



PRAKARSA  
Welfare Initiative for Better Societies

# DEFISIT JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN):

Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?





# **Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?**

Eka Afrina Djamhari  
Cut Nurul Aidha  
Herni Ramdlaningrum  
Deni Wahyudi Kurniawan  
Silvia Jubline Fanggidae  
Herawati  
Dwi Rahayu Ningrum  
Rahmanda M Thaariq  
Widya Kartika  
Adrian Chrisnahutama

Januari 2020

**Cetakan Pertama, Januari 2020**  
**Perkumpulan PRAKARSA**  
**Jakarta, Indonesia**

**Djamhari, Eka Afrina, dkk. 2020. Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?. Perkumpulan PRAKARSA: Jakarta.**

**Keywords:**

Jaminan Kesehatan Nasional, Defisit, Alternatif, Pendanaan.

**Tim Penulis:**

Eka Afrina Djamhari  
Cut Nurul Aidha  
Herni Ramdlaningrum  
Deni Wahyudi Kurniawan  
Silvia Jubline Fanggalda  
Herawati  
Dwi Rahayu Ningrum  
Rahmanda M Thaariq  
Widya Kartika  
Adrian Chrisnahutama

**Tim Peneliti:**

Silvia Jubline Fanggalda  
Meita Veruswati  
Jendri Abimelek Nenobais  
Aini Yanwar Fadlia  
Chevriyandi  
Hery Wibowo Trisaksono  
Firhan Rimbawan  
Saepulloh Nur  
Robert Franzone

**Editor:** Ah Maftuchan

**Disclaimer:**

Tulisan ini berdasarkan hasil penelitian “Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?” yang didukung oleh BfdW. Penelitian dilakukan di 6 Kabupaten/ Kota: Kota Medan, Kota Bogor, Kabupaten Semarang, Kota Kupang, Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Pandeglang. Penelitian ini merupakan bagian dari Program *Alternative Financing and Participatory Monitoring of Universal Health Coverage, Continuation*. Isi laporan penelitian sepenuhnya menjadi tanggung jawab penyusun dan tidak mencerminkan pandangan BfdW.



## Ringkasan Eksekutif

Pelayanan kesehatan yang mudah diakses dan berkualitas adalah hak asasi setiap individu. Sebagai upaya pemenuhan hak kesehatan bagi masyarakat, Pemerintah Indonesia membuat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). JKN diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak dan diberikan kepada setiap peserta yang telah membayar iuran dan/atau dibayarkan oleh pemerintah. JKN merupakan bentuk komitmen Indonesia sebagai salah satu anggota *World Health Organization* (WHO) demi tercapainya layanan kesehatan semesta/*Universal Health Coverage* (UHC).

Pembangunan sektor kesehatan tidak hanya untuk mendukung pengembangan sumber daya manusia yang sehat dan produktif, namun juga sebagai investasi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam jangka panjang. Dengan demikian, jaminan kesehatan harus diarahkan pada suatu pendekatan yang komprehensif, tidak hanya pada aspek rehabilitatif dan kuratif namun juga pada aspek promotif dan preventif sebagai sebuah proses pembangunan sumber daya manusia yang utuh.

Apakah dengan berjalannya program JKN telah mengantarkan Indonesia dalam pencapaian UHC? Setelah JKN berjalan lebih kurang 5 tahun, ternyata UHC belum tercapai. Dilihat dari tingkat kepesertaan, hingga Oktober 2019, masih terdapat 17 persen penduduk yang belum menjadi peserta JKN. Padahal dalam Pasal 5 Ayat 2 dan Pasal 13 Ayat 2 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan telah mengatur bahwa setiap orang mempunyai hak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau serta setiap orang mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Hal ini diperkuat dalam Pasal 4 Huruf g UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa kepesertaan jaminan sosial bersifat wajib. Program JKN juga memiliki tantangan pada aspek keuangan yang terus mengalami defisit sehingga membuat UHC akan semakin sulit dicapai.

Penelitian ini penting dilakukan guna mengetahui akar permasalahan defisit JKN dan mendapatkan solusinya sehingga keberlanjutan JKN dapat dipastikan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji akar permasalahan defisit pendanaan JKN-BPJS dan analisis pendanaan alternatif melalui simulasi perhitungan berdasarkan *Cost Benefit Analysis* (CBA).

Temuan penelitian menunjukkan bahwa JKN sebagai ekosistem dengan berbagai pihak yang terlibat di dalamnya mengalami berbagai masalah. Indikasi akar permasalahan pelaksanaan JKN yang menunjukkan defisit keuangan antara lain adalah: 1) pendapatan/penerimaan yang lebih rendah dari pada beban yang dikeluarkan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan, 2) iuran yang merupakan sumber pembiayaan utama JKN masih rendah dan belum sesuai dengan perhitungan aktuarial yang faktual, 3) belum maksimalnya kepesertaan, rendahnya kedisiplinan peserta mandiri dalam membayar iuran, 4) beban pembiayaan layanan pengobatan penyakit katastropik yang terus meningkat, 5) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang belum berfungsi optimal dari sisi upaya promotif dan preventif, 6) rujukan berjenjang di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang tidak efisien, dan 7) pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan dan penyelenggara layanan kesehatan yang kurang akuntabel dan kurang transparan.

Beberapa langkah yang dapat diambil sebagai upaya pemecahan permasalahan defisit pembiayaan JKN yang dapat dilakukan antara lain: 1) menaikkan nominal iuran yang disesuaikan dengan perhitungan aktuarial secara faktual, 2) meningkatkan jumlah peserta JKN, 3) mendorong kepatuhan peserta mandiri dalam mengiur, 4) meninjau ulang beberapa layanan pada penyakit katastropik, 5) optimalisasi peran FKTP dalam melakukan pelayanan, menata kembali sistem rujukan, 6) meningkatkan akuntabilitas dan transparansi pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan dan penyelenggara layanan kesehatan, dan 7) pemerintah perlu menambah kontribusinya dalam pembiayaan JKN baik dengan cara menambah jumlah peserta PBI maupun lainnya.

Pemerintah juga perlu menggali sumber-sumber pendanaan alternatif yang dapat digunakan secara langsung (*earmarking*) untuk sektor kesehatan. Sebagai contoh melakukan ekstensifikasi

barang kena cukai yang pemanfaatannya mempunyai dampak langsung terhadap kualitas kesehatan, seperti rokok, minuman berpemanis buatan, kendaraan bermotor, bahan bakar fosil, plastik dan lain-lain. Berdasarkan perhitungan, sumber dana yang berasal dari Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK) tunggal sebesar Rp 60, pungutan kendaraan bermotor roda dua sebesar Rp5000 dan ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat atau lebih sebesar lima persen, dapat memberikan potensi tambahan pendanaan kesehatan hingga Rp 37 triliun setiap tahun.

Kebijakan kombinasi antara kenaikan iuran dan alternatif pendanaan (ekstensifikasi barang kena cukai) dapat diambil untuk menyelesaikan permasalahan defisit pembiayaan JKN. Jika skenario kombinasi antara kenaikan iuran berkala dua tahun sekali sebesar 15 persen dan ekstensifikasi barang kena cukai, dapat diproyeksikan bahwa pada tahun 2030 akan mengalami surplus sebesar Rp13,5 triliun. Pilihan kebijakan kenaikan iuran sebesar 15 persen setiap dua tahun sekali dapat dijadikan dasar dalam penentuan *roadmap* kenaikan iuran JKN karena kenaikannya cukup rendah sehingga tidak terlalu membebani masyarakat yang menjadi peserta mandiri. Jika pemerintah tidak mengambil langkah ini, maka proyeksi defisit pada tahun 2030 akan mencapai Rp 170 triliun.

Pemecahan akar permasalahan defisit keuangan dapat diselesaikan dengan cara antara lain: 1) perbaikan data yang menjadi basis Sistem Layanan Dan Rujukan Terpadu (SLRT) sehingga kepesertaan Penerima Bantaun Iuran (PBI) tepat sasaran, 2) meningkatkan anggaran sosialisasi dan promosi dalam pencegahan penyakit katastropik, 3) mengoptimalkan evaluasi sistem Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) untuk memastikan standar kualitas layanan terutama pada FKTP, 4) membuat kebijakan yang mengatur penggunaan dana Sisa Lebih Perhitungan Anggaran (SiLPA) kapitasi, dan 5) BPJS Kesehatan dan penyelenggara layanan kesehatan harus memberikan informasi yang akuntabel dan transparan terkait pengelolaan keuangannya.

Permasalahan lain seperti ketersediaan obat di fasilitas kesehatan, pemerataan fasilitas kesehatan, dan tenaga kesehatan harus menjadi agenda utama Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, BPJS Kesehatan, Pemerintah Daerah dan pihak lain yang terkait, untuk memastikan bahwa *out of pocket* dapat dikurangi dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat meningkat. Selain itu keterlibatan dan partisipasi aktif dari penyedia layanan kesehatan dan warga masyarakat juga diperlukan agar keadilan untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat dapat berjalan dengan baik dan berkelanjutan.



## Kata Pengantar

**S**ehat merupakan kondisi jasmani dan rohani yang terbebas dari penyakit. Kesehatan turut menentukan kapabilitas seseorang untuk dapat berfungsi secara utuh dan mengembangkan diri sebagai manusia. Jika kondisi kesehatan seseorang memburuk, maka produktivitasnya akan terganggu dan pada tingkat tertentu dapat menyebabkan kemiskinan. Jika sebelumnya pemerintah terlihat “menganak-tirikan” isu kesehatan, sejak tahun 2014, pemerintah sudah mulai memperbaiki komitmennya. Sebagai upaya untuk memenuhi hak kesehatan sebagai hak dasar dan untuk mencapai *Universal Healthcare Coverage*, pemerintah menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai dilaksanakan tahun 2014. Komitmen pemerintah juga terlihat dari alokasi anggaran kesehatan yang meningkat menjadi lima persen pada tahun 2016. Kabar baik lain muncul dari pemerintah daerah yang rata-rata sudah meningkatkan alokasi anggaran kesehatan sebesar 10 persen dari total APBD. Namun demikian, meskipun baik di APBN maupun di APBD, alokasi anggaran tersebut masih termasuk untuk belanja pegawai bidang kesehatan, belum sepenuhnya untuk promotif,

preventif, kuratif dan rehabilitatif. Padahal, amanat UU Kesehatan jelas bahwa alokasi kesehatan 5 persen dari total APBN dan 10 persen dari total APBD tidak termasuk belanja pegawai bidang kesehatan.

Secara umum, pelaksanaan JKN mendapatkan apresiasi yang cukup baik dari masyarakat luas. Cakupan pelayanan kesehatan secara nasional makin meningkat dan makin berkualitas. Sebagai contoh penyakit berat yang sebelum program JKN tidak ditanggung oleh skema jaminan kesehatan masyarakat dan jaminan kesehatan daerah, saat ini sudah di-cover oleh program JKN. Penyakit-penyakit yang perawatan dan penyembuhannya membutuhkan biaya tinggi seperti serangan jantung, stroke, kanker, cuci darah, dan lain-lain ditanggung penuh termasuk penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan seumur hidup, seperti diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, penyakit paru kronis, epilepsi, skizofrenia, sirosis hepatitis, stroke, lupus dan lain sebagainya. Hal ini tentunya kemajuan yang patut diapresiasi.

Disisi lain, peningkatan pelayanan kesehatan tetap perlu dilakukan mengingat masih banyaknya permasalahan. Beberapa persoalan yang masih mengemuka antara lain: tingginya peserta JKN yang masih harus membeli obat sendiri yang mengakibatkan besarnya pengeluaran sendiri, *out of pocket*. Persoalan lain yang dihadapi Program JKN adalah defisit anggaran yang mengancam keberlanjutan dan kualitas layanan kesehatan. Meskipun kebijakan kenaikan iuran sudah diambil oleh pemerintah, namun Mahkamah Agung membatalkannya. Sehingga pemerintah perlu segera mencari strategi penanganan defisit tanpa membebani masyarakat secara finansial.

Untuk itu, Perkumpulan PRAKARSA, sebagai lembaga penelitian dan advokasi kebijakan yang turut mendukung keberlanjutan JKN memandang perlunya melakukan penelitian yang secara khusus menyoroti permasalahan defisit JKN secara komperhensif. Kami berharap penelitian ini dapat menjawab pertanyaan pokok antara lain: 1) apa faktor-faktor yang menjadi penyebab defisit JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. 2) apa saja sumber pendanaan alternatif yang dapat digunakan untuk mendukung program JKN yang berkualitas dan berkelanjutan?

Penelitian ini dilakukan efektif berjalan lebih kurang 7 bulan, di 6 kabupaten/ kota yang tersebar di wilayah Sumatera Utara, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, Sulawesi Barat, dan Nusa Tenggara Timur. Penelitian ini bagian dari program yang kami jalankan bekerja sama dengan *Brot fuer die Welt* (BfdW).

Kami mengucapkan terima kasih kepada *Brot fuer die Welt* (BfdW) yang mendukung pendanaan penelitian ini. Secara khusus, kami atas nama Perkumpulan PRAKARSA menyampaikan apresiasi kepada tim peneliti di PRAKARSA: Eka Afrina Djahhari, Cut Nurul Aidha, Herni Ramdlaningrum, Herawati, Dwi Rahayu Ningrum, Rahmanda M Thaaqiq, Widya Kartika, dan Adrian Chrisnahutama.

Tidak lupa Deni Wahyudi Kurniawan, sebagai *Research Associate* Perkumpulan PRAKARSA. Rasa penghargaan juga kami sampaikan para pemerhati dan ahli di bidang kesehatan, kebijakan, dan metodologi penelitian antara lain Prof. Hasbullah Thabrany dan Dr. Abdillah Ahsan. Kami berterima kasih kepada semua pihak termasuk BPJS Kesehatan, Organisasi Pemerintah Daerah, pihak Puskesmas, dan rumah sakit yang menerima para peneliti dalam proses pengambilan data. Sesungguhnya, kontribusi anda merupakan kontribusi untuk negara kita tercinta. Selamat membaca.

Jakarta, 20 Januari 2020

Ah Maftuchan

Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa



## Daftar Isi

Ringkasan Eksekutif.....	iii
Kata Pengantar.....	vi
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Grafik.....	xiv
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Singkatan .....	xv
<b>Bab 1. Pendahuluan .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar belakang.....	1
1.2. Pertanyaan Penelitian.....	3
1.3. Tujuan.....	3
1.4. Manfaat.....	4
1.5. Metodologi penelitian .....	4
1.6. Batasan Penelitian.....	5
<b>Bab 2. Kerangka Teori Dan Konsep Jaminan Kesehatan Nasional .....</b>	<b>6</b>
2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan <i>Framework</i> UHC.....	6
2.2 Perkembangan BPJS Kesehatan.....	7
2.3 Skema Kebijakan Pendanaan dan Pembiayaan Jaminan Kesehatan .....	13

Bab 3. Temuan Lapangan Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional Di Daerah...	19
3.1. Kota Kupang .....	21
3.2. Kabupaten Mamuju .....	27
3.3. Kota Medan .....	35
3.4. Kabupaten Pandeglang .....	41
3.5. Kota Bogor .....	44
3.6. Kabupaten Semarang .....	48
Bab 4. ANALISIS AKAR PERMASALAHAN DEFISIT JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	54
4.1. Indikasi Akar Permasalahan Defisit Jaminan Kesehatan Nasional .....	55
4.2. Dampak Defisit JKN.....	71
Bab 5. <i>Cost Benefit Analysis</i> Untuk Alternatif Pendanaan JKN .....	74
5.1 <i>Stakeholder (Standing)</i> .....	74
5.2 Indikator dan Metode Penghitungan <i>Cost and Benefit</i> .....	75
5.3 Pilihan Kebijakan .....	77
5.4 Asumsi yang Digunakan dalam Perhitungan .....	79
5.5 Perhitungan <i>Cost Benefit Analysis</i> .....	92
5.6 Menghitung <i>Discount Rate</i> dan Mendapatkan Nilai Saat Ini ( <i>Present Value</i> )	94
Bab 6. Penutup .....	96
6.1. Kesimpulan.....	96
6.2. Rekomendasi Kebijakan.....	98
Daftar Pustaka .....	101
Lampiran.....	105



## Daftar Tabel

Tabel 1.	Data Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan untuk Setiap Segmen .....	8
Tabel 2.	Data Penambahan Jumlah Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan Termasuk Rumah Sakit (RS), Puskesmas, Klinik, dan Apotek (Desember 2018) .....	8
Tabel 3.	Pekerja di Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan termasuk RS, Klinik dan Apotek 2014 - 2018 .....	9
Tabel 4.	Jumlah Peserta JKN yang Mengakses Fasilitas Kesehatan .....	9
Tabel 5.	Rata-Rata Out-of-Pocket Pengeluaran Kesehatan Berdasarkan Jaminan Kesehatan dan Status Ekonomi .....	11
Tabel 6.	Pengeluaran Kesehatan pada Rumah Tangga yang Pernah Memanfaatkan Rawat Inap dalam Satu Tahun Terakhir, Berdasarkan Status Sosial Ekonomi dan Kepemilikan Jaminan Kesehatan .....	11
Tabel 7.	Hasil Estimasi Menggunakan Metode PSM, SUSENAS 2015 dan 2016...	12
Tabel 8.	Skema Pajak Tembakau untuk Jaminan Kesehatan di Beberapa Negara	17
Tabel 9.	Jumlah Peserta JKN di Kota Kupang per Januari 2019 .....	22
Tabel 10.	APBD Kota Kupang 2018 .....	22

Tabel 11.	Peserta JKN Kabupaten Mamuju per September 2019.....	27
Tabel 12.	Rincian alokasi APBD Kabupaten Mamuju untuk kesehatan.....	29
Tabel 13.	Sumber Pendanaan Peserta PBI 2019 .....	30
Tabel 14.	Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan untuk RSUD Mamuju dan RS Mitra Manakara Januari 2018 – September 2019 (dalam juta rupiah).....	32
Tabel 15.	Jumlah Peserta JKN Kota Medan Berdasarkan Jenis Kepesertaan, 2019	36
Tabel 16.	Sepuluh Penyakit Terbesar Seluruh Puskesmas Kota Medan, 2018.....	39
Tabel 17.	Rincian kepesertaan JKN di Kabupaten Pandeglang per Januari 2019 .....	42
Tabel 18.	APBD dan Alokasi Belanja Kesehatan Kota Bogor Tahun 2016 - 2018.....	46
Tabel 19.	Jumlah Peserta JKN Kabupaten Semarang Berdasarkan Jenis Kepesertaan, 2019 .....	48
Tabel 20.	Data Jumlah Pasien RSUD Berdasarkan Jenis Kepesertaan BPJS, 2018...	49
Tabel 21.	Ringkasan Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan Daerah Tahun 2018.....	51
Tabel 22.	Data Jumlah Pasien RSUD Berdasarkan Jenis Kepesertaan BPJS 2018....	52
Tabel 23.	Rasio Klaim Antara Pendapatan luran dan Biaya Kesehatan (dalam juta rupiah).....	56
Tabel 24.	Pendapatan dan Beban BPJS Kesehatan (dalam juta rupiah).....	57
Tabel 25.	Perbandingan Besaran luran Antara Perhitungan Aktuarial Tahun 2015 dan Penyesuaian luran Tahun 2018 .....	60
Tabel 26.	Realisasi luran BPJS Kesehatan (dalam juta rupiah).....	61
Tabel 27.	Rata-Rata Kontribusi luran per Peserta per Tahun dan per Bulan (dalam rupiah) .....	61
Tabel 28.	Realisasi Biaya Pelayanan Berdasar Laporan BPJS Kesehatan 2014-2018 (juta rupiah).....	61
Tabel 29.	Kenaikan luran Peserta JKN 2019.....	62
Tabel 30.	Respon kenaikan luran JKN 2019 .....	63
Tabel 31.	Perbandingan kelebihan dan kekurangan antara JKN dan asuransi swasta	63
Tabel 32.	Tingkat Kolektabilitas Peserta Tiap Segmen 2017 – 2018 .....	66
Tabel 33.	Realisasi luran dan Biaya Manfaat 2014 – 2018 (dalam miliar rupiah).....	66
Tabel 34.	Pengeluaran untuk Penyakit Katastropik.....	67
Tabel 35.	Realisasi Beban Penyakit Katastropik (dalam juta rupiah).....	68

Tabel 36.	Proporsi Beban Penyakit Katastropik Akibat Konsumsi (dalam juta rupiah)	68
Tabel 37.	Dampak Adanya Deifist JKN.....	71
Tabel 38.	Dampak Program JKN terhadap Stakeholders .....	75
Tabel 39.	Penjelasan Indikator Pengukuran Cost and Benefit Terhadap Masing-Masing Aktor .....	76
Tabel 40.	Asumsi Penduduk Indonesia 2019-2030 Menurut BPS (dalam ribu jiwa)	79
Tabel 41.	Produk Domestik Bruto Indonesia Menurut Pengeluaran 2014-2018.....	80
Tabel 42.	Asumsi Pertumbuhan PDB per Kapita Indonesia 2019-2030 (dalam ribu)	80
Tabel 43.	Pengeluaran Out-of-Pocket 2017 -2018 .....	80
Tabel 44.	Asumsi Pengeluaran <i>Out of Pocket</i> 2019-2030 (dalam ribu).....	81
Tabel 45.	Perkembangan Peserta JKN.....	81
Tabel 46.	Proyeksi Reference Skenario Cakupan Kepesertaan BPJS 2019 – 2030 (dalam juta jiwa).....	82
Tabel 47.	Proyeksi Cakupan Kepesertaan BPJS 2019 – 2030 (dalam juta jiwa).....	82
Tabel 48.	Rata-Rata Kontribusi Peserta JKN per Tahun.....	83
Tabel 49.	Simulasi Kontribusi Peserta per Tahun (dalam rupiah).....	84
Tabel 50.	Utilisasi tahun 2014 – 2018.....	84
Tabel 51.	Proyeksi Utilisasi Tahun 2019 – 2030 (dalam persen).....	85
Tabel 52.	Rata-Rata Biaya per Layanan .....	86
Tabel 53.	Asumsi Rata-Rata Biaya Layanan 2019 – 2030 .....	86
Tabel 54.	Peluang Kebijakan Cukai dan Pajak Rokok untuk Pendanaan Kesehatan	87
Tabel 55.	Simulasi Potensi Pungutan Rokok untuk Kesehatan Dalam Rangka Pendanaan JKN.....	88
Tabel 56.	Skenario Cukai Kendaraan Roda Empat atau Lebih (dalam rupiah).....	89
Tabel 57.	Potensi Pendanaan Alternatif JKN (dalam miliar rupiah).....	89
Tabel 58.	Proyeksi Defisit JKN Tanpa Ada Intervensi Apapun periode 2019-2030	90
Tabel 59.	Pendapatan- Beban dan <i>Claim Ratio</i> 2019-2030 (dalam triliun rupiah)...	91
Tabel 60.	Perhitungan Skenario Kenaikan Iuran .....	92
Tabel 61.	Perhitungan Skenario Pendanaan Alternatif dari PRUK dan Pungutan Penjualan Motor serta Ekstensifikasi Cukai Kendaraan Roda Empat atau Lebih.....	93

Tabel 62.	Perhitungan Skenario Kombinasi Antara Iuran dan Sumber Lain .....	94
Tabel 63.	Perhitungan Total Cost and Benefit.....	94
Tabel 64.	Perhitungan Total Cost dan Total Benefit.....	95

## Daftar Grafik

Grafik 1.	Hasil IV-Regression Dampak Kepemilikan Akses JKN-KIS terhadap Pengeluaran Biaya Kesehatan Tahun 2015 – 2016.....	13
Grafik 2.	Tren Realisasi Celah Antara Iuran (Premium per Member per Month (PPMPM) dengan biaya Cost per Member per Month (CPMP)) 2014 – 2019 (dalam ribu rupiah).....	57
Grafik 3.	Cakupan Kepesertaan JKN 2014 – 2019 (dalam juta jiwa).....	65
Grafik 4.	Proyeksi Defisit JKN 2019 – 2030 .....	91

## Daftar Gambar

Gambar 1.	Framework Skema Pendanaan UHC berdasarkan WHO.....	7
Gambar 2.	Alur Pendanaan Jaminan Kesehatan Nasional Kota Medan.....	38



## Daftar Singkatan

APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASABRI	Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
ATM	Anjungan Tunai Mandiri
Bappeda	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
BDT	Basis Data Terpadu
BHP	Bahan Habis Pakai
BKAD	Badan Kerjasama Antar Desa
BKUD	Badan Keuangan Daerah
BOK	Biaya Operasional Kesehatan
BP	Bukan Pekerja
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
BPKAD	Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah
BPKP	Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan
BPS	Badan Pusat Statistik
BUMD	Badan Usaha Milik Daerah
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
CBA	<i>Cost Benefit Analysis</i> (Analisis Biaya dan Manfaat)
CCTV	<i>Closed Circuit Television</i>

COB	<i>Coordination of Benefit</i>
CPMP	<i>Cost per Member per Month</i>
CSO	<i>Civil Social Organisation</i>
DAU	Dana Alokasi Umum
DBHCHT	Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau
DIPA	Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran
DJS	Dana Jaminan Sosial
DJSN	Dewan Jaminan Sosial Nasional
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
DPDR	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DRGs	<i>Diagnosis Related Groups</i>
Faskes	Fasilitas Kesehatan
FEB	Fakultas Ekonomi dan Bisnis
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
Fornas	Formularium Nasional
IDI	Ikatan Dokter Indonesia
IGD	Instalasi Gawat Darurat
INA CBGs	<i>Indonesia Case Base Groups</i>
Jamkes	Jaminan Kesehatan
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
JPKR	Jaminan Pembiayaan Kesehatan Rujukan
Kab	Kabupaten
KBK	Kapitasi Berbasis Komitmen
Kemhan	Kementerian Pertahanan Republik Indonesia
KIS	Kartu Indonesia Sehat
KK	Kartu Keluarga
KTP	Kartu Tanda Penduduk
Lansia	Lanjut Usia
LKPJ	Laporan Keterangan Pertanggungjawaban
LPEM	Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat
MoU	<i>Memorandum of Understanding</i>
MUI	Majelis Ulama Indonesia
NIK	Nomor Induk Kependudukan
NPV	<i>Net-Present Value</i>
NTT	Nusa Tenggara Timur
OOP	<i>Out-of-Pocket</i>
OPD	Organisasi Perangkat Daerah
PAD	Pendapatan Asli Daerah

PBI	Penerima Bantuan Iuran
PBPU	Pekerja Bukan Penerima Upah
Pcare	<i>Primary Care</i>
PDB	Produk Domestik Bruto
Pemkot	Pemerintah Kota
Perkesmas	Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat
PERSI	Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
PERWALI	Peraturan Walikota
PJKMU	Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum
PMK	Peraturan Menteri Keuangan
Polri	Kepolisian Negara Republik Indonesia
POPB	Biaya per Orang per Bulan
Posbindu	Pos Binaan Terpadu
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PPAS	Prioritas Plafon Anggaran Sementara
PPMPM	<i>Premium Per Member per Month</i>
PPNPN	Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
PPU	Pekerja Penerima Upah
Prolanis	Program Pengelolaan Penyakit Kronis
PRUK	Pungutan Rokok Untuk Kesehatan
PSHK	Pusat Studi Hukum dan Kebijakan
PSM	<i>Propensity Score Matching</i>
PTKP	Penghasilan Tidak Kena Pajak
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	Puskesmas Pembantu
RI	Republik Indonesia
RITL	Rawat Inap Tingkat Lanjutan
RITP	Rawat Inap Tingkat Pertama
RJTL	Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
RJTP	Rawat Jalan Tingkat Pertama
Rp	Rupiah
RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RS	Rumah Sakit
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
RT	Rumah Tangga
SD	Sekolah Dasar
SDGs/TPB	<i>Sustainable Development Goals</i> / Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
SDM	Sumber Daya Manusia
SiLPA	Sisa Lebih Perhitungan Anggaran
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional

SK	Surat Keputusan
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu
SLRT	Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu
SUSENAS	Survey Sosial Ekonomi Nasional
TAPD	Tim Anggaran Pemerintah Daerah
TASPEN	Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri
TNI	Tentara Nasional Indonesia
TPAD	Tim Anggaran Pemerintah Daerah
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UI	Universitas Indonesia
UMP	Upah Minimum Provinsi
UMR	Upah Minimum Regional
USG	Ultrasonografi
UU	Undang-undang
WHO	<i>World Health Organization</i>



## Bab 1

# Pendahuluan

### 1.1 Latar belakang

**P**rogram Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan salah satu upaya pemerintah untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). Hal ini tertuang dalam UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang menjamin hak yang sama bagi setiap orang untuk memperoleh akses pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Upaya tersebut relevan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/ SDGs*) pada indikator no 3.8 yakni mencapai jaminan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko finansial, akses terhadap layanan kesehatan esensial yang berkualitas, dan akses terhadap obat-obatan dan vaksin esensial yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua.

Dampak positif dari program JKN telah dirasakan secara langsung oleh masyarakat. Lauranti et al. (2018) menyatakan JKN telah meningkatkan pemenuhan hak dasar kesehatan seluruh lapisan masyarakat, tidak terkecuali

kelompok masyarakat miskin dan kurang mampu melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI). JKN juga secara langsung dapat mengurangi beban biaya yang ditanggung oleh masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan di Indonesia. Menurut *World Health Organization/WHO* (2013), UHC meliputi 3 dimensi perlindungan. *Pertama*, perlindungan mendapatkan layanan kesehatan esensial yang bermutu sesuai dengan kebutuhan. *Kedua*, perlindungan terhindar dari pengeluaran kesehatan katastrofis (*catastrophic healthcare expenditure*), yaitu pengeluaran kesehatan rumah tangga melebihi 40 persen dari pendapatan yang tersisa setelah memenuhi kebutuhan hidup. *Ketiga*, perlindungan layanan kesehatan untuk seluruh masyarakat.

Upaya pemerintah dalam mewujudkan UHC memiliki berbagai tantangan. Hingga Oktober 2019 masih ada sekitar 17 persen penduduk yang belum menjadi peserta JKN, meskipun UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan telah mengatur bahwa setiap orang mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Tantangan lain adalah aspek keuangan yang terus mengalami defisit sejak tahun pertama JKN digulirkan pada 2014. Defisit BPJS Kesehatan secara umum diprediksi akan meningkat pada tahun 2019 yang mencapai 28 triliun rupiah (BPJS Kesehatan, 2019). Menurut BPJS Kesehatan, defisit disebabkan oleh besarnya jumlah penduduk yang menderita penyakit kronis sehingga biaya pelayanan kesehatan meningkat. Tingginya beban kesehatan tidak diimbangi dengan besaran iuran yang memadai juga menjadi penyebab.

Pemerintah berupaya menambal defisit JKN dengan mengalokasikan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT), kontribusi pajak rokok dari daerah, dan pemotongan Dana Alokasi Umum (DAU). Namun, DBHCHT masih belum dapat mengatasi persoalan tersebut. Pemerintah yang telah memberikan suntikan dana sebesar 14 triliun rupiah juga melakukan upaya untuk menambal defisit JKN dengan menaikkan iuran pada semua kelas (PBI, PPU, PBPU dan BP) hingga dua kali lipat berdasarkan Peraturan Presiden No. 75 Tahun 2019. Komisi IX DPR RI menilai kenaikan tersebut memberatkan masyarakat dan pemerintah perlu mencari alternatif lain untuk pembiayaan program JKN (BBC, 2019). Namun, jika permasalahan defisit JKN terus terjadi, maka UHC akan sulit dicapai karena perlindungan finansial sangat berpengaruh terhadap layanan kesehatan esensial yang bermutu.

Sebagai upaya keberlanjutan peran yang selama ini telah dilakukan, Perkumpulan PRAKARSA bermaksud berkontribusi pada persoalan tersebut melalui riset yang berjudul "Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?". Riset ini diharapkan dapat memberikan sumbangsih saran untuk menemukan akar permasalahan defisit dan mencari sumber-sumber alternatif pembiayaan JKN. Riset ini merupakan wujud komitmen dalam mendorong kebijakan dan implementasi perlindungan sosial yang berkualitas.

## Research Gap

Dalam laporan penelitian PRAKARSA (2017) mengenai ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin, menemukan bahwa bantuan iuran dalam skema JKN sebagai model kebijakan pembiayaan kesehatan dinilai dapat menunjang ekuitas kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin di Indonesia. Namun riset tersebut belum membahas mengenai keberlanjutan program JKN-BPJS Kesehatan.

Penelitian mengenai kesinambungan pembiayaan JKN-BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh Chazali H. Situmorang (2016) menunjukkan bukti yang jelas tentang adanya kesenjangan pembiayaan program JKN. Disimpulkan kondisi keuangan JKN tidak berkelanjutan, setidaknya dalam kondisi seperti sekarang ini. Namun ada beberapa cara yang dapat dilakukan agar sistem keuangan JKN lebih berkelanjutan, antara lain dengan melakukan revisi nilai iuran, rasionalisasi tarif pelayanan kesehatan, serta meluncurkan serangkaian program pengendalian biaya, dan mempromosikan efisiensi. Sementara, terkait dengan analisis model implementasi JKN belum dibahas dalam penelitian ini.

Penelitian lain berkaitan dengan permasalahan defisit Dana Jaminan Sosial (DJS) dan keberlanjutan JKN juga dilakukan oleh Ahsan (2017) menemukan masih ada peluang mendapatkan pembiayaan lain yang bersumber dari pungutan rokok. Ahsan (2018) dalam penelitian berbeda melihat potensi sumber pembiayaan dari cukai selain rokok yang dapat dialokasikan untuk JKN. Namun dalam dua penelitiannya belum ditemukan analisis mengenai pembiayaan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dalam JKN. Tujuan kontribusi Prakarsa melaksanakan riset ini adalah untuk mengisi atau menjawab *gap* penelitian terdahulu. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendukung JKN yang berkualitas dan berkelanjutan.

## 1.2. Pertanyaan Penelitian

1. Apa saja faktor yang menjadi penyebab defisit JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan?
2. Apa saja sumber pendanaan alternatif yang dapat digunakan untuk mendukung program JKN yang berkualitas dan berkelanjutan?

## 1.3. Tujuan

1. Mengkaji akar permasalahan defisit pendanaan JKN-BPJS
2. Melakukan analisis pendanaan alternatif melalui simulasi perhitungan berdasarkan *Cost Benefit Analysis* (CBA)

## 1.4. Manfaat

Hasil penelitian akan digunakan sebagai bahan rekomendasi untuk perbaikan program JKN yang lebih berkualitas dan berkelanjutan. Selain itu, hasil penelitian diharapkan dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran mengenai pentingnya kontribusi semua pihak terhadap pendanaan JKN.

## 1.5. Metodologi penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif adalah pendekatan yang bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis fenomena, peristiwa, atau aktivitas sosial yang berlangsung di masyarakat. Metode ini digunakan untuk meneliti kondisi obyek yang alami atau alamiah yang dilakukan secara langsung oleh peneliti (Creswell, 1994). Pengambilan sampel sumber data dilakukan dengan cara *purposive* dan *snowball*, yaitu teknik pengumpulan dengan wawancara mendalam dan studi dokumen.

Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan *stakeholders*. Informan yang ditemui dalam penelitian ini berjumlah 112 orang, yang terdiri dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan (Badan Kebijakan Fiskal), BPJS Kesehatan Pusat, akademisi/pakar jaminan sosial, DPR RI Komisi 9, Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia. Informan di tingkat daerah terdiri dari Dinas Kesehatan, Bappeda, BPKAD, DPRD, Rumah Sakit Swasta, Rumah Sakit Pemerintah, Puskesmas, Klinik Swasta, BPJS regional tingkat kabupaten/kota, akademisi, CSO lokal, masyarakat (Pekerja Penerima Upah, Penerima Bantuan Iuran, dan Pekerja Bukan Penerima Upah). Data sekunder terdiri dari data nasional dan daerah yang dikumpulkan untuk keperluan analisis, berupa dokumen APBN/APBD, regulasi, laporan program, laporan keuangan, dan profil kesehatan daerah.

Metode pendekatan penelitian yang digunakan selanjutnya adalah kuantitatif dengan menggunakan *Cost Benefit Analysis* (CBA) atau mengukur manfaat dan biaya. Metode ini merujuk pada pendekatan *Cost Benefit Analysis* (CBA): *Concept and Practices* oleh (Boardman, Greenberg, Vining, & Weimer, 2017) dan *Social Cost-Benefit Analysis of Tobacco Control Policies in the Netherlands* (de Kinderen & Rombouts, 2018).

Boardman et al (2017) mendefinisikan CBA sebagai metode pengujian kebijakan dengan mengkuantifikasi semua konsekuensi kebijakan atas semua anggota masyarakat dalam *term* moneter. Dalam melakukan CBA ada sembilan langkah yang harus dilalui, yakni 1) menentukan tujuan analisa, 2) *problem scoping* (memperjelas permasalahan, menentukan siapa yang mendapatkan *cost and benefit*, menentukan skenario awal dan mendefinisikan kebijakan alternatif), 3) mengidentifikasi dampak, menyusun katalog dan indikator pengukuran, 4)

memprediksi dampak secara kuantitatif selama proyek, 5) memonetisasi (memberikan nilai) kepada semua dampak, 6) menghitung diskon dan mendapatkan nilai saat ini (*present value*), 7) menghitung nilai saat ini (*net present value*) dari setiap alternatif, 8) melakukan analisis sensitivitas dan 9) menentukan rekomendasi alternatif dengan nilai benefit terbesar.

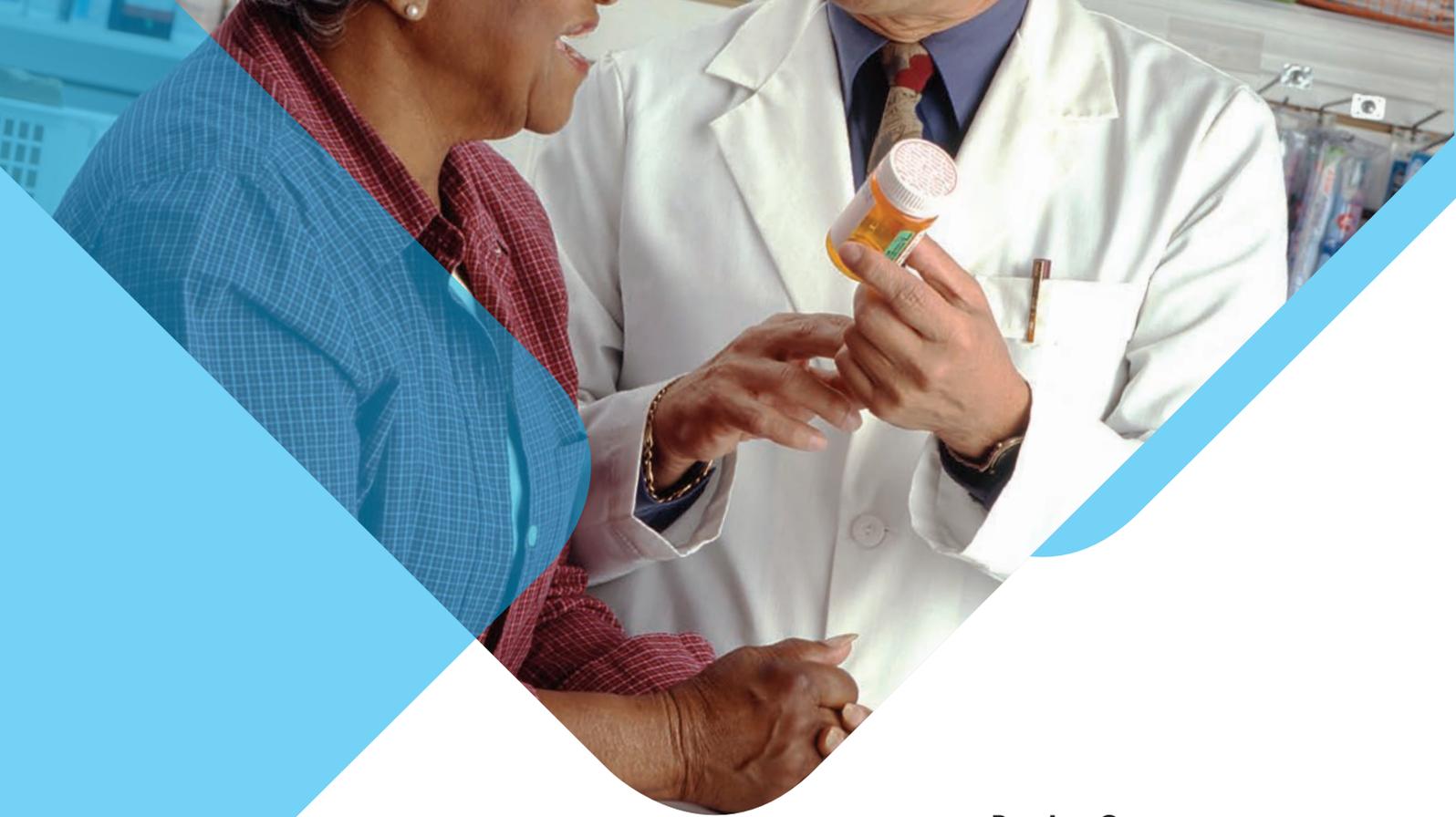
Sementara praktek CBA yang dilakukan oleh de Kinderen & Rombouts (2018) lebih praktis dengan menggunakan alur seperti berikut: 1) *scoping the problem*, 2) *determine reference scenario*, 3) *define policy alternatives*, 4) *define value of benefits*, 5) *define value of costs*, 6) *assess the net present value* dan 7) *conduct sensitivity analysis dan present outcomes*.

Penelitian dilakukan di wilayah yang mewakili kondisi pembagian wilayah secara geografis yakni Kabupaten Pandeglang (Banten), Kota Bogor (Jawa Barat), Kabupaten Semarang (Jawa Tengah), Kota Medan (Sumatera Utara), Kabupaten Mamuju (Sulawesi Barat) dan Kota Kupang (Nusa Tenggara Timur). Pemilihan lokasi berdasarkan pembatasan wilayah diharapkan dapat mewakili karakteristik dan model penyelenggaraan JKN dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang beragam. Lokasi penelitian dipilih secara *purposive* dengan kriteria sebagai berikut: 1) daerah yang mewakili Indonesia secara geografis, 2) alokasi minimum anggaran kesehatan sesuai dengan undang-undang, 3) meneruskan proses advokasi yang telah dilakukan sebelumnya pada isu kesehatan.

Untuk meningkatkan validitas data, penelitian ini menggunakan teknik triangulasi data. Peneliti menggunakan berbagai jenis sumber data dan bukti-bukti dari situasi yang berbeda, seperti data dari orang-orang, waktu, dan tempat yang berbeda untuk mengetahui suatu informasi tertentu. Jika data-data konsisten, maka validitas ditegakkan (Creswell, 1998). Teknik analisis yang digunakan dalam metode kualitatif adalah analisis taksonomi. Informasi yang didapatkan baik dari data primer maupun sekunder akan dikelompokkan dalam pola dan kategori yang sama.

## 1.6. Batasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan pada pemilihan alternatif pendanaan JKN dan penghitungan analisis CBA. Penghitungan CBA dibatasi pada alternatif yang paling mungkin dipilih dan memiliki potensi keberlanjutan. Selain itu, wilayah penelitian hanya mencakup daerah-daerah yang mewakili secara geografis namun tidak dapat digeneralisasi.



## Bab 2

# Kerangka Teori Dan Konsep Jaminan Kesehatan Nasional

### 2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan *Framework* UHC

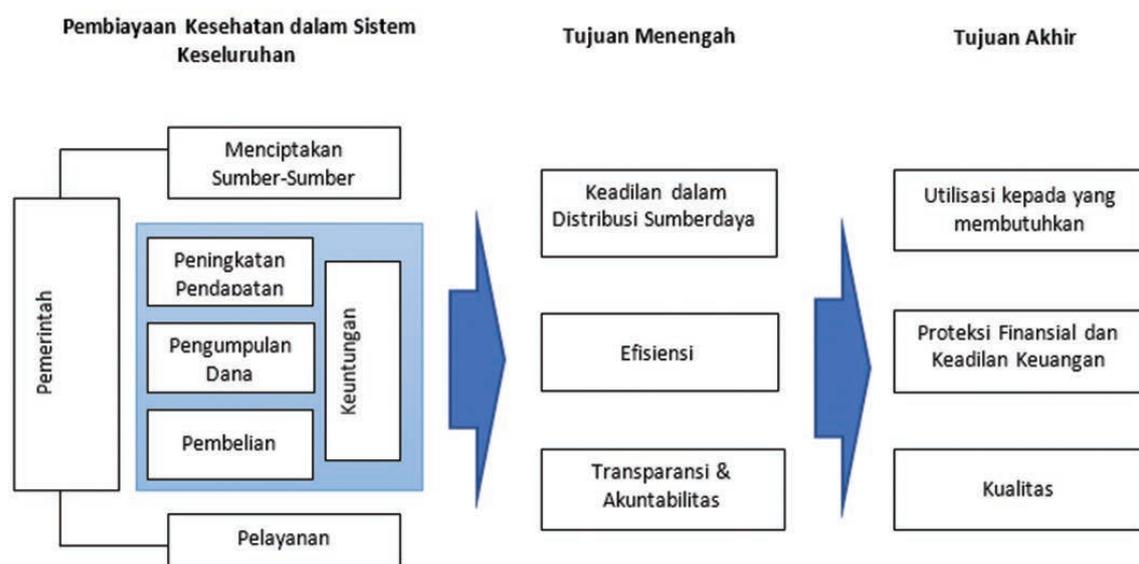
JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai jaminan kesehatan sosial. JKN merupakan asuransi sosial kesehatan nasional yang bersifat wajib berdasarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Program ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak, baik kepada yang telah membayar iuran secara mandiri atau dibayarkan oleh pemerintah. JKN memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui dua fasilitas kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

BPJS Kesehatan telah membuat indikator pencapaian dari program JKN. Menurut laporan pengelolaan program dan kinerja keuangan tahunan, indikator capaian program JKN adalah 1) jumlah penduduk yang menjadi

peserta program JKN, 2) jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang telah menjadi mitra BPJS Kesehatan, 3) jumlah pelayanan rawat jalan dan rawat inap, serta 4) kepuasan pelanggan dan kualitas layanan fasilitas kesehatan. Indikator-indikator yang digunakan BPJS Kesehatan dalam upaya pencapaian UHC (jaminan kesehatan semesta) masih dari sisi kepesertaan saja. Sementara ukuran kinerja jaminan kesehatan yang sesuai dengan indikator WHO lebih luas yakni dilihat dari jumlah kepesertaan, *out of pocket* dalam pelayanan kesehatan, kepuasan peserta dan efektivitas pelayanan.

*Framework* yang dikembangkan WHO berawal dari struktur pendanaan untuk program kesehatan yang ditujukan untuk mencapai tujuan menengah dan akhir. Maka jaminan kesehatan semesta harus didasari dengan pembuatan kebijakan pendanaan agar mampu mencapai tujuan akhir dari UHC yaitu utilisasi kepada yang membutuhkan, proteksi finansial dan keadilan dalam keuangan, kualitas dan efektifitas pelayanan. Berikut bagan yang diformulasikan WHO:

Gambar 1. Framework Skema Pendanaan UHC berdasarkan WHO



Sumber: World Health Organization, 2013

## 2.2 Perkembangan BPJS Kesehatan

Perkembangan JKN dapat dilihat dari cakupan kepesertaan, perkembangan penggunaan layanan kesehatan dan dampak dari program JKN. Sejak diimplementasi pada 2014, JKN yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan telah mengalami banyak perkembangan. Dari segi kepesertaan, BPJS Kesehatan sudah mencakup lebih dari 80 persen penduduk Indonesia.

Tabel 1. Data Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan untuk Setiap Segmen

Segmen Peserta	2014	2015	2016	2017	2018	*September 2019	Rata-Rata
PBI	95.167.229	98.999.228	106.514.567	112.694.625	121.980.981	133.934.008	-
% dari total	71,33%	63,14%	61,95%	59,95%	58,63%	59,97%	62,49%
% kenaikan	-	4,03%	7,59%	5,80%	8,24%	9,80%	7,09%
PPU	24.327.149	37.862.522	41.027.229	44.891.042	49.833.095	51.666.716	-
% dari total	18,23%	24,15%	23,86%	23,88%	23,95%	23,13%	22,87%
% kenaikan	-	55,64%	8,36%	9,42%	11,01%	3,68%	17,62%
PBPU	9.052.859	14.961.768	19.336.531	25.397.828	31.100.248	32.588.888	-
% dari total	6,79%	9,54%	11,25%	13,51%	14,95%	14,59%	11,77%
% kenaikan	-	65,27%	29,24%	31,35%	22,45%	4,79%	30,62%
BP	4.876.416	4.966.769	5.060.927	5.008.454	5.139.875	5.157.942	-
% dari total	3,65%	3,17%	2,94%	2,66%	2,47%	2,31%	2,87%
% kenaikan	-	1,85%	1,90%	-1,04%	2,62%	0,35%	1,14%
Jumlah Total	133.423.654	156.790.288	171.939.255	187.991.950	208.054.200	223.347.555	-
Penduduk Indonesia	255.100.000	255.587.900	258.496.500	261.355.500	264.161.600	266.911.900	-
JKN/Populasi	52%	61%	67%	72%	79%	84%	-
% kenaikan	0%	17,51%	9,66%	9,34%	10,67%	7,35%	10,91%

Sumber: diolah dari laporan BPJS Kesehatan 2014-2018

Berdasarkan data Tabel 1, cakupan kepesertaan JKN terus meningkat dari 52 persen di tahun 2014 menjadi 84 persen tahun di 2019. Rata-rata peningkatan adalah sebesar 10,9 persen per tahun dan peningkatan peserta paling besar terjadi di tahun 2015 (17,5 persen) namun kemudian menurun sebesar 7,35 persen di tahun 2019. Rata-rata kenaikan terbesar terjadi pada segmen PBPU (30,6 persen) diikuti PPU (17,6 persen). Peserta paling banyak adalah PBI yang mencakup lebih dari 60 persen, diikuti PPU (23,1 persen), PBPU (14,6 persen) dan PB (2,3 persen). Di samping peningkatan jumlah kepesertaan, perkembangan juga terlihat dari penambahan jumlah fasilitas kesehatan yang menjadi mitra BPJS Kesehatan seperti pada Tabel 2.

Tabel 2. Data Penambahan Jumlah Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan Termasuk Rumah Sakit (RS), Puskesmas, Klinik, dan Apotek (Desember 2018)

Jenis Faskes	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total FKTP yang tercatat di laporan BPJS Kesehatan	12.993	18.437	19.969	20.208	21.763	22.218
Total FKRTL yang tercatat di BPJS Kesehatan	1.109	1.681	1.847	2.068	2.268	2.733
Total Fasilitas Pendukung yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan					3.405	

Sumber: diolah dari laporan BPJS Kesehatan 2014-2018

Hingga tahun 2018 ada 22.218 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), 2.733 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), dan 3.405 fasilitas pendukung yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Peningkatan fasilitas kesehatan juga berbanding lurus dengan peningkatan tenaga kesehatan yang terlibat dalam layanan BPJS Kesehatan. Secara umum jumlah tenaga kesehatan yang terlibat terus meningkat setiap tahun dari 2014 hingga 2018. Total tenaga kesehatan yang bekerja di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan adalah 1.365.049 pekerja. Secara rinci jumlah pekerja di layanan kesehatan bisa dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Pekerja di Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan termasuk RS, Klinik dan Apotek 2014 - 2018

SDM Kesehatan	2014	2015	2016	2017	2018
Dokter spesialis		47.849	48.367	54.311	57.489
Dokter umum		41.026	41.898	45.387	60.137
Dokter gigi		12.740	13.435	14.707	15.627
Perawat		223.910	296.876	345.291	410.064
Bidan		111.736	163.541	198.110	237.406
Farmasi		30.329	38.829	45.843	68.294
Tenaga kesehatan lain		179.580	133.131	135.018	160.863
Tenaga penunjang		229.814	264.703	307.056	355.169
Total jumlah pekerja yang tercatat di laporan	-	876.984	1.000.780	1.145.723	1.365.049

Sumber: diolah dari laporan BPJS Kesehatan 2014-2018

Seiring dengan bertambahnya peserta dan jumlah fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, penggunaan pelayanan JKN pun terus mengalami peningkatan. Jumlah kunjungan peserta JKN di fasilitas kesehatan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, yang awalnya sebanyak 92,3 juta jiwa di tahun 2014 meningkat sebanyak 223,9 juta jiwa di tahun 2018, seperti tertera dalam Tabel 4 berikut ini:

Tabel 4. Jumlah Peserta JKN yang Mengakses Fasilitas Kesehatan

Keterangan	2014	2015	2016	2017	2018
Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)	61.700.000	100.617.378	120.922.433	150.288.478	147.443.329
Rata-rata (%)	46.24%	64.17%	70.33%	79.94%	70.87%
Kasus Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)	511.475	-	-	252.263	718.049
Rata-rata (%)	3.83%	0.00%	0.00%	0.13%	0.35%
Jumlah Rujukan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)	21.300.000	39.813.424	49.283.264	64.438.896	76.776.973
Rata-rata (%)	15.96%	25.39%	28.66%	34.28%	36.90%

Jumlah Kasus Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)	4.200.000	6.311.146	7.649.690	8.726.257	9.659.092
Rata-rata (%)	3.15%	4.03%	4.45%	4.64%	4.64%
Total pemanfaatan	92.314.750	146.741.948	177.855.387	223.453.631	233.879.394
Total pemanfaatan/hari	252.877	401.918	487.123	612.055	640.765

Sumber: diolah dari laporan BPJS Kesehatan 2014-2018

Tabel 4 menunjukkan rata-rata penggunaan layanan BPJS Kesehatan yang dilihat dari jumlah peserta, jumlah kunjungan dan jumlah kasus. Kunjungan layanan rawat jalan terus meningkat baik di FKTP ataupun FKRTL dengan peningkatan sebesar 15 persen pada tahun 2014 menjadi hampir 37 persen di tahun 2018. Sementara untuk kasus rawat inap, di FKRTL mengalami peningkatan dari tiga persen di tahun 2014 menjadi lima persen di tahun 2018 yang terkait dengan meningkatnya jumlah rujukan. Hal ini mendorong terjadinya penurunan kasus rawat inap di FKTP dari empat persen tahun 2014 menjadi 0.3 persen tahun 2018. Meski begitu, kasus rawat inap di Indonesia tergolong relatif masih rendah dibanding negara lain, sehingga besar kemungkinan terjadi kenaikan penggunaan layanan kesehatan di masa yang akan datang (Mundiharno, Němec, Rabovskaja & Spatz, 2015).

Perkembangan JKN juga memberikan pengaruh terhadap kondisi sosial ekonomi masyarakat. Menurut Rusady (2017), kontribusi langsung JKN adalah membantu pemulihan kesehatan dan pencegahan kecacatan (upaya promotif dan preventif). Dengan peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan maka JKN telah membantu menjaga masyarakat agar tetap produktif. Menurut penelitian LPEM FEB UI (Dartanto, Bintara, et al., 2017) JKN memberikan efek positif pada perekonomian Indonesia. Penelitian tersebut menyimpulkan beberapa hal menarik sebagai berikut:

- Kepemilikan JKN meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan rawat jalan dan rawat inap. Dengan adanya peningkatan pemanfaatan fasilitas kesehatan, kualitas kesehatan masyarakat juga dapat ditingkatkan.
- Satu persen pemanfaatan fasilitas kesehatan rawat inap akan meningkatkan angka harapan hidup sebesar 0,309 tahun. Pencapaian UHC di Indonesia sendiri mampu meningkatkan angka harapan hidup penduduk sebanyak 2,9 tahun.
- Setiap satu persen peningkatan kepesertaan masyarakat dalam program JKN dapat meningkatkan Produk Domestik Bruto (PDB) per kapita sekitar satu juta rupiah.
- Investasi di sektor kesehatan secara langsung termasuk di dalamnya pembangunan fasilitas kesehatan, produksi obat, dan alat kesehatan bernilai 152,2 triliun rupiah.

Penelitian lain dari Tarigan & Suryanti (2017) menunjukkan bahwa pada masa sebelum JKN, kepemilikan asuransi kesehatan tidak memberikan perlindungan keuangan yang signifikan. Pada tahun 2014, rata-rata pengeluaran kesehatan yang keluar dari kantong sendiri (*out-of-pocket/OOP*) sebesar 218.111 rupiah (atau 2,7 persen dari total pengeluaran konsumsi rumah tangga). Rumah tangga dengan individu dalam desil termiskin (desil 1) rata-rata pengeluaran OOP nya adalah sebesar 119.037 rupiah (1,9 persen dari total pengeluaran konsumsi dalam kelompok ini) dan kelompok yang paling kaya (desil 10) memiliki pengeluaran OOP sekitar 524.037 rupiah (2,1 persen dari total pengeluaran konsumsi). Meskipun begitu, kepemilikan asuransi dapat memberikan perlindungan kepada masyarakat yang menggunakan rawat inap hingga 0,7 persen.

Tabel 5. Rata-Rata Out-of-Pocket Pengeluaran Kesehatan Berdasarkan Jaminan Kesehatan dan Status Ekonomi

OOP Pengeluaran Kesehatan (terhadap total pengeluaran Rumah Tangga (RT))						
Status Ekonomi RT	Tidak Memiliki Jamkes		Memiliki Jamkes		Rata-rata	
Desil 1	114.496	(1,8%)	121.229	(1,9%)	119.037	(1,9%)
2	145.321	(2,0%)	163.583	(2,4%)	155.793	(2,2%)
3	161.562	(1,6%)	175.411	(2,2%)	167.340	(1,9%)
4	180.027	(2,0%)	196.526	(3,0%)	185.672	(2,5%)
5	199.803	(2,0%)	237.967	(2,4%)	216.678	(2,1%)
6	237.324	(2,2%)	272.348	(2,6%)	250.332	(2,4%)
7	259.817	(2,5%)	296.458	(3,4%)	276.964	(2,9%)
8	249.269	(2,6%)	312.661	(3,2%)	277.275	(2,8%)
9	308.827	(3,6%)	415.446	(3,7%)	362.608	(3,6%)
Desil 10	388.254	(4,4%)	636.417	(4,9%)	524.037	(4,7%)
Rata-rata	202.531	(2,4%)	238.260	(3,0%)	218.111	(2,7%)

Sumber: Tarigan & Suryanti, 2017 (diolah dari susenas 2014)

Tabel 6. Pengeluaran Kesehatan pada Rumah Tangga yang Pernah Memanfaatkan Rawat Inap dalam Satu Tahun Terakhir, Berdasarkan Status Sosial Ekonomi dan Kepemilikan Jaminan Kesehatan

Nilai tengah (Median) Pengeluaran Kesehatan Rumah Tangga (% terhadap Total Pengeluaran Rumah Tangga)						
Status Ekonomi RT	Tidak Memiliki Jamkes		Memiliki Jamkes		Total	
Desil 1	404.928	(8,2%)	311.763	(4,9%)	362.779	(6,2%)
2	410.830	(23,2%)	325.958	(8,8%)	325.958	(12,4%)
3	506.328	(4,8%)	300.441	(6,2%)	389.546	(5,7%)
4	493.919	(7,3%)	421.868	(9,4%)	463.660	(8,5%)
5	470.420	(5,4%)	828.045	(10,1%)	609.321	(7,8%)
6	369.656	(5,7%)	771.373	(9,9%)	655.532	(8,2%)

7	2.667.029	(15,6%)	3.048.096	(15,1%)	2.667.029	(15,3%)
8	1.306.347	(12,0%)	2.625.029	(16,5%)	1.975.577	(14,4%)
9	5.953.950	(23,9%)	1.706.127	(14,3%)	2.954.284	(17,9%)
Desil 10	13.000.000	(27,0%)	7.033.763	(23,3%)	8.558.257	(24,9%)
Total	1.237.477	(15,0%)	941.678	(13,2%)	1.087.708	(13,9%)

Sumber: Tarigan & Suryanti, 2017 (diolah dari susenas 2014)

Penelitian mengenai dampak program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) terhadap kemiskinan (Dartanto, Dharmawan, et al., 2017) juga menunjukkan JKN berpengaruh positif terhadap upaya pengentasan kemiskinan di Indonesia. Berdasarkan metode *Propensity Score Matching* (PSM), masyarakat yang menjadi peserta JKN memiliki pengeluaran kesehatan per kapita per bulan lebih rendah sebesar 1.838 rupiah pada 2015 dan 2.405 rupiah pada 2016 yang setara dengan 7-8 persen dari besar pengeluaran kesehatan per kapita.

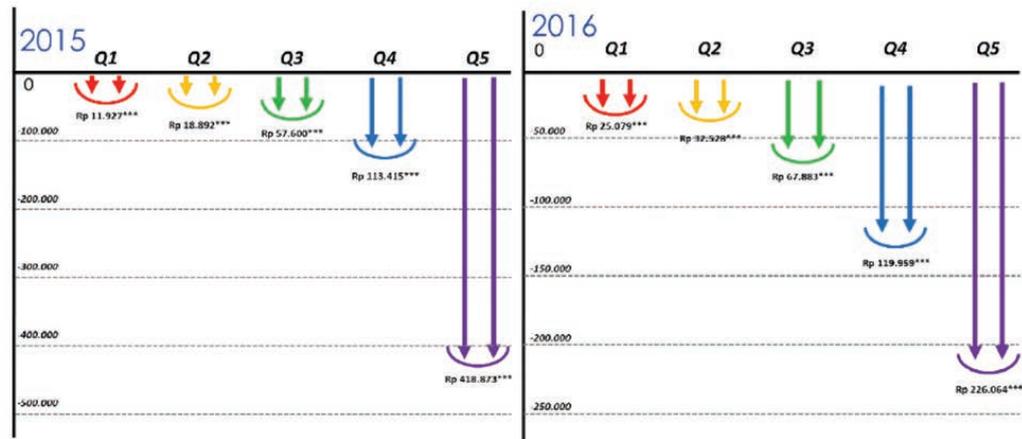
Tabel 7. Hasil Estimasi Menggunakan Metode PSM, SUSENAS 2015 dan 2016

Quintil	Biaya Kesehatan 2015			Biaya Kesehatan 2016		
	Treatment	Control	Difference	Treatment	Control	Difference
Q1	4.581,38	4.822,51	-241.13	5.376,01	5.694,64	-318,63**
Q2	6.795,84	7.830,18	-1.034.34***	9.734,07	9.891,88	-157,81
Q3	13.129,27	14.915,94	-1.786.67***	14.445,10	15.173,06	-727,96*
Q4	22.026,44	23.311,81	-1.285.37	26.389,66	26.014,43	375,23
Q5	80.571,10	79.886,14	684,96	81.845,89	92.340,81	10.494,92***
All	26.371,45	28.209,61	-1.838.16	29.247,94	31.653,89	-2.405,95***

Sumber: diolah menggunakan Susenas 2015 dan Susenas 2016 (Dartanto, Dharmawan, et al., 2017)

Sementara berdasarkan metode *Instrumental Variable (IV)-Regression*, JKN-KIS dapat menurunkan pengeluaran biaya kesehatan rumah tangga pada kelompok pendapatan Q1, Q2, Q3, dan Q4 secara konsisten dan lebih besar pada 2015-2016. Peserta JKN-KIS memiliki pengeluaran kesehatan lebih rendah sebesar 25.079 rupiah (Q1), 32.528 rupiah (Q2), 67.883 rupiah (Q3), 119.959 rupiah (Q4) dan 226.064 rupiah (Q5) per kapita per bulan.

Grafik 1. Hasil IV-Regression Dampak Kepemilikan Akses JKN-KIS terhadap Pengeluaran Biaya Kesehatan Tahun 2015 – 2016



Sumber: Penulis, diolah menggunakan Susenas 2015 dan Susenas 2016

Sumber: Diolah menggunakan SUSENAS 2015 dan 2016 (Dartanto, Dharmawan, et al., 2017)

Pengaruh JKN juga bisa dilihat dari semakin naiknya kontribusi pemerintah dalam pendanaan kesehatan secara umum. Hasil Penelitian FEB UI (Dartanto et al., 2015) juga menghitung *Willingness to Pay* (kerelaan untuk membayar) untuk BPJS Kesehatan dengan hasil:

- 70 persen responden memiliki keinginan untuk bergabung dengan BPJS Kesehatan.
- 13,3 persen bersedia membayar premium 61.740 rupiah per bulan, untuk kelas 1.
- Sembilan persen bersedia membayar 40.685 rupiah untuk kelas 2.
- 47,75 persen bersedia membayar kelas 3 sebesar 22.368 rupiah.
- Banyak yang ingin bergabung namun iuran yang harus dibayar di atas kesediaan masyarakat untuk membayar.

## 2.3 Skema Kebijakan Pendanaan dan Pembiayaan Jaminan Kesehatan

### 1. Kebijakan Pendanaan (Pengumpulan Dana dan Peningkatan Penerimaan)

Kebijakan pengumpulan dana dapat dikatakan sebagai akumulasi dari seluruh penerimaan JKN-BPJS Kesehatan yang akan digunakan untuk membiayai fasilitas kesehatan. Menurut WHO, kebijakan dalam skema pengumpulan dana bertujuan untuk memenuhi dua tujuan akhir dari UHC yaitu 1) keadilan dalam distribusi sumberdaya, yaitu setiap masyarakat

yang membutuhkan pelayanan kesehatan mendapatkan haknya dan 2) proteksi keuangan, yaitu melindungi masyarakat berpenghasilan rendah agar tidak terbebani dengan biaya kesehatan yang tinggi.

WHO menentukan indikator karakteristik kebijakan pengumpulan dana yang terdiri dari jumlah dana yang dikumpulkan relatif besar, adanya gabungan dari risiko tinggi dan rendah, serta partisipasi wajib setiap warga. Berdasarkan indikator-indikator tersebut, kebijakan pengumpulan dana seharusnya tidak terfragmentasi artinya semua dana yang masuk dari masyarakat dikumpulkan dalam satu tempat. Kebijakan ini akan menggabungkan risiko dari setiap individu, seperti masyarakat dengan usia muda berpenghasilan tinggi diasumsikan tidak memiliki risiko penyakit yang tinggi sehingga dapat memberikan manfaat kepada masyarakat lanjut usia (lansia) yang memiliki risiko penyakit yang tinggi. Selain itu, kewajiban dalam pembayaran diperlukan untuk menjamin tersedianya dana.

Sumber pendanaan JKN yang tertuang dalam Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 berasal dari 1) iuran jaminan sosial, 2) hasil pengembangan dana jaminan sosial, 3) hasil pengalihan aset program jaminan sosial yang menjadi hak peserta dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang menyelenggarakan program jaminan sosial, dan 4) sumber lain yang sah sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dalam undang-undang tersebut juga diatur kebijakan pengumpulan dana untuk program JKN yaitu berasaskan gotong royong dan kewajiban seluruh masyarakat dari berbagai segmen untuk berkontribusi, baik secara langsung atau tidak langsung.

Pemerintah daerah juga berkontribusi dalam pembiayaan JKN dengan mendaftarkan peserta Jamkesda ke dalam program JKN sebagai PBI. Selain itu, mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 bahwa daerah wajib menyisihkan sebesar 75 persen dari 50 persen pendapatan dari pajak rokok untuk digunakan sebagai pendanaan JKN.

Skema peningkatan pendapatan yang digunakan oleh pemerintah berupa kebijakan fiskal untuk meningkatkan kapasitas keuangan program JKN dan pencapaian UHC. Menurut WHO (2016) tujuan peningkatan pendapatan adalah: 1) meningkatkan sumber pendanaan yang layak untuk meningkatkan progress JKN, 2) sumber pendanaan menitikberatkan pada sumber publik, 3) memastikan beban keuangan tersebar secara merata, dan 4) memastikan sumber pendanaan stabil dan dapat diprediksi.

Lebih lanjut, terdapat beberapa sumber pendanaan yang dapat dijadikan alternatif untuk digunakan yaitu melalui skema pendanaan publik dengan instrumen pajak langsung, tidak langsung, hibah dan pinjaman luar negeri, serta skema pendanaan oleh swasta dengan instrumen OOP dan *voluntary*. Beberapa alternatif tersebut memiliki kelemahan tersendiri, seperti pendanaan oleh individu dapat menyebabkan seseorang menjual aset-

aset yang dia miliki untuk biaya berobat, hal ini tidak mencerminkan tujuan UHC untuk melindungi masyarakat dari tanggungan biaya yang besar. Oleh karena itu, sumber pendanaan yang paling potensial adalah kontribusi pajak langsung dan tidak langsung.

## 2. Kebijakan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Kebijakan pembiayaan pelayanan kesehatan merupakan alokasi dana fasilitas kesehatan yang digunakan untuk menyediakan pelayanan kesehatan seperti obat, infrastruktur, dan jasa pelayanan. Pembiayaan didasarkan pada prioritas masyarakat, kinerja staf dan fasilitas kesehatan, penentuan harga, kuantitas, kualitas, dan pemberian insentif untuk peningkatan kinerja.

Tantangan utama yang dihadapi adalah kurangnya informasi terhadap kinerja penyedia fasilitas kesehatan. Berdasarkan laporan *British Medical Journal*, 50 persen pelayanan kesehatan tidak diketahui tingkat efektifitasnya. Lebih lanjut, penanganan penyakit-penyakit non-spesialistik yang seharusnya dapat ditangani di fasilitas primer (FKTP) malah ditangani di fasilitas sekunder seperti rumah sakit. Hal ini menyebabkan pembiayaan menjadi tidak efisien.

Pembiayaan fasilitas kesehatan dibagi menjadi dua yaitu pembiayaan fasilitas primer dan sekunder. Sistem pembiayaan di fasilitas primer berdasarkan dana kapitasi. Sebagian besar negara di dunia menggunakan skema pembiayaan kapitasi yang merupakan pembiayaan berdasarkan jumlah peserta yang ditangani di fasilitas kesehatan. Sistem pembiayaan ini memiliki kelemahan yaitu kemungkinan terjadinya pelayanan di bawah standar. Peserta dengan penyakit dasar tidak dilayani dan dirujuk ke fasilitas sekunder sehingga terdapat surplus dana. Untuk mengatasi hal tersebut, digunakan pendekatan pembiayaan kombinasi antara kapitasi dan tambahan berdasarkan kinerja fasilitas tersebut.

Sistem pembiayaan yang dapat digunakan di fasilitas sekunder adalah sistem *Diagnosis Related Groups* (DRGs) yaitu pembiayaan berdasarkan kasus yang ditangani oleh fasilitas tersebut. Kelemahan dalam sistem ini adalah adanya kemungkinan pasien "dipulangkan" lebih awal dan *mark-up* dari penyedia layanan agar mendapatkan klaim pembayaran yang lebih besar. WHO menyarankan dibentuknya komisi pembiayaan yang bekerja secara independen (tidak masuk dalam struktur kementerian kesehatan dan badan penyelenggara jaminan kesehatan) agar kebijakan pembiayaan kepada penyedia fasilitas kesehatan lebih efektif dan efisien. Komisi ini berfokus pada harga, kuantitas, dan kualitas pembiayaan fasilitas.

Kementerian Kesehatan RI membangun sistem *Indonesia Case Base Groups* (INA CBGs) dan kapitasi sebagai pola pembayaran ke pihak penyelenggara fasilitas kesehatan

(faskes) dengan peruntukan masing-masing. Pemerintah menetapkan tarif INA CBGs untuk seluruh rumah sakit dan tarif kapitasi untuk Puskesmas dan klinik, serta melakukan penetapan terhadap jenis obat dalam formularium obat nasional dan penetapan alat-alat kesehatan dalam kompendium alat kesehatan. BPJS Kesehatan harus melaksanakan seluruh ketentuan Menteri Kesehatan tersebut pada segenap fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Untuk mencukupi operasional dan pembayaran klaim, BPJS masih mengacu pada sumber dana keuangan BPJS Kesehatan.

Sumber dana terbesar PBI adalah APBN. Dana yang terkumpul oleh BPJS Kesehatan dialokasikan untuk pembayaran layanan kesehatan yang diberikan kepada penyedia jasa kesehatan. Dalam laman *web* Jamsos Indonesia (Tim redaksi, 2016) dikemukakan tarif INA CBGs mengacu pada pasal 1 angka 3 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 mengenai standar tarif pelayanan kesehatan pada faskes tingkat pertama dan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program JKN. Standar tarif pelayanan adalah sejumlah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan pada pengelompokan berbagai diagnosis penyakit. Dalam pelaksanaan program JKN, penentuan besaran tarif INA CBGs mengacu pada *basis data costing* dari 137 RS Pemerintah dan RS Swasta serta melibatkan *data coding* dari enam juta kasus penyakit. Besaran biaya yang ditetapkan dipengaruhi oleh sejumlah aspek pada sistem INA CBGs, antara lain 1) diagnosa utama, 2) diagnosa sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*), 3) tingkat keparahan, bentuk intervensi, dan 4) variasi umur pasien.

Dapat dipahami bahwa tarif INA CBGs yang ditentukan merupakan biaya yang harus dibayarkan sesuai dengan ongkos atau *cost per-episode* dari pelayanan kesehatan dalam suatu rangkaian perawatan pasien sampai selesai. Pembayaran dalam pola paket INA CBGs sudah termasuk ongkos konsultasi dokter, pemeriksaan penunjang (seperti laboratorium, radiologi/*rontgen* dan pemeriksaan laboratorium lainnya), obat Formularium Nasional (Fornas) dan obat bukan Fornas, bahan dan alat medis habis pakai, akomodasi atau kamar perawatan, dan biaya lain yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien. Besaran komponen biaya yang sudah termasuk ke dalam paket INA CBGs telah ditentukan sebelumnya dan menjadi acuan bagi BPJS Kesehatan untuk membayar biaya tersebut sehingga tidak lagi dibebankan kepada pasien.

### **3. Alternatif Pendanaan dengan Skema Earmarking Pajak Langsung dan Tidak Langsung Melalui Ekstentifikasi Barang Kena Cukai (BKC)**

Peningkatan kontribusi pajak untuk kesehatan dapat diperoleh dari pajak penghasilan perorangan dan korporasi serta pajak terhadap konsumsi barang yang tidak sehat

(cukai). Pengenaan pajak penghasilan mencerminkan keadilan dalam *risk sharing* dengan menggunakan persentase dari penghasilan. Seseorang dengan penghasilan yang lebih tinggi dapat berkontribusi lebih besar daripada seseorang dengan penghasilan yang lebih rendah sehingga tercipta keadilan antara kedua individu tersebut serta meningkatkan sumber pembiayaan.

Pendapatan cukai berpotensi untuk digunakan sebagai pendanaan kesehatan karena dasar pengenaan cukai adalah mengontrol konsumsi barang yang memberikan dampak negatif, terutama terhadap kesehatan dan lingkungan hidup. Setiap negara di dunia memiliki pengenaan barang kena cukai yang berbeda, tetapi semua negara di dunia mengenakan cukai terhadap tembakau dan rokok. Berdasarkan laporan WHO (2016) beberapa negara seperti Filipina, Rumania, Thailand, dan Islandia telah berhasil meningkatkan sumber pembiayaan jaminan kesehatan melalui reformasi pajak tembakau dan rokok. Penggunaan dana dari pajak tersebut dapat meningkatkan tindakan preventif dan pengobatan (Ahsan, 2017). Pernyataan ini memperkuat pernyataan Fahmi Idris (2019) bahwa perubahan demografi di Indonesia menyebabkan peningkatan penderita penyakit katastropik, kenaikan cukai diharapkan dapat mengurangi konsumsi masyarakat terhadap barang-barang penyebab penyakit tersebut.

WHO melakukan studi di sembilan negara termasuk Indonesia (Botswana, Mesir, Islandia, Panama, Filipina, Rumania, Thailand, dan Vietnam) yang menggunakan pajak tembakau sebagai sumber pembiayaan jaminan kesehatan. Berikut merupakan tabel pengalokasian dana tersebut:

Tabel 8. Skema Pajak Tembakau untuk Jaminan Kesehatan di Beberapa Negara

Negara	Alokasi Dana	Dampak
Filipina	□ 85% pendapatan cukai digunakan untuk pelayanan UHC, program kesadaran kesehatan dan peningkatan fasilitas kesehatan (faskes). Sedangkan 15% untuk program mata pencaharian alternatif bagi petani tembakau.	□ Prevalensi merokok menurun menjadi 25%
Rumania	□ Pendanaan dari rokok dan tembakau digunakan untuk infrastruktur dan program kesehatan masyarakat (pengendalian tembakau).	□ Prevalensi merokok menurun menjadi 24,3% di tahun 2011
Mesir	□ Digunakan untuk layanan kesehatan dan rehabilitasi preventif anak usia sekolah dasar.	□ Belum ada data
Islandia	□ 0,9% <i>gross income</i> penjualan tembakau untuk pengendalian tembakau.	□ Angka merokok di bawah 15%

Botswana	☐ Dana belum digunakan tetapi akan digunakan untuk promosi kesehatan (penghentian konsumsi tembakau, rehabilitasi, dan edukasi publik).	☐ Belum ada data
Panama	☐ 50% pendapatan cukai tembakau digunakan untuk peningkatan kesehatan.	☐ Penggunaan tembakau turun menjadi 6,4%
Thailand	☐ Rencana strategis <i>ThaiHealth</i> , 36% untuk penurunan risiko kesehatan utama.	☐ Pada 2009, prevalensi merokok menurun menjadi 20,7%
Vietnam	☐ 47% dialokasikan untuk peningkatan kesadaran terhadap tembakau serta hukum pengendalian tembakau, 36% untuk promosi bebas rokok, 6% untuk peningkatan dan penguatan layanan stop tembakau.	☐ Belum ada data
Indonesia	☐ Penggunaan pajak rokok dan tembakau (daerah) sebesar 75% dari 50% dialokasikan untuk pendanaan JKN.	☐ Belum ada data

Sumber: olahan penelitian

Berdasarkan penelitian PRAKARSA (2019) tentang elastisitas rokok, pajak tembakau yang bisa di-*earmark* untuk menutup defisit adalah jika pajak tembakau dinaikkan hingga 30 persen sehingga dapat meningkatkan kapasitas fiskal Indonesia untuk pendanaan JKN.

Selain itu, terdapat beberapa barang selain rokok yang berpengaruh negatif terhadap kesehatan. Abdillah Ahsan (2018) menyatakan terdapat 11 barang kena cukai yang berpotensi untuk pendanaan JKN yaitu Bahan Bakar Minyak (BBM), minuman berpemanis buatan, puntung rokok, sepeda motor, mobil, minyak goreng sawit, makanan cepat saji, *pulp and paper*, *smartphone*, kantong plastik, dan tiket pesawat terbang.



## Bab 3

# Temuan Lapangan Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional Di Daerah

**A**nalisis implementasi JKN di enam kabupaten/kota terkait dengan persoalan defisit dikaji dengan melihat tiga hal antara lain: 1) *clustering system* atau mekanisme pembiayaan yang diberikan oleh pemerintah pusat dalam hal ini BPJS Kesehatan seperti mekanisme dan regulasi pembayaran INA CBGs, Dana Kapitasi termasuk Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan (KBK); 2) Komitmen pemerintah daerah khususnya dalam mengalokasikan anggaran untuk memastikan masyarakat mendapatkan jaminan kesehatan khususnya kelompok PBI yang tidak ter-cover dalam data BDT Nasional; 3) Persoalan defisit termasuk dilihat dari sisi kepatuhan peserta mandiri dalam membayar iuran. Selain itu, meskipun analisis terhadap kualitas layanan tidak menjadi tujuan utama dalam penelitian ini, penelitian ini juga berhasil mendapatkan informasi dari responden mengenai kualitas layanan kesehatan.

Proses wawancara responden utama yang dipilih dalam penelitian ini tidak berjalan sama di setiap daerah. Beberapa informan kunci tidak bersedia atau sulit untuk dihubungi sehingga laporan dari tiap-tiap daerah berbeda

kelengkapannya. Sebagai contoh, BPJS Kesehatan Kota Kupang dan Kota Bogor tidak memberikan respon atas permintaan wawancara dari tim penelitian sehingga informasi mengenai tiga hal yang menjadi fokus kajian tidak dapat disediakan dalam semua kajian di tiap-tiap kabupaten/Kota.

### **Dana Kapitasi**

Dana kapitasi digunakan untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri dari Puskesmas, dokter praktik swasta dan klinik swasta. BPJS Kesehatan langsung berhubungan dengan dokter praktik dan klinik swasta dalam penyaluran dana kapitasi. Sementara yang disalurkan ke Puskesmas harus tercatat dalam pendapatan asli daerah (lain-lain pendapatan yang sah) dan mengikuti prosedur keuangan pemerintah daerah. Hal ini karena kuasa pengguna anggaran (KPA) adalah Dinas Kesehatan.

Penyaluran dana kapitasi tidak selalu sama dengan pendapatan yang direncanakan atau yang ada dalam Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA), karena tergantung pada penilaian pemenuhan Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK). Apabila pembayaran yang dilakukan lebih besar daripada rencana pendapatan, maka Puskesmas tidak bisa menggunakan kelebihan dana tersebut dalam tahun berjalan. Kelebihan akan masuk dalam Sisa Lebih Perhitungan Anggaran (SiLPA) dan dimasukkan dalam perencanaan anggaran tahun berikutnya.

Bagi dokter swasta, tidak ada aturan khusus untuk distribusi dana kapitasi. Adapun komponen pengeluaran dokter swasta adalah sebagai berikut: 1) pembayaran asisten perawat dan administrasi; 2) pembelian obat; 3) pembelian bahan habis pakai; 4) sewa tempat praktik; dan 5) jasa medik. Klinik atau dokter swasta akan memastikan SDM dibayar sekurang-kurangnya sesuai dengan Upah Minimum Provinsi (UMP). Bagi Puskesmas, pemanfaatan atau distribusi dana kapitasi tidak menemui banyak kendala karena sudah ada regulasi yang mengatur alokasi dana kapitasi adalah minimal 60 persen untuk jasa medis dan 40 persen untuk operasional Puskesmas. Meskipun pada tahun 2017, alokasi untuk jasa medis pernah mencapai 80 persen dan operasional 20 persen. Kebutuhan operasional pada saat itu disubsidi oleh APBD, karena dana APBD atau dana Biaya Operasional Kesehatan (BOK) bisa digunakan untuk kegiatan-kegiatan yang dimungkinkan. Keputusan ini ditetapkan dalam kebijakan umum anggaran-prioritas plafon anggaran sementara berdasarkan kondisi keuangan daerah.

### **Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan (KBK)**

Secara umum, di enam kabupaten/kota terdapat capaian-capaian dan tantangan implementasi KBK bagi FKTP. Sebagian besar mengakui KBK mendorong FKTP lebih memperhatikan aspek preventif. Hal ini merujuk pada indikator rasio Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) yang menyebabkan FKTP terutama Puskesmas, harus mengadakan kegiatan non-kuratif serta melakukan kunjungan rumah. Puskesmas merasa kegiatan ini hanya menambah pekerjaan,

karena sebelum adanya KBK, Puskesmas sudah menjalankan kegiatan seperti Pos Binaan Terpadu (Posbindu), Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) lansia, Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) dan lain-lain.

### **INA CBGs**

Sistem INA-CBGs merupakan system kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, berbasis pada data costing dan coding penyakit mengacu International Classification of Diseases (ICD) yang disusun WHO dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-Clinical Modifications untuk tindakan/prosedur. Tarif INA-CBGs mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode group/kelompok rawat inap dan 288 kode kelompok rawat jalan. Dalam pembayaran menggunakan INA-CBGs, baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode DRG (Diagnostic Related Group). Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama.

Pendanaan JKN untuk FKRTL menggunakan mekanisme klaim dengan standar INA CBGs. Klaim diajukan yang oleh FKRTL setiap bulan dan akan diverifikasi oleh BPJS Kesehatan. Verifikasi ini menjadi ruang bagi BPJS Kesehatan dan FKRTL untuk melakukan finalisasi data dan informasi yang dibutuhkan. Jika prosesnya memakan waktu lama, maka akan ada pembayaran yang tertunda. Ada batas waktu pembayaran oleh BPJS, yang bila dilanggar maka BPJS harus membayar denda keterlambatan. Pembayaran denda dihitung berdasarkan besaran klaim yang lolos verifikasi, bukan berdasarkan besaran klaim oleh FKRTL.

## **3.1. Kota Kupang**

Pemerintah Kota (Pemkot) Kupang telah berupaya meningkatkan pelayanan kesehatan yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Kupang 2017-2022 dengan misi mengembangkan sumber daya manusia yang sehat, cerdas, berakhlak, profesional, dan berdaya saing. Sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatnya pelayanan kesehatan melalui jasa asuransi kesehatan yang ada (JKN dan JAMKESDA). Pemerintah daerah mengintegrasikan kepesertaan jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) menjadi peserta JKN secara bertahap dan menjamin masyarakat miskin yang belum menjadi peserta mendapat layanan kesehatan.

Pemkot Kupang juga memiliki program inovasi kesehatan yakni perlindungan kesehatan berbasis asuransi, seperti Jamkesda berbasis KTP, pelayanan kesehatan darurat berbasis rumah sakit (Brigade Kupang Sehat), pertolongan pada kecelakaan dan pusat pelayanan kesehatan khusus penyakit-penyakit degeneratif (diabetes, stroke, trauma, dan rehabilitasi untuk disabilitas).

## 1. Komitmen Pemerintah dan Kepesertaan JKN di Kota Kupang

Kota Kupang baru menerapkan JKN pada 29 Januari 2019 ketika kerjasama antara Pemkot Kupang dengan BPJS Kesehatan Cabang Kupang dilakukan. Pemkot Kupang telah mendaftarkan warganya sebanyak 5.133 orang menjadi peserta JKN. Berikut adalah rincian jumlah peserta JKN Kota Kupang berdasarkan jenis kepesertaan:

Tabel 9. Jumlah Peserta JKN di Kota Kupang per Januari 2019

Kab/Kota	Penerima Bantuan Iuran (PBI)	Jamkesda dan PJKMU Askes (transisi)	Sub Total PPU	Sub Total PBPU	Sub Total BP	Total Peserta	Persentase
Kota Kupang	100.271	10.706	129.956	75.759	16.023	368.168	83,95%

Sumber: Pemerintah Kota Kupang, 2019

Pada tahun 2018, penduduk Kota Kupang adalah sebanyak 423.800 jiwa yang tersebar pada enam kecamatan. Jumlah PBI di Kota Kupang sampai Juli 2019 adalah 110.977 jiwa (termasuk yang sudah diintegrasikan dan PBI-APBN). Sementara jumlah penduduk miskin Kota Kupang pada tahun 2018 menurut Badan Pusat Statistik (BPS) dan Basis Data Terpadu (BDT) adalah lebih dari 40 ribu jiwa. Jumlah peserta PBI lebih banyak dari penduduk yang masuk dalam daftar BDT, karena ada peserta non-BDT yang dimasukkan Pemkot Kupang tanpa diverifikasi kelurahan, serta tambahan mantan peserta Jamkesda Kota Kupang.

Anggaran JKN berada di bawah program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan di Dinas Kesehatan. Penetapan anggaran ini mengikuti proses perencanaan anggaran yang diajukan dan mengacu pada realisasi dana kapitasi tahun sebelumnya, kemudian disampaikan ke Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TPAD) dan dimasukkan dalam Prioritas Plafon Anggaran Sementara (PPAS) yang akan dibahas dan disahkan oleh DPRD. Alokasi anggaran kesehatan dan persentase terhadap total anggaran belanja daerah adalah sebagai berikut:

Tabel 10. APBD Kota Kupang 2018

Tahun	Total Belanja Daerah (Rp)	Total Belanja Kesehatan*)	Persentase
2014	1.017.530.180.253	36.157.760.312	4%
2015	1.158.774.432.404	114.694.047.992	9,90%
2016	1.322.448.757.640	131.862.036.255	9,97%
2017	1.295.479.477.301	199.705.972.019	15,42%
2018	1.213.346.119.065	219.504.032.237	18,09%

\*) Terdiri dari Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Daerah Kota Kupang

Sumber: APBD Perubahan Kota Kupang 2014-2018

Berdasarkan Tabel 10, terlihat anggaran kesehatan terus meningkat dari tahun ke tahun. Hal ini menunjukkan komitmen Pemerintah Kota Kupang terhadap pelayanan kesehatan masyarakat. Pemkot Kupang pada tahun 2019 mengalokasikan 12 miliar rupiah untuk pendanaan Jamkesda. Sementara, untuk iuran PBI, digunakan APBD sebesar 6,13 miliar rupiah untuk membiayai 10.681 jiwa (di luar PBI APBN membiayai 98.000 orang). Sisanya digunakan untuk memenuhi kebutuhan lain, seperti penanganan kejadian luar biasa demam berdarah dengue (DBD) yang terjadi di awal tahun 2019.

## 2. Implementasi Dana Kapitasi dan INA CBGs di Kota Kupang

### Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan (KBK) dan Permasalahannya

Implementasi KBK di Kota Kupang mencakup layanan Puskesmas untuk penderita penyakit kronis dan lebih luas daripada cakupan peserta JKN. Karena itu, apabila ada kegiatan Posyandu Lansia, yang ikut tidak hanya peserta JKN meskipun yang dihitung dalam anggaran hanya peserta JKN. Prolanis juga menghambat dokter praktik swasta untuk mendapatkan kapitasi sesuai norma. Dokter swasta menyatakan tidak memiliki cukup waktu untuk melakukan layanan preventif karena syarat yang ditetapkan sama dengan Puskesmas.

Permasalahan lain di Kota Kupang adalah pemenuhan rasio rujukan rawat jalan non-spesialistik. Walaupun dapat mencapai angka rujukan, Puskesmas mengaku masih sering mendapat paksaan dari pasien yang meminta rujukan untuk ke rumah sakit dan dokter spesialis. Selain itu, baik dokter swasta maupun Puskesmas masih mengalami kasus rujuk balik dari rumah sakit pasca tindakan operasi. Menurut FKTP, banyak tindakan perawatan pasca operasi yang seharusnya bisa dilakukan oleh FKTP (seperti merawat luka) tetapi harus dirujuk karena ada permintaan dari rumah sakit. Ada juga peserta yang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang seharusnya dianggap darurat tetapi keluarganya tetap diminta untuk mengambil rujukan ke FKTP.

### INA CBGs

Pendanaan JKN untuk FKTRL menggunakan sistem INA CBGs dengan mekanisme klaim. Berdasarkan wawancara dengan manajemen Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) WZ Yohannes Kupang, proses klaim ini selalu terlambat dan tidak pernah dibayar sesuai dengan jadwal yang diajukan. Keterlambatan pembayaran klaim lebih sering terjadi karena keterlambatan pengajuan klaim oleh RSUD. Unit klaim sering terlambat dengan alasan menunggu *resume* dari dokter ahli. Proses pembayaran oleh BPJS juga memakan waktu lama hingga lebih dari enam bulan. Penyebab keterlambatan ini disebabkan proses verifikasi yang panjang karena BPJS harus memeriksa semua bukti dan memutuskan

apakah klaim layak dibayarkan atau harus diperbaiki dan dilengkapi persyaratan administrasinya. Ketika klaim bulan tertentu sudah diperiksa dan dikembalikan ke RSUD, maka proses perbaikan dan pengajuan kembali bisa berulang-ulang. Dalam kondisi seperti ini, seringkali persediaan barang habis pakai dan obat-obatan sudah berkurang, tetapi BPJS belum membayar klaim. Solusi bagi RSUD adalah menggunakan dana subsidi APBD untuk membiayai operasional meskipun terlambat dan tidak besar jumlahnya.

Solusi lain yang disediakan oleh BPJS adalah pinjaman pihak ketiga. BPJS sudah melakukan *Memorandum of Understanding* (MoU) dengan beberapa lembaga perbankan untuk memberikan pinjaman kepada fasilitas kesehatan yang membutuhkan dana talangan. Sedangkan untuk bunga pinjaman akan diambil dari denda keterlambatan BPJS. Terdapat dua pendapat tentang jalan keluar ini. Pertama merasa sudah waktunya mencoba pilihan ini, bahkan *draft* Surat Keputusan (SK) Gubernur untuk pinjaman ini sudah dibuat dan tinggal ditandatangani. Pendapat kedua masih tidak setuju dan menganggap sejauh ini RSUD masih bisa bertahan dengan adanya dana subsidi.

Menurut penilaian Ketua Ombudsman NTT dan Dinas Kesehatan Kota Kupang, penetapan tarif paket INA CBGs untuk tindakan-tindakan seperti bedah (termasuk lama hari perawatan) masih berpotensi menimbulkan *moral hazard*. Dokter bisa saja menyatakan kondisi pasien sudah stabil bila jumlah hari perawatan sudah lebih dari jumlah hari dalam paket atau pasien diminta keluar lalu mendaftar kembali sehingga paket dihitung dari awal. Hal ini bisa berakibat fatal bila terjadi pada pasien dengan penyakit berat. Sistem paket seharusnya mempertimbangkan kasus yang dihadapi pasien karena penanganannya membutuhkan waktu yang berbeda.

Pihak RS swasta mengeluhkan besarnya paket INA CBGs yang disamaratakan antar pasien. Kondisi ini bisa menimbulkan penurunan kualitas layanan. Menurut FKRTL swasta, terdapat skema *Coordination of Benefit* (COB) yang memungkinkan kerjasama manfaat antara asuransi swasta dan BPJS Kesehatan sehingga untuk pasien dengan kasus tertentu dapat dirawat hingga tuntas. Namun sayangnya skema COB ini tidak berjalan.

Terdapat beberapa mekanisme evaluasi dan pencegahan *fraud* yang melibatkan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), dan Dinas Kesehatan. Berikut adalah beberapa mekanisme yang dilakukan:

- Koordinasi/evaluasi berkala. Kegiatan ini dilakukan setiap dua atau tiga bulan sekali namun saat ini sudah tidak rutin dilakukan.

- Dinas Kesehatan Kota Kupang membentuk tim kendali internal untuk pencegahan *fraud* dalam pengelolaan dana kapitasi. Tim ini terdiri dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas yang melakukan pertemuan berkala untuk memastikan prosedur-prosedur keuangan, termasuk perencanaan dan implementasi yang menggunakan dana kapitasi dilakukan dengan baik.
- Laporan kinerja tahunan Puskesmas ke Dinas Kesehatan. Hal ini merupakan syarat dari Dinas Kesehatan sebagai kuasa pengguna anggaran Puskesmas.
- Evaluasi peserta berupa penyediaan kotak keluhan dan aplikasi online, *Qlue*. Terdapat Puskesmas yang berinisiatif membuat kotak keluhan sebagai mekanisme keluhan dari pasien Puskesmas, walaupun tidak dijelaskan bagaimana mekanisme tindak lanjut keluhan tersebut. Selain itu ada juga aplikasi *Qlue* dari Pemkot Kupang dalam rangka membangun *Kupang Smart City*. Dengan aplikasi ini, warga bisa langsung mengadu ke Pemkot bila ada layanan di Puskesmas yang tidak memuaskan. Sejauh ini, aplikasi *Qlue* sudah mulai dimanfaatkan, tetapi bukan secara khusus tentang layanan Puskesmas.
- Dinkes sudah merencanakan pengadaan *Closed Circuit Television (CCTV)* bagi semua Puskesmas pada tahun anggaran 2020 untuk pengawasan terhadap Puskesmas guna memastikan pelayanan Puskesmas dilakukan dengan ramah dan baik.

### 3. Permasalahan Implementasi JKN di Kota Kupang

Terdapat beberapa permasalahan implementasi JKN yang didapatkan dari penelitian di Kota Kupang, antara lain:

#### a. Permasalahan defisit JKN

Salah satu penyebab defisit JKN adalah banyaknya tunggakan iuran, terutama dari peserta mandiri. Umumnya peserta mandiri mendaftarkan diri menjadi peserta JKN jika sudah mengalami sakit berat dan membutuhkan biaya banyak, namun mereka tidak membayar iuran lagi setelah menerima pelayanan. Dampak defisit JKN pada penyedia layanan kesehatan adalah adanya penundaan pembayaran klaim.

Sebagai contoh kasus, pembayaran klaim Rumah Sakit Umum Kartini yang tertunda selama empat bulan dan bahkan di tahun 2018 pernah tertunda selama lima bulan. Hal ini memberatkan pihak RS swasta yang membutuhkan dana untuk operasional dan gaji pegawai setiap bulannya. Keterlambatan pembayaran oleh BPJS minimal dua bulan setelah pengajuan klaim dari pihak RS sangat mengganggu *cash flow* yang berdampak pada kualitas pelayanan.

- b. Kondisi fasilitas kesehatan tidak sesuai dengan hasil kredensial sehingga kompetensi dan pelayanan yang dimiliki oleh fasilitas kesehatan masih rendah.
- c. Manajemen yang terpusat sehingga kontrol publik di tingkat lokal dan pemerintah daerah terhadap kinerja keuangan BPJS terbatas.
- d. Ketersediaan obat. Peserta JKN mengeluhkan soal ketersediaan obat di apotek. Peserta harus membeli sendiri obat ke apotek lain karena obat tidak tersedia pada apotek yang melayani JKN.
- e. Data peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran)

BPJS Kesehatan membekukan 6.131 orang peserta PBI di Kota Kupang per 30 Juli 2019. Pembekuan ini berdasarkan Surat Keputusan (SK) Menteri Sosial. Alasan utama mengeluarkan 6.131 peserta dari peserta PBI tersebut adalah adanya penyesuaian data PBI berdasarkan BDT. Pembekuan peserta ini dapat berakibat fatal karena banyak masyarakat yang membutuhkan fasilitas cuci darah. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan melakukan tindakan revisi anggaran untuk menalangi peserta tersebut dengan skema PBPU kelas II.

- f. Respon atas Kenaikan Iuran

Rencana kenaikan iuran mendapatkan tanggapan beragam, baik dari fasilitas kesehatan dan peserta JKN, terutama PBPU (Peserta Bukan Penerima Upah) dan BP (Bukan Pekerja). Menurut penyelenggara, kenaikan diperlukan karena iuran tersebut terlalu rendah. PBPU dan BP juga tidak keberatan atas rencana kenaikan iuran, namun mereka tidak setuju jika kenaikan mencapai dua kali lipat dari tarif sekarang. Menurut mereka, kenaikan iuran lebih baik dilakukan secara bertahap (sekitar 10-20 persen dari iuran sekarang).

Peserta mandiri, terutama yang membayar iuran kelas I, memberikan dua tanggapan atas kenaikan iuran: 1) turun kelas, karena yang berbeda hanya jumlah tempat tidur dalam ruangan ketika harus *opname*. Sedangkan untuk pelayanan rawat jalan tidak ada perbedaan antar kelas; 2) keluar dari BPJS, karena kenaikannya terlalu tinggi dan selama ini juga tidak banyak memanfaatkan jasa BPJS.

Peserta mandiri kelas III juga mengeluhkan kenaikan iuran yang mendekati 60 persen, karena kepesertaan berbasis Kartu Keluarga (KK) menyebabkan penambahan jumlah pengeluaran bulanan. Peserta mandiri yang berpenghasilan di bawah Upah Minimum Regional (UMR) dengan anggota keluarga yang terdaftar dalam KK lebih dari tiga orang akan sangat kesulitan dengan kenaikan tersebut. Kondisi ini membuat mereka memilih menunggak pembayaran iuran, apalagi bagi keluarga yang jarang sakit.

## 3.2. Kabupaten Mamuju

### 1. Kepesertaan dan Kolektabilitas JKN di Kabupaten Mamuju

Kepesertaan JKN di Kabupaten Mamuju masih belum maksimal. Sampai September 2019, total peserta JKN adalah 251.685 jiwa atau 83,3 persen dari total penduduk. Penduduk Kabupaten Mamuju tahun 2018 sebanyak 286.389 jiwa dan tersebar pada 11 kecamatan. Pembiayaan terbesar adalah untuk PBI sebanyak 180.094 jiwa atau 72 persen dari total peserta. Sumber pembiayaan terbesar adalah dari APBN, yakni untuk 78.850 PBI atau 31 persen dari seluruh peserta. Sumber terbesar kedua adalah dari APBD II (Kabupaten Mamuju) yang membiayai 28 persen PBI, dan 19 persen PPU, serta 12 persen peserta PBI yang dibiayai APBD I (Provinsi Sulawesi Barat).

Tabel II. Peserta JKN Kabupaten Mamuju per September 2019

Sumber biaya	Jumlah jiwa	% x peserta JKN
PBI APBN	78.850	31%
PBI APBD I	30.373	12%
PBI APBD II	70.871	28%
PPU	47.282	19%
PBPU	20.851	8%
BP	3.778	2%
Total	251.685	83,3%
Penduduk non-JKN	50.469	16,7%
Total penduduk	302.154	100%

Sumber: wawancara dengan Kepala BPKAD Kabupaten Mamuju

Kepesertaan PBI bersifat dinamis dan bisa berubah baik secara berkala karena proses verifikasi maupun secara spontan. Menurut beberapa informasi, verifikasi PBI oleh BPJS dilakukan setiap tahun atas data BDT dari Kemensos. Sayangnya, karena pihak BPJS tidak bisa diwawancarai, maka tidak bisa diketahui secara pasti, apa kriteria verifikasi PBI yang dilakukan oleh BPJS.

Selain hasil verifikasi, peserta PBI juga bisa berdasarkan kebijakan pemerintah setempat. Pada tahun 2019, menindaklanjuti hasil verifikasi BDT oleh BPJS, diterbitkan SK Menteri Sosial Nomor 79 Tahun 2019 tentang penonaktifan peserta PBI di Provinsi Sulawesi Barat. Di Kabupaten Mamuju, ada 2.550 orang peserta yang dinonaktifkan. Tetapi, pemerintah kabupaten memasukkan tambahan 5.213 orang peserta PBI baru dengan alasan memperhatikan bayi yang baru lahir dan penambahan peserta dari masyarakat miskin. Selain itu, kepala dinas sosial menyatakan bahwa dinas sosial bisa menambah

peserta PBI yang ditemukan di lapangan bila benar-benar membutuhkan tetapi tidak masuk BDT. Hal ini menunjukkan, walaupun menggunakan data BDT bersifat nasional, tetapi ini hanya angka minimal dan pemerintah daerah dapat menambahkan dengan kriteria sendiri seperti kemiskinan.

Tentang kolektabilitas, tidak diperoleh cukup informasi yang dibutuhkan karena tidak bisa mewawancarai BPJS Kesehatan. Karena dibayarkan langsung oleh pemerintah, kolektabilitas peserta PBI tidak terlalu ditemukan masalah. Pihak peserta mandiri yang diwawancarai pada dasarnya mengakui bahwa dari segi mekanisme pembayaran iuran sudah tidak ada hambatan serius karena mereka bisa memilih beberapa alternatif pembayaran, seperti melalui transfer bank, ATM, atau melalui toko *retail* (seperti *AlfaMart*). Meskipun pilihan cara pembayarannya mudah, tetap saja masih ada yang menunggak dengan alasan lupa atau tidak sempat membayar sebelum jatuh tempo setiap tanggal 15 setiap bulan.

Oleh karena itu, yang menjadi masalah bagi peserta mandiri adalah sosialisasi aturan serta informasi tentang iuran dan tunggakannya. Peserta mandiri berharap ada mekanisme peringatan dari BPJS ketika sudah mendekati tenggat pembayaran iuran setiap bulan, serta peringatan dan informasi tentang besaran denda yang harus dibayar. Salah seorang informan yang pernah menunggak mengaku tidak mengetahui berapa besar denda yang harus dibayarkannya ketika melunasi tunggakan.

## 2. Potret Anggaran: Pendapatan dan Pengeluaran Kesehatan untuk JKN

Anggaran kesehatan di Kabupaten Mamuju dialokasikan untuk tiga Organisasi Perangkat Daerah (OPD): Dinas Kesehatan, Rumah Sakit Umum Daerah dan Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana. Persentase alokasi untuk tiga perangkat daerah ini dalam lima tahun terakhir berkisar 15 - 17 persen dari belanja langsung (belanja selain belanja pegawai bidang kesehatan atau gaji dan tunjangan). Hal ini sudah memenuhi amanat undang-undang untuk alokasi kesehatan minimal 10 persen dari total APBD di luar gaji pegawai bidang kesehatan.

Anggaran belanja untuk kebutuhan JKN terdiri dari dua nomenklatur yakni dana kapitasi dan bantuan iuran asuransi kesehatan untuk peserta PBI. Dana kapitasi yang ditempatkan di bawah kuasa pengguna anggaran Dinas Kesehatan adalah pagu anggaran untuk 22 Puskesmas (6 rawat inap dan 22 non-rawat inap) di seluruh Kabupaten Mamuju, yang besarnya berkisar antara 14 – 17 persen dari anggaran Dinas Kesehatan. Pagu ditetapkan berdasarkan besaran belanja tahun sebelumnya dan penyesuaian yang dibutuhkan untuk mengantisipasi fluktuasi. Sayangnya, data yang diperoleh dari Badan Kerjasama Antar Daerah tidak menunjukkan alokasi untuk PBI, bisa dilihat dalam Tabel 12 berikut.

Tabel 12. Rincian alokasi APBD Kabupaten Mamuju untuk kesehatan

No	Uraian	Total APBD Kurang Gaji Pegawai Kesehatan	Belanja Langsung	%
1	Kesehatan 2015	515.704.236.891	81.190.925.498	16
2	Kesehatan 2016	673.444.175.243	120.990.400.298	18
3	Kesehatan 2017	602.556.146.867	103.760.780.605	17
4	Kesehatan 2018	744.010.520.222	115.812.991.376	15
5	Kesehatan 2019	744.420.415.146	132.930.201.420	18

Sumber: APBD Kabupaten Mamuju 2019

Riset memiliki keterbatasan mendapatkan dokumen APBD baik dari pemerintah maupun sumber *website* Pemda, padahal data ini diperlukan untuk mengetahui besaran alokasi dana untuk PBI serta perangkat daerah yang menjadi kuasa pengguna anggaran.

Penetapan besaran anggaran pendapatan dan belanja dilakukan melalui mekanisme perencanaan pembangunan dan anggaran yang berlaku secara nasional. Dalam hal ini, rancangan pagu anggaran diusulkan oleh perangkat daerah terkait, yaitu Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) yang dipimpin oleh Sekretaris Daerah. Pagu yang diusulkan didiskusikan bersama dan TPAD menetapkan pagu indikatif. Berdasarkan pagu indikatif ini, perangkat daerah menjabarkan program dan kegiatan yang dibutuhkan berdasarkan perencanaan yang ada. Rancangan ini masih harus didiskusikan (asistensi) dengan TAPD sampai bisa disepakati sebagai rancangan APBD dan diajukan kepada DPRD untuk dibahas. Para narasumber yang ditemui mengakui dalam proses penganggaran di eksekutif ini, pihak yang paling berpengaruh adalah TAPD, secara khusus Bappeda. Setelah diajukan kepada DPRD, maka ada proses negosiasi untuk disesuaikan dengan kepentingan masyarakat.

Belanja dana kapitasi dialokasikan di bawah Dinas Kesehatan. Pada praktiknya dana ini adalah dana yang ditransfer langsung oleh BPJS Kesehatan pusat kepada Puskesmas, namun karena kuasa pengguna anggaran adalah Dinas Kesehatan, maka untuk bisa menggunakan dana ini, Puskesmas harus mendapat persetujuan dari Dinas Kesehatan. Puskesmas mengaku tidak ada kendala berarti dalam pengajuan penggunaan dana jika semua persyaratan administrasi sudah dipenuhi. Akan tetapi, apabila Dinas Kesehatan menetapkan pagu dana kapitasi lebih rendah daripada aktual yang diperoleh dari BPJS, maka Puskesmas hanya bisa mengajukan sebesar pagu yang ditetapkan dalam periode bulan tersebut. Untuk mendapatkan sisanya, harus melalui prosedur perubahan APBD pada tengah tahun anggaran atau dicatat sebagai SiLPA dan bisa digunakan pada tahun anggaran berikutnya. Tetapi kesenjangan ini biasanya diatasi dengan menggunakan dana operasional Puskesmas yang dialokasikan dalam APBD Dinas Kesehatan.

Sementara untuk PBI, pembiayaan dialokasikan dalam APBN dan APBD dan dibayarkan kepada BPJS. Alokasi dana APBD untuk PBI dilakukan berdasarkan MoU antara Pemda dan BPJS, setiap tahun besarnya ditetapkan berdasarkan data PBI. Pembiayaan PBI di daerah dialokasikan dari APBD provinsi maupun APBD kabupaten. Di Kabupaten Mamuju, ada kesepakatan pembiayaan sebesar 70 persen oleh APBD kabupaten dan 30 persen oleh APBD provinsi, setelah mengurangi pembiayaan oleh APBN. Sebagaimana data yang dicantumkan di bagian sebelumnya, cakupan pendanaan PBI terbesar berasal dari APBN, disusul APBD kabupaten, dan APBD provinsi. Rinciannya dapat dilihat dalam Tabel 13 berikut.

Tabel 13. Sumber Pendanaan Peserta PBI 2019

Sumber dana	Jumlah PBI	%
PBI APBN	78.850	44%
PBI APBD Provinsi	30.373	17%
PBI APBD Kabupaten	70.871	39%
Total PBI	180.094	100%

Sumber: Pemerintah Provinsi Kabupaten Mamuju, 2019

Kesepakatan dengan provinsi selama ini berjalan lancar. Untuk *coverage* 30-70 persen sudah dilakukan, provinsi selalu mengcover 30 persen PBI setelah *coverage* APBN. Tetapi ada wacana untuk menggunakan syarat-syarat peningkatan indikator kesehatan namun kurang disetujui oleh BPKAD, karena seharusnya pelayanan warga miskin tidak dibebani dengan syarat kinerja pemerintah.

### 3. Implementasi Dana Kapitasi dan INA CBGs di Kabupaten Mamuju

#### Dana Kapitasi

Dana kapitasi ditransfer langsung oleh BPJS kepada FKTP. Alokasi penggunaannya telah diatur, yakni 40 persen operasional Puskesmas dan 60 persen jasa medis. Bila ada kekurangan dana operasional, misalnya di Puskesmas besar di kota, seperti Puskesmas Binanga dan Puskesmas Ranga, bisa ditutup dengan menggunakan dana operasional yang disubsidi oleh Pemda lewat Dinas Kesehatan.

Sistem pengajuan dana kapitasi sudah menggunakan aplikasi *PCare* yang sifatnya *real time*. Aplikasi tersebut memudahkan proses pengajuan dana kapitasi, sehingga transfer dana relatif tepat waktu (tanggal 15 setiap bulan). Selain itu, aplikasi tersebut juga membantu meningkatkan pelayanan kesehatan. Namun, aplikasi tersebut tidak dapat digunakan tanpa adanya akses internet. Seperti dialami Puskesmas Boteng yang menggunakan dana operasional untuk memasang akses internet.

Besar kecilnya dana kapitasi yang diperoleh FKTP setiap bulan tergantung pada besaran norma kapitasi yang dikenakan dan pemenuhan indikator KBK (Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan). Norma kapitasi ini ditentukan oleh kredensial FKTP, termasuk fasilitas dan tenaga kesehatan. Apabila Puskesmas mendapatkan SK Puskesmas daerah terpencil, maka norma kapitasinya lebih tinggi daripada Puskesmas lain yakni mencapai delapan ribu rupiah.

Sementara untuk penerapan indikator KBK, secara umum tidak menjadi masalah yang menghambat akses dana kapitasi atau mengurangi pembayaran dana kapitasi yang mengganggu operasional Puskesmas. Untuk memenuhi indikator rasio rujukan rawat jalan non spesialisik, tantangan yang paling sering dihadapi FKTP antara lain:

- Tuntutan pasien sendiri untuk dirujuk ke rumah sakit. Walaupun FKTP meng-cover 144 diagnosa sebagaimana ditetapkan dalam PERMENKES No. 5 Tahun 2014 tentang panduan praktik klinis bagi dokter di FKTP, tetap saja ada pasien yang menuntut untuk dirujuk ke rumah sakit. Hal ini lebih banyak terjadi di Puskesmas di wilayah kota, seperti pasien Puskesmas Binanga lebih mudah mengakses rumah sakit dibandingkan pasien Puskesmas di wilayah pinggiran. Oleh karena itu, rasio rujukan rawat jalan non spesialisik di Puskesmas Binanga berkisar antara 20 hingga 30 persen. Hal ini mempengaruhi nominal dana kapitasi yang diterima.
- Jumlah tenaga kesehatan di daerah terpencil masih sangat terbatas. Hal ini sering menjadi bahan perdebatan dengan pasien yang minta dirujuk. Oleh karena itu, besaran rasio ini seharusnya bisa diatur berjenjang berdasarkan kondisi Puskesmas.
- Walaupun indikator rasio Prolanis mendapat apresiasi karena bisa mendorong Puskesmas melakukan tindakan preventif, namun indikator ini dianggap menambah beban kerja Puskesmas.

### **INA CBGs**

Berdasarkan informasi yang didapat dari *website* BPJS Kesehatan Provinsi NTT, total klaim yang sudah dibayarkan sejak Januari 2018 sampai dengan September 2019 kepada RSUD Mamuju sebesar 29 miliar rupiah dan RS Mitra Manakara sebesar 37,7 miliar rupiah. Sementara klaim yang belum dibayar kepada RSUD Mamuju sebesar empat miliar rupiah dan kepada RS Mitra Manakara sebesar 6,4 miliar rupiah.

Tabel 14. Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan untuk RSUD Mamuju dan RS Mitra Manakara Januari 2018 – September 2019 (dalam juta rupiah)

Jenis Perawatan/ Pembayaran	RSUD Mamuju			RS Mitra Manakara		
	Klaim belum dibayar	Klaim sudah dibayar	Payment terakhir	Klaim belum dibayar	Klaim sudah dibayar	Payment terakhir
Rawat Inap	3.262,6	22.656,8	478,8	5.086,9	29.739,5	343,2
Rawat Jalan	767,5	6.388,3	208,5	1.335,7	8.001,1	6,6
TOTAL	4.030,1	29.045,1	687,3	6.422,6	37.740,6	349,8

Sumber: BPJS Kesehatan, 2019

Walaupun data klaim yang diajukan oleh RSUD Mamuju maupun RS Mitra Manakara tidak bisa diperoleh, tetapi dari wawancara diperoleh informasi klaim yang dibayarkan selalu lebih kecil daripada klaim yang diajukan. Nominal klaim yang dibayarkan per bulan untuk FKRTL bervariasi karena sangat tergantung jumlah pasien peserta JKN, diagnosa, dan perawatan yang diterima. Penumpukan *pending claim* oleh BPJS Kesehatan juga terjadi akibat proses verifikasi yang tidak tepat waktu. Seperti di RSUD Mamuju, pada Agustus 2019 masih ada pembayaran terhadap klaim yang diajukan pada tahun 2017, baik untuk rawat jalan maupun rawat inap.

Hasil penelitian menunjukkan ada beberapa masalah yang ditemukan dalam implementasi INA CBGs, antara lain:

1. Prosedur klaim yang berbelit dan lama menyebabkan sering terjadi keterlambatan pengajuan klaim oleh FKRTL. Berdasarkan informasi RS Mitra Manakara, untuk bisa mengajukan klaim, dokter harus mengisi diagnosa dan *resume* secara manual, kemudian ditransfer ke aplikasi oleh petugas klaim. Sementara dokter, terutama dokter ahli, tidak selalu memiliki cukup waktu untuk menulis *resume* semua pasien.
2. Tidak ada batas waktu untuk verifikasi ulang klaim yang sebelumnya *pending* dan sudah diperbaiki oleh FKRTL. Karena proses di BPJS berjalan terus, sehingga ketika klaim yang sudah diperbaiki diajukan ulang oleh FKRTL, akan terjadi penumpukan di BPJS karena sudah ada klaim baru. Walaupun harus membayar denda keterlambatan, proses pembayaran klaim ini bisa tertunda sampai dengan dua tahun.
3. Menurut narasumber, ada potensi *fraud* dalam sistem INA CBGs seperti penerapan tarif paket untuk tindakan seperti bedah, yang meliputi penghematan Bahan Habis Pakai (BHP), hari perawatan, dan sebagainya sehingga pengajuan klaim bisa maksimal tetapi aktual pengeluaran lebih murah daripada biaya paket.

Selain masalah-masalah di atas, keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan bisa menyebabkan kesulitan keuangan pada FKRTL. Bagi rumah sakit pemerintah seperti RSUD Mamuju, hal ini belum terlalu mengganggu, karena mereka bisa menggunakan subsidi APBD. Namun bagi rumah sakit swasta seperti RS Mitra Manakara, lebih sulit untuk mengatasi kekurangan biaya ini. Bila keterlambatan bayar sudah mencapai 2 bulan, mulai terasa gangguan fiskal terhadap operasional rumah sakit. Dalam kasus di RS Mitra Manakara, pemilik rumah sakit yang juga merupakan Bupati Kabupaten Mamuju masih menjadi penalang utama biaya operasional bila BPJS Kesehatan belum membayar. BPJS Kesehatan sebenarnya sudah membuat MoU dengan beberapa lembaga perbankan untuk meminjamkan dana kepada FKRTL yang membutuhkan, tetapi dalam riset ini FKRTL di Mamuju masih belum merasa perlu memanfaatkan fasilitas ini.

#### 4. Indikasi Faktor Penyebab Defisit JKN Berdasarkan Pelaksanaannya di Kabupaten Mamuju

Rata-rata informan di Kabupaten Mamuju menyatakan tidak mengetahui dengan pasti dan tidak memiliki data terkait penyebab defisit JKN. Sehingga apa yang diutarakan dalam laporan ini bersifat dugaan dari informan yang bersifat subyektif, tanpa data pendukung. Beberapa indikasinya adalah sebagai berikut:

1. Kesalahan pada manajemen BPJS Kesehatan. Secara umum, BPJS Kesehatan dinilai terlalu mewah untuk mengalami defisit. Kepala Badan Kerjasama Antar Desa (BKAD) mencontohkan kemegahan kantor-kantor BPJS sampai di kabupaten-kabupaten. Narasumber lain menyoroti tentang besarnya gaji manajemen BPJS Kesehatan yang mencapai ratusan juta setiap bulan; serta korupsi dana BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh berbagai pihak di berbagai daerah.
2. *Marketing* belum maksimal. BPJS Kesehatan terkesan hanya ingin mendapat kemudahan dengan mengandalkan pada pembayaran iuran PBI. Padahal bila ada *marketing* yang agresif, masih ada segmen masyarakat lain, seperti pegawai-pegawai swasta yang potensial untuk dijadikan peserta tentu akan menambah penerimaan BPJS Kesehatan.
3. Rujukan yang tidak perlu dari FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) ke FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) juga merupakan sumber defisit. Jika perawatan di FKTP yang menggunakan pendanaan kapitasi sudah memadai tentu memberikan rujukan ke FKRTL akan mengakibatkan inefisiensi karena akan mengakibatkan penambahan pembiayaan melalui mekanisme klaim oleh FKRTL.
4. Kurangnya transparansi pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan. Hal ini menciptakan kondisi yang memungkinkan kesalahan manajemen keuangan, baik sengaja maupun

tidak sengaja. Tidak transparannya BPJS Kesehatan kepada pemerintah di daerah sudah menjadi keluhan, termasuk oleh BKAD Kabupaten Mamuju.

Dengan demikian, dampak defisit terhadap penyedia layanan, peserta, dan pemerintah secara langsung tidak bisa teridentifikasi di daerah. Karena tertutupnya laporan keuangan BPJS Kesehatan, sehingga sulit disimpulkan apakah defisit JKN disebabkan karena implementasi standar prosedur yang tidak sesuai atau kesalahan oknum-oknum tertentu.

## 5. Keluhan Peserta PBI dan Non-PBI Atas Implementasi JKN

Berdasarkan hasil wawancara, masih banyak keluhan tentang pelayanan kesehatan yang diterima peserta JKN, seperti:

1. Terbatasnya tenaga dan alat kesehatan menyebabkan pasien mengantri cukup lama untuk mendapatkan pemeriksaan yang membutuhkan alat, seperti USG dan tindakan operasi. Tetapi masalah ini tidak bisa diklaim sebagai masalah peserta JKN, karena tidak ada perbandingan dengan pelayanan yang diterima oleh peserta umum.
2. Beberapa narasumber menganggap prosedur rujukan dari FKTP ke FKRTL masih cukup rumit dan banyaknya antrian di fasilitas kesehatan mengurangi kenyamanan menggunakan BPJS Kesehatan. Karena itu, untuk penyakit ringan, mereka memilih langsung membeli obat di apotek atau menggunakan obat-obat herbal.
3. Pengeluaran *out of pocket* peserta JKN masih cukup tinggi, terutama untuk pembelian obat yang sering tidak tersedia di apotek rumah sakit. *Out of pocket* juga berpotensi terjadi ketika pasien ditawarkan untuk menggunakan bahan habis pakai dengan kualitas berbeda, seperti benang jahit luka operasi. Ada narasumber yang memang memilih membeli sendiri benang yang tidak ditanggung BPJS karena merasa lebih nyaman, atau karena ketidakpercayaan pada obat generik, ada yang memilih untuk membeli obat paten secara mandiri.

Berkaitan dengan kenaikan iuran, respon datang dari berbagai pihak mulai dari pemerintah, penyedia layanan dan masyarakat. Pihak pemerintah, terutama BKAD menyampaikan dua pilihan. *Pertama*, memvalidasi ulang peserta PBI untuk memastikan penerima PBI benar-benar yang membutuhkan bantuan. Hal ini bisa dilakukan dengan membandingkan data PBI dengan data kemiskinan (catatan: hal ini disampaikan sebelum ada informasi bahwa iuran Kelas III tidak dinaikkan). *Kedua*, mengeksplorasi kemungkinan untuk kembali ke Jamkesda, dengan demikian sistemnya adalah *pay for service*. Kabupaten Mamuju berpengalaman menjalankan Jamkesda yang membebaskan masyarakat dari biaya pelayanan kesehatan 100 persen tanpa memandang tingkat ekonominya. Meskipun yang bersangkutan bukan warga setempat, selama mengakses layanan kesehatan di

wilayah Kabupaten Mamuju maka tidak perlu membayar. Hal ini menurut Kepala BKAD bisa dilakukan lagi dengan kapasitas fiskal yang ada sekarang.

Respon dari penyedia layanan kesehatan terutama rumah sakit pada umumnya positif karena menilai iuran BPJS Kesehatan terlalu kecil dibandingkan dengan aktual kebutuhan layanan kesehatan. Selain itu, diharapkan kenaikan iuran disertai dengan kenaikan INA CBGs agar bisa lebih menguntungkan bagi rumah sakit.

Bagi peserta mandiri, kenaikan iuran bukan solusi yang baik karena justru menimbulkan pertanyaan tentang prinsip gotong royong dan transparansi keuangan BPJS Kesehatan, dalam hal ini, rencana kenaikan iuran dapat menurunkan kepercayaan terhadap BPJS sebagai pengelola JKN. Dari wawancara mendalam yang telah dilakukan, terdapat tiga respon peserta mandiri. *Pertama*, turun kelas, dengan alasan pelayanan dan obat yang diperoleh sama untuk kelas I, II maupun III. *Kedua*, keluar sebagai peserta JKN, terutama bagi mereka yang memiliki banyak tanggungan karena kepesertaan yang mengharuskan seluruh anggota keluarga untuk menjadi peserta; dan *ketiga*, pindah ke asuransi swasta atau asuransi komersial.

### 3.3. Kota Medan

Pemerintah Kota Medan mengintegrasikan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ke dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan. Saat ini Pemerintah Kota Medan berusaha mencapai tingkat kepesertaan sebesar 95 persen dari total penduduk. Berdasarkan data Kota Medan, jumlah fasilitas layanan kesehatan pada tahun 2018 adalah 1.945 unit. Pada tahun 2017, jumlah tenaga medis dan pendukung medis di Kota Medan berjumlah 1.801 jiwa.

#### 1. Kepesertaan dan Kolektibilitas JKN di Kota Medan

Pemerintah Kota Medan berperan sebagai penjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang belum memiliki jaminan kesehatan sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Jumlah penerima PBI dari APBD Kota Medan mencapai 324.570 penduduk. Ini berarti penerima PBI APBN, APBD provinsi, dan APBD kota mencapai 843.403 jiwa. Jumlah ini jauh lebih besar daripada jumlah penduduk miskin di Kota Medan yang berjumlah 556.883. Struktur kepesertaan JKN di Kota Medan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 15. Jumlah Peserta JKN Kota Medan Berdasarkan Jenis Kepesertaan, 2019

No	Jenis Peserta	Jumlah
1	PBI APBN	465.47
2	PBI APBD (Pemerintah Kota Medan)	324.57
3	PBI APBD (Provinsi)	53.367
4	PNS	129.300
5	TNI/POLRI/PNS KEMHAN	40.202
6	Pejabat Negara	157
7	PPNPN	19.59
8	Pegawai BUMN	35.276
9	PPU Swasta	378.807
10	PBPU	507.854
11	Investor	1.680
12	Pemberi Kerja	1.021
13	Pensiun PNS	34.464
14	Pensiun TNI POLRI	13.187
15	Pensiun Pejabat Negara	44
16	Pensiun Swasta	11.291
17	Veteran	964
18	Perintis Kemerdekaan	5
TOTAL		2.017.249

Sumber: BPJS Kesehatan Cabang Kota Medan, 2019

Di Kota Medan, kolektabilitas peserta mandiri cukup rendah, mereka umumnya mendaftar pada saat sakit dan tidak melanjutkan pembayaran iuran saat sudah sehat. Hasil reses yang dilakukan anggota DPRD Kota Medan menemukan peserta mandiri BPJS Kesehatan yang tak lagi mampu membayar iuran kelas III sebanyak 101 ribu jiwa lebih, dengan iuran 25.500 rupiah per bulan, sehingga ditemukan banyak peserta yang menunggak iuran berbulan-bulan dan bahkan sampai ada yang menunggak selama 4 tahun.

Berdasarkan informasi BPJS Kesehatan Kota Medan, perusahaan-perusahaan besar masih banyak yang belum mendaftarkan pekerjanya. Bahkan ada beberapa perusahaan yang tidak mencantumkan jumlah gaji pekerja yang sebenarnya untuk menutupi kewajiban kontribusi perusahaan dalam pembayaran iuran bagi karyawannya. BPJS Kesehatan akan melakukan sosialisasi ke perusahaan-perusahaan tersebut. Namun karena regulasi daerah yang kurang kuat, BPJS Kesehatan hanya bisa memberi himbauan.

BPJS Kesehatan akan melakukan langkah-langkah untuk meningkatkan kolektibilitas iuran hingga 90 persen dengan cara auto debit rekening peserta, himbauan melalui

telepon, dan mendatangi rumah peserta (*door to door*). Selain itu, dibutuhkan data dan verifikasi yang lebih akurat terkait peserta PBI dari dinas sosial dan instansi lain.

## 2. Potret Anggaran Kesehatan Kota Medan

Pada tahun 2019, APBD Kota Medan mencapai 6,1 triliun rupiah. Total pendapatan Dinas Kesehatan adalah 311 miliar rupiah dan total belanja sebesar 847 miliar rupiah. Ini menunjukkan Dinas Kesehatan Kota Medan mengalami defisit sebesar 536 miliar rupiah pada tahun 2019. Dari total belanja, 36 persen merupakan belanja tidak langsung atau belanja pegawai, sementara 64 persen merupakan belanja langsung atau belanja program. Porsi belanja langsung paling besar diperuntukkan bagi program upaya kesehatan masyarakat, yaitu 278 miliar rupiah atau sebesar 51 persen. Porsi belanja terbesar kedua adalah untuk program peningkatan kualitas pelayanan kesehatan RS yakni 206 miliar rupiah, di mana sebesar 124 miliar rupiah digunakan untuk belanja barang dan jasa.

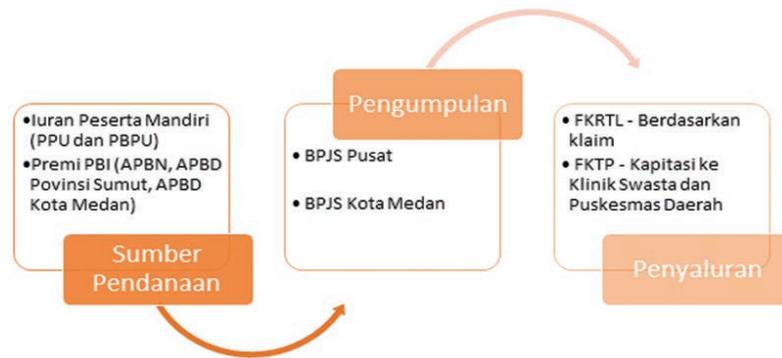
Dalam program upaya kesehatan masyarakat, sebesar 112 miliar rupiah digunakan untuk pembayaran iuran PBI. Akan tetapi, sampai bulan Agustus 2019, realisasi pembiayaan PBI hanya mencapai 90 juta rupiah dengan jumlah peserta PBI APBD Kota Medan sebanyak 324.570 jiwa. Selain itu, sebesar lima miliar rupiah digunakan untuk pembayaran klaim pelayanan kesehatan bagi peserta tidak terdaftar JKN PBI seperti gelandangan, orang tanpa identitas dan panti asuhan. Untuk Puskesmas dan Puskesmas Pembantu (Pustu), belanja operasionalnya sebesar 105 miliar rupiah dimana 73 miliar rupiah merupakan belanja pegawai.

Pada tahun 2018 Pemerintah Kota Medan melakukan pembayaran iuran PBI sebesar 81 miliar rupiah dari anggaran 91 miliar rupiah. Jumlah kuota kepesertaan program JKN PBI untuk tahun 2019 naik sebanyak 80.527 jiwa yang akan ditanggung oleh APBD Kota Medan karena naiknya anggaran untuk PBI Kota Medan. Akan tetapi, jika dilihat total APBD Kota Medan yang mencapai 6,1 triliun pada 2019, porsi anggaran iuran PBI masih rendah yaitu hanya 0,18 persen.

## 3. Implementasi Dana Kapitasi dan INA CBGs di Kota Medan

Dana-dana yang berhasil dikumpulkan dari iuran peserta mandiri dan iuran PBI disetorkan ke BPJS pusat kemudian ditransfer ke BPJS Kota Medan setiap bulannya. Setiap tanggal 15, BPJS Kota Medan menyalurkan dana kapitasi ke seluruh FKTP yang ada di Kota Medan. Untuk FKRTL, penyaluran dana berdasarkan klaim yang diajukan tiap bulannya. Bagan di bawah ini merupakan alur pendanaan JKN di Kota Medan.

Gambar 2. Alur Pendanaan Jaminan Kesehatan Nasional Kota Medan



Sumber: olahan peneliti

Beberapa permasalahan yang timbul karena penerapan sistem INA CBGs di Kota Medan, antara lain:

- Keterlambatan pembayaran klaim karena proses yang lambat dan aturan BPJS yang rumit. Klaim yang diajukan RS diklasifikasikan menjadi layak dan *pending*. Untuk klaim yang layak, BPJS akan segera membayar klaim setelah proses verifikasi selesai. Sedangkan untuk pengajuan yang sifatnya *pending*, BPJS akan meminta RS untuk merevisi pengajuan atau melengkapi dokumen pendukung. Proses pengajuan kembali klaim yang tertunda bisa dilakukan pada bulan berikutnya. Sebelum adanya defisit JKN, keterlambatan rata-rata selama 20 hari setiap bulannya. Keadaan bertambah parah ketika BPJS mulai defisit karena keterlambatan pembayaran terjadi untuk beberapa bulan.
- Berdasarkan informasi RSUD Pirngadi, tarif INA CBGs dianggap lebih rendah dari standar biaya yang dikeluarkan RS Tipe B. Ketidaksesuaian besaran tarif INA CBGs dengan biaya aktual yang dikeluarkan RS, khususnya RS milik Pemda, disebabkan oleh peraturan yang tidak diperbaharui sedangkan biaya operasional dan belanja RS secara keseluruhan terus meningkat.

BPJS Kota Medan mengeluarkan dana kapitasi yang mencapai 12 miliar rupiah per bulan. Dana kapitasi ini dikirim langsung oleh BPJS Kota Medan ke rekening FKTP berdasarkan Peraturan Walikota Medan Nomor 11 Tahun 2018 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi dan Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Pusat Kesehatan Masyarakat. Pengalokasian dana kapitasi yang dibayarkan ke Puskesmas dialokasikan untuk pelayanan kesehatan sebesar 65 persen, obat dan alat kesehatan sebesar 20 persen, dan operasional sebesar 15 persen.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa pemilik FKTP swasta dan pimpinan Puskesmas, penyaluran dana kapitasi dari BPJS tidak pernah terlambat. Ada perbedaan

perlakuan terhadap penggunaan dana kapitasi pada FKTP swasta dengan Puskesmas, FKTP swasta tidak mempunyai kewajiban mengembalikan dana kapitasi jika ada surplus. Selain itu, FKTP swasta tidak perlu menyerahkan laporan keuangan mereka kepada BPJS maupun Dinas Kesehatan. Sementara untuk Puskesmas, kelebihan dana kapitasi akan dikembalikan ke Pemerintah Kota Medan sebagai dana SiLPA.

#### 4. Indikasi Faktor Penyebab Defisit JKN Berdasarkan Pelaksanaannya di Kota Medan

Sampai Agustus 2019, BPJS Kesehatan Kota Medan mempunyai tunggakan yang mencapai 395 miliar di beberapa rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara dengan berbagai pihak, ada tiga indikasi penyebab defisit JKN di Kota Medan, yaitu kepesertaan yang hanya mencapai 80 persen, kolektabilitas yang masih rendah dan klaim beban kesehatan yang besar dari rumah sakit yang disebabkan oleh tingginya penyakit katastropik.

Rendahnya tingkat kepesertaan terutama disumbang oleh badan usaha yang masih mencapai 61 persen, sementara kepesertaan mandiri sudah mencapai 90 persen. Meskipun peserta PBPU hanya sekitar 500 ribu orang, namun tingkat kolektibilitas peserta mandiri masih tergolong rendah yaitu 70 persen. Sehingga dapat disimpulkan kinerja BPJS dalam mengumpulkan iuran masih belum optimal.

Beban kesehatan bisa dilihat dari tingginya penyakit katastropik tahun 2018 yang mencapai 495.417 kasus. Jumlah kasus penyakit infeksi akut lain pada saluran pernafasan bagian atas mencapai 203.558 kasus atau sebesar 41,1 persen, tertinggi dibandingkan penyakit lain. Jenis penyakit dengan jumlah kasus terbanyak kedua adalah hipertensi yang mencapai 18 persen atau 89.333 kasus.

Tabel 16. Sepuluh Penyakit Terbesar Seluruh Puskesmas Kota Medan, 2018

Jenis Penyakit	Jumlah Kasus	Persentase
Infeksi akut lain pada saluran pernafasan bagian atas	203.558	41,1%
Hipertensi	89.333	18,0%
Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	57.816	11,7%
Penyakit pulpa dan jaringan periapikal	27.248	5,5%
Diare	25.934	5,2%
Penyakit kulit alergi	23.529	4,7%
Penyakit kulit infeksi	19.513	3,9%
Penyakit lain pada saluran pernafasan atas	18.209	3,7%
Gingivitis dan Periodental	15.402	3,1%
Karies gigi	14.713	3,0%
TOTAL	495.417	100%

Sumber: BPS Kota Medan, 2019

Permasalahan lain yang mengemuka adalah akuntabilitas dan transparansi pengelolaan dana JKN di Kota Medan. Kejaksaan Tinggi Sumatera Utara menemukan indikasi penyimpangan klaim dana BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit swasta (Detik.com; 19/Juli/2019). Merujuk keterangan Asintel Kejati Sumur, Leo Simanjuntak, bahwa pada tahun 2019, Intelijen Kejati Sumut berhasil mengungkap kasus penyimpangan pencairan dana BPJS Kesehatan di rumah sakit swasta di Kota Medan. Leo Simanjuntak menegaskan bahwa penyimpangan tersebut dilakukan oleh seluruh rumah sakit dan klinik di Sumatera Utara.

Berdasarkan hasil kerja Intelijen Kejati Sumut, dari tahun 2014-2018 ditemukan potensi kerugian negara sebesar Rp 5 miliar dari tiap rumah sakit dan sekurang-nya ada 40 rumah sakit yang diduga melakukan penyimpangan. Dengan keterangan tersebut, potensi penyimpangan yang terjadi secara kumulatif sebesar Rp 200 miliar. Tentu ini adalah angka yang sangat besar sehingga defisit BPJS akan semakin besar jika kasus-kasus penyimpangan tersebut tidak segera diatasi.

#### **Dampak Defisit Bagi Penyedia Layanan, Peserta, dan Pemerintah di Kota Medan**

Defisit JKN menimbulkan dampak pada pihak-pihak yang terlibat. Penyedia layanan, seperti FKRTL mengalami keterlambatan bayar untuk klaim INA CBGs. Sebagai contoh rumah sakit di Kota Medan yang terus mengalami keterlambatan bayar yang mengakibatkan ruang fiskal untuk kegiatan operasional menjadi terbatas. Terkait dengan *cash flow* dan terhambatnya pembiayaan kegiatan operasional rumah sakit, BPJS memberikan skema pembiayaan melalui pihak ketiga yakni perbankan. Sedangkan untuk bunga pinjaman akan ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

Defisit BPJS Kesehatan menimbulkan kecemasan pada masyarakat terkait keberlangsungan program JKN. Masyarakat kalangan menengah ke bawah merasa terbantu selama menggunakan JKN, karena tidak dibebankan biaya tinggi saat mengakses layanan kesehatan.

#### **Respon Pemerintah Kota Medan Terkait Sumber Pendanaan Lain untuk JKN**

Pembiayaan implementasi JKN di Kota Medan masih bersumber dari APBN, APBD provinsi, dan APBD kota. Penerapan pajak rokok untuk pembiayaan JKN, khususnya PBI APBD tidak dilakukan mengingat kontribusi daerah untuk pembiayaan JKN sudah lebih dari 37 persen. Ini sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Keuangan (PMK) No. 128/PMK.07/2018 tentang Tata Cara Pematangan Pajak Rokok sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, beberapa alternatif pendanaan yang dapat dilakukan untuk menambal defisit BPJS Kesehatan antara

lain cukai rokok, label halal Majelis Ulama Indonesia (MUI), *earmarking* dari pajak makanan di restoran dan pajak menginap di hotel. Sementara itu, DPRD Kota Medan menyatakan belum terdapat pembahasan resmi terkait alternatif pendanaan untuk menambal defisit JKN.

#### **Respon Kota Medan terkait Kenaikan Iuran**

Kenaikan iuran bagi seluruh peserta ditanggapi beragam, baik oleh masyarakat, pemerintah, maupun penyedia layanan. Pemerintah Kota Medan tidak setuju dengan adanya kenaikan iuran BPJS karena khawatir ada gejolak yang terjadi di masyarakat. Karena dirasa sangat memberatkan masyarakat, kenaikan iuran sebaiknya tidak sampai 100 persen. Pengamat anggaran Kota Medan, Elfanda Ananda, berpendapat kenaikan iuran berpotensi menurunkan tingkat kolektabilitas peserta dan merupakan solusi yang bersifat sementara. Perlu dilakukan proses kajian dan studi yang mendalam untuk memperoleh solusi yang bersifat jangka panjang.

Masyarakat, khususnya dengan kepesertaan PBPU, merasa keberatan dengan adanya kenaikan iuran BPJS Kesehatan karena kenaikan yang diusulkan pemerintah mencapai dua kali lipat. Kenaikan iuran akan menambah pos pendanaan rumah tangga, apalagi bila dikalikan dengan jumlah seluruh anggota rumah tangga yang harus dibayarkan iurannya. Kenaikan iuran seharusnya diikuti dengan peningkatan kualitas layanan.

### **3.4. Kabupaten Pandeglang**

Kabupaten Pandeglang merupakan kabupaten dengan wilayah terluas di Provinsi Banten yakni 2.746,89 KM<sup>2</sup> dan berbatasan langsung dengan Kabupaten Serang dan Kabupaten Lebak. Kabupaten Pandeglang terbagi menjadi 35 kecamatan dengan jumlah penduduk di tahun 2018 sebanyak 1.209.011 jiwa. Dilihat dari jumlah fasilitas kesehatan yang tersedia, hanya ada satu RSUD di Kabupaten Pandeglang.

#### **1. Kepesertaan dan kolektabilitas JKN di Kabupaten Pandeglang**

Pemerintah Kabupaten Pandeglang bersama dengan pemerintah provinsi dan nasional telah mendaftarkan 910.030 penduduk miskin menjadi peserta JKN. Beban iuran penduduk miskin yang dibayarkan oleh pemerintah pusat sebesar 777.940 jiwa, pemerintah provinsi sebesar 102.862 jiwa, dan pemerintah daerah sebesar 29.228 jiwa. Jika digabungkan dengan peserta mandiri, pekerja penerima upah dan pekerja bukan penerima upah, maka total penduduk yang sudah menjadi peserta JKN sebesar 1.129.000 jiwa dengan persentase 88 persen dari total penduduk Kabupaten Pandeglang sebanyak 1.280.000 jiwa. Rincian kepesertaan JKN di Kabupaten Pandeglang dapat dilihat pada Tabel 17.

Tabel 17. Rincian kepesertaan JKN di Kabupaten Pandeglang per Januari 2019

Penerima Bantuan Iuran (PBI)	Sub Total PPU	Sub Total PBPU	Sub Total BP	Total Peserta	Persentase
910.030	129.838	73.619	16.296	1.129.633	88%

Sumber: Pemerintah Kabupaten Pandeglang, 2019

Pada Agustus 2019, terdapat 80.000 peserta PBI APBN yang tidak lagi dibiayai oleh pemerintah pusat. Pemerintah Kabupaten Pandeglang akan melakukan verifikasi ulang PBI berdasarkan kepatutan penerimaan bantuan dan status ekonominya. Pemerintah Kabupaten Pandeglang sudah menyiapkan anggaran untuk membayarkan PBI yang tidak lagi ditanggung oleh pemerintah pusat meskipun tidak semua karena keterbatasan anggaran.

Sementara itu, kolektabilitas peserta mandiri atau bukan penerima upah juga menunjukkan capaian yang tidak signifikan yaitu hanya 50 persen. Hal ini disebabkan karena banyak masyarakat yang kurang menyadari manfaat asuransi sehingga baru membayar iuran ketika sakit dan mengakses fasilitas kesehatan. Kontribusi Kabupaten Pandeglang pada kepesertaan PBI sekitar 29 ribu peserta dan pada tahun 2020 akan ada tambahan alokasi anggaran untuk peserta JKN sebesar 20 miliar rupiah dari pajak rokok yang merupakan bagi hasil dari provinsi.

## 2. Regulasi Pendukung Pelaksanaan JKN di Tingkat Daerah

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Pandeglang 2016-2021 menempatkan pelayanan kesehatan sebagai prioritas utama dalam pembangunan. Oleh karena itu, Pemerintah Kabupaten Pandeglang mengintegrasikan Jamkesda dengan JKN. Hal ini lebih efektif karena Kabupaten Pandeglang memiliki ruang fiskal yang terbatas. Rata-rata alokasi anggaran untuk Jamkesda setiap tahunnya sebesar enam miliar rupiah. Anggaran sebesar itu hanya mampu menjangkau 400 pasien dalam setahun. Namun dengan diintegrasikannya Jamkesda dengan JKN, maka cakupan penduduk miskin yang mendapatkan layanan kesehatan menjadi lebih banyak. Dalam mendukung implementasi JKN, pemerintah daerah juga mengeluarkan regulasi terkait operasional JKN antara lain:

1. Peraturan Bupati Pandeglang Nomor 15 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengelolaan Dana Non Kapitasi Program JKN pada FKTP di Kabupaten Pandeglang
2. Peraturan Bupati Pandeglang Nomor 3 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Pandeglang Nomor 15 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengelolaan Dana Non Kapitasi Program JKN pada FKTP di Kabupaten Pandeglang

### 3. Implementasi Dana Kapitasi dan INA CBGs di Kabupaten Pandeglang

#### Dana Kapitasi

Penggunaan dana kapitasi telah diatur oleh Kementerian Kesehatan dengan ketentuan minimal 60 persen untuk jasa pelayanan dan 40 persen untuk operasional. Namun, Pemerintah Kabupaten Pandeglang mengeluarkan Peraturan Bupati tersendiri untuk penggunaan dana kapitasi, yaitu 75 persen untuk jasa pelayanan dan 25 persen untuk operasional. Berdasarkan hasil wawancara, dalam implementasinya, tidak terdapat SiLPA karena selama ini Puskesmas mencairkan sesuai kebutuhan. Tidak ada permasalahan terkait mekanisme penyaluran dana kapitasi, FKTP khususnya Puskesmas yang diwawancarai tidak merasakan dampak adanya defisit JKN.

#### INA CBGs

Sementara untuk RSUD, pencairan dilakukan dengan mekanisme INA CBGs atau *reimbursement* dengan paket biaya yang telah ditentukan. RSUD Kabupaten Pandeglang menyebutkan, RS memberikan tagihan ke BPJS setiap bulan sesuai dengan kelengkapan yang ditentukan oleh BPJS. Setelah berkas diterima akan ada tiga kategori yaitu layak, *pending*, dan tidak layak. Untuk yang layak dana akan langsung ditransfer ke rekening rumah sakit, yang *pending* akan dilengkapi kembali justifikasinya oleh RS, dan yang tidak layak tidak akan dibayarkan. Selama ini mekanisme verifikasi *reimbursement* dilakukan dalam dua minggu atau 14 hari kerja, jika dinyatakan layak akan ditransfer dalam kurun waktu 1-2 bulan. Setiap bulan RSUD Kabupaten Pandeglang menerima 4000 pasien rawat jalan. Dari pengajuan klaim biasanya yang dinyatakan *pending* oleh BPJS sebesar 100 pasien dan yang tidak layak hanya 2 pasien. Jika dinominalkan RSUD merugi sebesar 20 juta rupiah per bulan.

Sistem INA CBGs kerap menghadapi permasalahan, seperti banyak pasien yang akhirnya tidak mau membayar BPJS Kesehatan akibat kurangnya alat-alat medis yang mengakibatkan kurang optimalnya pelayanan kesehatan. Kurangnya dokter yang ditempatkan di Puskesmas terpicil juga menyebabkan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan menjadi terbatas sehingga harus dirujuk ke rumah sakit. RSUD berharap semua klaim akan ditanggung dan mekanisme pencairan klaim dilakukan lebih cepat.

### 4. Indikasi Faktor Penyebab Defisit JKN Berdasarkan Pelaksanaanya di Kabupaten Pandeglang

Faktor penyebab defisit yang didapatkan dari beberapa sumber informan di Kabupaten Pandeglang adalah sebagai berikut:

1. Iuran JKN dinilai terlalu murah untuk peserta.

2. Peserta yang ikut JKN biasanya mendaftar ketika sudah sakit sehingga biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan menjadi besar.
3. Terjadi *mismanagemen*, terutama oleh rumah sakit. Pengeluaran terbesar BPJS Kesehatan ada di FKRTL, oleh karena itu perlu dilakukan transparansi di tingkat rumah sakit dan publikasi hasil audit rumah sakit.

Dampak defisit JKN antara lain telatnya pembayaran pelayanan kesehatan di setiap mitra BPJS, mulai dari fasilitas kesehatan swasta yang meliputi rumah sakit dan klinik, perusahaan farmasi, hingga tenaga medis. Sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan belum maksimal dan tingkat kepesertaan yang belum optimal.

Berdasarkan informasi SKPD di Kabupaten Pandeglang, ruang fiskal APBD Kabupaten Pandeglang sendiri sangat terbatas jika defisit harus ditutup oleh APBD. Namun, menurut Dinas Kesehatan seharusnya ada tapi tidak menyebutkan spesifik dari mana karena tidak mengetahui postur APBD secara lengkap. Sementara, BPKAD menyebutkan kemungkinan pendanaan untuk menutup defisit bisa diambilkan dari pajak rokok.

## 5. Respon Kenaikan Iuran Dari Masyarakat

Berdasarkan informasi dari peserta yang diwawancarai (baik PBI, PPU, dan PBPU) sangat terbantu dengan adanya JKN. Namun, yang sangat besar merasakan manfaat adalah PBI karena dengan kondisi ekonomi yang terbatas mereka tidak perlu lagi mengeluarkan biaya besar untuk mengakses layanan kesehatan. Terkait dengan kenaikan iuran, respon masyarakat cukup beragam, ada yang menolak dan ada yang setuju asalkan masih terjangkau bahkan ada yang langsung setuju. Masyarakat yang merasa terbantu dan merasakan manfaat setuju jika ada kenaikan iuran selama masih terjangkau, misalnya kenaikan iuran dilakukan secara bertahap.

*Out of pocket* masih dirasakan baik bagi peserta PBI, PPU, dan PBPU karena JKN tidak 100 persen menanggung semua biaya. Terdapat beberapa layanan yang harus dibayar sendiri oleh peserta seperti tes darah tertentu dan *medical check up*. Beberapa obat-obatan juga ada yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan sehingga semua peserta baik mandiri, PPU, dan PBI tetap mengeluarkan uang sendiri untuk obat yang tidak ditanggung.

### 3.5. Kota Bogor

Kota Bogor merupakan salah satu kota besar di Jawa Barat dan berbatasan langsung dengan DKI Jakarta. Jumlah penduduk Kota Bogor per 2017 mencapai 1.081.009 jiwa. Jumlah penduduk miskin Kota Bogor per 2017 sebesar 76.530 ribu jiwa atau mencapai 7,11 persen dari total penduduk. Angka kematian bayi dan ibu masih menjadi salah satu permasalahan yang perlu diatasi oleh Pemerintah

Kota Bogor. Pada tahun 2017, angka kematian bayi di Kota Bogor sebanyak 74, meningkat dibandingkan 2016 sebanyak 53 bayi. Sementara itu, angka kematian ibu menurun pada 2017 dan kasus kematian ibu melahirkan dilaporkan sebanyak enam kasus dari 22 kasus pada 2016 (profil kesehatan Kota Bogor 2017).

## 1. **Komitmen Pemerintah dan Kepesertaan JKN di Kota Bogor**

Peserta JKN di Kota Bogor per Desember 2018 sebanyak 847.972 jiwa dari total 1.021.337 jiwa penduduk. Artinya, tingkat kepesertaan JKN Kota Bogor lebih dari 83 persen. PBI APBD Kota Bogor per 2019 ditargetkan sebesar 210.000 jiwa namun saat ini belum ada pemutakhiran data dari dinas sosial. Sementara untuk PBI nasional yang diberhentikan iurannya hampir mencapai 21.000 jiwa, sehingga Pemerintah Kota Bogor menambah lagi kuota menjadi 240.000 jiwa.

Tantangan terbesar yang dihadapi adalah data yang kurang valid sehingga peserta PBI tidak sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Pemerintah Kota Bogor juga menyiapkan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) untuk mereka yang membutuhkan pelayanan kesehatan sementara belum menjadi peserta JKN. Kunjungan dengan menggunakan Jamkesda di Kota Bogor cukup tinggi, hampir setiap hari ada pasien yang menggunakan Jamkesda untuk mendapatkan layanan kesehatan di RSUD dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM).

Pelaksanaan pembanaguna kesehatan mendapatkan perhatian dari Pemerintah Kota Bogor. Hal ini terlihat dalam dokumen perencanaan Pemerintah Kota Bogor mulai dari RPJMD hingga rencana kinerja tahunan. Dalam dokumen RPJMD tertuang bahwa salah satu misi Pemerintah Kota Bogor adalah "Mewujudkan Bogor sebagai Kota Sehat dan Makmur" dengan tujuan meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat. Regulasi lain yang mendukung pelaksanaan JKN yaitu Peraturan Walikota (PERWALI) No. 31 BD 2018 yang mengatur tentang penyelenggaraan program jaminan kesehatan dalam rangka mendukung pencapaian *Universal Health Coverage* di Kota Bogor.

## 2. **Potret Anggaran: Pendapatan dan Pengeluaran Kesehatan untuk JKN**

Kota Bogor memiliki APBD rata-rata sebesar 2,6 triliun rupiah setiap tahunnya. Belanja urusan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Bogor rata-rata dalam tiga tahun terakhir telah memenuhi mandat UU Kesehatan yaitu di atas 10 persen. Belanja urusan kesehatan Kota Bogor menempati urutan kedua belanja terbesar setelah pendidikan. Alokasi belanja kesehatan terhadap total belanja daerah Kota Bogor dalam tiga tahun terakhir dapat dilihat pada Tabel 18.

Tabel 18. APBD dan Alokasi Belanja Kesehatan Kota Bogor Tahun 2016 - 2018

Tahun	Total Belanja Daerah (Rp)	Total Belanja Kesehatan*)	Persentase
2016	2.681.917.605.160	247.322.376.557	9%
2017	2.391.239.963.826	371.554.108.925	16%
2018	2.607.679.400.305	450.650.675.715	17%

Sumber: dokumen APBD Kota Bogor

Pada tahun 2019, alokasi anggaran untuk PBI APBD Kota Bogor mencapai 42 miliar rupiah. Selain untuk membayar iuran PBI, Pemerintah Kota Bogor masih mengalokasikan anggaran untuk non peserta JKN yang membutuhkan pelayanan kesehatan karena kurang mampu. Pada tahun 2019, alokasi anggaran yang tersedia mencapai 2,2 miliar rupiah. Pelayanan kesehatan ini dapat diakses bagi warga kurang mampu yang belum memiliki JKN melalui SKTM yang dikeluarkan oleh kelurahan. Skema Jamkesda menggunakan satuan biaya standar INA CBGs, berbeda dengan kebanyakan daerah atau kota lain yang menggunakan kuota. Dengan adanya sistem kemudahan menggunakan SKTM, anggaran untuk skema ini semakin meningkat setiap tahunnya bahkan melebihi anggaran yang tersedia.

### 3. Alur Pendanaan JKN di Kota Bogor

#### Dana Kapitasi

Berdasarkan hasil wawancara dua Puskesmas, yaitu Puskesmas Cipaku dan Puskesmas Bogor Tengah, dana kapitasi yang diterima setiap bulan berbeda jumlahnya tergantung cakupan kepesertaan. Puskesmas Cipaku menerima besaran dana kapitasi sebesar kurang lebih 200 juta rupiah per bulan sementara Puskesmas Bogor Tengah menerima 90 - 100 juta rupiah per tahun. Jika terdapat SiLPA, masih didiamkan sementara karena menunggu peraturan baru yang mengatur cakupan penggunaan dana SiLPA. Tidak ada permasalahan terkait mekanisme dana kapitasi yang selama ini dicairkan oleh Puskesmas. Bahkan ketika isu defisit bergulir, Puskesmas mengatakan tidak merasakan dampak dengan adanya defisit JKN.

#### INA CBGs

Setiap bulan RSUD Kota Bogor menyampaikan klaim yang kemudian ditinjau oleh BPJS Kesehatan. Hasil tinjauan BPJS Kesehatan dikategorikan menjadi dua yaitu layak dan *pending*. Untuk yang layak akan langsung dibayarkan, sementara yang *pending* membutuhkan *review* lebih lanjut untuk dibayarkan. Waktu yang dibutuhkan selama proses *reimbursement* adalah sekitar 2-3 bulan.

BPJS Kesehatan menunggak tagihan sekitar 27 miliar rupiah ke RSUD Kota Bogor. Tunggakan itu untuk pembayaran pasien medis periode Juli - Agustus 2019. Lamanya waktu pencairan

ini menjadikan rumah sakit kekurangan kas untuk operasional harian. Oleh karena itu, untuk tetap dapat beroperasi, RSUD membutuhkan dana talangan sehingga menggunakan fasilitas pinjaman dengan jaminan klaim kepada bank. Bank yang saat ini membiayai operasional JKN RSUD Kota Bogor adalah Bank Jawa Barat. Besar bunga yang harus dibayarkan ke perbankan karena skema ini dibayarkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan perhitungan denda keterlambatan BPJS Kesehatan membayar klaim kepada rumah sakit.

RSUD Kota Bogor merasakan tarif INA CBGS terlalu rendah dan tidak masuk akal, misalnya pasien dengan penyakit tifus hanya *direimburse* sebesar dua juta rupiah. Mungkin bagi RSUD lain tidak menjadi masalah, namun bagi RSUD Kota Bogor menjadi sulit karena 95 persen pegawainya belum PNS.

Selain itu, sistem rujukan berjenjang yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan dinilai tidak efektif. Hal ini berarti BPJS Kesehatan harus membayar banyak klaim di rumah sakit. Jika suatu penyakit tertentu tidak bisa ditangani di rumah sakit tipe C seharusnya langsung dirujuk ke rumah sakit tipe B. Hal ini menjadi pertanyaan rumah sakit mengapa sistem yang kurang efektif dan efisien ini diterapkan. RSUD Kota Bogor sebagai rumah sakit tipe B akan menerima pasien yang tidak bisa ditangani oleh tipe rumah sakit di bawahnya dengan kondisi yang cukup serius. Artinya, beban biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit sangat besar.

#### 4. **Indikasi Faktor Penyebab Defisit JKN Berdasarkan Pelaksanaannya di Kota Bogor**

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan di Kota Bogor, penyebab defisit BPJS Kesehatan antara lain:

1. Iuran yang ditetapkan oleh BPJS terlalu rendah, apalagi jika dibandingkan dengan manfaat yang diperoleh.
2. Rendahnya kolektabilitas. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bogor, kolektabilitas peserta mandiri BPJS Kesehatan sangat rendah. Pada tahun 2019 ditemukan sekitar 50.000 peserta kelas III mandiri yang tidak membayar iuran.
3. Celah pengelolaan yang rawan disalah-gunakan. Sebagai asuransi, BPJS sangat longgar dalam memberikan pelayanan, seperti misalnya untuk menjadi peserta JKN tidak ada *screening* atau pemeriksaan kesehatan awal, sehingga ketika peserta mendaftar kemudian sakit dan dirawat, setelah sembuh banyak yang tidak membayar iuran.
4. Cakupan manfaat BPJS sangat besar, baik dari jumlah peserta maupun jenis pelayanannya. Sebagai asuransi sosial bidang kesehatan, seharusnya BPJS tidak

menanggung semua jenis tindakan layanan kesehatan. Hal ini karena pemerintah punya keterbatasan fiskal sehingga harus ada mekanisme *cost sharing* (baik oleh individu maupun asuransi swasta) yang perlu dipikirkan dalam jangka panjang agar JKN tetap dapat berjalan secara berkelanjutan. Selain itu, masyarakat berkontribusi dengan cara hidup sehat sehingga pendekatan kuratif dan rehabilitatif berkurang.

### 3.6. Kabupaten Semarang

Penduduk Kabupaten Semarang tahun 2018 sebanyak 1.040.629 jiwa dan tersebar di 19 kecamatan (BPS, 2019). Jumlah fasilitas kesehatan yang tersedia terdiri dari lima Rumah Sakit Umum, 26 Puskesmas, dan 67 Puskesmas pembantu. Berbagai fasilitas kesehatan ini dilayani oleh 69 dokter spesialis, 93 dokter umum, 47 dokter gigi, 446 bidan, 836 perawat umum dan 56 perawat gigi (BPS, 2019).

#### 1. Kepesertaan dan Kolektabilitas.

Sampai dengan 2018 jumlah peserta Program JKN di Kabupaten Semarang masih rendah, hanya mencapai 67 persen dari total penduduk seperti ditunjukkan pada Tabel 19.

Tabel 19. Jumlah Peserta JKN Kabupaten Semarang Berdasarkan Jenis Kepesertaan, 2019

Jenis Kepesertaan	Jumlah	% dari total penduduk
PBI APBN	286.160	27%
PBI APBD	85.812	8%
total PBI	371.972	36%
PPU PNS Daerah	27.141	3%
PPU PNS Pusat	6.367	3%
PPU TNI	6.616	1%
PPU POLRI	3.218	0,3%
PPU Pejabat Negara	10	0,0010%
PPU PPNPN	9.933	1%
PPU BUMN	4.021	0,4%
PPU BUMD	459	0,04%
PPU Swasta	196.696	19%
Total PPU	254.461	24%
PBPU/Mandiri	52.413	5%
Total PBPU/Mandiri	52.413	5%
PB (bukan pekerja)		
Total PB	21.989	2%
Total Kepesertaan	700.835	67%

Sumber: Diolah dari Kabupaten Semarang dalam Angka, 2019

Jika dilihat dari utilitas penggunaan layanan FKRTL, jumlah peserta non-PBI lebih banyak menggunakan layanan kesehatan dibandingkan dengan peserta PBI. Hal ini terlihat pada kasus di RSUD Ambarawa dan Ungaran.

Tabel 20. Data Jumlah Pasien RSUD Berdasarkan Jenis Kepesertaan BPJS, 2018

Jenis Kepesertaan	RSUD Ambarawa	RSUD Ungaran
BPJS PBI	24,214	15,502
BPJS Non-PBI	93,450	41,914
Jamkesda	6,051	484

Sumber: LKPJ Bupati Semarang 2018

Capaian kepesertaan JKN di Kabupaten Semarang per Agustus 2019 adalah 78 persen atau 801 ribu jiwa dari 1,02 juta jiwa dan penyerapan tertinggi berasal dari segmen PPU Pemerintah dan Bukan Pekerja (Pensiunan). Meskipun terdapat perbedaan data sebesar kurang lebih 100 ribu jiwa, secara umum data kepesertaan program JKN di Kabupaten Semarang masih belum optimal. Dalam rangka mencapai target kepesertaan tersebut, BPJS Kesehatan Cabang Ungaran melakukan sosialisasi ke 30 persen penduduk yang belum menjadi peserta melalui program *mobile one and one* (menghubungi masyarakat melalui telepon) dan *mobile customer services* (pekerja BPJS Kesehatan mengunjungi masyarakat langsung).

Selain kepesertaan yang tidak optimal terdapat juga masalah kolektabilitas yang rendah khususnya pada segmen PBPU. Dalam rangka mengoptimalkan kolektabilitas iuran peserta PBPU, BPJS Kesehatan Cabang Ungaran mengembangkan program kader JKN. Berdasarkan data BPJS Kesehatan Cabang Ungaran, pada kuartal pertama 2019, kader JKN telah berhasil mengumpulkan iuran sebanyak 715 juta rupiah dari peserta PBPU yang menunggak dan meningkatkan kolektabilitas iuran sampai ke angka 72,62 persen. Permasalahan lain seputar kepesertaan dan kolektabilitas program jaminan kesehatan masih mengemuka. Selain itu, melalui penggalian isu-isu utama dengan beberapa *stakeholders* di Kabupaten Semarang, ditemukan beberapa permasalahan yaitu:

- Terjadi *adverse selection*. Individu-individu yang sakit didaftarkan terlebih dahulu di segmen PBI APBD yang menyebabkan klaim rasio yang tinggi. Sementara untuk segmen PBI APBN hal tersebut tidak terjadi, bahkan terdapat kecocokan antara pemasukan dan pengeluaran
- Peran BPJS cabang hanya terbatas untuk memastikan eligibilitas peserta dan verifikasi data peserta. Sementara diperlukan pendataan yang akurat terkait apakah seseorang dikategorikan sebagai PBI atau tidak. Selama ini terdapat perbedaan

sumber data terkait peserta PBI, untuk PBI APBN berasal dari BDT sedangkan PBI APBD berasal dari rekomendasi dinas sosial di daerah sehingga tumpang tindih dan ketidakakuratan data kemungkinan besar terjadi.

- Hal ini juga diakui oleh Dinas Sosial Kabupaten Semarang yang menyayangkan masih banyaknya ditemukan data peserta PBI yang ditopang oleh APBN maupun APBD yang seharusnya tidak masuk kategori PBI dan sebaliknya peserta yang seharusnya masuk ke dalam kategori PBI malah tidak terdata. Namun sekretariat Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu (SLRT) Kabupaten Semarang dalam kesempatan berbeda menyatakan sedang melakukan pemutakhiran data dan desakan untuk melakukan perbaikan data semakin besar apalagi Kemensos telah menunjuk sebagai lokasi percontohan SLRT di tahun 2016. Sekretariat SLRT optimis mampu mensuplai data yang lebih baik untuk kepentingan perwujudan kesejahteraan sosial termasuk data PBI dalam waktu dekat.
- Defisit yang disebabkan karena jumlah kepesertaan yang tidak sesuai dengan jumlah kolektabilitas dan berdampak pada tingginya klaim. Saat ini pengenaan sanksi hanya terkait pendaftaran dan belum ada sanksi terkait kepatuhan bayar misalnya melalui pemotongan/pendebitan rekening. Oleh karena itu, diperlukan sebuah regulasi untuk mendorong kepatuhan bayar peserta.

## 2. Regulasi Pendukung Pelaksanaan JKN di Kabupaten Semarang

Dukungan Pemerintah Kabupaten Semarang terkait program Jaminan Kesehatan Nasional dituangkan dalam Peraturan Bupati Nomor 7 Tahun 2015 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Semarang (Ariandini, 2015). Pemerintah Kabupaten Semarang juga telah menerbitkan Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2018 tentang Penanggulangan Kemiskinan yang menekankan kesehatan sebagai kebutuhan dasar serta komitmen Pemerintah Kabupaten Semarang untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas.

Peraturan ini juga menegaskan hak warga miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan, bantuan kesehatan, peningkatan alokasi dana jaminan kesehatan daerah, peningkatan kepesertaan jaminan kesehatan, serta pemberian akses bagi yang belum memiliki kepesertaan jaminan kesehatan melalui Surat Keterangan Tidak Mampu dari Kepala Desa/Lurah dengan diketahui oleh Camat (Pasal 22 huruf; Pasal 24 huruf d, e, dan f).

## 3. Sumber Pendanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Semarang

Berdasarkan data ringkasan, laporan realisasi anggaran pendapatan, belanja dan pendanaan daerah Kabupaten Semarang pada tahun 2018 sebesar 2,11 triliun rupiah, sedangkan belanja

daerah mencapai 2,17 triliun rupiah. Jika dibandingkan antara pendapatan daerah dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD) Kabupaten Semarang, diketahui komposisi penerimaan asli daerah hanya sebesar 18 persen (383 miliar rupiah). Nilai ini turun jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang mencapai 417 miliar rupiah.

Tabel 21. Ringkasan Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan Daerah Tahun 2018

No	Uraian	Target	Realisasi	%
1	Pendapatan Daerah	2.108.012.241.000,00	2.117.401.003.194,60	100,45
2	Belanja Daerah	2.345.935.610.000,00	2.171.799.810.993,60	92,58
	Surplus/Defisit	(237.923.369.000,00)	(54.398.807.799,00)	22,86

Sumber: BKUD Kabupaten Semarang, 2018

Berdasarkan Laporan Keterangan Pertanggungjawaban (LKPJ) Bupati Kabupaten Semarang, jumlah PBI APBN adalah sebesar 289.383 jiwa sedangkan jumlah peserta PBI APBD adalah sebesar 40.466 jiwa. Terdapat perbedaan yang signifikan antara data yang dikeluarkan oleh BPS Semarang dengan data LKPJ tahun 2018. Jumlah penerima PBI APBD yang dilaporkan hanya 40.466 jiwa, sedangkan di dalam laporan BPS, PBI APBD yang dilaporkan sebanyak 85.812 jiwa. Temuan ini semakin menguatkan persoalan lemahnya pendataan PBI yang sebelumnya diutarakan oleh Dinas Sosial Kabupaten Semarang dan BPJS Kesehatan Cabang Ungaran.

Selain itu, berdasarkan data BKUD, terdapat peluang untuk meningkatkan pendapatan asli daerah sehingga dapat dialokasikan untuk program jaminan kesehatan. Jika hanya bergantung pada sumber yang ada, program jaminan kesehatan Kabupaten Semarang akan sulit untuk mandiri karena 82 persen pendapatan masih bergantung pada APBN. Ketika pendapatan asli daerah bisa berkontribusi lebih besar kepada program JKN maka perbaikan dan peningkatan fasilitas dan layanan kesehatan tidak hanya bergantung pada APBN.

#### 4. Implementasi Dana Kapitasi dan INA CBGs di Kabupaten Semarang

Menurut keterangan beberapa FKTP (seperti Puskesmas Tenganan, Puskesmas Ungaran, dan Klinik Gracia), sistem penyaluran dana kapitasi dilakukan dengan cara transfer dari BPJS Kesehatan ke rekening FKTP sesuai dengan jumlah peserta. Pemanfaatan dana kapitasi dilakukan berdasarkan Keputusan Bupati Semarang Nomor 441.91/0058/2019 tentang lokasi dana kapitasi yang mana 60 persen diperuntukkan untuk jasa pelayanan dan 40 persen diperuntukkan untuk operasional.

Berbeda dengan mekanisme kapitasi yang *straight-forward*, mekanisme INA CBGs telah menimbulkan beberapa permasalahan operasional rumah sakit baik rumah sakit

umum daerah maupun rumah sakit swasta. Hal ini dikarenakan sistem klaim INA CBGs dilakukan berdasarkan *coding*. Sistem ini dapat langsung mengidentifikasi kesesuaian klaim dengan *coding* tarif. Di satu sisi sistem ini sangat baik karena memperkecil kemungkinan terjadinya *fraud* namun tarif INA CBGs sendiri dianggap sangat rendah oleh rumah sakit. Skema klaim INA CBGs juga dianggap kaku bahkan mekanismenya kerap berubah. Namun menurut keterangan BPJS Kesehatan Cabang Ungaran proses pembayaran klaim ke RSUD dan RS swasta dilakukan melalui *cash pooling* dan klaim yang masuk terlebih dahulu akan dibayarkan lebih dahulu (kurang lebih 15 hari kerja sejak klaim diajukan). Berdasarkan hasil wawancara dengan RSUD Ungaran, tarif INA CBGs tidak sesuai dengan *real cost* sehingga menyebabkan rumah sakit kesulitan menutupi kelebihan biaya.

Lebih jauh lagi, keterlambatan pembayaran klaim ke rumah sakit telah berdampak pada operasional rumah sakit. RSUD Ungaran misalnya mengalami kesulitan untuk meningkatkan fasilitas rumah sakit karena masih menunggu pencairan klaim yang belum dibayarkan selama lima bulan terakhir sebesar 20 miliar rupiah. RSUD Ungaran melayani pasien rawat jalan sekitar 300-400 per hari dan hanya memiliki 187 tempat tidur untuk rawat inap. Defisit yang disebabkan oleh INA CBGs ditambah klaim yang belum terbayar sangat menyulitkan manajemen RSUD untuk membiayai operasional rumah sakit sehari-hari maupun merencanakan penambahan ruangan dan tempat tidur rawat inap.

Tabel 22. Data Jumlah Pasien RSUD Berdasarkan Jenis Kepesertaan BPJS 2018

Jenis Kepesertaan	RSUD Ambarawa	RSUD Ungaran
BPJS BPI	24.214	15.502
BPJS Non-BPI	93.450	41.914
Jamkesda	6.051	484

Sumber: LKPJ Bupati Semarang 2018

## 5. Indikasi Faktor Penyebab Defisit JKN Berdasarkan Pelaksanaannya di Kabupaten Semarang

Berdasarkan temuan di lapangan, terdapat empat indikasi penyebab defisit BPJS Kesehatan di Kabupaten Semarang, yaitu:

1. Iuran yang berlaku saat ini di bawah nilai perhitungan aktuarial. Hal ini menyebabkan tidak ada ruang untuk menutupi tunggakan yang terjadi, karena tanpa tunggakan pun secara keuangan BPJS Kesehatan selalu dalam keadaan defisit.
2. *Adverse selection* yang terjadi pada awal pelaksanaan program JKN di Kabupaten Semarang telah menyebabkan hanya pasien-pasien dengan penyakit kronik yang

didaftarkan terlebih dahulu, sehingga beban klaim yang ditanggung menjadi sangat tinggi.

3. Sosialisasi tentang konsep dasar program JKN dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan tidak dilakukan diawal implementasi, sehingga terdapat pemahaman yang salah. Hal inilah yang menyebabkan peserta BPJS Kesehatan hanya mendaftar/membayar ketika sakit dan menunggak iuran setelah tidak menggunakan pelayanan BPJS Kesehatan.

Penunggakan peserta dari segmen PBPU dianggap sebagai salah satu penyebab defisit yang membuat keterlambatan pembayaran klaim kepada rumah sakit. Usaha-usaha yang dapat dilakukan untuk menutup defisit antara lain dengan menaikkan iuran. Namun rencana kenaikan iuran ini menimbulkan reaksi penolakan yang kuat dari masyarakat terutama kelas menengah ke bawah (PBPU). Berdasarkan responden yang kami wawancarai, ada yang merasa tidak keberatan dengan kenaikan iuran, namun ada pula yang merasa keberatan. Masyarakat yang setuju terhadap kenaikan iuran merupakan peserta Penerima Bantuan Iuran yang dibayarkan oleh pemerintah dan Peserta Penerima Upah yang iurannya dibayarkan oleh pemberi kerja. Sebaliknya, peserta yang menolak biasanya merupakan peserta mandiri.

Selain penutupan lubang-lubang defisit, yang paling penting untuk dikembangkan adalah rencana agar program JKN dapat berkelanjutan melalui pajak atau cukai rokok. Potensi cukai rokok ini perlu digali lebih lanjut karena Kabupaten Semarang merupakan lokasi produksi dua pabrik rokok besar di Indonesia.



## Bab 4

# ANALISIS AKAR PERMASALAHAN DEFISIT JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

JKN merupakan suatu “ekosistem” yang terdiri dari berbagai pihak yang memiliki satu tujuan yang sama, yakni akses kesehatan untuk semua tanpa menjadi beban finansial. Ekosistem JKN terdiri atas BPJS Kesehatan, masyarakat pengguna layanan, fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan hingga pemerintah pusat maupun daerah. Masing-masing pihak pada ekosistem tersebut saling berkaitan untuk implementasi JKN yang bertujuan untuk mewujudkan Universal Health Coverage (jaminan kesehatan semesta).

BPJS Kesehatan yang berperan sebagai lembaga penyelenggara JKN dibentuk pada 1 Januari 2014. Sesuai dengan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan bertugas untuk melakukan/menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran peserta dan pemberi kerja, menerima bantuan iuran dari pemerintah, mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, membayarkan manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan hingga memberikan informasi mengenai penyelenggara program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Masyarakat dalam ekosistem jaminan kesehatan nasional berperan sebagai pembayar iuran dan sebagai pihak yang menerima layanan kesehatan. Berdasarkan kategori peserta BPJS Kesehatan, masyarakat yang termasuk dalam kategori selain penerima bantuan iuran dapat memilih kelas layanan, yakni kelas 1 hingga kelas 3 yang disesuaikan dengan besaran pembayaran iuran sesuai kelas layanan.

Fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan sebagai kesatuan dalam menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas untuk masyarakat. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat. Fasilitas kesehatan terdiri atas Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Sementara itu, pemerintah daerah dan pemerintah pusat menjadi pihak yang memiliki wewenang untuk membuat kebijakan terkait pelaksanaan JKN. Pemerintah pusat dan daerah juga memiliki wewenang dalam penentuan peserta Penerima Bantuan Iuran yang ber sumber dari APBN maupun APBD.

Pada pelaksanaan riset, kami menghadapi beberapa tantangan yang datang dari pihak BPJS Kesehatan. Setelah mengirimkan surat resmi baik melalui kurir maupun email, BPJS kesehatan baik di level pusat maupun beberapa daerah tidak merespon dan cenderung menutup-nutupi dalam memberikan informasi. Hal ini sangat disayangkan mengingat BPJS Kesehatan sebagai badan pelayanan publik seharusnya transparan dalam memberikan informasi kepada masyarakat. Hal ini sebagai fungsi kontrol masyarakat agar kinerja dapat diawasi dan tetap akuntabel.

*“penyebab utama defisit adalah reventuennya yang kekurangan. Iuran rendah, ditambah lagi banyak yang tidak melaporkan upah yang sebenarnya”*

(Hasbullah Thabrany)

## 4.1 Indikasi Akar Permasalahan Defisit Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan hasil temuan lapangan, beberapa indikasi akar penyebab defisit jaminan kesehatan nasional, baik yang berasal dari internal maupun eksternal adalah: 1) pendapatan dan beban yang tidak seimbang; 2) kontribusi iuran yang masih rendah; 3) belum maksimalnya kepesertaan dan masih rendahnya kedisiplinan peserta; 4) beban pembiayaan kesehatan untuk penyakit katastropik terus meningkat; 5) FKTP tidak berfungsi maksimal; 6) inefisiensi rujukan berjenjang di FKRTL; 7) kurangnya transparansi dan akuntabilitas atas pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan. Berikut adalah uraiannya:

## 1. Pendapatan dan Beban yang Tidak Seimbang

Posisi keuangan sebagaimana ditampilkan pada Tabel 23 menunjukkan penyebab utama defisit adalah pengeluaran yang lebih besar daripada pemasukan. Pemasukan utama BPJS Kesehatan adalah iuran peserta yang mencakup 99 persen dari total pemasukan. Beban jaminan kesehatan dan operasional pelaksanaan BPJS kesehatan yang berkisar 105 – 120 persen dari pendapatan iuran sehingga defisit tak terhindarkan.

Tabel 23. Rasio Klaim Antara Pendapatan Iuran dan Biaya Kesehatan (dalam juta rupiah)

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Pendapatan</b>					
Pendapatan Iuran	40.719.862	52.778.121	67.404.011	74.246.641	81.975.180
Beban Jaminan Kesehatan	42.658.701	57.083.273	67.247.884	84.444.864	94.296.845
Rasio Klaim (Beban/ Iuran)	105%	108%	100%	114%	115%
Beban Operasional	2.476.992	2.554	3.625.662	3.809.233	3.768.829
% (operasional / iuran)	6%	0%	5%	5%	5%
Rasio Iuran / (Beban Jaminan dan operasional)	111%	108%	105%	119%	120%

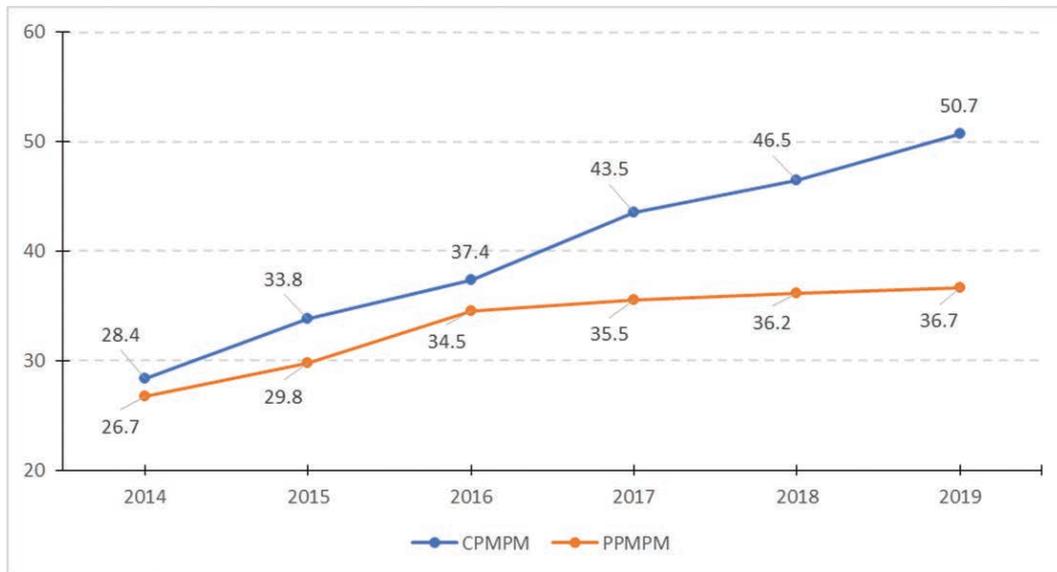
Sumber: diolah dari laporan BPJS Kesehatan

Data tahun 2018 menunjukkan segmen pekerja informal (PPU), Bukan Pekerja (BP), dan peserta yang didaftarkan oleh pemerintah daerah (PBI APBD) menyumbang defisit sebesar 26.18 triliun rupiah. Sementara pekerja formal swasta, aparat sipil negara, Polri dan TNI (PPU), dan orang miskin tidak mampu (PBI) menyumbang surplus sebesar 11.716 triliun rupiah. Sehingga secara total terjadi defisit sebesar 14.464 triliun rupiah.

Berdasarkan analisa Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), BPJS Kesehatan akan mengalami defisit berkepanjangan karena kontribusi peserta tidak mencukupi biaya yang dikeluarkan. Kenaikan pengeluaran disebabkan oleh beberapa faktor yaitu: 1) tren biaya naik karena tingkat penggunaan atau pemanfaatan semakin baik; 2) akses masyarakat terhadap faskes dan nakes semakin baik karena faskes dan nakes mitra BPJS bertambah banyak; dan 3) profil epidemiologi masyarakat.

Selain itu pada gambaran pada Grafik 2 menunjukkan adanya selisih antara pendapatan iuran/premi per orang per bulan (popb) dan beban iuran/premi popb dari program JKN tahun 2014-2019. Grafik tersebut menunjukkan bahwa beban iuran lebih besar daripada pendapatan iuran, sehingga program JKN selalu mengalami defisit. Lebih lanjut, pada tahun 2014-2019 gap antara beban dan pendapatan semakin melebar, menunjukkan bahwa defisit semakin besar.

Grafik 2. Tren Realisasi Celah Antara Iuran (Premium per Member per Month (PPMPM) dengan biaya Cost per Member per Month (CPMPM)) 2014 – 2019 (dalam ribu rupiah)



Sumber: BPJS Kesehatan, diolah

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) memproyeksikan defisit JKN terus bertambah dari 28 triliun rupiah pada tahun 2019 dan akan naik menjadi 86 triliun rupiah pada tahun 2024 (Mundiharno, Němec, Rabovskaja, & Spatz, n.d.). BPJS Kesehatan mengelola sumber pendanaan JKN sesuai Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 (telah dijelaskan pada Bab 2 mengenai kebijakan pendanaan). Berdasarkan peraturan tersebut, pendapatan BPJS Kesehatan adalah iuran peserta, aset dari badan jaminan sosial sebelumnya, hasil investasi dan sumber lain. Kemudian Peraturan Presiden No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pada pasal 99 dan 100 juga menegaskan pemerintah daerah wajib menyisihkan 75 persen dari 50 persen pendapatan pajak rokok untuk pendanaan JKN dengan perkiraan sebesar 1,48 triliun rupiah.

Tabel 24. Pendapatan dan Beban BPJS Kesehatan (dalam juta rupiah)

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Pendapatan</b>					
Pendapatan Iuran	40.719.862	52.778.121	67.404.011	74.246.641	81.975.180
Pendapatan lain	62.326	143.439	65.453	220.237	266.600
Pendapatan Investasi	731.632	118.596	111.041	150.941	20.387
Kontribusi BPJS Kesehatan	-	1.071.070	-	135.271	-
Hibah dari BPJS Kesehatan	-	1.540.000	-	-	-
Pajak Rokok	-	-	-	-	682.387

Bantuan Pemerintah	-	-	6.827.891	3.600.000	10.256.466
<b>Total</b>	<b>41.513.820</b>	<b>55.651.226</b>	<b>74.408.396</b>	<b>78.353.090</b>	<b>93.201.020</b>
<b>Beban</b>					
Beban Jaminan Kesehatan	42.658.701	57.083.273	67.247.884	84.444.864	94.296.845
Beban Operasional	2.476.992	2.554	3.625.662	3.809.233	3.768.829
Beban Investasi	134.872	27.457	14.018	28.216	2.075
Beban Penyisihan Piutang	121.317	710.272	854.212	375.525	63.728
Beban Lain	10.590	149.921	18.115	45.887	432.886
Beban Cadangan teknis	(579.507)	3.437.821	2.140.071	4.113.837	6.324.220
<b>Total</b>	<b>44.822.965</b>	<b>61.411.298</b>	<b>73.899.962</b>	<b>92.817.562</b>	<b>104.888.583</b>
<b>Pendapatan-Beban</b>	<b>(3.309.145)</b>	<b>(5.760.072)</b>	<b>508.434</b>	<b>(14.464.472)</b>	<b>(11.687.563)</b>

Sumber: diolah dari laporan BPJS Kesehatan

Tabel 24 memperlihatkan realisasi pendapatan dan beban pembiayaan JKN serta selisih pendapatan dan beban yang dikelola BPJS Kesehatan selama ini. Dapat dilihat sumber pendapatan BPJS Kesehatan hampir seluruhnya bertumpu pada iuran peserta. Sementara itu, pendapatan sumber lain seperti penghasilan investasi, sumbangan hibah pemerintah, dan dana pajak rokok daerah masih belum maksimal.

Persoalan defisit yang terus terjadi dan semakin besar setiap tahunnya menunjukkan strategi kebijakan yang dilakukan oleh pemerintah dan BPJS Kesehatan belum berhasil. Sembilan bauran untuk mengurangi defisit antara lain: 1) cakupan PBI 92,4 juta jiwa dengan iuran sebesar 23.000 rupiah dibayar di muka, 2) pemotongan dana transfer daerah atas tunggakan iuran pemerintah daerah sebagai pemberi kerja, 3) pembatasan dana operasional dari iuran maksimal sebesar 4,8 persen, 4) peningkatan peran pemerintah daerah melalui penggunaan dana pajak rokok (75 persen dari 50 persen *earmarked*), 5) perbaikan manajemen klaim fasilitas kesehatan atau mitigasi *fraud* yang sesuai dengan *strategic purchasing*, 6) perbaikan sistem rujukan dan rujuk balik yang terus dioptimalkan, 7) *cost sharing* pada pelayanan yang berpotensi *moral hazard* yang ditindaklanjuti dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 51 Tahun 2018 tentang urun dan selisih biaya, 8) pelaksanaan kapitasi berbasis kinerja pada FKTP, dan 9) sinergitas antara BPJS Kesehatan, ASABRI, Jasa Raharja, dan TASPEN.

Akan tetapi, bauran kebijakan tersebut belum mampu menyelesaikan persoalan defisit karena tidak menyentuh inti persoalan yaitu iuran yang terlalu rendah. Jika iuran tidak dinaikkan sesuai dengan perhitungan aktuarial secara berkala dan efektifitas-efisiensi pelayanan tidak dilakukan serta akuntabilitas-transparansi pengelolaan dana tidak ditingkatkan, maka akan sulit mengatasi permasalahan defisit.

## 2. Kontribusi iuran yang Masih Rendah

Defisit BPJS Kesehatan saat ini hanya dilihat dari sisi pengeluaran yang terlalu tinggi dan bukan dari sisi penerimaan yang rendah. Salah satu masalah utama yang dihadapi BPJS Kesehatan adalah pendapatan yang masuk dari iuran peserta tidak sebanding dengan besarnya dana yang dikeluarkan atau terjadinya

ketidaksesuaian (*mismatch*) untuk membayar biaya kesehatan. Harus diakui, *mismatch* sulit dihindari lantaran struktur iuran yang ditetapkan pemerintah berada di bawah hitungan aktuarial. Hitungan aktuarial sebenarnya telah menetapkan batas bawah iuran atau iuran ideal. Namun dengan beberapa pertimbangan politis dan ekonomis, pemerintah menetapkan besaran iuran di bawah hitungan ideal aktuarial sehingga pendanaan JKN mengalami defisit.

Hal tersebut dapat dilihat dari skema iuran bagi peserta PPU (Pekerja Penerima Upah) yang ditetapkan sebesar lima persen dari gaji/upah per bulan sebagaimana diatur dalam Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Perhitungan persentase besaran iuran menggunakan batas gaji/upah per bulan paling tinggi sebesar Rp 8.000.000 dan paling rendah sesuai dengan upah minimum kabupaten/kota atau provinsi. Lalu, gaji/upah yang digunakan dasar perhitungan iuran untuk pejabat negara dan ASN hanya gaji/upah pokok dan tunjangan keluarga. Sedangkan, bagi untuk PPU non-pejabat dan non-ASN, gaji/upah yang digunakan dasar perhitungan iuran gaji/upah pokok dan tunjangan tetap.

Batasan atas gaji/upah per bulan sebesar Rp 8.000.000 yang dipergunakan sebagai dasar perhitungan besaran persentase iuran bagi peserta PPU menjadi salah satu faktor yang mengakibatkan rendahnya penerimaan iuran BPJS Kesehatan. Dengan meningkatnya pendapatan per kapita Indonesia, maka batas atas gaji/upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran harus dinaikkan sehingga secara nominal akan menaikkan iuran. Batas atas gaji/upah dapat dipatok sebesar Rp 25 juta dan dinaikkan 15-20 persen dalam tiap dua tahun. Di samping itu, bagi PPU pejabat negara dan ASN yang hanya dihitung gaji/upah pokok dan tunjangan keluarga juga mengakibatkan kurangnya penerimaan iuran BPJS Kesehatan. Padahal struktur gaji pejabat dan ASN terbesar pada tunjangan jabatan.

Contoh kasus seorang professor (ASN) mempunyai gaji pokok lima juta rupiah, tunjangan jabatan 10 juta rupiah dan tunjangan kinerja lima juta rupiah jika ditotal berjumlah 20 juta rupiah. Dengan aturan yang berlaku saat ini, professor tersebut hanya

*“penyebab utama defisit adalah reventuennya yang kurang. Iuran rendah, ditambah lagi banyak yang tidak melaporkan upah yang sebenarnya”*

*(Hasbullah Thabrany)*

membayar 250 ribu rupiah. Hitungan itu diambil dari gaji pokok dan tunjangan keluarga, jika diambil dari total gaji termasuk tunjangan jabatan, maka iuran yang harus dibayar bisa mencapai satu juta rupiah (5 persen dari Rp 20 juta rupiah). Sehingga dapat dikatakan potensi penerimaan dari iuran tidak maksimal.

Besaran iuran telah mengalami berbagai perubahan dan yang terbaru telah ditetapkan dalam Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Namun, penetapan iuran tersebut diajukan *judicial review* dan dibatalkan oleh Mahkamah Agung sehingga kenaikan batas atas dan kenaikan iuran batal. Iuran yang saat ini dalam posisi *underpriced* dan jauh dari perhitungan aktuarial yang dilakukan oleh DJSN pada 2015. Rinciannya adalah sebagai berikut:

Tabel 25. Perbandingan Besaran Iuran Antara Perhitungan Aktuarial Tahun 2015 dan Penyesuaian Iuran Tahun 2018

No.	Segmen Peserta	Perhitungan Aktuarial DJSN 2015	Penetapan Pemerintah 2018	Selisih
1.	Penerima Bantuan Iuran	Rp 36.000	Rp 23.000	(Rp13.000)
2.	Peserta Penerima Upah:			
	a. Potongan upah	6%	5%	-1%
	b. Batas Atas Upah	6 x PTKP K/1	Rp 8.000.000	
	c. Batas Bawah Upah	UMR Kab/Kota	UMR Kabupaten/Kota	
3.	Peserta Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja:			
	a. Kelas I	Rp 80.000	Rp 80.000	-
	b. Kelas II	Rp 63.000	Rp 51.000	(Rp12.000)
	c. Kelas III	Rp 53.000	Rp 25.500	(Rp27.500)

Sumber: Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018

Berdasarkan Tabel 25, dapat dilihat selisih antara besaran iuran dan aktuarial pada hampir seluruh segmen peserta. Ketidaksihesuaian besaran iuran yang ditetapkan dengan besaran iuran yang disarankan oleh DJSN menyebabkan biaya Per Orang Per Bulan (POPB) lebih besar daripada iuran sehingga terjadilah defisit. Data realisasi iuran peserta, kontribusi iuran peserta, dan realisasi biaya pelayanan yang diolah berdasarkan laporan BPJS Kesehatan ditampilkan pada Tabel 26-28. Pada tahun 2018 rata-rata iuran peserta adalah 394.009 rupiah per tahun, sementara klaim jaminan kesehatan adalah 453.232 rupiah per tahun atau selisih 59.223 rupiah per peserta per tahun.

Tabel 26. Realisasi luran BPJS Kesehatan (dalam juta rupiah)

Segmen	2014	2015	2016	2017	2018
PBI	21.284.527	24.097.595	28.380.161	30.269.382	32.294.457
PPU	16.198.482	26.937.373	31.724.618	35.424.417	39.007.746
PBPU	1.885.436	4.453.577	5.245.056	6.971.990	8.967.670
BP	1.351.416	1.627.399	1.916.617	1.733.290	1.705.307
Total	40.719.862	57.115.944	67.266.452	74.399.079	81.975.180

Sumber: BPJS Kesehatan, diolah

Tabel 27. Rata-Rata Kontribusi luran per Peserta per Tahun dan per Bulan (dalam rupiah)

Segmen	2014		2015		2016		2017		2018	
	Org/th	Org/Bln								
PBI	223.654	18.638	243.412	20.284	266.444	22.204	268.597	22.383	264.750	22.062
PPU	665.860	55.488	711.452	59.288	773.258	64.438	789.120	65.760	782.768	65.231
PBPU	208.270	17.356	297.664	24.805	271.251	22.604	274.511	22.876	288.347	24.029
BP	277.133	23.094	327.658	27.305	378.709	31.559	346.073	28.839	331.780	27.648
Total	305.192	25.433	364.282	30.357	391.222	32.602	395.757	32.980	394.009	32.834

Sumber: BPJS Kesehatan, diolah

Tabel 28. Realisasi Biaya Pelayanan Berdasar Laporan BPJS Kesehatan 2014-2018 (juta rupiah)

Jenis layanan	2014	2015	2016	2017	2018
<b>FKTP</b>					
Promotif dan preventif	146.904	99.390	142.438	207.709	297.622
Kapitasi	8.347.850	11.510.000			
Pelayanan non Kapitasi. Non CBGs	3.724.375				
Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)			12.308.391	12.777.198	13.732.264
Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)			768.245	894.548	1.102.827
<b>FKRTL</b>					
Rawat Jalan Tindak Lanjut (RJTL)	6.912.247	45.470.000	16.539.205	23.524.143	27.384.415
Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL)	23.527.325	6.311.146	37.489.605	47.041.265	51.779.716
Total	42.658.701	57.079.390	67.247.884	84.444.863	94.296.844
<b>Jumlah Klaim per tahun</b>	<b>319.724</b>	<b>364.049</b>	<b>391.114</b>	<b>449.194</b>	<b>453.232</b>
<b>Jumlah Klaim per bulan</b>	<b>26.644</b>	<b>30.337</b>	<b>32.593</b>	<b>37.433</b>	<b>37.769</b>

Sumber: BPJS Kesehatan, diolah

Pada akhir 2019, pemerintah melalui Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menetapkan kenaikan iuran BPJS Kesehatan hingga 100 persen untuk peserta PBU dan PBI yang ditandatangani pada 20 Oktober 2019. Namun, pada Maret 2019 Mahkamah Agung membatalkan Perpres 75/2019 tersebut sehingga membatalkan kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang kenaikannya berlaku mulai 1 Januari 2020.

Dalam Perpres 75/2019 juga menaikkan batas atas gaji/upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran persentase iuran bagi peserta PPU sebesar Rp 12.000.000. Berikut adalah rincian kenaikan iuran berdasar Perpres 75/2019 yang telah dibatalkan oleh Mahkamah Agung seperti terlihat pada Tabel 29.

Tabel 29. Kenaikan Iuran Peserta JKN 2019

Kategori	Iuran Lama	Iuran Baru	Kenaikan
Kelas 1	80.000	160.000	100%
Kelas 2	51.000	110.000	100%
Kelas 3	25.500	42.000	65%
PBI	23.000	42.000	83%

Sumber: Perpres No 82 Tahun 2018 dan Perpres No. 75 Tahun 2019

Temuan lapangan menunjukkan berbagai respon atas kebijakan kenaikan iuran tersebut dari berbagai pihak seperti pemerintah, penyedia layanan dan peserta JKN. Berikut adalah respon yang didapatkan:

1. Bagi pihak pemerintah, respon yang diberikan antara lain: 1) perlu memvalidasi ulang peserta PBI untuk memastikan peserta PBI tepat sasaran; 2) mengeksplorasi kemungkinan untuk kembali ke Jamkesda dengan sistem *pay for service*.
2. Respon dari penyedia layanan kesehatan: pihak rumah sakit menanggapi iuran BPJS Kesehatan lebih rendah dibandingkan dengan aktual kebutuhan layanan kesehatan. Selain itu, bagi pihak RS kenaikan iuran harus disertai dengan kenaikan tarif INA CBGs sehingga hal ini berdampak positif bagi pendapatan rumah sakit.
3. Peserta mandiri baik kelas I, II maupun III memberikan tanggapan atas kenaikan iuran sebagai berikut:

Tabel 30. Respon kenaikan iuran JKN 2019

Respon	Alasan
Tidak setuju	Bagi Pekerja Penerima Upah (PPU), kenaikan iuran tidak terlalu berpengaruh karena tidak sepenuhnya dibayar sendiri. Meski demikian, mereka tidak setuju dengan kenaikan iuran karena merasa fasilitas dan pelayanan JKN masih belum optimal. Sebagian besar lebih memilih langsung datang ke rumah sakit dengan menggunakan uang pribadi.
Keluar atau turun kelas	Beberapa responden peserta mandiri akan memilih keluar dari kepesertaan atau memilih turun kelas ke yang lebih rendah, dengan alasan kualitas pelayanan dan fasilitas kesehatan masih rendah. Bahkan mereka masih harus membeli obat di luar.
Memberatkan	Peserta mandiri kelas III mengeluhkan kenaikan iuran yang mendekati 65 persen karena kepesertaan berbasis Kartu Keluarga (KK) menyebabkan penambahan jumlah pengeluaran bulanan. Peserta mandiri dengan penghasilan di bawah UMR dan anggota keluarga yang terdaftar dalam KK lebih dari 3 orang akan sangat kesulitan dengan kenaikan tersebut. Kondisi ini membuat mereka memilih menunggak pembayaran iuran, apalagi bagi keluarga yang jarang sakit.
Kenaikan dinilai terlalu besar	Bisa lebih diterima bila kenaikan hanya 10-20 persen, atau dilakukan bertahap.
Akan beralih ke asuransi swasta	Kualitas pelayanan yang diberikan asuransi swasta dinilai lebih cepat dan bisa mendapat pengembalian iuran sampai tingkat tertentu bila tidak ada klaim pengeluaran.

Sumber: olahan penelitian

Data BPJS Kesehatan per Desember 2019 mencatat, sebanyak 792.854 peserta JKN-KIS melakukan penurunan kelas. Jumlah peserta yang turun dari kelas 1 ke 2 sebanyak 96.735 jiwa, dari kelas 1 ke 3 sebanyak 188.088 jiwa, dan yang turun dari kelas 2 ke 3 sebanyak 508.031 jiwa (Media Indonesia, 2020). Kenaikan iuran harus tetap dilakukan pemerintah untuk menjamin keberlanjutan JKN sebagai asuransi sosial dengan prinsip gotong royong. Meskipun kenaikan iuran dinilai memberatkan, namun manfaat yang didapatkan oleh masyarakat dari JKN cukup tinggi. Berikut adalah perbandingan kelebihan dan kekurangan antara JKN dengan asuransi swasta:

Tabel 31. Perbandingan kelebihan dan kekurangan antara JKN dan asuransi swasta

Jenis Perbandingan	JKN	Asuransi swasta
Biaya premi/iuran	Minimum Rp 42.000 per bulan (setelah dinaikan)	Mulai dari Rp 350.000 per bulan
Limit	Tidak ada plafon	Ada plafon
Masa proteksi	Seumur hidup	Terdapat jangka waktu perlindungan dengan ketentuan usia maksimal tertentu, misal 70 tahun

Manfaat	Rawat jalan, rawat inap, layanan optik dan kehamilan	Ada asuransi yang mensyaratkan premi lebih tinggi untuk rawat jalan
Layanan	Ada prosedur berjenjang dengan sistem rujukan	Tanpa prosedur berjenjang
Jangkauan wilayah	Nasional	Bisa internasional
Pilihan rumah sakit	Ada sistem berjenjang. Jika penyakit bisa ditangani di FKTP, maka peserta tidak bisa mendapatkan perawatan di rumah sakit	Lebih leluasa memilih rumah sakit untuk perawatan
Penyakit bawaan	Tanpa <i>medical check up</i> , penyakit bisa ditanggung oleh JKN. Hampir semua penyakit kritis ditanggung oleh BPJS Kesehatan, antara lain: penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes melitus, katarak, dan vertigo	Terkadang membutuhkan <i>medical check up</i> dan biasanya penyakit bawaan tidak masuk tanggungan. Asuransi swasta tidak menanggung penyakit-penyakit kritis, terkecuali mengambil tambahan manfaat dan premi pun bertambah
Double claim	Tidak bisa	Bisa
Nilai investasi	Tidak ada keuntungan investasi dan asuransi jiwa	Menggabungkan antara asuransi dan investasi

Sumber: olahan penelitian

Jika dilihat berdasarkan Tabel 31, dapat dikatakan dengan jumlah iuran yang cukup rendah, masyarakat bisa mendapatkan layanan kesehatan yang lebih optimal dibandingkan asuransi swasta karena nilai manfaat yang didapatkan cukup tinggi. Selain itu, untuk peserta yang berencana keluar dari kepesertaan JKN akan bertentangan dengan regulasi. Berdasarkan UU SJSN No 40 Tahun 2004 dalam pasal 4 disebutkan bahwa kepesertaan bersifat wajib. Disebut wajib karena sesuai dengan prinsip penyelenggaraan SJSN yaitu kegotong royongan yakni peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud untuk seluruh penduduk, tanpa memandang status sosial, gender, atau usia. Jaminan sosial bertujuan untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabat menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur. Oleh karena itu, sosialisasi pemahaman prinsip asuransi sosial perlu dilakukan lebih baik lagi.

### 3. Belum Maksimalnya Kepesertaan dan Masih Rendahnya Kedisiplinan Peserta

Cakupan kepesertaan JKN per September 2019 sebesar 82 persen dari total jumlah penduduk Indonesia dan kepesertaan paling banyak didominasi oleh PBI yaitu 59 persen (131.330.361 jiwa), PPU sebanyak 24 persen (52.260.389 jiwa), PBPU 15 sebanyak persen

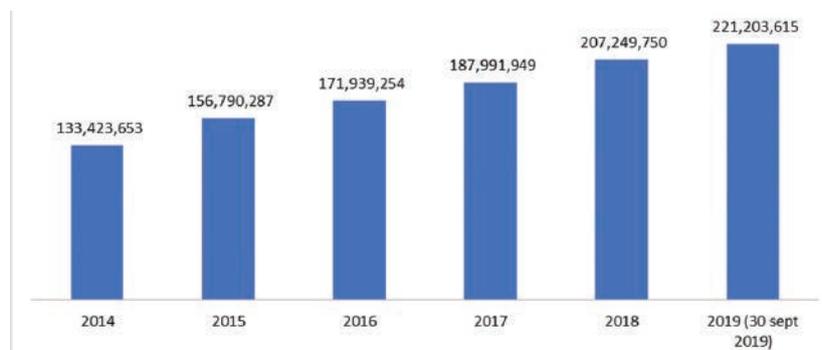
(32.606.544 jiwa), dan BP sebesar dua persen (5.006.321 jiwa), seperti terlihat pada Grafik 3. Cakupan kepesertaan belum maksimal karena data kepesertaan PBI yang masih bermasalah, rendahnya kepesertaan PBPU, dan perluasan kepesertaan PPU belum maksimal.

Rendahnya kepesertaan PBPU disebabkan rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya asuransi kesehatan dan pemahaman yang salah tentang prinsip asuransi sosial. Keengganan masyarakat mengikuti program dikarenakan rendahnya pengetahuan mengenai program, kurangnya sosialisasi, dan kurangnya media promosi kesehatan. Umumnya peserta mandiri mendaftarkan diri menjadi peserta JKN jika sudah sakit berat dan butuh biaya banyak. Kecenderungan yang terjadi di masyarakat, peserta PBPU yang telah menerima pelayanan tidak membayar lagi iurannya. Banyaknya masyarakat yang mendaftarkan diri menjadi PBPU setelah didiagnosa sakit membuktikan strategi sosialisasi yang telah dilaksanakan belum maksimal.

“kasih tahu rakyat bahwa belanja kesehatan adalah belanja untuk kita semua, kasih tahu bahwa suatu saat kita sakit, maka kita bertanggung jawab pada diri kita supaya tidak dikasihani orang dan taruhlah uang di BPJS, jadi ketika kita sakit, kita bisa berobat full dari uang kita yang ada di BPJS”

(Hasbullah Thabrany)

Grafik 3. Cakupan Kepesertaan JKN 2014 – 2019 (dalam juta jiwa)



Sumber: laporan tahunan BPJS Kesehatan 2014 – 2019

Perluasan kepesertaan PPU yang belum maksimal juga menjadi tantangan yang cukup mencengangkan. Berdasarkan temuan Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP) terdapat 50.475 badan usaha yang belum tertib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Ada sekitar 528.120 pekerja yang belum didaftarkan oleh 8.314 badan usaha. Selain itu, ada 2.348 badan usaha yang tidak melaporkan gaji dengan benar (Fitra, 2019).

Beberapa hal yang menjadi penyebab rendahnya cakupan kepesertaan PPU antara lain: 1) rendahnya kepercayaan badan usaha terhadap kualitas layanan JKN, 2) keengganan

mematuhi alur pelayanan kesehatan berjenjang, dan 3) belum maksimalnya sanksi dan penegakan hukum bagi badan usaha yang menunggak dan yang tidak mendaftarkan pekerjanya menjadi peserta JKN.

Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengatur kebijakan pengumpulan dana untuk program JKN yaitu berasaskan gotong royong dengan kewajiban seluruh masyarakat dari seluruh segmen berkontribusi dalam program JKN untuk membantu masyarakat miskin dan hampir miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Berdasarkan laporan BPJS Kesehatan tahun 2017 dan 2018, berikut adalah tingkat kolektabilitas iuran:

Tabel 32. Tingkat Kolektabilitas Peserta Tiap Segmen 2017 – 2018

Kolektabilitas iuran	2017	2018
PBI	103,98%	101,3%
- PBI APBN	99,45%	100,00%
- PBI APBD	108,51%	102,75%
PPU	83,58%	100,50%
- PPU Negara	96,79%	100,45%
- PPU Badan	76,69%	100,53%
PBPU	79,93%	96,50%
BP	96,32%	99,94%
Total	89,71%	100,08%

Sumber: laporan BPJS Kesehatan

Dalam pelaksanaannya, masih terjadi ketidakpatuhan masyarakat terutama kelompok PBPU sehingga konsep gotong royong sebagai landasan utama model asuransi sosial tidak berjalan secara baik. Hingga 2019 sudah ada 686.735 kanal pembayaran untuk meningkatkan kolektabilitas, namun masih belum dimanfaatkan maksimal oleh peserta JKN (Laporan BPJS, 2019). Jumlah kepesertaan PBPU terbilang cukup kecil yakni berkisar 15 persen namun tingkat kolektabilitas PBPU hanya mencapai 54 persen dengan tingkat rasio klaim lebih dari 300 persen. Berikut adalah selisih antara iuran dan biaya manfaat untuk setiap segmen kepesertaan.

Tabel 33. Realisasi Iuran dan Biaya Manfaat 2014 – 2018 (dalam miliar rupiah)

Segmen	2014		2015		2016		2017		2018	
	Iuran	Beban								
PBI APBN	19.932,5	13.732,5	19.884,0	14.627,2	24.814,3	17.462,9	25.362,8	20.673,2	25.492,0	21.708,9
PBI APBD	1.352,0	2.806,7	2.363,4	4.046,6	3.664,3	4.892,2	5.205,2	6.889,4	6.802,4	9.101,4
ASN, TNI, Polri	12.680,4	7.811,3	13.309,8	9.778,7	13.750,3	10.941,1	13.820,8	12.792,0	14.334,8	13.560,4
Pekerja formal swasta	3.545,2	3.370,1	10.804,3	7.646,8	17.826,8	10.631,5	21.490,5	13.748,3	24.509,5	14.055,4

Pekerja Informal	1.885,4	10.401,0	4.674,9	15.379,4	5.726,0	17.278,2	6.716,6	23.337,3	8.967,7	27.937,3
Bukan Pekerja	1.324,4	4.535,1	1.654,7	5.634,6	1.622,3	6.081,5	1.650,7	7.004,6	1.692,8	7.684,6
Total	40.720,0	42.658,7	53.691,1	57.083,3	67.404,0	67.287,4	74.246,6	84.444,9	81.799,3	94.048,1

Sumber: Laporan BPJS Kesehatan

Data per segmen di atas sebagai salah satu alat bantu untuk mendiagnosa penyebab defisit dari sisi beban dan pendapatan iuran, bukan untuk menyalahkan segmen tertentu atas terjadinya defisit. Berdasarkan informasi dari Kedeputusan Jaminan Pembiayaan Kesehatan Rujukan (JKPR) BPJS Kesehatan, tahun 2018 biaya yang tinggi untuk jenis persalinan *caesar* di FKRTL juga berkaitan dengan perilaku masyarakat. Berdasarkan data BPJS Kesehatan, sebesar 65 persen peserta PBPU baru mendaftar satu bulan sebelum persalinan dan yang mendaftar beberapa bulan sebelum kelahiran hanya 0,7 persen. Sementara, 43 persen peserta PBPU berhenti membayar iuran setelah persalinan. Menurut data BPJS Kesehatan tahun 2018, jumlah PBPU yang mendapatkan pelayanan persalinan secara *caesar* sebanyak 37.750 jiwa (25 persen), dari seluruh peserta PBPU, sebanyak 150.080 jiwa berstatus menunggak iuran pada tanggal 1 April 2018.

#### 4. Beban Pembiayaan Kesehatan Untuk Penyakit Katastropik Terus Meningkat

Biaya program JKN yang tinggi menjadi konsekuensi yang tidak bisa dihindarkan, mengingat program ini menanggung kurang lebih 200 juta penduduk Indonesia. Namun, Fahmi Idris (2019) menyatakan biaya pelayanan penyakit katastropik yang semakin besar menjadi salah satu penyebab defisit. Beban kesehatan bisa dilihat dari tingginya biaya yang dikeluarkan untuk penyakit katastropik. Pada September 2018 mencapai 22 persen dari total biaya kesehatan atau 14,5 triliun rupiah. Penyakit katastropik yang paling banyak menghabiskan biaya dapat dilihat pada Tabel 34.

Tabel 34. Pengeluaran untuk Penyakit Katastropik

Katastropik	2017		s/d September 2018	
	Biaya	%	Biaya	%
Jantung	9.429.312.017.554	51,13%	7.555.220.507.318	51,82%
Kanker	3.105.254.965.529	16,84%	2.399.218.009.100	16,45%
Stroke	2.251.576.960.777	12,21%	1.845.731.471.928	12,66%
Gagal Ginjal	2.257.575.312.695	12,24%	1.713.010.724.120	11,75%
Thalassaemia	496.105.702.115	2,69%	347.301.278.254	2,38%
Haemophilia	268.550.357.515	1,46%	249.577.592.615	1,71%
Cirrhosis Hepatitis	316.313.860.364	1,72%	239.826.214.670	1,64%
Leukaemia	317.670.775.200	1,72%	231.133.547.780	1,59%
Total Katastropik	18.442.359.951.749		14.581.019.345.785	

Total Biaya Pelayanan kesehatan	84.444.863.518.206		68.856.349.156.001	
% Katastropik terhadap total biaya pelayanan kesehatan	21,84%		21,18%	

Sumber: diolah dari laporan BPJS Kesehatan

Diantara penyakit katastropik yang terkait dengan konsumsi rokok adalah penyakit jantung, stroke, dan kanker. Penelitian Balitbangkes (Ahsan, Wiyono, & Soraya Kiting, 2015) dan penelitian lain yang dilakukan oleh (Ho, Schafferer, Lee, Yeh, & Hsieh, 2018) menemukan ketiga penyakit tersebut bisa dikaitkan dengan konsumsi rokok. Biaya penyakit yang terkait dengan rokok terus meningkat sejak 2014, seperti terlihat pada Tabel 35.

Tabel 35. Realisasi Beban Penyakit Katastropik (dalam juta rupiah)

Jenis Penyakit	2014	2015	2016	2018	2019*
Jantung	4.040.777	6.690.228	7.423.001	10.545.486	7.732.781
Kanker	1.537.694	2.289.092	2.295.619	3.406.309	2.715.553
Stroke	741.969	1.064.204	1.274.228	2.565.602	1.938.776
Total	6.320.440	10.043.524	10.992.848	16.517.396	12.387.110
Biaya Kesehatan	42.658.701	57.079.390	67.247.884	94.296.844	81.996.530
% biaya	15%	18%	16%	18%	15%

Sumber: paparan BPJS Kesehatan dan Laporan 2018 (\* s/d agustus)

Berdasarkan data tahun 2014 hingga 2019, klaim penyakit yang terkait rokok berkisar 5-6 persen dari total biaya jaminan kesehatan atau senilai 2 – 4 triliun rupiah. Melihat beban pengeluaran yang tinggi seperti terlihat pada Tabel 36 pada beberapa penyakit tersebut, harus ada pengendalian penyakit melalui tindakan promosi dan preventif yang efektif dengan menggunakan pendekatan *life cycle*.

Tabel 36. Proporsi Beban Penyakit Katastropik Akibat Konsumsi (dalam juta rupiah)

Jenis Penyakit	Proporsi terkait konsumsi rokok	2014	2015	2016	2018	2019*
Jantung	0,35**	1.414.272	2.341.579	2.598.050	3.690.920	2.706.473
Kanker	0,306***	470.534	700.462	702.459	1.042.330	830.959
Stroke	0,4**	296.788	425.682	509.691	1.026.240	775.510
Total		2.181.594	3.467.723	3.810.201	5.759.491	4.312.943

Biaya Kesehatan		42.658.701	57.079.390	67.247.884	94.296.844	81.996.530
% biaya		5%	6%	6%	6%	5%

\* sd agustus

\*\*dari fakta tembakau berdasarkan penelitian puslibangkes kemenkes RI (Ahsan et al., 2015)

\*\*\* berdasarkan penelitian (Kristina, Endarti, Prabandari, Ahsan, & Thavorncharoensap, 2015)

## 5. FKTP Tidak Berfungsi Optimal

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, sebanyak 144 jenis penyakit dapat ditangani di tingkat FKTP. Akan tetapi, berdasarkan hasil wawancara, Puskesmas masih belum mampu menangani 144 jenis penyakit tersebut. Pelayanan Puskesmas masih lebih fokus melakukan tindakan kuratif. Minimnya ketersediaan alat kesehatan dan tenaga medis menjadi kelemahan pelayanan FKTP. Kurangnya dokter yang ditempatkan di Puskesmas terpencil menyebabkan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan menjadi terbatas sehingga harus dirujuk ke rumah sakit. Penilaian kinerja fasilitas primer yang disebut dengan Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) juga belum berjalan dengan maksimal karena masih dianggap sebagai pekerjaan tambahan oleh FKTP.

*"Puskesmas lebih banyak melakukan hal-hal kuratif, entah akreditasi, pelayanan dan sebagainya sehingga usaha kesehatan masyarakat tidak tertangani dengan baik. Imunisasi turun, kontrasepsi turun, penyakit naik lagi. Itu harus dibenahi lagi pada sistem kesehatan Indonesia ke depan."*

*(Abdillah Ahsan)*

Di sisi lain, dana yang dikelola oleh Puskesmas tidak hanya bersumber dari dana kapitasi, namun juga dari APBN dan APBD sehingga menambah bebas administrasi. Mekanisme kapitasi telah membuat dana yang masuk ke sebagian FKTP meningkat drastis dan melebihi kebutuhan Puskesmas setiap tahunnya. Berdasarkan temuan lapangan, diketahui bahwa FKTP terutama Puskesmas kerap memiliki Sisa Lebih Perhitungan Anggaran (SiLPA) dari dana kapitasi yang dikelola. Hasil audit BPKP terhadap faskes di 34 provinsi menemukan indikasi SiLPA di Puskesmas tahun 2018 sebesar 2,5 triliun rupiah (Manafe, 2019). Sisa dana kapitasi yang tidak terpakai mengendap di rekening Pemda (Dinas Kesehatan). Namun, Perpres No. 32 Tahun 2014 dan PMKes No. 19 Tahun 2014 belum mengatur mekanisme pengelolaan sisa lebih dana kapitasi. Kelebihan dana SiLPA ini seharusnya dapat digunakan untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan di FKTP sehingga Puskesmas dapat memaksimalkan peranannya dalam menangani 144 jenis penyakit yang telah ditetapkan dalam peraturan Menteri Kesehatan tersebut.

## 6. Inefisiensi Rujukan Berjenjang di FKRTL

Rujukan berjenjang antar FKRTL yang menyebabkan klaim yang dibayarkan ke RS semakin banyak juga merupakan sumber defisit JKN. Berdasarkan temuan lapangan, umumnya RS tipe B akan menerima pasien yang tidak bisa ditangani oleh tipe rumah sakit di bawahnya dengan kondisi yang sudah cukup serius, artinya beban biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit menjadi tidak efisien.

## 7. Pengelolaan Keuangan BPJS Kesehatan Kurang Transparan dan Kurang Akuntabel.

Biaya operasional BPJS telah diatur dalam UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011 diambil dari Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan setiap bulan. Pada Pasal 45 disebutkan biaya operasional ditentukan berdasarkan persentase dari iuran dan atau hasil pengembangan dan besarnya diatur dalam Peraturan Pemerintah. Biaya operasional terdiri dari biaya non-personel dan personel termasuk untuk pembayaran gaji dewan pengawas, direksi dan karyawan BPJS Kesehatan. Namun, dalam laporan kinerja dan laporan keuangan tidak dicantumkan secara detail mengenai pengeluaran tersebut. Hal ini merupakan salah satu hal yang sering ditanyakan oleh masyarakat. Kurangnya transparansi dan akuntabilitas dapat menciptakan kondisi yang memungkinkan kesalahan manajemen keuangan, baik sengaja maupun tidak sengaja. Sehingga, BPJS Kesehatan sebagai pengelola JKN harus lebih transparan dan lebih akuntabel. Selain itu, kontrol masyarakat atas pengelolaan JKN oleh BPJS Kesehatan juga sangat diperlukan untuk menjamin akuntabilitas dan transparansi.

Permalahan akuntabilitas dan transparansi pengelolaan dana JKN juga terjadi di tingkat penyelenggara layanan, baik di FKTP maupun di FKRTL. Bahkan di beberapa kota sudah ada indikasi penyalahgunaan dan tindak korupsi dana JKN. Beberapa contoh antara lain: di Kota Medan, Kejaksaan Tinggi Sumatera Utara menemukan penyimpangan klaim dana BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit swasta dan klinik; di Kabupaten Badung Barat, pejabat di RSUD Lembang melakukan tindak pidana korupsi dana klaim BPJS Kesehatan pada periode 2017-2018; di Kabupaten Jombang, Bupati Jombang Nyono Suharli Wihandoko tertangkap tangan oleh KPK karena korupsi dana kapitasi untuk Puskesmas di wilayah Kabupaten Jombang; di Kabupaten Subang, Bupati Ojang Suhandi divonis Pengadilan Tipikor Bandung karena melakukan korupsi dana BPJS Kesehatan.

Akuntabilitas dan transparansi pengelolaan dana BPJS Kesehatan baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah harus menjadi prioritas pemerintah dan penegak hukum. Jika hal ini tidak dapat ditegakkan, maka berapapun dana BPJS Kesehatan yang tersedia, defisit akan tetap terjadi karena praktik koruptif.

## 4.2. Dampak Defisit JKN

Defisit yang dialami oleh BPJS Kesehatan dalam pengelolaan Dana Jaminan Sosial menimbulkan dampak bagi beberapa pihak. Dampak tersebut antara lain seperti terlihat pada Tabel 37.

Tabel 37. Dampak Adanya Defisit JKN

Pihak yang Terdampak	Dampak yang dirasakan
Fasilitas kesehatan (Rumah Sakit) dan tenaga medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Penundaan pembayaran klaim memberatkan pihak RS yang membutuhkan dana untuk operasional dan kompensasi pegawai setiap bulan.</li> <li>❑ Keterlambatan pembayaran oleh BPJS minimal 2 bulan setelah pengajuan klaim oleh pihak RS sangat mengganggu <i>cash flow</i> yang berdampak pada kualitas pelayanan.</li> <li>❑ Keterlambatan bayar hingga berbulan-bulan mengakibatkan ruang fiskal untuk kegiatan operasional menjadi terbatas.</li> <li>❑ Rumah sakit harus mengurus sendiri skema pembiayaan melalui pihak ketiga, yakni perbankan dan sangat membebani pihak RS.</li> </ul>
Perusahaan farmasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Keterlambatan bayar mengakibatkan ruang fiskal untuk kegiatan operasional menjadi terbatas sehingga ada perusahaan farmasi yang menghentikan kerjasama dengan RS.</li> </ul>
Peserta JKN	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Kepesertaan belum dapat dikendalikan karena kepercayaan yang menurun atas kualitas yang didapatkan.</li> <li>❑ Menimbulkan kecemasan terkait keberlangsungan program JKN karena kalangan menengah ke bawah merasa terbantu dengan tidak dibebankan biaya tinggi saat mengakses layanan kesehatan.</li> </ul>

Sumber: olahan penelitian

Peneliti Pusat Studi Hukum dan Kebijakan (PSHK) menyatakan defisit JKN akan merugikan industri kesehatan (Solikhin, 2019). Kerugian tersebut antara lain:

- Kekurangan dana akan mendorong industri kesehatan melakukan pengurangan kualitas pelayanan, beban kerja menjadi tidak proporsional, tindakan pada pasien dibatasi plafon anggaran, dan RS akan memprioritaskan pengeluaran internal daripada pengeluaran bisnis entitas farmasi dan layanan.
- Pada awal Mei 2019, gabungan pengusaha farmasi mengeluhkan tunggakan BPJS Kesehatan ke perusahaan. Tunggakan yang sudah jatuh tempo mencapai 3,5 triliun rupiah. Saat ini tagihan berjalan untuk farmasi sebesar 8 triliun rupiah.

Selama hampir enam tahun implementasi JKN, masih ditemukan berbagai permasalahan di lapangan, antara lain:

1. Data Kepesertaan PBI

Ketepatan sasaran kepesertaan sangat penting agar program JKN berjalan efektif. Berdasarkan data BPJS Kesehatan per Agustus 2019 jumlah peserta PBI tercatat 132 juta jiwa sedangkan angka kemiskinan Indonesia per Maret 2019 tercatat 25,14 juta jiwa. Jumlah PBI yang jauh lebih tinggi dari angka kemiskinan nasional menunjukkan komitmen pemerintah dalam percepatan capaian jaminan kesehatan semesta (UHC). Jaminan sosial lazimnya diberikan kepada 40 persen penduduk yang memiliki penghasilan terendah, bukan hanya yang masuk dalam kategori penduduk miskin namun juga kepada penduduk kurang mampu. Besaran total subsidi PBI yang dibiayai APBN 2017 mencapai 25,2 triliun rupiah dan mengalami kenaikan menjadi 26,7 triliun rupiah di tahun 2019. Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah (PBI APBD) saat ini mencapai sekitar 37 juta jiwa.

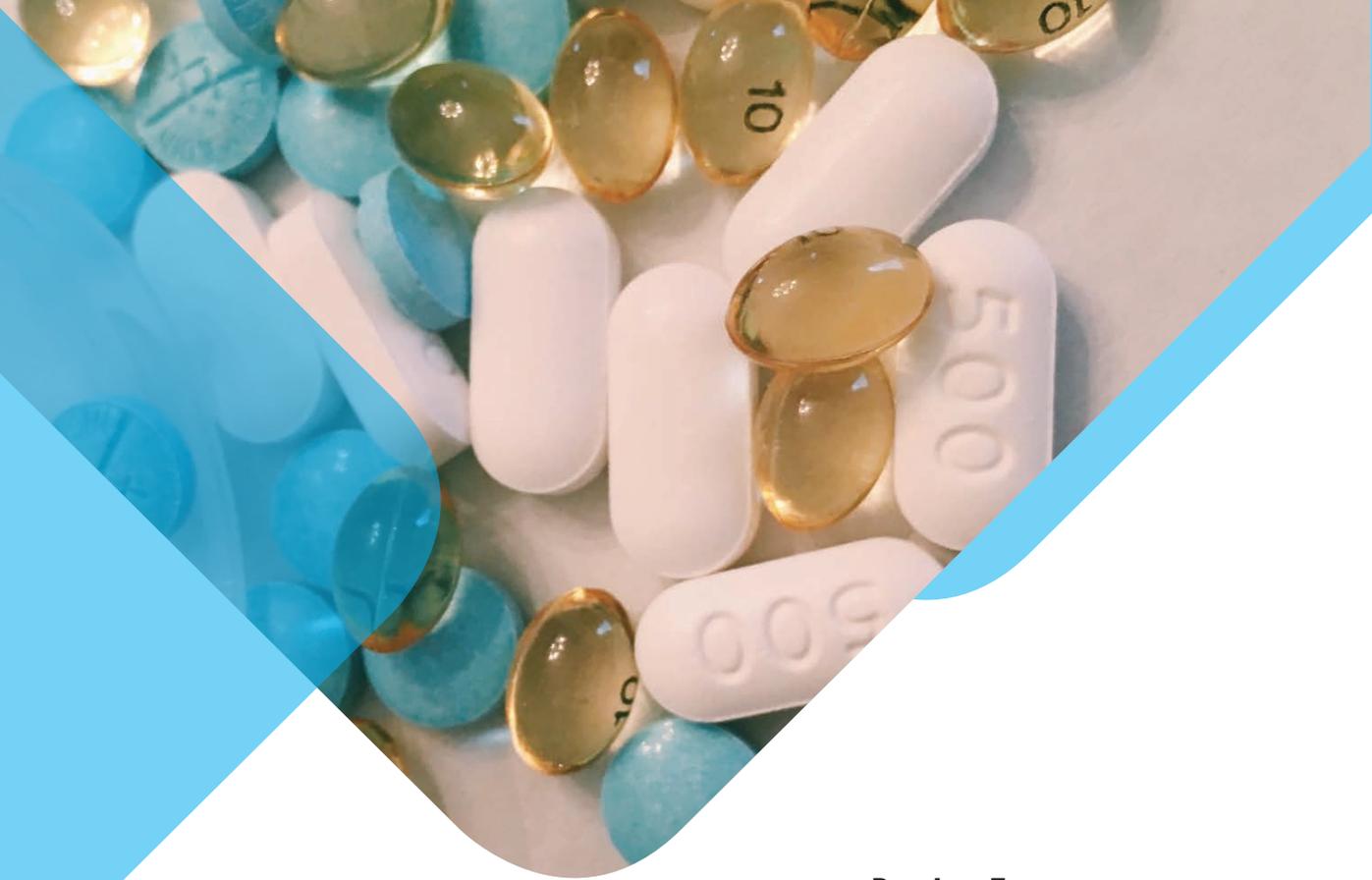
Salah satu hal yang perlu mendapat perhatian adalah ketidaktepatan sasaran PBI. Berdasarkan temuan lapangan di enam daerah penelitian, terdapat rumah tangga PBI yang ternyata berekonomi cukup. Contoh kasus di Kabupaten Semarang, peserta PBI mengendarai mobil mewah ke Dinas Sosial dan setelah dikonfirmasi ia merupakan perangkat desa yang berkecukupan. Sebaliknya ada rumah tangga dengan ekonomi serba terbatas belum menikmati keringanan biaya kesehatan. Kategori "kurang mampu" membawa konsekuensi pada besarnya potensi salah sasaran penerima PBI.

Undang Undang No 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin, memberikan amanat kepada Pemerintah Daerah untuk melakukan verifikasi dan validasi data orang miskin dan tidak mampu agar semua yang membutuhkan masuk dalam Program Perlindungan Sosial. Begitu pula Kementerian Sosial melalui Pusdatin diharapkan dapat berkoordinasi dengan BPS untuk melakukan pendataan PPLS 2014/2015 agar pemberian bantuan sosial tepat sasaran.

Pada tahun 2019, pemerintah telah menonaktifkan 5,2 juta PBI APBN. Alasan yang digunakan adalah karena NIK tidak sesuai dengan nomor Kartu Keluarga, tidak memiliki NIK, memiliki NIK ganda, peserta telah meninggal dunia, dan dinyatakan sudah tidak berstatus fakir miskin (KataData, 2019). Oleh Karena itu, pembenahan dalam pemutakhiran data PBI harus terus dilakukan agar terjadi peningkatan ketepatan rumah tangga sasaran. Penyempurnaan ini termasuk evaluasi sistem pendataan dan pengawasan kepesertaan yang lebih akurat, reguler, dan berkesinambungan untuk menjamin hak atas kesehatan masyarakat. Koordinasi lintas sektoral juga harus dilakukan, *big data* yang mengacu pada satu data dapat menjadi solusi yang tepat untuk menyelesaikan masalah salah sasaran PBI JKN.

2. *Out of Pocket* Biaya Kesehatan Oleh Peserta JKN

*Out of pocket* masih sering terjadi dan dirasakan oleh peserta PBI, PPU dan PBPU. Pengeluaran *out of pocket* terutama untuk pembelian obat yang tidak tersedia di apotek rumah sakit. Selain itu juga untuk pembelian bahan habis pakai seperti benang jahit luka operasi di luar rumah sakit. Selain itu, biaya transportasi bagi peserta yang tempat tinggalnya jauh dari fasilitas kesehatan juga berkontribusi bagi tingginya *out of pocket*.



## Bab 5

# ***Cost Benefit Analysis Untuk Alternatif Pendanaan JKN***

**B**agian ini menjelaskan penghitungan *cost benefit* dari beberapa alternatif kebijakan untuk menutupi defisit BPJS Kesehatan. Alternatif kebijakan yang dipertimbangkan adalah kebijakan pendanaan berkelanjutan. Berdasarkan hasil penelitian Ahsan (2017), terdapat 11 komoditas yang berpotensi ditambahkan dalam kategori barang kena cukai, yaitu bahan bakar minyak, minuman berpemanis, minyak goreng (kelapa sawit), mobil, *pulp and paper*, tiket pesawat terbang, makanan mengandung garam (*fast food*), puntung rokok, sepeda motor, *smartphone*, dan kantong plastik. Penelitian ini membatasi pembahasan pada dua alternatif, yaitu Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK) tunggal Rp 60 dan pungutan kendaraan bermotor roda dua sebesar lima ribu rupiah, serta ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat sebesar lima persen. Analisa *cost benefit* dihitung untuk kurun waktu 11 tahun yaitu dari 2019 hingga 2030.

### **5.1 Stakeholder (Standing)**

Analisis CBA menggunakan perspektif nasional dengan mempertimbangkan *stakeholders* terkait. Adapun *stakeholder* yang dipertimbangkan adalah

masyarakat Indonesia yang menjadi pengguna layanan BPJS kesehatan, fasilitas layanan kesehatan yang memberikan layanan kesehatan, serta pemerintah yang meliputi pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan institusi BPJS kesehatan. Berdasarkan penelusuran penelitian sebelumnya, dampak pelaksanaan program JKN bisa dilihat pada Tabel 38.

Tabel 38. Dampak Program JKN terhadap Stakeholders

Stakeholder	Impacts
Masyarakat Indonesia Peserta JKN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alokasi pengeluaran konsumsi untuk layanan kesehatan berupa uang yang keluar langsung dari masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan dan pembayaran iuran (<i>out-of-pocket protection</i> dan <i>premium payment</i>).</li> <li>- Peningkatan status kesehatan (<i>health status improvement</i>).</li> <li>- Kehilangan dan perlindungan dari produktifitas (<i>productivity loss/gain</i>).</li> <li>- Peningkatan kualitas hidup masyarakat (<i>quality of life</i>).</li> </ul>
Fasilitas/Layanan Kesehatan (RS, Apotek, Klinik dll)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan lapangan pekerjaan di sektor kesehatan (<i>employment</i>).</li> <li>- Pertumbuhan fasilitas kesehatan.</li> <li>- Peningkatan kunjungan dan rawat inap dan rawat jalan ke fasilitas kesehatan (<i>healthcare utility and visit</i>).</li> </ul>
Pemerintah (Daerah dan Pusat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biaya penyelenggaraan BPJS Kesehatan dalam bentuk penyertaan dan pembayaran subsidi bagi masyarakat miskin (<i>implementation cost dan bail out/fiscal risk</i>).</li> <li>- Efek BPJS kesehatan terhadap ekonomi, seperti peningkatan sektor makanan dan minuman.</li> </ul>

Sumber: olahan penelitian

## 5.2 Indikator dan Metode Penghitungan *Cost and Benefit*

*Cost and benefit* dihitung dengan pendekatan: 1) *input* dan *output* yang mempertimbangkan pengeluaran dan dampak yang dihasilkan, 2) dampak yang terkait dengan utilitas pihak-pihak yang berkepentingan, 3) hubungan sebab akibat, 4) dampak berdasarkan pandangan masing-masing pihak, 5) pemilihan indikator *cost and benefit* mempertimbangkan kemungkinan adanya *double input* satu komponen *stakeholder*. Berdasarkan beberapa referensi dampak dari JKN, indikator dan metode pengukuran *cost and benefit* dari analisa ini dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 39. Penjelasan Indikator Pengukuran Cost and Benefit Terhadap Masing-Masing Aktor

Stakeholder	Impact (Cost/ Benefit)	Penjelasan	Metode Penghitungan
Masyarakat Indonesia (Peserta JKN)	<b>Cost</b>		
	Pengeluaran langsung masyarakat untuk mengakses layanan JKN.	Kontribusi peserta PBPU, BP ditanggung sendiri oleh individu. Sementara untuk segmen PPU hanya menanggung 40 persen kontribusi sebelum 2019 dan 20 persen setelah 2020 (karena besaran iuran sebesar 5 persen dari gaji, sebelum 2019 sebesar 2 persen dibayar peserta, sementara setelah 2019 hanya 1 persen yang dibayar oleh peserta dan sisanya dibayar oleh pemerintah).	$(PBPU+PB+(20\%PPU))^*$ Rata-rata kontribusi per tahun
	<b>Benefit</b>		
	Manfaat jaminan kesehatan yang disediakan.	Manfaat dari JKN baik itu upaya promotif preventif, rawat jalan maupun rawat inap baik di FKTP ataupun FKRTL.	(Biaya promotif dan preventif, biaya rawat jalan dan rawat inap di FKTP dan FKRTL)
Proteksi keuangan berupa selisih pengeluaran tidak langsung untuk mengakses layanan kesehatan ( <i>out-of-pocket protection</i> ).	Selisih biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh peserta JKN dibanding penduduk yang tidak menjadi peserta JKN. Penghitungan memakai asumsi dari penelitian (Dartanto, Dharmawan, et al., 2017) bahwa selisih <i>out-of-pocket</i> antara peserta JKN dan non JKN adalah 7-8 persen. Untuk perhitungan ini kami tetapkan perbedaan berada pada 7,5% antara penduduk peserta JKN dan non-JKN.	(Asumsi biaya <i>out-of-pocket</i> perbulan*7,5%*Total Peserta BPJS Kesehatan)	
Fasilitas / Layanan Kesehatan (RS, Apotek, Klinik dll)	<b>Benefit</b>		
Peningkatan lapangan pekerjaan di sektor kesehatan ( <i>employment</i> )	Proses pelayanan jaminan kesehatan menciptakan pekerjaan di sektor kesehatan. <i>Item</i> ini dihitung menggunakan data yang tersedia yaitu jumlah penggunaan seluruh layanan dalam setahun dibagi dengan jumlah bulan dalam setahun dikalikan dengan pendapatan penduduk dalam setahun yang diambil dari angka Produk Domestik Bruto (PDB). Metode ini dipilih karena praktis dan ketersediaan data.	Jumlah rata-rata penggunaan/12*PDB	

Pemerintah (Daerah, Pusat dan BPJS Kesehatan)	<b>Cost</b>		
	Biaya penyelenggaraan JKN dalam bentuk biaya operasional BPJS Kesehatan dan biaya lain.	Biaya yang dikeluarkan untuk menyelenggarakan program JKN terdiri dari biaya operasional BPJS Kesehatan dan biaya lain-lain.	Biaya operasional + Biaya lain-lain JKN
	Pembayaran kontribusi yang ditanggung pemerintah berupa subsidi bagi peserta PBI dan PPU ( <i>subsidy contribution payment</i> )	Bantuan pemerintah untuk pembayaran iuran bagi peserta PBI. Pemerintah juga harus membayar 60 persen (sebelum 2019) atau 80 persen (setelah 2019) dari total kontribusi yang dibayar oleh PPU. PPU membayar 5 persen dari gaji yang diterima yang 4 persen diantaranya dibayarkan oleh pemberi kerja.	$(PBI+80\%PPU) * \text{Rata-rata kontribusi}$
	Risiko fiskal untuk menombok defisit JKN	Risiko yang harus ditanggung pemerintah karena adanya defisit JKN.	Risiko Defisit JKN (Total Pendapatan – Total Beban)
	<b>Benefit</b>		
	Efek JKN terhadap ekonomi secara keseluruhan termasuk peningkatan kualitas hidup masyarakat.	Dampak JKN terhadap perekonomian dan peningkatan kualitas hidup dihiung menggunakan penghitungan dari (Dartanto, Bintara, et al., 2017) bahwa peningkatan penggunaan 1 persen rawat inap akan berpengaruh terhadap peningkatan angka harapan hidup sebesar 0,309 tahun.	$Utility\ rate\ rawat\ inap * 0,309 * \text{Jumlah peserta BPJS} * PDB$
Penurunan klaim akibat penyakit katastropik terkait rokok.	Dalam alternatif yang menggunakan instrumen cukai dan pungutan dari rokok berpotensi memberikan pengurangan klaim dari penyakit berat terkait rokok. Dari data sebelumnya berkisar rata-rata 5 persen dari total klaim perawatan.	Biaya perawatan * 5 persen	

Sumber: olahan peneliti

### 5.3 Pilihan Kebijakan

Dalam analisis ini alternatif yang dihitung adalah 1) menggunakan kenaikan iuran secara berkala dua tahun sekali sebesar 36 persen, 2) melalui ekstensifikasi PRUK dan pungutan kendaraan bermotor roda dua serta ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat atau lebih dan 3) kombinasi menggunakan kenaikan iuran dipadukan dengan alternatif pendanaan secara berkala dua tahun sekali sebesar 15 persen.

### 1. Kenaikan Iuran Berkala (*Status Quo*)

*Status quo* kondisi yang berlaku saat ini. Dalam kebijakan ini, iuran sudah ditinjau dua kali yaitu tahun 2016 dan 2019 dengan peningkatan iuran berkisar antara 20 hingga 80 persen. Dalam skenario ini perhitungan dilakukan dengan asumsi kenaikan iuran secara rutin sebesar 36 persen. Kenaikan iuran secara berkala akan menyebabkan hal-hal berikut:

1. Menyelesaikan masalah *mismatch* antara pendapatan iuran dan beban biaya JKN.
2. Berkelanjutan karena beban biaya akan ditanggung oleh peserta sebagai penerima manfaat langsung.
3. Berisiko meningkatkan kejadian *default* iuran karena penurunan pendapatan dan penurunan partisipasi masyarakat, yang berpengaruh terhadap pencapaian UHC.
4. Meningkatkan biaya pengeluaran kesehatan peserta.

### 2. Pungutan Rokok untuk Kesehatan (PRUK) dan Pungutan Kendaraan Bermotor Roda Dua serta Ekstensifikasi Cukai Kendaraan Bermotor Roda Empat

Alternatif sumber pendanaan lain yang dipertimbangkan adalah pungutan PRUK dan kendaraan bermotor roda dua serta ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat. Alternatif ini diperhitungkan dengan alasan:

1. Menambah sumber pendanaan dengan membebankan pada produk yang berbahaya untuk kesehatan karena ruang fiskal pemerintah dalam membiayai program JKN masih rendah.
2. Mengurangi efek eksternalitas negatif sehingga dapat mendorong pengurangan risiko penyakit dan mengurangi jumlah klaim kesehatan kepada BPJS.
3. Pencapaian UHC dari sisi kepesertaan akan lebih cepat (lihat Tabel 45 tentang proyeksi cakupan peserta 2014 - 2030)

### 3. Kombinasi Kenaikan Iuran dan Sumber Pendanaan Lain

Pilihan selanjutnya adalah gabungan antara dua alternatif. Kenaikan iuran yang tidak terlalu tinggi diharapkan tidak memberatkan masyarakat. Kebijakan ini akan dikombinasikan dengan memaksimalkan pemasukkan lain seperti pada skenario PRUK dan ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor. Adapun dampak alternatif ini antara lain:

1. Menambah sumber pendanaan dengan membebankan pada produk yang berbahaya untuk kesehatan karena ruang fiskal pemerintah dalam membiayai program JKN masih rendah.

2. Mengurangi efek eksternalitas negatif sehingga dapat mendorong pengurangan risiko penyakit dan mengurangi jumlah klaim kesehatan kepada BPJS.
3. Pencapaian UHC dari sisi kepesertaan akan lebih cepat (lihat Tabel 47).
4. Mengurangi biaya pengeluaran kesehatan peserta.
5. Berkelanjutan.

## 5.4 Asumsi yang Digunakan dalam Perhitungan

### 1. Umum

#### a. Proyeksi Penduduk Indonesia

Dalam melakukan simulasi perkembangan peserta JKN, kami merujuk pada proyeksi penduduk Indonesia hingga 2045 berdasarkan proyeksi Badan Pusat Statistik (BPS).

Tabel 40. Asumsi Penduduk Indonesia 2019-2030 Menurut BPS (dalam ribu jiwa)

Tahun	Jumlah penduduk
2019	266.912
2020	269.603
2021	272.249
2022	274.859
2023	277.432
2024	279.965
2025	282.455
2026	284.896
2027	287.285
2028	289.620
2029	291.898
2030	294.116

Sumber: Badan Pusat Statistik 2019

#### b. Asumsi Pertumbuhan GDP Indonesia

Data pertumbuhan Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia dari 2014-2018 digunakan dengan asumsi pertumbuhan lima persen per tahun sesuai dengan tren yang terjadi saat ini.

Tabel 41. Produk Domestik Bruto Indonesia Menurut Pengeluaran 2014-2018

PDB per kapita (Ribu Rp)	2014	2015	2016	2017	2018
ADHB	41.915,9	45.119,6	47.937,7	51.881,2	55.986,9
ADHK 2010	33.965,4	35.161,9	36.468,6	37.850,5	39.338,6
Perkembangan PDB per kapita ADHB	9,25	7,64	6,25	8,23	7,91
Pertumbuhan PDB per kapita ADHK 2010	3,61	3,52	3,72	3,79	3,93

Sumber: olahan penelitian dari dokumen APBN

Tabel 42. Asumsi Pertumbuhan PDB per Kapita Indonesia 2019-2030 (dalam ribu)

Tahun	PDB per kapita
2019	59.039,3
2020	62.529,7
2021	66.020,1
2022	69.510,4
2023	73.000,8
2024	76.491,1
2025	79.981,5
2026	83.471,9
2027	86.962,2
2028	90.452,6
2029	93.942,9
2030	97.433,3

Sumber: BPS, Berdasarkan Tren 2014-2018

c. **Asumsi Pengeluaran *Out-Of-Pocket* Indonesia**

Asumsi pengeluaran *out-of-pocket* dihitung dari data Susenas dengan referensi data tahun 2017 dan 2018. Berdasarkan data tersebut, asumsi peningkatan *out-of-pocket* dalam penghitungan ini adalah lima persen per tahun.

Tabel 43. Pengeluaran Out-of-Pocket 2017 -2018

Indonesia	<i>out-of-pocket</i> RT/ bulan	<i>out-of-pocket</i> RT/ tahun	<i>out-of-pocket</i> Kapita/bulan	<i>out-of-pocket</i> Kapita/tahun
2017	Rp84.465	Rp1.013.584	Rp18.349	Rp220.183
2018	Rp92.488	Rp1.109.858	Rp20.143	Rp241.716

Sumber: olahan peneliti dari Susenas 2017 – 2018

Tabel 44. Asumsi Pengeluaran *Out of Pocket* 2019-2030 (dalam ribu)

Tahun	<i>Out-of-Pocket</i>
2019	263.249
2020	284.782
2021	306.315
2022	327.848
2023	349.381
2024	370.914
2025	392.447
2026	413.980
2027	435.513
2028	457.046
2029	478.579
2030	500.112

Sumber: SUSENAS, Berdasarkan Tren 2017 dan 2018 dan pertumbuhan 9% per tahun

## 2. BPJS Kesehatan

Berdasarkan data laporan BPJS Kesehatan tahun 2014 hingga 2018, penelitian ini menggunakan proyeksi dari dampak beberapa alternatif kebijakan yang telah dipaparkan di bagian sebelumnya terhadap cakupan peserta, kontribusi iuran dan perkembangan pendapatan, dan defisit JKN sebagai berikut:

### a. Proyeksi Perkembangan Peserta

Proyeksi perkembangan peserta JKN dihitung dengan menggunakan data kepesertaan tahun 2014-2018 seperti ditampilkan pada Tabel 45 di bawah ini.

Tabel 45. Perkembangan Peserta JKN

Segmen	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PBI	95.167.229	98.999.228	106.514.567	112.694.625	121.980.981	133.934.008
% kenaikan	-	4,03%	7,59%	5,80%	8,24%	9,80%
PPU	24.327.149	37.862.522	41.027.229	44.891.042	49.833.095	51.666.716
% kenaikan	-	55,64%	8,36%	9,42%	11,01%	3,68%
PBPU	9.052.859	14.961.768	19.336.531	25.397.828	31.100.248	32.588.888
% kenaikan	-	65,27%	29,24%	31,35%	22,45%	4,79%
BP	4.876.416	4.966.769	5.060.927	5.008.454	5.139.875	5.157.942
% kenaikan	-	1,85%	1,90%	-1,04%	2,62%	0,35%
<b>Jumlah Total</b>	<b>133.423.653</b>	<b>156.790.287</b>	<b>171.939.254</b>	<b>187.991.949</b>	<b>208.054.199</b>	<b>223.347.554</b>
% kenaikan	0%	17,51%	9,66%	9,34%	10,67%	7,35%

Sumber: laporan BPJS Kesehatan

Berdasarkan data tersebut, peningkatan paling tinggi terjadi pada tahun pertama yakni antara tahun 2014 - 2015 yaitu sebesar 17 persen. Namun setelah itu presentasi peningkatan peserta menurun seiring dengan cakupan peserta yang sudah cukup tinggi. Kenaikan iuran pada tahun 2016 berpengaruh pada pelambatan pertumbuhan peserta, dengan dampak paling kuat terjadi pada segmen PBPU dan BP.

Berdasarkan Tabel 46, cakupan kepesertaan BPJS akan tumbuh dari tahun 2020 hingga 2022 dan mencapai jaminan kesehatan semesta pada 2022. Setelah 2022, kenaikan peserta akan seiring dengan asumsi pertumbuhan penduduk Indonesia secara umum yang rata-rata berkisar pada angka 0,7 - 1 persen.

Tabel 46. Proyeksi Reference Skenario Cakupan Kepesertaan BPJS 2019 – 2030 (dalam juta jiwa)

Skenario	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Reference scenario	223,35	242,20	259,90	274,04	276,78	279,54	282,34	284,89	287,29	289,62	291,90	294,12
%	84%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sumber: olahan penelitian

Beberapa asumsi yang digunakan untuk membuat proyeksi perkembangan peserta BPJS Kesehatan 3 skenario dalam *cost-benefit* adalah sebagai berikut:

- Skenario *status quo*: kenaikan iuran sebesar 20 persen per tahun akan berpengaruh terhadap pelambatan pertumbuhan peserta hingga 50 persen setiap dua tahun dibanding *reference scenario*.
- Skenario alternatif pendanaan menggunakan PRUK dan pungutan kendaraan bermotor roda dua serta ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat atau lebih, maka peningkatan kepesertaan sama dengan *reference scenario*.
- Skenario kombinasi: kenaikan iuran sebesar 10 persen per tahun akan berpengaruh terhadap pelambatan pertumbuhan peserta hingga 25 persen setiap dua tahun dibanding *reference scenario*.

Berdasarkan asumsi tersebut, berikut proyeksi pertumbuhan kenaikan iuran rutin peserta dari beberapa skenario yang diperhitungkan:

Tabel 47. Proyeksi Cakupan Kepesertaan BPJS 2019 – 2030 (dalam juta jiwa)

Skenario	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Skenario I: Status Quo (Kenaikan Iuran)	223,35	232,78	251,05	266,97	275,41	278,16	280,94	283,62	286,09	288,45	290,76	293,00
%	84%	86%	92%	97%	99%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
Skenario II: Menggunakan Cukai	223,35	242,20	259,90	274,04	276,78	279,54	282,34	284,89	287,29	289,62	291,90	294,12

%	84%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Skenario III: Kombinasi	223,35	241,26	259,90	273,33	276,78	279,41	282,34	284,77	287,28	289,50	291,90	294,01
%	84%	89%	95%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sumber: olahan penelitian

#### b. Asumsi Rata-Rata Kontribusi Iuran

Rata-rata kontribusi iuran peserta JKN diolah dari data penerimaan iuran dibagi jumlah peserta yang terdaftar di masing-masing segmen. Berdasarkan laporan BPJS Kesehatan tahun 2014-2018, rata-rata kontribusi peserta BPJS Kesehatan dapat dilihat pada Tabel 48.

Tabel 48. Rata-Rata Kontribusi Peserta JKN per Tahun

Segmen	2014	2015	2016	2017	2018
PBI	223.654	243.412	266.444	268.597	264.750
		109%	109%	101%	99%
PPU	665.860	711.452	773.258	789.120	782.768
		107%	109%	102%	99%
PBPU	208.270	297.664	271.251	274.511	288.347
		143%	91%	101%	105%
BP	277.133	327.658	378.709	346.073	331.780
		118%	116%	91%	96%
Total	305.192	364.282	391.222	395.757	394.009
		119%	107%	101%	100%

Sumber: olahan penelitian dari laporan BPJS Kesehatan

Berdasarkan Tabel 48, rata-rata kontribusi peserta terus mengalami perbaikan. Pada tahun pertama, rata-rata kontribusi meningkat 19 persen seiring dengan peningkatan peserta dan perbaikan kolektabilitas iuran. Sementara pada tahun 2016 saat terjadi kenaikan iuran rata-rata 20 persen, rata-rata kontribusi meningkat tujuh persen. Sedangkan pada saat tidak ada kenaikan iuran kontribusi peserta meningkat 0-1 persen yang didorong oleh perbaikan kolektabilitas iuran.

Berdasarkan beberapa informasi tersebut, untuk memudahkan penghitungan maka asumsi rata-rata kontribusi iuran peserta ditetapkan sebagai berikut:

- Tanpa kenaikan iuran, rata-rata kontribusi peserta naik satu persen.
- Satu persen kenaikan iuran meningkatkan rata-rata kontribusi peserta 0.3 persen. Maka kenaikan iuran 20 persen akan meningkatkan rata-rata kontribusi

sebesar tujuh persen. Sementara kenaikan iuran 10 persen akan meningkatkan rata-rata kontribusi sebesar tiga persen.

Berdasarkan hal ini, proyeksi kontribusi peserta berdasarkan skenario yang dikaji dapat dilihat pada Tabel 49.

Tabel 49. Simulasi Kontribusi Peserta per Tahun (dalam rupiah)

Skenario	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Status Quo (Kenaikan Iuran)	472,811	477,539	539,619	545,015	615,867	622,025	702,889	709,918	802,207	810,229	915,559	924,714
Menggunakan Cukai	472,811	477,539	482,314	487,137	492,009	496,929	501,898	506,917	511,986	517,106	522,277	527,500
Kombinasi	472,811	477,539	501,416	506,430	531,751	537,069	563,922	569,561	598,039	604,020	634,221	40,563

Sumber: olahan penelitian

### c. Asumsi Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Penggunaan layanan diolah dari data penggunaan layanan dibagi dengan jumlah peserta JKN berdasarkan data laporan BPJS kesehatan tahun 2014-2018 sebagaimana ditampilkan pada Tabel 50. Angka utilisasi sudah mulai *mature* namun akan terus meningkat karena masih di bawah rata-rata penggunaan di tingkat global. Asumsi lain yang digunakan adalah estimasi angka penggunaan layanan akan terus meningkat karena: (1) rata-rata penggunaan masih rendah yaitu 22,8/1.000 peserta tahun 2014, (2) terdapat 16 persen peserta yang belum bergabung ke JKN, dan (3) meningkatnya angka penyakit tidak menular dan meningkatnya jumlah layanan kesehatan. Sehingga terjadi peningkatan pada RJTP, RITP, RJTL dan RITL.

Tabel 50. Utilisasi tahun 2014 – 2018

Jenis Layanan	2014	2015	2016	2017	2018
<b>FKTP</b>					
Kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)	46.24%	64.17%	70.33%	79.94%	70.87%
Kasus Rawat Inap Tingkat Pertama	3.83%	0.00%	0.00%	0.13%	0.35%
<b>FKRTL</b>					
Kunjungan Rawat Jalan Tindak Lanjut (RJTL)	15.96%	25.39%	28.66%	34.28%	36.90%
Kasus Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL)	3.15%	4.03%	4.45%	4.64%	4.64%
<b>Jumlah rujukan</b>	0.00%	0.00%	0.00%	10.05%	11.69%

Sumber: olahan penelitian

Dengan menggunakan data di atas, dibuatlah proyeksi rata-rata penggunaan fasilitas kesehatan dengan asumsi kenaikan 2 persen setiap tahunnya. Berikut adalah proyeksi peningkatan penggunaan layanan BPJS Kesehatan seperti tersaji pada Tabel 51.

Tabel 51. Proyeksi Utilisasi Tahun 2019 – 2030 (dalam persen)

Jenis Layanan	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>FKTP</b>												
Kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)	72	74	75	77	78	80	81	83	85	86	88	90
Kasus Rawat Inap Tingkat Pertama	0,35	0,36	0,37	0,37	0,38	0,39	0,40	0,40	0,41	0,42	0,43	0,44
<b>FKRTL</b>												
Kunjungan Rawat Jalan Tindak Lanjut (RJTL)	37,64	38,39	39,16	39,94	40,74	41,56	42,39	43,24	44,10	44,98	45,88	46,80
Kasus Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL)	4,74	4,83	4,93	5,03	5,13	5,23	5,33	5,44	5,55	5,66	5,77	5,89
<b>Jumlah rujukan</b>	<b>11,93</b>	<b>12,17</b>	<b>12,41</b>	<b>12,66</b>	<b>12,91</b>	<b>13,17</b>	<b>13,43</b>	<b>13,70</b>	<b>13,98</b>	<b>14,26</b>	<b>14,54</b>	<b>14,83</b>

Sumber: olahan penelitian dari laporan BPJS Kesehatan 2014 - 2018

#### d. Asumsi Rata-Rata Biaya Perawatan Kesehatan

Asumsi biaya rata-rata perawatan diolah dari Tabel 28 tentang realisasi biaya pelayanan dan Tabel 4 tentang jumlah peserta JKN yang mengakses fasilitas kesehatan. Perhitungan dilakukan dengan cara membagi realisasi biaya dengan jumlah rata-rata pemanfaatan fasilitas kesehatan. Dengan cara ini didapatkan asumsi biaya rata-rata setiap kasus yang dilayani oleh JKN.

Tabel olahan di bawah ini menunjukkan biaya tertinggi terjadi pada layanan kasus Rawat Inap Tingkat Lanjut yang rata-rata biaya per layanan menghabiskan sekitar lima juta rupiah setiap kasus. Adapun biaya promotif dan preventif diolah dari realisasi biaya promotif dan preventif dibagi dengan jumlah peserta JKN di tahun yang sama. Angka yang dihasilkan adalah rata-rata anggaran promotif dan preventif dalam program JKN untuk setiap satu orang peserta.

Tabel 52. Rata-Rata Biaya per Layanan

Jenis Layanan	2014	2015	2016	2017	2018
Promotif dan Preventif	1.101	633	828	1.104	1.430
<b>FKTP</b>					
Kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)	135.297	115.382	101.787	85.018	93.136
Kasus Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)	728.164	-	-	3.546.093	1.535.866
<b>FKRTL</b>					
Kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanju (RJTL)	324.519	1.142.077	335.595	365.061	356.675
Kasus Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL)	5.601.744	-	4.900.801	5.390.772	5.360.723

Sumber: olahan penelitian dari laporan BPJS Kesehatan 2014 – 2018

Berdasarkan data pada Tabel 52, didapatkan perhitungan proyeksi biaya per layanan kesehatan untuk tahun 2019 – 2030 dengan asumsi kenaikan tiga persen per tahun.

Tabel 53. Asumsi Rata-Rata Biaya Layanan 2019 – 2030

Jenis Layanan	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Promotif dan Preventif	1.473	1.518	1.563	1.610	1.658	1.708	1.759	1.812	1.866	1.922	1.980	2.040
<b>FKTP</b>												
RJTP	95.930	98.807	101.772	104.825	107.970	111.209	114.545	117.981	121.521	125.166	128.921	132.789
RITP	1.581.941	1.629.400	1.678.282	1.728.630	1.780.489	1.833.904	1.888.921	1.945.589	2.003.956	2.064.075	2.125.997	2.189.777
<b>FKRTL</b>												
RJTL	367.375	378.396	389.748	401.440	413.483	425.888	438.665	451.825	465.379	479.341	493.721	508.533
RITL	5.521.544	5.687.191	5.857.806	6.033.540	6.214.547	6.400.983	6.593.013	6.790.803	6.994.527	7.204.363	7.420.494	7.643.109

Sumber: olahan penelitian dari laporan BPJS Kesehatan 2014 – 2018

### 3. Alternatif

#### a. Asumsi Potensi Pendapatan PRUK dan Ekstensifikasi Cukai

Penelitian Ahsan (2017) menyatakan BPJS Kesehatan bisa menggunakan beberapa instrumen keuangan terkait rokok. Peluang itu ada dalam skema Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT), dana pajak rokok daerah, dan Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK). Berbagai peluang kebijakan ini bisa memberikan alternatif pendanaan sebesar 3-30 triliun rupiah.

1. Cukai Hasil Tembakau

Alternatif pertama adalah dengan melakukan penyederhanaan tarif cukai hasil tembakau dari 12 menjadi 1 tingkat. Tambahan dananya dapat digunakan untuk Dana Jaminan Sosial (DJS) kesehatan yang berkisar 10,7 triliun rupiah. Alternatif kedua adalah melalui *earmarking* 20 persen dari penerimaan cukai hasil tembakau untuk pendanaan DJS kesehatan yang berpotensi memberikan dana sebesar 30 triliun rupiah.

2. Dana Pajak Rokok Daerah

Dana pajak rokok daerah yang diambil dari cukai bisa digunakan untuk pendanaan DJS kesehatan. Hal ini dilakukan oleh pemerintah sejak tahun 2018. Pemerintah bisa saja mengalokasikan 50 persen dari dana pajak rokok daerah yang potensinya sebesar 3,37 triliun rupiah.

3. Pungutan Rokok Untuk Kesehatan

Pemerintah juga bisa membebankan pungutan tambahan atas rokok yang dialokasikan untuk pendanaan Dana Jaminan Sosial Kesehatan. Pungutan tambahan merupakan upaya promotif sekaligus kuratif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Rekomendasi yang diusulkan adalah pengenaan pungutan kepada rokok mesin untuk mengakomodasi kepentingan tenaga kerja dari perusahaan rokok tangan. Pengenaan pungutan bisa berkisar 40, 50, dan 60 rupiah per batang. Kebijakan ini berpotensi menambah pendanaan DJS Kesehatan antara 10,7–16,1 triliun rupiah per tahun.

Secara rinci gambaran potensi tambahan penghasilan ini bisa dilihat pada detail berikut ini:

Tabel 54. Peluang Kebijakan Cukai dan Pajak Rokok untuk Pendanaan Kesehatan

No	Kebijakan	Peluang	Potensi Pendanaan
1	Cukai Hasil Tembakau	Reformasi Struktur Tarif Cukai Hasil Tembakau dari 12 menjadi 1 tingkat dan sebagian tambahan dananya digunakan untuk JKN	Rp10,7 Triliun
		<i>Earmarking</i> 20% Penerimaan Cukai Hasil Tembakau untuk pendanaan JKN	Rp 30 Triliun
2.	Pajak Rokok Daerah	Penggunaan sebagian dana pajak rokok untuk pendanaan JKN. Misalnya 50% dari dana pajak rokok untuk kesehatan digunakan untuk JKN	Rp 3,37 Triliun

Sumber: Ahsan, 2017

Tabel 55. Simulasi Potensi Pungutan Rokok untuk Kesehatan Dalam Rangka Pendanaan JKN

Skenario	Asumsi Produksi rokok (batang milyar/tahun)	PRUK Tunggal (Rp)			PRUK Mesin 79,12% (Rp)		
		40	50	60	40	50	60
		Rp Triliun	Rp Triliun	Rp Triliun	Rp Triliun	Rp Triliun	Rp Triliun
1	340	13,80	17,00	20,40	10,76	13,45	16,14
2	345	13,80	17,25	20,70	10,92	13,65	16,38
3	355	14,20	17,75	21,30	11,24	14,04	16,85

Sumber: Ahsan, 2017

Asumsi potensi PRUK dan ekstensifikasi cukai yang dapat dialokasikan untuk dana jaminan kesehatan cukup besar. Berdasarkan hasil penelitian Ahsan (2017), potensi pendapatan dari PRUK berkisar antara 13-20 triliun rupiah per tahun.

Penggunaan dana dari rokok memberikan keuntungan yang lebih banyak mengingat rokok merupakan salah satu penyebab berbagai penyakit berat yang merugikan kesehatan masyarakat. Keuntungan penggunaan pajak dan cukai rokok adalah berkurangnya klaim penyakit katastrofik akibat konsumsi rokok. Menaikkan cukai atau pajak rokok akan berpengaruh pada pola konsumsi masyarakat terhadap rokok dan mengurangi klaim kesehatan atas penyakit katastrofik terkait rokok. Dari daftar 10 penyakit katastrofik yang di klaim di BPJS Kesehatan, penyakit terkait rokok bisa mencapai lima persen dari total beban jaminan kesehatan atau setara dengan 5 - 12 triliun rupiah setiap tahun.

#### Potensi Ekstensifikasi Cukai Kendaraan Bermotor Terhadap Pendanaan JKN

Sebagaimana disampaikan oleh Prof. Hasbullah Thabrany, tingginya penggunaan kendaraan bermotor bisa digunakan sebagai potensi alternatif sumber pemasukkan BPJS Kesehatan (Rahardyan, 2019). Misalnya dengan membebankan lima ribu rupiah untuk setiap kendaraan roda dua (motor) yang dijual.

Penelitian ini juga menghitung potensi ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat atau lebih menggunakan data tahun 2018 berdasarkan Permendagri No. 5 Tahun 2018 pasal 7 (Menteri Dalam Negeri, 2018). Perhitungan potensi ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat atau lebih dilakukan dengan skenario cukai 1, 3, 5, dan 10 persen. Dari perhitungan tersebut kami menemukan potensi cukai dari segmen ini berkisar 3-31,5 triliun rupiah dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 56. Skenario Cukai Kendaraan Roda Empat atau Lebih (dalam rupiah)

Tipe Kendaraan	Kategori	Skenario	Potensi Cukai
Sedan, 4 x 2, 4 x 4, Double Cabin, Pick Up, Bus, Truck, dan <i>Low Cost Green Car</i>	Cukai 1%	Cukai 1%	3.154.476.511.025
	Cukai 3%	Cukai 3%	9.463.429.533.075.000
	Cukai 5%	Cukai 5%	15.772.382.555.125.000
	Cukai 10%	Cukai 10%	31.544.765.110.250.000

Sumber: Olahan peneliti dari data cukai

Perhitungan ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat atau lebih sebesar lima persen dipilih karena dianggap lebih mudah untuk dilaksanakan. Berdasarkan perhitungan sumber dana yang berasal dari Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK) tunggal 60 rupiah dan pungutan kendaraan bermotor roda dua sebesar lima ribu rupiah, serta ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat atau lebih sebesar lima persen, bisa memberikan potensi tambahan pendanaan hingga 37 triliun rupiah setiap tahunnya. Dengan estimasi sebagai berikut.

Tabel 57. Potensi Pendanaan Alternatif JKN (dalam miliar rupiah)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
PRUK Rp 60	20.410	20.420	20.431	20.441	20.451	20.461	20.471	20.482	20.492	20.502	20.512	20.523
Pungutan Motor Rp 50000	319	319	320	320	320	320	320	320	320	320	321	321
Cukai Kendaraan Bermotor 5%	15.788	15.796	15.803	15.811	15.819	15.827	15.835	15.843	15.851	15.859	15.867	15.888
Total	36.509	36.528	36.546	36.564	36.582	36.601	36.619	36.637	36.656	36.674	36.692	36.711

#### b. Proyeksi Defisit BPJS Kesehatan

Penelitian ini memproyeksikan defisit JKN menggunakan metode aktuarial yang dilakukan oleh Mundiharno et. Al., (2015) yaitu dengan menggunakan (1) estimasi perkembangan anggota JKN, (2) estimasi penggunaan layanan kesehatan, (3) estimasi kasus layanan kesehatan, (4) estimasi biaya/tarif layanan kesehatan, (5) estimasi *claim ratio*. Semua estimasi dikembangkan dari data laporan BPJS kesehatan tahun 2014 - 2018.

Proyeksi defisit BPJS kesehatan didapat dengan menggunakan asumsi pendapatan dan beban BPJS Kesehatan berdasarkan data tahun 2014 - 2018. Selain menggunakan data estimasi, proyeksi dibuat dengan beberapa asumsi berikut:

- Pendapatan JKN yang diprediksi adalah iuran peserta, pendapatan lain seperti investasi serta pendanaan alternatif dari PRUK, dan ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor.
- Pendapatan iuran dan beban jaminan kesehatan dihitung berdasarkan jumlah peserta, kontribusi rata-rata iuran, dan tingkat inflasi setiap tahunnya.
- Estimasi perkembangan peserta JKN menggunakan tren perkembangan peserta tahun 2014-2018 dan proyeksi penduduk Indonesia dari BPS.
- Beban JKN terdiri dari beban jaminan kesehatan, beban operasional, dan beban lain-lain. Beban operasional dan beban lain-lain diprediksikan dengan asumsi kenaikan rata-rata tiga persen sesuai inflasi yang berlaku serta tidak lebih dari tujuh persen dari beban keseluruhan.
- Beban jaminan kesehatan dihitung dengan menggunakan estimasi perkembangan peserta, estimasi rasio penggunaan layanan kesehatan, dan estimasi biaya layanan perawatan.

Tanpa ada intervensi kebijakan, secara total pendapatan JKN adalah 1.649 triliun rupiah dengan beban 2.259 triliun rupiah selama kurun waktu 2019-2030. Seperti ditampilkan dalam tabel di bawah ini, dari proyeksi yang dihitung pada tahun 2030 defisit *carry over* yang akan terjadi adalah sebesar 609 triliun rupiah. Secara detail proyeksi bisa dilihat pada Lampiran 2.

Tabel 58. Proyeksi Defisit JKN Tanpa Ada Intervensi Apapun periode 2019-2030

Skenario	Claim Ratio (Pendapatan/ Beban)	2019 – 2030		
		Pendapatan	Beban	Defisit / Surplus
Skenario Referensi Tanpa Intervensi Apapun	137%	1.649.968.374.107.380	2.259.551.208.997.470	(609.582.834.890.090)

Sumber: olahan penelitian berdasarkan Mundiharno et. Al., (2015)

Grafik 4. Proyeksi Defisit JKN 2019 – 2030



Sumber: olahan penelitian berdasarkan Mundiharno et. Al., (2015)

Intervensi kebijakan dari tiga skenario yang dianalisa yaitu kenaikan iuran, pendanaan alternatif, dan kombinasi kenaikan iuran dan pendanaan alternatif, memberikan hasil proyeksi yang berbeda. Intervensi dengan kenaikan iuran rutin dan kombinasi antara kenaikan iuran dan pendanaan alternatif menghasilkan surplus, sementara jika hanya menggunakan cukai maka akan tetap menghasilkan defisit pendanaan. Perhitungan secara detail bisa dilihat di Lampiran 2. Sedangkan ringkasan hasil proyeksi dari tiga skenario yang dianalisa, didapatkan perhitungan sebagai berikut:

Tabel 59. Pendapatan- Beban dan *Claim Ratio* 2019-2030 (dalam triliun rupiah)

Skenario	<i>Claim Ratio</i> (Beban/ Pendapatan)	2019 - 2030		
		Pendapatan	Beban	Defisit / Surplus
Kenaikan iuran	100%	2.252,35	2.247,46	4,9
Menggunakan Cukai	108%	2.089,29	2.259,55	(170,25)
Kombinasi Iuran dan Cukai	99%	2.271,85	2.258,34	13,5

Berdasarkan perhitungan ini, skenario menaikkan iuran dan kombinasi dengan sumber pendanaan lain dapat menjadi solusi masalah defisit BPJS kesehatan. Menurut proyeksi yang kami hitung, pada tahun 2030 dana JSN akan mengalami surplus masing-masing sebanyak 4,9 triliun rupiah untuk skenario menaikkan iuran dan 13,5 triliun rupiah untuk skenario kombinasi dengan sumber pendanaan alternatif.

Skenario menaikkan iuran dilakukan dengan asumsi iuran JKN meningkat 36 persen setiap dua tahun akan menghasilkan peningkatan rata-rata kontribusi peserta sebesar 13 persen. Sementara pada skenario kombinasi, iuran yang naik sebesar 15 persen setiap dua tahun akan menghasilkan peningkatan rata-rata kontribusi peserta sebesar lima persen ditambah dengan pemasukkan dari pendanaan alternatif. Pilihan kombinasi dapat dijadikan dasar dalam penentuan *roadmap* kenaikan iuran JKN dan dinilai tidak terlalu memberatkan masyarakat karena kenaikannya cukup rendah.

## 5.5 Perhitungan *Cost Benefit Analysis*

Secara rinci perhitungan *cost benefit* dari tahun 2019 hingga 2030 dapat dilihat dalam lampiran III dokumen ini. Perlu diperhatikan perhitungan ini masih belum menerapkan rerata diskon berdasarkan tahun. Perhitungan dengan mempertimbangkan diskon *rate* akan disampaikan di bagian selanjutnya. Dalam bagian ini disampaikan jumlah total *cost benefit* dari masing-masing skenario secara singkat.

### 1. Skenario Kenaikan Iuran

Berdasarkan penghitungan proyeksi, besaran iuran yang bisa menutupi defisit JKN adalah kenaikan iuran rutin sebesar 36 persen setiap dua tahun. Setiap kenaikan iuran sebesar itu akan meningkatkan kontribusi peserta 13 persen dan cukup untuk menutupi defisit JKN. Dari sisi CBA, skenario ini akan memberikan *net-benefit* sebanyak 4,5 triliun rupiah di tahun 2030.

Tabel 60. Perhitungan Skenario Kenaikan Iuran

Dampak		2019 - 2030
<b>Masyarakat</b>		
<i>Cost</i>	Pembayaran Iuran	543.161.736.307.725
<i>Benefit</i>	Benefit Jaminan Kesehatan	2.092.629.250.323.130
	<i>Out-of-Pocket Protection</i>	94.762.402.924.128
Fasilitas Layanan Kesehatan		
<i>Benefit</i>	Lapangan kerja di sektor kesehatan ( <i>employment</i> )	76.922.508.170.142
<b>Pemerintah</b>		
<i>Cost</i>	Biaya penyelenggaraan BPJS Kesehatan	154.827.806.568.201
	Pembayaran subsidi iuran	1.705.001.167.609.190
	<i>Fiscal risk/risiko bail-out</i> defisit JKN	(4.900.962.852.988)
<i>Benefit</i>	Efek JKN terhadap peningkatan kualitas hidup	4.605.114.895.345.260
<b>Cost</b>		<b>2.398.089.747.632.130</b>
<b>Benefit</b>		<b>6.869.429.056.762.660</b>
<b>Cost-Benefit</b>		<b>4.471.339.309.130.540</b>

Sumber: olahan peneliti

## 2. Skenario Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK) dan Pungutan Kendaraan Bermotor Roda Dua serta Ekstensifikasi Cukai Kendaraan Bermotor Roda Empat

Skenario penggunaan sumber pendanaan alternatif dilakukan dengan memasukkan potensi Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK) dan pungutan penjualan motor serta ekstensifikasi cukai kendaraan roda empat atau lebih. Dari tiga sumber yang dihitung, potensi pendanaan alternatif ini berkisar antara 36 – 50 triliun rupiah per tahun.

Dari segi CBA, skenario ini bisa memberikan *net-benefit* sebanyak 5.091 triliun rupiah dalam kurun waktu 11 tahun (2019 – 2030). Penghitungan secara rinci ditampilkan di lampiran sementara ringkasan penghitungan di ditampilkan dalam Tabel 61.

Tabel 61. Perhitungan Skenario Pendanaan Alternatif dari PRUK dan Pungutan Penjualan Motor serta Ekstensifikasi Cukai Kendaraan Roda Empat atau Lebih

Dampak		2019-2030
<b>Masyarakat</b>		
<i>Cost</i>	Pembayaran iuran	397.881.920.488.398
<i>Benefit</i>	Benefit Jaminan Kesehatan	2.104.723.402.429.270
	<i>Out-of-Pocket Protection</i>	95.297.333.842.735
<b>Fasilitas Layanan Kesehatan</b>		
<i>Benefit</i>	Lapangan kerja di sektor kesehatan ( <i>employment</i> )	77.348.577.404.148
<b>Pemerintah</b>		
<i>Cost</i>	Biaya penyelenggaran BPJS Kesehatan	154.827.806.568.201
	Pembayaran subsidi iuran	1.247.891.337.791.570
	<i>Fiscal risk</i> /risiko <i>bail-out</i> defisit JKN	170.258.595.233.147
<i>Benefit</i>	Efek JKN terhadap peningkatan kualitas hidup	4.630.622.355.029.660
<b>Cost</b>		<b>1.816.031.853.513.120</b>
<b>Benefit</b>		<b>6.907.991.668.705.810</b>
<b>Cost-Benefit</b>		<b>5.091.959.815.192.700</b>

Sumber: olahan peneliti

## 3. Skenario Kombinasi Kenaikan Iuran dan Sumber Pendanaan Lain

Skenario kombinasi yakni menggabungkan antara kenaikan iuran dan pendanaan alternatif. Kenaikan iuran dalam skenario ini adalah sebesar 15 persen setiap dua tahun yang dapat memberikan peningkatan kontribusi peserta sebanyak lima persen. Sedangkan pendanaan alternatif yang dipilih adalah Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK) tunggal 60 rupiah dan pungutan kendaraan bermotor roda dua sebesar lima ribu rupiah, serta ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat sebesar lima persen.

Dari segi CBA, skenario ini memberikan *net benefit* sebesar 5.089 triliun rupiah. Penghitungan secara rinci ditampilkan di lampiran sementara ringkasan penghitungan di tampilkan dalam tabel berikut:

Tabel 62. Perhitungan Skenario Kombinasi Antara Luran dan Sumber Lain

Dampak		2019-2030
<b>Masyarakat</b>		
<i>Cost</i>	Pembayaran luran	441.901.677.615.258
<i>Benefit</i>	Benefit Jaminan Kesehatan	2.103.513.987.218.650
	<i>Out-of-pocket Protection</i>	95.243.840.750.874
<b>Fasilitas Layanan Kesehatan</b>		
<i>Benefit</i>	Lapangan kerja di sektor kesehatan ( <i>employment</i> )	77.305.970.480.748
<b>Pemerintah</b>		
<i>Cost</i>	Biaya penyelenggaraan BPJS Kesehatan	154.827.806.568.201
	Pembayaran subsidi luran	1.386.429.857.263.710
	<i>Fiscal risk/risiko bail-out</i> defisit JKN	(13.509.096.576.464)
<i>Benefit</i>	Efek JKN terhadap peningkatan kualitas hidup	4.628.071.609.061.220
<b>Cost</b>		<b>1.814.822.438.302.500</b>
<b>Benefit</b>		<b>6.904.135.407.511.500</b>
<b>Cost-Benefit</b>		<b>5.089.312.969.209.000</b>

Sumber: olahan peneliti

## 5.6 Menghitung *Discount Rate* dan Mendapatkan Nilai Saat Ini (*Present Value*)

Berdasarkan hasil perhitungan *Cost Benefit Analysis* dari empat skenario didapatkan nilai masing-masing sebagai berikut.

Tabel 63. Perhitungan Total Cost and Benefit

Skenario	Total Cost	Total Benefit	Cost and Benefit
Kenaikan luran	2.398.089.747.632.130	6.869.429.056.762.660	4.471.339.309.130.540
Penggunaan Cukai	1.816.031.853.513.120	6.907.991.668.705.810	5.091.959.815.192.700
Kombinasi	1.814.822.438.302.500	6.904.135.407.511.500	5.089.312.969.209.000

Sumber: olahan peneliti

Untuk mendapatkan nilai saat ini, perhitungan di atas dihitung dengan memperhatikan *social discount rate*. Untuk program yang kurang dari 50 tahun, *discount rate* yang direkomendasikan sebesar 3,5 persen, sementara untuk program yang lebih dari 50 tahun, direkomendasikan menggunakan *time-declining discount rate* (Boardman et al., 2017). Perhitungan *total cost* dan *total benefit* mendapatkan nilai sebagai berikut.

Tabel 64. Perhitungan Total Cost dan Total Benefit

Skenario	Total Cost	Total Benefit	Cost and Benefit
Kenaikan iuran	1.947.097.742.023.090	5.543.706.407.082.120	3.596.608.665.059.030
Penggunaan Cukai	1.464.239.489.820.080	5.577.760.858.556.740	4.113.521.368.736.660
Kombinasi iuran dan Cukai	1.463.167.674.954.870	5.574.355.413.409.280	4.111.187.738.454.410

Sumber: olahan peneliti

Aturan dasar *Cost Benefit Analysis*, pilihan terbaik adalah yang memiliki *Net-Present Value* (NPV) positif. Namun jika pilihannya banyak maka pilih alternatif dengan nilai NPV terbesar. Berdasarkan perhitungan *Cost Benefit Analysis* dalam analisa ini, pilihan dengan *net-benefit* terbesar adalah pendanaan alternatif menggunakan PRUK dan pungutan penjualan motor serta ekstensifikasi cukai kendaraan roda empat atau lebih. Meskipun begitu, alternatif tersebut belum bisa menyelesaikan masalah defisit JKN. Sehingga alternatif kombinasi tetap bisa dipertimbangkan sebagai alternatif terbaik karena lebih stabil dan partisipatif karena ada kontribusi iuran masyarakat.



## Bab 6

# Penutup

### 6.1. Kesimpulan

**B**erdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, ditemukan beberapa kesimpulan atas penyebab defisit JKN yaitu:

#### 1. Iuran

Besaran iuran belum sesuai dengan perhitungan aktuarial dan tidak mencukupi untuk membiayai pengeluaran pelayanan apalagi beban pelayanan kesehatan untuk penyakit katastropik sangat tinggi dan terus meningkat. Iuran yang saat ini berjalan tidak mampu menopang beban yang ada.

*Catatan: Perkembangan terakhir terkait kenaikan iuran yaitu pada akhir tahun 2019 pemerintah telah mengeluarkan kebijakan kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019. Kebijakan tersebut telah menimbulkan respon yang beragam dari masyarakat karena persentase kenaikan iuran cukup*

*tinggi. Pada awal Maret 2020, Mahkamah Agung Indonesia membatalkan kenaikan iuran tersebut atas dasar judicial review yang diajukan oleh masyarakat.*

## **2. Kepesertaan dan Kepatuhan**

Di sisi kepesertaan, peserta PBPU dan perluasan kepesertaan PPU masih belum optimal. Rendahnya kepesertaan dari PBPU dan PPU menunjukkan bahwa komitmen semua pihak terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan sosial masih rendah. Hal ini juga disebabkan adanya pemahaman yang kurang tentang pentingnya asuransi sosial kesehatan sebagai jalan pencapaian jaminan kesehatan semesta dan jalan menuju kehidupan berbangsa yang lebih sehat dan kualitas. Dari sisi kepatuhan, peserta mandiri masih belum disiplin dalam membayar iuran dan masih banyak yang menunggak iuran. BPJS Kesehatan juga kurang optimal dalam mendorong kepatuhan mengiur di kelompok peserta mandiri. Dengan kondisi demikian maka kontribusi iuran masih rendah sehingga berkontribusi terhadap defisitnya BPJS Kesehatan.

## **3. FKTP Belum Berfungsi Optimal**

Puskesmas masih belum mampu menangani 144 jenis penyakit sebagaimana ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Hal ini disebabkan oleh minimnya ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan. Kekurangan tenaga medis yang ditempatkan di Puskesmas terpencil misalnya, telah menyebabkan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan menjadi terbatas sehingga harus dirujuk ke rumah sakit. Selain itu penilaian kinerja fasilitas primer yang disebut dengan Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) belum berjalan dengan optimal. Di sisi lain, pelaksanaan penanganan 144 jenis penyakit oleh FKTP masih dianggap sebagai beban dan pekerjaan tambahan oleh FKTP sehingga dengan mudah FKTP merujuk pasien ke FKRTL.

## **4. Rujukan Berjenjang di FKRTL yang Tidak Efisien**

Rujukan berjenjang antar FKRTL menyebabkan klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit semakin banyak. Berdasarkan temuan lapangan, umumnya rumah sakit tipe B akan menerima pasien yang tidak bisa ditangani oleh tipe rumah sakit di bawahnya dengan kondisi yang sudah cukup serius sehingga beban biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit menjadi tidak efisien.

## **5. Pengelolaan Keuangan BPJS Kesehatan Kurang Transparan dan Kurang Akuntabel**

Di dalam laporan kinerja dan laporan keuangan BPJS Kesehatan tidak mencantumkan secara detail mengenai pengeluaran sesuai dengan yang telah diatur dalam UU BPJS Nomor

24 tahun 2011. Kurangnya transparansi dan akuntabilitas dapat menciptakan kondisi yang memungkinkan kesalahan manajemen keuangan, baik sengaja maupun tidak sengaja. Ditingkat penyelenggaraan layanan (FKTP-FKTRL) dan pemerintah daerah juga terjadi penyelewengan atau penyalahgunaan dana JKN. Di beberapa daerah, kepala daerah dan pejabat di rumah sakit telah divonis oleh pengadilan karena tindak korupsi dana JKN-BPJS Kesehatan. Banyak rumah sakit dan klinik yang diduga melakukan "mark-up" klaim dana BPJS Kesehatan.

## 6. Peran Pemerintah Daerah belum Optimal

Pemerintah daerah belum optimal dalam mendukung pelaksanaan JKN secara lebih efektif dan efisien. Pemda belum memantau pendataan dan pelaksanaan JKN secara optimal. Hasil penelitian menunjukkan terdapat beberapa daerah yang masih kesulitan melakukan pendataan secara kolaboratif dengan pihak-pihak terkait. Namun terdapat juga daerah yang sudah melakukan langkah-langkah yang baik terkait pendataan dan kolaborasi secara gradual dengan berbagai pihak misalnya Kabupaten Semarang dan Kota Kupang.

## 6.2. Rekomendasi Kebijakan

Berdasarkan hasil analisa terhadap temuan penelitian, ada beberapa rekomendasi kebijakan dan perbaikan teknis sebagai berikut:

1. Pemerintah, BPJS Kesehatan dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) harus segera merumuskan *roadmap* yang jelas mengenai keberlanjutan SJSN khususnya jaminan kesehatan sosial (JKN-BPJS Kesehatan). *Road-map* sangat penting agar semua pihak mempunyai panduan dan kesamaan pandangan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan sosial di Indonesia. Di dalam *road-map* juga perlu menegaskan skema pembiayaan yang berkelanjutan, kontribusi pemerintah, kontribusi peserta, kenaikan tarif iuran, sistem pelayanan, peran pemerintah daerah, peran swasta, peran masyarakat dan lain-lain. Dalam penyusunan *road-map*, pemerintah perlu mengajak aktor non-pemerintah dan masyarakat luas agar suara publik terakomodasi dengan baik.
2. Khusus terkait dengan nominal iuran, rekomendasi yang diajukan adalah adanya penyesuaian iuran secara periodik berbasis proyeksi jangka panjang sehingga resiko gagal bayar dapat dikurangi. Jika dilihat dari skenario kombinasi, kenaikan iuran sebesar 15-18 persen setiap dua tahun dapat dilakukan dan dengan tambahan penggalan sumber-sumber alternatif pendanaan lain yang diupayakan oleh pemerintah.
3. Diperlukan adanya kebijakan tambahan terkait pengelolaan keuangan yang secara khusus mengatur penggunaan dana SiLPA kapitasi untuk menutupi defisit BPJS Kesehatan mengingat banyaknya dana SiLPA yang mengendap di rekening kas daerah.

4. BPJS Kesehatan harus segera melakukan keterbukaan informasi pengelolaan keuangan. Hal ini dapat meningkatkan akuntabilitas BPJS Kesehatan dan meningkatkan kepercayaan publik terhadap BPJS Kesehatan sehingga akan mempengaruhi kepatuhan peserta dalam mengiur. Selain itu, BPJS Kesehatan harus membuka ruang keterlibatan aktif dari pemerintah daerah dan masyarakat untuk turut aktif dalam memantau pengelolaan JKN.
5. Diperlukan perbaikan data yang menjadi basis Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu (SLRT) sehingga kepesertaan PBI tepat sasaran. Pemerintah harus segera melakukan pembenahan data *single identity number* agar dapat memantau seluruh masyarakat agar mendapatkan perlindungan sosial sesuai kebutuhan.
6. Pemerintah harus terus-menerus membangun dan meningkatkan infrastruktur kesehatan dasar dan lanjutan yang memadai, berkualitas dan merata di seluruh wilayah Indonesia. Selain itu, pemerintah harus segera meningkatkan jumlah dan kualitas tenaga kesehatan agar mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat
7. Evaluasi sistem Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) perlu dilakukan untuk memastikan standar kualitas layanan pada penyelenggara layanan khususnya pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Kualitas layanan di FKTP perlu dioptimalkan untuk memaksimalkan peran dan fungsinya. Pemerintah daerah dapat memberikan dukungan kepada FKTP melalui pemerataan distribusi tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang lebih memadai sehingga masyarakat dapat memperoleh pelayanan yang baik dan berkualitas. Pemerintah daerah dapat juga memberikan insentif kepada tenaga kesehatan yang bertugas di wilayah-wilayah pinggiran.
8. Meningkatkan kegiatan sosialisasi dan pembangunan kesadaran publik akan pentingnya jaminan kesehatan sosial. Selain itu, kegiatan promotif dan preventif ke masyarakat harus ditingkatkan agar masyarakat semakin sadar perilaku hidup sehat sehingga berkontribusi dalam pencegahan penyakit katastropik. Pemerintah harus mengoptimalkan serangkaian program pengendalian biaya dan promosi pencegahan penyakit katastropik.
9. Berdasarkan perhitungan proyeksi defisit, jika tidak ada kenaikan iuran dan pendanaan alternatif selama 11 tahun (2019 - 2030), maka jumlah defisit akumulatif JKN-BPJS Kesehatan akan mencapai Rp 609 triliun pada tahun 2030. Maka, terkait dengan alternatif pendanaan JKN-BPJS Kesehatan agar optimal dan berkelanjutan serta terbebas dari defisit, rekomendasi yang diajukan adalah:
  - a. Pemerintah perlu menambah pengenaan barang kena cukai yang potensial menjadi sumber pembiayaan alternatif bagi program JKN seperti Pungutan Rokok Untuk Kesehatan (PRUK), cukai minuman berpemanis buatan, pungutan kendaraan bermotor roda dua dan

ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat atau lebih. Berdasarkan perhitungan, sumber dana yang berasal dari PRUK tunggal Rp 60 dan pungutan kendaraan bermotor roda dua sebesar Rp 5000 serta ekstensifikasi cukai kendaraan bermotor roda empat atau lebih sebesar lima persen, dapat memberikan potensi tambahan pendanaan hingga Rp 37 triliun setiap tahun.

- b. Perkembangan terakhir terkait ekstensifikasi cukai adalah disetujuinya rencana pemerintah dalam menerapkan cukai plastik oleh DPR RI di awal tahun 2020. Penerapan cukai plastik merupakan langkah yang sangat baik dan dapat digunakan untuk mendukung upaya-upaya pencapaian pembangunan kesehatan serta tujuan pembangunan berkelanjutan. Oleh sebab itu, perlu melakukan kebijakan "*earmarking*" cukai plastik untuk bidang kesehatan.
- c. Langkah ekstensifikasi barang kena cukai perlu diperluas pada komoditas-komoditas lain yang memiliki eksternalitas negative misalnya minuman berpemanis buatan yang memiliki korelasi tinggi terhadap peningkatan jumlah penduduk yang mengalami obesitas (Riset Kesehatan Dasar 2018, prevalensi penduduk obesitas meningkat dari 14,8 persen di 2013 menjadi 21,8 persen di 2018). Penerapan cukai pada minuman berpemanis buatan di jangka pendek dapat menjadi alternatif pembiayaan untuk *non-communicable diseases* (NCD) seperti diabetes (yang mana merupakan penyakit yang berhubungan langsung dengan tingginya konsumsi gula/minuman berpemanis buatan).

**Catatan:**

Penelitian ini menunjukkan bahwa skenario kombinasi (kenaikan iuran dan ekstensifikasi barang kena cukai) dapat menyelesaikan defisit JKN. Proyeksinya, jika skema kenaikan iuran dan ekstensifikasi barang kena cukai dilakukan secara bersamaan, maka pada tahun 2030 dana JKN akan surplus sebesar Rp13,5 triliun. Jika hanya menaikkan iuran secara berkala dua tahunan dengan besaran 15-18% maka dana JKN surplus sebesar Rp 4,9 triliun pada tahun 2030. Kenaikan iuran berkala akan lebih diterima oleh masyarakat karena tidak memberatkan masyarakat secara spontan.

Pilihan kombinasi antara ekstensifikasi barang kena cukai dan kenaikan iuran menurut Analisa dari penelitian ini adalah yang paling feasible baik secara politik maupun secara teknokratik. Usulan ini dapat dijadikan salah satu dasar atau *evidences* dalam penentuan *road-map* JKN-BPJS Kesehatan. \*\*\*



## Daftar Pustaka

Ahsan, A. (2017). Inovasi Pendanaan Defisit Program JKN-KIS melalui Pungutan (Tambahan) atas Rokok untuk Kesehatan (PRUK). Ringkasan Riset JKN-KIS, 01. Retrieved from <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/272cf953af57449bffc30087a1bd144d.pdf>

Ahsan, A., Wiyono, N., & Soraya Kiting, A. (2015). Bunga Rampai Fakta Tembakau Dan Permasalahannya di Indonesia 2014.

Alatas, V., Banerjee, A., Hanna, R., Olken, B.A., Purnamasari, R. and Wai-Poi, M., 2013. *Does elite capture matter? Local elites and targeted welfare programs in Indonesia (No. w18798)*. National Bureau of Economic Research.

Alatas, V., Purnamasari, R. and Wai—Po, M., 2011. *15 targeting of the poor and vulnerable. Employment, Living Standards and Poverty in Contemporary Indonesia*, p.313. diakses pada 22 Maret 2018

Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Perubahan Kota Kupang 2014-2018.

- Badan Pusat Statistik. 2017. *Kota Kupang dalam Angka tahun 2017*. Kota Kupang: BPS Kota Kupang.
- Badan Pusat Statistik. 2018. *Kota Kupang dalam Angka tahun 2018*. Kota Kupang: BPS Kota Kupang.
- Boardman, A. E., Greenberg, D. H., Vining, A. R., & Weimer, D. L. (2017). *Cost-benefit analysis: Concepts and practice*. Cambridge University Press.
- BPJS Kesehatan. 2016. Pentingnya Dukungan Pem- da untuk mencapai Universal Health Coverage. InfoBPJS Kesehatan Edisi 44 Tahun 2016. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Diakses pada 21 Februari 2018 <[https:// bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/4dc1390e3f9ad849198c0321a7c4bdco.pdf](https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/4dc1390e3f9ad849198c0321a7c4bdco.pdf)>
- Chazali H Situmorang, (2013) Reformasi Jaminan Sosial Di Indonesia, CINTA Indonesia, Depok
- Creswell, John W. 1994. *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*, California: Sage Publications, Inc.
- Creswell, JW. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dartanto, T., Bintara, H., Hanum, C., Usman, Bella, A., & Putro, P. (2017). Dampak Program JKN-KIS Pada Perekonomian Indonesia. Ringkasan Riset JKN-KIS, 01, 8.
- Dartanto, T., Dharmawan, G. F., Setyonugroho, L. D., Dewi, L. P. R. K., Martiningsih, D., Baros, W. A., & Dhanalvin, E. (2017). Dampak Program JKN-KIS terhadap Kemiskinan. Ringkasan Riset JKN-KIS, 4. Retrieved from <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/d6a4498ec3f1163a66958ad9f8e2c3c1.pdf>
- Dartanto, T., Rezki, J. F., Usman, Siregar, C. H., Bintara, H., & Pramono, W. (2015, November 13). Perluasan Cakupan Jaminan Kesehatan Universal dengan adanya Informalitas di Indonesia: Tantangan dan Implikasi Kebijakan. Retrieved November 3, 2019, from Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat—Fakultas Ekonomi dan Bisnis—Universitas Indonesia website: <https://www.lpem.org/id/expanding-universal-health-coverage-in-the-presence-of-informality-in-indonesia-challenges-and-policy-implications/>
- De Kinderen, R., & Rombouts, T. (2018). *Social cost benefit analysis of tobacco control policies in the Netherlands. Tobacco Induced Diseases*, 16(1). <https://doi.org/10.18332/tid/84034>
- Dunn, William N. (1999, Terjemahan). "Pengantar Analisis Kebijakan Publik." Yogyakarta: Gadjahmada University Press
- Fitra, Safrezi. 2019. Biaya Defisit yang Membuat Iuran BPJS Kesehatan Naik. <https://katadata.co.id/telaah/2019/09/12/biaya-defisit-yang-membuat-iuran-bpjs-kesehatan-naik>

- Ho, L.-M., Schafferer, C., Lee, J.-M., Yeh, C.-Y., & Hsieh, C.-J. (2018). *Raising cigarette excise tax to reduce consumption in low-and middle-income countries of the Asia-Pacific region: a simulation of the anticipated health and taxation revenues impacts*. *BMC Public Health*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6096-z>
- KataData.co.id. (2018). Akhir September 2018, BPJS Kesehatan Defisit Rp 7,95 Triliun | Databoks. Retrieved November 12, 2019, from <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2018/10/31/akhir-september-2018-bpjs-kesehatan-defisit-rp-795-triliun>
- KataData.co.id. (2019). Biang Defisit yang Membuat Iuran BPJS Kesehatan Naik—Telaah Katadata.co.id. Retrieved November 25, 2019, from <https://katadata.co.id/telaah/2019/09/12/biang-defisit-yang-membuat-iuran-bpjs-kesehatan-naik>
- KataData.co.id. (2019). Kemensos: Penonaktifan 5,2 Juta PBI BPJS Bagian dari Pemutakhiran Data. <https://katadata.co.id/berita/2019/07/31/kemensos-51-juta-peserta-pbi-yang-dinonaktifkan-memiliki-nik-ganda>
- Kristina, S. A., Endarti, D., Prabandari, Y. S., Ahsan, A., & Thavorncharoensap, M. (2015). *Burden of Cancers Related to Smoking among the Indonesian Population: Premature Mortality Costs and Years of Potential Life Lost*. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 16(16), 6903–6908. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.16.6903>
- Lauranti, Maria., Djamhari, Eka Afrina., et.al., 2018. *Mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional yang Non-Diskriminatif*. Perkumpulan Prakarsa: Jakarta.
- Manefe, Diana. 2019. Temukan SiLPA Rp 2,5 Triliun, BPKP Minta Dana Kapitasi Dievaluasi. <https://www.beritasatu.com/kesehatan/556662/temukan-silpa-rp-25-triliun-bpkp-minta-dana-kapitasi-dievaluasi>
- MediaIndonesia. 2020. Pemerintah Stop Tambah Dana BPJS. <https://mediaindonesia.com/read/detail/281887-pemerintah-stop-tambah-dana-bpjs>
- Media internal BPJS Kesehatan. Strategi Utama Menuju Sukses 2018. Edisi 58 Tahun 2018.
- Menteri Dalam Negeri. (2018, November 6). Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 5 Tahun 2018 tentang Penghitungan Dasar Pengenaan Pajak Kendaraan. Retrieved from <http://ditjenpp.kemenkumham.go.id/arsip/bn/2018/bn1610-2018.pdf>
- Mundiharno, D., Němec, D. J., Rabovskaja, V., & Spatz, D. J. (n.d.). *Financial Sustainability of the National Health Insurance in Indonesia: A First Year Review*. 8.
- Pasien BPJS, 2016. Cara Daftar Menjadi Peserta BPJS PBI (Syarat dan Prosedur). Diakses pada 22 Maret 2018 <<http://www.pasienbpjs.com/2016/04/cara-menjadi-peserta-bpjs-pbi.html>>

Perpres Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. (2018). Retrieved from [https://www.google.com/search?q=PERATURAN+PRESIDEN+REPUBLIK+INDONESIA+NOMOR+82+TAHUN+20+18+TENTANG+JAMINAN+KESEHATAN&rlz=1C5CHFA\\_enUS790US790&oq=PERATURAN+PRESIDEN+REPUBLIK+INDONESIA+NOMOR+82+TAHUN+20+18+TENTANG+JAMINAN+KESEHATAN&aqs=chrome..69i57j69i60.293j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=PERATURAN+PRESIDEN+REPUBLIK+INDONESIA+NOMOR+82+TAHUN+20+18+TENTANG+JAMINAN+KESEHATAN&rlz=1C5CHFA_enUS790US790&oq=PERATURAN+PRESIDEN+REPUBLIK+INDONESIA+NOMOR+82+TAHUN+20+18+TENTANG+JAMINAN+KESEHATAN&aqs=chrome..69i57j69i60.293j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

P2PTM. 2019. Hari Hipertensi Dunia 2019 : "Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK.". <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/pusat-/hari-hipertensi-dunia-2019-know-your-number-kendalikan-tekanan-darahmu-dengan-cerdik>

Rahardyan, A. (2019, March 14). TKN: Desifit BPJS Kesehatan Bisa Ditambal Pakai Cukai Rokok dan Pajak Kendaraan | Kabar24. Retrieved November 9, 2019, from Bisnis.com website: <https://kabar24.bisnis.com/read/20190314/15/899836/tnk-desifit-bpjs-kesehatan-bisa-ditambal-pakai-cukai-rokok-dan-pajak-kendaraan>

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Kupang 2017-2022.

Rusady, M. A. (2017, March). Peranan BPJS Kesehatan Dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan. Presented at the Rakerkesnas.

Solikhin, M. N. (2019, May 21). Risiko Defisit BPJS bagi Industri Kesehatan. Retrieved November 12, 2019, from Pshk.or.id website: <https://pshk.or.id/blog-id/risiko-defisit-bpjs-bagi-industri-kesehatan/>

Statistik, B. P. (2018). Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045. Jakarta.

Tarigan, I., & Suryanti, T. (2017). Gambaran *Out of Pocket* pada Awal Era JKN di Indonesia. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 1(2), 141-146-146. <https://doi.org/10.22435/jpppk.v1i2.8100>

Undang Undang No 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang Undang No 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Undang Undang No 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional

# Lampiran

## Lampiran 1. Potensi Pendapatan dari Cukai

Tabel 65. Potensi Pendapatan dari Rokok (dalam miliar rupiah)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Potensi PRUK Rokok												
Produksi Rokok (miliar batang)*	340	340	340	340	340	341	341	341	341	342	342	342
Potensi PRUK Rp 40	13.607	13.614	13.620	13.627	13.634	13.641	13.648	13.654	13.661	13.668	13.675	13.682
Potensi PRUK Rp 50	17.008	17.017	17.025	17.034	17.042	17.051	17.060	17.068	17.077	17.085	17.094	17.102
Potensi PRUK Rp 60	20.410	20.420	20.431	20.441	20.451	20.461	20.471	20.482	20.492	20.502	20.512	20.523
Earmarking DBHCHT												
Asumsi Penerimaan Cukai (triliun)**	159.000	172.000	174.000	181.000	188.000	194.000	201.000	207.000	214.000	220.000	227.000	234.000
Earmarking 20%	31.780	34.380	34.891	36.204	37.516	38.829	40.140	41.453	42.765	44.077	45.390	46.702

\*asumsi produksi rokok naik 0.05%

\*\* berdasarkan tren dari 2014

Tabel 66. Potensi Pendapatan dari Pungutan Kendaraan Roda Dua dan Ekstensifikasi Cukai Kendaraan Roda Empat atau Lebih (dalam miliar rupiah)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
PRUK Penjualan Motor												
Asumsi Penjualan Motor(juta unit)*	6,39	6,39	6,39	6,40	6,40	6,40	6,40	6,41	6,41	6,41	6,42	6,42
Pungutan Rp 20000	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128
Pungutan Rp50000	319	319	320	320	320	320	320	320	320	320	321	321
Cukai Kendaraan Roda Empat												
Penjualan Mobil (dalam Juta)**	0.87	0.89	0.91	0.93	0.95	0.96	0.98	1,00	1,02	1,04	1,06	1,09
Cukai 1%	3.156	3.158	3.159	3.161	3.162	3.164	3.165	3.167	3.169	3.170	3.172	3.173
Cukai 3%	9.468	9.473	9.478	9.482	9.487	9.492	9.497	9.501	9.506	9.511	9.516	9.520
Cukai 5%	15.780	15.788	15.796	15.804	15.812	15.820	15.828	15.836	15.843	15.851	15.859	15.867
Cukai 10%	31.560	31.576	31.592	31.608	31.628	31.639	31.655	31.671	31.687	31.703	31.719	31.735

\*data dari AISI, Asumsi penjualan naik 0.05%

\*\*Menurut Laporan tren GAIKINDO, Asumsi Pendapatan Cukai naik 2% per tahun

Tabel 67. Potensi Pengurangan Biaya Kesehatan Akibat Penyakit Katastropik Rokok (Dalam Miliar)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
5% Biaya Perawatan	5.317	6.058	6.829	7.564	8.026	8.515	9.035	9.578	10.146	10.746	11.378	12.044

## Lampiran 2. Pendapatan dan Beban BPJS Kesehatan (Proyeksi Defisit)

Tabel 68. Rincian Perhitungan Defisit JKN Tanpa Ada Intervensi (dalam milyar rupiah)

Kenaikan Iuran	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
<b>Pendapatan</b>													
Pendapatan Iuran	105,601.08	115,661.87	125,354.95	133,493.16	136,176.37	138,913.52	144,705.68	144,418.54	147,086.07	149,764.32	152,451.55	155,146.17	
Pendapatan lain	295.60	304.46	313.60	323.01	332.70	342.68	352.96	363.55	374.45	385.69	397.26	409.17	
Pajak Rokok, Cukai Rokok dan Kendaraan Bermotor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bantuan Pemerintah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>105,896.67</b>	<b>115,966.33</b>	<b>125,668.55</b>	<b>133,816.16</b>	<b>136,509.07</b>	<b>139,256.19</b>	<b>142,058.64</b>	<b>144,782.09</b>	<b>147,460.52</b>	<b>150,150.00</b>	<b>152,848.81</b>	<b>155,555.34</b>	<b>1,649,968.37</b>
<b>Beban</b>													
Beban Jaminan Kesehatan	106,343.85	121,150.14	136,573.17	151,277.24	160,512.01	170,310.71	180,707.78	191,560.15	202,930.27	214,920.16	227,559.32	240,878.60	
Beban Operasional	3,881.89	3,998.35	4,118.30	4,241.85	4,369.11	4,500.18	4,635.18	4,774.24	4,917.47	5,064.99	5,216.94	5,373.45	
Beban Lain-lain	7,027.60	7,238.42	7,455.58	7,679.24	7,909.62	8,146.91	8,391.32	8,643.06	8,902.35	9,169.42	9,444.50	9,727.84	
<b>Total</b>	<b>117,253.34</b>	<b>132,386.92</b>	<b>148,147.05</b>	<b>163,198.34</b>	<b>172,790.74</b>	<b>182,957.80</b>	<b>193,734.28</b>	<b>204,977.45</b>	<b>216,750.08</b>	<b>229,154.57</b>	<b>242,220.76</b>	<b>255,979.88</b>	<b>2,259,551.21</b>
Pendapatan - Beban	(11,356.67)	(16,420.58)	(22,478.50)	(29,382.17)	(36,281.67)	(43,701.61)	(51,675.65)	(60,195.36)	(69,289.56)	(79,004.57)	(89,371.95)	(100,424.54)	
<b>DEFISIT CARRY OVER</b>	<b>-</b>	<b>(27,777.25)</b>	<b>(50,255.76)</b>	<b>(79,637.93)</b>	<b>(115,919.60)</b>	<b>(159,621.21)</b>	<b>(211,296.85)</b>	<b>(271,492.21)</b>	<b>(340,781.78)</b>	<b>(419,786.34)</b>	<b>(509,158.29)</b>	<b>(609,582.83)</b>	

Tabel 69. Rincian Perhitungan Skenario I: Kenaikan Iuran (dalam milyar rupiah)

Kenaikan Iuran	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
<b>Pendapatan</b>													
Pendapatan Iuran	105,601.08	111,159.48	140,248.60	145,502.41	170,457.41	173,022.80	198,453.36	201,345.26	230,462.26	233,712.78	267,249.68	270,947.78	
Pendapatan lain	295.60	304.46	313.60	323.01	332.70	342.68	352.96	363.55	374.45	385.69	397.26	409.17	
Pajak Rokok, Cukai													
Rokok dan Kendaraan Bermotor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bantuan Pemerintah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>105,896.67</b>	<b>111,463.94</b>	<b>140,562.20</b>	<b>145,825.42</b>	<b>170,790.11</b>	<b>173,365.48</b>	<b>198,806.32</b>	<b>201,708.81</b>	<b>230,836.71</b>	<b>234,098.47</b>	<b>267,646.94</b>	<b>271,356.95</b>	<b>2,252,358.02</b>
<b>Beban</b>													
Beban Jaminan Kesehatan	106,343.85	116,434.11	136,573.17	147,376.32	160,512.01	169,467.59	180,707.78	190,700.76	202,930.27	214,053.83	227,559.32	239,970.25	
Beban Operasional	3,881.89	3,998.35	4,118.30	4,241.85	4,369.11	4,500.18	4,635.18	4,774.24	4,917.47	5,064.99	5,216.94	5,373.45	
Beban Lain-lain	7,027.60	7,238.42	7,455.58	7,679.24	7,909.62	8,146.91	8,391.32	8,643.06	8,902.35	9,169.42	9,444.50	9,727.84	
<b>Total</b>	<b>117,253.34</b>	<b>127,670.88</b>	<b>148,147.05</b>	<b>159,297.42</b>	<b>172,790.74</b>	<b>182,114.68</b>	<b>193,734.28</b>	<b>204,118.05</b>	<b>216,750.08</b>	<b>228,288.24</b>	<b>242,220.76</b>	<b>255,071.54</b>	<b>2,247,457.06</b>
Pendapatan - Beban	(11,356.67)	(16,206.94)	(7,584.84)	(13,472.00)	(2,000.63)	(8,749.20)	5,072.04	(2,409.25)	14,086.63	5,810.23	25,426.18	16,285.41	
<b>DEFISIT CARRY OVER</b>		(27,563.61)	(35,148.46)	(48,620.46)	(50,621.08)	(59,370.28)	(54,298.25)	(56,707.50)	(42,620.86)	(36,810.63)	(11,384.45)	4,900.96	

Tabel 70. Rincian Perhitungan Skenario II: Menggunakan Cukai (dalam milyar rupiah)

Menggunakan Cukai	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
<b>Pendapatan</b>													
Pendapatan Iuran	105,601.08	115,661.87	125,354.95	133,493.16	136,176.37	138,913.52	141,705.68	144,418.54	147,086.07	149,764.32	152,451.55	155,146.17	
Pendapatan lain	295.60	304.46	313.60	323.01	332.70	342.68	352.96	363.55	374.45	385.69	397.26	409.17	
PRUK dan Kendaraan Bermotor*	36,509.78	36,528.04	36,546.30	36,564.58	36,582.86	36,601.15	36,619.45	36,637.76	36,656.08	36,674.41	36,692.74	36,711.09	
Bantuan Pemerintah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>142,406.46</b>	<b>152,494.37</b>	<b>162,214.85</b>	<b>170,380.74</b>	<b>173,091.93</b>	<b>175,857.34</b>	<b>178,678.09</b>	<b>181,419.85</b>	<b>184,116.60</b>	<b>186,824.41</b>	<b>189,544.55</b>	<b>192,266.43</b>	<b>2,089,292.61</b>
<b>Beban</b>													
Beban Jaminan Kesehatan	106,343.85	121,150.14	136,573.17	151,277.24	160,512.01	170,310.71	180,707.78	191,560.15	202,930.27	214,920.16	227,559.32	240,878.60	
Beban Operasional	3,881.89	3,998.35	4,118.30	4,241.85	4,369.11	4,500.18	4,635.18	4,774.24	4,917.47	5,064.99	5,216.94	5,373.45	
Beban Lain-lain	7,027.60	7,238.42	7,455.58	7,679.24	7,909.62	8,146.91	8,391.32	8,643.06	8,902.35	9,169.42	9,444.50	9,727.84	
<b>Total</b>	<b>117,253.34</b>	<b>132,386.92</b>	<b>148,147.05</b>	<b>163,198.34</b>	<b>172,790.74</b>	<b>182,957.80</b>	<b>193,734.28</b>	<b>204,977.45</b>	<b>216,750.08</b>	<b>229,154.57</b>	<b>242,220.76</b>	<b>255,979.88</b>	<b>2,259,551.21</b>
Pendapatan - Beban	25,153.11	20,107.46	14,067.80	7,182.40	301.19	(7,100.46)	(15,056.20)	(23,557.60)	(32,633.48)	(42,330.16)	(52,679.21)	(63,713.45)	
DEFISIT CARRY OVER	-	45,260.57	59,328.37	66,510.77	66,811.96	59,711.50	44,655.31	21,097.71	(11,535.78)	(53,865.94)	(106,545.14)	(170,258.60)	

Tabel 71. Rincian Perhitungan Skenario III: Kombinasi Iuran dan Cukai (dalam milyar rupiah)

Kombinasi	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
<b>Pendapatan</b>													
Pendapatan Iuran	105,601.08	115,211.63	130,319.50	138,422.15	147,176.21	150,060.13	159,217.58	162,192.90	171,807.94	174,865.83	185,127.73	188,328.86	
Pendapatan lain	295.60	304.46	313.60	323.01	332.70	342.68	352.96	363.55	374.45	385.69	397.26	409.17	
PRUK dan Kendaraan Bermotor*	36,509.78	36,528.04	36,546.30	36,564.58	36,582.86	36,601.15	36,619.45	36,637.76	36,656.08	36,674.41	36,692.74	36,711.09	
Bantuan Pemerintah	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>142,406.46</b>	<b>152,044.13</b>	<b>167,179.40</b>	<b>175,309.73</b>	<b>184,091.76</b>	<b>187,003.95</b>	<b>196,189.99</b>	<b>199,194.21</b>	<b>208,838.47</b>	<b>211,925.92</b>	<b>222,217.73</b>	<b>225,449.12</b>	<b>2,271,850.89</b>
<b>Beban</b>													
Beban Jaminan Kesehatan	106,343.85	120,678.54	136,573.17	150,887.15	160,512.01	170,226.40	180,707.78	191,474.21	202,930.27	214,833.53	227,559.32	240,787.76	
Beban Operasional	3,881.89	3,998.35	4,118.30	4,241.85	4,369.11	4,500.18	4,635.18	4,774.24	4,917.47	5,064.99	5,216.94	5,373.45	
Beban Lain-lain	7,027.60	7,238.42	7,455.58	7,679.24	7,909.62	8,146.91	8,391.32	8,643.06	8,902.35	9,169.42	9,444.50	9,727.84	
<b>Total</b>	<b>117,253.34</b>	<b>131,915.31</b>	<b>148,147.05</b>	<b>162,808.25</b>	<b>172,790.74</b>	<b>182,873.49</b>	<b>193,734.28</b>	<b>204,891.51</b>	<b>216,750.08</b>	<b>229,067.94</b>	<b>242,220.76</b>	<b>255,889.05</b>	<b>2,258,341.79</b>
Pendapatan - Beban	25,153.11	20,128.82	19,032.35	12,501.49	11,301.02	4,130.47	2,455.71	(5,697.30)	(7,911.61)	(17,142.02)	(20,003.03)	(30,439.92)	
DEFISIT CARRY OVER	-	45,281.93	64,314.29	76,815.77	88,116.79	92,247.26	94,702.97	89,005.67	81,094.06	63,952.05	43,949.02	13,509.10	



Kenaikan luran	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Efek JKN terhadap peningkatan kualitas hidup	207,292.02	233,391.15	280,638.81	309,579.48	343,808.96	369,289.58	399,781.16	427,498.53	460,156.20	490,181.68	525,480.64	558,016.68	4,605,114.90
Cost	127,867.24	138,603.19	159,407.33	170,895.51	184,736.77	194,419.09	206,407.83	217,171.80	230,195.44	242,136.96	256,484.94	269,763.65	2,398,089.75
Benefit	321,508.12	358,695.53	427,870.61	468,691.34	517,316.39	552,663.70	595,477.03	634,146.00	680,156.52	722,311.07	774,294.65	818,298.11	6,869,429.06
Cost-Benefit	193,640.88	220,092.34	268,463.28	297,795.84	332,579.62	358,244.61	389,069.20	416,974.20	449,961.08	480,174.11	515,809.70	548,534.46	4,471,339.31
Discounted	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	66
Cost	127,867.24	133,916.13	148,808.45	154,137.95	160,987.42	163,695.66	167,912.90	170,695.07	174,813.08	177,663.39	181,827.00	184,773.46	1,947,097.74
Benefit	321,508.12	346,565.73	399,421.79	422,732.74	450,811.35	465,328.00	484,420.94	498,433.02	516,518.72	529,982.00	547,494.20	560,489.78	5,543,706.41
Cost-Benefit	193,640.88	212,649.60	250,613.35	268,594.78	289,823.93	301,632.35	316,508.04	327,737.95	341,705.64	352,318.62	365,667.20	375,716.32	3,596,608.67

Tabel 73. Skenario II: Menggunakan Kenaikan Cukai Berdasarkan Stakeholder (dalam milyar rupiah)

Menggunakan Cukai	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
<b>Consumer</b>													
<b>Cost</b>													-
Pembayaran Premi	27,618.53	26,914.53	30,068.27	32,191.09	32,838.13	33,498.18	34,171.49	34,825.09	35,468.33	36,114.17	36,762.17	37,411.95	397,881.92
<b>Benefit</b>													-
Benefit Jaminan Kesehatan	106,343.85	121,150.14	136,573.17	151,277.24	160,512.01	170,310.71	180,707.78	191,560.15	202,930.27	214,920.16	227,559.32	240,878.60	2,104,723.40
Out-of-pocket Protection	4,409.70	5,173.15	5,970.92	6,738.16	7,552.53	7,776.51	8,310.25	8,845.59	9,383.74	9,927.73	10,477.22	11,031.82	95,297.33
<b>Fasilitas Layanan Kesehatan</b>													
<b>Benefit</b>													-
Lapangan kerja di sector kesehatan (Employment)	3,462.55	4,056.40	4,687.71	5,308.00	5,742.89	6,199.20	6,677.83	7,172.99	7,686.32	8,220.99	8,777.48	9,356.23	77,348.58
<b>Government</b>													
<b>Cost</b>													-
Biaya penyelenggaraan BPJS Kesehatan	10,909.49	11,236.77	11,573.88	11,921.09	12,278.73	12,647.09	13,026.50	13,417.30	13,819.82	14,234.41	14,661.44	15,101.29	154,827.81
Pembayaran subsidi Premi	77,982.55	88,747.34	95,286.68	101,302.07	103,338.24	105,415.34	107,534.19	109,593.45	111,617.73	113,650.15	115,689.38	117,734.22	1,247,891.34
Fiscal risk/Risiko bail out defisit JKN	(25,153.11)	(20,107.46)	(14,067.80)	(7,182.40)	(301.19)	7,100.46	15,056.20	23,557.60	32,633.48	42,330.16	52,679.21	63,713.45	170,258.60
<b>Benefit</b>													-
Efek JKN terhadap peningkatan kualitas hidup	207,292.02	242,844.40	280,638.81	317,773.78	343,808.96	371,126.85	399,781.16	429,425.95	460,156.20	492,165.58	525,480.64	560,128.90	4,630,622.36
<b>Cost</b>	80,447.96	95,554.41	111,287.15	126,310.76	135,875.18	146,013.97	156,761.87	167,976.14	179,719.55	192,094.48	205,130.76	218,859.62	1,816,031.85
<b>Benefit</b>	321,508.12	373,224.09	427,870.61	481,097.19	517,316.39	555,413.27	595,477.03	637,003.79	680,156.52	725,234.47	772,294.65	821,395.56	6,907,991.67
<b>Cost-Benefit</b>	241,060.16	277,669.68	316,583.46	354,786.43	381,441.21	409,399.29	438,715.15	469,027.64	500,436.97	533,139.99	567,163.89	602,535.94	5,091,959.82
<b>Discounted</b>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	66
<b>Cost</b>	80,447.96	92,323.10	103,887.74	113,925.07	118,407.37	122,939.85	127,525.89	132,027.73	136,481.10	140,945.67	145,421.05	149,906.96	1,464,239.49
<b>Benefit</b>	321,508.12	360,602.99	399,421.79	433,922.10	450,811.35	467,643.07	484,420.94	500,679.22	516,518.72	532,126.99	547,494.20	562,611.37	5,577,760.86
<b>Cost-Benefit</b>	241,060.16	268,279.89	295,534.05	319,997.03	332,403.98	344,703.22	356,895.06	368,651.49	380,037.62	391,181.32	402,073.15	412,704.41	4,113,521.37

Tabel 74. Skenario III: Kombinasi Kenaikan Iuran dan Cukai (dalam milyar rupiah)

Menggunakan Kombinasi	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
<b>Consumer</b>													
Cost													
Pembayaran Premi	27,618.53	26,809.76	31,259.09	33,379.69	35,490.68	36,186.12	38,394.38	39,111.20	41,429.77	42,167.15	44,641.70	45,413.62	441,901.68
Benefit													-
Benefit Jaminan Kesehatan	106,343.85	120,678.54	136,573.17	150,887.15	160,512.01	170,226.40	180,707.78	191,474.21	202,930.27	214,833.53	227,559.32	240,787.76	2,103,513.99
Out-of-pocket Protection	4,409.70	5,153.02	5,970.92	6,720.79	7,252.53	7,772.66	8,310.25	8,841.62	9,383.74	9,923.73	10,477.22	11,027.66	95,243.84
<b>Fasilitas Layanan Kesehatan</b>													
Benefit													-
Lapangan kerja di sector kesehatan (Employment)	3,462.55	4,040.61	4,687.71	5,294.31	5,742.89	6,196.13	6,677.83	7,169.77	7,686.32	8,217.68	8,777.48	9,352.70	77,305.97
<b>Government</b>													
Cost													-
Biaya penyelenggaran BPJS Kesehatan	10,909.49	11,236.77	11,573.88	11,921.09	12,278.73	12,647.09	13,026.50	13,417.30	13,819.82	14,234.41	14,661.44	15,101.29	154,827.81
Pembayaran subsidi Premi	77,982.55	88,401.87	99,060.41	105,042.46	111,682.53	113,874.01	120,823.20	123,081.71	130,378.17	132,698.68	140,486.03	142,915.24	1,386,429.86
Fiscal risk/Risiko bail out deficit JKN	(25,153.11)	(20,128.82)	(19,032.35)	(12,501.49)	(11,301.02)	(4,130.47)	(2,455.71)	5,697.30	7,911.61	17,142.02	20,003.03	30,439.92	(13,509.10)
Benefit													-
Efek JKN terhadap peningkatan kualitas hidup	207,292.02	241,899.07	280,638.81	316,954.35	343,808.96	370,943.12	399,781.16	429,232.40	460,156.20	491,967.19	525,480.64	559,917.68	4,628,071.61
Cost	80,447.96	95,082.81	111,287.15	125,920.66	135,875.18	145,929.66	156,761.87	167,890.20	179,719.55	192,007.85	205,130.76	218,768.78	1,814,822.44
Benefit	321,508.12	371,771.24	427,870.61	479,856.60	517,316.39	555,138.31	595,477.03	636,718.01	680,156.52	724,942.13	772,294.65	821,085.81	6,904,135.41
Cost-Benefit	241,060.16	276,688.43	316,583.46	353,935.94	381,441.21	409,208.65	438,715.15	468,827.80	500,436.97	532,934.28	567,163.89	602,317.03	5,089,312.97
Discounted		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	66
Cost	80,447.96	91,867.45	103,887.74	113,573.23	118,407.37	122,868.86	127,525.89	131,960.18	136,481.10	140,882.10	145,421.05	149,844.74	1,463,167.67
Benefit	321,508.12	359,199.26	399,421.79	432,803.16	450,811.35	467,411.56	484,420.94	500,454.60	516,518.72	531,912.49	547,494.20	562,399.21	5,574,355.41
Cost-Benefit	241,060.16	267,331.82	295,534.05	319,229.94	332,403.98	344,542.70	356,895.06	368,494.42	380,037.62	391,030.39	402,073.15	412,554.47	4,111,187.74

Tabel 75. Perbandingan Cost Benefit Masing-Masing Skenario (dalam milyar rupiah)

Perbandingan Cost Benefit	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Reference	204,550.37	241,141.64	280,037.16	318,221.86	344,858.35	372,798.14	402,095.70	432,389.88	463,780.89	496,465.58	530,471.15	565,824.85	4,652,635.58
Kenaikan luran	193,640.88	220,092.34	268,463.28	297,795.84	332,579.62	358,244.61	389,069.20	416,974.20	449,961.08	480,174.11	515,809.70	548,534.46	4,471,339.31
Menggunakan Cukai	244,060.16	271,669.68	316,583.46	354,786.43	381,441.21	409,399.29	438,775.15	469,027.64	500,436.97	533,439.99	567,163.89	602,535.94	5,091,959.82
Kombinasi	244,060.16	276,688.43	316,583.46	353,935.94	381,441.21	409,208.65	438,775.15	468,827.80	500,436.97	532,934.28	567,163.89	602,317.03	5,089,312.97
Discounted													-
Reference	204,550.37	232,987.10	261,417.69	287,017.88	300,524.13	313,886.03	327,105.11	339,854.54	352,200.57	364,272.17	376,060.98	387,559.30	3,747,435.87
Kenaikan luran	193,640.88	212,649.60	250,613.35	268,594.78	289,823.93	301,632.35	316,508.04	327,737.95	341,705.64	352,318.62	365,667.20	375,716.32	3,596,608.67
Menggunakan Cukai	244,060.16	268,279.89	295,534.05	319,997.03	332,403.98	344,703.22	356,895.06	368,651.49	380,037.62	391,181.32	402,073.15	412,704.41	4,113,521.37
Kombinasi	244,060.16	267,331.82	295,534.05	319,229.94	332,403.98	344,542.70	356,895.06	368,494.42	380,037.62	391,030.39	402,073.15	412,554.47	4,111,187.74
Deficit CARRY OVER													
Reference	(11,356.67)	(27,777.25)	(50,255.76)	(79,637.93)	(115,919.60)	(159,621.21)	(211,296.85)	(271,492.21)	(340,781.78)	(419,786.34)	(509,158.29)	(609,582.83)	-
Kenaikan luran	(11,356.67)	(27,563.61)	(35,148.46)	(48,620.46)	(59,621.08)	(59,370.28)	(54,298.25)	(56,707.50)	(42,620.86)	(36,810.63)	(11,384.45)	4,900.96	-
Menggunakan Cukai	25,153.11	45,260.57	59,328.37	66,510.77	66,811.96	59,711.50	44,655.31	21,097.71	(11,535.78)	(53,865.94)	(106,545.14)	(170,258.60)	-
Kombinasi	25,153.11	45,281.93	64,314.29	76,815.77	88,116.79	92,247.26	94,702.97	89,005.67	81,094.06	63,952.05	43,949.02	13,509.10	-





**P R A K A R S A**

Welfare Initiative for Better Societies

Perkumpulan PRAKARSA adalah lembaga *think tank* di Indonesia yang melakukan tugas untuk membangun dan meningkatkan kebijakan serta ide dalam membangun kesejahteraan melalui penelitian yang independent dan pengembangan ilmu pengetahuan. Kami menggabungkan penelitian dengan analisis kebijakan, komunikasi, dan advokasi, serta melakukan transfer ilmu pengetahuan untuk menjadi aksi yang dapat mendorong terciptanya keadilan dan kesejahteraan masyarakat.

Jl. Rawa Bambu I Blok A No. 8E  
Pasar Minggu, Jakarta Selatan  
Indonesia 12520

 +62 21 7811 798

 [perkumpulan@theprakarsa.org](mailto:perkumpulan@theprakarsa.org)

---

## FOLLOW OUR SOCIAL MEDIA



Perkumpulan PRAKARSA



thePRAKARSA



thePRAKARSA



Perkumpulan PRAKARSA

[www.theprakarsa.org](http://www.theprakarsa.org)