



KEMENTERIAN SEKRETARIAT NEGARA RI
SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN

JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional





Jaminan Kesehatan Nasional



PERJALANAN MENUJU JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang
© 2015 Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan

Foto cover: Joshua Esty

Anda dipersilakan untuk menyalin, menyebarkan dan mengirimkan karya ini untuk tujuan non-komersial.

Untuk meminta salinan laporan ini atau keterangan lebih lanjut mengenai laporan ini, silakan hubungi TNP2K-*Knowledge Management Unit* (kmu@tnp2k.go.id).

Laporan ini juga tersedia di website TNP2K (www.tnp2k.go.id)

TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia

Jl. Kebon Sirih No. 14 Jakarta Pusat 10110

Telepon: (021) 3912812 | Faksimili: (021) 3912511

E-mail: info@tnp2k.go.id

Website: www.tnp2k.go.id

Daftar Isi

Daftar Gambar	vii
Daftar Tabel	viii
Daftar Kotak	viii
Daftar Foto	ix
Daftar Singkatan	x-xi
Kata Pengantar	xii

BAB I **PENDAHULUAN** 1-6

Pentingnya Kesehatan Terutama Untuk Masyarakat Miskin	2-4
Tantangan Kedepan Menuju Jaminan Kesehatan Semesta / <i>Universal Health Coverage</i> (UHC)	4-5
Sistematika Penulisan	5-6

BAB II **PETA JALAN SISTEM JAMINAN NASIONAL** **BIDANG KESEHATAN** 7-15

Aspek Peraturan	9
Aspek Kepesertaan	10-11
Aspek Manfaat dan Luran	11-13
Aspek Pelayanan Kesehatan	13-15

BAB III **PERSIAPAN JELANG JAMINAN KESEHATAN** **NASIONAL DENGAN CAKUPAN SEMESTA** 17-45

Dasar Hukum BPJS Kesehatan (pembahasan UU BPJS)	18-19
Penajaman Sasaran Kepesertaan PBI	19-27
Pentingnya Pembiayaan PBI JKN yang <i>Adequate</i> : Perhitungan Estimasi Luran dan Pengembangan <i>Software</i> Estimasi luran	27-34
Penguatan SIM untuk identifikasi masalah Jamkesmas dan Jamkesda	34-39
Reformasi Pembayaran ke <i>Provider</i> (Kapitasi dan INA CBGs)	39-46

BAB IV
PENDANAAN **47-61**

Reprioritas Keuangan	48-49
Pengurangan Subsidi Bahan Bakar	49
Peningkatan Pajak Tembakau	50-57
PPN (Pajak Pertambahan Nilai)	57
Kerjasama Pemerintah dan Swasta dalam Pembiayaan Layanan Kesehatan:	
Asuransi Kesehatan Tambahan oleh Pihak Swasta	57-59
Progresivitas dalam Pembayaran Iuran	59
Meningkatkan Efisiensi	59-60
Perbaikan Kesalahan Belanja Farmasi	60-61
Penurunan Korupsi	61-62

BAB V
PERLUASAN KEPESERTAAN MENUJU CAKUPAN SEMESTA TAHUN 2019 **63-69**

Integrasi Jamkesda dan Pengusaha Swasta	64-65
Menjangkau yang Belum Terjamin dan Sektor Informal	65-69

BAB VI
KESIAPAN SISI SUPLAI **71-85**

Kondisi Suplai Saat ini	72-73
Tantangan Sisi Suplai	73-78
Peran Sektor Swasta	78-81
Rekomendasi dan Langkah Selanjutnya	81-86

BAB VII
KEBIJAKAN KEFARMASIAN DALAM SISTEM ASURANSI KESEHATAN NASIONAL **87-96**

BAB VIII
PENUTUP **97-108**

DAFTAR PUSTAKA **109-113**

Daftar Gambar

Gambar 1.	Dimensi <i>Universal Coverage</i>	8
Gambar 2.	Kerangka Operasional Peta Jalan Jaminan Kesehatan	9
Gambar 3.	Peran Kemenkes, TNP2K, dan PT. Askes Terkait Kepesertaan Awal Program Jamkesmas	21
Gambar 4.	Efektivitas Penargetan Program Jamkesmas tahun 2009 dan 2013	22
Gambar 5.	Penggantian Peserta Jamkesmas Tahun 2013 sesuai SE Menkes No. 149/2013	24
Gambar 6.	Mekanisme Pengelolaan Data Jamkesmas menjadi Data PBI JKN 2014	27
Gambar 7.	<i>Dashboard 25</i> Diagnosis Terbanyak RJTL Pada Program JKA (gambar kiri) dan Program JKSS (gambar kanan), Tahun 2011-2012	36
Gambar 8.	Dashboard Tingkat Utilisasi RJTL per Bulan per 1.000 Penduduk Berdasarkan Kabupaten/kota Asal Peserta Pada Program JKA Tahun 2011-2012	38
Gambar 9.	Berapa besar rata-rata harga sebungkus rokok	51
Gambar 10.	10 Negara dengan Konsumsi Rokok Tertinggi	52
Gambar 11.	Beban Pajak Tembakau dalam persen Harga Retail, 2013	52
Gambar 12.	Rasio Peningkatan Tenaga Kesehatan terhadap Populasi	72
Gambar 13.	Tempat Tidur Rawat Inap per Kapita, tahun 2004-2013	73
Gambar 14.	Ilustrasi kebutuhan Dokter dengan Skenario 2 Dokter Melayani 5.000 Peserta	74
Gambar 15.	<i>System Dynamic Modelling</i> yang digunakan dalam Estimasi Kesiapan Suplai	75
Gambar 16.	Antrian pasien di salah satu Rumah Sakit di Jakarta	76
Gambar 17.	Tingkat Hunian RS (BOR) dan Rata-rata lamanya tinggal tahun 2004-2012	82
Gambar 18.	Tingkat Hunian RS (BOR) di Indonesia, 2014	82
Gambar 19.	Elemen-elemen dari <i>Master Plan</i> Pelayanan Kesehatan	86

Daftar Tabel

Tabel 1.	Jumlah Kepesertaan Jaminan Kesehatan tahun 2012 dan Jumlah Kepesertaan JKN 2014	11
Tabel 2.	Variasi Paket Manfaat Program Jaminan Sosial Kesehatan di Indonesia	13
Tabel 3.	Rekap Pengusulan Pengganti Peserta Jamkesmas per Kabupaten/Kota dari 31 Provinsi per 5 November 2013	25
Tabel 4.	Proses Validasi Data Jamkesmas Pengganti (DJP) di PT. Askes (Persero)	26
Tabel 5.	Perbandingan Skenario Manfaat Menyeluruh dan Non Penyakit Mahal	31
Tabel 6.	Asumsi dalam Perhitungan Premi PBI tahun 2014	32
Tabel 7.	Rekapitulasi Penghitungan Estimasi Iuran PBI tahun 2014 oleh TNP2K, 2011	33
Tabel 8.	Penghitungan Estimasi Iuran PBI Tahun 2014 oleh Kemenkes	33
Tabel 9.	Perbedaan Metode dalam Tarif INA-CBG Jamkesmas	42
Tabel 10.	<i>Casemix Main Groups</i> INA CBG Tahun 2013	43
Tabel 11.	Contoh Pengelompokan CBG Berdasarkan Tingkat Keparahan	44
Tabel 12.	Target-target yang direkomendasikan untuk " <i>Building Block</i> " Pelayanan Kesehatan dibawah RPJMN tahun 2015-2019	84
Tabel 13.	Pendarahan <i>Post-partum</i> - Penilaian <i>Oxytocin</i>	92
Tabel 14.	Penyakit tidak menular – Diabetes – Penilaian Metformin	93

Daftar Kotak

Kotak 1.	Pentingnya Informasi Diagnosis Terbanyak di Suatu Wilayah	36
Kotak 2.	Informasi Tingkat Pemanfaatan Layanan Kesehatan	37
Kotak 3.	Pajak Tembakau dan Alkohol untuk Membiayai Jaminan Kesehatan Semesta di Filipina	53
Kotak 4.	Antrian Pelayanan Pasien di Rumah Sakit di Jakarta	75

Daftar Foto

Cover	Joshua Esty	
Foto 1	Joshua Esty	1
Foto 2	Joshua Esty	3
Foto 3	Rachma Safitri	7
Foto 4	Joshua Esty	12
Foto 5	Joshua Esty	17
Foto 6	Joshua Esty	19
Foto 7	Joshua Esty	41
Foto 8	Timur Angin	45
Foto 9	Joshua Esty	47
Foto 10	Joshua Esty	61
Foto 11	Timur Angin	63
Foto 12	Timur Angin	64
Foto 13	Timur Angin	69
Foto 14	Timur Angin	71
Foto 15	Timur Angin	80
Foto 16	Joshua Esty	85
Foto 17	Joshua Esty	87
Foto 18	Joshua Esty	94
Foto 19	Joshua Esty	97
Foto 20	Timur Angin	104
Foto 21	Joshua Esty	108
Foto 22	Cocozero003/123RF.com	109



Daftar Istilah dan Singkatan

APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
Askes	: Asuransi Kesehatan
Askeskin	: Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin
BDT	: Basis Data Terpadu
BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPS	: Badan Pusat Statistik
BPPSDM	: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia
CBG	: <i>Case Based Group</i>
CMG	: <i>Casemix Main Group</i>
COB	: <i>Coordination of Benefit</i>
DIM	: Daftar Isian Masalah
Ditjen BUK	: Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan
DRG	: <i>Diagnostic Related Group</i>
Fasyankes	: Fasilitas Pelayanan Kesehatan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
Gakin	: Keluarga Miskin
HTA	: <i>Health Technology Assessment</i>
ICW	: <i>Indonesian Corruption Watch</i>
IFLS	: <i>Indonesia Family Life Survey</i>
INA-CBG	: <i>Indonesian Case Based Group</i>
INA-DRG	: <i>Indonesian Diagnostic Related Group</i>
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamkes	: Jaminan Kesehatan
Jamsostek	: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JKA	: Jaminan Kesehatan Aceh
JKBM	: Jaminan Kesehatan Bali Mandara
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
JKSS	: Jaminan Kesehatan Sumbar Sakato
JPK Jamsostek	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JPSBK	: Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
KPS	: Kerjasama Pemerintah Swasta

MDC	: <i>Major Diagnostic Categories</i>
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
NCC	: <i>National Casemix Centre</i>
NHA	: <i>National Health Account</i>
OECD	: <i>Organization for Economic Co-operation & Development</i>
OOP	: <i>Out of Pocket</i>
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
PDB	: Pendapatan Domestik Bruto
PDPSE Bidkes	: Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Kesehatan
Perpres	: Peraturan Presiden
PKPS Bidkes	: Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan
PNPK	: Pengembangan Nasional Pelayanan Kedokteran
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PONED	: Pelayanan Obstetri-Neonatal Emergensi Dasar
PP	: Peraturan Pemerintah
PPh	: Pajak Penghasilan
PPJK	: Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
PPLS	: Pendataan Program Perlindungan Sosial
PPN	: Pajak Pertambahan Nilai
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif Kronis
RITL	: Rawat Inap Tingkat Lanjut
RITP	: Rawat Inap Tingkat Pertama
RJTL	: Rawat Jalan Tingkat Lanjut
RJTP	: Rawat Jalan Tingkat Pertama
RPJM	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDM	: Sumber Daya Manusia
SSDS	: <i>Single-use Standard Disposable Syringes</i>
SIM	: Sistem Informasi Manajemen
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
TI	: Teknologi dan Informasi
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
TNP2K	: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
UHC	: <i>Universal Health Coverage</i>
UKM	: Usaha Kesehatan Masyarakat
UKP	: Usaha Kesehatan Perorangan



Kata Pengantar

Komitmen pemerintah dalam pelaksanaan program asuransi sosial kesehatan untuk keluarga miskin yang dikemas dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang dilaksanakan sejak tahun 2005 mulai memasuki babak baru. Sejak 1 Januari 2014 Pemerintah Indonesia meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesejahteraan bagi masyarakat Indonesia dari guncangan kesehatan. JKN secara bertahap direncanakan sebagai jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*) bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.

Sejak diluncurkan, program JKN telah mengalami beberapa perbaikan, antara lain dalam aspek peraturan, penajaman kepesertaan, manfaat dan penajaman perhitungan iuran Penerima Bantuan Iuran (PBI), pelayanan kesehatan, penguatan Sistem Informasi Manajemen (SIM), pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas, maupun pembayaran ke rumah sakit dengan sistem prospektif. Kedepan, beberapa tantangan dan permasalahan dalam implementasi JKN yang perlu terus mendapat perhatian, antara lain strategi keberlanjutan JKN, penciptaan sumber pendapatan baru untuk sektor kesehatan, perluasan kepesertaan, kesiapan sisi suplai, dan kebijakan kefarmasian dalam Sistem Asuransi Kesehatan Sosial.

Buku Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional ini mendokumentasikan pemikiran maupun dinamika pelaksanaan kebijakan program bantuan sosial kesehatan yang mengemuka, sekaligus upaya-upaya perbaikan yang didorong oleh TNP2K. Semoga buku ini dapat digunakan sebagai pijakan bagi pengembangan program bantuan sosial kesehatan ke depan.

Kami sampaikan terima kasih kepada Tim Penulis yang telah berkontribusi pada penyusunan buku ini. Kami berharap semoga buku ini bermanfaat bagi seluruh pihak yang memiliki tanggungjawab dan kepentingan dalam bidang bantuan sosial kesehatan di Indonesia.

Dr. Bambang Widianto

Deputi Bidang Kesejahteraan Rakyat dan Penanggulangan Kemiskinan,
Selaku Sekretaris Eksekutif Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.

JAKARTA, JUNI 2015



1

.....

Pendahuluan



PENTINGNYA KESEHATAN TERUTAMA UNTUK MASYARAKAT MISKIN

Setiap warga negara tanpa terkecuali masyarakat miskin dan rentan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas sesuai dengan amanat Undang Undang Dasar tahun 1945. Kesehatan menjadi prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) periode tahun 2010–2014 dan terus menjadi isu prioritas dalam RPJMN periode tahun 2015-2019 (Bappenas, 2013). Pembangunan kesehatan yang dilakukan pemerintah saat ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya agar terwujud manusia Indonesia yang bermutu, sehat dan produktif. Derajat kesehatan yang rendah akan berpengaruh terhadap produktivitas kerja, yang pada akhirnya menjadi beban bagi masyarakat dan Pemerintah. Pada umumnya, masyarakat miskin dan rentan mempunyai derajat kesehatan yang lebih rendah akibat sulitnya mengakses pelayanan kesehatan yang disebabkan tidak adanya kemampuan ekonomi untuk menjangkau biaya pelayanan kesehatan. Oleh karena itu pemerintah pusat dan daerah bertanggung jawab untuk memberikan jaminan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan serta memberikan perlindungan keuangan atas pengeluaran kesehatan akibat sakit. Indikator-indikator kesehatan akan lebih baik apabila pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan lebih diperhatikan (Depkes, 2008; DJSN, 2012).

Pemerintah telah berupaya memberikan perlindungan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan melalui program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) merespon krisis ekonomi pada tahun 1998. Program yang ditujukan untuk keluarga miskin (gakin) ini kemudian dilanjutkan dengan Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Kesehatan (PDPSE Bidkes) pada tahun 2001–2002 yang bertujuan untuk memberikan pelayanan rujukan/rumah sakit bagi gakin. Pada tahun 2003 program tersebut berubah menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM Bidkes) (TNP2K, 2014). Untuk mengatasi peningkatan biaya kesehatan, Pemerintah meluncurkan program jaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan rentan miskin dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan pada akhir tahun 2004. Program Jaminan Kesehatan untuk masyarakat miskin (Askeskin) ini diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan melalui penugasan kepada PT. Askes Persero berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004. Program yang dibiayai penuh dari APBN ini diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat miskin dan rentan agar terus bekerja produktif, keluar dari kemiskinan dan tidak masuk dalam kemiskinan yang lebih dalam akibat penyakit parah yang dideritanya (TNP2K, UI Consulting, 2012).



Setelah empat tahun berjalan, atas pertimbangan pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, pemerintah melakukan perubahan pengelolaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin pada tahun 2008. Program ini kemudian berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Peserta Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan rentan yang terdaftar dan memiliki kartu Jamkesmas. Pada awal tahun 2008, penetapan jumlah sasaran nasional peserta Jamkesmas adalah 76,4 juta individu (Depkes, RI, 2008). Menteri Kesehatan kemudian menetapkan jumlah sasaran peserta (kuota) yang tersebar di masing-masing kabupaten/kota. Setelah itu bupati/walikota menetapkan peserta Jamkesmas dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk surat ketetapan bupati/walikota. Apabila jumlah peserta yang ditetapkan melebihi dari jumlah kuota yang ditentukan Kemenkes, maka sisanya menjadi tanggung jawab Pemda setempat. Penetapan sasaran peserta menggunakan metodologi yang berbeda antar Kabupaten/Kota dan tidak diperbaharui sampai dengan tahun 2012. Paket manfaat yang diberikan oleh program Jamkesmas dinilai cukup komprehensif, walau hanya menggunakan

Puskesmas untuk layanan primer dan fasilitas ruang rawat inap kelas III di kebanyakan RS pemerintah. Pengelolaan program Jamkesmas sampai akhir tahun 2013 tetap dikelola oleh Kemenkes dengan biaya premi sebesar Rp6.500/orang/bulan (DJSN, 2012).

TANTANGAN KEDEPAN MENUJU JAMINAN KESEHATAN SEMESTA/ UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC)

Reformasi menyeluruh program jaminan sosial bidang kesehatan dirasakan krusial karena peraturan pelaksanaan yang berlaku masih bersifat parsial dan tumpang tindih, manfaat program belum optimal, dan jangkauan program yang terbatas serta hanya menyentuh sebagian kecil masyarakat. Reformasi dilakukan tidak hanya dalam aspek pembiayaan tetapi juga reformasi dalam aspek layanan kesehatan. Ada sekitar 36,8 persen penduduk Indonesia yang belum mempunyai jaminan kesehatan apapun, termasuk mereka yang bekerja di sektor informal (DJSN, 2012). Hal ini menjadi tantangan tersendiri dalam perluasan jaminan kesehatan di Indonesia karena struktur kelompok pekerja di sektor informal yang relatif tinggi dibanding jumlah pekerja di sektor formal. Secara umum, pekerja di sektor informal memiliki tingkat konsumsi yang lebih tinggi dibanding dengan tingkat pendapatannya sehingga apabila pekerja/anggota keluarga jatuh sakit, maka pekerja/anggota keluarga akan kehilangan produktivitas dan/atau kehilangan sumber pendapatan yang memudahkan mereka untuk jatuh miskin. Oleh karena itu, bantuan pembiayaan kesehatan untuk semua kelompok masyarakat sangat dibutuhkan terutama untuk masyarakat miskin dan rentan.

Cara penetapan sasaran program jaminan sosial bidang kesehatan juga merupakan catatan tersendiri karena belum menggunakan metodologi baku sehingga berdampak pada keluhan salah sasaran yang cukup besar (tingginya *exclusion error* dan *inclusion error*) dan kebocoran ke keluarga/kolega yang tidak miskin/rentan. Data Susenas tahun 2009 menunjukkan tingkat ketepatan sasaran hanya sekitar 33 persen dari target penerima seharusnya. Disamping itu rendahnya tingkat kesadaran akan manfaat Jamkesmas membuat peserta belum secara optimal menggunakan layanan di fasilitas kesehatan. Ketimpangan akses ke layanan kesehatan yang berkualitas terutama di daerah perdesaan dan terpencil juga memicu rendahnya utilisasi diantara peserta Jamkesmas. Saat itu perhitungan besaran iuran Jamkesmas ditetapkan tanpa dukungan perhitungan aktuaria yang memadai dan belum direvisi sejak tahun 2008.

Untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk atau jaminan kesehatan semesta sesuai amanat Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang no. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pemerintah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 dengan target bahwa kepesertaan semesta akan tercapai dalam jangka waktu lima tahun. Artinya, setiap individu wajib menjadi peserta dan terlindungi dalam program asuransi kesehatan sosial nasional.

Jaminan kesehatan semesta ini bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang komprehensif, bermutu dan merata bagi seluruh penduduk.

SISTEMATIKA PENULISAN

Buku menuju Jaminan Kesehatan Nasional ini berisi pembahasan mengenai persiapan-persiapan yang dilakukan menjelang pelaksanaan JKN yang dimulai pada awal tahun 2014 beserta tantangan kedepan yang perlu diantisipasi agar program JKN tetap berjalan secara berkelanjutan. Materi pembahasan dalam buku ini antara lain:

Pendahuluan

Bab Pendahuluan membahas mengenai pentingnya kesehatan terutama untuk masyarakat miskin dan rentan serta program jaminan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan, tantangan kedepan menuju jaminan kesehatan semesta dan sistematika penulisan.

Peta Jalan

Bab kedua membahas mengenai Peta Jalan menuju JKN yang disusun oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Kementerian/Lembaga terkait lainnya pada tahun 2012. Peta Jalan ini bertujuan untuk memberikan arahan dan langkah-langkah yang perlu dilakukan secara sistematis, konsisten, koheren, terpadu dan terukur dari waktu ke waktu dalam rangka mempersiapkan beroperasinya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan per 1 Januari 2014, tercapainya jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia dan terselenggaranya jaminan kesehatan sesuai dengan yang tertera dalam UU SJSN dan UU BPJS serta peraturan pelaksanaannya. Peta jalan ini diharapkan menjadi pedoman kerja yang efektif dan efisien dalam pelaksanaan JKN.

Persiapan Jelang Jaminan Kesehatan Semesta

Bab ketiga membahas mengenai upaya-upaya perbaikan yang telah dilakukan dan peran Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) dalam rangka mendukung persiapan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Semesta. Upaya-upaya perbaikan yang telah dilakukan antara lain dalam aspek penajaman kepesertaan PBI, pembiayaan PBI JKN yang adequate, penguatan Sistem Informasi dan Manajemen untuk identifikasi masalah Jamkesmas dan Jamkesda dan reformasi pembayaran ke provider.

Pendanaan

Bab keempat membahas mengenai kebutuhan pendanaan dibidang kesehatan untuk membiayai pencapaian cakupan semesta pada tahun 2019. Materi-materi pembahasan dalam bab keempat termasuk kebutuhan sumber pendapatan baru untuk kesehatan: pilihan untuk kapasitas fiskal yang lebih besar, reprioritas melalui Kementerian,

pengurangan subsidi bahan bakar, peningkatan pajak tembakau, PPN yang dialokasikan khusus untuk pembiayaan kesehatan, kerjasama pemerintah dan swasta dalam pembiayaan layanan kesehatan, progresivitas dalam pembayaran iuran, peningkatan efisiensi, kesalahan belanja farmasi dan penurunan korupsi.

Perluasan Kepesertaan

Bab kelima membahas mengenai perluasan kepesertaan untuk mencapai cakupan semesta pada tahun 2019. Materi pembahasan dalam bab kelima ini meliputi Integrasi program Jamkesda dan kepesertaan dari pekerja swasta, dan menjangkau yang tidak terjamin dan sektor informal beserta dampak informalisasi pada keikutsertaan dan cakupan serta bantuan keuangan untuk masyarakat miskin dan rentan.

Kesiapan Sisi Suplai

Bab keenam membahas mengenai reformasi pelayanan kesehatan dari sisi suplai. Materi yang dibahas dalam bab ini antara lain gambaran pemberian pelayanan dan kesiapan sisi suplai di Indonesia, peranan sektor swasta dan rekomendasi dan langkah selanjutnya yang perlu dilakukan untuk mencapai cakupan semesta pada tahun 2019.

Kebijakan Kefarmasian dalam Sistem Asuransi Kesehatan Sosial

Bab ketujuh membahas mengenai kebijakan kefarmasian dalam sistem asuransi kesehatan sosial. Materi yang dibahas dalam bab ini antara lain model kebijakan kefarmasian yang sudah dilakukan di Indonesia dan rekomendasi-rekomendasi terhadap kebijakan kefarmasian dalam pelaksanaan program JKN.

Penutup

Bab kedelapan membahas mengenai tantangan dan permasalahan dalam pelaksanaan JKN yang perlu mendapat perhatian dan solusi penyelesaiannya.



2

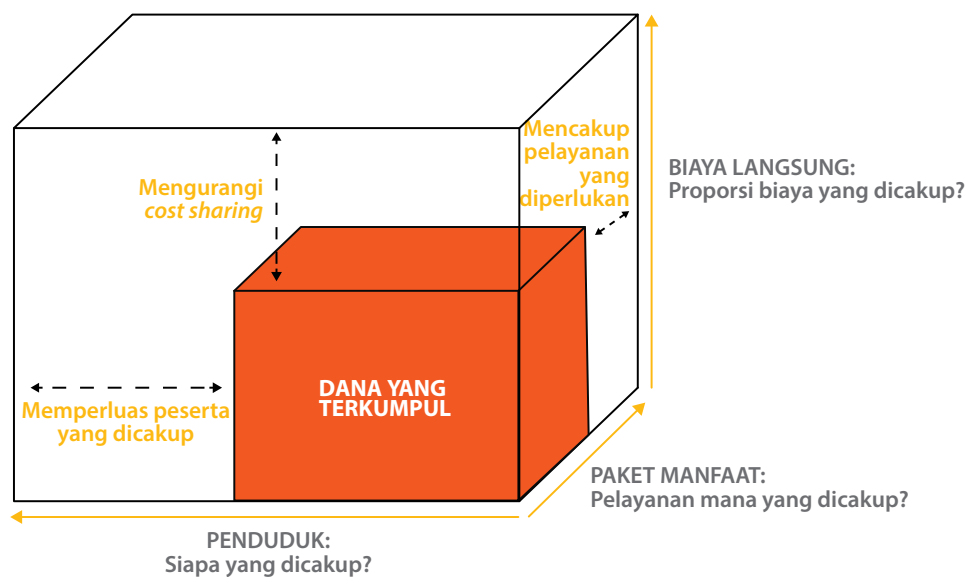
.....

Peta Jalan Sistem
Jaminan Kesehatan
Nasional Bidang
Kesehatan



Dalam pelaksanaan Jaminan Sosial Nasional bidang Kesehatan, World Health Organization (WHO) dalam *“Health System Financing: The Path to Universal Coverage”* (The World Report, 2010) memperkenalkan tiga dimensi penting sebagai indikator capaian Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage* or UHC) yaitu: a) prosentase penduduk yang dicakup, b) tingkat kelengkapan (komprehensif) paket layanan kesehatan yang dijamin, dan c) prosentase biaya kesehatan yang masih ditanggung penduduk. Beberapa bukti empiris menunjukkan adanya hubungan linier antara tingkat pendapatan dengan tingkat kesejahteraan jaminan sosial kesehatan di suatu Negara.

Gambar 1. Dimensi Universal Coverage

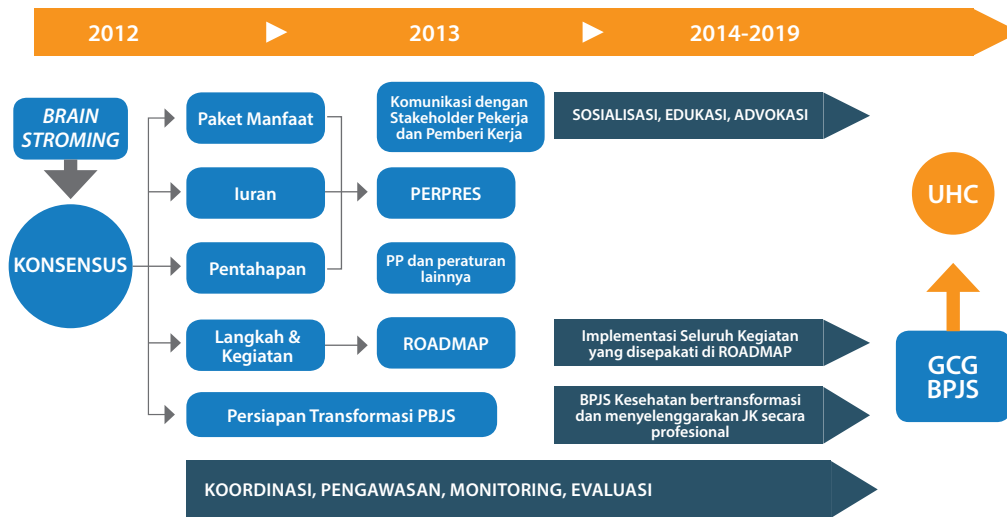


Sumber: WHO. *The World Report. Health System Financing: The Path to Universal Coverage*, WHO, 2010.p.12

Merujuk kepada dimensi UHC yang dirumuskan oleh WHO diatas, pemerintah Indonesia terus melakukan berbagai upaya untuk menerapkan sistem jaminan sosial nasional bidang kesehatan dengan tujuan cakupan seluruh penduduk, menjamin mayoritas penyakit, dengan mengurangi porsi biaya kesehatan yang ditanggung oleh penduduk (DJSN, 2012).

Mengacu pada amanat Undang Undang No. 40 tahun 2004 tentang SJSN dan Undang Undang no. 24 tahun 2011 tentang BPJS, DJSN bersama Kementerian terkait telah menyusun peta jalan yang menjabarkan arah dan langkah-langkah sistematis, konsisten, koheren dan terpadu sesuai dengan kerangka waktu yang diberikan. Peta jalan DJSN yang disusun pada tahun 2012 menjabarkan tentang kerangka operasional BPJS Kesehatan mulai dari tahun 2014 (lihat **Gambar 2**).

Gambar 2. Kerangka Operasional Peta Jalan Jaminan Kesehatan



Sumber: DJSN, Peta Jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional, 2012–2019, DJSN, 2012

Berdasarkan kerangka operasional di atas, terdapat aspek-aspek yang harus dipenuhi sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Aspek-aspek tersebut antara lain:

ASPEK PERATURAN

Dalam peta jalan, DJSN menargetkan agar berbagai peraturan turunan dari UU SJSN tahun 2004 tentang SJSN dan UU BPJS tahun 2011 yang digunakan sebagai pegangan implementasi SJSN bidang kesehatan, semuanya dapat diselesaikan pada akhir tahun 2013. Peraturan-peraturan turunan tersebut antara lain: Peraturan Pemerintah tentang PBI (PP PBI), Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan (Perpres Jamkes), Peraturan Pemerintah tentang Pelaksanaan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Peraturan Pemerintah tentang Modal Awal BPJS, Perpres tentang Tata Cara Pemilihan dan Penetapan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS, dan Keputusan Presiden tentang Pengangkatan Dewan Komisaris dan Direksi PT. Askes (Persero) menjadi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan.

Peraturan-peraturan tersebut telah disusun bersama Kementerian terkait dan semua peraturan telah diselesaikan di akhir tahun 2013, menjelang pelaksanaan program JKN. Dampaknya adalah peraturan-peraturan tersebut belum sempat disosialisasikan kepada para pemangku kepentingan, sehingga saat awal implementasi dibutuhkan berbagai upaya khusus untuk harmonisasi dan integrasi peraturan tersebut. Salah satunya adalah peraturan pelaksana jaminan kesehatan yang pada awalnya sudah disusun dalam Perpres No. 12 Tahun 2013, namun harus direvisi dan dilengkapi dalam Perpres No. 111 Tahun 2013.

ASPEK KEPESERTAAN

Dalam peta jalan yang disusun oleh DJSN telah disepakati bahwa cakupan semesta akan dicapai pada akhir tahun 2019, di mana semua penduduk mempunyai jaminan kesehatan dan mendapatkan manfaat medis yang sama. Rencana ambisius tersebut dituangkan dalam target-target berikut ini:

1. Seluruh peserta Jaminan kesehatan yang berasal dari Askes sosial/PNS, Jamkesmas, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek, TNI/Polri dan sebagian Jamkesda yang berjumlah sekitar 121,6 juta Jiwa akan dikelola oleh BPJS Kesehatan per tanggal 1 Januari 2014.
2. Seluruh peserta Jamkesda sudah bergabung menjadi peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada akhir tahun 2016.
3. Pemberi kerja sudah mendaftarkan pekerja dan keluarganya secara bertahap kepada BPJS Kesehatan selama periode tahun 2014–2019.
4. Pekerja mandiri yang mendapatkan penghasilan dari usaha sendiri sudah mendaftarkan kepesertaannya ke BPJS Kesehatan selama periode tahun 2014–2019.
5. Tahun 2019 tidak ada lagi pekerja yang tidak terdaftar dalam BPJS Kesehatan.
6. Pada akhir tahun 2019 tercapai cakupan semesta

Pengalaman dari berbagai negara yang berambisi mencapai cakupan semesta menunjukkan terdapat berbagai macam hambatan yang harus dihadapi dalam pencapaian tersebut, terutama ketika harus menjangkau segmen populasi tertentu. Di Indonesia, dengan besarnya proporsi populasi pekerja di sektor informal, pemerintah harus mempunyai strategi khusus dalam mencapai target-target diatas. Saat ini, masih banyak kelompok pekerja yang belum mempunyai jaminan kesehatan terutama kelompok pekerja bukan penerima upah (informal) yang sebagian dari mereka tidak menempati lokasi usaha yang permanen. Proporsi kelompok pekerja informal ini mencapai 62,1 persen (BPS, 2009). Namun, tidak hanya dari kelompok informal, pekerja penerima upahpun tidak semuanya sudah mendaftarkan diri sebagai peserta JKN. Sebagian dari mereka bahkan belum menyadari perlunya iuran untuk keberlangsungan jaminan kesehatan dan belum mengerti apa dan manfaat dari jaminan kesehatan.

Tantangan lain yang dihadapi oleh pemerintah adalah pengintegrasian program-program Jamkesda yang dikelola oleh pemerintah daerah kedalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Pelaksanaan Jamkesda sendiri sangat bervariasi baik dari pola pengelolaan, cara pembayaran, besaran iuran, paket manfaat dan terutama peserta yang ditanggung. Sebagian besar program Jamkesda menanggung peserta yang tidak masuk dalam program Jamkesmas, sementara sebagian kecilnya menanggung seluruh penduduk di daerah tersebut. Data kepesertaan Jamkesda seringkali tidak jelas dan tidak berdasarkan *by name by address*. Sebagian besar program Jamkesda juga mempunyai kepesertaan

yang bersifat terbuka (pesertanya dapat berubah setiap saat) dan masih mengakomodir adanya SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) meski sudah memiliki daftar kepesertaan (TNP2K & UI, 2012). Sampai dengan tanggal 2 Mei 2014, baru sebanyak 5.904.052 jiwa dari 31.866.390 jiwa peserta program Jamkesda yang ditargetkan Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kemenkes pada tahun 2012 yang bergabung dengan BPJS Kesehatan.

Data kependudukan yang akurat sangat diperlukan untuk menjangkau kepesertaan jaminan kesehatan. Selama ini data kepesertaan jaminan kesehatan belum terintegrasi dan belum sinkron dengan data kependudukan dan ketenagakerjaan. Akibatnya, sampai saat ini belum diketahui secara persis jumlah penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan. Berbagai jenis program jaminan/asuransi kesehatan yang ada diperkirakan telah menjamin sekitar separuh penduduk Indonesia. Data Kemenkes menunjukkan jumlah penduduk yang dijamin berbagai program jaminan/asuransi kesehatan tersebut sebesar 151,6 juta jiwa dengan rincian seperti pada **tabel 1**. (DJSN, 2012). Namun dalam kenyataannya sampai dengan tanggal 30 Juni 2014, jumlah Kepesertaan Jaminan Kesehatan yang terdaftar di BPJS Kesehatan baru sekitar 124,5 juta jiwa.

Tabel 1. Jumlah Kepesertaan Jaminan Kesehatan tahun 2012 dan Jumlah Kepesertaan JKN 2014

JUMLAH KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN, 2012		JUMLAH KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN PER 30 JUNI 2014	
JENIS JAMINAN KESEHATAN	JUMLAH JIWA	JENIS KEPESERTAAN	JUMLAH JIWA
Peserta Akses PNS	12.174.520	Penerima Bantuan Iuran (PBI)	86.000.000
TNI Polri	2.200.000	Bukan Penerimaan Bantuan Iuran (Non PBI)	
Peserta Jamkesmas	76.400.000	a. Pekerja Penerima Upah	23.761.627
Peserta Jamsostek	5.600.000	b. Pekerja Bukan Penerima Upah	3.565.240
Jamkesda/PJKMU	31.866.390	c. Bukan Pekerja	4.922.121
Jaminan Perusahaan (self-Insured)	15.351.532	Jamkesda/ PJKMU	5.904.052
Peserta Askes Komersial	2.856.539	Total	124.553.040
Total	151.548.981		

Sumber: PPJK, Kemenkes RI, 2012

Sumber BPJS Kesehatan, 30 Juni 2014

ASPEK MANFAAT DAN IURAN

Paket manfaat yang dijamin oleh berbagai penyelenggara Jaminan Kesehatan bervariasi. Selain perbedaan paket manfaat yang dijamin, terdapat juga perbedaan pada pelayanan yang tidak dijamin (*exclusion of benefit*), pelayanan yang dibatasi (*limitation benefit*) dan pelayanan yang dikenakan selisih tagihan atau *cost sharing* (*excess claim*). Variasi paket manfaat program Jaminan Sosial Kesehatan di Indonesia dapat dilihat pada **Tabel 2**.



Berdasarkan Tabel 2, paket manfaat Jaminan Kesehatan Nasional disusun berdasarkan prinsip ekuitas sesuai dengan amanat UU SJSN dan dirumuskan dalam Perpres tentang Jaminan Kesehatan. Paket manfaat yang akan diterima oleh peserta JKN bersifat komprehensif mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan habis pakai yang diperlukan. Semua layanan yang terindikasi medis akan dijamin. Iur biaya (*cost sharing*) hanya akan dibebankan untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan "*moral hazard*".

Besaran iuran dan sistem pembayaran yang ditawarkan Jaminan Kesehatan yang ada sebelumnya juga bervariasi. Pembayaran iuran program JPK Jamsostek hanya dibebankan pada pemberi kerja, sementara pembayaran iuran program Askes wajib atau PNS/TNI POLRI dibayarkan melalui sistem sharing atau patungan antara pemberi kerja (pemerintah) dan pekerja (PNS). Untuk program Jamkesda, sumber pembiayaannya berbeda-beda. Ada iuran yang menjadi tanggungjawab bersama pemerintah provinsi dan kabupaten/kota, namun ada yang hanya menjadi tanggung jawab provinsi. Selain itu, ada program Jamkesda yang sudah menjalankan mekanisme asuransi dalam pengelolaan jaminan kesehatannya (Jamkesda mandiri di mana masyarakat membayar sejumlah iuran per orang per bulan).

Tabel 2. Variasi Paket Manfaat Program Jaminan Sosial Kesehatan di Indonesia

JENIS MANFAAT	JAMKESMAS	JAMKESDA	ASKES	JPK JAMSOSTEK
Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung
Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung
Rawat Inap Tingkat Pertama (RJTL)	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung
Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung	Ditanggung maks 60 hari/tahun per penyandang disabilitas
Manfaat Katastropik (hemodialisa, operasi jantung dan sebagainya)	Ditanggung	Ditanggung, kecuali difaskes tidak tersedia alat/ahli	Ditanggung	Tidak Ditanggung
Manfaat Khusus	Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dan lain-lain	Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dan lain-lain	Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dan lain-lain	Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dan lain-lain
Pengecualian	Pelayanan tidak sesuai prosedur, infertilitas, kosmetik, bencana alam, bakti sosial, protesis gigi	Pelayanan tidak sesuai prosedur, infertilitas, kosmetik, bencana alam, bakti sosial, protesis gigi	Pelayanan tidak sesuai prosedur, infertilitas, kosmetik	Pelayanan tidak sesuai prosedur, infertilitas, kosmetik, terapi kanker, hemodialisa dan lain-lain
Manfaat Thalasemia	Ditanggung, termasuk yang bukan peserta	Tidak ada keterangan, tal eksplisit tidak ada dalam pengecualian	Ditanggung	Tidak ditanggung karena termasuk kelainan bawaan

Sumber: Laporan Akhir Kajian program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan bagi keluarga Miskin, TNP2K Sekretariat Wakil Presiden, Jakarta, 2010

Iuran untuk program JKN diatur dalam Undang-Undang SJSN dan Perpres tentang Jaminan Kesehatan. Untuk dapat memberikan paket manfaat yang komprehensif dan menjamin pelaksanaan prinsip ekuitas, dibutuhkan ketersediaan dana dan kemampuan keuangan negara yang besar. Selain perluasan kepesertaan (di mana jumlah peserta yang sehat lebih banyak dari pada yang sakit), diperlukan juga perhitungan yang matang dalam penetapan besaran iuran.

ASPEK PELAYANAN KESEHATAN

Penyelenggaraan JKN harus diiringi dengan reformasi besar dalam sistem pelayanan kesehatan agar dapat berjalan dengan optimal dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dalam Rencana Aksi Pengembangan Pelayanan Kesehatan tahun 2013–2019 yang disusun oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2012), pembenahan

dan pengembangan pelayanan kesehatan harus mencakup aspek-aspek berikut: 1) pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes), 2) penguatan sistem rujukan, 3) pengembangan akreditasi fasyankes dan standar pelayanan kedokteran dalam rangka menjaga mutu pelayanan kesehatan, 4) pengembangan sumber daya manusia (sdm) kesehatan, 5) pengembangan farmasi dan alat kesehatan, 6) penyusunan standarisasi biaya dan tarif pelayanan kesehatan dan 7) penyusunan regulasi terkait.

Sebagai *gate keeper*, penguatan fasyankes primer diperlukan untuk efisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Saat ini, fasyankes primer yang bekerjasama dengan BPJS per Januari 2014 sebanyak 15.861 yang terdiri dari 9.598 Puskesmas dan 6.263 klinik/dr/drg. Jumlah fasyankes primer yang berpotensi untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan adalah sebanyak 23.768, yang akan dilibatkan pada tahun 2014-2019. Tidak hanya dalam segi jumlah, namun kualitas dari fasyankes primer juga perlu dikembangkan. Sementara itu, untuk sistem rujukan, jumlah fasyankes rujukan yang sudah ada selama ini dapat dikatakan cukup memadai. Namun jumlah dan distribusinya perlu ditingkatkan dalam menghadapi cakupan semesta pada tahun 2019. Jumlah fasyankes rujukan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan per 1 Januari 2014 sebanyak 1.701 yang terdiri dari RS Pemerintah (533), RS Swasta (919), RS Khusus + Jiwa (109), RS TNI (104) dan RS Polri (45). Jumlah fasyankes rujukan yang berpotensi untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebanyak 504, yang terdiri dari RS Pemerintah (56), RS Swasta (42), RS Khusus + Jiwa (396) dan RS TNI (10). Penguatan sistem rujukan juga diperlukan agar terjadi efisiensi dan efektivitas dalam sistem pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2012).

Akreditasi terhadap fasyankes yang dilibatkan dalam program JKN diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas dan tenaga kesehatan. Dengan akreditasi akan diketahui apakah fasyankes tersebut memenuhi standar input dan proses yang ditetapkan atau tidak. Pelayanan kedokteran yang diberikan oleh tenaga medis juga harus sesuai dengan standar yang ditetapkan melalui Pengembangan Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), Panduan Pelayanan Medik, Standar Operasional Pelayanan dan *Clinical Pathway*.

Tenaga kesehatan memberikan kontribusi yang sangat besar dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Jika dihitung secara nasional berdasarkan ketenagaan Puskesmas, maka terdapat kelebihan dokter umum, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Kekurangan tenaga kesehatan ini lebih disebabkan oleh tidak meratanya distribusi tenaga kesehatan sesuai standar kebutuhan Puskesmas. Berbeda dengan kondisi RS karena melibatkan tenaga dokter spesialis. Secara nasional terjadi kekurangan tenaga dokter spesialis (spesialis anak, penyakit dalam, bedah, radiologi, rehabilitasi medik, gigi), dokter gigi, perawat dan bidan. Data yang diperoleh pada tahun 2012 menunjukkan baru 79 persen Puskesmas yang jumlah dokternya sesuai atau di atas standar dan baru 52 persen RS yang jumlah dokternya sesuai atau di atas standar. Diharapkan pada tahun

2014 sebanyak 85 persen Puskesmas dan 60 persen RS mempunyai dokter sesuai atau di atas standar (Kemenkes, 2012).

Dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, farmasi berperan penting dalam menjamin tercapainya pembiayaan pelayanan yang *cost-effective* dan berkelanjutan. Pola pengelolaan obat dan alat kesehatan (kefarmasian) mengacu kepada tiga aspek utama yaitu aksesibilitas, keterjangkauan dan penggunaan obat rasional. Pemerintah menjamin ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan SJSN termasuk obat program (AIDS, TB, Malaria, Ibu, Anak, Gizi dan Penyakit Menular) dan *buffer stock* nasional. Pengelolaan ketersediaan obat dan alat kesehatan untuk pelayanan kesehatan perorangan di fasyankes primer akan dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan dan fasyankes yang menjadi mitra BPJS. Pemerintah akan lebih fokus kepada pengelolaan obat, vaksin dan alat kesehatan yang digunakan untuk upaya kesehatan masyarakat dan kegiatan-kegiatan pelayanan yang bersifat publik.

Untuk meningkatkan efisiensi pembiayaan pelayanan kesehatan maka perlu disusun standarisasi biaya dan tarif pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan acuan, baik bagi fasilitas pelayanan kesehatan maupun BPJS kesehatan. Pembayaran kepada fasilitas kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan. Standarisasi tarif pelayanan di fasyankes primer dilakukan dengan menghitung standar besaran kapitasi bagi masing-masing jenis fasyankes primer serta penyusunan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama di Fasyankes Primer. Untuk fasyankes rujukan, standarisasi tarif pelayanan dilakukan dengan menyempurnakan penghitungan *Indonesian Case Based Group* (INA-CBGs) yang akan digunakan BPJS Kesehatan dan penyusunan Permenkes tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan di Fasyankes Rujukan. Selain itu, perlu juga ditetapkan Standarisasi Jasa Medik/ Renumerasi Tenaga Kesehatan. *Review* paket manfaat dan iuran dilakukan secara berkala setiap dua tahun sekali termasuk analisis *average claim cost*, analisis utilisasi dan analisis upah pekerja baik pekerja penerima upah (formal) maupun bukan penerima upah (informal).



3

.....

Persiapan Jelang
Jaminan Kesehatan
Nasional Dengan
Cakupan Semesta



Berbagai persiapan dilakukan menjelang pelaksanaan program JKN pada awal tahun 2014. Reformasi menyeluruh program jaminan sosial bidang kesehatan sangat krusial untuk dilaksanakan, baik dalam aspek peraturan, kepesertaan, manfaat dan iuran, pelayanan kesehatan, penguatan SIM dan pembayaran. Berdasarkan hal tersebut upaya-upaya perbaikan telah dilakukan untuk mendukung persiapan pelaksanaan program JKN dengan cakupan Semesta. Sekretariat Wakil Presiden telah berperan aktif dalam perubahan dengan menggunakan hasil analisis dari TNP2K.

DASAR HUKUM BPJS KESEHATAN (PEMBAHASAN UU BPJS)

Dalam persiapan pelaksanaan JKN ada beberapa aspek yang dilakukan untuk penyempurnaan operasional BPJS Kesehatan. Salah satunya adalah penyusunan Rancangan Undang Undang (RUU) tentang BPJS sesuai amanat Pasal 5 Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Diskusi mengenai RUU BPJS sendiri telah dimulai sejak tahun 2007. Sayangnya diskusi berakhir buntu (*dead-lock*). Diskusi dimulai lagi sejak Presiden mengeluarkan Amanat Presiden (Ampres) pada bulan September 2010 melalui Surat Nomor R.72/Pres/09/2010 dan Surat Nomor R.77/Pres/09/2010 yang menunjuk delapan menteri sebagai wakil pemerintah baik secara mandiri maupun bersama-sama untuk melakukan pembahasan RUU BPJS bersama dengan DPR RI. Kedelapan menteri tersebut adalah Menteri Keuangan, Menteri Badan Usaha Milik Negara, Menteri Sosial, Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi, Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi¹.

Sejak dikeluarkannya amanat Presiden terjadi pembahasan intensif antara DPR dengan wakil dari pemerintah. Salah satu isu krusial dalam diskusi RUU BPJS adalah perbedaan konsep struktur pembentukan badan hukum BPJS yang diusulkan oleh DPR dan pemerintah. Saat itu DPR mengusulkan struktur badan hukum BPJS tunggal di mana dibawahnya terdapat wakil ketua yang membawahi kelima program jaminan sosial. Pemerintah berkeberatan atas usulan DPR karena mengacu pada UU SJSN nomor 40/2004 tentang SJSN (pasal 1 angka 2):

“SJSN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial”.

Melalui beberapa rapat pleno yang dipimpin oleh Wakil Presiden dan dihadiri oleh beberapa menteri terkait, diusulkan dibentuk dua kategori BPJS sesuai dengan *“nature of business”*, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Usulan tersebut dituangkan dalam Daftar Isian Masalah (DIM) yang diserahkan kepada DPR, yang kemudian setelah melalui perdebatan panjang usulan tersebut dapat diterima dan tertuang dalam UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Berbagai peraturan turunannya disusun, dan sejak awal tahun

1. Laporan Hasil Pembahasan RUU BPJS, 2010 – 2011



2014 BPJS Kesehatan telah beroperasi menjadi “*single payer*” dengan mengintegrasikan kepesertaan dari eks PT. Askes, eks Jamsostek, eks TNI, eks Polri dan eks Jamkesmas dalam satu badan penyelenggara untuk mencapai JKN. Total peserta yang dikelola BPJS Kesehatan pada awal tahun adalah sejumlah 116 juta individu.

PENAJAMAN SASARAN KEPESERTAAN PBI

Belajar dari pengalaman pelaksanaan program perlindungan sosial sebelumnya, di mana masih tingginya masyarakat miskin yang tidak menjadi peserta Jamkesmas (*exclusion error*) dan masyarakat mampu yang menjadi peserta Jamkesmas (*inclusion error*), pemerintah bertekad untuk meningkatkan kualitas penetapan sasaran penerima bantuan sosial. Pada tahun 2010, Kemenkes meminta seluruh bupati/walikota untuk melakukan pemuktahiran data kepesertaan Jamkesmas berdasarkan Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) tahun 2008. Namun hanya sebagian kecil yang merespon hal ini sehingga pelaksanaannya tertunda. Selanjutnya, pada tahun 2011 Kemenkes memutuskan untuk melakukan pemuktahiran data yang ketiga kalinya dengan mengambil kebijakan untuk menggunakan Basis Data Terpadu (BDT) berdasarkan data PPLS tahun 2011 dalam penggantian kepesertaan Jamkesmas (TNP2K & UI, 2012).

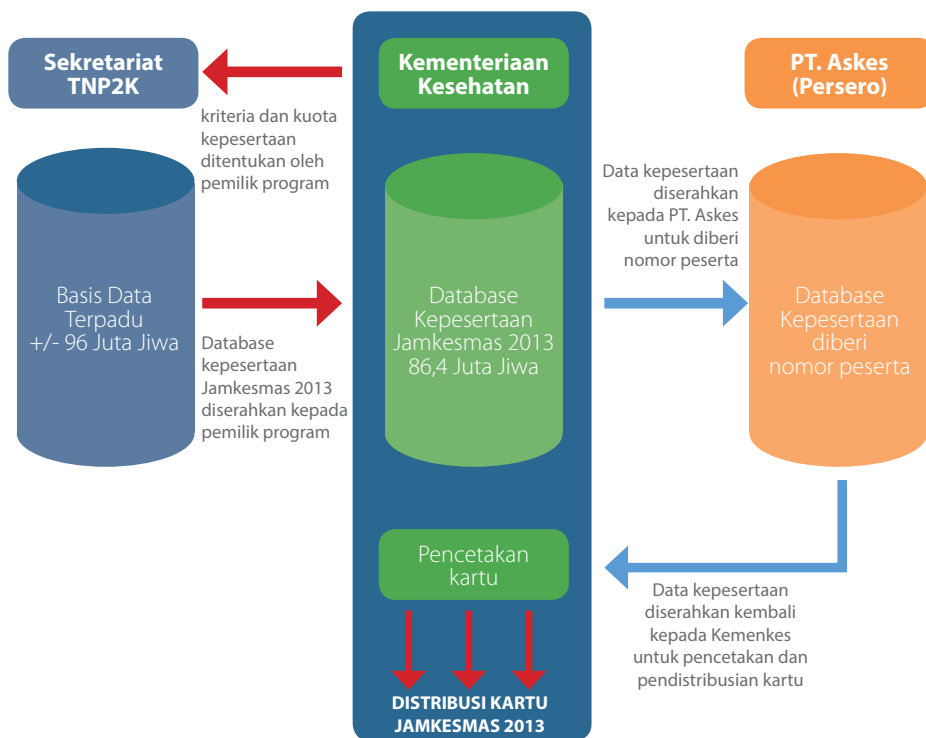
Basis data terpadu untuk Program Perlindungan Sosial adalah sistem data elektronik yang memuat informasi sosial, ekonomi, dan demografi dari sekitar 24,5 juta rumah tangga atau 96 juta individu dengan status kesejahteraan terendah di Indonesia. Sumber utama BDT adalah hasil kegiatan Pendataan PPLS yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) pada bulan Juli-Desember tahun 2011 (PPLS 2011). Basis data terpadu digunakan untuk memperbaiki kualitas penetapan sasaran program-program perlindungan sosial sehingga membantu perencanaan program dan memperbaiki penggunaan anggaran dan sumber daya program perlindungan sosial. Dengan menggunakan BDT, jumlah dan sasaran penerima manfaat program dapat dianalisis sejak awal perencanaan yang pada akhirnya akan membantu mengurangi kesalahan dalam penetapan sasaran program perlindungan sosial. Informasi yang terdapat dalam BDT antara lain keterangan sosial ekonomi anggota keluarga (nama, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, disabilitas, penyakit menahun, status perkawinan, kepemilikan tanda pengenal, pendidikan dan kegiatan ekonomi anggota rumah tangga) dan status kesejahteraan (keterangan rumah tangga, kepemilikan aset, akses ke fasilitas pendidikan/kesehatan/sanitasi dan lain sebagainya).

Kemenkes, TNP2K dan PT. Askes mempunyai peranan penting dalam proses pergantian penetapan kepesertaan program Jamkesmas pada tahun 2013 (lihat **Gambar 3**). Sesuai dengan permintaan Kemenkes, TNP2K menyerahkan jumlah sasaran peserta Jamkesmas sebanyak 76,4 juta jiwa (Kemenkes, 2008) pada tanggal 17 April 2012 dalam bentuk *electronic file* sesuai dengan Nota Kesepakatan Kerjasama antara TNP2K dengan Kemenkes RI Nomor 04/TNP2K/04/2012 dan JP.01.01/X/616/2012 tentang Penggunaan Data Nama dan Alamat dari BDT untuk Program Perlindungan Sosial dalam rangka Pelaksanaan Program Jamkesmas. Kemudian, setelah mendapatkan persetujuan dari DPR RI, jumlah sasaran peserta ditambahkan lagi sebanyak 10 juta jiwa sehingga total jumlah sasaran peserta Jamkesmas yaitu sebanyak 86,4 juta jiwa. Penyerahan tahap kedua data jumlah sasaran peserta sebanyak 9.990.269 jiwa dilakukan pada tanggal 1 November 2012 sesuai dengan Surat Sekretaris Eksekutif TNP2K Nomor B-856/Setwapres/D-3/TNP2K.03.04/11/2012 perihal Tambahan Data Usulan Kepesertaan Jamkesmas Tahun 2013. Data tersebut diserahkan kepada Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan (Ditjen BUK) Kemenkes sebagai data dasar kepesertaan Jamkesmas yang baru.

Basis data terpadu merupakan data tahun 2011 sehingga data terkesan tidak *up to date* karena digunakan tahun 2013. Namun berdasarkan hasil pencocokan data BDT dengan data peserta Jamkesmas di Jawa Timur tahun 2010 yang dilakukan oleh TNP2K pada bulan Desember 2012 ditemukan bahwa sebanyak 10.095.953 dari 10.576.065 (95,46 persen) data penerima Jamkesmas dapat dicocokkan dengan data BDT dan sebanyak 1.176.384 dari 1.256.793 (93,60 persen) data penerima Jamkesda Jatim dapat dicocokkan dengan data BDT. Selain itu, berdasarkan hasil *spot check* yang dilakukan oleh TNP2K dan UI Consulting di delapan Kabupaten/Kota (Kota Palangkaraya dan Kabupaten Katingan, Kota Bukittinggi dan Kabupaten Agam, Kota Sorong dan Kabupaten Raja Ampat, Kota

Kupang dan Kabupaten Belu) pada bulan Desember 2012 ditemukan bahwa dari 454 rumah tangga (RT) yang dituju, 416 RT (92 persen) bisa ditemui dan 400 RT (88 persen) bisa diwawancarai. Dari 400 RT yang diwawancarai, 388 RT (97 persen) berasal dari kelompok desil 1 (10 persen sosial ekonomi terbawah) dan 12 RT (3 persen) berasal dari kelompok desil 2 (20 persen sosial ekonomi terbawah). Berdasarkan penemuan diatas, dapat diambil kesimpulan bahwa dalam penetapan sasaran program, tidak mungkin dilakukan tanpa adanya *exclusion* dan *inclusion error*. Namun berbagai upaya dapat dilakukan untuk memperbaiki dan menyempurnakan mekanismenya sehingga angka *error* tersebut dapat ditekan (TNP2K & UI Consulting, 2012).

Gambar 3. Peran Kemenkes, TNP2K, dan PT. Askes Terkait Kepesertaan Awal Program Jamkesmas

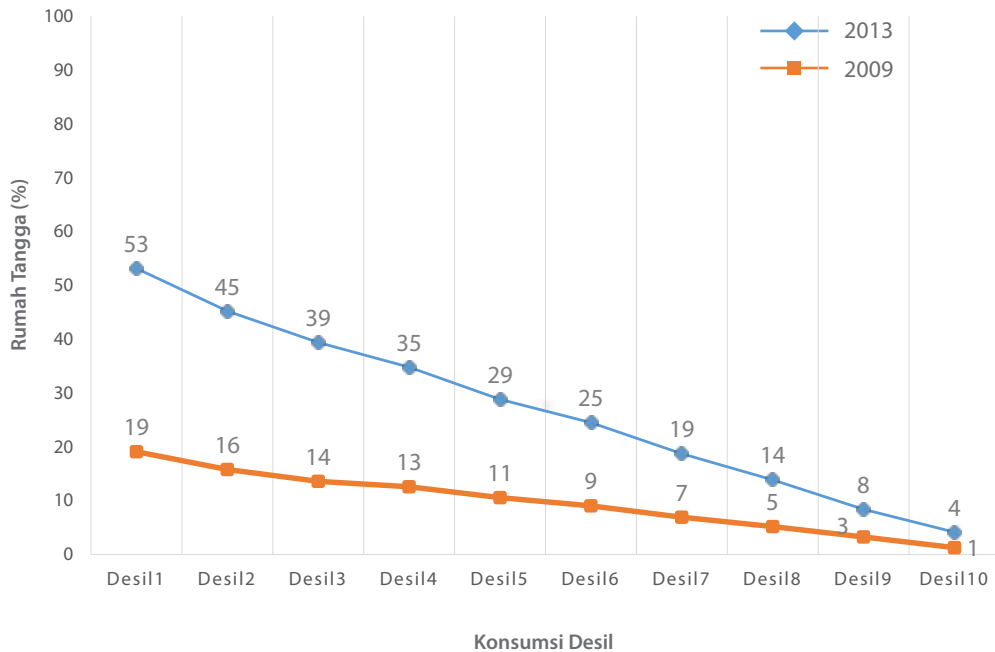


Sumber: TNP2K, 2013

Pemanfaatan BDT yang dilakukan dalam upaya penajaman sasaran kepesertaan Jamkesmas, ternyata telah mampu memberikan dampak yang sangat signifikan. Hal ini dibuktikan dengan adanya perubahan kecondongan *incidence curve* rumah tangga penerima program Jamkesmas dari yang awalnya landai pada tahun 2009 menjadi lebih curam pada tahun 2013 (lihat **Gambar 4**). Artinya, lebih banyak jumlah rumah tangga penerima program Jamkesmas yang terdapat di desil 1 pada tahun 2013 (53 persen) dibandingkan dengan tahun 2009 (hanya 19 persen). Terlepas dari adanya pendapat yang menyebutkan bahwa peningkatan persentase rumah tangga desil 1 yang menerima program Jamkesmas pada tahun 2013 lebih disebabkan oleh adanya

penambahan jumlah cakupan Jamkesmas terbukti pemerintah secara nyata telah mampu melakukan penajaman sasaran kepesertaan Jamkesmas yang ditunjukkan oleh perubahan kecondongan *incidence curve* rumah tangga penerima program Jamkesmas pada tahun 2013.

Gambar 4. Efektivitas Penargetan Program Jamkesmas Tahun 2009 dan 2013



Sumber: BPS, Susenas Gabungan 2009 dan 2013

Setelah data diterima, Kemenkes menyerahkan data dasar kepesertaan Jamkesmas yang baru kepada PT. Askes (Persero) sebagai pengelola kepesertaan Jamkesmas untuk di *review* kelengkapan variabelnya dan selanjutnya diberikan nomor identitas. Setelah diberikan nomor kartu oleh PT. Askes (Persero), data *by name by address* peserta Jamkesmas yang baru kemudian diserahkan kembali kepada Dirjen BUK Kemenkes untuk dicetak dan didistribusikan.

Dalam proses pencetakan dan distribusi kartu Jamkesmas 2013, Dirjen Bina Upaya Kesehatan (BUK) bekerja sama dengan pihak ketiga yaitu Balai Pustaka. Balai Pustaka bertugas untuk melakukan pencetakan dan pendistribusian kartu Jamkesmas sampai tingkat Kabupaten/Kota. Untuk mendukung pelaksanaan distribusi kartu Jamkesmas, Kemenkes mengeluarkan Petunjuk Teknis Pendistribusian Kartu Kepesertaan Jamkesmas Tahun Anggaran 2012 melalui Kepmenkes No.HK.02.04/I/1994/12 yang mengatur bahwa setiap Kabupaten/Kota membentuk tim pendistribusian kartu dengan melibatkan lintas sektor Pemerintah Daerah dan pendistribusiannya dapat dilakukan melalui Puskesmas di wilayah masing-masing. Pendistribusian dilakukan dalam dua tahapan, tahap pertama

didistribusikan 76,4 juta kartu dan kemudian tahap kedua didistribusikan sekitar 10 juta kartu pada bulan Januari–Februari tahun 2013. Pendistribusian kartu dimulai dari wilayah timur Indonesia terlebih dahulu.

Pendistribusian kartu ini menjadi sangat penting dalam pelaksanaan program Jamkesmas atau program perlindungan sosial lainnya karena dengan menerima kartu tersebut masyarakat mengetahui bahwa mereka terdaftar sebagai peserta program sehingga pelaksanaan program bisa dilakukan secara maksimal dan mencapai tujuan yang diharapkan. Sebaliknya jika masyarakat tidak mengetahui kepesertaan mereka dalam program maka program yang dilaksanakan tidak akan maksimal dan mencapai tujuan. Oleh sebab itu, proses monitoring dan evaluasi lebih lanjut sangat dibutuhkan pada saat pendistribusian kartu, agar diketahui masalah-masalah yang dihadapi untuk selanjutnya dapat dicarikan solusi terbaik dalam metode pendistribusian kartu peserta.

Berdasarkan data hasil pemantauan pendistribusian kartu Jamkesmas tahun 2013 yang diserahkan oleh Dirjen BUK Kemenkes, TNP2K melakukan analisis distribusi jumlah kabupaten yang sudah memberikan laporan pendistribusian kartu. Dari analisis tersebut, diketahui bahwa per tanggal 6 Desember 2013, terdapat 381 dari 497 (76,6 persen) Kabupaten/Kota yang sudah melaporkan dengan jumlah kartu yang sudah didistribusikan yaitu sebanyak 72.936.365 kartu atau mencapai 84,4 persen dari total 86,4 juta kartu peserta Jamkesmas. Dari jumlah tersebut, terdapat 8.616.163 (11,8 persen) kartu yang dikembalikan. Beberapa alasan dikembalikannya kartu peserta Jamkesmas antara lain karena peserta sudah meninggal, pindah alamat, PNS, bukan kelompok miskin dan lain-lain.

Untuk mengantisipasi masalah belum terdistribusinya kartu Jamkesmas secara menyeluruh, salah satu kebijakan yang diambil oleh Kemenkes adalah masyarakat dapat melakukan pengecekan kepesertaannya di daerah melalui fasilitas kesehatan atau dinas kesehatan terdekat. Hal ini bisa dilakukan karena database kepesertaan Jamkesmas itu sendiri telah dimiliki oleh dinas kesehatan dan fasilitas kesehatan seperti Puskesmas dan rumah sakit. Selain itu, untuk mengantisipasi permasalahan kartu peserta Jamkesmas yang tidak bisa didistribusikan, Menteri Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran No. 149/2013 yang memperbolehkan penggantian kepesertaan Jamkesmas tahun 2013 bagi mereka yang berstatus meninggal, PNS/Polri/pensiunan/veteran, pindah alamat, dan alamat tidak ditemukan (**Gambar 5**).

Gambar 5. Penggantian Peserta Jamkesmas Tahun 2013 sesuai Surat Edaran Menkes No. 149/2013



Sumber: TNP2K 2013 diambil dari SE Menkes No. 149/2013

Penggantian kepesertaan Jamkesmas 2013 berlangsung sangat lama. Dari awal proses penggantian kepesertaan yang diberlakukan sampai dengan tanggal 30 Juni 2012, baru 150 dari 497 Kabupaten/Kota yang melaporkan ke Kementerian Kesehatan² (data per tanggal 9 Juni 2012). Dari jumlah tersebut, data yang diterima dari PPJK ke TNP2K hanya sebanyak 138 Kabupaten/Kota³. Data yang masukpun tidak seluruhnya mengikuti format sesuai dengan Surat Edaran No.149/2013 sehingga menyulitkan tim di Kemenkes untuk melakukan kajian mengenai peserta yang layak menjadi pengganti. Pelaporan penggantian kepesertaan Jamkesmas yang tidak sesuai dengan format tersebut perlu dikembalikan lagi ke pihak daerah yang bersangkutan untuk diperbaiki. Mengingat masih sedikitnya jumlah Kabupaten/Kota yang menyerahkan penggantian kepesertaan Jamkesmas tahun 2013, maka dalam rapat Sekretariat Gabungan (Setgab) persiapan JKN diputuskan untuk memperpanjang masa penggantian kepesertaan Jamkesmas sampai dengan tanggal 30 September 2013. Namun, hingga 5 November 2013, PPJK Kemenkes mencatat baru sekitar 326 Kabupaten/Kota yang mengirimkan data penggantian peserta Jamkesmas 2013. Dari jumlah tersebut hanya data dari 264 Kabupaten/Kota yang diserahkan ke PT. Askes (persero) (**Tabel 3**). Hal ini dikarenakan karena (1) format yang diberikan oleh Kabupaten/Kota tidak sesuai dengan Surat Edaran 149/2013, (2) data yang diberikan hanya melampirkan drafnya saja sedangkan SK Bupati/nya belum di tanda tangani, dan (3) data yang diberikan hanya berupa *hardcopy* sedangkan *softcopy*-nya tidak ada, padahal data tersebut harus diperiksa melalui sistem di komputer.

2. Laporan pihak PPJK, Kemenkes secara lisan

3. Laporan TNP2K ke Sekjen Kemenkes, 14 Juli 2013

Tabel 3. Rekap Pengusulan Pengganti Peserta Jamkesmas per Kabupaten/Kota dari 31 Provinsi per 5 November 2013

KETERANGAN	JUMLAH
Jumlah Kabupaten/Kota yang mengirimkan data ke PPJK, Kemenkes	326 Kabupaten/Kota
Jumlah Kabupaten/Kota yang diserahkan ke PT. Askes	264 Kabupaten/Kota
Jumlah Kabupaten/Kota yang belum diserahkan ke PT.Askes	62 Kabupaten/Kota

Sumber: diolah dari laporan PPJK Kemenkes, 2013

Banyaknya Kabupaten/Kota yang belum mengirimkan data penggantian kepesertaan Jamkesmas dengan format yang benar kepada Kemenkes memiliki dampak terhadap Kabupaten/Kota itu sendiri karena menyebabkan Kabupaten/Kota tidak segera dapat mengganti peserta Jamkesmas yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Evaluasi mengenai proses dan mekanisme penggantian kepesertaan Jamkesmas tetap perlu dilakukan mengingat kedepannya proses penggantian kepesertaan akan tetap ada. Kerjasama antara Kemenkes dan Pemda baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota sangat dibutuhkan agar tercipta rasa tanggung jawab untuk memperbaiki data kepesertaan yang ada.

Setelah data penggantian kepesertaan Jamkesmas tahun 2013 diserahkan kepada PT. Askes (Persero), data harus divalidasi terlebih dahulu sesuai dengan Surat Edaran No. 149 Tahun 2013. Data yang sudah divalidasi ini nantinya akan digunakan sebagai data kepesertaan PBI JKN yang dimulai pada tanggal 1 Januari 2014. Dalam melakukan validasi penggantian kepesertaan Jamkesmas 2013, PT. Askes (Persero) memiliki Bisnis Proses (Bispro) serta beberapa kesepakatan dengan Kemenkes terkait variabel-variabel yang harus dipenuhi dalam penggantian kepesertaan Jamkesmas tahun 2013. Kesepakatan-kesepakatan tersebut antara lain jenis kelamin yang kosong termasuk **tidak valid**, tanggal lahir masih ada yang kosong, tidak sesuai kaedah penanggalan atau hanya berisi umur termasuk **tidak valid**, data Jamkesmas pengganti ganda termasuk **tidak valid**, data ganda untuk data pengganti atau digantikan dengan parameter nama dan tanggal lahir dalam satu Kabupaten/Kota termasuk **tidak valid** dan nomor kartu peserta digantikan kosong termasuk **tidak valid**.

Berbekal pada poin kesepakatan terhadap data pengganti kepesertaan Jamkesmas tersebut, PT. Askes (Persero) melakukan proses validasi dengan mengikutsertakan Unit Kepesertaan dan Unit TI (Teknologi dan Informasi) yang ada di kantor pusat PT. Askes

(Persero). Dari data Jamkesmas pengganti yang diberikan PPJK Kemenkes ke PT. Askes (Persero) terdapat beberapa permasalahan, yang antara lain:

- a. **Penyerahan data dilakukan bertahap**, bahkan ada yang beberapa kali tanpa adanya informasi mengenai data tersebut (data direvisi atau data tambahan).
- b. **Jumlah data yang dilaporkan** ke Kemenkes **tidak sesuai** dengan data dalam file Excel sehingga ketika di migrasi jumlahnya tidak sama.
- c. **Masih ada data Kabupaten/Kota yang belum dilakukan validasi** di Kemenkes, padahal data PBI akan segera ditetapkan.

Tabel 4. Proses Validasi Data Jamkesmas Pengganti (DJP) di PT. Askes (Persero)

PROSES VALIDASI DATA JAMKESMAS PENGGANTI (DJP) DI PT. ASKES (PERSERO)	UNIT KEPESERTAAN	UNIT IT
PT. Askes menerima file data jamkesmas pengganti (DJP) dalam bentuk excel dari PPJK, Kemenkes	V	
Review kesesuaian DJP dgn format SE 149	V	
Verifikasi jumlah DJP dalam program Excel		V
Migrasi DJP (Excel) ke SQL		V
Validasi Data Ganda, NoKa Jamkesmas yg diganti, NoKa Jamkesmas lama		V
Koreksi DJP yang tidak valid	V	
Memberikan NoKa pada DJP yang valid		V
Persetujuan DJP yang valid	V	
Penggabungan database dan menonaktifkan data peserta yang diganti		V
Menerima DJP hasil penggabungan	V	

Sumber: *Bispro Validasi Data Jamkesmas Pengganti, PT. Askes (Persero) 2013*

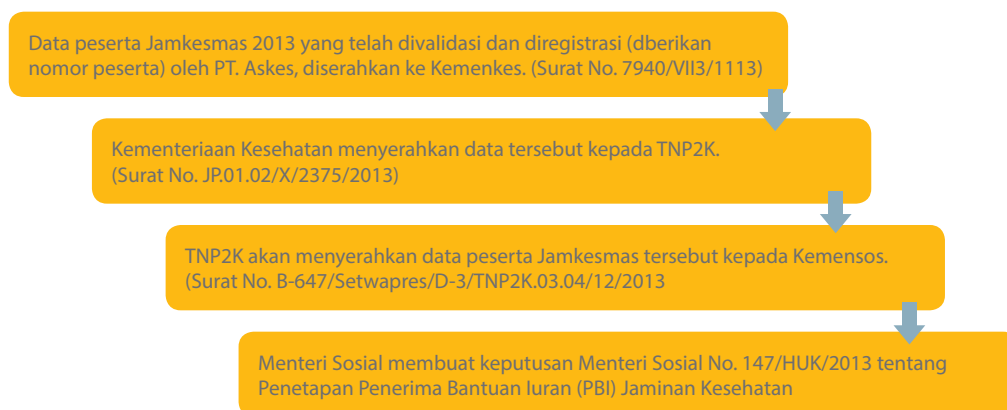
Sampai dengan tanggal 6 Desember 2013, PT. Askes (Persero) berhasil melakukan validasi terhadap 1.284.064 data yang berasal dari 257 Kabupaten/Kota. Setelah dilakukan proses validasi data seperti dalam Tabel 4, didapatkan sebanyak 679.433 data atau 53 persen dari total data yang masuk yang diberikan nomor kartu.

Berdasarkan kondisi tersebut, perlu dilakukan perbaikan dalam proses penggantian kepesertaan Jamkesmas, baik dari sisi peraturan atau petunjuk teknisnya maupun pengawasan kepada daerah. Peraturan atau petunjuk teknis dalam proses penggantian kepesertaan perlu diperjelas dan mengakomodir kesulitan-kesulitan yang ada di lapangan. Tidak kalah penting, pengawasan terhadap daerah dalam melakukan proses penggantian kepesertaan perlu dilakukan. Masalah-masalah seperti ketidaksesuaian data antara SK dengan daftar nama dan alamatnya, banyaknya peserta Jamkesmas ganda, dan

lain sebagainya, akan timbul apabila Kemenkes tidak melakukan pengawasan terhadap proses penggantian peserta Jamkesmas ini.

Setelah data pengganti divalidasi, data kemudian diregistrasi dan digabungkan dengan data Jamkesmas awal sehingga total kuota 86,4 juta terpenuhi. PT. Askes (Persero) kemudian menyerahkan data peserta Jamkesmas yang sudah diberikan nomor kartu tersebut kepada Kepala Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan, Kemenkes melalui surat Nomor 7940/VII.3/1113 pada tanggal 29 November 2013. Kemenkes selanjutnya menyerahkan data yang diberikan oleh PT. Askes (Persero) kepada TNP2K melalui surat Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan No. JP.01.02/X/2375/2013 pada tanggal 2 Desember 2013. Selanjutnya, TNP2K menyerahkan data Jamkesmas tahun 2013 kepada Kementerian Sosial untuk ditetapkan sebagai peserta PBI JKN tahun 2014. Menteri Sosial kemudian mengeluarkan Keputusan Nomor.147/HUK/2013 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan (**Gambar 6**).

Gambar 6. Mekanisme Pengelolaan Data Jamkesmas menjadi Data PBI JKN 2014



PENTINGNYA PEMBIAYAAN PBI JKN YANG ADEQUATE: PERHITUNGAN ESTIMASI IURAN DAN PENGEMBANGAN SOFTWARE ESTIMASI IURAN

Sebelum diberlakukannya JKN pada awal tahun 2014, Indonesia mempunyai empat kelompok besar jaminan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah baik di tingkat pusat maupun di daerah, yaitu Jamkesmas, Jamkesda, Askes dan JPK Jamsostek. Kelompok jaminan kesehatan ini mempunyai variasi dalam paket manfaat yang dijamin, besarnya iuran yang harus dibayarkan dan sistem pembayaran iurannya (lihat **Tabel 2**). Jamkesmas dan Askes memberikan jaminan kesehatan untuk semua penyakit, namun tidak demikian dengan Jamsostek. Penyakit-penyakit mahal seperti kanker, penyakit yang diakibatkan oleh alkohol dan narkoba, penyakit kelamin, AIDS, operasi jantung, hemodialisis dan biaya tindakan medik super spesialisik tidak dijamin oleh Jamsostek. Paket manfaat yang

ditawarkan Askes lebih komprehensif. Namun Askes juga memberlakukan iur biaya yang relatif besar walaupun pelayanan tersebut diberikan oleh fasilitas kesehatan yang menjadi mitra PT. Askes. Jamkesmas menjamin seluruh penyakit dan tidak memberlakukan iur biaya pelayan kesehatan. Namun, tidak seperti peserta Askes dan Jamsostek yang dapat menikmati ruang perawatan kelas I dan II, peserta Jamkesmas harus dirawat di kelas III. Untuk Jamkesda, paket manfaat yang dijamin sangat bervariasi antar daerah. Mulai dari paket manfaat yang sama dengan paket manfaat Jamkesmas sampai dengan yang hanya memberikan manfaat berupa pelayanan dasar di Puskesmas (TNP2K, 2011). Dengan demikian paket manfaat yang diberikan jaminan kesehatan yang ada sebelumnya, belum menjamin terjadinya prinsip ekuitas seperti yang diamanatkan dalam UU SJSN.

Sesuai dengan amanat UU SJSN, jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar (pasal 19 ayat 2). Seluruh penduduk harus memperoleh jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan perorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Mengacu kepada pasal tersebut maka paket manfaat ideal yang sesuai dengan amanat UU SJSN adalah paket manfaat yang komprehensif yang menjamin pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis untuk semua jenis penyakit.

Paket manfaat yang dijamin dan kebutuhan dananya sangat berkaitan dan tidak dapat dipisahkan. Prinsip dasar pengembangan paket manfaat adalah menjamin pelayanan dapat dijalankan sesuai dengan apa yang telah dijanjikan dan mengacu pada standar kualitas layanan yang disepakati. Luasnya paket manfaat yang berlaku nasional dan estimasi iuran yang harus dibayar serta analisis dampak fiskal keuangan menjadi masukan penting bagi pengambil keputusan dalam penyelenggaraan JKN. Paket manfaat yang dikembangkan dalam penyelenggaraan JKN harus mengacu pada UU SJSN yang *feasible*, disesuaikan dengan kondisi dan kapasitas Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan disesuaikan dengan kapasitas fiskal yang ada. Selain itu, prinsip *adequacy* (iuran yang ditetapkan harus cukup untuk membayar klaim atau biaya kesehatan) dan *reasonable* (iuran yang dibayarkan sepadan dengan manfaat yang diterima) menjadi pertimbangan penting dalam mendesain paket manfaat.

Perhitungan Estimasi iuran

Dengan paket manfaat yang komprehensif sesuai kebutuhan medis, besaran iuran menjadi salah satu isu krusial untuk peningkatan utilisasi, mutu layanan dan keberlanjutan program. Sebelumnya, penghitungan besaran iuran Jamkesmas sebesar Rp6.000-Rp6.500/orang/bulan ditetapkan tanpa dukungan perhitungan aktuarial yang memadai dan belum direvisi sejak tahun 2008. Beberapa kajian tentang paket manfaat, estimasi total kebutuhan dana dan penetapan iuran program jaminan kesehatan telah dilakukan

dengan menggunakan pendekatan data agregat baik yang didanai oleh APBN maupun Bantuan Luar Negeri (BLN). Berdasarkan hasil kajian tersebut didapatkan kisaran iuran antara Rp10.950/kapita/per bulan hingga Rp20.000/kapita/bulan. Namun, estimasi iuran yang menggunakan data agregat ini dipersepsikan kurang memadai untuk meyakinkan para pengambil keputusan.

Untuk menjawab tingginya kebutuhan akan perhitungan estimasi iuran untuk JKN, pada tahun 2011 TNP2K mengembangkan model perhitungan dengan menggunakan data empiris klaim biaya dari tiga kelompok besar jaminan kesehatan. Data yang digunakan dalam perhitungan estimasi iuran didapatkan dari data klaim biaya program Askes, Jamsostek dan Jamkesmas tahun 2009–2010. Selain itu, dikumpulkan juga data utilisasi secara agregat pada ketiga program tersebut dari tahun 2005–2010 untuk mengetahui tren dan sebagai dasar dalam penetapan asumsi. Model penghitungan iuran mengakomodasi semua biaya layanan kesehatan yang terbagi dalam tiga kelompok tipe pelayanan yaitu biaya rawat jalan tingkat pertama (RJTP), biaya rawat jalan tingkat lanjut (RJTL), dan biaya rawat inap tingkat lanjut (RITL). Data klaim ini memiliki keunggulan dalam menghasilkan utilisasi dan nilai rata-rata tarif per jenis layanan kesehatan di setiap program. Data tersebut digunakan sebagai dasar untuk menghitung estimasi iuran PBI.

Perhitungan iuran bagi PBI

Dalam penghitungan iuran PBI terdapat dua komponen besar yang mempengaruhi besarnya iuran yaitu biaya pelayanan kesehatan dan loading factors yang dirumuskan dengan formula sebagai berikut:

$$\text{Iuran (Rp, POPB)} = [(MC) + (LF)]$$

dimana,

- **Iuran** adalah jumlah nominal (Rp, per orang per bulan) yang akan digunakan untuk membiayai paket manfaat jaminan kesehatan dan sejumlah biaya pengelolaan program jaminan;
- **MC** adalah *medical cost* atau biaya pelayanan kesehatan per orang per bulan
- **LF** adalah *loading factors*.

Penghitungan Biaya Layanan Kesehatan (*Medical Cost*)

Biaya pelayanan kesehatan (*medical costs, MC*) merupakan alokasi dana yang akan digunakan untuk membayar biaya pelayanan kesehatan sesuai manfaat yang akan diberikan. Nilai MC adalah alokasi dana yang nantinya akan dibayarkan ke pemberi pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dokter) yang memberikan layanan kesehatan paket jaminan. Estimasi biaya pelayanan kesehatan dihitung dengan

mengalikan angka probabilitas (D_{ij}) dengan tarif per jenis layanan (P_j). Dengan demikian, formula dasar untuk menghitung biaya pelayanan kesehatan (j) oleh individu (i) adalah sebagai berikut:

$$\text{Biaya Kesehatan, } (MC_{ij}) = [(D_{ij}) * (P_j)]$$

Utilisasi

Angka probabilitas utilisasi pelayanan kesehatan biasanya sangat kecil sehingga sering dihitung dalam per mil atau per 1.000 peserta. Angka rate ini menunjukkan jumlah utilisasi per orang per bulan (POPB) per 1.000. Misal: Utilisasi RJTP sebesar 62 POPB per 1.000 artinya, dari 1.000 peserta PBI terdapat 62 kunjungan rawat jalan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Puskesmas atau dokter praktik) tiap bulan.

Untuk menjamin prinsip *adequacy* dan *reasonable*, penyesuaian (*adjustments*) terhadap angka utilisasi masih perlu dilakukan. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam melakukan penyesuaian terdiri atas umur, jenis kelamin, morbiditas, kepemilikan asuransi, geografis dan dampak pengembangan infrastruktur kesehatan serta skenario kendali biaya yang akan diterapkan dalam program jaminan kesehatan. Masing-masing faktor penyesuaian tersebut memiliki dampak berbeda-beda terhadap angka probabilitas dan tarif (TNP2K, 2014).

Tarif Pelayanan Kesehatan

Tarif per jenis pelayanan kesehatan pada periode waktu tertentu dihitung dengan membagi jumlah total klaim jenis pelayanan dengan total utilisasi pelayanan kesehatan dalam waktu tertentu. Seperti halnya utilisasi, penyesuaian juga diperlukan dalam penghitungan tarif pelayanan kesehatan. Salah satu variabel yang digunakan adalah inflasi. Inflasi kesehatan biasanya lebih tinggi dibandingkan dengan inflasi secara umum.

Penghitungan *Loading Factors*

Hasil estimasi biaya selanjutnya ditambahkan dengan *loading factors* untuk mengakomodir sejumlah biaya pengelolaan program asuransi termasuk biaya administrasi, gaji pegawai, biaya pengembangan program, cadangan teknis dan marjin.

Skenario Penghitungan Iuran PBI

Sebelum melakukan penghitungan iuran, perlu dilakukan analisis terhadap adanya perbedaan manfaat program yang dianalisis. Ada dua skenario manfaat yang disusun dalam penghitungann iuran yaitu skenario dengan manfaat menyeluruh dan skenario dengan manfaat yang mengeluarkan 50 penyakit-penyakit termahal. Berdasarkan hasil perhitungan terhadap dua skenario tersebut didapatkan selisih iuran yang tidak besar, hanya sebesar Rp1.868 atau hanya berkisar antara 8,41 persen (**Tabel 5**). Sesuai dengan konsep jaminan sosial yang bertujuan untuk melindungi seseorang agar tidak menjadi miskin akibat penyakit-penyakit katastrofik serta adanya keputusan dalam UU SJSN untuk memberikan manfaat yang komprehensif, maka hasil perhitungan yang dipilih adalah hasil perhitungan skenario dengan manfaat menyeluruh (komprehensif).

Tabel 5. Perbandingan Skenario Manfaat Menyeluruh dan Non Penyakit Mahal

SKENARIO MANFAAT	ESTIMASI IURAN PBI
Manfaat menyeluruh (komprehensif)	Rp22.201
Manfaat dengan mengeluarkan 50 penyakit termahal	Rp20.333
Diff (Rp)	Rp1.868
Dif (persen)	8.41 %

Sumber: Kajian Paket Manfaat dan Estimasi Iuran Program JKN, TNP2K 2011

Dalam model iuran dengan manfaat komprehensif ini, dikembangkan dua skenario untuk mengakomodasi perbedaan asumsi tingkat utilisasi yaitu skenario moderat (asumsi kenaikan tingkat utilisasi konservatif) dan skenario tinggi (asumsi kenaikan tingkat utilisasi agresif), sementara asumsi rerata biaya tetap sama di tiap kelompok pelayanan. Asumsi yang digunakan dalam mengestimasi jumlah utilisasi dijelaskan pada **Tabel 6** di bawah ini. Metodologi yang digunakan dalam penghitungan model ini telah dibahas dalam berbagai forum akademik dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan.

Tabel 6. Asumsi dalam Perhitungan Premi PBI tahun 2014

	MODERAT	TINGGI
RJTP	Dokter Praktik Kapitasi Rp6.000 dengan tujuan untuk memperbaiki distribusi Tenaga Medik dan meningkatkan efektivitas <i>Gate Keeper</i>	Dokter praktik Kapitasi Rp6.000 dengan tujuan untuk memperbaiki distribusi Tenaga Medik dan meningkatkan efektivitas <i>Gate Keeper</i>
Utilisasi PBI (RJTL dan RITL)	Berdasarkan data utilisasi Jamkesmas	Berdasarkan data utilisasi Jamkesmas
Asumsi Kenaikan Utilisasi PBI (RJTL+RITL)	Kenaikan utilisasi 70 % (dari tahun 2010 ke 2014) karena: <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada efek asuransi • Kenaikan utilisasi per tahun karena usia program • Sosialisasi seperti biasa • Tidak ada perbaikan distribusi dan ketersediaan fasilitas kesehatan yang signifikan 	Kenaikan utilisasi 110 % (dari tahun 2010 ke 2014) karena: <ul style="list-style-type: none"> • Efek Asuransi lebih signifikan pada kelompok kuintil terendah sebesar 110 persen (Budi Hidayat) • Sosialisasi program secara <i>massive</i> • Perbaikan secara signifikan terkait distribusi dan ketersediaan fasilitas kesehatan • Pengalaman di berbagai negara atas melonjaknya utilisasi akibat SHI
<i>PBI Management Fee</i>	<i>Management fee</i> 5 %. Dengan besarnya jumlah peserta, dirasa cukup.	<i>Management Fee</i> 5 %
<i>Contingency Margin</i>	<i>Contingency margin</i> untuk PBI dan Non PBI 5 persen karena jumlah peserta yang besar	Cadangan Teknis PBI dan non PBI 5 %

Sumber: Kajian Paket Manfaat dan Estimasi Biaya Program JKN, TNP2K, 2011

Setelah mengakomodasi perbedaan asumsi tingkat utilisasi, dilakukan perhitungan besarnya iuran. Besarnya iuran yang dihitung mencakup enam komponen perawatan yaitu RJTP, RJTL, RITL, penyesuaian umur, biaya manajemen dan biaya cadangan. Perhitungan komponen RJTL dan RITL digunakan dengan menggunakan beberapa subkomponen yaitu medis dan obat pada RJTL serta medis, obat, ICU/ICCU/HCU dan akomodasi dalam RITL. Hasil akhir perhitungan kebutuhan iuran untuk peserta PBI berkisar antara Rp19.286 untuk skenario moderat sampai ke Rp22.201 untuk skenario tinggi (**Tabel 7**).

Hasil perhitungan iuran PBI dengan menggunakan model estimasi yang dikembangkan oleh TNP2K ini digunakan oleh pemerintah sebagai model yang ideal dan rasional untuk membayar iuran per orang per bulan. Angka ini kemudian dipergunakan oleh Kemenkes dan Kemenkeu untuk melakukan negosiasi iuran untuk menjamin kecukupan program sekaligus kapasitas fiskal pemerintah. Setelah melalui proses diskusi yang cukup panjang dengan melibatkan seluruh *stakeholder* terkait maka pada bulan Juli 2013 rapat koordinasi yang dipimpin oleh

Tabel 7. Rekapitulasi Penghitungan Estimasi Iuran PBI tahun 2014 oleh TNP2K, 2011

REKAPITULASI PERHITUNGAN ESTIMASI IURAN PBI - TNP2K 2011		
KOMPONEN UTAMA	MODERAT	TINGGI
1 Biaya Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) POPB*	6.000	6.000
2 Biaya Rawat jalan Tingkat Lanjut (RJTL) POPB*	3.020	3.731
- Medis	1.232	1.522
- Obat	1.788	2.209
3 Biaya Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) POPB*	7.762	9.589
- Medis	3.075	3.798
- Obat	3.268	4.037
- ICU/ICCU/HCU	310	383
- Akomodasi Kelas III	1.109	1.370
4 Penyesuaian Resiko Umur Populasi POPB*	750	864
5 Biaya Manajemen POPB*	877	1.009
6 Biaya Cadangan POPB*	877	1.009
IURAN PBI/ORANG/BULAN	19.286	22.201

*POPB: Per Orang Per Bulan

Wakil Presiden telah menyetujui besaran iuran PBI Jaminan Kesehatan sebesar Rp19.285/orang/bulan (**Tabel 8**). Besaran iuran PBI sebagaimana ditetapkan dalam Perpres Nomor 111/2013 pasal 16 A telah meningkat hampir tiga (3) kali lipat dari sebelumnya yang hanya Rp6.500/orang/bulan. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah yang sangat besar untuk menunjang penyelenggaraan JKN dengan mengalokasikan sekitar Rp19,8 triliun di tahun 2014 untuk mendukung peserta PBI yang berjumlah 86,4 juta individu.

Tabel 8. Penghitungan Estimasi Iuran PBI Tahun 2014 oleh Kemenkes

PREMI 2014	PBI Kelas III
Utilisasi RJTL per 1000	9,70
Utilisasi RITL per 1000	2,40
Biaya RJTL	331,748
Biaya RITL	3,088,244
Biaya Per Orang per Bulan RJTL	3,218
Biaya Per Orang per Bulan RITL	7,411.79
Kapitasi RJTP	7,000
Premi Murni	17.630
Management Fee	1.595
PREMI	19.225

Sumber: Kemenkes, 2013

Pengembangan *Software* Estimasi Iuran

Penghitungan iuran PBI yang dilakukan oleh TNP2K pada tahun 2011 menggunakan data tahun 2009 dan 2010. Perhitungan ini dilakukan untuk mengestimasi besarnya iuran PBI tahun 2014. Setelah dilaksanakannya program JKN, perlu dilakukan *review* ulang atas keabsahan asumsi-asumsi tersebut. Apabila ada perubahan yang signifikan dalam asumsi yang ada, maka implikasinya akan berdampak langsung pada kecukupan nilai iuran PBI. Pemutakhiran perhitungan iuran PBI perlu dilakukan berdasarkan data terbaru tahun 2011, 2012 dan 2013. Dalam pemutakhiran perhitungan iuran tersebut terdapat perubahan sumber data yang digunakan yaitu dengan digunakannya klaim individual Jamkesmas dan tarif INA-CBG. Perubahan struktur data ini mengakibatkan diperlukannya penyesuaian metodologi agar data dapat dimanfaatkan secara optimal. Metodologi yang digunakan tidak hanya dapat diaplikasikan dalam pemutakhiran penghitungan iuran namun dapat pula digunakan untuk mengestimasi besaran iuran pada tahun-tahun berikutnya.

Untuk memudahkan kementerian/lembaga dan pihak-pihak dalam menghitung estimasi iuran, TNP2K telah mengembangkan program penghitungan estimasi iuran PBI dengan menggunakan *software* Ms. Excel yang cukup familiar bagi pengguna komputer. Salah satu tujuan penggunaan *software* ini adalah sebagai bentuk transparansi dan transfer informasi kepada seluruh pemangku kepentingan dalam pelaksanaan JKN. Program ini telah diseminasi kepada seluruh pemangku kepentingan melalui workshop. Untuk membantu mengoperasionalkan *software* ini, TNP2K telah menyusun pedoman penggunaan instrumen penghitungan estimasi iuran PBI JKN. Pedoman ini berisi panduan teknis yang menjelaskan langkah-langkah yang harus diikuti dalam menggunakan *software* untuk menghasilkan angka estimasi iuran. Selain itu, TNP2K juga telah menyusun pedoman teknis penghitungan estimasi iuran PBI JKN yang menjelaskan secara detail referensi teoritis, metodologi penghitungan iuran, serta proses pemutakhiran besaran iuran. Pedoman ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang utuh tentang penetapan besaran iuran PBI yang menjadi salah satu proses penting dalam pelaksanaan JKN. Pedoman ini merupakan versi pertama sehingga masih banyak ruang untuk penyempurnaannya seiring dengan semakin kuatnya sistem informasi yang akan dibangun oleh berbagai pemangku kepentingan.

PENGUATAN SIM UNTUK IDENTIFIKASI MASALAH JAMKESMAS DAN JAMKESDA

Data klaim peserta Jamkesmas dan Jamkesda memuat banyak informasi berharga mengenai pemanfaatan layanan kesehatan berdasarkan umur, jenis kelamin, diagnosis penyakit dan besaran biayanya. Namun selama ini analisis atas data-data tersebut belum pernah dilakukan secara menyeluruh. Hal ini sangat disayangkan mengingat data-data

tersebut sangat berguna dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi program kesehatan baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah. Untuk menjadi satu informasi penting, data-data yang tersedia harus dikelola kedalam suatu sistem informasi dan manajemen (SIM) yang kuat dan terpadu sehingga dapat menghasilkan produk informasi yang dibutuhkan penggunanya. Hasil analisis data tersebut selanjutnya dapat digunakan dalam memformulasikan langkah-langkah preventif dan promotif untuk menanggulangi masalah kesehatan serta dapat menjadi acuan dalam pengambilan suatu keputusan atau penetapan suatu kebijakan kesehatan di daerah tersebut.

Pada tahun 2013, TNP2K mengembangkan sistem informasi pemanfaatan fasilitas kesehatan yang menampilkan berbagai indikator dalam bentuk *dashboard* terkait pemanfaatan layanan kesehatan di rumah sakit dengan menggunakan data klaim individu dari program Jamkesmas. SIM ini dibangun dengan menggunakan *software* Tableau 8.1 yang sangat bermanfaat sebagai salah satu alat dalam monitoring pemanfaatan layanan kesehatan seperti kelompok penyakit terbanyak berdasarkan ICD X, kelompok umur, jenis kelamin, dan lain sebagainya. SIM ini tidak hanya dapat digunakan oleh pemerintah pusat (Kemenkes dan BPJS Kesehatan), namun juga dapat digunakan oleh pemerintah daerah (Dinkes dan Rumah Sakit) untuk melihat sebaran penyakit di daerah masing-masing. Apabila dilakukan secara terus menerus maka Pemerintah akan mendapatkan serial data yang nantinya bermanfaat untuk perencanaan kegiatan Usaha Kesehatan Perorangan (UKP) dan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM).

Selain mengembangkan sistem informasi pemanfaatan fasilitas kesehatan, TNP2K juga melakukan kajian analisis klaim layanan kesehatan dari tiga program Jamkesda; Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), Jaminan Kesehatan Sumbar Sekato (JKSS), dan Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) pada tahun 2013, yang tujuannya antara lain untuk memberikan Gambaran mengenai karakteristik utilisasi dan biaya pelayanan kesehatan serta untuk mengetahui diagnosis terbanyak dan diagnosis termahal di ketiga provinsi tersebut. Sumber data yang digunakan adalah data tagihan layanan kesehatan yang diperoleh dari PT. Askes (Aceh dan Sumatera Barat), dan data dari Dinas Kesehatan Provinsi (Bali). Data tersebut mencakup semua data layanan RITP, RJTL dan RITL.

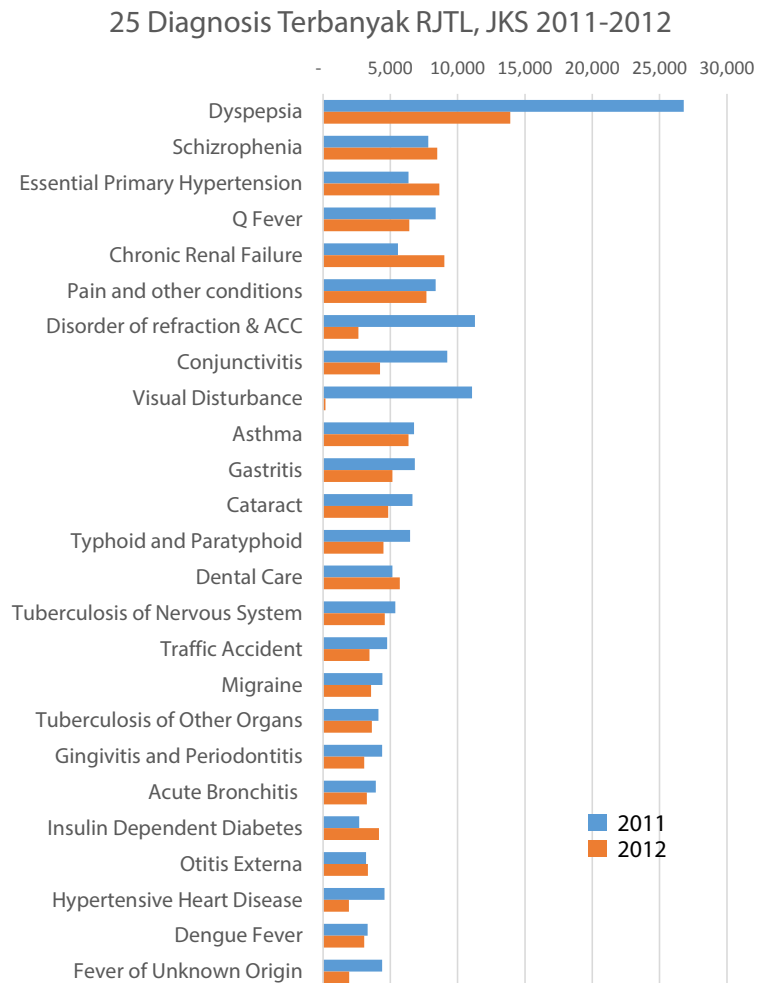
Dengan menggunakan tableau 8.1, hasil analisis data klaim Jamkesda di tiga provinsi tersebut dapat ditampilkan dalam bentuk *dashboard* yang dapat memvisualisasikan informasi-informasi yang penting dan dibutuhkan oleh pembuat kebijakan, diantaranya *dashboard* mengenai 1) 25 diagnosis yang paling banyak diderita peserta Jamkesda (lihat **Gambar 7**), dan 2) Tingkat Utilisasi RJTL per bulan per 1000 penduduk berdasarkan Kabupaten/Kota asal peserta pada program Jamkesda tahun 2011–2012 (lihat **Gambar 8**).

PENTINGNYA INFORMASI DIAGNOSIS TERBANYAK DI SUATU WILAYAH

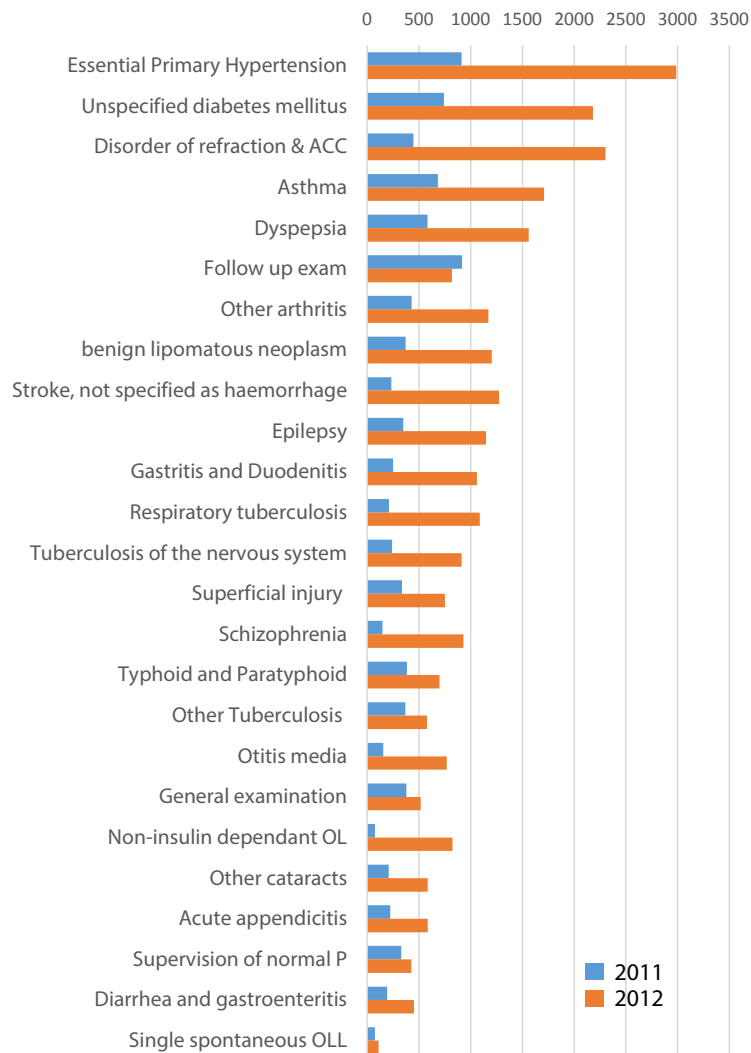
Informasi mengenai diagnosis terbanyak di suatu wilayah sangat penting dalam pelaksanaan berbagai upaya penajaman perencanaan program atau kegiatan baik yang bersifat perorangan (UKP) maupun masyarakat (UKM). Misalnya saja, di suatu daerah yang memiliki banyak kasus demam berdarah pada satu waktu, maka didalam perencanaan kegiatannya program pencegahan kasus demam di masyarakat harus diprioritaskan.

Yang perlu diperhatikan juga adalah adanya perbedaan diagnosis terbanyak antar wilayah. Pemerintah daerah harus mengetahui kondisi sebaran penyakit di masing-masing wilayahnya agar dapat dibuat perencanaan terbaik sesuai dengan kondisi sebaran penyakit tersebut.

Gambar 7. Dashboard 25 Diagnosis Terbanyak RJTL Pada Program JKA dan Program JKSS, Tahun 2011-2012



25 Diagnosis Terbanyak RJTL, JKSS 2011-2012



Sumber: TNP2K, 2014

Untuk mengetahui hal tersebut, pemerintah dapat menggunakan informasi seperti gambar berikut:

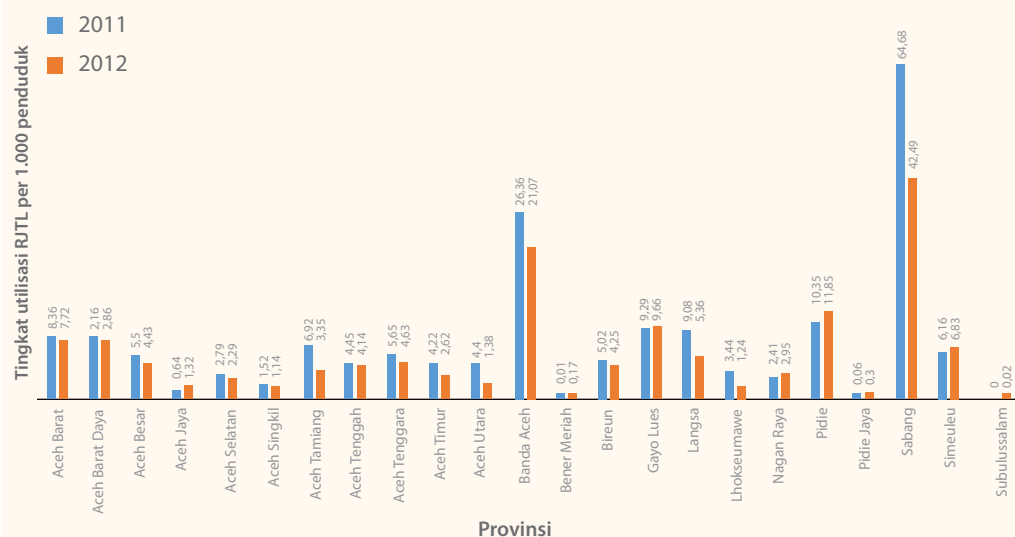
Dari *dashboard* diatas, berbagai informasi terkait diagnosis terbanyak untuk kasus RJTL dapat diketahui dengan cepat dan mudah dipahami. Misalnya di Aceh, Dyspepsia merupakan jumlah kasus penyakit terbanyak yang terjadi antartahun 2011–2012. Sementara di Sumatera Barat pada tahun yang sama, Essential Primary Hypertense menjadi jumlah kasus penyakit terbanyak

INFORMASI TINGKAT PEMANFAATAN LAYANAN KESEHATAN

Tujuan dari pelaksanaan jaminan kesehatan adalah untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini dapat diketahui melalui analisis terhadap tingkat pemanfaatan layanan kesehatan di masing-masing wilayah. Informasi ini kemudian dapat digunakan lebih lanjut untuk mengetahui aksesibilitas dan kemampuan masyarakat untuk pergi ke fasilitas kesehatan, serta ketersediaan fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan di masing-masing wilayah.

Berikut ini adalah contoh informasi yang mudah dipahami untuk mengetahui tingkat pemanfaatan layanan kesehatan di masing-masing wilayah.

Gambar 8. Dashboard Tingkat Utilisasi RJTL per Bulan per 1.000 Penduduk Berdasarkan Kabupaten/Kota Asal Peserta Pada Program JKA Tahun 2011-2012



Sumber: TNP2K, 2014

Dari *dashboard* diatas, dapat diketahui informasi yang jelas terkait tingkat utilisasi pelayanan RJTL program JKA di Provinsi Aceh. Tingkat utilisasi antar Kabupaten/ Kota terlihat bervariasi. Kota Sabang dan Kota Banda Aceh mempunyai tingkat utilisasi pelayanan RJTL paling tinggi diantara Kabupaten/Kota lainnya pada tahun 2011–2012. Sementara di beberapa kabupaten terlihat tingkat utilisasi yang cukup rendah.

Selain contoh informasi diatas, beberapa informasi dalam bentuk dashboard yang penting dan dibutuhkan untuk membantu penajaman perencanaan program dan mengidentifikasi masalah pelayanan kesehatan peserta JKN antara lain yaitu informasi mengenai jumlah kasus dan tingkat pemanfaatannya menurut umur dan jenis kelamin, informasi adanya mobilisasi pasien dari daerah asal pasien ke daerah yang banyak memiliki fasilitas kesehatan yang memadai, informasi sebaran diagnosis menurut umur dan jenis kelamin, dan informasi lainnya.

Jika melihat pada hasil analisis dan informasi yang dapat dikembangkan dari data klaim layanan kesehatan Program Jamkesmas dan Jamkesda (JKA, JKBM, dan JKSS), terlihat jelas bahwa ketiga program tersebut sudah memiliki struktur data yang baik. Namun sayangnya data tersebut tidak dikelola dalam SIM yang kuat dan terpadu sehingga tidak dapat menghasilkan informasi yang diperlukan oleh pengelola program kesehatan. Dengan dikelolanya data dalam SIM yang kuat dan terpadu, maka data klaim yang ada dapat diubah menjadi informasi yang sangat berguna, seperti informasi-informasi yang telah disebutkan diatas.

Analisis dan informasi tersebut sangat membantu dalam penajaman perencanaan program-program kesehatan seperti perencanaan intervensi kegiatan promotif dan preventif beserta pengelolaan dananya dan perbaikan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan (baik RS maupun Puskesmas dan jaringannya). Selain itu, hasil analisis tersebut sangat membantu dalam perencanaan kebutuhan tenaga medis dan penguatan sarana dan prasarana yang dibutuhkan sesuai dengan pola penyakit yang ada di tiap-tiap daerah. JKN melalui BPJS Kesehatan sebagai pengelola program, harus menyediakan informasi-informasi tersebut baik untuk kebutuhan internal pengelola, maupun untuk pemerintah (pusat dan daerah).

REFORMASI PEMBAYARAN KE PROVIDER (KAPITASI DAN INA CBGS)

Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi untuk Peningkatan Mutu Layanan Tingkat Pertama (Perpres No. 32 Tahun 2014)

Dalam pelaksanaan JKN, reformasi tidak hanya dilakukan dalam aspek hukum dan pelayanan kesehatan, namun juga dilaksanakan dalam sistem pembayaran ke fasilitas kesehatan baik ditingkat pertama maupun ditingkat lanjut. Untuk pembayaran ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), reformasi dilakukan dalam pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas Non-BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) seperti diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama milik Pemerintah Daerah (Non-BLUD). Proses pengusulan dan pengesahan

Perpres ini melibatkan Kemenkes, Kemenkeu, Kemendagri, BPJS Kesehatan, BPKP, BPK dan kementerian/lembaga lain dibawah koordinasi Wakil Presiden.

Dana kapitasi adalah besaran pembayaran dimuka per bulan kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Pada pelaksanaan program Jamkesmas dana kapitasi ditetapkan sebesar Rp1.000. Jumlah ini dirasa tidak cukup karena tidak mencerminkan biaya yang sebenarnya. Selain itu, dana kapitasi yang dibayarkan Kemenkes ke Dinas Kesehatan tidak seutuhnya tersalurkan ke Puskesmas karena mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, UU No. 32 Tahun 2004 tentang Otonomi Daerah, Permendagri No. 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, dan seterusnya), dana tersebut harus disetor ke kas daerah dan merupakan Pendapatan Asli Daerah (PAD), sehingga tidak seutuhnya dapat digunakan untuk peningkatan kualitas layanan UKP.

Berdasarkan pengalaman tersebut, dalam pelaksanaan JKN jumlah dana kapitasi ditingkatkan menjadi Rp3.000-Rp6.000/kapita/bulan. Selain itu, pendistribusian dana ke daerah dilaksanakan berdasarkan Perpres No. 32/2014 yang dilengkapi dengan peraturan teknis Permenkes No. 19/2014 dan Surat Edaran Mendagri (No. 990/2280/SJ) yang mengatur pengelolaan dana kapitasi yang dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan kepada Bendahara melalui rekening dana kapitasi di Puskesmas sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar. Sebagai catatan, rekening dana kapitasi tetap merupakan bagian tak terpisahkan dari kas daerah. Diharapkan pelaksanaan mekanisme yang baru ini dapat mengoptimalkan pemanfaatan dana kapitasi untuk insentif tenaga medis dan tambahan biaya operasional (termasuk obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, dan sebagainya) agar terjadi peningkatan mutu layanan kesehatan yang bermakna.

Dalam pelaksanaannya, beberapa minggu setelah dikeluarkannya Perpres, Permenkes, dan Surat Edaran Mendagri ditemukan beberapa daerah yang masih menunjukkan kurang-pahaman dan keraguan terkait operasionalisasi Perpres 32/2014 tersebut (TNP2K, 2014). Oleh sebab itu, dalam upaya untuk terus memperbaiki pelaksanaan program JKN—atas himbauan Wakil Presiden—digelar pertemuan yang mengundang gubernur/bupati/walikota seluruh Indonesia untuk hadir pada rapat kerja nasional dalam rangka Sosialisasi dan Pemantapan Komitmen Pemerintah Daerah dalam melaksanakan program JKN di Samarinda, Kalimantan Timur pada tanggal 18 Juni 2014. Dalam rapat tersebut, Wakil Presiden menyaksikan penandatanganan nota kesepahaman antara Kemendagri dan BPJS Kesehatan mengenai Optimalisasi Peran Pemerintah Daerah dalam Pelaksanaan Program JKN. Dilaporkan juga dalam pertemuan tersebut 125 bupati/walikota telah menyelesaikan Surat Keputusan Penunjukkan Bendahara dan Nomor Rekening Dana Kapitasi JKN untuk Puskesmas dan siap mengimplementasikan kebijakan ini. Wakil Presiden juga menghimbau bahwa dukungan dari Pemda sangat penting

khususnya dalam rangka meningkatkan ketersediaan jaringan layanan kesehatan dan memperkuat kualitas mutu layanan.

Penerapan Model Pembayaran INA-CBGs dalam Pelaksanaan JKN

Reformasi pembayaran ke fasilitas tingkat lanjut (RS) dilakukan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan JKN, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN. Pada pelaksanaan Jamkesmas, pembayaran klaim tahun 2009 sampai dengan akhir tahun 2010 dilakukan berdasarkan *Indonesian Diagnoses Related Group* (INA-DRG), sedangkan pada akhir tahun 2010 sampai sekarang pembayaran klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBGs yang dikembangkan dari INA-DRG. Mulai tahun 2014 INA-CBG tidak hanya dipergunakan bagi pasien PBI namun juga bagi peserta Non-PBI.

Model pembayaran INA-CBGs adalah besarnya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Tarif INA-CBG dibentuk dan dikeluarkan oleh sebuah tim yang disebut *National Casemix Center* (NCC) di bawah Kemenkes. Setiap tahun NCC mengumpulkan dan mengolah data dari rumah sakit dan program Jamkesmas guna menghasilkan dan memperbaiki metode penghitungan tarifnya, seperti dijelaskan pada **Tabel 9**.



Tabel 9. Perbedaan Metode dalam Tarif INA-CBG Jamkesmas

KETERANGAN	TARIF 2009-2012	TARIF 2013
Jumlah kasus	127.554	1.048.475
Jumlah RS yang memberikan data biaya	15 RS	100 RS
Tahun Data	Tahun 2006	Tahun 2010
Kelas RS	A dan B	A, B, C, D, dan Khusus
Distribusi Pasien	Tidak Normal	Tidak Normal
Metode Trimming	L3H3	IQR
Pilihan tariff	Mean	Median
Adjustment factor	-	Regionalisasi (4 regional)
Jumlah DRG/CBG Rawat Jalan	288	288
Jumlah CBG Rawat Inap	789	789

Sumber: Kemenkos

Langkah-langkah dalam pengklasifikasian pasien dalam DRG yaitu 1) pembentukan *Major Diagnostic Categories* (MDC) atau yang disebut *Casemix Main Group* (CMG), 2) pemisahan MDC berdasarkan *surgery* (tindakan operasi) dan *medical* (tidak membutuhkan tindakan operasi), 3) pengelompokan berdasarkan adjacent DRG atau pengelompokkan dengan memecah kembali kelompok tindakan operasi menjadi kelompok yang lebih kecil dan 4) pengelompokkan DRG atau CBG.

Pembentukan MDC atau CMG dalam INA-CBG disusun oleh panel dokter yang menjadi tahap pertama untuk memastikan bahwa pengelompokan pasien memenuhi kesamaan dalam aspek klinis. Umumnya MDC dikategorikan dalam sebuah sistem organ atau sebuah etiologi yang terkait dengan spesialisasi medis tertentu. Oleh karenanya tidak akan ada satu pasien yang berada dalam dua MDC. Secara umum setiap MDC dibangun sesuai sistem organ mayoritas (misal *respiratory system, circulatory system, digestive system*) daripada etiologinya (misal *malignant, penyakit infeksius*). Penyakit yang melibatkan sistem organ tertentu dan etiologi tertentu (misal *malignant neoplasm of the kidney*) dimasukkan ke dalam MDC sesuai dengan sistem organnya.

Namun, tidak semua penyakit dapat dimasukkan ke dalam MDC berdasar sistem organ. Beberapa MDC dalam *All Patient DRG* (AP DRG) dibuat untuk menampung penyakit-penyakit yang tidak tertampung tersebut, misal *systemic infectious diseases, myeloproliferative diseases, and poorly differentiated neoplasms*. Sebagai contoh adalah penyakit infeksi seperti *food poisoning* dan *shigella dysentery* yang dimasukkan ke dalam *Digestive System* MDC, sementara *pulmonary tuberculosis* dimasukkan ke dalam MDC *Respiratory System*. Di lain pihak, penyakit infeksius seperti *milliary tuberculosis* dan *septicemia* yang biasanya melibatkan seluruh tubuh dimasukkan ke dalam MDC *Systemic Infectious Disease*. Dalam INA CBG, istilah MDC dikenal sebagai CMG. Pada tahun 2013 terdapat 23 CMG (lihat **Tabel 10**).

Tabel 10. Casemix Main Groups INA CBG Tahun 2013

CMG CODES	CASEMIX MAIN GROUPS (CMG)
A	Kelompok penyakit infeksi & parasit
B	Kelompok sistem hepatobilier & pankreas
C	Kelompok sistem mieloproliferasi & neoplasma
D	Kelompok sistem hemopoiesis dan imun
E	Kelompok sistem endokrin, nutrisi, dan metabolisme
F	Kelompok kesehatan mental dan perilaku
G	Kelompok sistem syaraf pusat
H	Kelompok mata dan adneksa
I	Kelompok sistem kardiovaskuler
J	Kelompok sistem respirasi
K	Kelompok sistem digestif
L	Kelompok jaringan kulit, subkutis, & payudara
M	Kelompok sistem muskuloskeletal dan jaringan penyambung
N	Kelompok sistem urin dan ginjal
O	Kelompok kelahiran
P	Kelompok bayi baru lahir
Q	Kelompok rawat jalan-episodik
S	Kelompok cedera, keracunan, dan efek toksik obat
T	Kelompok ketergantungan obat
U	Kelompok telinga, hidung, mulut, dan tenggorokan
V	Kelompok sistem reproduksi pria
W	Kelompok sistem reproduksi perempuan
Z	Kelompok terkait faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan kontrak lain dengan sistem pelayanan kesehatan

Sumber: Kemenkos

Pengelompokkan selanjutnya didasarkan pada ada tidaknya prosedur atau operasi dalam setiap MDC. Dalam INA-CBG pengelompokkan didasarkan pada *surgical* dan *medical*. Pemisahan antara *surgical* dan *medical* ini didasarkan pada perbedaan kebutuhan sumber daya rumah sakit yang sangat signifikan diantara kedua kelompok tersebut misal kebutuhan akan ruang operasi, ruang pemulihan, dan anestesi. Panel dokter yang akan menentukan setiap prosedur atau tindakan, apakah perlu dilakukan di ruang operasi atau tidak. Jika pasien diberikan tindakan yang dilakukan di ruang operasi maka akan dimasukkan dalam kategori *surgical*, misalnya *closed heart valvotomies*, *cerebral meninges biopsies* dan *total cholecystectomies*, namun tidak bagi *bronchoscopy*, *thoracentesis* dan *skin sutures* (Averill, 1991).

Pengelompokkan *surgical* dan *medical* akan dipecah lagi menjadi kelompok yang lebih kecil yang disebut *Adjacent DRG* (ADRG). Pemisahan pada kelompok *surgical* dilakukan berdasarkan jenis tindakan yang dilakukan, sedangkan pada kelompok *medical* dilakukan berdasarkan diagnosis utamanya. Dalam INA-CBG, contoh *adjacent* CBG pada CMG D

Haemopoetic & Immune System Groups pada *surgical* adalah prosedur pencangkakan sumsum tulang, prosedur limpa, dan prosedur pada darah dan organ pembentuk darah lain-lain. Sedangkan *adjacent* pada *medical* adalah agranulositosis, gangguan pembekuan darah, krisis *anemia sel sickle*, gangguan sel darah merah selain krisis *anemia sel sickle*, dan gangguan pada darah dan organ pembentuk darah lain-lain.

Pengelompokan diagnosis DRG umumnya berdasarkan ada atau tidak adanya diagnosis sekunder (penyerta maupun komplikasi). Tambahan diagnosis ini diyakini mampu memberikan dampak pada sumber daya yang dibutuhkan di rumah sakit dalam proses perawatannya. Selain itu, umur pasien terkadang digunakan juga sebagai dasar pengelompokan. Secara umum, pengelompokan diagnosis dalam DRG dilakukan sesuai dengan sumber daya yang dibutuhkan di rumah sakit. Proses penyusunan DRG ini merupakan proses yang sangat iteratif dengan melibatkan kombinasi dari hasil statistik dan pertimbangan klinik. Panel dokter yang mengklasifikasikan tiap diagnosis sekunder merupakan komplikasi atau penyerta yang substansial. Oleh karenanya tidak semua diagnosis sekunder dihitung sebagai komplikasi atau penyerta. Diagnosis sekunder dianggap sebagai komplikasi atau penyerta yang substansial bila kombinasinya dengan diagnosis primer akan meningkatkan hari rawat sebesar minimal 1 hari pada minimal 75 persen pasien (Averill, et al., 2003) atau keberadannya diyakini akan meningkatkan kebutuhan sumber daya rumah sakit dalam merawat pasien (Euler, 2005). Dalam INA-CBG semua *adjacent* CBG dibagi ke dalam tiga tingkat keparahan (*severity level*) di mana level I menunjukkan tingkat minor (*low resources intensity*), level II adalah tingkat moderat (*intermediate resource intensity*), dan level III merupakan tingkat major (*high resource intensity*) (Tabel 11).

Tabel 11. Contoh Pengelompokan CBG Berdasarkan Tingkat Keparahan

KODE INA CBG	DESKRIPSI
G-1-30-i	Prosedur Tulang Belakang Ringan
G-1-30-ii	Prosedur Tulang Belakang Sedang
G-1-30-iii	Prosedur Tulang Belakang Berat
G-4-10-i	Kecelakaan & Gangguan Tulang Belakang Ringan
G-4-10-ii	Kecelakaan & Gangguan Tulang Belakang Sedang
G-4-10-iii	Kecelakaan & Gangguan Tulang Belakang Berat

Sumber: TNP2K, 2014

Penetapan Tarif Berdasarkan DRG

Pembentukan tarif DRG dilakukan melalui formulasi yang terdiri atas *cost weight*, *hospital based rate* dan *DRG price*. *Cost Weight* (1) merupakan bobot biaya rawat inap DRG tertentu terhadap biaya rawat inap DRG yang lain. *Case mix index* (2a) menggambarkan rata-rata

cost weight yang ditangani oleh suatu rumah sakit. Semakin tinggi *case mix index* maka semakin kompleks penyakit yang ditangani oleh rumah sakit tersebut.

Hospital based rate (2b) yang disingkat dengan HBR adalah keseluruhan biaya pasien di RS mempertimbangkan keseluruhan kasus yang ditangani di RS. Pada dasarnya *base rate* adalah sejumlah uang untuk membayar penyakit dengan *cost weight* sama dengan 1,00. Sedangkan DRGs merupakan hasil perkalian antara *cost-weight* untuk setiap kasus DRGs dengan *hospital based rate* (3).

$$(1) \text{ COST WEIGHT} = \frac{\text{Rata-rata biaya DRG tertentu}}{\text{Rata-rata biaya semua kasus}}$$

$$(2a) \text{ CASEMIX INDEX} = \frac{\sum(\text{Cost Weight} \times \text{Kasus})}{\text{Total kasus per RS}}$$

$$(2b) \text{ HOSPITAL BASED RATE} = \frac{\text{Total Biaya}}{\text{Total kasus} \times \text{Casemix Index}}$$

$$(3) \text{ TARIF DRG} = \text{Cost weight} \times \text{HBR} \times \text{Adjustment Factor}$$

Adjustment factor dapat ditambahkan dalam formula penghitungan tarif DRG, misal letak geografis rumah sakit, fungsi rumah sakit sebagai rumah sakit pendidikan, dan jumlah pasien miskin yang dirawat. Disamping itu ada pula *adjustment factor* yang terkait



dengan kasus-kasus tertentu misal kasus-kasus yang sangat spesifik dan mahal, kasus yang dirujuk, dan kasus yang penanganannya tidak tuntas. Hal ini penting dilakukan sebagai kontrol kepada rumah sakit, mengurangi risiko keuangan rumah sakit, dan menghindari pembayaran ganda. Dalam INA CBG, letak geografis rumah sakit dijadikan sebagai *adjustment factor*. Oleh karena itu sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 69 tarif INA CBG Tahun 2013 dibagi ke dalam empat regional.

Penerapan metode INA CBG memiliki kelebihan-kelebihan yang antara lain memungkinkan transparansi manajemen dan pembiayaan rumah sakit, memberikan insentif bagi rumah sakit yang efisien dan bermutu bagus, memungkinkan badan-badan pembayar (*payer*) untuk mengontrol dengan lebih baik jumlah uang yang dibelanjakan guna membayar biaya pelayanan kesehatan rumah sakit dan membantu badan-badan pembayar memprediksi kewajiban finansial apa yang harus dibayar ke rumah sakit di masa depan.

Selain kelebihan-kelebihan diatas, metode INA CBG juga memiliki kekurangan-kekurangan yang harus menjadi perhatian. Kekurangan-kekurangan tersebut antara lain: 1) isu *up-coding* yang terjadi manakala diagnosis pasien diberikan kode lebih berat dibandingkan dengan kasus yang sesungguhnya. PPK melakukan *up-coding* untuk mendapatkan pembayaran biaya pelayanan yang lebih besar daripada yang seharusnya. Terkadang PPK mungkin mencoba melakukan pengkodean yang sengaja dibuat salah (*miscode*). Untuk memecahkan fenomena itu, di berbagai negara telah dikembangkan instrumen dengan menciptakan sistem imbalan (*reward systems*) untuk memotivasi pemberian kode yang benar secara medis. Namun, peneliti-peneliti menemukan bahwa kadang-kadang dokumentasi yang ada sering tidak cukup untuk menetapkan sebuah kode DRG/CBG dengan benar. 2) Pembayaran CBG tidak membedakan antara kasus risiko rendah dan tinggi dalam satu CBG, walaupun biaya rumah sakit lebih besar pada situasi risiko tinggi. CBG menciptakan insentif finansial pada rumah sakit untuk menghindari pasien dengan risiko tinggi sehingga mengancam *equity* dalam akses terhadap pelayanan kesehatan. Hal yang harus diantisipasi dari diberlakukannya INA-CBG sebagai sistem pembayaran adalah kecenderungan menurunnya angka lama hari rawat. Namun, dari berbagai penelitian yang telah dilakukan, penurunan angka lama hari rawat ini biasanya dibarengi dengan meningkatnya angka kunjungan. Karena INA CBG diberlakukan baik untuk rawat inap maupun rawat jalan, maka fenomena peningkatan angka kunjungan akibat pemberlakuan INA CBG dipertimbangkan dalam menetapkan asumsi kenaikan utilisasi baik pada rawat inap maupun rawat jalan.



4

.....

Pendanaan



KEBUTUHAN AKAN SUMBER PENDAPATAN BARU UNTUK SEKTOR KESEHATAN: PILIHAN UNTUK KAPASITAS FISKAL YANG LEBIH BESAR

Kombinasi dari reprioritas bidang kesehatan, efisiensi keuangan negara, kemungkinan pengalokasian pajak tembakau hanya untuk pembiayaan kesehatan dan bantuan pembiayaan lokal akan sangat dibutuhkan untuk secara efektif membiayai pencapaian jaminan kesehatan semesta di Indonesia pada tahun 2019.

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa kesehatan yang lebih baik tidak harus mengurangi perekonomian membaik. Langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi beban penyakit, untuk menyediakan masa kanak-kanak yang lebih sehat, meningkatkan harapan hidup, dan lain sebagainya akan dengan sendirinya berkontribusi dalam menciptakan ekonomi yang lebih baik (Bloom and Canning, 2005). Komisi Lancet yang terbaru dalam bidang investasi kesehatan (Jamison, et al., 2013) memperkirakan bahwa sampai dengan 24 persen pertumbuhan ekonomi di negara dengan pendapatan rendah dan menengah disebabkan oleh keluaran kesehatan yang lebih baik. Hasil penelitian tersebut berpotensi signifikan. Komisi menyimpulkan bahwa investasi dibidang kesehatan menghasilkan 9-20 kali lipat keuntungan investasi.

Berdasarkan hal tersebut penting bagi Presiden dan Menteri Keuangan yang baru untuk melihat kesehatan sebagai investasi dalam peningkatan status kesehatan, produktivitas (pada level mikro) dan pertumbuhan produk domestik bruto/PDB (pada level makro) di masa depan. Untuk mendapatkan sumber pendapatan baru untuk kesehatan, beberapa cara dapat dilakukan oleh Pemerintah Indonesia, antara lain:

REPRIORITAS KEUANGAN

Beberapa reprioritas dari belanja publik untuk menghasilkan lebih banyak lagi dana yang tersedia bagi kesehatan di Indonesia bisa dijustifikasi dalam beberapa alasan. Pertama, Indonesia telah berinvestasi dibidang *human capital*, dan pertumbuhan di masa depan akan terus bergantung pada investasi yang lebih besar lagi di bidang kesehatan dan pendidikan (IMF 2012 Article IV). Saat ini 45 persen populasi berusia 25 tahun dan untuk memaksimalkan dampak dari "keuntungan demografi" di masa depan, investasi yang lebih besar di bidang kesehatan dan pendidikan akan dibutuhkan untuk meningkatkan produktivitas dari populasi kelompok usia ini (Bi et al., World Bank, 2014).

Langkah awal yang pertama yang harus dilakukan yaitu dengan menjalankan peraturan No. 36/2009 mengenai kesehatan yang menetapkan bahwa pemerintah pusat harus menghabiskan lima persen dari anggarannya untuk kesehatan, anggaran ini tidak termasuk dana untuk gaji. Demikian juga pemerintah di tingkat provinsi/lokal, harus

menghabiskan setidaknya 10 persen anggarannya untuk kesehatan. Namun meskipun pemerintah pusat dan daerah telah menghabiskan anggarannya sesuai dengan presentasi minimum yang ditetapkan, dana tersebut kemungkinan tidak akan cukup.

Beberapa reprioritas untuk bidang kesehatan di Indonesia juga patut dilihat dari perspektif *benchmarking* internasional. Pada tahun 2011, belanja publik untuk kesehatan di Indonesia dari semua level Pemerintahan adalah US\$32 per kapita, hanya sekitar 0,9 persen PDB. Dibandingkan rasio PDB negara-negara lain, Indonesia menempati urutan ketiga terendah setelah Myanmar dan Pakistan. Hal ini juga menjadi satu alasan mengapa pengeluaran *out-of-pocket* (OOP) masih tinggi di negara ini meskipun cakupan meningkat.

Sehubungan dengan reprioritas kesehatan, ada pilihan-pilihan lain yang bisa dipertimbangkan dalam rangka mewujudkan kapasitas fiskal untuk jaminan kesehatan semesta di Indonesia. Meskipun sumber dominan pembiayaan untuk BPJS berasal dari pemerintah pusat, dimasa yang akan datang, bantuan pembiayaan lokal akan sangat membantu dalam menutup iuran dari kelompok non-miskin di sektor informal (sebagai contoh implementasi program-program jaminan kesehatan daerah di Aceh, Bali dan Jakarta bisa menjadi model potensial untuk dipertimbangkan). Namun, terbatasnya informasi di tingkat daerah menyebabkan kurangnya pemahaman mengenai berapa besarnya iuran yang ditetapkan dan bagaimana hal tersebut harus dilakukan.

PENGURANGAN SUBSIDI BAHAN BAKAR

Pilihan kedua yang dapat dilakukan adalah dengan pengurangan subsidi bahan bakar yang jumlahnya saat ini mencapai 350 triliun rupiah. Dana yang diperoleh dari pengurangan subsidi bahan bakar dapat menjadi sumber kapasitas fiskal kesehatan di Indonesia. Meskipun ada komitmen untuk mengurangi pengeluaran subsidi bahan bakar, yang mulai turun dalam beberapa bulan terakhir, kemungkinan masih ada ruang yang cukup besar untuk pengurangan subsidi ini lebih lanjut. Pengeluaran untuk bahan bakar terus meningkat dan diperkirakan mencapai tiga persen dari PDB pada tahun 2013 (IMF 2012 Pasal IV). Sebagian besar dari anggaran pemerintah pusat yang masuk untuk subsidi bahan bakar sangat menguntungkan penduduk Indonesia yang berasal dari kelompok kaya. World Bank (2011) melaporkan bahwa 50 persen rumah tangga teratas berdasarkan pendapatan mengkonsumsi 84 persen bensin bersubsidi, sedangkan 10 persen rumah tangga terbawah berdasarkan pendapatan mengkonsumsi kurang dari satu persen bensin bersubsidi. Sebagian besar subsidi bergeser ke bahan bakar untuk kendaraan pribadi rumah tangga berpendapatan tinggi. Menurunkan pengeluaran subsidi bahan bakar dengan dana yang realokasi untuk kesehatan yang digunakan untuk membiayai pelaksanaan BPJS akan menandakan pergeseran yang jelas terhadap pengeluaran pro-kelompok miskin bagi Indonesia.

PENINGKATAN PAJAK TEMBAKAU

Peningkatan pajak alkohol dan tembakau bisa menjadi cara lain untuk menghasilkan pendapatan bagi kesehatan di Indonesia (lihat **Kotak 3**). Penggunaan tembakau, dalam bentuk apapun, adalah penyebab utama kematian di dunia yang dapat dicegah. Merokok membunuh hampir 6 juta orang pada tahun 2011, yang hampir 80 persennya terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah seperti Indonesia.

Selama ini negara-negara besar penghasil tembakau internasional memangsa negara-negara berpenghasilan menengah seperti Rusia, Brasil, India, Indonesia dan Filipina melalui kelompok pemuda yang tidak waspada akan bahaya rokok. Perusahaan rokok di Indonesia mendapatkan keuntungan yang besar dalam hal ini. Orang luar melihat jumlah perokok di Indonesia sebagai sinyal bahwa Indonesia masih terjebak sebagai negara berpenghasilan rendah seperti sejarah lampaunya.

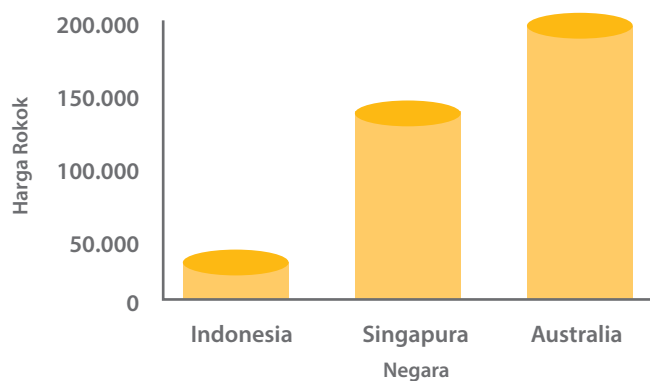
Dengan tren saat ini, jumlah perokok akan meningkat menjadi 8 juta kematian setiap tahunnya pada tahun 2030. Kematian yang disebabkan oleh masalah ini dan masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebiasaan merokok, termasuk penyakit kronis seperti penyakit kanker paru-paru dan penyakit jantung, menyebabkan ratusan miliar dolar kerusakan ekonomi di seluruh dunia setiap tahunnya (WHO, 2011). Sebuah analisis menunjukkan bahwa menjadi perokok di usia 20-40 tahun akan meningkatkan resiko terkena kanker paru-paru sebanyak 20 kali dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Hal ini didukung oleh fakta bahwa banyak kematian terjadi selama tahun-tahun kerja perdana (30-69 tahun), yang menyebabkan pengurangan keseluruhan produktivitas dan keluarga kehilangan pencari nafkah (Anh et al, 2011).

Dengan gambaran tersebut cara apa yang berhasil untuk menghentikan kecanduan tembakau? Bagaimana dengan pengalaman global? Beberapa negara telah menunjukkan bahwa metode yang paling efektif untuk mengurangi konsumsi tembakau dan meningkatkan kesehatan adalah dengan meningkatkan harga produk tembakau melalui peningkatan pajak (WHO, 2011). Harga tembakau yang tinggi merupakan cara yang efektif karena mereka mendorong pengguna tembakau yang ada untuk berhenti, mencegah kaum muda untuk memulai, dan mengurangi jumlah tembakau yang dikonsumsi oleh perokok berat. Juga, meskipun dapat mengurangi permintaan akan tembakau (rokok), pendapatan dari pajak tembakau akan meningkat dari waktu ke waktu. Saat ini, harga sebungkus rokok di Indonesia secara mengejutkan sangat rendah menurut standar internasional (Gambar 8). Sebagai contoh, satu bungkus rokok seharga rata-rata Rp10.000 sementara didekat Australia harganya sekitar Rp. 170.000 karena perbedaan pajak dikedua negara.

Saat ini tembakau merupakan masalah kesehatan masyarakat yang darurat di Indonesia.

Lebih dari 67 persen laki-laki berusia 15 tahun keatas merokok. Seperempat remaja pria di Indonesia yang berusia 13–15 tahun juga merokok. Prevalensi wanita yang merokok di Indonesia kurang dari 10 persen dan angka ini lebih rendah dibandingkan negara-negara lainnya seperti US, Kanada, Polandia atau Brazil yang 20 persen lebih wanitanya adalah perokok. Namun prevalensi wanita yang merokok di Indonesia telah meningkat dari 4 persen di tahun 2006 menjadi 5,1 persen ditahun 2009, dan kebiasaan ini dimulai dari usia yang relatif muda. Sekitar 1 dari 4 anak perempuan mencoba merokok pertama kali sebelum umur 10 tahun (WHO, 2009). Meskipun prevalensi perokok wanita jauh dibawah perokok laki-laki, pemerintah tidak bisa mengabaikan hal tersebut.

Gambar 9. Berapa Besar Rata-rata Harga Sebungkus Rokok di Indonesia, Singapura dan Australia?



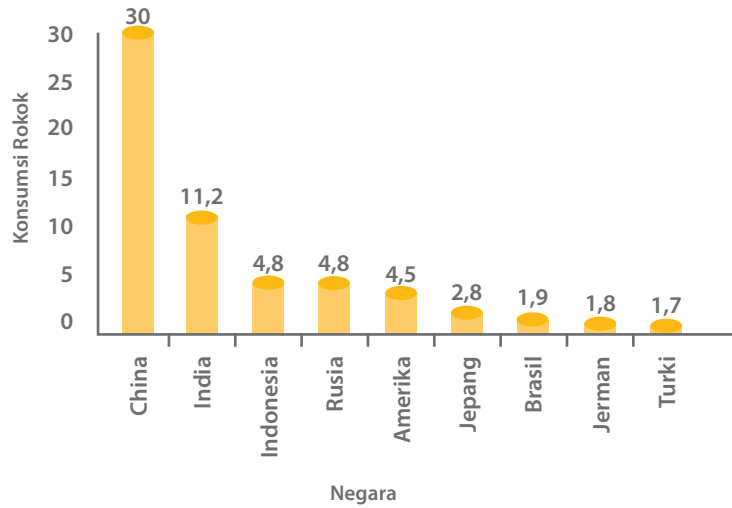
Sumber: Berdasarkan harga yang dilaporkan di Duncan Graham, "By the way...Tobacco Road" halaman 1, Jakarta Post, January 12, 2014, dengan menggunakan nilai tukar 12,000 Rupiah per 1 USD per Februari 2014.

Perokok pasif juga menjadi masalah tersendiri. Asap tembakau mengandung 7.000 zat yang diklasifikasikan beracun yang secara harfiah didorong masuk kedalam tenggorokan pria, wanita dan anak-anak di seluruh Indonesia.

Indonesia mempunyai Industri rokok terbesar didunia. Setidaknya ada 3.800 perusahaan rokok di Indonesia termasuk industri rokok rumahan. Sekitar 3.000 perusahaan ini terletak di Jawa Tengah dan Jawa Timur. Kedua provinsi ini juga merupakan produsen tembakau terbesar secara nasional. Dalam masa dua dekade, penjualan rokok di Indonesia telah meningkat hampir 50 kali dari Rp1,4 triliun pada tahun 1981 menjadi Rp51,9 triliun pada tahun 2001. Penjualan tersebut menghasilkan 95 persen pendapatan cukai negara yang berasal dari industri rokok.

Meskipun harga rokok di Indonesia sangat rendah dibandingkan negara lain, rokok mahal bagi keluarga dan paling merugikan masyarakat miskin. Saat ini rokok menjadi pengeluaran rumah tangga terbesar kedua setelah beras, dan menjadi bagian dari 57 persen anggaran konsumsi seluruh rumah tangga. Untuk masyarakat miskin angkanya

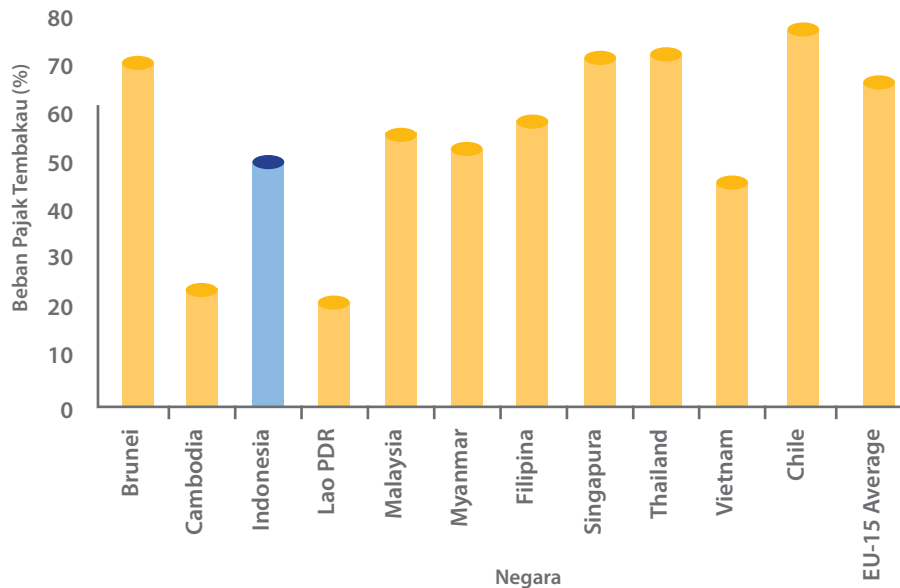
Gambar 10. Sembilan Negara dengan Konsumsi Rokok Tertinggi (dalam Miliar)



Sumber : WHO Report on Global Tobacco Epidemic, 2008.

bahkan lebih tinggi lagi (Universitas Indonesia, Lembaga Demografi, Demotix Website 2013). Tembakau pada tahun 2013 telah dikenakan pajak sebesar 38 persen dari harga rokok, namun masih jauh di bawah negara lain di wilayah Asia Tenggara dan di dunia yang penerapan pajaknya lebih baik lagi seperti Thailand, negara Uni Eropa dan negara-negara OECD (*Organization for Economic Co-operation & Development*) lainnya seperti Chile (**Gambar 11**). Sebenarnya, Indonesia telah meningkatkan pajak cukai pada tahun 2014, namun hanya sebesar 8,5 persen.

Gambar 11. Beban Pajak Tembakau dalam persen Harga Retail, 2013



Sumber: Asean Tobacco Tax Report Card, May 2013, and WHO, 2012

PAJAK TEMBAKAU DAN ALKOHOL UNTUK MEMBIAYAI JAMINAN KESEHATAN SEMESTA DI FILIPINA

KONTEKS DAN RASIONAL

Tarif cukai tembakau dan alkohol di Filipina termasuk yang paling rendah di Asia dan dunia (Kiyoshi et al, IMF, 2011). Hal ini kemungkinan menjadi salah satu faktor yang menjelaskan mengapa negara itu menjadi salah satu negara dengan tingkat merokok tertinggi dan menjadi negara tertinggi kedua pengonsumsi alkohol di Asia Tenggara. Filipina merupakan rumah bagi sekitar 17,3 juta perokok tembakau, dengan 1.073 batang rokok yang dikonsumsi per kapita per tahun, 38,9 persen dari populasinya adalah peminum alkohol ringan (sesekali), dan 11,1 persen dari populasinya adalah peminum alkohol reguler (DO, GAT Report, Filipina 2010; situs *sin tax*; Labajo, PDF). Konsumsi tembakau dan alkohol di Filipina memiliki konsekuensi sosial dan ekonomi yang signifikan: WHO memperkirakan bahwa sepuluh orang Filipina meninggal setiap jam akibat penyakit kanker, stroke, paru-paru dan jantung yang disebabkan oleh kebiasaan merokok, sementara itu negara dirugikan hampir PHP500 miliar per tahun dari biaya kesehatan dan kerugian produktivitas akibat konsumsi rokok dan alkohol (Info Berita penanya, Filipina, tidak ada tanggal).

Sejak tahun 1980-an, berbagai peraturan perundang-undangan telah diberlakukan dalam pelaksanaan pajak tembakau dan alkohol di Filipina. Dengan berlakunya Undang-Undang Republik No 8240 pada tahun 1996, Filipina memperkenalkan jadwal *multi-tier* untuk cukai tembakau dan produk-produk beralkohol berdasarkan harga eceran bersih (termasuk PPN) dari masing-masing merek, di mana merek yang lebih murah dikenakan pajak lebih rendah dari merek yang lebih mahal. Undang-Undang Republik Nomor 9334 yang mulai berlaku pada tahun 2005 diberi mandat untuk memvariasikan tingkatan kenaikan dari semua merek rokok dan produk alkohol setiap dua tahun, sampai dengan tahun 2011 (Albert, 2012). Namun sistem pajak *multi-tier* berkontribusi terhadap kemunduran pencapaian cukai dan menghasilkan pengikisan pendapatan cukai serta penurunan standar yang dilakukan oleh produsen ke merek yang lebih murah.

Undang-Undang Republik 10351 (alias Reformasi pajak tembakau dan alkohol tahun 2012) ditandatangani menjadi Undang-Undang pada bulan Desember tahun 2012 dengan tujuan merestrukturisasi cukai alkohol dan tembakau dan menghasilkan pendapatan pemerintah untuk membiayai perluasan jaminan kesehatan universal. Fitur utama dari Reformasi pajak tembakau dan alkohol

tahun 2012 mencakup pergeseran bertahap dari struktur pajak multi-tier ke struktur pajak yang lebih menyatu dan spesifik (untuk menjaga produsen dan konsumen dari penurunan ke merek yang memiliki pajak lebih rendah dan untuk merendahkan tagihan produk, untuk memiliki lebih banyak pendapatan yang bisa diprediksi, dan pajak administrasi yang lebih mudah); kenaikan tarif pajak otomatis sebesar 4 persen per tahun untuk minuman beralkohol hasil sulingan efektif tahun 2016, dan untuk rokok dan bir efektif tahun 2018 (untuk mencegah pengikisan inflasi); klasifikasi pajak yang tepat untuk produk tembakau dan alkohol akan ditentukan setiap dua tahun (untuk menghapus pembekuan klasifikasi harga); kepatuhan terhadap putusan WTO pada minuman beralkohol hasil sulingan dan juga kesesuaian dengan Kerangka WHO. Telah dilaporkan bahwa pemungutan pajak tembakau dan alkohol telah mencapai PHP21.75 miliar (USD504.2 juta) dalam empat bulan pertama tahun 2013, yang meningkat hampir 25 persen dibandingkan dengan periode yang sama pada tahun 2012, meskipun faktanya ada peningkatan dalam penyelundupan dan produksi yang tidak dilaporkan seiring dengan kenaikan pajak cukai (*news.com* pajak, tidak ada tanggal). Sebagai hasilnya cakupan bagi masyarakat miskin dan rentan meningkat hampir 10 juta keluarga.

Sumber: Bi, et al., World Bank, 2013

Dampak merokok juga mahal bagi Pemerintah. Total biaya tahunan dari pelayanan kesehatan pasien rawat inap akibat merokok untuk 3 penyakit utama di Indonesia mencapai setidaknya Rp3,95 miliar (atau USD 4,03 juta). Ini mewakili sekitar 0,74 persen dari PDB Indonesia pada tahun yang sama dan 29,83 persen dari total pengeluaran kesehatan. Sebagian besar biaya ini terkait dengan pengobatan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) (Rp35,1 triliun atau USD 3,6 miliar per tahun), diikuti oleh kanker paru-paru (Rp2,6 triliun) dan penyakit iskemik (Rp1,68 triliun) (Nugrahani et al, 2013).

Tingginya tingkat penyakit berarti rendahnya tingkat produktivitas dan pertumbuhan makro-ekonomi. Taiwan melaporkan tingginya jumlah hari sakit bagi pekerja yang merokok. Dampak terhadap PDB di negara-negara lainnya juga telah naik menjadi 3,5 persen seperti yang dilaporkan di Polandia (Lu Ling, 2008). Dampak kerugian ekonomi di Amerika Serikat dilaporkan 50 persen untuk biaya kesehatan dan 50 persen untuk produktivitas (Bank Dunia, Lokakarya Pajak Tembakau, Manila, Februari 2014).

Indonesia telah menambah peringatan kesehatan bergambar pada beberapa produk tembakau dengan presentasi yang terbatas. Komisi Penyiaran Indonesia (KPI) dan Komisi Nasional Perlindungan Anak (Komnas PA) telah menyarankan DPR untuk melarang iklan rokok. Generasi muda saat ini sering menjadi target yang tidak tepat dari iklan rokok dalam pagelaran budaya, musik atau acara olahraga, termasuk yang disiarkan di televisi siang

hari. Oleh karena itu WHO menyatakan bahwa larangan terhadap iklan rokok dan acara yang disponsori oleh perusahaan rokok adalah salah satu cara yang paling efektif dari segi biaya untuk mengurangi permintaan akan rokok. Indonesia adalah satu-satunya negara di ASEAN yang masih memperbolehkan iklan rokok. Meskipun Indonesia telah membuat terobosan yang menempatkan pembatasan ketat pada iklan rokok dalam peraturan barunya, namun dalam penegakannya masih menghadapi beberapa hambatan.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, hanya dengan meningkatkan harga produk tembakau telah terbukti menjadi metode yang paling efektif dalam mengurangi prevalensi penggunaan tembakau (Bank Dunia, Adeyi et al, 2009). Menaikkan pajak produk tembakau bisa menjadi solusi *"win-win"* dengan meningkatkan pendapatan kepada pemerintah untuk setiap bungkus rokok yang terjual, dan seiring waktu juga dapat menurunkan prevalensi merokok, penurunan biaya perawatan kesehatan dengan penduduk yang lebih sehat, dan produktivitas yang lebih tinggi dalam angkatan kerja.

Pada tahun 2012, Pemerintah mendapatkan Rp79,9 triliun dari cukai rokok, namun disisi lain negara juga melihat kerugian ekonomi dan biaya kesehatan yang tinggi yang disebabkan oleh penyakit yang berkaitan dengan kebiasaan merokok sebesar Rp240 triliun (Natahadibrata, 2013).

Sebuah proposal sederhana kedepannya adalah dengan menaikkan pajak tembakau untuk menutup biaya ekonomi dan kesehatan akibat penyakit yang berkaitan dengan kebiasaan merokok. Hal ini seharusnya sudah dilakukan segera, namun kondisi politik yang ada kemungkinan telah menyebabkan terlambatnya pelaksanaan proposal tersebut selama beberapa tahun.

Ada beberapa permasalahan yang mungkin juga perlu segera ditangani. Salah satunya adalah yang berkaitan dengan tanaman pertanian (tembakau) dan pendapatan yang dihasilkan terutama di daerah miskin. Namun, di Indonesia sebagian besar tembakau dalam industri diimpor dari luar. Dan berdasarkan pengalaman negara-negara lain, seperti Amerika Serikat, seiring waktu petani dapat relatif mudah beralih ke tanaman pertanian lainnya.

Masalah terakhir adalah lapangan pekerjaan, akan tetapi masalah ini menjadi kekhawatiran jangka panjang dan tidak segera harus diselesaikan. Tantangan dalam menaikkan harga tembakau antara lain akan mengurangi keuntungan perusahaan tembakau, dan mungkin mengurangi tenaga kerja di perusahaan-perusahaan tersebut. Oleh sebab itu, isu tersebut kemungkinan akan dimasukkan dalam agenda pembahasan peningkatan pajak tembakau. Untuk mengatasi masalah tersebut, program pelatihan atau jenis subsidi-subsidi lain bisa ditawarkan oleh Pemerintah sebagai sebuah ganti rugi kecil untuk mendapatkan sumber pendapatan yang lebih tinggi bagi kas negara untuk

membiayai jaminan kesehatan semesta, dan yang terpenting, untuk meningkatkan status kesehatan penduduk Indonesia. Negara-negara di Eropa dan Amerika Utara serta di Asia (Singapura, Thailand dan yang terakhir Filipina) telah menerapkan pajak tembakau yang lebih tinggi untuk menyediakan sumber pendanaan yang lebih baik dan pada saat yang sama mencapai kesehatan yang lebih baik lagi.

Namun sistem pajak yang terbaru dirasakan terlalu rumit dan tidak bekerja dengan baik. Sistem pajak terbaru yang sangat rumit untuk alkohol dan tembakau mempunyai struktur tarif pajak multi-tier dan hasil kenaikan pajak tersebut sebagian akan digunakan bersama pemerintah daerah untuk program promosi kesehatan. Model terbaru ini kemungkinan akan merusak upaya pengumpulan cukai. Selanjutnya, pembagian pendapatan dengan pemerintah daerah tidak akan terlacak dalam hal komitmen pengeluaran aktual. Dan apakah Pemerintah dapat menjamin dana yang baru ini tidak akan menyebabkan masalah penurunan komitmen kesehatan oleh pemerintah daerah melalui program-program lokal lainnya.

Akan sangat bermanfaat bagi Kemenkes dan Keuangan untuk bekerjasama dalam mengembangkan sebuah proposal reformasi pajak tembakau di Indonesia, terutama dalam konteks kepemimpinan baru yang dipilih pada tahun 2014 dan dalam konteks perencanaan lima tahun yang akan datang. Analisis lebih lanjut akan diperlukan untuk melihat hal tersebut sebagai:

- Desain fitur, untuk menyederhanakan struktur pajak, dan mengembangkan beberapa analisis elastisitas untuk mengoptimalkan peningkatan pendapatan dan mendorong perubahan perilaku
- Mengkaji pada apakah pajak tersebut perlu dialokasikan khusus untuk kesehatan. Tapi pengalokasian ini di kebanyakan negara merupakan pengalokasian ringan dan hal ini adalah masalah yang relatif kecil dari sudut pandang analitik;
- Analisis industri baik dalam membantu memperkirakan pendapatan dan juga membantu dalam mencegah perilaku penyimpangan seperti menghindari pajak melalui "*frontloading*" gudang sebelum pelaksanaan kebijakan dan pengepakan ulang dengan jumlah batang yang sedikit untuk menghindari pajak pada paket ukuran standar.
- Menilai dampak pada petani dan pekerja lain yang memproduksi rokok dan mungkin mengembangkan pelatihan-pelatihan atau program subsidi tanaman;
- Mengkaji kemampuan untuk menghentikan penyelundupan dan mengelola program penegakan hukum di bawah undang-undang baru;
- Mengembangkan strategi *fase-in*.

Namun, Indonesia jelas berbeda dari Filipina. Dukungan Presiden untuk pajak baru dan struktur pajak baru diperlukan untuk mendukung langkah-langkah tersebut.

Pertanyaan selanjutnya adalah haruskah pajak tembakau yang baru dialokasikan khusus

untuk kesehatan? Meskipun pengalokasian pajak dapat membantu menambah kapasitas fiskal, hasil pajak tersebut juga dapat menggantikan dana yang sudah ada sebelumnya (tidak menambah anggaran yang sudah ada karena sebagian anggaran yang sudah ada dialokasikan untuk sektor lainnya) sehingga pada akhirnya pajak tersebut tidak memiliki dampak yang signifikan pada keseluruhan sumber daya untuk kesehatan (Bank Dunia, 2001; Schieber dan Cashin, 2012).

PPN (PAJAK PERTAMBAHAN NILAI)

Pajak lainnya dapat dieksplorasi sebagai sumber kapasitas fiskal untuk kesehatan di Indonesia. Beberapa negara seperti Ghana telah mengalokasikan PPN untuk pembiayaan jaminan kesehatan semesta. Pendapatan dari PPN telah terbukti menjadi sumber pendapatan yang sangat stabil dan progresif di Ghana (Schieber dan Cashin, 2012). Meskipun meningkatkan pendapatan melalui iuran tambahan atau melalui pajak yang dialokasikan secara khusus dapat mengurangi kendala fiskal untuk jaminan kesehatan semesta, cara bagaimana pendapatan ditingkatkan sangat penting. Peningkatan pendapatan dengan cara regresif, tidak efisien, dan pajak yang berlebihan dapat menyebabkan masalah yang lebih berbahaya bagi perekonomian secara keseluruhan. Mengembangkan beberapa pilihan ini memerlukan analisis latar belakang tambahan dan diskusi rinci mengenai pro dan kontra untuk masing-masing pilihan.

KERJASAMA PEMERINTAH DAN SWASTA DALAM PEMBIAYAAN LAYANAN KESEHATAN: ASURANSI KESEHATAN TAMBAHAN OLEH PIHAK SWASTA⁴

Pemerintah harus mendukung perluasan pasar asuransi kesehatan tambahan oleh swasta karena dapat menghasilkan lebih banyak dana yang mengalir ke sektor kesehatan, dan mendorong penghapusan antrian untuk beberapa layanan kesehatan seperti operasi, tes-tes diagnostik, dan akses yang lebih luas untuk obat-obatan.

Langkah pertama yang perlu dilakukan yaitu dengan merestrukturisasi paket manfaat yang hanya memberikan pelayanan kamar rawat inap kelas 3 untuk semua pasien di bawah BPJS. Beberapa iur biaya juga bisa diperkenalkan. Pelayanan khusus untuk obat-obatan bagi pegawai negeri sipil yang ditetapkan pada awal tahun 2014 harus dihilangkan. Pemerintah harus memperbolehkan perusahaan asuransi swasta untuk menjual kebijakan tambahan dalam menyediakan pelayanan rawat inap kamar kelas 1 dan 2, obat-obatan khusus, akses yang lebih luas ke laboratorium dan tes diagnostik, serta pelayanan di luar negeri seperti di Singapura. Penjualan asuransi kesehatan tambahan

4. Produk asuransi swasta secara global terbagi dalam beberapa kategori, termasuk: Primer - sumber utama jaminan kesehatan untuk populasi atau subpopulasi; Duplikat - menjamin pelayanan dan paket manfaat yang sama dengan sistem publik; Pelengkap - menjamin iur biaya yang diterapkan oleh sistem publik; dan Tambahan - menjamin pelayanan yang tidak dijamin oleh sistem publik.

oleh pihak swasta tidak boleh dibatasi hanya untuk perusahaan asuransi jiwa yang menjual asuransi jiwa sebagai produk utamanya.

Pada saat yang sama, pemerintah perlu mengembangkan peraturan pelengkap untuk memantau dan mengatur asuransi swasta. Jenis-jenis peraturan yang akan diperlukan untuk mengatur asuransi swasta mencakup:

1. Standar keuangan dan nonkeuangan untuk masuknya pasien dan operasi;
2. Aturan untuk pelaporan dan keluar pasien;
3. Perlindungan konsumen dan mekanisme untuk meningkatkan keadilan.

Salah satu contoh kemungkinan kurangnya regulasi adalah tidak adanya mekanisme penyelenggaraan koordinasi paket manfaat (*Coordination Of Benefit*) – dasar plus tambahan. BPJS sedang bernegosiasi untuk memiliki asuransi swasta yang menangani kedua jenis paket manfaat sebagai cara untuk mengkoordinasikan paket manfaat yang lebih baik dan sebagai cara untuk membawa perusahaan swasta di bawah JKN. Namun, kesepakatan yang ada saat ini adalah skema koordinasi paket manfaat juga akan menyediakan akses ke rumah sakit swasta yang saat ini belum termasuk dalam skema JKN. Pengalaman global telah menunjukkan bahwa asuransi swasta dapat menyediakan akses dan dengan mudah dapat memilih dan mengirim pasien yang menguntungkan ke rumah sakit non-BPJS. Selama ini rumah sakit melakukan subsidi silang pelayanan mereka diantara kode CBG. Kode kanker, bersalin, bedah saraf, dan bedah jantung merupakan kode yang menunjukkan margin keuntungan yang rendah (atau bahkan negatif) pada tahun 2014. Namun, kode lain mungkin memiliki margin keuntungan yang lebih tinggi. Subsidi silang diperlukan karena orang tua atau masyarakat miskin mungkin memerlukan lebih banyak sumber daya, membutuhkan lebih banyak resep obat, dukungan sosial, dan lain sebagainya dan memerlukan biaya yang lebih. Demikian pula dengan masyarakat miskin yang mempunyai penyakit penyerta lain (komorbiditas), kemungkinan juga memerlukan biaya lebih.

Jika asuransi swasta di Indonesia dapat menyaring penyakit yang sudah ada sebelumnya pada wanita, pasien dengan kanker, pasien dengan masalah kardiovaskular yang sudah ada, dan juga meningkatkan iuran untuk menyaring pasien yang berpenghasilan rendah, atau meningkatkan pembayaran bersama untuk menyaring pasien lanjut usia, asuransi swasta tersebut kemungkinan berpotensi memiliki pool pasien yang lebih menguntungkan.

Sebaliknya, pendapatan dari koordinasi paket manfaat harus berlaku hanya untuk rumah sakit JKN, bukan untuk rumah sakit diluar jaringan. Jika hal ini tidak diberlakukan, rumah sakit swasta bisa keluar dari JKN karena bisnis mereka akan menjadi tidak menguntungkan. Hal ini yang terjadi pada pasar asuransi kesehatan tambahan di negara-negara lain pada

saat asuransi tersebut juga mencakup paket standar. Asuransi ini akan mengirimkan pasien yang “menguntungkan” atau dengan penyakit berat yang tarif CBGs-nya tinggi ke rumah sakit afiliasi mereka. Dengan demikian rumah sakit BPJS tidak akan mendapatkan subsidi silang lagi (diantara atau sesama kode CBGs). Kondisi ini akan menjadi tantangan tersendiri bagi rumah sakit BPJS dalam mempertahankan pendapatan atas tarif CBG vs biaya yang telah dikeluarkan. Jika hal ini terus dibiarkan, rumah sakit milik swasta akan terus keluar dari kontrak BPJS dan rumah sakit umum milik pemerintah akan beroperasi dengan dana yang sedikit sehingga akan menurunkan kualitasnya.

BPJS perlu memastikan adanya transparansi dan akses ke semua data. BPJS juga harus memproses klaim untuk paket standar, dan membangun sistem pemisah elektronik antara paket manfaat standar dan tambahan. Jika tidak, swasta akan menggoyahkan program BPJS dan menciptakan biaya yang lebih besar lagi kepada sistem. Ini adalah salah satu contoh dari jenis kerangka peraturan yang diperlukan.

PROGRESIVITAS DALAM PEMBAYARAN IURAN

Pilihan lain untuk meningkatkan pendapatan adalah dengan menaikkan pajak penghasilan. Pilihan terbaik yang ada yaitu dengan:

1. Menaikkan dua kali lipat PPh pegawai negeri sipil. Selama ini, PNS terus memegang paket manfaat yang istimewa dalam hal obat-obatan dan ruang perawatan rawat inap. PNS di negara manapun memiliki permintaan inelastis yang tinggi dan akan mematuhi pajak baru. Oleh sebab itu peningkatan PPh dapat menjadi menjadi sumber pendapatan baru.
2. Menghapuskan plafon gaji dalam perhitungan iuran pada pengusaha dan karyawan disektor formal swasta. Dengan menghapuskan plafon tersebut, kebijakan yang sudah dilakukan di banyak negara, pemerintah akan meningkatkan baik ekuitas dan progresivitas dengan menerapkan pajak dikelompok berpenghasilan atas, dan meningkatkan pendapatan baru.

Iuran untuk yang tidak memiliki asuransi harus tetap berada pada level yang sama atau diturunkan, tergantung pada hasil analisis uji coba untuk menutupi yang tidak memiliki asuransi dan sektor informal.

MENINGKATKAN EFISIENSI

Penting juga untuk dicatat bahwa peningkatan sumber daya hanya salah satu bagian dari gambaran keseluruhan. Sumber daya yang lebih tinggi tidak akan memecahkan masalah sistem kesehatan Indonesia jika pengeluaran tambahan tidak diterjemahkan ke dalam peningkatan keluaran kesehatan dan peningkatan perlindungan keuangan.

Sebuah survei Riskesdas pada tahun 2007 yang dilakukan oleh pemerintah menunjukkan bahwa jumlah aktual dari salah mendiagnosa per tahun dalam populasi merupakan jumlah yang sangat besar dan tingkat kesalahan alokasi sumber daya yang langka dalam sektor kesehatan sangat tinggi. Tingkat kesalahan ini tidak akan ditoleransi di sektor ekonomi lain. Rumah tangga menanggung bagian yang besar dari beban tersebut dalam bentuk pembayaran *out-of-pocket* untuk hal-hal yang seharusnya tidak mereka bayar. Masyarakat membeli pengobatan untuk masalah kesehatan yang tidak mereka derita selama lebih dari separuh waktu, dan membeli pengobatan untuk masalah kesehatan yang salah, yang mereka konsumsi namun tidak diperlukan.

Pada tahun 2007, tingkat ketidaktepatan terjadi paling banyak pada penyakit jantung dan pembuluh darah, yang merupakan salah satu penyakit tidak menular paling umum pada populasi di Indonesia dan merupakan penyebab utama kematian. Penyakit jantung dan pembuluh darah yang gejalanya didiagnosis secara akurat kurang dari 10 persen pada saat itu dan bahkan di antara yang paling tinggi status ekonominya dalam populasi hanya 16 persen pada saat itu. Merujuk survei Riskesdas tahun 2007, diperkirakan ada sekitar dua juta orang dengan penyakit tersebut, dan tingkat kesalahan dalam diagnosis ini dapat berakibat besar dalam kehidupan individu, serta menjadi tantangan kinerja yang jelas untuk sistem penyediaan layanan kesehatan. Untuk semua perawatan, diperkirakan sekitar 55 persen dari seluruh diagnosis tidak akurat.

Beberapa perbaikan dapat dilihat dari perbandingan antara tahapan penegakan diagnostik dari *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) tahun 1997 dan tahun 2007. Namun, perubahannya marginal dan keseluruhan kualitas layanan masih rendah dengan hanya sekitar setengah pekerja kesehatan merespon secara benar terhadap pertanyaan standar dan tahapan penegakan prosedur. Ada tingkat ketidakhadiran yang tinggi dari tenaga kesehatan, seperti di beberapa daerah di negara-negara seperti India, dengan dokter yang mendirikan praktik swasta pada sore dan malam hari.

PERBAIKAN KESALAHAN BELANJA FARMASI

Beberapa pilihan tersedia untuk meningkatkan efisiensi dari pengeluaran farmasi. Angka NHA resmi menunjukkan pengeluaran farmasi di Indonesia sebesar 33 persen, tetapi perhitungan terpisah menunjukkan bahwa porsi belanja farmasi (keseluruhan) bahkan lebih tinggi lagi diperkirakan sebesar 44 persen. Porsi obat untuk rawat jalan sekitar 58 persen, sedangkan untuk rawat inap adalah 31 persen. Hal ini lebih tinggi dari total pengeluaran farmasi disebagian besar negara-negara OECD yang hanya 10-20 persen.

Terlepas, apakah 30 persen atau 44 persen dari total belanja sektor kesehatan pada tahun tertentu, lebih dari setengah jumlahnya dapat disimpan dengan memperbaiki diagnosis. Hal tersebut akan menghasilkan sumber daya yang dapat digunakan untuk memperluas



dan meningkatkan pelayanan bagi seluruh rakyat Indonesia. Studi yang dilaporkan oleh Dunlop (2013) dari ruang lingkup terbatas telah menemukan, bahwa 42 persen dari resep antibiotik yang ditulis di dua rumah sakit tidak diperlukan (Hadi, et al, 2008), 34 persen dari pengobatan demam berdarah yang diberikan kepada pasien tidak diperlukan dan tingginya tingkat infeksi nosokomial di rumah sakit perawatan neonatal dan unit bedah. Sebuah tinjauan yang lebih sistematis dari sudut pandang efisiensi teknis akan berguna untuk mengidentifikasi cara-cara di mana Indonesia bisa menghasilkan lebih banyak lagi keluaran kesehatan untuk investasi sistem kesehatannya.

PENURUNAN KORUPSI

Hal yang terkait dengan peningkatan efisiensi adalah dengan menghentikan suap dan korupsi. *The Indonesian Corruption Watch* (ICW) menemukan bahwa Negara telah kehilangan Rp466 miliar antara tahun 2009 dan 2013 di sektor kesehatan karena suap dan korupsi termasuk mempergunakan anggaran untuk kampanye politik, pengadaan obat dan peralatan yang salah, memilih panitia pengadaan dengan calon pilihan, *mark-up* anggaran pembangunan fasilitas dan renovasi, dan kontrak-kontrak Kemenkes untuk penelitian dan pelayanan. Banten dan Sumatera Utara adalah provinsi dengan catatan terburuk tahun lalu (Halim, 2014).



5

.....

Perluasan
Kepesertaan
Menuju Cakupan
Semesta tahun
2019



Dalam peta jalan DJSN telah disepakati bahwa cakupan semesta akan dicapai pada tahun 2019 di mana semua penduduk akan mempunyai jaminan kesehatan dan mendapatkan manfaat medis yang sama. Upaya-upaya perluasan kepesertaan dapat dilakukan dengan mengintegrasikan program-program Jamkesda yang ada dan kepesertaan dari pengusaha dan pekerja swasta di Indonesia serta menjangkau yang belum terjamin dan sektor informal.

INTEGRASI JAMKESDA DAN PENGUSAHA SWASTA

Cakupan jaminan kesehatan masih bersifat parsial dan perlu diperluas untuk kelompok lainnya secara bertahap sesuai dengan tujuan peta jalan dalam mencapai cakupan semesta pada tahun 2019. Hal ini termasuk mengintegrasikan ratusan program Jamkesda yang masih terpisah (berjalan sendiri), mengintegrasikan pelayanan kesehatan yang disediakan pemberi kerja kepada karyawannya (*self-insured*) dan cakupan sektor informal.



Sesuai dengan peta jalan DJSN, integrasi Jamkesda ke dalam satu sistem jaminan kesehatan nasional akan dimulai pada tahun 2015 dan diharapkan paling lambat akhir tahun 2016, semua program Jamkesda telah berintegrasi ke dalam JKN. Salah satu saluran penting dalam mencapai jaminan kesehatan semesta pada tahun 2019 adalah keterlibatan dan koordinasi dari unit-unit Pemerintah Daerah, yang antara lain untuk (1) menghubungkan program Jamkesda yang ada ke dalam skema JKN, (2) membayar biaya-biaya yang tidak ditanggung oleh Pemerintah Pusat, (3) memfasilitasi keikutsertaan penduduk yang belum terjangkau, (4) memastikan ketersediaan fasilitas-fasilitas kesehatan yang fungsional ditingkat kabupaten.

MENJANGKAU YANG BELUM TERJAMIN DAN SEKTOR INFORMAL

Pemerintah Indonesia mendukung jaminan kesehatan semesta (UHC) sebagai tujuan penting untuk pengembangan sistem pembiayaan kesehatan. Namun pada saat yang sama belum ada satu rumus yang diterapkan untuk mencapai tujuan UHC tersebut. Bukti internasional menunjukkan jalan untuk mencapai UHC sangat kompleks, dan membutuhkan waktu bertahun-tahun, bahkan seringkali beberapa dekade. Jalan yang ditempuh oleh masing-masing negara ditentukan sebagian oleh sejarah negara tersebut, sistem pembiayaan kesehatan yang telah dikembangkan dan ditentukan juga oleh preferensi sosial yang berkaitan dengan konsep solidaritas di negara tersebut. Pengalaman global menunjukkan sebagian besar reformasi terhadap jaminan kesehatan semesta telah dilaksanakan secara bertahap, dimulai dengan PNS, sektor formal dan kelompok miskin. Namun, cakupan sektor informal lebih sulit dijangkau dan berkembang lebih lama di kelompok penduduk menengah bawah yang dikategorikan berpenghasilan rendah. Transisi menuju jaminan kesehatan semesta sering terjadi lebih dari beberapa dekade seperti di Jepang (40 tahun), Korea (29 tahun), Thailand (20 tahun) dan China (dengan tujuan pencapaian UHC pada tahun 2020).

Perekonomian dan tenaga kerja Indonesia didominasi oleh sektor informal. Analisis Sakernas tahun 2012 menemukan bahwa sekitar 120 juta penduduk ada di usia kerja, tetapi hanya sekitar 95 persen (114 juta) yang memiliki status bekerja. Di antara mereka yang bekerja, sekitar 68 juta (atau sekitar 62 persen dari semua pekerja) bekerja di sektor informal. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa di antara pekerja informal: (i) 20 juta (28,3 persen) adalah pekerja keluarga yang tidak dibayar (contoh: bekerja di usaha kecil keluarga, tidak mendapatkan gaji namun sebagai imbalan mendapatkan makanan, pakaian, dan lain sebagainya); (ii) 35,6 juta (sekitar 31,5 persen) bekerja kurang dari 35 jam per minggu atau hampir pengangguran, (iii) 55,5 juta (49,2 persen) tidak lulus sekolah dasar, dan (iv) pendapatan rata-rata hanya Rp1,5 juta. Studi Bappenas terbaru (Bappenas, 2013) melaporkan sekitar 32,5 juta pekerja informal tidak akan ditanggung oleh skema jaminan kesehatan pada tahun 2014. Jumlah ini tidak termasuk anggota keluarga.

Dampak informalisasi pada Keikutsertaan dan Cakupan

Tingginya tingkat informalitas di negara ini menciptakan tantangan tambahan untuk pencapaian langsung dari jaminan kesehatan semesta. Dalam pelaksanaannya terdapat beberapa masalah. Salah satunya adalah kompleksitas tambahan dengan dimasukkannya sektor informal dalam skema berbasis iuran di mana banyak pekerja disektor informal yang memiliki penghasilan yang tidak stabil dan reguler, seperti petani yang harus menunggu panen untuk mendapatkan penghasilan. Kondisi ini menyebabkan terhambatnya proses pengumpulan iuran yang reguler dan berpotensi menyebabkan tingginya angka *drop-out*. Masalah lainnya adalah biaya administrasi. Pengumpulan iuran dari pekerja informal menjadi tantangan tersendiri dan membutuhkan banyak biaya. Biaya untuk mengumpulkan iuran dari sektor informal bahkan bisa mendekati atau melampaui pendapatan aktual dari iuran yang dikumpulkan. Suatu negara dapat (1) memperluas pembiayaan non iuran yang berasal dari pajak umum, mulai dari pembiayaan untuk kelompok miskin, sektor informal dan tentu saja kepada setiap penduduk lainnya, (2) memperluas skema iuran dari sektor formal ke sektor informal di mana seluruh penduduk harus membayar iuran (Tangcharoensathien et al., 2011). Tidak ada dikotomi tegas di antara kedua mekanisme pembiayaan tersebut. Namun ada pendekatan ketiga yang juga bisa diterapkan yaitu pembiayaan sistem pelayanan kesehatan yang berasal dari perpaduan antara iuran dan subsidi berbasis pajak (Kwon, 2011), yang semakin luas terjadi di negara-negara lain saat ini (Kutzin, Cashin dan Jakab, 2010; Langenbrunner dan Somanathan, 2011). Keputusan untuk menerapkan pembiayaan berdasarkan salah satu dari tiga pendekatan ini biasanya disesuaikan dengan kondisi negara dan dapat merefleksikan situasi politik, ekonomi, atau faktor budaya, atau campuran beberapa situasi tersebut. Pada saat suatu negara seperti Indonesia mendiskusikan pendekatan optimum yang harus dilakukan, isu awal yang harus dievaluasi adalah apakah pendekatan tersebut lebih *cost-effective* (dari perspektif administrasi) untuk membangun infrastruktur koleksi iuran atau apakah lebih baik untuk memberikan subsidi penuh juga kepada tenaga kerja disektor informal yang tidak masuk kelompok miskin.

Pilihan kebijakan untuk mengumpulkan iuran dari setidaknya sebagian sektor informal versus membiayai seluruh sektor informal dari pendapatan Pemerintah Pusat mengindikasikan masalah-masalah lainnya. Masalah yang pertama, pembayaran iuran yang bersumber dari pemerintah untuk semua pekerja informal secara potensial dapat menyebabkan lebih banyak lagi informalisasi (akan lebih banyak lagi perusahaan yang membuat status pekerjaannya menjadi pekerja informal untuk menghindari pembayaran asuransi kesehatan untuk pekerja tersebut) dan dalam jangka panjang merusak sistem berbasis iuran untuk pekerja formal. Kedua, menanggung sebagian sektor informal dibawah kebijakan penerima bantuan iuran akan memunculkan permasalahan keadilan. Hal ini disebabkan karena hanya dengan sedikit peningkatan iuran, pekerja informal yang

memiliki penghasilan didekat titik *cut-off* bantuan iuran akan membayar tarif iuran yang penuh dan begitu juga sebaliknya.

Masalah keadilan lain muncul ketika semua pekerja informal (termasuk yang berpenghasilan tinggi per tahunnya) dibiayai oleh pemerintah. Dalam kondisi tersebut, orang dengan kemampuan yang sama dalam membayar iuran akan diperlakukan beda. Bergantung kepada status kerja masing-masing pekerja (formal versus informal), mereka harus membayar iuran sedikitnya sebagian atau malah sepenuhnya iuran mereka akan disubsidi oleh Pemerintah.

Negara-negara seperti Filipina dan Vietnam telah menerapkan pendekatan iuran dan telah memperkenalkan banyak mekanisme untuk mencoba mengumpulkan iuran dari pekerja informal seperti subsidi iuran, pemberian informasi mengenai skema jaminan, mengajarkan cara bagaimana mendaftar, menjelaskan keuntungan yang didapatkan dan lain sebagainya, dan akhirnya cara untuk membuat pendaftaran menjadi lebih nyaman seperti pendaftaran melalui bank-bank dan toko-toko yang nyaman, telepon seluler serta menyesuaikan waktu jatuh tempo iuran. Namun, baik di Filipina dan Vietnam, intervensi-intervensi ini belum sepenuhnya berjalan dengan baik.

Namun, ini tidak berarti belum ada kemajuan dalam beberapa tahun terakhir. Setiap kali suatu negara mencoba memperkenalkan cara inovatif dan nyaman untuk mengatasi tantangan yang berkaitan dengan perluasan jaminan kesehatan sosial untuk sektor informal, hasilnya bisa terlihat. Korea Selatan kemungkinan besar telah menunjukkan keberhasilan pada saat negara tersebut mempertahankan sebagian besar skema iuran. Tidak hanya menggunakan satu program tapi negara tersebut juga memperkenalkan beberapa program berbeda dan inovatif untuk mengidentifikasi dan membawa skema iuran kedalam sektor informal. Korea Selatan juga mempunyai populasi yang relatif homogen dengan struktur Pemerintahan yang terpusat, pembangunan ekonomi yang pesat dan keseluruhan populasi yang lebih kecil, yang membantu percepatan proses pendaftaran bagi pekerja informal.

Negara lain seperti China dan Thailand sebagian besar atau sepenuhnya telah meninggalkan skema iuran dalam upaya mendukung pembiayaan pajak untuk membiayai kesehatan yang bertujuan untuk lebih mempercepat perluasan cakupan. Dalam setiap kasus, ada dimensi politik yang mempunyai peranan penting dalam merespon panggilan untuk meningkatkan pelayanan kepada peserta yang sudah terlayani. China menikmati perekonomian yang kuat dan berkembang yang menyediakan kapasitas fiskal. China juga ingin mengubah kebijakan makroekonomi ke model berbasis konsumsi yang lebih besar. Pertanggungjawaban asuransi oleh Pemerintah menyebabkan individu dan keluarga menghabiskan lebih banyak lagi tabungan mereka untuk pada barang-barang

konsumsi (Barnett dan Brooks, IMF, 2009). Di Thailand, keruntuhan ekonomi di akhir tahun 1990-an ditanggapi dengan kebijakan fiskal *countercyclical* di mana negara mengalami keruntuhan ekonomi namun pada saat yang sama negara mengeluarkan uang lebih banyak lagi untuk program jaminan sosial untuk meningkatkan perlindungan bagi tenaga kerja muda dan produktif.

Ketergantungan pada kontribusi iuran yang dibayarkan oleh individu dan keluarga bisa merefleksikan beberapa tujuan kebijakan dari Kementerian Keuangan dan Kesehatan. Namun pada akhirnya bisa saja tujuan kebijakan tersebut saling bertentangan. Cakupan populasi dan pengumpulan pendapatan adalah dua hal yang diinginkan dan menjadi tujuan kebijakan yang sama di kedua kementerian tersebut. Tapi dengan tingginya biaya identifikasi dan pengumpulan iuran maka keseluruhan pendapatan dari iuran tersebut akan berkurang bahkan lebih rendah dari biaya administrasi yang sudah dikeluarkan pemerintah. Terlebih apabila mekanisme pengumpulan pendapatan yang terpisah dikembangkan oleh program jaminan sosial. Dalam ketergantungannya pada mekanisme pengumpulan pajak yang sudah ada, Korea Selatan sebagian besar telah menghindari beban administrasi ini.

Namun banyak negara dalam tahun-tahun terakhir telah memilih sistem pengumpulan pendapatan terpisah yang baru (Kutzin, Cashin, and Jakab, 2010), atau tidak menjalankan dengan baik fungsi mekanisme pengumpulan pajak yang ada. Kedepannya, perluasan cakupan pekerja disektor informal bisa bergantung dengan baik kepada seberapa baik negara tersebut mengadopsi situasi lokal yang ada, menawarkan banyak variasi pendekatan-pendekatan yang inovatif, namun pada saat yang sama juga berhasil merampingkan proses pendaftaran dan pengumpulan iuran.

Selain itu, harus ada sistem pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi yang berfungsi dengan baik dan dipersepsikan sebagai suatu nilai oleh pekerja dan keluarganya. Pada akhirnya, kemungkinan diperlukan program pemasaran sosial untuk meningkatkan pemahaman mengenai konsep jaminan kesehatan sosial diantara para pekerja disektor informal dan bagaimana jaminan tersebut akan memberi manfaat kepada mereka. Tanpa pengetahuan yang cukup mengenai pentingnya membayar kontribusi dan manfaat yang didapatkan dengan menjadi peserta, upaya ekspansi cenderung gagal.

Bantuan Keuangan untuk Kelompok Miskin dan Rentan

Pemerintah Indonesia memutuskan untuk memberikan bantuan iuran kepada kelompok miskin dan rentan. Populasi lainnya termasuk individu dalam sektor informal harus membayar iuran mereka sendiri. Kebijakan yang disebutkan dalam Peraturan Presiden mengenai Jaminan Kesehatan (PP No. 12/2013), menyebutkan bahwa “iuran dari pekerja disektor informal tidak dicakup oleh Pemerintah”.



Dikeluarkannya sektor informal dari bantuan iuran pemerintah menyebabkan kompleksitas yang tidak terselesaikan yang berkaitan dengan upaya untuk mengumpulkan iuran dari sektor informal, seperti kemungkinan inefisiensi dan biaya-biaya administrasi. Banyak pertanyaan timbul dari keputusan ini: Apa implikasi bagi jaminan sosial bidang kesehatan terhadap sektor ini? Apa yang akan terjadi jika pekerja di sektor informal tidak dapat membayar iuran secara reguler: apakah ada penalti bagi mereka yang tidak ikut serta? Atau apakah mereka akan dikenakan biaya dalam mengakses pelayanan kesehatan?



6

.....

Kesiapan Sisi Suplai

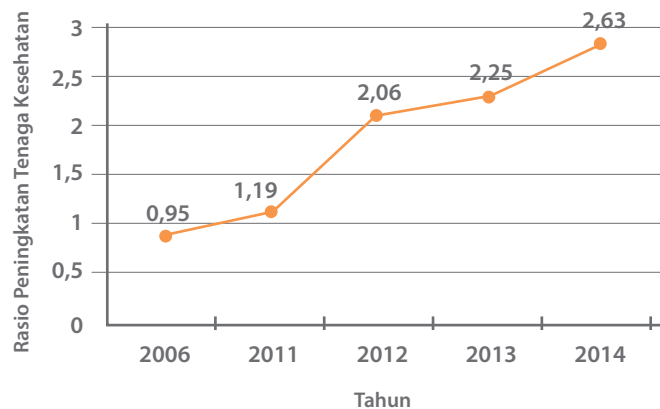


KONDISI SUPLAI SAAT INI

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mengembangkan kerangka kerja konseptual dari enam sistem “blok bangunan” kesehatan untuk memberikan penilaian terhadap pelayanan kesehatan dan kesiapan sisi suplai dari empat sub-dimensi: ketersediaan pelayanan kesehatan umum, kesiapan pelayanan kesehatan umum, ketersediaan pelayanan kesehatan spesifik, dan kesiapan pelayanan kesehatan spesifik. Tujuan Indonesia untuk mencapai jaminan kesehatan semesta pada tahun 2019 melalui program JKN akan membutuhkan fasilitas kesehatan yang sesuai dengan perkembangan saat ini untuk memastikan bahwa semua orang Indonesia dapat menggunakan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif yang mereka butuhkan dan juga ada kualitas yang cukup untuk menjadikan pelayanan tersebut efektif. Pada saat yang sama, harus dipastikan juga bahwa penggunaan pelayanan tersebut tidak menyebabkan pasien mengalami kesulitan keuangan. Pelayanan kesehatan dan kesiapan sisi suplai adalah elemen sistem kesehatan yang mendasar dan penting yang pada akhirnya bertujuan untuk meningkatkan keluaran kesehatan dan mendukung pengembangan kualitas sumberdaya manusia yang merupakan pendorong utama pertumbuhan ekonomi.

Pelayanan kesehatan dan kesiapan sisi suplai di Indonesia telah mengalami kemajuan yang signifikan selama dekade terakhir. Indonesia telah mencapai peningkatan yang nyata dalam rasio tenaga kesehatan untuk keseluruhan populasi (**Gambar 12**), secara cepat meningkatkan jumlah keseluruhan tenaga kesehatan dan melampaui jumlah minimum yang disarankan oleh WHO. Sebagian besar peningkatan datang dari sektor swasta, khususnya melalui investasi di sekolah kedokteran. Dari 72 sekolah kedokteran, sekitar 60 persennya adalah sekolah swasta.

Gambar 12. Rasio Peningkatan Tenaga Kesehatan terhadap Populasi



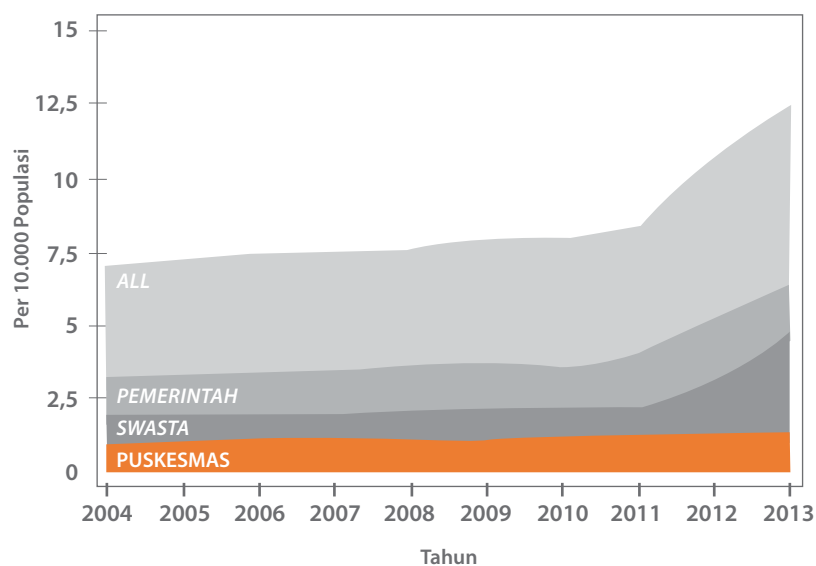
Sumber: BPPSDM 2014

Selain tenaga kesehatan, jumlah Rumah Sakit pun telah meningkat hampir dua kali lipat: dari 1.246 RS ditahun 2004 menjadi sekitar 2.228 RS ditahun 2013 dengan lebih dari

setengahnya menjadi RS swasta sekarang (profit & non profit). Jumlah Puskesmas juga meningkat dari 7.550 Puskesmas ditahun 2004 menjadi 9.654 Puskesmas ditahun 2013.

Tingkat utilisasi tempat tidur rawat inap per kapita telah meningkat dari angka 7,0 ke 12,6 per 10.000 populasi (**Gambar 13**). Tingkat utilisasi rawat jalan dan rawat inap telah meningkat secara terus menerus terutama diantara 40 persen populasi terbawah, dan angkanya meningkat di fasilitas swasta. Kesiapan pelayanan umum di fasilitas kesehatan telah menunjukkan kemajuan, di mana sekarang lebih dari 90 persen Puskesmas mempunyai listrik, kamar khusus untuk konsultasi pasien, timbangan dewasa, stetoskop, alat tensi darah, jarum suntik standar sekali pakai/*auto-disable*, cairan rehidrasi oral dan paracetamol. Ketersediaan pelayanan kesehatan spesifik juga telah meningkat, karena hampir diseluruh Puskesmas, 65 persen klinik swasta dan sekitar 60 persen Posyandu menyediakan pelayanan antenatal. Sekitar 74 persen Puskesmas menyediakan pelayanan keluarga berencana, 86 persen menyediakan layanan imunisasi, 66 persen menyediakan pelayanan preventif dan kuratif anak, 76 persen menyediakan pelayanan penanganan untuk penyakit diabetes, 73 persen untuk penanganan penyakit pernafasan kronik dan sekitar 80 persen untuk penyakit kardiovaskular.

Gambar 13. Tempat Tidur Rawat Inap per Kapita, tahun 2004-2013



Sumber: Kemenkes

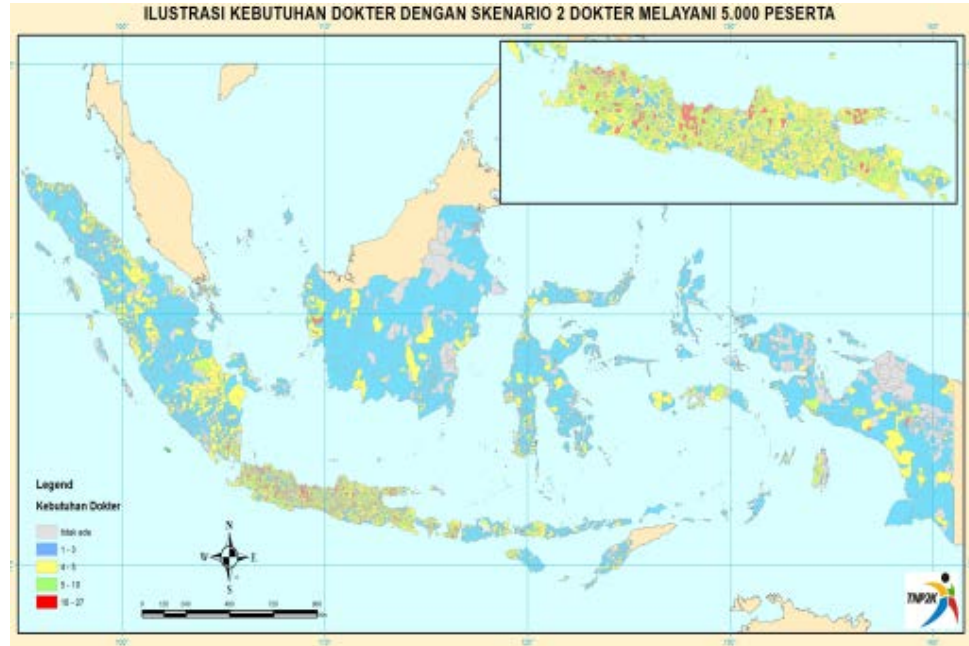
TANTANGAN SISI SUPLAI

Meskipun pelayanan kesehatan dan kesiapan sisi suplai di Indonesia telah mengalami kemajuan yang signifikan selama dekade terakhir, namun masih terdapat tantangan utama yang harus dihadapi terutama sejak diluncurkannya program JKN pada awal tahun 2014 yang menyebabkan terjadinya kenaikan permintaan pelayanan kesehatan.

JKN yang kepesertaannya bersifat wajib akan membuka peluang bagi individu terutama yang belum terproteksi dalam jaminan kesehatan, untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Estimasi kenaikan jumlah permintaan pelayanan kesehatan harus diimbangi dengan ketersediaan pelayanan kesehatan yang mencukupi.

Secara nasional ketersediaan sejumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi dibanding kebutuhannya dan telah melampaui angka minimum yang disarankan oleh WHO. Namun karena distribusinya yang tidak merata dan adanya kenaikan permintaan pelayanan kesehatan setelah diluncurkannya program JKN, maka cukup banyak fasilitas kesehatan yang kekurangan tenaga kesehatan. Berdasar pada kondisi tersebut, TNP2K membantu Kemenkes dalam membuat skenario sebaran ketersediaan dokter umum di tingkat Kabupaten/Kota. Dengan menggunakan asumsi dua dokter melayani sekitar 5.000 peserta JKN, terlihat adanya ketimpangan sebaran ketersediaan dokter umum di tingkat Kabupaten/Kota. Selain itu, diketahui pula bahwa tenaga dokter umum masih terkonsentrasi di pulau-pulau padat penduduk seperti pulau Jawa, Bali, dan Sumatera. Gambaran sebaran kebutuhan dokter dengan skenario dua dokter melayani 5.000 peserta digambarkan dalam gambar dibawah ini (**Gambar 14**).

Gambar 14. Ilustrasi kebutuhan Dokter dengan Skenario 2 Dokter Melayani 5.000 Peserta

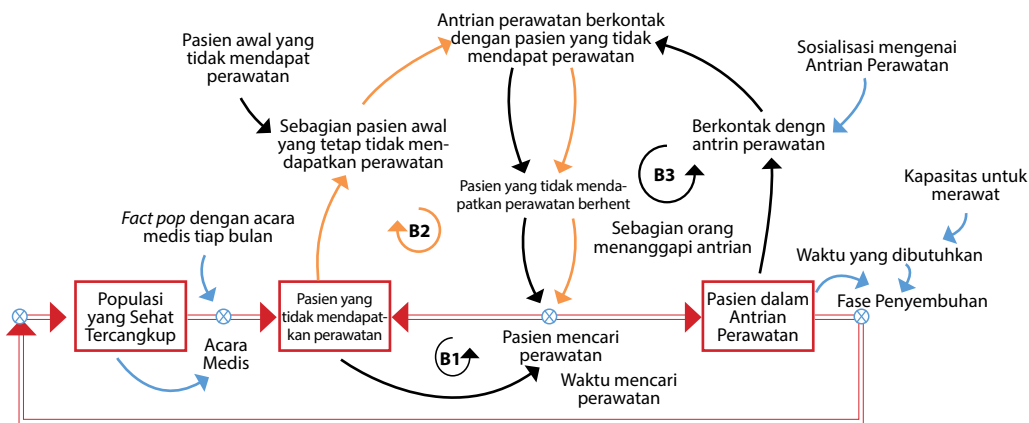


Sumber: Kemenkes

Selain itu, TNP2K juga melakukan estimasi kesiapan sisi suplai di tingkat nasional (TNP2K, 2013) dengan menggunakan *Dynamic Modelling* (**Gambar 15**) dengan tujuan mengungkap besaran kekurangan jumlah tenaga kesehatan secara nasional. Dengan

menggunakan model seperti gambar dibawah ini, hasil perhitungan di tingkat nasional menggunakan simulasi lima program Jaminan kesehatan (eks peserta Askes PNS, eks peserta Jamkesmas, eks peserta Jamsostek, eks peserta TNI, dan eks peserta Polri) menunjukkan kekurangan dokter secara nasional diestimasi mencapai 21.930 dokter, kekurangan perawat sebanyak 54.560 perawat, serta kekurangan tempat tidur sebanyak 32.820 tempat tidur di tahun 2014. Perhitungan ini masih harus dilanjutkan pada tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota untuk mengakomodir beberapa faktor inti yang berperan dalam model seperti faktor geografis, kepadatan penduduk, budaya, pola pencarian pelayanan kesehatan, sosio-ekonomi, demografi, dan faktor sosial lainnya.

Gambar 15. System Dynamic Modelling yang digunakan dalam Estimasi Kesiapan Suplai



Sumber: Estimating the Gap between Demand for Medical Care and Treatment Capacity, TNP2K, 2013

Rasio pemanfaatan tempat tidur sebesar 12,6 per 10.000 penduduk masih jauh di bawah norma/rekomendasi WHO yaitu 25 per 10.000, dan kurangnya distribusi juga menjadi masalah yang signifikan, dengan perbedaan empat kali lipat rasio kepadatan tempat tidur antar provinsi.

ANTRIAN PELAYANAN PASIEN DI RUMAH SAKIT DI JAKARTA

Kajian TNP2K yang dilakukan pada bulan Juni (2014) menunjukkan setelah diberlakukannya JKN pada awal tahun 2014 terdapat antrian pasien rawat jalan yang sangat panjang dan melelahkan di beberapa RS di Jabodetabek (**Gambar 16**). Banyak pasien yang mengeluh dan kecewa karena waktu tunggu yang sangat lama untuk akses ke rawat jalan tingkat lanjut (RJTL). Antrian pasien rawat inap juga sudah terlihat untuk jenis layanan tertentu, seperti penyakit jantung, kanker, ICU, dan PICU/NICU untuk bayi baru lahir.

Ketersediaan dan distribusi jumlah dokter (umum dan spesialis) serta tenaga kesehatan lain merupakan isu penting yang harus segera diselesaikan.

Penumpukan pasien juga terjadi akibat tingginya jumlah surat rujukan yang dikeluarkan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). TNP2K juga menemukan bahwa sekali pasien mendapat rujukan, seterusnya harus dirujuk dan berobat di rumah sakit tersebut, apapun penyakitnya. Jadi apabila pasien pergi ke puskesmas, pasien langsung meminta rujukan. Skema rujuk balik belum terlaksana dengan baik, dan uji coba untuk prosedur rujuk balik perlu dilaksanakan dengan segera. Kondisi ini tentu tidak dapat dibiarkan, dan harus dicarikan jalan keluar oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah agar hak peserta dapat terpenuhi.

Gambar 16. Antrian pasien di salah satu Rumah Sakit di Jakarta



Sumber: TNP2K, 2014

Terkait dengan akses menuju fasilitas kesehatan, meskipun rata-rata jarak tempuh ke fasilitas kesehatan di Indonesia hanya lima kilometer, di provinsi-provinsi seperti Papua Barat, Papua, dan Maluku jarak tempuh rata-rata jauh lebih tinggi lagi, lebih dari 30 km. Lebih dari 18 persen penduduk Indonesia menghabiskan lebih dari satu jam untuk mencapai Rumah Sakit Umum (menggunakan berbagai sarana transportasi). Lebih dari 40 persen orang-orang di Sulawesi Barat, Maluku, dan Kalimantan Barat menghadapi hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Berbeda dengan Rumah Sakit, Puskesmas lebih mudah diakses, karena hanya 2,4 persen dari total populasi di Indonesia menghabiskan lebih dari satu jam untuk mencapai puskesmas. Dari angka tersebut, penduduk yang menghadapi masalah waktu tempuh tersebut ada di provinsi Papua (27,9 persen), Nusa Tenggara Timur (10,9 persen), dan Kalimantan Barat (10,9 persen).

Tingkat utilisasi masih tetap sangat rendah dibandingkan dengan standar global dan masih ada kesenjangan besar antar provinsi: tingkat utilisasi rawat inap di Indonesia sebesar 1,9 persen yang berarti kurang dari seperlima dari taraf yang diusulkan WHO yaitu 10 pemanfaatan per 100 penduduk, dan ada perbedaan lima kali lipat antar provinsi.

Kajian yang dilakukan oleh TNP2K (2011) terhadap eks peserta Askes PNS, eks peserta Jamkesmas, eks peserta Jamsostek dan eks peserta Jamkesda mengungkapkan adanya kesenjangan tingkat utilisasi rawat jalan di RS antar segmen populasi, di mana tingkat utilisasi eks peserta Askes 6–10 kali lebih tinggi daripada tingkat utilisasi peserta Jamkesmas. Hal ini disebabkan karena peserta Askes dan Jamsostek merupakan golongan masyarakat mampu yang tinggal di daerah perkotaan sedangkan peserta Jamkesmas adalah masyarakat miskin yang kebanyakan tinggal di pedesaan dan daerah terpencil. Peserta Askes dan Jamsostek memiliki akses yang jauh lebih baik ke fasilitas kesehatan dibanding peserta Jamkesmas karena ditunjang sarana transportasi yang memadai. Berbeda dengan peserta Jamkesmas, di mana jauhnya fasilitas kesehatan dan mahal biaya transportasi menjadi kendala tersendiri.

Kesiapan pelayanan umum di Puskesmas masih rendah di banyak dimensi dan ada variasi yang luas antar provinsi, dengan skor yang lebih rendah terutama di beberapa provinsi di bagian timur seperti Papua, Maluku, Papua Barat, Sulawesi Barat, dan Maluku. Akses Puskesmas ke sistem rujukan (baik antar Puskesmas, maupun dari Puskesmas ke fasilitas kesehatan lanjutan) masih rendah. Begitu pula dengan sistem pembuangan limbah dan penyediaan peralatan medis. Hanya 34 persen dari total Puskesmas yang memiliki pembuangan limbah benda tajam; kurang dari setengahnya memiliki penyimpanan limbah infeksius, hanya setengahnya yang mampu melakukan tes urine untuk kehamilan, tes *dipstick urine* untuk protein, dan tes *dipstick urine* untuk glukosa, hanya sekitar setengahnya memiliki kemampuan untuk melakukan tes diagnostik malaria atau tes glukosa darah, dan kurang dari seperempatnya mempunyai stok suntikan gentamisin atau suntikan serbuk ampisilin.

Masih banyak juga tantangan terkait dengan ketersediaan dan kesiapan pelayanan kesehatan spesifik di Puskesmas seperti pelayanan keluarga berencana, pelayanan antenatal, pelayanan kebidanan dasar, imunisasi rutin anak, malaria, TBC, diabetes, operasi dasar, transfusi darah, dan operasi yang komprehensif (untuk Puskesmas-puskesmas tertentu di mana akses ke RS sangat jauh). Mengingat bahwa penyakit tidak menular sekarang 60 persen dari beban penyakit keseluruhan, hanya 54 persen dari total Puskesmas melaporkan kemampuan untuk menguji glukosa darah yang merupakan aspek terpenting dalam manajemen diabetes, dan hanya 47 persen melaporkan kemampuan untuk melakukan tes urin. Dari seluruh puskesmas yang ada di provinsi seperti Gorontalo, Papua, Papua Barat, Sulawesi Tenggara, Maluku, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Timur, dan Papua Barat, kurang dari 25 persennya melaporkan kapasitas untuk melakukan tes glukosa darah dan tes urin.

Indonesia juga menghadapi kekurangan darah masif. Terkait dengan penyakit tuberkulosis (TB), yang merupakan 9,5 persen dari kematian (IHME), ada kekurangan yang sangat parah pada ketersediaan obat Kombinasi Dosis Tetap (KDT), terutama di provinsi-provinsi

dengan penderita TB yang tinggi. Sedangkan dari seluruh Puskesmas di wilayah Jawa dan Bali, lebih dari 90 persennya melaporkan ketersediaan tes hemoglobin. Dan dari seluruh Puskesmas di beberapa provinsi seperti Sulawesi Utara, Maluku, dan Papua, kurang dari 60 persennya mampu mendiagnosa anemia dengan tes darah ini. Ketersediaan tes urine bahkan lebih terbatas: hanya 43 persen dari Puskesmas non-PONED dan 66 persen dari Puskesmas PONED memiliki kapasitas tes ini di provinsi-provinsi tersebut. Terdapat banyak kekurangan dalam perawatan kebidanan dasar, misalnya, ketersediaan peralatan untuk perawatan obstetrik dasar masih kurang di Provinsi-provinsi Timur Indonesia. Di antara beberapa provinsi dengan Angka Kematian Ibu (AKI) tertinggi, misalnya di Provinsi Papua, Papua Barat, dan Maluku Utara, ketersediaan peralatan untuk perawatan kebidanan dasar seperti akses ke transportasi darurat (77 persen, 64 persen, dan 55 persen Puskesmas, secara berurutan), ketersediaan pengestrak vakum manual (empat persen, lima persen, dan 23 persen), dan Dopplers (sembilan persen, 11 persen, dan 27 persen) sangat kurang.

Untuk perawatan anak, misalnya, kurang dari 50 persen Puskesmas secara rata-rata memiliki kemampuan untuk melakukan tes feses (24 persen), merawat timbangan anak dengan baik (36 persen), memiliki setidaknya satu staf yang terlatih dalam manajemen terpadu balita sakit (MTBS) di dua tahun pertama (43 persen), dan menyediakan tes hemoglobin (44 persen). Ditemukan kurangnya ketersediaan pelatihan MTBS (43 persen) atau pemantauan pertumbuhan (57 persen) dengan gambaran masing-masing provinsi yang lebih rendah. Kesiapan layanan untuk imunisasi rutin anak sangat kurang di Puskesmas di provinsi seperti Papua, Papua Barat, dan Maluku. Provinsi-provinsi ini juga memiliki tingkat imunisasi terendah seperti yang disebutkan sebelumnya. Kurang dari 80 persen Puskesmas di ketiga provinsi tersebut melaporkan ketersediaan vaksin campak, DPT, polio, dan BCG. Kesiapan pelayanan untuk imunisasi rutin juga sangat kurang di klinik swasta, hanya sekitar 25 persen dari fasilitas swasta yang ada. Kurang dari 10 persen fasilitas yang berada di Provinsi-provinsi Timur tersebut melaporkan ketersediaan vaksin campak, DPT, polio, dan BCG. Ketersediaan obat-obatan antimalaria hanya ada di 62 persen Puskesmas dan tes darah malaria hanya tersedia di 71 persen Puskesmas di 10 provinsi dengan tingkat prevalensi tertinggi. Terdapat perbedaan yang besar dalam hal kemampuan diagnosis malaria di sepuluh provinsi yang dinilai: nilai yang tertinggi (90 persen keatas) ada di propinsi Bangka Belitung (96 persen) dan Sulawesi Tengah (93 persen), sementara yang terendah (51 persen) ada di propinsi Papua.

PERAN SEKTOR SWASTA

Sektor swasta tumbuh dengan pesat. Namun, tidak ada kebijakan yang jelas mengenai peran sektor swasta. Bahkan terlalu sedikit yang mengetahui hal tersebut. Sementara sektor swasta berkembang pesat di sisi suplai, pengawasan pemerintah kepada sektor swasta masih kurang dan sangat sedikit informasi yang ada mengenai jumlah dan distribusinya serta cakupan dan kualitas dari pelayanan mereka.

Sektor swasta dapat menjadi salah satu pilihan untuk menyediakan sistem pelayanan kesehatan yang lebih cepat dan lebih responsif bagi negara. Pemerintah harus segera mencari cara untuk mempromosikan sistem pemberian pelayanan kesehatan yang harmonis antara publik dan swasta. Pemerintah juga harus mempertimbangkan cara untuk lebih fokus pada pembiayaan sisi permintaan, dan mendorong sektor swasta dan non-profit untuk mengembangkan sisi suplai. Pilihan yang radikal yaitu dengan memberhentikan dan membekukan alokasi modal untuk fasilitas publik yang baru sampai master plan pengorganisasian sisi suplai dikembangkan.

Secara global, ada pengaturan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) di mana pemerintah menyediakan kredit dari pajak, subsidi, dan bahkan menunjuk mitra swasta untuk mendanai pembangunan fasilitas kesehatan dan terkadang sektor swasta juga mengoperasikan fasilitas kesehatan tersebut. Bentuk KPS bermacam-macam, dari yang berupa (1) inisiatif pembiayaan swasta (*Private Finance Initiatives/PFI*) yang digemari di beberapa negara maju seperti Inggris lebih dari satu dekade yang lalu. Dalam kerjasama ini, perusahaan swasta membiayai dan membangun sebuah rumah sakit yang beroperasi untuk sektor publik dengan mempekerjakan PNS. Dalam sistem ini, pemerintah membayar biaya sewa gedung kepada pihak swasta per tahunnya; sampai dengan yang berbentuk (2) pengaturan di mana sektor swasta membangun dan mengoperasikan rumah sakit pemerintah dengan mempekerjakan stafnya sendiri selama periode waktu yang panjang, misalnya 30 tahun. Dalam kurun waktu tersebut pemerintah membayar semua biaya pelayanan kesehatan baik rawat inap dan rawat jalan kepada sektor swasta sesuai dengan utilitasnya per tahun. Di hampir semua bentuk KPS, rumah sakit yang dibangun menjadi milik pemerintah dan dinamakan rumah sakit pemerintah. Pemerintah juga mengatur kontrak usaha untuk memastikan diberlakukannya tarif yang sama untuk pasien umum dan memastikan pengeluaran yang sama (yang dianggarkan pemerintah untuk membangun rumah sakit umum lainnya) untuk rumah sakit yang dibangun oleh sektor swasta. Pemerintah menggunakan PFI untuk mengumpulkan uang *off budget* yaitu, diluar neraca keuangan publik dan tidak terlihat dalam persyaratan pinjaman di sektor publik.

Pada saat suatu negara bergerak menuju pendekatan dan skema jaminan kesehatan semesta yang bertujuan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada seluruh penduduk, konsumen semakin menginginkan pelayanan kesehatan yang menyesuaikan dengan kepentingan dan persepsi mereka. Hal ini terjadi tidak hanya di negara maju tetapi juga di negara berpenghasilan menengah (Brazil, Chili, Meksiko, Afrika Selatan, Thailand) dan bahkan dinegara berpenghasilan rendah (Ghana, Ruanda, Kyrgyzstan).

Sebagian besar dari keberhasilan memodernisasi intervensi pelayanan kesehatan bergantung kepada kapasitas untuk berinovasi dalam melayani kebutuhan kesehatan. Selain itu, keberhasilan memodernisasi intervensi juga bergantung kepada bagaimana



rumah sakit/klinik mengintegrasikan inovasi yang fungsional kedalam desain dan tata letak ruangan dirumah sakit/klinik tersebut. Misalnya dalam melakukan prosedur operasi, inovasi yang dilakukan harus mempertimbangkan kapasitas dan desain serta tata letak ruangan rumah sakit untuk menunjang pelaksanaan inovasi tersebut.

Setiap penggunaan mekanisme inovatif di Indonesia perlu diatur dalam konteks negara ini. Sistem kesehatan Indonesia secara substansial telah berbaur (Indonesia telah memiliki sektor kesehatan swasta utama yang terorganisir secara mandiri). Sebagai hasilnya, penggunaan mekanisme KPS dapat menjadi satu keuntungan di Indonesia.

Sebaliknya, apabila pengawasan pemerintah lemah terhadap lembaga lain (selain sektor publik) yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum, maka hal ini akan menjadi lebih problematis. Pemerintah mempunyai kewajiban untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, namun karena kurangnya pengawasan terhadap sektor swasta yang mengoperasikan rumah sakit umum maka masyarakat miskin tidak bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang seharusnya dirumah sakit tersebut. Untuk alasan ini penerapan mekanisme KPS di Indonesia akan memerlukan keseimbangan elemen-elemen regulasi, pemantauan dan pengawasan yang didesain secara hati-hati.

Namun demikian, pengambil kebijakan dalam bidang kesehatan di Indonesia dapat mempertimbangkan hal ini sebagai ujicoba dan dimulai dengan:

- Mengidentifikasi area geografis di mana pelaksanaan ujicoba dapat dilaksanakan;
- Mengkaji model yang disukai untuk dikembangkan oleh organisasi pemberi pelayanan kesehatan;
- Memilih skema kepemimpinan dan manajemen untuk menjalankan hal tersebut;
- Mengindikasikan syarat dan kondisi waktu di mana uji coba akan diselenggarakan;
- Mengemukakan kemungkinan adanya masalah-masalah yang relevan untuk didiskusikan

Pada akhirnya, sistem kesehatan Indonesia dan peralatan untuk menunjang pelayanan kesehatan akan tetap sangat rentan terhadap semua jenis bencana alam, mengingat lokasi negara yang berada di Pasific “*Ring of Fire*” dan sebagai akibat dari perubahan iklim yang semakin meningkat baik frekuensi dan intensitas bencananya.

6.4 Rekomendasi dan Langkah Selanjutnya

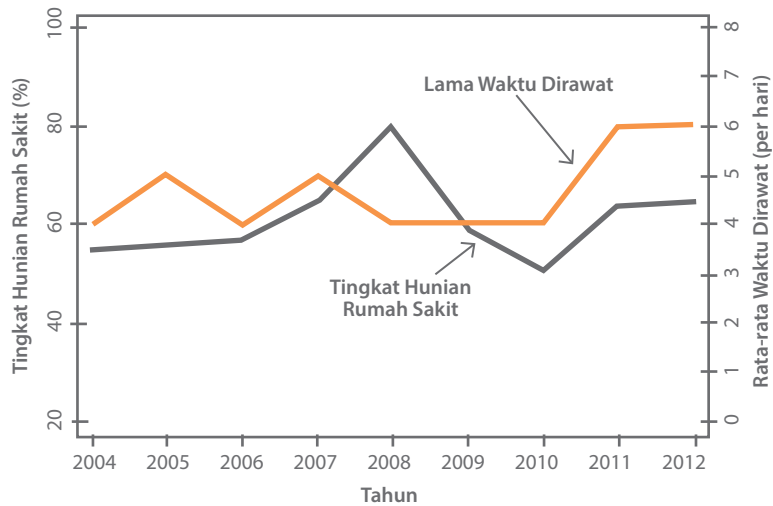
Tiga area utama yang menjadi fokus adalah:

- Produksi – memastikan ada jumlah yang cukup untuk memenuhi tuntutan jaminan kesehatan semesta;
- Distribusi – memastikan ketersediaan layanan di daerah terpencil dan pedesaan; dan
- Peningkatan kualitas dan kinerja tenaga kesehatan dengan memastikan sekolah yang memenuhi standar Pemerintah dan melaksanakan pelatihan kompetensi rutin.

Tantangan dalam memastikan ketersediaan layanan di daerah terpencil dan rural sangat penting untuk mencapai kunci keluaran kesehatan dan hal ini perlu menjadi fokus utama. Mengidentifikasi dan meletakkan insentif pada tempatnya merupakan faktor kunci. Peningkatan gaji juga penting, namun faktor lain seperti akses untuk mengirim tenaga kesehatan ke jenjang pendidikan pasca sarjana dan rotasi formal juga mempunyai peranan.

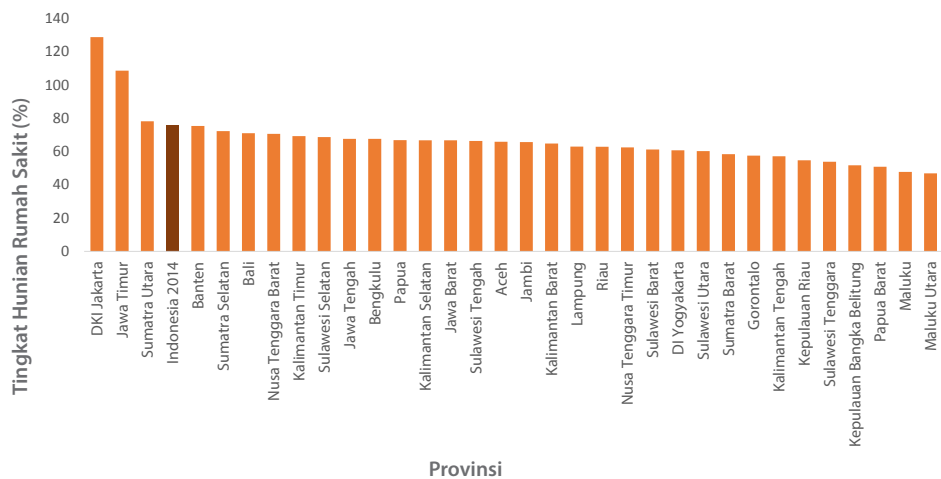
Angka *bed occupancy rate* (BOR) atau tingkat hunian RS di Indonesia sebesar 65 persen (**Gambar 17**). Angka ini lebih rendah dibandingkan dengan angka rata-rata dinegara OECD (78 persen). Hal ini menunjukkan bahwa ada kapasitas untuk menyerap peningkatan demand. Rendahnya angka rata-rata nasional menutupi kenyataan banyaknya antrian di banyak rumah sakit di daerah perkotaan seperti Jakarta. Secara keseluruhan, tidak meratanya distribusi akan menciptakan masalah dalam memahami indikator nasional.

Gambar 17. Tingkat Hunian RS (BOR) dan Rata-rata Lamanya Tinggal Tahun 2004-2012



Tingkat hunian RS bervariasi antar provinsi (Gambar 18). Jakarta mempunyai angka tertinggi sebesar 128 persen, diikuti oleh Jawa Timur, Sumatera Utara, Banten dan Sulawesi Selatan sebesar lebih dari 70 persen. Angka BOR provinsi (21 provinsi) lebih rendah dari angka rata-rata Indonesia ditahun 2014. Rendahnya BOR Rumah Sakit (dibawah 60 persen) diobservasi di 9 provinsi, seperti: Sumatera Barat, Gorontalo, Kalimantan Tengah, Kepulauan Riau, Sulawesi Tenggara, Bangka Belitung, Papua Barat, Maluku dan Maluku Utara.

Gambar 18. Tingkat Hunian RS (BOR) di Indonesia, 2014



Sumber: Online Indonesian Hospital Database; http://rsonline/report/proyeksi_bor.php (access on 9 Feb 2014)

Apa yang bisa diinformasikan dari tingkat hunian RS? BOR Rumah Sakit mencerminkan popularitas rumah sakit pada layanan rawat inap. Dengan demikian, tingkat hunian berkorelasi dengan jenis fasilitas yang tersedia di rumah sakit. Umumnya, dengan

jumlah tempat tidur yang lebih banyak, semakin besar jumlah dan tipe spesialisasi dokter. Rasio hunian, dan utilisasi rumah sakit berkorelasi dengan fasilitas medis yang tersedia di rumah sakit tersebut. Jakarta mempunyai angka BOR yang tertinggi; sebagian besar rumah sakit di Jakarta juga mempunyai peralatan yang lebih lengkap dibandingkan di provinsi lain. Tingginya BOR juga terlihat di Provinsi Kalimantan Timur dan Sumatera Selatan.

Sangat penting juga untuk tidak membangun rumah sakit dan tempat tidur secara berlebihan. Secara internasional, praktik kedokteran telah berubah secara signifikan dalam dua dekade terakhir dengan perubahan besar dalam pelayanan rawat jalan dan penggunaan teknologi baru. Perubahan ini memiliki implikasi terhadap bentuk dan ukuran sektor rumah sakit dan dapat mendorong dan membentuk pengeluaran yang merugikan anggaran pelayanan kesehatan primer.

Peran BPJS dalam mengendalikan perilaku kesehatan sekunder dan pengeluarannya akan sangat penting. Beberapa penelitian BPJS baru-baru ini di Jawa Timur menunjukkan lebih dari 60 persen dari total penerimaan pasien di rumah sakit dapat diobati pada tingkat rawat jalan.

Kemenkes atau level organisasi yang lebih tinggi (misalnya TNP2K) harus terlibat dalam perencanaan pembentukan sisi suplai. BPJS harus bekerja dengan Kemenkes dan Badan Litbangkes dan organisasi pemerintah lainnya untuk menyetujui cara terbaik menggunakan data yang muncul dari mekanisme pembayaran, untuk meningkatkan pengetahuan tentang apa yang terjadi baik di sektor rumah sakit publik dan swasta.

DALAM JANGKA PENDEK, pemerintah dapat memperbarui model sistem dinamis suplai dan demand yang dikembangkan oleh TNP2K untuk layanan dibawah program JKN yang baru. Model ini telah menunjukkan prediktabilitas dan presisi pada awal tahun 2014 dengan munculnya program jaminan kesehatan semesta. Model ini sekarang dapat diperbarui dengan data klaim aktual dari BPJS, menggunakan (misalnya) data 6-9 bulan pertama pengalaman nasional. Saat ini TNP2K sedang mengembangkan model tersebut untuk mengestimasi kebutuhan sisi suplai berdasarkan provinsi.

JANGKA MENENGAH, pemerintah harus mempertimbangkan beberapa target untuk pemberian pelayanan kesehatan selama tahun 2015–2019. Indikatornya sebagian besar berdasarkan rekomendasi WHO yang secara kontekstual sesuai untuk Indonesia dan target yang diusulkan berdasarkan kepada perbaikan nilai-nilai dasar yang sesuai dengan rencana pencapaian jaminan kesehatan semesta di tahun 2019.

Tabel 12. Target-target yang direkomendasikan untuk “Building Block” Pelayanan Kesehatan dibawah RPJMN tahun 2015-2019

INDIKATOR	BASELINE	TARGET 2019
Registrasi terpusat fasilitas kesehatan publik dan swasta	0	1
Penilaian kesiapan pelayanan baru fasilitas kesehatan publik dan swasta	0	1
Kepadatan tempat tidur rawat inap per 10.000 populasi	12.6	25
Pendaftaran rawat inap per 100 populasi	1.9	5.0
Rata-rata BOR	65 %	80 %
Kesiapan pelayanan umum Puskesmas	71 %	100 %
Kesiapan pelayanan spesifik Puskesmas untuk pelayanan kebidanan dasar	62 %	100 %
Kesiapan pelayanan spesifik Puskesmas untuk NCDs	77 %	100 %
Kesiapan pelayanan spesifik Rumah Sakit Umum untuk pelayanan PONEK	86 %	100 %

Sumber: Bappenas, RJPMPN papers, 2014

Sejumlah rekomendasi terhadap kebijakan utama untuk meningkatkan pelayanan dan kesiapan sisi suplai yang mendukung tujuan Indonesia dalam rangka meningkatkan keluaran kesehatan penduduknya dan mencapai jaminan kesehatan semesta pada tahun 2019 harus juga dikembangkan. Hal ini termasuk:

JANGKA PENDEK (1–2 TAHUN)

1. Menyusun informasi yang sistematis tentang jumlah dan distribusi fasilitas kesehatan swasta, dan melakukan penilaian independen dan reguler terhadap fasilitas swasta tersebut;
2. Menentukan dan mensosialisasikan perkiraan kebutuhan sisi suplai dalam hal fasilitas dan sumberdaya berdasarkan paket manfaat jaminan kesehatan nasional termasuk mekanisme tata kelola dan akuntabilitas yang terkait dengan hal tersebut, dan membangun organisasi baru yang secara reguler dan independen (diluar Kemenkes) untuk melakukan proses akreditasi baik untuk fasilitas publik maupun swasta.
3. Mempertahankan fokus yang jelas pada usaha preventif dan promotif, terutama dalam intervensi terhadap populasi dan kesehatan masyarakat;
4. Meningkatkan akuntabilitas melalui sistem monitoring dan evaluasi yang reguler dan mandiri yang dilakukan secara lebih baik lagi, serta menggunakan dan menghubungkan mekanisme insentif dan mekanisme pembayaran yang tepat dan efektif ke penyedia layanan (misalnya, model pembayaran kapitasi) untuk memastikan kesiapan pelayanan dan sisi suplai. Sistem monitoring harus memiliki fokus khusus pada kelompok miskin dalam hal akses dan kualitas;
5. Menunjuk Institusi yang bertugas untuk mengumpulkan data dari setiap fasilitas (publik maupun swasta) yang menilai performa, efisiensi, akses kepada masyarakat miskin dan kesesuaian dengan pedoman nasional



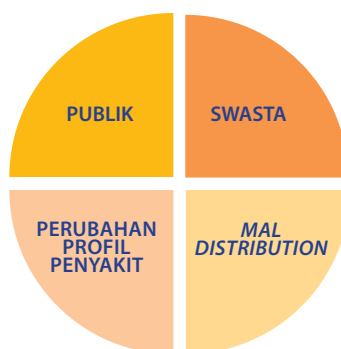
- dan mempublikasikan hasilnya kepada forum publik untuk mengungkap di mana dan kenapa ada kekurangan-kekurangan.
6. Secara sistematis dan reguler menilai dan meningkatkan dimensi lain dari pelayanan kesehatan, termasuk menilai kemampuan dan usaha-usaha yang telah dilakukan oleh penyedia layanan serta memastikan bahwa sumber daya dasar dalam fasilitas tidak hanya tersedia tetapi juga dipelihara dan dimanfaatkan dengan benar;
 7. Mengadaptasi sistem dan praktik dari program pemberdayaan masyarakat yang telah ada untuk mendorong pemerintah desa untuk berinvestasi dalam kebutuhan kesehatan prioritas dan mempertahankan pemerintahan desa yang bertanggung jawab dalam hal pengeluaran kesehatan;

JANGKA MENENGAH (3–4 TAHUN)

1. Mengembangkan dan menyelesaikan “*Master Plan*” pelayanan kesehatan yang menggabungkan dan menyelaraskan kedua sektor pemerintah dan swasta, dan

mengembangkan organisasi pelayanan kesehatan yang baru yang mencerminkan transisi epidemiologi baru untuk penyakit tidak menular, dan juga pertumbuhan sektor swasta (**Gambar 19**). Alokasi anggaran pemerintah untuk pembangunan fasilitas baru harus terikat dengan Master Plan. Pemerintah Daerah dan Provinsi harus menghindari pembangunan fasilitas baru di luar pendekatan *Master Plan*, dan lebih baik menggunakan dana lokal untuk cakupan dan layanan pasien serta aktivitas-aktivitas kesehatan masyarakat.

Gambar 19. Elemen-elemen dari *Master Plan* Pelayanan Kesehatan



Sumber: TNP2K, 2014

2. Meningkatkan pembiayaan sektor publik untuk kesehatan, dikombinasikan dengan target investasi yang lebih baik untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan kesiapan sisi suplai. Selain itu juga untuk menilai proses anggaran dan penyebaran dana untuk menilai konsistensinya dengan prioritas dan komitmen pemerintah disektor kesehatan. Upaya ini perlu dikaitkan dengan perubahan dalam hubungan antar level pemerintahan.



7

.....

Kebijakan
Kefarmasian dalam
Sistem Asuransi
Kesehatan Sosial

Sama seperti fasilitas kesehatan, ada perbedaan yang mencolok antara provinsi dan kabupaten dalam hal akses terhadap obat-obatan dan komoditas esensial, dengan adanya kekurangan di beberapa daerah namun terdapat kelebihan stok dan pemborosan yang signifikan pada daerah lainnya. Pada saat yang sama, proporsi anggaran kesehatan yang dihabiskan untuk farmasi dan teknologi kefarmasian setidaknya 35 persen dari total pengeluaran kesehatan di Indonesia, dan cenderung meningkat. Jumlah ini sangat tinggi dibandingkan dengan negara-negara OECD yang jumlah persentase total belanja farmasinya di bawah 20 persen. Hal ini menunjukkan penyalahgunaan, praktik pemberian resep yang lebih dari yang seharusnya dan kurangnya efisiensi dipasar kefarmasian.

Kerangka kebijakan untuk memastikan manajemen yang tepat dalam bidang obat-obatan dan teknologinya yang sesuai dengan konteks jaminan kesehatan semesta belum berkembang secara memadai. Oleh karena itu, kemungkinan akan ada banyak tantangan dalam akses kefarmasian dan teknologinya, peningkatan pengeluaran dan tidak adanya perbaikan dalam keluaran kesehatan dan masalah-masalah tersebut harus dibahas dan dicarikan jalan keluarnya.

Untuk mencapai keluaran kesehatan prioritas, seperti terpenuhinya target MDG, sangat penting untuk memastikan kohesi sektor farmasi kedalam sistem kesehatan. Semua aspek dalam sektor farmasi harus berfungsi secara efektif dan harus berjalan sesuai dengan target yang sama.

Penting untuk diingat bahwa model praktik kefarmasian yang baik untuk asuransi kesehatan sosial sudah ada di Indonesia, khususnya PT. ASKES yang sudah melakukan hal-hal berikut:

- Adanya sebuah formularium berdasarkan saran ilmiah yang independen;
- Prioritas yang dibuat terkait dengan ketersediaan anggaran;
- Protokol penulisan resep obat-obatan dengan harga tinggi;
- Persaingan untuk mendapatkan harga diskon untuk obat yang tercantum dalam daftar reimbursement tahunan;
- Publikasi daftar harga; dan
- Pembayaran kepada apoteker berdasarkan biaya tetap dan margin regresif daripada persentase mark-up.

Tapi, pengalaman awal pelaksanaan JKN menunjukkan adanya potensi risiko dalam kaitannya dengan pengeluaran farmasi (dan pemanfaatannya) selama masa transisi ke jaminan kesehatan semesta, khususnya pada saat melakukan *scaling up* pendekatan PT. ASKES untuk mengelola pengeluaran dan akses kefarmasian.

Ada beberapa langkah penting ke depan yang bangun beberapa tahun terakhir untuk implementasi JKN.

PERTAMA, formularium nasional telah disusun dan disahkan pada tahun 2013 dengan keputusan menteri. Formularium berisi daftar lengkap dari obat-obatan yang harus disediakan di fasilitas kesehatan, dan merupakan dasar untuk penggunaan obat-obat untuk sistem jaminan kesehatan nasional yang telah dimulai pada tahun 2014. Ini merupakan daftar produk dengan nama generik, kegunaan dan formulasi obat, namun tidak menspesifikasikan harga atau merek.

KEDUA, dikembangkannya e-katalog baru obat dan teknologinya. Ini merupakan daftar berbasis web yang menspesifikasikan produk, merek, dan menerbitkan harga sehingga dapat digunakan untuk pengadaan obat-obatan. Website dapat dilihat di <http://inaproc.lkpp.go.id/v3/public/ekatalog/ekatalog.htm>). Daftar ini didasarkan pada formularium Nasional (untuk obat-obatan), tetapi suplier dapat memilih untuk mengajukan tawaran agar produk mereka dapat masuk kedalam daftar tersebut (atau tidak). Jadi, tidak semua produk dalam formularium nasional masuk dalam e-katalog. Tidak jelas bagaimana seleksi perangkat/teknologi yang dilakukan agar suatu produk dapat masuk kedalam daftar tersebut meskipun proses penawaran masih berlaku.

Langkah Selanjutnya dan Rekomendasi

Beberapa area fokus diperlukan untuk pelaksanaan di beberapa tahun mendatang seperti diuraikan dibawah ini⁶. Hal ini termasuk:

1. Pemilihan Obat dan Teknologinya untuk dimasukkan dalam Paket Manfaat JKN

Mengelola paket manfaat untuk program JKN membutuhkan pendekatan yang transparan dan adil dalam memutuskan produk apa yang akan dijamin oleh program jaminan kesehatan ini. Saat ini, Formularium Obat Nasional dan Daftar Obat-obatan Esensial Nasional memberikan panduan untuk pengadaan sektor publik. Namun, daftar-daftar produk tersebut memasukkan item yang berbeda. Adanya daftar nasional yang berbeda, yang tidak harmonis atau hanya cukup berdasarkan bukti, akan menciptakan kebingungan, merusak kualitas paket manfaat dan membuang sumber daya. Daftar perlu diharmonisasikan, di samping pedoman pengobatan standar. Proses seleksi harus didasarkan lebih banyak bukti. Daftar ini harus terhubung dengan kebijakan penetapan harga yang komprehensif untuk proses pengadaan.

6. Section draws from Hill, S. and Santoso, B. Pharmaceutical Sector Review, June 2014, for Bappenas.

Telah diakui oleh banyak lembaga di Indonesia bahwa pendekatan yang paling tepat untuk masalah ini adalah dengan mengembangkan penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment/HTA*). Namun, kerangka kebijakan untuk melakukan HTA perlu dikembangkan dengan baik, dan kemampuan untuk melaksanakan HTA membutuhkan penguatan yang signifikan.

2. Pembiayaan dan Pemberian Harga Obat dan Teknologinya

Pengeluaran pemerintah untuk obat-obatan telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir (sedikitnya lebih dari US\$ 2 per kapita per tahun), dan kemungkinan akan lebih meningkat lagi sejalan dengan pelaksanaan jaminan kesehatan semesta. Hal ini berdasarkan pengalaman global.

Namun, belum ada kajian biaya yang dilakukan sejauh ini untuk mengantisipasi kebutuhan dana untuk pengadaan obat-obatan dan tidak ada data yang memadai untuk memperkirakan anggarannya. Oleh karena itu, ada kebutuhan mendesak terhadap sistem nasional yang berfungsi untuk memantau pengadaan, distribusi, konsumsi dan pengeluaran untuk obat-obatan dan teknologinya sehingga dapat direncanakan kebutuhan anggarannya. Pertumbuhan tahunan industri obat-obatan di Indonesia diperkirakan 10–14 persen. Pasar untuk obat-obatan yang diresepkan sekitar 56,3 persen dari total pasar obat-obatan, terdiri dari obat generik bermerek (67 persen), obat paten (25 persen) dan obat generik tidak bermerek (8 persen). Sampai saat ini, di bawah JKN, data dari sistem informasi dan manajemen swasta menunjukkan bahwa provider sadar harga dan melakukan pengadaan obat generik tidak bermerek lebih banyak dari obat generik bermerek. Hal ini menunjukkan kesadaran yang lebih terhadap harga.

Berdasarkan studi Bappenas, kebijakan pengendalian harga farmasi yang saat ini digunakan mungkin perlu ditinjau dan mengarah ke RJPMN baru. Bappenas menemukan bahwa kebijakan tersebut hanya ditujukan untuk sebagian kecil dari produk generik dan hanya mengendalikan harga eks-manufaktur. Untuk produk-produk ini, harganya mungkin terlalu rendah sehingga produsen tidak memiliki insentif untuk menghasilkan produk berkualitas serta penulis resep dan peracik obat tidak mempunyai pilihan khusus dalam menggunakan produk tersebut.

Sebuah keputusan kebijakan harus diambil dalam hal pengendalian pasar farmasi dan jika diputuskan untuk mengendalikan pasar farmasi maka harus menggunakan pendekatan yang komprehensif. Beberapa studi menargetkan obat generik bermerek diberi harga yang relatif tinggi berdasarkan referensi internasional untuk negara-negara lain, namun hasil perbandingan studi tersebut gagal memperhitungkan semua komponen harga yang terlibat, termasuk, misalnya,

nilai tambah atau pajak penjualan pada obat-obatan. Kebijakan sederhana yang tidak memperhitungkan seluruh rantai suplai harus dihindari.

Pada saat yang sama, penggunaan obat generik harus terus dipromosikan kepada para pemberi resep dan konsumen, sebagai satu pilihan untuk menurunkan biaya obat-obatan. Harga, ketersediaan dan performa suplier yang terkait dengan obat generik harus terus dipantau.

Selanjutnya, BPJS mungkin akan menginisiasi dan mengambil beberapa kebijakan PT. Askes yang lama. Hal ini termasuk:

- Protokol penulisan resep obat-obatan dengan harga tinggi.
- Kompetisi nasional untuk mendapatkan harga diskon untuk obat-obatan yang terdaftar dalam daftar *reimbursement*.
- Pengembangan sistem pelacakan sistem informasi manajemen untuk pelaksanaan pemantauan efisiensi dan kualitas.

Secara mengejutkan BPJS belum menindaklanjuti beberapa praktik kebijakan terbaik. Tidak jelas mengapa terjadi kegagalan dalam proses transisi. Salah satu alasan yang mungkin adalah kurangnya infrastruktur TI di seluruh Indonesia. PT. Askes melakukan kontrak dengan jumlah provider yang jauh lebih kecil.

3. Peningkatan Manajemen dan Pemantauan Rantai Suplai

Data dari fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa ada variasi yang substansial dalam akses ke obat-obatan, namun data dari pusat menunjukkan bahwa obat-obatan dan teknologinya tersedia untuk suplai ke fasilitas kesehatan. Alasan untuk perbedaan ini adalah adanya masalah dalam manajemen rantai suplai. Perkembangan pengadaan *online* berdasarkan katalog *online* untuk obat-obatan dan alat kesehatan merupakan langkah maju yang penting, tetapi pengadaan online sendiri saja tidak akan cukup untuk memecahkan masalah akses. Beberapa mitra pembangunan berkontribusi terhadap strategi nasional dalam hal pengelolaan obat publik, namun pengembangan kapasitas sumber daya manusia dalam pengelolaan obat sangat penting, terutama di tingkat kabupaten dan puskesmas. Pemerintah bisa bekerja sama dengan asosiasi profesi apoteker untuk memastikan bahwa tenaga kerja yang berfungsi secara efektif akan berkontribusi untuk mengatasi masalah rantai suplai. Peran apoteker dalam meningkatkan penggunaan obat di masyarakat harus dievaluasi.

4. Sistem Informasi dan Manajemen yang dibutuhkan

Sebuah pendekatan nasional untuk sistem informasi dan manajemen obat-obatan dan teknologinya diperlukan agar pembelian, penyediaan dan pemanfaatan

obat-obatan dapat dipantau dan dianalisis secara teratur. Sistem tersebut juga harus memungkinkan untuk:

- Menjaminan kualitas produk yang terdaftar dalam formularium. Produk (dan suplier) harus lolos prakualifikasi sebelum mencantumkan produk mereka dalam katalog;
- Mendeskripsikan dan merevisi mekanisme penetapan harga untuk memastikan bahwa (1) mekanisme penawaran tidak tunduk pada kolusi (2) bahwa referensi harga diperkenalkan untuk mengelola harga yang tepat (3) keterkaitan mekanisme penetapan harga ke dalam mekanisme seleksi berdasarkan bukti melalui pengembangan HTA;
- Pengembangan pengadaan kolektif oleh JKN dan/atau antara provinsi dan kabupaten;
- Pemantauan kinerja suplier pdalam mensuplai produk yang ditetapkan dalam proses lelang. Sangat berisiko untuk menunjuk suplier tunggal untuk negara besar seperti Indonesia.

BPJS adalah organisasi yang tepat untuk mendorong perubahan ini melalui standar, praktik, dan kebijakan komunikasi.

Tabel 13. Pendarahan *Post-partum* - Penilaian *Oxytocin*

KOMPONEN	MASALAH	PENILAIAN	SUMBER
Regulasi	Apakah terdaftar	Ya	BADAN POM
Pabrik	Kualitas produk tersedia	Tidak jelas	Laporan USAID/USP
Permintaan klinis/ arah kebijakan	Direkomendasikan untuk digunakan	Tidak jelas – kenapa ergometrine juga?	Pedoman PPH WHO dan WHO EML 2013
Pilihan	Apakah dalam formulasi nasional?	Ya	2013
Pilihan	Apakah dalam EML?	Ya	
Pengaturan harga	Berapa harganya (Bagaimana perbandingannya?)	<i>e-catalog</i> : tidak ditemukan MIMs 6500 - 250000R ampoule-2409,767	2013
Pembiayaan	Keuangan dari alokasi pusat untuk pembelian? (Kabupaten)	Tidak	Data pengeluaran, 2012
Pembiayaan	Sumber pendanaan lain?	Variabel	Wawancara dan data konsumsi kabupaten
Suplai	Dalam gudang ditingkat kabupaten?	Variabel	Data konsumsi kabupaten
Ketersediaan/ akses	Dirak fasilitas?	30 persen dari Puskesmas	World Bank MH- SARA
Permintaan klinis	Ketrampilan untuk menggunakan?	Mungkin tidak?	Kesimpulan, mengingat bahwa itu adalah injeksi, dan juga berdasarkan penilaian Bank Dunia
Keluaran kesehatan	Gagal untuk mencapai tujuan penurunan kematian ibu		

Tabel 14. Penyakit tidak menular – Diabetes – Penilaian Metformin

KOMPONEN	MASALAH	PENILAIAN	SUMBER
Regulasi	Apakah terdaftar	Ya	BADAN POM
Pabrik	Kualitas produk tersedia	Ya	BADAN POM
Perminataan klinis/ arah kebijakan	Direkomendasikan untuk digunakan	Ya	Pedoman Pengobatan
Pilihan	Apakah dalam formulasi nasional?	Ya	2013
Pilihan	Apakah dalam EML?	Ya	2008
Pengaturan harga	Berapa harganya (Bagaimana perbandingannya?)	0.53 – 0.63 international median price (MSH)	
Pembiayaan	Keuangan dari alokasi pusat untuk pembelian? (Kabupaten)	Tidak	2012
Pembiayaan	Sumber pendanaan lain?	Ya	Data Kabupaten, 2013
Suplai	Dalam gudang ditingkat kabupaten?	Ya	Data Kabupaten 2013
Ketersediaan/akses	Dirak fasilitas?	70 persen dari Puskesmas	World Bank NCD
Permintaan klinis	Ketrampilan untuk menggunakan?	Memungkinkan – produk oral – tapi tidak ada glucometers	
Keluaran kesehatan	Memburuknya komplikasi akibat diabetes		

Sumber: Hill and Santoso, 2014

5. Pengaturan Obat-obatan dan Jaminan Kualitas

Infrastruktur dan peraturan-peraturan untuk mengatur kualitas obat berjalan secara efektif. Namun, penegakan peraturan tentang distribusi dan penjualan produk obat perlu diperkuat. Ada juga kebutuhan akan strategi yang kohesif untuk penanganan masalah produk sub-standar (dan palsu). Kolaborasi dengan pemerintah provinsi dan kabupaten sangat penting dalam menegakkan regulasi dan jaminan kualitas dan perlu juga ada advokasi publik mengenai keamanan produk. Badan Pengawas Obat dan Makanan saat memperkuat institusinya dan juga sumber daya manusia dengan pendekatan berbasis risiko dan mematuhi persyaratan internasional.

6. JKN dan Sisi Demand dari Provider dan Konsumen

Kontrol yang tepat dari resep dan penggunaan obat-obatan di fasilitas kesehatan telah diidentifikasi sebagai masalah yang signifikan selama lima tahun terakhir. Masalah yang teridentifikasi antara lain termasuk pilihan obat-obatan yang tidak tepat oleh rumah sakit (misalnya, beberapa merek produk generik yang sama) sebagai respon terhadap tekanan dari para profesional kesehatan, fungsi yang tidak memadai dari Komite Nasional Obat dan Terapi dalam hal pengelolaan obat yang digunakan dalam fasilitas, dan kurangnya penggunaan pedoman pengobatan standar untuk memastikan latihan yang konsisten serta pengelolaan biaya produk.



Penanganan masalah ini akan menjadi kunci untuk menerapkan sistem yang berkelanjutan dari jaminan kesehatan semesta. Insentif baru di bawah JKN - kapitasi di tingkat perawatan primer dan Grup *Case-Based* (CBGs) di rumah sakit menimbulkan pertanyaan tentang akses dan pengelolaan penulisan resep yang berkualitas.

Untuk pelaksanaan JKN, dua strategi pembayaran telah diadopsi. Untuk Rumah Sakit, INA-DRGs akan digunakan sebagai dasar pembayaran, dan untuk FKTP, pembayaran berbasis kapitasi telah diperkenalkan. Biaya obat-obatan dan komoditasnya seharusnya dimasukkan juga dalam setiap jenis pembayaran.

Dengan menyadari bahwa saat ini masih merupakan awal pelaksanaan JKN, ada kekhawatiran besar tentang bagaimana obat-obatan dan komoditas akan dibiayai terutama pada fasilitas kesehatan primer atau level puskesmas. Kapitasi dalam perawatan primer diperkirakan sekitar Rp10.000 per pasien per bulan, termasuk biaya obat-obatan dan komoditas. Obat-obatan yang diresepkan oleh dokter di fasilitas akan diberikan langsung oleh fasilitas (dan biaya sudah termasuk dalam biaya kapitasi ini) atau jika pasien pergi ke apotek swasta untuk membeli obat yang

diresepkan, apoteker kemudian akan mengklaim biaya obat ditambah pengembalian pembayaran sebesar 20 persen dari dokter.

Hal ini cenderung meningkatkan pembayaran “*out of pocket*” dan mengurangi akses terhadap obat-obatan serta mempromosikan penulisan resep yang tidak tepat. Fasilitas pelayanan kesehatan harus bertanggung jawab untuk memastikan suplai dari obat-obatan yang diperlukan. Akibat rantai suplai yang lemah, produk obat generik yang lebih murah yang seharusnya diperoleh kemungkinan tidak tersedia. Dokter kemudian akan meresepkan produk alternatif yang mungkin tidak diinginkan, atau menggantinya dengan obat generik yang lebih mahal dan membebankan biayanya kepada pasien (ditambah bayaran untuk dokter). Dan akan ada insentif bagi setiap dokter dan fasilitas yang melakukannya dikarenakan rendahnya plafon dan kurangnya data untuk menunjukkan bahwa sebenarnya jumlah yang dibayarkan cukup untuk menutupi biaya-biaya tersebut.

Meskipun ada hukum yang melarang dokter di RS memberikan obat langsung kepada pasien, hukum-hukum ini secara luas diabaikan dan tidak ditegakkan. Strategi alternatif terlihat pada pengaturan lain di mana biaya obat yang tidak memadai dimasukkan, dengan cara dokter meresepkan atau memberikan obat untuk persediaan dua atau tiga hari, kemudian meminta pasien untuk datang kembali untuk menerima resep lanjutan.

Substitusi obat juga dapat terjadi di apotek karena undang-undang mengizinkan substitusi obat generik. Sekali lagi, jika harga dari ‘produk yang disukai’ dalam pengadaan lebih rendah daripada obat generik lain yang tersedia, ada markup proporsional yang dilakukan apoteker dengan mendorong substitusi ke alternatif lain yang lebih mahal. Insentif negatif ini dilakukan dengan buruk dengan cara meresepkan produk mahal dan tidak tepat karena sistem pengendalian harga obat di Indonesia saat ini tidak mengendalikan semua harga obat tetapi hanya sebagian saja.

Tidak jelas apakah dana yang tersedia di rumah sakit akan cukup. Pendanaan saat ini tidak dapat menutupi biaya karena:

- Daftar obat di formularium Nasional meliputi sejumlah produk yang sangat mahal yang tidak terlihat mempunyai satu set harga pada e-katalog (misalnya, *dabigatran, rivaroxaban, telmisartan, clopidogrel, exemestane, gefinitib, nilotinib, rituximab*);
- *Pool* pengadaan oleh BPJS di rumah sakit tidak terjadi;
- Manajemen yang efektif dari obat-obatan dan perangkat pengeluaran di rumah sakit dalam sistem yang menggunakan DRGs memerlukan, diantara strategi-strategi lainnya, Komite Nasional Obat dan Terapi yang berfungsi

secara efektif untuk menjamin kualitas penulisan resep – Komite Nasional Obat dan Terapi di Indonesia umumnya tidak berfungsi secara efektif;

- Manajemen obat dan anggaran peralatan di rumah sakit memerlukan keterampilan manajerial dan administrasi yang efektif dari apoteker - tidak jelas apakah hal ini terjadi;
- Pada saat berada dibawah PT. Askes, rumah sakit diharuskan menyerahkan klaim dengan menggunakan sistem elektronik, diperkirakan saat ini hanya 20 persen yang mempunyai sistem TI dan semuanya berbeda.



8

.....

Penutup



Implementasi JKN di awal tahun 2014 telah membawa banyak perubahan antara lain dalam aspek peraturan, penajaman kepesertaan, manfaat dan penajaman perhitungan iuran PBI, pelayanan kesehatan, penguatan SIM dan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi di Puskesmas serta pembayaran ke RS dengan sistem prospektif. Sekretariat Wakil Presiden telah berperan aktif dalam perubahan dengan menggunakan hasil analisis dari TNP2K. Kedepan dalam rangka optimalisasi pelaksanaan JKN, masih banyak hal yang harus dikembangkan dan dibenahi dalam semangat mencapai cakupan semesta di tahun 2019.

Kedepannya ada beberapa tantangan dan permasalahan yang perlu mendapat perhatian dan solusi penyelesaiannya.

1. Strategi keberlanjutan JKN

Program JKN sudah dimulai sejak awal tahun 2014 dan sampai pertengahan bulan Juli 2014, BPJS Kesehatan telah mengelola sekitar 125 juta peserta. *Single Payer* BPJS Kesehatan yang baru berjalan belum satu tahun ini masih harus di monitor ketat implementasinya, karena masih banyak tantangan kedepan yang harus diselesaikan. Tantangan terbesar adalah menyatukan persepsi dari berbagai pemangku kepentingan untuk satu tujuan JKN yaitu meningkatkan akses dan mutu pelayanan dengan efisien, efektif dan mengedepankan kesetaraan (*equity*). Hal ini tidak mudah, karena sebelum tahun 2014 organisasi, pembiayaan dan sistem pelayanan kesehatan sangat terfragmentasi (*fragmented*). Ada banyak fasilitas kesehatan yang menawarkan tingkat kualitas yang berbeda, ada berbagai jaminan kesehatan dengan paket manfaat yang berbeda, cara bayar ke fasilitas kesehatan yang bervariasi dari *fee-for-services* ke pembayaran prospektif, porsi pembayaran dari kantong pasien (*out-of-pocket*) yang besar. Ketika cara bayar di reformasi, banyak fasilitas kesehatan terutama rumah sakit yang sulit menerima konsep cara bayar paket dan cenderung bersikap mempertahankan pola sebelumnya. Keterlibatan asosiasi rumah sakit, profesi, dan akademik dalam menyatukan berbagai transformasi ini menjadi penting untuk keberlanjutan JKN. Negara-negara lain yang telah mencapai UHC seperti Korea Selatan, Thailand, mempunyai perencanaan strategis jangka panjang yang digunakan sebagai referensi. Untuk keberlanjutan JKN di Indonesia, perlu dikembangkan satu perencanaan strategi mencapai UHC sehingga transformasi kelembagaan dan program dapat berjalan optimal.

2. Sumber pendapatan baru untuk sektor kesehatan: menciptakan kapasitas fiskal

Secara global pemerintah tetap akan menjadi "*outlier*" dalam hal sangat rendahnya belanja publik untuk kesehatan yaitu kurang dari 2 persen PDB. Belanja kesehatan publik dan swasta secara total sebesar kurang dari 3 persen. Secara global, rendahnya belanja kesehatan suatu negara berkorelasi dengan tingginya *out of pocket* yang

terjadi dinegara tersebut. Indonesia tidak terkecuali. Di Indonesia angka *out of pocket* diatas angka rata-rata negara lainnya. Seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk yang terjamin asuransi di Indonesia, hal tersebut menunjukkan bahwa perlindungan keuangan mengurangi pengeluaran *out of pocket* bagi penduduk yang telah terjamin asuransi. Namun pengeluaran out of pocket masih menjadi beban bagi masyarakat miskin hal ini terkait dengan kapasitas untuk membayar biaya pelayanan kesehatan.

Tuntutan yang tinggi akan pelayanan kesehatan dapat diartikan adanya kebutuhan dana yang lebih besar. Kementerian Keuangan telah menunjukkan komitmen di tahun 2014 dengan menaikkan besarnya iuran PBI sebesar tiga kali lipat dari besarnya iuran di tahun 2013. Hal ini menjadi langkah awal yang baik.

Analisis kapasitas fiskal menunjukkan bahwa sumber pendapatan baru yang mungkin bisa membiayai kesehatan antara lain dapat dilakukan dengan :

1. Penerapan cukai tembakau yang baru yang dapat ditingkatkan setiap tahun selama lima tahun ke depan, dan bisa dialokasikan untuk kesehatan. Apakah dialokasikan atau tidak, penetapan pajak tembakau akan meningkatkan pendapatan menurunkan prevalensi orang yang merokok, memotong biaya perawatan kesehatan, dan meningkatkan produktivitas pekerja;
2. Sedikit peningkatan pada PPN saat ini, misalnya peningkatan satu persen
3. Melanjutkan langkah keluar dari subsidi energi dan listrik serta subsidi BBM. Subsidi BBM sendiri setara dengan \$32 miliar pada awal tahun 2013 dan \$20 miliar pada awal tahun 2014;
4. Menghapuskan plafon gaji pada perhitungan pajak penghasilan PNS, perusahaan swasta dan pegawai swasta. Pemerintah akan meningkatkan baik ekuitas dan progresivitas dengan menetapkan pajak bagi kelompok masyarakat berpenghasilan menengah keatas dan hal ini dapat menghasilkan pendapatan baru;
5. Meningkatkan dua kali lipat pajak penghasilan PNS. PNS terus memegang fasilitas istimewa dalam hal obat-obatan dan kelas perawatan didalam paket manfaat. PNS manapun memiliki permintaan inelastis yang tinggi dan akan mematuhi pajak baru;

luran untuk sektor informal yang belum terjamin harus diberlakukan sama atau dikurangi jumlahnya tergantung hasil analisis dari uji coba untuk menjangkau yang belum terjamin dan sektor informal. Kenaikan PPh harus tetap pada tingkat saat ini untuk meminimalkan dampak pada usaha kecil dan menengah, yang merupakan mesin pertumbuhan ekonomi di masa depan. Kenaikan PPh harus dibatasi hanya untuk PNS dan bukan untuk pekerja swasta. Peningkatan PPh dapat dua kali dan bahkan tiga kali lipat tanpa membahayakan pertumbuhan ekonomi makro.
6. Kerjasama pemerintah dan swasta dalam pembiayaan layanan kesehatan

7. Menangkap efisiensi-efisiensi yang dibutuhkan dalam sistem saat ini, dan mengambil langkah-langkah menuju pengurangan korupsi, mengurangi angka diagnosis penyakit yang tidak akurat dan penurunan penerimaan pasien RS yang tidak diperlukan (penguatan sistem rujukan di FKTP), meningkatkan efisiensi-efisiensi belanja farmasi dan penghentian praktik suap dan korupsi dalam pengadaan fasilitas dan alat kesehatan.

Alokasi yang efisien terhadap pengeluaran kesehatan pemerintah dalam keseluruhan anggaran BPJS juga sangat penting, seperti sejauh mana pembiayaan publik untuk kesehatan yang pro terhadap masyarakat miskin dalam penggunaannya. Seperti contohnya alokasi dasar untuk perawatan primer hanya sebesar 15 persen dari total keseluruhan anggaran BPJS. Dapatkah angka ini meningkat menjadi 20–30 persen ditahun berikutnya dengan penyesuaian keatas untuk daerah miskin dan belum terlayani, sehingga mendorong perawatan yang lebih efektif dari segi biaya untuk penyakit tidak menular dan tipe manajemen perawatan lainnya? Yang penting adalah di mana dan bagaimana belanja kesehatan publik dihabiskan, bukan hanya berapa besar jumlahnya.

3. Perluasan Kepesertaan

Pengalaman global menunjukkan sebagian besar reformasi terhadap jaminan kesehatan semesta telah dilaksanakan secara bertahap, dimulai dengan PNS, sektor formal dan kelompok miskin. Namun, cakupan sektor informal lebih sulit dijangkau dan berkembang lebih lama di kelompok penduduk menengah kebawah yang dikategorikan berpenghasilan rendah.

Perekonomian dan tenaga kerja Indonesia didominasi oleh sektor informal. Tingginya tingkat informalitas di negara ini menciptakan tantangan tambahan untuk pencapaian langsung dari jaminan kesehatan semesta. Dalam pelaksanaannya terdapat beberapa masalah. Salah satunya adalah kompleksitas tambahan dengan dimasukkannya sektor informal dalam skema berbasis iuran di mana banyak pekerja disektor informal yang memiliki penghasilan yang tidak stabil dan reguler, seperti petani yang harus menunggu panen untuk mendapatkan penghasilan. Kondisi ini menyebabkan terhambatnya proses pengumpulan iuran yang reguler dan berpotensi menyebabkan tingginya angka drop-out. Masalah lainnya adalah biaya administrasi. Pengumpulan iuran dari pekerja informal menjadi tantangan tersendiri dan membutuhkan banyak biaya. Biaya untuk mengumpulkan iuran dari sektor informal bahkan bisa mendekati atau melampaui pendapatan aktual dari iuran yang dikumpulkan.

Ada dua pendekatan dasar untuk memobilisasi sumber daya yang diperlukan dalam memberikan jaminan kesehatan bagi pekerja sektor informal. Suatu negara dapat

1. memperluas pembiayaan noniuran yang berasal dari pajak umum, mulai dari

pembiayaan untuk kelompok miskin, sektor informal dan tentu saja kepada setiap penduduk lainnya,

2. memperluas skema iuran dari sektor formal ke sektor informal di mana seluruh penduduk harus membayar iuran (Tangcharoensathien et al., 2011). Ada pendekatan ketiga yang juga bisa diterapkan yaitu pembiayaan sistem pelayanan kesehatan yang berasal dari perpaduan antara iuran dan subsidi berbasis pajak yang semakin luas terjadi di negara lain saat ini.

Indonesia harus mempertimbangkan pelaksanaan uji coba untuk melihat mekanisme yang sesuai untuk diterapkan di Indonesia. Negara-negara lain telah menerapkan berbagai mekanisme untuk mencoba mengumpulkan iuran dari para pekerja informal seperti memberikan subsidi iuran, memberikan informasi mengenai skema asuransi, memberi pengetahuan mengenai bagaimana cara untuk bergabung, menjelaskan keuntungan yang didapatkan dan lain sebagainya, dan akhirnya cara untuk membuat pendaftaran menjadi lebih nyaman seperti pendaftaran melalui bank-bank dan toko-toko yang nyaman, telepon seluler serta menyesuaikan waktu jatuh tempo iuran. Baik di Filipina dan Vietnam, intervensi-intervensi ini belum berjalan baik sampai saat ini.

Dalam jangka pendek, BPJS akan mengalami kerugian dengan adanya *adverse selection*, yaitu hanya orang-orang sakit mendaftar dan membayar iuran. BPJS bisa meminta peserta untuk juga mendaftarkan anggota keluarga lainnya, di mana hal tersebut dapat membawa lebih banyak lagi individu yang sehat kedalam *pool* risiko. Dalam jangka menengah, percobaan bisa dilakukan dalam mengidentifikasi penggabungan yang tepat dari subsidi dan kontribusi.

Cara terakhir adalah dengan mengintegrasikan program-program jamkesda kedalam JKN. Cakupan dapat meningkat menjadi 87 persen secara nasional jika BPJS mampu mengintegrasikan 400 atau lebih program Jamkesda di bawah payung BPJS. Proses ini akan membutuhkan *topping up* iuran dan standarisasi paket manfaat sehingga semua peserta Jamkesda akan memiliki manfaat sama dengan peserta JKN. Ini bisa menjadi kolaborasi antara pusat dan provinsi. Pemerintah pusat dapat melakukan *top up* iuran. Pemerintah provinsi memperluas paket manfaat namun tetap mempertahankan program lokal. Semua tingkat pemerintahan mendapatkan keuntungan - pemerintah pusat meningkatkan cakupan dan pemerintah lokal tetap dapat mempertahankan kontrol atas program. Jangka menengah, sistem Jamkesda perlu digabungkan dengan BPJS, namun proses penggabungan sistem TI dan sistem-sistem lainnya membutuhkan waktu lima tahun. Untuk saat ini, kontrol dan manajemen lokal diperbolehkan sampai transisi jangka panjang dapat terjadi.

4. Kesiapan Sisi Suplai

Tantangan dalam memastikan ketersediaan layanan di daerah terpencil dan rural sangat penting untuk mencapai kunci keluaran kesehatan dan hal ini perlu menjadi fokus utama. Secara nasional ketersediaan sejumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi dibanding kebutuhannya dan telah melampaui angka minimum yang disarankan oleh WHO. Namun karena distribusinya yang tidak merata dan adanya kenaikan permintaan pelayanan kesehatan setelah diluncurkannya program JKN, maka cukup banyak fasilitas kesehatan yang kekurangan tenaga kesehatan.

Kajian yang dilakukan TNP2K (2014) di beberapa RS di Jakarta menunjukkan bahwa setelah diberlakukannya program JKN, terjadi antrian pasien rawat jalan di RS yang sangat panjang dan melelahkan. Ketersediaan dan distribusi jumlah dokter (umum dan spesialis) serta tenaga kesehatan lain merupakan isu penting yang harus segera diselesaikan. Penumpukan pasien juga terjadi akibat tingginya jumlah surat rujukan yang dikeluarkan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Skema rujuk balik belum terlaksana dengan baik, dan uji coba untuk prosedur rujuk balik perlu dilaksanakan dengan segera.

Kondisi ini tentu tidak dapat dibiarkan, dan harus dicarikan jalan keluar oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah agar hak peserta dapat terpenuhi. Tiga area utama yang harus menjadi fokus adalah (1) produksi dengan memastikan ada jumlah tenaga dan fasilitas kesehatan yang cukup untuk memenuhi tuntutan UHC; (2) distribusi dengan memastikan ketersediaan layanan di daerah terpencil dan rural; dan (3) peningkatan kualitas dan kinerja tenaga kesehatan dengan memastikan sekolah yang memenuhi pemerintah dan melaksanakan pelatihan kompetensi rutin.

Berdasarkan hasil kajian dengan menggunakan asumsi dua dokter melayani sekitar 5.000 peserta JKN, TNP2K menemukan adanya ketimpangan sebaran ketersediaan dokter umum di tingkat kabupaten/Kota. Tenaga dokter umum masih terkonsentrasi di pulau-pulau pada penduduk seperti pulau Jawa, Bali dan Sumatera. Estimasi kesiapan sisi suplai di tingkat nasional yang dilakukan TNP2K dengan menggunakan "Dynamic Modelling" menunjukkan kekurangan dokter secara nasional diestimasi mencapai 21.930 dokter, kekurangan perawat sebanyak 54.560 perawat, serta kekurangan tempat tidur sebanyak 32.820 tempat tidur di tahun 2014.

Angka *bed occupancy rate* (BOR) atau tingkat hunian RS di Indonesia sebesar 65 persen lebih rendah dibandingkan dengan angka rata-rata di negara OECD (78 persen). Hal ini menunjukkan bahwa ada kapasitas untuk menyerap peningkatan *demand*. Rendahnya angka rata-rata nasional menutupi kenyataan banyaknya antrian di banyak rumah sakit di daerah perkotaan. Secara keseluruhan, kurangnya distribusi akan menciptakan masalah dalam memahami indikator nasional. Namun,

sangat penting juga untuk tidak membangun rumah sakit dan tempat tidur secara berlebihan. Secara internasional, praktik kedokteran telah berubah secara signifikan dalam dua dekade terakhir dengan perubahan besar dalam pelayanan rawat jalan dan penggunaan teknologi baru. Perubahan ini memiliki implikasi terhadap bentuk dan ukuran sektor rumah sakit dan dapat mendorong dan membentuk pengeluaran yang merugikan anggaran pelayanan kesehatan primer.

Peran BPJS dalam mengendalikan perilaku kesehatan sekunder dan pengeluarannya akan sangat penting. Beberapa penelitian BPJS baru-baru ini di Jawa Timur menunjukkan lebih dari 60 persen dari total penerimaan pasien di rumah sakit dapat diobati pada tingkat rawat jalan. Hal ini menunjukkan pola rujukan yang belum berjalan dengan optimal. Oleh karena itu perilaku peserta dan kesiapan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) perlu di monitor ketat terkait dengan kebijakan penguatan pelayanan di puskesmas dan klinik swasta sebagai *gatekeeper*. Kenaikan pembayaran kapitasi yang signifikan mengharuskan FKTP agar mengelola peserta secara efektif dan efisien berwawasan pola hidup sehat. Upaya preventif dan promotif di tingkat individu harus ditekankan di mana dokter di FKTP harus rajin memberikan edukasi atas kesadaran hidup sehat. BPJS Kesehatan harus menciptakan satu mekanisme insentif yang memicu FKTP untuk menjaga tingkat kesehatan pesertanya.

Kementerian Kesehatan atau level organisasi yang lebih tinggi (misalnya TNP2K) harus terlibat dalam perencanaan pembentukan sisi suplai. BPJS harus bekerja dengan Kementerian Kesehatan dan Badan Litbangkes dan organisasi pemerintah lainnya untuk menyetujui cara terbaik menggunakan data yang muncul dari mekanisme pembayaran, untuk meningkatkan pengetahuan tentang apa yang terjadi baik di sektor rumah sakit publik dan swasta.

Dalam jangka pendek, pemerintah dapat memperbarui model sistem dinamis suplai dan *demand* yang dikembangkan oleh TNP2K untuk layanan dibawah program JKN yang baru. Model ini telah menunjukkan prediktabilitas dan presisi pada awal tahun 2014 dengan munculnya program jaminan kesehatan semesta. Model ini sekarang dapat diperbarui dengan data klaim aktual dari BPJS, menggunakan (misalnya) data 6-9 bulan pertama pengalaman nasional. Jangka Menengah, pemerintah harus mempertimbangkan beberapa target untuk pemberian pelayanan kesehatan selama tahun 2015–2019. Indikatornya sebagian besar berdasarkan rekomendasi WHO, secara kontekstual sesuai untuk Indonesia dan target yang diusulkan berdasarkan kepada perbaikan nilai-nilai dasar yang sesuai dengan rencana pencapaian jaminan kesehatan semesta di tahun 2019.

Sejumlah rekomendasi terhadap kebijakan utama untuk meningkatkan pelayanan dan kesiapan sisi suplai yang mendukung tujuan Indonesia dalam meningkatkan



keluaran kesehatan penduduknya dan mencapai jaminan kesehatan semesta pada tahun 2019 harus juga dikembangkan. Hal ini termasuk:

Jangka Pendek (1-2 tahun)

1. Menyusun informasi yang sistematis tentang jumlah dan distribusi fasilitas kesehatan swasta, dan melakukan penilaian independen dan reguler terhadap fasilitas swasta tersebut;
2. Menentukan dan mensosialisasikan perkiraan kebutuhan sisi suplai dalam hal fasilitas dan sumberdaya berdasarkan paket manfaat jaminan kesehatan nasional termasuk mekanisme tata kelola dan akuntabilitas yang terkait dengan hal tersebut, dan membangun organisasi baru yang secara reguler dan independen (diluar Kemenkes) untuk melakukan proses akreditasi baik untuk fasilitas publik maupun swasta.
3. Mempertahankan fokus yang jelas pada usaha preventif dan promotif, terutama dalam intervensi terhadap populasi dan kesehatan masyarakat;
4. Meningkatkan akuntabilitas melalui sistem monitoring dan evaluasi yang reguler dan mandiri yang dilakukan secara lebih baik lagi, serta menggunakan dan menghubungkan mekanisme insentif dan mekanisme pembayaran yang

tepat dan efektif ke penyedia layanan (misalnya, model pembayaran kapitasi) untuk memastikan kesiapan pelayanan dan sisi suplai. Sistem monitoring harus memiliki fokus khusus pada kelompok miskin dalam hal akses dan kualitas;

5. Menunjuk institusi yang bertugas untuk mengumpulkan data dari setiap fasilitas (publik maupun swasta) yang menilai performa, efisiensi, akses kepada masyarakat miskin dan kesesuaian dengan pedoman nasional dan mempublikasikan hasilnya kepada forum publik untuk mengungkap di mana dan kenapa ada kekurangan-kekurangan.
6. Secara sistematis dan reguler menilai dan meningkatkan dimensi lain dari pelayanan kesehatan, termasuk menilai kemampuan dan usaha-usaha yang telah dilakukan oleh penyedia layanan serta memastikan bahwa sumber daya dasar dalam fasilitas tidak hanya tersedia tetapi juga dipelihara dan dimanfaatkan dengan benar;
7. Mengadaptasi sistem dan praktik dari program pemberdayaan masyarakat yang telah ada untuk mendorong pemerintah desa untuk berinvestasi dalam kebutuhan kesehatan prioritas dan mempertahankan pemerintahan desa yang bertanggung jawab dalam hal pengeluaran kesehatan;

Medium Term (3–4 Tahun)

1. Mengembangkan dan menyelesaikan “*Master Plan*” pemberi layanan yang menggabungkan dan menyelaraskan kedua sektor pemerintah dan swasta, dan mengembangkan organisasi pelayanan yang baru yang mencerminkan transisi epidemiologi baru untuk penyakit tidak menular, dan juga untuk pertumbuhan sektor swasta. Alokasi anggaran pemerintah untuk pembangunan fasilitas baru harus terikat dengan Master Plan.
2. Meningkatkan pembiayaan sektor publik untuk kesehatan, dikombinasikan dengan target investasi yang lebih baik untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan kesiapan sisi suplai. Selain itu juga untuk menilai proses anggaran dan penyebaran dana untuk menilai konsistensinya dengan prioritas dan komitmen pemerintah disektor kesehatan. Upaya ini perlu dikaitkan dengan perubahan dalam hubungan antar level pemerintahan.

5. Kebijakan Kefarmasian dalam Sistem Asuransi Kesehatan Sosial

Ada perbedaan yang mencolok akses terhadap obat-obatan dan komoditas antara provinsi dan kabupaten. Proporsi anggaran kesehatan yang dihabiskan untuk farmasi dan teknologi kefarmasian setidaknya 35 persen dari total pengeluaran kesehatan di Indonesia, dan cenderung meningkat. Jumlah ini sangat tinggi dibandingkan dengan negara-negara OECD yang jumlah persentase total belanja farmasinya di bawah 20 persen. Hal ini menunjukkan penyalahgunaan, praktik pemberian resep yang lebih dari yang seharusnya dan kurangnya efisiensi dipasar kefarmasian.

Kerangka kebijakan untuk memastikan manajemen yang tepat dalam bidang obat-obatan dan teknologinya yang sesuai dengan konteks jaminan kesehatan semesta belum berkembang secara memadai. Untuk mencapai keluaran kesehatan prioritas, seperti terpenuhinya target MDG, sangat penting untuk memastikan kohesi sektor farmasi kedalam sistem kesehatan. Semua aspek dalam sektor farmasi harus berfungsi secara efektif dan harus berjalan sesuai dengan target yang sama.

Indonesia sudah mempunyai model praktik kefarmasian yang baik untuk asuransi kesehatan sosial melalui pengalaman PT. Askes. Tapi, pengalaman awal pelaksanaan JKN menunjukkan adanya potensi risiko dalam kaitannya dengan pengeluaran farmasi (dan pemanfaatannya) selama masa transisi ke jaminan kesehatan semesta, khususnya pada saat scaling up pendekatan PT. ASKES untuk mengelola pengeluaran dan akses kefarmasian.

Ada beberapa langkah penting ke depan yang dilakukan beberapa tahun terakhir untuk implementasi JKN. Pertama, disusun dan disahkannya formularium nasional yang berisi daftar lengkap dari obat-obatan yang harus disediakan di fasilitas kesehatan, dan merupakan dasar untuk penggunaan obat-obat untuk sistem jaminan kesehatan nasional yang telah dimulai pada tahun 2014. Ini merupakan daftar produk dengan nama generik, kegunaan dan formulasi obat, namun tidak menspesifikasikan harga atau merek. Kedua, dikembangkannya e-katalog baru obat dan teknologinya yang menspesifikasikan produk, merek, dan menerbitkan harga sehingga dapat digunakan untuk pengadaan obat-obatan. Daftar ini didasarkan pada formularium nasional (untuk obat-obatan), tetapi suplier dapat memilih untuk mengajukan tawaran agar produk mereka dapat masuk kedalam daftar tersebut (atau tidak). Jadi, tidak semua produk dalam formularium Nasional masuk dalam e-katalog. Tidak jelas bagaimana seleksi perangkat/teknologi yang dilakukan agar suatu produk dapat masuk kedalam daftar tersebut meskipun proses penawaran masih berlaku.

Beberapa area fokus diperlukan untuk pelaksanaan di beberapa tahun mendatang, antara lain:

1. Pemilihan Obat dan Teknologinya untuk dimasukkan dalam Paket Manfaat JKN.

Saat ini, terdapat item yang berbeda antara daftar obat-obatan esensial di Formularium Obat Nasional dan Daftar Obat-obatan Esensial Nasional. Adanya daftar nasional yang berbeda, yang tidak harmonis atau hanya cukup berdasarkan bukti, akan menciptakan kebingungan, merusak kualitas paket manfaat dan membuang sumber daya. Daftar perlu diharmonisasikan, di samping pedoman pengobatan standar. Proses seleksi harus didasarkan lebih banyak bukti. Daftar ini harus terhubung dengan kebijakan penetapan harga yang komprehensif untuk

proses pengadaan. Pendekatan yang paling tepat untuk masalah ini adalah dengan mengembangkan penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment/HTA*). Namun, kerangka kebijakan untuk melakukan HTA perlu dikembangkan dan pelaksanaan HTA membutuhkan penguatan kemampuan yang signifikan.

2. Pembiayaan dan Pemberian Harga Obat dan Teknologinya

Pengeluaran pemerintah untuk obat-obatan telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir. Namun, belum ada kajian biaya yang dilakukan sejauh ini untuk mengantisipasi kebutuhan dana untuk pengadaan obat-obatan dan tidak ada data yang memadai untuk memperkirakan anggarannya. Ada kebutuhan mendesak terhadap sistem nasional yang berfungsi untuk memantau pengadaan, distribusi, konsumsi dan pengeluaran untuk obat-obatan dan teknologinya sehingga dapat direncanakan kebutuhan anggarannya. Kebijakan pengendalian harga farmasi yang saat ini digunakan harus mengarah ke RJPMN baru.

3. Peningkatan Manajemen dan Pemantauan Rantai Suplai

Data dari fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa ada variasi yang substansial dalam akses ke obat-obatan, namun data dari pusat menunjukkan bahwa obat-obatan dan teknologinya tersedia untuk suplai ke fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan adanya masalah dalam manajemen rantai suplai. Perkembangan pengadaan *online* berdasarkan katalog online untuk obat-obatan dan alat kesehatan merupakan langkah maju yang penting, tetapi pengadaan *online* sendiri saja tidak akan cukup untuk memecahkan masalah akses. Pengembangan kapasitas sumber daya manusia dalam pengelolaan obat sangat penting, terutama di tingkat kabupaten dan puskesmas.

4. Sistem Informasi dan Manajemen yang Dibutuhkan

Sebuah pendekatan nasional untuk sistem informasi dan manajemen obat-obatan dan teknologinya diperlukan agar pembelian, penyediaan dan pemanfaatan obat-obatan dapat dipantau dan dianalisis secara teratur. Sistem harus (1) menjamin kualitas produk yang terdaftar dalam formularium. Produk (dan suplier) harus lolos prakualifikasi sebelum mencantumkan produk mereka dalam katalog; (2) mendeskripsikan dan merevisi mekanisme penetapan harga untuk memastikan bahwa mekanisme penawaran tidak tunduk pada kolusi, pengenalan referensi harga untuk mengelola harga yang tepat, keterkaitan mekanisme penetapan harga ke dalam mekanisme seleksi berdasarkan bukti melalui pengembangan HTA; (3) pengembangan pengadaan kolektif oleh JKN dan/atau antara provinsi dan kabupaten; (4) pemantauan kinerja suplier dalam mensuplai produk yang ditetapkan dalam proses lelang.



5. Pengaturan Obat-obatan dan Jaminan Kualitas

Infrastruktur dan peraturan-peraturan untuk mengatur kualitas obat sudah berjalan secara efektif. Namun, penegakan peraturan tentang distribusi dan penjualan produk obat perlu diperkuat. Ada juga kebutuhan akan strategi yang kohesif untuk penanganan masalah produk sub-standar (dan palsu). Kolaborasi dengan pemerintah provinsi dan kabupaten sangat penting dalam menegakkan regulasi dan jaminan kualitas dan perlu juga ada advokasi publik mengenai keamanan produk.

6. JKN dan Sisi *Demand* dari Provider dan Konsumen

Kontrol yang tepat dari resep dan penggunaan obat-obatan di fasilitas kesehatan telah diidentifikasi sebagai masalah yang signifikan selama lima tahun terakhir. Masalah yang teridentifikasi antara lain termasuk pilihan obat-obatan yang tidak tepat oleh rumah sakit, fungsi yang tidak memadai dari Komite Nasional Obat dan Terapi dalam hal pengelolaan obat yang digunakan dalam fasilitas, dan kurangnya penggunaan pedoman pengobatan standar untuk memastikan latihan yang konsisten serta pengelolaan biaya produk. Penanganan masalah ini akan menjadi kunci untuk menerapkan sistem yang berkelanjutan dari jaminan kesehatan semesta.



Referensi dan Lampiran



REFERENSI

- Anh PH, Efroymsen D, Jones L, FitzGerald S, Thu LT, Hein LTT, (2011). Tobacco and poverty: Evidence from Vietnam, literature review. HealthBridge Foundation of Canada; 2011. Available from: http://www.healthbridge.ca/tobacco_poverty_Appendix_persen207_persen20Vietnam_persen20Final_persen20Research_persen20Report.pdf
- Averill, R, F(1991) Development of DRG. In R.B. Fetter, D.A. Brand & D Gamache (Eds), DRG's: Their Design and Development, Michigan: Health Administration Press.
- Averill, R.F., Goldfield, N., Hughes, J., Bonazelli, J.A., McCullough, E.C., Steinbeck, B.A et al (2003). *All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRGs) Version 20.0: Methodology Overview*. Utah: 3M Health Information System.
- Bank Dunia, Lokakarya Pajak Tembakau, Manila, Februari 2014.
- Bappenas (2013). Evaluasi Paruh Waktu RPJMN, 2010 – 2014, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2013. http://www.bappenas.go.id/files/1613/7890/3140/Buku-Evaluasi-Paruh-Waktu-RPJMN_Bappenas.pdf
- Bappenas, The Informal Economy Study (2012), Jakarta, Indonesia.
- Barnett, S. and R. Brooks (2009), "China: Does Government Health and Education Spending Boost Consumption?," IMF Working Paper, 2009.
- Bloom D. and Canning, D. (2005) Health and Reconciling the Micro and Macro Evidence, Working Paper 42, Stanford University, Palo Alto, California.
- Depkes (2008). Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas, 2008, Depkes RI, Jakarta.
- Dunlop, D. (2013). Inefficiency in prescribing of drugs in Indonesia, University of Indonesia, unpublished report and estimates.
- Euler, H.U. (2005) Kodierung der G-DRG. In W. Deetjen, H.U. Euler, J. Fuhrmann, M. Huebner, M. Kalbitzer, J. Mahl Zahn & M. Thiex-Kreye (Eds), Leitfaden: DRG verguetungssystem fuer klinikleistungen. Frankfurt Am Main: Sanofi Aventis Deutschland GmbH.

- Hadi M. Mammudu, Veeranki Sreenivas, John Rijo M , 2008. "Tobacco use among Teenagers: Life Years Lost to Cancers: 2008", *Journal of Clinical Oncology*, Vol.28
- Halim, H. 2014, "Corruption Rampant in the Health Sector Says Watchdog," *Jakarta Post*, January 27, 2014
- International Monetary Fund, Article IV Report on Indonesia, 2012.
- Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. (2013). Global health 2035: A World Converging within a Generation. *Lancet* 2013; 382: 1898-1955.
- Kemendes RI (2012). Presentasi Menteri Kesehatan dalam Pertemuan Pembahasan Progress Persiapan Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional, Jakarta 12 Desember 2013.
- Kemendes RI (2012). Rencana Aksi Pengembangan Pelayanan Kesehatan 2013 – 2019 edisi Ringkas, Kemendes RI, Jakarta.
- Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, DJSN, et all (2012). Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012 – 2019, Jakarta.
- Kutzin, J. Cashin, C. and Jakab, M. (2010). Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition, European Observatory, World Health Organization, Brussels, Belgium.
- Kwon, S. (2011). Health Care Financing in Asia: Key Issues and Challenges. *Asia-Pacific Journal of Public Health* (23:5): 651-661.
- Langenbrunner, J., and Somanathan, A. (2011). Health Financing in East Asia and Pacific: Best Practices and Remaining Challenges, ISBN 978-0-8213-8682-8, World Bank, Washington, July 2011.
- Lu Ling (2008) as reported at the Tobacco Tax workshop, Manila, Philippines, February 2014.
- Nadya Natahadibrata (2013). Calls for a Complete Ban on Cigarette Ads. *Jakarta Post*, Page 4, May 31.
- Nugrahani, Y, Radjiman, D.S., Adawiyah, E., Thabrany, H., The Impact of Smoking to Annual Economic Consequences in Indonesia: Cost of Treatment of Tobacco Related

Diseases in Indonesia, International Health Economics Association Conference, Sydney, Australia, July 2013.

Schieber G, Cashin, C. (2012). Health Financing in Ghana World Bank. Washington, D.C.: World Bank. Tangcharoensathien, Viroj; Walaiporn Patcharanarumol, Por Ir, Syed Mohamed Aljunid, Ali Ghufon Mukti, Kongsap Akkhavong, Eduardo Banzon, Dang Boi Huong, Hasbullah Thabrany and Anne Mills (2011). Health-financing reforms in Southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. *The Lancet* 377: 863-73.

The SMERU Research Institute. *Rapid Appraisal of the 2011 Data Collection for Social Protection Programs* (PPLS, 2011).

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2011). *Kajian Paket Manfaat dan Estimasi Biaya Program Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta.

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2011). *Menakar Paket Manfaat yang Pas untuk Sebuah Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta.

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2014). *Panduan Teknis Penggunaan Instrumen Penghitungan Estimasi Iuran PBI JKN*, Jakarta.

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2014). *Panduan Teknis Perhitungan Estimasi Iuran PBI JKN*, Jakarta.

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2014). *Studi Deskriptif Mengenai Kepesertaan Jamkesmas 2013 hingga menjadi PBI*, Jakarta.

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan dan Universitas Indonesia Consulting (2012). *Memberikan Jamkesmas Kepada Yang Berhak*, Jakarta.

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2014). *Laporan Hasil Spot Check Antrian Peserta JKN-BPJS di RS Jabodetabek*, Jakarta.

Universitas Indonesia, Lembaga Demografi, Demotix Website 2013.

World Bank (2009). *Impacts of Health Promotion and Disease Prevention Programs*, Adeyi, O., and others.

World Bank (2011). *Indonesia Economic Quarterly: Current Challenges, Future Potential*.

World Bank (2014). Regional Tobacco and Alcohol Tax Workshop, Manila Philippines, February.

World Health Organization (2011). Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2009). A Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing Smoke Free Environments, Geneva, Switzerland.

Xiaolu Bi; Tandon, Ajay; Cashin, Cheryl; Pandu Harimurti; Eko Pambudi; Langenbrunner, John. 2014. Fiscal space for universal health coverage in Indonesia : lessons from jamkesmas financing. East Asia and Pacific health matters. Washington, DC: World Bank Group, 2014.

TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia

Jl. Kebon Sirih No. 14 Jakarta Pusat 10110

Telepon : (021) 3912812

Faksimili : (021) 3912511

E-mail : info@tnp2k.go.id

Website : www.tnp2k.go.id

ISBN 9786022751489



9 786022 751489