

P R A K A R S A *Policy Brief*

Juni 2018

Jaminan Kesehatan Nasional: Implementasi, Koreksi dan Keberlanjutan

Poin penting

- Pelayanan kesehatan sudah berjalan cukup baik, namun belum sepenuhnya sesuai dengan prinsip asuransi sosial–kesehatan.
- Cakupan Jaminan Kesehatan Semesta (UHC) dan *ekuitas* kesehatan merupakan prinsip utama yang harus diimplementasikan.
- Perbaikan layanan kesehatan harus menyeluruh, berkualitas, tepat sasaran dan berkelanjutan. diimplementasikan.

Penanggungjawab Pelaksana:

Ah Maftuchan
Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa

Panel Ahli dan Research Associate:

- Prof. Dr. Sri–Edi Swasono
- Prof. Dr. Hasbullah Thabrani
- Prof. Dr. A. Erani Yustika
- Dr. Bambang Ismawan (c)
- Dr. B. Herry Priyono
- Dr. Edi Suharto
- Dr. A. Prasetyantoko
- Dr. Poppy Ismalina
- Dr. I. Praprtoraharjo
- Dr. Zulfan Tadjoeuddin
- Dr. Sutoro Eko
- Dr. Ari Sujito
- Dr. Berly Martawardaya

PRAKARSA *Policy Brief* adalah analisis dan rekomendasi kebijakan independent tentang berbagai hal *krusial* yang berkaitan dengan pembangunan dan kesejahteraan.

Universal Healthcare Coverage (UHC) di Indonesia hingga tahun 2017 baru mencapai 72,9% dari jumlah penduduk Indonesia, dengan jumlah peserta 183 juta jiwa (BPJS Kesehatan, 2018). Target kepesertaan JKN 100% di tahun 2019 sulit dicapai karena masih ada 27,1% jumlah penduduk yang belum menjadi peserta JKN. Bahkan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) pada tahun 2019 memprediksikan capaian kepesertaan JKN sebesar 82,4%.

Jika tidak ada upaya yang luar biasa maka penduduk akan kehilangan hak-hak kesehatan yang semestinya diterima. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menegaskan pentingnya implementasi UHC di mana semua orang akan dapat menerima pelayanan kesehatan berkualitas sesuai kebutuhan tanpa menyebabkan kesulitan keuangan akibat kewajiban untuk membayar pelayanan kesehatan tersebut. UHC juga mencakup inisiatif kesehatan yang dirancang untuk mempromosikan kesehatan yang lebih baik, misalnya kebijakan upaya pencegahan penyakit melalui vaksinasi, pemberian pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan paliatif yang berkualitas dan efektif (WHO, 2014).

Whitehead (1992) menegaskan bahwa UHC harus mengedepankan prinsip *ekuitas* kesehatan. Prinsip ini akan menciptakan persamaan dalam mengakses kesehatan. Artinya, *ekuitas* kesehatan berkelindan dengan gagasan keadilan dan kesetaraan sebagaimana tertuang dalam UUD 1945 Pasal 28H Ayat (2): *Setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.*

Potret Pelayanan Kesehatan

Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya akselerasi pencapaian UHC. Salah satunya melalui program JKN yang diamanahkan oleh UU No. 40/2014 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU SJSN menekankan bahwa seluruh rakyat Indonesia berhak atas jaminan sosial untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak dan meningkatkan martabatnya sebagai manusia. Prinsip penyelenggaraan JKN ialah asuransi sosial

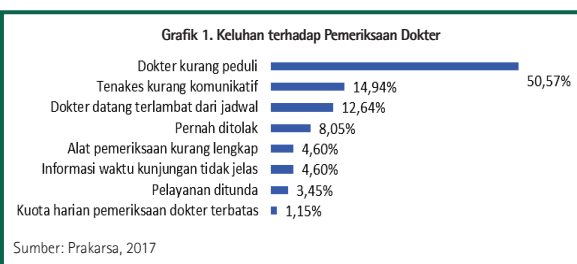


Foto: Pasien BPJS mengantri pelayanan di Puskesmas Kabanjahe Sumatera Utara. Prakarsa, 2017

dan *ekuitas* (kesejajaran). Namun, capaian yang ada belum sesuai target dari sisi kepesertaan dan belum merefleksikan layanan yang berkualitas. Apakah kendala-kendala yang dihadapi dalam implementasi JKN?

Prakarsa pada tahun 2017 telah melakukan penelitian untuk mengetahui sejauh mana *ekuitas* kesehatan diterima oleh peserta JKN. Survei dilakukan kepada 1.343 peserta BPJS Kesehatan Kelas III, baik peserta mandiri maupun PBI di 11 Kabupaten/Kota. Beberapa temuan penting dalam survey ini antara lain:

Pertama, dokter kurang peduli. Sebanyak 51% pasien JKN merasa bahwa dokter kurang peduli, 15% merasa bahwa tenaga kesehatan kurang bersahabat, dan 13% menyatakan bahwa dokter datang tidak tepat waktu sehingga waktu menunggu menjadi semakin lama.



Bagi penyelenggara layanan kesehatan swasta dan tenaga kesehatan swasta, skema JKN secara ekonomis tidak menguntungkan. Pun dokter spesialis, tidak sedikit yang keberatan dengan skema JKN karena *benefit* yang mereka terima kecil. Maka tidak heran jika Ikatan Dokter Indonesia (IDI) pada April 2017 merekomendasikan dikeluarkannya penyakit katastropik dari *benefit* JKN. Padahal,

skema BPJS Kesehatan adalah skema asuransi sosial yang ditujukan untuk pemenuhan hak-hak konstitusional warga sehingga kesehatan bukan murni ladang bisnis.

Kedua, moral hazard dan fraud pelaksanaan JKN. *Moral hazard* kerap dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan, baik swasta maupun milik pemerintah. Praktik penyelewengan dilakukan untuk meningkatkan keuntungan fasilitas kesehatan dan menyiasati skema INA-CBGs. Dampaknya, BPJS Kesehatan dirugikan secara tidak langsung karena terjadi *mark-up* atas paket harga layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Praktik *fraud* yang dilakukan antara lain korupsi dana kapitasi, manipulasi laporan medis, manipulasi tindakan medis, pelayanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pasien, penyalahgunaan kartu BPJS, dan *double claim*.

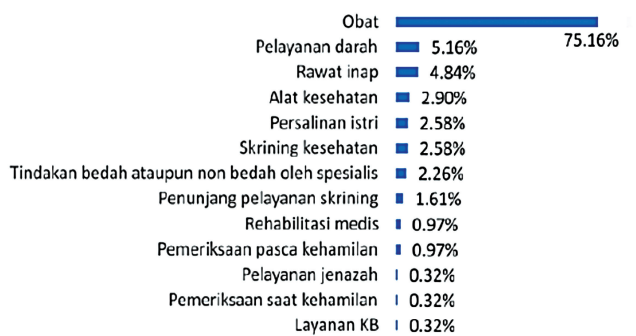
Ketiga, sistem rujukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) yang birokratis. Mayoritas pasien tidak mengetahui alur rujukan. Surat rujukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sulit diperoleh pasien. Sebesar 29,85% pasien menyatakan bahwa prosedur untuk mendapatkan surat rujukan berbelit-belit. Sementara 23,88% pasien tidak mendapatkan surat rujukan karena tidak diperkenankan oleh dokter di FKTP. Bagi pasien yang telah mendapatkan surat rujukan pun, sebanyak 19,78% diantaranya mengeluhkan keterbatasan waktu penggunaan surat rujukan.

Persoalan lain adalah akses FKTL yang cukup jauh dari tempat tinggal dan tidak ada fasilitas transportasi penjemputan yang mudah, murah dan aman. Sebanyak 68,33% pasien mengeluhkan FKTL jauh dari tempat tinggal mereka. Di beberapa kasus, pasien harus mengeluarkan biaya yang cukup besar untuk membayar ambulan sehingga banyak diantaranya mengurungkan niat mengakses layanan kesehatan di FKTL.

Keempat, Keterbatasan Obat. Obat merupakan komponen *krusial* dalam pelayanan kesehatan. Akan tetapi, 41,76% pasien mengeluh obat tidak tersedia. Hal ini diakibatkan oleh dua sebab yaitu, (i) buruknya rencana pengajuan permintaan obat oleh apotek rumah sakit dan (ii) Kemenkes/JKN dan BPJS Kesehatan tidak menjamin jenis obat tertentu sehingga pasien harus membeli sendiri.

Kelima, Out of Pocket (OOP). OOP dipahami sebagai keadaan di mana pasien menghabiskan sebagian besar pendapatannya untuk membiayai perawatan kesehatan, sehingga menimbulkan kemungkinan sumber daya mereka terkikis, bahkan bisa jatuh miskin. Aspek OOP yang menjadi perhatian adalah terdapat biaya tambahan yang besar untuk mengakses layanan kesehatan, baik di FKTP maupun di FKTL.

Grafik 2. Jenis Biaya Tambahan (OOP) berdasarkan Layanan Kesehatan



Sumber: Prakarsa, 2017.

Pada grafik 2, komponen obat merupakan biaya tambahan paling tinggi bagi pasien JKN. Biaya tertinggi yang dikeluarkan pasien JKN di FKTP untuk membeli obat sebesar dua juta rupiah. Sedangkan di FKTL untuk membeli obat dan rehabilitasi medis mencapai tujuh juta rupiah. Selain obat dan rehabilitasi medis, OOP berbiaya tinggi juga terdapat pada komponen rawat inap, forensik, tindakan spesialis, imunisasi, dan pemeriksaan pasca kehamilan.

Pasien JKN menyatakan bahwa biaya OOP mempengaruhi ekonomi rumah tangga mereka. Sebanyak 50,5% pasien JKN terpaksa berhutang guna menutupi biaya tambahan layanan kesehatan, sisanya dengan cara meminta sumbangan, menjual harta pribadi, terpaksa tidak membeli obat, dan lain-lain. Alhasil, sebanyak 71,9% pasien JKN merasa OOP layanan kesehatan JKN masih menyulitkan kondisi ekonominya.

Juniarti: Penghapusan Obat Seolah Membisniskan Perkara Nyawa!

Juniarti, 46 tahun, peserta BPJS Kesehatan, divonis menderita Kanker Payudara HER2 yang sudah metastasis (menyebar) dan berada di stadium 3B berdasarkan hasil pemeriksaan Imuno Histo Kimia (IHK) per tanggal 10 Mei 2018 di RS Persahabatan. Dokter meresepkan salah satu obat yang terbukti ampuh melawan penyakit tersebut, yaitu trastuzumab.

Trastuzumab diwajibkan dijamin ketersediaannya oleh BPJS Kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan tentang Formularium Nasional 2018. Adalah Aryanthi Baramuli Putri, seorang penderita Kanker Payudara HER2 yang telah bertahan selama lima belas tahun berkat obat trastuzumab. Tak seperti Aryanthi, keadaan malang menimpa Juniarti sebab per 1 April 2018 pihak BPJS Kesehatan tidak lagi menjamin trastuzumab bagi peserta BPJS Kesehatan. Pihak keluarga Juniarti memohon kepada BPJS Kesehatan agar trastuzumab diberikan kepada istrinya, namun permohonan tersebut ditolak.

Sembari berdoa kepada Tuhan YME, kini Juniarti dan keluarga melakukan gugatan kepada Direksi BPJS Kesehatan dan Presiden Joko Widodo secara hukum atas penghapusan obat lini pertama trastuzumab. Bagi Juniarti, penghapusan obat oleh BPJS seolah membisniskan perkara nyawa!

Sumber: Rusdianto Matulatuwa dkk. (Kuasa Hukum Juniarti & Keluarga), 16 Juli 2018.

Perkembangan teranyar yang dihadapi oleh peserta JKN khususnya pasien kanker payudara HER2 Positif adalah ketika per 1 April 2018 BPJS Kesehatan menghentikan pembiayaan obat *trastuzumab*. Hal ini menyebabkan pasien harus mengeluarkan biaya tambahan (OOP) untuk membeli obat tersebut. Penyakit kanker adalah penyakit yang prevalensinya masih tergolong rendah sehingga secara proporsi pengeluaran BPJS Kesehatan untuk obat kanker tidak signifikan. Di samping itu berdasarkan prinsip *ekuitas* yang diusung oleh JKN penderita kanker berhak mendapatkan layanan obat yang mereka butuhkan.

Permasalahan lainnya, selain masalah pelayanan di atas adalah keberlanjutan pembiayaan. BPJS Kesehatan menghadapi masalah bertubi, selain dibanjiri keluhan akan pelayanan JKN yang belum maksimal, Dana Jaminan Sosial (DJS) pun dilanda *defisit*. Hingga akhir tahun 2017, *defisit* DJS mencapai Rp 9 triliun. Besar kemungkinan terjadinya *defisit* disebabkan oleh biaya klaim yang lebih besar dibanding pendapatan iuran peserta.

Jika pengelolaan DJS tidak kunjung membaik, maka dapat diprediksi *defisit* akan terus membesar, linier dengan jumlah kepesertaan. Sebagaimana diketahui bahwa pada tahun 2014 BPJS Kesehatan *defisit* Rp 3,3 triliun, meningkat menjadi Rp 9 triliun di akhir tahun.

Capaian kesehatan Indonesia saat ini

Berdasarkan laporan *The Legatum Prosperity Index 2017* (The Legatum Prosperity Index mengukur kesehatan dengan tiga pilar yaitu, kesehatan fisik dan mental mendasar, infrastruktur kesehatan, dan tindakan *preventif*), Indonesia berada di posisi 101 dari 149 negara, jauh di bawah Vietnam yang berada di posisi 69. Padahal, jika dibandingkan PDB Perkapita (PPP) kedua negara, Indonesia jauh di atas Vietnam. Pada April 2018, PDB Perkapita Indonesia US\$13.160, sedangkan Vietnam hanya US\$7.560 (IMF, 2018).

Di tahun 2016, dalam laporan Human Development Index yang diterbitkan oleh UNDP menunjukkan tingkat pembangunan manusia Indonesia berada pada rangking 113, turun beberapa tingkat dibandingkan tahun 2014. Salah satu faktor yang menyebabkan turunnya peringkat pembangunan manusia di Indonesia adalah karena tingkat kesehatan dan kematian yang tinggi dimana tercatat sebanyak dua juta anak di bawah usia satu tahun belum menerima imunisasi lengkap. Kemudian angka kematian ibu mencapai 305 kematian per seratus ribu kelahiran hidup.

Rekomendasi Kebijakan

Dalam rangka pencapaian UHC yang berkualitas dan berkelanjutan maka kami merekomendasikan opsi-opsi kebijakan sebagai berikut:

Pada dimensi layanan: (i) memastikan pemerintah memiliki program pembangunan infrastruktur dasar bidang kesehatan, antara lain pembangunan puskesmas dan rumah sakit sehingga rasio kamar rawat inap dan layanan gawat darurat dengan jumlah pasien mencukupi, akses jalan dari pemukiman menuju fasilitas kesehatan tersedia, dan adanya transportasi ambulan dan ambulan keliling; (ii) pembangunan sumber daya manusia bidang kesehatan yang mencukupi dari sisi rasio jumlah penduduk. Hal ini mengharuskan pemerintah memberikan beasiswa untuk pendidikan kedokteran, keperawatan, kebidanan, dan tenaga kesehatan lainnya; (iii) peningkatan kualitas layanan, dengan memastikan ketersediaan obat, perlengkapan alat kesehatan, kepedulian tenaga kesehatan kepada pasien dan lain-lain.

Persoalan OOP dapat diatasi dengan sinergi perencanaan program kesehatan antara pemerintah pusat dengan daerah. Perencanaan tersebut harus mendudukkan komponen-komponen OOP sebagai isu bersama yang harus diatasi. Dalam hal ini, anggaran kesehatan daerah dapat digunakan untuk menutupi biaya *eksternalitas* pasien dalam skema JKN.

Fraud dan Moral hazard dapat dikurangi dengan cara meningkatkan akurasi data, menggunakan system pemutakhiran data secara online dan terintegrasi, pembentukan forum anti-*fraud* dan unit investigasi, pembentukan tim kendali mutu dan biaya, dewan pertimbangan medis dan penguatan peran DJSN dalam memonitoring pelaksanaan JKN.

Penyelenggaraan JKN harus lebih transparan sehingga keberlanjutan pembiayaan dapat terjadi. Hal yang perlu dilakukan: (i) pemberantasan korupsi penyedia layanan kesehatan baik swasta maupun pemerintah; (ii) peningkatan jumlah penerima bantuan iuran (PBI) sehingga UHC dapat dicapai 100% pada tahun 2019; (iii) merumuskan model iuran progresif, di mana peserta mandiri (PBPU) dengan pendapatan di atas Rp 100 juta /bulan membayar dua kali lipat dari iuran tertinggi; (iv) implementasi UU Kesehatan terkait alokasi APBN sebesar 5% untuk kesehatan di luar belanja pegawai kesehatan, (v) optimasi pajak dan cukai untuk pembiayaan kesehatan, (vi) audit keuangan dan audit sosial atas BPJS Kesehatan yang terbuka sebagai acuan penalaran *defisit*.



P R A K A R S A
Welfare Initiative for Better Societies
www.theprakarsa.org

Perkumpulan Prakarsa

Jl. Rawa Bambu I Blok A No. 8-E
RT 10 RW 06 Pasar Minggu Jakarta
Selatan 12520 Indonesia.

Ph +62-21-7811-798
Fax +62-217811-897

Perkumpulan Prakarsa

adalah institusi independent yang bergerak dalam bidang riset dan produksi pengetahuan, pengembangan kapasitas dan advokasi kebijakan yang berkaitan dengan pembangunan dan kesejahteraan

Tim Pendukung

Herni Ramdlaningrum
Cut Nurul Aidha
Dia Mawesti
Widya Kartika
Dwi Rahayu Ningrum
Rahmanda M. Thaariq
Anggara Yudha Zunivar

Ditulis oleh

Ah Maftuchan (Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa),
Eka Afrina Djamhari (Peneliti Kebijakan Sosial Perkumpulan Prakarsa), dan **Irvan Tengku Harja** (Peneliti Kebijakan Sosial Perkumpulan Prakarsa)

Pembaca dipersilakan mengutip atau mereproduksi **Prakarsa Policy Brief** dengan menyebut sumber aslinya asalkan tidak untuk kepentingan komersial. Pandangan tulisan merupakan cerminan pemikiran dari penulis.

Daftar Pustaka

BPJS Kesehatan. 2018. *Jaminan Kesehatan Semesta sudah di Depan Mata*. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2018/639/Jaminan-Kesehatan-Semesta-sudah-di-Depan-Mata>

IMF. 2018. World Economic Outlook 2018. <http://www.imf.org/external/datamapper/PPPPC@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOORLD/IDN>

Lauranti, Maria, et.al., (2017). *Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional: Ekuitas Kesehatan bagi Masyarakat Miskin dan Hampir Miskin di Indonesia*. Jakarta: Perkumpulan Prakarsa, 2017.

The Legatum Prosperity Index™ 2017. *Creating the Pathways from Poverty to Prosperity*. <http://www.prosperity.com/rankings>. Diakses pada tanggal 19 April 2018.

United Nations Development Programme (2017). Indonesia's Human Development Index Rises but Inequality Remains. <http://www.id.undp.org/content/indonesia/en/home/presscenter/pressreleases/2017/03/22/indonesia-s-human-development-index-rises-but-inequality-remains-.html>. Diakses pada tanggal 27 July 2018.

Whitehead, Margaret. (1992). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. International Journal Health Serv, 22:429-45.

WHO. 2014. *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. Prancis: WHO.

WHO. 2013. *Universal Health Coverage: Supporting Country Needs*. Jenewa: WHO.