerja Anggaran Tahunan
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	Rumah Sakit
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SHI	Social Health Insurance
SDM	Sumber Daya Manusia
Sakernas	Survei Angkatan Kerja Nasional
UHC	Universal Health Coverage
WHO	World Health Organization





I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hak atas kesehatan merupakan Hak Asasi Manusia. Hal tersebut sebagaimana tertuang dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM) pasal 25 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan, kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya. Pemenuhannya meliputi hak untuk mendapatkan kehidupan dan pekerjaan yang sehat, hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan perhatian khusus terhadap kesehatan ibu dan anak.

Berdasarkan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992, kesehatan merupakan kondisi sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang produktif secara ekonomis. Tanpa kesehatan, seseorang akan sulit memperoleh pemenuhan hak lainnya seperti hak atas hidup, pekerjaan layak, pendidikan dan lain-lain. Untuk memastikan bahwa negara hadir menjamin hak kesehatan warganya, pemerintah telah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU Nomor 40 Tahun 2004 mengenai SJSN telah menjawab prinsip dasar Universal Health Coverage (UHC), dengan mewajibkan setiap warga negara memiliki akses pelayanan kesehatan komprehensif yang dibutuhkan melalui sistem pra upaya. Mengacu kepada UU BPJS No.24 Tahun 2011, BPJS Kesehatan mendapatkan mandat sebagai pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional/JKN (Universal Health Care) dengan target cakupan sesuai RPJMN 2020-2024.

Dalam pelaksanaannya, JKN BPJS Kesehatan hanya dibiayai sebagian melalui dana publik yaitu hanya peserta penerima bantuan iuran (PBI), dimana saat ini PBI JKN sebanyak 96 juta jiwa atau 43% dari total kepesertaan JKN. Sisanya BPJS Kesehatan mencari pembiayaan kepada warga melalui iuran kepesertaan (non penerima bantuan iuran/non PBI). Pemda juga dapat membayarkan iuran peserta PBI daerah melalui pendapatan sebagian cukai rokok yang diserahkan kepada pemerintah daerah (sebelumnya Jamkesda dibiayai dari pendapatan cukai rokok daerah).

Di sisi lain, pada era pandemi terdapat beberapa kementerian yang melakukan hal kontraproduktif terhadap perlindungan JKN bagi warga. Kementerian

Sosial misalnya mengeluarkan 9 juta orang miskin dari PBI JKN. Sedangkan Kementerian Bappenas mengeluarkan rencana penyusutan kuota peserta PBI JKN menjadi 40 Juta pada tahun 2024, sementara diketahui dampak dan situasi pandemi COVID belum selesai dan akan berubah status menjadi endemi.

Namun demikian dengan sumber-sumber anggaran yang banyak (PBI dan Non PBI), situasi pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan masih terus merugi dengan layanan kesehatan seadanya. Dalam konteks efisiensi, BPJS Kesehatan mengalami gagal bayar senilai Rp 15,51 triliun pada tahun 2019. Kondisi ini diperparah dengan hasil investigasi yang bertajuk “Bolong Bolong BPJS” yang menggambarkan banyak kebocoran dalam sistem pelayanan asuransi Kesehatan nasional. Beberapa permasalahan utama berkaitan dengan data pasien yang kisruh, kecurangan rumah sakit serta diagnosis dokter yang tidak berbasis pedoman penanganan pasien.

Meskipun mengalami permasalahan anggaran, BPJS Kesehatan dipaksa meningkatkan layanannya, misal dengan layanan rawat inap satu kelas standar demi kohesi sosial dan efektivitas. Selain itu BPJS Kesehatan juga ditargetkan melakukan peningkatan cakupan kepesertaan JKN hingga 98% pada tahun 2024 kepada seluruh penduduk Indonesia (saat ini 82%). Target cakupan JKN kepada warga tersebut penting agar kedepan seluruh warga Indonesia terlindungi hak kesehatan, terlebih lagi belajar pada pengalaman pandemi COVID dan kebutuhan efek long COVID kedepan.

Mengacu kepada UHC di negara kawasan ASEAN, Filipina misalnya telah mensahkan UU Universal Health Care/JKN No.11223, yang secara otomatis mendaftarkan semua warga negara Filipina dalam Program UHC, sehingga warga negara Filipina tidak ada lagi yang membayar iuran UHC). Hal ini menjadi penting juga untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya sebagai input pelaksanaan revisi UU SJSN dan UU BPJS yang saat ini masuk ke dalam prolegnas DPR RI.

Secara umum, pandemi Covid-19 juga telah membuka kelemahan sistem kesehatan Indonesia dan ketidaksiapan jaminan sosial secara menyeluruh. Layaknya fenomena gunung es, permasalahan sistem kesehatan Indonesia sangat kompleks baik dari aspek kebijakan, infrastruktur, tata kelola, SDM maupun kesadaran masyarakat. Berdasarkan indeks kesehatan global dalam laporan The Legatum Prosperity Index 2020, Indonesia berada di posisi ke 97 dari 167 negara. Posisi ini jauh dibandingkan negara tetangga yaitu Singapura

yang menduduki peringkat ke 1. Indeks ini secara khusus mengukur sejauh mana orang di setiap negara sehat dan memiliki akses ke layanan yang diperlukan untuk menjaga kesehatan yang baik, termasuk hasil kesehatan, sistem kesehatan, penyakit dan faktor risiko, serta tingkat kematian.

Pandemi Covid-19 juga menempatkan BPJS Kesehatan pada peran yang tidak maksimal namun strategis. Dalam hal ini BPJS kesehatan menjadi verifikasi bagi klaim pasien COVID-19 yang ditangani oleh fasilitas kesehatan yang ada. Kedepan dengan efek long covid bagi penyintas COVID-19, termasuk perubahan situasi dari era pandemi menuju endemi, BPJS belum memiliki standar pembiayaan penyakit COVID-19 bagi warga, termasuk pembiayaan bagi penyintas long COVID-19. Hal ini penting, mengingat Perpu No.1 Tahun 2020 terkait penanganan COVID-19, dinyatakan bahwa pembiayaan penanganan COVID-19 yang bersumber dari APBN hanya tersedia hingga 3 tahun yaitu 2023.

Sebagai lembaga yang aktif mendorong pemenuhan Hak Ekonomi dan Sosial warga dan turut mengawal upaya Reformasi Sistem Kesehatan Pemerintah Indonesia tahun 2021 - 2024, INFID telah melakukan studi Kualitatif dengan menggali “Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan: Tata Kelola, Efektivitas, dan Perbandingan dengan Beberapa Negara Kawasan ASEAN”.

1.2 Rumusan Masalah

Sebagai upaya mendalami pendapat dan masukan stakeholder mengenai persepsi dan harapan dalam memperkuat efektivitas penyediaan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia dan mendalami implementasi Universal Health Coverage pada 5 Negara Kawasan ASEAN, penelitian ini memiliki rumusan melalui pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimana efektivitas penyediaan Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan dalam Implementasi UHC?
2. Bagaimana Strategi Memperkuat Tata Kelola Anggaran BPJS Kesehatan?
3. Bagaimana implementasi UHC di 5 negara kawasan ASEAN (Thailand, Vietnam, Malaysia, Filipina, dan Indonesia)?

1.3 Tujuan

Penelitian dilakukan dengan tujuan mendapatkan data dan informasi mengenai :

1. Efektivitas penyediaan Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan dalam Implementasi UHC
2. Strategi Memperkuat Tata Kelola Anggaran BPJS Kesehatan
3. Implementasi UHC di 5 negara kawasan ASEAN (Thailand, Vietnam, Malaysia, Filipina, dan Indonesia)

1.4 Metodologi

1.4.1 Teknik Pengambilan Data

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk memperoleh gambaran isu dan permasalahan yang akan diteliti. Data dalam penelitian ini terdiri atas data primer (wawancara mendalam dan diskusi pakar) dan data sekunder (tinjauan literatur). Teknik pengumpulan data yang akan digunakan mencakup beberapa teknik berikut:

1. Tinjauan Literatur

Tim peneliti akan melakukan tinjauan terhadap dokumen-dokumen yang relevan dengan isu yang sedang diteliti, baik berupa dokumen yang disediakan oleh Infid maupun dokumen-dokumen yang dapat diakses secara bebas seperti jurnal, prosiding, disertasi, tesis, laporan penelitian, berita, dokumen kebijakan, dan lain sebagainya. Tinjauan literatur menjadi bagian dari kegiatan penelitian untuk mengembangkan kerangka konseptual dan kerangka pemikiran. Disamping itu, tinjauan literatur juga dilakukan untuk memahami fakta maupun opini yang sedang berkembang mengenai ruang lingkup penelitian.

2. Wawancara mendalam (in-depth interview)

Wawancara mendalam dilakukan untuk menjawab dan mengeksplorasi bagaimana persepsi stakeholder terhadap pelayanan layanan BPJS Kesehatan di tingkat nasional dan daerah. Pertanyaan-pertanyaan terbuka/ open-ended akan diajukan kepada informan untuk agar mendapatkan pemahaman mendalam akan fenomena yang muncul. Pelaksanaan

wawancara mendalam akan dilakukan mengikuti panduan wawancara mendalam. Sasaran informan melalui teknik ini mencakup informan yang berasal dari kalangan pemerintahan, lembaga profesi, swasta, dan organisasi masyarakat sipil/civil society organization (CSO), media/jurnalis, dan akademisi yang memiliki fokus pada dalam isu/ruang lingkup pelayanan kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan).

3. Diskusi pakar (expert discussion)

Tujuan dari diskusi bersama pakar adalah untuk mendapatkan data dan pandangan yang lebih konkrit terkait dengan ruang lingkup penelitian. Diskusi berlangsung secara online melalui media Zoom meeting serta berlangsung antara 60 menit hingga 120 menit. Sebelum melaksanakan diskusi, pakar yang diundang telah dikirimkan Term of Reference (TOR) dan menyiapkan bahan presentasi terkait poin-poin diskusi yang telah disampaikan. Skema diskusi dimulai dengan pembuka oleh moderator dan dilanjutkan dengan pemaparan materi oleh pakar. Selanjutnya, peneliti mengajukan pertanyaan dan berdiskusi dengan pakar terkait penjelasan yang dipaparkan untuk melengkapi temuan studi.

1.4.2 Pemilihan Informan

Informan dalam penelitian ini dipilih berdasarkan beberapa kriteria tertentu, yakni meliputi: kepakaran, keterlibatannya terkait BPJS Kesehatan / Sistem JKN, dan/atau peserta BPJS Kesehatan yang merasakan langsung layanan JKN. Sebanyak 40 informan, mencakup kalangan pemerintahan, lembaga profesi, swasta, media/jurnalis, akademisi yang memiliki fokus pada dalam isu/ruang lingkup pelayanan kesehatan dan JKN, BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dan organisasi masyarakat sipil/civil society organization (CSO), dan warga peserta BPJS Kesehatan. Penelitian dilakukan sejak 1 Juli – 30 Agustus 2022.

1.4.3 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan tahapan-tahapan sebagai berikut. Pertama, menelaah semua data (identification) yang terkumpul dari berbagai sumber. Kedua, melakukan pemilahan data (data selection) dari data-data yang telah terkumpul terkait data mana saja yang relevan akan digunakan. Pemilahan dilakukan melalui proses pengkodean yakni proses memberikan kode

(kata atau frasa) terhadap segmen-segmen data yang merupakan esensi dari segmen data tersebut. Rangkaian kode telah disusun sebelumnya, berdasarkan pertanyaan penelitian dan rumusan masalah penelitian, yang dikembangkan dalam proses pengkodean. Proses ini dibantu dengan penggunaan aplikasi pengolahan data “N-Vivo”. Ketiga, membuat ringkasan dari setiap coding tersebut. Ringkasan tersebut kemudian menjadi bahan tulisan yang akan dianalisis. Keempat, melakukan analisis data terkait isu dan topik yang muncul dari jawaban narasumber, kecenderungan-kecenderungan atau pola-pola dari hasil temuan yang muncul terkait pandangan dan persepsi atas BPJS Kesehatan dan upaya peningkatan pelayanan kesehatan, serta menarik kesimpulan yang dikaitkan dengan rumusan masalah serta pertanyaan penelitian. Kelima, verifikasi data/ penarikan kesimpulan merupakan proses perumusan makna dari hasil penelitian yang diperoleh, pada tahap verifikasi dilakukan peninjauan terhadap kebenaran dari penyimpulan, berkaitan dengan relevansi dan konsistensinya dengan judul, tujuan, dan perumusan masalah studi.





II. KERANGKA KONSEPTUAL DAN KONSTITUSIONAL

2.1. Prinsip UHC

Berdasar definisi (WHO, 2021), Universal Health Coverage (UHC) atau Cakupan Kesehatan Universal bermakna bahwa setiap orang (disebuah negara) memiliki akses ke layanan kesehatan yang mereka butuhkan (kapan dan di manapun) tanpa kesulitan keuangan. Cakupan UHC terdiri dari berbagai layanan kesehatan esensial mulai promosi kesehatan hingga pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan paliatif. Saat ini, setidaknya setengah dari penduduk dunia tidak mendapatkan layanan kesehatan yang mereka butuhkan. Sekitar 100 juta orang terjerumus ke dalam kemiskinan ekstrem setiap tahun karena pengeluaran sendiri untuk kesehatan. Ini harus berubah.

Untuk mewujudkan kesehatan untuk semua, kita membutuhkan: individu dan masyarakat yang memiliki akses ke layanan kesehatan berkualitas tinggi sehingga mereka dapat menjaga kesehatan mereka sendiri dan kesehatan keluarga mereka; petugas kesehatan terampil yang memberikan perawatan berkualitas dan berpusat pada masyarakat; dan pembuat kebijakan berkomitmen untuk berinvestasi dalam cakupan kesehatan universal. Cakupan kesehatan universal harus didasarkan pada perawatan kesehatan primer yang kuat dan berpusat pada masyarakat. Sistem kesehatan yang baik berakar pada komunitas yang mereka layani. Mereka tidak hanya fokus pada pencegahan dan pengobatan penyakit dan penyakit, tetapi juga pada membantu meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup.

Target WHO selaras dengan target SDG 3.8, yang berfokus pada pencapaian cakupan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses ke layanan perawatan kesehatan esensial yang berkualitas dan akses ke obat-obatan dan vaksin esensial yang aman, efektif, berkualitas dan terjangkau untuk semua. Sekitar setengah populasi dunia tidak memiliki akses ke layanan kesehatan penting seperti itu. Oleh karena itu, untuk mencapai target SDG 3.8 dari Cakupan Kesehatan Semesta untuk semua pada tahun 2030, setidaknya 1 miliar orang perlu memiliki akses ke layanan kesehatan esensial dalam setiap periode lima tahun antara 2015 dan 2030¹. Inti dari UHC adalah akses universal ke sistem kesehatan yang berpusat pada masyarakat yang kuat dan tangguh

1 https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_3

dengan perawatan primer sebagai fondasinya. Layanan berbasis masyarakat, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit merupakan komponen kunci serta imunisasi, yang merupakan platform yang kuat untuk perawatan primer di mana UHC perlu dibangun.

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA 2014) mengusulkan prinsip panduan utama untuk menginformasikan desain kebijakan UHC global², yang terdiri atas:

1. Akses yang Adil

Semua orang, tanpa diskriminasi baik ras, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi, harus memiliki akses ke paket layanan perawatan kesehatan yang penting dan berkualitas. Ini harus mencakup kemampuan untuk menunjuk perawatan yang tepat yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka. Mencapai akses yang adil harus melibatkan berbagai pemangku kepentingan, dengan pemerintah menyediakan paket minimum untuk populasi sasaran.

2. Efisiensi & Efektif

Pertanyaan tentang bentuk dan pembiayaan sistem kesehatan di suatu negara harus diselesaikan melalui diskusi yang inklusif dan terbuka. Semua pemangku kepentingan harus berkolaborasi untuk mengembangkan mekanisme yang mampu membantu meningkatkan akses ke perawatan kesehatan yang menyeluruh, dan mengidentifikasi praktik terbaik yang dirancang untuk menghasilkan investasi yang paling efisien dan efektif dalam sistem kesehatan. Sistem kesehatan harus dilengkapi dengan baik dalam melakukan surveilans epidemiologi yang memadai, mengintegrasikan pendekatan pencegahan ke perawatan kesehatan primer, dan mendorong program imunisasi untuk mengelola kondisi infeksi dan penyakit kronis.

Untuk mencapai UHC, intervensi diperlukan untuk meningkatkan kapasitas negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah untuk memfasilitasi sistem distribusi biofarmasi yang lebih aman, efisien, dan kompetitif dengan bekerja sama dengan industri biofarmasi yang inovatif dan generik, pedagang besar, distributor, dan pengecer di rantai pasokan.

3. Kualitas

2 https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2016/01/EFPIA_IFPMA_JPMA_PhRMA_Perspectives_on_UHC_March2014.pdf

Sistem kesehatan harus meningkatkan akses ke informasi kesehatan, imunisasi dan inisiatif pencegahan lainnya, peningkatan diagnostik, pengobatan, koordinasi perawatan, dan manajemen penyakit untuk penyakit menular dan tidak menular untuk menghindari pengeluaran bencana dan meningkatkan kualitas hidup pasien

4. Inklusifitas

Untuk memastikan bahwa kebijakan perawatan kesehatan dirancang dengan pasien sebagai pusatnya, pemangku kepentingan utama – termasuk pasien, kelompok penyedia, pembayar, produsen inovatif dan generik, distributor, akademisi, organisasi non-pemerintah, dan pembuat kebijakan – harus dilibatkan di semua tingkatan pengambilan keputusan untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan yang mendasar dan menjamin bahwa layanan yang diberikan mencerminkan kebutuhan dan harapan pasien.

5. Ketersediaan

Layanan dan produk kesehatan esensial harus tersedia bagi semua orang yang membutuhkannya. Layanan kesehatan harus tersedia secara fisik bagi pasien yang membutuhkannya, terutama pada populasi yang kurang terlayani di lingkungan berpenghasilan rendah. Alat baru, misalnya untuk mempromosikan literasi kesehatan, kartu skor komunitas, dll. harus digunakan untuk menghubungkan pasien dengan sistem kesehatan. •Akses ke informasi sangat penting untuk memastikan pengambilan keputusan yang komprehensif dan seimbang. Pemerintah harus memperkuat pengumpulan data epidemiologi dan pasien harus memiliki akses yang tepat dan praktis ke informasi yang tersedia sehingga pasien mampu untuk membuat pilihan dengan baik.

2.2 Mandat UHC dalam Konstitusi Indonesia

1. Kebijakan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

Dasar hukum Jaminan Kesehatan, telah dimandatkan dalam UUD-RI Tahun 1945 Pasal 28 H yaitu:

- setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan;

- setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan; dan
- setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.

Selanjutnya, dasar hukum adanya Jaminan Kesehatan juga tertuang dalam UUD-RI Tahun 1945 Pasal 34, yaitu:

1. fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara;
2. negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan; dan
3. negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Selanjutnya, konvensi ILO nomor 102/1952 menyatakan tentang penyelenggaraan jaminan sosial yang didalamnya termasuk kepentingan Kesehatan ditambah dikeluarkannya *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights* dan *International Covenant on Civil and Political Rights* atas persetujuan Majelis Umum PBB (Shihab, 2012). Atas mandat UUD 1945 dan upaya Indonesia meratifikasi ILO no. 102/1952 tersebut maka lahirlah dua payung hukum yang memayung UU no. 40/2004 dan UU no. 24/2011.

Undang-Undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang salah satu programnya adalah JKN, menekankan pelaksanaannya diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. UU no. 40/2004 juga mengamanatkan bahwa setiap orang atau warga negara berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. UU ini lebih menekankan penyelenggaraan jaminan kesehatan secara nasional didasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Program jaminan sosial menurut undang-undang tersebut meliputi: jaminan

kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian.

Melalui UU no. 24/2011 menjelaskan SJSN merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Demi mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional tersebut perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati – hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar – besar kepentingan peserta. Sehingga Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional yang dimandatkan undang – undang tersebut merupakan transformasi empat Badan Usaha Milik Negara (PT. Jamsostek, PT. Askes, PT. Taspen, PT. Asabri) menjadi BPJS untuk mempercepat terselenggaranya sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia khususnya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

UU no. 24/2011 juga mempertegas fungsi BPJS sebagai penyelenggara program JKN yang merupakan representasi negara³. Dalam melaksanakan fungsinya BPJS Kesehatan bertugas untuk:

- 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
- 2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- 3) Menerima bantuan iuran dari Pemerintah
- 4) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta
- 5) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- 6) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
- 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat

Melalui program JKN ini merupakan harapan untuk tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk Indonesia sebagaimana tertuang dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 sebagai bukti yang kuat bahwa

3 Lihat: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2021/30>

pemerintah dan pihak-pihak terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi masyarakat dan merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (Vandawati dkk., 2021).

Tabel 1 Sintesis Landasan Konstitusional atau Payung Hukum terkait Sistem Jaminan Kesehatan Nasional dan BPJS

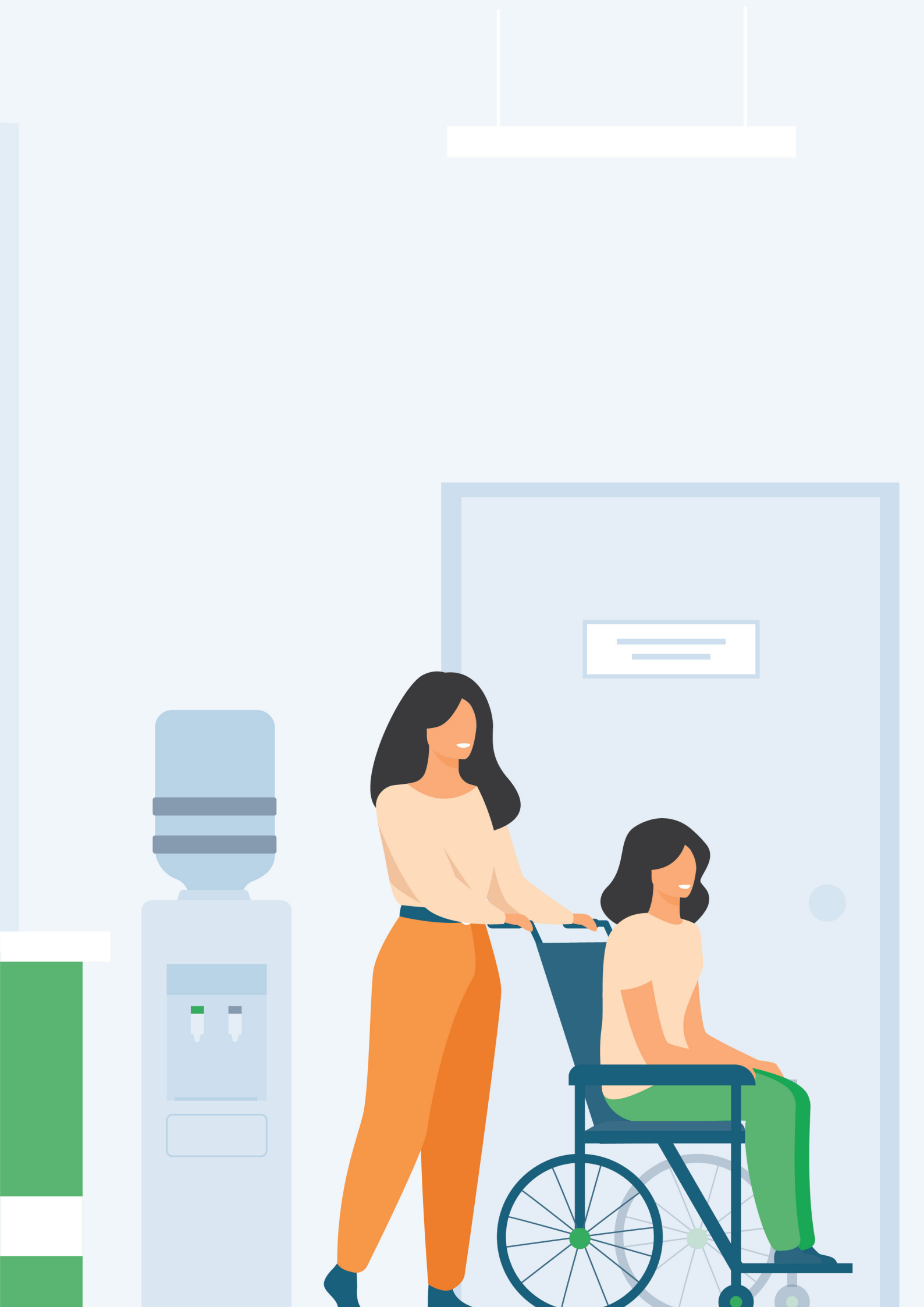
Payung Hukum	Keterangan (mengantar perihal)
<p>UUD 1945 Pasal 28 H</p>	<p>(1) setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan;</p> <p>(2) setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan; dan</p> <p>(3) setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.</p>
<p>UUD 1945 Pasal 34</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara; 2. negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan; dan 3. negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
<p>ILO nomor 102/1952</p>	<p>tentang penyelenggaraan jaminan sosial</p>

Persetujuan Majelis Umum PBB (Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights dan International Covenant on Civil and Political Rights)	tentang penyelenggaraan jaminan sosial untuk kepentingan kesehatan
Undang-undang	
UU No. 40 Tahun 2004	tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
Pasal 5 Ayat (1) dan Ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009	tentang Kesehatan (UU Kesehatan) pun menegaskan 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.
UU No. 24 Tahun 2011	tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Peraturan Pemerintah	
PP No. 101 Tahun 2012	tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
PP No. 85 Tahun 2013	tentang tata cara hubungan antar Lembaga Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
PP No. 86 Tahun 2013	tentang tata cara pengenaan sanksi administratif kepada pemberi kerja selain penyelenggara negara dan setiap orang, selain pemberi kerja, pekerja, dan penerima bantuan iuran dalam penyelenggaraan jaminan sosial
PP No. 87 Tahun 2013	tentang pengelolaan aset jaminan sosial kesehatan

PP No. 88 Tahun 2013	tentang tata cara pengenaan sanksi administratif bagi anggota dewan pengawas dan anggota direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
PP No. 89 Tahun 2013	tentang pencabutan Peraturan Pemerintah nomor 69 tahun 1991 tentang pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya
PP No. 90 Tahun 2013	tentang pencabutan Peraturan Pemerintah nomor 28 tahun 2003 tentang subsidi dan iuran Pemerintah dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri sipil dan penerima pensiun.
Peraturan Presiden No. 44 Tahun 2008	tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Tata Cara Pengangkatan Penggantian dan Pemberhentian Anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional
Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013	tentang Jaminan Kesehatan
Peraturan Presiden No. 107 Tahun 2013	tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan dengan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia
Peraturan Presiden No. 108 Tahun 2013	tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial
Peraturan Presiden No. 109 Tahun 2013	tentang Penahapan Kepesertaan Program Jaminan Sosial
Peraturan Presiden No. 110 Tahun 2013	tentang Gaji atau Upah dan Manfaat Tambahan Lainnya Serta Insentif Bagi Anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013	tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018	Tentang Jaminan Kesehatan
Peraturan Presiden No. 75 tahun 2019	tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Perubahan iuran BPJS ditegaskan dalam Pasal 34 Perpres 75 tahun 2019 yaitu untuk Kelas I sebesar Rp.160.000,00/orang/bulan, Kelas II sebesar Rp.110.000,00/orang/bulan dan Kelas III sebesar Rp.42.000,00/orang/bulan.)
Peraturan Presiden No. 64 Tahun 2020	tentang Perubahan Kedua atas <i>Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018</i> tentang Jaminan Kesehatan (Untuk bulan Januari, bulan Februari, dan bulan Maret 2020, iuran bagi Peserta PBU dan Peserta BP yaitu sebesar: Kelas 1 sebesar Rp.160.000,00/orang/bulan, Kelas II sebesar Rp.110.000,00/orang/bulan dan Kelas III sebesar Rp.42.000,00/orang/bulan. Untuk bulan April, bulan Mei, dan bulan Juni 2020, iuran bagi Peserta PBU dan Peserta BP yaitu sebesar: Kelas 1 sebesar Rp.80.000,00/orang/bulan, Kelas II sebesar Rp.51.000,00/orang/bulan dan Kelas III sebesar Rp.25.500,00/orang/bulan.)

<p>Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 25/2020 tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)</p>	<p>Ketentuan ini mengatur pelaksanaan tata kelola BPJS mulai dari investasi, teknologi informasi, data dan informasi, iuran, manajemen risiko dan pengendalian internal hingga kode etik organ BPJS.</p>
---	--





III. EFEKTIVITAS PENYEDIAAN JAMINAN KESEHATAN OLEH BPJS KESEHATAN DALAM IMPLEMENTASI UHC

3.1 Cakupan dan Capaian Kepesertaan

Jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas yang bertujuan untuk menjamin pemeliharaan dan perlindungan kesehatan, sebagaimana yang diamanatkan oleh UU 40/2004 tentang SJSN (Pasal 18). Dalam kerangka implementasi prinsip *Universal Health Coverage*, jumlah penduduk yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan menunjukkan seberapa luas penyediaan akses terhadap jaminan kesehatan. Pemerintah telah menetapkan target capaian kepesertaan penduduk dalam program JKN. Pada RPJMN 2015-2019, ditargetkan 95% dari penduduk Indonesia menjadi peserta JKN, dan sebanyak 107,2 juta jiwa merupakan peserta PBI (ditetapkan dari 40 persen penduduk berpendapatan terbawah). Sementara pada RPJMN 2020-2024, ditargetkan peserta JKN tercapai 98% dari total penduduk, serta sebanyak 112,9 juta jiwa merupakan peserta PBI (Gambar 1).

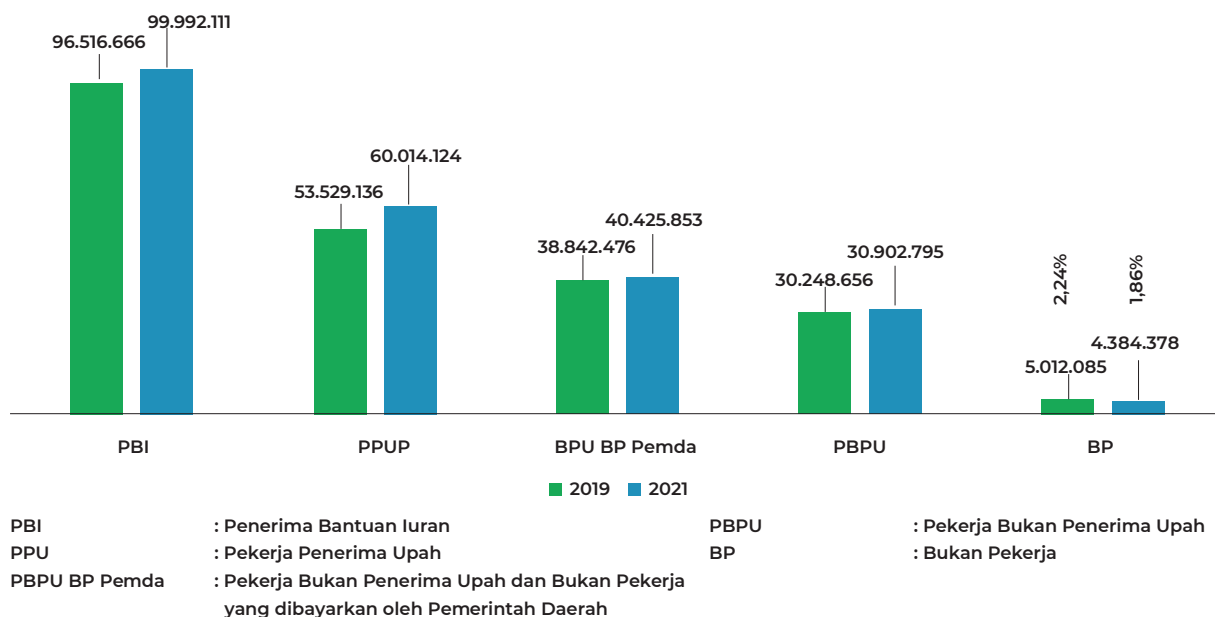


Sumber: Diolah dari BPK (2021); BPJS Kesehatan (2021)

Gambar 1 Capaian Kepesertaan dan Target Kepesertaan dalam RPJMN dari tahun 2019-2021

Namun demikian, pada tahun 2019 target RPJMN tidak tercapai yakni cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan baru mencapai 83,98% (224,1 juta) penduduk (Gambar 1), sementara peserta JKN kategori PBI baru mencapai 96,5 juta jiwa. Meski target RPJMN 2015-2019 tidak tercapai, Pemerintah tetap menaikkan target pencapaian program JKN pada RPJMN 2020-2024. Terlihat peningkatan jumlah peserta BPJS pada tahun 2020 dan 2021, namun capaiannya masih di bawah 90% dari total penduduk Indonesia. Jumlah PBI tahun 2021 mengalami peningkatan dibanding tahun 2019 yaitu 99.992.111 jiwa. Dari sisi kuantitas, capaian tersebut belum optimal, terlebih adanya keputusan Menteri Sosial pada September 2021 yang mengeluarkan lebih dari 9 juta penduduk miskin dari PBI⁴, sehingga peserta PBI berjumlah 87.053.683 jiwa.

“Misalnya tentang PBI yang kalau kita lihat justru ada kecenderungan pemerintah menurunkan jumlah peserta PBI. Yang artinya ada kepastian bahwa masyarakat miskin kita akan termarginalkan dari JKN, sehingga mereka tidak bisa untuk mengakses. Mereka menjadi peserta mandiri juga relatif sulit ya.” (Ketua DJSN 2010-2015)



Sumber: Diolah dari BPJS Kesehatan (2020); BPJS Kesehatan (2021)
 Gambar 2 Komposisi peserta BPJS Kesehatan tahun 2019 dan 2021

4 Keputusan Menteri Sosial Nomor 92/HUK/2021 Tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2021.

Belum tercapainya target RPJMN pada tahun 2019 juga dibarengi dengan beberapa permasalahan kepesertaan. Pada penilaian BPK atas capaian tahun 2019, tercatat ada beberapa permasalahan kepesertaan, diantaranya, 1) per 31 Desember 2019 sebanyak 9.858.142 peserta aktif dengan Nomor Induk Kependudukan (NIK) tidak valid (tidak ada data/NIK kosong, NIK bukan karakter numerik, dan tidak memiliki jumlah karakter sebanyak 16 digit); dan 2) sebanyak 8.441 peserta aktif memiliki NIK yang sama. Akar permasalahan yakni tidak validnya data peserta disebabkan sistem database kepesertaan belum menyatu dengan data kementerian/lembaga terkait, sehingga belum mampu merespon dinamika perubahan kependudukan secara *real-time*. Contohnya, BPK menemukan bahwa peserta PBI yang sebelumnya tidak bekerja, kemudian memperoleh pekerjaan pada sebuah badan usaha seharusnya berubah status sebagai Pekerja Penerima Upah (PPU). Apabila fenomena ini tidak direspon akan berpotensi pada pemborosan anggaran negara (Tim Pendapat BPK, 2021).

Masalah Kepesertaan PBI

Begitu pula investigasi Tempo tahun 2020 yang menemukan adanya praktik pemalsuan data peserta PBI, sehingga manfaatnya diperoleh orang lain. Penelusuran KPK menemukan masih ada sekitar 24 juta data penerima PBI yang bermasalah. Sementara Kemensos menduga jumlahnya mungkin lebih banyak, karena ada 30 juta peserta PBI yang belum sinkron dengan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). DTKS merupakan basis data untuk penentuan PBI yang diintegrasikan dengan Nomor Induk Kependudukan (NIK). Namun, integrasi data yang masih lemah menjadi penyebab peserta dapat terhenti sebagai peserta BPJS, atau potensi terjadinya pemalsuan data (Pramita dkk., 2020).

Studi ini menemukan terdapat beberapa kasus kepesertaan PBI BPJS yang mengalami penon-aktifan sepihak tanpa pemberitahuan. Terdapat anggapan bahwa penon-aktifan tersebut dikarenakan peserta jarang menggunakan layanan BPJS. Namun dalam Kotak. 1, keluarga MS yang aktif memanfaatkan layanan BPJS dan rutin melakukan pemeriksaan, tiba-tiba mengalami status kepesertaan non aktif sebelum melakukan operasi. Hal ini menyebabkan pasien harus menunda operasi dan bertahan dengan penyakitnya selama proses pengaktifan kembali. Kejadian non-aktifnya kepesertaan BPJS ini juga terjadi secara massal di kampungnya⁵.

5 Hasil wawancara dengan MS, peserta PBI BPJS non aktif (23 Agustus 2022)

Box. 1 Kasus peserta PBI BPJS Kesehatan yang dinon-aktifkan sepihak tanpa pemberitahuan

MS merupakan salah satu dari sekian banyaknya peserta PBI yang statusnya di non-aktifkan tanpa sebab yang jelas. MS baru mengetahui ketika ingin mengurus perpanjangan rujukan mertuanya untuk perawatan sakit katarak. Ketika ingin di operasi, status BPJS mertuanya sudah tidak aktif dan ternyata hal ini juga berlaku kepada semua keluarga dan tetangganya di desa. Semua kerabat dan masyarakat sekitar MS tidak mengetahui bahwa kepesertaan bisa non aktif karena ketika mendaftar dulu tidak ada informasi yang menjelaskan demikian. Hingga saat ini mertua MS belum di operasi dan masih menunggu dengan penyakitnya untuk kembali lagi aktif sebagai peserta BPJS.

Skema untuk mengurus kembali kepesertaan PBI BPJS juga tidak diketahui secara jelas oleh MS dan masyarakat disekitarnya. Saat ingin mengurus, MS mendaftarkan diri ke Dinas Sosial melalui kelurahan. MS tidak mendapatkan kepastian karena informasi yang diberikan oleh kelurahan adalah masyarakat yang mendaftar ulang harus menunggu untuk kuota peserta kembali diberikan. MS juga diminta mengurus ke kantor BPJS namun ternyata pelayanan dilakukan dengan basis aplikasi Mobile JKN. Sementara, masyarakat masih belum mengerti cara menggunakan aplikasinya. Sosialisasi untuk menggunakan aplikasi juga dinilai masih minim sehingga masyarakat banyak yang mengalami kebingungan.

Terdapat beberapa alternatif yang MS temui ketika kepesertaan BPJS non aktif. Pertama adalah mengurus langsung ke dinas sosial namun hanya bisa untuk satu kali pengobatan. Hal ini dinilai tidak efektif karena MS harus bolak-balik ke rumah sakit sehingga memutuskan untuk menjadi pasien umum saja. Kedua, melalui bantuan sosial dari dinas sosial yang umumnya dimanfaatkan oleh ibu-ibu yang melahirkan. Akan tetapi bantuan ini hanya bisa dimanfaatkan melalui surat keterangan rawat inap. Masyarakat harus ke desa atau kelurahan untuk surat keterangan tidak mampu dan diteruskan ke kecamatan, lalu dinas sosial dan dinas kesehatan hingga kembali ke rumah sakit. Walaupun dengan proses yang cukup panjang serta menyita waktu dan perhatian keluarga pasien, bantuan sosial ini dirasa cukup membantu dengan maksimal tanggungan 5 juta.

Kasus kedua terjadi pada SU yang merupakan peserta PBI BPJS yang baru mengetahui bahwa status kepesertaannya non aktif saat sedang dalam proses rawat inap di rumah sakit. Pihak rumah sakit memberikan waktu 3 hari untuk mengurus pengaktifan kembali kartu BPJS namun keluarga tidak berhasil melakukannya sehingga harus membayar mandiri sebesar 4 juta rupiah untuk semua biaya perawatan⁶.

Box. 2 Kasus peserta PBI BPJS Kesehatan yang dinon-aktifkan sepihak dan harus menanggung sendiri pengobatan

SU adalah salah satu peserta BPJS yang kepesertaannya non aktif ketika dibawa ke rumah sakit. DO selaku keluarga SU diberi waktu selama 3 hari untuk mengaktifkan kembali kartu BPJS Kesehatan. Selanjutnya keluarga SU meminta surat keterangan tidak mampu dari desa dan Dinas Sosial, dan ke kantor BPJS Kesehatan cabang Mojokerto. Namun pihak kantor BPJS Kesehatan cabang Mojokerto menyatakan bahwa kartu BPJS mereka sudah tidak aktif sejak tahun 2017. SU akhirnya ditetapkan menjadi pasien umum dan membayar sendiri semua pengobatan dari biaya rawat inap hingga obat sekitar 4 juta selama 6 hari.

Keluarga SU pada kenyataannya sangat keberatan dengan biaya yang harus ditanggung. Selain itu, obat juga ditebus di luar rumah sakit dan menambah beban serta tekanan ketika harus merawat SU. Keluarga SU pada akhirnya terpaksa mengambil tindakan meminjam atau berhutang dengan orang lain. DO sudah melakukan tindak lanjut untuk pengaktifan kembali kepesertaan BPJS Kesehatan ke kantor BPJS namun kesulitan dalam pengisian form dan kebingungan terhadap proses yang harus dilakukan. Kelurahan dan puskesmas juga tidak memberikan kepastian kepada keluarga SU dan beberapa masyarakat yang juga mengalami kasus yang sama. DO selanjutnya melaporkan kejadian ini kepada FP Jamsos dan mendapatkan dampingan untuk proses pengaktifan dalam rentang waktu 2 minggu.

Dua kasus diatas menunjukkan pembelajaran atas pemberhentian kepesertaan yang terjadi disebabkan belum maksimalnya integrasi data DTKS dengan NIK, karena data DTKS dari Kementerian Sosial juga tidak lengkap. Terdapat sekitar 99 juta data penduduk hanya berisi nama panggilan atau tanggal lahir, sehingga sulit diintegrasikan dengan NIK (Pramita dkk., 2020). Dengan demikian, verifikasi data menjadi penting. Verifikasi data penduduk miskin juga telah diatur dalam UU No 13/2011 tentang Penanganan Fakir Miskin mengamanatkan pelaksanaan verifikasi harus dilakukan secara berkala sekurangnyanya dua tahun sekali. Tahun 2021, Pemerintah melalui Kementerian Sosial telah melakukan integrasi data

6 Hasil wawancara DO, menantu SU selaku peserna PBI PBJs non aktif (29 Juli 2022)

DTKS dan NIK, dan menetapkan pengurangan jumlah PBI hingga lebih dari 9 juta melalui Keputusan Menteri Sosial Nomor 92/HUK/2021 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2021. Keputusan ini perlu segera diimbangi dengan proses penggantian dan penambahan peserta PBI berdasarkan penilaian yang obyektif, sebagaimana yang termuat dalam PP No.76/2015 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Permasalahan Kepesertaan PPU & PBP

Pasal 30 dalam PP Nomor 64/2020 Tentang Jaminan Kesehatan sebenarnya telah mengatur besaran (nominal) yang harus dibayarkan peserta BPJS. Iuran bagi masyarakat yang berkategori Pekerja Penerima Upah (PPU) besarnya dilakukan penyesuaian berdasar jumlah gaji yang diterima. Di dalamnya terdapat kewajiban pihak Pemberi Kerja melalui penyertaan iuran (sebesar 5% dari gaji di mana 4% dibayar Pemberi Kerja dan 1% dibayar Peserta). Jika melihat skema pembayaran di atas, sebenarnya nominal pembayaran iuran program JKN sudah disesuaikan dengan besaran gaji yang diterima. Wacana penyesuaian besaran iuran JKN seturut jumlah gaji menjadi tidak relevan karena sudah diberlakukan dan selama ini berjalan baik-baik saja, terutama iuran kepesertaan dari PPU (Ombudsman RI, 2022).

Selanjutnya, bagi peserta BPU (Bukan Penerima Upah) dan BP (Bukan Pekerja) atau peserta mandiri, nominal besaran iuran disesuaikan dengan kelas perawatan yang dipilih masing-masing peserta. Dari sisi manfaat, klaim hak bagi setiap peserta adalah sama, namun dibedakan pada masing-masing kelas berdasarkan kelas perawatan atau ruang rawat inap.

Permasalahan utama yang dihadapi mencakup belum optimalnya upaya untuk meningkatkan kepesertaan Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Peserta Bukan Penerima Upah (PBP) diantaranya belum adanya mekanisme pemberian sanksi, belum seluruh badan usaha yang mendaftarkan pekerjanya, belum optimalnya pendataan *by name by address* 40 persen penduduk berpendapatan terbawah dan sosialisasi JKN yang belum optimal (Bappenas, 2019). Untuk itu perlu upaya inovatif untuk meningkatkan kepesertaan yang berorientasi pada kemudahan dalam pendaftaran, peningkatan sosialisasi, dan perbaikan data.

Strategi Perluasan Cakupan Kepesertaan

Dalam rangka mencapai target UHC, ada beberapa kebijakan yang dilakukan Pemerintah. *Pertama*, penetapan sanksi untuk tidak diberikan pelayanan publik

tertentu bagi setiap orang/pemberi kerja yang tidak mendaftarkan dirinya/ anggota keluarganya/pekerjanya sebagai peserta Program JKN berdasarkan PP Nomor 86 Tahun 2013⁷. Pelayanan publik tersebut antara lain Izin Mendirikan Bangunan (IMB), Surat Izin Mengemudi (SIM), sertifikat tanah, paspor, dan Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK).

Pengukuran capaian kepesertaan BPJS Kesehatan seharusnya tidak hanya diukur dari jumlah peserta yang mendaftar. Tetapi sebaiknya, capaian kepesertaan tersebut harus dipilah mana peserta yang aktif (membayar iuran) dan non-aktif. Dengan begini, bisa dilihat lebih rinci berapa persen masyarakat Indonesia yang bisa mendapatkan layanan BPJS. Pada tahun 2018 saja, tingkat keaktifan peserta mandiri dalam membayar iuran hanya mencapai 53,7%. Artinya, 46,3 persen dari peserta mandiri tidak disiplin membayar iuran alias menunggak. Sejak 2016 - 2018, besar tunggakan peserta mandiri ini mencapai sekitar Rp15 triliun⁸. Salah satu narasumber dari masyarakat sipil juga menyampaikan permasalahan keaktifan peserta, sebagai berikut:

“...Ada proses cleansing kepada peserta yang dianggap tidak layak menjadi PBI, dikeluarkan secara sepihak tanpa bicara. Ini juga yang menjadi masalah kepesertaan, orang miskin datang punya kartu PBI tetapi disebut non aktif. Ketika non aktif tidak bisa dilayani. Peserta aktif yang disebut peserta, sekitar 170 juta bukan 235 juta. Di situ juga PBI non aktif digabungin terus, ada juga pekerja yang ter PHK diikutkan lagi. Demikian juga yang nunggak, peserta mandiri yang nunggak sekitar 16 juta dimasukkan juga. Ini kesannya kita sudah bisa sampai 235 juta, padahal realnya tidak. Peserta adalah yang mendaftar dan membayar iuran, kalau dia tidak aktif tidak mendapatkan layanan. Kalau saya bilang ini kebohongan publik yang dibuat oleh BPJS...”
(BPJS Watch)

3.2 Dinamika Penetapan Iuran

Penetapan iuran BPJS Kesehatan telah mengalami perubahan dinamis (Tabel 2). Perpres No. 64/2020 Pasal 38 menyebutkan bahwa “besaran iuran ditinjau paling lama 2 (dua) tahun sekali, dengan menggunakan standar praktik aktuarial jaminan sosial yang lazim dan berlaku umum dan sekurang-

7 PP Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif

8 <https://ombudsman.go.id/news/r/iuran-bpjs-kesehatan-tidak-pantas-naik-masyarakat-menjadi-pihak-yang-harus-menanggung-kenaikan-iuran-bpjs-kesehatan-ini>

kurangnya memperhatikan inflasi, biaya kebutuhan Jaminan Kesehatan, dan kemampuan membayar iuran”. Kenaikan iuran BPJS Kesehatan terjadi di sejak awal program JKN diluncurkan. Kenaikan iuran dianggap wajar terjadi seiring dengan terjadinya inflasi dan beberapa kondisi lainnya (Retnaningsih, 2021). Namun demikian, kenaikan iuran paling tinggi terjadi pada tahun 2019 melalui Perpres No. 75/2019, dipicu oleh terjadinya defisit program JKN yang terus meningkat setiap tahunnya. Iuran yang berlaku dianggap *underpriced* dan *adverse selection* pada peserta mandiri. Tahun 2018, total iuran dari peserta mandiri mencapai Rp 8,9 triliun, sementara total klaimnya mencapai Rp 27,9 triliun, sehingga rasio utilitasnya mencapai 313%. Di sisi lain, sebagian besar peserta mandiri tidak disiplin membayar iuran dimana tingkat keaktifan peserta mandiri hanya 53,7% (Kurniawan, 2019).

Tabel 2 Perubahan Besaran Iuran BPJS Kesehatan

Kelas	Besaran Iuran					
	2014 ^a	2016 ^b	2018 ^c	2019 ^d	2020 ^e	2021 ^e
I	59.500	80.000	80.000	160.000	150.000	150.000
II	42.500	51.000	51.000	110.000	100.000	100.000
III	25.500	30.000	25.500	42.000	42.000 -16.500 (subsidi) = 25.500	42.000 -7.000 (subsidi) = 35.000

Sumber: ^a(Perpres No 3/2013); ^b(Perpres No 19/2016); ^c(Perpres No. 82/2018); ^d(Perpres No. 75/2019); ^e(Perpres No. 64/2020)

Kenaikan jumlah iuran yang signifikan ini mendapat kritik dari banyak pihak. Dengan model pembiayaan JKN yang membebankan iuran kepada masyarakat, Pemerintah seperti melepaskan kewajiban untuk menjamin akses kesehatan yang terjangkau bagi seluruh masyarakat⁹. Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia (KPCDI) melakukan gugatan Perpres No. 75/2019 kepada Mahkamah Agung karena dianggap diskriminatif. MA mengabulkan uji materi yang diajukan dan menyatakan Pasal 34 Ayat 1 dan 2 Perpres 75/2019 tak memiliki kekuatan hukum mengikat. Pasal tersebut juga dinyatakan bertentangan dengan sejumlah Undang-undang¹⁰. Namun demikian, Presiden kemudian mengeluarkan Perpres

9 Indonesia for Global Justice. 2019. Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan Bukan Solusi Atasi Defisit. Siaran Pers, 4 September 2019. <https://igj.or.id/kenaikan-iuran-bpjs-kesehatan-bukan-solusi-atasi-defisit/>.

10 Dewan Perwakilan Rakyat. 2020. DPR Apresiasi Putusan MA Batalan Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan. <https://www.dpr.go.id/berita/detail/id/28092/t/javascript>.

No. 64/2020 (Tabel 2) yang kembali mengatur kenaikan iuran BPJS Kesehatan. Pemerintah menetapkan kenaikan iuran peserta mandiri BPJS Kesehatan secara bertahap pada bulan Juli 2020, kemudian pada bulan Januari 2021. Sementara itu peningkatan tarif peserta mandiri dengan manfaat perawatan kelas III disubsidi oleh Pemerintah. KPCDI kembali menggugat Perpres No. 64/2020, namun sayangnya MA menolak gugatan tersebut karena dianggap besaran iuran yang ditetapkan secara berkala dalam Perpres tersebut sesuai perkembangan sosial dan ekonomi masyarakat¹¹. Kenaikan iuran JKN yang tetap dilakukan di tengah pandemi COVID-19, yang sangat berpengaruh terhadap perekonomian nasional dan menurunkan kesejahteraan masyarakat, dinilai menambah beban masyarakat, terutama bagi kelas III mandiri. Dampak terbesar dari kenaikan iuran ini dirasakan misalnya oleh pasien cuci darah dari kelompok masyarakat kurang mampu dan bukan termasuk PBI.

Analisis Sutarsa *et al.* (2020)¹² menunjukkan bahwa kenaikan iuran hanya mengatasi permasalahan defisit BPJS Kesehatan dalam jangka pendek, dikarenakan beberapa hal. *Pertama*, kenaikan iuran dapat menghambat pencapaian UHC karena akses terhadap layanan JKN lebih banyak dinikmati kelompok masyarakat dengan daya beli tinggi. Kelompok berpendapatan rendah akan memilih menurunkan kelas atau tidak membayar iuran. Studi LPEM UI (2020) memperkuat hal ini, dimana sebesar 24% dari total peserta BPJS menurunkan kelas layanan dari kelas satu ke kelas dua, dan dari kelas dua ke kelas tiga (Wijayanti, 2020). Sementara itu, potensi peningkatan peserta non aktif dapat mencapai 60%.

Kedua, tingkat keaktifan peserta mandiri dalam membayar iuran hanya setengah dari total jumlah peserta mandiri. Apabila hal ini merupakan cerminan dari kesanggupan membayar masyarakat, maka kenaikan iuran akan menurunkan kemampuan masyarakat untuk membayar asuransi. *Ketiga*, tingginya klaim peserta mandiri dibandingkan PBI dapat dijadikan acuan bahwa peserta mandiri yang aktif membayar iuran adalah mereka yang membutuhkan layanan kesehatan, atau kelompok masyarakat yang 'sakit'. Kelompok masyarakat yang sehat kemungkinan akan berhenti membayar iuran. Padahal, idealnya layanan pengobatan dasar dan upaya pencegahan perlu diperkuat untuk menekan

11 Saubani A. 2020. Dulu kabulkan gugatan kenaikan iuran BPJS Kesehatan, kini MA menolak. *Republika.co.id*, 12 Agustus 2020. <https://www.republika.co.id/berita/qexzxp409/dulu-kabulkan-gugatan-kenaikan-iuran-bpjs-kini-ma-menolak>.

12 Sutarsa IN, Prastyani AW, Adawiyah RA. 2020. Kenaikan iuran BPJS bukan solusi terhadap masalah kesehatan di Indonesia: 4 hal yang perlu dilakukan. *The Conversation*, Juni 11, 2020. <https://theconversation.com/kenaikan-iuran-bpjs-bukan-solusi-terhadap-masalah-kesehatan-di-indonesia-4-hal-yang-perlu-dilakukan-140547>

layanan sekunder/tersier. Dalam faktanya, sebagian besar proporsi JKN dialokasikan untuk membayar klaim rumah sakit khususnya untuk penyakit katastrofik yang biayanya tinggi.

Sejalan dengan hal tersebut, informan dalam studi ini juga menyebutkan tunggakan iuran dan beban denda yang semakin tinggi memungkinkan peserta mandiri untuk berhenti dari kepesertaan JKN. Disamping itu, sistem kelas yang mewajibkan seluruh anggota keluarga mengikuti kelas yang sama mengakibatkan pembayaran iuran menjadi tidak optimal¹³. Kebijakan penetapan iuran yang efektif sangat diperlukan untuk meningkatkan jumlah peserta aktif, bukan hanya untuk mengatasi defisit.

“Bahwa indikator keberhasilan JKN itu sebenarnya bukan surplus ataupun defisit, tapi bagaimana jumlah peserta aktifnya semakin tinggi dan pelayanannya semakin baik.” – BPJS Watch

Penyesuaian iuran BPJS Kesehatan sesuai besaran pendapatan telah diterapkan di Indonesia sebagaimana yang tertuang pada Perpres No 64/2020. Saat ini, peserta PPU (Pekerja Penerima Upah) atau pekerja formal baik penyelenggara negara seperti ASN, TNI, POLRI dan pekerja swasta memiliki besaran iuran yang telah disesuaikan dengan besaran gaji, yakni sebesar 5% dari upah, dengan rincian 4% dibayarkan oleh pemberi kerja dan 1% oleh pekerja. Sementara pada segmen PBPU (Pekerja Bukan Penerima Upah) dan BP (Bukan Pekerja), yang termasuk dalam ekonomi informal, Pemerintah masih berupaya untuk menentukan formula terbaik dalam menentukan sistem pembayaran iuran. Penentuan iuran berdasarkan persentase pendapatan dianggap lebih tepat karena lebih mampu mencapai keberlanjutan, peningkatan mutu, ekuitas Program JKN dan pencapaian UHC. Jumlah iuran berdasarkan gaji dianggap merepresentasikan kemampuan membayar peserta, sehingga lebih memenuhi prinsip ekuitas sebagaimana yang tertuang dalam UU SJSN.

Namun demikian, ada beberapa fakta yang perlu diperhatikan dalam menetapkan besaran iuran untuk segmen PBPU dan BP apabila dihitung berdasarkan persentase pendapatan. *Pertama*, ada perbedaan pendapatan yang signifikan dalam ekonomi informal. Perlu dipahami karakteristik pengusaha di sektor informal memiliki pendapatan paling besar, diikuti oleh pekerja informal, mereka yang berusaha sendiri, pekerja upahan biasa atau pekerja musiman, dan yang terendah adalah pekerja lepas atau pekerja

13 Diskusi pakar tim peneliti INFID dengan Chazali S – Ketua DJSN 2010-2015 pada 10 Agustus 2022

rumahan. Dengan demikian, BPJS Kesehatan memiliki tantangan besar dalam melakukan verifikasi pendapatan setiap golongan pekerja sektor informal. *Kedua*, pekerja di sektor informal (bukan pengusaha) memiliki pendapatan yang rendah, di bawah rata-rata upah minimum nasional. Sementara itu, hanya sepertiga dari 74 juta pekerja informal di Indonesia yang merupakan penerima bantuan iuran dari pemerintah. Melihat hal ini, maka pemerintah perlu menjamin alokasi bantuan penerima iuran dapat tepat sasaran. *Ketiga*, pendapatan pekerja sektor informal bersifat fluktuatif, sehingga diperlukan alternatif kebijakan untuk mendorong keberlanjutan kepatuhan membayar iuran.

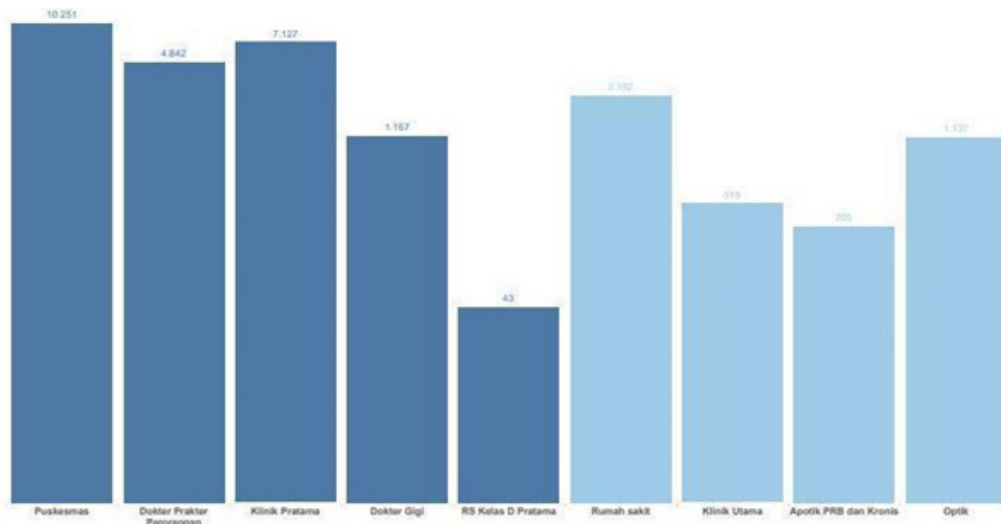
Ke depan, ada beberapa langkah penting yang perlu didorong dalam penentuan iuran untuk segmen PBPU dan BP berdasarkan persentase pendapatan serta untuk meningkatkan keaktifan peserta. *Pertama*, mengenali kelompok masyarakat segmen PBPU (umumnya dalam ekonomi informal) dan BP yang dapat berkontribusi dengan baik dalam program JKN. Tidak seluruhnya pekerja di sektor informal dikategorikan sebagai kelompok miskin. Dalam hal ini, BPJS Kesehatan perlu bekerjasama dengan Direktorat Jenderal Pajak, Kementerian Keuangan untuk mengidentifikasi kelompok pengusaha dan pekerja sektor informal yang dapat berkontribusi baik dalam membayar iuran. *Kedua*, untuk meningkatkan keaktifan peserta, BPJS Kesehatan dapat mempertimbangkan beberapa kebijakan berikut: 1) memberikan relaksasi denda bagi peserta yang memiliki tunggakan. Relaksasi denda dapat berupa kebijakan potongan/pengampunan denda atau kelonggaran mencicil tunggakan/denda. Ada dua kondisi yang memungkinkan seseorang menunggak iuran yaitu kemampuan membayar (*ability to pay*) yang rendah serta keinginan membayar (*willingness to pay*) yang rendah. Untuk itu, kebijakan relaksasi denda dan tunggakan perlu diberikan kepada peserta dengan kemampuan membayar iuran yang rendah; 2) memberikan relaksasi waktu pembayaran iuran. Saat ini, batas waktu pembayaran iuran BPJS Kesehatan adalah setiap tanggal 10 setiap bulan dan harus dibayarkan bersamaan seluruh anggota keluarga. Kelonggaran waktu mencicil iuran dapat menjadi opsi untuk meningkatkan kepatuhan dan keaktifan peserta, misalnya satu keluarga baru dapat membayarkan sebagian anggotanya di awal bulan, kemudian sisanya dibayarkan pada akhir bulan.

3.3 Akses dan Kualitas Pelayanan Jaminan Kesehatan

3.3.1 Akses untuk layanan Kesehatan masih sangat Timpang

Akses yang adil (*equity*) dan kualitas (*quality*) pelayanan jaminan kesehatan menjadi dasar dari prinsip utama yang perlu dipenuhi dalam penyelenggaraan UHC. Akses yang adil tidak hanya menyediakan manfaat jaminan kesehatan yang sama pada semua orang, namun juga diberikan sesuai dengan kebutuhan masing-masing. Sebelum jauh membahas responsivitas terhadap kebutuhan setiap orang, studi (Sambodo dkk., 2021) justru menunjukkan bahwa akses terhadap manfaat JKN masih timpang, dimana lebih banyak dinikmati oleh kelompok sejahtera dan secara geografis lebih banyak dinikmati kelompok masyarakat yang tinggal di wilayah dengan layanan kesehatan yang lebih maju. Masyarakat yang tinggal di wilayah perkotaan serta yang tinggal di wilayah Jawa dan Bali menikmati manfaat yang lebih besar dibandingkan daerah pedesaan dan pulau-pulau lainnya. Sebagai contoh, pasien kanker di Jakarta bisa mendapatkan pelayanan hingga rumah sakit tipe A, namun pasien kanker di Papua tidak bisa mendapatkan pelayanan yang sama jika melakukan perawatan di Papua. Dengan demikian, pasien BPJS Kesehatan yang seharusnya mendapatkan manfaat yang sama tidak terpenuhi karena faktor geografis. Dalam konteks ini, pasien di wilayah dengan fasilitas kesehatan yang minim perlu mengeluarkan biaya tambahan yang cukup besar untuk mendapatkan perawatan yang dibutuhkan.

Ketimpangan ketersediaan layanan kesehatan di setiap wilayah di Indonesia menjadi penyebab utama masih timpangnya akses terhadap manfaat JKN. BPJS mencatat pada 1 Agustus 2022 terdapat 27.643 Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan program JKN-KIS. Jumlah tersebut terbagi dari 23.430 FKTP dan 4.210 FKRTL. Secara rinci 23.430 FKTP terdiri dari 10.251 Puskesmas, 4.842 Dokter praktek perorangan, 7.127 Klinik Pratama, 1.167 Dokter gigi, dan 43 RS Kelas D Pratama. Sementara itu, 4.210 FKRTL terbagi dari 2.552 Rumah Sakit, 319 Klinik Utama, 205, Apotek PRB dan Kronis serta 1.137 optik..



Sumber: BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan pada 1 Agustus 2022
 Gambar 3 Data Sebaran Fasilitas Kesehatan JKN pada Agustus 2022

Data di atas jika kita sandingkan dengan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021 maka akan terlihat ketidakmerataan fasilitas kesehatan. Wilayah Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat memiliki rasio Puskesmas di bawah 1 yaitu: 0,8 dan 0,7. Hal ini menunjukkan bahwa tidak semua kecamatan di wilayah Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat memiliki Puskesmas sehingga akses terhadap pelayanan kesehatan primer belum memadai. Lima provinsi dengan rasio Puskesmas per kecamatan tertinggi yaitu DKI Jakarta (7,2), Bali (2,1), Maluku (1,8), Kalimantan Timur (1,8), dan Jawa Barat (1,7)¹⁴. Sementara itu terdapat 10 provinsi yang belum mencapai target persentase puskesmas dengan ketersediaan obat di bawah target 90% yaitu: Aceh, Sumatera Utara, Lampung, Jawa Tengah, Banten, Kalimantan Tengah, Sulawesi utara, Maluku, Maluku Utara, dan Papua Barat.

Selanjutnya, persentase rumah sakit kabupaten/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang terendah yaitu Provinsi Maluku sebesar 38,5% dan Papua sebesar 31,6%. Kemudian rasio jumlah tempat tidur terhadap 1.000 penduduk di Indonesia telah memenuhi standar minimal WHO. Kendati demikian terdapat satu provinsi yang rasio tempat tidurnya di bawah standar WHO yaitu Provinsi Lampung dengan besar rasio 0,9. Sedangkan RS terakreditasi terendah di Provinsi Papua Barat sebesar 58,3%. Dari sisi ketersediaan rumah sakit, Pemerintah perlu mendorong investor untuk membangun rumah sakit swasta di luar Pulau

14 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Profil Kesehatan Indonesia 2021, Jakarta-2022

Jawa dan Bali untuk mengurangi ketimpangan akses terhadap manfaat JKN. Hal ini disampaikan oleh informan berikut:

“Pertumbuhan rumah sakit lebih banyak terjadi di Jawa, masih sangat sedikit pengusaha yang membuka rumah sakit di luar Jawa, karena memang jenis penyakitnya lebih aneh-aneh. Ini melihat dari sisi pengusaha. Mereka sudah memiliki tim riset terkait pendapatan apa saja yang bisa didapatkan. Yang perlu didorong ketika membangun rumah sakit di Jawa, mereka harus membangun sister hospital di luar Jawa.” (Peneliti JKN)

Pemerataan fasilitas kesehatan saja masih belum cukup untuk memastikan setiap peserta mendapatkan akses yang adil. Diperlukan edukasi dan upaya *engagement* kepada pasien agar kebutuhan medisnya terpenuhi. Temuan pakar penelitian¹⁵ menunjukkan terdapat kasus pasien asal Minahasa yang melakukan pengobatan di Manado meninggal karena tidak mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Selain dipicu jarak ke fasilitas kesehatan yang jauh, ketiadaan edukasi kepada pasien menyebabkan pasien kehilangan akses perawatan medis. Hal ini disampaikan informan berikut:

“Ada kasus misalnya waktu itu pasien di Manado, dia nggak pernah tahu bahwa suaminya itu gagal ginjal. Dia cuma ngerti indikator penyakitnya apa saja dan dokternya nggak pernah menyampaikan orang itu gagal ginjal serta tidak pernah ditawari cuci darah. ... Dokternya berasumsi karena dia dari daerah Minahasa enggak ada rumah sakit yang dialisis. Dan karena dia hanya petani miskin, datang ke Manado waktu itu untuk cek pertama. Keluhannya adalah pembiayaan transport dan harus punya tempat tinggal di Manado. Akhirnya mungkin kemudian dokter enggak menawarkan untuk dialisis. Jadi apakah itu disebut manfaat yang adil? Tidak ada engagement, tidak ada pendidikan apapun juga soal penyakit yang diidap oleh suaminya. (Akademisi / Pakar JKN)

3.3.2 Dibutuhkan Peningkatan Pelayanan BPJS Kesehatan yang Lebih Optimal

Dalam menyelenggarakan JKN, ada dua aspek yang menjadi tantangan dalam menjamin kualitas penyelenggaraan JKN¹⁶. Di satu sisi, UHC mendorong agar layanan JKN berfokus pada pasien (*patient centric*), namun di sisi lain mustahil jika tidak memperhatikan kemampuan negara (*state centric*). Dua hal inilah yang seringkali dipertentangkan, dan sering kali aspek *patient centric* yang dikalahkan atau dikorbankan. Elemen yang terdapat dalam aspek *patient centric* antara lain: a) ada kemudahan menavigasi sistem; b) kepastian waktu tunggu dan waktu layanan; c) pelayanan medis berkualitas; d) pelayanan medis harga terjangkau; e) pelayanan yang nyaman, mencakup jam operasinal, ramah, mudah, pendampingan navigasi; e) membantu mengurangi kesulitan keuangan saat nyawa menjadi taruhan. Sementara itu, elemen dalam aspek *state centric* antara lain: a) pemenuhan syarat administrasi, b) pemenuhan alur administrasi; c) pembiayaan; dan d) mencegah *moral hazard*.

Studi ini menunjukkan bahwa penyelenggaraan JKN belum sepenuhnya memberikan kualitas pelayanan yang optimal bagi pasien, yang dapat dilihat berdasarkan setiap elemen berikut:

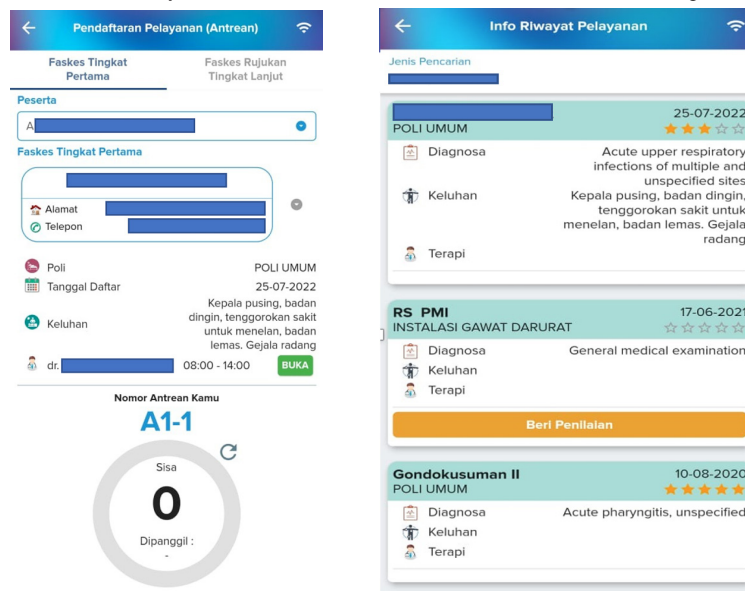
Pertama, elemen waktu tunggu dan waktu layanan yang tidak dapat diprediksi oleh pasien. Wawancara dengan BPJS Watch menyebutkan bahwa banyak keluhan yang disampaikan oleh peserta mengenai belum responsifnya pelayanan BPJS Kesehatan. Pasien tidak mendapatkan kepastian waktu tunggu. Disamping itu, seringkali waktu layanan yang diterima belum memuaskan. Misalnya, pasien telah mengantri dalam waktu yang lama, namun diperiksa dalam waktu yang singkat, sehingga pasien belum menerima informasi maupun edukasi yang komprehensif. Pada kasus Kotak. 3 dari observasi langsung tim Peneliti memperlihatkan bahwa sistem yang tersedia dari BPJS Kesehatan belum terintegrasi dan dimanfaatkan Faskes secara maksimal. Namun, hal yang cukup baik peserta JKN dapat memastikan diagnosa yang dilakukan oleh dokter di FKTP maupun rumah sakit.

16 Diskusi Pakar dengan Dr. Dinna Prapto Raharja, PhD

Box.3 Observasi Langsung Tim Peneliti INFID terkait belum efektifnya antrean online di JKN Mobile

Pada 25 Juli 2022, A (salah satu peneliti INFID) kebetulan mengalami gangguan kesehatan dan membutuhkan pengobatan dokter. Karena terdaftar sebagai peserta JKN peserta mandiri, maka A mencoba melakukan pendaftaran di FKTP wilayah Bogor (sesuai domisili) melalui sistem pendaftaran pelayanan (antrean) di Mobile JKN yang disediakan BPJS Kesehatan. Berharap mendapat antrean pertama, maka A melakukan pendaftaran online jam 5 pagi dan mendapat nomor antrean A1-1 (pertama). Sebelum FKTP buka, A sudah tiba di FKTP yang dituju. Namun, ketika di lokasi FKTP, pada pukul 08.05 A diberikan nomor antrean baru yang dibagikan oleh *security* di FKTP. Sehingga A mendapatkan nomor antrean baru dengan nomor urut 6 di poli umum.

Ketidak pastian yang masih terjadi walau telah tersedia sistem pendaftaran pelayanan (antrean) online JKN, ternyata masih terdapat FKTP yang belum mengintegrasikan sistem mereka dengan sistem JKN Mobile. Hal ini mengakibatkan waktu tunggu dan pelayanan yang tidak dapat diprediksi oleh peserta JKN. Berdasar obsevasi langsung A dalam pemeriksaan dokter dalam waktu 10 menit, dan waktu tunggu obat 10 menit memiliki waktu total (antrean-selesai mendapat obat, membutuhkan waktu 2 jam pelayanan).



Permasalahan belum intensifnya rumah sakit mensinkronisasikan sistem antrean mereka dengan sistem rumah sakit, karena belum terdapat juga sosialisasi dan edukasi kepada rumah sakit khususnya dan juga ke masyarakat.

“Tetapi itu menjadi hal utama menurut saya yang harus ditingkatkan terlebih dulu, yaitu dimatangkan dulu sistemnya. Kalau sudah matang kemudian ditingkatkan sosialisasinya sehingga suatu tools atau suatu metode itu bisa digunakan dan bisa bermanfaat untuk semuanya. Jangan sampai kita yang yang gencar untuk sosialisasi antrian online, sosialisasi display TT (tempat tidur) dan segala macamnya. Tetapi masyarakat tidak memanfaatkan itu, itu malah rumah sakit 2 kali kerja. Rumah sakit masih melayani yang manual dan rumah sakit juga melayani yang online, itu nggak nyaman buat kami. Jadi salah satu saran saya sih itu.” (Anonim – Direktur Rumah Sakit)

Kedua, pada elemen kualitas pelayanan medis, berkaitan dengan jenis obat-obatan dengan efikasi tinggi dan peralatan medis yang mutakhir. Dalam menyediakan obat-obatan yang bermutu, Pemerintah telah menerapkan Formularium Nasional (FORNAS) sebagai mekanisme pengendali mutu dan E-catalogue sebagai pengendali harga. Melalui FORNAS, telah dipilih obat-obatan yang bermutu dan bersifat efektif biaya. Penggunaan obat juga telah diatur untuk setiap tingkat fasilitas kesehatan, untuk menghindari penggunaan obat yang tidak rasional. Meski demikian, implementasi FORNAS juga tidak terlepas dari beragam permasalahan sehingga tujuannya belum tercapai secara optimal, antara lain: terdapat ketidaksesuaian obat yang tercantum di FORNAS dengan yang tayang di E-catalogue, perbedaan daftar obat di FORNAS dengan Panduan Praktik Klinik (PPK), belum ada aturan minimal kesesuaian FORNAS pada formularium Rumah Sakit, dan keterlambatan proses tayang obat di E-catalogue. Masalah lain juga, bagi pemenang tender dalam proyek pengadaan obat di FORNAS, terkadang tidak ada sangsi dari pemerintah (dalam hal ini LKPP) jika mereka tidak mampu memenuhi stok obat. Hal ini seperti yang dijelaskan salah satu informan kunci,

“...Rp 20.000 (Dua puluh ribu rupiah) misalnya harga Amoxicillin 500 mg, padahal harga wajarnya adalah Rp 25.000 (dua puluh lima ribu rupiah). Otomatis yang menang adalah penawaran Rp 20.000 ya. Misalnya dia supply 100.000 box untuk nasional. Dalam perjalanan waktu ternyata ada kenaikan harga baku, atau sebenarnya pemenang lelang ini sudah tahu bahwa Rp 20.000 adalah proyek rugi. Dan ternyata di tengah jalan dia tidak supply, tapi tidak mendapatkan penalti. Ketika tidak ada supply pemegang tender otomatis faskes ini mencari obat ke swasta sehingga ada kenaikan harga atau tidak

terkendali. Mereka tidak supply, juga tidak ada sanksi. Tahun depan dapat mengikuti tender Kembali...” (Pengusaha Farmasi)

Pelayanan medis dengan harga terjangkau, juga berkaitan dengan beragam faktor, antara lain: sebaran ketersediaan obat-obatan, layanan, dan peralatan medis. Hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa beberapa biaya terhadap layanan kesehatan tertentu di luar Jawa cenderung lebih mahal dibandingkan di Pulau Jawa.

“Satu aspek kaitannya dengan availability seperti obat-obatan, layanan, dan mesin peralatan serta sisi lain juga terkait dengan sebaran. Kalau kita kurang ketersediaan peralatan dan lain-lain, kita enggak bisa dapat harga terjangkau. Daerah di luar Jawa ternyata memang lebih mahal akses biaya tertentu dibandingkan di Pulau Jawa misalnya, demikian pula di negara-negara lain yang memang kerjasama ekonomi bidang kesehatannya belum semaju Indonesia.”
(Pakar JKN)

Ketiga, Praktik Pelayanan *out of pocket* masih terjadi pada peserta JKN. WHO dan Bank Dunia (2017) mendefinisikan pengeluaran *out-of-pocket (OOP)* adalah pembayaran yang dilakukan saat mendapatkan semua jenis layanan (perawatan preventif, kuratif, rehabilitasi, paliatif atau jangka panjang). Ini tidak termasuk pembayaran di muka untuk layanan kesehatan, misalnya dalam bentuk pajak atau premi atau kontribusi asuransi tertentu dan, jika mungkin, bersih dari setiap penggantian kepada individu yang melakukan pembayaran. Lebih spesifik O'Donnell (2019) mendefinisikan OOP jika seorang--bukan karena kesalahan mereka sendiri--dipaksa untuk menghabiskan sejumlah besar pendapatannya yang terbatas untuk membiayai perawatan kesehatan¹⁷. Namun lebih sederhana, OOP dapat diartikan biaya tambahan yang dikeluarkan seorang individu atau keluarga untuk mendapatkan layanan kesehatan.

OOP menjadi salah satu alat ukur untuk melihat pencapaian UHC sebuah negara. Pengeluaran OOP terdiri dari: (1) biaya untuk layanan medis atau kuratif (termasuk biaya pengiriman dan obat-obatan yang tidak dapat ditentukan), (2) biaya untuk obat-obatan yang dibeli di apotek, (3) biaya untuk layanan pencegahan, dan (4) biaya transportasi untuk mencari layanan kesehatan. Biaya OOP untuk kesehatan yang masih tinggi menghambat upaya pemberian

17 O'Donnell. 2019. Financial Protection Against Medical Expense. O'Donnell, Owen, Financial Protection Against Medical Expense (January 31, 2019). Tinbergen Institute Discussion Papers 2019-010/V, tersedia di SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3329189> atau <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3329189>

perlindungan keuangan untuk masyarakat. Studi Prakarsa (2020) menunjukkan dimana hampir 13 juta jiwa di Indonesia membelanjakan lebih dari sepuluh persen dari total konsumsi mereka untuk perawatan kesehatan. Dibandingkan tahun 2011, pemiskinan karena biaya *out-of-pocket* untuk kesehatan meningkat pada 2018¹⁸. Hal ini mengindikasikan lebih banyak orang yang jatuh miskin dan mengorbankan konsumsi kebutuhan pokok untuk biaya kesehatan.

Kajian terbaru dari FP Jamsos (2022) atas keluhan dan kasus advokasi yang dilakukan pada periode Januari-Juni 2022 juga terlihat masih terjadi kasus yakni peserta JKN mengeluarkan biaya tambahan (Lihat Gambar 5 Keluhan Peserta JKN). Kasus yang dijumpai antara lain:

Pertama, pasien mengeluarkan biaya tambahan untuk kelas ketika rawat inap penuh. Sesuai dengan peraturan yang ada seharusnya rumah sakit dilarang menarik iuran biaya bagi pasien yang ruang kelas rawatnya penuh. Namun rumah sakit menyarankan pasien untuk naik kelas perawatan dengan mengeluarkan biaya tambahan. Seharusnya ketika pasien kamar kelasnya penuh, rumah sakit harus menyampaikan bahwa pasien dititipkan sementara ke kelas satu tanpa menambah selisih biaya (mekanisme titip kelas). Pada hari keempat apabila ruang kelas masih penuh, pasien diberi pilihan tetap di kelas satu dengan menambah biaya sejak hari keempat dan seterusnya atau dirujuk ke rumah sakit lain yang ada kelas duanya, ini aturan yang sebenarnya. Kecuali pasien meminta sendiri, maka akan berlaku iuran biaya tambahan dari pasien.

Kedua, terdapat kasus yakni pasien diminta membeli obat di apotek luar dengan biaya sendiri karena alasan obat tidak tersedia / habis *stock* di rumah sakit. Seharusnya rumah sakit tidak menyuruh membeli obat di luar karena ini tanggung jawab fasilitas kesehatan. Kalau memang tidak ada, rumah sakit diperbolehkan tidak memakai mereknya tetapi memakai komposisi yang sama.

“Seharusnya rumah sakit tidak menyuruh membeli obat di luar karena ini tanggung jawab fasilitas kesehatan. Kalau memang tidak ada, rumah sakit diperbolehkan tidak memakai mereknya tetapi memakai komposisinya. Misalkan pasien sakit mata, obat merek into habis tetapi ada obat merek mito, asal komposisinya sama diperbolehkan. Jadi di standar tarif itu bukan merek obatnya tetapi komposisi obatnya.” (FP Jamsos)

18 (Prakarsa, 2020). Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia. Dapat di unduh: <http://theprakarsa.org/wp-content/uploads/2020/09/UHC-Mengukur-Capaian-Indonesia-2020-digital-Bahasa.pdf>

Tim peneliti juga melakukan wawancara mendalam bersama MY, salah satu peserta aktif BPJS yang harus membeli sendiri obatnya. MY hanya mendapatkan obat sakit lambungnya selama 4 hari sementara rujukan berobat kembali dalam jangka waktu 2 minggu. MY tidak mendapatkan alasan pasti terkait kejadian yang dialaminya¹⁹

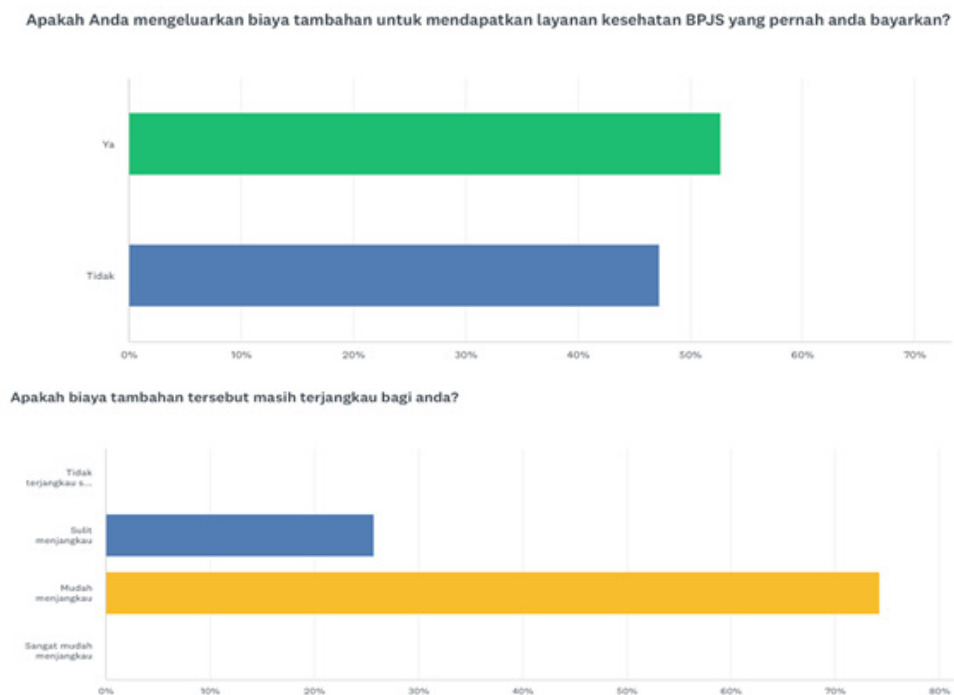
Box. 4 Pengalaman peserta BPJS Kesehatan yang harus mengeluarkan uang tambahan untuk membeli obat sendiri

MY memiliki penyakit batu ginjal yang kesulitan untuk mengurus rujukan berobat di faskes 2. Ketika awal pemeriksaan gejala, MY mendapatkan rujukan lanjutan ke faskes 2 setelah 3 kali berobat di faskes 1 dan tidak ada perubahan. Akan tetapi selama pengobatan MY merasa untuk mendapatkan rujukan menjadi dipersulit. Akhirnya MY diberi rujukan dengan alasan dispensasi rujukan ke rumah sakit. Setelah diperiksa melalui USG dan merasakan sakit dari perut hingga dada, MY mendapatkan obat untuk 2 minggu namun hanya diberikan selama 4 hari dan sisanya diminta dibeli sendiri. Ketika bertanya alasan alokasi obat yang hanya 4 hari, petugas farmasi menjawab karena status pasien sebagai peserta BPJS.

MY memiliki kepesertaan aktif BPJS kelas 1 dari perusahaan tempatnya bekerja. Walaupun demikian, MY terpaksa harus mengeluarkan Rp. 58.000 untuk membeli satu papan obat untuk 5-6 hari. Terdapat empat jenis obat lambung yang harus diusahakan MY agar rasa sakitnya mereda. MY merasa bingung dengan kejadian yang dialaminya karena merasa kesulitan untuk menebus obat setiap berobat padahal memiliki BPJS.

MY berharap BPJS dapat membantu membantu pengobatannya terutama dalam pengadaan obat yang harusnya sesuai dengan jangka waktu rujukan balik. MY sudah melaporkan kejadian yang dialaminya kepada Forum Peserta Jaminan Sosial (FP Jamsos) dan masih dalam proses advokasi pada pihak BPJS. MY berharap agar kendalanya dapat segera menemukan jawaban dengan peningkatan pelayanan BPJS terutama untuk meminta rujukan serta kelengkapan tanggungan obat peserta.

Survei kuantitatif online yang dilakukan tim peneliti INFID pada periode 20 Juli – 30 Agustus 2022, menunjukkan bahwa dari 74 responden, 53% responden mengalami out of pocket dalam mendapatkan layanan BPJS Kesehatan, sedangkan 47% responden tidak mengalami. Lebih lanjut, ketika didalami dari total 53 % responden, 26 % merasa biaya sulit terjangkau, dan 76% merasa masih terjangkau. Lebih rinci dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4 Survei Kuantitatif atas biaya tambahan yang dikeluarkan peserta BPJS Kesehatan

3.3.3 Edukasi dan Peningkat yang Kurang Maksimal Berimplikasi pada Kendala Akses Peserta Ke Layanan JKN

Masalah peserta BPJS Kesehatan tidak dapat mengakses faskes yang sering dijumpai karena edukasi yang kurang dan tidak tersedianya sistem pengingat / pemberitahuan yang seharusnya didapatkan peserta, yakni:

(1) peserta tidak dilayani karena kartunya tidak aktif meskipun sudah terdaftar. Hal tersebut dikarenakan dua hal, yaitu: pertama, dikarenakan pasien menunggak pembayaran, dan terkendala kases layanan ketika tidak dapat menggunakan. Kedua, peralihan status kepesertaan dari perusahaan sudah resign kemudian masuk ke PBPU atau peserta mandiri. Permasalahan

tersebut muncul berkaitan: a) edukasi BPJS Kesehatan yang kurang maksimal terhadap peserta; b) sistem pengingat pemberitahuan yang tidak ada dari sistem BPJS Kesehatan. Peserta PBPU atau peserta mandiri, seharusnya mendapatkan hak pengingat membayar mendekati tenggat pembayaran (*reminder system*), sehingga tidak langsung mendapat denda karena lupa.

(2) peralihan status kepesertaan dari perusahaan sudah resign kemudian masuk ke PBPU atau peserta mandiri. Temuan FP Jamsos (2022), banyak masyarakat belum teredukasi ketika mereka keluar dari perusahaan masih berpikir otomatis sistem BPJS akan beralih ke mandiri, padahal tidak. Peserta harus datang ke Kantor BPJS Kesehatan untuk mendaftar. Edukasi yang tidak berjalan dan tidak adanya sistem pemberitahuan, menyebabkan kendala akses ke layanan kesehatan ketika pasien membutuhkan perawatan.

(3) PBI yang di non-aktifkan sepihak oleh pemerintah berimplikasi pada kendala akses warga kurang mampu pada layanan kesehatan. Temuan yang sering muncul dan terekam pada akumulasi laporan di FP Jamsos (2022), yaitu: Pertama, PBI non-aktif karena implikasi cleansing data dan tracking data oleh kemensos. Namun saat dinon-aktifkan tidak ada pemberitahuan ke peserta. Kedua, PBI dinon-aktifkan karena terdapat ketidaksesuaian data (Misalkan: Data Nama di KTP dan BPJS terjadi typo/salah tulis). Permasalahan pemahaman yang terbatas bagi peserta, selanjutnya muncul implikasi lanjut yaitu rumah sakit akan mengarahkan peserta ke perawatan umum dengan biaya mandiri.

“Yang paling sering kami temui adalah peserta sudah tanda tangan surat persetujuan bayar umum padahal memiliki kartu hanya bermasalah di administrasi. Kami hanya bisa membantu kalau kurang dari 3x24 jam, untuk menerbitkan SEP. Dalam hal ini kami terus melakukan edukasi kepada masyarakat untuk terus mengecek secara rutin kartu khususnya teman-teman PBI. Kami menghimbau kepada orang yang tidak mampu meskipun tidak sakit silahkan datang ke puskesmas untuk mengecek masih aktif atau tidak. Kalau tidak melakukan nanti bisa kerepotan ketika sakit.” (FP Jamsos)²⁰

Ketiga, pasien JKN ditolak karena syarat administrasi tidak lengkap. Kalau pasien kartunya hilang itu bisa diakses dengan KTP. Di aplikasi rumah sakit bisa terlihat melalui NIK atau kartu BPJS. Ada laporan terkait kecelakaan di

jalan raya, pelayanan banyak yang tidak bisa karena tidak semua masyarakat paham jika terjadi kecelakaan di jalan raya penjamin pertama itu Jasa Raharja. Prosedurnya pertama pasien dibawa ke rumah sakit selanjutnya mengajukan surat pelaporan polisi, surat ini yang kemudian dibawa ke kantor Jasa Raharja atau di *traffic accident center* rumah sakit. Laporan dari 85-100 orang kepada kami paling banyak mengeluhkan tidak bisa mengakses layanan kesehatan, pertama denda, kedua PBI non aktif, kami mencatat sejak 2021 tren mulai naik sejak SK Kemensos no. 92 tahun 2021 turun membuat PBI non aktif, ini ada hubungannya dengan surat Bappenas kepada presiden tahun 2021 tanggal 26 Juni. Di situ Bappenas memiliki target menurunkan PBI di JKN, ini dinonaktifkan secara sepihak. Kami sering mendapatkan keluhan ketika peserta masuk ICU, keluarga diberitahu harus ada biaya yang ditanggung, rata-rata alasannya karena dokter atau alat sewa sehingga bebannya ditanggung ke peserta. Kami mendapatkan hal itu banyak terjadi, kami ada nama-nama dan kotaknya bisa dikonfirmasi.

3.3.4 Masih Terdapat Bottlenecking Regulasi yang berimplikasi pada akses dan kualitas layanan kesehatan

Selain itu terdapat kendala dalam regulasi yang menyebabkan permasalahan dalam pelayanan jaminan kesehatan. Regulasi yang ada ini perlu direview ulang dan segera dilakukan perbaikan, agar meningkatkan efektifitas pelayanan jaminan kesehatan nasional. Pengabaian yang terjadi atau ketiadaan mitigasi yang dilakukan, akan berdampak pada penurunan kualitas akses dan pelayanan jaminan kesehatan, bahkan berdampak pada penurunan kepuasan terhadap BPJS Kesehatan yang berimplikasi pada kepesertaan. Rangkuman indikasi regulasi yang bermasalah tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3 Indikasi Regulasi BPJS dan Permasalahan yang dijumpai

Regulasi	Permasalahan yang dijumpai
Permenkes no. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional	Pada bab IV permenkes tersebut terkait pelayanan kesehatan, disebutkan bahwa akupunktur medis dijamin dalam JKN. Namun realitanya hingga sekarang akupunktur medis tidak ditanggung oleh BPJS ²¹ .

21 Lihat tautan: <https://money.kompas.com/read/2021/10/29/170000126/daftar-layanan-yang-dijamin-dan-tidak-dijamin-bpjs-kesehatan>

Regulasi	Permasalahan yang dijumpai
Pasal 56 ayat (1) Perpres 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan	<p>Pasal ini menyebutkan Fasilitas Kesehatan wajib menjamin Peserta mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.</p> <p>Temuan oleh BPJS Watch, yang sering kali terjadi adalah obat-obatan ditanggung oleh BPJS sebenarnya, tetapi karena ada oknum rumah sakit menyuruh pasien membeli, namun diklaim juga oleh oknum rumah sakit kepada BPJS²².</p>
Pasal 57 ayat (1) Perpres 82 tahun 2018	<p>Pasal ini memandatkan bahwa BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pelayanan Kesehatan melalui telemedicine dan pendaftaran online.</p> <p>Seharusnya telemedicine harus sudah dilakukan maksimal, namun praktiknya efektifitas pelayanan masih dimiliki swasta dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Pendaftaran online itu harusnya mempermudah pasien dan dapat dipastikan waktunya. Namun praktik yang ditemukan beberapa faskes belum melakukan integrasi pendaftaran online. Sehingga kejadian <i>out of pocket</i> masih dialami pasien peserta BPJS Kesehatan²³.</p>

22 Diskusi Pakar daring tim peneliti INFID dengan Timboel Siregar – BPJS Watch pada 06 Juli 2022.

23 Observasi peneliti INFID pada beberapa faskes terkait proses pendaftaran online.

Regulasi	Permasalahan yang dijumpai
Pasal 68 ayat (1) Perpres 82 tahun 2018	<p>Pasal ini memandatkan bagi Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada peserta selama peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.</p> <p>Namun terdapat pasien yang diminta pembayaran²⁴. BPJS Kesehatan perlu melakukan atau memberi layanan pengawasan / aduan bagi peserta BPJS yang mengalami kondisi tersebut (Perlunya pengawasan pada pasal 68 ayat (1) Perpres 82.</p>
Pasal 69 ayat (2) Perpres 82 tahun 2018	<p>Pasal ini memandatkan Menteri Kesehatan menetapkan standar tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mendapatkan masukan dari BPJS Kesehatan bersama dengan asosiasi fasilitas kesehatan; b. mempertimbangkan ketersediaan Fasilitas Kesehatan, indeks harga konsumen, dan indeks kemahalan daerah. <p>Pelaksanaan penentuan Ina CBGS dan kapitasi harus mengacu pasal 24 ayat 3 UU SJSN dan pasal 11 b UU BPJS. Seharusnya terdapat negosiasi terlebihdulu antara asosiasi Faskes dengan BPJS, yang selanjutnya hasil ditetapkan oleh Kemenkes dengan Permenkes. Selama ini yang terjadi penetapan Ina CBGS dan Kapitasi ditetapkan sepihak oleh Kemenkes.</p>

24 Temuan BPJS Watch terdapat pasien peserta BPJS Kesehatan yang harus membayar kantong darah.

Regulasi	Permasalahan yang dijumpai
<p>Pasal 89 ayat (1) & (3) Perpres 82 tahun 2018</p>	<p>Ayat 1 menegaskan peserta berhak untuk mendapatkan informasi mengenai penyelenggaraan Jaminan Kesehatan secara menyeluruh menyangkut hak dan kewajiban Peserta/Fasilitas Kesehatan/BPJS Kesehatan, dan mekanisme pelayanan di Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan</p> <p>Ayat 3 menyebutkan bahwa Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan wajib menyediakan unit pengaduan yang dikelola secara bersama-sama atau sendiri-sendiri oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan.</p> <p>Pasal 89 perlu diaktualisasi dengan peningkatan unit pengaduan sekaligus edukasi yang mudah diakses masyarakat sekaligus mampu memberi respon cepat, agar masyarakat memahami perubahan peraturan-peraturan kebijakan BPJS yang cenderung dinamis.</p> <p>Sampai saat ini unit pengaduan masih ditempati oleh orang-orang rumah sakit, harusnya pihak BPJS kesehatan yang berada di rumah sakit. Apabila mengalami kendala terkait SDM, seharusnya pengaduan mampu dilakukan melalui sistem online, tindak lanjutnya BPJS dapat menelpon rumah sakit terkait masalah yang dialami pelapor.</p>

3.3.5 Partisipasi Publik dalam Peningkatan Akses dan Kualitas Layanan JKN

Layanan Pengaduan / SLA BPJS Kesehatan Perlu Ditingkatkan

Pada bagian partisipasi publik dalam peningkatan akses dan kualitas layanan JKN akan dibahas soal efektifitas ketersediaan SLA (*Services*

Level Agreement) / Layanan pengaduan & praktik keterbukaan data dari BPJS Kesehatan. Ketersediaan SLA BPJS Kesehatan belum cukup efektif dalam menindaklanjuti keluhan dan permasalahan peserta JKN. Hal ini dapat diketahui bahwa sistem navigasi yang disediakan oleh BPJS Kesehatan belum sepenuhnya efektif. Studi yang dilakukan informan pakar menunjukkan bahwa peserta lebih banyak memanfaatkan sistem navigasi yang dikembangkan oleh relawan non-pemerintah²⁵.

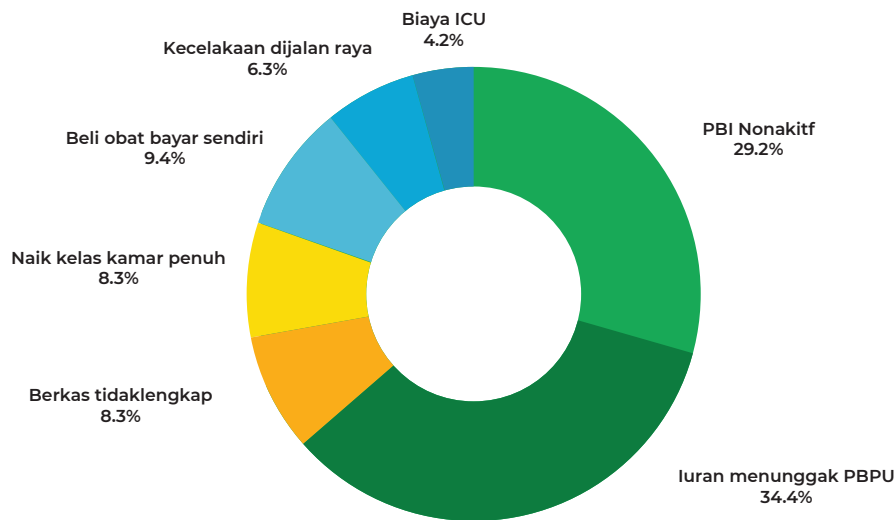
Raharja (2021) menemukan bahwa peserta JKN justru lebih mengandalkan navigator diluar kanal BPJS untuk mengurangi hambatan-hambatan struktural tersebut daripada saluran yang disediakan oleh Pemerintah. Kelompok navigator adalah relawan non-pemerintah dari berbagai unsur yang peduli terhadap penyelenggaraan JKN. Kelompok navigator dalam penelitian ini seperti BPJS Watch, Jamkeswatch, Posko JKN-KIS, KSBSI dan Swara Parangpuan²⁶. Kelompok ini menjadi andalan peserta JKN untuk menyelesaikan hambatan ketika mereka mengakses dan mendapatkan hak sebagai peserta JKN. Para Navigator memberikan berbagai bantuan dan layanan-layanan yang secara sederhana menjalankan 4 fungsi, yakni: 1) memberikan informasi seputar sistem JKN; 2) mendampingi dan mengarahkan masyarakat dalam menavigasi sistem JKN; 3) Mengadvokasi penyesuaian kebijakan atau implementasinya di tingkat lokal; dan 4) menegakkan sanksi sosial bagi penghambat dan pelanggar sistem JKN khususnya fasilitas penyelenggara kesehatan. Hal tersebut menunjukan peran masyarakat sipil dalam upaya peningkatan sistem JKN selain menjadi kontrol atas BPJS Kesehatan, juga berperan penting dalam mengakselerasi komunikasi masyarakat dengan operator JKN.

Walaupun temuan riset tersebut dilakukan pada tahun 2021, namun pada Periode Januari-Juni 2022 masih ditemukan berbagai hambatan dan keluhan Peserta BPJS Kesehatan dari 100 peserta. Hal tersebut didokumentasikan dengan baik oleh FP Jamsos pada survei keluhan peserta JKN pada Gambar 5 berikut.

25 Studi dilakukan oleh Dinna Prpto Raharja

26 (Raharja, 2021). Policy Brief Observasi Kinerja Kanal Pengaduan dan Peran Navigator dalam Akses Layanan JKN. Lihat tautan: <https://www.djsn.go.id/berita/policy-brief-observasi-kinerja-kanal-pengaduan-dan-peran-navigator-dalam-akses-layanan-jkn>

KELUHAN PESERTA JKN



Sumber: FP Jamsos (2022)²⁷

Gambar 5 Survei Keluhan Forum Peserta Jaminan Sosial pada BPJS Kesehatan yang di Advokasi oleh FP Jamsos dalam Kurun Waktu Januari-Juni 2022

Beberapa informan penelitian ini menyampaikan bahwa kanal pengaduan langsung yang tersedia di rumah sakit yakni seperti BPJS Satu (Siap Membantu) atau petugas P3 (Penanganan Pengaduan Peserta) yang selama ini tersedia lebih efektif, karena mereka langsung cepat merespon keluhan dan permasalahan atas pelayanan yang dihadapi peserta²⁸. Hal tersebut COVID keberadaan unit pengaduan itu kan gak diisi oleh orang BPJS, ditaruhlah orang rumah sakit. Jadi kalau ada komplain, dia komplain ke rumah sakit padahal dia komplain dengan rumah sakit yang artinya kan nggak ngefek gitu. Nah harusnya BPJS Kesehatan di sana, kembali aja deh karena sekarang kan covid udah mulai mereda. Harusnya unit pengaduan itu diisi kembali oleh orang-orang BPJS sehingga mereka bisa lebih membantu peserta yang mengalami masalah di sana. Misalnya tadi disuruh beli obat sendiri, disuruh pulang dan sebagainya. Nah biarlah orang BPJS yang berhadapan dengan rumah sakit untuk menegakkan aturan, seperti itu.” (BPJS Watch)

27 Survei Forum Peserta (FP) Jamsos 2022 atas laporan 100 peserta JKN yang masuk dalam advokasi FP Jamsos pada periode Januari-Juni 2022.

28 Wawancara SK, peserta BPJS Kesehatan pada 03 Agustus 2022

Pasal 89 ayat (3) dalam Perpes 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menegaskan Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan wajib menyediakan unit pengaduan yang dikelola secara bersama-sama atau sendiri-sendiri oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan. Penyediaan unit pengaduan yang efektif dan responsif atas permasalahan peserta JKN yang cepat, menjadi perihal fundamental yang harus dipenuhi. Karena respon penanganan cepat sangat dibutuhkan bagi peserta JKN yang umumnya, mereka menghadapi kondisi darurat dalam kesehatan yang harus segera direspon. Hal ini juga akan berpengaruh pada *customer satisfaction* (Kepuasan kepesertaan) atas layanan BPJS Kesehatan.

3.4 Kelembagaan Penyediaan JKN: Peran dan Wewenang Stakeholder

JKN-KIS merupakan program yang dijalankan sejak 1 Januari 2014 sebagai pelaksanaan atas mandat UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Dalam pengoperasian JKN-KIS ada tiga jenis kelembagaan berkaitan dengan penyediannya yaitu regulator, operator dan mitra penyedia layanan kesehatan. Masing-masing peran dari lembaga penyedia JKN-KIS akan diulas pada bagian selanjutnya.

Tabel 4 Peran dan Kewenangan Stakeholder dalam Skema Jaminan Kesehatan Nasional

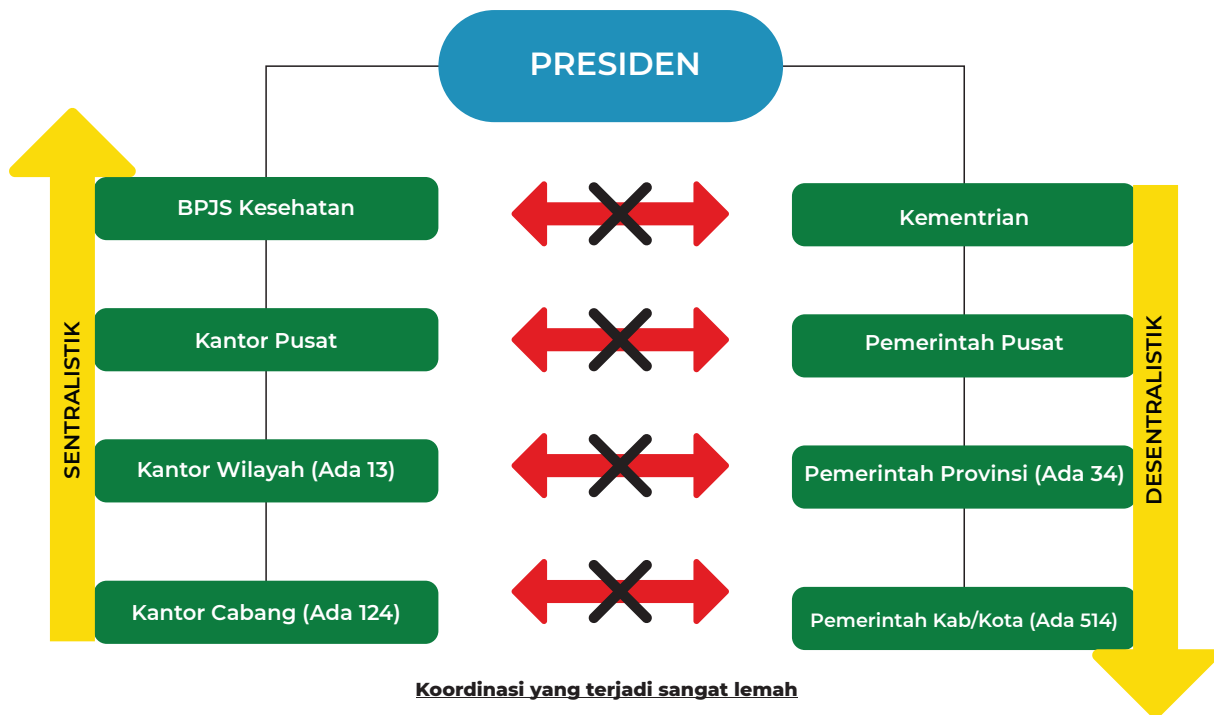
Stakeholder		Peran
Regulator	Pemerintah Pusat:	Memastikan penyelenggaraan program JKN berkelanjutan dan terus mengalami perbaikan agar masyarakat di seluruh lapisan dapat menikmati program jaminan kesehatan yang berkualitas.
	1. Presiden	
	2. Kemenkes	
	3. Kemenkeu	Mengatur tata cara penyediaan, pencairan dan pertanggungjawaban iuran JKN, penggunaan dana kapitasi JKN, kebijakan NA-CBGs, serta penentuan besaran tarif JKN

	4. Kemensos	Mengatur pemberian dan Penerima Bantuan Iuran (PBI)
	5. DJSN	Merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Bertugas untuk melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial; mengusulkan kebijakan investasi DJSN; dan mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah. Selain itu DJSN juga berwenang melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial
	Pemerintah Daerah	Penganggaran bidang kesehatan merupakan urusan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Mengintegrasikan Jamkesda ke dalam JKN serta mengembangkan sistem jaminan sosial termasuk jaminan kesehatan dan harus mengalokasikan anggaran urusan kesehatan minimal 10% dari total belanja APBD di luar gaji.
Operator	BPJS Kesehatan	BPJS melaksanakan tugas sebagai penyelenggara Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia. Membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan dan mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu dan sistem pembayaran kesehatan yang efisien dan efektif.

Mitra Penyedia	Fasilitas Pelayanan Kesehatan 1. FKTP 2. FKRTL	Menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, mengimplementasikan <i>Service Level Agreement (SLA)</i>
Masyarakat (user)	1. NGO/CSO 2. Komunitas & Warga	Mengawasi implementasi program JKN, memperluas cakupan kepesertaan program JKN, meningkatkan kepatuhan pembayaran iuran.

Pemegang wewenang sebagai regulator dalam JKN-KIS adalah pemerintah pusat dan daerah. Presiden, Kemenkes dan DJSN merupakan penyusun aturan turunan dari UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN dan UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS di level nasional. Sementara itu, di level daerah pemerintah daerah membuat aturan turunan dari dua UU tersebut. Dalam pelaksanaannya pemerintah daerah tidak memiliki kewenangan yang memadai dalam pelaksanaan JKN-KIS karena kedua UU tersebut tidak memberikan peluang kepada pemerintah daerah. Pemerintah daerah hanya memiliki kewenangan untuk mendata peserta JKN-KIS dan membiayai PBI yang tidak termasuk dalam PBI APBN. Kekurangan wewenang ini membuat pemerintah daerah tidak dapat ikut andil terkait defisit yang dialami oleh BPJS Kesehatan. Hasil penelitian dari PKMK FKKMK UGM menunjukkan bahwa minimnya peran pemerintah daerah dalam pelaksanaan JKN-KIS akan mengakibatkan setidaknya enam hal. *Pertama*, diprediksi tetap terjadi krisis likuidasi Dana Jaminan sosial setiap tahun, karena tidak ada kendali dari pemerintah daerah. *Kedua*, kebijakan perencanaan dan penganggaran cenderung parsial dan terfragmentasi antara pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, dan Kementerian Kesehatan. *Ketiga*, APBN yang diperuntukkan untuk PBI (masyarakat tidak mampu) sebagian digunakan untuk menutup defisit JKN yang terjadi di wilayah padat atau fasilitas lengkap. *Keempat*, upaya promotif dan preventif oleh pemerintah daerah tidak akan berjalan. *Kelima*, upaya pencegahan *fraud* tidak serius dijalankan oleh pemerintah daerah. Dan keenam, Pemerintah daerah menganggap dana BPJS Kesehatan sebagai potensi PAD²⁹.

29 PKMK FKKMK UGM, Penguatan Peran Pemerintah Daerah dalam Mengatasi Krisis JKN, Yogyakarta 4 Maret 2021



Gambar 6 Hierarki Tata Kelola disandingkan dengan Urusan Pemerintahan Sektor Kesehatan

Studi Aktariyani dkk., (2019) menemukan bahwa Pemda masih memiliki posisi yang lemah dalam penyelenggaraan program JKN, yang utamanya disebabkan oleh dua hal. *Pertama*, ada fragmentasi dalam tata kelola kebijakan JKN. Tata kelola JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan saat ini cenderung berjalan secara sentralistik. Penyelenggaraan kebijakan yang sentralistik didasarkan pada kandungan pasal 19 UU SJSN yang menyebutkan bahwa, “Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional...”. Padahal dalam muatan pasal tersebut tidak ditegaskan bahwa penyelenggaraan JKN adalah kewenangan eksklusif pemerintah pusat. Dengan demikian, seharusnya program JKN menjadi tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Daerah. Penyelenggaraan JKN yang saat ini cenderung sentralistik juga tergambar dari tidak setaranya hirarki institusi BPJS Kesehatan dengan institusi pelayanan kesehatan di daerah (Gambar 4)



Gambar 7 Catatan Disharmonisasi Regulasi JKN

Kedua, terjadi disharmonisasi regulasi, yaitu terdapat regulasi induk program JKN (UU 40/2004 tentang SJSN dan UU 24/2011 tentang BPJS) yang tidak selaras dengan regulasi tata pemerintahan Indonesia (Gambar 5). UU 40/2004 tentang SJSN sama sekali tidak menyebutkan wewenang Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan JKN. Sementara pada UU UU 24/2011 tentang BPJS, peran Pemda terbatas pada aspek penegakan kepatuhan kepesertaan JKN. Padahal, dalam UU 23/2004 tentang Pemerintahan Daerah, Pemda memiliki wewenang urusan pemerintahan konkuren yang cukup luas.

Sejalan dengan rekomendasi yang diberikan oleh PKMK FKKMK UGM, agar pemerintah daerah untuk ikut andil mengendalikan defisit BPJS Kesehatan, sesuai defisit yang terjadi di daerahnya. Untuk itu perlu dilakukan empat tindakan formal. *Pertama*, DPR bersama Pemerintah perlu merevisi UU SJSN dan UU BPJS. Regulasi induk tersebut krusial untuk diperbaiki. Karena tidak mengatur tanggung jawab pemerintah daerah dan stakeholders lintas sektor dalam penyelenggaraan JKN. *Kedua*, Presiden melakukan perubahan Perpres No. 72/2012 tentang “Sistem Kesehatan Nasional” bersama Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, DJSN dan Pemerintah Daerah untuk menegaskan kedudukan, kewenangan dan pertanggungjawaban dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan ini. *Ketiga*, Pemerintah daerah (eksekutif dan legislatif) didesak untuk segera membentuk peraturan pelaksana dari PP No. 86 Tahun 2013, sebagai upaya law enforcement kepatuhan membayar iuran bagi kepesertaan segmen PBP (masyarakat mampu). *Keempat*, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan dan DJSN perlu mengintegrasikan kembali perencanaan dan pengelolaan upaya promotif-preventif antara dana kapitasi dengan alokasi

APBD. Hal ini guna mengurangi pembiayaan kuratif.

Tabel 5 Regulasi Program JKN dan Tata Pemerintahan Indonesia

Regulasi induk program JKN	Regulasi tata pemerintahan Indonesia
<ol style="list-style-type: none">1. UU 40/2004 tentang SJSN: tidak menjelaskan pembagian wewenang dan tugas Pemerintah (Pusat dan Daerah) dalam penyelenggaraan JKN.2. UU 24/2011 tentang BPJS Kesehatan: Peran Pemda terbatas penegak kepatuhan kepesertaan (Pasal 17:4)	<ol style="list-style-type: none">3. UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah: Terdapat pembagian kewenangan urusan pemerintahan konkuren kepada Pemda (Wajib dan Pilihan). Bidang kesehatan termasuk dalam Urusan Pemerintahan Wajib bagi Pemda (Pasal 12).

Tidak terlibatnya pemerintah daerah dalam pengendalian pembiayaan kesehatan era JKN dikarenakan UU BPJS tidak mengamanatkan tanggung jawab kepada Pemerintah Daerah dalam pengendalian biaya klaim JKN-KIS (Aktariyani dkk., 2019).

BPJS Kesehatan merupakan operator JKN-KIS sebagaimana amanat dari UU No. 24 Tahun 2011. Pada pasal 9 ayat 1 dalam UU BPJS dijelaskan fungsi BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Tugas yang dimiliki BPJS yaitu: a, melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta; b, memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja; c, menerima bantuan iuran dari pemerintah; d, mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta; e, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial; f, membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial dan g, memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat. Dalam menjalankan tugasnya BPJS memiliki 8 wewenang antara lain: 1, menagih pembayaran iuran; 2, menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai; 3, melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional; 4, membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai

besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah; 5, membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan; 6, mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya; 7, melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan 8, melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

Dalam UU BPJS terdapat 11 kewajiban dari BPJS Kesehatan. Pertama, memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta. Kedua, mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta. Tiga, memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya. Empat, memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Lima, memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku. Enam, memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya. Tuju, memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun. Delapan, memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun. Sembilan, membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum. Sepuluh, melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial. Dan sebelas, melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

Untuk menjalankan kerjanya sebagai operator, BPJS Kesehatan menjalin kerjasama dengan kementerian, lembaga dan pemerintah daerah terkait kepesertaan. BPJS Kesehatan bekerjasama dengan Kementerian Dalam Negeri untuk integrasi database berbasis NIK demi mempermudah pendaftaran dan validasi calon peserta JKN-KIS. Bekerjasama dengan Kementerian Sosial untuk pendataan dan penyediaan data masyarakat miskin dan tidak mampu untuk dimasukkan ke dalam kategori peserta Penerima Bantuan Iuran. Kerjasama dengan Dirjen Bina Administrasi Kewilayahan (BAK) mempercepat

pendaftaran melalui Kantor Pelayanan Terpadu Satu Atap (PTSP) untuk mendorong pengusaha mendaftarkan karyawan dan keluarganya saat proses pengurusan perizinan. Kemudian Kerjasama dengan pemerintah daerah untuk integrasi Jamkesda demi mewujudkan UHC, selain itu Pemerintah daerah juga berwenang membiayai PBI yang tidak termasuk dalam PBI ABN.

Penelitian ini menemukan bahwa pembaharuan data terkait warga miskin perlu untuk terus diperbaharui dengan melibatkan pemerintah daerah. Bentuk masalah dari tidak ada pembaharuan data warga miskin dapat dilihat dari dampak SK Kementerian Sosial No. 92 Tahun 2021 yang merupakan turunan dari Surat Bappenas tanggal 26 Juni Tahun 2021. Semenjak diberlakukannya peraturan tersebut peserta yang didaftarkan dan dibiayai oleh negara sebagian dinonaktifkan secara sepihak tanpa pemberitahuan. Penonaktifan secara sepihak melanggar hak peserta JKN-KIS yaitu hak mendapatkan layanan dan informasi. Selain itu SK tersebut juga bertentangan dengan pasal 14 UU SJSN dan UU BPJS pasal 18³⁰. Terdapat permasalahan mendasar dari perspektif yang digunakan oleh negara dalam memberikan jaminan kesehatan bagi warga miskin dalam sistem JKN-KIS. Hal ini dapat dilihat dari penggunaan istilah bantuan iuran bagi fakir miskin dan orang tidak mampu. Penggunaan istilah ini tidak tepat karena mendapatkan jaminan dan pelayanan kesehatan merupakan hak bagi warga negara yang harus dihormati, dilindungi dan dipenuhi oleh negara sebagaimana mandat dari pasal 25 Deklarasi Hak Asasi Manusia, pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak ekonomi, Sosial dan Budaya, pasal 12 Konvensi tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, Pasal 24 Konvensi tentang Hak-Hak Anak, pasal 28H (ayat) 1 dan Pasal 34 (ayat) 3 UUD 1945, pasal 9 UU No. 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, pasal 12 UU No. 11 tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya serta UU No. 39 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Selanjutnya adalah mitra penyedia layanan kesehatan/eksekutor. UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia dibedakan menjadi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP (Puskesmas,

linik pratama, praktik mandiri tenaga kesehatan) dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan Lanjut/FKRTL (rumah sakit umum dan rumah sakit khusus). Dua jenis fasilitas kesehatan ini memberikan pelayanan secara langsung kepada peserta JKN-KIS melalui SDM kesehatan yang mereka miliki.

3.5 Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar

Penetapan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dilatarbelakangi untuk memenuhi prinsip keadilan sosial dalam penyelenggaraan JKN, yaitu dengan menyediakan standarisasi kualitas pelayanan rawat inap. Kebijakan KRIS didasarkan pada UU No 40/2004 tentang SJSN Pasal 19 yang menyebutkan bahwa JKN diselenggarakan dengan prinsip asuransi sosial dan ekuitas, serta Pasal 23 (4) yang menyebutkan “*Dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar*”. Standarisasi kelas perawatan juga telah tercantum dalam Peta Jalan JKN 2012-2019, pada tahun 2019 ditargetkan penetapan kelas perawatan yang sama, yaitu dengan standar kelas 1 atau kelas 2. Untuk mencapai target tersebut, Pemerintah menetapkan Perpres No. 64/2020 tentang Perubahan Kedua atas Perpres No 82/2018 tentang JKN. Perpres ini memberi arahan tentang keberlanjutan pendanaan JKN dan implementasi KRIS paling lambat 2020. Selanjutnya, PP No 47/2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian menetapkan pelayanan rawat inap kelas standar diterapkan paling lambat 1 Januari 2023.



Gambar 8 Landasan Kebijakan KRIS JKN

Praktik KRIS atau Kelas Rawat Inap Standar hingga penelitian ini dilakukan pada Juli 2022, terlihat sedang diuji coba oleh pemerintah pusat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di level FKRTL pada tahun 2022. DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional) sebagai inisiator kebijakan tersebut menjelaskan bahwa prinsip yang digunakan sebagai pijakan KRIS adalah asuransi sosial dan ekuitas. Standarisasi ini untuk menyamakan setiap peserta jaminan kesehatan dalam memperoleh layanan sesuai dengan kebutuhan medis tidak berdasarkan iuran yang dibayar. DJSN memaparkan bahwa kebijakan kelas standar merupakan amanat dari UU No. 40 tahun 2011 pasal 19 ayat 1 tentang prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, pasal 19 ayat 2 tentang kebutuhan dasar kesehatan dan pasal 23 ayat 4 tentang rawat inap kelas standar. Selain itu, sejalan juga dengan Perpres No. 64 tahun 2020 pasal 54 A yang menyatakan untuk keberlangsungan pendanaan Jaminan Kesehatan, Menteri bersama kementerian/ lembaga terkait, organisasi profesi, dan asosiasi fasilitas kesehatan melakukan peninjauan manfaat jaminan kesehatan sesuai kebutuhan dasar kesehatan dan rawat inap kelas standar paling lambat bulan Desember 2020, dan pasal 54 B menyatakan Manfaat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54A diterapkan secara bertahap sampai dengan paling lambat tahun 2022 dan pelaksanaannya dilakukan secara berkesinambungan untuk meningkatkan tata kelola Jaminan Kesehatan.

KRIS: Di mata BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan DJSN

Terkait urgensi pelaksanaan KRIS, DJSN dan BPJS Kesehatan berbeda pandangan dimana BPJS Kesehatan menilai bahwa implementasi KRIS sudah tidak relevan untuk dijalankan. Menurut BPJS Kesehatan, KRIS dirancang melalui Perpres No. 64 tahun 2020 sebagai solusi atas kondisi defisit anggaran BPJS Kesehatan dari tahun 2014-2019. BPJS Kesehatan berpandangan bahwa KRIS tidak relevan dilaksanakan pada situasi saat ini dimana BPJS Kesehatan telah mengalami surplus sejak tahun 2020-2021³¹. BPJS Kesehatan memiliki pandangan yang berseberangan dimana peningkatan mutu layanan kesehatan bagi peserta dicapai melalui standarisasi kelas bukan kelas standar sebagaimana konsep KRIS.

“BPJS juga kepinginnya menekankan pada mutu seoptimal mungkin. Kalau mutu maka jawabannya bahwa kelas standar itu adalah

31 RDP I. KOMISI IX DPR RI raker dengan MENKES RI & RDP dengan Ketua DJSN, serta Dirut BPJS KESEHATAN. 4 Juli 2022. Lihat: <https://www.youtube.com/watch?v=GEzuCW2MXkQ>

standarisasi kelas ... Untuk itu kita di BPJS lebih berkeinginan untuk ke arah standarisasi kelas, bukan kelas standar. Karena ini belum ada sekarang. Contohnya kelas I itu seperti apa, belum ada standar. Kelas II seperti apa, belum ada standar. Itu kita garap agar masyarakat mendapatkan pelayanan sebaik mungkin seoptimal mungkin.” (Dirut BPJS Kesehatan dalam RDP Juli 2022).

Ketidaksamaan pendapat Dirut BPJS terkait implementasi KRIS juga terlihat dari paparan yang bersangkutan tentang hasil survei terhadap 2000 peserta BPJS tentang pelaksanaan KRIS, dimana 69-70% peserta menyatakan tidak setuju dengan implementasi KRIS. Survei ini menggali informasi dari ketiga kelas kepesertaan. Peserta kelas 1 dan 2 yang tidak setuju dengan pelaksanaan KRIS memilih untuk tetap pada kelas awal meski dengan tawaran penurunan besaran iuran dalam skema KRIS. Hal yang serupa terjadi pada peserta kelas 3, yang juga menolak untuk kenaikan kelas yang disertai dengan kenaikan besaran iuran.

Lebih jauh, pertentangan pandangan terkait KRIS juga terjadi antara Kementerian kesehatan dan BPJS Kesehatan. Dalam paparan di RDP dengan Komisi IX DPR RI pada Juli 2022, Menteri Kesehatan selaku regulator KRIS menekankan bahwa BPJS sebagai non-profit organization dalam melaksanakan pelayanan bagi masyarakat idealnya tidak membiarkan anggaran DJS tersimpan dalam jumlah besar. DJS hendaknya dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat.

“...BPJS ini bukan didesain sebagai profit organization, tapi sebagai organisasi yang melayani sehingga dimata kami sebagai regulator memang idealnya pas atau positifnya itu (surplusnya) tidak terlampau banyak, sehingga bisa semuanya disalurkan bagi masyarakat.... sesuai dengan perannya asuransi kesehatan sosial, bukan untuk profit seeking tapi untuk memastikan layanan yang paling baik dan paling luas dan paling efisien disampaikan oleh seluruh rakyat kita” (Menkes).

Menanggapi hal ini, Dirut BPJS menyampaikan bahwa BPJS bukan saja lembaga publik yang non profit namun lebih berorientasi *not for profit*, dimana lembaga ini diperbolehkan untuk mendapatkan profit yang berlebih.

Silang pendapat terkait implementasi KRIS antara BPJS Kesehatan dan DJSN tidak jauh berbeda dengan silang pendapat BPJS kesehatan dengan Kementerian

Kesehatan. BPJS Kesehatan yang memandang bahwa implementasi KRIS sudah tidak relevan untuk diterapkan sebagaimana dipaparkan sebelumnya, juga bertentangan dengan pandangan DJSN selaku penggagas konsep KRIS. Bagi DJSN, KRIS adalah amanah UU SJSN, dimana pelaksanaannya berdasarkan prinsip asuransi sosial dan kesetaraan. Hal ini juga sejalan dengan konvensi PBB dimana masyarakat tidak boleh dibedakan berdasarkan kondisi sosial-ekonomi mereka, yang dalam aspek layanan kesehatan diartikan sebagai kesetaraan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat tanpa memandang suku, agama, ras, dan lain sebagainya³².

Ketidaksepahaman kedua lembaga pemerintah ini terus berlanjut hingga Juli 2022, dimana keduanya masih belum bersepakat terkait definisi dan kriteria pelaksanaan KRIS. Bahkan ketidaksepahaman ini kemudian disinyalir turut berpengaruh pada pelaksanaan penyediaan infrastruktur kesehatan untuk implementasi KRIS oleh Kementerian Kesehatan³³. Hingga RDP dengan Komisi IX DPR RI pada Juli 2022, ketidaksepahaman kedua lembaga ini menjadi catatan penting dan mendapat kritik keras Komisi IX DPR RI. Penelitian ini menunjukkan Perbedaan pandangan antara regulator dan pelaksana regulasi ini perlu ditengahi agar memiliki agenda yang sama, sehingga tujuan pelayanan kesehatan yang adil dan berkualitas bagi masyarakat dapat tercapai.

Silang pendapat antara Kementerian Kesehatan- BPJS Kesehatan dan DJSN – BPJS Kesehatan masih terlihat hingga Rapat Dengar Pendapat (RDP) Kementerian Kesehatan, DJSN dan BPJS Kesehatan dengan Komisi IX DPR RI pada 20 Juli 2022. Penyamaan persepsi kementerian dan lembaga ini dilakukan melalui beberapa rapat antara DJSN, Direksi BPJS Kesehatan dan Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, yang dilaksanakan pada Juli 2022, dilanjutkan dengan sidang pleno terkait Daftar Inventarisasi masalah (DIM) revisi Perpres No.82/2018 tentang Jaminan Kesehatan pada awal Agustus 2022, kemudian ditutup dengan rapat koordinasi bersama Kementerian Kesehatan yang memutuskan pelaksanaan Uji Coba Implementasi KRIS pada 1 September 2022.

Dalam RDP Kementerian Kesehatan, DJSN dan BPJS Kesehatan dengan Komisi IX DPR RI pada 20 September 2022, disampaikan bahwa implementasi KRIS telah sampai pada tahap Uji Coba yang merupakan tahun awal dari 4 tahun inisiasi implementasi KRIS di seluruh RS di Indonesia yang

32 Wawancara dengan Ketua Komisi Kebijakan DJSN – Mickael Bobby Hoelman pada 5 Juli 2022

33 Raker Komisi IX DPR RI dengan Kementerian Kesehatan Juli 2022 <https://www.youtube.com/watch?v=rIBscmf3fic&t=290s>

diharapkan terlaksana pada tahun 2025 sebagaimana terlihat dalam Peta Jalan Implementasi KRIS berikut³⁴.



Sumber: Paparan Wakil Menteri Kesehatan, pada RDP 20 September 2020

Gambar 9 Peta Jalan Implementasi KRIS 2022-2025

Uji Coba Implementasi KRIS ditetapkan dengan penetapan petunjuk teknis implementasi uji Coba KRIS melalui Kep. Dirjenyankes Nomor HK.02.02/I/2995/2022 tentang Rumah Sakit Penyelenggara Uji Coba, dimana Uji Coba tersebut dilaksanakan sejak 1 september di empat RS yaitu RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. RSUP Surakarta, RSUP Dr. Johannes Leimena ambon, dan RSUP Dr. Rivai Abdullah Palembang. Uji Coba ini ditujukan untuk (1)Memastikan keselarasan definisi, kriteria KRIS pada kelas rawat inap standar bagi peserta JKN; (2) Mendapatkan gambaran kesiapan RS meliputi kebutuhan dan sumber pembiayaan; (3) Mengetahui dampak KRIS terhadap mutu layanan rawat inap peserta JKN; (4) Mengetahui dampak kelas KRIS terhadap DJS; (5) Mendapatkan analisa costing berdasarkan kebutuhan pembiayaan RS dalam memenuhi kriteria kelas rawat inap standar; (6) Memastikan dampak implementasi KRIS dapat diterima oleh peserta, Faskes, asosiasi pekerja dan pemberi kerja, pemangku kepentingan, serta kementerian/lembaga terkait melalui survey persepsi dengan gambaran komprehensif.

Uji Coba KRIS dilandasi oleh prinsip Kriteria medis (pemenuhan atas visit dokter penanggung jawab pasien dan pemenuhan kebutuhan/ketersediaan obat), dan kriteria non-medis 12 indikator yakni; (1) bahan bangunan di RS tidak memiliki porositas tinggi; (2) RS wajib mempunyai ventilasi udara; (3) ada pengaturan khusus mengenai pencahayaan ruangan; (4) RS harus melengkapi

34 RDP II. KOMISI IX DPR RI raker dengan MENKES RI, RDP dengan Ketua DJSN & Dirut BPJS KESEHATAN. 20 September 2022. Lihat: <https://www.youtube.com/watch?v=rIBscmf3fic&t=290s>

tempat tidur dengan minimal dua kontak listrik yang tidak boleh berbentuk percabangan alias sambungan langsung tanpa pengaman arus. Di masing-masing tempat tidur juga harus ada *nurse call* yang terhubung dengan ruang jaga perawat; (5) Di setiap tempat tidur harus memiliki nakas 1 buah; (6) Suhu dalam ruangan rawat inap harus berada pada rentang 20 – 26 C dan kelembaban stabil; (7) pembagian ruang berdasarkan jenis kelamin, usia, jenis penyakit (infeksi, non-infeksi, bersalin); (8) kepadatan ruangan (maksimal 4 tempat tidur per ruang rawat, jarak antar tempat tidur minimal 1,5 m, ukuran tempat tidur dapat disesuaikan); (9) Jarak tirai/partisi tempat tidur 30 cm dari lantai, panjang minimal 200 cm, bahan tidak berpori); (10) kamar mandi di dalam ruangan; (11) Kamar mandi sesuai dengan standar aksesibilitas; dan (12) Setiap tempat tidur memiliki outlet oksigen yang memiliki *flowmeter* yang berada pada dinding belakan tempat tidur pasien.

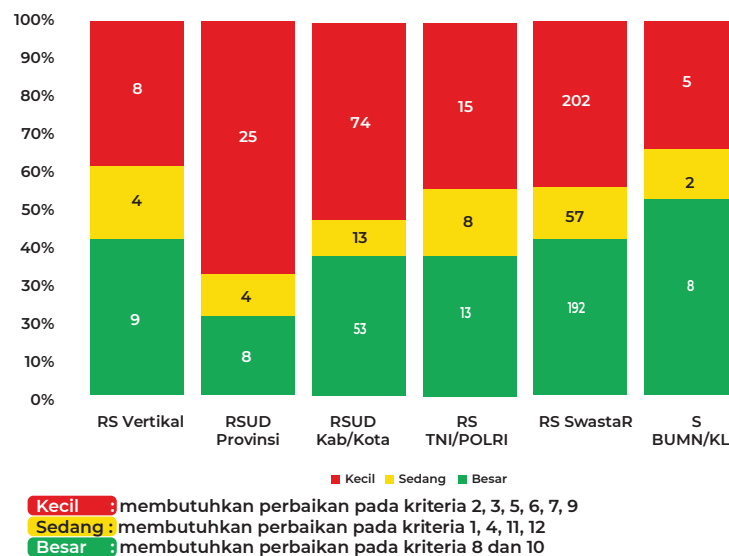
Uji coba KRIS yang tengah berlangsung saat ini dilakukan dengan skema 2 kelas yakni kelas 1 dengan maksimal 2 tempat tidur dan kelas KRIS dengan maksimal 4 tempat tidur. Adapun tarif yang diterapkan dalam uji coba KRIS adalah tarif INA CBGs sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Sementara uji coba implemantasi berlangsung, DJSN menyusun kajian *costing*/pembiayaan terkait kebijakan KRIS, termasuk kenaikan tarif layanan kesehatan untuk INA-CBG's dan besaran iuran BPJS Kesehatan ketika KRIS resmi diimplementasikan.

Terkait persepsi rumah sakit di Indonesia terhadap implementasi KRIS, survei yang dilakukan oleh Kementerian kesehatan, DJSN dan Persi pada 1.158³⁵ rumah sakit (dari total 2800 rumah sakit di Indonesia) tipe A sampai tipe D, menunjukkan bahwa 80% rumah sakit setuju dengan kebijakan KRIS, sementara 20% menyatakan tidak setuju. Hasil survei RSUD Provinsi terhadap sembilan kriteria KRIS berlaku Juli 2023, 83,1% menyatakan setuju, sementara 16,9% menyatakan tidak setuju. Kemudian hasil survei RS vertikal terhadap 12 kriteria KRIS JKN berlaku pada Desember 2023, 80% menyatakan setuju dan 20% menyatakan tidak setuju. Dari sini terlihat bahwa sebagian besar rumah sakit menyetujui implementasi KRIS.

Terkait kesiapan infrastruktur rumah sakit untuk mendukung implementasi KRIS, Kementerian Kesehatan, melakukan percepatan pemenuhan

35 Lihat: <https://www.beritasatu.com/ekonomi/979131/djsn-sebut-80-rumah-sakit-setuju-dengan-kebijakan-kris-jkn>

infrastruktur sesuai dengan standar KRIS berdasarkan atas kriteria item pemenuhan dan sumber pembiayaan yang disusun berdasarkan atas kegiatan teknis dengan dana APBN, APBD, dana operasional BLU dan *loan/grant* sebagai sumber pembiayaan untuk persiapan implementasi KRIS ini di Rumah Sakit tersebut. Adapun kondisi rumah sakit di Indonesia menurut survei yang telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, 698 rumah sakit belum memenuhi 12 kriteria KRIS sebagaimana disajikan pada gambar 10. Rumah sakit-rumah sakit tersebut membutuhkan perbaikan skala kecil, sedang dan besar.



Sumber: Paparan Wakil Menteri Kesehatan, pada RDP 20 September 2020

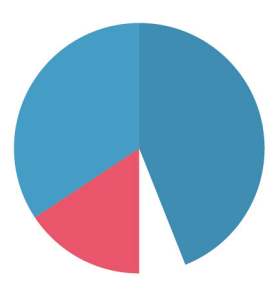
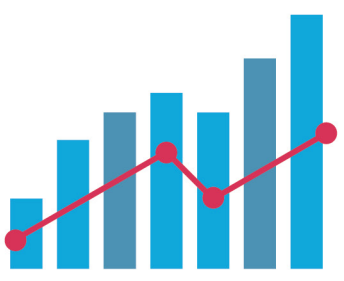
Gambar 10 Survei 698 Rumah Sakit terkait Kesiapan KRIS

Mengacu pada perkembangan perjalanan implementasi KRIS yang saat ini sedang tahap uji coba, beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk penerapan KRIS yakni, *pertama* pemerintah perlu memastikan kesiapan rumah sakit menjelang penerapan KRIS³⁶. *Kedua*, pemerintah perlu merancang skema iuran yang tidak memberatkan terutama bagi peserta kelas 3³⁷. Pada pasal 34 ayat (3) menyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Lebih lanjut Permenkes no. 4 tahun 2019 menjelaskan tentang standar teknis pemenuhan mutu layanan dasar pada standar pelayanan paling minimal bidang kesehatan. Tentu hal tersebut menegaskan penguatan Fasilitas Kesehatan baik Tingkat Pertama maupun

36 Input hasil wawancara dari Jurnalis Tempo, DJSN, dan Direktur Rumah Sakit kepada tim Peneliti INFID.
 37 Input hasil wawancara dari FP Jamsos, Dokter, Epidemiolog, Yayasan Kesehatan Perempuan.

Tingkat Lanjut menjadi tanggung jawab pemerintah dengan stakeholder FKTP dan FKRTL tersebut. Jika rumah sakit keluar dari JKN maka mengurangi suplai ruangan bagi peserta JKN. Kemampuan bayar dari peserta JKN perlu untuk diperhatikan terutama kelas tiga, dikhawatirkan jika tidak melihat kemampuan bayar dari peserta kelas tiga dapat mengakibatkan menghambat iuran. Selain kedua hal tersebut, perlu untuk dilakukan penelitian lanjutan terkait penentuan KRIS agar sesuai dengan kebutuhan masyarakat Indonesia.





IV. STRATEGI MEMPERKUAT TATA KELOLA ANGGARAN BPJS KESEHATAN

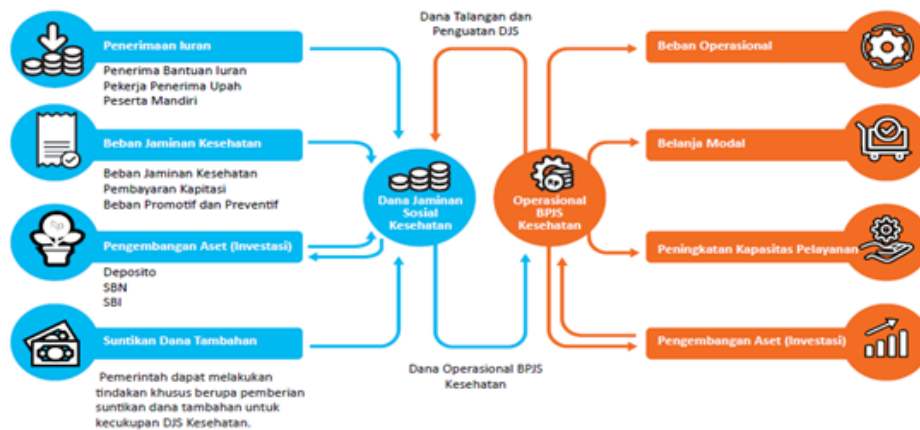
4.1 Mengefektifkan kebijakan pengelolaan anggaran BPJS Kesehatan

BPJS kesehatan dapat melakukan tiga macam prosedur dalam mengelola anggaran, yaitu: 1) perencanaan biaya manfaat (dana kapitasi, non kapitasi dan promotif preventif); 2) penyaluran biaya manfaat (dana kapitasi, non kapitasi dan promotif preventif); dan 3) monitoring dan evaluasi atas pelayanan kesehatan yang dibiayai dana kapitasi, dana non-kapitasi dan dana promotif preventif³⁸. UU No 24/2011 tentang BPJS menyatakan bahwa BPJS perlu memisahkan pengelolaan aset Dana Jaminan Sosial (DJS) dan aset BPJS, serta wajib disimpan dan diadministrasikan pada bank kustodian BUMN³⁹. Terdapat dua bentuk pemanfaatan DJS, yaitu untuk pembiayaan operasional BPJS Kesehatan dan pembiayaan klaim jaminan kesehatan.

Biaya operasional BPJS Kesehatan ditetapkan berdasarkan persetujuan Kementerian Keuangan, melalui Dirjen Anggaran. Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan yang telah ditetapkan, dana operasional BPJS Kesehatan tahun 2021 adalah senilai Rp4,09 triliun, sedikit lebih menurun dibanding tahun sebelumnya senilai Rp4,09 triliun, dan lebih tinggi daripada tahun 2019 yaitu Rp4,09 triliun. Melalui Peraturan Menteri Keuangan Nomor 219/PMK.02/2021 tentang operasional dana BPJS Kesehatan tahun 2022, terlihat alokasi anggaran yang naik 4,4% dibanding tahun sebelumnya yakni menjadi Rp4,27 triliun. Setelah penetapan besaran dana operasional melalui PMK, BPJS Kesehatan menyusun Rencana Kerja Anggaran Tahunan (RKAT) sebagai landasan dalam pengajuan anggaran kepada Pemerintah Pusat.

38 Laporan BPK dana Kesehatan BPJS Kesehatan Tahun 2019

39 Pendapat BPK pengelolaan atas Penyelenggaraan Program JKN tahun 2021



Sumber : Badan pengawas Keuangan Republik Indonesia, 2021

Gambar 11 Dana Jaminan Sosial Kesehatan dan Dana Operasional BPJS Kesehatan

Pasal 24 UU Nomor 40 tahun 2004 mengamanatkan agar BPJS Kesehatan membayar penyedia Fasilitas Kesehatan secara efektif dan efisien. Dalam kaitannya dengan pengelolaan anggaran, BPJS Kesehatan bertugas untuk (1) mengumpulkan iuran dari peserta, pemberi kerja dan pemerintah; (2) mengelola dana JKN; (3) membiayai pelayanan kesehatan dan membayarkan manfaat JKN. Kemudian untuk melaksanakan ketiga tugas tersebut, kewenangan yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan yakni (1) menagih pembayaran iuran; (2) menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil yang memadai; (3) melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya; serta (4) membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besaran pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Untuk melaksanakan tugas-tugas yang disebutkan diatas, beberapa regulasi telah disiapkan Pemerintah guna menjamin pelaksanaan sesuai agenda pemerintah, mulai dari Perpres No 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, diikuti 2 perubahannya dalam Perpres No 75 Tahun 2019 tentang Jaminan Kesehatan dan Perpres No 64 tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan. Beberapa hal terkait pemungutan iuran peserta yang diatur dalam ketiga Perpres ini yaitu: a) perubahan besaran iuran berdasarkan jenis kepesertaan (Tabel 2, bab 3.2); b) batas paling tinggi gaji atau upah per bulan yang digunakan sebagai

dasar perhitungan besaran iuran bagi peserta PPU adalah Rp.12.000.000; c) iuran bagi peserta PPU yaitu sebesar 5% dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta; dan d) besaran denda tunggakan iuran adalah sebesar 5% dari biaya paket INA-CBGs.

Perubahan kebijakan penetapan iuran dinilai cukup berimplikasi pada kondisi DJS dimana pendapatan dari iuran terus meningkat sejak tahun 2019 hingga 2021, secara berurut yakni Rp. 111.754.163 (2019), Rp.139.852.375 (2020), dan Rp. 143,318.305 (2021)⁴⁰. Meski demikian, kebijakan kenaikan iuran dinilai hanya mengatasi permasalahan defisit jangka pendek. Untuk mengatasi defisit, pemerintah memberikan suntikan dana tambahan melalui Penyertaan Modal Negara (PMN). Penyertaan Modal Negara diberikan sebanyak 2 kali yakni pada tahun 2015 dan 2016 secara berturut-turut sebesar Rp.5 triliun (Rp.3,46 triliun untuk biaya operasional BPJS, 1,54 triliun untuk hibah kepada DJS Kesehatan) dan Rp 6,82 triliun. Pada tahun 2017 dan 2018 defisit DJS Kesehatan ditanggulangi melalui dana bantuan yang diberikan melalui PMK Nomor 167/PMK.02/2017 dan PMK Nomor 113/PMK.02/2018 sebesar Rp. 3,60 triliun dan Rp.10,25 triliun. Pada tahun 2019, defisit sebesar Rp.50,99 triliun (Tabel 6).

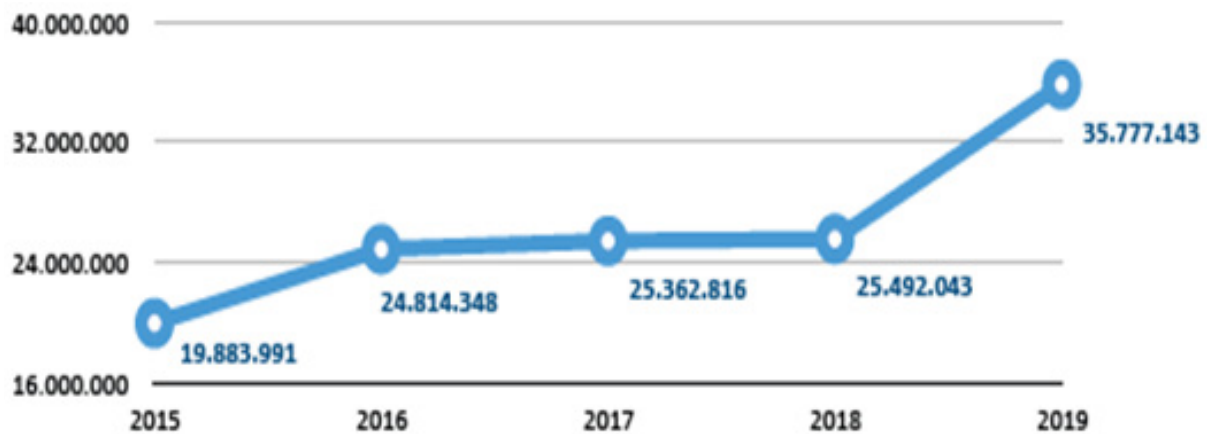
Uraian	2015	2016	2017	2018	2019
Surplus/Defisit	(9.069.216)	(8.560.782)	(23.025.252)	(33.960.644)	(50.997.406)
Bantuan Dana Pemerintah	1.540.000	6.827.891	3.600.000	10.256.466	-
Klaim Rasio	111,05%	99,97%	113,50%	114,94%	105,56%

Tabel 6 Perkembangan Defisit DJS Kesehatan Tahun 2015-2019

Sumber : Badan pengawas Keuangan Republik Indonesia, 2021

Selain alokasi dana untuk mengendalikan defisit anggaran, Pemerintah juga telah mengalokasikan subsidi untuk peserta PBI, dari tahun 2015-2019 mencapai Rp131,33 triliun (Gambar 12). Sejak 2015-2019, anggaran subsidi bagi peserta PBI semakin meningkat.

40 Laporan Pengelolaan Program dan Keuangan BPJS Kesehatan tahun 2021



*data dalam Rp.jutaan

Sumber : Badan pengawas Keuangan Republik Indonesia, 2021

Gambar 12 Alokasi Bantuan Iuran Pemerintah untuk Peserta PBI dari Tahun 2015-2019

Berpegang pada tingginya defisit yang dialami BPJS Kesehatan dari tahun ke tahun meski telah mendapat suntikan dana dari pemerintah, perlu kembali melihat faktor-faktor pendorong terjadinya defisit. Beberapa hal yang menjadi penyebab defisit ini yakni (BPK, 2021):

- a. BPJS Kesehatan belum memiliki mekanisme pengumpulan iuran yang efektif terutama untuk menjamin kolektibilitas dan validitas besaran iuran segmen PPU dan PBP

BPJS Kesehatan masih memiliki keterbatasan dalam mengakses data penghasilan peserta PPU yang hanya mengandalkan data yang disediakan oleh pemberi kerja. Ada banyak temuan menunjukkan pemberi kerja yang memanipulasi data pekerja, yaitu melakukan *mark down* besaran gaji peserta untuk mengurangi jumlah iuran. Dalam salah satu diskusi dengan informan, juga menyampaikan bahwa terdapat temuan pekerja yang berdasarkan besaran gaji bulannya, seharusnya didaftarkan di kelas I namun oleh perusahaan tempat bekerja didaftarkan di kelas II dengan besaran gaji yang telah dimanipulasi dalam berkas pendaftaran.

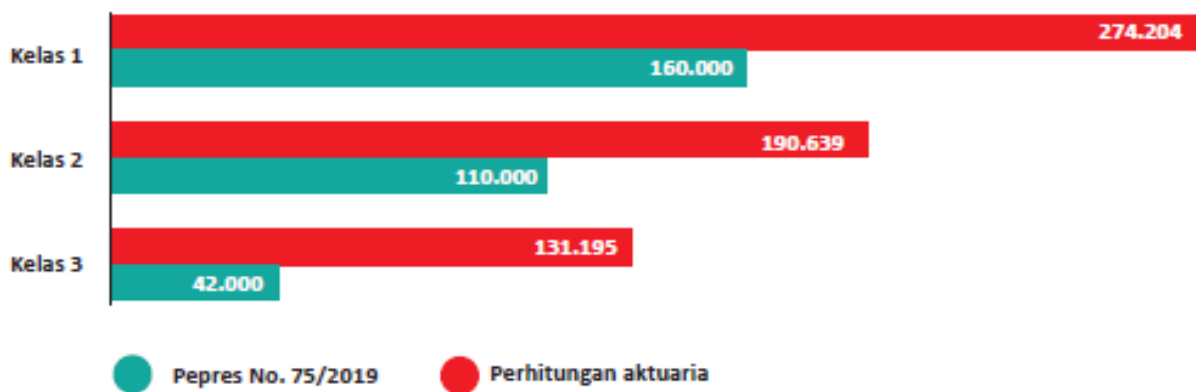
"...saudara saya datang, dia pekerja outsourcing di sebuah perusahaan bank terbesar pemerintah di Indonesia, di Jakarta ... Memang perusahaan bank ini patuh kepada pekerja outsource, ke

perusahaan outsource nya juga dibayarkan sesuai upah minimum. Gaji lu berapa ? upah minimum 4,6 Jakarta. Lho tapi kenapa lu kelas 2? Enggak tahu gue kelas 2. Kan ketentuannya kalau gajinya 4.000.001 perak itu udah kelas satu, lu 4,6. Gue nggak tahu kan. saya coba cek ke orang BPJS, dijawab sama orang BPJS “Bang gajinya 2,8”..” (BPJS Watch)

Untuk memaksimalkan pendapatan DJS Kesehatan sekaligus meminimalisir resiko yang sama, pemerintah menerbitkan Inpres No 1 tahun 2022⁴¹. Inpres tersebut memberi tugas kepada kementerian terkait untuk meningkatkan kepatuhan perusahaan agar memberikan data pekerja beserta keluarga secara lengkap dan benar. Dengan berpegang pada Inpres No 1 tahun 2022, maka BPJS Kesehatan bisa meminta data SPT PPh 21 setiap perusahaan. Temuan studi ini menunjukkan pendaftaran pekerja pada kelas yang lebih rendah beresiko mengurangi peluang pendapatan DJS Kesehatan,

“..banyak loh yang gajinya 15 juta, harusnya kan didaftarkan kan 12 juta kan ... Eh didaftarnya adalah 5 juta ... 7 juta dan sebagainya. BPJS Kesehatan terima iya iya aja gitu percaya. Sehingga potensi pendapatan yang seharusnya 10 jadi cuma 7. Nah, jadi sekarang ini sudah dilakukan permintaan data SPT PPh 21. Saya bilang legal itu permintaan, itu ada inpresnya. Supaya jangan sampai ada perusahaan-perusahaan yang nakal membayar iuran berbasis upah tidak sesungguhnya” (DJSN)

Selain terkait validitas data, besaran iuran yang ditetapkan oleh pemerintah juga menjadi kendala yang berujung pada defisit anggaran DJS Kesehatan. Menurut penghitungan aktuarial, besaran iuran yang ditetapkan oleh pemerintah melalui Perpres Nomor 75 Tahun 2019 masih belum sesuai, dimana besaran yang ditetapkan melalui Perpres tersebut masih jauh lebih rendah, seperti disajikan pada Gambar 13. Gambar 13 menunjukkan bahwa pada setiap kelas besaran iuran yang ditetapkan dalam Perpres jauh dibawah seharusnya menurut penghitungan aktuarial.



Sumber : Badan pengawas Keuangan Republik Indonesia, 2021

Gambar 13 Besaran Iuran BPJS Per Kelas

- b. Penetapan dana kapitasi belum memperhitungkan norma kapitasi berupa sumber daya manusia serta kelengkapan sarana dan prasarana pelayanan yang dimiliki oleh FKTP

Penetapan dana kapitasi kepada FKTP yang tidak didasarkan pada pertimbangan sumber daya manusia dan sarana prasarana kemudian berdampak pada tidak optimalnya penyaluran dana kapitasi. Data pada Juni 2018 menunjukkan bahwa hanya 45 dari 9.852 (4,31%) Puskesmas yang mampu menuntaskan 144 diagnosa penyakit non-spesialistik.

- c. Pelayanan kesehatan yang semestinya dapat dituntaskan pada FKTP namun dirujuk ke FKRTL, serta pelayanan kesehatan promotif dan preventif pada FKTP belum optimal

Angka rujukan pasien dengan diagnosa non-spesialistik pada tahun 2018 cukup tinggi, padahal jenis penyakit tersebut masih bisa ditangani di FKTP. Pada tahun 2018, jumlah rujukan non-spesialistik dari FKTP milik pemerintah sebanyak 3.267.074 rujukan atau sekitar 20% dari total rujukan (16.533.888 rujukan), dan dari FKTP swasta sebanyak 2.031.529 rujukan (dari total rujukan 8.886.283), ditemukan 752.658 rujukan non-spesialistik yang bernilai Rp142,73 miliar yang seharusnya bisa ditangani pada FKTP. Kondisi ini pada akhirnya menambah biaya pelayanan FKRTL yang ditanggung oleh DJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan promotif preventif pada FKTP yang masih belum optimal berdampak pada masih tingginya angka penderita penyakit katastrofik yang merupakan salah satu pengeluaran terbesar

dari DJS Kesehatan senilai Rp20,26 triliun atau 21,98% dari total biaya pelayanan kesehatan tingkat lanjut.

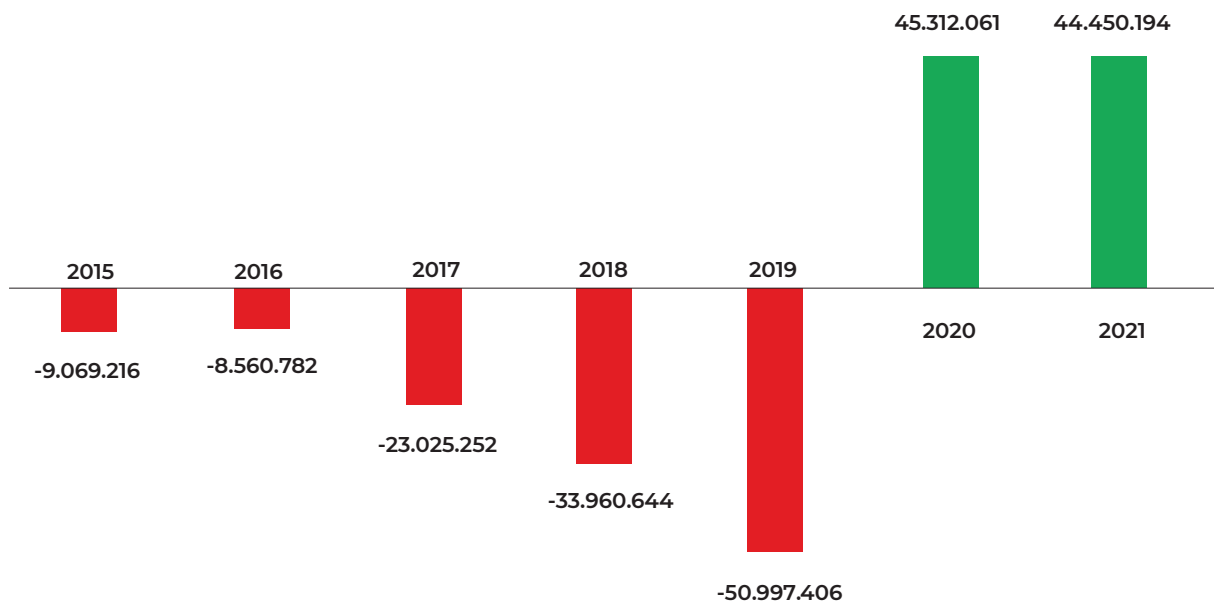
Tabel 7 Jenis Penyakit Katastropik yang Membebani DJS Kesehatan Tahun 2019

Jenis Penyakit	Nominal (Rp)
Jantung	10,7 Triliun
Kanker	3,54 triliun
Stroke	2,54 triliun
Gagal Ginjal	2,3 triliun
Talasemia	509,19 miliar
Hemofilia	405,67 miliar
Leukimia	361,05 miliar
Sirosis hati	310,92 milliar

Sumber : Badan pengawas Keuangan Republik Indonesia, 2021

- a. Aplikasi verifikasi klaim pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan masih perlu dilakukan perbaikan, karena belum dapat dimanfaatkan secara optimal dalam pengelolaan beban pelayanan kesehatan
- b. Pemerintah belum optimal dalam menyelesaikan defisit keuangan DJS Kesehatan sehingga beresiko mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan
- c. Kontribusi APBD terhadap pendanaan BPJS di luar iuran PPU PN daerah belum optimal

4.2 Tren Kinerja Keuangan BPJS Kesehatan & Penguatan Strategi Investasi



Sumber: BPJS Kesehatan (2020); BPJS Kesehatan (2021); BPK (2021)

Gambar 14 Perkembangan Defisit-Surplus Dana Jaminan Sosial Tahun 2015-2021 (dalam Rp Juta)

Gambar 14 menunjukkan bahwa sejak tahun 2015-2019 kondisi keuangan BPJS Kesehatan selalu defisit bahkan terus meningkat sepanjang tahun. Periode 2015-2019 diasumsikan sebagai kondisi normal, sementara pada periode 2020-2021 selama masa pandemi COVID-19, jumlah kunjungan pasien ke FKTP dan atau ke FKRTL jauh menurun. Pembiayaan perawatan kesehatan, khususnya proporsi pembiayaan paling besar yaitu dari paket INA-CBGs, juga menurun. Pembiayaan INA-CBGs pada tahun 2019 adalah sebesar Rp113 triliun, tahun 2020 sebesar Rp95 triliun, dan tahun 2021 sebesar Rp90 triliun. Informan dalam studi ini menilai surplus anggaran BPJS tahun 2020 dan 2021 bukan terjadi secara sistemik. Apabila pandemi COVID-19 telah tertangani, jumlah kunjungan dan pembiayaan rumah sakit akan kembali naik, sehingga kembali berpotensi terjadi defisit.

“..pada saat bersamaan dengan masa pandemi COVID terjadi penurunan pembiayaan. Kalau saya perhatikan yang biaya paling besar INA-CBGs (rawat jalan tingkat lanjut maupun rawat inap). Nah dengan adanya pandemi dia turun sehingga totalnya sekitar 95 triliun di 2020 akhir Nah 2021 turun lagi sekitar 90 triliun. Nah ini kan pembiayaan menurun karena pandemi tapi akan naik karena

orang sudah berani ke rumah sakit” (Epidemiolog)

Di sisi lain, Menteri Kesehatan dalam Rapat Koordinasi dengan Komisi IX DPR RI, DJSN dan BPJS Kesehatan pada Juli 2022 menyampaikan bahwa Kementerian Kesehatan telah melakukan penghitungan aktuarial untuk menetapkan kenaikan iuran. Kenaikan tarif yang telah dilakukan pada tahun 2020 dianggap akan memperbaiki *cashflow* BPJS Kesehatan, sehingga pendapatan kumulatifnya akan terus meningkat. Selanjutnya, informan dalam penelitian ini menyatakan bahwa peningkatan pendapatan sangat diperlukan sebagai bentuk persiapan ketika terjadi lonjakan pembiayaan seperti sebelum pandemi. Di sisi lain, dalam konteks wacana kebijakan KRIS, terdapat kemungkinan penurunan jumlah keaktifan peserta dalam melakukan pembayaran setelah penetapan KRIS. Dengan demikian, upaya yang dapat dilakukan oleh BPJS Kesehatan sebaiknya tidak memfokuskan pada kenaikan iuran melainkan lebih kepada peningkatan keaktifan peserta⁴².

Penguatan Strategi Investasi Jangka Pendek dan Jangka Panjang

1. Strategi penguatan performa investasi DJS Kesehatan

Pasal 24 UU Nomor 40 tahun 2004 menyebutkan bahwa BPJS memiliki tugas dalam mengelola dana JKN. Dalam hal ini, BPJS juga memiliki kewenangan utamanya dalam menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang. BPJS Kesehatan harus mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil yang memadai dalam melakukan investasi. Adapun bentuk penempatan DJS Kesehatan yang umum diketahui adalah pada deposito, Surat Berharga Negara (SBN) dan Sertifikat bank Indonesia (SBI). Pendapatan investasi BPJS Kesehatan menunjukkan peningkatan (Tabel 8). Namun, informan dalam riset ini menilai investasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan sangat konservatif dimana dilihat dari portofolio, sekitar 99% investasi pada deposito yang memiliki rate hanya 4% per tahun.

Tabel 8 Pendapatan BPJS Selama Tahun 2019, 2020, dan 2021

Jenis Pendapatan	2021 (dalam jutaan rupiah)	2020 (dalam jutaan rupiah)	2019 (dalam jutaan rupiah)
Pendapatan luran	143,318.305	139.852.375	111.754.163
Pendapatan Kontribusi Pajak Rokok	1.087.520	1.239.491	-
Pendapatan Investasi	1.426.723	145.106	13.956
Pendapatan SiLPA Kapitasi	274.383		
Pendapatan lain	480.849	241.217	301.773
Jumlah pendapatan	146.587.780	141.478.189	112.069.892

Sumber : BPJS Kesehatan (2021); BPJS Kesehatan (2020)

Performa investasi BPJS Kesehatan menurut informan dari CLIOS sangat ditentukan oleh kualitas *fund manager* yang dipilih. Selain itu, dalam menjalankan investasi, BPJS Kesehatan juga dinilai tidak melakukan uji kelayakan terlebih dahulu, sehingga terkesan tidak profesional dalam mengalokasikan anggaran untuk investasi.

“Menurut saya masalahnya ada di pemilihan fund manager dan strategi dana mau dikembangkan untuk apa, memenuhi klaim yang mana, seberapa besar? Itu saya belum pernah lihat.... Intinya ada dana mengendap diputar, kalau tidak benar berarti mengelolanya tidak benar jangan salahkan dananya. Dana relatif mengikuti siapa yang memutarnya. Kalau bisa porsi untuk non fix income diperbesar, sebesar apa tergantung untuk menutup klaim yang mana. Itu yang harus dibuka di data BPJS kesehatan. Berapa klaim yang dikhawatirkan, berapa return yang dibutuhkan untuk menutup return itu” (CLIOS)

2. Peningkatan Keaktifan Peserta

Selain pendapatan dari investasi, peningkatan pendapatan DJS Kesehatan juga bisa diupayakan melalui peningkatan keaktifan peserta. Peningkatan keaktifan peserta bisa dilakukan dengan berbagai hal salah satunya terkait

sanksi denda yang dikenakan kepada peserta yang menunggak. Berdasarkan data BPK Tahun 2021, adapun besaran piutang iuran tahun 2020 adalah sebesar Rp4.356.161.000.000 dan pada tahun 2021 sebesar Rp4.892.568.000.000. Dari sini terlihat jumlah tunggakan iuran semakin meningkat pada tahun 2021.

Persoalan tunggakan iuran oleh peserta perlu dilihat dari kaca mata peserta terkait apa yang menyebabkan terjadinya tunggakan. BPJS Watch menjelaskan salah satu faktor penyebab tunggakan iuran adalah kebijakan untuk penyatuan kelas kepesertaan anggota satu keluarga dalam satu kelas yang sama sebagaimana diatur dalam Perpres No 19 Tahun 2016. Perpres mengatur penyatuan kelas dan keharusan pembayaran iuran secara bersamaan. Dampaknya kemudian adalah tunggakan iuran disebabkan ketidakmampuan peserta untuk membayar iuran secara akumulatif pada saat yang sama.

“Nah kejadian kebijakan atau pun regulasi yang dibuat yang mengakibatkan satu orang atau satu keluarga satu kelas dan satu keluarga harus bayar bersama-sama, itu yang menyebabkan banyak tunggakan saya bilang. Harusnya bisa dibuka, misalnya bukan penerima upah peserta mandiri ini, misalnya tukang gado-gado kan dia kan dapat pada hari itu bisa saja, “Oh saya hari ini bayar anak saya dulu 35.000, 2 hari lagi oh untuk si suami saya, oh 2 hari lagi untuk anak saya”, sehingga diharapkan tanggal 10 bisa semuanya. Kan mereka enggak mau si BPJS maunya pokoknya bayar semuanya aja gitu, satu bayar-satu semuanya bayar, satu enggak bayar semuanya enggak bayar.”(FP Jamsos)

Tata cara pembayaran iuran untuk keluarga perlu pula diberi semacam kelonggaran, sebagaimana pada kasus yang dicontohkan sebelumnya, ketidakmampuan keluarga peserta untuk membayar iuran secara lunas seluruh anggota keluarga dalam waktu yang sama. Untuk kondisi seperti ini, BPJS Kesehatan perlu mempertimbangkan metode pembayaran dengan mencicil.

Berbicara terkait tunggakan iuran, tentu tidak lepas dari sanksi denda dimana berdasarkan Perpres Nomor 64 tahun 2020, besaran denda yakni 5% x INA CBGs x jumlah bulan tertunggak. Menurut BPJS Watch, terkait kasus tunggakan dan denda, BPJS Kesehatan perlu mempertimbangkan untuk melakukan relaksasi tunggakan. Hal ini dapat dilakukan dengan tunggakan yang ada diberi potongan 60%, dimana bila peserta membayar sisa tunggakan 40%, maka nilai ini akan menambah pendapatan DJS Kesehatan, dan secara tidak langsung

akan merangsang kelancaran pembayaran iuran bulan berikutnya.

“Coba deh, daripada kita berhayal dengan 16 triliun yang nggak masuk-masuk sebagai pendapatan riil. Mendingan kita kasih relaksasi, kita kasih diskon dan orang-orang ini tertarik untuk membayar, kaya tax amnesty aja saya bilang gitu ... Setelah itu orang ‘oke gue bayar 50%, setelah itu gue bayar normal’. Kalau sekarang kan orang mau bayar nggak bisa karena tunggaknya 10 juta, saya enggak mampu begitu. Nah ini kan persoalan jadi akhirnya satu orang ini atau satu keluarga ini enggak bisa dapat layanan karena tunggaknya gede” (BPJS Watch)

3. Memperluas peluang Pajak Dosa (Sin Tax)

Selain pendapatan bersumber dari iuran peserta, sumber anggaran BPJS Kesehatan lainnya adalah dari kontribusi pajak rokok, pendapatan investasi, pendapatan SiLPA kapitasi dan pendapatan lainnya. Data BPK dalam Laporan pengelolaan Program dan Keuangan BPJS Kesehatan tahun 2021 dan tahun 2020 merilis pendapatan BPJS tahun 2019, tahun 2020, tahun 2021, sebagaimana disajikan pada tabel berikut:

Tabel 9 Pendapatan Investasi BPJS Kesehatan

Tahun	Pendapatan (dalam jutaan rupiah)
2021	1.426.723
2020	145.106
2019	13.956

Sumber : BPJS Kesehatan (2021); BPJS Kesehatan (2020);

Pendapatan yang bersumber dari kontribusi pajak rokok yang bersumber dari DBHCHT (Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau) yang merupakan *mandatory spending* merupakan sumber pendapatan yang masih menjadi perdebatan dimana ia diperoleh dari rokok yang konsumsinya dibatasi. Namun, sumber pendanaan dari DBHCHT menjadi salah satu peluang untuk menopang dana jaminan sosial kesehatan. Kebermanfaatannya dapat dilihat dari cerita salah satu informan,

“Kami juga melakukan hal seperti itu, tapi memang cukai rokok tidak menjadi hal yang pokok. Tapi sebagian persen dari DBHCHT (Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau) yang dianggarkan digunakan untuk menambah kepesertaan BPJS Kesehatan. Dan sebagian besar lagi anggaran DBHCHT digunakan untuk perbaikan fasilitas kesehatan”
(Pemda)

Kedepan, peluang pemerintah untuk mengejar pajak dosa atau *sin tax* tidak hanya bersumber dari DBHCHT saja. Indonesia berpeluang mendapatkan pembayaran pajak dosa dari kendaraan bermotor (mobil atau motor) dan minuman berpemanis⁴³. Hasil hitung-hitungan INDEF tahun 2016, total penerimaan cukai kendaraan bermotor baik mobil dan sepeda motor bisa mencapai Rp5 triliun per tahun. Potensi pajak dosa lainnya tentu minuman berpemanis. Diabetes penyumbang kematian ke-3 tertinggi di Indonesia menurut data WHO. Defisit BPJS Kesehatan ditahun sebelumnya perlu menjadi titik reflektif dan membuka peluang agar Pemerintah lebih kreatif memperluas basis pajak dosa.

4.3 Mekanisme Pengawasan Anggaran

Kinerja BPJS Kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat diawasi langsung oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK), Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dan lembaga pengawasan sejenisnya. Dalam Perpres Nomor 25 tahun 2020 tentang Badan Penyelenggara jaminan Sosial, ditetapkan bahwa Dewan Pengawas adalah organ BPJS yang bertugas melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengurusan BPJS oleh Direksi dan memberikan nasihat kepada Direksi dalam penyelenggaraan program Jaminan Sosial. Meski demikian, Dewan pengawas BPJS tidak memiliki wewenang lebih jauh pada Direksi misal melakukan pemecatan bila terjadi penyimpangan. Kewenangan Dewan pengawas BPJS tidak seperti halnya dewan pengawas dalam BUMN yang memiliki kewenangan untuk bertindak lebih jauh bila terjadi penyimpangan.

Pengawasan terhadap BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh lembaga-lembaga yang disebutkan diatas hingga saat ini sifatnya masih tertutup dan transparansi yang terbatas kepada publik. ICW menjelaskan bahwa pengelolaan anggaran DJS oleh BPJS Kesehatan tidak efektif. Terkait hal itu, ICW telah mengajukan permohonan kepada BPKP untuk melakukan audit yang hasilnya kemudian

dibuka secara transparan kepada publik, karena selama ini hasil audit bersifat tertutup. Lebih jauh, bahwa pada awal pandemi sekitar tahun 2020, Komisi Informasi memutuskan bahwa hasil audit BPK terhadap BPJS Kesehatan adalah berupa dokumen terbuka. Namun, BPKP mengajukan keberatan atas putusan tersebut ke PTUN yang dimana keberatan ini dikabulkan oleh PTUN, sehingga hingga saat ini hasil audit atas BPJS Kesehatan adalah berupa dokumen tertutup.

Perjalanan untuk menjadikan hasil audit ini berupa dokumen tertutup masih belum berhenti sampai disitu, dimana ICW hingga saat penelitian berlangsung, sedang mengajukan keberatan atas putusan PTUN di Mahkamah Agung (MA) berhadapan dengan Kemenkeu selaku pihak yang meminta dilakukannya audit oleh BPKP.

“Nah untuk BPJS Kesehatan ini, kami memang meminta BPJS Kesehatan untuk dibuka laporan keuangannya. Sejak tahun 2020, mungkin di awal-awal pandemi, sudah diputuskan sebenarnya oleh komisi informasi bahwa hasil audit terhadap anggaran JKN itu adalah dokumen terbuka. Tapi, BPKP menyatakan keberatan ke PTUN atas putusan dari KIP kemudian PTUN mengabulkan, jadi posisinya sekarang audit terhadap program JKN itu adalah dokumen tertutup. Nah sejak tahun 2020 juga kami mengajukan keberatan ke MA, minggu lalu kalau tidak salah baru diundang kembali, kami tidak lagi berhadapan dengan BPKP, jadi BPKP itu menyebutnya begini; yang meminta audit itu adalah Kemenkeu, jadi kalau mau minta dokumen itu terbuka, ya monggo ke Kemenkeu. Jadi kami sekarang berhadapan di MA ini dengan Kemenkeu”(ICW)

Pengajuan permohonan hasil audit untuk menjadi dokumen terbuka didasari oleh pandangan bahwa terkait penghimpunan dana berupa iuran dari peserta, kemudian diperkuat dengan suntikan dana dari pemerintah beberapa kali, namun BPJS tetap melaporkan defisit sejak 2015-2019. Terkait hal ini, ICW mempertanyakan mekanisme pengelolaan anggaran oleh BPJS Kesehatan. Ketika hasil audit tidak terbuka ke publik, peluang asumsi bahwa anggaran digunakan untuk operasional selalu ada.

Pengalaman ICW dalam upaya mencari jawaban terkait pengawasan internal BPJS Kesehatan direspon pihak tersebut yang menyatakan ada pengawasan dari Kementerian Keuangan. Jawaban tersebut tentu tidak cukup memuaskan

dimana secara hierarki BPJS Kesehatan tidak bertanggungjawab kepada Kementerian Keuangan, melainkan langsung kepada Presiden sebagaimana diatur dalam Perpres Nomor 110 Tahun 2013 tentang Gaji atau Upah dan Manfaat Tambahan lainnya serta Insentif bagi anggota Dewan Pengawas dan Anggota Direksi Badan penyelenggara Jaminan Sosial pasal 2. Sehingga pada akhirnya dapat disimpulkan bahwa baik secara internal maupun eksternal, BPJS Kesehatan minim pengawasan yang transparan.

Memperkuat tuntutan ICW terkait perlunya hasil audit berupa dokumen terbuka, FITRA menyatakan bahwa Kewajiban BPJS Kesehatan untuk mempublikasi data telah diatur dalam UU No 24 tahun 2011. Di dalam RKAT dan laporan kinerja BPJS Kesehatan tidak merinci penggunaan anggarannya. Lebih jauh, publikasi yang dilakukan BPJS hanya ditujukan untuk memenuhi kewajiban transparansi namun tidak memenuhi prinsip substansi.

“kewajiban BPJS dalam mempublikasi data itu diatur di pasal 13 di UU 24 2011. Disebutkan kewajiban BPJS menginformasikan terkait alokasi rawat inap dan lain-lain. Tetapi kami melihat di peraturan tersebut tidak disebutkan secara spesifik kewajiban BPJS untuk mempublish anggarannya. Kalau kita lihat baik di RKAT dan laporan kinerja dan keuangan dari BPJS tidak disebutkan secara spesifik kebutuhan-kebutuhan BPJS itu apa saja. Kalau di Kementerian dan lembaga itu ada RKKL, kalau di BPJS tidak ada. RKAT, yang dipublish itu hanya resume saja, tidak lebih dari tiga halaman. Yang mana secara prinsip substansinya tidak terpenuhi hanya menggugurkan kewajiban transparansi saja.” (Informan Seknas Fitra)

Terkait Dewan Pengawas BPJS Kesehatan serta sumbangsuhnya dalam menjalankan fungsi pengawasan secara internal pada BPJS Kesehatan, bahwa pada dasarnya Dewan Pengawas memegang posisi strategis untuk perbaikan sistem pelayanan termasuk juga pengawasan, namun dalam menjalankan perannya, Dewan Pengawas tidak terlihat membawa pengaruh berarti serta seolah berposisi di bawah/subordinatif Direksi BPJS.

“Dan kalau saya perhatikan dewan pengawas itu ya dia pergi ke luar kota, ke luar daerah, mendapatkan masukan. Follow up nya apa gitu? Perbaikan apa yang bisa dilakukan untuk direksi ini perbaikannya begini. Makanya kan selalu saya bilang, coba deh dewan pengawas temuannya apa sih? Publikasi deh keluar. Jangan menganggap

bahwa, oh ini internal punya kita. Ya kan anda badan hukum publik, kerjanya untuk publik. Ketika dewan pengawas mendapatkan temuan, mendapatkan masalah di lapangan kan harusnya bisa bagaimana dikemas kepada publik, ini loh temuan kami, kami sudah menyurati kepada direksi. Kan begitu, tapi kalau saya perhatikan dewan pengawas ini di subordinat oleh direksi gitu” (Informan BPJS Watch)

Dengan mekanisme pengawasan sebagaimana dijelaskan diatas, maka sangat berpeluang terjadi *fraud* di berbagai level mulai dari lembaga BPJS, Rumah Sakit, Puskesmas, Dinas Kesehatan dan lainnya. Dalam riset ini tim peneliti setidaknya mengumpulkan beberapa potensi atau kasus *fraud* di terkait kinerja BPJS Kesehatan. Potensi *Fraud* dalam pengelolaan DJS Kesehatan oleh BPJS Kesehatan tidak terlepas dari rendahnya transparansi pengelolaan oleh BPJS. Berangkat dari paparan sebelumnya terkait mekanisme pengawasan yang sangat minim, dimana BPJS Kesehatan seperti membangun tembok besi pertahanan yang tidak bisa dimasuki oleh pihak luar bahkan sekedar untuk meminta data yang wajar misal terkait pengelolaan anggaran, yang dari tahun ke tahun selalu mengalami defisit. BPJS terlihat mengabaikan aturan yang berlaku terkait hak pengawasan oleh Dewan Pengawas pun juga terkait kewajibannya untuk mempublikasi data sebagaimana diatur dalam UU Nomor 24 tahun 2011.

Pengabaian oleh BPJS Kesehatan ini berpeluang menimbulkan kecurigaan terkait asumsi potensi *fraud* yang bisa tumbuh subur di sekitar pengelolaan DJS Kesehatan. Dewan Pengawas sebagai organ yang posisinya setara atau bukan subordinat bagi BPJS Kesehatan, bahkan memiliki wewenang untuk melakukan pengawasan terhadap BPJS Kesehatan dan harus menyampaikan pengaduan ke DPR terkait permintaan data anggaran yang tidak diberikan oleh BPJS Kesehatan. Monitoring terhadap BPJS Kesehatan sejauh ini hanya bisa dilakukan oleh BPK yang dalam prosesnya tidak dilakukan secara menyeluruh melainkan dengan uji sampling.

Rendahnya transparansi dalam tata kelola anggaran oleh BPJS Kesehatan akan berdampak pada turunnya kepercayaan masyarakat selaku peserta BPJS Kesehatan. Pada akhirnya akan berdampak pada keaktifan peserta, utamanya dalam melakukan pembayaran iuran dimana kita lihat angka tunggakan iuran dari tahun ke tahun terus meningkat, sebagaimana dipaparkan sebelumnya terkait nilai tunggakan. Ketidaktahuan masyarakat terkait tata kelola anggaran

oleh BPJS Kesehatan kemudian diperparah dengan berbagai kebijakan yang diterapkan oleh pemerintah untuk mendukung BPJS sebagai solusi atas permasalahan yang dihadapi, misalnya defisit anggaran⁴⁴. Terkait hal ini, ketika terjadi defisit anggaran, pemerintah kita ketahui selain memberikan suntikan dana sebanyak dua kali kemudian dilanjutkan dengan melahirkan Perpres Nomor 82 Tahun 2019 dan Perpres Nomor 64 Tahun 2020 yang menetapkan kenaikan iuran. Dari sudut pandang masyarakat sebagai peserta, akan muncul permasalahan baru dimana masyarakat sebagai pembayar iuran tidak diberi penjelasan dengan transparansi data terkait tata kelola, alih-alih diharuskan untuk membayar iuran dengan nilai yang terus dinaikkan.

Saat ini, relasi yang terbangun antara BPJS Kesehatan dan masyarakat adalah berupa kritik yang berakar dari ketidakpercayaan masyarakat. BPJS Kesehatan dinilai tidak memiliki *good political will* untuk mereformasi sistem informasi kepada masyarakat. Sementara *good political will* ini diyakini sebagai salah satu syarat agar keaktifan peserta membaik. Aksi menutup diri BPJS Kesehatan tidak hanya menjadi *concern* FITRA, dan ICW. BPJS Watch juga menyampaikan hal yang sama, dimana ada keterbatasan dalam mengakses data terkait tata kelola anggaran DJS Kesehatan oleh BPJS Kesehatan. Sekata dengan FITRA, ICW, dan BPJS Watch, DJSN menambahkan bahwa ada resistensi dari BPJS Kesehatan terkait keterbukaan data, dimana sebagai lembaga publik BPJS Kesehatan harus mengedepankan empati dalam pelayanan sistem jaminan kesehatan nasional⁴⁵.

Hingga saat ini, informasi yang dibagi oleh BPJS Kesehatan hanya banyak secara kuantitas namun minim dari segi kualitas. Kuantitas informasi lebih sebagai penggugur kewajiban untuk transparansi data, dimana jika dilihat dari segi kualitas, informasi yang dipublikasikan tidak menjelaskan banyak namun memunculkan kecurigaan lebih jauh pada masyarakat. BPJS Kesehatan perlu memaksimalkan fungsi website dengan mempublikasi lebih banyak data dalam rangka transparansi. RKAT yang dipublikasi hendaknya bagus dan layak secara kualitas yang berisi rincian angka atau nilai masing-masing kebutuhan BPJS Kesehatan misal berapa anggaran untuk biaya pegawai BPJS Kesehatan, berapa biaya tunjangan dan lainnya. BPJS Kesehatan sebagai lembaga yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dimana sumber pendanaannya adalah dari iuran masyarakat, hendaknya menjalankan fungsi transparansi

44 Wawancara informan Gulfino Guefarrato – Seknas Fitra pada Rabu 6 Juli 2022

45 Wawancara tim peneliti INFID bersama DJSN

dengan layak dan baik dimana sangat masuk akal bila masyarakat berhak untuk terinformasi dengan baik dan benar terkait tata kelola anggaran.

Potensi *fraud* kedua yang ditemukan selain dalam tubuh BPJS Kesehatan adalah pada FKTP dan FKRTL. ICW menyebutkan melalui satu MoU antara BPJS Kesehatan dengan ICW yang melibatkan masyarakat untuk pelaporan *fraud*. Dalam MoU ini diatur bila masyarakat mengetahui atau mengalami adanya permintaan sejumlah uang dan lainnya yang mengarah pada dugaan *fraud*, bisa melaporkan kepada BPJS Kesehatan. Pada tahun 2017 ICW melaporkan temuan-temuan terkait *fraud* yang diterima dengan baik oleh BPJS Kesehatan kemudian ditindaklanjuti dengan meminta informasi lebih jauh terkait data FKTP/FKRTL untuk dilakukan tindakan pengecekan yang bila terbukti FKTP/FKRTL terkait dikenakan sanksi seperti pemutusan kemitraan. Hal ini dapat disimpulkan bahwa strategi pelibatan masyarakat sebagai bentuk kontrol terutama dalam aspek pelayanan di tingkat FKTP dan FKRTL merupakan salah satu yang bisa dilakukan.



Myanmar



Thailand



Laos



Cambodia



Vietnam



Malaysia



Singapore



Indonesia



Brunei



Philippines





V. KOMPARASI IMPLEMENTASI UHC DI NEGARA KAWASAN ASEAN

Ide tentang hak universal terhadap pelayanan kesehatan pertama kalinya didorong oleh *International Labor Organization* (ILO) pada tahun 1944 melalui Deklarasi Philadelphia⁴⁶. UHC secara tegas didasarkan pada Konstitusi WHO 1948, yang menyatakan kesehatan merupakan hak asasi manusia yang mendasar dan berkomitmen untuk memastikan tingkat kesehatan tertinggi yang dapat dicapai untuk semua⁴⁷. Tahun 1970, WHO mempromosikan pemerataan akses kesehatan dengan tajuk “*Health for All*”⁴⁸. UHC kemudian menjadi agenda global dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang disahkan sejak tahun 2015, mengikuti *Millenium Development Goals* (MDGs) dimana target untuk menciptakan kesehatan masyarakat menjadi perhatian serius. Sejak awal mengemuka, negara-negara maju telah lebih dahulu mengimplementasikan UHC dalam berbagai bentuk. Implementasi UHC sendiri tidak hanya berkaitan dengan kemampuan ekonomi negara, namun juga dipengaruhi oleh proses politik, kepemimpinan, dan hingga gerakan perwakilan (misalnya gerakan serikat pekerja)⁴⁹.

Sejak abad ke-21, UHC mulai mendapatkan perhatian yang meningkat dari negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (*low- and middle-income*)⁵⁰. Implementasi UHC di negara-negara berkembang sangat mendesak, khususnya untuk melindungi kelompok masyarakat miskin agar mampu menjangkau layanan kesehatan yang setara dan berkualitas. Tanpa adanya UHC, warga negara perlu mengeluarkan biaya sendiri untuk mendapatkan layanan kesehatan esensial. WHO mencatat bahwa sekitar 930 juta orang di seluruh dunia berisiko jatuh ke dalam kemiskinan karena pengeluaran untuk kesehatan sendiri mencapai 10% lebih dari pengeluaran rumah tangga⁵¹. Studi ini membandingkan implementasi UHC di lima negara di kawasan

46 Gorsky & Sirrs. 2018. The rise and fall of “universal health coverage” as a goal of international health politics, 1925–1952. *American Journal of Public Health*, 108(3), 334–342.

47 Lihat: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

48 Cueto, 2004. “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care,” *American Journal of Public Health* 94, no. 11 (2004): 1864–1874.

49 McKee dkk., 2013. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. *Value in Health*, 16(1), S39–S45.

50 Feigl & Ding, 2013. Evidenced Formal Coverage Index and universal healthcare enactment: A prospective longitudinal study of economic, social, and political predictors of 194 countries. *Health Policy*, 113(1-2), 50–60.

51 Lihat: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Asia Tenggara, dua diantaranya termasuk ke dalam negara berpenghasilan menengah ke atas (*upper middle income*), yaitu Thailand dan Malaysia, dan tiga negara berpenghasilan menengah ke bawah yaitu Vietnam, Filipina, dan Indonesia⁵².

5.1 Karakteristik UHC di Negara Kawasan ASEAN

Setiap negara tentu menghadapi tantangan beragam dalam mengimplementasikan UHC sesuai karakteristiknya. Dari kelima negara yang dibandingkan dalam studi ini, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk tertinggi (275,5 juta) dengan angka harapan hidup yang rendah (69). Secara geografis, Indonesia sebagai negara kepulauan juga jauh lebih luas dibanding dengan negara lainnya. Artinya, tantangan yang dihadapi Indonesia dalam mengimplementasikan UHC lebih besar dibanding negara lainnya. Dari sisi kemampuan finansial, Indonesia bersama dengan dua negara berpenghasilan menengah ke bawah lainnya, yaitu Filipina dan Vietnam, memiliki GDP per kapita paling tinggi yaitu 4.135 \$USD. Namun, pengeluaran perawatan kesehatan per kapita Indonesia (\$USD 120) lebih rendah dibanding Filipina (\$USD 142) dan Vietnam (\$USD 181) (Tabel 10). Meski demikian, negara Vietnam dengan GDP per kapita yang paling rendah memiliki kualitas layanan kesehatan yang lebih baik dibanding Filipina dan Indonesia, dilihat dari: rasio tempat rawat inap rumah sakit sebesar 2,6 per 1000 penduduk, rasio dokter sebesar 8,28 per 10.000 penduduk, serta rasio bidan dan perawat sebesar 1,43 per 1000 penduduk (Tabel 10).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) merilis hasil studinya dan memperkenalkan Indeks Cakupan Efektif UHC (*UHC Effective Coverage Index*), ditransformasikan ke nilai 0-100, untuk mengukur seberapa efektif cakupan layanan UHC dalam mendukung peningkatan kesehatan untuk semua orang dan semua populasi mendapat manfaat UHC. Setidaknya untuk mencapai indeks UHC efektif 80, jumlah minimum tenaga kesehatan yang dibutuhkan per 10.000 penduduk adalah 20,7 untuk dokter, 70,6 untuk perawat dan bidan, 8,2 untuk tenaga kedokteran gigi, dan 9,4 untuk tenaga kefarmasian. Melihat ambang batas yang ditetapkan IHME tersebut, hanya negara Malaysia yang mendekati ambang batas rasio dokter yang ideal yaitu sebesar 22,86.

52 Lihat: <https://data.worldbank.org/country/XN>; <https://data.worldbank.org/income-level/upper-middle-income>

Tabel 10 Overview Karakteristik Kependudukan, Ekonomi, dan Layanan Kesehatan di lima Negara Kawasan ASEAN

Negara	Jumlah Penduduk, 2022 (jiwa) ^a	Angka harapan hidup ^b	Tempat Rawat Inap RS per 1000 penduduk, 2020	Rasio dokter per 10.000 penduduk, 2020 ^d
Thailand	71,7 juta	75	2,1 ^c	9,5
Vietnam	98,2 juta	76	2,6 ^c	8,28
Malaysia	33,9 juta	75	1,9 ^c	22,86
Filipina	115,6 juta	69	1,35 ^b	7,73
Indonesia	275,5 juta	69	1,49 ^c	6,23

^a <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/asean-countries>

^b <https://www.statista.com/statistics/1122326/philippines-number-of-hospital-beds-by-region/>

^c Frontiers in Public Health, 2021. OECD, 2020

^d [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population))

Jaminan pembiayaan kesehatan merupakan salah satu prinsip dalam UHC, yaitu berkenaan dengan bagaimana kemampuan suatu negara dalam memastikan pemerataan akses kesehatan bagi warganya tanpa adanya kendala biaya. Pembiayaan kesehatan dapat bersumber dari beberapa macam antara lain bersumber dari pajak, asuransi kesehatan nasional, asuransi kesehatan swasta, dan pembayaran langsung oleh pasien (*out of pocket/OOP*). Tabel 11 menunjukkan bahwa dari kelima negara yang ditinjau dalam studi ini, Malaysia dan Thailand sebagai negara berpenghasilan menengah ke atas memiliki pengeluaran kesehatan per kapita paling tinggi dibanding negara lain (Malaysia: \$USD 437, Thailand: \$USD 296). Pengeluaran kesehatan pemerintah paling tinggi ada pada negara Thailand, yaitu sebesar 71,7%. Thailand juga mengalokasikan anggaran untuk kesehatan paling tinggi dibanding negara lain, yaitu sebesar 13,9% dari total anggaran nasional.

Dilihat dari proporsi sumber pembiayaan kesehatan, setiap negara memiliki

variasi yang berbeda. Thailand memiliki proporsi paling besar pada pembiayaan pemerintah (65,47%), karena kebijakannya dalam memberikan subsidi pembiayaan kesehatan bagi sebagian besar warganya. Proporsi pembiayaan kesehatan di Malaysia juga sebagian besar berasal dari pemerintah Malaysia menyediakan layanan kesehatan berbiaya rendah, namun kontribusi SHI-nya sangat kecil. Di Indonesia, proporsi pembiayaan pemerintah dan OOP berimbang. Di Vietnam dan Filipina, sumber pembiayaan kesehatan terbesar disokong oleh pembiayaan langsung (*out-of-pocket/OOP*) yaitu sebesar 42,95% (Vietnam) dan 48,56% (Filipina). Tingginya OOP menandai bahwa pemerataan akses perawatan kesehatan masih belum terpenuhi (Van Minh *et al.* 2013)⁵³. Sistem pembiayaan yang bertumpu pada OOP juga sangat berorientasi pasar (Shewade *et al.* 2012)⁵⁴.

Tabel 11 Anggaran dan Pembiayaan Kesehatan di Lima Negara Kawasan ASEAN, 2019

Negara	GDP per kapita (\$USD)	Penge-luaran kesehatan per kapita (\$USD)	Penge-luaran kesehatan pemerintah	Ang-garan kese-hatan nasional	Sumber pembiayaan kesehatan			
					Asu-ransi kese-hatan nasional	Ban-tuan pemer-intah	Asu-ransi su-karela	<i>Out-of-pocket</i> (OOP)
Thailand	7.816	296	71,7%	13,9%	6,19%	65,47%	13,85%	8,67%
Vietnam	3.442	181	43,8%	10,1%	34,26%	9,54%	3,96%	42,95%
Malaysia	11.414	437	52,2%	8,5%	0,68%	51,52%	8,46%	34,57%
Filipina	3.485	142	40,6%	7,6%	6,56%	34,04%	8,82%	48,56%
Indone-sia	4.135	120	48,9%	8,7%	13,94%	35%	3,73%	34,76

Sumber: WHO Global Health Expenditure Database, 2019⁵⁵

Sejak disahkan sebagai salah satu tujuan pembangunan dalam SDGS

53 Van Minh, H., Phuong, N. T. K., Saksena, P., James, C. D., & Xu, K. (2013). Financial burden of household out-of pocket health expenditure in Viet Nam: findings from the National Living Standard Survey 2002–2010. *Social science & medicine*, 96, 258-263.

54 Shewade, H., & Aggarwal, A. (2012). Health sector reforms: Concepts, market based reforms and health inequity in India. *Educational Research*, 3(2), 118-125.

55 Thailand: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en;

Vietnam: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en;

Malaysia: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en;

Filipina: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en; Indonesia: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

(3.8.1), target waktu implementasi UHC di setiap negara tidak ditentukan secara khusus, karena dapat memakan waktu yang bertahun-tahun untuk memastikan sistem kesehatan dapat berfungsi dan memenuhi kebutuhan seluruh warga. UHC mengandung pergeseran paradigma, tidak hanya sekedar cakupan warga dalam sistem asuransi nasional. UHC dinyatakan telah tercapai bila seluruh penduduk sudah memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang komprehensif dan bermutu, baik upaya promotif, preventif, deteksi dini, pengobatan, rehabilitatif dan paliatif tanpa terkendala masalah biaya. Sistem asuransi nasional menjadi salah satu bagian dari implementasi UHC dalam rangka menjamin pembiayaan layanan kesehatan. Namun demikian, manfaat yang diperoleh setiap warga negara terhadap jaminan/asuransi kesehatan dipengaruhi oleh ketersediaan dan kualitas fasilitas dan SDM kesehatan.

Tabel 12 menunjukkan bahwa dibanding dengan negara lainnya, Indonesia termasuk negara yang terlambat mengimplementasikan UHC. Program JKN baru diresmikan di Indonesia pada tahun 2014, sementara negara-negara lain telah lebih dulu merespon pentingnya menyediakan jaminan kesehatan bagi warganya. Malaysia sejak merdeka telah membuat langkah baik dalam pembangunan kesehatan, namun Malaysia tidak menyediakan skema asuransi kesehatan nasional melainkan menyediakan pelayanan kesehatan berbiaya rendah di fasilitas kesehatan milik pemerintah. Dari lima negara yang disoroti dalam studi ini, ada duanegara yang telah mampu menjangkau 100% warganya yaitu Malaysia, dan Thailand. Thailand dan terbilang progresif dalam menjangkau warganya dalam UHC, karena kebijakan NHI di Thailand mewajibkan seluruh warga dalam kepesertaan NHI. Dibandingkan dengan Vietnam dan Filipina, Indonesia terlambat mengimplementasikan UHC, namun cenderung lebih cepat dalam mencakup populasinya. Dalam kurun waktu 7 tahun Indonesia telah menjangkau sebesar 83,4% penduduk, sementara Vietnam menjangkau 90,85% warganya dalam kurun waktu 28 tahun dan Filipina menjangkau 84% warganya pada 2020.

Sistem pembayaran NHI di kelima negara memiliki keberagaman, secara umum dibedakan menjadi dua model yaitu pembiayaan non-kontribusi (dibiayai pajak) serta menarik kontribusi dari warga. Filipina dan Indonesia mengombinasikan sistem pembiayaan kontribusi dan non-kontribusi. Malaysia dan Thailand menggunakan sistem pembiayaan non-kontribusi, sementara Vietnam menarik kontribusi dari warganya sebesar 1,5% dari pendapatan. Lebih detail, sistem

pembiayaan UHC masing-masing negara dijelaskan dalam pembahasan sub-bab setiap negara.

Tabel 12 Perbandingan Implementasi UHC di Lima Negara Kawasan ASEAN

Negara	Waktu mulai UHC	Cakupan kepesertaan UHC	Pembiayaan UHC		Operator program JKN
			Sebagian dibiayai negara/pajak dan pihak lainnya	Sepenuhnya dibiayai negara/pajak	
Thailand	2002	100% penduduk pada 2002	Pegawai swasta: kontribusi tiga pihak (pemberi kerja, pekerja, dan pemerintah)	1. PNS: dibiayai pajak 2. Penduduk miskin: dibiayai pajak	<i>National Health Security Office (NHSO)</i>
Vietnam	1992	90,85% penduduk pada 2020	1. Pekerja formal dan pensiunan: kontribusi pemberi kerja dan pekerja (total 4,5% pendapatan) 2. Pekerja informal: 4,5% upah minimum 3. 3 kelompok: sebagian dari pajak	Terdapat 12 kelompok yang dibiayai pajak	<i>Vietnam Social Security (VSS)</i>
Malaysia	1957	100% penduduk pada 1984 (bukan pada program JKN, namun pada akses layanan berbiaya rendah)	Pekerja formal dan pensiunan: kontribusi dibagi antara pemberi kerja dan pekerja pada lembaga EPF dan SOCSO	Akses rawat jalan berbiaya rendah langsung didanai pajak	<i>Employee Provident Fund (EPF) dan Social Security Organisation (SOSCO)</i>
Filipina	1995	84% penduduk pada 2020	1. Pekerja formal: 4% dari pendapatan (2002) 2. Penduduk miskin: subsidi (dibiayai pajak, organisasi nirlaba, dan swasta)	-	<i>Philhealth</i>

Indonesia	2014	83,4% penduduk pada 2021	1. Pekerja formal: 5% dari pendapatan (4% perusahaan, 1% pekerja) 2. Pekerja non-formal: Rp42.000-150.000	Penduduk miskin: gratis (dibiayai pajak)	BPJS Kesehatan
-----------	------	--------------------------	--	--	----------------

Implementasi UHC tidak hanya dilihat dari seberapa luas cakupan jaminan/asuransi kesehatan nasional bagi warganya. Ada elemen lain yang turut mempengaruhi kualitas implementasi UHC suatu negara antara lain cakupan layanan jaminan/asuransi kesehatan nasional serta akses yang adil dan bermutu terhadap fasilitas dan SDM kesehatan. WHO telah merilis indeks cakupan layanan UHC/*UHC Service Coverage Index*, yang didefinisikan sebagai rata-rata cakupan layanan penting berdasarkan empat komponen utama yaitu: 1) kesehatan reproduksi, ibu, kesehatan bayi baru lahir dan anak; 2) penyakit menular; 3) penyakit tidak menular; dan 4) kapasitas dan akses pelayanan. Indeks ini dihitung di antara populasi umum hingga kelompok yang paling tidak beruntung (*“the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health’ infectious diseases; non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population*). Indeks ini memperlihatkan skala dari 0 (terburuk) hingga 100 (terbaik). Dari kelima negara yang menjadi fokus pada studi ini, negara Filipina dan Indonesia memiliki indeks tertinggi yaitu sebesar 92, disusul dengan Thailand (83), Malaysia (77), dan Vietnam (76) (Tabel 13).

Tabel 13 Perbandingan Skor Indeks Cakupan Layanan UHC dan Indeks Cakupan Efektif UHC di Lima Negara Kawasan ASEAN, 2019

Negara	Indeks cakupan layanan UHC ^a	Indeks cakupan efektif UHC ^b
Thailand	83	71,6
Vietnam	76	59,7
Malaysia	77	66,6
Filipina	92	54,7
Indonesia	92	48,7

^a WHO (2019)⁵⁶

^b Institute for Health Metrics and Evaluation (2019)⁵⁷

Sementara itu, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) memperkenalkan Indeks Cakupan Efektif UHC (*UHC Effective Coverage Index*), ditransformasikan ke nilai 0-100, yang diukur dari pengeluaran kesehatan per kapita terhadap pengeluaran kesehatan pemerintah, swasta dan bantuan pembangunan untuk aspek kesehatan. Indeks cakupan efektif UHC dapat menunjukkan sejauh mana layanan kesehatan selaras dengan profil kesehatan suatu negara dan memiliki kualitas yang cukup untuk menghasilkan peningkatan kesehatan untuk semua orang dan semua kelompok usia⁵⁸. Tabel 13 menunjukkan bahwa Thailand memiliki indeks cakupan efektif UHC tertinggi (71,6), diikuti Malaysia (66,6), Vietnam (59,7), Filipina (54,7), dan Indonesia (48,7). Tingginya angka indeks UHC efektif di Thailand juga berkenaan dengan rendahnya angka OOP di Thailand, yang mengindikasikan pemerataan akses kesehatan lebih baik dibanding negara lainnya.

5.1.1 Thailand

Pelaksanaan dan Cakupan UHC di Thailand

Implementasi UHC di Thailand melalui Skema Cakupan Universal/*Universal Coverage Scheme* (UCS) telah dimulai sejak tahun 2002. Sebelum tahun 2002, jaminan kesehatan yang disediakan Pemerintah Thailand belum mencakup seluruh warga, dibedakan menjadi empat skema berbeda yaitu: 1) PNS (dibiayai pajak); 2) pegawai swasta (iuran, sejak tahun 1990); 3) penduduk miskin (dibiayai pajak, sejak tahun 1975), dan asuransi yang sifatnya sukarela untuk rumah tangga bukan miskin atau pekerja informal (iuran, sejak tahun 1984) (Tangcharoensathien et al. 2019)⁵⁹. Keempat skema tersebut seharusnya dapat menjangkau seluruh populasi, namun kesulitan menilai pendapatan pekerja informal dalam skema asuransi sukarela, menyebabkan tidak seluruh kelompok penduduk tercakup dalam jaminan kesehatan⁶⁰.

56 Lihat: (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/sdg-3-8-1-primary-data-availability-for-uhc-service-coverage-index>)

57 Lihat: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2019-uhc-effective-coverage-index-1990-2019>

58 Lozano dkk., 2020. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 27 August 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30750-9.

59 Tangcharoensathien dkk., 2019. The political economy of UHC reform in Thailand: lessons for low-and middle-income countries. *Health Systems & Reform*, 5(3), 195-208.

60 (Sumriddetchkajorn dkk., 2019). Universal Health Coverage and Primary Care, Thailand. *Bull World Health Organ* 2019;97:415–422 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.223693>

Tahun 2002, Pemerintah mengatur ulang skema jaminan sosial untuk menyediakan jaminan kesehatan bagi seluruh populasi, yaitu melalui tiga skema berbeda yang dikelola oleh lembaga yang berbeda⁶¹, yaitu: 1) skema tunjangan kesehatan bagi PNS (*Civil Servant Medical Benefit Scheme/CSMBS* di bawah pengelolaan Kementerian Keuangan. CSMBS juga mencakup tanggungan keluarga pekerja meliputi orang tua, pasangan, dan maksimal dua anak; 2) skema jaminan sosial (*Social Health Insurance/SHI*) untuk pekerja swasta (tidak termasuk tanggungan keluarga) di bawah pengelolaan Kementerian Ketenagakerjaan; dan 3) skema cakupan universal (*Universal Coverage Scheme/UCS*) untuk penduduk yang tidak tercakup dalam skema CSMBS dan SHI, di bawah pengelolaan Kementerian Kesehatan Masyarakat (Sumriddechthajorn et al. 2019). Ketiga skema tersebut menyediakan akses pelayanan kesehatan yang berbeda yang berbeda. Perbedaan ketiga jenis skema tersebut disajikan pada Tabel 14.

Tabel 14 Perubahan skema kepesertaan pada asuransi kesehatan nasional di Vietnam

Tahap	Lembaga terkait	Skema kepesertaan
I (1992-1998)	Pengawas: MoH Pelaksana: VHIA Pengelola dana: PPC	<ul style="list-style-type: none"> Wajib: Pekerja dan pensiunan Sukarela (sejak 1994): keluarga pekerja
II (1998-2005)	Pengawas: MoH Pelaksana: VHIA (sampai 2003) Pengelola dana: VSS	<ul style="list-style-type: none"> Wajib (tambahan baru): pihak yang berjasa dalam revolusi, penduduk penerima bantuan kesejahteraan bulanan Sukarela (tambahan baru): pelajar, anggota serikat, warga negara

61 Paek dkk., 2016. Thailand's Universal Coverage Scheme and its Impact on Health-Seeking Behaviour. DOI 10.1186/s40064-016-3665-4

III (2005-2008)	Pengawas: MoH Pengelola dana: VSS	<ul style="list-style-type: none"> • Wajib (tambahan baru): kerabat pihak yang berjasa dalam revolusi, veteran, angkatan darat dan polisi beserta kerabatnya, penduduk miskin dan minoritas, lansia >90 tahun, mahasiswa asing • Sukarela (tambahan baru): anggota rumah tangga, pekerja keluarga berencana
IV (2008-2014)	Pengawas: MoH Pelaksana: DHI (sejak 2008) Pengelola dana: VSS	<ul style="list-style-type: none"> • Wajib (tambahan baru): anak-anak < 6 tahun, penduduk yang mendonorkan bagian tubuhnya, penduduk hampir miskin, pelajar, rumah tangga petani • Sukarela (tambahan baru): petani (sampai 2012), tanggungan pekerja, anggota koperasi/bisnis rumah tangga
V (2014-sekarang)	Pengawas: MoH ^a Pelaksana: DHI Pengelola dana: VSS	Seluruh populasi masuk dalam skema wajib

Sumber: Modifikasi dari Tangcharoensathien et al. (2019b)⁶²

Pada skema CSMBS, peserta dapat memilih secara bebas pada seluruh fasilitas pelayanan kesehatan publik. Pada skema SHI, peserta dapat mengakses fasilitas kesehatan publik maupun swasta yang terdaftar bekerjasama dengan SHI. Sementara pada UCS, peserta dapat mengakses fasilitas yang terdaftar, khususnya rumah sakit publik (*Contracting Unit for Primary Care*). Sebelum tahun 2002 dimana skema aseransi nasional masih dibedakan menjadi empat tipe, paket manfaat yang diterima peserta bersifat komprehensif, mencakup perawatan rawat jalan, rawat inap, kecelakaan, termasuk semua obat-obatan yang masuk dalam National List of Essential Medicines (NLEM). Beberapa manfaat yang tidak dicakup yaitu operasi estetika, pengobatan infertilitas dan operasi transgender. Setelah tahun 2002, paket manfaat komprehensif masih tetap dilanjutkan, dengan adanya tambahan daftar perawatan yang tidak dicover yaitu pengobatan antiretroviral untuk HIV dan pengobatan gagal ginjal

62 Tangcharoensathien, Patcharanarumol, Kulthanmanusorn, dkk., 2019. The political economy of UHC reform in Thailand: lessons for low-and middle-income countries. *Health Systems & Reform*, 5(3), 195-208.

tahap akhir, karena perawatan tersebut membutuhkan biaya tinggi⁶³. Secara umum, manfaat yang diterima peserta terdiri dari layanan penting dalam perawatan preventif, kuratif dan paliatif untuk semua kelompok umur⁶⁴.

Penetapan paket pelayanan komprehensif (rawat jalan dan rawat inap) pada skema UCS merupakan manifesto dari Pemilu tahun 2001, dengan target capaian cakupan UCS dalam satu tahun. Dengan demikian, Pemerintah Thailand tidak memiliki cukup waktu dalam mempertimbangkan paket manfaat apa yang dapat dicakup secara detail. Selain itu, keputusan untuk menyertakan paket medis berbiaya tinggi dalam skema UCS juga menimbulkan pro-kontra di awal implementasinya. Pemerintah Thailand menyadari bahwa penyediaan pelayanan berbiaya tinggi menimbulkan tantangan besar dalam memastikan keberlanjutan pembiayaan. Untuk itu, Pemerintah secara bertahap menyusun intervensi (baik layanan maupun obat-obatan) dan menerbitkannya dalam daftar paket manfaat yang diterima peserta. Sebagai contoh, pada tahun 2006 Pemerintah baru memasukkan pengobatan antiretroviral untuk perawatan HIV, terapi penggantian ginjal pada tahun 2009, vaksin influenza pada tahun 2009, penggantian ginjal kronis pada tahun 2011, dan transplantasi hati pada tahun 2011 (Tangcharoensathien et al. 2020)⁶⁵.

Dilihat dari angka indeks cakupan efektif, Thailand memiliki indeks paling tinggi dibanding negara lainnya. Angka indeks cakupan layanan UHC juga cukup tinggi (Tabel 13). Upaya pemerintah Thailand dalam menyelenggarakan UHC telah berhasil menekan pengeluaran kesehatan rumah tangga dari 34,2% pada tahun 2000 menjadi 12,1% pada tahun 2016. Hingga saat ini, Thailand sering menjadi rujukan sebagai negara yang sukses dalam mencapai UHC, diindikasikan dengan beberapa kondisi berikut: meningkatnya akses terhadap layanan kesehatan; rendahnya tingkat kebutuhan perawatan yang tidak terpenuhi; meningkatnya perlindungan risiko keuangan terlihat dari turunnya pengeluaran pribadi (*out of pocket*) untuk kesehatan (tahun 2015 sebesar 11,8% dari total pengeluaran kesehatan) dan turunnya pengeluaran rumah tangga untuk penyakit katastropik (7,1% dari pengeluaran rumah tangga pada tahun 1990 menjadi 2,1% pada 2016); berkurangnya angka kemiskinan (2,3% pada

63 Tangcharoensathien, Patcharanarumol, Suwanwela, dkk., 2019). Defining the benefit package of Thailand universal coverage scheme: from pragmatism to sophistication. *International journal of health policy and management*, 9(4), 133.

64 Sumriddetchkajorn K et.al. 2019. Universal Health Coverage and Primary Care, Thailand. *Bull World Health Organ* 2019;97:415–422 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.223693>

65 *Ibid*

1990 menjadi 0,3% pada 2016)⁶⁶.

Tangcharoensathien et al. (2019a) menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan di Thailand didominasi oleh masyarakat miskin, terutama pada Sistem Kesehatan Kabupaten (*District Health System/DHS*). Pengembangan DHS memang didesain untuk memberikan pelayanan yang berpihak pada penduduk miskin (*pro-poor*). Di Thailand, DHS terdiri dari jaringan 10-15 pusat kesehatan dan rumah sakit kabupaten yang melayani sekitar 50.000 penduduk dengan kedekatan geografis. Sistem kesehatan kabupaten yang terkoordinasi dengan baik memungkinkan individu untuk mencari perawatan atau rujukan di unit kesehatan yang dekat dengan rumah (Sumriddechthajorn et al. 2019).

Meski demikian, Sumriddechthajorn et al. (2019) menyebutkan bahwa fragmentasi antar skema jaminan kesehatan dengan paket manfaat dan mekanisme pembayaran yang berbeda telah menciptakan disparitas dalam penyediaan layanan antar kelompok penduduk. Setiap skema asuransi kesehatan nasional di Thailand beroperasi di bawah kerangka hukum yang berbeda. Penggabungan seluruh skema memerlukan upaya keras, mengingat kepentingan setiap kelompok sangat sensitif secara politik. Untuk mengatasi kesenjangan tersebut, Pemerintah baru-baru ini berupaya menyamakan skema melalui penentuan biaya tetap untuk perawatan kesehatan darurat.

Sistem Pembiayaan UHC di Thailand

Sistem pembiayaan UHC di Thailand sebagian besar bersifat non-kontribusi, kecuali untuk skema SHI (Tabel 13). Kebijakan pembiayaan yang sebagian besar dari pajak ini didasarkan atas tiga asumsi, yaitu: 1) premi asuransi kesehatan tidak mampu dijangkau oleh masyarakat miskin, sehingga subsidi sangat dibutuhkan; 2) tidak mudah untuk mengidentifikasi dan mengumpulkan premi dari orang-orang yang seharusnya dapat berkontribusi; dan 3) untuk meningkatkan premi sesuai dengan peningkatan pengeluaran dapat menjadi tantangan politik. Tabel 13 menunjukkan bahwa setiap skema asuransi memiliki sistem pembiayaan yang berbeda. CSMBS yang ditujukan bagi PNS, pensiunan, dan tanggungan keluarga mereka dibiayai dari pajak. SHI yang ditujukan bagi pekerja swasta (tidak termasuk tanggungan keluarga) dibiayai dari kontribusi yang dibagi rata antara pemberi kerja, pekerja, dan pemerintah. Sementara

66 Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N., & Kosiyaporn, H. (2019). The political economy of UHC reform in Thailand: lessons for low-and middle-income countries. *Health Systems & Reform*, 5(3), 195-208.

UCS yang ditujukan untuk penduduk yang tidak tercakup dalam CSMBS dan SHI, dibiayai dari pajak⁶⁷.

Regulator & Operator UHC di Thailand

Undang-Undang Keamanan Kesehatan Nasional 2002 memutuskan dua peraturan untuk mendirikan Badan Nasional yaitu Badan Jaminan Kesehatan Nasional dan Dinas Kesehatan Dewan Pengawasan Standar dan Mutu. Dewan Keamanan Kesehatan Nasional (*The National Health Security Board*) bertanggung jawab dalam penetapan kebijakan dan pengembangan sistem. Pada prinsipnya pengembangan manfaat paket, standar pelayanan kesehatan, kriteria pengelolaan dana dan tanpa kesalahan kompensasi serta kerangka peraturan untuk penyedia kontrak diputuskan. Sebagai ditetapkan di bawah Bagian 13 Undang-Undang Keamanan Kesehatan Nasional 2002, Kesehatan Nasional Dewan Keamanan diketuai oleh Menteri Kesehatan Masyarakat dan beranggotakan berbagai organisasi publik dan swasta.

Sementara itu operator UHC di Thailand adalah Kantor Keamanan Kesehatan Nasional (*National Health Security Office/NHSO*). NHSO adalah organisasi otonom yang bertindak sebagai kantor sekretariat bagi kedua dewan nasional untuk mengelola dan memastikan pencapaian cakupan universal untuk semua. Operasi internal di NHSO dibagi menjadi dua bagian utama, kantor pusat dan kantor wilayah. Kantor pusat terdiri dari 15 biro yang bertanggung jawab atas kebijakan dan perencanaan, dukungan sistem serta pemantauan dan evaluasi. 13 Kantor NHS regional bertanggung jawab untuk mengelola dan memantau pengelolaan dana di tingkat regional. Kantor wilayah akan memastikan bahwa pelaksanaan jaminan kesehatan sesuai dengan kebutuhan kesehatan setempat. Untuk mencapai tujuan ini, diperlukan kerjasama dan partisipasi para pemangku kepentingan dalam proses pengambilan keputusan dan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan. Di setiap daerah tangkapan air daerah, terdapat jumlah penduduk 2,3 sampai 5 juta⁶⁸.

67 Tangcharoensathien dkk., 2020. International Journal for Equity in Health. 19:163 <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01273-6>

68 Mutiarin dkk., 2019. Moving Towards Evaluation Sustainable Universal Health Coverage Finance Policy: a Comparison Study Between Indonesia and Thailand. DOI: <https://doi.org/10.32528/pi.v0i0.2530>

5.1.2 Vietnam

Pelaksanaan dan Cakupan UHC di Vietnam

Pemerintah Vietnam mulai merintis asuransi kesehatan sebagai inovasi pembiayaan kesehatan di beberapa provinsi sejak tahun 1987. Asuransi kesehatan di Vietnam kemudian secara resmi dimulai pada tahun 1992 sesuai dengan Keputusan No. 299/HDBT 15/8/1992. Langkah Pemerintah Vietnam dalam menyediakan asuransi kesehatan nasional terbilang progresif, mengingat sebelumnya Vietnam mengalami krisis ekonomi akibat runtuhnya Uni-Soviet pada 1980-an. Untuk beradaptasi terhadap situasi krisis, pada tahun 1986 Pemerintah Vietnam menerapkan reformasi ekonomi “*Doi Moi*”, yang memperkenalkan ekonomi pasar berorientasi sosialisme. Reformasi ekonomi ini banyak berfokus pada pengembangan sektor swasta, sehingga subsidi banyak dikurangi, termasuk di sektor kesehatan (Le *et al.* 2020)⁶⁹. Pemerintah Vietnam mengeluarkan Keputusan No. 45 Tahun 1989 tentang pemungutan 1 kepada pasien. Tanpa adanya skema asuransi publik yang tersedia, pembayaran kesehatan dari sumber pribadi (*out-of-pocket/OOP*) naik menjadi 70% di awal tahun 1990-an (Tang 2018)⁷⁰.

Berbagai kritik muncul atas kebijakan pembagian biaya tersebut, karena telah mengakibatkan berkurangnya akses terhadap layanan kesehatan. Pemerintah kemudian memperkenalkan asuransi kesehatan sosial/*Social Health Insurance* (SHI) pada tahun 1992 sebagai bentuk penyediaan jaminan kesehatan. WHO mencatat bahwa pada 2018, sebanyak 82% populasi Vietnam telah tercakup dalam SHI. Pemerintah menargetkan peningkatan cakupan kepesertaan menjadi 90% pada tahun 2020⁷¹. Target tersebut berhasil dicapai oleh Pemerintah, dimana pada tahun 2020, program SHI telah menjangkau 90,85% penduduk Vietnam. Sisa populasi yang belum tercakup dalam SHI sebagian besar adalah pekerja sektor informal dan penduduk di daerah pedesaan. Pemerintah Vietnam menargetkan pada tahun 2025 cakupan penduduk dalam program SHI sebesar 95%.

Paket manfaat yang diterima oleh peserta SHI sebagian besar berfokus pada layanan kuratif. Sementara itu, pelayanan promotif dan preventif untuk

69 Le dkk., 2020 The evolution of social health insurance in Vietnam and its role towards achieving universal health coverage. *Health Policy OPEN*, 1, 100011.

70 Tang Y. 2018. Comparing the Universal Health Coverage in China and Vietnam. Thesis in Master of Science, Duke University. Diakses pada: https://dukespace.lib.duke.edu/dspace/bitstream/handle/10161/17045/Tang_duke_0066N_14640.pdf?sequence=1

71 who.int/vietnam/health-topics/universal-health-coverage

seluruh penduduk Vietnam (baik peserta maupun non-peserta SHI) disubsidi oleh Pemerintah melalui APBN. Paket manfaat SHI mencakup sebagian besar layanan medis, terutama diberikan pada layanan kesehatan masyarakat. Dalam perkembangannya, pelaksanaan SHI telah banyak mengalami perubahan dilihat dari mekanisme kepesertaan, sistem pembiayaan, dan paket manfaat yang diterima. Untuk memudahkan analisis, Le *et al.* (2020) membagi lima tahapan terjadinya reformasi regulasi pelaksanaan SHI di Vietnam (Tabel 15). Secara umum, pada tahap I sampai tahap IV, pelaksanaan SHI dibedakan menjadi dua skema yaitu asuransi kesehatan wajib (*Compulsory Health Insurance/CHI*) dan asuransi kesehatan sukarela (*Voluntary Health Insurance/VHI*). Sementara pada tahap V, hanya tersedia skema wajib untuk seluruh penduduk Vietnam.

Tabel 15 Perkembangan Cakupan Layanan Asuransi Vietnam

No.	Cakupan layanan	Tahap I 1992- 1998	Tahap II 1998- 2005	Tahap III 2005- 2008	Tahap IV 2008- 2014	Tahap V 2014- skrg
1.	Rawat inap	v	v	v	v	v
2.	Rawat jalan	v	v	v	v	v
3.	Biaya konsultasi	v	v	v	v	v
4.	Patologi	v	v	v	v	v
5.	Obat & Bahan Habis Pakai		v	v	v	v
6.	Daftar Obat Esensial (jumlah obat yang ditanggung)		v	v	v	v
7.	Kontrol kehamilan			v	v	v
8.	Bantuan transport untuk kelompok rentan			v	v	v
9.	Obat dan bahan habis pakai esensial	v	v	v	v	v
10.	<i>Screening</i>				v	
11.	Pengobatan juling, rabun jauh, dan cacat refraksi untuk anak di bawah 6 tahun					v

12.	Perawatan dalam kasus bunuh diri, cedera yang disebabkan oleh diri sendiri, cedera fisik atau mental yang disebabkan oleh tindakan pelanggaran hukum sendiri					v
13.	Penyakit menular seksual: sifilis, gonore, HIV/AIDS				v	v
14.	Cacat lahir dan penyakit bawaan			v	v	v

Sumber: Modifikasi dari Le *et al.* (2020)

Keterangan:

MoH: *Ministry of Health* (Kementerian Kesehatan); VHIA: *Vietnam Health Insurance Agency* (Badan Asuransi Kesehatan Vietnam); PPC: *Provincial People's Committees* (Komite Rakyat Provinsi); DHI: Department of Health Insurance; VSS: *Vietnam Social Security Agency* (Badan Jaminan Social Vietnam).

Tahap I dimulai sejak peresmian SHI pada tahun 1992 dengan menerapkan skema wajib bagi PNS dan pensiunan. Kemudian pada Juni 1994 skema SHI diperluas menjadi skema sukarela (percontohan) untuk keluarga pekerja melalui Keputusan 47/CP 06/06/1994. Pada tahap I, SHI diawasi oleh Kemenkes (*Ministry of Health/MoH*), dan dilaksanakan melalui Badan Asuransi Kesehatan Vietnam (*Vietnam Health Insurance Agency/VHIA*) yang baru dibentuk. Pengumpulan dan pembayaran pendapatan dikelola di tingkat provinsi oleh Komite Rakyat Provinsi (*Provincial People's Committee/PPC*).

Tahap II ditandai dengan adanya Keputusan 58/1998/ND-CP 13/8/1998 yang meresmikan skema sukarela, mengenalkan mekanisme pembayaran bersama, penerapan pengumpulan iuran tunggal (sebelumnya oleh masing-masing provinsi), dan terjadi perubahan signifikan dalam struktur administrasi. Awalnya, pengumpulan iuran dikelola oleh VHIA lalu diserap oleh Badan Jaminan Sosial Vietnam (*Vietnam Social Security/VSS*). Fungsi utama VSS adalah melakukan pengumpulan premi, peningkatan pengelolaan dana klaim, investasi dana, dan implementasi kebijakan. SHI yang disusun oleh Kemenkes. Kemenkes berwenang dalam menetapkan kebijakan SHI antara lain menetapkan premi,

merancang paket manfaat, menetapkan harga penggantian (*reimbursement*) dan mekanisme pembayaran bersama (*co-payment*), serta menjaga pencapaian UHC.

Pada tahap III, Pemerintah mengeluarkan Keputusan 63/2005/ND-CP yang memperluas cakupan skema wajib dan sukarela, serta merevisi paket manfaat (Tabel 15) dan mekanisme pembayaran bersama. Pada tahap IV, pertama kali Pemerintah Vietnam mengeluarkan Undang-undang tentang jaminan kesehatan No. 25/2008/QH12, bertepatan dengan transisi Vietnam dari negara berpenghasilan rendah menjadi negara berpenghasilan rendah-menengah. UU tersebut memodifikasi pengaturan pembiayaan SHI (Tabel 16). Pada tahap V, dilakukan revisi UU jaminan kesehatan melalui UU No.46/2014/QH13 yang menghilangkan skema sukarela, menetapkan kenaikan premi, mengubah mekanisme pengumpulan iuran, dan merevisi paket manfaat. Secara umum, perubahan paket manfaat SHI dari tahap I sampai tahap V disajikan pada Tabel 16.

Tabel 16 Perkembangan Cakupan Layanan Asuransi Vietnam
Perkembangan Sistem Pembayaran SHI Vietnam

	Tahap I 1992-1998	Tahap II 1998-2005	Tahap III 2005-2008	Tahap IV 2008-2014	Tahap V 2014-skrng
A. Premi					
Pekerja dan pensiunan (bulanan)	3% pendapatan/ pensiunan	3% pendapatan/ pensiunan	3% pendapatan/ pensiunan	4,5% pendapatan/ pensiunan	4,5% pendapatan/ pensiunan
Pelajar	-	25.000-70.000 (VND/tahun)	50.000-120.000 (VND/tahun)	3% upah minimum (bulanan)	4,5% upah minimum (bulanan)
Lainnya (sektor informal)	-	60.000-140.000 (VND/tahun)	120.000-320.000 (VND/tahun)	4,5% upah minimum (bulanan)	4,5% upah minimum (bulanan)

B. 100% disubsidi	-	2 kelompok: <ul style="list-style-type: none"> • pihak yang berjasa dalam revolusi • penduduk penerima bantuan kesejahteraan bulanan 	Kelompok tambahan: <ul style="list-style-type: none"> • kerabat pihak yang berjasa dalam revolusi, • Veteran • angkatan darat dan polisi beserta 	Kelompok tambahan: <ul style="list-style-type: none"> • anak-anak < 6 tahun • penduduk yang mendonorkan bagian tubuhnya 	Kelompok tambahan: Penduduk yang tinggal di daerah dengan kondisi sosial ekonomi yang sulit atau sangat sulit
			<ul style="list-style-type: none"> • kerabatnya • penduduk miskin dan minoritas • lansia >90 tahun • mahasiswa asing penerima beasiswa Vietnam 		
C. Sebagian disubsidi	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • penduduk hampir miskin • pelajar • rumah tangga petani 	

Sumber: Le *et al.* (2020)

Le *et al.* (2020) berpandangan bahwa Pemerintah Vietnam terlalu bermurah hati dalam menyediakan paket manfaat SHI, mengingat Vietnam masih dalam kategori negara berpenghasilan rendah-menengah. Vietnam menyediakan banyak 1.201 daftar obat-obatan yang disubsidi, jauh lebih banyak dibanding

daftar obat esensial yang dikeluarkan WHO (408). Vietnam juga menyediakan obat-obatan mahal yang tidak termasuk dalam daftar WHO. Vietnam belum memiliki analisis efektivitas biaya, sementara selama ini kebijakan penentuan paket manfaat berdasarkan aturan hukum SHI. Selain itu, setiap provinsi dapat mengembangkan sub-daftar paket manfaat sendiri, sehingga memicu kesenjangan dalam penyediaan layanan kesehatan antar provinsi.

Skema Pembiayaan UHC di Vietnam

Sistem pembayaran SHI menggabungkan sistem kontribusi dan non-kontribusi (Tabel 17). Sejak SHI diresmikan, premi untuk PNS dan pensiunan ditetapkan berdasarkan proporsi tertentu dari pendapatan dan dana pensiunan. Iuran dibayarkan oleh pemberi kerja dan pekerja. Untuk pelajar dan pekerja sektor informal, jumlah premi awalnya ditentukan dalam jumlah yang tetap (Tahap II & III), kemudian diubah menjadi proporsi dari upah minimum (Tahap IV dan V). Pemerintah memberikan subsidi dalam dua bentuk yaitu subsidi penuh (sejak Tahap II) dan subsidi sebagian (sejak Tahap IV). Subsidi penuh awalnya diberikan kepada dua kelompok pada Tahap II, kemudian diperluas menjadi 13 kelompok pada Tahap V. Sementara itu, subsidi sebagian diberikan kepada penduduk kategori hampir miskin, pelajar, dan rumah tangga petani.

Tabel 17 Perkembangan Sistem Pembayaran SHI Vietnamtenaga kesehatan dan tenaga kerja lain yang secara formal berkontribusi dalam pencegahan dan pengendalian COVID-19.⁷²

Tabel 17 Perkembangan Sistem Pembayaran SHI Vietnam

	Tahap I 1992- 1998	Tahap II 1998-2005	Tahap III 2005-2008	Tahap IV 2008-2014	Tahap V 2014-skrng
A. Premi					
Pekerja dan pensiunan (bulan)	3% pendapatan/ pensiunan	3% pendapatan/ pensiunan	3% pendapatan/ pensiunan	4,5% pendapatan/ pensiunan	4,5% pendapatan/ pensiunan

⁷² Resolution No. 37/NQ-CP dated 29 March 2020 pada laporan Sustainability and Resilience in the Vietnamese Health System

Pelajar	-	25.000-70.000 (VND/tahun)	50.000-120.000 (VND/tahun)	3% upah minimum (bulanan)	4,5% upah minimum (bulanan)
Lainnya (sektor informal)	-	60.000-140.000 (VND/tahun)	120.000-320.000 (VND/tahun)	4,5% upah minimum (bulanan)	4,5% upah minimum (bulanan)
B. 100% disubsidi	-	<p>2 kelompok:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● pihak yang berjasa dalam revolusi ● penduduk penerima bantuan kesejahteraan bulanan 	<p>Kelompok tambahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● kerabat pihak yang berjasa dalam revolusi, ● Veteran 	<p>Kelompok tambahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● anak-anak < 6 tahun ● penduduk yang mendo-norkan bagian tu-buhnya 	<p>Kelompok tambahan:</p> <p>Penduduk yang tinggal di daerah dengan kondisi sosial ekonomi yang sulit atau sangat sulit</p>

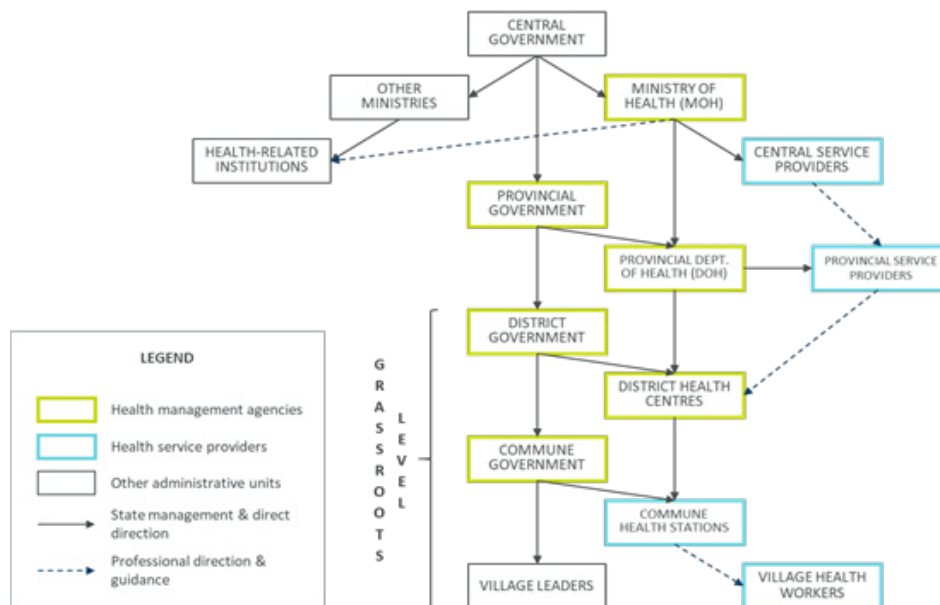
			<ul style="list-style-type: none"> ● angkatan darat dan polisi beserta kerabatnya ● penduduk miskin dan minoritas ● lansia >90 tahun ● mahasiswa asing penerima beasiswa Vietnam 		
C. Sebagian disubsidi	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ● penduduk hampir miskin ● pelajar ● rumah tangga petani 	

Sumber: Le *et al.* (2020)

Regulator & Operator UHC di Vietnam

Kementerian Kesehatan adalah badan pemerintahan yang memiliki kewenangan dalam manajemen sistem kesehatan yang terkait dengan kebijakan dan pelayanan. Sistem pengambilan kebijakan di Vietnam adalah desentralisasi untuk meningkatkan akuntabilitas dan lintas fungsi. Sedangkan Kementerian Kesehatan bertanggung jawab untuk menyusun kebijakan dan petunjuk teknis kesehatan serta memantau pelaksanaan kebijakan. Lebih lanjut, pemerintah daerah bertanggung jawab atas pengelolaan kegiatan yang berhubungan

dengan kesehatan di provinsi mereka. Sistem kesehatan Vietnam dikategorikan ke dalam empat tingkat yang setara dengan sistem manajemen administrasi negara – pusat, provinsi, kabupaten dan komunitas.



Sumber: Sustainability and Resilience in the Vietnamese Health System

Gambar 15 Hubungan Antara Unit Administrasi Negara dan Lembaga Manajemen Kesehatan

Proses pembuatan kebijakan kesehatan biasanya top-down, diputuskan di tingkat pusat dan dilaksanakan di seluruh sistem. Prosesnya dimulai dengan Kementerian Kesehatan mengidentifikasi dan mengembangkan agenda kebijakan berdasarkan bukti yang dihasilkan dengan partisipasi seluruh departemen kesehatan terkait, perwakilan dari kementerian/sektor terkait, dan lembaga penelitian. Usulan kebijakan tersebut kemudian akan diajukan kepada Pemerintah atau Komite Urusan Sosial Majelis Nasional untuk disetujui. Kebijakan yang disetujui akan dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan dan otoritas lokal dan dipantau oleh departemen atau lembaga penelitian Depkes terkait serta Komite Urusan Sosial.

Sementara itu pendapatan asuransi kesehatan ditangani oleh lembaga asuransi sosial negara independen yang bertanggung jawab atas pengumpulan premi, pengelolaan dana, dan penggantian kepada penyedia layanan yang digunakan oleh orang yang diasuransikan. Badan terpusat ini bekerja dengan *Vietnam Social Security (VSS)* di tingkat pusat dan organisasi asuransi sosial di 63

provinsi. VSS adalah lembaga terkait Pemerintah yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kebijakan asuransi pengangguran, sosial dan kesehatan. SHI memiliki mekanisme untuk mengelola, mencadangkan, dan mengalokasikan kembali anggaran jaminan kesehatan untuk memastikan keseimbangan antara pengeluaran yang kurang dan pengeluaran yang berlebihan di seluruh provinsi. Dalam beberapa tahun terakhir, peningkatan pengeluaran SHI lebih tinggi daripada pertumbuhan pengumpulan pendapatannya, yang menyebabkan dana SHI terus mengalami defisit sejak 2016. Beberapa mekanisme dan inisiatif telah diluncurkan untuk membantu mengatasi masalah ini dan meningkatkan kesinambungan fiskal, misalnya, anggaran global dengan hard cap untuk pengeluaran SHI di setiap provinsi, aplikasi IT untuk tinjauan klaim SHI, revisi kebijakan penggantian untuk mengekang indikasi obat-obatan mahal, tender terpusat, negosiasi harga, dan lainnya.

5.1.3 Malaysia

Pelaksanaan dan Cakupan UHC di Malaysia

Sistem penyediaan jaminan kesehatan di Malaysia dibedakan menjadi dua tipe, yaitu penyediaan publik dan penyediaan swasta. Penyediaan jaminan kesehatan publik mencakup skema non-kontribusi (dibiayai pajak) dan kontribusi pekerja. Sejak merdeka, Malaysia telah menunjukkan komitmen pemerataan pembangunan kesehatan (Lee 2012)⁷³. Malaysia menyediakan layanan kesehatan berbiaya rendah⁷⁴ pada seluruh fasilitas kesehatan primer dan sekunder. Melalui strategi tersebut, Malaysia melaporkan mampu menjamin 100% penduduknya dalam pelayanan kesehatan sejak tahun 1980-an (Tangcharoensathien et al. 2011).

Meski demikian, kualitas pelayanan fasilitas kesehatan milik pemerintah masih menjadi sorotan, seperti waktu tunggu dalam prosedur rumah sakit yang lama dan ketersediaan dokter yang timpang antara fasilitas kesehatan milik pemerintah dan swasta. Studi Ismail dan Rohaizat (2002)⁷⁵ menunjukkan bahwa pada tahun 2000, sebanyak 46,2% dari total dokter di Malaysia berpraktek di sektor swasta, namun hanya menangani 20,3% dari total pasien. Sementara sisanya, 53,8% dokter berpraktek di sektor publik menangani 79,7%

73 Lee, N. (2012). SOCIAL HEALTH INSURANCE IN MALAYSIA-LESSONS FROM THAILAND AND SOUTH KOREA. *Kajian Malaysia: Journal of Malaysian Studies*, 30(1).

74 Layanan kesehatan gratis mulanya telah dikembangkan sejak kolonialisme Inggris pasca Perang Dunia II (Wei 2019)

75 Ismail Merican and Rohaizat Yon. 2002. Health care reform and changes: The Malaysian experience. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 14(1): 17–22.

pasien. Disamping itu, angka OOP di Malaysia masih cukup tinggi mencapai 40,7%, menunjukkan bahwa cakupan⁷⁶ masih rendah. Angka OOP yang tinggi berasal dari besarnya pengeluaran pribadi dalam pelayanan kesehatan swasta (Tangcharoensathien et al. 2011)⁷⁷.

Selain bersumber dari pajak, Malaysia mengembangkan skema jaminan sosial untuk pekerja formal sektor swasta. Kontribusi dibayarkan kepada dua lembaga berbeda yaitu *Employees' Provident Fund (EPF)* dan *Social Security Organization (SOCSO)*. EPF merupakan badan hukum di bawah lingkup Kementerian Keuangan, dibentuk sejak tahun 1951. EPF mengelola tabungan wajib dan perencanaan pensiun untuk pekerja sektor swasta. Dana tabungan tersebut juga dapat ditarik untuk keperluan tertentu, termasuk biaya perawatan kesehatan. Keanggotaan EPF bersifat wajib bagi warga negara Malaysia yang bekerja di sektor swasta, dan bersifat sukarela bagi pekerja informal dan warga negara non-Malaysia.

Sementara itu, ada dua jenis jaminan sosial yang dikelola oleh SOCSO yaitu jaminan kecelakaan kerja (*Employment Injury Scheme/EIS*) dan pensiun cacat (*Invalidity Scheme/IS*). EIS memberikan perlindungan bagi pekerja jika terjadi kecelakaan atau penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan, sedangkan IS memberikan jaminan bagi pekerja yang tidak mampu bekerja karena sakit yang kemungkinan sembuhnya kecil atau mengalami kematian. Kontribusi kepada SOCSO diwajibkan untuk pekerja swasta dan penduduk tetap (*permanent resident*). Tenaga kerja asing baru dilindungi SOCSO sejak Januari 2019. SOCSO atau dalam Bahasa Malaysia disebut *Pertumbuhan Kemalangan Sosial* (Perkeso) telah dimulai sejak tahun 1929, kemudian pengaturan tentang SOCSO diamandemen pada tahun 1969.

Baik EPF maupun SOCSO sebagai bentuk jaminan sosial dinilai tidak secara signifikan berkontribusi terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan umum. Manfaat pelayanan kesehatan yang disediakan dua skema tersebut masih minim. Misalnya, EPF membatasi pembiayaan untuk penyakit katastropik sebesar 10% dari tabungan peserta. Jaminan kesehatan juga akan berhenti ketika peserta telah pensiun. Dalam skema SOCSO, jaminan kesehatan diberikan jika berkaitan dengan pekerjaan, serta berhenti setelah pekerja

76

77 Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Ir, P., Aljunid, S. M., Mukti, A. G., Akkhavong, K., ... & Mills, A. (2011). Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. *The Lancet*, 377(9768), 863-873.

pensiun. Baik EPF maupun SOCSO tidak memberikan jaminan kepada anggota keluarga (Lee 2012). Dalam menyediakan jaminan kesehatan bagi pekerja formal, pemberi kerja biasanya menanggung pembayaran premi pada asuransi swasta atau masih membebankan jaminan kesehatan kepada pribadi pekerja (*self-insurance*) (Purwoko 2014)⁷⁸.

Dengan adanya kelemahan dari penyediaan jaminan kesehatan publik, maka sektor swasta memiliki proporsi yang besar dalam penyediaan jaminan kesehatan di Malaysia. Sejak tahun 1990-an, kebijakan Pemerintah untuk berinvestasi pada layanan kesehatan swasta mempercepat pertumbuhan penyedia layanan kesehatan swasta (Lee 2012). Pemerintah juga memberikan insentif pajak kepada perusahaan swasta yang berinvestasi dalam pelayanan kesehatan (Chee 2007)⁷⁹. Beberapa masalah utama yang dihadapi Malaysia yaitu distribusi manfaat kesehatan yang tidak merata, meningkatnya biaya perawatan kesehatan, dan beban perawatan pasien lebih banyak pada fasilitas kesehatan publik. Pemerintah Malaysia telah mempertimbangkan penerapan asuransi kesehatan sosial (*Social Health Insurance/SHI*) pada 1984 untuk memungkinkan pemerataan akses layanan kesehatan tanpa adanya hambatan pembiayaan. Kemudian pada tahun 1996, direkomendasikan untuk membentuk Badan Pembiayaan Kesehatan Nasional/*National Health Financing Authority* (Lit 2007)⁸⁰. Inisiasi tersebut bertujuan merestrukturisasi sistem pembiayaan kesehatan dari berbasis pajak menjadi skema asuransi wajib bersubsidi yang kontribusi pesertanya didasarkan kemampuan membayar seseorang. Diskusi tentang reformasi pembiayaan kesehatan terus berlangsung hingga tahun 2006 (Tangcharoensathien *et al.* 2011).

Sayangnya, hingga saat ini inisiatif penerapan SHI belum dilaksanakan (Lee 2012). Tangcharoensathien *et al.* (2011) menunjukkan kegagalan implementasi SHI di Malaysia disebabkan oleh beberapa hal berikut: 1) pekerja sektor formal keberatan karena harus membayar di atas pajak penghasilan pribadi, sementara itu kepentingan kelompok pekerja informal dan kelompok miskin akan pentingnya SHI terabaikan; 2) ada proses lobi yang kuat dari perusahaan swasta yang terancam kehilangan profit mereka; 3) adanya konflik kepentingan

78 Purwoko, B. (2015). Sistem Jaminan Sosial Di Malaysia: Suatu Tatakelola Penyelenggaraan Per Program Yang Berbasis Pada Pelembagaan Yang Terpisah. *E-Journal Widya Ekonomika*, 1(1), 36786.

79 Chee, H. L. 2007. Medical tourism in Malaysia: International movement of healthcare consumers and commodification of healthcare. Asia Research Institute Working Paper Series 83.

80 Lit, P. K. 2007. Rising health care costs: The contradictory responses of the Malaysian state. In Health care in Malaysia: The dynamics of provision, financing and access, eds. Leng, C. H. and S. Barraclough, 59–72. Oxon: Routledge.

antar institusi yaitu Kementerian Kesehatan dan lembaga otoritas pembiayaan kesehatan yang akan dibentuk; dan 4) adanya kesulitan dalam mengumpulkan iuran pada pekerja informal. Selain itu, menyebutkan bahwa implementasi SHI di Malaysia juga terhambat dengan minimnya pemahaman dan edukasi tentang manfaat SHI (Dzulkipli *et al.* 2016)⁸¹.

Sistem Pembiayaan UHC di Malaysia

Sesuai dengan skema jaminan kesehatan yang tersedia, Malaysia menerapkan dua jenis sistem pembiayaan kesehatan, yaitu pembiayaan publik dan swasta. Pembiayaan kesehatan publik terdiri dari tiga sumber dana yaitu: 1) pajak; 2) kontribusi pekerja kepada *Employee Provident Fund* (EPF); dan 3) kontribusi pekerja swasta kepada Organisasi Jaminan Sosial/*Social Security Organization*/SOCSO. Dengan adanya dukungan pembiayaan pajak, Pemerintah Malaysia menyediakan layanan kesehatan berbiaya rendah di seluruh fasilitas kesehatan milik pemerintah. Pasien hanya membayar sekitar 1-5 RM untuk pengobatan rawat jalan untuk setiap kali kunjungan. Disamping pajak, Pemerintah Malaysia juga mengembangkan skema jaminan sosial melalui EPF dan SOCSO. Namun, EPF dan SOCSO dinilai belum memberikan proporsi pembiayaan yang signifikan dari total pembiayaan kesehatan di Malaysia. WHO (2009) mencatat bahwa kontribusi EPF dan SOCSO hanya 0.9% dari total pengeluaran kesehatan Malaysia. Mekanisme pembayaran EPF ditunjukkan pada Tabel 18 Pembayaran kontribusi EPF dilakukan setiap bulan, yaitu paling lambat tanggal 15 setiap bulannya.

Tabel 18 Besaran Kontribusi Pemberi Kerja dan Pekerja Pada EPF dan SOCSO

Status pekerja	Kontribusi pemberi kerja		Kontribusi pekerja	
	Gaji 5.000 RM ke bawah	Gaji di atas 5.000 RM	Gaji 5.000 RM ke bawah	Gaji di atas 5.000 RM
Kontribusi pada EPF				
WNM ≥60 tahun	4%		0%	
WNM <60 tahun	13%	12%	9%	

81 Dzulkipli, M. R., Jamal, A., & Ma'on, S. N. (2016). The framework of national health insurance (NHI) in Malaysia. International Information Institute (Tokyo) Information, 19(7B), 2913.

<i>Permanent resident</i> <60 tahun	13%	12%	9%
<i>Permanent resident</i> ≥60 tahun	6,5%	6%	5,5%
Non-WN Malaysia <60 tahun	RM5		9%
Non-WN Malaysia ≥60 tahun	RM5		5,5%
Kontribusi pada SOCSO			
Usia ≥60 tahun	1,25% (hanya skema EIS)		0%
Usia <60 tahun	1,75% (skema EIS dan IS)		0,5%
Pekerja asing	1,25% (hanya skema EIS)		0%

Sumber: Foundingbird.com⁸²

Keterangan:

WNM: Warga Negara Malaysia; EIS: *Employment Injury Scheme*; IS *Invalidity Scheme*

Tabel 18 menunjukkan bahwa kontribusi EPF dibedakan berdasarkan status pekerja dan besaran gaji pekerja. Kontribusi EPF juga dibagi kepada pemberi kerja dan pekerja, kecuali untuk Warga Negara Malaysia (WNM) yang berusia ≥60 tahun seluruhnya dibebankan kepada pemberi kerja sebesar 4%. Begitu pula pada skema SOCSO, besaran kontribusi dibagi kepada pemberi kerja dan pekerja, kecuali bagi pekerja yang berusia ≥60 tahun. Pekerja usia ≥60 tahun dan pekerja asing hanya mendapat manfaat jaminan kecelakaan kerja (*Employment Injury Scheme*/EIS), sementara pekerja usia <60 tahun menerima manfaat EIS dan IS (*Invalidity Scheme*). IS memberikan jaminan bagi pekerja

82 <https://foundingbird.com/my/blog/what-employers-should-know-about-epf-socso-and-eis>

yang tidak mampu bekerja karena sakit yang kemungkinan sembuhnya kecil atau mengalami kematian.

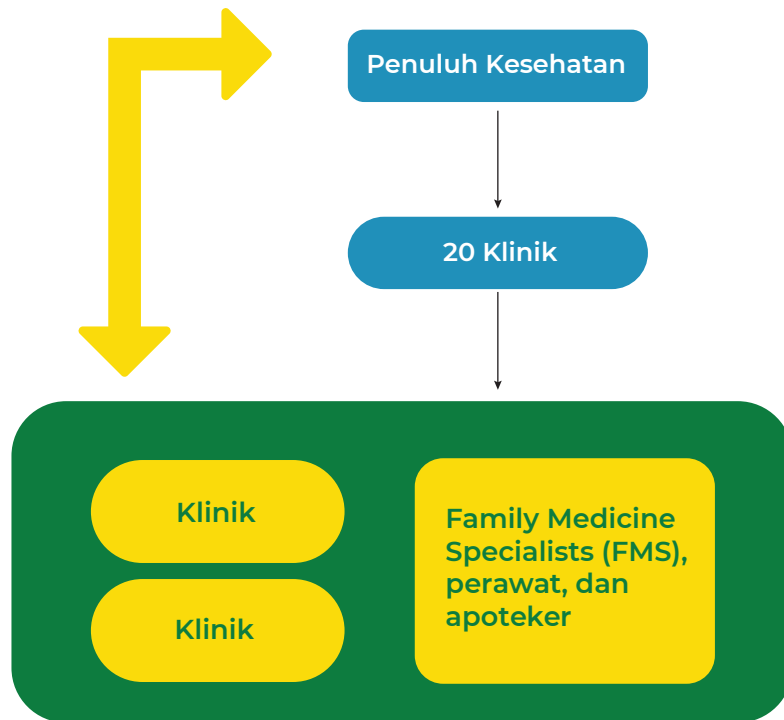
Pertumbuhan sektor swasta sebagai penyedia layanan kesehatan sejak tahun 1990-an mengubah struktur pembiayaan kesehatan di Malaysia. Pada tahun 1983, pemerintah masih mendominasi pembiayaan kesehatan yaitu sebesar 76% dari total pengeluaran kesehatan nasional (Ismail dan Rohaizat 2002). Namun, pada tahun 2009, WHO melaporkan bahwa pembiayaan dari pemerintah berkurang menjadi 44,8%, sementara pembiayaan swasta mendominasi sebesar 55,2%. Dari total pembiayaan swasta tersebut, sebesar 73,2% adalah pembayaran pribadi/OOP dan 14,4% adalah pembayaran dari asuransi swasta (WHO 2009).

Regulator dan Operator UHC di Malaysia

Dalam mewujudkan sistem layanan kesehatan yang lebih baik, pemerintah khususnya kementerian kesehatan memperkuat sistem Enhanced Primary Health Care (EnPHC)⁸³. EnPHC merupakan model sistem kesehatan yang berbasiskan perawatan perorangan dengan penyakit kronis sebagai prioritas penanganan. Sistem ini melibatkan setiap unsur masyarakat dengan beberapa tingkatan. Pada saat awal implementasi EnPHC, dipilih 20 klinik yang akan diberikan pelatihan dari Juli hingga September 2017. Pelatihan dilakukan dengan tujuan untuk memberikan bekal kepada petugas klinik terkait dengan konsep, komponen, dan pelaksanaan sistem layanan kesehatan.

Selanjutnya, masing-masing klinik akan menjadi mentor untuk melatih dan membimbing staff dari klinik lainnya untuk implementasi EnPHC. Petugas yang terpilih akan tergabung dalam EnPHC PEMANDU Lab yang juga akan bergabung dengan Family Medicine Specialists (FMS), perawat, dan apoteker. Mentor dari pusat akan melakukan evaluasi satu kali dalam satu bulan untuk melihat implementasi dan kendala yang dialami oleh klinik serta membantu dalam tindak lanjutnya. Skema tersebut dapat dilihat pada gambar berikut.

83 Institute for Clinical Research and Institute for Health Management. Evaluation of Enhanced Primary Healthcare. Vol III: Public Primary Care Facility Survey (EnPHC-EVA: FACILITY) (Interim Report); 2019. Kuala Lumpur.



Gambar 16 Skema Penyuluhan Kesehatan Malaysia

Pemerintah menggunakan sistem *Provident Fund* untuk mendukung sistem jaminan kesehatan. Sistem ini mewajibkan warga negara untuk menabung, dan tabungannya dikelola oleh EPF (Employee Provident Fund). Pengelolaan oleh EPF dilakukan untuk memastikan setiap anggota masyarakat memiliki persiapan pada masa tua sehingga ada penalti bagi mereka yang ingin menggunakan tabungan tersebut ketika masih dalam usia produktif. Penalty ini berupa biaya tambahan yang harus dikeluarkan oleh masyarakat sehingga dapat mengoptimalkan alokasi dana lainnya. Cara ini merupakan strategi pemerintah untuk memenuhi jaminan kesehatan masyarakatnya. Sistem ini berlaku untuk pekerja yang mendapatkan upah yang stabil. Selain itu negara juga menjamin warga yang mendapat kecelakaan kerja atau pensiunan cacat dengan difasilitasi oleh lembaga SOSCO (*Social Security Organization*).

5.1.4 Filipina

Pelaksanaan dan Cakupan UHC di Filipina

Tahun 1995 persis sebelum terjadinya krisis finansial, Filipina dengan cepat merespon dan berkomitmen untuk mengembangkan jaminan kesehatan nasional melalui penetapan UU Asuransi Kesehatan Nasional (*Republic Act 7875*). UU tersebut mengamanatkan penyelenggaraan Program asuransi nasional di Filipina (*National Health Insurance Program/NHIP*) bersamaan dengan pembentukan lembaga *Philippine Health Insurance Corporation (Philhealth)*. Artikel I poin l dalam UU tersebut menyebutkan “*All citizens of the Philippines shall be required to enroll in the National Health Insurance Program in order to avoid adverse selection and social inequity*”⁸⁴. Berdasarkan artikel tersebut, setiap penduduk Filipina diwajibkan mendaftar NHIP, namun UU tersebut belum optimal mencapai tujuannya dalam mencakup seluruh penduduk Filipina sebagai peserta NHIP. Meskipun diwajibkan, penduduk Filipina tidak secara otomatis terdaftar dalam kepesertaan NHIP. Pada Desember 2020, selang 25 tahun sejak diluncurkan, baru sekitar 84% penduduk Filipina terdaftar dalam NHIP⁸⁵.

Pemerintah Filipina mendorong langkah progresif untuk memperluas cakupan NHIP dengan melakukan revisi UU 7875 tahun 1995 menjadi *Republic Act No. 11223* tahun 2019. UU NHIP yang baru mengamanatkan bahwa semua warga negara Filipina terdaftar secara otomatis pada layanan kesehatan dasar, bahkan jika mereka gagal membayar premi (“*every Filipino citizen shall be automatically included into the NHIP—Section 5*”)⁸⁶. Meski demikian, Pemerintah Filipina belum menyusun strategi teknis bagaimana proses pendaftaran otomatis akan dijalankan. Melalui reformasi NHIP, seluruh penduduk Filipina berhak mendapatkan pelayanan preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif, paliatif, termasuk untuk pelayanan kesehatan mental. Kepesertaan NHIP dibedakan menjadi dua jenis: 1) Kontributor langsung, yaitu penduduk yang memiliki kapasitas membayar premi. Besaran premi ditentukan berdasarkan persentase pendapatan; 2) Kontributor tidak langsung, yaitu seluruh penduduk selain kategori pertama, dimana pembayaran preminya diberikan subsidi oleh Pemerintah.

Sistem Pembiayaan

Pemerintah Filipina menegaskan tidak akan ada biaya sendiri (OOP) untuk

84 Republic Act No. 7875/National Health Insurance Act of 1995 (https://www.philhealth.gov.ph/about_us/ra7875.pdf)

85 https://www.philhealth.gov.ph/about_us/statsncharts/snc2020_v1.pdf

86 Republic Act No. 11223

pelayanan dasar. Pembiayaan NHIP dibedakan menjadi dua macam bergantung pada jenis kepesertaan. Untuk jenis kontributor tidak langsung, khususnya kelompok masyarakat miskin, pembiayaan NHIP dijamin oleh Pemerintah. Unit Pemerintah Lokal (LGUs) maupun Departemen Kesehatan (DOH)⁸⁷. Pada tahun 2020, subsidi pembiayaan UHC sekitar \$5,1bn, bersumber dari pemerintah sebesar \$3,9 bn dan sisanya adalah dari pajak tembakau dan alkohol. Sementara itu, bagi peserta NHIP tipe kontributor langsung, pembayaran premi dilakukan kepada PhilHealth selaku pengelola pembayaran premi jaminan kesehatan. Bagi peserta kelompok kedua ini, besaran premi dibedakan mengikuti tahun berjalan dan batas pendapatan (Tabel 19).

Tabel 19. Besaran kontribusi NHIP di Filipina

Tahun	Besaran kontribusi	Batas bawah pendapatan	Batas atas pendapatan
2019	2,75%	P10.000	P50.000
2020	3,00%	P10.000	P60.000
2021	3,50%	P10.000	P70.000
2022	4,00%	P10.000	P80.000
2023	4,50%	P10.000	P90.000
2024	5,00%	P10.000	P100.000
2025	5,00%	P10.000	P100.000

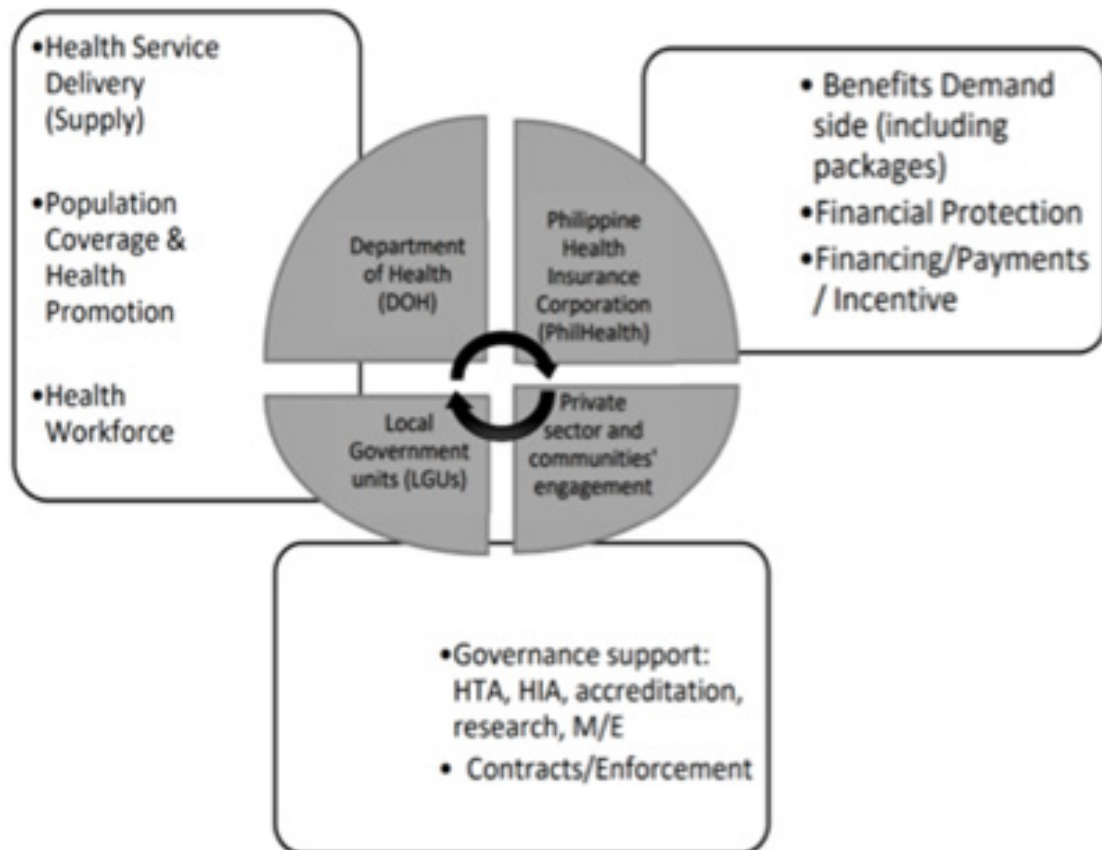
Sumber: *Republic Act No. 11223*

Regulator & Operator UHC di Filipina

Department of Health (DOH) merupakan pembuat kebijakan terkait layanan kesehatan berbasis masyarakat, serta ketetapan bagi rumah sakit dan layanan kesehatan spesialis. Proses implementasi UHC di Filipina dilaksanakan oleh DOH dalam berbagai proses untuk integrasi sistem UHC. Lembaga yang berperan dalam mewujudkan UHC di Filipina memiliki beberapa lembaga utama, yaitu DOH, *PhilHealth*, LGU, dan pemangku kepentingan lainnya (penyedia swasta, asuransi, masyarakat) di pusat. Gambar berikut mengilustrasikan empat kelompok sistem kesehatan yang berhubungan dengan pemberian layanan kesehatan atau layanan promosi kesehatan, sumber daya manusia, dan penatagunaan. Area komponen fungsional khusus untuk UHC berhubungan dengan perlindungan finansial, paket manfaat, pembayaran dan insentif, dan kontrak. *PhilHealth* merupakan

87 nes.indiatimes.com : lesson from Philippines Universal Health Care Act and Its Relevance for India

pe



Gambar 17 Lembaga Kesehatan Filipina dan Kewenangannya

5.1.5 Indonesia

Pelaksanaan dan Cakupan UHC di Indonesia

Indonesia telah berkomitmen untuk memberikan jaminan kesehatan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Penetapan program ini berlangsung dimuali dari 1 Januari 2014 dengan BPJS Kesehatan sebagai aktor utamanya. Direktur Utama BPJS Kesehatan, per September 2021, cakupan kepesertaan Program JKN-KIS sebanyak 226,30 juta jiwa, atau 83,40% dari total jumlah penduduk Indonesia. Saat ini BPJS Kesehatan tengah berupaya mewujudkan cita-cita Universal Health Coverage (UHC) pada 2024 yang ditetapkan dalam Rancangan Pembangunan Jangka

88 Bautista et.al. 2022. The 2019 Philippine UHC Act, Pandemic Management and Implementation Implications in a Post-COVID-19 World: A Content Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(15), 9567; <https://doi.org/10.3390/ijerph19159567>

Panjang Nasional (RPJMN), yakni mencakup 98% penduduk Indonesia.⁸⁹

Cakupan manfaat Program JKN-KIS yang dikelola BPJS Kesehatan cukup komprehensif. Masyarakat dapat mendapatkan bantuan mulai dari pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitative. Semua proses dan tahapan pelayanan kesehatan dapat diakses dengan persyaratan status kepesertaannya aktif dan mengikuti prosedur dan ketentuan yang berlaku. Fasilitas kesehatan tidak diperkenankan menarik biaya tambahan dari peserta JKN-KIS selama peserta yang bersangkutan memenuhi kedua syarat tersebut.

Peserta JKN-KIS adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk Warga Negara Asing (WNA) yang bekerja minimal 6 bulan di Indonesia. Tidak ada batasan usia minimal atau maksimal, bahkan bayi baru lahir pun bisa langsung dijamin sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku. Lebih lanjut kepesertaan BPJS dibedakan menjadi beberapa golongan⁹⁰ sebagai berikut:

1. Pekerja Penerima Upah (PPU)

Peserta PPU wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarga sebagaimana terdaftar dalam Kartu Keluarga (Suami/Istri/anak/anggota keluarga lain). Pendaftaran dilakukan dikelas rawat yang sama untuk seluruh anggota keluarga yang terdaftar dalam Kartu Keluarga. Pendaftaran bagi Peserta PPU atau Peserta BP yang dilakukan secara sendiri-sendiri, pembayaran iuran pertama dapat dilakukan setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak pendaftaran dan dinyatakan layak berdasarkan verifikasi pendaftaran dan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari sejak pendaftaran melalui mekanisme auto debit. Jenis kepesertaan PPU terdiri atas PPU penyelenggara negara, prajurit, polisi, pejabat negara, kepala desa, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN), dan Pekerja Penerima Upah (PPU) Badan Usaha.

2. PD Pemda

Penduduk yang Didaftarkan oleh Pemerintah Daerah (PD Pemda) adalah Penduduk yang belum diikutsertakan sebagai Peserta Jaminan Kesehatan, yang didaftarkan dan ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam program Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan. Pendaftaran penduduk dilakukan berdasarkan

89 BPJS Kesehatan. 2021. Kiprah BPJS Kesehatan di Mata Internasional. Media Info BPJS Kesehatan Edisi 105
90 <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2014/11>

Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah daerah provinsi dan/atau pemerintah kabupaten/kota.

3. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPUP) dan Bukan Pekerja (BP)

Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPUP) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, terdiri dari pekerja di luar hubungan kerja atau mandiri, serta pekerja yang termasuk kelompok penerima upah.

1. Bukan Pekerja (BP)

Bukan Pekerja (BP) terdiri atas investor, pemberi kerja, penerima pensiun, dan bukan pekerja yang masih mampu membayar iuran.

2. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK)

Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) adalah Peserta yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan harus memenuhi syarat: WNI, memiliki NIK yang terdaftar di Dukcapil, dan terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial. Kepesertaan PBI JK berlaku terhitung sejak didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Penetapan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dibidang Sosial kecuali untuk bayi yang dilahirkan dari ibu kandung dari keluarga yang terdaftar sebagai PBI JK otomatis sebagai peserta, sebagaimana ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Sistem Pembiayaan UHC di Indonesia

Sumber terbesar pembiayaan JKN-KIS yang terbesar berasal dari iuran pesertanya. Karena BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang nirlaba, sehingga berbeda dengan asuransi komersial, seluruh iuran dari peserta, pemerintah dan badan usaha dikelola sepenuhnya untuk kepentingan peserta JKN-KIS, baik untuk membiayai pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan (kuratif) hingga biaya promotif dan preventif (edukasi hidup sehat dan upaya pencegahan penyakit). Pembayaran untuk fasilitas tingkat lanjut diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Tarif Standar Pelayanan Kesehatan. Reformasi tersebut diterapkan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat I dan tingkat lanjutan berdasarkan peraturan

No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan JKN. Pada saat Jamkesmas pertama kali diluncurkan (2009–2010), pembayaran klaim didasarkan pada Indonesian Diagnoses-related Group (INA-DRG) namun kemudian berkembang menjadi Indonesia case-based groups (selanjutnya disebut INACBG) dan telah digunakan sejak 2011. Mulai 2014, tidak hanya digunakan untuk pasien yang PBI tetapi juga untuk non-penerima bantuan

Model pembayaran INA-CBG adalah besaran klaim yang dibayarkan BPJS Kesehatan kepada fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan atas pelayanannya, sesuai dengan penyakit yang terdiagnosis. Tarif ditentukan dan dikeluarkan oleh tim yang dikenal sebagai National Casemix Center (NCC), di bawah Kementerian Kesehatan. Setiap tahun tim bertemu dan memproses data dari rumah sakit dan Jamkesmas untuk menentukan tarif dan memperbaiki metode yang digunakan untuk menghitungnya. Hal ini memberikan insentif untuk efisiensi yang lebih besar dan kualitas yang lebih baik dari layanan di rumah sakit.

Regulator & Operator UHC di Indonesia

Presiden dalam hal ini selaku pemegang kekuasaan tertinggi negara merupakan pihak yang bertanggung jawab penuh adanya sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia. Dibawah presiden terdapat 4 stakeholder utama dalam berjalannya sistem ini yaitu Kementerian keuangan yang mempunyai peran dalam pengalokasian dana serta mengawasi pengelolaan dana yang dikelola oleh BPJS melalui OJK (Otoritas Jasa Keuangan), Kementerian Kesehatan yang bertugas dalam membuat regulasi tentang aturan sistem kesehatan, penjaminan mutu layanan kesehatan, pemerataan layanan kesehatan di berbagai wilayah Indonesia serta monitoring dan evaluasi berjalannya sistem jaminan kesehatan nasional.

DJSN (Dewan Jaminan Sosial Kesehatan) berfungsi untuk membantu Presiden dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Stakeholder ke empat yaitu BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) yaitu lembaga independen yang berfungsi dalam pengelolaan premi dari peserta JKN dan penyaluran premi kepada penyedia layanan kesehatan dalam bentuk kapitasi dan INA CBG's. Dalam menjalankan tugasnya BPJS dibantu oleh Dewan pengawas dan dewan direksi. Dewan Pengawas terdiri atas 7 (tujuh) orang anggota: 2 (dua) orang unsur Pemerintah, 2 (dua) orang unsur Pekerja, 2 (dua) orang unsur Pemberi Kerja,

1 (satu) orang unsur Tokoh Masyarakat. Dewan Pengawas tersebut diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Fungsi Dewan Pengawas adalah melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS. Direksi terdiri atas paling sedikit 5 (lima) orang anggota yang berasal dari unsur profesional. Direksi sebagaimana dimaksud diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin peserta untuk mendapatkan manfaat sesuai dengan haknya.

Sementara itu, pelaksanaan UHC di Indonesia lebih dikenal dengan nama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Hal itu berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, tanggal 19 Oktober 2004. Pengesahan UU Jaminan Sosial Nasional juga dipicu oleh UUD 1945 dan perubahannya pada tahun 2002 tentang Pasal 5 Ayat (1), Pasal 20, Pasal 28H Ayat (1), Ayat (2), dan Ayat (3), serta Pasal 34 Ayat (1) dan Ayat (2) yang mengamanatkan untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sampai disahkan dan diundangkan, Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional telah melalui proses yang panjang, dari tahun 2000 hingga 19 Oktober 2004.

5.2. Respon terhadap Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 mengakibatkan disrupsi terhadap sistem kesehatan. Banyak negara telah memberikan respon terhadap adanya pandemi COVID-19. Di Thailand, Pemerintah menetapkan beberapa kebijakan: (1) Terdaftar COVID 19 sebagai salah satu penyakit yang mendapat jaminan kesehatan bagi warga Thailand. (2) Menerapkan social distancing dengan menghentikan semua kegiatan belajar mengajar dan didampingi perkuliahan tatap muka, serta digantikan dengan kelas online. (3) Ditetapkan Status Darurat Nasional, seperti pembatasan penjualan minuman beralkohol dan pembatalan festival Songkran untuk mencegah pertemuan massal, dan pemberian paket stimulus ekonomi (Tunggal dkk. 2020).

Di Vietnam, Pemerintah telah memiliki pengalaman sebagai salah satu negara pertama di dunia yang menghilangkan SARS pada tahun 2003, sehingga Vietnam mampu lebih baik dalam merespon COVID-19. Sebelum COVID-19, Vietnam telah meningkatkan investasi ke infrastruktur kesehatan, termasuk mendirikan pusat operasi darurat kesehatan masyarakat nasional (*public health emergency operations centre/PHEOC*), sistem pengawasan kesehatan

masyarakat nasional, dan empat pusat operasi darurat regional, yang berkontribusi pada keberhasilannya mengelola penyebaran ancaman penyakit menular sebelumnya seperti Ebola, MERS dan Zika. Pemerintah Vietnam juga telah membentuk Pusat Pengendalian Penyakit (*Centers for Disease Control/ CDC*) hingga tingkat provinsi, sementara reformasi di CDC tingkat pusat sedang dibahas. Pemerintah Vietnam juga menerapkan Undang-Undang tentang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dalam mengatur tanggung jawab pemangku kepentingan yang berbeda, dan menetapkan rencana dan protokol ketika wabah penyakit menular sedang berlangsung. Komite Pengarah Nasional untuk COVID-19 dengan cepat dibentuk pada tahap awal COVID-19. Sejak tahun 2015, telah ada panduan pelaporan penyakit menular dan epidemi. Pedoman Surveilans Berbasis Peristiwa Nasional juga telah diterbitkan pada tahun 2018.

Selama COVID-19, Pemerintah Vietnam telah meningkatkan anggaran untuk sektor kesehatan serta sektor-sektor lain yang penting untuk mengendalikan pandemi. Semua pengeluaran terkait COVID-19 disubsidi oleh keuangan publik. Anggaran negara meliputi pengobatan, pelacakan kontak dan karantina institusional dari semua kasus yang dicurigai, serta penyediaan obat-obatan, bahan, bahan habis pakai, dan biologi untuk pengujian, sedangkan dana jaminan kesehatan untuk pengujian dan pengobatan penyakit lain. Pemerintah juga telah mengeluarkan kebijakan yang memberikan tunjangan khusus bagi tenaga kesehatan dan tenaga kerja lain yang secara formal berkontribusi dalam pencegahan dan pengendalian COVID-19⁹¹.

Sementara itu, di Filipina, *PhilHealth* selaku penyelenggara Jaminan Layanan Kesehatan Nasional mengcover seluruh biaya perawatan bagi semua pasien COVID-19 pada fase awal pandemi. Pada pertengahan April 2020, *PhilHealth* meluncurkan paket untuk mengcover pembiayaan perawatan bagi pasien COVID-19 dengan tetap menjamin *sustainability* sistem jaminan kesehatan nasional. *PhilHealth* juga membiayai 100% biaya perawatan bagi staf institusi medis termasuk petugas kebersihan dan petugas keamanan. Hingga Agustus tahun 2020, layanan terkait COVID-19 di bawah *PhilHealth* dibayar melalui skema IRM (*Interim Reimbursement Mechanism*) yang dirancang sebagai penyedia pendanaan darurat bagi rumah sakit pada masa seperti pandemi. Laporan *Oxford Business Group* mencatat setidaknya \$596,7 miliar telah

91 Resolution No. 37/NQ-CP dated 29 March 2020 pada laporan *Sustainability and Resilience in the Vietnamese Health System*

dialokasikan untuk seluruh rumah sakit umum pemerintah maupun swasta, klinik dan layanan kesehatan lainnya yang memenuhi syarat⁹².

Di Indonesia, pembiayaan COVID-19 bersumber dari Pemerintah berdasarkan Permenkes 59/2016 tentang pembebasan biaya pasien penyakit infeksi emerging tertentu. Melalui Perppu 1/2020, pemerintah menggelontorkan anggaran sebesar Rp75 triliun untuk penanganan COVID-19. Sebesar Rp65,8 triliun di antaranya dialokasikan untuk subsidi penanganan kesehatan yang meliputi pengadaan alat kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, upgrade RS rujukan termasuk pembiayaan pasien COVID-19. Sebanyak Rp3 triliun untuk bantuan iuran BPJS bagi pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja yang mana kenaikan iurannya dibatalkan oleh Mahkamah Agung. Adapun dalam pelaksanaan pembayaran klaim layanan COVID-19, Menteri Kesehatan menerbitkan Kepmenkes 238/2020. Kepmenkes ini salah satunya mengatur tarif klaim pasien rawat inap yang dihitung menggunakan rumus tarif INA CBG ditambah jumlah LOS (*Length of Stay*) pasien dikalikan biaya per hari.

Tidak seperti di Filipina, BPJS Kesehatan berperan dalam melakukan verifikasi terhadap klaim pelayanan kesehatan akibat COVID-19 di rumah sakit⁹³. Proses verifikasi klaim dilakukan secara digital melalui aplikasi *Vclaim*. Dalam Bab II Kepmenkes 4718, Peran dan Fungsi BPJS Kesehatan dalam penanganan COVID-19 di Indonesia yaitu:

1. Melakukan pengelolaan administrasi klaim dengan menyelenggarakan tata kelola data dan berkas klaim atau tagihan dari rumah sakit yang melakukan pelayanan COVID-19 dan klaim terhadap pelayanan kesehatan kasus kejadian ikutan pasca vaksinasi COVID-19 secara transparan dan akuntabel.
2. Melakukan verifikasi tagihan pelayanan kesehatan dari rumah sakit yang melakukan pelayanan COVID-19 dan klaim terhadap pelayanan kesehatan kasus kejadian ikutan pasca vaksinasi COVID-19.
3. Melakukan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dalam rangka proses pembayaran tagihan klaim COVID-19 dan klaim terhadap pelayanan kesehatan kasus kejadian ikutan pasca vaksinasi COVID-19

92 oxfordbusinessgroup.com : Universal health care takes on Covid-19 in the Philippines

93 Surat Menteri Koordinator Pemberdayaan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK) Nomor S.22/MENKO/PMK/III/2020 tentang Penugasan Khusus Verifikasi Klaim COVID-19; Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No. HK.01.07/MENKES/4718/2021 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien COVID-19 bagi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan COVID-19.

kepada rumah sakit yang telah dilakukan proses verifikasi.

4. Melaporkan hasil proses verifikasi berupa Berita Acara kepada Kementerian Kesehatan.
5. Menyelesaikan klaim dispute rumah sakit penyelenggara pelayanan COVID-19, dengan dapat melibatkan Dewan Pertimbangan Klinis/Tim Pertimbangan Klinis dan Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) Wilayah.
6. Melakukan pembayaran pelayanan kesehatan kasus kejadian ikutan pasca vaksinasi COVID-19 peserta program Jaminan Kesehatan.

5.3. Lesson Learned dari Implementasi UHC di Negara ASEAN

Dari beberapa negara kawasan ASEAN yang telah mengembangkan sistem JKN, ada beberapa praktik baik yang dapat menjadi pembelajaran bagi Indonesia dalam mengimplementasikan UHC.

1. Thailand: menjaga keberlanjutan pembiayaan (sebagian besar dari pajak) dan menyediakan akses jaminan kesehatan yang *pro-poor*

Thailand sering menjadi rujukan sebagai negara yang sukses dalam mencapai UHC khususnya di kawasan Asia Tenggara. Angka indeks cakupan efektif Thailand paling tinggi dibanding empat negara lainnya dalam studi ini. Angka indeks cakupan layanan UHC Thailand juga cukup tinggi. Thailand menetapkan skema berbeda bagi setiap kelompok penduduk dalam mengimplentasikan UHC tahun 2002. Untuk mencakup seluruh penduduk, Thailand telah mengawali dari proses panjang. Rumah tangga berpenghasilan rendah telah dicakup oleh perawatan kesehatan gratis yang disubsidi sejak tahun 1975. Rumah tangga bukan miskin dan pekerja informal disediakan skema asuransi sukarela sejak 1984. Sementara itu, skema asuransi untuk pekerja swasta (SHI) sudah dimulai sejak 1990 (Tangcharoensathien et al. 2019a). Sebagian besar pembiayaan UHC di Thailand adalah non-kontribusi atau dibiayai dari pajak. Padahal, UHC di Thailand (skema UCS) yang diluncurkan tahun 2002, tepat setelah terjadi krisis ekonomi di kawasan Asia pada tahun 1997. Mempertahankan keberlanjutan pembiayaan menjadi tantangan besar bagi Thailand dalam mengimplementasikan UHC. Beberapa strategi yang dilakukan Pemerintah Thailand dalam menjaga keberlanjutan pembiayaan yaitu:

- a. Melakukan pengendalian biaya. Pemerintah Thailand mengadopsi

beberapa strategi untuk mengendalikan pengeluaran berlebihan, antara lain: a) menetapkan mekanisme penilaian untuk manfaat medis berbiaya tinggi. Pokja negosiasi harga, di bawah subkomite daftar obat esensial nasional, telah berhasil menurunkan harga obat antiretroviral (ARV untuk HIV), lensa katarak, agen stimulan eritropoiesis, dan stent koroner. Negosiasi harga tersebut berhasil menghemat belanja sekitar US\$ 257 juta pada tahun 2016; b) Penetapan sistem penjaminan perawatan primer, formularium nasional, dan sistem pembayaran tertutup telah menjaga rata-rata pengeluaran kesehatan oleh Pemerintah di sekitar US\$ 167 per kapita per tahun.

- b. Menentukan pembagian biaya, dimana pasien diharuskan membayar pada jenis perawatan tertentu. Pembagian biaya yang diterapkan pada seluruh penduduk dapat meringankan beban keuangan Pemerintah, namun dapat berdampak negatif terhadap masyarakat miskin, hampir miskin, dan kelompok rentan yang mungkin tidak mampu membayar layanan.

Selain itu, Pemerintah Thailand juga berkomitmen dalam menyediakan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin. Sejak tahun 1975, Pemerintah Thailand telah menyediakan jaminan kesehatan bagi rumah tangga berpenghasilan rendah yang disubsidi dari pajak. Pemerataan akses fasilitas kesehatan dilakukan dengan mengembangkan Sistem Kesehatan Kabupaten (*District Health System/DHS*). DHS terdiri dari jaringan 10-15 pusat kesehatan dan rumah sakit kabupaten yang melayani sekitar 50.000 penduduk dengan kedekatan geografis. DHS terkoordinasi dengan baik, sehingga memungkinkan individu untuk mencari perawatan atau rujukan di unit kesehatan yang dekat dengan rumah (Sumriddechakajorn et al. 2019).

Pemerintah Thailand juga mengupayakan pemerataan infrastruktur dan SDM kesehatan ke tingkat lokal melalui beberapa strategi: a) perekrutan siswa yang berasal dari pedesaan dan daerah terpencil untuk mengikuti pendidikan kedokteran dan keperawatan; b) penempatan di kampung halaman bagi tenaga kesehatan yang direkrut dari kota asal mereka; c) layanan wajib tiga tahun di rumah sakit distrik untuk medis, gigi, dan lulusan farmasi dari semua universitas negeri sejak tahun 1970-an; dan d) kebijakan tersebut diikuti dengan adanya insentif keuangan dan non-keuangan paralel lainnya untuk kemajuan karir profesional, pengakuan sosial dan hukuman untuk ketidakpatuhan untuk

mendukung kesehatan pedesaan.

2. Filipina: mempertegas peran Pemerintah Pusat dan Daerah dalam pembiayaan JKN serta mengembangkan variasi pembiayaan

Filipina sebagai negara berkembang, menghadapi berbagai tantangan yang serupa dengan Indonesia pada awal mengembangkan program asuransi nasional, seperti lemahnya ketersediaan fasilitas dan SDM kesehatan. Filipina juga menjalankan pemerintahan dengan sistem desentralisasi sebagaimana di Indonesia. Sumber pembiayaan PhilHealth berasal dari beberapa macam yaitu kontribusi pekerja (3,5% dari pendapatan), subsidi dari Pemerintah Pusat dan Daerah, berbagai donatur lokal maupun internasional, serta lembaga swasta dan publik. Sebagai negara yang menganut sistem desentralisasi, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sama-sama memiliki tugas dalam membiayai program NHIP. Di Filipina, Pemerintah lokal diklasifikasikan berdasarkan kemampuan ekonomi daerah dan tingkat kemiskinan. Kemampuan ekonomi daerah dihitung berdasarkan *gross regional domestic product*, sementara tingkat kemiskinan ditentukan oleh *National Statistical Coordination Board* berdasarkan sejumlah indikator. Klasifikasi Pemda di Filipina dibagi sebagai berikut:

- a. Untuk Pemda kelas 1-3, kontribusi untuk pembiayaan masyarakat miskin dibagi rata (50:50) antara Pemda dengan Pemerintah Pusat;
- b. Untuk Pemda kelas 4-6, rasio kontribusi antara Pemda dan Pemerintah Pusat dimulai dengan 90:10 sampai tahun kedua pelaksanaan program, kemudian 80:20 pada tahun ketiga, 70:30 pada tahun keempat, 60:40 pada tahun kelima, dan 50:50 pada tahun keenam pelaksanaan dan seterusnya.

Sumber pembiayaan PhilHealth juga termasuk dari sektor privat. Tahun 2002, Glaxo SmithKline, sebuah perusahaan farmasi besar, melakukan kerjasama dalam menciptakan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat miskin. Melalui kerjasama ini, Glaxo SmithKline menyediakan bantuan asuransi kesehatan kepada 10.000 keluarga miskin perkotaan dengan membayarkan 50% iuran pada tahun pertama (50% persen sisanya dibayarkan oleh Philhealth melalui subsidi Pemerintah Pusat dan Daerah), dan 25% pada tahun kedua. Kerjasama ini bertujuan untuk memberikan tenggat waktu kepada Pemda agar mampu memberikan subsidi pada tahun-tahun berikutnya. Model pembiayaan dari swasta juga sangat potensial dikembangkan di Indonesia.





VI. KESIMPULAN & REKOMENDASI

Hasil studi menunjukkan bahwa:

Pertama, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan telah mampu memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tanpa terkendala biaya. Namun demikian, implementasi program JKN belum sepenuhnya efektif dalam memenuhi prinsip *Universal Health Coverage* (UHC) yang diindikasikan dari aspek cakupan dan capaian kepesertaan, akses dan kualitas pelayanan, dan kelembagaan.

1. **Cakupan dan capaian kepesertaan:** cakupan kepesertaan penduduk dalam JKN terus mengalami peningkatan, namun belum optimal dalam mencapai target yang ditetapkan dalam RPJMN. RPJMN 2020-2024 menargetkan 98% penduduk menjadi peserta JKN. Target ini dinilai terlalu ambisius mengingat hingga tahun 2021 baru 86,7% penduduk yang tercakup dalam JKN. Selain itu, RPJMN 2015-2019 yang menargetkan 95% penduduk tercakup dalam JKN juga tidak tercapai. Ukuran ketercapaian peserta JKN juga perlu dievaluasi berdasarkan jumlah peserta aktif dan non-aktif. Tahun 2018 saja, tingkat keaktifan peserta mandiri dalam membayar iuran hanya mencapai 53,7%. Belum optimalnya pencapaian target RPJMN juga dibarengi dengan permasalahan kepesertaan, antara lain:
 - c. ketidakvalidan data peserta yang dapat membuka peluang praktik pemalsuan data peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), sehingga manfaatnya dapat diambil orang lain;
 - d. dari segmen Pekerja Penerima Upah (PPU), tidak semua badan usaha mendaftarkan pekerjanya dalam program JKN akibat belum adanya mekanisme pemberian sanksi;
 - e. kenaikan besaran iuran bagi segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) berpotensi memperlambat pencapaian target kepesertaan JKN. Beberapa studi mengungkap bahwa kenaikan iuran hanya mengatasi permasalahan defisit dalam jangka pendek. Kenaikan iuran berpotensi meningkatkan tunggakan iuran dan denda yang semakin tinggi, sehingga memungkinkan peserta berhenti dari JKN.

2. **Akses dan kualitas pelayanan:** akses yang adil (*equity*) dan kualitas (*quality*) pelayanan jaminan kesehatan yang prima menjadi bagian dari prinsip utama yang perlu dipenuhi dalam menyelenggarakan UHC. BPJS kesehatan telah memberikan dorongan terhadap perbaikan akses terhadap layanan kesehatan. Namun sayangnya, akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas di seluruh Indonesia masih mengalami disparitas yang cukup tinggi, terutama karena karakteristik wilayah Indonesia yang berbasis kepulauan (*archipelagic state*). Sementara itu, penyelenggaraan JKN belum sepenuhnya memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang prima, diindikasikan oleh beberapa hal berikut: waktu tunggu dan waktu layanan yang tidak dapat diprediksi, belum efektifnya sistem penyediaan obat-obatan, dan pengeluaran pribadi (*out-of pocket*) yang masih tinggi.
3. **Kelembagaan:** Implementasi program JKN cenderung bersifat sentralistik sebagaimana yang diatur dalam UU SJSN dan UU BPJS Kesehatan, sementara Pemerintah Daerah tidak memiliki kewenangan yang memadai dalam implementasi JKN. Padahal, Pemerintah Daerah memiliki peran strategis dalam perluasan kepesertaan, peningkatan kualitas layanan, maupun mempertahankan keberlanjutan keuangan. Di sisi lain, koordinasi antar-lembaga di tingkat Pusat juga belum optimal khususnya dalam menyediakan keterpaduan data peserta. Terkait pengawasan, selama ini BPJS Kesehatan telah diawasi oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK), Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Dewan Pengawas BPJS dan lembaga pengawasan sejenisnya. Namun demikian, pengawasan yang dilakukan oleh lembaga-lembaga tersebut hingga saat ini sifatnya masih tertutup dan tidak ada transparansi kepada publik. Pengawasan dari organisasi masyarakat sipil perlu terus diperkuat, agar pengelolaan BPJS Kesehatan memenuhi prinsip transparansi dan akuntabilitas.

Kedua, defisit program JKN yang telah menjadi permasalahan menahun disebabkan oleh dua permasalahan utama, yaitu: 1) belum optimalnya pendapatan (baik bersumber dari iuran, pajak rokok, hibah, bunga, investasi, maupun pendapatan lainnya) dibandingkan dengan beban biaya pelayanan kesehatan yang harus ditanggung, dan 2) belum efektifnya tata kelola program JKN yang membuka potensi terjadinya kecurangan (*fraud*). Pendapatan yang bersumber dari iuran belum optimal sebab kolektabilitas iuran segmen PBU, BP, dan PPU masih belum memadai. Sementara itu, meski pendapatan

investasi mengalami peningkatan, nilainya masih rendah dan sektor investasi masih bersifat konservatif. Begitu pula dengan pendapatan yang bersumber dari pajak dosa (*sin tax*) yang sebenarnya masih bisa dioptimalkan. Di sisi lain, potensi *fraud* dapat terjadi di berbagai aspek baik pada aspek penerimaan pembiayaan JKN (tunggakan dan manipulasi iuran) dan pembelian jasa layanan kesehatan. Mekanisme pengawasan yang telah dibangun belum cukup kuat untuk mengatasi terjadinya *fraud*.

Ketiga, dari kelima negara ASEAN yang dibandingkan dalam studi ini, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk tertinggi (275,5 juta) dengan angka harapan hidup yang rendah (69). Secara geografis, Indonesia sebagai negara kepulauan juga jauh lebih luas dibanding dengan negara lainnya. Artinya, tantangan yang dihadapi Indonesia dalam mengimplementasikan UHC lebih besar dibanding negara lainnya. Dalam implementasi UHC, Thailand dan Malaysia memiliki proporsi paling besar pada pembiayaan pemerintah (65,47%). Di Indonesia, proporsi pembiayaan pemerintah dan OOP berimbang. Di Vietnam dan Filipina, sumber pembiayaan kesehatan terbesar disokong oleh pembiayaan langsung (*out-of-pocket/OOP*). Dibanding dengan negara lainnya, Indonesia termasuk negara yang terlambat mengimplementasikan UHC, namun capaian kepesertaannya cukup progresif dibanding negara lain. Dari kelima negara yang ditinjau dalam studi ini, Thailand merupakan negara yang paling unggul dalam mengimplementasikan UHC, diindikasikan dari cakupan kepesertaan dan indeks cakupan efektif UHC. Thailand juga mampu menekan angka pembiayaan pribadi (*out-of-pocket/OOP*) hanya sebesar 8,67%.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut, rekomendasi bagi upaya perbaikan implementasi program JKN dalam rangka pemenuhan prinsip UHC adalah sebagai berikut:

1. Mengingat sebagian besar dana BPJS digelontorkan untuk penyakit katastropik, maka pemerintah perlu mempromosikan/investasi lebih besar pada kesadaran pencegahan penyakit katastropik untuk mengurangi beban klaim biaya pasien katastropik.
2. Segera mengimplementasikan kebijakan urun biaya (*co-payment*) untuk peserta mandiri sebagaimana diatur dalam Permenkes No.51 Tahun 2018 tentang Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan.
3. Menentukan formula terbaik dalam menentukan sistem pembayaran

iuran, seperti; a) koordinasi dengan Kemenaker dalam memberi peringatan dan sanksi kepada pemberi kerja yang melakukan deklarasi upah dibawah realisasi; b) pengkajian terhadap ambang upah dan iuran BPJS. untuk menjalankan hal ini perlu dilakukan perbaikan dan sinkronisasi data penghasilan penduduk dengan K/L terkait.

4. BPJS perlu mereformulasikan kebutuhan skema ‘rombongan’ per keluarga. BPJS juga perlu membuka pilihan kelas yang lebih fleksibel per individu di setiap keluarga (KK), misalnya orang tua memilih kelas 1 sementara anak-anak kelas 2. Pilihan yang lebih fleksibel ini memungkinkan keluarga tersebut mendapatkan pelayanan yang optimal berdasarkan kemampuan iurannya.
5. Untuk mencegah adanya kecurangan dalam BPJS terutama masalah potensi fraud oleh RS mitra BPJS (i.e. penulisan kode diagnosis berlebihan, klaim palsu dan tagihan berulang), maka pemerintah perlu melakukan pengawasan berkala regional untuk recredentialing. Dalam masa recredentialing, diberikan waktu jeda enam bulan untuk antisipasi pencarian RS Faskes baru atau perbaikan layanan RS yang melakukan fraud tersebut.
6. BPJS melakukan kordinasi dengan pemerintah (K/L) untuk memberikan peringatan/sanksi bagi perusahaan-perusahaan yang tidak konsisten membayar iuran mengacu pada undang-undang yang berlaku. Misal; Kemenaker mencabut ijin usaha, etc.
7. BPJS perlu segera memperbaiki kualitas pelayanan pengaduan berbasis skala prioritas waktu tindak lanjut/SLA, guna membantu peserta yang mengalami kendala dalam mengakses layanan kesehatan. Misal; tindak lanjut pengaduan layanan emergency maksimal 1 jam, sementara layanan pemberian obat farmasi maksimal 3 jam, dll.
8. Perkuat peranan pemerintah daerah dan stakeholder kesehatan lainnya dalam melakukan pembaruan data yang berkelanjutan, serta memastikan keterpadanannya.
9. Mendorong adanya sovereign wealth fund / Dana Abadi Iuran Kesehatan (kepastian dana iuran yang lebih pasti dan bukan bansos/PBI). Tata Kelola dana abadi :

- a. Dana abadi yang dipupuk ditujukan untuk jaminan iuran untuk UHC, bukan untuk peningkatan kualitas atau perluasan layanan kesehatan BPJS kesehatan.
- b. Dana abadi dikelola oleh Lembaga independen (seperti BLU LPDP) atau oleh BPJS Kesehatan
- c. Opsi sumber dana abadi, yaitu :
 - Sin tax (cukai rokok dan alkohol)
 - Penerimaan pajak; revenue tagging pada Pajak Pertambahan Nilai (PPN)
 - Alokasi dari dana abadi BPJS Kesehatan
 - Dana publik APBN/silpa

DAFTAR PUSTAKA

- Aktariyani, T., Trisnantoro, L., Kurniawan, M. F., & Marthias, T. (2019). *Penguatan peran pemerintah daerah dalam mengatasi krisis JKN (Policy Brief No. 2)*. Yogyakarta. Diambil dari https://kebijakankesehatanindonesia.net/images/2019/policy_brief_penguatan_peran_pemerintah_daerah.pdf
- Bappenas. (2019). *Evaluasi Akhir RPJMN 2015-2019*. Jakarta. Diambil dari https://perpustakaan.bappenas.go.id/e-library/file_upload/koleksi/migrasi-data-publikasi/file/Evaluasi_Perencanaan_Pembangunan/Evaluasi%20Akhir%20RPJMN%202015-2019.pdf
- BPJS Kesehatan. (2021). *Laporan Pengelolaan Program dan Keuangan BPJS Kesehatan 2021 (Audited)*. Diambil dari <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/detail/2009>
- BPJS Kesehatan. (2020). *Laporan Pengelolaan Program dan Keuangan BPJS Kesehatan 2021 (Audited)*. Diambil dari <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>
- Cueto, M. (2004). The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. *American Journal of Public Health, 94*(11), 1864–1874. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.11.1864>
- Feigl, A. B., & Ding, E. L. (2013). Evidenced Formal Coverage Index and universal healthcare enactment: A prospective longitudinal study of economic, social, and political predictors of 194 countries. *Health Policy, 113*(1–2), 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.009>
- Gorsky, M., & Sirrs, C. (2018). The Rise and Fall of “Universal Health Coverage” as a Goal of International Health Politics, 1925–1952. *American Journal of Public Health, 108*(3), 334–342. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304215>
- IFPMA. (2014). *Innovative Biopharmaceutical Industry Perspectives on Universal Health Coverage: Proposed Public Policy Principles*. Diambil dari https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2016/01/EFPIA_IFPMA_JPMA_PhRMA_Perspectives_on_UHC_March2014.pdf
- Jabeen, R., Rabbani, U., & Abbas, N. (2021). Financing mechanisms applied for

successful Universal Health Coverage in Malaysia, Thailand and Singapore - Lessons for Pakistan. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(11), 2611–2616. <https://doi.org/10.47391/jpma.01204>

Kurniawan, F. (2019). Penetapan Kelas Standar Pelayanan JKN sebagai Amanah UU SJSN. *Policy Brief - Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan*, (3). Diambil dari https://kebijakankesehatanindonesia.net/images/2019/policy_brief_penetapan_kelas_standar_pelayanan_jkn_sebagai_amanah_uu_sjsn.pdf

Le, Q. N., Blizzard, L., Si, L., Giang, L. T., & Neil, A. L. (2020). The evolution of social health insurance in Vietnam and its role towards achieving universal health coverage. *Health Policy OPEN*, 1, 100011. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100011>

Lozano, R., Fullman, N., Mumford, J. E., Knight, M., Barthelemy, C. M., Abbafati, C., ... Murray, C. J. L. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1250–1284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)

McKee, M., Balabanova, D., Basu, S., Ricciardi, W., & Stuckler, D. (2013). Universal Health Coverage: A Quest for All Countries But under Threat in Some. *Value in Health*, 16(1), S39–S45. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.001>

Mutiarin, D., Tamronglak, A., Suranto, S., Darumurti, A., & Sakir, S. (2019). MOVING TOWARDS EVALUATION SUSTAINABLE UNIVERSAL HEALTH COVERAGE FINANCE POLICY: A COMPARISON STUDY BETWEEN INDONESIA AND THAILAND. Dalam *Prosiding ICOGISS 2019: International Confrence On Governance Innovation And Social Sciences* (hlm. 669–689). Universitas Muhammadiyah Jember. <https://doi.org/10.32528/pi.v0i0.2530>

O'Donnell, O. (2019). Financial Protection Against Medical Expense. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3329189>

Ombudsman RI. (2022, Juni 15). Penyesuaian Iuran BPJS Kesehatan dan Pemberlakuan Kelas Rawat Inap Standar. Diambil 8 September 2022, dari <https://ombudsman.go.id/news/r/penyesuaian-iuran-bpjs-kesehatan-dan-pemberlakuan-kelas-rawat-inap-standar>

Paek, S. C., Meemon, N., & Wan, T. T. H. (2016). Thailand's universal coverage scheme and its impact on health-seeking behavior. *SpringerPlus*, 5(1), 1952. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3665-4>

Prakarsa. (2020). *Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia*. Diambil dari <http://theprakarsa.org/wp-content/uploads/2020/09/UHC-Mengukur-Capaian-Indonesia-2020-digital-Bahasa.pdf>

Pramita, D., Sedayu, A., & Hermawan, E. (2020, Juni 6). 'Bolong-bolong BPJS' dalam Investigasi Kantong Bolong BPJS. *Majalah Tempo*. Diambil dari <https://majalah.tempo.co/edisi/2496/2020-06-06>

Raharja, D. P. (2021). *Policy Brief Observasi Kinerja Kanal Pengaduan dan Peran Navigator dalam Akses Layanan JKN*. Diambil dari <https://www.djsn.go.id/berita/policy-brief-observasi-kinerja-kanal-pengaduan-dan-peran-navigator-dalam-akses-layanan-jkn>

Retnaningsih, H. (2021). Permasalahan kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang memberatkan masyarakat. *Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, XIII(1)*. Diambil dari https://berkas.dpr.go.id/puslit/files/info_singkat/Info%20Singkat-XIII-1-I-P3DI-Januari-2021-175.pdf

Sambodo, N. P., van Doorslaer, E., Pradhan, M., & Sparrow, R. (2021). Does geographic spending variation exacerbate healthcare benefit inequality? A benefit incidence analysis for Indonesia. *Health Policy and Planning*, 36(7), 1129–1139. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab015>

Shihab, A. N. (2012). Hadirnya negara di tengah rakyatnya pasca lahirnya undang – undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Jurnal Legislasi Indonesia*, 2(2), 181.

Sumriddetchkajorn, K., Shimazaki, K., Ono, T., Kusaba, T., Sato, K., & Kobayashi, N. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415–422. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.223693>

Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N., & Kosiyaporn, H. (2019). The Political Economy of UHC Reform in Thailand: Lessons for Low- and Middle-Income Countries. *Health Systems & Reform*, 5(3), 195–208. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1630595>

Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Suwanwela, W., Supangul, S., Panichkriangkrai, W., Kosiyaporn, H., & Witthayapipopsakul, W. (2019). Defining the Benefit Package of Thailand Universal Coverage Scheme: From Pragmatism to Sophistication. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(4), 133–137. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.96>

Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Suphanchaimat, R., Vongmongkol, V., Viriyathorn, S., & Limwattananon, S. (2020). Financial risk protection of Thailand's universal health coverage: results from series of national household surveys between 1996 and 2015. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01273-6>

Tim Pendapat BPK. (2021). *Pendapat BPK: Pengelolaan atas penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional 2021*. Jakarta. Diambil dari https://www.bpk.go.id/assets/files/storage/2021/01/file_storage_1611741591.pdf

Tunggal, H. N. R., Putra, M. A., & Salim, M. ben. (2021). Thailand Government Strategy and Policy in Handling The COVID-19 Pandemic. *Journal of ASEAN Dynamics and Beyond*, 1(2), 117. <https://doi.org/10.20961/aseandynamics.v1i2.47994>

Vandawati, Z. C. V., A.S, B. S., Silvia, F., Usanti, T. P., & Aryatie, I. R. (2021). Kepesertaan Program BPJS Kesehatan Di Tengah Wabah Pandemic Covid-19. *Lex Journal: Kajian Hukum & Keadilan*, 4(2). <https://doi.org/10.25139/lex.v4i2.3375>

WHO. (2021). Universal health coverage (UHC). Diambil 3 Juli 2022, dari [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Wibowo, A., Helmi, A., Muthohharoh, N. H., & Zuhri, I. el. (2022). *Penguatan Sistem Kesehatan Nasional Pasca Pandemi COVID-19: Studi pada Stakeholder Sistem Kesehatan di Indonesia (Laporan Riset)*.

Wijayanti, L. (2020). Dampak kebijakan kenaikan iuran BPJS terhadap pengguna BPJS. *Ekonomi, Manajemen, & Akuntansi*, 4(1), 58–68. Diambil dari <https://studentjournal.umpo.ac.id/index.php/isoquant/article/view/318>

WONG, J. H. W., NG, C. W., & SU, T. T. (2019). Malaysia's Rural Health Development: Foundation of Universal Health Coverage (UHC). *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia*, 17(01), 31–41. <https://doi.org/10.17576/jskm-2019-1701-05>

NGO in Special Consultative Status
with the Economic and Social Council of the United Nations, Ref. No: D1035

Jl. Jatipadang Raya Kav.3 No.105 Pasar Minggu, Jakarta Selatan, 12540
021 7819734, 7819735 info@infid.org www.infid.org

Follow Us :



INFID



INFID_ID

