

Tentang Penulis



Grace Esther Caroline Korompis adalah dokter umum lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi. Studi magister dalam bidang Manajemen Pelayanan Kesehatan di *University of New South Wales, Sydney, Australia, 2005-2006*. Kemudian melanjutkan ke jenjang doktoral di Amerika Serikat, tahun 2012-2017 dan mendapatkan gelar *Doctor of Public Health (DrPH)* dari *State University of New York, at Albany*.

Pengalaman kerja penulis sebagai dokter umum diawali di suatu klinik swasta di Minahasa, Sulawesi Utara dan juga Puskesmas Suluun dan Puskesmas Touluaan, saat itu bagian dari Kabupaten Minahasa Selatan, sebagai Kepala Puskesmas. Penulis juga aktif dalam organisasi PIJAK-PKBI Sulawesi Utara sebagai Koordinator Divisi Pelayanan Kesehatan dan Konseling, sebelum akhirnya memilih profesi tetap sebagai dosen di Universitas Sam Ratulangi.

Selama kuliah, penulis aktif dalam berbagai kegiatan kemahasiswaan dan kerohanian di kampus. Bersama dengan rekan-rekan mahasiswa, memimpin Senat Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unsrat sebagai Ketua Umum, serta terlibat aktif dalam pelayanan kerohanian Kristen di kampus.

Saat ini, penulis melaksanakan pekerjaan sebagai dokter umum dan juga pekerjaan sebagai tenaga pendidik di Universitas Sam Ratulangi, serta juga menunaikan tugas sebagai ibu rumah tangga dari keempat anaknya: Mel Dickson, Naomi Varine, Sofia Kristina dan Isabel Kristine, dan sebagai istri dari suami, Dr. Ir. Ben Juvarda Takaendengan, M.Si, sambil tetap melanjutkan berbagai penelitian kesehatan dan beberapa kegiatan kemasyarakatan dan sosial lainnya.

ISBN 978-623-5776-38-5 (EPUB)



9 786235 776385



Penerbit
**CV. PATRA MEDIA GRAFINDO
BANDUNG**
Jl. Dewi Sartika No. 175, Bandung
Telp/Fax: 022-2500000, 022-2500001
www.patramedia.com

dr. Grace E. C. Korompis, MHSM, DrPH

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL



CV. PATRA MEDIA GRAFINDO
BANDUNG

BUKU AJAR

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Oleh:
dr. Grace E. C. Korompis, MHSM, DrPH



Penerbit
**CV. PATRA MEDIA GRAFINDO
BANDUNG**

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
Buku Ajar

Penulis:
dr. Grace E. C. Korompis, MHSM, DrPH



Penerbit
CV. PATRA MEDIA GRAFINDO BANDUNG
2021

Jaminan Kesehatan Nasional

Penulis: dr. Grace E. C. Korompis, MHSM, DrPH

Editing dan lay-out : Tim Para Media Garfindo

Cetakan pertama Desember 2021

Cover Design by: CV. Patra Media Grafindo

Hak Cipta @ Pada Penulis Dilindungi (*All right reserved*)

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya, dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik, termasuk fotocopy, rekaman dan lain-lain tanpa izin tertulis dari penulis.

ANGGOTA IKAPI



Penerbit
CV. PATRA MEDIA GRAFINDO
BANDUNG

Jl. Jend. Sudirman No. 736 - Bandung
Telp./Fax: 022-6040938, HP: 081214466604
e-mail: luhut68@yahoo.co.id
website: www.patramedia.com

ISBN 978-623-5776-38-5 (EPUB)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur yang mendalam penulis haturkan kepada Tuhan Yang Maha Kasih atas berkat kemurahan-Nya buku ajar ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ajar ini membahas mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dari sisi teori dan hak praktis yang dipraktekkan saat ini. Penulisan buku ajar ini bermaksud memberikan bahan untuk peserta didik di program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, baik di tingkat sarjana maupun pasca sarjana yang membutuhkan pendalaman mengenai materi perkuliahan yang berkaitan dengan asuransi kesehatan dan/ atau JKN secara khusus. Proses penyusunan buku ajar ini melalui beberapa tahap yang diawali dengan melakukan pendalaman teori mengenai asuransi kesehatan dan JKN melalui studi literatur dan dilanjutkan dengan proses

diskusi yang melibatkan para pengajar di mata kuliah terkait dan juga mahasiswa. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya untuk semua pihak yang telah terlibat dalam penulisan buku ajar ini, secara khusus Bidang Akademik Universitas Sam Ratulangi dan Lembaga Pendidikan dan Pengembangan Pengajaran (LP3) Universitas Sam Ratulangi.

Sangat diharapkan bahwa buku ajar ini akan bermanfaat untuk peserta didik dan juga mereka yang membutuhkan pendalaman mengenai JKN. Disampaikan pula permohonan maaf yang sebesar-besarnya apabila masih banyak terdapat kekurangan dalam buku ini. Segala kritik dan saran akan diterima dengan senang hati untuk penyempurnaan buku ini.

Manado, Desember 2021
Penulis,
dr. Grace E. C. Korompis, MHSM, DrPH



DAFTAR SINGKATAN/ ISTILAH

BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DJSN	: Dewan Jaminan Sosial Nasional
Faskes	: Fasilitas Kesehatan
Fasyankes	: Fasilitas Layanan Kesehatan
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
INA-CBGs	: <i>Indonesia Case Base Group</i> , sistem pembayaran dengan paket berdasarkan penyakit
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamsostek	: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KHL	: Kehidupan Hidup Layak
NIK	: Nomor Induk Kependudukan
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
PBPU	: Pekerja Bukan Penerima Upah
PerMen	: Peraturan Menteri
PerPres	: Peraturan Presiden
Portabilitas	: Dapat diakses di semua wilayah
PPU	: Pekerja Penerima Upah
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
TKSK	: Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Istilah	ii
Daftar Isi	iii
Bab 1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	
1.1 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional	2
1.2 Mengapa Perlu JKN	3
1.3 Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN	4
Bab 2. Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional	
2.1 Manfaat	6
2.2 Alur Layanan	8
2.3 Pembiayaan	12
2.4 Dasar Hukum Sistem Jaminan Sosial Nasional	14
2.5 Kepesertaan	17
Bab 3. Pembiayaan Kesehatan dan JKN	
3.1. Latar belakang	30
3.2 Sistem Kesehatan & Sub-Sistem Pembiayaan Kesehatan	32
3.3 Upaya Kesehatan	40
3.4. <i>Universal Health Coverage</i>	46
3.5. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan	50
Bab 4. Skema dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	
4.1. Skema Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	57
4.2 Klasifikasi dari Skema Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	59
4.3 Sumber Skema Pembiayaan Kesehatan dan Klasifikasinya	64
Bab 5. Kendali Mutu dan Kendali Biaya JKN	
5.1. Masalah Pembiayaan JKN: Disparitas dan Eskalasi Biaya	69
5.2. Pengendalian Eskalasi Biaya Secara Menyeluruh	83
5.3. Pelaku Pengendalian Biaya dan Mutu UKP	84
Bab 6. Program JKN-Kartu Indonesia Sehat	
6.1. Pentingnya Program JKN-KIS	88
6.2. Identitas Peserta JKN-KIS	90
6.3. Cara Mendapatkan Kartu Peserta JKN-KIS	93
6.4. Hak dan Kewajiban Peserta	95
6.5. Kanal Layanan BPJS Kesehatan	97
6.6. Pendaftaran Peserta JKN-KIS	105

Bab 7. Sejarah Asuransi Kesehatan

7.1	Sejarah Asuransi Kesehatan di Dunia	124
7.2	Sejarah Asuransi Kesehatan di Indonesia	145
	Penutup	160
	Soal Latihan	161
	Referensi	168

BAB 1

PENGERTIAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

1.1 Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Kebersertaannya wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, dengan tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Seluruh penduduk Indonesia termasuk di dalamnya adalah populasi kunci yang memegang hak kesehatannya sesuai mandat UU ditanggung oleh negara. Hal ini yang selalu ditekankan agar populasi kunci dapat memahami dan mengerti serta berperan aktif dalam memenuhi hak individunya maupun hak kelompok terkait kesehatannya.

Diharapkan dengan adanya JKN seluruh rakyat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan kesehatan dasar. Populasi kunci yang rentan terhadap permasalahan kesehatan dapat

mengakses layanan-layanan yang ada sehingga meningkatkan kualitas kesehatannya baik secara individu maupun secara kelompok.

1.2 Mengapa Perlu JKN

Dalam perjalanannya biaya kesehatan tiap-tiap penduduk dari hari ke hari mengalami kenaikan, dan dengan perkembangan saat ini di mana telah terjadi pergeseran pola penyakit dari infeksi ringan menjadi degeneratif kronis (penyakit di mana fungsi organ atau struktur dari jaringan tubuh akan semakin memburuk dari waktu ke waktu).

Keadaan atau kondisi sakit tentunya akan berdampak pada aspek sosial dan ekonomi kehidupan seseorang. Sebagai ilustrasi sederhana jika seseorang menderita sakit, ini akan menjadi risiko individu di mana ia harus melakukan pembiayaan sendiri dengan jumlah yang tidak dapat diprediksi dan akan berdampak pada perekonomian keluarga.

Jika hal itu diubah menjadi resiko kelompok dengan mekanisme asuransi sosial yang bersifat wajib dengan prinsip gotong-royong dan iuran yang terjangkau maka dampak manfaatnya akan lebih luas dan berkelanjutan.

Populasi kunci sebagai bagian dari masyarakat dengan asumsi berisiko tinggi dalam permasalahan kesehatan akan sangat terbantu dengan adanya mekanisme ini, di mana proteksi sosial ekonomi serta akses dalam masalah kesehatan lebih terjaga walaupun masih tetap diperlukan perbaikan-perbaikan dalam menuju manfaat layanan kesehatan paripurna.

1.4 Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN

Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN mengacu pada prinsip pada SJSN.

- Prinsip Kegotong-royongan

Prinsip gotong-royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu. Peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau berisiko tinggi. Hal ini dapat terwujud karena sistem ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.

- Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS bukan untuk mencari laba/keuntungan. Sebaliknya tujuan utama adalah memenuhi kebutuhan peserta. Dana yang dikumpulkan dari peserta adalah dana amanat sehingga pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

- Prinsip Portabilitas

Prinsip ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

- Prinsip Kepersertaan Bersifat Wajib

Kepersertaan bersifat wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepersertaan bersifat wajib, penerapannya tetap

disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

BAB 2

PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

2.1. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat adalah faedah jaminan yang menjadi hak peserta dan anggota keluarganya. JKN terdiri dari dua jenis, yaitu: Manfaat medis berupa layanan kesehatan yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang diatur oleh BPJS Kesehatan.

Manfaat JKN mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Termasuk pelayanan obat dan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan preventif dan promotif meliputi:

- Penyuluhan kesehatan perorangan
- Imunisasi dasar
- Keluarga berencana
- Skrining kesehatan

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

- a. Pelayanan di luar prosedur
- b. Pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik
- d. *General check-up*/pengobatan alternatif
- e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan
- f. Pelayanan kesehatan saat bencana
- g. Percobaan bunuh diri penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri/bunuh diri/narkoba.

Pelayanan kesehatan yang dijamin meliputi:

- a) Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
 1. Administrasi kesehatan
 2. Pelayanan promotif dan preventif
 3. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
 4. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
 5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 6. Tranfusi darah sesuai kebutuhan medis
 7. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
 8. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi

- b) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
 1. Rawat jalan yang meliputi:
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter dan subspesial
 - c. Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
 - d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - e. Pelayanan alat kesehatan implan
 - f. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis
 - g. Rehabilitasi medis
 - h. Pelayanan darah
 - i. Pelayanan dokter forensik
 - j. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan

2. Rawat inap yang meliputi :
 - a. Perawatan inap non intensif
 - b. Perawatan inap di ruang intensif
 - c. Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri

Hal yang menjadi dasar dalam penerimaan manfaat disini adalah perbedaan besaran iuran tidak akan menyebabkan perbedaan dalam menerima layanan medis termasuk obat-obatan, tetapi yang akan menjadi pembeda hanyalah ruangan atau kelas dalam fasilitas rawat inap.

2.2 Alur Layanan JKN

Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada JKN yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horisontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan dan seluruh fasilitas kesehatan.

ALUR PELAYANAN KESEHATAN JKN



Sesuai dengan bagan alur layanan yang ada peserta melakukan pemeriksaan pada fasilitas layanan tingkat pertama, dan jika diperlukan rujukan maka akan diberikan Surat Rujukan kepada fasilitas layanan sekunder / tersier tergantung layanan yang dibutuhkan. Akan tetapi dalam kondisi darurat peserta dapat

langsung menuju rumah sakit/ layanan kesehatan sekunder /tersier.

Tata cara sistem rujukan berjenjang akan dijelaskan secara lebih detail sebagai berikut:

1. Sistem rujukan layanan kesehatan akan dilakukan secara berjenjang sesuai kondisi
 - a. Dimulai pada fasilitas kesehatan tingkat pertama
 - b. Jika diperlukan akan dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
 - c. Apabila dibutuhkan dan tidak terdapat layanan di fasilitas kesehatan sekunder akan dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier.
2. Pelayanan di fasilitas kesehatan primer yang dapat dirujuk langsung ke fasilitas kesehatan tersier hanya untuk kasus yang telah ditegaskan diagnosis nya dan rencana terapinya. Dan layanan hanya tersedia di fasilitas kesehatan tersier.
3. Ketentuan layanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
 - a. Kondisi kegawatdaruratan
 - b. Bencana
 - c. Kekhususan permasalahan kesehatan klien
 - d. Pertimbangan geografis
 - e. Pertimbangan kesediaan fasilitas
4. Pelayanan oleh bidan dan perawat
 - a. Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan tingkat pertama
 - b. Bidan dan perawat hanya dapat memberikan rujukan ke dokter pemberi layanan di tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat

5. Rujukan parsial
 - a. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi layanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian rawatan pasien.
 - b. Apabila pasien adalah pasien rujukan parsial, maka penjamin pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk.

2.2.1. Alur rujuk balik

Program layanan rujuk balik diberikan kepada peserta BPJS penderita penyakit kronis, yang sudah terkontrol/stabil namun masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan dalam jangka waktu panjang.

Peserta yang berhak memperoleh obat PRB (Program Rujuk Balik) peserta dengan penyakit kronis yang telah ditetapkan dalam kondisi stabil oleh dokter spesialis dan telah mendaftarkan diri untuk menjadi pesertarujukbalik.

Mekanisme pendaftaran peserta rujuk balik:

1. Peserta mendaftar pada petugas pojok PRB dengan menyertakan:
 - a. Kartu identitas peserta BPJS Kesehatan
 - b. Surat rujuk balik dari dokter spesialis
 - c. Surat elijibilitas peserta dari BPJS Kesehatan
 - d. Lembar resep obat/salinan resep

2. Peserta mengisi formulir pendaftaran peserta PRB
3. Peserta menerima buku kontrol peserta PRB

2.3. Pembiayaan

Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan (Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan).

Setiap peserta wajib membayarkan iuran yang besarnya berdasarkan presentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI).

- Bagi peserta PBI jaminan kesehatan dibayarkan oleh pemerintah
- Bagi peserta pekerja penerima upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja
- Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dibayar oleh peserta yang bersangkutan.

Sedangkan tatacara pembayaran kepada fasilitas kesehatan:

- BPJS Kesehatan membayarkan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan kapitasi (sistem pembayaran kapitasi adalah cara pembayaran oleh pengelola dana kepada penyelenggara kesehatan primer untuk pelayanan yang diselenggarakannya, yang besar biayanya tidak dihitung berdasarkan jenis ataupun jumlah layanan melainkan berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggungan (Eastaugh1981;Weeks,1979)
- Sedangkan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan BPJS membayarkan dengan cara INA CBG's (sistem paket)
- Jika suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.

- Pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan dibayar dengan penggantian biaya, yang ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut.
- BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim lengkap diterima.

2.4. Dasar Hukum

Landasan hukum dalam melaksanakan SJSN antara lain adalah:

Undang – Undang (UU) Republik Indonesia:

- UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia :

- Perpres RI No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- Perpres RI No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
- Perpres RI No. 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
- Perpres RI No. 108 Tahun 2013 tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial
- Perpres RI No. 109 Tahun 2013 tentang Penahapan Kepersertaan Program Jaminan Sosial
- Perpres RI No. 107 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu berkaitan dengan Kegiatan
- Perpres RI No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN
- Perpres RI No. 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Perpres No. 12 Tahun 2013
- Perpres RI No. 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Perpres No. 12 Tahun 2013

Peraturan dan Keputusan setingkat Menteri Republik Indonesia:

- Keputusan Menteri Kesehatan No. 326 Tahun 2013 tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Menteri Keuangan RI No. 206 Tahun 2013 tentang Tatacara Penyediaan, Pencairan dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- Peraturan Menteri Keuangan No. 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Keuangan RI No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN
- Peraturan Menteri Keuangan RI No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis INA- CBGs
- Peraturan Menteri Keuangan RI No. 59 Tahun 2014 tentang Tarif JKN
- Keputusan Menteri Sosial RI No. 170/HUK/2015 tentang Penerima Bantuan Iuran 2016
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/Menkes/523/2015 tentang Formularium Nasional
- Peraturan Menteri Keuangan No. 99 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan setingkat badan pelaksana:

- Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2014 tentang Unit Pengendali Mutu dan Penanganan Pengaduan Peserta

- Peraturan BPJS Kesehatan No. 3 Tahun 2014 tentang Kepatuhan
- Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2015 tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Bagi Pekerja bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja
- Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 32 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Tatacara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran bagi PPU dan BP

UU serta peraturan-peraturan mengenai jaminan kesehatan cukup beragam serta dinamis yang menyesuaikan dengan kondisi terkini kebutuhan masyarakat. Meski belum seluruh permasalahan terkait JKN dapat terpecahkan tetapi banyak mengalami perbaikan menuju pelaksanaan yang lebih baik. Perbaikan ini terjadi mulai dari tingkatan yang teratas hingga peraturan mengenai teknis pelaksanaan, yang menjadi pegangan bagi populasi kunci untuk dapat memenuhi hak-haknya terkait dengan jaminan kesehatan.

Oleh sebab itu akan selalu ada peraturan yang terbaru untuk menyempurnakan sistem pelayanan JKN demi keuntungan masyarakat.

2.5. Kepesertaan

Perpres RI No. 111 Tahun 2013 Pasal 6 menyatakan:

Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Di dalam UU SJSN diamanatkan bahwa seluruh penduduk wajib menjadi peserta jaminan kesehatan termasuk Warga Negara Asing (WNA) yang tinggal di Indonesia lebih dari enam bulan. Untuk menjadi peserta harus membayar iuran jaminan kesehatan. Bagi yang mempunyai upah/gaji, besaran iuran berdasarkan persentase upah/gaji yang dibayar oleh pekerja dan pemberi kerja. Bagi yang tidak mempunyai gaji/upah besaran iurannya ditentukan dengan nilai nominal tertentu, sedangkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu membayar iuran maka iurannya ditanggung oleh pemerintah.



2.5.1. Kepesertaan Mandiri

Peserta mandiri adalah bukan penerima bantuan iuran, yang termasuk dalam kategori ini adalah:

2.5.1.1 Pekerja Penerima Upah

Pekerja penerima upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima upah atau gaji:

- Pegawai Negeri Sipil
- Anggota TNI/ Polri
- Pejabat Negara
- Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
- Pegawai Swasta
- Pekerja yang tidak termasuk di atas yang menerima upah.

Pekerja penerima upah dapat menyertakan anggota keluarga yang lain seperti yang dijelaskan dalam Perpres No. 12 tahun 2013, Pasal 5, yaitu:

- Suami/istri yang sah dari peserta.
- Anak kandung/anak tiri dan atau anak angkat yang sah dari peserta. Dengan kriteria:
 - Tidak atau belum menikah atau mempunyai penghasilan sendiri.
 - Belum berusia 21 tahun atau 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Bagi pekerja yang mengalami Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) atau disabilitas tetap terdapat mekanisme yang telah

diatur yaitu:

Bagi pekerja yang dalam masa enam bulan tidak mampu kembali bekerja akan dimasukkan dalam kategori PBI sedangkan yang dalam jangka waktu enam bulan dapat bekerja kembali dapat memperpanjang status dan melanjutkan pembayaran iuran.

2.5.1.2 Pekerja Bukan Penerima Upah

Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat enam bulan.

- Notaris/Pengacara/LSM dan sebagainya
- Dokter praktik swasta/Bidan swasta dan sebagainya
- Pedagang/Penyedia Jasa dan sebagainya
- Petani/Peternak/Nelayan dan sebagainya
- Pekerja Mandiri lainnya

2.5.1.3 Bukan pekerja

- Investor
- Pemberi kerja
- Penerima pensiun
- Veteran
- Perintis kemerdekaan
- Bukan pekerja yang tidak termasuk kriteria di atas

Bayi yang baru lahir

Bayi dapat didaftarkan terhitung sejak terdeteksi adanya denyut jantung bayi dalam kandungan, yang dibuktikan dengan melampirkan surat keterangan dokter atau bidan. Surat keterangan dokter paling sedikit mengandung informasi mengenai deteksi denyut jantung, usia bayi dalam kandungan, dan hari perkiraan lahir. Mengisi formulir daftar isian peserta seperti pendaftaran perorangan dan diserahkan ke kantor BPJS terdekat. Iuran pertama dilakukan paling cepat setelah bayi dilahirkan dalam keadaan hidup dan paling lambat 30 hari kalender setelah perkiraan lahir.

2.5.3 Peserta Penerima Bantuan Iuran

Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak (Kebutuhan Hidup Layak yang selanjutnya disingkat KHL adalah standar kebutuhan yang harus dipenuhi oleh seorang pekerja/buruh lajang untuk dapat hidup layak baik secara fisik, non fisik dan sosial, untuk kebutuhan 1 (satu) bulan.) bagi kehidupan diri dan/ atau keluarga. Standar kehidupan yang layak diatur berdasarkan Keputusan Menteri Tenaga Kerja No. 13 Tahun 2012.

Orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber

mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya maupun keluarga.

Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdaftar sesuai dengan Peraturan Menteri Sosial No. 146 Tahun 2013.

Kategori fakir miskin dan orang tidak mampu:

a. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdaftar.

b. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum terdaftar.

Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum terdaftar terdapat di dalam lembaga kesejahteraan sosial maupun di luar lembaga kesejahteraan sosial yang terdiri atas:

- Gelandangan
- Pengemis
- Perseorangan dari komunitas adat terpencil
- Perempuan rawan sosial ekonomi
- Korban tindak kekerasan
- Pekerja migran bermasalah sosial
- Masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat
- Perseorangan penerima manfaat lembaga kesejahteraan sosial
- Penghuni rumah tahanan/lembaga pemasyarakatan
- Penderita thalassemia mayor

- Penderita Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)
- Peserta program keluarga harapan menggunakan kartu keluarga harapan

- Penerima bantuan langsung sementara masyarakat
- Perseorangan penerima program beras miskin

Cara Pendaftaran peserta PBI APBN

Pendaftaran PBI tidak dapat dilakukan secara perorangan, tetapi melalui proses verifikasi, validasi, dan penetapan sasaran menjadi PBI sebagaimana telah diatur oleh Kementerian Sosial RI. Informasi selanjutnya dapat menghubungi Dinas Sosial kab/kota. Di tingkat daerah, pendaftaran penduduk PBI APBD diatur tersendiri oleh Pemerintah Daerah (Pemda) masing-masing. Pada umumnya, penduduk yang didaftarkan oleh Pemda adalah penduduk miskin dan tidak mampu yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas atau PBI APBN.

Mekanisme Verifikasi PBI

Kegiatan verifikasi PBI jaminan kesehatan pengganti merupakan pemutakhiran basis data terpadu. Pemutakhiran data diawali dengan kegiatan musyawarah desa/musyawarah kelurahan untuk mengusulkan PBI pengganti. Kemudian dilakukan verifikasi oleh Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK). Sebelum melakukan verifikasi PBI pengganti. Hasil verifikasi dikirim ke pusat basis data terpadu untuk memperbaharui Basis Data PBI. Kemudian dilakukan analisis terhadap data tersebut. Pendaftaran PBI tidak melalui Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan. Sehingga silakan menghubungi Dinas Sosial Kabupaten / Kota setempat untuk informasi lebih lanjut tentang PBI. Selanjutnya berdasarkan Peraturan Pemerintah

Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan bahwa data Penerima Bantuan Iuran (PBI) setiap 6 bulan akan dilakukan validasi oleh Kementerian Sosial. Menteri Sosial telah menetapkan kriteria dan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu melalui Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu.

Bagi sebagian populasi kunci untuk mengakses PBI cukup bermasalah dikarenakan persoalan identitas diri berupa KTP, KK, ataupun NIK yang tidak dimiliki. Sedangkan identitas diri merupakan syarat mutlak yang wajib terpenuhi bagi warga negara yang akan memperoleh JKN.

Dalam mengatasi hal ini bagi populasi kunci dapat mengakses melalui mekanisme PBI yang kita ketahui mempunyai mekanisme pembiayaan melalui APBN dan APBD. Bagi populasi kunci yang mengalami kesulitan dalam mengakses layanan BPJS diharapkan mencoba melalui mekanisme pembiayaan APBD yang mana di masing-masing wilayah atau daerah mempunyai kebijakan-kebijakan lokal yang berbeda. Untuk itu peran aktif dalam mencari informasi pada Dinas Sosial setempat dan melakukan upaya pendekatan. Dengan mendaftarkan diri baik kepada Dinas Sosial setempat sebagai bagian dari penerima bantuan yang berhak dapat dilihat pada Bab pembahasan mengenai PBI. Yang utama di sini adalah kesediaan diri dari populasi kunci untuk identitasnya didata dan serahkan serta digunakan oleh Dinas Sosial. Untuk mempermudah mekanisme ini jaringan atau LSM dapat mengorganisir populasi kunci yang bersedia

identitas dirinya diserahkan dan menjadi jembatan atau pendamping bagi mereka yang kurang memiliki pemahaman mengenai hal ini serta melakukan upaya advokasi di tingkat daerah untuk dapat mengakses pembiayaan melalui APBD.

Hal berikutnya yang dapat dilakukan adalah dengan mengurus identitas kependudukan seperti alur yang telah disebutkan berikut ini.

ALUR PELAYANAN DAN PEMBENTUKAN DATA PENDUDUK



Pendaftaran penduduk

Dua hal yang penting dalam pendaftaran penduduk adalah:

- A. Pemberian Nomor Induk Kependudukan (NIK) kepada seluruh penduduk Indonesia.
- NIK adalah identitas penduduk dan merupakan kunci akses dalam melakukan verifikasi dan validasi data diri seseorang guna mendukung pelayanan publik.
 - NIK bersifat unik atau khas, tunggal dan melekat kepada seseorang yang terdaftar sebagai penduduk.

B. Pendataan penduduk rentan administrasi kependudukan Menindaklanjuti Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 11 Tahun 2010 tentang Pedoman Pendataan dan Penerbitan Dokumen Kependudukan bagi Penduduk Rentan Administrasi, dan Surat edaran Menteri Dalam Negeri No. 470/41/MD Tahun 2010. Perihal petunjuk pemutakhiran data kependudukan bagi penduduk rentan administrasi kependudukan. Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil dan Dinas Sosial melakukan pendataan terhadap orang terlantar yang telah ditampung di panti dan rumah singgah binaan Dinas Sosial dan juga memberikan penggantian dokumen administrasi kependudukan. Hal inilah yang dapat dimanfaatkan oleh populasi kunci rentan administrasi kependudukan melalui Dinas Sosial di wilayahnya. Terdapat beberapa masalah terkait NIK maupun identitas ganda di masyarakat sehingga menyebabkan permasalahan dalam pendataan. Contoh kasus berita yang dimuat mengenai data kependudukan di wilayah Bogor.

Kepala Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Bogor, Dodi Achadiyat, mengatakan 10 persen data kependudukan warga Kota Bogor bermasalah pada bagian nomor induk kependudukan (NIK). "(Sebanyak) 10 persen dokumen kependudukan warga Kota Bogor bermasalah dengan NIK," katanya di Bogor, Jawa Barat, Kamis (4/2/2016). Ia mengungkapkan, permasalahan tersebut seperti ada warga yang belum memiliki NIK karena tidak pernah melakukan pelayanan dokumen kependudukan, sudah meninggal dunia, NIK ganda, dan satu nomor induk memiliki dua nama. "Ada yang punya NIK, tetapi ganda. Ada satu nomor, tapi dimiliki dua orang," ujarnya. Menurutnya, NIK yang bermasalah ini memengaruhi dokumentasi kependudukan Kota Bogor, terutama dalam penyaluran Kartu Indonesia Sehat (KIS) Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang sedang dilaksanakan pemerintah daerah bersama BPJS Kesehatan. "NIK diperlukan untuk mendistribusikan KIS-PBI, karena tanpa NIK tidak bisa dilacak identitas kependudukan," katanya. Ia mengungkapkan, warga Kota Bogor tidak akan memiliki NIK kalau tidak mengurus dokumentasi kependudukan di Disdukcapil. Data dari perekaman terdapat 641.377 orang yang memiliki NIK dari 778.664 wajib KTP. "Hasil rekaman data kependudukan per Desember 2015, jumlah penduduk Kota Bogor sebanyak 984.060 jiwa, terdiri atas 501.165 laki-laki dan 482.895 perempuan," katanya. Dodi mengungkapkan, pihaknya akan melakukan inventarisasi merekam ulang data kependudukan Kota Bogor agar semua warga yang wajib ber-KTP sudah memiliki NIK. Ini dilakukan bersama Dinsosnakertrans pada Februari dan Juni 2016. Pada tahun ini, tutur Dodi,

Disdukcapil Kota Bogor sudah memiliki mobil layanan KTP keliling yang akan melayani di pusat-pusat keramaian seperti mal. Disdukcapil juga akan memperluas layanan dengan menyediakan akses kependudukan di setiap kecamatan. "Kami mengajak masyarakat untuk melengkapi data kependudukannya agar hal-hal yang berkaitan dengan bantuan pemerintah ini bisa tersalurkan kepada masyarakat secara tepat sasaran," katanya.

Hal seperti inilah yang banyak terjadi di banyak wilayah sehingga menyulitkan untuk memperbaharui data bagi peserta penerima PBI, dan harus banyak dilakukan kemudahan serta sosialisasi mengenai tata cara kepengurusan agar masyarakat/populasi kunci yang mempunyai permasalahan terkait data kependudukan dapat melakukan pengurusan.

BAB 3

PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN JKN

3.1. Latar Belakang

Salah satu komponen yang sangat berperan dalam pembangunan kesehatan adalah pembiayaan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan belanja pemerintah untuk kesehatan. Dalam UU nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa guna mencapai pembangunan kesehatan yang merata, efektif dan efisien di Indonesia, dibutuhkan sekurang-kurangnya 5 persen dari total Anggaran Pendapatan Belanja Nasional (APBN) untuk pembiayaan kesehatan. Namun, faktanya, dari hasil perhitungan oleh tim *National Health Account* (NHA) UI didapat bahwa total anggaran kesehatan terhadap APBN tahun 2015 adalah hanya 3.75%. Namun, untuk tahun 2016, telah disahkan anggaran untuk kesehatan dari APBN menjadi 5%.

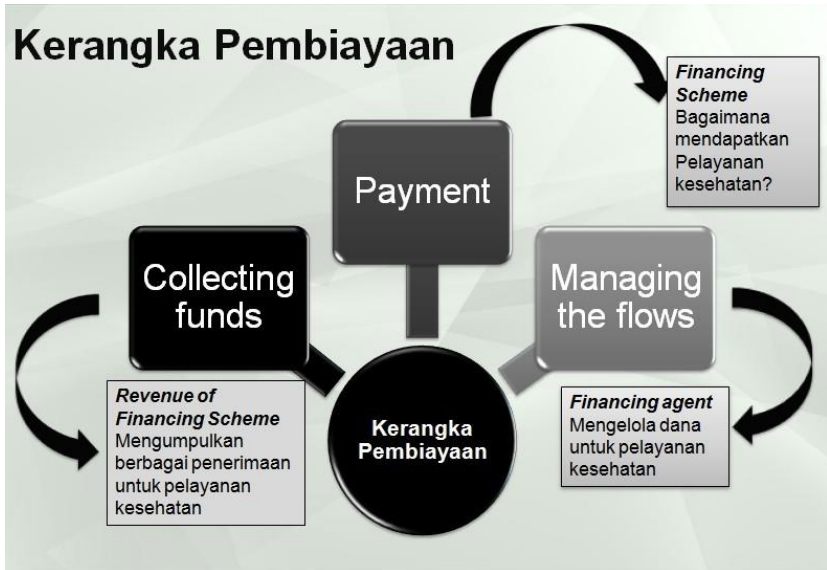
Hal ini akan mendorong kepada reformasi pembiayaan kesehatan di Indonesia, akan sangat penting seluruh komponen dan stakeholder yang berperan dalam pelaksanaan JKN untuk memahami secara menyeluruh terkait isu pembiayaan dan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Pembiayaan pelayanan kesehatan dapat digambarkan terdiri 3 unsur utama, yaitu Pengumpulan dana kesehatan (*collecting fund*), pembayaran dana kesehatan (*payment*), dan pengelolaan dana kesehatan (*managing the flow*).

Pengumpulan dana kesehatan (*collecting fund*) akan menghasilkan pemasukan (*revenue*) bagi skema pembiayaan kesehatan. Pemasukan ini dapat bersumber dari berbagai penerimaan. Di sisi lain, pembayaran (*payment*) adalah jawaban dari persoalan terkait bagaimana orang-orang

mendapatkan suatu pelayanan kesehatan. Sedangkan pengelolaan dana kesehatan (*managing the flow*) adalah manajemen tertentu dalam pengelolaan dana untuk pelayanan kesehatan.

Kerangka pembiayaan kesehatan seperti diuraikan di atas dapat dijelaskan dalam diagram berikut ini.



Bagan 2.1. Kerangka pembiayaan pelayanan kesehatan

Di sisi lain, fungsi pembiayaan dalam sistem asuransi kesehatan terdiri dari (i) *collecting*, (ii) *pooling*, dan (iii) *purchasing*. *Collecting* adalah mengumpulkan iuran dari peserta (kalau untuk PBI dari pemerintah). *Pooling* adalah mengumpulkan iuran tersebut dalam satu pool yang cukup besar (BPJS). *Purchasing* adalah membayar faskes sedemikian rupa untuk menjamin mutu dan efisiensi, misalnya melalui mekanisme CBG dan kapitasi.

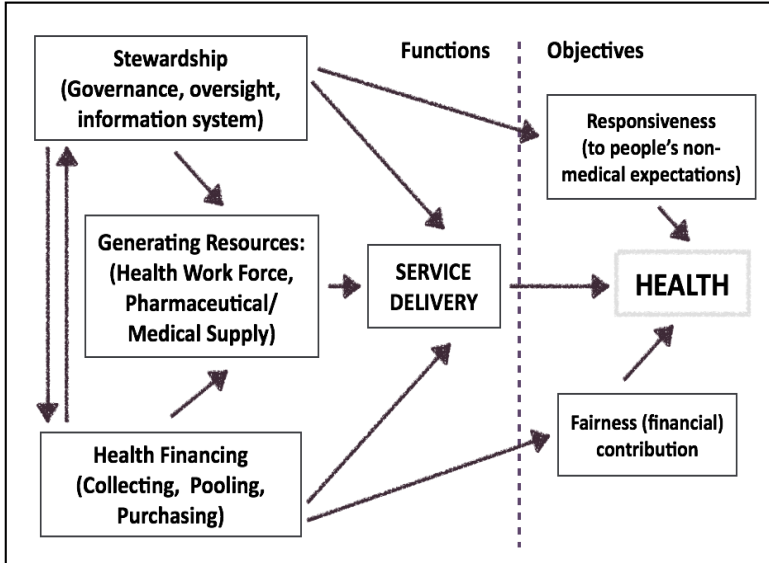
3.2. Sistem Kesehatan dan Sub-Sistem Pembiayaan Kesehatan

Sistem kesehatan merupakan sebuah tatanan yang menghasilkan upaya kesehatan dengan memegang teguh prinsip-prinsip berikut ini:

1. Tujuan akhir Sistem Kesehatan adalah memperbaiki derajat kesehatan penduduk
2. Tujuan dari sistem kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang komprehensif, efektif, bermutu, efisien, merata, berkeadilan dan berkesinambungan
3. Tujuan tersebut tidak tercapai dengan baik kalau elemen-elemen fungsi sistem kesehatan tidak berfungsi dengan baik, dan berintegrasi secara sinergis.
4. Salah satu elemen penting fungsi sistem kesehatan adalah sistem pembiayaan kesehatan.

Tujuan sistem kesehatan (nasional) adalah meningkatkan dan memelihara status kesehatan penduduk, responsif terhadap kebutuhan non-medis penduduk dan mewujudkan keadilan (*fairness*) dalam kontribusi pembiayaan. Untuk mencapai tujuan tersebut, sistem kesehatan perlu melaksanakan 4 fungsi utama. Salah satu fungsi utama tersebut adalah pembiayaan kesehatan (*health financing*), disamping fungsi "stewardships", mobilisasi sumberdaya (investasi dan pendidikan/latihan SDM) dan penyediaan pelayanan kesehatan (WHO, 2000).

Hal tersebut dapat digambarkan seperti diagram berikut ini:

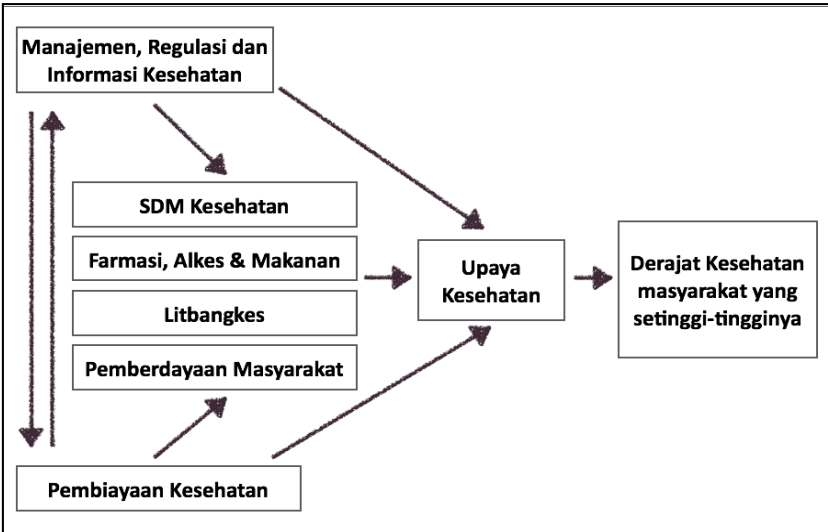


Bagan 2.2. Kerangka sistem kesehatan

Di sisi lain, menurut format/kerangka SKN sesuai Perpres-72/2014, Sistem Kesehatan memiliki 7 fungsi, yaitu:

- 1.Regulasi, kebijakan, tata kelola, sistem informasi
- 2.SDM Kesehatan
- 3.Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan
- 4.Penelitian dan pengembangan (Litbang) kesehatan
- 5.Pemberdayaan masyarakat
- 6.Pembiayaan kesehatan
- 7.Upaya kesehatan yang mencakup kegiatan UKM dan UKP

Interaksi secara sinergis ke-tujuh elemen-elemen Sistem Kesehatan Perpres-72/2014 tersebut di atas dapat dijelaskan dalam diagram berikut:



Bagan 2.3. Sistem Kesehatan Nasional (Perpres No. 72 tahun 2012)

Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Sub sistem pembiayaan kesehatan dalam SKN bertujuan untuk menjamin tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara efisien (allocative efficiency) dan menunjang pemerataan yang adil, dimanfaatkan secara efektif dan efisien, tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan di Indonesia. Dewasa ini, hampir semua negara mengalami beban pembiayaan yang semakin berat. Beban berat ini berkaitan dengan pertambahan jumlah penduduk, transisi pola penyakit yang menimbulkan beban ganda, inflasi biaya pelayanan kesehatan serta inflasi ekonomi secara keseluruhan. SKN sendiri mengidentifikasi

masalah strategis dari pembiayaan kesehatan, terutama meliputi:

1. Belum seluruh masyarakat terlindungi secara optimal terhadap beban pembiayaan kesehatan
2. Terbatasnya dana operasional Puskesmas dalam rangka melaksanakan program dan kegiatan untuk mencapai target-target kesehatan yang ditetapkan oleh masyarakat global, pemerintah pusat maupun pemerintah daerah
3. Belum terpenuhinya kecukupan pembiayaan kesehatan yang diikuti efisiensi dan efektivitas penggunaan anggaran
4. Belum adanya pertimbangan kebutuhan biaya pelayanan kesehatan terutama program prioritas sebagaimana yang telah disepakati bersama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan
5. Masih terbatasnya peraturan perundang-undangan yang mendukung pencapaian jaminan kesehatan, hal ini terkait dengan terbatasnya kemampuan manajemen pembangunan kesehatan.

Dalam subsistem pembiayaan kesehatan, ada 5 (lima) fungsi Sistem Pembiayaan Kesehatan, yaitu sebagai berikut:

1. Menentukan apa yang akan dibiayai
2. Menghitung kebutuhan biaya (*costing*)
3. Menentukan bagaimana membiayainya (*source*)
4. Memanfaatkan biaya tersebut (*allocating, budgeting, purchasing*)
5. Melakukan evaluasi penggunaan anggaran

(efektivitas, efisiensi, dan akuntabilitas)

Apa yang dibiayai?

Secara komprehensif, ada 3 elemen dalam Sistem Kesehatan yang perlu dibiayai:

1. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)
2. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
3. Tata kelola (administrasi)

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) terbagi dalam kegiatan: (i) promotif, (ii) preventif dan (iii) surveilans (skrining, diagnosis dini dan pengobatan segera), yang diselenggarakan dengan menggerakkan masyarakat dan mesin birokrasi pemerintah.

Pada tahun 2015, upaya kesehatan masyarakat di tingkat Puskesmas dirumuskan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan tahun 2015. SPM terbaru ini dituangkan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 sebagai pengganti Permenkes Nomor 741/Menkes/PER/VII/2008 tentang SPM Kabupaten/Kota.

Indikator kinerja dan target SPM kesehatan 2015 di tingkat kabupaten/kota ditetapkan sebagai berikut:

- 1) Promosi Kesehatan
 - a) Promosi Kesehatan di Sekolah Pendidikan Dasar; promosi Kesehatan di Sekolah Pendidikan Dasar (minimal satu kali dalam satu tahun di wilayah kerja).
 - b) Promosi Kesehatan Di Puskesmas dan Jaringannya

- c) Promosi pemberdayaan Masyarakat di bidang kesehatan minimal sebulan sekali oleh Puskesmas
- 2) Skrining dan Pelayanan Kesehatan Berdasar Daur Kehidupan:
- a) Paket Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Di Puskesmas dan Jaringannya
 - b) Paket pertolongan persalinan oleh tenaga puskesmas dan jaringannya
 - c) Paket pertolongan bagi Bayi Baru Lahir di Puskesmas dan Jaringannya
 - d) Paket Pelayanan Kesehatan Usia Bawah Lima Tahun (Balita) di Puskesmas dan Jaringannya
 - e) Skrining Kesehatan Siswa Pendidikan Dasar
 - f) Skrining Kesehatan Penduduk Remaja di Puskesmas
 - g) Skrining Kesehatan Penduduk Dewasa dan Deteksi Dini Kanker di Puskesmas
 - h) Skrining Kesehatan Lansia (Usia 60 th Keatas) di Puskesmas dan RSUD
- 3) Pemeriksaan Penyakit Menular
- a) Pemeriksaan dan Pengobatan Tuberkulosis di Puskesmas dan RSUD
 - b) Pemeriksaan Terduga HIV dan AIDS di Puskesmas dan RSUD
- 4) Inspeksi Kesehatan Lingkungan dan Penanggulangan KLB
- a) Inspeksi Kesehatan Lingkungan di Sekolah Pendidikan Dasar
 - b) Inspeksi kesehatan Lingkungan di Pasar Tradisional

c) SKDR Dalam Waktu Kurang Dari 24 Jam

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) adalah upaya pengobatan/penyembuhan dan rehabilitasi serta upaya promotif dan dan prefentif yang bersifat perorangan. Pelaksanaan UKP dilakukan di (i) Fasilitas Pelayanan Primer (FKTP) termasuk Puskesmas, dokter praktek perorangan, klinik pengobatan, (ii) Fasilitas Pelayanan Sekunder yang dilakukan oleh tenaga spesialis, dan (iii) fasilitas pelayanan tersier yang dilakukan oleh tenaga medis sub-spesialis. Tata kelola adalah kegiatan-kegiatan administrasi dan penunjang yang dilaksanakan oleh pemerintah, yaitu: (i) kementerian kesehatan, (ii) Dinas Kesehatan Propinsi- ada 34, (iii) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota-ada 540 dan (iv) Puskesmas- ada 9.741.

Berapa besar biayanya?

Tidak mudah menjawab pertanyaan tersebut karena analisis biaya (costing) sangat jarang dilakukan oleh bangsa kita. Untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) besar biaya yang dibutuhkan mencakup total biaya yang dibutuhkan dalam penyelenggaran Jaminan Kesehatan Nasional, yang sampai sekarang masih dicari besaran kecukupannya. Sedangkan untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) besarnya biaya yang dibutuhkan sangat bervariasi antara wilayah. Selama ini besarnya ditetapkan dalam penyusunan rencana dan anggaran program UKM. Sementara, untuk tata kelola utamanya adalah biaya investasi kantor Kementerian kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan

Kabupaten/kota dan Puskesmas (sebagai pembina kesehatan wilayah kecamatan) ditambah biaya operasional (gaji, perjalanan, BHP, dan biaya operasional lainnya). Guna mengetahui total biaya yang dibutuhkan untuk UKM, UKP dan tata kelola masih merupakan tantangan besaat dalam memenuhi kebutuhan akan sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Dari mana sumber pembiayaannya?

Untuk UKM, anggaran tersebut dibelanjakan sesuai dengan rencana dan anggaran masing-masing program UKM.

Untuk UKP, anggaran tersebut bisa dibelanjakan melalui mekanisme (i) budget, (ii) CBG, (iii) kapitas, dan (iv) fee for service sesuai tarif dan utilisasi.

Untuk tata kelola anggaran pemerintah diturunkan dalam bentuk rencana dan anggaran (budget) kementerian kesehatan, Dinas kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, yaitu untuk membayar belanja barang modal, gaji, perjalanan, utilities dan lain sebagainya.

3.3. Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan adalah semua upaya yang dilakukan secara terencana untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kadang-kadang disebut program kesehatan dan pelayanan kesehatan (health service). Health Service sering dikaitkan dengan upaya penyembuhan atau kuratif, tidak termasuk “pelayanan kesehatan masyarakat” seperti pemberantasan vektor penyakit, sanitasi lingkungan dan penyuluhan massal.

Upaya kesehatan sering juga disebut program kesehatan, misalnya Program Malaria, Program Gizi, Program Pengendalian PTM (Penyakit Tidak Menular), Program Sanitasi dan lain sebagainya.

Program kesehatan ditargetkan waktu pencapaiannya, kecukupan dana, SDM, dan sarana.

Leavel dan Clark (1965) menemukan konsep “5 jenjang pelayanan komprehensif,” yaitu: (1) program promotif, (2) program preventif, (3) program surveilans, (4) program pengibatan dan (5) program Rehabilitasi.

Promosi Kesehatan

Kegiatan promosi kesehatan terus dilakukan dengan sasaran komunitas atau perorangan, terlepas apakah komunitas atau perorangan tersebut ada dalam lingkungan kesehatan berisiko. Ini termasuk misalnya PHBS, memakan makanan bergizi, olahraga, membagi waktu hidup secara serasi (misalnya untuk rekreasi dan bersosialisasi).

Upaya preventif

Kegiatan preventif dilakukan karena ada risiko kesehatan.

Misalnya, karena ada virus campak di sekitar penduduk, maka anak-anak diberikan vaksinasi campak. Seperti kejadian asap di beberapa Provinsi di Indonesia beberapa waktu lalu, maka di wilayah asap tersebut penduduk dianjurkan menggunakan masker.

Program surveilans

Kegiatan surveilans dilakukan untuk menjangkau (skrining) apakah ada penduduk yang terpapar pada risiko kesehatan yang sudah menjadi sakit. Tujuannya adalah untuk menemukan kasus tersebut sedini mungkin (diagnosis dini), kemudian melakukan pengobatan secepat mungkin (pengobatan segera atau "prompt treatment"). Penimbangan balita untuk menemukan balita kurang gizi, IVA untuk mendeteksi Ca- servix pada tingkat dini, prakter "SADAR" untuk mendeteksi Ca-payudara, adalah contoh-contoh surveilans penyakit.

Pengobatan (kuratif)

Kegiatan kuratif adalah pelayanan pengobatan untuk memulihkan orang sakit dan meminimalisasi disabilitas/kecacatan. Pengobatan bisa dilakukan oleh tenaga non- spesialis (pengobatan primer), oleh tenaga spesialis (pengobatan sekunder) dan oleh tenaga sub-spesialisasi (pengobatan tertier).

Rehabilitasi

Kegiatan rehabilitasi adalah upaya memulihkan kapasitas seseorang sesudah sembuh dari penyakit tetapi mengalami disabilitas atau ketidak mampuan. Kegiatan rehabilitasi termasuk di dalamnya fisioterapi, terapi okupasi dan sosial

bagi penderita jiwa baru sembuh.

UKM dan UKP

Secara umum, upaya kesehatan dibagi 2 (dua) kelompok, yaitu (i) Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), dan (ii) Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

- a. Sasarannya adalah komunitas atau kelompok masyarakat
- b. Intervensinya mengutamakan kegiatan promotif, preventif dan surveilans
- c. Intervensinya dilakukan melalui penggerakan (i) mesin sosial (kelompok masyarakat kader, tokoh masyarakat, dan (ii) mesin birokrasi (misalnya bupati, camat, kepala desa).
- d. Lebih bersifat “public good”
- e. Pembiayaan menjadi tanggung jawab pemerintah

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

- a. Sasarannya adalah perorangan
- b. Intervensinya mengutamakan pada pengobatan dan rehabilitasi atau pelayanan promotif dan preventif yang bersifat perorangan
- c. Intervensinya dilakukan melalui fasilitas pelayanan kesehatan (primer, sekunder, tertier)
- d. Lebih bersifat “private good”
- e. Pembiayaan menjadi tanggung jawab masyarakat dan pemerintah

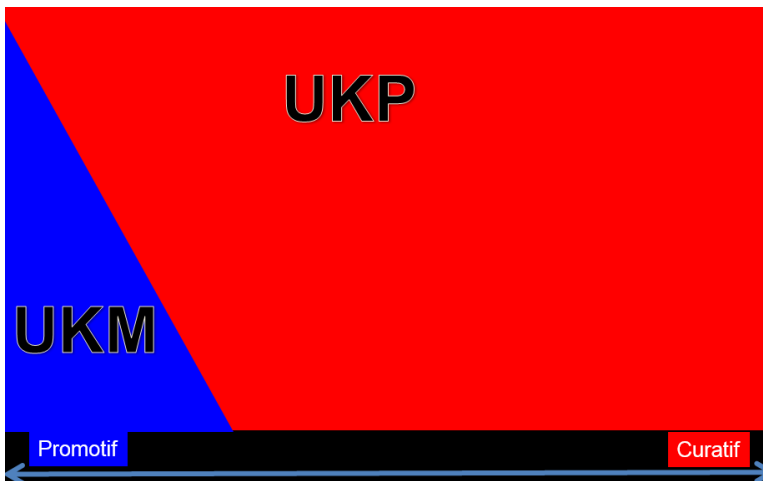
UKM dan UKP bukan dan tidak boleh diperlakukan sebagai dikotomi. Keduanya menempatkan posisi saling berkaitan satu sama lain. Karena dalam pelaksanaannya, Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah salah satu upaya untuk menekan besarnya potensi biaya yang harus dikeluarkan untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Secara rasional, dapat dideskripsikan penggunaan pembiayaan yang cukup untuk pelayanan UKM seperti biaya posyandu untuk imunisasi campak di desa-desa, biaya sosialisasi kesehatan reproduksi remaja di sekolah, sosialisasi terkait Penyakit Tidak Menular baik di perkotaan maupun pedesaan dan upaya kesehatan masyarakat lainnya akan mampu mengurangi segala risiko penyakit yang pengobatannya membutuhkan biaya yang sangat tinggi.

Dalam perjalanannya, alur sebuah penyakit dimulai dari tahap prepatogenesis. Pada tahap ini, masih sangat memungkinkan untuk dilakukan upaya pencegahan.

Misalnya, pada kasus peningkatan kadar gula darah dalam tubuh seseorang yang dapat berisiko penyakit Diabetes Millitus (DM). Misalnya, melalui penyuluhan akan pola makan yang benar, olahraga teratur dan menghindari stress. Sehingga, akhirnya risiko penyakit Diabetes Millitus (DM) tersebut dapat dihindari. Kegiatan UKM lainnya yang dapat dilakukan adalah melakukan deteksi dini berupa pengecekan gula darah harian dan lain sebagainya untuk mengetahui sedini mungkin segala kemungkinan risiko yang akan terjadi.

Di sisi lain, Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) mutlak harus dilakukan, di saat program UKM tidak mampu menyelesaikan masalah kesehatan terkait pengobatan

perorangan atau dengan kata lain orang sakit wajib diobati dan mutlak harus tercukupi pembiayaannya. Adapun pelaksanaan kegiatan UKM dan UKP di daerah-daerah di Indonesia selama ini masih sangat tinggi gap-nya. Hal tersebut baik dilihat dari sisi pembiayaan maupun pelaksanaan di lapangan. Prof. Purnawan Junadi mengilustrasikan hal tersebut dengan bagan berikut ini:



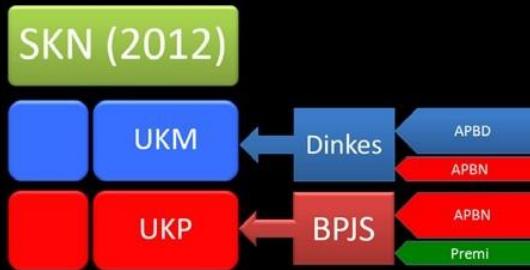
Bagan 2.5. Restrukturisasi pelaksanaan UKM dan UKP 2014-2019

Dalam bagan di atas dijelaskan bahwa dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di Indonesia UKM dan UKP memiliki peran masing-masing dalam pencapaian *Universal Health Coverage* tahun 2019. Butuh dilakukan penyeimbangan antara kegiatan UKM dan UKP seperti yang terlihat gambar di atas.

Pola pembiayaan kesehatan terkait restrukturisasi UKP dan UKM di Indonesia 2014- 2019 ini dapat digambarkan melalui

bagan berikut ini:

Restrukturisasi 2014-2019



Bagan 2.6. Restrukturisasi pola pembiayaan UKM dan UKP 2014-2019

Dalam bagan di atas dijelaskan bahwa dalam rangka pencapaian UHC di Indonesia, Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) akan di-cover melalui pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (BPJS). Sedangkan, Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) akan diselenggarakan di Pusat oleh Kementerian Kesehatan dan di daerah oleh Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas kesehatan Kabupaten/Kota, dan Puskesmas melalui Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang wajib dijalankan dan tanggung jawab penuh setiap kepala daerah di Indonesia.

3.4. *Universal Health Coverage (UHC)*

Universal Health Coverage (UHC) atau cakupan kesehatan semesta merupakan hasil gagasan pada kegiatan HFA pada tahun 2000 sebagai bentuk perjanjian beberapa negara di dunia dalam deklarasi Alma Ata tahun 1978.

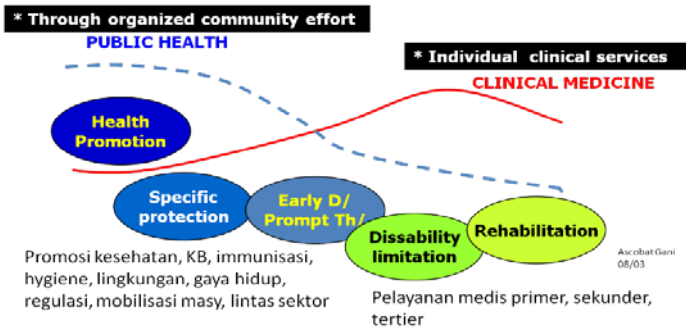
Dalam rangka pencapaian Cakupan Kesehatan Semesta ini, setiap negara perlu melakukan beberapa strategi penting, yaitu:

- Memiliki Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang terdiri dari elemen-elemen yang berinteraksi secara sinergis
- Memiliki dan menguatkan Pelayanan Kesehatan Primer

Universal Health Coverage is defined as ensuring that all people have access to needed promotive, preventive, curative, and rehabilitative health services, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that people do not suffer financial hardship when paying for these services. Universal Health Coverage has therefore become a major goal for health reform in many countries and a priority of WHO.

Dalam pengertian UHC oleh WHO (2010) ini, ada 3 kata kunci utama untuk pencapaian UHC, yaitu sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan komprehensif mencakup 5 jenjang pelayanan berikut:

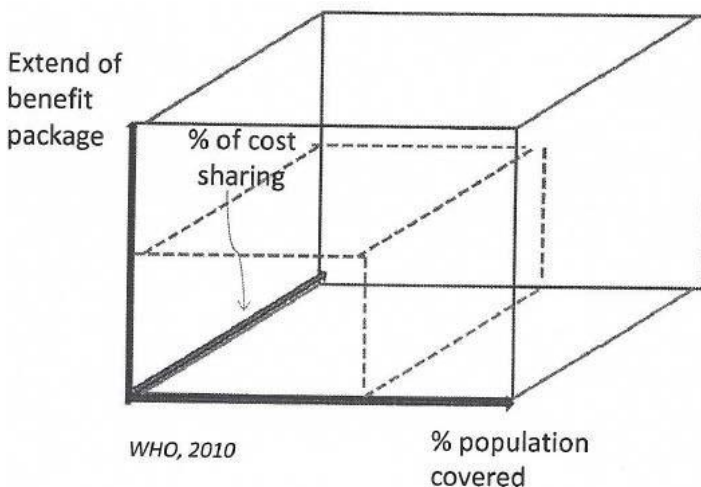


Bagan 2.7. . Konsep pelayanan komprehensif

2. Cukup dan efektif (*sufficient quality to be effective*)
 Memiliki pelayanan yang berkualitas dan berkecukupan. Kualitas di sini adalah bermutu, sesuai dengan yang diperlukan, tidak lebih dan tidak kurang. Sehingga dapat mendorong kepada pelayanan kesehatan yang efektif untuk setiap penduduk.

3. Tidak ada beban pembiayaan oleh masyarakat (*people do not suffer financial hardship when paying for the services*)
 Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk penduduk diupayakan tidak ada tambahan beban biaya yang harus dibayarkan oleh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan. Konsep 0% cost sharing ini terlalu ideal, mengingat dalam upaya pelayanan kesehatan selama ini ada biaya-biaya yang masih belum ter-cover. Ini menjadi PR besar para pengambil kebijakan dan stakeholder dalam menerapkan konsep yang tepat untuk menghindari beban yang memberatkan pasien ketika membayar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Penjelasan WHO terkait konsep *Universal Health Coverage* (UHC)-nya dapat dilihat dalam gambar berikut ini:



Bagan 2.8. Konsep WHO terkait UHC

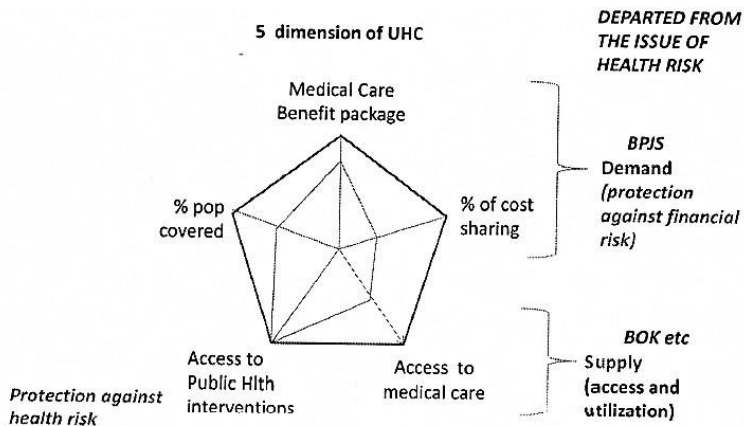
Berdasarkan penjelasan WHO terkait Cakupan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) di atas. Prof Ascobat Gani menjelaskan bahwa untuk dapat mencapai UHC 2019, ada dua unsur penting lainnya yang perlu diperhatikan yaitu akses ke fasilitas- fasilitas kesehatan (*access to medical care*) dan intervensi Upaya Kesehatan Masyarakat (*access to public health intervention*) (Gani, 2010).

Prof Ascobat Gani (2010) menambahkan bahwa *access to public health* merupakan alternatif dalam hal penurunan biaya kesehatan (*cost reduction*) di daerah, dengan meningkatkan anggaran untuk *public health intervention* seperti perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, usaha kesehatan sekolah, deteksi dini, bahkan penyuluhan pola

hidup sehat dan lainnya, maka penyakit-penyakit yang menyebabkan *catastrophic* seperti kanker dan penyakit-penyakit degeneratif lainnya pun bisa dihindari, sehingga akan dapat mengurangi pula pembiayaan yang besar untuk Upaya Kesehatan Perorangan di kabupaten/kota. Sehingga, dipaparkan konsep yang sebenarnya untuk pencapaian UHC adalah sebagai berikut:

1. Semua penduduk mendapat jaminan kesehatan untuk berobat (UKP)
2. Tidak ada “cost sharing”
3. Adanya akses ke fasilitas pengobatan (supply side: tersedia, aksesibel)
4. Semua penduduk tercakup oleh pelayanan UKM
5. Semua penduduk dapat mengakses ke program UKM (*supply side*: tersedia, aksesibel)

Konsep terkait UHC yang sebenarnya seperti diuraikan di atas dapat dijelaskan dalam diagram jaring laba-laba berikut ini.



Ascobat, 2010

Bagan 2.9. . Konsep yang benar terkait UHC

3.5. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan

UU-36/2009 menetapkan kebijakan pembiayaan sebagai berikut:

Pasal 170

- (1) Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.
- (2) Unsur-unsur pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan
- (3) Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain.

114. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan barang publik (*public good*) yang menjadi tanggung jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat privat, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah.

115. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan

diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai universal health coverage sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Selanjutnya UU-40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menetapkan sebagai berikut:

Pasal-22 (1)

Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

Dari rumusan kebijakan diatas jelas bahwa program-program UKM dibiayai dari pajak (APBN dan APBD), sedangkan untuk program UKP dibiayai dari

- a. asuransi kesehatan
- b. pajak berupa subsidi premi bagi penduduk miskin
- c. pembayaran tariff (out of pocket payment atau cost sharing
- d. Pembiayaan kesehatan didaerah untuk sektor pemerintah diatur dalam UU dan peraturan tentang desentralisasi fiskal; yaitu menerapkan (i) azas dekonsentrasi untuk anggaran propinsi dan (ii) azas otonomi untuk anggaran kabupaten/kota.
- e. Berikut penjejelasan UU No. 33 Tanu 2004 tentang

Perimbangan Keuangan antara Pemerintah dan Pemerintah Daerah mengenai sumber pembiayaan tersebut:

- f. Dana ALokasi Khusus (DAK): dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada Daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan Daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.
- g. Dana Alokasi Umum (DAU): dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antar-Daerah untuk mendanai kebutuhan Daerah dalam rangka pelaksanaan Desentralisasi.
- h. Tugas Pembantuan (TP): dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh Daerah yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan Tugas Pembantuan.
- i. Dana Dekonsentrasi: dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh gubernur sebagai wakil Pemerintah yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan Dekonsentrasi, tidak termasuk dana yang dialokasikan untuk instansi vertikal pusat di daerah.
- j. Sumber dana lain yang berasal dari APBN adalah Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). BOK adalah anggaran Pusat (Kementerian Kesehatan) yang diberikan langsung ke Puskesmas yang

mulai diadakan dalam anggaran tahun 2010 dimana penggunaannya tidak boleh dipergunakan untuk belanja barang modal dan gaji serta hanya boleh dipergunakan untuk belanja operasional langsung seperti perjalanan, supervisi, ATK, reagensia, dll. Mulai tahun 2016, dana BOK ini akan dimasukkan dalam DAK.

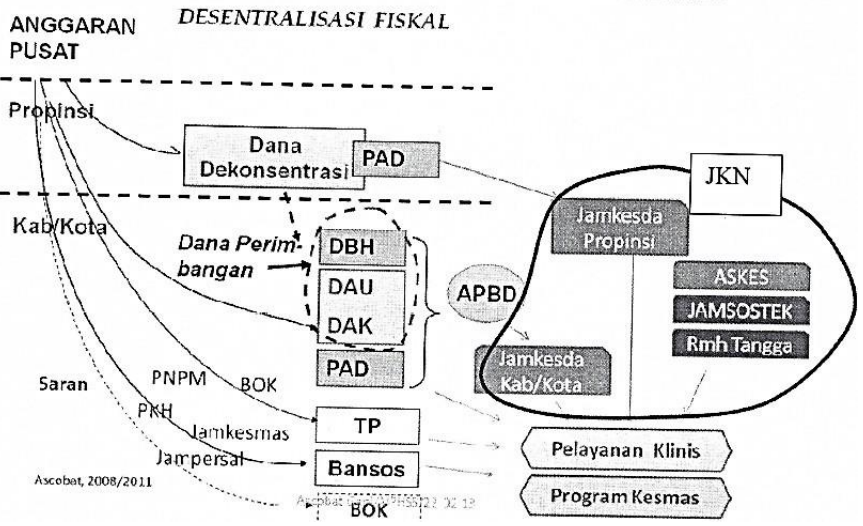
- k. Dana kesehatan penduduk miskin: adalah dana bantuan sosial dari pemerintah (subsidi) bagi penduduk miskin, yang berasal dari pemerintah pusat yaitu PBI peserta JKN yang premianya dibayarkan oleh Pemerintah kepada BPJS Kesehatan. Jika berasal dari pemerintah daerah disebut Jamkesda.
- l. Dana donor untuk proyek kesehatan: dapat bersifat pinjaman (hutang, loan), bisa pula bersifat hibah (grant) yang umumnya dipergunakan untuk membiayai proyek tertentu sehingga peruntukannya sudah baku sesuai dengan tujuan proyek. Biasanya berlangsung selama antara 3 - 5 tahun (kadang-kadang diperpanjang)
- m. Dana kesehatan dari sektor lain: terdapat beberapa sektor lain yang juga menyediakan dana untuk kesehatan. Contohnya adalah dana Kementerian Kehakiman untuk pelayanan kesehatan penghuni Lapas, dana dari Kementerian Sosial (PKH), dari Kementerian Dalam Negeri (PNPM).

Pembiayaan kesehatan kabupaten/kota dalam konteks desentralisasi

Salah satu komponen penting dalam pelaksanaan desentralisasi di Indonesia terutama bidang pembangunan kesehatan adalah pembiayaan bidang kesehatannya, terutama yang berkaitan dengan belanja kesehatan pemerintah daerah mengingat peran dan wewenangnya sangat besar dalam mengatur pembiayaan kesehatan lokal.

Berkaitan dengan pelaksanaan kebijakan desentralisasi tersebut, maka Undang- Undang nomor 36 tahun 2009 telah menetapkan besar belanja kesehatan menurut besaran Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) di masing-masing kabupaten kota hendaknya mencukupi dengan besaran 10% total APBD di setiap daerah, dimana jumlah tersebut tidak termasuk gaji di dalamnya.

Alur pembiayaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota seperti diuraikan di atas dapat dijelaskan dalam diagram berikut ini.



Bagan 2.10. Pembiayaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota di era desentralisasi

BAB 4

SKEMA DAN SUMBER PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN

Skema pembiayaan kesehatan merupakan salah satu komponen struktural dari sistem pembiayaan pelayanan kesehatan. Dengan mengetahui skema dari pola pembiayaan kesehatan negara tertentu, maka akan memberikan penjelasan lebih rinci terkait struktur dari sistem pembiayaan kesehatan negara tersebut.

Akses-akses langsung masyarakat terhadap pelayanan kesehatan akan terjawab dengan sendiri apabila skema pembiayaannya dapat ditentukan terlebih dahulu. Skema pembiayaan kesehatan bisa melalui skema pemerintah, skema asuransi sosial, dan skema-skema lainnya.

Pada tahun 2005, World Health Organization mengumandangkan Resolusi besar bidang kesehatan. Resolusi ini kemudian dikenal dengan nama Universal Health Coverage (UHC) atau cakupan kesehatan semesta.

Atas dasar resolusi ini pula, kemudian bangsa-bangsa di dunia ikut melakukan reformasi bidang kesehatan terkait pengembangan sistem pembiayaan kesehatannya. Reformasi yang dilakukan ini mencakup hal-hal berikut: (i) memastikan seluruh rakyat mempunyai akses kepada pelayanan yang diperlukan, dan (ii) terhindar dari pembiayaan katastrofik terkait dengan pembayaran untuk pelayanan kesehatan.

Di Indonesia sendiri, untuk menjawab tantangan ini sebenarnya pemerintah telah membuat pondasi dasar di tahun 2004 dengan melahirkan UU SJSN No. 40 Tahun 2004. Atas dasar itu, kemudian perjuangan bertahun-tahun tersebut melahirkan sebuah sistem kesehatan yang diberi nama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk seluruh rakyat Indonesia.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) kemudian dikembangkan dengan skema pembiayaan asuransi sosial. Skema ini mengumpulkan sumber pendanaannya (revenue) dari pemerintah (anggaran dari penerimaan terutama pajak) untuk penduduk miskin yang kemudian disebut sebagai PBI (Penerima Bantuan Iuran) serta dari kontribusi iuran yang dibayarkan oleh peserta asuransi sesuai atas nama yang diasuransikan. Skema pembiayaan kesehatan melalui asuransi sosial ini, nilai premi yang dibayarkan oleh peserta baik yang disubsidi pemerintah maupun yang non subsidi tidak bergantung pada risiko penyakit dari peserta penerima manfaat.

4.1. Skema Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Skema pembiayaan adalah komponen struktural dari sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang mampu menjelaskan struktur dari sistem pembiayaan kesehatan suatu negara. Skema pembiayaan juga berfungsi untuk mengetahui pada skema pembiayaan manakah masyarakat bisa mendapatkan akses langsung ke pelayanan kesehatan.

Dengan melihat skema pembiayaan dari suatu pelayanan kesehatan, maka akan tergambar dengan jelas siapa yang lebih berhak atas suatu layanan kesehatan tertentu. Skema pembiayaan yang dijalankan oleh beberapa negara di dunia saat ini, adalah:

1. Skema pemerintah dan compulsory
2. Skema voluntary/sukarela
3. Skema kantong Rumah Tangga (*Out of Pocket*)
4. Lainnya (*rest of the world*)

Fungsi skema pembiayaan dalam menghitung pengeluaran kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Mendapatkan gambaran kebutuhan informasi yang relevan terkait:
 - a. jumlah total pengeluaran kesehatan, sebagian pengukuran sangat bergantung pada catatan pembiayaan
 - b. gambaran mekanisme dan strategi pembiayaan
 - c. gambaran perubahan dalam tataran subsistem pembiayaan

2. Sebagai pedoman dalam proses perencanaan, monitoring dan evaluasi, antara lain untuk:
 - a. menelusuri pengeluaran
 - b. mengkaji efisiensi dan ekuiti: memfasilitasi pengelolaan OOP
 - c. mempertahankan keberlangsungan pembiayaan suatu negara

4.2. Klasifikasi Skema Pembiayaan

Kriteria utama untuk mengklasifikasikan skema pembiayaan, adalah:

1. Penduduk
2. Partisipasi
3. Hak
4. Iuran wajib
5. Iuran prabayar
6. Pooling
7. Pembelian pooling asuransi

Adapun klasifikasi skema pembiayaan kesehatan dapat dilihat di tabel di bawah ini.

Tabel 4.1. Klasifikasi skema pembiayaan

Skema pembiayaan	Kepesertaan	Hak Manfaat	Metode penggalangan dana	Pooling
HF.1.1 Skema pemerintah	Otomatis: untuk semua warga /penduduk; atau kelompok tertentu (misal kelompok miskin) yang didefinisikan oleh UU/ PP.	Non-kontribusi/ tanpa iuran, umumnya berlaku universal atau tersedia untuk kelompok populasi/ kategori penyakit tertentu yang didefinisikan UU, (mis. TB, HIV, kanker)	Wajib: anggaran dari penerimaan (terutama pajak)	Tingkat nasional, tingkat sub-nasional atau tingkat program

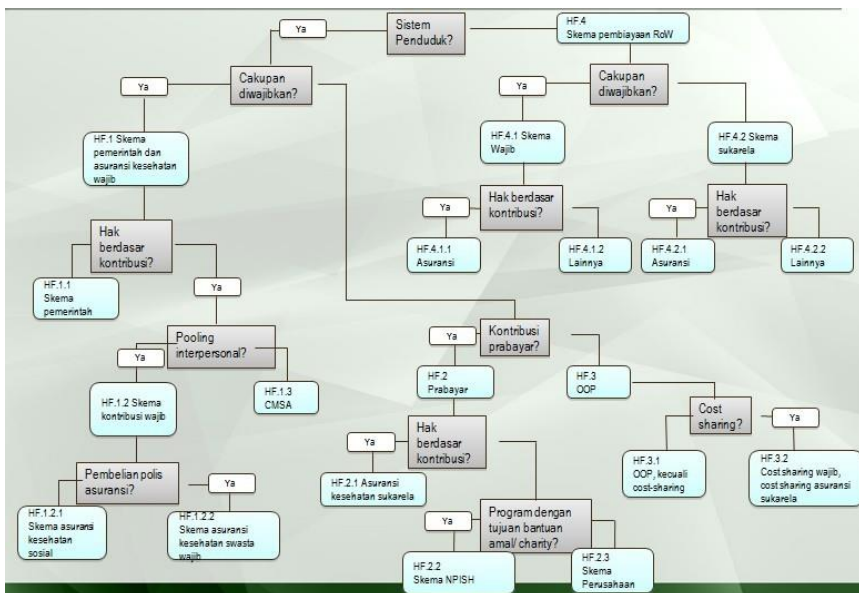
<p>HF.1.2.1 Asuransi kesehatan sosial</p>	<p>Wajib: untuk semua warga/penduduk; atau kelompok tertentu dalam populasi yang didefinisikan oleh UU/PP, namun, pendaftaran mensyaratkan dilakukan oleh seseorang yang kompeten</p>	<p>Kontribusi/ Iuran: berdasar pembayaran oleh atau atas nama yang diasuransikan</p>	<p>wajib: Kontribusi / iuran asuransi kesehatan tak terkait risiko. Kontribusi/ iuran dapat dibayar oleh pemerintah atau kelompok tertentu yang tanpa iuran tersebut, dan pemerintah memberikan subsidi</p>	<p>Nasional subnasional, atau oleh skema; dengan beberapa dana, besarnya <i>pooling</i> akan bergantung pada mekanisme pemerataan risiko di seluruh skema.</p>
---	---	--	---	--

<p>.2.2 Asuransi swasta wajib</p>	<p>Wajib: Untuk semua warga/penduduk atau kelompok tertentu dalam populasi yang didefinisikan oleh UU/PP</p>	<p>Kontributif/ Iuran: didasarkan pada pembelian polis asuransi dari perusahaan asuransi kesehatan yang dipilih (atau lembaga lain yang terlibat)</p>	<p>Premi asuransi kesehatan wajib. Kredit pajak juga dapat terlibat.</p>	<p>Nasional, sub nasional, atau skema. Besarnya <i>pooling</i> bergantung mekanisme pemerataan risiko., juga tergantung besarnya aturan premi, dan standar paket manfaat di seluruh skema</p>
--	--	---	--	---

<p>HF.1.3 Akun tabungan medis wajib (compulsory medical saving accounts; CMSA)</p>	<p>Wajib: Untuk semua warga/ penduduk; atau kelompok tertentu dalam populasi yang didefinisikan oleh UU/PP.</p>	<p>Kontribusi/ Iuran: berdasarkan pembelian akun tabungan medis (MSA: medical saving account); Pemilik MSA hanya dapat memakai uang yang ditabung, terlepas apakah dapat menutupi biaya yang diperlukan</p>	<p>Wajib, ditetapkan menurut hukum (misal seperkian persen dari penghasilan)</p>	<p>Tidak ada interpersonal (kecuali mungkin anggota keluarga)</p>
<p>HF. 2.1 Skema asuransi kesehatan sukarela</p>	<p>Sukarela</p>	<p>Kontribusi: berdasarkan pembelian polis asuransi kesehatan sukarela (biasanya atas dasar kontrak)</p>	<p>Biasanya premi yang tak terkait pendapatan (sering secara langsung atau tak langsung terkait risiko). Pemerintah dapat mensubsidi langsung maupun tak langsung (misal kredit pajak).</p>	<p>Tingkat skema Bervariasi antar program, namun umumnya pada tingkat program</p>

HF.2.2 Skema pembiayaan institusi nirlaba	Sukarela	Non-kontribusi/ tanpa iuran, diskresioner/ kebijaksanaan	Donasi dari masyarakat luas, pemerintah (APBN atau bantuan asing) atau perusahaan (CSR)	
HF.2.3 Skema pembiayaan badan usaha (selain dari asuransi berbasis employer)	Pilihan sukarela pada salah satu korporasi, dengan cakupan berdasar pada pekerjaan pada suatu perusahaan (misal: layanan kesehatan kerja wajib)	Non-kontribusi/ tanpa iuran, sesuai kebijakan masing- masing tipe layanan, kadang- kadang dapat ditentukan oleh aturan/ menurut hukum	Sukarela: pilihan firma untuk menggunakan penerimaan nya untuk tujuan ini	Pada tingkatan individu badan usaha
HF.3 Pengeluaran dari kantong rumah Tangga	Sukarela: kesediaan rumah tangga/ masyarakat untuk	Kontribusi: pelayanan disediakan jika individu membayar	Sukarela: pendapatan dan tabungan rumah tangga/ masyarakat	Tidak ada penghimpunan interpersonal
HF.4 Skema pembiayaan lainnya	Wajib atau sukarela	Kriteria ditetapkan oleh entitas asing	Hibah dan sukarela lainnya oleh entitas asing	Bervariasi pada berbagai program.

Adapun hubungan untuk setiap klasifikasi skema pembiayaan seperti diuraikan di atas dapat disampaikan dalam diagram *decision tree* berikut ini:



Bagan 4.1. *Decision tree* untuk skema pembiayaan pelayanan kesehatan

4.3 Sumber Skema Pembiayaan Kesehatan

Sumber dari skema pembiayaan kesehatan memberikan gambaran unit/institusi yang menyediakan biaya kesehatan atau menghasilkan revenue untuk skema pembiayaan kesehatan. Sumber biaya tersebut bisa berasal dari transfer dari pendapatan pemerintah, transfer pemerintah yang bersumber asing, kontribusi jaminan sosial, bayaran wajib (selain jaminan sosial), bayaran sukarela, sumber domestik lainnya, dan transfer asing langsung. Dibawah ini daftar klasifikasi revenue bagi skema pembiayaan kesehatan.

Tabel 4.1. Klasifikasi *revenues* bagi skema pembiayaan kesehatan

FS.1	Transfers from government domestic revenue (allocated for health)
FS.1.1	Internal transfers and grants
FS.1.2	Transfers by government on behalf of specific groups
FS.1.3	Subsidies
FS.1.4	Other transfers from government domestic revenue
FS.2	Transfers distributed by government from foreign origin
FS.3	Social insurance contributions
FS.3.1	Social insurance contributions from employees
FS.3.2	Social insurance contributions from employers
FS.3.3	Social insurance contributions from self-employed
FS.3.4	Other social insurance contributions
FS.4	Compulsory prepayment (other than FS.3)
FS.4.1	Compulsory prepayment from individuals/households
FS.4.2	Compulsory prepayment from employers
FS.4.3	Other compulsory prepaid revenues
FS.5	Voluntary prepayment
FS.5.1	Voluntary prepayment from individuals/households
FS.5.2	Voluntary prepayment from employers
FS.5.3	Other voluntary prepaid revenues
FS.6	Other domestic revenues n.e.c.
FS.6.1	Other revenues from households n.e.c.
FS.6.2	Other revenues from corporations n.e.c.
FS.6.3	Other revenues from NPISH n.e.c.
FS.7	Direct foreign transfers
FS.7.1	Direct foreign financial transfers
FS.7.2	Direct foreign aid in kind

Beberapa contoh pembiayaan kesehatan melalui skema pembiayaan yang berbeda adalah sebagai berikut:

1. Biaya transport untuk kunjungan rumah balita gizi buruk oleh nakes menggunakan dana BOK melalui skema pembiayaan pemerintah
2. Pemeriksaan trombosit pasien X. di RSUD Y. dibiayai melalui program Jamkesmas melalui skema asuransi sosial
3. Total biaya rawat jalan di RSUD P. tahun 2011 sebesar Rp90 juta. 80%-nya merupakan layanan yang diberikan kepada pasien Jamkesda melalui skema asuransi sosial
4. Kegiatan sosialisasi dan pendistribusian kelambu pada program intensive malaria control di kab. Z disupport langsung oleh GF ATM adalah skema dengan Hibah dan transfer sukarela lainnya oleh asing
5. Pegawai perusahaan Q. menggunakan haknya untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan (JPK Jamsostek) di klinik swasta adalah skema pembiayaan badan usaha

BAB 5

KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA JKN

Kendali merupakan terjemahan dari bahasa Inggris control, artinya mengendalikan. Kendali mutu dan kendali biaya JKN merupakan sebuah upaya pengendalian agar mutu pelayanan kesehatan yang diberikan dapat efektif dan biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan tersebut bisa efisien.

Dalam Permenkes RI Nomor 71 tahun 2013 pada Bab IV tercantum bahwa “kendali mutu dan kendali biaya pada tingkat fasilitas kesehatan dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan,” dan “Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya perlu dibentuk sebuah tim yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademik, dan pakar klinik”.

Oleh karena itu, kemudian sesuai dengan amanat Permenkes nomor 71 tahun 2013 dan guna menjaga sustainabilitasnya JKN di Indonesia, BPJS membentuk Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB). TKMKB beranggotakan peserta dari lintas organisasi profesi, yaitu IDI, PDGI, IAI, IBI, PNPI, akademisi serta pakar klinis. TKMKB memiliki tanggung jawab untuk mengendalikan mutu dan biaya melalui sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi mengacu kepada kompetensi, pembinaan etika dan disiplin promosi tenaga kesehatan.

Selama ini, 3 dimensi cakupan universal WHO telah dijadikan indikator dalam mengukur capaian pelaksanaan sebuah jaminan kesehatan termasuk pelaksanaan JKN di Indonesia. 3 dimensi ini adalah: (i) dimensi jumlah penduduk yang dijamin. Suatu sistem kesehatan akan baik, jika seluruh penduduk (100%) memiliki jaminan kesehatan, (ii) dimensi jenis layanan yang ditanggung. Akan sangat

berbeda pandangan satu pihak dan lainnya terhadap penetapan secara medis penyakit yang harus mengkonsumsi obat atau tidak atau antara jenis penyakit yang di-cover dan tidak, (iii) dimensi pembayaran pelayanan kesehatan oleh kantong sendiri (OOP). JKN akan berperan sesuai harapan kalau saja terjadi penurunan angka pembayaran dari kantong sendiri oleh masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dalam buku JKN yang ditulis oleh Prof. Hasbullah Thabrany (2014) disebutkan bahwa saat ini penduduk Indonesia yang telah dijamin oleh JKN adalah sekitar 56%. Kemudian Prof Hasbullah Thabrany menambahkan angka ini sangat fantastis mengingat 56% jumlah penduduk Indonesia adalah sekitar 137 juta orang. Jumlah ini kemudian disebut-sebut sebagai sebuah sistem asuransi kesehatan dengan single payer system terbesar di dunia. Oleh karena itu, ini menjadi capaian positif bangsa ini sehingga upaya kendali mutu dan kendali biaya untuk program JKN ini menjadi sebuah keharusan.

5.1 Masalah Pembiayaan JKN: Disparitas dan Eskalasi Biaya

Target pelaksanaan JKN tahun 2019 agar semua penduduk menjadi peserta JKN adalah salah satu indikator untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) atau Cakupan Kesehatan Semesta di Indonesia. Akan tetapi, dalam penyelenggaraannya, salah satu masalah yang sampai saat ini masih menjadi kekhawatiran banyak pihak adalah masalah pembiayaan yang tanpa disadari bisa saja mengancam keberlangsungan pelaksanaan JKN.

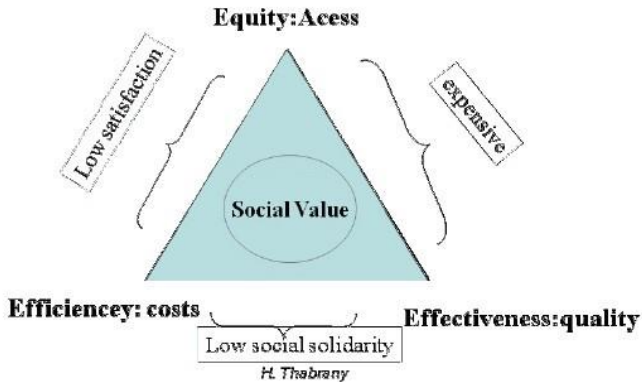
Guna menjaga sustainabilitas pembiayaan JKN ini, perlu adanya jaminan ketersediaan dan akses (pemerataan) pelayanan kesehatan yang bermutu dan sesuai standar (*supply side*) serta ketersediaan dan kecukupan pembiayaan untuk membayar pelayanan kesehatan (*demand side*).

Dari sisi supply permasalahan pembiayaan JKN terkait: (i) anggaran pemerintah baik APBN maupun APBD untuk membangun dan menempatkan SDM kesehatan di Puskesmas, RSUD kelas D, C, B dan A, dan (ii) anggaran sektor swasta membangun dan menempatkan tenaga di praktek dokter perorangan, klinik swasta dan RS swasta. Sedangkan, dari sisi demand permasalahan pembiayaan JKN antara lain terkait: (i) subsidi premi bagi penduduk miskin (PBI), (ii) pengumpulan premi dari pekerja penerima upah, (iii) pengumpulan premi dari peserta sektor non-formal.

Prof Hasbullah Thabrany menggambarkan sustainabilitas pelaksanaan JKN dalam

“Triad Kebijakan Kesehatan” seperti bagan berikut ini:

The Health Policy Triads: Sustainability is a Must



Bagan 5.1. Triad Kebijakan Kesehatan

Prof Hasbullah Thabrany (2013) menyebutkan bahwa dalam rangka menjaga sustainabilitas program JKN, maka kebijakan kesehatan yang di rumuskan hendaknya harus: (i) equity, yaitu program yang dilaksanakan hendaknya bisa merata untuk semua lapisan masyarakat Indonesia, (ii) effectiveness, yaitu tepat sasaran dan berkualitas sehingga nilai manfaatnya bisa benar-benar dirasakan serta dapat diakses dengan mudah oleh semua lapisan masyarakat, dan (iii) efficiency, yaitu terjangkau oleh semua lapisan masyarakat dan untuk masyarakat PBI dibiayai oleh pemerintah dengan pembiayaan yang cukup dan efisien. Equity atau pemerataan bisa terwujud apabila sudah tidak ada perbedaan pelayanan antara setiap kelompok masyarakat yang berbeda taraf sosial, ekonomi, demografi

dan keadaan geografisnya. Inequity adalah kebalikan dari equity, dimana inequity di dalam sektor kesehatan antara lain ketidakmerataan akses terhadap sumber daya kesehatan yang dibutuhkan untuk memperbaiki dan mempertahankan kesehatan seseorang (WHO,2013).

Dunlop (2014) menyebutkan bahwa ada 5 indikator dalam mengukur equity, yaitu:

- Analisis Kurva Lorenz (*Lorenz Curve Analysis*),
- Gini Coefisien (*Coefficient Gini*)
- *The high to Low Range Ration*
- *The mean compared to the SD*
- *Lorenz Curve Draw on Board*

***Supply Side* Permasalahan Pembiayaan JKN**

Ketidakmerataan distribusi APBD di Indonesia

Adanya variasi dari sisi jumlah anggaran dalam pembiayaan kesehatan dari APBD di setiap daerah di Indonesia antara lain dikarenakan penerimaan atau transfer dari pusat untuk setiap provinsi di Indonesia berbeda. Perbedaan ini dikarenakan kondisi demografi dan tingkat kepadatan penduduk yang berbeda-beda.

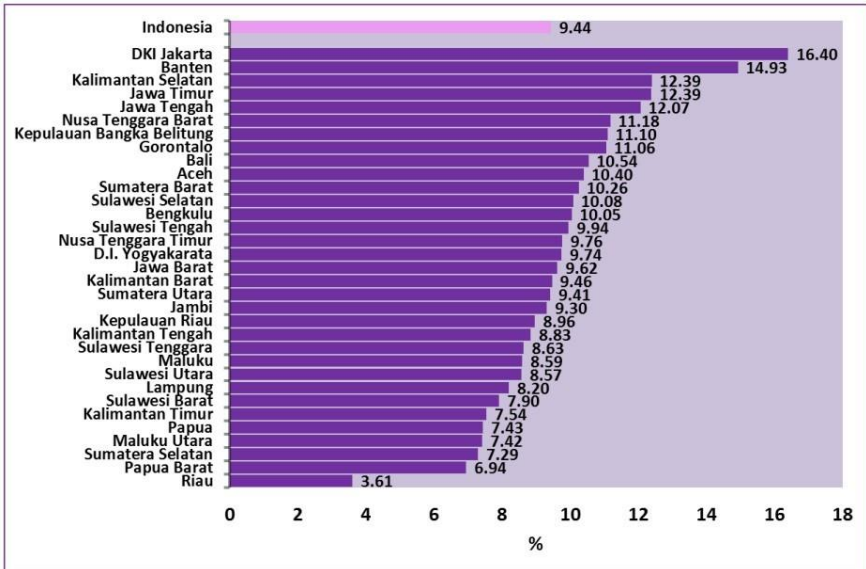
Walaupun demikian adanya, di era desentralisasi saat ini, setiap kepala daerah dituntut untuk mampu menjamin kesinambungan pembiayaan kesehatan di daerahnya, anggaran teralokasi secara adil, dan termamfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna sehingga pembangunan kesehatan demi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dapat terwujud.

Menanggapi hal tersebut, Dunlop (2014) menyebutkan

solusi dalam permasalahan ketidakmerataan distribusi APBD ini dapat diminimalisir dengan cara: (1) Komite yang mengaudit Anggaran untuk sektor kesehatan dapat menyusun perencanaan anggaran 5 tahunan 2014-2019, (2) alokasi khusus untuk daerah dengan jumlah APBD terendah misalnya jika satu provinsi atau daerah biasanya masih

mengalokasikan sekurang-kurangnya 10 persen lebih untuk kesehatan, maka hendaknya pemerintah pusat dapat mengalokasikan 10 kali dari jumlah tersebut, (3) Dunlop percaya apabila semua daerah menyetujuinya maka dalam satu tahun rasio kesenjangan antara alokasi tertinggi dan terendah akan turun dari 164 menjadi 1, akan terjadi 45% penurunan dalam indikator rasio tinggi ini.

Persentase anggaran kesehatan setiap provinsi terhadap APBD di tahun 2014 menurut data Biro Perencanaan Dan Anggaran Kemenkes dalam Profil Kesehatan Indonesia 2014 dapat di lihat di grafik berikut ini:



Bagan 5.2. Persentase Anggaran Kesehatan terhadap APBD

Terlihat dari grafik di atas bahwa DKI Jakarta adalah propinsi dengan pengeluaran terbesar APBD untuk kesehatan (16,40%), dimana rata-rata pengeluaran APBD untuk seluruh propinsi adalah 9.44. Sedangkan, Riau adalah propinsi dengan jumlah pengeluaran kesehatan terendah dari APBD dibandingkan propinsi-propinsi lainnya di Indonesia.

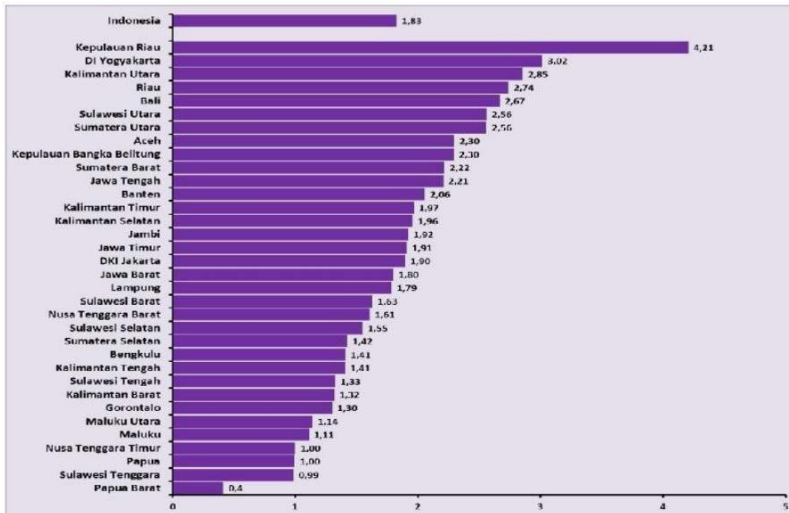
Pengeluaran pemerintah daerah (APBD) untuk kesehatan ini mencakup untuk biaya SDM kesehatan, biaya upaya kesehatan; UKM, UKP dan tata kelola serta untuk sarana dan prasarana kesehatan, dan lain sebagainya. Oleh karena itu, rendahnya pengeluaran pemerintah lokal untuk kesehatan akan sangat berpengaruh terhadap kecukupan akan pembiayaan unsur-unsur tersebut.

Disparitas Akses

Ketidakmerataan distribusi SDM Kesehatan di Fasilitas Kesehatan

Permasalahan pembiayaan JKN lainnya dari sisi supply adalah dalam hal pemerataan SDM kesehatan di Fasilitas-fasilitas kesehatan di Indonesia terutama di FKTP-nya. Padahal tenaga kesehatan yang bertugas di faskes-faskes adalah unsur penting dalam menggerakkan percepatan pembangunan kesehatan di Indonesia. Tenaga kesehatan didefinisikan sebagai orang atau individu yang bekerja di bidang kesehatan dan dengan pendidikannya di bidang kesehatan membuatnya memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan sehingga untuk jenis tertentu bisa memiliki kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Profil Kesehatan Indonesia, 2014).

Berdasarkan data kemenkes dalam Profil Kesehatan Indonesia (2014) terlihat persebaran tenaga medis dokter terhadap jumlah Puskesmas di Indonesia sebagai berikut.



Bagan 5.3. Rasio Dokter umum di Puskesmas terhadap jumlah Puskesmas

Dari grafik di atas terlihat bahwa rata-rata rasio dokter umum per puskesmas sebesar 1,83. Secara umum jumlah dokter yang bekerja di puskesmas telah tercapai, tetapi persebarannya yang belum merata. Rasio dokter umum terhadap puskesmas tertinggi terdapat di Provinsi Kepulauan Riau sebesar 4,21 dokter umum per puskesmas, di Yogyakarta sebesar 3,02 dokter umum per puskesmas dan Kalimantan Utara sebesar 2,85 dokter umum per puskesmas. Rasio dokter umum per puskesmas terendah terdapat di Provinsi Papua Barat sebesar 0,4 dokter umum per puskesmas, Sulawesi Tenggara sebesar 0,99 dokter umum per puskesmas dan Papua sebesar 1,00 dokter umum per puskesmas.

Dalam paparannya terkait JKN, Prof Hasbullah Thabrany (2014) menyebutkan dalam hal kebijakannya

BPJS dimana BPJS memberikan kebebasan untuk peserta BPJS memilih FKTP, maka baiknya BPJS membatasi jumlah peserta per-FKTP, termasuk Puskesmas. Data terakhir, tahun 2015, tercatat bahwa banyak Puskesmas yang diberi peserta lebih dari 20.000 orang, meskipun jumlah dokter hanya dua orang. Padahal idealnya, rasio peserta per dokter umum tidak boleh lebih dari 3.500 orang. Dengan demikian, maka FKTP tersebut baik Puskesmas maupun klinik yang hanya memiliki 2 dokter primer (dokter umum) tidak boleh mendapatkan peserta lebih dari 7.1 orang. Hanya dengan rasio tersebut, dokter umum di FKTP dapat melakukan pelayanan primer yang berkualitas. Dan hal ini, pastinya juga harus diseimbangkan dengan jumlah tenaga kesehatan lainnya termasuk SDM kesehatan untuk program UKM.

Solusi untuk pemerataan tenaga kesehatan baik medis maupun non-medis adalah dengan kebijakan berupa pemberian isentif untuk tenaga kesehatan di daerah- daerah terpencil dan terluar, serta pengabdian selama masih dalam masa pendidikan, agar seluruh calon tenaga kesehatan Indonesia memahami daerah- daerah terpencil dan tertarik untuk mengabdikan. Tentunya kualitas dari SDM tidak kalah pentingnya, namun jumlah SDM akan lebih dahulu diprioritaskan seiring dengan upaya peningkatan kualitas dengan memberikan kesempatan melanjutkan pendidikan. Dunlop (2014) menyebutkan bahwa (1) ada baiknya ada regulasi mengenai penempatan SDM kesehatan misalnya tenaga kesehatan harus tinggal di suatu daerah untuk jangka waktu tertentu, atau sampai ada Surat Keputusan untuk kembali, (2) Memberikan beasiswa pendidikan kesehatan untuk anak-anak daerah asal agar

kelak bisa mengabdikan ke daerahnya, (3) Penurunan bunga pinjaman Bank kepada tenaga kesehatan di daerah.

Disparitas distribusi FKTP di Indonesia

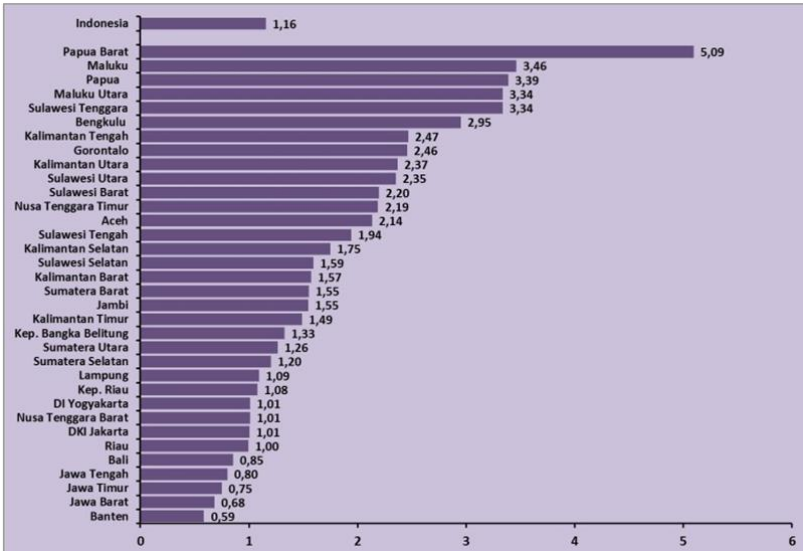
Data terakhir terkait jumlah sarana kesehatan di Indonesia, adalah sebagai berikut:

FKTP (2015)	
Jenis	Jumlah
Puskesmas	9.793
Dr Praktek (solo)	4.399
Klinik Pratama	3.020
Klinik TNI/POLRI	1.290
RS D Pratama	8
Sub total	18.510
Drg	1.109

Bagan 5.3. . Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama di Indonesia

Dari data di atas dapat dilihat bahwa jumlah Puskesmas di Indonesia mencapai angka 9.793 puskesmas yang tersebar di seluruh kecamatan di Indonesia. Sedangkan total klinik pratama dan TNI/Polri masing-masing adalah 3.020 dan 1.290. Jumlah klinik- klinik ini dominannya berada di daerah perkotaan. Berdasarkan data Kemenkes dalam Profil Kesehatan Indonesia (2014) terlihat bahwa rasio Puskesmas per 30.000 penduduk Indonesia

adalah sebagai berikut:



Bagan- 5.4. Rasio Puskesmas Per 30.000 penduduk di Indonesia

Terlihat dari grafik di atas bahwa Propinsi Papua Barat, Maluku dan Papua adalah 3 propinsi dengan rasio puskesmas yang tinggi. Sedangkan di sisi lain, Banten, Jawa Barat dan Jawa Timur adalah propinsi dengan rasio puskesmas yang rendah, dengan masing-masing rasionya 0,59, 0,68, dan 0,75. Faktor utama yang mendorong perbedaan rasio puskesmas terhadap jumlah penduduk ini adalah tingkat kepadatan populasi penduduk pulau Jawa dengan Papua yang beda kepadatannya. Semakin tinggi tingkat kepadatan penduduk suatu propinsi, maka rasio puskesmas per jumlah penduduk semakin rendah.

Namun, tingkat kualitas keberadaan pelayanan kesehatan dasarnya, beberapa propinsi di pulau Jawa memiliki

tingkat kualitas yang lebih baik dikarenakan adanya dukungan dengan keberadaan FKTP dari sektor swasta (Profil Kesehatan Indonesia, 2014).

Demand Side Permasalahan Pembiayaan JKN

Besaran premi yang ditetapkan selama ini tidak memenuhi syarat adekuasi dalam prinsip asuransi. Hal ini akan berisiko terhadap kecukupan dana (likuiditas) BPJS. Telah terjadi ketidakseimbangan antara rasio biaya klaim dengan premi. Laporan Direksi BPJS pada awal Februari 2015 juga disebutkan bahwa rasio klaim yang telah masuk ke BPJS di tahun 2014 bahkan mencapai 102% atau sekitar 42,7 triliun, padahal iuran atau penerimaan BPJS di tahun yang sama adalah 41,9 triliun. Angka tersebut belum termasuk biaya operasionalnya BPJS (Thabrany, 2014).

Skenario yang dibuat oleh Prof Hasbullah Thabrany menyebutkan bahwa hendaknya pemerintah membayar iuran untuk pasien PBI yang dirawat di kelas III sejumlah Rp.25.500/orang/bulan disamakan dengan jumlah iuran peserta mandiri. Sedangkan yang telah dibayarkan pemerintah untuk PBI hanya sekitar Rp.19.225/orang/bulan untuk 86 juta penduduk. Hitungannya totalnya untuk setahun dengan jumlah PBI yang sama adalah 6,4 triliun, dapat dipastikan tidak akan terjadi lagi defisit di tahun-tahun berikutnya (yang terpenting tidak menyampingkan pentingnya data akurat terkait jumlah PBI).

Eskalasi Biaya (Penyesuaian Biaya)

Permasalahan pembiayaan JKN lainnya adalah dari

sisi besaran kapitasi dan tarif CBG yang dibayarkan untuk faskes yang tidak sesuai dengan rata-rata biaya pasar (Thabrany, 2014). Beberapa permasalahan yang dipaparkan oleh Prof Hasbullah Thabrany adalah sebagai berikut:

a. Pengaturan tarif sebagaimana yang tercantum dalam pasal 24 ayat 1 terkait pembayaran kapitas atau CBG oleh BPJS kepada layanan kesehatan harus ditetapkan sesuai dengan kesepakatan antara BPJS dengan asosiasi fasilitas kesehatan di daerah tersebut. Namun, dalam perjalanannya, aturan tersebut dalam UU BPJS pasal 11 menyebutkan bahwa kewenangan BPJS untuk membuat kesepakatan pembayaran mengacu kepada standar tarif yang diputuskan oleh pemerintah yang di sini adalah kewenangan kementerian kesehatan. Padahal, tarif yang sangat ideal dan adil untuk menjamin mutu dari sebuah pelayanan bahkan pelayanan angkutan umum seperti taxi bahkan penerbangan bila ditentukan atau disepakati secara bersama-sama oleh organisasi/asosiasi yang bersangkutan. Dalam hal pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh JKN, penetapan tarif oleh kementerian malah ditakutkan akan mengakibatkan penetapan tarif yang tidak fair. Mengingat, beberapa tarif yang telah disepakati seperti tarif hemodialisa di RS Tipe A dan B di atas tarif RS swasta. Padahal seperti kita ketahui bersama Kemenkes sebagai regulator juga bertindak sebagai pemilik Rumah Sakit-Rumah Sakit vertikal, sehingga ditakutkan menimbulkan asumsi-asumsi miring terhadap pemerintah.

b. Besaran kapitasi dan CBG yang disamakan antara RS Swasta dan RS pemerintah. Padahal dalam pelaksanaan operasionalnya RS pemerintah masih mendapatkan dana tambahan dari pemerintah untuk investasi dan gaji

pegawainya. Oleh karena itu, sekarang banyak terdengar keluhan dari RS Swasta untuk tarif tersebut. Hal ini akan mendorong kepada menurunnya kualitas dari pelayanan kesehatan yang diberikan

Program Jaminaan Kesehatan Nasional (JKN) yang sedang berjalan saat ini rentan terhadap eskalasi biaya juga bisa disebabkan oleh hal-hal berikut:

- i. Jumlah penduduk Indonesia dengan umur tua meningkat dimana penduduk Indonesia usia lanjut rentan terhadap Penyakit Tidak Menular (PTM) yang secara tidak langsung juga akan berpengaruh terhadap eskalasi biaya
- ii. Mahalnya biaya alat-alat kesehatan dengan teknologi canggih serta obat-obatan dengan harga mahal
- iii. *Supply Induced Demand* yang salah satunya dikarenakan kurangnya informasi yang benar yang dimiliki oleh pasien terkait diagnosis permasalahan kesehatannya. Padahal diagnosis yang berbasis informasi yang lengkap dan akurat menjadi kunci keberhasilan dokter dalam mengobati pasien. Prof Hasbullah Thabrany mengindikasikan bahwa iuran JKN yang tidak memadai selama ini salah satu penyebab rendahnya bayaran kapitasi dan CBG. Padahal baik tenaga kesehatan maupun fasilitas kesehatan mustahil dapat memberikan pelayanan yang cukup berkualitas apabila mereka malah mendapatkan bayaran yang kecil.
- iv. Kalau eskalasi biaya ini (TC) melampaui premi yang terkumpul (TR) maka direksikan program JKN akan defisit lagi di tahun 2016.

Berikut gambaran terkait defisit program JKN yang terjadi:

	2014	2015	2016	2017
Defisit	3.30 T	5.85 T	6.80 T → 7.4 T ?	?
Subsidi utk PBI		19.225 T	25.5 T	?

Bagan 5.5. Data subsidi untuk PBI dan defisit program JKN

Strategi dalam mencegah defisit di tahun yang akan datang:

- i. Meningkatkan jumlah peserta berbayar (penduduk yang mampu bayar)
- ii. Menetapkan besaran premi yang tepat
- iii. Mencegah terjadinya eskalasi biaya pelayanan kesehatan, melalui:
 - (a) pembayaran FKTRL dengan tarif CBG yang tetap,
 - (b) pembayaran FKTP melalui tarif kapitasi yang tepat,
 - (c) mendorong audit medik,
 - (d) mencegah terjadinya fraud,
 - (e) melakukan verifikasi klaim secara teliti,
 - (f) mengefektifkan sistem rujukan dan efisiensi.
- iv. Rujukan hendaknya berpegangan kepada wilayah medis bukan dibatasi wilayah administrasi. Di sisi lain, perlu penguatan FKTP sebagai gate keeper sangat berguna dalam efisiensi waktu, biaya dan tenaga dokter, pasien dan JKN.

Pencegahan eskalasi biaya secara makro yaitu dengan cara:

- a. memperkuat promosi kesehatan dan pencegahan melalui kegiatan UKM
- b. mengintensifkan surveilans, yaitu: (i) diagnosis dini melalui skrining,

5.2. Pengendalian Eskalasi Biaya Secara Menyeluruh

Pengendalian biaya kesehatan bisa dilakukan dengan beberapa cara: (i) dalam sistem upaya kesehatan secara menyeluruh, dan (ii) dalam sistem pelaksanaan JKN. Sedangkan pencegahan eskalasi biaya secara makro dengan cara berikut:

- a. memperkuat promosi kesehatan , PHBS serta kerjasama lintas sektor
- b. mengintensifkan pencegahan diagnosis dini dan pengobatan segera.

Puskesmas skrining masal untuk gangguan kesehatan secara menyeluruh:

- melaksanakan Posyandu: PUS untuk mengetahui kepesertaan KB, ANC untuk bumil dan imunisasi anak, balita serta pemeriksaan bayi dan anak sehat
- kunjungan nifas
- kunjungan neonatus
- MTBS untuk balita
- UKS untuk skrining kesehatan anak sekolah
- survey untuk penyakit kronis
- melaksanakan Pos Bindu, pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan gula dara, IVA Test, dan lain-lain

Semua kegiatan UKM tersebut intinya dilaksanakan melalui mobilisasi: mesin sosial dan mesin birokrasi serta dibiaya dengan APBN dan APBD sebagai bentuk tanggung jawab pemerintah.

Pencegahan eskalasi biaya dalam sistem JKN antara lain dengan cara:

- a. pembayaran FKTRL dengan CBGs
- b. pembayaran FKTP melalui kapitasi
- c. mendorong audit medik
- d. mencegah fraud
- e. melakukan verifikasi klaim
- f. mengefektifkan sistem rujukan
- g. meningkatkan promosi dan pencegahan kesehatan perorangan

5.3. Pelaku Pengendalian Biaya JKN

Pelaku utama dalam pelaksanaan JKN adalah:

- (i) peserta,
- (ii) Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) baik tingkat primer, sekunder maupun tersier,
- (iii) Badan Penyelenggaran Jaminan Kesehatan (BPJS),
- (iv) regulator sebagai pembuat regulasi guna menjaga sustainabilitas program JKN.

Dari sisi peserta JKN terdiri dari ; (i) Penerima Bantuan Iuran (PBI), (ii) penerima upah sektor formal, dan (iii) penerima upah sektor informal.

Pelaku penunjang terkait upaya kendali biaya dan kendali mutu adalah:

- a. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB)
- b. Penilaian Teknologi Kesehatan (HTA)

- c. Dewan Pertimbangan Klinis (DPK)
- d. Dewan Pertimbangan Medis (DPM)
- e. Komisi Akreditasi RS (KARS)
- f. Komisi Akreditasi FKTP (KAFKTP)
- g. Asosiasi Profesi
- h. Komite Medik RS (KMRS)

Uraian dari masing-masing tugas pelaku kendali biaya dan kendali mutu tersebut adalah sebagai berikut:

	HTA Health Technology Assessment	CAB Clinically Advisory Board	Tim Kendali Mutu&Biaya JKN	DPM Dewan Pertimbangan Medik
Legitimasi	Dibentuk oleh Menteri Kesehatan	Dibentuk oleh Menteri Kesehatan	- Difasilitasi oleh BPJS INDEPENDEN !	- Dibentuk oleh BPJS Kesehatan - Supporting BPJSK - Medical Judgement/2nd Opinion
Jenjang	Tingkat Pusat	Tingkat Pusat	- Tr. Pusat - Tr. Divisi Regional - Tr. Cabang	- Tr. Pusat - Tr. Divisi Regional
Aktivitas	Memberikan penilaian teknologi kesehatan	Memberikan rekomendasi terkait dengan permasalahan teknis medis pelayanan kesehatan	Rapat Rutin: - evaluasi mutu pelayanan kesehatan - Audit Medis - Sosialisasi & Pembinaan etika disiplin profesi	Medical Judgment Klaim Investigation Utilization Review
Keanggotaan	Ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan RI	Organisasi Profesi & Akademisi Kedokteran	Organisasi Profesi, Pakar Klinis, dan Akademisi	Pakar Klinis

Bagan 5.6 Tugas pelaku kendali biaya dan kendali mutu

Sedangkan, posisi dari setiap Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya JKN dapat dilihat dalam Bagan 5.7.

	HTA Health Technology Assessment	CAB Clinically Advisory Board	Tim Kendali Mutu&Biaya JKN	DPM Dewan Pertimbangan Medik
Legitimasi	Dibentuk oleh Menteri Kesehatan	Dibentuk oleh Menteri Kesehatan	- Difasilitasi oleh BPJSK INDEPENDEN !	- Dibentuk oleh BPJS Kesehatan - Supporting BPJSK - Medical Judgement/2nd Opinion
Jenjang	Tingkat Pusat	Tingkat Pusat	- Tk Pusat - Tk. Divisi Regional - Tk Cabang	- Tk. Pusat - Tk. Divisi Regional
Aktivitas	Memberikan penilaian teknologi kesehatan	Memberikan rekomendasi terkait dengan permasalahan teknis medis pelayanan kesehatan	- Rapat Rutin: evaluasi mutu pelayanan kesehatan - Audit Medis - Sosialisasi & Pembinaan etika disiplin profesi	Medical Judgment Klaim Investigation Utilization Review
Keanggotaan	Ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan RI	Organisasi Profesi & Akademisi Kedokteran	Organisasi Profesi, Pakar Klinis, dan Akademisi	Pakar Klinis

Bagan 5.7. Posisi Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) JKN

BAB 6

PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL- KARTU INDONESIA SEHAT

6.1. Pentingnya Program JKN-KIS

Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh Pemerintah.

Tiga alasan utama menjadi peserta JKN-KIS, yaitu *Protection* (Perlindungan), *Sharing* (Gotong Royong) dan *Compliance* (Kepatuhan).

1. *PROTECTION* (Perlindungan)

Program JKN-KIS bertujuan memberikan perlindungan kepada setiap peserta program JKN-KIS untuk mendapatkan kepastian jaminan kesehatan sehingga diharapkan masyarakat bisa meningkat produktifitasnya untuk meningkatkan kesejahteraan. *Protection* merupakan perlindungan baik untuk diri sendiri, keluarga maupun orang lain.

2. *SHARING* (Gotong royong)

Sharing mempunyai makna gotong royong yang merupakan budaya bangsa Indonesia. Dengan menjadi peserta Program JKN-KIS, maka setiap peserta yang sehat akan bergotong royong membantu peserta yang sakit. Apabila taat membayar iuran tepat waktu dan menjaga kesehatan, maka dalam diri tiap-tiap orang tertanam rasa kepedulian terhadap sesama terutama yang mendapat musibah berupa sakit.

3. *COMPLIANCE* (Patuh)

Compliance adalah adanya kepatuhan dari setiap Warga Negara Indonesia terhadap perundang- undangan untuk mendaftarkan dirinya dan anggota keluarga menjadi peserta Program JKN-KIS serta mengikuti prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku.

6.2. Identitas Peserta JKN-KIS



Gambar 6.1 Kartu Askes

Kartu Askes pada Gambar 6.1 merupakan kartu identitas peserta yang dimiliki oleh segmen kepesertaan Pegawai Negeri Sipil (PNS), Pejabat Negara, Penerima Pensiun dari PNS, TNI dan POLRI, Veteran serta Perintis Kemerdekaan. Kartu identitas ini tetap dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS.



Gambar 6.2 Kartu BPJS 2014-2016

Kartu BPJS pada Gambar 6.2 merupakan kartu identitas peserta yang diterbitkan sejak BPJS Kesehatan mulai beroperasi Tahun 2014 sampai dengan Tahun 2016. Kartu identitas ini tetap dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS.



Gambar 6.3 Kartu Elektronik BPJS

Kartu elektronik seperti pada Gambar 6.3 merupakan identitas elektronik (e-ID) peserta era BPJS Kesehatan sampai dengan saat ini. Kartu identitas peserta ini dapat dicetak sendiri oleh peserta atau PIC Badan Usaha. Kartu identitas ini dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN- KIS. Masa berlaku e-ID adalah selama 3 bulan sejak tanggal pencetakan terakhir. Diharapkan peserta segera melapor ke Kantor BPJS Kesehatan untuk diganti dengan Kartu Indonesia Sehat (KIS).



Gambar 6.4 Kartu Sementara Bayi Baru Lahir

Kartu Sementara merupakan identitas yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan untuk bayi baru lahir yang belum mempunyai identitas kependudukan (NIK).

Kartu identitas ini dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN- KIS, dengan masa berlaku 3 (tiga) bulan sejak tanggal pembayaran iuran pertama. Peserta wajib melaporkan pemutakhiran NIK Bayi Baru Lahir paling lambat 3 (tiga) bulan sejak bayi dilahirkan. Diharapkan peserta segera melapor ke Kantor BPJS Kesehatan untuk diganti dengan Kartu Indonesia Sehat (KIS).



Gambar 6.5. Kartu BPJS Terbaru

Merupakan identitas seluruh jenis peserta JKN-KIS, baik peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun bukan PBI (PPU, PBP, BP).

Pemegang kartu peserta Askes dan BPJS Kesehatan, apabila terdapat perubahan data pada kartu sebelumnya, kartu rusak atau hilang atau ingin mengganti menjadi Kartu Indonesia Sehat (KIS) baik secara kolektif maupun perorangan dapat ke Kantor BPJS Kesehatan atau

Mobile Customer Service (MCS).



Gambar 6.6. Kartu BPJS Digital

Kartu Indonesia Sehat (KIS) Digital/KIS Digital merupakan identitas peserta yang dapat diakses pada aplikasi Mobile JKN melalui media electronic/ handphone android/IOS. Kartu identitas digital ini dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS.

6.3. Cara mendapatkan Kartu Peserta BPJS

1. Peserta PBI JK dan Peserta dari penduduk yang di daftarkan oleh Pemerintah Daerah

Kartu dapat diperoleh di Kantor Cabang BPJS Kesehatan atau melalui pihak ketiga yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

2. Peserta baru PBP/BP

a. Kartu peserta dikirimkan ke alamat domisili sesuai dalam pengisian data peserta, selambatnya 6 (enam) hari kerja sejak pembayaran iuran pertama

b. Peserta dapat menggunakan KIS Digital dengan mengunduh aplikasi Mobile JKN sebagai bukti kepesertaan

program JKN-KIS.

3. Peserta PPU Penyelenggara Negara

Dilakukan secara perorangan atau secara kolektif melalui PIC satker dari Kementerian/ Lembaga/ Instansi.

4. Peserta PPU Non Penyelenggara Negara

Kartu sementara peserta (e-ID) diterima sejak pembayaran iuran, dan dapat dicetak sendiri melalui PIC HRD/SDM. Selanjutnya selambatnya 3 (tiga) bulan, kartu sementara tersebut diganti dengan Kartu Indonesia Sehat (KIS).

Cara penggantian Kartu Peserta yang Hilang

Peserta mengunjungi Kantor BPJS Kesehatan/ *Mobile Customer Service* (MCS)/Mall pelayanan publik dengan ketentuan:

1. Menunjukkan KTP dan Kartu Keluarga.
2. Surat pernyataan kehilangan yang ditanda tangani oleh peserta ber materai Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) atau surat keterangan kehilangan dari Kepolisian.
3. Pengurusan kartu peserta hilang hanya dapat dilakukan oleh anggota keluarga yang namanya tercantum dalam Kartu Keluarga.
4. Penggantian kartu dapat dilakukan oleh anggota keluarga lainnya yang tidak tercantum dalam Kartu Keluarga dengan menggunakan surat kuasa bermaterai Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) dan Foto Copy KTP Elektronik Peserta.

Cara mengganti Kartu yang Rusak

Peserta mengunjungi Kantor BPJS Kesehatan terdekat/ *Mobile Customer Service/Mall* pelayanan publik dengan ketentuan:

1. Menyerahkan kartu peserta yang rusak.
2. Menunjukkan Kartu Tanda Penduduk (KTP Elektronik) atau Kartu Keluarga.
3. Penggantian kartu dapat dilakukan oleh keluarga lainnya yang tidak tercantum dalam Kartu Keluarga dengan menggunakan surat kuasa bermaterai Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) dan Foto Copy KTP Elektronik Peserta.

6.4. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS

Hak Peserta BPJS adalah:

1. Menentukan FKTP yang diinginkan pada saat mendaftar
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Mendapatkan kartu identitas peserta sebagai identitas peserta JKN-KIS untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
4. Mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
5. Menyampaikan pengaduan, kritik dan saran baik secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan.

Kewajiban Peserta BPJS adalah:

1. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya sebagai peserta JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan.
2. Membayar iuran secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh).
3. Memberikan data dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar.
4. Melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya, antara lain perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat/ domisili dan pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama serta perubahan alamat email dan nomor handphone
5. Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
6. Mentaati prosedur dan ketentuan untuk memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan

Kewajiban Pemberi Kerja adalah:

1. Mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan.
2. Menghitung dan memungut iuran yang menjadi kewajiban pekerjanya melalui pemotongan gaji/upah pekerja.
3. Membayar dan menyetorkan iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS Kesehatan secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh).

4. Bertanggung jawab atas Pekerja yang membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan, dalam hal Pemberi kerja belum mendaftarkan dan membayar Iuran bagi Pekerjaanya kepada BPJS Kesehatan.
5. Memberikan data mengenai diri, pekerja dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS Kesehatan meliputi:
 - a. Data pekerja berikut anggota keluarganya yang didaftarkan sesuai dengan data pekerja yang dipekerjakan dengan mencantumkan Nomor Induk Kependudukan (NIK) KTP Elektronik;
 - b. Data upah yaitu gaji pokok dan tunjangan Tetap yang dilaporkan sesuai dengan upah yang diterima pekerja.
6. Melaporkan perubahan data badan usaha atau badan hukum, meliputi: alamat perusahaan, kepengurusan perusahaan, jenis badan usaha, jumlah pekerja, data pekerja dan keluarganya serta perubahan besarnya upah setiap pekerja, selambatnya 7 (tujuh) hari setelah terjadi perubahan.

6.5. Kanal Layanan BPJS Kesehatan

Kanal Layanan merupakan tempat/media yang dapat digunakan oleh calon peserta atau peserta JKN-KIS dalam melakukan proses administrasi kepesertaan berupa

pendaftaran peserta, perubahan data peserta, pembayaran iuran, pemberian informasi, penanganan pengaduan, kritik dan saran, yang terdiri dari:

1. Aplikasi Mobile JKN.
2. BPJS Kesehatan Care Center 1500 400.
3. Mobile Customer Service (MCS).
4. Website BPJS Kesehatan.
5. Mall Pelayanan Publik.
6. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota.
7. Pendaftaran Badan Usaha terintegrasi dengan OSS (Online Single Submission).
8. Portal bersama BPJS Kesehatan dan BPJS Tenaga Kerja.

1. Aplikasi Mobile JKN

Aplikasi Mobile JKN merupakan inovasi untuk kemudahan calon peserta atau peserta JKN-KIS, dengan memanfaatkan teknologi informasi yang dapat diunduh melalui aplikasi Mobile JKN di Google Playstore atau Apps Store.

Fitur-fitur dalam Aplikasi Mobile JKN terdiri dari:

1. Fitur Pendaftaran Peserta: Calon peserta dapat melakukan pendaftaran peserta BPJU dengan memasukkan nomor KTP selanjutnya peserta akan mendapatkan email sesuai yang terdaftar pada Aplikasi Mobile JKN.
2. Fitur Peserta: menampilkan informasi kepesertaan peserta dan anggota keluarganya.
3. Fitur Ubah Data Peserta: menampilkan menu ubah data

peserta, meliputi perubahan nomor handphone, alamat email, alamat surat, pindah FKTP dan pindah kelas.

4. Fitur Ketersediaan Tempat Tidur: menampilkan ketersediaan tempat tidur Rumah Sakit sesuai kelas, yang informasi ketersediaannya di update oleh Rumah Sakit.
5. Fitur Obat Yang Ditanggung: menampilkan jenis obat yang ditanggung untuk peserta JKN-KIS, meliputi nama, kandungan dan restriksi obat.
6. Fitur Premi: menampilkan tagihan iuran peserta PBP dan anggota keluarganya.
7. Fitur Jadwal Tindakan Operasi: menampilkan jadwal operasi peserta sesuai nama dalam Aplikasi Mobile JKN dan dapat mengetahui jadwal operasi di Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, informasi jadwal operasi tersebut di update oleh Rumah Sakit.
8. Fitur Pendaftaran Pelayanan:
 - menampilkan pendaftaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang telah memiliki sistem antrian.
 - memberikan penilaian dan masukan terhadap pelayanan yang pernah diterima di FKTP melalui Walk Through Audit (WTA)
9. Fitur Pendaftaran Auto Debit: menampilkan panduan pendaftaran melalui auto debit sesuai channel auto debit Bank yang dipilih peserta.
10. Fitur Pembayaran: menampilkan panduan pembayaran

sesuai channel autodebet Bank dan E-Money. Dalam fitur ini dapat melakukan Top up saldo E-Money.

11. Fitur Catatan Pembayaran: menampilkan riwayat pembayaran iuran, denda.
12. Fitur Riwayat Pelayanan: menampilkan histori/riwayat pelayanan yang meliputi diagnosa, keluhan dan terapi yang diberikan oleh fasilitas kesehatan.
13. Fitur Skrining riwayat kesehatan berisi pertanyaan dan pernyataan terkait riwayat kesehatan. Hasil srkining riwayat kesehatan adalah risiko rendah/ sedang/ tinggi untuk penyakit DM Tipe 2, Hipertensi, Ginjal Kronik dan Jantung Koroner, serta rekomendasi yang harus dilakukan peserta berdasarkan hasil skrining riwayat kesehatan. Skrining hanya dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali
14. Fitur Cek VA: menampilkan nomor Virtual Account peserta.
15. Fitur Info JKN: menampilkan informasi seputar program JKN-KIS terkait manfaat program JKN-KIS persyaratan pendaftaran peserta, hak dan kewajiban serta sanksi- sanksi yang diberlakukan.
16. Fitur Lokasi: Mendeteksi posisi pengguna dan menampilkan lokasi (alamat, telepon dan fax) kantor BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.
17. Fitur Pengaduan Keluhan: peserta dapat melakukan pengaduan secara tertulis maupun melalui telepon yang akan tersambung secara otomatis ke BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400.

Di dalam Aplikasi Mobile JKN juga terdapat fitur Kartu Peserta berupa KIS Digital yang dapat digunakan sebagai identitas peserta pada saat akan menggunakan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan.

Selain itu, juga terdapat fitur artikel kesehatan untuk menambah pengetahuan dan wawasan peserta tentang kesehatan, serta fitur FAQ berupa pertanyaan-pertanyaan yang sering ditanyakan oleh peserta lengkap dengan penjelasannya.

2. *BPJS Care Center*

BPJS Kesehatan Care Center 1500 400 merupakan media yang dapat diakses oleh calon peserta atau peserta JKN- KIS melalui telepon rumah dan/atau maupun handphone setiap hari (senin s.d. minggu) selama 24 Jam.

Tarif panggilan ke BPJS Kesehatan Care Center 1500 400 adalah tarif lokal jika dari menggunakan telepon rumah/ Kantor (PSTN), atau tarif yang dikenakan masing-masing operator jika menggunakan handphone/telepon selular.

Jenis Layanan BPJS Kesehatan Care Center 1500 400:

1. Informasi seputar program JKN-KIS.
2. Pendaftaran peserta dan penambahan anggota keluarga PBPJ.
3. Perubahan data kepesertaan: perubahan FKTP (paling cepat sudah terdaftar 3 bulan dari FKTP sebelumnya), perubahan alamat/domisili, alamat email serta kelas perawatan (paling cepat sudah terdaftar 1 tahun dari kelas perawatan sebelumnya)

dan dalam status peserta aktif).

4. Informasi data peserta dan keluarganya.
5. Informasi jumlah tagihan iuran.
6. Penyampaian pengaduan, kritik dan saran.
7. Layanan Dokter Consulting
Merupakan layanan konsultasi kesehatan dengan Dokter Umum tanpa dibatasi lama waktu konsultasi. Layanan Dokter Consulting dapat diakses setiap hari mulai pukul 07.00 WIB sampai dengan 20.00 WIB.
8. Layanan *Chat Assistant* JKN (CHIKA)
Merupakan aktivitas komunikasi untuk pemberian Informasi, Pengaduan, kritik dan saran yang di respon oleh robot/tokoh virtual yang dapat diakses melalui Whatsapp (WA) dan Telegram pada nomor 08118750400 atau Facebook Messenger BPJS Kesehatan.
9. Layanan *Voice Interactive* JKN (VIKA)
Merupakan menu pilihan yang dapat dipilih peserta pada saat menghubungi layanan BPJS Kesehatan Care Center 1500 400 melalui mesin penjawab, untuk melakukan pengecekan status peserta dan tagihan iuran.
10. Layanan Badan Usaha
Merupakan layanan pemberian informasi bagi Badan Usaha yang meliputi cara pendaftaran BU dan panduan penggunaan Elektronik Badan usaha (EDABU).

3. *Mobile Customer Service (MCS)*

Mobile Customer Service (MCS) merupakan layanan yang mengusung konsep “jemput bola”, dengan menggunakan kendaraan roda empat yang bersifat mobile untuk mendekatkan dan meningkatkan pelayanan kepada peserta JKN-KIS pada daerah yang memiliki akses jauh dari lokasi Kantor Cabang/ Kantor Kabupaten/Kota.

Jenis Layanan dalam *Mobile Customer Service (MCS)*:

1. Informasi seputar program JKN-KIS
2. Pendaftaran peserta PPU, PBPU/BP.
3. Perubahan data kepesertaan PPU, PBPU/BP meliputi: tambah/kurang anggota keluarga, perubahan FKTP, perubahan alamat/domisili, nomor handphone, alamat email serta kelas perawatan.
4. Pencetakan kartu dan penggantian kartu rusak maupun hilang.
5. Informasi data peserta dan keluarganya.
6. Informasi jumlah tagihan dan pembayaran iuran.
7. Penyampaian pengaduan, kritik dan saran.
8. Informasi Registrasi Aplikasi Mobile JKN.

4. *Website BPJS Kesehatan*

Merupakan layanan yang dapat diakses melalui jaringan internet dalam bentuk Website yang dapat diakses pada alamat www.bpjs-kesehatan.go.id.

Jenis Layanan dalam Website BPJS Kesehatan:

1. Registrasi Badan Usaha Peserta PPU Non

Penyelenggara Negara.

2. Informasi seputar program JKN-KIS yang terdiri dari panduan layanan bagi peserta JKN-KIS, informasi alamat Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan di seluruh Indonesia, informasi Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
3. Fitur Skrining riwayat kesehatan berisi pertanyaan dan pernyataan terkait riwayat kesehatan. Hasil skrining riwayat kesehatan adalah risiko rendah/ sedang/ tinggi untuk penyakit DM Tipe 2, Hipertensi, Ginjal Kronik dan Jantung Koroner, serta rekomendasi yang harus dilakukan peserta berdasarkan hasil skrining riwayat kesehatan. Skrining hanya dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali
4. Cek informasi iuran.
5. Penyampaian informasi, pengaduan kritik dan saran.

5. Mall Pelayanan Publik

Merupakan aktivitas kegiatan pelayanan administrasi kepesertaan JKN-KIS yang terintegrasi dengan sistem pelayanan publik terpadu yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat/Daerah dimana pelayanan satu sama lain terdapat keterkaitan dalam satu lokasi/gedung tertentu, yang dikombinasikan dengan kegiatan jasa dan ekonomi lainnya.

Jenis Layanan dalam Mall Pelayanan Publik:

1. Informasi seputar program JKN-KIS

- 2.Pendaftaran peserta PPU, PBPU dan BP.
- 3.Perubahan data kepesertaan meliputi: tambah/ kurang anggota keluarga, perubahan FKTP, perubahan alamat/domisili, nomor handphone, alamat email serta kelas perawatan.
- 4.Pencetakan kartu baru dan penggantian kartu rusak maupun hilang.
- 5.Informasi data peserta dan keluarganya.
- 6.Informasi jumlah tagihan iuran.
- 7.Penyampaian pengaduan, kritik dan saran.

6.6. Pendaftaran Peserta JKN-KIS

Cara pendaftaran Peserta JKN-KIS, syarat yang dibutuhkan dan kanal layanan yang digunakan berbeda sesuai dengan jenis kepesertaannya.

A. Peserta PBI APBN

Pendaftaran dilakukan melalui pendataan oleh Kementerian Sosial/Dinas Sosial Kabupaten/Kota sesuai kriteria yang telah ditentukan Pemerintah Pusat. Selanjutnya ditetapkan melalui Keputusan Menteri Sosial dan didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan. Data kepesertaan PBI APBN di perbaharui secara periodik.

B. Peserta dari Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah

Pendaftaran dilakukan melalui pendataan oleh Dinas Sosial/Dinas yang ditunjuk oleh Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota, selanjutnya ditetapkan melalui Keputusan Gubernur/Walikota/Bupati. Data kepesertaan PBI APBD di perbaharui secara periodik.

C. Peserta PPU Penyelenggara Negara

Pendaftaran diutamakan secara kolektif namun dapat juga dilakukan secara perorangan ataupun kolektif, dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) beserta persyaratannya, sedangkan pendaftaran kolektif dilakukan melalui proses migrasi.

1. Syarat pendaftaran apabila pendaftaran dilakukan secara perorangan yaitu:
 - a. Fotocopy Kartu Keluarga
 - b. Asli petikan SK Penetapan pertama.

- c. Asli SK Kepangkatan/pengangkatan terakhir dari Kementerian/Lembaga/Kepala Dinas (jika ada perubahan)
- d. Asli daftar gaji yang mencantumkan gaji pokok dan tunjangan dan dilegalisasi oleh pimpinan unit kerja.
- e. Asli penetapan Pengadilan Negeri untuk anak angkat (jika belum tercantum dalam Kartu Keluarga).
- f. Asli Surat keterangan dari sekolah/ Perguruan Tinggi Negeri (bagi anak usia di atas 21 tahun s.d. 25 tahun)

Khusus untuk kepesertaan dari Kepala Desa dan Perangkat Desa DPRD dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, proses pendaftaran dilakukan secara kolektif melalui proses registrasi entitas satuan kerja. Penyampaian data peserta dan anggota keluarganya melalui proses migrasi. Masa berlaku kepesertaan mengikuti periode masa jabatan Kepala Desa dan Perangkat Desa/masa bakti DPRD/masa kontrak Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja.

2. Kanal layanan pendaftaran:

- a. Mobile Customer Service (MCS)

Peserta mengunjungi Mobile Customer Service (MCS) pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- b. Mall Pelayanan Publik

Peserta mengunjungi Mall Pelayanan Publik, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- c. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota
Peserta mengunjungi Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian administrasi, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi data yang diperlukan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- D. Peserta PPU Non Penyelenggara Negara (BUMN, BUMD dan BU Swasta)

Pendaftaran dapat dilakukan secara kolektif oleh pemberi kerja/PIC masing-masing Badan Usaha melalui Aplikasi *New Edabu*, dengan cara melengkapi Formulir Daftar Isian Elektronik yang diisi sesuai ketentuan yang berlaku dan disahkan oleh pimpinan perusahaan untuk dimigrasikan di Kantor Cabang BPJS Kesehatan.

1. Syarat pendaftaran antara lain:

No	Nama Badan Usaha/ Badan Hukum Lainnya	Dasar Verifikasi Badan	NPWP Registrasi
1	Perseroan Terbatas (PT)	NIB/Surat Izin Usaha/Tanda Daftar Perusahaan	Badan
2	Firma	NIB/Surat Izin	Badan/ Perorangan
3	CV	NIB/Surat Izin	Badan/ Perorangan
4	Usaha Mikro Kecil	NIB/Surat Izin Usaha Mikro Kecil/Surat Izin lainnya sesuai kebijakan Pemerintah Setempat	Badan/ Perorangan
5	Perusahaan Asing	NIB/MOU/PKS dengan Pemerintah	Badan
6	Yayasan	Akta Yayasan	Badan
7	LSM	Akta Yayasan	Badan
8	LSM Asing	MOU/PKS dengan Pemerintah	Badan
9	Rumah Ibadah Asosiasi/	Akta Pendirian	-
10	Organisasi lainnya	Akta Pendirian	-

Catatan:

- a. NIB: Nomor Induk Berusaha
- b. Badan Usaha baru yang sedang mengurus izin operasional dapat melampirkan Akta Pendirian Badan Usaha.
- c. Bagi Badan Usaha yang sedang memperpanjang izin operasional dapat melampirkan izin operasional lama.

2. Kanal layanan:

a. Portal bersama BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan

PIC Badan Usaha mengakses Website dengan alamat www.bpjs.go.id, lalu klik tombol Daftar dan masukkan data yang dibutuhkan. Selanjutnya, PIC Badan Usaha akan mendapatkan hak akses Aplikasi New Edabu berupa User name dan password.

b. Aplikasi *New Edabu*

PIC Badan Usaha mengakses Aplikasi Elektronik Data Badan Usaha (*eDabu*) melalui alamat <https://edabu.bpjs-kesehatan.go.id/Edabu/Home/Login>, pilih menu Registrasi Badan Usaha atau menu Sign in (jika sudah memiliki user name dan password) dan masukkan data yang dibutuhkan.

Data pekerja dan anggota keluarga yang didaftarkan selanjutnya akan divalidasi pada sistem aplikasi Edabu dan akan diproses ke dalam Masterfile BPJS Kesehatan. Data peserta PPU Badan Usaha yang belum dapat terproses pada Aplikasi Edabu disampaikan melalui formulir daftar isian elektronik kepada BPJS Kesehatan Cabang sesuai entitas BU terdaftar.

c. Website BPJS Kesehatan

PIC Badan Usaha mengakses Website dengan alamat www.bpjs-kesehatan.go.id lalu klik tombol Daftar dan masukkan data yang dibutuhkan. Sistem BPJS Kesehatan akan mengirimkan link aktivasi ke alamat email yang didaftarkan pada website BPJS

Kesehatan. Selanjutnya, PIC Badan Usaha akan mendapatkan hak akses Aplikasi Edabu berupa User name dan password.

d. Integrasi dengan Online Single Submission (OSS)

OSS atau Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik adalah Perizinan Berusaha yang diterbitkan oleh Lembaga OSS untuk dan atas nama menteri, pimpinan lembaga, gubernur, atau bupati/wali kota kepada Pelaku Usaha melalui sistem elektronik yang terintegrasi. PIC Badan usaha mengakses Website resmi OSS melalui alamat www.oss.go.id, pilih menu Daftar dan ikuti petunjuk dalam Website tersebut. Setelah sukses pendaftaran, BPJS Kesehatan mengirimkan tautan aktivasi secara realtime kepada Badan Usaha Baru dimaksud melalui email yang telah didaftarkan. Badan Usaha melakukan aktivasi melalui tautan dimaksud paling lama 2 (dua) hari kerja. PIC Badan Usaha akan mendapatkan hak akses Aplikasi Edabu berupa User name dan password.

e. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota

PIC Badan Usaha mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengisi data yang diperlukan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

Selanjutnya, PIC Badan Usaha akan mendapatkan hak akses Aplikasi Edabu berupa User name dan password.

E. Peserta PBPU/ BP Non Penyelenggara Negara

Pendaftaran dapat dilakukan secara perorangan maupun

kolektif dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) beserta persyaratannya.

1. Syarat pendaftaran meliputi:
 - a. Fotokopi Kartu Keluarga
 - b. Fotokopi halaman pertama buku tabungan BNI/ BRI, Mandiri, BNI, BTN, BCA, Bank Jateng dan Bank Panin (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/ anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/ penanggung).
 - c. Formulir surat kuasa autodebet pembayaran iuran BPJS Kesehatan bermaterai Rp6.000,00 (Enam Ribu Rupiah) yang ditanda tangani pemilik rekening yang bersangkutan. Surat kuasa wajib ditanda tangani oleh pemilik rekening walaupun calon peserta yang mendaftar bukan pemilik rekening.
 - d. Fotokopi paspor dan surat izin kerja yang diterbitkan instansi berwenang bagi Warga Negara Asing.

Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.

Pendaftaran PBPU/BP Kolektif dimungkinkan untuk Mahasiswa dari Perguruan tinggi atau lembaga sejenis, Siswa/santri dari Sekolah/ Pesantren atau lembaga sejenis, Saksi dan Korban dalam Perlindungan Lembaga Hukum, Penghuni Lembaga Perumahan Masyarakat Negara, Panti Sosial, Lembaga atau Badan Amal, Lembaga/ Yayasan

atau Badan Sosial, Koperasi Berbadan Hukum serta Program CSR Badan Usaha.

2. Kanal layanan pendaftaran:

a. Aplikasi Mobile JKN

- 1) Unduh aplikasi Mobile JKN di Appstore atau Google Play Store. Pilih menu Pendaftaran Peserta Baru dan pilih persetujuan untuk mematuhi syarat dan ketentuan yang berlaku.
- 2) Siapkan kelengkapan data: Nomor Induk Kependudukan (NIK), Kartu Keluarga dan Nomor Rekening Bank.
- 3) Isi data sesuai dengan ketentuan dalam Aplikasi Mobile JKN diantaranya nama lengkap, tempat lahir, tanggal lahir, status pernikahan, alamat/domisili, pilih Kelas Perawatan (I, II atau III), pilih FKTP terdekat, nomor handphone dan email yang aktif dan nomor rekening Bank.
- 4) Setelah semua data lengkap, konfirmasi pendaftaran dan nomor virtual account yang digunakan untuk melakukan pembayaran iuran secara autodebit dan akan dikirim melalui email.
- 5) Calon peserta melakukan pembayaran iuran pertama melalui Autodebet dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.

- 6) Kartu JKN-KIS dikirimkan paling lambat 6 (enam) hari setelah pembayaran atau dapat di download pada Mobile JKN.
- b. BPJS Kesehatan Care Center 1500 400
- 1) Hubungi BPJS Kesehatan Care Center 1500 400, ikuti petunjuknya sesuai dengan instruksi operator Care Center. Lengkapi persyaratan dan data yang dibutuhkan, diantaranya nama lengkap, tempat lahir, tanggal lahir, status pernikahan, alamat/domisili, pilih kelas perawatan (I, II atau III), pilih FKTP terdekat, nomor handphone dan email yang aktif serta nomor rekening bank.
 - 2) Setelah semua data lengkap, konfirmasi pendaftaran dan nomor virtual account yang digunakan untuk melakukan pembayaran iuran dan akan dikirim melalui email.
 - 3) Calon peserta melakukan pembayaran iuran pertama melalui Autodebet dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - 4) Kartu JKN-KIS dikirimkan paling lambat 6 (enam) hari setelah pembayaran atau dapat di download pada Mobile JKN.
- c. Mobile Customer Service (MCS)
- 1) Calon peserta mengunjungi Mobile Customer Service (MCS) pada hari dan jam

yang telah ditentukan, mengisi formulir daftar isian peserta (FDIP), melengkapi persyaratan dan data yang dibutuhkan diantaranya nama lengkap, tempat lahir, tanggal lahir, status pernikahan, alamat/ domisili, pilih kelas perawatan (I, II atau III), pilih FKTP terdekat, nomor rekening bank, nomor handphone dan email yang aktif serta menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- 2) Setelah semua data lengkap, peserta akan mendapatkan nomor virtual account yang digunakan untuk melakukan pembayaran iuran yang akan dikirimkan melalui email.
- 3) Calon peserta melakukan pembayaran iuran pertama melalui Autodebet dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
- 4) Setelah melakukan pembayaran, Kartu JKN-KIS dikirimkan paling lambat 6 (enam) hari.

d. Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/ Kota
(Perorangan dan Kolektif)

- 1) Calon peserta mengunjungi BPJS Kesehatan Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/ Kota, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) melengkapi persyaratan dan data yang dibutuhkan diantaranya nama lengkap, tempat lahir, tanggal lahir, status pernikahan, alamat/domisili, pilih kelas perawatan (I, II atau

III), pilih FKTP terdekat, nomor handphone dan email yang aktif serta nomor rekening bank, mengambil nomor antrian administrasi, dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- 2) Setelah data lengkap, calon peserta akan menerima nomor virtual account yang digunakan untuk pembayaran iuran pertama.
- 3) Calon peserta melakukan pembayaran iuran pertama melalui Autodebet dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
- 4) Setelah melakukan pembayaran Kartu JKN-KIS dikirimkan paling lambat 6 (enam) hari setelah melakukan pembayaran.

F. Peserta Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara

Pendaftaran dapat dilakukan secara perorangan maupun kolektif dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) beserta persyaratannya.

1. Syarat pendaftaran meliputi:

No	Dokumen	PP Pejabat Negara	PP PNS Pusat/Daerah	PP TNI	PP POLRI	Perintis Kemerdekaan	Veteran
1	Asli KTP	√	√	√	√	√	√
2	Fotokopi Kartu Keluarga	√	√	√	√	√	√
3	Asli/Fotokopi surat tanda bukti penerima pensiun atau KARIP	√	√	√	√	√	√
4	Asli/Fotokopi surat tanda bukti penerima pensiun atau Kartu Tanda Peserta ASABRI	√	√	√	√		
5	Asli/Fotokopi piagam petikan SK Pengesahan Gelar Kehormatan Veteran					√	√
6	Asli/Fotokopi Surat Keputusan Janda/Duda/Anak Yatim/Anak Piatu dan atau Anak Yatim Piatu	√	√	√	√	√	√
7	Surat Keterangan dari sekolah/Perguruan Tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 (dua puluh satu) tahun sampai dengan 25 (dua puluh lima) tahun	√	√	√	√	√	√

2. Kanal layanan pendaftaran :

a. *Mobile Customer Service (MCS)*

Peserta mengunjungi Mobile Customer Service (MCS) pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

b. Mall Pelayanan Publik

Peserta mengunjungi Mall Pelayanan Publik, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

c. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota

Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian administrasi, melengkapi persyaratan dan data yang diperlukan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

G. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dari Peserta JKN-KIS wajib didaftarkan kepada BPJS Kesehatan paling lambat 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.

Pendaftaran bayi baru lahir dikenakan kewajiban membayar iuran sejak bayi dilahirkan dan status bayi akan aktif setelah dilakukan pembayaran. Bayi baru lahir yang berusia lebih dari 3 bulan wajib memiliki NIK yang terdaftar pada Dukcapil.

Terlambat mendaftarkan lebih dari 28 hari berakibat tidak mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan, dikenakan sanksi denda pelayanan dan berkewajiban membayar iuran sejak bayi dilahirkan.

1. PESERTA PBI

Bayi baru lahir dari Ibu peserta PBI JK (PBI APBN) dapat langsung didaftarkan oleh Keluarga Peserta dengan status kepesertaan langsung aktif.

Bayi baru lahir yang dapat didaftarkan adalah bayi yang lahir pada tahun berjalan atau 1 (satu) tahun sebelumnya.

Peserta dari penduduk yang di daftarkan oleh Pemerintah Daerah (Jamkesda/PBI APBD), mengacu kepada Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintah Daerah dan dilakukan melalui Dinas

Kesehatan/ Dinas Sosial Kabupaten/ Kota.

a. Syarat dan Cara Pendaftaran Bayi Baru Lahir:

- 1) Asli Kartu JKN-KIS Ibu Kandung
- 2) Asli/Fotocopy Surat keterangan lahir dari Dokter atau Bidan Puskesmas/Klinik/ Rumah Sakit.
- 3) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga orang tua.

b. Kanal layanan pendaftaran :

1) Mobile Customer Service (MCS)

Peserta mengunjungi Mobile Customer Service (MCS) pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

2) Mall Pelayanan Publik

Peserta mengunjungi Mall Pelayanan Publik, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

3) Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/ Kota

Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian pelayanan perubahan data, melengkapi persyaratan dan mengisi data yang diperlukan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

2. PESERTA PPU

Bayi baru lahir anak pertama sampai dengan ketiga dapat didaftarkan setelah bayi dilahirkan dan kepesertaannya langsung aktif. Pendaftaran bisa dilakukan secara kolektif melalui Instansi/ Badan Usaha.

- a. Syarat dan Cara Pendaftaran Bayi Baru Lahir anak pertama sampai dengan ketiga:
 - 1) Asli Kartu JKN-KIS Ibu Kandung
 - 2) Asli/Fotocopy Surat keterangan lahir dari Dokter atau Bidan Puskesmas/Klinik/ Rumah Sakit.
 - 3) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga orang tua.
 - 4) Bayi baru lahir yang berusia lebih dari 3 bulan wajib memiliki NIK yang terdaftar pada Dukcapil.
- b. Kanal layanan pendaftaran :
 - 1) *Mobile Customer Service (MCS)*

Peserta mengunjungi Mobile Customer Service (MCS) pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
 - 2) Mall Pelayanan Publik

Peserta mengunjungi Mall Pelayanan Publik, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- 3) Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/ Kota Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian pelayanan perubahan data, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan oleh HRD/SDM melalui aplikasi Edabu.

3. PESERTA PBPU & BP

Bayi baru lahir dari Ibu Peserta JKN-KIS wajib didaftarkan ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan dan membayar iuran paling lambat 28 (dua puluh delapan) hari sejak bayi dilahirkan, yang dibuktikan dengan surat keterangan lahir dari Rumah Sakit/bidan atau akte kelahiran.

a. Syarat dan Cara Pendaftaran:

- 1) Asli Kartu JKN-KIS Ibu Kandung
- 2) Asli/Fotocopy Surat keterangan lahir dari Dokter atau Bidan Puskesmas/Klinik/ Rumah Sakit.
- 3) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga orang tua.
- 4) Jika peserta belum melakukan autodebet tabungan dilengkapi dengan:
 - a) Fotocopy buku rekening tabungan BNI/ BRI, Mandiri, BNI, BTN, BCA, Bank Jateng dan Bank Panin, dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/Anggota Keluarga dalam Kartu Keluarga/Penanggung
 - b) Formulir autodebet pembayaran iuran BPJS Kesehatan bermaterai Rp6.000,00 (Enam ribu

rupiah).

- 5) Melakukan perubahan data bayi selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan setelah kelahiran yang meliputi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, dan NIK.

b. Kanal layanan pendaftaran :

- 1) Mobile Customer Service (MCS)

Peserta mengunjungi Mobile Customer Service (MCS) pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- 2) Mall Pelayanan Publik

Peserta mengunjungi Mall Pelayanan Publik, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- 3) Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/ Kota

Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian perubahan data, melengkapi persyaratan dan mengisi data yang diperlukan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

BAB 7

SEJARAH ASURANSI KESEHATAN

Asuransi kesehatan di Indonesia merupakan hal yang relatif baru bagi kebanyakan penduduk Indonesia karena istilah asuransi kesehatan belum menjadi perbendaharaan kata umum. Pemahaman tentang asuransi kesehatan masih sangat beragam sehingga tidak heran - misalnya di masa lampau- banyak orang yang menyatakan bahwa Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) bukanlah asuransi kesehatan—hanya karena namanya memang sengaja dipilih tidak menggunakan kata-kata asuransi. Pada pembahasan sejarah asuransi kesehatan, harus disepakati terlebih dahulu batasan asuransi kesehatan. Di banyak buku teks asuransi, asuransi kesehatan mencakup produk asuransi kesehatan sosial maupun komersial. Asuransi kesehatan sosial adalah asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk (misalnya pegawai), premi atau iurannya bukan nilai nominal tetapi prosentase upah yang wajib dibayarkan, dan manfaat asuransi (benefit) ditetapkan peraturan perundangan dan sama untuk semua peserta. Sedangkan asuransi kesehatan komersial adalah asuransi yang dijual oleh perusahaan atau badan asuransi lain, sifat kepesertaannya sukarela, tergantung kesediaan orang atau perusahaan untuk membeli dan preminya ditetapkan dalam bentuk nominal sesuai manfaat asuransi yang ditawarkan. Karena itu premi dan manfaat asuransi kesehatan komersial sangat variasi dan tidak sama untuk setiap peserta.

Domain asuransi kesehatan mencakup berbagai program atau produk asuransi yaitu penggantian uang atau pemberian pelayanan kesehatan, yang disebabkan oleh penyakit, kecelakaan kerja, kecelakaan diri selain

kecelakaan kerja, penggantian penghasilan yang hilang akibat menderita penyakit atau mengalami kecelakaan. Tampak bahwa obyek asuransi kesehatan sangat luas.

7.1. Sejarah Asuransi Kesehatan di Dunia

Sejak 1.000 tahun Sebelum Masehi masyarakat kuno telah mengenal prinsip dasar asuransi—yaitu yang dikenal dengan istilah “Hukum Laut”. Dalam konsep hukum laut di jaman kuno, perahu-perahu mengalami kesulitan mendarat akibat malam yang gelap gulita. Untuk mengatasi hal itu disepakati mengupayakan penerangan dengan cara melemparkan sesuatu kelaut, sehingga laut menjadi terang dan hasilnya dapat dinikmati para nelayan. Karena penerangan yang dihasilkan oleh upaya itu dinikmati bersama oleh para nelayan, maka disepakati untuk menanggung bersama upaya itu. Dengan kata lain “Segala yang dikorbankan untuk manfaat bersama harus dipikul (kontribusi) secara bersama-sama”. Hukum kuno tersebut menjadi dasar dari prinsip asuransi, bukan hanya asuransi kesehatan, tetapi semua asuransi “a common contribution for the common good” (HIAA, 1994).

Di kalangan masyarakat China kuno juga sudah dikenal konsep asuransi yaitu masyarakat memberikan dana secara rutin kepada *shinse* tanpa memperhatikan apakah mereka sakit atau tidak. Ketika salah seorang anggota keluarga masyarakat sakit, mereka membawa si sakit ke *shinse* tanpa membayar lagi. Di Timur Tengah, konsep asuransi juga sudah berkembang sejak jaman kuno

yang tumbuh di kalangan pedagang yang berbisnis lintas daerah (kini lintas negara). Berdagang di gurun pasir luas dari Yaman di Selatan sampai Suriah di Utara atau dari Libia di Barat sampai Iran di Timur, mempunyai risiko kehilangan arah karena luasnya gurun pasir. Untuk menghindari beban ekonomi para keluarga kafilah yang berdagang jauh tersebut, para kafilah bersepakat mengumpulkan dana yang akan digunakan untuk memberikan santunan kepada anggota keluarga kafilah yang hilang atau meninggal dalam perjalanan bisnisnya.

Asuransi modern berkembang luas di Eropa pada pertengahan abad ke 19 pasca revolusi industri. Masa itu tumbuh harapan kehidupan baru yang baik, namun disisi lain terjadi peningkatan risiko dalam kehidupan rumah tangga. Kehidupan tradisional berbasis pertanian lebih menjanjikan kestabilan dan kepastian pendapatan jangka panjang dibandingkan dengan kehidupan industri. Ketidakpastian itu memicu tumbuhnya perkumpulan (asosiasi, societies, club, dan sebagainya) yang bertujuan menanggung bersama berbagai risiko yang menimpa anggota suatu kelompok akibat industrialisasi tersebut. Perkumpulan itu kemudian berkembang pesat di beberapa negara, seperti Jerman, Denmark, Swedia, Norwegia, Swiss, dan Belanda, ditandai dengan pembentukan berbagai klub yang melakukan upaya bersama untuk menghadapi anggota perkumpulan yang menderita sakit, sehingga perkumpulan itu disebut *sick clubs*, *mutual benefit funds*, *cooperatives*, atau *societies*. Di Inggris dikenal *Friendly Societies* dan *Saturday Funds* yaitu asosiasi para pedagang untuk mengatasi berbagai risiko dalam menjalankan usahanya.

Dilihat dari keanggotaan dan bentuk perkumpulannya, dikenal beberapa variasi kelompok atau perkumpulan seperti serikat pekerja usaha dagang, industri kecil, pekerja di berbagai sektor, pengrajin, pengusaha (waktu itu masih kecil atau menengah), dokter secara perorangan, asosiasi dokter, kelompok keagamaan, dan perusahaan asuransi. Jenis asuransi yang umum di abad ke-19 adalah mutual aid societies yaitu bentuk gotong-royong informal yang mengumpulkan iuran dari para anggota perkumpulan dan menjanjikan memberikan uang tunai (*cash benefit*) ketika anggota yang mengalami cacat (hilang kemampuan/*disable*) yang disebabkan oleh kecelakaan atau penyakit, sehingga anggota itu tidak mampu berdagang atau bekerja lagi.

Konsep asuransi sosial, yang bersifat wajib karena diatur oleh pemerintah atau penguasa, mulai berkembang di Eropa pada tahun 1883 ketika Kanselir Otto von Bismarck mewajibkan seluruh pekerja untuk bergabung dalam Dana Sakit (*sicknes fund, zieken fond*). Bismarck berpendapat penduduk harus mendapatkan haknya pada masa-masa sulit seperti ketika jatuh sakit. Hak tersebut diatur melalui suatu mekanisme khusus yang berasal dari kontribusinya sendiri, bukan sumbangan orang.. Negara harus menjamin agar hak tersebut terpenuhi dengan cara mewajibkan pekerja membayar iuran untuk dirinya sendiri. Sebagai konsekuensinya, ketika orang mengalami kegagalan mendapatkan upah akibat sakit, orang tersebut berhak mendapatkan penggantian kehilangan upah tersebut. Jadi manfaat yang diberikan bukan biaya pengobatan atau perawatan, akan tetapi pengganti upah yang hilang karena tidak mampu bekerja (tuna karya

sementara) akibat suatu penyakit. Pada awalnya, kewajiban ini hanya dikenakan kepada pekerja kelas atas (white collar), kemudian diperluas hingga pekerja, kasar, pelajar, mahasiswa, dan petani. Seperti juga yang terjadi di berbagai belahan dunia, penghimpunan dana secara tradisional yang bersifat sukarela oleh friendly societies - semacam upaya dana sehat atau koperasi di Indonesia - tidak bisa berkembang secara optimal.

Di Negara Jerman, tradisi ekonominya berkembang melalui pembentukan kelompok usaha yang terdiri atas pedagang, pengusaha kecil dan pengrajin (*guilds*), menerapkan sistem asuransi kesehatan wajib menggunakan pendekatan tradisi tersebut. Oleh karenanya sistem asuransi wajib (asuransi sosial) ini dikembangkan untuk tiap kelompok kerja atau di lingkungan suatu usaha/perusahaan. Ada tiga kunci kebijakan Jerman di akhir abad ke-19 tersebut, yaitu setiap pekerja wajib mengikuti program dana sakit, dana yang terkumpul dikelola sendiri oleh kelompoknya dan sumber dana berasal dari pekerja itu sendiri, bukan dari pemerintah (Stierle, 1998). Model asuransi sosial inilah yang kemudian berkembang dan menjadi dasar penyelenggaraan asuransi/jaminan sosial (*social security*) di seluruh dunia dengan berbagai variasi penyelenggaraan.

Pada pertengahan abad ke 19 (tahun 1851), di Amerika, tepatnya di San Francisco terbentuk voluntary mutual protection associations seperti *La societe Francaise de Beienfaisance Mutuelle*. Asosiasi ini selanjutnya mendirikan rumah sakit di tahun 1852 untuk melayani perawatan bagi anggotanya. Sejak tahun 1875, establishment funds (Dana Bersama) di Amerika mulai banyak terbentuk. Dana

bersama tersebut merupakan mutual benefit associations, semacam serikat pekerja, dari suatu firma (employer) yang dapat berbentuk perusahaan atau bentuk badan hukum lainnya. Umumnya dana yang terkumpul berasal dari para karyawan, hanya sedikit Dana Bersama yang ikut dibiayai oleh majikan. Manfaat yang diberikan Dana Bersama umumnya diberikan sebagai dana kematian dan disabilitas dalam jumlah yang relatif kecil. Di akhir abad ke 19, gerakan penghimpunan Dana Bersama ini dinilai tidak memadai karena terbatasnya jumlah peserta yang memenuhi syarat ikut serta karena sifat kepesertaan yang sepenuhnya sukarela. Hambatan lain adalah iuran yang rendah sehingga dana yang terkumpul tidak mencukupi untuk membayar santunan yang dijanjikan. Ketidacukupan peserta dan dana ini merupakan fenomena umum yang sampai sekarang terjadi di banyak negara berkembang. Akibatnya peserta tidak merasakan manfaat bergabung kedalam Dana Bersama dan memilih berhenti, sehingga jumlah peserta yang sudah sedikit semakin sedikit akibat berkurangnya jumlah peserta yang tetap bergabung.

Sampai tahun 1917, asuransi disabilitas pendapatan (disability income) ini yang membayar manfaat ketika peserta sakit, yang bukan karena kecelakaan kerja atau penyakit akibat pekerjaan — yang dijamin oleh pemerintah melalui UU Kecelakaan Kerja tahun 1908, merupakan satu-satunya jenis asuransi kesehatan yang ditawarkan perusahaan asuransi. Pasar asuransi kesehatan penggantian upah ini tidak mengalami perubahan berarti di Amerika sampai 40 tahun kemudian. Di tahun 1940an, empat negara bagian Amerika (Rhode Island — 1942, California — 1946,

New Jersey—1948, dan New York—1949) mewajibkan asuransi disabilitas pendapatan jangka pendek (*short term disability income insurance*) di negara bagian tersebut.

Jaminan sosial (*social security*) yang kini dikenal di dunia dan mencakup salah satu program asuransi kesehatan sosial dikembangkan di Amerika di tahun 1935 setelah terjadi krisis ekonomi besar (*great depression*) di tahun 1932. Akan tetapi pada waktu pertama kali undang-undang jaminan sosial diundangkan tahun 1935, program asuransi kesehatan belum masuk dalam sistem jaminan sosial Amerika. Program yang masuk lebih dahulu adalah jaminan hari tua dan disabilitas yang dikenal dengan OASDI (*old age, survivor benefit, and disability income*). Baru pada tahun 1965 Amerika menambahkan program jaminan kesehatan yang terdiri atas *Medicare* (asuransi kesehatan wajib bagi penduduk lanjut usia atau lansia, penderita cacat dan penderita gagal ginjal) dan *Medicaid* (program bantuan pemerintah pusat dan daerah dalam jaminan kesehatan bagi penduduk miskin). Setelah tahun 1965, program jaminan sosial Amerika dikenal dengan OASDHI (*old age, survivor benefit, disability, and Health Insurance*). Seluruh program jaminan sosial tersebut dikelola oleh pemerintah federal (pusat) bukan oleh pemerintah bagian.

Namun demikian, dalam hal asuransi kesehatan komersial, pemerintah Amerika menyerahkan pengaturannya kepada negara bagian. Asuransi kesehatan komersial berkembang pesat pasca terjadinya krisis besar di Amerika.

Asuransi Kesehatan Nasional

Istilah Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) atau *National Health Insurance* (NHI) kini semakin banyak digunakan di dunia. Inggris merupakan negara pertama yang memperkenalkan AKN di tahun 1911. Meskipun sistem kesehatan di Inggris kini lebih dikenal dengan istilah *National Health Service* (NHS) suatu sistem kesehatan yang didanai dan dikelola oleh pemerintah secara nasional (tidak terdesentralisasi), namun sifat pengelolaannya merupakan AKN yang sebagian dibiayai dari kontribusi wajib oleh tenaga kerja (termasuk di sektor informal) dan pemberi kerja. Sistem di Inggris tersebut disebut NHS karena karena penyaluran dananya melalui anggaran belanja negara yang sebagian besar bersumber pajak umum (*tax-funded*). Pembayaran pajak yang tidak memisahkan secara khusus dana untuk kesehatan seperti yang sebelumnya terjadi menjadikan sistem di Inggris tersebut lebih dikenal dengan istilah NHS dibanding AKN. Cakupan kepesertaan dengan NHS adalah universal yaitu seluruh penduduk (*universal coverage*) karena kepesertaan tidak dikaitkan dengan iuran oleh masing-masing peserta. Banyak negara lain di Eropa yang juga memiliki cakupan universal menggunakan sistem NHS yang mengikuti pola Inggris.⁴ Hakekatnya baik NHS maupun AKN mempunyai tujuan yang sama yaitu menjamin bahwa seluruh penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis tanpa mempertimbangkan kemampuan ekonominya. Perbedaan NHS dan AKN terletak pada mekanisme pendanaan. AKN lebih bertumpu pada kontribusi khusus yang bersifat wajib (yang ekuivalen

dengan pajak) dan dikelola secara terpisah dari anggaran belanja negara, baik dikelola langsung oleh pemerintah maupun oleh suatu badan kuasi pemerintah yang otonom.

Meskipun AKN mempunyai kesamaan prinsip dan tujuan, namun penyelenggaraannya di dunia sangat bervariasi. Kanada memperkenalkan AKN yang kini disebut Medicare di tahun 1961 dengan prinsip dasar menjamin akses universal, portabel, paket jaminan yang sama bagi semua penduduk dan dilaksanakan otonom di tiap propinsi. Pendanaan AKN merupakan kombinasi dari kontribusi wajib dan subsidi dari anggaran pemerintah pusat. Pada awalnya, hanya rawat inap yang dijamin oleh AKN. Pada tahun 1972, paket jaminan diperluas dengan rawat jalan. Kini seluruh penduduk Kanada menikmati pelayanan kesehatan komprehensif tanpa harus memikirkan berapa besar biaya yang harus mereka keluarkan dari kantong sendiri bahkan untuk penyakit berat sekalipun. Beberapa jenis pelayanan rumah sakit dan obat yang tidak termasuk klasifikasi esensial, dijamin AKN. Inilah yang menjadi pangsa pasar asuransi kesehatan komersial. Tampak jelas bahwa peran usaha asuransi kesehatan komersial terbatas pada menjamin hal-hal yang tidak dijamin AKN atau dikenal dengan asuransi tambahan/ suplemen. Pembagian peran ini dimaksudkan untuk menghindari terjadinya seleksi bias (*adverse selection*) bila pendekatan yang digunakan adalah asuransi kesehatan komersial bersifat sukarela, yang akan menyebabkan tidak semua penduduk dapat memenuhi kebutuhan kesehatannya.

AKN di Kanada

Di Kanada, sistem asuransi kesehatan yang menjamin akses kepada pelayanan komprehensif berkembang sejak lebih dari 50 tahun yang lalu. Sebelum tahun 1940-an, penduduk Kanada mendapatkan pelayanan kesehatan dengan cara membayar dari kantong sendiri (out of pocket) sesuai dengan kemampuannya masing-masing. Penduduk yang mampu bisa membeli asuransi kesehatan komersial, tetapi sebagian besar penduduk tidak mampu membelinya. Hal itu menimbulkan banyak masalah akses dan kemanusiaan akibat penduduk tidak mampu membayar pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Usaha menyediakan jaminan kesehatan kepada semua penduduk dimulai tahun 1947 ketika propinsi Saskatchewan memulai penyelenggaraan asuransi kesehatan wajib/sosial, yang sering juga disebut asuransi kesehatan publik, untuk pelayanan rumah sakit saja.

Sepuluh tahun kemudian, pemerintah federal tertarik untuk memperluas sistem jaminan yang diberikan oleh propinsi Saskatchewan. Pada tahun 1956, pemerintah federal merangsang propinsi lain untuk menyelenggarakan jaminan perawatan rumah sakit dengan memberikan kontribusi sebesar 50% dari dana yang dibutuhkan propinsi. Pada tahun 1961 seluruh propinsi dan dua daerah teritorial telah menyetujui untuk memberikan paling tidak jaminan rawat inap. Sampai dengan tahun tersebut, pelayanan rawat jalan pada praktek dokter, baik yang praktek mandiri maupun kelompok, masih harus dibayar sendiri oleh penduduk.

Propinsi Saskatchewan melihat hal tersebut sebagai beban penduduk yang harus dipikul bersama, sehingga pemerintah propinsi memulai perluasan manfaat asuransi kesehatan publik dengan menanggung pelayanan rawat jalan dokter di luar rumah sakit. Pemerintah federal Kanada melihat manfaat asuransi kesehatan komprehensif bagi penduduk dan pertumbuhan ekonomi di propinsi itu. Melihat itu, pemerintah Federal pada tahun 1968, memutuskan untuk merangsang propinsi lain menerapkan asuransi kesehatan komprehensif. Empat tahun kemudian yaitu tahun 1972 seluruh propinsi telah menyediakan jaminan kesehatan komprehensif. Pada tahun itulah tujuan Asuransi Kesehatan Nasional Kanada tercapai.

Pendanaan program *Medicare* tersebut selama 20 tahun (sejak 1956) ditanggung bersama oleh pemerintah propinsi dan pemerintah federal, masing-masing sama besar.

Pada tahun 1977 pendanaan tidak lagi menggunakan sistem proporsional biaya yang dibutuhkan, melainkan pemberian *block grant* per kapita dari pemerintah federal kepada pemerintah provinsi. Bentuk *block grant* itu memberikan keleluasaan kepada pemerintah propinsi menggunakan tersebut untuk membiayai program kesehatan lain, seperti tambahan paket obat bagi lansia dan perawatan gigi bagi anak-anak.

Tahun 1979, sebuah telaah sistem kesehatan Kanada menunjukkan bahwa sistem kesehatan di Kanada merupakan salah satu yang terbaik di dunia. Pada telaah yang sama ditemukan pula bahwa banyak dokter yang menarik biaya konsultasi tambahan langsung kepada

pasien disamping yang telah dibayar oleh pemerintah propinsi. Fakta itu mengancam akses penduduk karena ada beban tambahan untuk membiayai biaya pelayanan kesehatannya. Dalam undang-undang Kesehatan Kanada tahun 1984, pemerintah federal menjatuhkan denda kepada pemerintah propinsi sebesar jumlah biaya yang ditarik oleh dokter di propinsi itu yang dikurangkan dari pendanaan pusat, jika propinsi mengizinkan dokter menarik biaya tambahan dari penduduk yang ditengarai akan memberatkan penduduk dan merusak sistem nasional. Kebijakan ini ditujukan agar seluruh penduduk Kanada terbebas dari beban biaya besar jika ia atau anggota keluarganya sakit.

AKN Amerika Serikat

Negara tetangga Kanada (Amerika Serikat) telah lama bergelut untuk mewujudkan sebuah AKN. Pada saat ini, AS dapat dikatakan mempunyai asuransi kesehatan nasional rawat inap untuk penduduk di atas 65 tahun saja (lansia) yang disebut *Medicare part A*. Karena AKN di Amerika Serikat hanya berlaku bagi penduduk lansia, tidak semua penduduk Amerika yang berjumlah sekitar 280 juta jiwa memiliki asuransi kesehatan. Sekitar 50 juta penduduk AS yang berusia di bawah 65 tahun (sekitar 25% penduduk usia produktif) tidak memiliki asuransi kesehatan. Ini merupakan suatu bukti kegagalan mekanisme pasar dalam bidang kesehatan, karena AS memang didominasi oleh asuransi kesehatan komersial. Dengan belanja kesehatan per kapita kini lebih dari US\$ 5.000 per tahun, AS adalah satu-satunya negara maju yang tidak mampu memiliki

asuransi kesehatan nasional.

Di Amerika di tahun 1970an, terdapat 15 usulan RUU (Bill) AKN yang semuanya kandas akibat banyaknya interes bisnis dan politik sehingga kepentingan publik tidak terlindungi dengan baik. Di kala itu, 23% penduduk AS tidak memiliki asuransi kesehatan, sedangkan saat ini angka tersebut masih berkisar 18%. Dalam masa hampir 40 tahun, sejak *Medicare* diluncurkan, AS tidak mampu meningkatkan perluasan penduduk yang dicakup asuransi. Berbagai reformasi sistem asuransi kesehatan yang dilakukan Amerika, misalnya dengan UU Portabilitas Asuransi dan berbagai UU lain yang bertujuan memperluas cakupan asuransi secara parsial, tanpa AKN, tidak mampu mancapai cakupan universal. Inilah salah satu bukti *market failure* dalam pencapaian cakupan universal asuransi kesehatan. Sesungguhnya di AS telah diusulkan puluhan model pendanaan dan penyelenggaraan yang dapat digolongkan menjadi tiga model yaitu:

- (1) kombinasi kontribusi wajib (payroll taxes) dan anggaran pemerintah seperti model Inggris,
- (2) perluasan program Medicare dengan kontribusi wajib kepada seluruh penduduk seperti model umum di negara maju lain, dan
- (3) bantuan premi dari pemerintah untuk penduduk miskin dan tidak mampu.

Upaya terakhir untuk mewujudkan AKN di Amerika dilakukan oleh Presiden Bill Clinton di tahun 1993, yang juga gagal karena kekuatan perusahaan asuransi, yang takut kehilangan pasar dan memiliki dana lebih besar, lebih mampu mempengaruhi rakyat Amerika dan anggota

Kongres untuk menolak usulan Clinton. Kegagalan AS dalam mengembangkan AKN, yang lebih mementingkan kepentingan pebisnis asuransi, merupakan pelajaran yang harus cermati untuk dapat dihindari.

AKN di Jerman

Jerman dipandang sebagai negara pertama yang memperkenalkan asuransi kesehatan sosial di jaman Otto von Bismarck di tahun 1883. Pada masa lalu, jumlah badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial (*sickness funds*), yang seluruhnya bersifat nirlaba, berjumlah sekitar lima ribuan. Namun demikian, karena dorongan efisiensi dan portabilitas, banyak *sickness funds* yang merger sehingga kini jumlahnya sudah menyusut menjadi 270 saja. Penyusutan jumlah badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial di Jerman ini menunjukkan bahwa usaha dengan pool kecil tidak mampu bertahan dan tekanan ekonomi serta tuntutan portabilitas mengharuskan merger. Kini asuransi kesehatan sosial terbesar dipegang oleh badan yang bernama AOK yang mengelola hampir 70% peserta asuransi kesehatan sosial di Jerman. Semua penduduk dengan penghasilan di bawah EUR 3.375 per bulan wajib membayar kontribusi untuk asuransi kesehatan yang kini mencapai 14% dari upah sebulan. Penduduk yang berpenghasilan diatas itu, boleh tidak menjadi peserta, akan tetapi sekali mereka tidak ikut (*opt-out*) dengan membeli asuransi kesehatan komersial, mereka tidak diperkenankan lagi ikut asuransi sosial. Akibatnya, hanya 10% saja penduduk Jerman yang membeli asuransi

kesehatan komersial. Jerman memang tidak memiliki satu lembaga asuransi kesehatan yang secara khusus dirancang untuk menjamin seluruh penduduk secara nasional karena sejarah perkembangan negara yang sejak awal terpecah-pecah dalam negara bagian (*lander*). Namun demikian, Jerman telah menjamin seluruh penduduknya dengan biaya separuh dari yang dikeluarkan Amerika karena sistemnya didominasi asuransi kesehatan sosial. Hanya karena jumlah badan penyelenggara asuransi sosial yang banyak dan paket jaminan yang sangat liberal, maka sistem asuransi kesehatan Jerman hanya sedikit efisien dibandingkan dengan sistem asuransi kesehatan Amerika yang didominasi oleh usaha asuransi kesehatan komersial.

AKN di Belanda

Karena hubungan sejarah dengan Jerman, sistem asuransi kesehatan di Belanda sedikit banyak mengikuti pola-pola Jerman dengan modifikasi. Belanda sesungguhnya juga memberlakukan AKN dengan pooling risiko biaya medis yang besar (*exceptional medical expenses*) yang dikelola oleh satu badan berskala nasional yang dikenal dengan nama AWBZ. Pelayanan kesehatan yang tidak mahal dikelola oleh berbagai badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial yang bersifat nirlaba yang diatur oleh UU Sickness Funds Act (ZFW). Sebagian penduduk berpenghasilan tinggi dibolehkan (*opt out*) untuk membeli asuransi kesehatan komersial. Dengan model yang hampir sama dengan Jerman, sistem asuransi kesehatan di Belanda memiliki pendanaan yang berskala Nasional untuk kasus-

kasus katastrofik dan pendanaan lokal untuk kasus-kasus medis yang berbiaya relatif kecil.

AKN di Australia

Australia mengeluarkan UU Asuransi Kesehatan Nasionalnya di tahun 1973 dengan memberikan jaminan pelayanan komprehensif kepada seluruh penduduk Australia, baik yang berada di Australia maupun yang berada di beberapa negara tetangga seperti di Selandia Baru dan warga negara beberapa negara Eropa yang tinggal di Australia. Asuransi, yang juga disebut Medicare dikelola oleh *Health Insurance Commissioner* di tingkat negara Federal. Sejak tahun 1973, seluruh penduduk Australia tidak perlu memikirkan biaya perawatan jika mereka sakit. Karenanya penyakit tidak akan membuat mereka jatuh miskin. Reformasi sistem Asuransi Kesehatan Nasional Australia terjadi pada tahun 1990an dengan merangsang penduduk untuk membeli asuransi kesehatan komersial. Begitu baiknya pengelolaan Medicare ini sehingga diperlukan perangsang khusus bagi penduduk yang ingin membeli asuransi kesehatan swasta dengan cara memberikan pengurangan kontribusi asuransi wajib. Namun ternyata jumlah penduduk Australia yang memilih membeli asuransi kesehatan komersial semakin hari semakin sedikit.

AKN di Jepang

Sebagai sekutu Jerman dalam Perang Dunia II di

Asia, Jepang memiliki pola sistem asuransi kesehatan yang mengikuti pola Jerman dengan berbagai modifikasi. Di Jepang istilah AKN (*Kokuho, Kokumin Kenko Hoken*) digunakan untuk penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pekerja mandiri (*self-employed*), pensiunan swasta maupun pegawai negeri, dan anggota keluarganya. Penyelenggara AKN diserahkan kepada pemerintah daerah. Sementara asuransi kesehatan bagi pekerja aktif di sektor formal diatur dengan UU asuransi sosial kesehatan secara terpisah. Jepang telah memulai mengembangkan asuransi sosial kesehatan sejak tahun 1922 dengan mewajibkan pekerja di sektor formal untuk mengikuti program asuransi kesehatan sosial. Akan tetapi, mewajibkan asuransi kesehatan bagi pekerja sektor formal saja tidak bisa menjamin penduduk di sektor informal dan penduduk yang telah memasuki usia pensiun mendapatkan asuransi kesehatan. Untuk memperluas jaminan kesehatan kepada seluruh penduduk (*universal coverage*), Jepang kemudian memperluas cakupan asuransi kesehatan dengan mengeluarkan UU AKN. Dalam sistem asuransi kesehatan di Jepang, peserta dan anggota keluarganya harus membayar urun biaya (*cost sharing*) yang besarnya bervariasi antara 20-30% dari biaya kesehatan di fasilitas kesehatan. Bagian urun biaya inilah yang menjadi pangsa pasar asuransi kesehatan komersial.

AKN di Taiwan

Negara Asia yang pertama kali secara eksplisit menggunakan istilah AKN dengan melakukan *pooling*

nasional adalah Taiwan. Komitmen Presiden yang sangat kuat dibuktikan dengan lahirnya UU AKN pada tahun 1995 dengan sistem yang dikelola oleh Biro NHI, suatu Biro di dalam Depkes Taiwan, sebagai satu-satunya pengelola. Sistem AKN di Taiwan ini dimulai dengan menggabungkan penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri, pegawai swasta, petani dan pekerja di sektor informal, yang sebelumnya dikelola secara terpisah oleh badan penyelenggara masing-masing, seperti sistem di Indonesia dengan Askes dan Jamsostek. Penggabungan tersebut telah meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan yang menjamin akses yang sama kepada seluruh penduduk. Paket jaminan komprehensif yang sama meningkatkan kepuasan peserta dengan tingkat kepuasan lebih dari 70%. Sistem AKN di Taiwan merupakan salah satu sistem yang menanggung pengobatan tradisional Cina dalam paket jaminan yang diberikan kepada pesertanya. Karena sistemnya yang cukup memuaskan penduduk, asuransi kesehatan komersial tidak banyak berkembang di Taiwan.

AKN di Korea Selatan

Korea Selatan memulai asuransi sosial pada Desember 1963 dengan mewajibkan perusahaan yang mempekerjakan 500 karyawan atau lebih menyediakan asuransi kesehatan bagi karyawannya. Kewajiban itu ditingkatkan sampai kepada perusahaan yang mempekerjakan satu orang karyawan. Cakupan askes untuk pekerja mandiri sudah diuji-coba sejak tahun 1981

dan pada tahun 1989 seluruh penduduk telah memiliki asuransi. Suatu prestasi yang luar biasa, karena dalam waktu relatif singkat Korea telah mampu mencapai cakupan universal. Tetapi penyelenggaraannya masih dikelola oleh lebih dari 300 badan asuransi kesehatan yang bersifat nirlaba yang dikelola oleh kelompok pekerja atau pemerintah daerah. Mengingat mobilitas penduduk yang tinggi dan rendahnya efisiensi pengelolaan program AKN, maka dilakukan reformasi menuju satu sistem AKN. Sejak tahun 2000, AKN di Korea Selatan dikelola oleh satu badan nasional dengan iuran maksimum 8% dari upah, ditanggung bersama antara pekerja, pemberi kerja dan subsidi pemerintah.

AKN di Thailand

Penyelenggaraan AKN di Thailand diusulkan sejak tahun 1996. Program AKN di negara seribu pagoda itu sudah mencakup seluruh penduduk, namun dikelola oleh 3 badan penyelenggara. Saat ini sedang berlangsung proses penggabungan tiga badan penyelenggara tersebut menjadi satu badan pengelola yang akan mengelola seluruh program AKN. Usulan penyelenggaraan AKN di Muangtai menggabungkan konsep satu Badan Nasional sebagai pengelola dengan desentralisasi pembayaran kepada fasilitas kesehatan (area purchasing board). Asuransi kesehatan di Thailand terdiri atas sistem jaminan kesehatan pegawai negeri yang paket jaminannya amat liberal dan menjamin tidak saja anggota keluarga pegawai, tetapi juga mencakup orang tua dan mertua pegawai. Seluruh

pegawai swasta mendapat jaminan kesehatan komprehensif melalui Badan Jaminan Sosial yang dikelola oleh Depnakerjanya Thailand. Sedangkan pekerja informal memperoleh jaminan melalui National Health Security Office, sebuah lembaga independen yang mengelola sistem 30 Baht. Dengan sistem 30 Baht, seluruh penduduk di luar pegawai swasta dan pegawai negeri berhak mendapat pelayanan kesehatan komprehensif dengan hanya membayar 30 Baht (kurang lebih Rp 6.000) sekali berobat atau dirawat, termasuk perawatan intensif dan pembedahan. Dengan demikian, seluruh penduduk Thailand kini juga telah terbebas dari ancaman menjadi miskin bila jatuh sakit dan karenanya akan lebih produktif membangun negaranya.

AKN di Filipina

Filipina merupakan negara berkembang seperti Indonesia, yang memiliki penduduk tersebar di lebih dari 7.000 pulau, yang bertekad memantapkan AKN di akhir Milenium kedua. Pada tahun 1995, Filipina berhasil mengeluarkan UU AKN yang menggabungkan penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan pegawai swasta yang sebelumnya dikelola terpisah menjadi satu badan AKN. Sebagai negara berkembang yang mempunyai pendapatan per kapita sedikit di atas US\$ 1.000, Filipina merupakan negara berkembang yang mengembangkan AKN dengan target mencapai cakupan universal. Saat ini cakupan program AKN baru mencapai sekitar 60% penduduk, namun seluruh pekerja di sektor

formal telah menjadi peserta, termasuk tenaga kerja yang bekerja diluar Filipina. Meskipun paket jaminannya belum komprehensif, Filipina sudah mampu meniadakan ancaman pemiskinan akibat sakit bagi sebagian besar penduduknya.

Askes Komersial

Perkembangan asuransi kesehatan komersial di Amerika maju dengan pesat setelah Pemerintah Federal mengeluarkan UU asuransi wajib kecelakaan kerja di tahun 1908 yang diikuti dengan negara bagian Wisconsin di tahun 1911. Upaya asuransi kesehatan komersial yang dianggap sebagai cikal bakal keberhasilan usaha asuransi kesehatan secara korporat di Amerika dimulai ketika di tahun 1910 Dana Bersama bagi pegawai *Montgomery Ward*, yang memberikan jaminan kematian dan penggantian upah (disability income benefits) sebesar \$5 sampai \$10 per minggu, ditelaah (studi kelayakan) untuk dikontrakan ke perusahaan asuransi. Studi ini dipicu oleh rendahnya kepesertaan yang hanya mencakup sekitar 15% pegawai, evaluasi program yang jarang dilakukan, dan manfaat asuransi (benefit) yang tidak memadai. Akhirnya, setelah negosiasi yang alot, jaminan penggantian upah ini dikontrakan kepada *London Guarantee and Accident Company*, di New York tahun 1911. Kontrak asuransi kesehatan kumpulan pertama, yang jaminannya bukan pelayanan kesehatan atau penggantian biaya perawatan, mengharuskan waktu tunggu (*waiting period*) selama tiga hari, manfaat asuransi sebesar 50% upah mingguan bagi pekerja berusia di bawah 70 tahun dengan manfaat minimum sebesar \$5 dan manfaat maksimum sebesar \$28,25 per minggu. Manfaat diberikan sampai pekerja sembuh dan dapat bekerja kembali, tanpa ada batas waktu (HIAA, 1994).

Seperti dijelaskan diatas, beberapa negara bagian

mewajibkan perusahaan untuk mengasuransikan disabilitas pendapatan jangka pendek bagi karyawannya. Kewajiban tersebut membuat perusahaan asuransi berupaya mencari pasar baru dengan menawarkan asuransi sejenis tetapi bersifat jangka panjang (long-term) yang memberikan manfaat sampai lima tahun. Akan tetapi, asuransi ini hanya ditawarkan kepada pekerja dengan upah yang tinggi seperti penyelia dan manajer. Pada saat ini di Amerika, asuransi disabilitas pendapatan jangka panjang—yang memberikan manfaat asuransi sampai usia pensiun (65 tahun), ketika pensiun wajib yang disediakan Pemerintah Federal sudah menjadi hak pekerja tersebut.

7.2. Sejarah Asuransi Kesehatan di Indonesia

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia berjalan sangat lambat dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di beberapa negara tetangga di ASEAN. Penelitian yang seksama tentang faktor yang mempengaruhi perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia tidak cukup tersedia. Secara teoritis beberapa faktor penting dapat dikemukakan sebagai penyebab lambatnya pertumbuhan asuransi kesehatan di Indonesia, diantaranya deman (demand) dan pendapatan penduduk yang rendah, terbatasnya jumlah perusahaan asuransi, dan buruknya kualitas fasilitas pelayanan kesehatan serta tidak adanya kepastian hukum di Indonesia.

Penduduk Indonesia pada umumnya merupakan risk taker untuk kesehatan dan kematian. Sakit dan mati dalam kehidupan masyarakat Indonesia yang religius merupakan takdir Tuhan dan karenanya banyak anggapan yang tumbuh di kalangan masyarakat Indonesia bahwa membeli asuransi berkaitan sama dengan menentang takdir. Hal ini menyebabkan rendahnya kesadaran penduduk untuk membeli atau mempunyai asuransi kesehatan. Selanjutnya, keadaan ekonomi penduduk Indonesia yang sejak merdeka sampai saat ini masih mempunyai pendapatan per kapita sekitar \$ 1.000 AS per tahun, sehingga tidak memungkinkan penduduk Indonesia menyisihkan dana untuk membeli asuransi kesehatan maupun jiwa. Rendahnya deman dan daya beli tersebut mengakibatkan tidak banyak perusahaan asuransi yang menawarkan produk asuransi kesehatan. Selain itu,

fasilitas kesehatan sebagai faktor yang sangat penting untuk mendukung terlaksananya asuransi kesehatan juga tidak berkembang secara baik dan distribusinya merata. Sedangkan dari sisi regulasi, Pemerintah Indonesia relatif lambat memperkenalkan konsep asuransi kepada masyarakat melalui kemudahan perijinan dan kapastian hukum dalam berbisnis asuransi atau mengembangkan asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat luas.

Asuransi Sosial

Sesungguhnya, Pemerintah Indonesia sudah mulai mencoba memperkenalkan prinsip asuransi sejak tahun 1947, dua tahun setelah Indonesia merdeka. Seperti juga yang berkembang di negara maju, asuransi kesehatan berkembang dimulai dengan asuransi sosial dalam bidang kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Pada waktu itu Pemerintah mewajibkan semua perusahaan untuk mengasuransikan karyawannya terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Namun demikian, karena situasi keamanan dalam negeri pasca kemerdekaan yang masih belum stabil akibat adanya berbagai pembontakan dan upaya Belanda untuk kembali merebut Indonesia, maka upaya tersebut belum memungkinkan untuk terlaksana dengan baik.

Setelah kestabilan politik relatif tercapai, di tahun 1960 pemerintah mencoba memperkenalkan lagi konsep asuransi kesehatan melalui undang-undang Pokok Kesehatan tahun 1960 yang meminta Pemerintah mengembangkan 'dana sakit' dengan tujuan untuk

menyediakan akses pelayanan kesehatan untuk seluruh rakyat.⁴⁵ Akan tetapi karena berbagai kondisi sosial ekonomi seperti disampaikan dimuka belum kondusif, maka perintah undang-undang tersebut sama sekali tidak bisa dilaksanakan. Pada tahun 1967, Menteri Tenaga Kerja (Menaker) mengeluarkan Surat Keputusan untuk mendirikan Dana mirip dengan konsep *Health Maintenance Organization* (HMO) atau Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang berkembang kemudian guna mewujudkan amanat undang-undang kesehatan tahun 1960 tersebut. Menteri menetapkan iurannya sebesar 6% upah yang ditanggung majikan sebesar 5% dan karyawan 1%.⁴⁶ Sayangnya SK Menaker tersebut tidak mewajibkan, karena memang SK Menteri tidak cukup kuat untuk mewajibkan, pengusaha untuk membayar iuran tersebut. Akibatnya SK tersebut tidak berfungsi dan skema asuransi kesehatan tersebut tidak pernah terwujud.

Sampai tahun 1968, tidak ada perkembangan yang berarti dalam bidang asuransi kesehatan di Indonesia. Beberapa perusahaan besar dan Pemerintah memang telah memberikan jaminan kesehatan secara tradisional (*self-insured*) dengan cara mengganti biaya kesehatan yang telah dikeluarkan oleh karyawan. Upaya pengembangan asuransi kesehatan sosial yang lebih sistematis mulai diwujudkan di tahun 1968 ketika Menteri Tenaga Kerja (Menaker), Awaludin Djamin, mengupayakan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri. Upaya menyediakan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan keluarganya ini merupakan skema asuransi kesehatan sosial pertama di Indonesia. Asuransi kesehatan sosial adalah asuransi kesehatan yang mempunyai ciri wajib diikuti oleh

sekelompok penduduk (misalnya pegawai negeri), manfaat atau paket pelayanan kesehatan yang dijamin ditetapkan oleh peraturan dan sama untuk semua peserta, dan iuran/preminya ditetapkan dengan prosentase upah atau gaji. Pada awalnya asuransi kesehatan pegawai negeri, yang kini lebih dikenal dengan Askes, mewajibkan iuran sebesar 5% dari upah, namun pada perkembangan selanjutnya, iuran diturunkan menjadi 2% yang harus dibayar oleh pegawai negeri, sementara pemerintah sebagai majikan tidak membayar iuran. Baru pada tahun 2004, Pemerintah memulai mengiur sebesar 0,5% dari gaji yang secara bertahap akan dinaikkan menjadi 2%, sehingga total iuran asuransi kesehatan bagi pegawai negeri menjadi 4%.

Program asuransi kesehatan pegawai negeri ini awalnya dikelola oleh suatu badan di Departemen Kesehatan yang dikenal dengan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Badan tersebut sebagaimana badan lain yang berada di dalam birokrasi tidak memiliki fleksibilitas cukup untuk merespons tuntutan peserta dan fasilitas kesehatan. Administrasi keuangan di Departemen umumnya lambat dan birokratis sehingga tidak mendorong manajemen yang baik dan memuaskan pengandil (stake holder). Oleh karenanya Askes kemudian dikelola secara korporat dengan mengkonversi BPDPK menjadi Perusahaan Umum (Perum) yang dikenal dengan Perum Husada Bakti (PHB) di tahun 1984. Perubahan menjadi PHB membuat pengelolaan Askes, yang pada waktu itu dikenal juga dengan istilah Kartu Kuning, dapat dikelola secara lebih fleksibel. Istilah Kartu Kuning dikenal sejak program dikelola oleh BPDPK

karena kartu peserta berwarna kuning.

Namun demikian, status Perum yang merupakan konsep penyelenggaraan tugas operasional pemerintah dinilai kurang leluasa untuk pengembangan asuransi kesehatan kepada pihak di luar pegawai negeri. Perkembangan selanjutnya PHB dikonversi menjadi PT Persero dengan Peraturan Pemerintah nomor 6/1992 dan namanya berubah menjadi PT Asuransi Kesehatan Indonesia (Persero) yang disingkat PT Askes (Persero). Nama Askes sengaja digunakan untuk memudahkan peserta mengenal dan memahami program yang menjadi haknya. Ketika masih dikelola oleh PHB, Kartu Kuning sudah dikenal juga sebagai Kartu Askes (asuransi kesehatan). Dengan status Persero, PT Askes (Persero) mempunyai keleluasaan yang lebih dalam pengelolaan aset dan memperluas kepesertaan kepada sektor swasta. Setelah menjadi PT Persero, PT Askes (Persero) telah memperluas produk asuransi yang dikelola dengan menjual produk asuransi kesehatan komersial JPKM/HMO kepada perusahaan swasta maupun BUMN. Sampai tahun 2004, jumlah peserta asuransi komersial telah mencapai 1,5 juta jiwa, sedangkan jumlah peserta asuransi kesehatan sosial yaitu pegawai negeri, pensiunan pegawai negeri, dan pensiunan angkatan bersenjata beserta anggota keluarganya, mencapai hampir 14 juta jiwa.

Di tahun 1971, upaya asuransi sosial dalam bidang kecelakaan kerja juga dimulai dengan didirikannya Perusahaan Asuransi Sosial Tenaga Kerja (Astek). Astek pada awalnya hanya menangani asuransi kecelakaan kerja. Upaya perluasan program asuransi sosial menjadi program jaminan sosial yang lebih lengkap dimulai dengan uji coba

Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja di lima propinsi yang mencakup sekitar 70.000 tenaga kerja di tahun 1985. Uji coba selama lima tahun dimaksudkan untuk menilai kelayakan memperluas asuransi kesehatan sosial ke sektor swasta yang memiliki ciri berbeda dengan sektor publik (Askes). Di sektor swasta, sifat perusahaan sangat dinamis, baik dari segi jumlah tenaga kerja, masa kerja di suatu perusahaan, jumlah upah, jumlah perusahaan/majikan dan kemampuan finansial untuk membayar iuran. Proses pembayaran iuranpun tidak mudah karena tidak ada satu mekanisme sentral, seperti pada sektor publik, yang lebih menjamin terkumpulnya dana secara memadai dan teratur. Akhirnya setelah uji coba selama lima tahun, program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja dinilai layak untuk masuk dalam program jaminan sosial.

Di bulan Februari 1992, undang-undang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) disetujui DPR dan diundangkan. Undang-undang Jamsostek ini mencakup empat program jaminan sosial yaitu:

- Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK),
- Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK),
- Jaminan Hari Tua (JHT), dan
- Jaminan Kematian.

Program JPK merupakan program asuransi sosial yang jaminannya diberikan juga kepada anggota keluarga karyawan, sedangkan ketiga program jaminan sosial lainnya hanya diberikan kepada karyawan. Program JHT, di lain pihak, merupakan program tabungan, bukan program asuransi. Dalam perkembangannya, program JPK

ternyata tidak sepenuhnya diwajibkan, karena pada Peraturan Pemerintah nomor 14/1993 disebutkan bahwa perusahaan (baca firma atau badan usaha karena termasuk juga yayasan atau badan lain yang mempekerjakan 10 atau lebih karyawan) yang telah atau akan memberikan jaminan yang lebih baik dari paket jaminan yang diatur PP tersebut boleh tidak mengikuti (opt out) program JPK Jamsostek. Klausul pasal inilah yang menyebabkan cakupan peserta program JPK Jamsostek tidak pernah besar dan sampai pada tahun 2004 hanya sekitar 1,3 juta tenaga kerja atau beserta sekitar 1,6 juta anggota keluarganya yang mendapatkan perlindungan JPK. Akan tetapi, program JKK mencakup lebih banyak pekerja yaitu secara akumulatif mencapai hampir 20 juta tenaga kerja. Namun demikian, karena dinamika perusahaan, jumlah peserta Jamsostek di tiga program lainnya juga mengalami fluktuasi. Kendala besar yang dihadapi program Jamsostek adalah seringnya karyawan berpindah dari satu perusahaan ke perusahaan lain, sehingga menyulitkan pendataan peserta. Kendala seperti ini tidak terjadi di program asuransi kesehatan pegawai negeri.

Dana Sehat/JPKM/Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin

Dana sehat dapat dilihat sebagai upaya penghimpunan (pooling) dana masyarakat dalam bentuk yang paling sederhana. Usaha dana sehat tidak bisa dikatakan murni sebagai kearifan (ide) bangsa Indonesia karena upaya yang sama juga terjadi di negara- negara maju di Eropa maupun Amerika. Namun demikian, semua

inisiatif serupa dana sehat memang tidak berkembang menjadi sebuah asuransi besar. Di awal tahun 1970an, mulai muncul ide dana sehat, misalnya di kecamatan Karang Kobar, Klampok dimana

dr. Agus Swandono, kepala Puskesmas berinisiatif mengumpulkan dana untuk biaya obat dan pengelolaan sanitasi. Di Kupang dan Bali juga berkembang upaya sama yang didorong oleh pemerintah daerah/dinas kesehatan guna meningkatkan kesadaran masyarakat untuk membiayai kesehatan dirinya sendiri. Upaya pengembangan dana sehat memang banyak didorong oleh pemerintah dengan harapan terlalu besar, namun kenyataannya tidak berkembang menjadi besar. Ribuan dana sehat di tingkat kelurahan, kecamatan, bahkan yang setingkat propinsi seperti Raraeongan Sarupi di Jawa Barat telah dikembangkan, akan tetapi sampai saat ini hampir tidak ada yang bertahan hidup apalagi berkembang.

Bahkan upaya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang mempunyai dukungan struktural yang lebih kuat, antara lain tercantum dalam UU nomor 23/1992 tentang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan, juga tidak berkembang seperti yang diharapkan. Program JPKM yang mengambil ide *Health Maintenance Organization* (HMO) di Amerika sering dicampur-adukan dengan dana sehat. Pada awal tahun 1990, Depkes mengeluarkan buku pedoman untuk menumbuh-kembangkan dana sehat menjadi JPKM. Upaya-upaya mengembangkan dana sehat menjadi JPKM, yang dinilai sebagai tingkatan yang lebih tinggi, tidak memperoleh hasil yang memadai. Di daerah-daerah, pejabat di lingkungan dinas kesehatan tidak bisa

membedakan antara dana sehat dan JPKM.

Upaya memperluas dan mengembangkan JPKM, setelah keluar UU Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur JPKM, dilakukan antara lain dengan meminjam dana dari Bank Dunia misalnya pada Proyek Kesehatan IV (HP IV) di Kaltim, Kalbar, Sumbar dan NTB. Proyek lain adalah pinjaman dana *Asian Development Bank* (ADB) juga dilakukan di daerah lain. Kebanyakan proyek itu mengembangkan JPKM dengan pola pikir (mindset) dana sehat sehingga upaya-upaya menjual produk JPKM dilakukan kepada penduduk yang berpenghasilan rendah dengan target penjualan ke rumah tangga. Dengan tidak adanya pengetahuan, pengalaman, dan bimbingan dari profesional yang memahami asuransi kesehatan, upaya yang dilakukan tidak membuahkan hasil. Kekurangan dukungan profesional asuransi kesehatan dipersulit dengan anggapan yang terus dipertahankan untuk waktu lama bahwa JPKM bukan asuransi.

Ketika Indonesia menderita krisis nilai tukar rupiah pada bulan Juni 1997 yang membuat rupiah terpuruk dari nilai sekitar Rp 2.300 per \$1 AS menjadi sampai Rp 15.000 untuk \$1 AS, menyebabkan harga barang dan jasa khususnya barang impor, menjadi sangat mahal, sehingga akses pelayanan kesehatan menjadi sangat rendah.

Pemerintah dan pihak internasional sangat khawatir terjadi penurunan derajat kesehatan masyarakat dan semakin buruknya akses pelayanan. Upaya mencegah terjadinya kerusakan sistem yang sudah dibangun berkembang menjadi upaya mengembangkan Jaring Pengaman Sosial (*social safety net*) untuk berbagai bidang,

termasuk bidang kesehatan. Upaya jaring pengaman di bidang kesehatan dikenal dengan istilah program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) yang ditumpangi dengan keinginan mengembangkan JPKM. Upaya JPSBK didanai dari pinjaman ADB sebesar US\$ 300 juta untuk masa lima tahun dengan program pemberian dana ke puskesmas, kepada bidan di desa untuk menangani ibu hamil berisiko tinggi, pembelian vaksin, dan pemberian jaminan kesehatan melalui suatu badan yang disebut pra bapel JPKM. Tidak kurang dari 280 pra bapel dikembangkan di seluruh kabupaten dengan diberikan dana Rp 10.000 per kepala keluarga penduduk miskin per tahun. Pra bapel diberikan dana tersebut dengan biaya manajemen sebesar 8% dengan kewajiban mengembangkan program JPKM kepada masyarakat non-miskin.

Upaya tersebut tidak membuahkan hasil. Berbagai kontroversi tentang pengembangan JPKM, yang sesungguhnya merupakan konsep asuransi komersial dengan produk managed care, berlanjut cukup lama. Pada tahun 2002, program tersebut akhirnya diganti dengan pemberian dana langsung ke puskesmas dan ke rumah sakit. Kritik juga muncul dari besarnya dana pinjaman untuk kebutuhan JPS sementara pemerintah memberikan subsidi harga bahan bakar minyak yang besarnya mencapai lebih dari Rp 56 triliun setahun. Padahal untuk menjamin seluruh penduduk atau membebaskan biaya kesehatan bagi seluruh penduduk, diperlukan hanya 15-20% dari subsidi BBM tersebut. Dengan kritik yang keras, akhirnya pemerintah menyepakati mencabut subsidi yang berakibat naiknya harga minyak dan mengalihkan dana subsidi

tersebut untuk program kesehatan, pendidikan, beras miskin, dan beberapa program lain dengan nama Program Dana Pengalihan Subsidi Energi (PDPSE) dan kemudian berganti nama dengan Program Kompensasi Pengalihan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM). Di bidang kesehatan, pengalihan subsidi BBM tersebut sesungguhnya tidak besar karena jumlahnya kurang dari Rp 1 triliun per tahun.

Di tahun 1999, Uni Eropa sangat prihatin melihat hancurnya sistem sosial di Indonesia setelah krisis nilai tukar yang berlanjut dengan krisis ekonomi. Negara-negara Eropa tersebut menawarkan bantuan untuk memperkuat sektor sosial, antara lain sistem jaminan sosial. Di tahun 2000 Kepala Biro Kesehatan dan Gizi menugaskan tim Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang dipimpin oleh Hasbullah Thabrany untuk melakukan telaah (*review*) komprehensif tentang jaminan kesehatan di Indonesia. Dalam telaah ini diungkapkan rendahnya cakupan asuransi kesehatan di Indonesia dan disampaikan berbagai alternatif pengembangan jaminan kesehatan dengan mengembangkan sistem asuransi kesehatan sosial yang menuju cakupan universal agar seluruh penduduk memiliki asuransi kesehatan. Beberapa bulan kemudian Kementerian Koordinator Perekonomian (Menko Ekuin) juga meminta Lembaga Pranata Pembangunan Universitas Indonesia (LPPUI) yang dipimpin oleh Hasbullah Thabrany untuk melakukan telaah komprehensif sistem jaminan sosial di Indonesia. Tim yang juga beranggotakan Edi Purwanto dari Kementerian Koordinator Perekonomian dan Odang Mochtar dari PT Jamsostek menghasilkan dokumen yang merekomendasikan untuk reformasi sistem

jaminan sosial di Indonesia.

Upaya-upaya pengalihan subsidi dinilai sebagai upaya yang tidak konsisten dengan amanat UUD45 yang mengharuskan pemerintah bertanggungjawab menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Di tahun 2000, Sidang Umum Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) berhasil melakukan amendemen UUD45 dengan menambahkan pasal 28H ayat (1) yang berbunyi “..setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan..” Pada tahun 2001 Sidang Umum MPR juga mengeluarkan Ketetapan MPR nomor X/2001 yang menugaskan Presiden Megawati untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pada tahun yang sama, Sekretaris Wakil Presiden, Bambang Kesowo, menerbitkan Surat Keputusan membentuk Tim Peninjau Sistem Jaminan Sosial. Amendemen selanjutnya yang disetujui Sidang Umum MPR tanggal 11 Agustus 2002, yaitu Pasal 34 ayat (2), menugaskan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Pada tahun yang sama, Presiden Megawati menerbitkan Kepres nomor 20/2002 yang membentuk Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan tugas menyusun naskah akademik dan Rancangan UU (RUU) SJSN. Tim ini merupakan satu-satunya tim penyusun UU dalam sejarah Indonesia yang dibentuk dengan Kepres dan beranggotakan lima Departemen/kementerian yaitu Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Keuangan, Sosial, Kesehatan, dan Tenaga Kerja.

Asuransi Komersial

Asuransi kesehatan komersial telah ditawarkan di kota-kota besar di awal tahun 1970an oleh perusahaan asuransi multinasional yang memiliki kantor cabang atau unit usaha di Indonesia. Perkembangan penjualan asuransi komersial yang dijual oleh perusahaan asuransi sebelum tahun 1992 tidak mengalami pertumbuhan yang berarti karena landasan hukumnya tidak begitu jelas. Asuransi kesehatan komersial kala itu umumnya dijual sebagai produk tumpangan (rider) yang dijual oleh perusahaan asuransi kerugian, karena memang asuransi kesehatan merupakan asuransi kerugian. Perusahaan asuransi jiwa tidak jelas apakah dapat menjual asuransi kesehatan atau tidak.

Setelah tahun 1992, UU nomor 2/1992 tentang Asuransi mengatur bahwa perusahaan asuransi jiwa boleh menjual produk asuransi kesehatan. Awalnya banyak pihak yang menganggap bahwa hanya perusahaan asuransi jiwa yang diijinkan untuk menjual asuransi kesehatan. Padahal sesungguhnya sifat alamiah usaha asuransi jiwa bukan asuransi kerugian karena besarnya kehilangan jiwa tidak bisa diukur dan karenanya asuransi indemnitas atau penggantian kerugian tidak bisa dijalankan, akan tetapi pemegang polis dapat memilih jumlah yang diasuransikan apabila seseorang tertanggung meninggal. Dengan keluarnya UU asuransi ini, maka baik perusahaan asuransi jiwa maupun asuransi kerugian dapat menjual produk asuransi kesehatan dan derivatnya. Pertumbuhan pasar asuransi kesehatan mendapat percepatan dari PP 14/1993 tentang Jamsostek yang membolehkan opt out sehingga banyak perusahaan yang memilih membeli asuransi kesehatan dari swasta

dibandingkan dengan mengikuti program JPK PT Jamsostek (persero).

Percepatan pasar asuransi kesehatan juga dinikmati oleh badan penyelenggara (bapel) JPKM, yang bukan dikelola oleh swasta yang menjual produk asuransi kesehatan di kota besar. Dengan iming-iming bahwa JPKM menerapkan teknik-teknik managed care sehingga mampu menekan biaya dan menawarkan pelayanan yang lebih bermutu, beberapa bapel JPKM mampu menjual produknya. Akan tetapi karena pengalaman yang kurang dan tidak memahami bisnis asuransi kesehatan, beberapa bapel tidak mampu berkembang dan bahkan mengalami kebangkrutan. Kebangkrutan bapel International Health Benefit of Indonesia (IHBI) di tahun 1999, merupakan suatu contoh kegagalan bapel JPKM yang kurang pengalaman dalam bisnis asuransi. Kasus IHBI ini di Jakarta menimbulkan kehilangan kepercayaan pihak rumah sakit terhadap industri asuransi secara keseluruhan, bukan hanya timbul ketidakpercayaan kepada bapel JPKM. Setelah kejadian ini, banyak rumah sakit yang meminta agar perusahaan asuransi menempatkan uang muka untuk dua minggu ke depan, apabila pesertanya hendak dilayani di rumah sakit tersebut.

Asuransi kesehatan berkembang dimulai dengan solidaritas bersama yang sifatnya kumpulan kecil semacam dana sehat, dana sakit, dan sebagainya. Usaha yang kecil-kecil ini umumnya tidak memadai untuk berkembang karena sifatnya yang sukarela dan besaran premi/iuran tidak dihitung secara memadai. Untuk mengatasi kegagalan sistem asuransi kecil dan bersifat lokal terdapat dua modus besar yaitu pengelolaan secara komersial

dengan tingkat profesional yang tinggi dan pengelolaan secara asuransi sosial yang bersifat wajib diikuti oleh semua orang dalam suatu golongan. Model asuransi sosial berkembang pesat di Eropa, dimulai di Jerman, dan menyebar luas ke seluruh dunia. Sementara sistem asuransi kesehatan komersial lebih berkembang di Amerika Serikat karena Amerika membatasi tumbuhnya asuransi sosial untuk kecelakaan kerja dan asuransi kesehatan bagi orang tua saja. Perkembangan asuransi komersial sesungguhnya didukung dengan adanya asuransi sosial. Di Indonesia, perkembangan asuransi kesehatan dimulai dengan asuransi sosial yaitu asuransi kesehatan pegawai negeri diikuti oleh asuransi sosial kecelakaan kerja, dan dilanjutkan dengan asuransi sosial kesehatan bagi pegawai swasta. Karena peraturan perundangan yang membolehkan opt out bagi pekerja swasta, asuransi kesehatan sosial bagi pekerja swasta tidak berkembang sampai Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagai landasan menuju Asuransi Kesehatan Nasional yang diselenggarakan secara konsekuen. Pada saat ini, masih terlalu dini untuk menilai apakah SJSN akan mampu mewujudkan AKN. Namun demikian, dengan UU APBN Penambahan yang memberikan jaminan perawatan di puskesmas dan rumah sakit kelas III mulai bulan Juli 2005, AKN sesungguhnya sudah mulai terwujud di Indonesia. Hanya saja, kualitas pelayanan yang diberikan belum memuaskan banyak pihak. Sementara itu, rancangan SJSN maupun AKN dengan jaminan perawatan kelas III tidak menutup upaya asuransi kesehatan komersial sebagai suplemen atau tambahan jaminan bagi penduduk yang memiliki pendapatan tinggi atau menghendaki jaminan

yang lebih memuaskan.

PENUTUP

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan skema kesehatan yang baik bagi seluruh masyarakat di mana sistem pembiayaan kesehatan menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka terhadap risiko keuangan.

Dengan prinsip portabilitas dan prinsip gotong royong diharapkan seluruh masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan di manapun di dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, tanpa adanya pembedaan terhadap pemeriksaan maupun obat-obatan yang dibutuhkan.

Dengan skema pembiayaan yang saling menunjang di mana pihak yang mampu serta masyarakat yang tidak mampu dan pemerintah membuat rasa kesatuan dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat. Walaupun hingga saat ini dalam proses dan praktiknya masih banyak terjadi kendala-kendala teknis di lapangan yang menyebabkan keengganan sebagian masyarakat untuk berpartisipasi dalam JKN diharapkan proses perbaikan-perbaikan terus dilakukan dan untuk inilah dibutuhkan pemahaman akan JKN dan peran aktif masyarakat untuk memberikan masukan serta mengawasi proses proses yang ada di lapangan.

Harapan ke depan adalah terciptanya masyarakat Indonesia yang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau dapat terwujud.

SOAL LATIHAN

A. Pilihan Ganda

- 1) Secara komprehensif ada tiga elemen dalam Sistem Kesehatan Nasional yang perlu dibiayai yaitu
 - a) administrasi, obat dan dokter
 - b) UKM, UKP, dan tata kelola
 - c) dokter, perawat dan tenaga administrasi
 - d) administrasi, dokter dan UKM
- 2) Akses terhadap pelayanan kesehatan komprehensif adalah sebagai berikut, kecuali:
 - a) promotive dan preventive
 - b) kurative
 - c) rehabilitative
 - d) persuasive
- 3) Yang tidak termasuk dalam kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) di bawah ini adalah
 - a) pengawasan makan, minum dan hygiene
 - b) penganggulangan penyakit tidak menular
 - c) pengobatan pasien Diabetes Millitus
 - d) KB dan konseling
- 4) Pelayanan di bawah ini yang termasuk dalam upaya kesehatan masyarakat adalah:
 - a) seorang ibu membawa anaknya ke RS untuk mendapatkan imunisasi campak
 - b) seorang bapak yang terkena stroke kemudian di rawat inap di RS untuk pengobatan
 - c) seorang ibu yang mendatangi Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan pertama karena demam dan batuk

- d) para kader posyandu melakukan imunisasi balita di desa A
- 5) Yang TIDAK termasuk dalam upaya promosi kesehatan di bawah ini adalah
 - a) deteksi dini kanker serviks dengan IVA test
 - b) mensosialisasikan penggunaan kondom bagi PSK
 - c) mengajurkan ibu-ibu memasak air sampai mendidih
 - d) menyarankan untuk masyarakat memakai masker saat ada bahaya asap
- 6) Yang termasuk dalam upaya early diagnosis dan prompt treatment (screening dan surveillance) dalam kesehatan adalah sebagai berikut KECUALI
 - a) penimbangan balita
 - b) deteksi dini kanker serviks dengan IVA test
 - c) pemeriksaan payuudara sendiri (SADARI) untuk pencegahan kanker payuudara
 - d) penggunaan kondom bagi PSK
- 7) Berikut ini adalah pilihan untuk sistem pembiayaan kesehatan, kecuali:
 - a) fee for service
 - b) Out of Pocket
 - c) social dan commercial insurance
 - d) tax based
- 8) Yang masih menjadi permasalahan dalam pencapaian UHC tahun 2019 di Indonesia adalah KECUALI:
 - a) distribusi FKTP tidak merata
 - b) tenaga tidak memenuhi standar
 - c) angka kelahiran yang tinggi di Indonesia
 - d) rujukan tidak berfungsi dengan baik
- 9) Skema pembiayaan Out of Pocket (OOP) terbagi dua

yaitu

- a) tidak termasuk iur biaya dan cost sharing
 - b) biaya transport dan konsumsi
 - c) biaya rawat inap dan biaya rawat jalan
 - d) biaya obat dan pelayanan
- 10) Biaya yang digunakan untuk transportasi tenaga kesehatan dalam program kunjungan rumah balita yang memakai dana BOK termasuk ke dalam
- a) skema asuransi sosial
 - b) skema wajib
 - c) skema pemerintah
 - d) skema OOP
- 11) Pengobatan kemoterapi kanker di RS tipe A yang memakai dana JKN termasuk ke dalam
- a) skema asuransi sosial
 - b) skema wajib
 - c) skema pemerintah
 - d) skema OOP
- 12) Pegawai perusahaan swasta dimana pemilik perusahaan membayar biaya kesehatan pegawai nya baik dengan cara reimburse maupun dengan cara kerjasama langsung kontrak dengan faskes termasuk ke dalam
- a) skema asuransi sosial
 - b) skema badan usaha
 - c) skema pemerintah
 - d) skema OOP
- 13) Bu Yenni dan keluarganya memiliki asuransi swasta, juga terdaftar sebagai peserta BPJS tetapi kadang juga berobat langsung menggunakan biaya sendiri. Total semuanya tersebut adalah pengeluaran rumah tangga

Bu Yenni untuk

- a) revenue
 - b) health expenditure
 - c) OOP
 - d) income
- 14) *Health Technology Assessment* (HTA) berguna untuk menentukan apakah obat atau teknologi kesehatan tertentu
- a) dapat menguntungkan Rumah Sakit dibandingkan dengan obat atau teknologi kesehatan lainnya
 - b) dapat mengontrol biaya yang dibayarkan oleh BPJS untuk faskes dibandingkan dengan obat atau teknologi kesehatan lainnya
 - c) dapat meningkatkan pendapatan dokter dibandingkan dengan obat atau teknologi kesehatan lainnya
 - d) berdampak lebih baik untuk kualitas hidup pasien dengan perbandingan biaya yang dikeluarkan dibandingkan dengan obat atau teknologi kesehatan lainnya
- 15) Ketika revenue-nya lebih kecil dari cost dalam program JKN dikenal dengan istilah
- a) distribusi
 - b) disparitas
 - c) defisit
 - d) cost
- 16) Pelaku-pelaku utama dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah:
- a) Dokter, BPJS, RS, dan pasien
 - b) PBI, penerima upah formal dan penerima upah

informal

- c) RS, puskesmas, dinas kesehatan dan dokter
 - d) peserta, PPK, BPJS, dan regulator
- 17) Total Puskesmas (FKTP) di Indonesia saat ini adalah 9793 Puskesmas. Namun permasalahannya, selama ini pembangunan FKTP di seluruh kabupaten/kota di Indonesia belum merata, hal ini berpotensi menimbulkan permasalahan
- a) disparitas akses
 - b) rujukan
 - c) peningkatan cost
 - d) disparitas mutu
- 18) Biaya yang dikeluarkan untuk membayar kantor BPJS, membayar verifikator, membayar tenaga kendali mutu dan kendali biaya dapat digolongkan ke dalam biaya
- a) direct material cost
 - b) overhead cost
 - c) direct labour cost
 - d) tax cost
- 19) Fungsi pembiayaan dalam asuransi kesehatan (*health insurance*) secara berurutan terdiri dari:
- a) *purchasing, collecting* dan *transferring*
 - b) *collecting, pooling* dan *purchasing*
 - c) *collecting, costing*, dan *purchasing*
 - d) *transferring, comparing*, dan *collecting*
- 20) Pedoman standar verifikator bekerja adalah
- a) *benefit package, clinical pathway, evidence*
 - b) *guideline, report, dan benefit package*
 - c) *evidence, clinical pathway medical record*
 - d) *report, clinical pathway dan benefit package*

Essay:

1. Sebutkan persoalan-persoalan yang muncul dalam pembiayaan JKN terutama yang berdampak terhadap terjadinya eskalasi biaya?
2. Jelaskan strategi-strategi yang dapat diterapkan dalam menekan atau mencegah defisit program JKN!
3. Sebutkan dan jelaskan 2 dimensi pembiayaan JKN!
4. Jelaskan konsep yang benar terkait 5 dimensi *Universal Health Coverage* (UHC) yang dikenal dengan jaring laba-laba!
5. Sebutkan dan jelaskan apa saja syarat mutlak yang harus dimiliki agar pekerjaan verifikator dan asisten verifikator BPJS kesehatan bisa menjadi sebuah profesi?
6. Jelaskan Fungsi-fungsi pembiayaan kesehatan dalam Sub Sistem Kesehatan Nasional?
7. Jelaskan perbedaan UKM dan UKP? Jelaskan disertai dengan contoh!
8. Bagaimana 5 level of *comprehensive health service* yang diklarasikan oleh Leavel & Clark (1965) bekerja dan diterapkan dalam pelayanan kesehatan yang diklarasikan oleh Leavel & Clark (1965)?
9. Paparkan bagaimana jalur birokrasi dapat bermanfaat untuk menghasilkan kebijakan lokal?
10. Jelaskan persoalan-persoalan yang muncul dalam penerapan JKN terutama dalam kendali mutu dan biaya?
11. Berikan paparan terkait Trust fund atau dana amanah yang dikelola oleh BPJS Kesehatan?

12. Jelaskan perbedaan antara *Revenue* dengan *expenditure*!
Jelaskan disertai dengan contoh!
13. Paparkan bagaimana dampak untuk masyarakat Indonesia dengan adanya peningkatan % APBN untuk sektor kesehatan di Indonesia than 2016 ini?
14. Jelaskan masing-masing perbedaan dari setiap skema pembiayaan kesehatan yang selama ini berjalan!
Jelaskan disertai dengan contoh!
15. Jelaskan masing-masing perbedaan dari setiap sumber pembiayaan kesehatan yang selama ini ada! Jelaskan disertai dengan contoh!

REFERENSI

Buku pegangan sosialisasi JKN dan SJSN Kemenkes RI

<http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>

<http://news.okezone.com/read/2016/02/04/338/1304437/10-ktp-warga-bogor-bermasalah-dengan-nik>

<http://www.kemsos.go.id/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=126&page=3> Data PBI

Kumpulan pertanyaan terkait identitas kependudukan dan JKN BPJS, oleh Edi Sugiarto, Derap Project 2016

Panduan layanan Bagi peserta BPJS Kesehatan

Panduan Praktis Program Rujuk Balik Bagi peserta JKN

Panduan Praktis Sistim Rujukan Berjenjang

Panduan Teknis Pendataan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial , Tahun 2014

Permenkes No:99, Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, Tahun 2015

Perpres No: 101 Tentang Penerima Bantuan Iuran Kesehatan , Tahun 2012

Perpres No: 12 Tahun 2013 Tentang jaminan kesehatan

Perpres RI Nomor 12, Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Pemerintah RI Nomor 76, Tahun 2015 tentang Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 101, Tahun 2012

PMK No: 27 Tentang Juknis INA CBGs Tahun 2014

PMK No: 59 Tentang Standart Tarif JKN , Tahun 2014

PMK No: 71 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, Tahun 2013

Presentasi Pelayanan Adminduk Dinas Kependudukan dan catatan sipil DKI, Tahun 2016

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 , Tahun 2011

Dunlop, David. W (2014). Bahan Perkuliahan Pembiayaan Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Kementerian Kesehatan RI (2015). Profil Kesehatan Indonesia 2014

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Kendali Biaya dan Kendali Mutu JKN

Thabrany, Hasbullah (2014). Jaminan Kesehatan Nasional, Edisi Kedua. Rajawali Pers: Jakarta.

Thabrany, Hasbullah (2013). Bahan Perkuliahan Analisa Kebijakan Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

WHO. 2013. Planning and Implementation of Distric Health Module: Distric Health Management Team Training Module, Africa: Regional Office for Africa Brazzaville.

_____ (2015). Hasil Analisis National Health Account (NHA). Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Universitas Indonesia.

Gani, A. (2010). Bahan Perkuliahan Pembiayaan Kesehatan: Dimensi Supply Side

(Teori Jaring laba-laba). Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Junadi, Purnawan (2014). Menguatkan UKM melalui SPM. Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) UI: Depok, Indonesia.

Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

WHO (2000). World Health Report 2000: Health System: Improving Performance. WHO Publication Data: Geneva.