PETA JALAN MENUJU

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

2012 - 2019

REPUBLIK INDONESIA

Peta Jalan Menuju

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

2012 - 2019

didukung oleh:

PETA JALAN

MENUJU JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

2012 - 2019

DISUSUN BERSAMA:

KEMENTERIAN KOORDINATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT

DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL

KEMENTERIAN KESEHATAN

KEMENTERIAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL/
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL

KEMENTERIAN KEUANGAN

KEMENTERIAN NEGARA BUMN

KEMENTERIAN KETENAGAKERJAAN DAN TRANSMIGRASI

KEMENTERIAN SOSIAL

KEMENTERIAN PERTAHANAN

KEMENTERIAN DALAM NEGERI

TENTARA NASIONAL INDONESIA / KEPOLISIAN RI

TNP2K SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN

PT ASKES (PERSERO)

PT JAMSOSTEK (PERSERO)

DIDUKUNG OLEH:

GIZ

AUSAID

JAKARTA
2012

RINGKASAN EKSEKUTIF

Untuk melaksanakan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) diperlukan sinergi dari berbagai peta jalan yang telah disusun oleh Kementerian Kesehatan, DJSN, PT Askes Indonesia, dan PT Jamsostek, serta masukan dari berbagai pemangku kepentingan lainnya. Untuk itu, disusun Peta Jalan (*roadmap*) Menuju Jaminan Kesehatan Nasional ini sebagai acuan bagi semua pemangku kepentingan.

Secara khusus peta jalan ini disusun untuk mempersiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 dan tercapainya Jaminan Kesehatan Nasional (*INA-Medicare*) untuk seluruh penduduk Indonesia pada Tahun 2019. Untuk mencapai tujuan khusus tersebut, disepakati 8 sasaran pokok yang akan dicapai pada tahun 2014 yaitu (1) tersusunnya seluruh peraturan pelaksanaan yang diperlukan, (2) beroperasinya BPJS Kesehatan sesuai UU 24/2011, (3) paling sedikit 121,6 juta[1] penduduk dijamin melalui BPJS Kesehatan, (4) manfaat medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola BPJS sama untuk seluruh peserta sedangkan untuk manfaat non medis masih ada perbedaan, (5) disusunnya rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan dan implementasinya secara bertahap, (6) paling sedikit 75% peserta puas dengan layanan BPJS Kesehatan, (7) paling sedikit 75% fasilitas kesehatan puas dengan layanan BPJS Kesehatan, dan (8) pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan terlaksana secara transparan, efisien, dan akuntabel.

Di tahun 2019, peta jalan menetapkan 8 (delapan) sasaran berikut: (1) BPJS Kesehatan telah mendapat kepercayaan penuh publik, (2) seluruh penduduk (diperkirakan 257,5 juta jiwa) telah terjamin, (3) paket manfaat medis dan non medis sudah sama untuk seluruh peserta, (4) fasilitas kesehatan telah tersebar memadai, (5) peraturan perundangan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan waktu itu, (6) paling sedikit 85% peserta puas dengan pelayanan yang diterima dari fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, (7) paling sedikit 80% fasilitas kesehatan puas dengan pelayanan yang diterima dari BPJS Kesehatan, dan (8) pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan sudah mencapai tingkat transparansi, efisiensi dan akuntabilitas optimal.

Untuk mencapai Delapan Sasaran Pokok tersebut telah disusun kegiatan-kegiatan pokok berikut:

Paling lambat pertengahan 1 Juni 2013 telah diterbitkan (1) Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan, (2) Peraturan Pemerintah tentang PBI, (3) Peraturan Presiden tentang Dukungan

1 Jumlah peserta 101,6 juta jiwa diasumsikan berasal dari 96,4 juta jiwa dari program Jamkesmas, 17,2 juta jiwa dari peserta Askes PNS, 5,5 juta jiwa dari peserta JPK Jamsostek dan 2,5 juta jiwa dari peserta PJKMU.

Operasional Kesehatan untuk TNI/Polri, (4) Peraturan Pemerintah tentang BPJS (Gabungan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan), (5) PP Pengelolaan Dana Jaminan Sosial, (6) PP tetang Modal Awal BPJS, (7) Peraturan Presiden tentang Tata Cara Pemilihan dan Penetapan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS, (8) Peraturan Presiden tentang Renumerasi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS, dan (9) Keputusan Presiden tentang Dewan Komisaris dan Dewan Direksi BPJS Kesehatan

Perluasan kepesertaan dilakukan dimulai dengan menyatukan pengelolaan peserta Askes Sosial/ PNS (yang kini dikelola oleh PT Askes), pengalihan pengelolaan Jamkesmas dari Kemenkes sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), pengalihan peserta JPK Jamsostek, dan pengalihan jaminan kesehatan dari TNI/POLRI, serta sebagian peserta Jamkesda. Ditargetkan sekitar 121,6 juta jiwa dijamin oleh BPJS Kesehatan di Tahun 2014. Pada prinsipnya seluruh pemberi kerja wajib mendaftarkan pekerjanya kepada BPJS Kesehatan. Namun pemberi kerja yang kini telah menyediakan jaminan kesehatan bagi pekerjanya secara mandiri diberikan kelonggaran untuk bergabung paling lambathingga awal tahun 2019 (*wait and see first*) agar seluruh pekerja terlindungi seluruhnya melaluiBPJS Kesehatan.

Segaimana diatur dalam UU SJSN, paket manfaat (layanan kesehatan yang dijamin) sejak awal akan dimulai dengan paket komprehensif. Prinsip koprehensif artinya adalah bahwa semua pengobatan untuk penyakit yang terjadi secara alamiah akan dijamin, sedangkan penyakit yang ditimbulkan akibat kesengajaan seperti akibat penggunaan NAPZA atau yang bersifat kosmetika tidak dijamin. Jaminan juga mencakup alat sampai besaran tertentu seperti kaca mata atau alat bantu gerak. Agar lebih berkeadilan, mereka yang iurannya dibayarkan Pemerintah berhak mendapatan perrawatan di kelas III. Sedangkan mereka yang membayar iuran akan mendapat perawatan di kelas II atau kelas I, tergantung besarnya iuran. Paket manfaat tersebut di atas juga untuk memenuhi prinsip perlindungan rakyat agar tidak jatuh miskin jika terkena musibah penyakit berat dengan biaya yang besar.

Perluasan dan tingkat perlindungan (protektabilitas) haruslah dibarengi dengan iuran yang memadai. Masyarakat tidak perlu mengkhawatirkan jika iuran terlalu tinggi, sebab BPJS secara hukum adalah badan nirlaba. Dalam hal ini, pemegang saham BPJS adalah seluruh peserta, karenanya setiap surplus akan digunakan untuk perbaikan paket manfaat seluruh peserta. Untuk tahap awal, iuran telah diperhitungkan berkisar pada 5-6% gaji sebulan atau penetapan nilai nominal. Sedangkan untuk PBI, setelah dihitung berdasarkan berbagai kajian, kebutuhan iuran tahap awal adalah sebesar Rp 22.000– Rp 27.000 per orang per bulan. Batas atas upah penetapan iuran dan besaran iuran akan disesuaikan paling lama setiap dua tahun. Untuk menjamin BPJS tidak defisit atau menumpuk surplus terlalu besar, dalam jangka panjang perlu dilakukan keseimbangan antara pemasukan dana iuran dan belanja kesehatan, serta ketersediaan dana cadangan.

Dari sisi pelayanan kesehatan, telah diidentifikasikan tingkat ketersediaan dan sejumlah masalah yang masih menghambat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional. Saat ini, tersedia lebih dari 85.000 dokter praktik umum dan lebih dari 25.000 dokter praktik spesialis, belum termasuk dokter gigi. Secara nasional, jumlah tersebut cukup untuk melayani seluruh rakyat berdasarkan rasio satu dokter praktik umum melayani 3.000 orang. Pelayanan kesehatan saat ini juga didukung oleh jumlah perawat dan bidan yang jumlahnya telah mencukupi, dan tempat tidur di rumah sakit milik Pemerintah dan milik swasta, termasuk tempat tidur di puskesmas yang rasionya telah mendekati satu tempat tidur untuk setiap 1.000 penduduk. Namun demikian, ketersediaan layanan kesehatan tersebut terkendala oleh penyebarannya yang jauh lebih banyak di kota-kota besar. Pada pelaksanaan cakupan kesehatan semesta di berbagai negara lainnya hal serupa umum terjadi. Hal itu dapat diselesaikan antara lain jika pembayaran BPJS ke fasilitas kesehatan diperbaiki dengan mempertimbangkan harga keekonomian agar terjadi redistribusi dokter ke daerah-daerah yang membutuhkan dan semakin banyak pihak swasta yang akan membangun fasilitas kesehatan.

Layanan kesehatan juga mencakup obat dan bahan medis habis pakai yang seyogyanya mengikuti mekanisme pasar. Saat ini, jumlah pabrik obat di Indonesia jumlahnya jauh melebihi kebutuhan. Sementara itu, produksi bahan medis habis pakai juga mudah untuk ditingkatkan produksinya. Penentuan besaran pembayaran iuran BPJS menjadi faktor kunci agar dokter dan fasilitas kesehatan, termasuk obat dan bahan medis habis pakai dibayar dengan harga keekonomian yang layak, dan terjadi keseimbangan yang memadai antara pemintaan dan penyediaan obat dan bahan medis habis pakai. Untuk itu, pelaksanaan BPJS perlu dipantau agar dapat tercapai tingkat keouasan 80% dari fasilitas kesehatan.

Selain hal tersebut di atas, untuk mendukung kepesertaan menyeluruh Jaminan Kesehatan Nasional perlu dilakukan Peningkatan Ketersediaan dan Kualitas Fasilitas Kesehatan serta penyusunan Sistem/ Standar Operasional Pelayanan. Untuk itu, Kementerian Kesehatan perlu menyusun Rencana Aksi Pengembangan pelayanan kesehatan termasuk fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, alat, obat, bahan medis habis pakai, dan kelengkapan lainnya yang pelaksanaanya dapat dilakukan secara bertahap.

Untuk menjamin bahwa layanan dokter dan rumah sakit berkualitas, BPJS juga akan mengembangkan seleksi (*kredensialing*) dokter dan fasilitas kesehatan yang dikontrak. Fasilitas yang tidak memenuhi standar tidak akan dikontrak atau diperpanjang kontraknya.Diharapkan pada tahun 2019 seluruh fasilitas kesehatan akan memenuhi standar yang berlaku agar kepuasan peserta terpenuhi. Karena peserta diberikan kebebasan memilih dokter/fasilitas kesehatan yang akan melayaninya, maka seluruh fasilitas kesehatan akan bersaing memberikan layanan yang berkualitas dan memuaskan. Dengan mengembangkan sistem dan pemantauan kepuasan peserta, pada tahun 2019 diharapkan 85% peserta puas terhadap layanan kesehatan berkualitas

Disadari bahwa saat ini banyak keraguan dan ketidak-percayaan publik akan efektivitas pelaksanaan BPJS. Meskipun selama hampir 20 tahun hasil audit Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) terhadap PT Askes selalu Wajar Tanpa Pengecualian, namun di lapangan masih terjadi penyimpangan. Oleh karenanya, langkah pertama yang disiapkan adalah peraturan pelaksanaan yang menjamin transparansi dan akuntabilitas BPJS. Lebih lanjut, BPJS harus membayar fasilitas kesehatan dengan harga keekonomian yang kompetitif dan efisien, BPJS tidak boleh menghabiskan biaya operasionalnya melebihi 5% dari total iuran yang diterima. Secara bertahap, kinerja pengelolaan BPJS akan terus diperkuat hingga dapat menekan biaya operasional kurang dari 5% dari iuran yang diterima sebagaimana BPJS serupa di negara-negara lain. Dengan prinsip ini, lebih dari 95% dana iuran yang terkumpul akan kembalikepada peserta dalam bentuk layanan kesehatan yang berkualitas.

Untuk menghindari *moral hazard*, maka fasilitas kesehatan akan dibayar secara prospektif, khususnya dengan cara kapitasi dan CBG (*Casemix Based Group*). Kedua cara pembayaran tersebut adalah cara pembayaran borongan yang memaksa dokter dan rumah sakit efisien namun tetap menjaga kualitas layanannya. Dokter dan rumah sakit di suatu wilayah yang memiliki indeks harga/indeks kemahalan yang sama akan dibayar sama. Dengan demikian persaingan sehat antara dokter dan rumah sakit terjadi berdasarkankualitas layanan, bukan tarif.

Mengingat manajemen JKN dan pembayaran ke fasilitas kesehatanmerupakan suatu proses yang kompleks dan perkembangan obat atau teknologi baru dalam bidang kesehatan, maka BPJS juga perlu menyisihkan 0,5% dari pendapatan iuran untuk biaya riset dan pengembangan. Teknologi atau obat baru yang *cost-effective* harus dijamin, sementara obat atau teknologi lama yang tidak lagi memadai harus dikeluarkan. Dengan begitu, peserta akan terus mendapatkan teknologi terbaru. Dengan demikian, JKN akan senantiasa memberi sumbangan berarti bagi produktifitas dan kualitas hidup peserta.

Pada akhirnya, kemajuan JKN akan sangat bergantung pada kepercayaan publik terhadap kinerja BPJS. Untuk menjamin pengelolaan yang efektif, efisientransparan dan akuntabilitas, BPJS akan diaudit oleh BPK dan akuntan publik. Secara internal, Dewan Pengawas dan DJSN akan terus memantau dan mengawasi segala aspek penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan. Keluhan peserta, dokter, fasilitas kesehatan lainnya harus juga selalu ditampung.Setiap pemangku kepentingan dapat menyampaikan keluhan atas layanan fasilitas kesehatan yang tidak memuaskan dan layanan BPJS atau praktik petugas BPJS yang tidak bersih melalui berbagai saluran pengaduan masyarakat hingga kepada Presiden. BPJS Kesehatan dengan monitoring dari DJSN harus menampung seluruh keluhan atau pengaduan yang ada dan mengkoordinasikan penanganannya. Laporan keuangan harus dipublikasi paling sedikit dua kali dalam setahun dalam berbagai media cetak dan elektronik agar bisa diperiksa, diawasi, dan dievaluasi oleh pemangku kepentingan, akademisi, pengawas korupsi, dan peneliti lainnya.

Dampak fiskal JKN diharapkan akan positif sejalan dengan meningkatnya kesadaran penduduk untuk membayar pajak dan iuran. Hal ini terjadi di negara-negara yang telah lebih dahulu menyelenggarakan JKN dengan cakupan semesta. Apabila hal-hal di atas dapat terlaksana dengan baik, maka kebrangkutan negara akibat JKN tidak akan terjadi. Selama ini Indonesia baru menganggarkan sekitar 2,5% Produk Domestik Bruto (PDB) untuk kesehatan. Setelah BPJS berjalan, diperkirakan belanja kesehatan Indonesia akan meningkat bertahap mulai pada kisaran 4% PDB. Dari jumlah tersebut, beban PBI diperkirakan tidak lebih dari 1% PDB.

Persiapan proses transformasi PT Askes paling tidak sampai Desember 2013 harus telah selesai. Selama proses transisi akan dibentuk *Project Management Office* yang terdiri atas unsur PT Askes, Kementerian Kesehatan, dan PT Jamsostek untuk melancarkan proses pemindahan pengelolaan peserta Jamkesmas dan JPK Jamsostek. Prinsip pengelolaan yang baik (*good corporate government*) menjadi kunci keberhasilan transformasi. Hal ini dalam dicapai melalui penyusunan AD/ART, atribut organisasi, serta sistem operasi dan prosedur (SOP), pelatihan dan pengembangan SDM BPJS, penyiapan laporan keuangan penutupan PT Askes dan akun BPJS awal, penyusunan sistem informasi dengan menggunakan Nomor Induk Kependudukan (NIK) peserta, dan sistem akuntansi khusus BPJS.

Sebagaimana diatur dalam UU BPJS, Direksi dan Komisaris PT Askes akan mengemban menjadi Direksi dan Dewan Pengawas BPJS untuk masa dua tahun. Karena masa jabatan Direksi dan Dewan Komisaris PT Askes akan segera berakhir, maka penggantian Dewan Direksi dan Komisaris PT Askes yang nantinya sebagai pengelola BPJS diharapkan terdiri dari orang-orang yang memahami dan berkomitmen menjalankan BPJS sebaik-baiknya. Dalam rangka proses transformasi tersebut, PT Askes dan koordinasi dengan berbagai kementrian terkait lainnya, DJSN serta asosiasi profesi/ organisasi fasilitas kesehatan perlu melakukan sosialisasi intensif kepada publik.

Sosialisasi merupakan kunci keberhasilan pelaksanaan JKN mengingat tingkat kepesertaan jaminan kesehatan saat ini relatif rendah. Sosialisasi yang baik akan memberikan pemahaman dan kesadaran kepada peserta dan pemberi kerja akan hak dan kewajibannya. Dengan pemasaran yang memadai, kepesertaan JKN yang berbasis asuransi sosial ini dapat mencapai target yang diharapkan dan pemberi kerja dapat mendapatkan manfaat yang besar pula dari terlindunginya kesehatan para pekerja. Sosialisasi diperlukan tidak hanya dari kepesertaan, namun juga untuk mendapatkan dukungan dari berbagai pihak yang terkait untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan baik di pusat, daerah, swasta, maupun unsur masyarakat lainnya.Untuk mencapai tujuan yang dirumuskan dalam dokumen ini maka perlu dilakukan sejumlah kegiatan oleh berbagai pihak sebagaimana tertera pada Tabel 9.1 terlampir.

KATA PENGANTAR

KETUA DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) mempunyai fungsi untuk merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi sistem jaminan sosial nasional. Dalam menjalankan fungsinya tersebut, DJSN bersama Kementerian Kesehatan, Kementerian PPN/Bappenas dan Kementerian/Lembaga lainnya telah berhasil menyusun Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 yang merupakan integrasi perencanaan program pembangunan nasional untuk mencapai kepesertaan menyeluruh program jaminan kesehatan (*universal health coverage*).

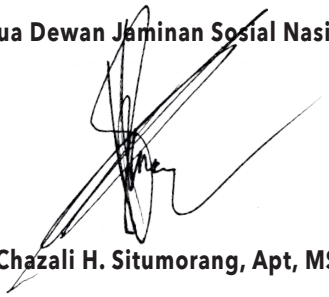
Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 ini merupakan wujud komitmen Pemerintah untuk mengimplementasikan program jaminan kesehatan sebagaimana yang diamanatkan dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional ini berisi penjabaran program dan kegiatan dari Kementerian/Lembaga di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk secara sinergis menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi warga masyarakatnya.

Penyusunan Peta Jalan ini diselaraskan dengan peraturan pelaksana UU tentang SJSN dan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Dengan demikian, Peta Jalan ini dapat menjadi instrumen dalam proses transformasi PT. Askes (Persero) dan proses implementasi BPJS Kesehatan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Pada kesempatan yang monumental ini, yaitu mengawali pembentukan BPJS Kesehatan dalam memperluas kepesertaan dan meningkatkan manfaat program jaminan kesehatan, kami mengajak seluruh komponen pembangunan bidang kesehatan di Indonesia untuk secara bersama-sama mewujudkan perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat dan produktif.

Mengakhiri Kata Pengantar ini, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019.

Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional



DR. Chazali H. Situmorang, Apt, MSc.PH

KATA PENGANTAR

WAKIL MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
SELAKU KETUA KELOMPOK KERJA PENYIAPAN PELAKSANAAN
BPJS KESEHATAN

Kami panjatkan Puji Syukur ke hadirat Allah SWT karena atas berkat dan hidayahNya maka Buku Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Semesta dapat diselesaikan dengan baik.

Tujuan penyusunan buku ini agar setiap langkah menuju terwujudnya kondisi Jaminan Kesehatan Semesta tertuang dengan jelas dalam suatu dokumen lengkap dan menjadi acuan bagi setiap *stake holder* terkait penyelenggaraan jaminan kesehatan dalam ikut berpatisipasi mempercepat perwujudan Jaminan Kesehatan Semesta sesuai dengan bidang dan kompetensinya.

Pencapaian Jaminan Kesehatan Semesta dengan penduduk yang tersebar di berbagai wilayah dalam kondisi disparitas yang sangat tinggi di berbagai aspek kehidupan dan pelayanan ini memerlukan pemikiran strategik dan keputusan-keputusan strategik pada tataran nasional yang diharapkan mampu menjembatani kondisi saat ini terhadap kondisi yang diinginkan di masa depan secara menyeluruh disemua aspek penyelenggaraan jaminan kesehatan.

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat membentuk Tim Penyiapan Pelaksanaan BPJS (Kepmenkokesra No.22/2012) yang terdiri dari dua Pokja, yaitu Pokja Penyiapan Pelaksanaan BPJS Kesehatan dan Pokja Penyiapan Pelaksanaan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk Pokja Penyiapan Pelaksanaan BPJS Kesehatan ditugaskan untuk mempersiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan dan penyelenggaraan jaminan kesehatan semesta secara baik. Untuk itu dibentuk 5 (lima) sub-Pokja, yaitu 1.) Sub-Pokja Fasilitas Kesehatan, Sistem Rujukan dan Infrastruktur, diketuai Dirjen BUK, Kemkes, 2) Sub-Pokja Pembiayaan, Transformasi Program dan Kelembagaan, diketuai Staf Ahli Menteri Bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat , Kemkes; 3) Sub-Pokja Regulasi dan Perundangan diketuai Deputy Bidang Kesra, Sekab; 4) Sub-Pokja SDM dan Capacity Building diketuai Kepala BPSDM, Kemkes, dan 5) Sub-Pokja Sosialisasi dan Advokasi diketuai Dirjen Informasi, Kominfo.

Mengingat besarnya tugas dan tanggung jawab persiapan ini maka diperlukan dukungan kuat dari internal Kementerian Kesehatan, dan kami selaku Ketua Pokja Penyiapan Pelaksanaan BPJS Kesehatan berdasarkan Kepmenkokesra No.22/2012 telah didukung Menteri Kesehatan dengan diibentuknya Pokja Persiapan Pelaksanaan SJSN (Kepmenkes No.176/2012) di internal kementerian kesehatan,. Struktur Pokja Persiapan Pelaksanaan SJSN internal Kementerian Kesehatan mengikuti tugas dan fungsi yang harus dikerjakan

oleh Tim Penyiapan Pelaksanaan BPJS (Kepmenkokesra No.22/2012) dengan menambahkan satu Sub-Pokja Kefarmasian dan Alat Kesehatan; sehingga dalam Pokja Persiapan Pelaksanaan SJSN di internal Kemenkes dibentuk 6 Sub-Pokja;

Tim yang terdiri dari berbagai kementerian dan unsur lembaga pemerintah serta DJSN ini telah bekerja dengan melibatkan berbagai organisasi baik organisasi profesi kesehatan, buruh, pengusaha, oraganisasi fasilitas pelayanan kesehatan dan lembaga swasta lainnya sampai pada organisasi kemahasiswaan untuk mendapatkan konsensus strategik dalam membawa bangsa ini kedepan pintu gerbang kesejahteraannya di bidang kesehatan.

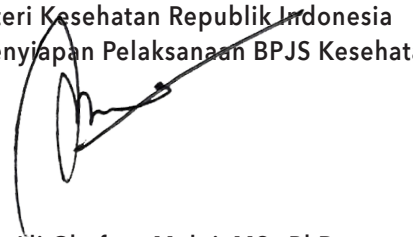
Proses penulisan buku ini memerlukan waktu yang cukup panjang karena lahirnya buku ini tidak terlepas dari seluruh rangkaian proses kegiatan menterjemahkan ide pelaksanaan Jaminan Kesehatan bagi seluruh penduduk (semesta) sesuai UU SJSN dan UU BPJS ke dalam pengembangan konsep dan strategi implementasi di lapangan sampai dengan rencana operasionalisasinya. Penulisan buku ini merupakan wujud dan rangkaian hasil bersama atas buah pemikiran, pembahasan, dan rangkaian keputusan strategik yang dilakukan oleh seluruh elemen yang tergabung dalam Tim Penyiapan Pelaksanaan BPJS (Kepmenkokesra No.22/2012) bersama Kelompok Kerja (Pokja) Persiapan Pelaksanaan SJSN (Kepmenkes No.176/2012), dan semua stakeholder terkait; yang seluruh prosesnya dilakukan dengan penuh dedikasi, ketekunan, keseriusan, keuletan, dan komitmen,

Pada kesempatan ini perkenankan kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya terutama kepada Bapak Menko Bidang Kesejahteraan Rakyat yang telah memberi kepercayaan penugasan ini, kepada Ibu Menteri Kesehatan yang telah berkenan memberikan arahan dalam pengembangan kebijakan terobosan reformasi pelayanan dan pembiayaan kesehatan nasional, kepada Ketua DJSN yang telah koordinatif mempersiapkan buku ini secara bersama, kepada seluruh anggota Pokja kami sampaikan terima kasih atas dedikasinya, dan ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada organisasi serta seluruh kontributor buku ini yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Akhir kata kami sampaikan selamat atas terbitnya buku ini dan kiranya buku ini masih belum sempurna seratus persen, maka dengan segala kerendahan hati kami mohon masukan yang bersifat konstruktif untuk penyempurnaannya di kemudian hari.

Jakarta, November 2012,

Wakil Menteri Kesehatan Republik Indonesia
Ketua Pokja Penyiapan Pelaksanaan BPJS Kesehatan



Prof dr Ali Ghufron Mukti, MSc PhD

SAMBUTAN

MENTERI KOORDINATOR BIDANG KESEJAHTERAAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA

Sudah menjadi komitmen Pemerintah untuk membangun Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). SJSN yang sudah berhasil dirumuskan dan ditetapkan menjadi UU menjadi tugas seluruh unsur pembangunan nasional untuk mewujudkannya.

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) merupakan peraturan pelaksana SJSN, salah satu syarat untuk mewujudkan SJSN. Dalam waktu dekat, pada 1 Januari 2014, Indonesia memiliki dua badan penyelenggara jaminan sosial yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan sebagai badan hukum publik yang ditugaskan negara untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS Kesehatan lebih awal memulai kegiatan operasionalnya yaitu seketika ditetapkan pada tanggal 1 Januari 2014. Oleh karena itu, Pemerintah berusaha keras untuk menyusun peraturan perundang-undangan terkait implementasi BPJS Kesehatan sesuai amanat UU BPJS.

Selaras dengan itu, Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 ini memberikan arah dan petunjuk untuk mencapai kepesertaan menyeluruh program jaminan kesehatan nasional. Peta Jalan ini menjadi instrumen koordinasi pembangunan bidang kesejahteraan rakyat khusus bidang kesehatan untuk memberi akses pelayanan bagi seluruh penduduk Indonesia.

Penghargaan dan ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Kementerian dan Lembaga terkait atas segala jerih payahnya dalam membangun komitmen dan menyusun Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Kami mengajak semua pihak baik Pemerintah dan Lembaga Legistatif serta masyarakat untuk secara bersama-sama merujuk Peta jalan ini dalam menyusun perencanaan pembangunan jaminan kesehatan SJSN, semata-mata untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat Indonesia.

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat

AGUNG LAKSONO

SAMBUTAN
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya agar terwujud manusia Indonesia yang bermutu, sehat, dan produktif. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dilaksanakan *upaya kesehatan masyarakat* dan *upaya kesehatan perorangan*. Kedua upaya adalah pelayanan berkesinambungan atau *continuum care*. Upaya kesehatan masyarakat dilaksanakan pada sisi hulu untuk mempertahankan agar masyarakat tetap sehat dan tidak jatuh sakit, sedangkan upaya kesehatan perorangan dilaksanakan pada sisi hilir.

Dalam beberapa tahun terakhir ini, berbagai negara berusaha untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk atau ***jaminan kesehatan semesta*** (*universal health coverage*). Upaya ini dimaksudkan untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang komprehensif, bermutu, dan merata bagi seluruh penduduk. Indonesia bersama negara-negara anggota Organisasi Kesehatan Dunia Wilayah Asia Tenggara (*WHO-SEARO*) lainnya telah menyepakati strategi pencapaian jaminan kesehatan semesta yang mencakup langkah: 1) menempatkan pelayanan kesehatan primer sebagai pusat jaminan kesehatan semesta, 2) meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan melalui perlindungan sosial, 3) meningkatkan efisiensi pemberian pelayanan kesehatan, dan 4) memperkuat kapasitas pelayanan kesehatan untuk mencapai jaminan kesehatan semesta.

Dilandasi amanat Undang-Undang Dasar 1945, Undang-Undang nomor 40 tahun 2004, tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)* dan Undang-Undang nomor 24 tahun 2011, tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)*, Indonesia melaksanakan langkah bagi terselenggaranya ***Jaminan Kesehatan Nasional*** mulai tahun 2014, demi tercapainya jaminan kesehatan semesta. Salah satu program jaminan kesehatan

dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah upaya kesehatan perorangan yang bersifat komprehensif dan bermutu, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional memerlukan penyiapan sisi *demand* dan *supply*. Pelaksanaan jaminan kesehatan tidak hanya akan menata subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem pelayanan kesehatan, subsistem sumber daya manusia, subsistem farmasi dan alat kesehatan, serta subsistem regulasi, sehingga terjadi harmoni antara semua subsistem dan mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan agar berjalan baik.

Dengan diselenggarakannya satu sistem jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk pada tahun 2014, maka berbagai jenis jaminan kesehatan akan melebur ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional. Untuk maksud tersebut dilakukan penyiapan oleh semua pihak yang meliputi penyiapan: 1) fasilitas kesehatan, sistem rujukan dan infrastruktur, 2) pembiayaan dan transformasi program serta kelembagaan, 3) regulasi, 4) sumber daya manusia dan *capacity building*, 5) kefarmasian dan alat kesehatan, serta 6) sosialisasi dan advokasi.

Saya menyambut baik terbitnya ***Peta Jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional*** ini untuk dijadikan pedoman dalam penyiapan dan pentahapan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Saya sampaikan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak dari berbagai kementerian/lembaga yang berperan dalam penyusunan dan penerbitan Peta Jalan ini.

Semoga buku dan peta jalan ini bermanfaat dalam mendukung upaya pencapaian jaminan kesehatan semesta bagi seluruh penduduk Indonesia.

MENTERI KESEHATAN RI

dr. Nafsiah Mboi, Sp.A, MPH

SAMBUTAN

MENTERI PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL / KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL REPUBLIK INDONESIA

Salah satu pilar utama pembangunan bidang kesejahteraan masyarakat adalah terselenggaranya sistem perlindungan sosial yang mampu memberikan manfaat bagi seluruh penduduk. Beberapa hal penting yang mendasari perubahan sistem perlindungan sosial ke depan adalah amanat Amandemen Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H ayat 3 dan Pasal 34 ayat 2 yang diwujudkan dengan penyusunan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sebagai komponen penting dalam sistem perlindungan sosial secara keseluruhan, Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial yang menjamin taraf hidup masyarakat dalam menghadapi risiko siklus hidup sejak lahir, tumbuh, bekerja, hingga meninggal dunia.

Undang-Undang No. 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) periode tahun 2005-2025 mencantumkan visi pembangunan ekonomi nasional hingga tahun 2025 yang berbunyi: "mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur". Dalam dokumen RPJPN tersebut juga disebutkan arah pembangunan jangka panjang terkait dengan bidang perlindungan sosial, yaitu: "Mewujudkan Pembangunan yang Lebih Merata dan Berkeadilan". Dengan mengacu pada proyeksi pertumbuhan ekonomi di RPJMN, pada tahun 2014 perekonomian Indonesia akan memiliki momentum menjadi salah satu kekuatan ekonomi dunia. Terkait dengan hal tersebut di atas, Pemerintah mengembangkan berbagai strategi dan kebijakan untuk mendorong Indonesia menjadi negara maju melalui "pertumbuhan ekonomi tinggi yang inklusif dan berkelanjutan".

Pembangunan bidang jaminan sosial senantiasa menjadi prioritas pembangunan. Dalam Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah (RPJMN) tahun 2010-2014 yang merupakan periode krusial dalam menentukan bentuk jaminan sosial yang tepat bagi masyarakat. Capaian menuju cakupan menyeluruh (*universal coverage*) kepesertaan jaminan sosial juga merupakan bagian tak terpisahkan dari proses pembangunan sistem jaminan sosial. Disahkannya Undang-Undang BPJS beserta penyusunan berbagai peraturan teknis pendukungnya dan upaya melengkapi kebijakan lainnya merupakan jalan menuju terwujudnya sistem jaminan sosial nasional yang layak bagi seluruh rakyat. Meski demikian, perlu disadari bahwa proses tersebut bukan merupakan hal yang mudah, bahkan dapat dipastikan jalan terjal dan berliku masih akan ditempuh, serta perlunya sumber daya besar juga dukungan yang kokoh dari segala pihak. Pembentukan BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014 dan BPJS Ketenagakerjaan pada 1 Juli 2015 sebagai *milestone* penting dalam strategi pencapaian cakupan menyeluruh memerlukan dukungan teknis seperti *background study*, analisis, penataan regulasi, dan upaya sosialisasi serta transformasi kelembagaan secara tuntas untuk memenuhi prasyarat pelaksanaan sistem jaminan sosial secara optimal.

Dengan diterbitkannya Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 sebagai penyempurnaan konsep dan pengintegrasian gagasan dari berbagai pemangku kepentingan, diharapkan dapat memberikan arahan yang jelas dan terobosan-terobosan konseptual dalam merumuskan langkah-langkah strategis dalam pembangunan ke depan secara komprehensif. Diperlukan dukungan serius dan kegigihan ekstra untuk mengawal pelaksanaan langkah-langkah strategis sebagaimana termuat dalam dokumen ini. Dengan demikian, dalam waktu yang tidak terlalu lama, upaya yang dilakukan diharapkan mampu memberikan hasil yang baik sehingga seluruh sasaran prioritas dapat dicapai menyongsong terwujudnya sistem jaminan sosial.

Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/
Kepala Bappenas

Armida S. Alisjahbana

TIM PENYUSUN

PENGARAH

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
Menteri Kesehatan
Menteri PPN / Kepala BAPPENAS
Ketua DJSN

PENANGGUNG JAWAB

Dr. Chazali Situmorang, Apt, MSc. PH

KETUA TIM

Drs. Haris E. Santosa, FSAI

ANGGOTA TIM

Dr. dr. Fachmi Idris, M.Kes
Drs. Ridwan Monoarfa
Drs. Timoer Soetanto, ChFC.CLU
Dr. Adang Setiana, MSc
Drg. Moeryono Aladin, SIP, SH, MM
dr. Supriyantoro, Sp.P.,MARS
Drs. Djoko Sungkono, MM
Ir. Tianggur Sinaga, MS
Prof. Dr. Bambang Purwoko, SE, MA
Ir. Hariyadi B Sukamdani MM
Dr. Ir. Pos M. Hutabarat, MA
Drs. Sambas Mulyana
Pungky Sumadi, MCP, PhD
Dr. Vivi Yulaswati, MSc
drg. Usman Sumantri

PENULIS UTAMA

Dr. Mundiharno
Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH

KONSULTAN

Dr. Qomarudin, SH, MH
Dr. Ludovicus Sensi Wondabioi
Dr. Imam Supriyadi
Drs. Zulkarimien, MSc
Yan Kusyanto, S.Kom
Dr. Widyastuti, MPH
Budi Hidayat, SKM, MPPM, PhD

TIM SEKRETARIAT DJSN

Drs. Ponco Respati Nugroho, M.Si
Dyah Trikumolosari, Aks, M.Si
Amirullah, SIP, MBA
Ir. Linda Dornel, MM

KONTRIBUTOR

Johanna Knoess
Debbie Muirhead
Cut Sri Rozanna
Patricia Bachtiar
Jennifer Hennig
Harmain Harun

DESIGN GRAFIS & LAY OUT

Drs. Ponco Respati Nugroho, M.Si
Firman Trisasongko

Diterbitkan Oleh
DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL

ISBN: 978-602-18863-0-4

UCAPAN TERIMA KASIH

Peta jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 disusun oleh Tim Penyusun yang terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis. Proses penyusunan Peta Jalan ini melibatkan sejumlah pemangku kepentingan dari Kementerian dan Lembaga, PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT ASABRI, Organisasi Pemberi Kerja dan Organisasi Pekerja.

Kepada seluruh anggota Tim Penyusun disampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih setinggi-tingginya atas kerja keras dan kontribusinya sehingga Peta Jalan ini dapat disusun dengan baik.

Penghargaan dan ucapan terima kasih secara khusus disampaikan kepada:

- Menteri Koordinator Bidang Kesra, Menteri Kesehatan dan Menteri PPN / Kepala Bappenas yang telah memberi dukungan penuh dalam penyusunan dokumen nasional ini.
- Prof. dr Ali Gufron Mukti, MPH, PhD (Wakil Menteri Kesehatan) dan Prof. Dr. Ir. Indroyono Soesilo, MSc (Sekretaris Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat), yang telah merumuskan dokumen ini sebagai acuan bersama dalam menuju jaminan kesehatan nasional 2012-2019
- Tim penyusun yang telah terlibat aktif dalam perencanaan, pembahasan dan perumusan dokumen ini
- Dr. Ir. Ceppie Kurniadi Sumadilaga, MA (Deputi Bidang Kemiskinan, Ketenagakerjaan, dan Usaha Kecil Menengah), Dra. Nina Sardjunani, MA (Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan), Dr. Vivi Yulaswati, MSc (Direktur Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat), Dra. Rahma Iryanti, MT (Direktur Tenaga Kerja dan Pengembangan Kesempatan Kerja), Arif Christiono, SH, MSi (Direktur Analisa Peraturan Perundang-undangan), Dr. Hadiat, MA (Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat) dari Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional yang telah memberi dukungan dalam perencanaan, pembahasan, dan perumusan dokumen ini.
- dr. Ratna Rosita, MPH.M (Sekjen), Prof. dr. Budi Sampurna, SH, DFM, Sp.F(K), Sp.KP (SAM Bidang Mediko Legal), dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes, (SAM Bidang PPM), drg. Usman Sumantri (Kepala Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan), dari Kementerian Kesehatan yang telah memberikan dukungan dalam perencanaan, pembahasan dan perumusan dokumen ini.
- Direksi dan staf PT ASKES (Persero) yang telah memberikan berbagai masukan terkait dengan materi dokumen ini.
- Direksi dan staf PT JAMSOSTEK (Persero) yang telah memberikan berbagai masukan terkait dengan materi dokumen ini.
- Perwakilan dari Kementerian Koordinator Bidang Kesra, Kementerian Kesehatan, Kementerian PPN/ BAPPENAS, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian PAN dan RB, Kementerian Pertahanan, TNI/Polri, Kementerian Sosial, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Kementerian BUMN yang telah ikut serta dalam pembahasan dokumen ini.
- Johanna Knoess, Cut Sri Rozanna, Jennifer Hennig, dan Dr. Harmein Harun dari GIZ SPP yang telah memberikan dukungan penuh dalam penyediaan konsultan nasional.
- Debbie Muirhead (Health Adviser, AusAID) dan Patricia Bachtiar dari AusAID yang telah memberikan dukungan kerjasama dalam penyusunan dokumen Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH, Dr. Widyastuti, MPH, Dr. Mundiharno, Dr. Komarudin, SH, MH, Dr Sensi Wondabioi, Dr. Imam Supriyadi, Drs. Zulkarimien, MSc, Yan Kusyanto, S.Kom dan Budi Hidayat, SKM, MPPM, PhD selaku konsultan yang telah bekerja keras dalam merumuskan dokumen ini
- Tim Sekretariat DJSN yang telah bekerja keras dalam mendukung seluruh proses kegiatan penyusunan dokumen ini.

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF

PENGANTAR KETUA DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL

PENGANTAR WAKIL MENTERI KESEHATAN SELAKU KETUA POKJA PELAKSANAAN BPJS KESEHATAN

SAMBUTAN MENTERI KOORDINATOR BIDANG KESEJAHTERAAN RAKYAT

SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN

SAMBUTAN MENTERI PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL / KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL

UCAPAN TERIMA KASIH

1 PENDAHULUAN 1

A. LATAR BELAKANG 2
B. TUJUAN 3
C. LANDASAN HUKUM 3
D. KERANGKA PENYUSUNAN DAN SISTEMATIKA 4

2 KERANGKA KONSEP 7

A. JAMINAN KESEHATAN SEBAGAI BAGIAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL 8
B. DIMENSI JAMINAN KESEHATAN UNTUK SELURUH PENDUDUK *(UNIVERSAL COVERAGE)* 9
C. PRINSIP PROGRAM JAMINAN KESEHATAN 11
D. KERANGKA OPERASIONAL PETA JALAN 15

3 ASPEK PERATURAN PERUNDANGAN 31

A. TURUNAN PERATURAN UU SJSN 34
B. TURUNAN PERATURAN UU BPJS 37
C. KEGIATAN YANG PERLU DILAKUKAN 39

4 ASPEK KEPESERTAAN 43

A. KONDISI KEPESERTAAN SAAT INI 46
B. JAMINAN KESEHATAN BAGI PEKERJA SWASTA MASIH RENDAH 48
C. KONDISI KEPESERTAAN YANG AKAN DICAPAI 50
D. TARGET PENINGKATAN JUMLAH PESERTA JAMINAN KESEHATAN 55
E. TAHAPAN PENCAPAIAN KEPESERTAAN 2012-2014 56
F. TAHAPAN PENCAPAIAN KEPESERTAAN 2014-2019 60
G. STRATEGI PERLUASAN KEPESERTAAN 67
H. LANGKAH-LANGKAH YANG PERLU DILAKUKAN 68

5 ASPEK MANFAAT DAN IURAN 75

A. KONDISI SAAT INI 78
B. KONDISI YANG AKAN DICAPAI 80
C. HAL-HAL YANG PERLU DILAKUKAN 83

6 ASPEK PELAYANAN KESEHATAN 87

A. KONDISI SAAT INI 90
B. KONDISI YANG AKAN DICAPAI 93
C. HAL-HAL YANG PERLU DILAKUKAN 95

7 ASPEK KEUANGAN 101

A. PENETAPAN BESARAN IURAN YANG MENCUKUPI 104
B. TARIF PELAYANAN KESEHATAN 104
C. PENGELOLAAN DANA 105
D. PERTANGGUNG-JAWABAN PENCATATAN DAN PELAPORAN KEUANGAN 106
E. SISTEM PENGENDALIAN INTERNAL DAN AUDITABILITAS LAPORAN 106
F. ANALISIS DAMPAK FISKAL PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN 107
G. PERSIAPAN PERUBAHAN PT ASKES (PERSERO) MENJADI BPJS KESEHATAN 107

8 ASPEK KELEMBAGAAN DAN ORGANISASI 115

A. TRANSISI MENUJU BPJS KESEHATAN 120
B. PENGEMBANGAN ORGANISASI BPJS KESEHATAN 126
C. PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI 127
D. SOSIALISASI, EDUKASI DAN ADVOKASI 134
E. ASPEK KOORDINASI DAN MONITORING 136

9 KERANGKA IMPLEMENTASI 143

A. PROGRAM DAN KEGIATAN 144
B. KERANGKA IMPLEMENTASI 144
C. INDIKATOR 144
D. PENDANAAN 145
E. INSTITUSI-INTITUSI YANG BERTANGGUNG-JAWAB 145
F. MONITORING DAN EVALUASI 146

10 PENUTUP 159

LAMPIRAN 160

DAFTAR SINGKATAN

ALMA	:	*Asset and Liabilities Management*
AD/ART	:	Anggaran Dasar/Anggaran Rumah Tangga
APBN	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
APBD	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
Askes	:	Asuransi Kesehatan
BOR	:	Bed Occupancy Ratio
BUMN	:	Badan Usaha Milik Negara
BAPPENAS	:	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BPK	:	Badan Pengawas Keuangan
BHP	:	Badan Hukum Publik
BPS	:	Badan Pusat Statistik
BPJS	:	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPKP	:	Badan Pemeriksa Keuangan dan Pembangunan
Bapepam LK	:	Badan Pengawas Pasar Modal Lembaga Keuangan
BPHTB	:	Bea Perolehan Hak Tanah dan Bangunan
CBGs	:	*Case Based Groups*
CoB	:	*Cooordinaton of Benefit*
DRG	:	*Diagnosis Related Groups*
DJSN	:	Dewan Jaminan Sosial Nasional
DSAK	:	Dewan Standar Akuntansi Keuangan
DPHO	:	Daftar Plafon Harga Obat
DSO	:	Daftar Obat Standar
DPR RI	:	Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia
DIY	:	Daerah Istimewa Yogyakarta
DKI Jakarta	:	Daerah Khusus Ibukota Jakarta
DRC	:	Disaster Recovery Center
Ditjen Adminduk	:	Direktorat Jenderal Administrasi Kependudukan
E-KTP	:	Elektronik – Kartu Tanda Penduduk
Faskes	:	Fasilitas Kesehatan
GCG	:	*Good Corporate Governance*
GAAP	:	*Generally Accepted Accounting Principles*
HAM	:	Hak Asasi Manusia
IBI	:	Ikatan Bidan Indonesia
IDI	:	Ikatan Dokter Indonesia
INA-Medicare	:	Indonesia-Medicare
IAI	:	Ikatan Akuntan Indonesia
IAI	:	Ikatan Apoteker Indonesia
JPK Jamsostek	:	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Jamsostek
Jamkesda	:	Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	:	Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional
Kemenkes	:	Kementerian Kesehatan
Kemenakertrans	:	Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi
KR	:	Kantor Regional
KC	:	Kantor Cabang
KP	:	Kantor Perwakilan
LPNK	:	Lembaga Pemerintah Non Kementerian
Mensesneg	:	Menteri Sekretaris Negara
MK	:	Mahkamah Konstitusi
Nakes	:	Tenaga Kesehatan
NIK	:	Nomor Induk Kependudukan
NIN	:	*National Identity Number*
OJK	:	Otoritas Jasa Keuangan
PDGI	:	Persatuan Dokterg Gigi Indonesia
PP	:	Peraturan Pemerintah
PMO	:	*Project Management Office*
Perpres	:	Peraturan Presiden

Permenkes	:	Peraturan Menteri Kesehatan
Permendagri	:	Peraturan Menteri Dalam Negeri
Perda	:	Peraturan Daerah
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masayarakat
PNS	:	Pegawai Negeri Sipil
PBI	:	Penerima Bantuan Iuran
Pemda	:	Pemerintah Daerah
Pemkab	:	Pemerintah Kabupaten
Pemprop	:	Pemerintah Provinsi
PERSI	:	Persatuan Rumah Sakit Indonesia
PJKMU	:	Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Umum
PPNI	:	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PTKP	:	Pendapatan Tidak Kena Pajak
PPh	:	Pajak Penghasilan
PHK	:	Pemutusan Hubungan Kerja
P2JK Kemenkes	:	Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan
PPLS	:	Pendataan Program Perlindungan Sosial
PIN	:	*Personal Identification Number*
PSAK	:	Peraturan Standar Akuntansi Keuangan
RPP	:	Rancangan Peraturan Pemerintah
RPerpres	:	Rancangan Peraturan Presiden
RM	:	Ringgit Malaysia
Rp	:	Rupiah
RS	:	Rumah Sakit
RPJM	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RPJP	:	Rencana Pembangunan Jangka Panjang
RAPBN	:	Rancangan Aanggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
RJTP	:	Rawat Jalan Tingkat Pertama
RJTL	:	Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
RITP	:	Rawat Inap Tingkat Pertama
RITL	:	Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
RSU	:	Rumah Sakit Umum
RUU Adminduk	:	Rancangan Undang-Undang Administrasi Kependudukan
SSN	:	*Social Security Number*
SAK	:	Standar Akutansi Keuangan
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SOP	:	*Standard Operational Procedure*
SJSN	:	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKN	:	Sistem Kesehatan Nasional
Sakernas	:	Survei Angkatan Kerja Nasional
Susenas	:	Survei Sosial Ekonomi Nasional
TT	:	Tempat Tidur
TNP2K	:	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TI	:	Teknologi Informasi
TDP	:	Tanda Daftar Perusahaan
UU	:	Undang-Undang
UUD	:	Undang-Undang Dasar
UU SJSN	:	Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
UU BPJS	:	Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
UC	:	Universal Coverage
UM	:	Usaha Mikro
UK	:	Usaha Kecil
UMB	:	Usaha Menengah dan Besar
UKM	:	Usaha Kecil dan Menengah
VIP	:	Very Important Person
WNA	:	Warga Negara Asing
WNI	:	Warga Negara Indonesia
WHO	:	World Health Organization

BURTON
BURTON

1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ditetapkan dengan pertimbangan utama untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui sistem jaminan sosial nasional setiap orang memungkinkan untuk mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Hal ini sesuai amanat UUD 1945 Pasal 28 H ayat (3) yang menyatakan "*Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat*".

Pengembangan jaminan sosial juga selaras dengan tujuan pembentukan negara Indonesia yang menganut paham negara kesejahteraan (*welfare state*). Alinea keempat Pembukaan UUD 1945 antara lain menyatakan bahwa salah satu tujuan negara Indonesia adalah "*untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum..*"

Agar hak setiap orang atas jaminan sosial sebagaimana amanat konstitusi dapat terwujud, maka dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dinyatakan bahwa program jaminan sosial bersifat wajib yang memungkinkan mencakup seluruh penduduk yang pencapaiannya dilakukan secara bertahap. Seluruh rakyat wajib menjadi peserta tanpa kecuali. Program jaminan sosial yang diprioritaskan untuk mencakup seluruh penduduk terlebih dahulu adalah program jaminan kesehatan.

Upaya pencapaian jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk (*universal coverage*) harus dituangkan ke dalam peta jalan (*roadmap*) yang sistematis, komprehensif dan terpadu. Peta jalan ini disusun dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan dan telah disepakati untuk dilaksanakan.

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) sesuai mandatnya dalam UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN[1], melakukan sinkronisasi dalam penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk di dalamnya jaminan kesehatan. Atas dasar beberapa pertimbangan itulah maka disusun Peta Jalan Pengembangan Jaminan Kesehatan ini.

Penyusunan peta jalan ini makin diperlukan dengan disahkannya Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pasal 60 ayat 1 UU BPJS menyatakan bahwa "*BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program*

1 Pasal 7 ayat (2) UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyatakan "*Dewan Jaminan Sosial Nasional berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional*".

jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014". Untuk itu PT Askes (Persero) diberi tugas untuk (a) menyiapkan operasional BPJS Kesehatan untuk program jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan dalam Pasal 22 sampai dengan Pasal 28 UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dan; (b) menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan. Dalam rangka menyiapkan operasional BPJS Kesehatan tersebut maka perlu disusun langkah-langkah yang sistemik dan terukur dalam suatu dokumen peta jalan.

Agar kegiatan-kegiatan dalam pengembangan jaminan kesehatan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, PT Askes (Persero), dan PT Jamsostek (Persero) dapat saling bersinergi dengan berbagai Kementerian/Lembaga lain dan pemerintah daerah, maka **peta jalan yang terpadu ini diharapkan menjadi pedoman kerja yang efektif dan efisien.**

B. TUJUAN

Tujuan disusunnya peta jalan ini adalah untuk memberikan arah dan langkah-langkah yang perlu dilakukan secara sistematis, konsisten, koheren, terpadu dan terukur dari waktu ke waktu dalam rangka:

1. **Mempersiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014.**
2. **Tercapainya jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia.**
3. **Terselenggaranya jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang tertera dalam UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, UU No 24/2011 tentang BPJS, serta peraturan pelaksananya.**

C. LANDASAN HUKUM

1. UUD 1945 Pasal 28 H ayat (3) dan pasal 34
2. Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3. Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial
4. Undang-Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
5. Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
6. Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
7. Undang-Undang No 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
8. Undang-Undang No 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara

9. Undang-Undang No 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
10. Undang-Undang No 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Pemerintah Daerah
11. Undang-Undang No 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
12. Peraturan Pemerintah No 38 tahun 2007 tentang Pembagian Kewenanagan Pusat dan Daerah

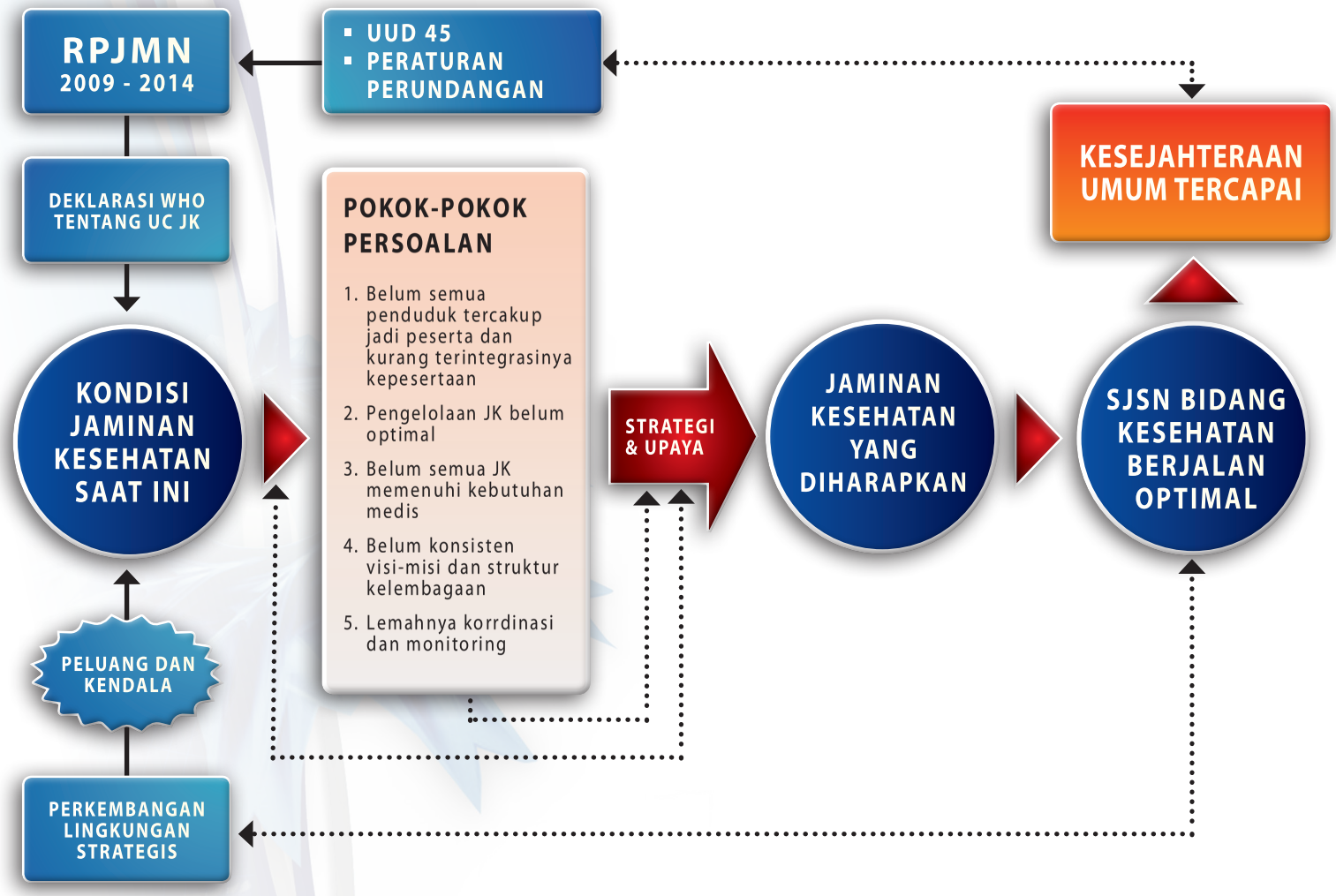
D. KERANGKA PENYUSUNAN DAN SISTEMATIKA

Peta jalan ini disusun berdasarkan kerangka logis sebagaimana tergambar dalam Bagan 1.1. Kerangka logis penyusunan peta jalan ini didasarkan pada analisis kesenjangan antara kondisi yang dihadapi saat ini dan kondisi yang akan dicapai. Dari analisis kesenjangan tersebut kemudian dirumuskan langkah-langkah yang perlu dilakukan.

Penulisan peta jalan ini dilakukan melalui beberapa tahapan kegiatan, diantaranya (a) kajian literatur dan regulasi yang terkait; (b) diskusi dan lokakarya dengan pakar dan Kementerian dan Lembaga terkait; (c) pembahasan oleh Tim *Roadmap* Jaminan Kesehatan DJSN; (d) analisis dan penulisan.

Dokumen peta jalan ini merupakan edisi kedua yang mengalami penyempurnaan setelah disahkannya Undang-undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Dengan disahkannya UU BPJS, maka mulai 1 Januari 2014 penyelenggaraan jaminan kesehatan akan dilakukan oleh BPJS Kesehatan. PT Askes (Persero) ditetapkan menjadi BPJS Kesehatan mulai tanggal 1 Januari 2014. Dengan ketentuan tersebut maka perlu dirumuskan dan disepakati tentang langkah-langkah yang perlu dilakukan dalam rangka transformasi PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan dan langkah-langkah yang diperlukan dalam pengalihan pengelolaan program Jamkesmas dari Kementerian Kesehatan ke BPJS Kesehatan dan pengalihan program JPK Jamsostek dari PT (Persero) Jamsostek ke BPJS Kesehatan.

Bagan 1.1
Kerangka Penyusunan Peta Jalan



KERANGKA KONSEP

2

A. JAMINAN KESEHATAN SEBAGAI BAGIAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Jaminan kesehatan merupakan salah satu komponen dari sub sistem pendanaan kesehatan. Sub sistem pendanaan kesehatan merupakan bagian dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Dengan demikian pengembangan jaminan kesehatan tidak bisa dilepaskan dari sistem kesehatan secara keseluruhan yang tujuan akhirnya adalah tercapainya derajat kesehatan penduduk Indonesia yang memungkinkan penduduk produktif dan kompetitif dengan penduduk negara-negara tetangga.

Sistem Kesehatan Nasional pada prinsipnya terdiri dari dua bagian besar yaitu sistem pendanaan dan sistem layanan kesehatan. Subsistem pendanaan kesehatan menggambarkan dan mengatur sumber-sumber keuangan yang diperlukan untuk terpenuhinya kebutuhan kesehatan penduduk. Pendanaan kesehatan dapat bersumber dari (1) pendanaan langsung dari masyarakat (disebut *out of pocket)* yang dibayarkan dari perorangan/rumah tangga kepada fasilitas kesehatan; (2) pendanaan dari Pemerintah dan atau Pemda; (3) pembayaran iuran asuransi sosial yang wajib sebagaimana diatur dalam UU SJSN; (4) Pendanaan oleh pihak ketiga, baik oleh pemberi kerja atau oleh peserta asuransi; dan (5) bantuan pendanaan dari berbagai sumber baik dalam maupun luar negeri. Berdasarkan UU Nomor 40/2004 tentang SJSN dan UU Nomor 36/2009 tentang Kesehatan, pendanaan layanan kesehatan perorangan akan bertumpu dari iuran wajib yang akan dikelola oleh BPJS Kesehatan. Sementara pendanaan bersumber dari kantong perorangan/keluarga, pemberi kerja baik langsung atau melalui asuransi kesehatan swasta akan menjadi sumber dana tambahan (*top up*) layanan kesehatan perorangan. Sedangkan sumber dana dari Pemerintah/ Pemda tetap diperlukan untuk mendanai bantuan iuran bagi penduduk miskin dan tidak mampu serta pendanaan program kesehatan masyarakat yang tidak ditujukan untuk layanan orang per orang.

Dari sisi layanan kesehatan, UU 29/2004 tentang Praktik Kedokteran dan UU 44/2004 tentang Rumah Sakit mengatur layanan kesehatan perorangan yang dapat disediakan oleh fasilitas kesehatan publik (milik Pemerintah/Pemda) dan oleh fasilitas kesehatan swasta. Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional untuk layanan kesehatan perorangan, BPJS Kesehatan akan membeli layanan kesehatan dari fasilitas kesehatan publik dan swasta dengan harga yang dinegosiasikan pada tingkat wilayah. Ketentuan cara pembayaran dan besaran tarif negosiasi antara BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan menggambarkan sistem kesehatan yang dipilih Indonesia berbasis pendanaan publik dan layanan oleh swasta (*Publicly funded, privately delivered*). Model ini merupakan model yang paling banyak diterapkan di dunia yang menjamin terwujudnya keadilan sosial (ekuitas) dengan tingkat efisiensi yang

tinggi. Peran Pemda, sebagaimana diatur dalam UU 32/2004 pasal 22 adalah penyediaan fasilitas kesehatan, baik tingkat primer (dokter praktik umum) maupun sekunder-tersier oleh dokter spesialis di rumah sakit. Pemda wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan karena tidak di semua daerah pihak swasta berminat menyediakan fasilitas kesehatan karena pasar dan kondisi lingkungan yang tidak memadai. Sebagaimana diatur oleh UUD 1945 pasal 34 ayat 3, Negara (telah didelegir kepada pemda berdasarkan UU 32/2004) bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, maka tidak tertutup kemungkinan pihak swasta diberikan ijin mengadakan fasilitas kesehatan. Dengan adanya BPJS Kesehatan, yang akan menjadi pembeli tunggal layanan kesehatan, maka di suatu saat pihak swasta akan bersedia mengadakan fasilitas kesehatan di daerah-daerah. Dengan demikian, pemerataan akses terhadap layanan kesehatan akan terwujud setelah BPJS Kesehatan berperan optimal.

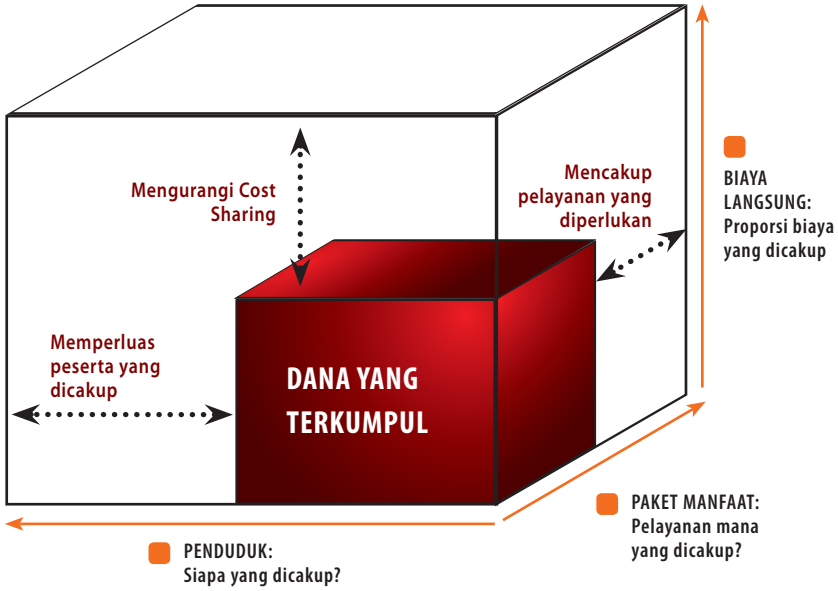
Untuk menunjang terwujudnya jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk (*universal coverage*) dan terwujudnya lingkungan dan prilaku yang sehat, maka Pemerintah dan pemda tetap wajib mendanai dan berperan dalam program-program kesehatan masyarakat yang dapat dinikmati (*beneficiries*) oleh masyarakat. Tidak tertutup kemungkinan bahwa swasta juga berperan, namun karena sifat eksternalitas yang tinggi dalam program kesehatan masyarakat, pada umumnya peran swasta akan menjadi kompelemter dan atau suplementer. Untuk menunjang keberhasilan seluruh Sistem Kesehatan Nasional (SKN), maka diperlukan pengaturan (PP/Perpres/Permenkes/Permendagri/Perda), sumber daya manusia dalam berbagai disiplin, sistem informasi, sistem administrasi, dan lain-lain yang menunjang keberhasilan sebuah SKN.

B. DIMENSI JAMINAN KESEHATAN UNTUK SELURUH PENDUDUK *(UNIVERSAL COVERAGE)*

WHO merumuskan tiga dimensi dalam pencapaian *universal coverage* yaitu (1) seberapa besar prosentase penduduk yang dijamin; (2) seberapa lengkap pelayanan yang dijamin, serta (3) seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk. Dimensi pertama adalah jumlah penduduk yang dijamin. Dimensi kedua adalah layanan kesehatan yang dijamin, misalnya apakah hanya layanan di rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan. Dimensi ketiga adalah proporsi biaya kesehatan yang dijamin. Dapat saja seluruh penduduk dijamin biaya perawatan di rumah sakit, tetapi setiap penduduk harus bayar sebagian biaya di rumah sakit. Perluasan jaminan ketiga dimensi sangat tergantung pada kemampuan keuangan suatu negara dan pilihan penduduknya.

Makin kaya suatu negara, semakin mampu negara tersebut menjamin seluruh penduduk untuk seluruh layanan kesehatan. Misalnya, Inggris menjamin layanan

Bagan 2.1
Dimensi Universal Coverage



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

kesehatan komprehensif, termasuk transplantasi organ, untuk seluruh penduduk (bukan hanya warga negara, tetapi penduduk yang legal tinggal di Inggris). Malaysia menjamin seluruh penduduknya mendapat pengobatan dan perawatan di rumah sakit, hanya saja penduduk harus membayar 3 RM (sekitar Rp 9.000) per hari perawatan. Pendanaan jaminan dapat dilakukan dengan mekanisme asuransi sosial atau mekanisme pajak. Tergantung dari kemauan politik Pemerintah, makin banyak dana yang tersedia maka makin banyak penduduk yang terlayani, makin komprehensif paket pelayanannya serta makin kecil proporsi biaya yang harus ditanggung penduduk. Alokasi atau pengumpulan dana yang terbatas berpengaruh terhadap komprehensif tidaknya pelayanan yang dijamin serta proporsi biaya pengobatan/perawatan yang dijamin. Upaya pencapaian *universal coverage* dapat dilakukan dengan prioritas perluasan penduduk yang dijamin dengan layanan terbatas atau dengan porsi biaya layanan yang dijamin terbatas. Pentahapan cakupan universal sangat dipengaruhi oleh kemauan politik Pemerintah, konsensus penduduk, dan kemampuan keuangan suatu negara. Malaysia telah berkonsensus dan kemauan politik Pemerintahnya tinggi untuk menjamin seluruh penduduk. Malaysia sudah menjamin seluruh penduduk sejak kemerdekaannya di tahun 1957 dengan porsi biaya perawatan yang ditanggung sendiri penduduk relatif kecil, tetapi hanya di fasilitas kesehatan publik milik Pemerintah. Thailand telah menjamin seluruh penduduknya (dimensi I), untuk semua penyakit (dimensi II) dengan biaya yang ditanggung penduduk (dimensi III) tidak ada, dan layanan disediakan di fasilitas kesehatan publik maupun di fasilitas kesehatan swasta.

Konsentrasi pertama adalah bagaimana agar dimensi pertama tercapai yaitu semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Langkah berikutnya adalah memperluas layanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis (yang berarti semakin komprehensif paket manfaatnya). Terakhir adalah peningkatan biaya medis yang dijamin sehingga makin kecil proporsi biaya langsung yang ditanggung penduduk.

Sesuai dengan pengalaman masa lalu dan pengalaman penyediaan jaminan kesehatan untuk pegawai negeri, maka Indonesia menghendaki jaminan kesehatan untuk semua penduduk (dimensi I), menjamin semua penyakit (dimensi II) dan porsi biaya yang menjadi tanggungan penduduk (dimensi III) sekecil mungkin. Namun demikian, tingkat kenyamanan (kepuasan/pilihan) layanan dibatasi. Sebagai contoh, Askes PNS menjamin layanan perawatan di kelas II RS publik (untuk golongan pangkat I dan II) dan di kelas I RS publik (untuk golongan pangkat III dan IV). Tingkat pilihan/kepuasan dibatasi dengan kelas perawatan, tetapi semua penyakit atau semua biaya perawatan dijamin apabila peserta Askes dirawat sesuai kelas perawatan yang menjadi haknya. Jika peserta menginginkan perawatan di ruang kelas yang lebih memuaskan, kelas VIP, maka peserta Askes harus membayar selisih biayanya (dimensi III). Dengan demikian, sistem jaminan/asuransi pegawai negeri menjamin pemenuhan kebutuhan medis dengan biaya terkendali, meskipun sebagian tidak puas dengan kelas perawatan. Yang utama adalah pemenuhan kebutuhan medis seluruh penduduk (dimensi I) dan seluruh penyakit dijamin (dimensi II).

C. PRINSIP PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

Jaminan kesehatan yang dirumuskan oleh UU SJSN adalah jaminan kesehatan yang diselenggarkan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas sebagaimana diatur dalam Pasal 19 ayat 1 UU SJSN.

Penjelasan Pasal 19 UU SJSN menyatakan bahwa yang dimaksud ***prinsip asuransi sosial*** adalah:

1. Kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah;
2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif;
3. Iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan;
4. Bersifat nirlaba.

Sedangkan yang dimaksud dengan ***prinsip ekuitas*** adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang

telah dibayarkannya. Kesamaan memperoleh pelayanan adalah kesamaan jangkauan finansial ke pelayanan kesehatan.

Pasal 19 ayat 2 UU SJSN menyatakan bahwa "*Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan*". Kebutuhan dasar kesehatan adalah kebutuhan akan layanan kesehatan yang memungkinkan seseorang yang sakit dapat sembuh kembali sehingga ia dapat berfungsi normal sesuai usianya. Anak-anak dapat kembali bermain dan belajar, orang dewasa dapat kembali bekerja, dan penduduk lanjut usia (lansia) dapat menikmati kehidupan sosialnya. Oleh karenanya, manfaat jaminan kesehatan mencakup layanan yang berbiaya mahal seperti operasi jantung, perawatan di ruang intensif, dan cuci darah (hemodialisa). Suatu jaminan kesehatan membutuhkan dana untuk membayar tenaga kesehatan, obat, bahan habis pakai dan lain-lain.

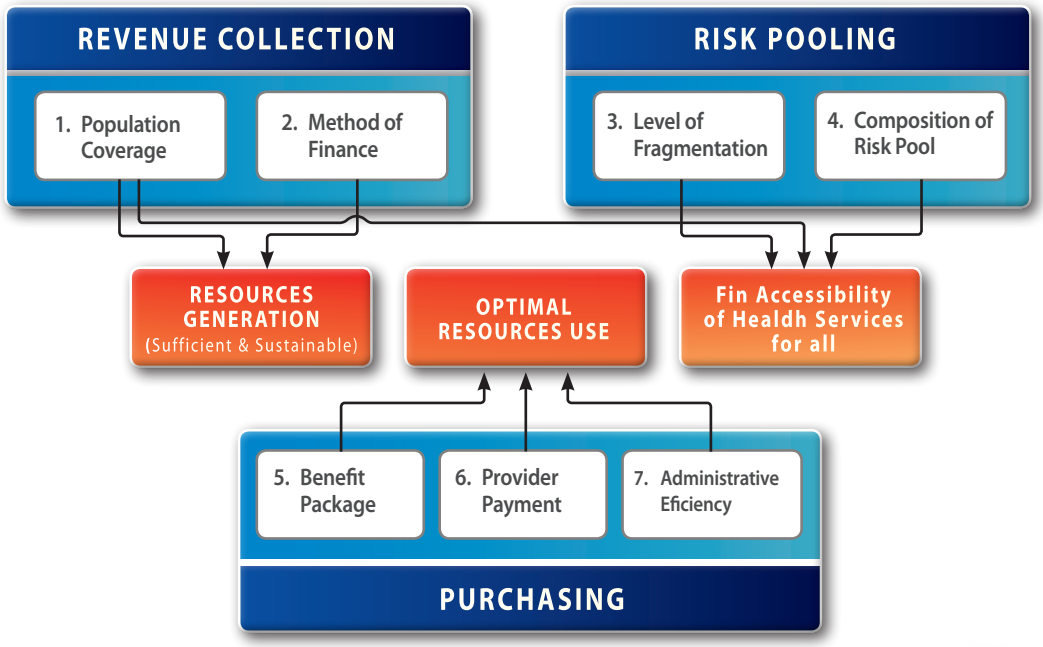
Currin G and James C[(1)] menggambarkan **pengelolaan jaminan kesehatan dalam skema sebagaimana tampak pada Bagan 2.2 yang mencakup tiga unsur penting yaitu pengumpulan dana, kegotong royongan, dan efisiensi dalam belanja kesehatan**.

Dari Bagan 2.2 tampak tiga unsur utama dalam pengelolaan jaminan kesehatan yaitu: **Pengumpulan dana *(revenue collection)*. Pengumpulan dana adalah proses dimana dana harus bisa dikumpulkan (iuran dari peserta atau pajak dapat dikumpulkan secara efektif dan efisien dari rumah tangga, pemberi kerja, pemerintah dan/atau organisasi lain)**. Dana yang terkumpul harus mencukupi untuk membayar layanan kesehatan dan berkelanjutan. Hanya ada dua cara pendanaan yang memungkinkan untuk cakupan universal yaitu asuransi sosial dan pajak. Luasnya cakupan penduduk menentukan kecukupan dana yang harus dikumpulkan. Keberadaan sistem ekonomi-keuangan, keberadaan hubungan kerja formal (pekerja penerima upah), sistem perpajakan yang handal, manfaat yang memadai dan kesadaran penduduk menentukan kesinambungan pengumpulan dana. Bukti-bukti di berbagai negara menunjukkan bahwa pengumpulan iuran dari rumah ke rumah tidak menjamin kesinambungan. Disini, perlu diperhatikan sistem perpajakan, sistem pengumpulan dana/pembayaran iuran, dan besaran iuran/pajak yang memadai untuk belanja kesehatan penduduk yang dijamin. Dalam konteks SJSN, Indonesia telah memilih mekanisme asuransi sosial dengan mewajibkan setiap penduduk yang menerima upah membayar iuran sementara yang belum mampu (miskin atau tidak mampu) mendapat bantuan iuran dari Pemerintah. Kelak, ketika ia bekerja dan mempunyai upah, maka ia akan wajib mengiur. Mekanisme asuransi sosial lebih menjamin kecukupan dana untuk layanan kesehatan

.....

1 Normand, Charles and Axel Weber, *Social Health Insurance. A guidebook for planning*., second edition, ADB, GTZ, ILO and WHO, VAS, Germany, 2009, p.16

Bagan 2.2
Isu Utama dalam Pengelolaan Jaminan Kesehatan



daripada mekanisme pajak dimana dana untuk layanan kesehatan harus diperebutkan tiap tahun di DPR dalam bentuk UU APBN.

Kegotong-royongan (*risk pooling*). Kegotong-royongan adalah upaya bersama agar semua penduduk berkontribusi (membayar iuran/ pajak) agar terkumpul (*pool*) dana untuk membiayai pengobatan siapa saja yang sakit. Disinilah fungsi kegotong-royongan formal diwujudkan (karena setiap orang diwajibkan mengiur/membayar pajak yang jumlahnya ditentukan). Dalam kegotong-royongan informal yang telah lama berakar, kolega atau kerabat membantu biaya pengobatan dengan menyumbang seikhlasnya (sukarela). Mekanisme sukarela ini tidak menjamin kecukupan dana untuk biaya pengobatan. Dengan mekanisme formal yang disebut *risk-pooling,* sumbangan berupa iuran wajib atau pajak diperhitungkan agar mencukupi biaya berobat, siapapun yang sakit. Tergantung dari sistem kegotong-royongan yang akan diterapkan, beberapa negara menerapkan kegotong-royongan di antara penduduk di suatu daerah, di sektor pekerja yag sama (PNS, pegawai swasta, petani, dan lain lain). Indonesia selama ini memiliki sistem yang terpecah (terfragmentasi) seperti itu. Namun, UU SJSN dan UU BPJS telah menetapkan bahwa Indonesia akan menuju satu kegotong-royongan Nasional dimana iuran dari seluruh penduduk akan dikumpulkan (*pool*) dalam satu Dana Amanat yang akan dikelola oleh BPJS Kesehatan. Dengan satu Dana Amanat ini, biaya pengobatan semua penduduk yang sakit (setelah cakupan universal tercapai) akan

diambil dari satu sumber, tanpa harus memperhatikan besaran iuran atau besaran upah masing-masing pengiur dan tanpa memperhatikan tempat tinggal pengiur. Yang menjadi pertimbangan penjaminan hanyalah kondisi medis penduduk. Dengan demikian, akan terjadi keadilan sosial dan memungkinkan tenaga kesehatan melayani penduduk tanpa diskriminasi status sosial ekonomi.

Dana yang terkumpul dari iuran merupakan Dana Amanat yang hanya dibelanjakan/ dibelikan layanan kesehatan untuk peserta (sementara) yang membayar iuran. Pembelian layanan ini sangat dipengaruhi luasnya manfaat/layanan kesehatan yang dijamin, cara pembayaran ke fasilitas kesehatan yang memproduksi/menjual layanan, dan kemudahan sistem administrasi. Kelak, semua penduduk akan menjadi peserta. Belanja layanan kesehatan (*purchasing of services*) harus dilakukan secermat dan sehemat mungkin agar Dana Amanat mencukupi dan tidak terjadi pemborosan (*optimal resources)*. Semakin luas (komprehensif) manfaat jaminan kesehatan semakin banyak dana yang dibutuhkan. Untuk efisiensi belanja layanan kesehatan, cara-cara pembayaran/pembelian layanan kesehatan dari fasilitas kesehatan publik maupun swasta harus diatur agar tidak terjadi pemborosan atau belanja layanan yang tidak perlu (*moral hazard* atau *fraud*). Dalam konteks ini, UU SJSN telah merumuskan cara-cara pembayaran yang efisien (prospektif seperti kapitasi, *budget* dan berbasis diagnosis) yang bervariasi di berbagai wilayah untuk menggambarkan perbedaan biaya hidup atau harga barang-barang dan tenaga kesehatan.

Dengan memperhatikan konsep cakupan universal sebagaimana diuraikan diatas maka pengelolaan jaminan kesehatan dalam SJSN adalah sebagai berikut:

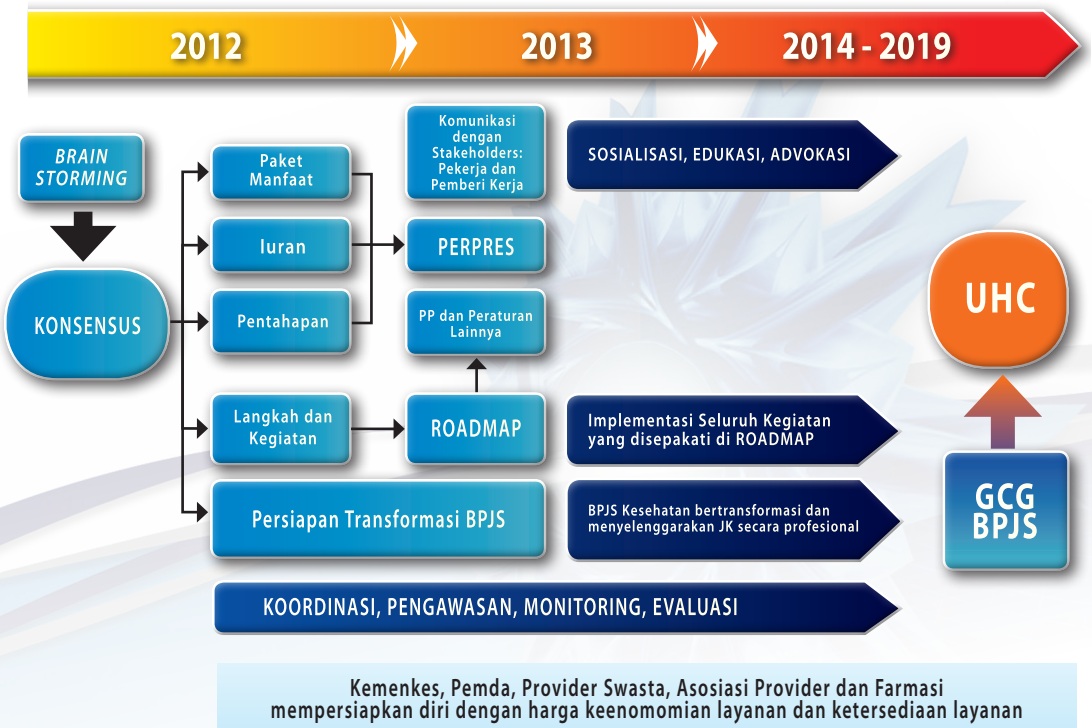
1. Pengelolaannya tidak lagi terpisah-pisah menurut tempat tinggal (provinsi atau kota/ kabupaten atau tempat bekerja) melainkan terintegrasi dalam BPJS Kesehatan secara nasional
2. Pendanaan berbasis asuransi sosial dimana semua penduduk wajib iur. Namun, penduduk yang miskin dan tidak mampu akan mendapat bantuan iuran (mekanisme bantuan sosial) dari Pemerintah. Ketika penduduk tersebut tidak lagi miskin, maka ia wajib membayar iuran.
3. Layanan kesehatan perorangan yang dijamin adalah semua layanan atas indikasi medis (sesuai kebutuhan medis) mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang bersifat layanan orang per orang.
4. Fasilitas kesehatan yang memproduksi layanan yang akan dibeli oleh BPJS adalah faskes milik pemerintah dan/atau swasta. Dengan demikian, semua sumber daya kesehatan akan digunakan untuk menjamin seluruh penduduk memiliki akses terhadap layanan kesehatan

5. Cara belanja (metoda pembayaran) yang efisien agar Dana Amanat digunakan secara optimal adalah cara pembayaran prospektif seperti pembayaran kapitasi untuk rawat jalan primer dan pembayaran DRG (*Diagnosis Related Group*) yang di Indonesia telah dikenal dengan INA-CBG untuk rawat jalan sekuder (rujukan) dan rawat inap.
6. Dengan pengelolaan oleh satu BPJS, maka sistem administrasi pengumpulan dana, pembelanjaan, klaim, pelaporan dan lain-lain akan menjadi lebih efisien dan memudahkan difahami oleh seluruh peserta dan seluruh pengelola fasilitas kesehatan.

D. KERANGKA OPERASIONAL PETA JALAN

Peta jalan menuju cakupan universal merupakan pegangan bagi semua pihak (calon peserta, peserta, pemberi kerja, Pemerintah, pemerintah daerah, DJSN, Anggota Legislatif, media, akademisi, dan lain-lain) untuk memahami dan mempersiapkan diri berperan aktif mencapai cakupan universal yang diharapkan selesai pada Tahun 2019. Masyarakat diharapkan memantau secara aktif dan terus menerus berperan dalam mencapai cakupan universal dan sekaligus menjadi pengawas (*social control*).

Bagan 2.3
Kerangka Operasional Peta Jalan Jaminan Kesehatan



Untuk itu, telah disepakati semua pihak, bahwa cakupan universal dalam arti semua penduduk telah terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan dengan manfaat medis yang sama akan dicapai pada tahun 2019. Dengan demikian, maka Kabinet Indonesia Bersatu dan Kabinet selanjutnya perlu berupaya konsisten untuk mencapai cakupan universal. Pencapaian cakupan universal pada tahun 2019 menunjukkan bahwa Indonesia tertinggal 17 tahun dibandingkan Thailand dan tertinggal 62 tahun dibandingkan dengan Malaysia. Oleh karenanya, tidak ada alasan lagi untuk menunda-nunda pencapaian cakupan universal layanan kesehatan untuk mencegah seluruh penduduk jatuh miskin akibat suatu penyakit. Hal ini sangat perlu disadari semua pihak, bahwa cakupan universal layanan kesehatan adalah sebuah upaya pengentasan kemiskinan.

Dalam menyusun dan mengimplementasi peta jalan ini diperlukan sejumlah konsensus. Beberapa konsensus penting yang sudah dan perlu dilakukan antara lain:

1. KONSENSUS MAKNA UU

a. **Kesepakatan hanya ada SATU peta jalan yang akan digunakan bersama oleh semua pihak** (DJSN, Kemenkes, Kemendagri Kemenkeu, Kemenko Kesra, Bappenas, BPJS Kesehatan, serikat pekerja, serikat pemberi kerja, pemerintah daerah dan lain-lain).

b. **Konsensus nama yang digunakan (istilah Indonesia dan Inggris) untuk program Jaminan Kesehatan sebagaimana diatur dalam UU SJSN dan UU BPJS**. Pilihan nama Indonesia adalah Jaminan Kesehatan Nasional. Sedangkan nama dalam bahasa Inggris, untuk terjemahan dan publikasi internasional diusulkan INA-Medicare. Nama ini mengambil istilah Medicare sebagai istilah jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk yang digunakan beberapa negara seperti di Kanada, Australia, Filipina, dan Taiwan.

c. **Konsensus tentang paket manfaat yaitu semua layanan yang mempunyai indikasi medis telah disepakati dalam rapat bersama Kemenkes, DJSN dan Kementerian lain pada tanggal 30 Maret 2012.** Disepakati juga bahwa untuk tahap awal, selama besaran iuran belum sama, maka layanan non-medis berupa tempat perawatan dan kelas perawatan masih dimungkinkan berbeda. Penerima Bantuan Iuran (PBI) berhak mendapat manfaat rawat inap ke kelas III sedangkan yang membayar iuran dirawat di kelas II atau kelas I, tergantung besaran upah atau golongan pangkat pegawai negeri. Ketika Pemerintah sudah mau membayar iuran sebesar rata-rata besaran iuran per kapita pekerja penerima upah, maka manfaat kelas perawatan atau tempat rawat jalan primer akan disamakan. Cepat-lambatnya manfaat layanan kesehatan sama untuk semua penduduk tergantung dari kemauan

Pemerintah membayar iuran sebesar rata-rata iuran per kapita/orang pekerja penerima upah.

d. **Konsensus tentang Pentahapan Kepesertaan telah disepakati yaitu pada tahun 2014 akan dilakukan migrasi kepesertaan Jamkesmas, JPK Jamsostek, sebagian Jamkesda, dan perluasan kepesertaan penerima upah**. Peserta bukan penerima upah dapat mendaftar dengan besaran iuran jumlah nominal per keluarga yang diharapkan semuanya telah terdaftar pada akhir September 2019. Pemerintah dan atau pemerintah daerah dapat mensponsori keluarga pekerja bukan penerima upah untuk menjadi peserta dengan membayarkan iuran kepada BPJS. Pekerja penerima upah yang kini telah menikmati jaminan kesehatan melalui pemberi kerjanya atau membeli asuransi kesehatan komersial diberi kesempatan bermigrasi setiap waktu sampai dengan bulan September 2019.

e. **Konsensus besaran iuran** harus telah dicapai pada akhir Agustus 2012 untuk segera masuk dalam Perpres Jaminan Kesehatan.

2. KONSENSUS CARA PEMBAYARAN MANFAAT

a. **Sistem pembayaran prospektif kepada fasilitas kesehatan**. Sistem kendali ini sekaligus mengendalikan utilisasi (konsumsi layanan) oleh peserta dan menjamin efektifitas dan efisiensi jaminan kesehatan. Selain itu, UU Praktik Kedokteran, UU Kesehatan, dan UU Rumah Sakit juga telah memberikan indikasi perlunya dikembangkan sistem kendali biaya untuk menjamin kecukupan Dana Amanat Jaminan Kesehatan. Yang perlu disepakati atau dicapai konsensus adalah pilihan cara pembayaran untuk rawat jalan primer, rawat jalan sekunder, dan rawat inap.

b. **Cara pembayaran rawat jalan primer** (yang dilayani oleh dokter berlisensi praktik umum di puskesmas, praktik sendiri, atau klinik) yang lazim dan terbukti efektif adalah cara kapitasi. Cara ini juga telah diterapkan oleh PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero). Dengan demikian, cara ini layak untuk diteruskan. Hanya saja, perlu perhitungan ulang untuk dimuat dalam Perpres besaran pembayaran kapitasi ke puskesmas dan praktik dokter swasta. Besaran pembayaran yang efektif haruslah berdasar harga yang layak, dimana dokter dan tenaga kesehatan lainnya menerima penghasilan (*take home income*) yang layak. Hal ini perlu mendapat kesepakatan asosiasi dokter, khususnya dokter praktik umum sebagaimana diatur dalam UU SJSN. Untuk layanan sekunder (rujukan rawat jalan) dan layanan tersier (rawat inap di rumah sakit) semakin lazim digunakan cara pembayaran berdasar diagnosis atau *dignostic Related Group* yang di Indonesia dikenal dengan INA-CBG. Teknologi dan pengalaman telah dimiliki Indonesia. Hanya saja, besaran pembayaran INA-CBG

belum merupakan besaran kesepakatan sebagaimana disyaratkan UU SJSN. Oleh karenanya, pada akhir tahun 2012 harus dicapai kesepakatan besaran CBG bersama asosiasi rumah sakit dan harus masuk dalam Peraturan Presiden dengan pencantuman penyesuaian paling lama tiap dua tahun.

3. KONSENSUS BESARAN IURAN

a. **Besaran iuran merupakan kunci dari kesinambungan, kualitas Jaminan Kesehatan, dan dampak Jaminan Kesehatan terhadap pencegahan terjadi kemiskinan baru**. Dalam asuransi komersial, besaran iuran dihitung setelah paket manfaat selesai dirancang. Dalam sistem asuransi sosial sebagaimana diatur dalam UU SJSN, besaran iuran juga harus dihitung agar (1) cukup untuk membayar layanan kesehatan, (2) cukup untuk mendanai BPJS dengan kualitas baik yang mencakup gaji pegawai yang memadai, dan tersedia perangkat manajemen yang efisien dan efektif, (3) tersedia dana cadangan teknis jika terjadi klaim yang tinggi, (4) tersedia dana pengembangan program maupun peningkatan manfaat karena ditemukannya teknologi baru layanan medis atau terapi medis.

b. **Perubahan pola pikir bahwa UU BPJS telah mengatur manajemen yang bukan mencari laba**. Artinya, setiap surplus anggaran akan digunakan untuk peserta dengan cara meluncurkan surplus untuk tahun berikutnya atau memupuk cadangan teknis akumulatif. Dengan demikian, tidak ada bahayanya terjadi surplus anggaran akibat penetapan iuran yang lebih konservatif (lebih fleksibel). Sebaliknya, jika penepatan iuran ketat, maka dapat terjadi ketidak-cukupan dana yang akan merusak kepercayaan publik terhadap BPJS. Sebagai Badan Hukum Publik, akuntabilitas BPJS dipantau ketat semua pihak. Tidak ada alasan untuk mengkhawatirkan bahwa jika ada surplus, dana tersebut dibagikan sebagai dividen atau diambil Pemerintah atau pihak lain.

c. **Besaran iuran harus mampu memupuk Dana Amanat yang memungkinkan BPJS membayar fasilitas kesehatan** (termasuk tenaga kesehatan, pemeriksaan, obat dan bahan medis lainnya) yang tidak merugikan fasilitas kesehatan swasta. Indikasi kecukupan yang layak (*fair*) tersebut telah diatur dalam UU SJSN yang mengamanatkan pembayaran atas dasar hasil kesepakatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan. Dengan besaran pembayaran yang memadai (sering disebut harga keekonomian), maka dengan sendirinya sebaran fasilitas kesehatan akan merata.

d. **Kini telah ada berbagai perhitungan sementara yang menghasilan besaran iuran bantuan Pemerintah(PBI) dengan kisaran antara 19.000 – 54.000/orang/bulan**. Sedangkan besaran iuran penerima upah berkisar antara 5-6 persen dari

upah (*take home income*) sebulan dengan batas maksimum upah yang belum ada konsensus. Porsi iuran pekerja dan pemberi kerja diusulkan antara 2-3 persen pekerja dan 3-4 persen pemberi kerja.

e. Besaran iuran tambahan per orang bagi pekerja yang memiliki anak lebih dari tiga dan ingin menjamin orang tua, mertua atau sanak-famili lainnya adalah 1 persen dari upah per orang per bulan. Iuran ini hanya menjadi beban pekerja.

4. KONSENSUS PENTAHAPAN PERLUASAN KEPESERTAAN DAN PENTAHAPAN PENYAMAAN MANFAAT

a. Jaminan Kesehatan yang diatur dalam UU SJSN berbasis pada mekanisme pasar dimana setiap penduduk menggotong bersama (*sharing*) beban belanja kesehatan. Sekarang masing-masing orang dan atau badan usaha membeli sendiri-sendiri layanan kesehatan. Cara sendiri-sendiri ini tidak menjamin semua orang mendapatkan layanan yang dibutuhkan karena sifat ketidak-pastian. Oleh karenanya, mekanisme yang digunakan adalah transfer risiko. Dengan demikian maka besaran iuran sebagai suatu proses transfer haruslah setara dengan nilai aktuarial belanja kesehatan. Karena prinsip dasarnya adalah asuransi, maka setiap keluarga harus ikut gotong royong dengan membayar iuran. Sudah barang tentu, mereka yang miskin yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar pangan dan sandang harus dibantu oleh Pemerintah. UU SJSN telah menetapkan bahwa Pemerintah membayari iuran bagi penduduk miskin dan tidak mampu. Oleh karenanya, tidak mungkin dalam satu hari semua akan dijamin. Ada tahapan perluasan kepesertaan. Perluasan yang logis haruslah memperhitungkan:

1) Kemudahan penarikan atau pembayaran iuran (*revenue collection)*. Prinsip ini merupakan prinsip universal. Oleh karena itu, meskipun memang jumlah penduduk bukan penerima upah merupakan yang terbanyak, tetapi pembayaran iuran oleh mereka sangat sulit dan tidak efisien. Praktik lazim dan efektif di dunia adalah memulai penegakan hukum kepada pemberi kerja besar sampai kecil (satu orang pekerja) secara bertahap. Hal ini, semata-mata pertimbangan kemudahan pengumpulan iuran. Secara legal, semua wajib ikut. Namun secara praktikal, harus dilakukan pengumpulan dari kelompok yang mudah dulu, yaitu pekerja penerima upah. Hal ini harus dicapai dalam waktu 5 (lima) tahun, yaitu sampai September 2019 semua pemberi kerja harus sudah mendaftar. Awalnya, dilakukan penegakkan hukum pada pemberi kerja dengan jumlah pekerja lebih dari 100 orang, 50-100 orang, 25-50 orang, 10-25 orang, 5-10 orang, dan kurang dari 5 orang.

2) **Penduduk miskin dan hampir miskin merupakan penduduk yang praktis tidak mampu membayar iuran. Oleh karenanya, Pemerintah membayar iuran untuk mereka**. Karena Pemerintah yang membayar, maka kelompok yang iurannya dibayari oleh Pemerintah harus masuk sistem sejak awal. Sekarang Pemerintah sudah membayar iuran untuk peserta Jamkesmas, selanjutnya peserja Jamkesmas pada 2014 menjadi peserta PBI. Penduduk yang selama ini dijamin oleh pemerintah daerah (Pemda) akan masuk dalam pengelolaan BPJS.

3) **Pekerja bukan penerima upah, yang mendapatkan penghasilan dari selisih penerimaan dengan biaya produksi (penghasilan dari keuntungan)**. Ciri utama pekerja ini adalah penghasilan yang tidak tetap dan dalam banyak kasus (khususnya dalam sektor pertanian dan perkebunan) tergantung musim. Oleh karenanya, reliabilitas pengumpulan iuran rutin yang memadai menjadi masalah besar. Meskipun tidak disukai, secara praktis, kelompok ini biasanya masuk dalam sistem jaminan kesehatan pada tahap terakhir. Jalan termudah dan praktis adalah Pemerintah membayari iuran untuk kelompok ini, meskipun sebagian dari mereka tidak miskin. Karena sifat ketidak-pastian layanan kesehatan, maka kelompok yang tidak miskin tetap memiliki kerawanan menjadi miskin apabila mereka menderita penyakit berat. Dengan demikian, banyak negara melakukan pendekatan sederhana dengan membayari iuran bagi pekerja bukan penerima upah. Kelak, ketika sistem perpajakan dan administrasi negara sudah baik, kelompok ini juga akan membayar pajak dan iuran.

b. **Karena dasar negara mengamanatkan keadilan sosial, maka selayaknya layanan kesehatan yang dijamin juga sama untuk semua penduduk.** Kenyataan, sekarang ini ada banyak tingkat layanan yang nilai aktuarial iurannya berbeda. Jamkesmas saat ini memiliki dana aktuarial setara Rp 6.500 per orang ber bulan, sedangkan JPK Jamsostek mencapai Rp 19.000 per orang per bulan dan Askes mencapai Rp 36.000 per orang per bulan pada tahun 2010. Untuk menyamakan layanan, maka nilai akturial (nilai rata-rata iuran) haruslah sama. Karena paket manfaat Askes saja masih dikeluhkan banyak pegawai negeri, maka dapat disimpulkan bahwa besaran iuran yang ada sekarang belum mampu untuk menjamin layanan dengan kualitas yang diharapkan dan adil. Kapan layanan yang dijamin dapat mencapai keadilan, yaitu sama untuk semua golongan penghasilan dan pekerjaan? Jawabannya sederhana, yaitu ketika Pemerintah mau membayar setara dengan rata-rata nilai iuran untuk layanan yang dinilai baik, minimal sama dengan layanan bagi pegawai negeri golongan III. Ketika hal itu bisa dicapai, maka Indonesia dapat memulai cakupan universal satu paket untuk semua. Mereka yang menginginkan kualitas

lebih (misalnya dirawat di ruang VIP/privat), dapat membayar sendiri selisihnya atau membeli asuransi kesehatan komersial. Inilah keadilan sosial yang terbaik.

c. **Pada tahap awal, tergantung dari kemauan Pemerintah membayar iuran dengan harga keekonomian, paket jaminan non-medis masih harus diterima tidak sama.** Namun, layanan medis (obat, pemeriksaan dokter, laboratorium, radiologi dan lain-lain) harus sama, yaitu apapun layanan yang menurut dokter ada indikasinya harus diberikan sama kepada semua peserta. Namun, layanan 'kenikmatan" masih harus ditolerir tidak sama pada tahap awal. Mereka yang mendapat bantuan iuran dari Pemerintah (yang kini bernama Jamkesmas atau Jamkesda) berhak dirawat di kelas III sedangkan yang membayar iuran (masih dibedakan dua tingkat upah/ golongan) berhak dirawat di kelas II dan kelas I di rumah sakit publik maupun swasta. Kelak, jika besaran iuran sudah bisa sama, ketika Pemerintah mau membayar iuran setara dengan rata-rata iuran pekerja penerima upah, maka layanan kesehatan yang dijamin bisa disamakan.

5. PERATURAN PEMERINTAH (PP) DAN PERATURAN PRESIDEN (PERPRES)

PP dan Perpres dapat diselesaikan jika semua pihak telah mencapai konsensus tentang hal-hal yang dibahas diatas (manfaat, iuran, perluasan kepesertaan, pembayaran fasilitas kesehatan). Proses pembuatan PP dan Perpres dapat memakan waktu setahun atau lebih. Oleh karenanya, konsensus berbagai aspek diatas harus telah dicapai pada tanggal 30 Agustus 2012. Pada bulan November 2012 atau maksimal 1 Juni 2013, pembuatan PP dan Perpres yang terkait dengan Jaminan Kesehatan dan Operasional BPJS Kesehatan harus telah selesai. Diperlukan waktu 6-12 bulan untuk sosialisasi atau pendidikan kepada masyarakat untuk memahami hak dan kewajiban mereka serta pentahapan perluasan cakupan universal.

Pembahasan dan pembuatan banyak PP dan Perpres tidaklah efisien. Harus dicapai konsensus untuk membuat sedikit mungkin (sebaiknya satu PP dan satu Perpres) yang mengatur berbagai hal tentang Jaminan Kesehatan dan operasional BPJS Kesehatan. Jumlah PP dan Perpres yang hanya satu, lebih menjamin sinkronisasi dan pemahaman yang utuh tentang jaminan kesehatan.

6. KOMUNIKASI KE PEKERJA/PEMBERI KERJA

Pekerja dan pemberi kerja sudah lama menunggu kejelasan. Penantian yang berkepanjangan dapat menimbulkan krisis kepercayaan. Oleh karenanya DJSN yang

memiliki kewenangan legal sebagaimana diatur dalam UU SJSN, akan memelopori dan mengawal agar SJSN tidak lagi tertunda. Setelah kesepakatan-kesepakatan di atas telah dicapai, maka komunikasi terbatas (kepada para tokoh asosiasi/serikat dan pengusaha besar) harus dilakukan. Selanjutnya para pemberi kerja akan mempersiapkan diri dan mensosialisasikan JKN yang baru kepada para pekerja dan anggota keluarganya.

Bahan yang harus dikomunikasikan adalah manfaat layanan yang akan diterima dan di fasilitas mana layanan akan disediakan. Selain itu, kebebasan memilih dokter/dokter gigi dan fasilitas kesehatan yang dipercaya peserta harus dijelaskan dengan baik. Beban iuran pekerja dan pemberi kerja dan mekanisme pembayaran dan pengecekan pembayaran iuran harus telah disiapkan secara tertulis, agar tidak menimbulkan pemahaman keliru atau harapan yang berlebihan. Besaran iuran untuk anggota keluarga tambahan (anak keempat, orang tua, mertua, saudara atau pembantu) harus juga dijelaskan dengan baik. Kejelasan bahwa iuran yang dibayarkan pemberi kerja dan pekerja dapat dikurangkan dari pajak penghasilan badan dan perorangan (*tax deductible*) juga harus dijelaskan. Kelompok pemberi kerja yang wajib membayar iuran dan memungut iuran dari pekerjanya (PT, Koperasi, Yayasan, Pemda dan lain-lain) serta pentahapan penegakan hukum harus disampaikan secara jelas.

Selain itu, penjelasan lengkap juga harus disampaikan kepada fasilitas kesehatan (termasuk industri farmasi, apotik dan laboratorium) dan tenaga kesehatan yang akan berperan kunci bagi kepuasan peserta. Proses kerja sama dengan BPJS, kewajiban tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi dan tenaga kesehatan lain) serta fasilitas kesehatan (faskes). Proses bagaimana peserta dapat menerima manfaat, pemberian dan pembelian obat dan bahan medis habis pakai, dan ada tidaknya biaya ekstra yang harus dibayar peserta dan pemberi kerja, harus dijelaskan. Selain itu, faskes juga berperan sebagai pemberi kerja yang wajib membayar iuran dan memungut iuran dari pekerjanya. Proses kredensialing, rekredensialing, pembayaran, besaran pembayaran, dan proses penyelesaian jika ada perselisihan, harus telah dirumuskan secara tertulis.

7. MANAJEMEN BPJS

Konsensus tentang proses pemisahan aset, penggunaan modal awal, sistem informasi terpusat dengan menggunakan NIK dan sistem akuntansi yang terintegrasi dan *online*. Setelah itu, pimpinan dan karyawan PT Askes dan PT Jamsostek serta pengelola Jamkesmas/Jamkesda dapat mempersiapkan diri untuk operasi BPJS. Untuk menjamin manajemen terbuka, berkualitas baik, dikelola oleh orang yang tepat untuk posisi yang tepat, pengangkatan manajer ke atas dalam BPJS haruslah bersifat terbuka. Artinya, setiap posisi manajer, kepala cabang, kepala regional, dan direksi BPJS

harus bisa diisi siapapun (tidak harus dari dalam BPJS) yang memenuhi kompetensi dan cakap untuk tugas-tugas tersebut. Hal tersebut sudah lazim dilakukan pemberi kerja swasta, memang belum lazim dilakukan di BUMN yang mengikuti pola birokrasi kepegawaian seumur hidup.

Konsensus tersebut harus termaktub dalam PP dan Perpres terintegrasi agar konsisten dan sesuai dengan UU SJSN dan UU BPJS. Dengan demikian, setelah kejelasan operasi ke depan, beban dan tanggung-jawab BPJS, maka Direksi dan Manajemen PT Askes sekarang dapat mempersiapkan diri dengan AD/ART baru, SOP baru, atribut baru, pedoman proses peserta mendaftar, mendapat kartu peserta, menggunakan hak, ikatan kerja sama dengan fasilitas kesehatan, metoda seleksi fasilitas, pemberitahun dan lain-lain. Setelah itu, semua pegawai dan manajemen calon BPJS harus satu suara dan satu pemahaman agar penduduk dapat dilayani dengan tingkat kepuasan tinggi.

Untuk mencapai tingkat tersebut, pelatihan dan perubahan *mind-set* pegawai BPJS, calon pegawai BPJS, dan petugas di fasilitas kesehatan harus dilakukan. Sistem informasi yang baik dan dapat diakses berbagai pemangku kepentingan harus sudah siap beroperasi pada tanggal 30 Juni 2013.

8. PROSES INTERNAL BPJS - PERSIAPAN OPERASIONAL

BPJS akan menjadi kunci keberhasilan jaminan kesehatan (INA-Medicare). Persiapan yang tidak matang akan menghancurkan Jaminan Kesehatan dan menghancurkan reputasi Indonesia di mata Internasional. Suka atau tidak suka, berita tentang BPJS dan cakupan universal coverage telah mendunia. Untuk itu, PT Askes harus mempersiapkan diri dan DJSN bersama Pemerintah perlu merumuskan kebijakan-kebijakan yang akan ditindaklanjuti secara rinci oleh calon BPJS. Beberapa isu penting yang harus selesai dirumuskan dan menjadi kejelasan operasional BPJS adalah:

a. Persiapan perubahan AD/ART
b. Persiapan perubahan atribut
c. Persiapan perubahan sistem dan prosedur standar/SOP
d. Pelatihan perubahan *mind-set*
e. Penetapan dan penerapan syarat kompetensi SDM untuk berbagai jabatan termasuk pelatihan dan atau perekrutan tenaga yang sesuai
f. Persiapan sistem informasi
    1) Kepesertaan -- NIK (bukan E-KTP)
    2) Klaim dan pembayaran

3) *Evidence Based Riset/Development* (alokasikan 0,05 persen total iuran yang diterima untuk riset operasional seperti perbaikan sistem manajemen, evaluasi efektifitas biaya terapi, keadilan pembayaran fasilitas kesehatan dan atau tenaga kesehatan lintas wilayah, dan lain-lain)

4) Analisis klaim dan biaya-biaya lain untuk revisi perhitungan iuran secara berkala

g. Sistem informasi manajemen untuk penyajian laporan kinerja perorangan pegawai untuk pemberian insentif dan disisentif serta kinerja manajemen jaminan untuk publik

h. Sistem Akuntansi (*benchmarking* ke negara dengan sistem sejenis seperti Taiwan, Filipina, dan Korea Selatan), akuntansi manajemen, akuntansi biaya, dan neraca-akumulasi cadangan)

i. Pengembangan dan peningkatan GCG (*Good Corporate Governance)* BPJS

j. Meyakinkan agar informasi hak dan kewajiban peserta selalu tersedia di tiap fasilitas kesehatan dan di laman (*website*) BPJS

k. Informasi jenis dan faskes yang melayani peserta harus selalu tersedia di laman atau telepon 24 jam sehari, 7 hari seminggu dan 365 hari setahun (24/7/365)

l. Telepon, internet, blog dan lain-lain tentang layanan pelanggan tersedia 24/7/365 di tiap wilayah untuk meningkatkan akses informasi

m. Telepon , internet, blog, dan lain-lain tentang pengaduan/kepuasan tersedia 24//7/365 tersedia di tiap wilayah dan harus diikuti dengan respon cepat dengan indikator kecepatan respon yang harus diumumkan secara berkala, minimal tiap semester

n. Laporan keuangan dan utilisasi tiap 6 bulan (melalui laman-web, media, seminar, dan *talkshow*)

o. Data primer klaim dan keuangan terbuka untuk riset bagi setiap institusi yang berwenang dan memiliki kompetensi untuk bidang riset terkait – prosedur perolehan data dan pelaporan hasil riset ditetapkan BPJS untuk menjamin bahwa hasil riset dipublikasikan dan berguna bagi perbaikan JKN

p. Menyajikan laporan berkala, minimal tiap semester untuk mencapai target minimal 85 persen Peserta, pemberi kerja, dan tenaga kesehatan merasa atau dinilai puas akan layanan BPJS

q. Menyiapkan sistem dan terus mengendalikan agar tercapai efisien manajemen BPJS yang tinggi (biaya administrasi total<4 persen total iuran yang diterima)

r. Terus memantau dan menyajikan kepada publik, minimal setahun sekali tentang perkembangan cadangan akumulatif (seluruh surplus dan dana yang dicadangkan tiap tahun diakumulasi dan diinvestasikan sampai mencapai dana cukup untuk mendanai

manfaat layanan kesehatan selama 5 (lima) tahun. Apabila hal itu sudah tercapai, maka revisi penurunan iuran dan atau peningkatan nilai manfaat dapat dilakukan.

9. ASPEK PELAYANAN

Pelayanan kesehatan yang dijamin merupakan paket manfaat yang menjadi hak setiap peserta yang telah membayar iuran dan yang iurannya telah dibayarkan oleh Pemerintah. Pelayanan memiliki dua aspek penting, yaitu aspek Akses Potensial dan aspek Kualitas Layanan. Akses potensial dipengaruhi oleh ketersediaan layanan kesehatan yang dipengaruhi oleh sebaran, jarak, dan alat transportasi. Sedangkan kualitas layanan sangat dipengaruhi oleh besaran pembayaran, perilaku tenaga kesehatan yang melayani, motif layanan kesehatan (pencari laba atau bukan), dan kecukupan suplai obat, bahan medis habis pakai, dan suplai bahan lainnya yang berpengaruh terhadap kualitas layanan.

Harus diakui bahwa pada kondisi sekarang, sebaran dan kualitas layanan kesehatan memang belum baik dan belum memenuhi harapan banyak pihak. Hal tersebut dipengaruhi oleh sistem terdahulu dan yang masih berlangsung, dimana sebagian besar pengguna layanan kesehatan harus membayar dari kantong sendiri atau dari *pooling* kecil oleh pemberi kerja atau pemberi kerja asuransi yang tidak memiliki daya tawar dan daya sebar. Sistem pembayaran yang digunakan umumnya juga masih *fee for services*. Sebaran fasilitas kesehatan dan dokter akan terkonsentrasi di daerah-daerah dimana penduduk bisa membayar dan sanggup bayar mahal. Tidak heran di kota-kota besar tersedia layanan, sedangkan di kota kecil umumnya kurang tersedia. Hal ini akan berubah, jika JKN membayar faskes dengan baik (harga keekonomian) dimana swasta akan tertantang untuk melayani dan masih tertutup ongkos-ongkos produksi. Apabila Pemerintah membayar iuran bagi penduduk tidak mampu dan sektor informal dengan harga keekonomian, maka dengan sendirinya sebaran faskes akan lebih merata. Sebab, penduduk di daerah dan kota kecil akan tetap mendapat layanan yang akan dibayar oleh BPJS, yang sebelumnya tidak ada yang bayar dan karenanya tidak banyak dokter atau faskes yang mau menyediakan layanan di daerah tersebut. Dengan demikian, akan terjadi migrasi faskes dan nakes ke tempat-tempat yang masih memungkinkan persaingan ringan, yaitu di daerah yang sebaran fasilitas kesehatannya belum banyak.

Jadi, kunci utama redistribusi faskes dan nakes sangat tergantung dari besaran pembayaran BPJS kepada faskes. Besaran pembayaran ini sangat tergantung dari besaran iuran yang wajib dibayar oleh pekerja, pemberi kerja dan Pemerintah. Meskipun cara pembayaran dilakukan dengan prospektif atau retrospektif, faskes akan tetap masuk apabila besaran pembayarannya berbasis harga keekonomian.

Jika diperhatikan distribusi layanan kesehatan sekarang, maka sesungguhnya Indonesia telah memiliki lebih dari 85.000 dokter berlisensi praktik umum. Jumlah itu mencukupi, dengan rasio 1: 3.000 untuk melayani seluruh penduduk. **Masalahnya hanya pada distribusi.** Masalah distribusi akan dapat diselesaikan jika pembayaran BPJS memadai. Tentu saja untuk mendapatkan pembayaran yang memadai, diperlukan iuran yang memadai. Selain itu, kita memiliki lebih dari 1.800 rumah sakit dan lebih dari 1.000 Puskesmas yang memiliki tempat tidur perawatan. Menurut UU Rumah Sakit, Puskesmas yang memiliki tempat tidur dan melayani rawat inap seharusnya termasuk golongan rumah sakit. Jika diperhatikan angka utilisasi (BOR) RS tersebut secara keseluruhan, maka tampak jumlah tempat tidur yang ada sekarang belum optimal digunakan. Angka BOR rata-rata masih di bawah 70 persen. Hanya di kota-kota besar, BOR sebagian RS bisa mencapai diatas 80 persen. Hal ini bukan merupakan bukti efek jaminan, akan tetapi lebih pada efek pasar, tingkat sosial dan pendidikan masyarakat, dan akses. Namun, banyak pihak menilai jumlah tempat tidur masih jauh kurang berdasarkan rasio tempat tidur (TT) penduduk 1 TT untuk 1.000 penduduk. Penggunaan rasio statis itu berbahaya jika *demand* belum tumbuh. Fakta data utilisasi sekarang ini, *demand* belum cukup baik karena belum ada jaminan kesehatan yang efektif untuk semua penduduk, jarak jauh, dan kualitas layanan belum memadai. Oleh karenanya, kita tidak perlu terburu-buru menyediakan tambahan tempat tidur sebanyak rasio yang ditargetkan. Proses peningkatan demand akan berkembang secara bertahap sejalan dengan perluasan kepesertaan. Menunda perluasan jaminan kesehatan karena alasan belum tersedia cukup faskes dapat melanggar hak sekitar 60 persen penduduk yang telah tinggal dalam jarak kurang dari satu jam ke salah satu faskes, tetapi tidak memiliki dana untuk membayar layanan kesehatan.

Mekanisme pasar akan dengan sendirinya menarik investor membangun lebih banyak faskes dan mencari nakes untuk melayani peserta jaminan di berbagai daerah yang kini belum cukup tersedia layanan untuk peserta. Kuncinya, pembayaran yang memadai atau pada harga keekonomian. Selain itu, menurut UU Otonomi Daerah, Pemda wajib menyediakan fasilitias kesehatan. Pada kasus-kasus dimana jumlah penduduk dan sebaran penduduk yang jarang, mungkin investor swasta tidak tertarik untuk membangun faskes; maka Pemda (yang memiliki dana APBN/APBD, atau dana rakyat) wajib menyediakan fasilitas dengan kualitas yang baik. Selain itu, pemda yang selama ini membayar iuran Jamkesda (yang bukan kewajibannya), hendaknya didorong untuk memindahkan dananya guna membangun dan memperbaiki fasilitas kesehatan dan membayar (menambah insentif) nakes agar mampu melayani penduduknya dengan kualitas yang memuaskan. Pendekatan ini, jauh lebih adil dan lebih efektif daripada

meminta Pemda membayar iuran untuk kelompok non-kuota seperti yang terjadi sekarang ini.

10. SOSIALISASI

Sosialisasi adalah elemen penting yang seringkali kurang mendapat perhatian. Sosialisasi yang baik akan memberikan pemahaman dan kesadaran kepada peserta dan pemberi kerja akan hak dan kewajibannya. Sosialisasi adalah sama dengan pemasaran pada produk komersial. Pada produk komersial, anggaran pemasaran untuk produk baru dapat mencapai 30-50 persen dari biaya produksi. Dengan pemasaran yang memadai, penjualan produk mencapai target yang diharapkan dan pemberi kerja meraih laba yang diharapkan. Belajar dari model komersial, asuransi sosial harus melakukan pemasaran/sosialisasi atau pemasaran sosial yang memadai. Apabila hal itu dilakukan dengan baik, maka pekerja, pemberi kerja, dan penduduk yang mampu tidak akan merasa terpaksa membayar iuran, akan tetapi merasa butuh mengikuti jaminan untuk proteksi keluarga dari biaya berobat yang mahal yang dapat memiskinkan keluarga.

Untuk mencapai pemahaman dan kesadaran luas tentang sistem JKN, maka sosialisasi harus dilakukan dua tahap:

a. **Tahap sosialisasi kepada pemangku kepentingan kunci, yaitu para tokoh/ pimpinan serikat pekerja, para pemberi kerja, para akadmisi, para penggiat organisasi kemasyarakatan, dan para pejabat di pusat dan di daerah**. Tahap penyusunan peraturan perundangan perlu dikawal dengan sosialisasi tersebut melalui forum temu muka, loka karya, *roadshow*, publikasi di media cetak dan elektronik tertentu yang konsumennya umumnya kelas menengah keatas.

b. **Tahap sosialisasi kepada seluruh publik (peserta) dilakukan setelah peraturan perundangan, fasilitas/tenaga kesehatan telah dikontrak, sistem dan prosedur baku telah disusun dan diuji, serta bahan yang dibutuhkan telah tersedia**. Fasilitas dan tenaga kesahatan yang bekerja di fasilitas kesehatan atau yang dikontrak secara mandiri (perorangan) telah memahami berbagai aspek layanan yang telah dilatihkan. Sosialisasi ini dilakukan dengan bahasa sederhana dan mudah difahami. Model sukses atau testimoni merupakan salah satu bentuk yang mampu menarik perhatian publik awam seperti pekerja operator, pedagang eceran, petani, nelayan, dan masyarakat pada umumnya. Pada tahap ini, kumandang satu mars atau lagu yang mendorong setiap orang menjadi peserta secara aktif. Slide, poster, film pendek, isi sinetron, *talkshow*, buku pelajaran, dan berbagai tulisan yang mengacu pada satu sumber/standar perlu diproduksi dan disebar-luaskan (ditempatkan dalam

laman yang bisa diunduh) dalam dua bahasa (Indonesia dan Inggris). Pembuatan bahan informasi/sosialisasi standar dalam dua bahasa mutlak diperlukan karena di masa datang; investor, peneliti, penggiat, pembanding, dan juga pengenalan keberhasilan Indonesia sebagai negara dengan pembayar tunggal (*single payer*) layanan kesehatan akan menguntungkan Indonesia.

E. SASARAN DAN ASPEK PENYELENGGARAAN

Peta jalan ini merupakan pegangan bagi semua pihak untuk memahami dan mempersiapkan diri berperan aktif mempersiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014 dan mencapai cakupan universal satu Jaminan Kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia pada Tahun 2019. Untuk itu, dirumuskan sasaran yang akan dicapai pada tahun 2014 dan sasaran yang akan dicapai pada tahun 2019.

Secara ringkas sasaran yang akan dicapai dari pengembangan jaminan kesehatan tergambar pada Tabel 2.1. Dari tabel tersebut tampak ada dua momentum waktu yang akan dicapai.

Tabel 2.1. Delapan Sasaran Pokok Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2012-2019

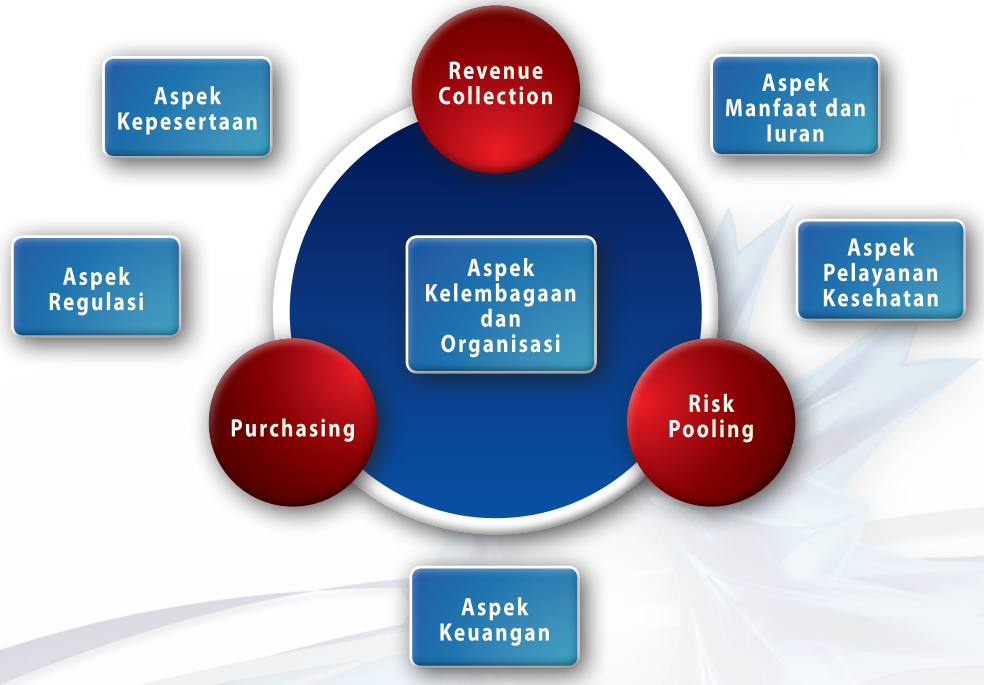
SASARAN 1 JANUARI 2014	SASARAN 2019
1. BPJS Kesehatan mulai beroperasi	1. BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik
2. BPJS Kesehatan mengelola jaminan kesehatan setidaknya bagi 121,6 juta peserta (sekitar 50 juta masih dikelola Badan lain)	2. Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan
3. Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh pengobatan untuk seluruh penyakit. Namun, masih ada perbedaan kelas perawatan di rumah sakit bagi yang mengiur sendiri dan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah	3. Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat
4. Rencana Aksi Pengembangan fasilitas kesehatan tersusun dan mulai dilaksanakan	4. Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka
5. Seluruh peraturan pelaksanaan (PP, Perpres, Peraturan Menteri, dan Peraturan BPJS) yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan diterbitkan	5. Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak
6. Paling sedikit 75% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS	6. Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS
7. Paling sedikit 65% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS	7. Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS
8. BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel	8. BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel

Pertama kurun waktu 2012-2014 dimana pada kurun waktu tersebut fokusnya adalah mempersiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan. Kedua, periode 2015-2019 dimana pada kurun waktu tersebut fokusnya adalah pada perluasan kepesertaan menuju *Universal Coverage*.

Bagan 2.4 menyajikan aspek-aspek yang perlu diperhatikan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, yaitu (1) Aspek Regulasi / Peraturan Perundang-undangan, (2) Aspek Kepesertaan, (3) Aspek Manfaat dan Iuran, (4) Aspek Pelayanan Kesehatan, (5) Aspek Keuangan, dan (6) Aspek Kelembagaan dan Organisasi.

Penyusunan peta jalan dalam dokumen ini mengacu pada enam aspek tersebut, yang selanjutnya akan diuraikan pada bab-bab berikut.

Bagan 2.4 Aspek Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan



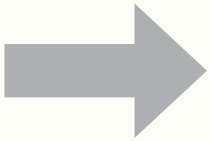
CAPTOPRIL

ASPEK PERATURAN PERUNDANGAN

3

ASPEK PERATURAN PERUNDANGAN

Belum ada Peraturan Pelaksana yang disahkan



Sebagian besar peraturan pelaksana disahkan

TAHUN 2012 ▶ 2013 ▶ 2014

- PP PBI
- PERPRES Jaminan Kesehatan
- Per Pres Dukungan Operasional Kesehatan bagi TNI Polri
- PP Modal Awal BPJS
- PP Pengelolaan Dana
- PP Pelaksanaan UU BPJS
- Perpres Tatacara Pemilihan Dewas & Direksi BPJS
- Perpres Renumerasi Dewas dan Direksi BPJS
- Kepres Pengangkatan Dewas & Direksi BPJS

KEGIATAN KEGIATAN

Seluruh Peraturan Pelaksana disahkan

Sebagian besar Peraturan Teknis sudah dibuat

2015 ▶ 2016 ▶ 2017 ▶ 2018 ▶ 2019

Pernyesuaian Perpres Jaminan Kesehatan

Pernyesuaian Perpres Jaminan Kesehatan

Peraturan Pelaksana dan Peraturan Teknis Disempurnakan

Penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk di dalamnya jaminan kesehatan, harus didasarkan suatu Undang-undang dan peraturan pelaksanaannya. Dasar peraturan perundang-undangan tersebut diperlukan sebagai dasar hukum dipenuhinya hak dan kewajiban publik, baik dalam kaitan dengan pengumpulan dan pengelolaan iuran dari publik maupun dalam pemberiaan manfaat (*benefit*) kepada publik yang menjadi peserta.

Penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia secara konstitusional diatur dalam Pasal 28 H dan Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Kemudian implementasinya didasarkan pada dua undang-undang yaitu (a) Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), dan; (b) Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No 40/2004 mengatur programnya, yang secara berkala dapat direvisi untuk memperbaiki atau menambah program, seperti halnya Pemerintah memiliki UU Rencana Pembangunan Jangka Menengah/Panjang. Sedangkan UU 24/2011 mengatur badan penyelenggaranya yang bertugas melaksanakan program-program yang telah diatur dalam UU SJSN, sebagaimana pengaturan Pemerintahan yang harus menjalankan program-program yang telah dirumuskan dalam UU RPJP.

Agar jaminan sosial, khususnya jaminan kesehatan, dapat diselenggarakan sesuai dengan ketentuan sebagaimana diatur dalam dua Undang-Undang tersebut, maka perlu disusun peraturan pelaksanaannya. Peraturan pelaksanaan (Peraturan Pemerintah dan Praturan Presiden) menjadi acuan bagi semua pemangku kepentingan (pekerja, pemberi kerja, Pemerintah, BPJS, fasilitas kesehatan, dan lain-lain) guna mengetahui hak dan kewajibannya. Peraturan pelaksanaan juga merupakan acuan di dalam melakukan evaluasi pencapaian dan kualitas pencapaian jaminan sosial dalam hal ini jaminan kesehatan di Indonesia. Oleh karena itu, perlu diuraikan peraturan yang perlu segera disusun agar jaminan kesehatan dapat diselenggarakan sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

A. TURUNAN PERATURAN UU SJSN

Beberapa Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden yang harus disusun sebagai pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 khususnya terkait dengan jaminan kesehatan adalah:

1. **Peraturan Pemerintah tentang Penerima Bantuan Iuran (PP PBI)**

   PP ini sebagai pelaksanaan Pasal 14 ayat (3) dan Pasal 17 ayat (6) UU SJSN. Pasal 14 UU SJSN menyatakan "(1) Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan

iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial; (2) Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu; (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah". Pasal 17 ayat (4)- (6) UU SJSN menyatakan "(4) Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh pemerintah. (5) Pada tahap pertama, iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dibayar oleh Pemerintah untuk program jaminan kesehatan, (6) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah".

RPP PBI sudah disusun sejak 2007 dan sudah berkali-kali dibahas oleh wakil berbagai kementerian. Banyak pemangku kepentingan yang sudah dilibatkan dalam pembahasan RPP tersebut. Namun sampai saat ini RPP PBI tersebut belum ditandatangani oleh Presiden.

Agar BPJS Kesehatan dapat beroperasi dengan baik sesuai dengan ketentuan Pasal 60 ayat (1) UU BPJS, yaitu pada 1 Januari 2014 maka PP PBI tersebut seharusnya sudah ditanda-tangani oleh Presiden paling lambat pada pertengahan Tahun 2013. Mengingat waktu yang sangat terbatas maka RPP PBI yang sudah ada perlu segera diharmonisasikan oleh Kementerian Hukum dan HAM dan kemudian diajukan ke Presiden.

2. Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Presiden ini mengatur mengenai program jaminan kesehatan yang materinya meliputi substansi Pasal 21 – Pasal 28 UU SJSN jo Pasal 19 UU BPJS. Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan mengatur tentang:

a. Pelayanan kesehatan yang dijamin mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai serta urun biaya untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan (Pasal 22 UU No. 40 Th 2004)

b. Pemberian kompensasi oleh BPJS Kesehatan jika di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta dan kelas standar perawatan di rumah sakit (Pasal 23 UU No. 40 Th 2004)

c. Jenis-jenis pelayanan yang tidak dijamin BPJS (Pasal 26 UU No. 40 Th 2004)

d. Besar iuran Jaminan Kesehatan untuk peserta penerima upah dengan batas upah yang ditinjau secara berkala, untuk peserta yang tidak menerima upah, dan untuk penerima bantuan iuran (Pasal 27 UU No. 40 Th 2004)

e. Kewajiban membayar tambahan iuran bagi pekerja yang memiliki anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang dan ingin mengikut sertakan anggota keluarga lainnya seperti orang tua (Pasal 28 UU No. 40 Th 2004)

f. Tata cara pembayaran iuran program jaminan kesehatan (Pasal 15 ayat (5) huruf (a) UU No. 24 Th 2011)

g. Pentahapan kepesertaan Jaminan Kesehatan yang merupakan perumusan lebih lanjut dari Pasal 13 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Pasal 15 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Pasal 13 UU SJSN menyatakan (*1) Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjaannya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti; (2) Pentahapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur lebih lanjut dengan Peraturan Presiden*.

   Sedangkan pasal 15 UU BPJS menyatakan *(1) Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan Pekerjanya sebagai Peserta kepada BPJS sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti; (2) Pemberi Kerja, dalam melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib memberikan data dirinya dan Pekerjanya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS; (3) Penahapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Presiden.*

Sebagaimana RPP PBI, Rancangan Peraturan Presiden juga sudah disusun sejak tahun 2009 dan sudah berkali-kali dibahas oleh tim dari berbagai kementerian terkait. Banyak pemangku kepentingan yang sudah dilibatkan dalam pembahasan Rancangan Peraturan Presiden tersebut.

Agar BPJS Kesehatan dapat beroperasi dengan baik pada Tanggal 1 Januari 2014 maka Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan harus sudah diundangkan pada akhir tahun 2012, selambat-lambatnya pada pertengahan tahun 2013 sehingga semester kedua tahun 2013 dapat digunakan untuk sosialisasi ke berbagai pihak. Mengingat waktu yang sangat terbatas maka sebaiknya DJSN berkomunikasi intensif dengan pihak Kemenkes dan KemenHukHam khususnya agar Rancangan Peraturan Presiden segera harmonisasi dan kemudian diajukan ke Presiden untuk ditetapkan.

B. TURUNAN PERATURAN UU BPJS

Disamping peraturan pelaksanaan UU SJSN, ada peraturan pelaksanaan yang perlu disusun berdasarkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Beberapa pengaturan pelaksanaan yang perlu disusun dapat disatukan dengan pengaturan pelaksanaan berdasarkan amanat UU SJSN. Beberapa pengaturan harus dilakukan secara terpisah karena substansinya yang khusus, yaitu:

1. Peraturan Pemerintah tentang pelaksanaan UU No. 24 Th 2011 tentang BPJS

Peraturan Pemerintah ini mengatur tentang:

a. Tata cara pengenaan sanksi administratif bagi pemberi kerja yang terlambat atau tidak membayar iuran (Pasal 17). Pengaturan ini harus sinkron dengan pengaturan iuran jaminan kesehatan yang diatur dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.

b. Besaran dan tatacara pembayaran iuran untuk empat program selain program jaminan kesehatan (Pasal 19 ayat (5) huruf (b)

c. Sumber dan pengunaan asset BPJS (Pasal 41)

d. Sumber dan penggunaan asset Dana Jaminan Sosial (Pasal 43)

e. Persentase dana operasional (Pasal 45) untuk jaminan kesehatan yang harus ditetapkan oleh DJSN. Memperhatikan rasio biaya operasional terhadap total iuran diterima di berbagai negara, maka BPJS dapat menggunakan dana operasional maksimum 4 persen dari iuran di tahun-tahun pertama, dan dapat lebih kecil dari 3 persen di masa stabil.

f. Tata cara hubungan antar lembaga (Pasal 51)

g. Tata cara pengenaan sanksi administratif bagi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS (Pasal 53)

2. Peraturan Pemerintah tentang Modal Awal BPJS

Peraturan Pemerintah tentang Modal Awal BPJS perlu disusun dalam rangka mengimplementasikan Pasal 42 UU BPJS yang menyatakan "*Modal awal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1) huruf (a) untuk BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan ditetapkan masing-masing paling banyak Rp 2.000.000.000.000,00 (dua triliun rupiah) yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara*".

Berdasarkan ketentuan Pasal 41 ayat (4) Undang-Undang tentang Perbendaharaan Negara jo. Pasal 4 ayat (4) Undang-Undang BUMN, yang mengatur penyertaan modal Negara yang jumlahnya seratus milyar keatas, maka harus pengaturan modal awal

harus mendapat persetujuan DPR dan pelaksanaanya harus diatur dalam Peraturan Pemerintah. Sehubungan dengan hal tersebut, yang berwenang memprakarsai penyusunan RPP tentang modal awal ini adalah Menteri Keuangan. Dengan demikian, sebelum penyusunan RPP tentang modal awal sebesar paling banyak Rp. 2 Triliun untuk BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan pada tahun 2013 harus sudah mendapat persetujuan dari DPR RI dan dianggarkan dalam APBN 2014 sebagai kekayaan negara yang dipisahkan.

Terkait PP tentang Modal Awal BPJS, maka hal yang sangat penting untuk dilakukan adalah penganggarannya dalam UU APBN tahun 2013. Oleh sebab itu dalam penyusunan RAPBN tahun 2013 sudah harus memasukkan besaran modal awal tersebut yang penyusunannya sudah harus dilakukan pada tahun 2012.

3. Peraturan Presiden tentang Tata Cara Pemilihan dan Penetapan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS

Peraturan Presiden (Perpres) ini merupakan pelaksanaan dari beberapa pasal UU BPJS yaitu Pasal 31, Pasal 36, dan Pasal 44. Pasal 31 UU BPJS menyatakan "*Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pemilihan dan penetapan Dewan Pengawas dan Direksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28, Pasal 29, dan Pasal 30 diatur dengan Peraturan Presiden*". Pasal 36 ayat (5) menyatakan "*Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pemilihan dan penetapan calon anggota pengganti antarwaktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), dan ayat (4) diatur dengan Peraturan Presiden*". Sedangkan Pasal 44 ayat (8) menyatakan "*Ketentuan mengenai Gaji atau Upah dan manfaat tambahan lainnya serta insentif bagi anggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi diatur dengan Peraturan Presiden*".

Disamping itu, Perpres ini sebaiknya juga mengatur tentang bentuk dan isi laporan pengelolaan program dan laporan tahunan sebagaimana yang dinyatakan pasal 37 UU No. 24 Th 2011 tentang BPJS sebagai bentuk pertanggung-jawaban BPJS. Pasal 37 ayat (1) UU BPJS yang mengatur pertanggungjawaban BPJS menyatakan "*BPJS wajib menyampaikan pertanggung-jawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya*". Sedangkan Pasal 37 ayat (7) menyatakan bahwa "*Ketentuan mengenai bentuk dan isi laporan pengelolaan program sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Presiden*".

Penyusunan Rancangan Peraturan Presiden ini diinisiasi oleh salah satu Kementerian

Kesehatan atau Kementerian Ketenagakerjaan, namun dalam prosesnya dilakukan bersama mengingat pengaturan operasional dan pertanggung-jawaban BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan haruslah sama. Dengan demikian, Peraturan Presiden tentang Tata Kelola, termasuk standar gaji dan manfaat lain, cukup satu untuk BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

4. **Keputusan Presiden tentang Pengangkatan Dewan Komisaris dan Direksi PT. Askes (Persero) menjadi Dewan pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan**

   Pasal 59 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS menyatakan bahwa untuk pertama kali Dewan Komisaris dan Direksi PT. Askes (Persero) diangkat menjadi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan untuk jangka waktu paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak BPJS Kesehatan beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014. Pengangkatan Dewan Komisaris dan Direksi PT. Askes (Persero) menjadi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan dalam Pasal 59 ini secara normatif harus dilakukan berdasarkan Keputusan Presiden.

   Oleh karena itu perlu disiapkan Rancangan Keputusan Presiden tentang pengangkatan Dewan Komisaris dan Direksi PT. Askes (Persero) menjadi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan yang untuk pertama kali harus dikeluarkan sebelum tanggal 31 Desember 2013.

   Penyiapan Rancangan Keputusan Presiden ini sebaiknya dilakukan oleh DJSN dan Kementerian Negara BUMN.

C. KEGIATAN YANG PERLU DILAKUKAN

Agar penyusunan berbagai peraturan tersebut dapat selesai dalam tahun 2012, perlu dibuat rencana aksi (*action plan*) yang rinci untuk setiap tahap kegiatan penyusunan. Sesuai UU Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan maka proses pembentukan PP dan Perpres dilaksanakan dengan beberapa kegiatan pokok sebagai berikut:

1. Menteri/Kepala Lembaga Pemerintah Non Kementerian (LPNK) pemrakarsa mengajukan permohonan persetujuan prakarsa kepada Presiden melalui Mensesneg/Seskab. Persetujuan prakarsa harus selesai pada tanggal 31 Juli 2012.
2. Setelah memperoleh persetujuan prakarsa penyusunan RPP/RPerpres dari Presiden, Menteri/Kepala LPNK membentuk panitia antar Kementerian/LPNK untuk penyusunan RPP/RPerpres dengan melibatkan berbagai kementerian/lembaga, instansi, organisasi

profesi, akademisi, praktisi, dan/atau instansi terkait.

3. Menteri/Kepala LPNK pemrakarsa menyampaikan RPP/RPerpres hasil panitia antar Kementerian/LPNK kepada Menkumham untuk proses harmonisasi. Harmonisasi dilakukan dengan melibatkan berbagai Kementerian/Lembaga, instansi terkait, dan/atau profesi dan akademisi.
4. Menkumham menyampaikan kembali RPP/RPerpres hasil harmonisasi kepada Menteri/LPNK pemrakarsa.
5. Menteri/Kepala LPNK pemrakarsa menyampaikan RPP/RPerpres hasil harmonisasi kepada Mensesneg/Seskab.
6. Mensesneg/Seskab memintakan paraf terhadap RPP/RPerpres kepada Menko/Kepala LPNK yang secara substantif terkait langsung dengan pelaksanaan PP/Perpres.
7. RPP/RPerpres yang telah diparaf oleh Menteri/Kepala LPNK yang terkait, oleh Mensesneg/Seskab diajukan kepada Presiden untuk ditandatangani.
8. RPP/RPerpres yang telah ditandatangani Presiden oleh Mensesneg/Seskab diberi nomor dan disampaikan kepada Menkumham untuk diundangkan.

Sehubungan dengan hal tersebut, apabila beberapa Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden tersebut harus selesai sebelum tanggal 1 Januari Tahun 2014, maka penyusunan rancangannya harus sudah dimulai, mengingat proses pembentukannya memerlukan waktu yang cukup panjang dan melibatkan berbagai instansi yang terkait dengan substansi/materi Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden yang harus disusun.

Untuk menyelesaikan semua Peraturan Pemerintah dan Perpres semua pihak harus mencapai konsensus di tahun 2012 tentang pokok-pokok pengaturan seluruh aspek. Agar seluruh penduduk memahami secara rinci, maka paling lambat tanggal 1 Juni 2013, PP dan Perpres tentang Jaminan Kesehatan dan Operasional BPJS Kesehatan harus telah selesai. Diperlukan waktu minimal 6 (enam) bulan untuk sosialisasi atau pendidikan publik tentang JKN dan Perpres Jaminan Kesehatan.

Rincian kegiatan yang perlu dilakukan dari aspek peraturan dan perundangan dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Matrik Kegiatan Aspek Peraturan dan Perundangan

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
I.	**ASPEK PERATURAN DAN PERUNDANGAN**										
	Perumusan, Pembahasan dan Pengesahan Rancangan:										
1	Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan*	X	Januari							KEMENKES	DJSN, KEMENKOKESRA, KEMENHUKHAM, KEMENKEU, BAPPENAS
2	Peraturan Pemerintah tentang PBI*	X	Januari							KEMENSOS	DJSN, KEMENKES, KEMENKEU, BAPPENAS, KEMENKOKESRA, KEMENHUKHAM, TNP2K
3	Peraturan Presiden tentang Dukungan Operasional Kesehatan bagi TNI/Polri	X	X							KEMENHAN	DJSN, KEMENKES
4	Peraturan Pemerintah tentang pelaksanaan UU No. 24 Th 2011 tentang BPJS (BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X								KEMENKOKESRA	DJSN, KEMENKES, KEMENAKERTRANS, KEMENKEU, KEMENHUKHAM, PT ASKES, PT JAMSOSTEK
5	PP Modal Awal BPJS (BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X	X							KEMENKEU	DJSN, KEMENKOKESRA, KEMENHUKHAM, BAPPENAS, PT ASKES, PT JAMSOSTEK
6	PP Pengelolaan Dana Jaminan Sosial (BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X	X							KEMENKEU	DJSN, KEMENKOKESRA, KEMENHUKHAM, BAPPENAS, PT ASKES, PT JAMSOSTEK
7	Peraturan Presiden tentang Tata Cara Pemilihan dan Penetapan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS (BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X	X							KEMENKOKESRA	DJSN, KEMENG BUMN, KEMENKEU, KEMENKES
8	Peraturan Presiden tentang Renumerasi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS (BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X	X							KEMENKOKESRA	DJSN, KEMENG BUMN, KEMENKEU, KEMENKES
9	Keputusan Presiden tentang Pengangkatan untuk Pertama kali Dewan Komisaris dan Direksi PT. Askes (Persero) menjadi Dewan pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan		X							KEMENKES	DJSN, KEMENEG BUMN, KEMENKEU

ASPEK KEPESERTAAN

4

ASPEK KEPESERTAAN

96 juta PBI

121,6 jt peserta dikelola BPJS Kesehatan

Penduduk yang dijamin di berbagai skema **148,2** jt jiwa

50,07 jt peserta dikelola oleh badan lain

90,4 juta belum jadi peserta

73,8 jt belum jadi peserta

TAHUN	2012	2013	2014
	Pengalihan Peserta JPK Jamsostek, Jamkesmas, PJKMU ke BPJS Kesehatan		
		Perpres Dukungan Operasional Kesehatan Bagi TNI Polri	
		Pengalihan Kepesertaan TNI / Polri ke BPJS Kesehatan	
	Penyusunan Sisdur Kepesertaan dan Pengumpulan Iuran	Penyusunan Sisdur Kepesertaan dan Pengumpulan Iuran	
	Sinkronisasi Data Kepesertaan : JPK Jamsostek, Jamkesmas dan Askes PNS / Sosial --NIK		

KEGIATAN: Pengalihan, Integrasi, Perluasan

`	2014	2015	2016	2017	2018	2019
USAHA BESAR	20%	50%	75%	100%		
USAHA SEDANG	20%	50%	75%	100%		
USAHA KECIL	10%	30%	50%	70%	100%	
USAHA MIKRO	10%	25%	40%	60%	80%	100%

257,5 juta peserta (semua penduduk) dikelola BPJS Kesehatan

Tingkat Kepuasan Peserta 85 persen

2015 ▶ 2016 ▶ 2017 ▶ 2018 ▶ 2019

Integrasi Kepesertaan Jamkesda / PJKMU

Perluasan Peserta di Usaha Besar, Sedang, Kecil & Mikro

Pengukuran kepuasan peserta dan fasilitas kesehatan secara berkala tiap 6 bulan

Kajian Perbaikan manfaat dan pelayanan peserta tiap tahun

A. KONDISI KEPESERTAAN SAAT INI

1. CAKUPAN KEPESERTAAN UNTUK PENDUDUK MISKIN DAN TIDAK MAMPU

Sejak ditetapkannya Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional(SJSN), Pemerintah menyelenggarakan jaminan kesehatan untuk penduduk miskin dan tidak mampu melalui program yang kini dikenal dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)[1]. Program Jamkesmas telah meningkatkan kepesertaan jaminan kesehatan secara signifikan. Jumlah penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan meningkat sebanyak 76,4 juta orang dalam waktu tiga tahun (2005-2007).

Dengan adanya Program Jamkesmas dan persepsi Keputusan Mahkamah Konstitusi atas Perkara Nomor 007/PUU-III/2005, berbagai Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) menyelenggarakan program serupa yang dikenal dengan nama Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah). Pengelolaan program Jamkesda juga menggunakan skema bantuan sosial, dimana dana penyelenggaraan Jamkesda sepenuhnya berasal dari APBD. Namun perlu dicatat bahwa Ketetapan Mahkamah Konstitusi diatas mengatur BPJS di Daerah, bukan program Jamkesda, yang tidak selalu dikelola oleh BPJS di Daerah.

Sebagian besar program Jamkesda menjamin penduduk tidak mampu yang tidak tercakup dalam kuota program Jamkesmas. Hanya beberapa daerah saja yang menjamin seluruh penduduk di daerah tersebut. Jumlah penduduk yang tercakup dalam skema Jamkesda/PJKMU (nama Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Umum – PJKMU - digunakan oleh PT Askes yang dikontrak Pemda untuk menjalankan program Jamkesda) diperkirakan mencapai 31,6 juta jiwa. Saat ini diperkirakan setidaknya 350 Kabupaten/Kota menyelenggarakan program jaminan kesehatan daerah (dengan berbagai variasi nama, layanan yang dijamin, besar dana APBD per kapita, dan pola pengelolaannya)[2].

1 Program jaminan untuk penduduk miskin sudah dimulai dengan nama PJKMM (Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin) diubah menjadi Askeskin (Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin), kemudian diubah menjadi Jamkesmas dan pengelolaannya berpindah dari PT Askes ke Kementerian Kesehatan.

2 Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, *Hasil Analisis Data Bidang Jaminan Kesehatan Tahun 2010, Jakarta.*

2. JAMINAN KESEHATAN PNS/TNI-POLRI

Di samping penduduk miskin dan tidak mampu yang dijamin dalam program Jamkesmas dan Jamkesda, seluruh PNS, pensiunan PNS dan pensiunan TNI/POLRI termasuk anggota keluarganya sudah dijamin dalam Program Asuransi Kesehatan Wajib/Sosial yang dikelola oleh PT Askes (Persero). Jumlah tertanggung Askes Wajib sekitar 17,3 juta jiwa. Pegawai aktif TNI/POLRI dan anggota keluarganya mendapat jaminan kesehatan di semua fasilitas kesehatan milik TNI/POLRI yang dikelola oleh Dinas Kesehatan TNI/POLRI. Jumlah total pegawai aktif TNI/POLRI dan anggota keluarganya yang dijamin diperkirakan 2,5 juta jiwa. Seperti halnya jaminan kesehatan bagi PNS dan pensiunan pegawai negeri, jaminan kesehatan bagi pegawai aktif TNI/POLRI dan anggota keluarganya bersifat komprehensif tanpa pengecualian penyakit yang dijamin. Hanya pengobatan yang bersifat kosmetik yang tidak dijamin.

3. JAMINAN KESEHATAN BAGI PEGAWAI SWASTA

Sejak tahun 1993, pegawai swasta dan anggota keluarganya dapat memperoleh jaminan kesehatan melalui program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) yang dikelola PT Jamsostek (Persero).Sebagian pegawai pemberi kerja besar diperbolehkan untuk mendapatkan jaminan kesehatan melalui program asuransi kesehatan komersial. Namun program JPK Jamsostek dan asuransi kesehatan komersial tidak memiliki luas cakupan yang sama. Banyak layanan medis yang mahal tidak dijamin dalam program-program tersebut.

Berbagai jenis program jaminan/asuransi kesehatan yang ada telah menjamin sekitar separuh penduduk Indonesia.

Data Kemenkes menunjukkan jumlah penduduk yang dijamin (dengan berbagai bentuk dan luas jaminan) sebanyak 151,6 juta jiwa[3]dengan rincian seperti tampak pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 memperlihatkan estimasi jumlah penduduk yang dijamin di Tahun 2012 yang mungkin berkembang atau berkurang dari waktu ke waktu. **Data tersebut menunjukkan bahwa di tahun 2012 sebanyak 63,2 persen dari seluruh penduduk Indonesia telah memiliki jaminan kesehatan. Menurut Proyeksi Penduduk BPS jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2012 sebanyak 239,7 juta jiwa[4]**. Dengan demikian masih ada 36,8 persen penduduk Indonesia yang sama sekali belum memiliki jaminan kesehatan. Namun,

3 Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, H*asil Analisis Data Bidang Jaminan Kesehatan Tahun 2010, Jakarta, p.2*

4 Bappenas, *Proyeksi Penduduk Indonesia 2005-2025*, Bappenas, BPS dan UNFPA, Jakarta, 2008, p. 44

Tabel 4.1
Jumlah Penduduk yang Memiliki Jaminan Kesehatan Tahun 2012, (dlm Juta)

JENIS JAMINAN KESEHATAN	JIWA
Peserta Askes PNS	17.274.520
TNI/Polri	2.200.000
Peserta Jamkesmas	76.400.000
Peserta JPK Jamsostek	5.600.000
Peserta Jamkesda/PJKMU	31.866.390
Jaminan perusahaan (*Self Insured*)	15.351.532
Peserta Askes Komersial	2.856.539
Total	151.548.981

Sumber: P2JK, Kemenkes RI, 2012

nilai proteksi jaminan kesehatan yang telah ada belum seluruhnya menjamin penduduk terbebas dari beban biaya berobat yang memiskinkan, karena sebagian program tidak menjamin pengobatan yang mahal.

B. JAMINAN KESEHATAN BAGI PEKERJA SWASTA MASIH RENDAH

Dari data tersebut tampak bahwa kelompok penduduk yang belum banyak tercakup dalam jaminan kesehatan adalah kelompok pekerja swasta yang tersebar di berbagai skala usaha baik usaha besar, menengah, kecil, mikro maupun pekerja mandiri yang dibantu keluarga. Saat ini jumlah pekerja swasta yang tercakup dalam kepesertaan JPK Jamsostek hanya sekitar 2 juta pekerja dengan jumlah tertanggung sekitar 4,9 juta jiwa. Padahal berdasarkan Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) Februari 2010 menunjukkan jumlah pekerja di Indonesia mencapai 107,41 juta jiwa[5]. Jumlah pekerja penerima upah diperkirakan sekitar 32 juta penduduk. Dengan demikian, cakupan JPK Jamsostek, sejak kewajiban diundangkan tahun 1992, belum mencapai 10 persen dari pekerja penerima upah.

Ada beberapa hal yang selama ini diidentifikasi sebagai faktor lambatnya perluasan cakupan kepesertaan JPK Jamsostek. Hal pertama yang sering dikemukakan adalah sifat kepesertaan yang dalam PP Nomor 14/1993 diubah menjadi opsional. Pasal 2 ayat 4 PP Nomor 14 Tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja

5 Badan Pusat Statistik (BPS), *Perkembangan Beberapa Indikator Utama Sosial-Ekonomi Indonesia, Agustus 2010*, BPS, Jakarta, Tabel 2.9, p. 19

menyatakan "*Pengusaha sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) yang telah menyelenggarakan sendiri program pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerjanya dengan manfaat yang lebih baik dari Paket Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Dasar menurut Peraturan Pemerintah ini,* ***tidak wajib ikut*** *dalam Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara*". Dengan kepesertaan yang bersifat opsional dan jaminan JPK Jamsostek didistorsi karena tidak menanggung pengobatan mahal seperti pengobatan kanker, bedah jantung, dan cuci darah, maka banyak pemberi kerja (perusahaan) yang memilih untuk tidak menjadi peserta JPK Jamsostek. Produk JPK Jamsostek menjadi produk inferior yang tidak diminati atau tidak dipercaya skala usaha besar. Produk inferior sulit diperbaiki karena selama hampir 20 tahun batas upah maksimum (*ceiling wage*) Rp 1 juta tidak diubah. Baru pada bulan Mei 2012, batas upah ditingkatkan menjadi 2x PTKP. Layanan medis mahal seperti penyakit kanker dan operasi jantung baru mulai dijamin JPK Jamsostek pada tahun 2012.

Hal lain yang berpengaruh terhadap rendahnya kepesertaan JPK Jamsostek adalah karena tidak ada target kepesertaan JPK Jamsostek sebagai rencana kerja yang terukur dari waktu ke waktu. Untuk mencapai kepesertaan JPK bagi sebanyak-banyaknya pekerja swasta perlu rencana kerja yang matang, sistematis dan terukur. Pencapaian target kepesertaan tersebut perlu dimasukkan sebagai indikator kinerja utama (*key perfomance indicator*) untuk menilai kinerja BPJS di kemudian hari.

Kendala lain adalah banyaknya pekerja bukan penerima upah (sering disebut informal) yang sebagian besar dari mereka tidak menempati lokasi usaha yang permanen. Ahmad Anshori mengutip data BPS 2009 menyajikan jumlah pekerja penerima upah hanya 37,9 persen sementara pekerja bukan penerima upah mencapai 62,1 persen. Di antara pekerja bukan penerima upah, 28,8 persen (atau 18,66 juta) merupakan pekerja yang tidak menerima upah (*unpaid family workers*)[6]. Studi yang dilakukan ILO (2011) menunjukkan proporsi pekerja informal pada tahun 2010 sebesar 59 persen. Proporsi tersebut turun dibanding proporsi pada tahun-tahun sebelumnya. Proporsi pekerja informal perempuan (61,8 persen) lebih tinggi dibanding proporsi pekerja informal laki-laki (57,2 persen)[7].

Bukti-bukti di berbagai negara menunjukkan kendala sangat besar untuk pengumpulan iuran dari pekerja memperoleh penghasilan dari sisa hasil usaha. Belum ada model sukses di negara lain yang dapat mengumpulkan secara efektif iuran dari kelompok ini. Demikian juga pengumpulan PPh perseorangan mengalami kendala dari kelompok pekerja bukan penerima upah. Di negara yang sistem perpajakan sudah menjangkau cukup efektif

6 Ansyori Ahmad, "Kepesertaan Jaminan Kesehatan Universal Coverage (Adm Kepesertaan, Iuran, Monitoring Evaluasi)", *bahan presentasi* yang disajikan dalam Rakernas SJSN 2010, Jakarta, 14 Desember 2010, p. 9 (diolah)

7 International Labour Organization, "*Profil Pekerjaan Yang Layak*", Infonesia, ILO, Geneva, 2011, tabel 7, p.44

perorangan yang berusaha sendiri, tidak menerima upah, maka pengumpulan iuran jaminan sosial juga dapat dilakukan. Di negara lain, umumnya Pemerintah membayari iuran jaminan kesehatan untuk pekerja bukan penerima upah.

Sebagian besar dari mereka juga belum menyadari perlunya iuran untuk jaminan kesehatan dan bahkan belum mengerti apa itu jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan sebagai sesuatu yang baru perlu disosialisasikan secara memadai. Perlu ada upaya sosialisasi yang efektif dan masif untuk mencapai target kepesertaan.

Untuk menjangkau kepesertaan jaminan kesehatan perlu data penduduk yang akurat. Selama ini data kepesertaan jaminan kesehatan belum sinkron dengan data kependudukan. Akibatnya belum dapat diketahui secara persis berapa dan siapa saja serta alamat penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan. Data kepesertaan jaminan kesehatan belum terintegrasi dengan data kependudukan dan juga belum sinkron dengan data ketenagakerjaan.

C. KONDISI KEPESERTAAN YANG AKAN DICAPAI

Salah satu prinsip penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk didalamnya jaminan kesehatan, adalah kepesertaan bersifat wajib. Pasal 4 Undang- Undang SJSN menyatakan bahwa "*Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan pada prinsip : a. kegotong-royongan; b. nirlaba; c. keterbukaan; d. kehati-hatian; e. akuntabilitas; f. portabilitas; g. kepesertaan bersifat wajib; h. dana amanat , dan i. hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta*".

Penjelasan Pasal 4 UU SJSN butir (g) menyatakan bahwa prinsip kepesertaan wajib dalam ketentuan ini adalah ***prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial***, yang dilaksanakan secara bertahap. Sedangkan yang dimaksud penduduk adalah WNI yang berada di dalam maupun di luar negeri dan Warga Negara Asing (WNA) yang tinggal di Indonesia untuk masa paling sedikit 6 (enam) bulan. Untuk program jangka pendek seperti Jaminan Kesehatan, WNA yang bekerja di Indonesia wajib membayar iuran atau menjadi peserta.

Dengan demikian maka target kepesertaan Jaminan Kesehatan, sebagai bagian program jaminan sosial SJSN, adalah seluruh penduduk yang tinggal di Indonesia. Oleh karena itu dalam upaya mencapai kepesertaan menyeluruh (*universal coverage*) Jaminan Kesehatan maka perlu dikenali jumlah, perkembangan, distribusi dan karekteristik penduduk Indonesia secara keseluruhan.

1. JUMLAH, PERKEMBANGAN DAN DISTRIBUSI PENDUDUK

Indonesia merupakan negara berpenduduk terbesar keempat di dunia. Berdasarkan Sensus Penduduk 2010, jumlah penduduk Indonesia adalah sebanyak 237.556.363 orang, yang terdiri dari 119.507.580 laki-laki dan 118.048.783 perempuan[8]. Dengan jumlah sebesar itu berarti penduduk Indonesia sekitar 8,2 kali lipat penduduk Malaysia, 2,5 kali lipat penduduk Philipina, 10 kali lipat penduduk Taiwan dan sekitar 2 kali lipat penduduk Jepang[9]. Jumlah tersebut belum termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia untuk lebih dari enam bulan.

Jumlah penduduk yang besar tersebut bertambah dari waktu ke waktu. Pada tahun 1961 jumlah penduduk Indonesia baru sebanyak 97,1 juta jiwa. Sepuluh tahun kemudian meningkat menjadi 119,2 juta jiwa (tahun 1971), tahun 1980 menjadi 146,9 juta jiwa, tahun 1990 menjadi 178,6 juta jiwa, tahun 2000 sebanyak 205,1 juta jiwa, dan pada tahun 2010 sebanyak 237,6 juta jiwa. Secara nasional, laju pertumbuhan penduduk Indonesia per tahun selama sepuluh tahun terakhir adalah sebesar 1,49 persen. **Dengan tingkat pertumbuhan sebesar itu maka penduduk Indonesia setiap tahunnya bertambah sekitar 3-4 juta jiwa**. Jumlah pertambahan penduduk Indonesia sebesar itu hampir mendekati total penduduk Singapura yang jumlahnya sekitar 5 juta jiwa.

2. DISTRIBUSI PENDUDUK

Besarnya jumlah penduduk Indonesia tersebut menjadi tantangan tersendiri dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Apalagi jika dilihat dari distribusinya yang tidak merata. Pulau Jawa yang luasnya hanya 6,8 persen[10] dihuni oleh 57,49 persen penduduk Indonesia.[11] Sementara pulau Kalimantan yang luasnya 28,5 persen dihuni oleh hanya 5,8 persen penduduk Indonesia.

Dengan demikian distribusi penduduk Indonesia terkonsentrasi di pulau Jawa yaitu sebesar 58 persen, yang diikuti oleh pulau Sumatera sebesar 21 persen. Selanjutnya untuk pulau-pulau/kelompok kepulauan lain berturut-turut adalah sebagai berikut: Sulawesi ditempati oleh 7 persen; Kalimantan sebesar 6 persen; Bali dan Nusa Tenggara

.....

8 Badan Pusat Statistik, *Hasil Sensus Penduduk 2010. Data Agregat Per Provinsi.*, BPS, Jakarta, Agustus 2010, p. 6

9 Population Reference Bureau, *2010 Population Data Sheet,* 2010, p.8.

10 Badan Pusat Statistik (BPS), *Perkembangan Beberapa Indikator Utama Sosial-Ekonomi Indonesia, Agustus 2010,* BPS, Jakarta, p. 3 (diolah).

11 Badan Pusat Statistik, *Hasil Sensus Penduduk 2010. Data Agregat per Provinsi,* BPS, Agustus 2010, p.14

sebesar 6 persen; sementara Maluku dan Papua dihuni oleh hanya 3 persen penduduk Indonesia.

Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah adalah tiga provinsi dengan urutan jumlah penduduk terbanyak, yaitu masing-masing mempunyai 43.021.826 orang, 37.476.011 orang, dan 32.380.687 orang. Sedangkan Provinsi Sumatera Utara merupakan wilayah yang terbanyak penduduknya di luar Jawa, yaitu sebanyak 12.985.075 orang.

Jumlah penduduk Indonesia tersebar di sekitar 5.000 dari 17.504 pulau yang dimiliki Indonesia[12], 33 provinsi, 497 kabupaten/kota, 6.652 kecamatan dan 77.012 desa/kelurahan[13]. Dengan luas wilayah Indonesia yang mencapai 1.910.931 km2, maka rata-rata tingkat kepadatan penduduk Indonesia adalah sebesar 124 orang per km2. Provinsi yang paling tinggi kepadatan penduduknya adalah Provinsi DKI Jakarta, yaitu dengan 14.440 orang per Km2. Sementara itu, provinsi yang paling rendah tingkat kepadatan penduduknya adalah Provinsi Papua Barat dengan hanya 8 orang per Km2.

Luasnya wilayah Indonesia dan rendahnya kepadatan penduduk menimbulkan masalah pemerataan fasilitas kesehatan untuk melayani peserta jaminan kesehatan. Di daerah yang penduduknya jarang fasilitas kesehatan juga jarang tersedia sehingga penduduk lebih sulit untuk mengakses fasilitas kesehatan. Namun, menunda perluasan jaminan kesehatan dengan alasan menunggu pemerataan akan melanggar hak-hak rakyat di daerah yang telah tersedia fasilitas kesehatan (misalnya di Jawa dan Sumatra yang dihuni oleh hampir 80 persen penduduk. Tentu saja, pendekatan khusus harus dicari dalam menjangkau penduduk di daerah-daerah terpencil.

3. KARAKTERISTIK PENDUDUK

Meningkatnya Jumlah Lansia. **Struktur penduduk Indonesia yang sudah memasuki tahap penduduk tua (*ageing population*) mengharuskan perlunya dilaksanakan sistem jaminan sosial (yang termasuk didalamnya jaminan kesehatan).** Jika proporsi penduduk lanjut usia sudah makin besar maka biaya yang diperlukan untuk biaya pelayanan kesehatan juga makin besar. Kendala yang dihadapi akan makin besar. Jika jaminan kesehatan dengan skema asuransi sosial sudah berjalan maka kendala tersebut akan lebih mudah diatasi.

12 Badan Pusat Statistik (BPS), *Ibid*, Tabel 1.2 p.4

13 Badan Pusat Statistik (BPS), *Op. Cit*. Tabel 1.3 p.5

Saat ini proporsi penduduk lansia (60 tahun ke atas) di Indonesia mencapai 7,9 persen[14]. Studi yang dilakukan Mundiharno[15] menunjukkan bahwa di beberapa provinsi seperti Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) proporsi lansia lebih besar dibanding proporsi penduduk lansia nasional. Dengan demikian di beberapa provinsi persoalan kependudukan sudah mengarah pada problematika penduduk tua. Di Jepang dan Jerman, sekitar seperlima penduduknya adalah penduduk lansia (65 tahun keatas)[16] sehingga negara tersebut menghadapi problem serius dalam pendanaan kesehatan dan penyediaan dana pensiun.

Pengalaman di berbagai negara maju menunjukkan bahwa semakin besar porsi lansia di suatu negara, semakin besar biaya kesehatan yang dibutuhkan. Sebab pola penyakit untuk penduduk lansia adalah diwarnai penyakit-penyakit kronik/ katastropik yang berbiaya mahal dan dapat memiskinkan rumah tangga. Jika sistem jaminan kesehatan belum terbangun ketika proporsi penduduk lansia sudah besar maka kebanyakan penduduk lansia tidak mampu mengobati dirinya. Sesuai dengan hak hidup sehat setiap penduduk sebagaimana diamanatkan UUD dan negara diwajibkan melindungi segenap warganya, maka perlindungan dari risiko sakit dan jatuh miskin akibat sakit, maka negara harus mengembangkan sebuah sistem jaminan sosial yang memungkinkan terwujudnya gotong-royong antara penduduk muda dan penduduk tua.

Tingginya Angka Pengangguran dan Besarnya Pekerja Informal. **Upaya pencapaian kepesertaan menyeluruh jaminan kesehatan melalui mekanisme asuransi menghadapi tantangan yang tidak ringan jika dikaitkan dengan kondisi angkatan kerja yang ada.** Angka pengangguran terbuka *(open unemployment rate)* memang relatif rendah, hanya 7,4 persen;namun angka setengah penganggur *(under employment rate)* sangat besar (28,3 persen). Dari 107, 41 juta pekerja, terdapat sekitar 32,8 juta pekerja yang masuk kategori sebagai setengah penganggur[17]. Mereka bekerja tetapi jam kerjanya dibawah 35 jam per minggu. Selain itu, mereka yang bekerja menerima rata-rata upah rendah karena pendidikan yang rendah. Seperlima lebih (22,28 persen) pekerja Indonesia tidak pernah sekolah dan hampir sepertiganya (29,22 persen) hanya

14 Badan Pusat Statistik (BPS), *Op. Cit*., Tabel 2.5 (diolah) p.15

15 Mundiharno, "*Determinan Sosial Ekonomi Intergenerational Transfer: Analisis Data IFLS I", thesis,* Jakarta, 1999, p. 2

16 Population Reference Bureau, 2010 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau, 2010, p.2

17 Badan Pusat Statistik (BPS), *Perkembangan Beberapa Indikator Utama Sosial-Ekonomi Indonesia, Agustus 2010,* BPS, Jakarta, Tabel 2.9 (diolah) p.19

tamat sekolah dasar (SD)[18]. Sebagian besar pekerja di Indonesia adalah pekerja di usaha kecil dan mikro. Sebagian besar mereka (sekitar 43,03 persen) berusaha pada lokasi yang tidak permanen[19].

Dengan karakteristik angkatan kerja seperti itu maka upaya pengumpulan iuran untuk penyelenggaraan jaminan kesehatan menghadapi tantangan besar. Mengandalkan iuran yang dibayar rutin dari pekerja di usaha kecil dan mikro umumnya tidak berkesinambungan, kecuali Pemerintah membayar iuran untuk mereka. Pasal 20 ayat (1) UU SJSN menyatakan "*Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah*".

Pekerja yang bekerja di usaha kecil dan mikro sulit diidentifikasi apakah mereka dalam kondisi PHK (pemutusan hubungan kerja) atau tidak. Sementara dalam UU SJSN mengharuskan mereka yang di PHK tetap dijamin selama kurun waktu 6 bulan. Pasal 21 ayat (1) UU SJSN menyatakan "*Kepesertaan jaminan kesehatan tetap berlaku paling lama 6 (enam) bulan sejak seorang peserta mengalami pemutusan hubungan kerja*". Jika setelah enam bulan yang bersangkutan belum memperoleh pekerjaan dan tidak mampu maka iurannya dibayar oleh Pemerintah (Pasal 21 ayat 2). Demikian pula peserta yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh Pemerintah (Pasal 21 ayat 3). Dengan klausul seperti itu maka Pemerintah perlu membayar iuran jaminan kesehatan yang tidak saja ditujukan sebagai bantuan iuran kepada penduduk miskin dan tidak mampu, tetapi juga bantuan iuran kepada korban PHK dan pekerja yang cacat total tetap yang tidak mampu. Jaminan kesehatan tersebut harus juga disediakan kepada anggota keluarga peserta sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 20 ayat 2 "*Anggota keluarga peserta berhak menerima manfaat jaminan kesehatan*".

Dengan karakteristik pekerjaan dan penerimaan upah seperti di atas, maka cakupan universal yang berkesinambungan membutuhkan bantuan iuran dari Pemerintah bagi sebagian besar penduduk miskin dan yang tidak mampu membayar iuran secara rutin dan berkesinambungan. Namun dipandang dari kewajiban Pemerintah mendanai kesehatan, model ini masih ringan dibandingkan menyediakan layanan kesehatan gratis bagi semua penduduk seperti yang dilaksanakan oleh Malaysia dan Sri Lanka.

18 BPS, Ibid., p. 20

19 Badan Pusat Statistik, *Hasil Pendaftaran (Listing) Perusahaan/Usaha Sensus Ekonomi 2006,* Berita Resmi Statistik No. 05/01/Th. X, 2 Januari 2007, p. 3

D. TARGET PENINGKATAN JUMLAH PESERTA JAMINAN KESEHATAN

Kepesertaan jaminan/asuransi kesehatan dari berbagai program yang kini sudah berjalan diperkirakan mencapai 151,5 juta jiwa. Sementara jumlah penduduk Indonesia menurut Sensus Penduduk 2012 mencapai 239,7 juta jiwa. **Dengan demikian untuk kondisi tahun 2012 diperkirakan ada sekitar 88,1 juta jiwa yang belum memiliki jaminan kesehatan**.

Dengan kondisi seperti itu dan dengan disahkannya UU BPJS yang mengharuskan BPJS Kesehatan menerima pendaftaran peserta, maka target kepesertaan jaminan kesehatan BPJS Kesehatan yang cukup realistis adalah sebagai berikut:

1. Seluruh peserta jaminan kesehatan yang berasal dari Askes Sosial/PNS, Jamkesmas, JPK Jamsostek, TNI/POLRI dan sebagian Jamkesda (sekitar 121,6[20] juta jiwa) akan dikelola oleh BPJS Kesehatan mulai 1 Januari Tahun 2014.
    a. Peserta Askes PNS dan pensiunan PNS akan berganti nama menjadi peserta JKN, karena sebelumnya secara fisik sudah dikelola oleh PT (Persero) Askes yang berubah menjadi BPJS Kesehatan
    b. Penduduk miskin dan tidak mampu (peserta Jamkesmas) yang mendapat bantuan iuran dari Pemerintah yang kini dikelola oleh Kemenkes akan diserahkan ke dan dikelola oleh BPJS Kesehatan. Peserta ini tidak membayar iuran, tetapi mendapat bantuan iuran dari Pemerintah yang dibayarkan kepada BPJS.
    c. Seluruh pegawai negeri anggota TNI dan POLRI yang kini dijamin oleh Dinas Kesehatan masing-masing angkatan akan diserahkan ke dan dikelola oleh BPJS Kesehatan
    d. Pemberi kerja swasta yang sebelumnya mendaftarkan diri dan pekerjanya ke PT (Persero) Jamsostek, mulai Januari 2014 mendaftarkan ke BPJS Kesehatan.
2. Penegakan hukum bagi pemberi kerja agar menjamin kesehatan pekerjanya (beserta anggota keluarganya) akan dilakukan secara bertahap sampai tahun 2019. Dalam periode ini akan terjadi penambahan peserta yang dikelola oleh BPJS Kesehatan dengan tahapan berikut:
    a. Peserta Jamkesda (baik yang kini dikelola oleh PT Askes dengan naman (program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) ataupun yang dikelola dengan skema lain harus bergabung menjadi peserta BPJS Kesehatan paling lambat akhir tahun 2016.

20 Jumlah peserta 101,6 juta jiwa diasumsikan berasal dari 96,4 juta jiwa dari program Jamkesmas, 17,2 juta jiwa dari peserta Askes PNS, 5,5 juta jiwa dari peserta JPK Jamsostek dan 2,5 juta jiwa dari peserta PJKMU.

b. Penegakkan hukum (dengan sanksi administratif dan sanksi layanan publik) akan dilakukan secara bertahap. Penegakkan hukum ditujukan terlebih dahulu kepada pemberi kerja dengan jumlah karyawan besar yang belum menjamin karyawan (pekerja)nya. Sementara pemberi kerja yang kini telah menyediakan jaminan kesehatan melalui asuransi komersial atau menjamin sendiri (*self-insured*) mendapat masa tunggu (*wait and see*) sampai awal tahun 2019. Pemberi kerja ini dapat mendaftarkan pekerjanya kapan saja (any time) selama tahun 2014-2019. Penegakkan hukum dilakukan secara sistematik mulai dari pemberi kerja dengan jumlah pekerja lebih dari 100 orang, menyusul pemberi kerja dengan jumlah pekerja 50-100 orang, dan seterusnya sampai pemberi kerja dengan pekerja satu orang (termasuk rumah tangga) mendaftarkan pekerjanya kepada BPJS di Tahun 2019.

c. Pekerja mandiri (bukan penerima upah) yang mendapatkan penghasilan dari usaha sendiri mendaftarkan diri kapan saja (*any time*) selama tahun 2014-2019.

d. Di Tahun 2019, tidak boleh lagi ada pekerja yang tidak terdaftar dalam BPJS Kesehatan.

3. Pencapaian *universal coverage* jaminan kesehatan ditargetkan dapat tercapai pada akhir tahun 2019 dimana seluruh penduduk Indonesia yang pada waktu itu diproyeksikan berjumlah 257,5 juta jiwa[21] sudah terdaftar menjadi peserta jaminan kesehatan.

Dengan target itu maka fokus kegiatan kepesertaan yang dilakukan selama 2012-2014 adalah upaya-upaya tentang:

1. Pengalihan kepesertaan program Jamkesmas dari P2JK Kementerian Kesehatan RI kepada BPJS Kesehatan;
2. Pengalihan kepesertaan program JPK Jamsostek dari PT Jamsostek (Persero) ke BPJS Kesehatan;
3. Perubahan pengelolaan program Askes PNS/Sosial dari PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan;
4. Pengalihan anggota TNI/Polri dan keluarganya menjadi peserta jaminan kesehatan BPJS Kesehatan
5. Pengintegrasian sebagian PJKMU yang diselenggarakan atas kerjasama Pemerintah Daerah dengan PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan

Sedangkan kegiatan aspek kepesertaan yang diselenggarakan BPJS Kesehatan pada periode 2014-2019 berfokus pada perluasan kepesertaan jaminan kesehatan untuk mencapai *universal coverage* dengan upaya-upaya sebagai berikut:

.....

21 Bappenas, BPS dan UNFPA, *Proyeksi Penduduk Indonesia 2005-2025,* BPS, Jakarta, 2008, Tabel I.13, p. 45

1. Pengintegrasian Jamkesda/PJKMU ke BPJS Kesehatan dengan iuran yang ditetapkan dalam Perpres.
2. Perluasan kepesertaan di kalangan pekerja yang tersebar di berbagai kelompok usaha besar, sedang, kecil dan mikro;
3. Perluasan kepesertaan di kalangan pekerja mandiri bukan penerima upah

Tabel 4.2
Target Peserta Jaminan Kesehatan yang Dikelola BPJS Kesehatan

TARGET 2014	TARGET 2019
Seluruh peserta jaminan kesehatan yang berasal dari Askes Sosial/PNS, Jamkesmas, JPK Jamsostek, TNI/ POLRI dan sebagian PJKMU yang berjumlah sekitar 121,6juta jiwa sudah dikelola oleh BPJS Kesehatan mulai tahun 2014	Seluruh penduduk yang pada tahun 2019 diperkirakan sebanyak 257,5 juta jiwa sudah dicakup menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

E. TAHAPAN PENCAPAIAN KEPESERTAAN 2012-2014

1. PENGALIHAN KEPESERTAAN PROGRAM JAMKESMAS DARI P2JK KEMENTERIAN KESEHATAN RI KEPADA BPJS KESEHATAN

UU BPJS Pasal 60 ayat 2 butir a menyatakan bahwa "Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1): a. Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat". Program tersebut selanjutnya dialihkan ke BPJS Kesehatan sebagai program Penerima Bantuan Iuran.

Agar kepesertaan program Jamkesmas pada 1 Januari 2014 sudah dapat dikelola oleh BPJS Kesehatan maka sebelum tanggal tersebut sudah harus dilakukan persiapan pengalihan kepesertaan program Jamkesmas ke PT Askes (Persero) yang akan bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan.

Langkah-langkah yang perlu dipersiapkan dalam proses pengalihan tersebut antara lain:

a. Penyerahan data peserta program Jamkesmas dari Kemenkes RI ke PT Askes (Persero). Berdasarkan kesepakatan data yang menjadi acuan dalam kepesertaan program Jamkesmas adalah data PPLS 2011 yang dikumpulkan oleh BPS bekerjasama dengan TNP2K.

22 Jumlah peserta 101,6 juta jiwa diasumsikan berasal dari 96,4 juta jiwa dari program Jamkesmas, 17,2 juta jiwa dari peserta Askes PNS, 5,5 juta jiwa dari peserta JPK Jamsostek dan 2,5 juta jiwa dari peserta PJKMU.

b. Upload data peserta Jamkesmas ke dalam sistem informasi PT Askes (Persero)

c. Pembuatan dan distribusi Kartu Program Jaminan Kesehatan

d. Penyiapan sistem informasi yang diperlukan

e. Persiapan operasional pengelolaan program Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan

Pengalihan program Jamkesmas ke PT Askes (Persero) akan dilakukan mulai tahun anggaran 2013.

Hal yang kritis dari proses pengalihan kepesertaan Jamkesmas tersebut tampaknya ada pada penggunaan data PPLS 2011 sebagai data kepesertaan Jamkesmas. Penggunaan data baru tersebut perlu dikelola secara hati-hati agar tidak menimbulkan gejolak akibat perbedaan yang terjadi dengan data kepesertaan Jamkesmas sebelumnya. Perlu diantisipasi dampak sosial yang timbul jika terjadi perbedaan data antara data kepersertaan Jamkesmas sebelumnya dengan data PPLS 2011. Jangan sampai timbul gejolak terkait ketepatan data kepesertaan sebagaimana dialami pada awal-awal tahun pelaksanaan program Jamkesmas. Perlu disepakati mekanisme jalan keluar jika di lapangan, data yang digunakan ternyata dianggap tidak sesuai dengan kondisi riil yang dihadapi.

Agar proses pengalihan program Jamkesmas ke PT Askes (Persero) sebagai calon BPJS Kesehatan berjalan lancar maka perlu dibentuk Tim dari kedua belah pihak (Kementerian Kesehatan dan PT Askes) yang membahas dan mengelola teknis pengalihan kepesertaan.

Adapun jumlah peserta program Jamkesmas direncanakan meningkat dari semula 76,4 juta jiwa menjadi 86 juta jiwa pada tahun 2013 dan 96 juta jiwa pada tahun 2014.

2. PENGALIHAN KEPESERTAAN PROGRAM JPK JAMSOSTEK DARI PT JAMSOSTEK (PERSERO) KE BPJS KESEHATAN

UU BPJS Pasal 60 ayat 2 butir c menyatakan bahwa "*Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1): c. PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan*". Selanjutnya Pasal 61 butir b memerintahkan Dewan Komisaris dan Direksi PT Jamsostek (Persero) untuk "*a. menyiapkan pengalihan program jaminan pemeliharaan kesehatan kepada BPJS Kesehatan*".

Agar kepesertaan program JPK Jamsostek pada 1 Januari 2014 sudah dapat dikelola oleh BPJS Kesehatan maka sebelum tanggal tersebut sudah harus dilakukan persiapan pengalihan kepesertaan program JPK Jamsostek ke PT Askes (Persero) yang akan bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan.

Langkah-langkah yang perlu dipersiapkan dalam proses pengalihan tersebut antara lain:

a. Pembenahan administrasi dan data kepesertaan JPK Jamsostek oleh PT Jamsostek;
b. Penyerahan data peserta program Jamkesmas dari PT Jamsostek (Persero) ke PT Askes (Persero). Data yang diserahkan antara lain menyangkut daftar peserta dan keluarganya, daftar perusahaan yang menjadi peserta serta daftar fasilitas kesehatan yang menjadi mitra PT Jamsostek (Persero) dalam penyelenggaraan JPK Jamsostek;
c. Upload data peserta JPK Jamsostek ke dalam sistem informasi PT Askes (Persero)
d. Sosialisasi bersama antara PT Jamsostek (Persero) dan PT Askes (Persero) kepada para peserta/perusahaan yang selama ini menjadi peserta JPK Jamsostek terkait dengan rencana pengalihan pengelolaan program
e. Pembuatan dan distribusi Kartu Program Jaminan Kesehatan
f. Penyiapan sistem informasi yang diperlukan
g. Persiapan operasional pengelolaan program Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan
h. Pendampingan program JPK pasca pengalihan oleh PT Jamsostek (Persero) kepada BPJS Kesehatan

Agar proses pengalihan program JPK Jamsostek ke PT Askes (Persero) sebagai calon BPJS Kesehatan berjalan lancar maka perlu dibentuk Tim dari kedua belah pihak (PT Jamsostek dan PT Askes) yang membahas dan mengelola teknis pengalihan kepesertaan. Tim tersebut masuk dalam PMO (*Project Management Office*) yang dibentuk oleh PT Askes (Persero).

3. PENGALIHAN ANGGOTA TNI/POLRI DAN KELUARGANYA MENJADI PESERTA JAMINAN KESEHATAN BPJS KESEHATAN

UU BPJS Pasal 60 ayat 2 butir c menyatakan bahwa "*Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1): b. Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya, yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden*".

Dengan demikian maka mulai 1 Januari 2014 anggota TNI/POLRI dan keluarganya harus menjadi peserta jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Namun untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasional tetap diselenggarakan oleh Kementerian Pertahanan dan TNI/POLRI. Untuk itu maka perlu disusun Peraturan Presiden terkait dengan dukungan operasional kesehatan Kementerian Pertahanan dan TNI/POLRI.

Oleh karena itu hal yang sangat penting untuk dipersiapkan berkaitan dengan pengalihan anggota TNI/POLRI dan keluarganya menjadi peserta jaminan kesehatan BPJS Kesehatan adalah disiapkannya Peraturan Presiden tentang dukungan operasional kesehatan kegiatan TNI/POLRI.

Di samping itu juga perlu dipersiapkan langkah-langkah pengalihan kepesertaan ke BPJS Kesehatan baik terkait dengan data anggota TNI/POLRI dan keluarganya, data tentang fasilitas kesehatan yang dimiliki TNI/POLRI yang memungkinkan untuk dijadikan provider oleh BPJS Kesehatan, termasuk di dalamnya adalah data tentang lembaga farmasi yang dimiliki oleh TNI/POLRI yang dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam penyediaan dan distribusi alat dan bahan kesehatan.

Agar proses pengalihan kepesertaan anggota TNI/POLRI ke PT Askes (Persero) sebagai calon BPJS Kesehatan berjalan lancar maka perlu dibentuk Tim yang membahas dan mengelola teknis pengalihan kepesertaan. Tim tersebut masuk dalam PMO (*Project Management Office*) yang dibentuk oleh PT Askes (Persero).

4. PERUBAHAN PENGELOLAAN PROGRAM ASKES PNS/SOSIAL DARI PT ASKES (PERSERO) KE BPJS KESEHATAN

Selama ini PT Askes (Persero) sudah mengelola program asuransi kesehatan bagi pegawai negeri sipil/pensiunan dan keluarganya yang dikenal dengan Askes PNS/Sosial. Mulai 1 Januari 2014 program tersebut juga dialihkan ke BPJS Kesehatan. Pengalihan tersebut perlu dipersiapkan secara internal oleh PT Askes (Persero) yang akan berubah menjadi BPJS Kesehatan.

5. PENGINTEGRASIAN SEBAGIAN PJKMU YANG DISELENGGARAKAN ATAS KERJASAMA PEMERINTAH DAERAH DENGAN PT ASKES (PERSERO) KE BPJS KESEHATAN

Selama ini beberapa pemerintah daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) telah bekerjasama dengan PT Askes (Persero) dalam menyelenggarakan apa yang disebut sebagai Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU). Oleh karena telah bekerjasama dengan PT Askes (Persero) yang akan bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan maka penyelenggaraan PJKMU di beberapa daerah diharapkan sudah dapat mempersiapkan diri untuk mengintegrasikan PJKMU dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

Diharapkan mulai 1 januari 2014 sudah ada beberapa PJKMU yang sudah siap diintegrasikan ke BPJS Kesehatan. Dengan demikian target pencapaian universal coverage dapat lebih

cepat dicapai. Untuk itu maka PT Askes (Persero) harus sudah mulai mempersiapkan diri berunding dengan sejumlah pemerintah daerah untuk mengalihkan penyelenggaraan PJKMU ke BPJS Kesehatan.

F. TAHAPAN PENCAPAIAN KEPESERTAAN 2014-2019

1. PENGINTEGRASIAN JAMKESDA/PJKMU KE BPJS KESEHATAN DENGAN IURAN YANG DITETAPKAN DALAM PERPRES

Proses integrasi Jamkesda/PJKMU ke BPJS Kesehatan harus selesai dalam waktu dua tahun sejak BPJS Kesehatan beroperasi mulai 1 Januari 2014. Sebagaimana dikemukakan diatas bahwa setidaknya 350 kabupaten/kota telah menyelenggarakan program jaminan kesehatan daerah.[23] Sesuai dengan UU SJSN dan UU BPJS maka penyelenggaraan jaminan kesehatan hanya dikelola oleh BPJS yang ditetapkan oleh Undang-Undang yang dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan. Oleh karena itu ke depan penyelenggaraan jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah perlu diintegrasikan ke BPJS Kesehatan.

2. PERLUASAN KEPESERTAAN DI KELOMPOK PEKERJA SWASTA DAN PEKERJA MANDIRI

Proporsi pekerja swasta yang memiliki jaminan kesehatan masih sangat rendah. Data terakhir menunjukkan bahwa pekerja yang menjadi peserta aktif JPK Jamsostek adalah sekitar 2 juta jiwa (dengan jumlah tertanggung sekitar 5,5 juta jiwa). Sementara data Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas, Februari 2010) menunjukkan bahwa jumlah pekerja di Indonesia mencapai 107,4 juta jiwa.[24] Jumlah pekerja sebanyak 107,4 juta jiwa tersebut tersebar di pemberi kerja sekitar 23 juta pemberi kerja besar, sedang, kecil, mikro, dan pekerja mandiri.

Hasil final pendaftaran (*listing*) pemberi kerja/usaha Sensus Ekonomi (SE06) yang dilakukan Badan Pusat Statistik (BPS)[25] menunjukkan bahwa jumlah seluruh unit usaha (perusahaan/usaha non-perusahaan seperti sekolah, koperasi, LSM) di luar sektor pertanian tercatat sebanyak 22,7 juta, yang terdiri dari 9,8 juta (43,03 persen) berusaha pada lokasi tidak permanen dan 12,9 juta (56,97 persen) berusaha pada lokasi permanen.

23 Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, *Hasil Analisis Data Bidang Jaminan Kesehatan Tahun 2010,* Jakarta.

24 Badan Pusat Statistik, *Perkembangan Situasi Ketenagakerjaan Umum Di Indonesia Tahun 2006 – 2010,* BPS, Jakarta, p.1

25 Badan Pusat Statistik,*Hasil Pendaftaran (Listing) Perusahaan/Usaha Sensus Ekonomi 2006,* Berita Resmi Statistik Badan Pusat Statistik, No. 05/01/Th X, 2 Januari 2007.

Berdasarkan skala usaha, sebagian besar perusahaan merupakan Usaha Mikro (UM) dan Usaha Kecil (UK), dengan persentase masing-masing 83,43 persen dan 15,84 persen. Sedangkan perusahaan yang merupakan Usaha Menengah dan Besar (UMB) hanya 166,4 ribu atau tidak lebih dari satu persen seluruh perusahaan.

Jumlah tenaga kerja yang terserap oleh seluruh perusahaan mencapai 50 juta orang. Sekitar 38,7 juta orang (77 persen) bekerja pada unit usaha dengan lokasi permanen, sementara sisanya bekerja pada unit usaha di lokasi tidak permanen. Lokasi permanen adalah lokasi tempat kerja yang paling tidak dalam satu tahun berada di satu lokasi (sewa atau kontrak kantor atau tempat usaha). Menurut skala usaha sebaran pekerja adalah 62,68 persen bekerja pada usaha mikro, 21,91 persen pada usaha kecil, 5,39 persen pada usaha menengah, dan 10,02 persen pada usaha besar. Dengan distribusi seperti itu, maka tidak sulit menargetkan sekitar 15 persen pekerja yang menerima upah dari usaha menengah dan besar dalam tiga tahun pertama. Sedangkan untuk mencapai seluruh pekerja mandiri, mikro dan kecil diperlukan lima tahun.

Pulau Jawa mendominasi jumlah tempat usaha yang memiliki perusahaan sebanyak 14,5 juta (64 persen) diikuti oleh Pulau Sumatera dengan jumlah perusahaan sebanyak 4,0 juta (18 persen).

Menurut lapangan usaha, perdagangan besar dan eceran merupakan kegiatan ekonomi terbesar, mencapai 10,3 juta unit usaha (45 persen) diikuti industri pengolahan dan hotel, penginapan dan rumah makan/minum yang masing–masing mencapai 3,2 juta unit usaha (14,17 persen) dan 3,0 juta unit usaha (13,26 persen).

Dengan mempertimbangkan kemudahan dalam pengumpulan iuran dan agar peningkatan jumlah peserta jaminan kesehatan dapat terukur dari waktu ke waktu maka dibuat target perluasan kepesertaan melalui pendekatan jumlah usaha sebagai berikut:

Tabel 4.3
Target Peningkatan Peserta Jaminan Kesehatan Menurut Skala Usaha

`	Jumlah Unit Usaha	2014	2015	2016	2017	2018	2019
USAHA BESAR	45,6 ribu	20%	50%	75%	100%		
USAHA SEDANG	120,8 ribu	20%	50%	75%	100%		
USAHA KECIL	3,6 juta	10%	30%	50%	70%	100%	
USAHA MIKRO	18,9 juta	10%	25%	40%	60%	80%	100%

Sumber: Hasil diskusi dengan PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Presero)

a. Perluasan Kepesertaan di Kelompok Usaha Besar

Sensus Ekonomi yang diselenggarakan BPS menunjukkan ada sekitar 45,6 ribu[26] usaha skala besar, yang mempekerjakan sekitar 4,99 juta pekerja[27] termasuk BUMN yang berjumlah 141 buah. Jumlah pekerja tersebut merupakan jumlah yang cukup besar. Jika setiap pekerja menanggung 2,5 orang peserta berarti kepesertaan jaminan kesehatan di usaha skala besar mencapai 12,5 juta jiwa.

Perlu segera dipetakan di antara sekitar 45,6 ribu usaha skala besar dan 141 BUMN tersebut mana yang sudah menjadi peserta aktif JPK Jamsostek, mana yang sudah menjadi peserta asuransi kesehatan komersial dan mana yang menyelenggaran jaminan kesehatan sendiri (*self insurance*). Ini adalah tugas pertama BPJS Kesehatan yang dapat dilakukan sebelum tanggal 1 Januari 2014.

Undang-undang SJSN mengharuskan semua penduduk wajib menjadi peserta, maka semua pekerja di usaha besar/BUMN yang sudah dijamin dalam skema asuransi kesehatan komersial maupun *self insurance* kelak wajib mengikuti jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Apabila mereka ingin mendapatkan layanan non-medis yang lebih memuaskan, maka mereka dapat membeli asuransi kesehatan tambahan (suplemen dan atau komplemen) dengan koordinasi manfaat (*cooordinaton of benefit*). Dalam konteks ini, maka Jaminan kesehatan yang dikelola BPJS Kesehatan merupakan jaminan primer, yang menjadi penanggung terlebih dahulu. Fasilitas kesehatan mengklaim peserta yang memiliki asuransi kesehatan tambahan ke BPJS Kesehatan dulu. Sisanya diklaim kepada pemberi kerja asuransi, yang merupakan biaya tambahan non-medis atau biaya pilihan sendiri obat, yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan. Dengan mereka ikut dalam jaminan kesehatan maka terlaksana prinsip gotong royong dimana terjadi subsidi silang antara pekerja di kelompok usaha besar/BUMN dan di usaha kecil dan mikro. Yang lebih penting adalah jaminan yang diselenggarakan BPJS Kesehatan bersifat permanen seumur hidup tanpa dipengaruhi ada tidaknya kegagalan atau kebangkrutan pemberi kerja. Dengan demikian, keharusan semua pekerja menjadi peserta jaminan kesehatan adalah untuk memproteksi pekerja dan anggota keluarganya. Tidak ada jaminan bahwa pemberi kerja besar akan tetap beroperasi sepanjang usia pekerja.

Tuntutan efisiensi di setiap unit usaha menguntungkan pemberi kerja (baik usaha besar, koperasi, yayasan, maupun BUMN) karena biaya operasional BPJS

26 BPS, Ibid. Tabel 4 dan Tabel 5, p. 8-9

27 BPS, Ibid. Tabel 6, p. 10

diperkirakan tidak lebih dari 5 persen (sementara *loading factor* dalam asuransi komersial yang dibebankan kepada pemberi kerja sebagai biaya operasional dapat mencapai 30-50 persen dari premi yang dibayarkan).

Kelompok skala usaha besar yang belum menjamin pekerja dan seluruh anggota keluarganya dengan paket komprehensif menjadi prioritas pertama untuk menjadi peserta. Penegakan hukum (pemberian sanksi administratif maupun sanksi publik) dimulai sejak Maret 2014 untuk kepesertaan jaminan kesehatan pada unit usaha besar difokuskan pada pemberi kerja besar yang belum menyediakan jaminan kesehatan secara komprehensif sebagaimana dijamin dalam UU SJSN. Selama ini cukup banyak pemberi kerja besar termasuk didalamnya BUMN yang belum menjadi peserta JPK Jamsostek. Mereka pada umumnya membeli asuransi komersial atau menyelenggarakan jaminan kesehatan sendiri (*self insurance*) dengan paket manfaat yang lebih baik dari paket manfaat yang ada dalam JPK Jamsostek. Kemampuan dan kemauan pemberi kerja usaha besar (termasuk BUMN) untuk memberikan jaminan kesehatan kepada pekerjanya sudah ada. Persoalannya adalah produk (paket manfaat) yang ditawarkan dalam JPK Jamsostek dianggap tidak memenuhi kebutuhan mereka, sehingga mereka lebih memilih paket manfaat yang lebih baik. Hal ini dimungkinkan karena peraturan yang ada (UU Jamsostek) memberikan pilihan seperti itu. Dengan kondisi seperti itu maka paket manfaat JPK Jamsostek dianggap sebagai produk *inferior*. Oleh karena itu perluasan kepesertaan kepada pemberi kerja usaha besar lebih terkendala pada paket manfaatnya yang tidak sesuai dengan kebutuhan mereka.

Menghadapi kondisi tersebut maka isu pokok yang tampaknya perlu diatasi adalah mekanisme koordinasi manfaat (*coordination of benefit*), jika mereka tetap menghendaki paket manfaat yang lebih baik dari paket standar yang ditetapkan dalam jaminan kesehatan. Namun, keikutsertaan pemberi kerja dengan jumlah pekerja besar (misalnya di atas 100 pekerja) yang sudah menyediakan jaminan kesehatan yang komprehensif/setara yang dijamin JKN tidak perlu dipaksakan sejak awal. Mereka diberikan masa observasi 3-5 tahun untuk bergabung ke BPJS Kesehatan.Hal ini akan mengurangi beban manajemen BPJS sekaligus juga tidak menimbulkan kegoncangan pekerja yang sudah dijamin karena perubahan prosedur jaminan kesehatan. Pengaturan perluasan jaminan untuk orang tua atau mertua pekerja kelompok ini (yang dalam jaminan sekarang tidak dimungkinkan) perlu difasilitasi untuk menarik perpindahan jaminan ke BPJS dengan kesadaran pekerja dan pemberi kerja sendiri.

b. Perluasan Kepesertaan di Kelompok Usaha Sedang

Sensus Ekonomi yang diselenggarakan BPS menunjukkan bahwa jumlah perusahaan sedang yang ada di Indonesia berjumlah sekitar 120,8 ribu[28] dengan jumlah tenaga kerja sekitar 2,66 juta pekerja.[29] Kepesertaan JPK Jamsostek yang sekitar 2 juta pekerja (dengan sekitar 5,5 juta tertanggung) umumnya berasal dari perusahaan sedang ini. Kelompok usaha sedang pada umumnya memiliki kemauan dan kemampuan membayar iuran yang memadai, tetapi tidak mau membeli premi asuransi kesehatan komersial.

Sama seperti kelompok usaha besar, maka pemberi kerja atau pekerja yang menginginkan jaminan yang lebih memuaskan dapat membeli asuransi kesehatan komersial dengan koordinasi manfaat.

Secara hukum, setiap saat pemberi kerja di kelompok usaha sedang dapat mendaftar ke BPJS Kesehatan. Namun, penegakan sanksi dilakukan secara bertahap sejalan dengan kemampuan manajemen BPJS dan terjamin-tidaknya pekerja di kelompok ini dimulai sejak tahun 2014. Selama ini cukup banyak skala usaha sedang yang belum mendaftarkan pekerjanya dalam kepesertaan JPK Jamsostek. Kemudahan pengumpulan iuran ke kelompok ini juga relatif baik. Namun tampaknya upaya pencapaian kepesertaan di kelompok ini masih belum optimal. Oleh karena itu perlu ada upaya sungguh-sungguh, sistematis dan terukur agar pekerja yang bekerja di kelompok ini dapat segera mengikuti kepesertaan jaminan kesehatan.

Perlu segera difasilitasi untuk memperluas cakupan kepada orang tua/mertua pekerja sebagai suatu konsep *extended family* untuk mempercepat pencapaian cakupan universal. Pekerja memberikan otorisasi kepada pemberi kerja untuk menarik iuran tambahan dari upahnya untuk menanggung orang tua atau mertuanya.

c. Perluasan Kepesertaan Pekerja di Usaha Kecil, Mikro dan Pekerja Mandiri

Data Sensus Ekonomi yang diselenggarakan BPS menunjukkan bahwa jumlah usaha kecil yang ada di Indonesia berjumlah sekitar 3,6 juta[30] dengan jumlah tenaga kerja sekitar 9,27 juta pekerja[31]. Sedangkan jumlah pemberi kerja mikro sebanyak 18,95 juta dengan jumlah pekerja sekitar 21,6 juta orang.

28 BPS, Ibid. Tabel 4 dan Tabel 5, p. 8-9

29 BPS, Ibid. Tabel 6, p. 10

30 BPS, *Ibid*. Tabel 4 dan Tabel 5, p. 8-9

31 BPS, *Ibid*. Tabel 6, p. 10

Kelompok usaha kecil dan mikro diperkirakan memiliki kemampuan dan kemauan membayar iuran yang tidak sebesar kelompok usaha sedang dan besar. Karena jumlah pemberi kerjanya banyak sementara jumlah pekerja masing-masing unit usaha sedikit maka pengorganisasi kepesertaan juga lebih kompleks. Hampir separuh dari pemberi kerja tersebut tidak memiliki tempat permanen. Data dari Sensus Ekonomi BPS menunjukkan bahwa sekitar 9,8 juta unit usaha atau 43,03 persen dari unit usaha tidak memiliki tempat usaha yang permanen. Tanpa tempat usaha yang permanen maka pengorganisasian pendaftaran peserta, distribusi kartu dan pengumpulan iuran rutin menjadi tantangan besar bagi BPJS.

Oleh karena penanganannya yang kompleks maka target pencapaian kepesertaan jaminan kesehatan memerlukan waktu yang lebih lama. Tabel 4.3 memperlihatkan indikasi pencapaian target kepesertaan untuk kelompok pemberi kerja kecil dan mikro yang diperkirakan akan dicapai seluruhnya di tahun 2019.

Kegiatan sosialisasi untuk kelompok pemberi kerja kecil dan mikro memerlukan strategi yang berbeda dibanding dengan sosialisasi untuk kelompok usaha sedang dan besar. Oleh karena itu perlu dirancang secara matang tentang strategi dan materi sosilisasi jaminan kesehatan ke kelompok ini. Kegiatan sosialisasi dapat bervariasi dari penyebaran informasi tertulis ke pemberi kerja, pertemuan sosialisasi dengan perwakilan pemberi kerja sampai iklan yang bersifat umum di radio, televisi, dan media cetak. Target kegiatan sosialisasi ini adalah sasaran memahami tentang jaminan kesehatan, mendaftarkan diri, dan membayar iuran secara teratur.

Namun karena kempuan finansial pekerja di kelompok ini relatif rendah dan tiadanya tempat kerja permanen maka dapat dipertimbangkan agar mereka masuk kelompok PBI, sebagaimana dilakukan di Thailand. Nanti pada tahap akhir, setelah mereka memahami manfaat menjadi peserta, mereka diminta untuk membayar iuran secara reguler.

Secara hukum, setiap saat pemberi kerja dan pekerja di kelompok usaha kecil dan mikro dapat mendaftar ke BPJS Kesehatan. Namun penegakan hukum bagi pemberi kerja yang belum mendaftarkan pekerjanya dilakukan pada tahun ke tiga sampai ke lima. Pencapaian kepesertaan di kelompok ini merupakan yang paling sulit kedua setelah pekerja perorangan yang tidak tergolong kelompok penerima bantuan iuran. Jumlah pekerja per unit usaha sedikit, sistem administrasi lemah, pembayaran pajak (PPh) belum berjalan baik, dan kemampuan keuangan masih kecil. Sebagian usaha di kelompok ini tidak menempati lokasi permanen. Hubungan kerja antara pekerja dan pemberi kerja tidak dalam ikatan hubungan kerja yang formal dengan suatu perjanjian. Upah atau penghasilan mereka umumnya juga

rendah. Pemahaman mereka terhadap jaminan kesehatan juga belum memadai. Dengan kondisi seperti itu maka upaya pencapaian kepesertaan di kelompok ini menjadi sulit. pembayaran iuran secara rutin diperkirakan sangat sulit. Oleh karena itu upaya perluasan kepesertaan jaminan kesehatan perlu upaya yang sungguh-sungguh dengan penegakan hukum dilakukan pada tahap akhir cakupan universal.

Karakteristik pekerja mandiri yang bukan penerima upah umumnya adalah pekerja rumah tangga seperti pedagang, petani mandiri, pekerja bebas dengan komisi, dan lain-lain yang umumnya tanpa organisasi formal. Mereka mendapatkan penghasilan dari selisih penerimaan mereka dan beban biaya produksi yang tidak standar. Dalam usaha formal, mereka menggunakan laba/*surplus* sebagai penghasilan mereka, sehingga jumlah dan periode penerimaannya tidak tetap. Dengan mempertimbangkan cukup sulitnya pengumpulan iuran dan pencapaian kepesertaan di kelompok ini maka yang lazim dijalankan di banyak negara adalah dengan pemberian subsidi iuran dari pemerintah kepada kelompok ini. Cakupan Jamkesmas/ Jamkesda atau peserta PBI perlu diperluas, tidak hanya penduduk miskin dan tidak mampu yang terdaftar dalam data PPLS tetapi juga mencakup pekerja mandiri yang tidak menerima upah. Beberapa daerah yang memiliki kapasitas fiskal tinggi dapat memperluas cakupan kepesertaan PBI kepada kelompok ini dimana Pemda secara sukarela memberi subsidi iuran penuh. Besaran iuran adalah nominal tertentu yang sama dengan besaran iuran untuk PBI.

Secara UU karena kepesertaan jaminan sosial (termasuk jaminan kesehatan) bersifat wajib maka setiap pemberi kerja wajib mendaftarkan seluruh tenaga kerjanya kepada BPJS. Oleh karena itu perlu ada upaya aktif dari BPJS untuk memantau, melakukan inspeksi, memberi surat peringatan, dan memberi sanksi jika pada gilirannya ada pemberi kerja yang tidak mendaftarkan pekerjanya dengan seluruh anggota keluarganya.

Upaya pengembangan jaminan sosial, termasuk di dalamnya jaminan kesehatan, memang perlu waktu yang cukup panjang. Pengalaman beberapa negara menunjukkan hal tersebut[32]. Namun, jika diperhatikan pengalaman Indonesia, sesungguhnya waktu yang telah dihabiskan sudah melebihi 43 tahun sejak pertama kali asuransi sosial dijalankan untuk pegawai negeri pada tahun 1968. Oleh karenanya, percepatan perluasan mencapai cakupan universal harus dilakukan dalam kurun waktu kurang dari 10 tahun sejak 2012.

32 Pengalaman negara-negara seperti Filipina, Jepang, Jerman, Korea Selatan menunjukkan tentang lamanya proses mengembangkan jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan. *(Draft Naskah Akademik SJSN Versi 23-1-2004 Tim SJSN (ke-enam)*

G. STRATEGI PERLUASAN KEPESERTAAN

Agar seluruh penduduk terjamin, maka pengelolaan jaminan kesehatan dilakukan melalui beberapa strategi sebagai berikut:

1. **Stategi Pengelompokan Sasaran kepesertaan.** Pencapaian kepesertaan menyeluruh jaminan kesehatan dilakukan secara bertahap. Kelompok sasaran yang sudah tercakup jaminan kesehatan sementara dibiarkan mendapat jaminan dari badan lain, selain BPJS Kesehatan, atau dari pemberi kerja sendiri. Fokus pada tahap awal adalah perluasan kepesertaan kepada penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan. Mereka adalah pekerja yang jumlahnya sangat besar yang tersebar di berbagai kelompok usaha baik usaha besar, menengah, kecil maupun mikro. Mengingat karakteristik kelompok usaha besar dan sedang berbeda dengan kelompok usaha kecil dan mikro, maka untuk mempermudah perlu ada pengelompokan yaitu (a) kelompok usaha besar, (b) usaha sedang dan (c) usaha kecil/mikro. Strategi perluasan dimulai dari usaha besar, sedang, dan terakhir pemberi kerja mikro.

   Pengelompokan sasaran juga dapat dilakukan melalui pendekatan komunitas. Beberapa kelompok komunitas yang potensial yang dapat menjadi perantara atau pengumpul iuran adalah kelompok tani dan kelompok nelayan. Kelompok ini banyak juga yang tergolong penerima Jamkesmas pada masa kini. Pendekatan komunitas juga dapat dilakukan melalui berbagai organisasi sosial-keagamaan seperti NU, Muhammadiyah, pesantren, gereja dan kelompok keagamaan lainnya.

2. **Strategi Kewilayahan**. Penduduk Indonesia tinggal di daerah yang sangat luas di 33 provinsi, 497 kabupaten/kota, 6.652 kecamatan dan 77.012 desa/kelurahan.[33]. Sebagian dari mereka tinggal di pedalaman atau di pulau kecil yang sulit dijangkau dengan transportasi rutin. Masing-masing wilayah memiliki karakteristik tersendiri baik dilihat dari aspek demografi, budaya, ekonomi, transportasi maupun fasilitas kesehatan. Aspek-aspek tersebut turut berpengaruh terhadap pencapaian kepesertaan menyeluruh. Di sisi lain juga disadari bahwa sebagian besar daerah (provinsi dan kabupaten/kota) sudah memiliki program jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Beberapa daerah sudah menyatakan mencapai kepesertaan menyeluruh (*universal coverage*). Keluasan wilayah, keragaman karakteristik serta keberadaan Jamkesda tersebut perlu stratifikasi perluasan kepesertaan dengan mempertimbangkan juga strategi kewilayahan. Sejak sekarang tim di BPJS harus telah mempersiapkan diri melakukan pemetaan dan penyusunan strategi perluasan dengan mengkombinasikan beberapa strategi dan dimulai dengan memilih strategi yang paling *cost-effective*.

.....

33 Badan Pusat Statistik (BPS), *Op. Cit.*, Tabel 1.3 p.5

3. **Strategi Keterpaduan Antar Instansi**. Kepesertaan menyeluruh jaminan kesehatan merupakan pekerjaan besar yang melibatkan banyak instansi baik secara vertikal maupun horisontal. Oleh karena itu perlu ada upaya yang terus menerus untuk melakukan koordinasi dengan instansi-instansi terkait. Perlu diupayakan agar masing-masing instansi terkait baik di tingkat pusat maupun di daerah melakukan perannya sesuai tugas pokok dan fungsinya masing-masing. Misalnya, Kementerian Tenaga Kerja dan Dinas Tenaga Kerja berperan mensosialisasikan terus menerus tentang jaminan kesehatan kepada seluruh pemberi kerja dan pekerja. Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan memantau dan mengorganisir upaya-upaya peningkatan kualitas layanan kesehatan, membantu mengisi kekosongan tenaga maupun bahan-bahan medis serta obat agar penduduk di daerahnya mendapat jaminan kesehatan dengan kualitas yang baik.

Dengan tiga strategi sebagaimana diuraikan diatas diharapkan kepesertaan menyeluruh jaminan kesehatan SJSN dapat dicapai pada tahun 2019.

H. LANGKAH-LANGKAH YANG PERLU DILAKUKAN

Kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan dari aspek kepesertaan di antaranya adalah sebagai berikut:

1. **Unifikasi/sinkronisasi data kepesertaan jaminan kesehatan, dengan data kependudukan**. Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang sedang dikembangkan Ditjen Adminduk harus dijadikan nomor unik setiap peserta seperti halnya Nomor Jaminan Sosial (*Social Security Number*) digunakan untuk berbagai layanan warga negara di Amerika Serikat. Pengkinian data kepesertaan tentang tempat kerja, pemberi kerja, dan besaran gaji dilakukan secara terus-menerus dengan cara semudah mungkin. Ketentuan NIK sudah diantisipasi dalam UU SJSN Pasal 15 ayat (1) UU SJSN yang menyatakan "*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Wajib memberikan nomor idntitas tunggal kepada setiap peserta dan anggota keluarganya*". Ketika UU SJSN disusun, RUU Adminduk sedang dipersiapkan dan telah diantisipasi akan mengeluarkan NIK. Oleh karena itu, BPJS tidak perlu lagi menyusun nomor identitas tunggal yang lain, cukup menggunakan NIK.

   Pertambahan penduduk dari kelahiran yang diperkirakan berkisar antara 3-4 juta jiwa setiap tahun, harus segera terdaftar dalam data kepesertaan di BPJS. Karena proses persalinan di fasilitas kesehatan dijamin oleh BPJS, maka proses pengkinian data dapat dilakukan dengan mudah. Demikian juga kematian (penghentian kepesertaan) dapat dengan mudah direkam oleh BPJS karena setiap pengobatan/perawatan di fasilitas kesehatan yang berakhir dengan kematian akan diklaim ke BPJS. Dengan jumlah penduduk sekitar seperempat milyar, maka BPJS harus memiliki sistem informasi elektronik yang handal dan terpercaya.

Setiap peserta yang telah didaftarkan atau mendaftarkan diri, termasuk anggota keluarganya, kantor cabang BPJS akan memberikan identitas BPJS yang merupakan kartu identitas yang diperlukan untuk mendapatkan hak manfaat. BPJS harus mengembangkan sistem informasi, prosedur, dan gerai layanan dimana peserta dapat dengan mudah dan cepat mendapatkan kartu peserta. Kartu peserta yang dicetak dan dibagikan kemudian akan menyulitkan dan menimbulkan salah distribusi. Kini teknologi telah memungkinkan setiap orang mendapat kartu elektronik yang instan dan berisi NIK. Sementara informasi lengkap peserta untuk tiap NIK dapat ditempatkan pada *cloud* yang dapat diakses kantor cabang BPJS, gerai BPJS, dan fasilitas kesehatan dalam rangka melayani peserta.

Harus disepakati semua pihak bahwa NIK adalah nomor tunggal yang akan digunakan dalam SJSN. Beberapa negara menggunakan istilah yang berbeda antara lain: *Social Security Number (SSN), National Identity Number (NIN),* dan *Personal Identification Number (PIN)*.

Pada tahap awal unifikasi tersebut dilakukan antara data kepesertaan jaminan kesehatan Askes dengan Jamsostek. Sementara data peserta Jamkesmas dan sebagian besar Jamkesda telah ada di dalam sistem informasi PT Askes. Dengan demikian, tidak terlalu sulit untuk menambahkan satu *field* NIK sebagai *key variable* yang akan digunakan sebagai dasar identitas peserta SJSN di fasilitas kesehatan, kantor pemerintahan, maupun di berbagai tempat layanan publik. Dalam masa lima tahun ke depan, BPJS Kesehatan akan memiliki data yang paling terkini (*up to date*) karena semua proses mutasi kependudukan dapat lebih mudah dan lebih instan tercatat dalam BPJS Kesehatan ketika klaim berobat (mencakup kelahiran, kematian dan pindah alamat) diajukan lebih sering daripada perubahan data kependudukan di kantor pemerintahan. Sebab, setiap orang bisa berobat beberapa kali dalam setahun, dan karenanya pengkinian data dapat dilakukan. Kuncinya adalah meletakkan informasi peserta dengan NIK sebagai variabel kunci dalam *cloud*.

2. **Pemetaan pemberi kerja sebagai sasaran kepesertaan jaminan kesehatan. Pemetaan ini baik menurut wilayah, sektor dan besar kecilnya usaha pemberi kerja**. Sebagaimana diuraikan di atas bahwa cakupan kepesertaan jaminan kesehatan di kalangan pekerja swasta masih sangat rendah. Demikian pula pekerja mandiri yang menjadi peserta jaminan kesehatan juga masih sangat sedikit. Oleh karena itu perlu ada upaya yang sungguh-sungguh untuk memperluas kepesertaan jaminan kesehatan di kelompok tersebut.

   Perluasan kepesertaan jaminan kesehatan di kelompok ini bisa dilakukan jika diketahui secara persis nama, alamat dan kondisi pemberi kerja yang ada termasuk

berapa pekerja yang bekerja di pemberi kerja tersebut. Selama ini data pemberi kerja belum sinkron antara satu sumber dengan sumber lain. BPS memiliki daftar pemberi kerja sebagai hasil Sensus Ekonomi 2006. Kementerian Perdagangan semestinya juga memiliki data pemberi kerja karena institusi tersebut yang mengeluarkan TDP (Tanda Daftar Pemberi Kerja). Demikian pula Kementerian Hukum dan HAM juga memiliki daftar tersebut karena pengesahan badan hukum melalui institusi tersebut. Direktorat Jenderal Pajak juga memiliki data pemberi kerja yang menjadi wajib pajak. PT Jamsostek (Persero) juga memiliki nama dan alamat pemberi kerja, tetapi khusus pemberi kerja yang menjadi peserta. Perbedaan data tersebut dapat difahami karena masing-masing kantor tidak bisa memantau pengkinian data, karena tidak terjadi transaksi rutin. Data di bank akan lebih akurat daripada data di kantor pemerintahan tersebut, kecuali mungkin di Kantor Pajak dimana transaksi pembayaran pajak berlangsung bulanan.

Kunci keberhasilan pemetaan adalah disiplin petugas di BPJS. BPJS akan menerima pembayaran iuran oleh pemberi kerja setiap bulan (dari hasil potong upah). Jika setiap penerimaan iuran dicek keakuratan alamat pemberi kerja, maka alamat dan jumlahnya akan lebih akurat. Begitu juga jumlah pekerja dan anggota keluarganya yang dibayarkan iurannya melalui pemberi kerja, maka akan terdata besaran pemberi kerja berdasarkan jumlah pekerja aktif dari waktu ke waktu.

Pemetaan tersebut dapat dilakukan menurut wilayah (provinsi dan kabupaten/kota) sehingga memudahkan bagi kantor cabang BPJS untuk menetapkan target kepesertaan. Pemetaan juga dapat dilakukan melalui jenis usaha dan jumlah pekerjanya sehingga dapat memudahkan untuk membuat pengelompokan target kepesertaan.

3. **Sosialisasi dan Advokasi Jaminan Kesehatan** selama proses penyusunan peraturan pelaksanaan dan selama proses pendaftaran dan pelayanan peserta.
4. **Pelaksanaan kegiatan manajemen kepesertaan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan**, di antaranya termasuk (a) Pembuatan Sistem dan Prosedur Kepesertaan dan Iuran (dari Pendaftaran Peserta, Pengelolaan Data Peserta sampai Penerbitan Kartu Peserta) ; (b) Pembuatan SOP Penerimaan dan Pengelolaan Iuran dan sebagainya; (c) Pendataan dan Pendaftaran Peserta; (d) Sosialisasi dan Implementasi NIK dalam data kepesertaan dan sebagainya;
5. **Pengukuran kepuasan peserta (*customer satisfaction measurement*)** perlu dilakukan terus menerus secara konsisten dan valid paling tidak setiap enam bulan.

Rincian kegiatan yang perlu dilakukan dari aspek kepesertaan dapat dilihat pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4
Matrik Kegiatan Aspek Kepesertaan

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
II.	ASPEK KEPESERTAAN										
A.	PENGALIHAN DAN INTEGRASI KEPESERTAAN										
1	Pengalihan Peserta JPK Jamsostek ke BPJS Kesehatan	X	X	Jan						PT ASKES	PT JAMSOSTEK, DJSN
2	Pengalihan Peserta Jamkesmas ke BPJS Kesehatan	X	X	Jan						PT ASKES	KEMENKES, DJSN
3	Pengalihan Anggota TNI/Polri ke BPJS Kesehatan		X	Jan						PT ASKES	KEMENHAN, DJSN
4	Integrasi Peserta Jamkesda/PJKMU ke BPJS Kesehatan			X	X	X				PT ASKES	PEMDA, DJSN
B	PERLUASAN KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN										
1	Target Perluasan Kepesertaan di Usaha Besar			20 persen	50 persen	75 persen	100 persen			BPJS KESEHATAN	
2	Target Perluasan Kepesertaan di Usaha Sedang			20 persen	50 persen	75 persen	100 persen			BPJS KESEHATAN	
3	Target Perluasan Kepesertaan di Usaha Kecil			10 persen	30 persen	50 persen	70 persen	100 persen		BPJS KESEHATAN	
4	Target Perluasan Kepesertaan di Usaha Mikro			10 persen	25 persen	40 persen	60 persen	80 persen	100 persen	BPJS KESEHATAN	
C	PENYUSUNAN SISTEM DAN PROSEDUR KEPESERTAAN										
1	Sisdur Kepesertaan dan Pengumpulan Iuran	X	X							PT ASKES (Persero)	DJSN, KEMENKES
D	KEGIATAN PENDUKUNG DAN PENGEMBANGAN										
1	Sosialisasi dan Implementasi NIK dalam Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan		Nop	X	X	X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	ADMINDUK, P2JK, PT ASKES, PT JAMSOSTEK, BPS, DJSN
2	Pemetaan Perusahaan sebagai Sasaran Kepesertaan Jaminan Kesehatan		X	X						PT ASKES (Persero)	BPS, KEMENAKERTRANS, DITJEN PAJAK, KEMENPERDAG, PT JAMSOSTEK, KADIN, APINDO

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
3	Pemetaan pekerja sebagai Sasaran Kepesertaan Jaminan Kesehatan			X	X					PT ASKES DAN DJSN	BPS, KEMENAKERTRANS, PT JAMSOSTEK
4	Penyiapan Bahan serta Strategi Sosialisasi dan Advokasi	X	X							PT ASKES (Persero)	DJSN, KEMENKES, KOMINFO
5	Sosialisasi (KIE) dan Advokasi tentang Jaminan Kesehatan	X	X	X	X	X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	KOMINFO, KEMENKES, DJSN
6	Kajian Perluasan Kepesertaan Jaminan Kesehatan di Pekerja di Luar Hubungan Kerja (Pekerja Informal)				X					KEMENAKERTRANS, DJSN	PT JAMSOSTEK, KEMENSOS, BPJS KESEHATAN
7	Monitoring Kesiapan Daerah Terhadap Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	X								DJSN	P2JK, BPJS KESEHATAN
8	Penyiapan Sistem Penanganan Komplain/Keluhan Peserta (*grievances procedure*)			X	X					DJSN	BPJS KESEHATAN
9	Pengukuran Kepuasan Peserta (*customer satisfaction measurement*)				X		X		X	DJSN	BPJS KESEHATAN
10	Kajian Perkembangan Penerima PBI termasuk didalamnya *inclusion-exclusion error* dan Pengalihan secara Bertahap dari Kepesertaan PBI ke Non PBI				X		X		X	KEMENKES	DJSN, KEMENKEU, Bappenas, BPS

ASPEK MANFAAT DAN IURAN

5

ASPEK MANFAAT DAN IURAN

	Manfaat bervariasi Belum komprehensif sesuai kebutuhan medis	Manfaat standar Komprehensif sesuai kebutuhan medis Berbeda non medis
	Iuran Bervariasi	**Iuran :** Masih berbeda PBI dan Non PBI

TAHUN	2012	2013	2014
	Konsensus paket manfaat		
		Penetapan paket manfaat dalam Perpres JK, termasuk koordinasi manfaat	

KEGIATAN-KEGIATAN

Manfaat sama untuk semua penduduk

2015 ▶ 2016 ▶ 2017 ▶ 2018 ▶ 2019

Penyesuaian Perpres JK

Penyesuaian Perpres JK

Kajian berkala tahunan tentang upah, iuran, efektifitas manfaat, dan pembayaran antar wilayah

Telaah utilisasi kontinu untuk menjamin efisiensi, menurunkan *moral hazard*, dan kepuasan peserta dan tenaga / fasilitas kesehatan

A. KONDISI SAAT INI

Meskipun Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional sudah mengatur prinsip manfaat dan iuran, namun penyelenggaraan jaminan nasional, termasuk didalamnya jaminan kesehatan, masih belum banyak berubah. Penyelenggaran jaminan kesehatan masih sangat bervariasi antara satu penyelenggara dengan penyelenggara lainnya. Variasi tersebut terjadi baik dalam cakupan paket manfaat, fasilitas kesehatan yang digunakan, mekanisme pembayaran kepada fasilitas kesehatan, sistem dan besaran iuran maupun prinsip pengelolaanya.

1. PAKET MANFAAT

Paket manfaat yang dijamin oleh berbagai penyelenggara jaminan kesehatan bervariasi dari yang hanya kuratif dan rehabilitatif di Puskesmas sampai yang bersifat komprehensif mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Pelayanan yang tidak dijamin (*exclusion of benefit*) dan pelayanan yang dibatasi (*limitation benefit*) juga berbeda-beda. Demikian pula pelayanan yang harus bayar sebagian *cost sharing* atau yang mengharuskan membayar selisih tagihan, (*excess claim*) juga berbeda-beda

Paket manfaat yang dijamin dalam program JPK Jamsostek berbeda dengan paket manfaat yang dijamin dalam program Askes PT Askes. Paket manfaat yang dijamin oleh PT Jamsostek juga berbeda dengan paket manfaat yang dicakup dalam Program Jamkesmas. Paket manfaat yang dijamin dalam program Jamkesda juga berbeda dengan paket manfaat Askes, paket manfaat JPK Jamsostek dan paket manfaat program Jamkesmas. Bahkan banyak perbedaan antara program Jamkesda yang satu dengan Jamkesda lainnya.

Dalam Tabel 5.1 tampak adanya variasi paket manfaat dari masing-masing jenis program jaminan kesehatan yang diteliti. Variasi tersebut antara lain jaminan pengobatan untuk penyakit-penyakit katastropik seperti hemodalisis, operasi jantung, kanker dan lain-lain. Program Jamkesmas menjamin penyakit-penyakit tersebut. Program Jamkesda di beberapa daerah tidak secara eksplisit menyatakan menanggung peyakit-penyakit katastropik, namun karena pada umumnya program Jamkesda mengacu pada program Jamkesmas, maka dapat dikatakan bahwa program Jamkesda juga menanganggung penyakit-penyakit katastropik. Program Askes PNS menanggung penyakit-penyakit katastropik namun di masa lalu peserta harus bayar

selisih tarif (*excess claim)* yang besarnya cukup besar. Program JPK Jamsostek baru tahun 2012 menjamin pengobatan penyakit-penyakit katastropik. Untuk rawat inap tingkat lanjutan (RITL) paket manfaat JPK Jamsostek membatasi maksimum 60 hari per tahun per peserta.

Perbedaan manfaat untuk penyakit-penyakit katastropik tersebut perlu diperhatikan karena justru penyakit-penyakit itulah yang secara finansial memberatkan peserta dan karena itu UU SJSN secara eksplisit menetapkan menjamin paket pengobatan operasi jantung dan hemodialisa.

Tabel 5.1
Variasi Paket Manfaat Program JaminanKesehatanSosial di Indonesia

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

Sumber: Thabrany, H; Hidayat, B; Mundiharno; et.al., Laporan Akhir Kajian Program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, TNP2K Sekretariat Wakil Presiden, Jakarta, 2010

Dengan demikian jelas bahwa jaminan kesehatan yang ada belum menjamin terjadinya prinsip ekuitas sebagaimana dimaksudkan dalam UU SJSN yang menghendaki adanya kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkan peserta atau untuk peserta.

Paket manfaat yang sangat beragam tersebut perlu disesuaikan dengan paket manfaat yang sesuai dengan amanat UU SJSN dan dirumuskan dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.

2. VARIASI IURAN

Iuran jaminan kesehatan yang ada berbeda-beda, tidak saja dalam besaran iurannya tetapi juga dalam sistem pembayaran iurannya. Program JPK Jamsostek dan Askes wajib menggunakan persentase dari upah/gaji. Namun berbeda dalam hal yang membayar iuran, pembayar iuran JPK Jamsostek hanya pemberi kerja. Sedangkan pembayar iuran Askes Wajib adalah patungan antara pemberi kerja (pemerintah) dan pekerja (PNS). Program Jamkesmas mendapat anggaran pemerintah yang belum berbentuk bantuan iuran sebagaimana amanat UU SJSN. Mekanismenya lebih pada bantuan sosial, bukan asuransi sosial. Demikian pula program Jamkesda yang seluruhnya dibiayai oleh pemerintah daerah melalui mekanisme bantuan sosial.

Besaran (nominal) iuran yang berbeda dan dikelola oleh badan atau instansi yang berbeda memaksa perbedaan layanan yang dijamin. Dalam rangka memenuhi perintah UUD 1945, UU SJSN menetapkan iuran yang sama-sama ditanggung oleh pemberi kerja dan pekerja, kecuali bagi penduduk miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh Pemerintah. Ketentuan rinci pengaturan UU SJSN harus dituangkan dalam suatu Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.

B. KONDISI YANG AKAN DICAPAI

Penyelenggaraan jaminan kesehatan yang akan dicapai adalah penyelenggaraan jaminan kesehatan berdasarkan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang rinciannya diatur dalam Peraturan Pemerintah tentang Penerima Bantuan Iuran dan Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.

1. PAKET MANFAAT

Paket manfaat (*benefit package*) atau layanan kesehatan yang dijamin dirumuskan dalam UU SJSN sebagai berikut:

a. **Paket pelayanan kesehatan yang dijamin adalah pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis yang komprehensif mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang**

diperlukan. Pasal 22 ayat 1 UU SJSN menyatakan, "*Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan*".

b. Urun biaya (*cost sharing*) dibebankan hanya untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan (*moral hazard*). Pasal 22 ayat 2 UU SJSN menyatakan "*Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya*".

Penjelasan lebih lanjut dari paket manfaat dalam jaminan kesehatan dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Sesuai dengan prinsip asuransi sosial, layanan kesehatan yang dijamin adalah dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan setiap peserta. Kebutuhan dasar kesehatan adalah segala pelayanan yang oleh dokter dinilai perlu diberikan, termasuk operasi jantung dan perawatan intensif, tanpa ada batas lamanya layanan. Hal ini menimbulkan kekhawatiran besarnya biaya yang dibutuhkan. Untuk itu, UU SJSN telah merumuskan upaya meningkatkan efektifitas dan efisiensi dengan upaya pengendalian mutu, pembiayaan yang optimal, serta cara pembayaran prospektif yang sangat mengurangi *moral hazard* oleh fasilitas kesehatan.

b. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan individual yang luas mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan promotif-preventif yang penerimanya kelompok masyarakat tetap menjadi kewajiban Pemerintah/Pemda melalui Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan.

c. Paket jaminan harus memadai dan dirasakan manfaatnya dalam rangka menjamin kesinambungan program dan kepuasan peserta agar secara rutin membayar iuran tiap bulan. Standar pelayanan disesuaikan dengan kemajuan teknologi medis dan farmasi yang disesuaikan dengan kemampuan keuangan BPJS (iuran yang terkumpul).

d. Pemeriksaan deteksi dini (*screening*) terhadap penyakit/kondisi tertentu seperti kanker rahim dengan *pap smear*, potensi penyakit akibat kerja dan lain-lain diberikan secara berkala kepada peserta yang memenuhi kriteria tertentu sesuai dengan kemampuan keuangan BPJS.

e. Standar pelayanan medik termasuk standar manajemen pelayanan medik serta obat perlu diatur lebih lanjut oleh Kementerian Kesehatan.[1]

1 Tim SJSN, Kantor Wakil Presiden. Draft Naskah Akademik Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Rincian tentang paket manfaat pelayanan kesehatan dan urun biaya diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden (Perpres). Perlu ada sinkronisasi dan penjabaran lebih lanjut tentang paket manfaat yang dijamin dan tidak dijamin dalam program jaminan kesehatan nasional.

Terkait dengan paket manfaat jaminan kesehatan telah disepakati dalam rapat bersama Kemenkes-DJSN dan Kementerian lain pada tanggal 30 Maret 2012 bahwa **semua layanan yang mempunyai indikasi medis** dijamin. Disepakati juga bahwa untuk tahap awal, selama besaran iuran belum sama, maka layanan non-medis berupa tempat perawatan dan kelas perawatan masih dimungkinkan berbeda. Penerima Bantuan Iuran (PBI) berhak mendapat manfaat rawat inap ke kelas III sedangkan yang membayar iuran dirawat dikelas II atau kelas I, tergantung besaran upah atau golongan pangkat pegawai negeri.

Ke depan (tahun 2019 keatas) paket manfaat jaminan kesehatan diupayakan sama untuk semua peserta, baik manfaat medis maupun non medis (kelas perawatan). Dengan demikian diharapkan setelah 2019 tidak ada pembedaan paket manfaat, baik medis maupun non medis untuk peserta PBI dan Non PBI. Kelas perawatan yang dituju adalah kelas I (satu kamar 3 orang) atau setidak-tidaknya kelas II.

2. IURAN

Besaran iuran merupakan kunci dari kesinambungan, kualitas Jaminan Kesehatan, dampak terhadap pemiskinan baru, dan peningkatan produktifitas penduduk. Apabila iuran ditetapkan tanpa perhitungan yang matang, atau hanya dengan kesepakatan, maka terdapat ancaman BPJS tidak mampu membayar fasilitas kesehatan, jaminan tidak tersedia, dan rakyat tidak percaya lagi kepada negara. Hal ini harus dicegah dengan mengumpulkan iuran yang mecukupi (prinsip *adequacy* dalam asuransi).

Besaran iuran harus: (1) cukup untuk membayar layanan kesehatan dengan kualitas baik, (2) cukup untuk mendanai operasional BPJS dengan kualitas baik dengan harga keekonomian yang layak, (3) tersedia dana cadangan teknis jika sewaktu-waktu terjadi klaim yang tinggi, (3) tersedia dana pengembangan program, riset operasional, atau pengobatan baru.

Semua pengiur tidak perlu khawatir jika seandainya iuran terlalu tinggi sehingga terjadi kelebihan dana (surplus) karena prinsip nirlaba BPJS akan meluncurkan surplus untuk

(SJSN) Versi 23-1-2004 Tim SJSN (ke-enam), Jakarta, p. 61

tahun-tahun berikutnya. Jika dana cadangan dari akumulasi surplus besar sekali, cukup mendanai klaim selama 5 (lima) tahun, maka BPJS sudah sangat kuat dan besaran iuran dapat diturunkan. Sebaliknya, jika ternyata dalam tahun-tahun pertama besaran iuran tidak memadai, maka seluruh peserta dan pemberi kerja harus siap untuk menambah iuran. Sudah barang tentu, pekerja dan atau pemberi kerja memiliki hak untuk memantau dan mengetahui kondisi keuangan BPJS yang memang harus dikelola secara transparan.

Tidak ada alasan untuk mengkhawatirkan bahwa jika ada surplus, dana tersebut dibagikan sebagai dividen atau diambil Pemerintah atau pihak lain. Dana yang terkumpul dan akumulasi surplus atau hasil investasi adalah Dana Amanat, yang tidak boleh digunakan oleh BPJS atau pihak lain kecuali untuk membayar layanan kesehatan yang digunakan oleh peserta.

Berkaitan dengan iuran jaminan kesehatan, UU SJSN mengatur sebagai berikut:

a. Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu (Pasal 17 ayat 1).
b. Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara berkala (Pasal 17 ayat 2).
c. Besarnya iuran ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak (Pasal 17 ayat 3).
d. Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah. (Pasal 17 ayat 4)
e. Besarnya jaminan kesehatan untuk peserta penerima upah ditentukan berdasarkan persentase dari upah sampai batas tertentu, yang secara bertahap ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja. (Pasal 27 ayat 1). Penetapan upah berdasarkan persentase sesuai dengan prinsip gotong royong. Prinsip kegotong-royongan dalam ketentuan ini adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya berobat bagi semua peserta, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji/upah, atau penghasilannya.
f. Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta yang tidak menerima upah ditentukan berdasarkan nominal yang ditinjau secara berkala. (Pasal 27 ayat 2). Penjelasan Pasal ayat 2 menyatakan bahwa yang dimaksud pembayaran iuran secara berkala dalam ketentuan ini adalah pembayaran setiap bulan.

g. Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk penerima bantuan iuran ditentukan berdasarkan nominal yang ditetapkan secara berkala. (Pasal 27 ayat 3)

h. Batas upah ditinjau secara berkala (Pasal 27 ayat 4)

i. Pekerja yang memiliki anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang dan ingin mengikut-sertakan anggota keluarga yang lain wajib membayar tambahan iuran (Pasal 28 ayat 1)

Ketentuan lebih lanjut tentang iuran jaminan kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.

Dalam rangka menghitung besaran iuran dan paket manfaat jaminan kesehatan telah dilakukan studi yang dapat dijadikan salah satu dasar dalam menetapkan besaran iuran jaminan kesehatan.

Tim ahli Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Universitas Indonesia, Universitas lain, Bank Dunia, tim Askes, tim Jamsostek, dan Tim Nasional Percepatan dan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) telah melakukan kajian ilmiah kecukupan iuran. Hasil perhitungan itu diadopsi oleh DJSN untuk mengusulkan besaran iuran sementara yang harus dibayar Pemerintah untuk penduduk miskin dan tidak mampu adalah Rp 27.000 per orang per bulan. Besaran iuran ini masih mempertimbangkan RS milik pemerintah masih mendapat dana APBN/APBD. Sedangkan besaran iuran untuk pekerja penerima upah berkisar antara 5-6% dari upah (*take home income*). Porsi iuran pekerja dan pemberi kerja diusulkan antara 2-3% pekerja dan 3-4% pemberi kerja. Dengan kontribusi iuran oleh pekerja, maka diharapkan pekerja memiliki daya kontrol kepada BPJS. Besaran iuran nominal bagi pekerja bukan penerima upah diperhitungkan sama dengan rata-rata besaran iuran per orang per bulan yang diterima dari 5-6% upah sebulan. Besaran iuran tambahan per orang bagi pekerja yang memiliki anak lebih dari tiga orang dan atau ingin menjamin orang tua, mertua atau sanak-famili lainnya (peserta sponsor) adalah 1% dari upah per orang per bulan. Iuran ini hanya menjadi beban pekerja.

Dengan demikian terjadi sistem yang berkeadilan dimana semua penduduk bertanggung-jawab atas dirinya dengan mengiur yang porsinya terhadap penghasilan relatif sama. Yang berpenghasilan rendah mengiur dengan nilai nominal lebih kecil dan yang berpenghasilan tinggi mengiur dengan nilai nominal lebih besar, tetapi prosentase upah/penghasilan relatif sama. Dengan demikian, terjadi subsidi silang atau kegotong royongan nasional antara mereka yang lebih kaya kepada yang lebih miskin, yang muda kepada yang tua, dan yang sehat kepada yang sakit.

C. HAL-HAL YANG PERLU DILAKUKAN

Berkaitan dengan Aspek Manfaat dan Iuran hal-hal yang perlu dilakukan antara lain:

1. Menetapkan Paket Manfaat melalui Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan, sebagaimana sudah diuraikan pada Bab II
2. Menetapkan Besaran Iuran melalui Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan, sebagaimana sudah diuraikan pada Bab II
3. Peninjauan secara berkala tentang Paket Manfaat dan Besaran Iuran Jaminan Kesehatan tiap 2-3 tahun sekali. Untuk itu maka diperlukan analisis tentang tingkat utilisasi, rata-rata biaya pelayanan di suatu wilayah (*average claim cost*), kualitas layanan, hasil pengobatan, serta rata-rata besaran upah pekerja.
4. Penyesuaian Manfaat yang Sama untuk Semua Jenis Kepesertaan jika Pemerintah sudah bersedia membayar iuran penerima bantuan iuran sebesar rata-rata besar iuran per kapita yang diterima dari seluruh pekerja penerima upah.

Rincian kegiatan yang perlu dilakukan dari aspek paket manfaat dan iuran dapat dilihat pada Tabel 5.2.

Tabel 5.2
Matrik Kegiatan Aspek Manfaat dan Iuran

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
III.	ASPEK PAKET MANFAAT DAN IURAN										
1	Merumuskan dan Menetapkan Paket Manfaat yang akan dimasukkan dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan	X								KEMENKES	DJSN, BPJS KESEHATAN
2	Peninjauan secara Berkala tentang Paket Manfaat dan Besaran Iuran Jaminan Kesehatan					X		X		KEMENKES	DJSN, KEMENKEU, KEMENAKERTRANS, KADIN, APINDO, SERIKAT PEKERJA, BPJS KESEHATAN
3	Penetapan Peraturan tentang Koordinasi Manfaat (*coordination of benefit*)				X					DJSN DAN BPJS KESEHATAN	KEMENKES
4	Menetapkan Besaran Iuran melalui Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan	X								DJSN DAN KEMENKES	KEMENKEU
5	Penetapan Peraturan (Sistem dan Prosedur) tentang Urun Biaya				X					BPJS KESEHATAN	DJSN
6	Penyusunan Sistem dan Prosedur Pemberian Kompensasi kepada peserta untuk daerah yang tidak ada fasilitas kesehatan memadai		X							BPJS KESEHATAN	DJSN, KEMENKES

HALAMAN INI SENGAJA DIKOSONGKAN

AMBULANCE
B 1044 PIX

ASPEK PELAYANAN KESEHATAN

6

ASPEK PELAYANAN KESEHATAN

- Distribusi belum merata
- Kualitas bervariasi
- Sistem rujukan belum optimal
- Sistem pembayaran belum optimal

- Perluasan dan Pengembangan Faskes dan Nakes secara komprehensif
- Evaluasi dan Penetapan pembayaran

TAHUN 2012 ▶ 2013 ▶ 2014

RENCANA AKSI

Pengembangan Faskes, Nakes, Sistem Rujukan dan Infrastruktur

Penyusunan Standar, Prosedur dan pembayaran Faskes

KEGIATAN-KEGIATAN

- Jumlah mencukupi
- Distribusi merata
- Sistem rujukan berfungsi optimal
- Pembayaran dengan cara prospektif dan harga keekonomian untuk semua penduduk

2015 ▶ **2016** ▶ **2017** ▶ **2018** ▶ **2019**

IMPLEMENTASI RENCANA AKSI:
Pengembangan Faskes, Nakes, Sistem Rujukan dan Infrastruktur lainnya

Kajian berkala tahunan elijibilitas Faskes, Kredensialing, Kualitas layanan dan penyesuaian besaran pembayaran harga keekonomian

Implementasi, pemantauan dan penyempuranaan sistem rujukan dan telaah utilisasi

Implementasi pembayaran Kapitasi dan INA-CBGs serta penyesuaian besaran biaya dua tahunan dengan harga keekonomian

A. KONDISI SAAT INI

1. FASILITAS KESEHATAN YANG DIGUNAKAN BERVARIASI

Fasilitas kesehatan yang digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan antara badan penyelenggara yang satu dengan penyelenggara yang lain juga berbeda-beda. Ada yang hanya menggunakan fasilitas kesehatan publik saja, ada yang lebih banyak menggunakan fasilitas kesehatan swasta dan ada yang kombinasi menggunakan fasilitas kesehatan publik dan swasta. Cakupan fasilitasnya juga berbeda-beda, ada yang hanya mencakup pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat I, ada yang mencakup sampai fasilitas kesehatan tingkat II di tingkat Kabupaten/Kota, ada yang hanya mencakup sampai fasilitas kesehatan tingkat II di tingkat Provinsi tetapi ada pula yang mencakup fasilitas kesehatan tingkat III di tingkat pusat.

Fasilitas kesehatan yang dicakup dalam Program Jamkesmas, JPK Jamsostek dan Askes Wajib PT Askes dari mulai fasilitas kesehatan tingkat I sampai fasilitas kesehatan tingkat III di tingkat pusat. Namun demikian jenis fasilitas kesehatannya berbeda-beda antara satu program dengan program lainnya. Fasilitas kesehatan tingkat I Program Jamkesmas hanya menggunakan Puskesmas dan jaringannya. Fasilitas kesehatan tingkat I Jamsostek dan fasilitas kesehatan tingkat I Askes banyak menggunakan praktik dokter swasta, disamping ada pula sebagian menggunakan Puskesmas. Jenis rumah sakit dan kelas perawatannya juga berbeda-beda. Program Jamkesmas hanya menggunakan rawat inap di Kelas III yang umumnya rumah sakit publik. Sedangkan JPK Jamsostek dan Askes menggunakan rawat inap di Kelas II, dan Kelas I; tidak hanya rumah sakit publik tetapi banyak pula menggunakan rumah sakit swasta. Sementara fasilitas kesehatan dalam program Jamkesda punya rentang yang sangat besar dari yang hanya di fasilitas kesehatan tingkat I, ada yang sampai fasilitas kesehatan tingkat II Kabupaten/Kota, ada yang sampai fasilitas kesehatan tingkat II Provinsi tetapi ada pula yang sampai fasilitas kesehatan tingkat III pusat. Tetapi umumnya program Jamkesda hanya menggunakan fasilitas kesehatan publik, tidak atau jarang menggunakan fasilitas kesehatan milik swasta. Tabel 6.1 memperlihatkan variasi fasilitas kesehatan yang digunakan oleh masing-masing program dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta.

Tabel 6.1
Variasi Akses Program Jaminan Kesehatan terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan

JENIS MANFAAT	JAMKESMAS	JAMKESDA	ASKES	JPK JAMSOSTEK
Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)	Puskesmas, Bidan Desa & Polindes	Puskesmas	Puskesmas dan Klinik, Dokter Keluarga	Puskesmas, Klinik dan Dokter Praktik
Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi & RSU vertikal	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi & RSU vertikal*)	RSUD Kab/Kota, RSUD Pprovinsi, RS Swasta & RSU vertikal	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi, RS Swasta & RSU vertikal
Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)	Puskesmas, Polindes	Puskesmas	Puskesmas dengan tempat tidur	Puskesmas dengan tempat tidur
Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RITL)	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi & RSU vertikal	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi & RSU vertikal*)	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi, RS Swasta & RSU vertikal	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi, RS Swasta & RSU vertikal
Manfaat Katastrofik (hemodialisa, operasi jantung dsb)	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi & RSU vertikal	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi & RSU vertikal*)	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi, RS Swasta & RSU vertikal	Tidak dijamin
Manfaat Khusus	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi & RSU vertikal	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi & RSU vertikal*)	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi, RS Swasta & RSU vertikal	RSUD Kab/Kota, RSUD Provinsi, RS Swasta & RSU vertikal

Sumber: Thabrany, Hasbullah, Budi Hidayat, Mundiharno et.al., Laporan Akhir Kajian Program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, TNP2K Sekretariat Wakil Presiden, Jakarta, 2010

Dari Tabel 6.1 tampak adanya variasi jenis fasilitas kesehatan yang digunakan oleh masing-masing jenis program jaminan kesehatan sosial yang ada, baik dalam memberikan pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) maupun dalam memberikan pelayanan manfaat khusus. Variasi yang mencolok adalah penggunaan fasilitas rawat inap untuk semua program. Jamkesmas memberikan manfaat kelas III perawatan RS untuk seluruh peserta baik di rumah sakit publik maupun swasta, sedangkan Jamkesda memberikan manfaat perawatan kelas III di rumah sakit publik. Peserta program Askes PNS berhak mendapatkan kamar perawatan di kelas II, Kelas I rumah sakit publik dan penggantian dengan plafon tertentu untuk perawatan di rumah sakit swasta yang bekerjasama dengan PT. Askes (Persero). Adapun peserta Jamsostek berhak menggunakan kamar perawatan kelas II di RS publik dan kelas III rumah sakit swasta yang bekerjasama dengan PT. Jamsostek (Persero).

Hal lain yang juga bervariasi adalah berkaitan dengan standar obat yang digunakan untuk melayani peserta masing-masing program. Askes menggunakan Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) sebagai acuan standar obat yang dijamin, sedangkan Jamsostek menggunakan Daftar Obat Standar (DOS) sebagai acuan, dan Jamkesmas menggunakan formularium Jamkesmas. Sedangkan program Jamkesda umumnya menggunakan acuan formularium Jamkesmas yang umumnya hanya obat generik.

Keragaman cakupan fasilitas kesehatan ini akan berpengaruh pada jenis manfaat yang diterima dan besar kemungkinan tidak memenuhi prinsip ekuitas sebagaimana diamanatkan dalam UU SJSN.

2. VARIASI DALAM PEMBAYARAN KEPADA FASILITAS KESEHATAN

Mekanisme pembayaran kepada fasilitas kesehatan yang selama ini terjadi juga bervariasi antara badan penyelenggara satu dengan penyelenggara lainnya. Ada yang menggunakan mekanisme kontrak antara fasilitas kesehatan dengan Badan Penyelenggara, ada pula yang tidak menggunakan mekanisme kontrak. Program Jamkesmas, PT Askes dan PT Jamsostek umumnya menggunakan mekanisme kontrak yang mengatur sejumlah ketentuan tertentu dalam pemberian layanan kesehatan dan mekanisme pembayarannya, tetapi program Jamkesda umumnya tidak menggunakan mekanisme kontrak.

Mekanisme pembayaran kepada fasilitas kesehatan juga bervariasi antar satu penyelenggara dengan penyelenggara lainnya. Untuk pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat I umumnya menggunakan cara kapitasi. Tetapi pelaksanaan dan besaran kapitasi berbeda-beda antara satu penyelenggara dengan penyelenggara lainnya. Pembayaran kapitasi ada yang tepat waktu diberikan di awal pelayanan, tetapi ada yang dibayarkan di akhir sesuai dengan turunnya anggaran. Untuk program Jamkesmas dana kapitasi yang diberikan kepada Puskesmas bahkan menggunakan mekanisme pembuatan proposal (*plan of action*). Pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat I oleh program Jamkesda lebih bervariasi lagi antara satu Jamkesda dengan Jamkesda lainnya.

Demikian pula mekanisme pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat II juga bervariasi. Tidak saja variasi dalam besaran tarif yang dibayarkan tetapi juga sistem tarifnya dan mekanisme klaimnya. Program Jamkesmas menggunakan INA-CBG, sedangkan Askes PNS menggunakan sistem paket layanan dan JPK Jamsostek menggunakan layanan tunggal per jenis pelayanan. Dengan demikian maka untuk jenis pelayanan yang sama besaran dan cara pembayarannya bisa berbeda-beda antara satu penyelenggara dengan penyelenggara lainnya.

Ke depan hanya ada satu pengaturan yang sesuai dengan amanat UU SJSN, lebih efisien dalam penyelenggaraannya.

B. KONDISI YANG AKAN DICAPAI

1. FASILITAS KESEHATAN YANG DIGUNAKAN

Layanan kesehatan yang berkualitas dan tersedia dalam jarak tempuh relatif singkat merupakan kunci keberhasilan kedua dari penyelenggaraan JKN. Dalam UU SJSN telah ditetapkan bahwa BPJS akan membayar fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun milik swasta dengan tarif kesepakatan untuk suatu wilayah. Ketentuan ini berindikasi bahwa pembayaran haruslah berbasis harga keekonomian dimana fasilitas swasta dapat menutup biaya-biaya yang dikeluarkan yang dapat bervariasi antar wilayah. Untuk menjamin efisiensi, fasilitas kesehatan akan dibayar dengan tarif paket per orang per bulan (kapitasi) atau tarif per diagnosis. Dengan penetapan tarif yang sama untuk seluruh fasilitas kesehatan di suatu wilayah, maka akan terjadi persaingan dalam mutu pelayanan. Selain itu, sistem ini akan dengan sendirinya mendorong penyebaran fasilitas kesehatan ke daerah yang kini kurang tersedia. Pengertian wilayah adalah wilayah dengan tingkat biaya hidup yang relatif seragam. Bisa saja suatu wilayah adalah sebagian provinsi dan bisa juga satu wilayah mencakup beberap provinsi. Kriteria yang digunakan adalah indeks biaya hidup.

Berkaitan dengan fasilitas kesehatan yang digunakan, Pasal 23 UU SJSN menyatakan:

a. Fasilitas kesehatan yang digunakan adalah fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam penjelasan Pasal 23 ayat 1 dinyatakan bahwa fasilitas kesehatan meliputi rumah sakit, dokter praktik, klinik, laboratorium, apotik dan fasilitas kesehatan lainnya. Fasilitas kesehatan memenuhi syarat tertentu apabila fasilitas kesehatan tersebut diakui dan memiliki izin dari instansi Pemerintah yang bertanggung jawab di bidang kesehatan.
b. Pelayanan dapat diberikan di fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama dengan BPJS jika dalam keadaan darurat. Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan kompensasi. Sementara banyak terdapat peserta yang telah membayar iuran, maka BPJS harus memberikan kompensasi lainnya. Dalam penjelasan Pasal 23 ayat (3) dinyatakan bahwa kompensasi yang diberikan pada peserta dapat dalam bentuk uang tunai, sesuai dengan hak peserta. Kata "dapat" tentu saja menuntut diskresi pimpinan BPJS. Dapat pula (meskipun tidak disebut dalam UU) pimpinan BPJS mengirimkan tenaga kesehatan yang diperlukan untuk memenuhi hak peserta.

c. Dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar. Dalam penjelasan Pasal 23 ayat (4) dinyatakan bahwa Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari haknya (kelas standar), dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.

Ketentuan lebih lanjut tentang fasilitas kesehatan yang digunakan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan selanjutnya diatur dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.

Pengaturan aspek pelayanan kesehatan ini dapat berjalan seiring dengan beroperasinya BPJS Kesehatan. Sesungguhnya selama ini prosedur dan ketentuan tentang mutu layanan kesehatan seperti akreditasi rumah sakit sudah berjalan. Proses peningkatan mutu layanan tidak harus selesai sebelum BPJS Kesehatan beroperasi. Seiring perjalanan waktu, peserta BPJS Kesehatan dapat memilih fasilitas kesehatan yang telah memenuhi standar dan harapan mereka. Hal ini akan mendorong fasilitas kesehatan yang belum terpilih untuk meningkatkan kualitasnya. **Kuncinya adalah Peraturan Presiden harus memberikan kebebasan memilih fasilitas kesehatan primer, sekunder dan tersier kepada peserta.**

Harus diakui bahwa pada kondisi sekarang, sebaran dan kualitas layanan kesehatan memang belum memenuhi harapan banyak pihak. Hal tersebut dipengaruhi oleh sistem terdahulu dimana layanan kesehatan dibayar oleh masing-masing orang sesuai tarif jasa per layanan (*fee for services)*. Model tersebut memaksa terjadi maldistribusi dokter dan fasilitas kesehatan. Karena yang mampu bayar berada di kota besar, maka distribusi fasilitas kesehatan terkonsentrasi di kota-kota besar. Sistem JKN mengatur BPJS Kesehatan membayar setiap orang yang sakit, yang hampir sama banyaknya di pedesaan. Karena nanti BPJS yang bayar dengan harga keeknomian, maka orang di pedesaan juga akan dilayani dan dibayar oleh BPJS Kesehatan. Oleh karenanya, akan terjadi redistribusi tenaga dan fasilitas keseahtan secara alamiah. Kuncinya, BPJS Kesehatan harus membayar fasilitas kesehatan dengan harga keekonomian dimana swasta akan tertantang untuk melayani dan tertutup ongkos-ongkos produksinya.

Sesungguhnya Indonesia telah memiliki cukup tenaga dan fasilitas kesehatan. Kini tersedia lebih dari 85.000 dokter berlisensi praktik umum dan hampir 25.000 dokter berlisensi praktik spesialis. Demikian juga ketersediaan dokter gigi dan dokter gigi spesialis, serta tenaga kesehatan lainnya. Jumlah dokter mencukupi untuk rasio ideal

1 dokter melayani 3.000 orang, untuk seluruh Indoensia. Masalahnya hanya pada distribusi. Masalah distribusi akan dapat diselesaikan jika pembayaran BPJS memadai. Tentu saja untuk mendapatkan pembayaran yang memadai, diperlukan iuran yang memadai. Selain itu, kita memiliki hampir 2.000 rumah sakit dan hampir 3.000 puskesmas yang memiliki tempat tidur perawatan. Menurut UU Rumah Sakit, puskesmas yang memiliki tempat tidur dan melayani rawat inap seharusnya termasuk golongan rumah sakit. Jika seluruh tempat tidur RS dan puskesmas serta klinik yang memiliki tempat tidur perawatan dibandingkan dengan jumlah penduduk, maka rasio 1: 1.000 sudah memadai.Jika diperhatikan angka utilisasi (BOR) RS tersebut secara keseluruhan, maka tampak jumlah tempat tidur yang ada sekarang belum optimal digunakan. Angka BOR rata-rata masih sekitar 70%. Hanya di kota-kota besar, BOR sebagian RS mencapai diatas 80%. Tingginya BOR di kota besar bukan merupakan efek jaminan, akan tetapi efek pasar, tingkat sosial dan pendidikan masyarakat, dan akses. Namun, banyak pihak menilai jumlah tempat tidur masih jauh kurang karena mereka tidak melihat secara keseluruhan. Penambahan TT jumlah dengan berpegang pada rasio statis satu TT per 1.000 populasi yang sama untuk tidak kota/kabutapen berbahaya jika *demand* belum tumbuh. Fakta data utilisasi sekarang menunjukkan bahwa *demand* di beberapa wilayah belum cukup baik karena belum tersedia jaminan kesehatan yang efektif untuk semua penduduk, distribusi pemukiman yang menyebar, dan kualitas layanan belum memadai. Oleh karenanya, kita tidak perlu terburu-buru menyediakan tambahan tempat tidur sebanyak rasio yang ditargetkan. Proses peningkatan *demand* akan berkembang secara bertahap sejalan dengan perluasan kepesertaan. Menunda perluasan jaminan kesehatan dengan alasan belum tersedia cukup fasilitas kesehatan belum merata dapat melanggar hak sekitar 60-80% penduduk yang telah tinggal dalam jarak kurang dari satu jam ke salah satu faskes, tetapi tidak memiliki dana untuk membayar layanan kesehatan. Selain itu, tidak akan pernah terjadi dan tidak pernah terjadi di negara maju sekalipun terdapat distribusi fasilitas kesehatan yang merata dengan rasio yang sama. Memang tingkat ketimpangan rasio fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan terhadap populasi di negara maju tidak sebesar ketimpangan di Indonesia. Namun, hal itu terjadi setelah mereka memiliki jaminan kesehatan untuk semua penduduk.

Mekanisme pasar akan dengan sendirinya menarik investor membangun lebih banyak fasilitas kesehatan dan mencari tenaga kesehatan untuk melayani peserta jaminan di berbagai daerah yang kini belum cukup tersedia layanan. Kuncinya, pembayaran yang memadai atau dengan harga keekonomian. Selain itu, menurut UU Pemerintah Daerah, Pemda wajib menyediakan fasilitias kesehatan. Pada kasus-kasus dimana jumlah

penduduk dan sebaran penduduk yang jarang, investor swasta tidak tertarik untuk membangun faskes; maka Pemda (yang memiliki dana APBN/APBD, atau dana rakyat) wajib menyediakan fasilitas dengan kualitas yang baik. Selain itu, pemda-pemda yang selama ini membayar iuran Jamkesda (yang bukan kewajibannya), didorong untuk memindahkan dananya guna membangun dan memperbaiki fasilitas kesehatan dan membayar (menambah insentif) tenaga kesehatan agar mereka mampu melayani penduduk daerah itu dengan kualitas yang memuaskan. Pendekatan ini, jauh lebih adil dan lebih efektif daripada meminta pemda membayar iuran untuk kelompok non-kuota seperti yang terjadi sekarang ini.

Hal terpenting dalam kaitan dengan fasilitas kesehatan adalah perlunya penyediaan fasilitas kesehatan secara merata yang memungkinkan semua penduduk dapat mengakses fasilitas kesehatan yang diperlukan. Sebaik apapun pengelolaan jaminan kesehatan tanpa didukung oleh ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai yang dapat memberikan pelayanan kesehatan secara berkualitas maka tidak akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu sejalan dengan penyempurnaan pengelolaan jaminan kesehatan perlu pula ditingkatkan jumlah dan kualitas fasilitas kesehatan secara merata yang dapat menjangkau seluruh penduduk. Tentu saja, banyak jenis layanan kesehatan yang memang hanya tersedia di tingkat provinsi untuk efisiensi. Upaya penyediaan fasilitas kesehatan secara merata dan berkualitas ini perlu dilakukan oleh pemerintah, baik pemerintah pusat, provinsi dan pemerintah kabupaten/kota maupun oleh pihak swasta. *Universal coverage* dalam pengertian kepesertaan menyeluruh harus diikuti dengan *universal coverage* dalam pengertian akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan yang diperlukan.

Untuk itu Kementerian Kesehatan perlu menyusun Rencana Aksi tentang Pengembangan Pelayanan Kesehatan yang didalamnya memuat rencana pengembangan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, alat dan infrastruktur kesehatan serta penguatan sistem rujukan. Rencana Aksi tersebut hendaknya disusun dalam periode 2013 - 2014.

2. PEMBAYARAN KEPADA FASILITAS KESEHATAN

Berkaitan dengan pembayaran kepada fasilitas kesehatan UU SJSN mengatur sebagai berikut:

a. Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut (Pasal 24 ayat 1)

b. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima. (Pasal 24 ayat 2)

c. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas (Pasal 24 ayat 3)

d. Daftar dan harga tertinggi obat-obatan, serta bahan medis habis pakai yang dijamin oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (Pasal 25)

Ketentuan lebih lanjut tentang pembayaran kepada fasilitas kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan. Pembayaran kepada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dilakukan secara kapitasi atas jumlah peserta yang terdaftar di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat I. Sedangkan pembayaran kepada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat II dan III berdasarkan pola DRG (*Diagnosis Related Group*) atau tarif kelompok diagnosis terpadu yang kini digunakan dengan sistem INA-CBG. Namun demikian, besaran satuan kapitasi dan INA-CBG perlu disesuaikan agar dapat diterima/disepakati oleh asosiasi fasilitas kesehatan di tiap wilayah.

3. PENGUATAN SISTEM PELAYANAN BERJENJANG (RUJUKAN)

Efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan akan dapat tercapai jika pelayanan kesehatan menerapkan sistem rujukan berjenjang termasuk di dalamnya rujukan balik. Oleh karena itu perlu ada upaya penguatan sistem pelayanan rujukan berjenjang. Sistem rujukan hanya bisa berjalan dengan baik, jika fasilitas kesehatan mendapat pembayaran kapitasi yang besarnya layak atau dapat disepakati oleh asosiasi dokter.

C. HAL-HAL YANG PERLU DILAKUKAN

UU SJSN menjamin hak fasilitas pelayanan kesehatan (milik pemerintah dan milik swasta) yang sama untuk mendapatkan kontrak dengan BPJS dalam memberi dan menyediakan pelayanan kesehatan bagi peserta. Implementasi ketentuan ini memerlukan berbagai persyaratan sebagai berikut[1]:

.....

1 Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia, *KUMPULAN NASKAH Pembentukan Peraturan Pelaksanaan UU SJSN. Konsep Rancangan Peraturan Presiden tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional (Konsep RPerPres PJKN) Pembahasan Awal 2007 – 2008 (dalam proses pembentukan),* Jakarta, 7 Nopember 2008

1. Adanya standarisasi prosedur medik, keperawatan, dan kefarmasian sebagai pedoman pemberian pelayanan kesehatan di masing-masing tingkatan pelayanan dan tingkatan fasilitas;
2. Standarisasi kompetensi yang meliputi infrastruktur, tenaga kerja dan peralatan sebagai pedoman untuk mengontrak fasilitas pelayanan kesehatan oleh BPJS;
3. Keterlibatan pemerintah (pusat dan daerah) dan swasta dalam membangun fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terdistribusi dengan merata di seluruh wilayah Indonesia.

Sehubungan hal tersebut maka kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan dari aspek pelayanan kesehatan di antaranya adalah sebagai berikut:

1. PENINGKATAN KETERSEDIAAN DAN KUALITAS FASILITAS KESEHATAN, TENAGA KESEHATAN DAN SARANA KESEHATAN

Untuk melakukan hal tersebut diperlukan sejumlah kegiatan, di antaranya sebagai berikut:

a. Penyusunan rencana aksi pengembangan pelayanan kesehatan yang di dalamnya memuat rencana pengembangan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, alat dan infrastruktur kesehatan serta penguatan sistem rujukan oleh Kementerian Kesehatan.
b. Implementasi pengembangan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan sarana kesehatan
c. Implementasi penguatan sistem rujukan.
d. Pemerintah (termasuk pemda) memberikan informasi dan peluang kepada sektor swasta perorangan atau kelembagaan untuk berperan aktif menyediakan layanan kesehatan bagi peserta BPJS.
e. Menjamin bahwa prinsip *any willing provider* (yaitu setiap fasilitas kesehatan yang bersedia menerima pembayaran dari BPJS yang besarnya disepakati untuk suatu wilayah) diterapkan. Tidak boleh ada diskriminasi dimana suatu fasilitas kesehatan tidak dikontrak BPJS, padahal fasilitas kesehatan tersebut bersedia menerima dan memenuhi ketentuan peraturan perundangan.

2. PENYUSUNAN SISTEM/STANDAR OPERASIONAL PELAYANAN

Untuk melakukan hal tersebut diperlukan sejumlah kegiatan, di antaranya sebagai berikut:

a. Penyusunan standar prosedur medik, keperawatan, dan kefarmasian sebagai pedoman pemberian pelayanan kesehatan di masing-masing tingkatan pelayanan dan tingkatan fasilitas yang dapat dilakukan oleh asosiasi fasilitas atau tenaga kesahatan
b. Penyusunan standar kompetensi yang telah disusun oleh Konsel Kedokteran dan standar infrastruktur, tenaga kerja dan peralatan sebagai pedoman untuk mengontrak fasilitas pelayanan kesehatan oleh BPJS
c. Penyusunan Pedoman Kredensialing/Re-Kredensialing Fasilitas Kesehatan
d. Pengembangan sistem kendali mutu pelayanan kesehatan untuk menjamin kualitas layananan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan memenuhi syarat minimal;
e. Merumuskan dan operasionalisasi pemantauan kendali mutu dan biaya untuk menghindari pelayanan kesehatan yang berlebihan, ketidak-tepatan diagnosis, prosedur terapi dan intervensi, pengobatan dan pembuatan resep yang tidak rasional serta pemberian rujukan yang tidak tepat;
f. Perumusan dan operasionalisasi sistem penanganan keluhan dari peserta baik oleh fasilitas kesehatan maupun oleh BPJS.

Rincian kegiatan yang perlu dilakukan dari aspek pelayanan kesehatan dapat dilihat pada Tabel 6.2.

Tabel 6.2
Matrik Kegiatan Aspek Pelayanan Kesehatan

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
IV.	ASPEK PAKET PELAYANAN KESEHATAN										
A	Peningkatan Ketersediaan dan Kualitas Fasilitas Kesehatan, Tenaga Kesehatan dan Sarana Kesehatan										
1	Penyusunan rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan, sarana kesehatan dan tenaga kesehatan	X	X							KEMENKES	IDI, PERSI, PDGI, IAI
2	Implementasi rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan, sarana kesehatan dan tenaga kesehatan		X	X	X	X	X	X	X	KEMENKES, PEMDA DAN SWASTA	BAPPENAS, KEMENKEU
B	Penyusunan Sistem/Standar Operasional Pelayanan										
1	Penyusunan standar prosedur medik, keperawatan, dan kefarmasian sebagai pedoman pemberian pelayanan kesehatan di masing-masing tingkatan pelayanan dan tingkatan fasilitas		X	X	X					KEMENKES	IDI, PERSI, PDGI, PPNI, IBI, IAI
2	Penyusunan tentang sisdur pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta (PPK I, II dan III termasuk utk memenuhi prinsip portabilitas)	X	X							BPJS KESEHATAN	KEMENKES, DJSN
3	Penyusunan standar fasilitas kesehatan		X	X	X					KEMENKES	BPJS KESEHATAN
4	Penyusunan Pedoman Kredensialing/Re-Kredensialing Fasilitas Kesehatan			X	X					BPJS KESEHATAN	KEMENKES, DJSN
5	Optimalisasi pelaksanaan manajemen kasus (case management)					X				BPJS KESEHATAN	DJSN
6	Pengembangan sistem kendali mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh setiap fasilitas kesehatan;				X	X				BPJS KESEHATAN	KEMENKES, DJSN

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
7	Merumuskan dan operasionalisasi pemantauan kendali mutu dan biaya untuk menghindari pelayanan kesehatan yang berlebihan, ketidaktepatan diagnosis, prosedur terapi dan intervensi, pengobatan dan peresepan yang tidak rasional serta pemberian rujukan yang tidak tepat;				X	X				BPJS KESEHATAN	KEMENKES, DJSN
8	Perumusan dan operasionalisasi sistem penanganan keluhan dari peserta baik oleh fasilitas kesehatan maupun oleh BPJS.				X					DJSN	BPJS KESEHATAN
C	Penyempurnaan Sistem Pembayaran ke Fasilitas Kesehatan										
1	Penyempurnaan Sistem Pembayaran (kapitasi, INA-CBGs dll)		X	X	X					KEMENKES/BPJS KESEHATAN	DJSN
2	Implementasi Sistem Pembayaran (INA-CBGs dll)			X	X					BPJS KESEHATAN	
3	Penyusunan Pedoman Standarisasi Pola Tarif/ Pembayaran Fasilitas Kesehatan				X	X				KEMENKES	ASSOSIASI FASKES, BPJS KESEHATAN, DJSN
4	Penyusunan Pedoman Pemberian Kompensasi bagi Peserta di daerah yang tidak ada fasilitas kesehatan yang dapat melayani				X					DJSN, BPJS KESEHATAN	KEMENKES

SETM
GIZI
BANG

7

ASPEK KEUANGAN

ASPEK KEUANGAN

- Belum ada standar akuntansi untuk jaminan sosial nirlaba
- Belum ada PP pengelolaan dana jaminan sosial

- PP Pengelolaan Dana Jaminan Sosial diundangkan
- Standar akuntansi Jaminan Sosial diundangkan

TAHUN 2012 ▶ 2013 ▶ 2014

Kebijakan Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Penyusunan Kebijakan Akuntansi Keuangan Khusus BPJS

Penyempurnaan Sistem dan Prosedur Akuntansi dan Keuangan

Laporan Keuangan Penutup dan Pembuka

Penyusunan Ketentuan Cadangan Teknis dan Valuasi Aktuaria

Analisis Estimasi Dampak Fiskal dan Produktifitas

KEGIATAN-KEGIATAN EFISIEN DAN AKUNTABEL

- Dana cadangan akumulatif sehat sekali
- Pengelolaan Efisien dan Akuntabel

2015 ▶ 2016 ▶ 2017 ▶ 2018 ▶ 2019

Penyusunan dan publikasi akuntabilitas dan kecukupan dana tiap semester sebagai indikator efisiensi dan akuntabilitas publik

Pengelolaan keuangan jaminan kesehatan perlu dilakukan dalam rangka (i) memastikan tersedianya dana yang cukup dan berkelanjutan (ii) terjadinya harga yang wajar dalam membayar pelayanan kesehatan, (iii) memastikan pengelolaan dana yang efisien dan manajemen risiko yang baik atas pengelolaan aktiva dan kewajiban (ALMA); (iv) pertanggung-jawaban pencatatan dan pelaporan (*accountability reporting*) yang sehat dan diterima umum (*sound practices*) dan (v) memenuhi sistem pengendalian internal yang baik *(strong internal control*) dan dapat diperiksa *(auditable*).

Oleh karena itu kegiatan yang perlu dilakukan, di antaranya:

A. PENETAPAN BESARAN IURAN YANG MENCUKUPI

Iuran merupakan sumber penerimaan utama BPJS Kesehatan. Besar kecilnya penerimaan iuran sangat mempengaruhi kualitas penyelenggaraan jaminan kesehatan. Demikian pula cukup tidaknya dana jaminan kesehatan sangat tergantung pada besarnya iuran yang diterima. Oleh karena itu perlu dilakukan analisis secara periodik tentang besarnya iuran, untuk memastikan bahwa besaran iuran sesuai dengan kebutuhan penyelenggaraan jaminan kesehatan.

Analisis tentang besarnya iuran terkait dengan perkembangan paket manfaat yang dicakup, perkembangan tarif pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu, dan perkembangan utilisasi layanan yang dijamin. Karena iuran ditetapkan proporsional terhadap upah, maka tingkat kecukupan keuangan BPJS terkait juga dengan perkembangan upah pekerja. Kajian terhadap upah pekerja ini penting di samping terkait dengan kemampuan membayar iuran juga terkait dengan penetapan besarnya persentase iuran. Dengan demikian maka besarnya upah akan terkait dengan besarnya persentase iuran dan terkait pula dengan besarnya jumlah iuran yang diterima BPJS Kesehatan.

B. TARIF PELAYANAN KESEHATAN

Dari aspek keuangan, hal yang penting diperhatikan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan adalah "terjadinya harga yang wajar dalam membayar pelayanan kesehatan". Mengingat harga atau tarif pelayanan kesehatan berkembang dari waktu ke waktu maka perlu dilakukan analisis secara berkala.

Tarif pelayanan kesehatan ditentukan melalui negosiasi antara asosiasi fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan. Berkaitan negosiasi dengan fasilitas kesehatan, UU SJSN Pasal 24 menetapkan negosiasi dilakukan antara BPJS dengan asosiasi fasilitas pelayanan

kesehatan di suatu wilayah. Menurut Kajian Tim SJSN Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, implementasi ketentuan ini memerlukan perumusan lebih lanjut mengenai (a) ketentuan asosiasi yang dilibatkan dalam proses negosiasi; (b) ketentuan mengenai batasan wilayah; (c) ketentuan mengenai mekanisme negosiasi termasuk pengambil keputusan akhir bila terjadi kebuntuan antara asosiasi dan BPJS; dan (d) ruang lingkup negosiasi.

Negosiasi antara BPJS dengan asosiasi pelayanan kesehatan mencakup dua hal (a) Negosiasi dilakukan dengan asosiasi tenaga medis profesional (dokter, dokter gigi) dan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan (klinik) untuk menyepakati harga pelayanan dan metode pembayaran yang akan dilakukan oleh BPJS, negosiasi ini berlaku untuk layanan rawat jalan tingkat pertama; (b) Negosiasi besaran INA-CBG dengan asosiasi rumah sakit untuk masing-masing jenis pelayanan. Namun penandatanganan kontrak, baik untuk rawat jalan primer maupun rawat inap, dapat dilakukan dengan masing-masing fasilitas dilakukan langsung antara BPJS dengan atau pun melalui asosiasi atau kelompok fasilitas pelayanan kesehatan.

C. PEMBAYARAN MANFAAT

1. Pemerintah (Kemenkes) bersama DJSN merumuskan kebijakan umum tentang metoda pembayaran, besaran/pola pembayaran, dan batas atas (*ceiling*) besaran yang wajar harga keekonomian layanan kesehatan di berbagai wilayah. Pengaturan pembayaran diperlukan agar tercapai keseimbangan Dana Amanat dan Belanja Layanan Kesehatan untuk menjamin likuiditas (mampu membayar semua layanan kesehatan dalam waktu 15 hari setelah tagihan bersih diajukan) dan solvabilitas (mampu membayar layanan kesehatan di masa-masa mendatang) BPJS Kesehatan.
2. BPJS Kesehatan menyisihkan 0,5% iuran yang diterima, dan merupakan bagian dari dana operasional BPJS, untuk riset dan/atau kajian pengembangan pembayaran layanan kesehatan, pengembangan manfaat jaminan kesehatan, dan pengembangan iuran yang memadai untuk mencapai keseimbangan dan kesinambungan program Jaminan Kesehatan Nasional. Pelaksaan riset dilakukan oleh lembaga-lembaga riset publik maupun swasta yang berkompeten.

D. PENGELOLAAN DANA

Dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, dana jaminan kesehatan wajib dikelola secara efisien dan profesional serta mematuhi prinsip manajemen risiko terutama terkait dengan kesimbangan pengelolaan aktiva dan kewajiban (ALMA).

Sehubungan dengan hal tersebut maka perlu disusun aturan tentang Pengelolaan Dana Jaminan Sosial termasuk di dalamnya Dana Jaminan Kesehatan. Pengelolaan atas Dana Amanat yang terkumpul dari program jaminan sosial tersebut harus dikelola dengan mematuhi prinsip manajemen risiko yang baik dan hati-hati (*prudence*). Aset yang terkumpul dari hasil pengelolaan dana harus diinvestasikan pada instrumen keuangan yang aman dan dapat menghasilkan *return* yang tinggi untuk memenuhi kewajiban BPJS. Namun demikian, dalam program jaminan sosial jangka pendek (Jaminan Kesehatan dan Jaminan Kecelakaan Kerja), pendapatan investasi bukan suatu keharusan. Yang lebih penting adalah likuiditas dan solvabilitas BPJS dalam memenuhi kewajiban membayar fasilitas kesehatan atas layanan yang diberikan kepada peserta setiap bulan.

Dalam kaitan pengelolaan ALMA beberapa kegiatan yang perlu dilakukan antara lain:

1. Pembuatan kebijakan pengelolaan dana amanat yang dapat diinvestasikan
2. Perumusan kebijakan pengelolaan kewajiban secara hati-hati guna menjamin likuiditas dan solvabilitas

Sehubungan dengan pengelolaan dana:

1. Pemerintah bersama DJSN merumuskan kebijakan umum tentang pengelolaan dana Amanat dalam investasi dana dengan keseimbangan hasil yang memadai, risiko tidak besar, dan mampu menjaga likuiditas dan solvabilitas BPJS Kesehatan.
2. Pemerintah bersama DJSN mengkaji dan menentukan besaran dana operasional BPJS Kesehatan yang tidak boleh melebihi 5% dari iuran yang diterima
3. Pemerintah bersama DJSN mengkaji dan menentukan cadangan teknis minimum dan semua surplus yang terjadi diakumulasikan dan ditanamkan dalam instrumen investasi yang memenuhi kriteria sebagaimana tercantum pada poin 1.
4. DJSN memantau dan berkomunikasi efektif sebagai bagian dari fungsi pengawasan/ pemantauan perencanaan keuangan (*financial planning*) BPJS Kesehatan dari waktu ke waktu

E. PERTANGGUNG-JAWABAN PENCATATAN DAN PELAPORAN KEUANGAN

Sumber dan penggunaan dana program jaminan sosial termasuk program kesehatan merupakan pengolaan Dana Amanat. Pengelolaan dana tersebut perlu dicatat dan dipertanggung-jawabkan kepada peserta dan pemangku kepentingan *(stakeholders)*. Oleh karenanya program jaminan sosial, termasuk program jaminan kesehatan, memerlukan suatu

standar akuntansi pencatatan dan pelaporan keuangan khusus (*financial accounting and reporting*) yang sehat (*sound practices*) serta diterima umum (*generally accepted*).

Pengakuan atas aktiva dan kewajiban serta pendapatan dan beban untuk program jaminan sosial termasuk program kesehatan harus memenuhi kualitas informasi yang menyangkut posisi keuangan, kinerja program, serta perubahan posisi keuangan yang bermanfaat bagi peserta. Laporan pengelolaan program penjaminan harus mampu menunjukkan apa yang telah dilakukan manajemen atau pengurus (*stewardship*), atau pertanggung-jawaban manajemen atas Dana Amanat. Kualitas informasi yang dihasilkan dari standar dan sistem pelaporan tersebut harus dapat memenuhi kualitas informasi yang dipersyaratkan antara lain dapat dipahami (*understandibility*), relevan bagi pengambilan keputusan (*relevance*), andal (*realible*), penyajian yang jujur (*faithful representation*), dapat dibandingkan (*comparable*), dan tepat waktu (*timelines*)

Pemerintah (Kemenkeu) bersama DJSN dan BPJS menyusun Pedoman Pencatatan dan Pelaporan Keuangan yang sesuai dengan Standar Akuntansi Khusus Jaminan Sosial yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Keuangan.Peraturan Keuangan BPJ harus memenuhi peraturan keuangan negara dan dapat dengan mudah diakses dan difahami publik sebagai syarat transparansi manajemen keuangan. Salah satu aspek penting dari Badan Hukum Nirlaba adalah kedudukan surplus BPJS yang bukan obyek pajak sehingga tidak dikenakan PPh badan.

Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) mempersiapkan tenaga dan prosedur khusus pengawasan dan audit keuangan BPJS. BPJS mempersiapkan prosedur tetap untuk memastikan bahwa secara berkala (minimum tiap enam bulan) BPJS mampu menyampaikan laporan yang *auditable* kepada publik, baik di media cetak maupun di media elektronik

F. SISTEM PENGENDALIAN INTERNAL DAN AUDITABILITAS LAPORAN

Laporan keuangan program jaminan sosial termasuk program kesehatan harus dapat dipertanggung-jawabkan oleh manajemen dan pengurus. Laporan pertanggung-jawaban tersebut harus disusun berdasarkan sistem pengendalian internal yang kuat sehingga fungsi *check and balance* dapat berjalan sebagaimana seharusnya.

Sistem dan proses bisnis yang berjalan harus dapat menghasilkan suatu mekanisme kontrol yang dapat melindungi aset BPJS *(safe guarding of asset),* dipatuhinya peraturan dan perundang-undangan yang berlaku (*compliance of rules and regulations)* dan dapat menghasilkan sistem pelaporan yang akurat sehingga pada akhirnya dapat menghasilkan

proses bisnis yang efisien dalam pengelolaan Dana Amanat. Selanjutnya, laporan keuangan tersebut wajib diaudit secara berkala dan hasilnya harus dapat didistribusikan kepada publik.

Sehubungan hal tersebut maka:

1. DJSN bersama BPJS Kesehatan menyusun Pedoman Sistem Pengendalian Intern untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan dalam mengelola Dana Amanat maupun dana opersional BPJS
2. BPJS Kesehatan melakukan pelatihan khusus bagi pegawai dan atau calon pegawai BPJS untuk menjamin terwujudnya tata kelola yang baik (*good corporate governance*) yang akuntabel

G. ANALISIS DAMPAK FISKAL PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN

Sesuai dengan ketentuan Pasal 14 UU SJSN bahwa iuran bagi fakir miskin dan orang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah, maka ada beban keuangan pemerintah untuk membayar iuran tidak saja iuran jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah lainnya tetapi juga iuran bagi fakir miskin dan orang tidak mampu yang ditetapkan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Oleh karena itu perlu diperhatikan dampak fiskal dari penyelenggaraan jaminan kesehatan. Meskipun diperkirakan besarnya bantuan iuran sangat kecil, kajian dampak fiskal perlu dilakukan secara berkala sesuai dengan perkembangan iuran jaminan kesehatan, jumlah pegawai pemerintah dan jumlah PBI dari waktu ke waktu.

Analisis dampak fiskal diperlukan untuk pengendalian biaya layanan kesehatan dan kesinambungan program, baik untuk bantuan iuran bagi orang miskin dan tidak mampu maupun untuk peserta pembayar iuran. Pengalaman negara-negara yang telah mencapai cakupan universal menunjukkan bahwa pada tingkat maturitas, belanja negara untuk kesehatan berkisar antara 6-11% Produk Domestik Bruto (PDB). Besaran belanja kesehatan tersebut dibarengi dengan kemampuan Pemerintah mengumpulkan dana pajak dengan rasio pajak yang terhimpun (*tax ratio)* diatas 20% PDB. Indonesia sesungguhnya lebih memerlukan kajian fiskal untuk perencanaan peningkatan belanja kesehatan daripada kajian dampak fiskal pengendalian belanja kesehatan. Sebab, sampai saat ini belanja kesehatan Indonesia belum pernah mencapai 3% PDB. Sementara rasio pajak terhadap PDB juga masih sangat rendah, yaitu 12,3%. Pengalaman di Muangtai menunjukkan korelasi positif perluasan jaminan kesehatan untuk semua penduduk dengan kenaikan rasio pajak. Kajian dampak fiskal harus terus dilakukan sepanjang tahun, sebagai bagian dari pemantauan *National Health Account*

yang standar dan prosedurnya telah disusun oleh *World Health Organization*.

Beban iuran Pemerintah untuk Penerima Bantuan Iuran yang diusulkan DJSN dengan iuran Rp 27.000 per orang per bulan untuk 96,4 juta penduduk hanyalah 0,3% PDB. Nilai iuran Rp 27.000 tersebut sesungguhnya masih memperhitungkan adanya anggaran Pemerintah dan pemda untuk operasional fasilitas kesehatan milik publik. Kelak, anggaran operasional tersebut dialihkan menjadi bantuan iuran sehingga Pemerintah dan pemda hanya mendanai belanja investasi fasilitas kesehatan publik. Kajian-kajian fiskal di pusat dan di daerah diperlukan untuk proses transisi penganggaran jaminan kesehatan, penganggaran fasilitas kesehatan, dan untuk meningkatkan dukungan politis perluasan jaminan kesehatan. Para politisi dan pengambil keputusan anggaran perlu mendapat pemahaman bahwa diperlukan dana yang lebih besar untuk meningkatkan mutu layanan yang memadai untuk **mencegah kemiskinan baru** akibat mahalnya biaya berobat bagi yang belum terjamin. Apabila Pemerintah bersedia membayar iuran bagi seluruh pekerja bukan penerima upah, seperti yang dilakukan Pemerintah Muangtai, maka beban fiskal hanyalah berkisar **0,5% - 1% PDB.** Dibandingkan dengan bantuan biaya produksi BBM (subsidi BBM), sesungguhnya beban fiskal PBI ini yang bisa mencegah pemiskinan 150 juta penduduk Indonesia tidak ada artinya.

Sehubungan hal tersebut perlu dilakukan beberapa kegiatan antara lain:

1. Kajian tentang kenaikan biaya kesehatan dengan menelaah komponen-komponen yang mengalami kenaikan tinggi
2. Kajian tentang perkembangan jumlah Penerima Bantuan Iuran
3. Kajian dampak penyelenggaraan Jaminan Kesehatan terhadap Anggaran Negara dan PDB

H. PERSIAPAN PERUBAHAN PT ASKES (PERSERO) MENJADI BPJS KESEHATAN

Dalam rangka persiapan BPJS Kesehatan dari aspek keuangan dan akuntansi, terdapat paling tidak 7 (tujuh) hal penting yang harus diperhatikan agar BPJS Kesehatan dapat beroperasi dengan baik. Ketujuh aspek tersebut adalah :

1. KEBIJAKAN AKUNTANSI KEUANGAN KHUSUS BPJS

Selama ini belum ada Standar Akuntansi Keuangan yang khusus untuk penyelenggaraan jaminan sosial (termasuk standar khusus jaminan kesehatan). Banyak pengelompokan akun dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan yang bersifat

unik dan tidak tepat untuk dikategorikan dalam standar akuntansi keuangan yang selama ini ada.

Oleh karena itu perlu disusun suatu standar kebijakan akuntansi keuangan (*accounting standard and policies*) yang sesuai dengan praktek penyelenggaraan jaminan sosial BPJS, masuk dalam Standar Akutansi Keuangan (SAK) di Indonesia dan memudahkan penyusunan *National Health Account*. Kebijakan akuntansi tersebut bersifat khusus *(specific)* sesuai dengan tujuan khusus penyelenggaraan jaminan sosial BPJS dan peraturan dan perundangan yang berlaku.

Untuk dapat menyusun SAK program jaminan sosial, perlu dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

a. Memahami tujuan khusus jaminan sosial dan peraturan tentang badan hukum publik BPJS.
b. Melakukan analisis operasional BPJS Kesehatan yang menyangkut fluktuasi klaim, variasi klaim antar daerah, variasi dan fluktuasi iuran yang dapat dikumpulkan, beban biaya operasional, dan cadangan teknis.
c. Melakukan kajian terhadap kerangka dasar akuntansi *(accounting conceptual framework*) bagi BPJS, apakah dapat bersandar pada standar akuntansi yang berlaku umum *(Generally Accepted Accounting Principles atau GAAP)* atau perlu dibuatkan standar komrehensif lain (*Comprehensive Basis other Than GAAP*) yang khusus untuk BPJS.

Sifat khusus BPJS sebagai badan hukum publik yang bertanggung-jawab atas redistribusi risiko, iuran, dan beban biaya berobat menempatkan BPJS mirip dengan eksekutif pemerintahan. Sebagai badan hukum publik yang tidak bertujuan mencari laba untuk pemegang saham, karena pemegang sahamnya adalah seluruh rakyat, maka BPJS tidak perlu membayar pajak penghasilan badan. Oleh karena itu untuk keseragaman pemahaman dan mencegah konflik operasional, penyusunan standar akuntansi khusus BPJS perlu melibatkan Dewan Standar Akuntansi Keuangan (DSAK) dari Ikatan Akuntan Indonesia (IAI), Direktorat Jenderal Pajak, Bapepam LK dan Standar Akuntansi Keuangan Kesehatan (*National Health Account)* yang disusun World Health Organization (WHO).

2. PENUTUPAN LAPORAN KEUANGAN PT. ASKES (PERSERO) PER 31 DESEMBER 2013 DAN PENGESAHAN NERACA AWAL BPJS KESEHATAN PER 1 JANUARI 2014

Dalam UU BPS disebutkan bahwa PT. Askes (Persero) perlu dibubarkan tanpa likuidasi. Oleh karena itu perlu disusun penutupan laporan posisi keuangan (Neraca) PT. Askes (Persero) pada tanggal 31 Desember 2013 dan sekaligus sebagai neraca awal per 1 Januari 2014 untuk BPJS Kesehatan. Penutupan laporan posisi keuangan (Neraca) PT. Askes (Persero) per 31 Desember 2013 dan Penetapan posisi keuangan (Neraca) BPJS per 1 Juanuari 2014 perlu berkoordinasi dengan pihak badan pengatur seperti Kementerian BUMN, Bapepam LK, Direktorat Jenderal Pajak dan Badan Pemeriksa Keuangan dan Pembangunan (BPKP)

3. PERTIMBANGAN FAKTOR PERPAJAKAN

Pasal 60 ayat (3) menyatakan bahwa "*Pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1): a. PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero) menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan*".

Interpertasi dari ketentuan tersebut adalah adanya pengalihan aset dan liabilitas dari PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan. Oleh karena terjadi pengalihan aset maka diindikasi akan timbul masalah perpajakan terutama terkait dengan Pajak Penghasilan dan Pajak lainnya (BPHTB) untuk merubah kepemilikan aset PT Askes (Persero) menjadi aset Badan Hukum Publik. Seperti halnya badan hukum publik pemerintahan, BPJS bukan merupakan obyek pajak. Untuk menghindari kesalah-pahaman aspek perpajakan di kemudian hari maka perlu dilakukan kerjasama dengan Direktorat Jenderal pajak agar penetapan BPJS sebagai bukan obyek pajak dapat dipahami bersama.

4. PERUBAHAN STRUKTUR MODAL

Perubahan struktur modal dan ekuitas dari PT. Askes (Persero) harus sejalan dengan rencana Pemerintah dan Undang-Undang BPJS. Sesungguhnya istilah modal tidak tepat karena BPJS tidak bertujuan memupuk modal atau mengembangkan hasil operasional untuk memperbesar kemampuan badan dalam menanggung kewajiban-kewajibannya. Seperti halnya badan hukum Pemerintahan, keseimbangan antara penerimaan (*revenue*) Dana Amanat dan belanja manfaat yang menjadi kewajiban BPJS dilakukan dengan mengatur keseimbangan penerimaan dan pengeluaran. Kenaikan dan penurunan penerimaan dilakukan dengan mengubah besaran iuran bagi tiap peserta.

Sedangkan pengendalian belanja kesehatan (beban kewajiban), beban utama BPJS, dilakukan dengan pengaturan pemerintah tentang perubahan tarif maupun manfaat. Hal ini sangat berbeda dengan bisnis asuransi komersial yang beban operasional dan beban kewajiban diatur sendiri oleh asuradur.

5. TRANSAKSI HUBUNGAN ISTIMEWA

Perubahan PT. Askes (Persero) menjadi BPJS akan mengakibatkan program-program kesehatan yang sebelumnya dikelola oleh badan lain seperti program jaminan kesehatan pekerja yang dikelola PT. Persero Jamsostek, program Jamkesmas yang dikelola Kemenkes, program jaminan kesehatan daerah yang didanai Pemerintah Daerah (Pemda) dan program kesehatan lainnya yang akan dikelola dan dikendalikan oleh BPJS Kesehatan.

Transaksi pengalihan program-program tersebut diidentifikasi merupakan transaksi pengalihan unit bisnis di bawah entitas sepengendali *(under common control)* Pemerintah RI. Transaksi ini tidak perlu melibatkan transaksi aktiva dan kewajiban, sebagaimana transaksi perpindahan pemegang polis dari satu perusahaan asuransi ke perusahaan asuransi lainnya. Maka tidak ada perpindahan nilai wajar (*fair value*) atas aktiva dan kewajiban yang timbul akibat pengalihan program tersebut dan karenanya tidak perlu pengukuran penilaian menurut standar akuntansi yang berlaku umum (PSAK 38). Dengan demikian, transaksi tersebut dapat dilakukan tanpa ada pemindahan aset dari PT Jamsostek, Kemenkes, atau Pemda.

6. PENGELOLAAN KEKAYAAN DAN KEWAJIBAN SECARA SEHAT (ALMA)

Kekayaaan bersih *(net asset)* yang dicatat pada saat BPJS berdiri merupakan asset dan kewajiban yang berasal dari PT. Askes (Persero) dan setoran modal awal BPJS. Manajemen BPJS perlu menerapkan manajemen risiko atas aktiva dan kewajiban yang dikelolanya (ALMA). Aset awal dan pengembangannya tersebut harus dapat dikelola secara professional sehingga dapat dapat dipertanggung-jawabkan. Namun demikian, yang menjadi prioritas utama adalah pengelolaan Dana Amanat yang harus selalu likuid dan *solven* dalam menjamin setiap penduduk dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya.

7. PENTINGNYA KETERLIBATAN INDEPENDEN AUDITOR, AKTUARIS DAN PENILAI INDEPENDEN

Perubahan menjadi BPJS Kesehatan merupakan perubahan yang mendasar bagi PT Askes (Persero). Perubahan tersebut memerlukan pihak-pihak profesional lain yang perlu dikoordinasikan oleh DJSN secara baik seperti pihak independen auditor yang akan melakukan audit atas laporan keuangan konsolidasian PT. Askes (Persero) untuk tahun buku 31 Desember 2013 dan sekaligus melakukan audit atas laporan posisi keuangan (neraca) awal BPJS per 1 Januari 2014. Selain itu, yang terpenting adalah penetapan besaran Dana Amanat, kewajiban BPJS dan badan pengelola sebelumnya (Askes, Jamsostek, Jamkesmas, dan Jamkesda), perkiraan kewajiban BPJS Kesehatan (akrual), perkiraan dan kecukupan dana cadangan teknis, dan hak-hak serta kewajiban terhadap pihak ketiga (RS dan lain lain yang dapat ditransfer menjadi hak atau kewajiban BPJS). Sebagai contoh, aset anak perusahaan PT (Persero) Askes dan PT (Persero) Jamsostek dapat dikonversi menjadi aset Dana Amanat. Kajian hukum dan keuangan bersama-sama merupakan kajian penting pada awal beroperasinya BPJS.

Selanjutnya, selain profesi akuntan publik atau BPK sebagai independen auditor, BPJS Kesehatan juga memerlukan jasa profesional lain yaitu penilai independen *(independent appraisal)* dan aktuaria yang akan melakukan penilaian atas aktiva dan kewajiban milik PT. Askes (Persero) per 1 Januari 2014. Oleh karena itu perlu dilakukan koordinasi secara baik agar proses transformasi tersebut dapat berjalan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Rincian kegiatan yang perlu dilakukan dari aspek keuangan dapat dilihat pada Tabel 7.1.

Tabel 7.1
Matrik Kegiatan Aspek Keuangan

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
V.	ASPEK KEUANGAN										
A	TERKAIT PENGELOLAAN DANA										
1	Pembuatan kebijakan tentang pengelolaan dana investasi		X	X						KEMENKEU	DJSN, BPJS KESEHATAN
2	Pedoman pengelolaan dana amanat secara hati-hati									DJSN	BPJS KESEHATAN
3	Penyusunan ketentuan cadangan tehnis dan valuasi aktuaria				X	X				DJSN	BPJS KESEHATAN
4	Penyusunan financial planing Badan Penyelenggara			X	X	X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	DJSN
B	PERTANGGUNGJAWABAN PENCATATAN DAN PELAPORAN KEUANGAN										
1	Penyusunan Pedoman Pencatatan dan Pelaporan Keuangan		X							BPJS KESEHATAN	
2	Sosialisasi Pedoman Pencatatan dan Pelaporan Keuangan		X							BPJS KESEHATAN	
3	Penyempurnaan Sistem dan Prosedur Akuntansi dan Keuangan		X							BPJS KESEHATAN	
C	SISTEM PENGENDAIAN INTERN DAN AUDITABILITAS LAPORAN										
1	Penyusunan Pedoman Sistem Pengendalian Intern			X						BPJS KESEHATAN	
2	Training Satuan Tugas Pengendalian Intern				X					BPJS KESEHATAN	
E	ANALISIS DAMPAK FISKAL PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN										
1	Analisis bantuan iuran bagi orang miskin dan tidak mampu				X					KEMENSOS, BAPPENAS	KEMENKEU, DJSN

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
2	Kajian tentang dampak fiskal dari pengelolaan jaminan kesehatan	X				X				KEMENKEU, BAPPENAS	DJSN
F	PERSIAPAN PERUBAHAN PT ASKES (PERSERO) MENJADI BPJS KESEHATAN										
1	Penyusunan Kebijakan akuntansi keuangan khusus BPJS		X							BPJS KESEHATAN	
2	Penutupan Laporan Keuangan PT. Askes (Persero) per 31 Desember 2013 dan pengesahan neraca awal BPJS Kesehatan per 1 Januari 2014		X							BPJS KESEHATAN	
a	Audit dari KAP untuk Penutupan Perseroan		X							BPJS KESEHATAN	
b	Pengesahan Neraca BPJS I		X							BPJS KESEHATAN	
c	Penutupan neraca PT Askes (Persero)		X							BPJS KESEHATAN	
d	Pembukaan Neraca awal BPJS Kesehatan		X							BPJS KESEHATAN	
e	Ketentuan Modal awal BPJS Kesehatan		X							BPJS KESEHATAN	
3	Pertimbangan faktor perpajakan		X							BPJS KESEHATAN	
4	Perubahan struktur modal		X							BPJS KESEHATAN	
5	Transaksi hubungan istimewa		X							BPJS KESEHATAN	
6	Pengelolaan kekayaan dan kewajiban secara sehat (ALMA)		X							BPJS KESEHATAN	
7	Penyusunan sistem pengendalian intern bagi Badan Penyelenggara, Rumah Sakit dan Puskesmas	X								BPJS KESEHATAN	DJSN

ASPEK KELEMBAGAAN DAN ORGANISASI

8

ASPEK KELEMBAGAAN DAN ORGANISASI

Manfaat bervariasi

Belum komprehensif sesuai kebutuhan medis

BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik

TAHUN	2012	2013	2014
	Penyiapan Beroperasinya BPJS Kesehatan		
	Perubahan AD/ART dan atribut PT Askes		
	Menyusun berbagai Sistem dan Prosedur		
	Koordinasi pengalihan kepesertaan		
	Pembentukan dan Beroperasinya PMO		
	Susun Pedoman Good Governance (GCG)		
	Penyusunan dan Standarisasi Bisnis Proses		
	Blue Print IT	Pengembangan Aplikasi	

KEGIATAN-KEGIATAN PENYEMPURNAAN TATA KELOLA

BPJS Kesehatan mengelola seluruh penduduk dengan indikator efisien dan memuaskan

2015 ▶ 2016 ▶ 2017 ▶ 2018 ▶ 2019

- Pemantapan organisasi dan manajemen
- Perngembangan jumlah kantor perwakilan dan cabang
- Pengembangan kompetensi dan kinerja SDM BPJS dan Faskes
- Implementasi tata kelola (good governance) yang baik dan pelaporan publik
- Pengembangan kebijakan berbasis data, information warehouse, jaringan dan infrastruktur sistem informasi

ASPEK SOSIALISASI, MONITORING DAN PENGAWASAN

Manfaat bervariasi

Belum komprehensif sesuai kebutuhan medis

BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik

TAHUN	2012	2013	2014
	Penyusunan strategi sosialisasi	Sosialisasi menjelang BPJS Kesehatan	
	Susun Bahan-bahan Sosialisasi	Peralihan Verifikator Independen	
	Koordinasi dan Monitoring menjelang BPJS kesehatan		Analisis Laporan BPJS Kes tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan
	Penyusunan indikator kinerja		
	Penyusunan Pedoman Monitoring dan Pengawasan Operasional BPJS Kesehatan		
	Penyusunan Pedoman Pengawasan Keuangan BPJS Kesehatan		

KEGIATAN-KEGIATAN

BPJS Kesehatan mengelola JKN secara efisien, akuntabel dan memuaskan

2015 ▶ 2016 ▶ 2017 ▶ 2018 ▶ 2019

Sosialisasi dan Publikasi ilmiah menuju universal coverage

Monitoring semesteran dampak sosialisasi (perkembangan kepesertaan dan kepuasan peserta

Analisis Laporan BPJS Kes tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan	Analisis Laporan BPJS Kes tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan	Analisis Laporan BPJS Kes tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan	Analisis Laporan BPJS Kes tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan	Analisis Laporan BPJS Kes tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

Monitoring dan Pengawasan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan oleh DJSN

Pelaksanaan Pengawasan Keuangan oleh BPK / akuntan publik / OJK

Dari aspek Kelembagaan dan Organisasi ada lima hal penting yang perlu dilakukan yaitu (a) proses transformasi dari PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan, dan; (b) pengembangan BPJS Kesehatan dalam mencapai kepesertaan semesta (*universal coverage*) bagi seluruh penduduk Indonesia; (c) pengembangan sistem informasi; (d) sosialisasi, edukasi dan advokasi, serta (e) koordinasi dan monitoring.

A. TRANSISI MENUJU BPJS KESEHATAN

Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memberikan waktu sampai tanggal 1 Januari 2014 kepada PT Askes (Persero) agar (a) menyiapkan operasional BPJS Kesehatan untuk program jaminan kesehatan; (b) menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan. Pasal 58 UU BPJS menyatakan "*Pada saat berlakunya Undang-Undang ini Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan ditugasi untuk: a. menyiapkan operasional BPJS Kesehatan untuk program jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan dalam Pasal 22 sampai dengan Pasal 28 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456). b. menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan". Pasal 61 UU BPJS menyatakan, "Pada saat berlakunya Undang-Undang ini, Dewan Komisaris dan Direksi PT Jamsostek (Persero) sampai dengan berubahnya PT Jamsostek (Persero) menjadi BPJS Ketenagakerjaan ditugasi untuk: a. menyiapkan pengalihan program jaminan pemeliharaan kesehatan kepada BPJS Kesehatan".*

Pada 1 Januari 2014 penyelenggaraan progran jaminan kesehatan yang selama ini dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dan PT Jamsostek (Persero) dialihkan ke BPJS Kesehatan.

PT Jamsostek (Persero) ditugasi untuk (a) menyiapkan pengalihan program jaminan pemeliharaan kesehatan kepada BPJS Kesehatan, dan; (b) menyiapkan pengalihan peserta progam jaminan pemeliharaan kesehatan ke BPJS Kesehatan.

Dengan ketentuan tersebut maka perlu ada langkah-langkah konkrit yang harus dilakukan oleh PT Askes (Persero) dalam menyiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan. Langkah-langkah konkrit juga perlu dilakukan oleh PT Jamsostek (Persero) antara lain dalam menyiapkan pengalihan peserta program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Pada tanggal 1 Januari 2014 seluruh peserta JPK Jamsostek harus sudah terdaftar di BPJS Kesehatan. Semua tagihan biaya berobat ke fasilitas kesehatan yang dilakukan mulai

tanggal 1 Januari 2014 menjadi tanggung-jawab BPJS Kesehatan. Semua biaya pengobatan di fasilitas kesehatan yang terjadi tanggal 31 Desember 2013 dan sebelumnya tetap menjadi tanggung-jawab ex PT (Persero) Jamsostek (BPJS Ketenagakerjaan). Hal ini sesuai dengan sifat asuransi kesehatan yang merupakan risiko jangka pendek.

Adapun langkah-langkah yang perlu dilakukan antara lain:

1. PENYIAPAN BEROPERASINYA BPJS KESEHATAN OLEH PT ASKES (PERSERO)

Beberapa kegiatan yang perlu dilakukan dalam menyiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan antara lain:

a. Menyusun sistem dan prosedur operasi yang diperlukan untuk beroperasinya BPJS Kesehatan
b. Melakukan sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan program jaminan kesehatan
c. Berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk pengalihan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) ke BPJS Kesehatan
d. Berkoordinasi dengan PT Jamsostek (Persero) untuk pengalihan program jaminan kesehatan (JPK Jamsostek) ke BPJS Kesehatan
e. Berkoordinasi dengan Kementerian Pertahanan dan Kepolisian Republik Indonesia untuk pengalihan program jaminan kesehatan bagi anggota TNI/POLRI dan PNS di lingkungan Kemenhan, TNI dan POLRI beserta anggota keluarganya ke BPJS Kesehatan
f. Perubahan AD/ART
g. Perubahan atribut BPJS Kesehatan
h. Pengembangan sistem informasi perorangan yang siap untuk keperluan manajemen (penerimaan iuran, pembayaran kapitasi dan klaim layanan, pemantauan utilisasi dan kualitas layanan, pemantauan kepuasan peserta, keperluan riset jaminan/ layanan kesehatan, dan lain lain.
i. Pengembangan kantor dan sumber daya manusia yang memahami sistem jaminan sosial, UU SJSN, UU BPJS, dan memenuhi kompetensi yang dibutuhkan dalam menjalankan jaminan kesehatan semesta.

2. PENGALIHAN ASET DAN LIABILITAS, PEGAWAI, SERTA HAK DAN KEWAJIBAN PT ASKES (PERSERO) KE BPJS KESEHATAN OLEH PT ASKES (PERSERO)

Dalam rangka pengalihan ini maka perlu dilakukan:

a. Penunjukan Kantor Akuntan Publik untuk melakukan audit dan menyusun:
   1) Laporan Keuangan Penutupan PT Askes (Persero)
   2) Laporan Posisi Keuangan Pembukaan BPJS Kesehatan dan
   3) Laporan Posisi Keuangan Pembukaan Dana Amanat Jaminan Kesehatan

b. Pengesahan Laporan Keuangan Penutupan PT Askes (Persero) oleh Menteri BUMN

c. Pengesahan Laporan Keuangan Pembukaan BPJS Kesehatan dan Laporan Keuangan Pembuka Dana Amanat Jaminan Kesehatan oleh Menteri Keuangan

3. PENGANGKATAN DEWAN PENGAWAS DAN DIREKSI BPJS KESEHATAN OLEH PRESIDEN

Untuk pertama kali Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes diangkat menjadi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan untuk paling lama 2 tahun.

Dalam rangka pengangkatan ini perlu disiapkan Rancangan Keputusan Presiden yang dikoordinasikan oleh Kementerian BUMN, Kementerian Kesehatan dan DJSN.

4. PEMBENTUKAN PMO (*PROJECT MANAGEMENT OFFICE*)

Pengalihan peserta program JPK Jamsostek dan program Jamkesmas ke BPJS Kesehatan perlu manajemen penerimaan iuran dari pemberi kerja, dan perlu penjelasan lengkap kepada peserta JPK Jamsostek dan Jamkesmas tentang proses dan identitas baru.

Jumlah peserta Jamkesmas yang akan dialihkan ke BPJS Kesehatan mencapai sekitar 76,4 juta jiwa[(1)]). Peserta program JPK Jamsostek yang dialihkan mencapai 7-8 juta jiwa karena pada April 2012 peserta JPK Jamsostek sudah berjumlah 5.884.528 tertanggung dengan 2.567.671 pekerja dari 63.620 perusahaan[(2)]. Namun karena pengalihan peserta tersebut menyangkut data yang besar dengan kegiatan teknis yang cukup kompleks maka perlu dibentuk PMO (*Project Management Office).*[(3)]

1 Jumlah peserta Jamkesmas sebagai calon PBI dapat bertambah jika Pemerintah hendak meningkatkan kepesertaan Jamkesmas menjadi 80,6 juta jiwa atau bahkan 90,6 juta jiwa.

2 Mas'ud Muhammad, "Roadmap Pengalihan JPK" disampaikan pada Workshop DJSN, 9 April 2012 di Jakarta

3 PMO adalah grup atau departemen di dalam korporasi atau organisasi yang mendefinisikan dan memelihara standar-standar untuk manajemen proyek di dalam organisasi (www.searchcio.com)

PMO memanfaatkan prinsip-prinsip manajemen proyek, praktik praktik (*practices*) dan proses yang mengacu kepada standar industri dimana pendekatan yang digunakan konsisten dengan tuntutan program ISO 9000.

Unit PMO akan melakukan pemantauan, menyusun prosedur dan proses agar pengalihan peserta program (JPK Jamsostek dan Jamkesmas) berlangsung tepat waktu,tidak menimbulkan gangguan penerimaan hak jaminan kesehatan peserta Jamsostek dan Jamkesmas, serta dalam koridor anggaran yang efisien.

PT. Askes (Persero) sebagai calon BPJS Kesehatan akan membentuk PMO sebagai unit *adhoc* dengan tugas utama antara lain:

a. Sebelum 1 Januari 2014 (Pra BPJS), PMO menjamin agar semua peserta program dari JPK Jamsostek, Jamkesmas, dan konversi program Askes saat ini terdaftar akurat dalam sistem informasi baru BPJS Kesehatan.
b. Melakukan perpanjangan kontrak fasilitas kesehatan yang selama ini sudah melakukan kontrak melayani peserta JPK Jamsostek dan atau Jamkesmas tetapi belum melakukan kontrak dengan PT Askes Indonesia.
c. Sesudah 1 Januari 2014, memberikan dukungan teknis terhadap operasional BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan proses pengkinian (*updating)* peserta hingga batas waktu tertentu atau hingga permasalahan yang berkaitan dengan pelayanan peserta berjalan lancar.

Dalam operasinya, PMO dipimpin oleh seorang manajer PMO yang bertanggung jawab langsung kepada direksi PT. Askes (Persero). Staf PMO terdiri dari tenaga-tenaga ahli yang berpengalaman di bidang manajemen proyek dan program konversi data untuk menjalankan fungsi-fungsi sebagai berikut:

a. Dukungan *(support)*

Merupakan fungsi utama PMO untuk memberikan panduan (*guidelines*) kepada tim-tim implementasi pengalihan program dan memberikan saran kepada ketua-ketua tim (*team leader*).

b. Metodologi

Mengembangkan dan mengimplementasikan proses standar dan konsisten untuk digunakan oleh tim-tim pengalihan program.

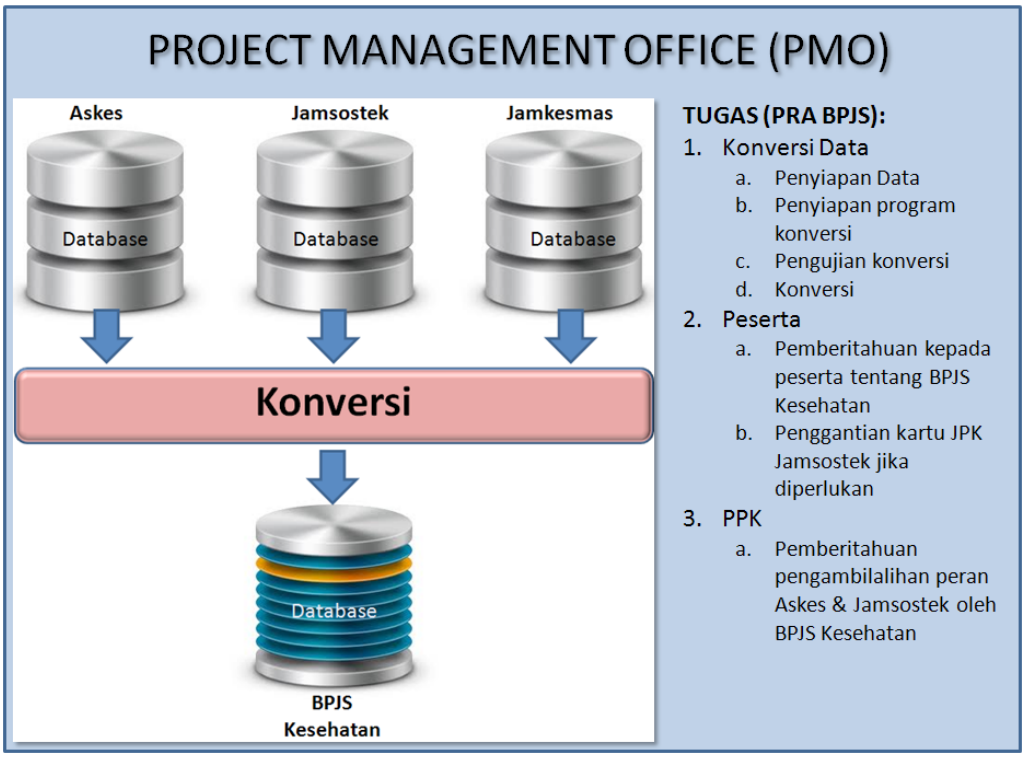
c. Pelatihan

Memberikan pelatihan kepada ketua dan anggota tim agar memiliki keahlian dan pengetahuan yang diperlukan untuk melakukan pengalihan program.

d. Lokasi kerja terpusat

Untuk menjamin keberhasilan fungsi PMO, ketua-ketua tim implementasi ditempatkan pada lokasi yang terpusat untuk memfasilitasi kolaborasi dan saling tukar pengalaman antar ketua tim pengalihan program dapat terlaksana dengan baik.

Gambar 7.1 Tugas Project Management Office (PMO) Pra-BPJS



Untuk mempermudah tugas PMO, sebaiknya SDM yang bertugas di PMO merupakan penggabungan SDM yang tidak hanya berasal dari PT. Askes (Persero) tetapi juga SDM dari institusi pemilik data asal seperti PT. Jamsostek dan P2JK (Pusat pembiayaan Jaminan Kesehatan) Kementerian Kesehatan yang diharapkan memiliki pemahaman yang baik terhadap karakteristik data yang akan dikonversi. Sebagai contoh tim yang bertugas untuk menangani konversi data JPK Jamsostek akan terdiri dari SDM PT. Askes (Persero) dan PT. Jamsostek (Persero), demikian pula tim yang bertugas untuk mengkonversi data Jamkesmas akan terdiri dari SDM PT. Askes (Persero) dan P2JK Kementerian Kesehatan.

PMO bertugas untuk membantu proses transisi pengelolaan program jaminan kesehatan dari semula diselenggarakan oleh PT Askes (Persero) melalui program Askes PNS/Sosial, PT Jamsostek (Persero) untuk program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan maupun Kementerian Kesehatan untuk program Jamkesmas.

Berkaitan dengan pengalihan peserta tersebut, banyak hal yang perlu dilakukan diantaranya:

a. **Pengalihan data kepesertaan dan perusahaan**. Termasuk dalam kegiatan ini adalah verifikasi data, pembersihan data, mempersiapkan program komputer untuk konversi, melakukan pengujian konversi, hingga menentukan kapan data akan dikonversi (*cut-off*).

b. **Pemberitahuan kepada Perusahaan/Peserta tentang Pengalihan Pengelolaan Program ke BPJS Kesehatan, baik melalui pengumuman di media elektronik maupun pengiriman informasi langsung ke perusahaan**. Setidaknya ada 63.620 perusahaan peserta JPK Jamsostek yang segera beralih sebelum BPJS Kesehatan mulai beroperasi.

c. **Pemberitahuan dan Pembaharuan Kontrak dengan Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan.** Pemberitahuan kepada fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan PT. (Persero) Askes, PT. (Persero) Jamsostek dan P2JK Jamkesmas bahwa mulai 1 Januari 2014 kerjasama mereka dialihkan kepada BPJS Kesehatan. Setidaknya ada 3.066 fasilitas kesehatan tingkat pertama, 638 rumah sakit, 301 apotik, 338 optik dan 62 laboratorium yang bekerjasama dengan PT Jamsostek (Persero)[4] yang akan beralih menjadi kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

d. **Pencetakan dan distribusi Kartu Peserta Jaminan Kesehatan**. Dengan dialihkannya program Jamkesmas dan JPK Jamsostek ke BPJS Kesehatan maka ada sekitar 81 juta kartu yang perlu didistribusikan ke peserta yang berasal dari kedua program tersebut. Jika ditambah dengan peserta yang berasal dari Askes PNS/ Sosial maka jumlah tersebut mencapai lebih dari 100 juta jiwa yang perlu identitas yang akurat (termasuk satus bayar iuran) untuk mendapatkan layanan di fasilitas kesehatan. Alternatif pembuatan dan penyampaian kartu identitas peserta yang memudahkan sampai dengan tepat orang dalam waktu singkat harus diupayakan. Teknologi informasi dan komunikasi yang tersedia harus digunakan semaksimal mungkin.

Pada saat semua data dari ketiga sumber sudah dikonversi dan digabung menjadi satu pada sistem informasi yang baru dan BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada 1 Januari

4 Mas'ud Muhammad, "Roadmap Pengalihan JPK" disampaikan pada Workshop DJSN, 9 April 2012 di Jakarta

2014, tugas PMO selanjutnya adalah memberikan dukungan operasional pelayanan sampai kondisi telah stabil/rutin.

Setelah jangka waktu tertentu (kurang lebih 12 bulan) atau ketika sistem yang baru sudah stabil dan tidak ditemukan permasalahan operasional yang signifikan maka unit PMO dibubarkan dan dikembalikan ke pengelolaan operasional secara rutin dengan sistem yang terintegrasi.

B. PENGEMBANGAN ORGANISASI BPJS KESEHATAN

Di samping persiapan menuju BPJS Kesehatan 1 Januari 2014, hal lain yang juga penting adalah penyiapan organisasi BPJS Kesehatan dalam rangka mencapai kepesertaan semesta (*universal coverage*) tahun 2019.

Dalam rangka pencapaian *universal coverage* antara lain perlu dilakukan sejumlah kegiatan sebagai berikut:

1. Pengembangan struktur organisasi BPJS Kesehatan yang mendukung strategi organisasi dalam mencapai *universal coverage* yang efektif dan efisien.
2. Mempersiapkan kantor perwakilan (kantor cabang dan anak cabang) berdasarkan beban kerja, jumlah peserta dan kondisi geografis
3. Perumusan dan pengembangan budaya organisasi baru yang berorientasi kepada pelayanan
4. Penyusunan syarat kompetensi SDM BPJS Kesehatan, prosedur perekrutan dan pemilihan pejabat manajerial yang terbuka (tidak terikat pada status pegawai BPJS)
5. Analisis kebutuhan sumber daya manusia BPJS Kesehatan menurut berbagai kualifikasi (pimpinan, relasi publik, aktuaris, verifikator, administrasi dan lain-lain) dan strategi pemenuhannya, serta penyusunan pola karir berbasis kompetensi baik untuk jabatan manajerial maupun non manajerial dengan kejelasan fungsi dan tanggung jawab
6. Pembukaan kantor perwakilan/cabang yang baru dan pemenuhan sumber daya manusia yang diperlukan
7. Analisis dan publikasi kinerja BPJS secara rutin yang mencakup akses dan kualitas layanan kesehatan yang diterima oleh peserta di berbagai wilayah, efisiensi manajemen, kepuasan peserta, dan *cost-effectiveness* layanan yang dijamin
8. Pengembangan GCG (*Good Corporate Governance)* BPJS

C. PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI

PT Askes telah menerapkan teknologi informasi (TI) yang canggih dan mengembangkannya secara serius sejak tahun 2008, terjadi peningkatan yang signifikan pada kapasitas sumber daya TI dengan melakukan inovasi terus menerus hingga kini.

Platform yang dikembangkan PT Askes disebut dengan ASTERIX atau *Askes Integrated and Responsive Information Exchange*. *Platform* ini meningkatkan kinerja sumber daya TI secara signifikan. ASTERIX diharapkan memberikan pelayanan prima (*service excellence*) bagi peserta maupun mitra.

Aplikasi maupun infrastruktur TI yang dikembangkan di bawah *platform* Asterix telah diimplementasikan pada seluruh kantor cabang PT Askes dan beberapa provider kesehatan, apotik dan dokter keluarga.

Adanya UU SJSN dan UU BPJS yang mengubah PT Askes menjadi BPJS Kesehatan memberi dampak pada perubahan bisnis proses dan aliran informasi. Hal ini menyebabkan beberapa fitur pada *platform* Asterix menjadi tidak relevan dengan kondisi saat ini.

Platform pengembangan aplikasi dan database yang beragam juga akan menjadi kendala tersendiri di masa yang akan datang terkait dengan perawatan dan skalabilitas pengembangan. Selain itu, diperlukan SDM dengan keahlian yang beragam pula untuk mengelola *platform* tersebut.

Sehubungan dengan hal tersebut, PT Askes perlu melakukan beberapa hal untuk meningkatkan sumber daya TI BPJS kesehatan, yaitu antara lain:

1. KAJIAN SUMBER DAYA TI YANG ADA UNTUK MEMBANGUN SISTEM YANG MEMADAI SEBELUM JANUARI 2014

Saat ini PT Askes telah mengembangkan sumber daya TI dengan sangat baik, beberapa inovasi telah dilakukan diantaranya adalah dikembangkannya *platform Asterix Bridging System* yang mampu memangkas birokrasi pembayaran klaim dari 2 minggu menjadi 5 menit.

Namun demikian, dengan peningkatan jumlah peserta dari sekitar 16,5 juta jiwa menjadi sekitar 237 juta maka diperlukan pengembangan menyeluruh sumber daya TI. Kajian yang mendalam terhadap sumber daya TI yang ada saat ini dan analisa kebutuhan di masa yang akan datang mutlak diperlukan. Beberapa aspek TI yang harus dikaji antara lain:

a. Aspek Aplikasi

Perlu dilakukan kajian terhadap aplikasi yang berjalan saat ini, apakah sudah mampu mengotomatisasi seluruh kegiatan dalam rangkaian proses bisnis BPJS Kesehatan, mampu menyajikan data dan informasi bagi manajemen untuk mendukung pengambilan keputusan, mampu menyajikan informasi yang memadai bagi peserta dan pemangku kepentingan dan yang terpenting adalah mampu memberikan manfaat bagi peningkatan layanan kepada peserta dan efisiensi BPJS.

Beberapa hal yang dijadikan acuan dalam kajian terhadap aplikasi, antara lain (a) Relevansi (*relevancy*); (b) Keakuratan (*accuracy*) yang memiliki faktor: kelengkapan (*completeness*), kebenaran (*correctness*), dan keamanan (*security*); (c) Ketepatan waktu (*timeliness*); (d) Ekonomi (*economy*) yang memiliki faktor: sumber daya (*resources*) dan biaya (*cost*); (e) Efisiensi (*eficiency*); (f) Dapat dipercaya (*reliability*); dan (g) Kegunaan (*usability*).

b. Infrastruktur Jaringan, *Data Center* dan *Bandwidth*

Pelaksanaan *universal coverage* memerlukan perluasan BPJS, baik kantor regional, kantor cabang, maupun askes center.

Perlu dilakukan kajian dan *capacity plan* pada jaringan infrastruktur TI dan *bandwidth* yang ada saat ini, karena penambahan kantor baru berarti penambahan *node* jaringan dan penambahan pengguna. Hal ini berdampak pada peningkatan beban *server* pada *data center*, peningkatan arus data dan pemakaian *bandwidth*.

Kajian juga dilakukan pada media penyimpan data atau *storage* baik dari sisi penyimpanan secara fisik maupun secara logik. Kajian secara fisik, untuk mengantisipasi lonjakan peserta sampai 300 juta jiwa di kemudian hari. Kajian secara logik lebih berfokus pada *platform database* yang dipergunakan.

Kapasitas server yang ada saat ini juga perlu dikaji, baik server aplikasi, server *database*, server email dan server lainnya. Selain itu *platform* sistem operasi, *platform application server* dan *platform development tools* juga memerlukan kajian mendalam.

Beberapa hal penting terkait dengan sistem pendingin, sistem keamanan, dan sistem *backup* dan *recovery* serta sistem *disaster recovery center* (DRC) juga perlu perhatian serius.

c. Sumber Daya Manusia (SDM) TI

Pengelolaan SDM PT Askes di bidang TI (Teknologi Informasi) adalah kunci

keberhasilan pengembangan sistem informasi manajemen (SIM). Semakin meningkatnya ketergantungan PT Askes terhadap TI untuk mendukung aktivitas proses bisnisnya, maka dibutuhkan SDM yang berkemampuan baik di bidang TI. Tanpa kesiapan SDM, SIM yang dikembangkan tidak dapat digunakan secara maksimal dan hal ini dapat mengarah pada tidak digunakannya SIM yang telah dikembangkan sebelumnya. Jalan yang tercepat adalah menambah/merekrut SDM baru yang memenuhi kompetensi yang dibutuhkan dan memiliki integritas tinggi terhadap jaminan kesehatan semesta.

Pengembangan Sistem Informasi Manajemen (SIM) di PT Askes, memerlukan tim yang terdiri dari fungsi pembinaan, pengawasan, hingga pelaksanaan teknis pengembangan SIM. Tim ini yang menjaga proses pengembangan SIM agar sesuai dengan arah kebijakan dan kerangka acuan pengembangan SIM yang telah dibutuhkan. Tim ini disebut sebagai Arsitek Teknologi Informasi (TI) yang berisi sekelompok SDM terampil yang berasal dari perwakilan beberapa unit kerja.

Meningkatkannya kebutuhan PT Askes akan implementasi SIM perlu diiringi dengan keberadaan arsitek TI yang handal. Selain itu, setiap unit kerja PT Askes harus didukung oleh arsitek TI sesuai dengan kebutuhannya di unit kerja tersebut. Untuk itu, perlu dilakukan perencanaan arsitek TI yang meliputi penentuan peran arsitek TI, penempatan arsitek TI, keterampilan yang dibutuhkan, hingga level keterampilan yang dimiliki oleh arsitek TI.

Dengan demikian dalam beberapa bulan ke depan, perlu dilakukan kajian mendalam terhadap ketersediaan SDM TI di PT Askes. Dalam kajian ini juga disusun rencana ideal dari Sumber Daya TI BPJS kedepan, dengan mengukur *gap* (kesenjangan) antara sumber daya TI yang ada saat ini dengan kondisi ideal kedepan.

Kajian ini dilakukan oleh PT Askes bekerjasama dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional dan dilaksanakan selambat-lambatnya pada bulan Desember 2012.

2. KAJIAN BISNIS PROSES YANG ADA

Proses bisnis adalah serangkaian atau sekumpulan aktifitas yang dirancang untuk menyelesaikan tujuan strategik sebuah organisasi, seperti akses dan kualitas layanan serta kepuasan peserta yang tinggi. Proses bisnis memiliki beberapa karakteristik antara lain (a) Memiliki tujuan; (b) Memiliki input tertentu; (c) Memiliki output tertentu; (d) Menggunakan sumber daya; (e) Memiliki sejumlah aktifitas yang dilakukan dalam suatu urutan; (f) Dapat mempengaruhi lebih dari satu unit organisasional; dan (g) Menciptakan suatu nilai bagi konsumen/pelanggan baik internal maupun eksternal.

Perubahan PT Askes menjadi BPJS Kesehatan membawa beberapa perubahan mendasar pada rangkaian proses bisnisnya, sesuai dengan Undang-Undang SJSN, yang mencakup perubahan kepesertaan, layanan dan kelembagaan.

Dengan demikian perlu dilakukan kajian terkait dengan rangkaian proses bisnis saat ini dan rencana penyesuaian di masa yang akan datang. Perubahan bisnis proses ini akan berpengaruh pada desain SIM BPJS.

Kajian ini juga mencakup masukan-masukan yang diperlukan untuk penetapan-penetapan layanan, iuran, kepersertaan, peraturan/prosedur, dan organisasi.

Pada kajian ini juga dirumuskan (a) Konsensus-konsensus terkait layanan, iuran, kepesertaan, peraturan, dan organisasi; (b) Penyusunan *standard operasional procedure*, petunjuk teknis/pelaksanaan dan aturan-aturan BPJS terkait dengan proses bisnis yang baru; (c) Pembuatan bisnis model BPJS; (d) Pemetaan/Maping proses bisnis menjadi rencana pengembangan SIM BPJS.

Kegiatan ini dilakukan oleh PT Askes bekerjasama dengan DJSN dan dilaksanakan selambat-lambatnya pada bulan Desember 2012.

3. PENYUSUNAN *STANDARD OPERATIONAL PROCEDURE* (SOP)

Standard Operational Procedure (SOP) atau sistem prosedur standar pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional baku dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan serta penggunaan fasilitas-fasilitas proses yang dilakukan oleh orang-orang dalam organisasi berjalan secara sinkron, efisien dan efektif, konsisten, standar dan sistematis.

SOP diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektifitas kinerja layanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Instruksi kerja yang terstandarisasi memungkinkan semua kegiatan layanan dilakukan secara konsisten oleh siapapun yang sedang bertugas. Layanan-layanan yang berbelit dan tidak jelas prosedur operasinya akan terminimalisir. Di samping konsistensi layanan hal lain yang akan dihasilkan adalah efisiensi dan efektifitas kerja yang dapat meningkatkan dan atau mempertahankan kepuasan peserta yang tinggi.

Dengan prosedur yang terstandar, setiap orang baik pengguna layanan maupun staf yang memberi layanan akan dapat memanfaatkan atau pun melakukan layanan yang semakin baik dan cepat karena terjadinya proses pembelajaran yang terus menerus selama proses layanan dengan standar yang sama.

Beberapa SOP yang harus disusun antara lain (a) SOP Pendaftaran Peserta; (b) SOP Penerbitan dan Distribusi Tanda Pengenal Peserta; (c) SOP Layanan dan Penanganan Keluhan Peserta; (d) SOP Pengajuan Klaim oleh Fasilitas Kesehatan; (e) SOP Pembayaran Klaim, Transfer Dana, dan lain-lain.

Penyusunan SOP dilakukan oleh PT Askes sebelum berubah menjadi BPJS, bekerjasama dengan Dewan jaminan Sosial Nasional dan dilaksanakan selambat-lambatnya pada bulan Juli 2013.

4. PENYUSUNAN *BLUE PRINT* TI

Penyusunan rencana teknologi informasi yang bersifat strategis (*define a strategic IT plan,* sering juga disebut dengan IT *Blueprint*) dalam kerangka kerja tata kelola TI harus dilakukan oleh PT Askes sebelum berubah menjadi BPJS Kesehatan.

Manfaat Rencana Strategis TI atau *Blue Print IT* untuk BPJS adalah: **Pertama**, Rencana strategis IT menjadi dasar bagi perencanaan BPJS dalam investasi dan implementasi teknologi informasi. Dengan demikian, BPJS tidak hanya membeli dan menerapkan komputer, tetapi mempunyai perencanaan yang baik agar dihasilkan informasi yang sesuai dengan perintah peraturan perundangan.

Kedua, BPJS bisa mengurangi berbagai risiko yang mungkin timbul dalam penyelenggaraan JKN. Risiko yang mungkin timbul dalam implementasi teknologi informasi, di antaranya: (1) Ketidak-sesuaian antara kebutuhan operasional dengan sistem informasi yang dibangun; (2) Banyak aplikasi yang tambal sulam, sehingga tidak bisa saling berkomunikasi antara satu dengan yang lain; dan (3) Investasi yang dikeluarkan tidak memberikan manfaat yang diharapkan.

Manfaat ketiga, rencana strategis TI menjadi alat kontrol dan parameter yang efektif untuk mengkaji kinerja dan keberhasilan implementasi teknologi informasi BPJS Kesehatan.

Sebelum melakukan pengembangan sumber daya TI, PT Askes harus menyusun rencana strategis TI yang memuat setidaknya hal-hal sbb:

a. Rencana pengembangan Sistem Informasi Manajemen yang terpusat (*centralized)* dan mampu melakukan outomatisasi pada operasional bisnis dan peningkatan kualitas layanan peserta.
b. Rencana pengembangan infrastruktur TI meliputi jaringan komunikasi, pusat data, *platform* sistem operasi dan basis data , *development tools* dan *disaster recovery center*.

c. Rencana pengembangan sistem pelaporan eksekutif yang dapat dipergunakan sebagai dasar pengambilan keputusan baik bagi manajemen maupun pemangku kepentingan lain.

d. Rencana pengembangan interkoneksi antara sistem informasi manajemen BPJS Kesehatan dengan fasilitas layanan kesehatan sehingga dapat dilakukan penyederhanaan prosedur serta menghilangkan resiko entri data berganda, peningkatan ketepatan serta kecepatan pembayaran klaim.

e. Rencana migrasi data kepesertaan dari jaminan kesehatan masyarakat dan JPK Jamsostek.

f. Rencana pengembangan SDM TI.

Dalam rencana strategis TI tersebut juga disusun rencana implementasi dengan mempertimbangkan skala prioritas. Kegiatan ini dilakukan oleh PT Askes bekerjasama dengan Dewan jaminan Sosial nasional dan dilaksanakan selambat-lambatnya pada bulan Desember 2012.

5. PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI MANAJEMEN (SIM) JAMINAN KESEHATAN

Sejauh ini PT Askes telah mengembangkan beberapa aplikasi untuk mendukung kegiatan operasional perusahaan, namun demikian dengan adanya perubahan bisnis proses maka beberapa aplikasi perlu ditingkatkan dan penambahan fungsi.

Pengembangan aplikasi pada BPJS dikelompokkan ke dalam (1) aplikasi bisnis utama, (2) aplikasi pendukung.

a. Aplikasi bisnis utama *(business core)* mencakup:

Aplikasi Kepesertaan, mengelola manajemen kepesertaan. Aplikasi ini harus mampu melakukan pendataan/registrasi kepesertaan, verifikasi status kepesertaan, pembayaran iuran bulanan dan pemantauan tingkat kepuasan peserta dan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Aplikasi ini juga harus mampu menggunakan Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang sama dengan yang dikelola oleh Dirjen Adminduk Kementerian Dalam Negeri agar kelak kedua lembaga bisa saling mengkinikan data peserta/penduduk.

Aplikasi Pelayanan Kesehatan dalam Dokter Keluarga maupun Rumah Sakit. Dalam aplikasi ini setidaknya terdapat modul sistem antrian, verifikasi layanan, pencatatan kunjungan/layanan, rekam medik, rujukan dan pengajuan klaim. Untuk menghindari duplikasi data entri, aplikasi ini harus memiliki fitur interkoneksi dengan SIM layanan obat.

Aplikasi Pelayanan Obat mengelola pelayanan obat di Apotik. Apabila klinik dibayar secara kapitasi dan RS dibayar dengan CBG, maka aplikasi pelayanan obat menjadi tugas klinik/RS. Tahap awal tetap masih diperlukan aplikasi layanan apotik. Modul yang tersedia adalah modul pelayanan obat. Modul ini harus terintegrasi dengan aplikasi pelayanan pada fasilitas kesehatan, sehingga data tindakan/layanan dan obat dapat terintegrasi.

Untuk menghindari duplikasi dan kontradiksi data pada SIM Apotik, aplikasi ini harus memiliki fitur interkoneksi dengan aplikasi fasilitas kesehatan.

Aplikasi Pelayanan Kantor Cabang/Delivery Channel, mengelola aktifitas pada kantor cabang. Modul yang tersedia adalah modul proses klaim, pembayaran klaim, droping dana, administrasi peserta, pelayanan lain, akuntansi, dan pengelolaan kontrak kerjasama dengan fasilitas layanan kesehatan, apotik dan dokter.

Aplikasi Keuangan, mengelola aktifitas keuangan pada kantor cabang, kantor perwakilan, dan kantor pusat. Modul yang harus tersedia adalah modul keuangan/ *cash management*, akuntansi, pajak, iuran, CMS bank.

Aplikasi Sistem Pelaporan. Aplikasi ini menyajikan data analisis untuk keperluan pengambilan keputusan bagi manajemen maupun pemangku kepentingan.

b. Aplikasi Pendukung

Aplikasi yang dikelompokkan dalam aplikasi pendukung antara lain aplikasi kepegawaian dan pembayaran gaji, aplikasi pengaduan, aplikasi investasi, aplikasi tata laksana persuratan, aplikasi perencanaan dan aplikasi penganggaran.

Aplikasi yang telah disebutkan di atas pada hakekatnya telah dikembangkan dengan baik oleh PT Askes, namun dalam *platform* yang berbeda-beda, baik *platform* pengembangan maupun arsitektur sistemnya. Beberapa dikembangkan dengan Java dan *web base*, yang lainnya dikembangkan dengan *platform dot net* dan *dekstop*.

Pengembangan aplikasi tersebut tidak harus serentak, namun bisa dilakukan secara bertahap sesuai dengan skala prioritas. Aplikasi yang mendesak untuk dikembangkan adalah aplikasi kepesertaan dan aplikasi pelayanan fasilitas kesehatan.

PT Askes perlu melakukan penyeragaman *platform* pengembangan dan arsitektur aplikasi, arah yang dituju harus adalah berbasis *open source* dan aplikasi WEB agar dapat digunakan dengan mudah dan murah oleh fasilitas kesehatan dan pemberi kerja. Selain aplikasi, PT Askes juga harus melakukan kajian *platform database*.

Kegiatan ini dilakukan oleh PT Askes bekerjasama dengan Dewan jaminan Sosial nasional dan dilaksanakan selambat-lambatnya dimulai pada bulan Agustus 2012.

6. PENGEMBANGAN INFRASTRUKTUR JARINGAN, DATA CENTER DAN DRC

PT Askes perlu melakukan pengembangan kapasitas infrastruktur TI sesuai dengan pengembangan kantor, peningkatan fasilitas layanan kesehatan, jumlah pengguna dan jumlah peserta. Hal ini memberikan dampak yang signifikan pada kinerja infrastruktur TI.

Pengembangan infrastruktur TI antara lain:

a. Penyusunan rencana kapasitas TI.
b. Penambahan *backhaule* pusat dan *bandwidth* KR/KC/KP.
c. Penambahan kapasitas media penyimpan *(storage)*.
d. Penambahan kapasitas, *platform* dan jumlah server aplikasi.
e. Penambahan kapasitas, jumlah, penggantian *platform server* basis data.
f. Penambahan VPN IP Node sesuai penambahan jumlah KR/KC/KP.
g. Penambahan lokasi DRC.
h. Peningkatan kapasitas ruang, sistem pendingin, sistem pengaman dan sistem pemadam api.

Kegiatan ini dilakukan oleh PT Askes dilaksanakan secara bertahap dimulai pada bulan Januari 2013. PT Askes perlu membuat rencana kerja pengembangan infrastruktur dan menentukan skala prioritasnya.

D. SOSIALISASI, EDUKASI DAN ADVOKASI

Investasi dalam sosialisasi merupakan kunci keberhasilan JKN dalam kondisi tingkat pemahaman dan tingkat pendidikan calon peserta yang relatif rendah. Sistem JKN harus mengalokasikan jumlah dana yang besar, harus lebih banyak dibanding dengan sosialisasi pemilihan umum karena JKN merupakan program untuk seluruh penduduk. Sosialisasi yang baik akan memberikan pemahaman dan kesadaran kepada peserta dan pemberi kerja akan hak dan kewajibannya. Sosialisasi adalah sama dengan pemasaran pada produk komersial. Pada produk komersial, anggaran pemasaran untuk produk baru dapat mencapai 30-50% dari biaya produksi. Dengan pemasaran yang memadai, penjualan produk mencapai target yang diharapkan dan pemberi kerja meraih laba yang diharapkan. Belajar dari model komersial, program JKN yang berbasis pada mekanisme asuransi sosial harus melakukan pemasaran/

sosialisasi atau pemasaran sosial yang memadai.

Untuk mencapai pemahaman dan kesadaran luas akan sistem JKN, maka sosialisasi harus dilakukan dengan dua tahap besar:

1. Tahap sosialisasi kepada pemangku kepentingan kunci, yaitu para tokoh/pimpinan serikat pekerja, para pemberi kerja, para akadmisi, para penggiat organisasi kemasyarakatan, dan para pejabat di pusat dan di daerah. Tahap penyusunan peraturan perundangan perlu dikawal dengan sosialisasi tersebut melalui forum temu muka, loka karya, *rodashow*, publikasi di media cetak dan elektronik tertentu yang konsumennya umumnya kelas menengah keatas.
2. Tahap sosialisasi kepada seluruh publik (peserta) dilakukan setelah peraturan perundangan, fasilitas/tenaga kesehatan telah dikontrak, sistem dan prosedur baku telah disusun dan diuji, serta bahan yang dibutuhkan telah tersedia. Fasilitas dan tenaga kesahatan yang bekerja di fasilitas kesehatan atau yang dikontrak secara mandiri (perorangan) telah memahami berbagai aspek layanan yang telah dilatihkan. Sosialisasi ini dilakukan dengan bahasa sederhana dan mudah difahami. Model sukses atau testimoni merupakan salah satu bentuk yang mampu menarik perhatian publik awam seperti pekerja operator, pedagang eceran, petani, nelayan, dan masyarakat pada umumnya. Pada tahap ini, kumandang satu mars atau lagu yang mendorong setiap orang menjadi peserta secara aktif. Slide, poster, film pendek, isi sinetron, *talkshow,* buku pelajaran, dan berbagai tulisan yang mengacu pada satu sumber/standar perlu diproduksi dan disebar-luaskan (ditempatkan dalam laman yang bisa diunduh) dalam dua bahasa (Indonesia dan Inggris). Pembuatan bahan informasi/sosialisasi standar dalam dua bahasa mutlak diperlukan karena di masa datang; investor, peneliti, penggiat, pembanding, dan juga pengenalan keberhasilan Indonesia sebagai negara dengan pembayar tunggal (*single payer*) layanan kesehatan akan menguntungkan Indonesia.

Jaminan kesehatan merupakan hal yang relatif baru bagi sebagian besar penduduk Indonesia. Sementara yang sudah mendapat jaminan juga akan mengalami perubahan manfaat, prosedur memperoleh pelayanan, dan sebagainya akibat pengaturan baru dalam UU SJSN. Sebagian besar penduduk Indonesia belum mengetahui jaminan kesehatan sebagaimana diatur dalam UU SJSN dan UU BPJS. Oleh karena itu perlu dilakukan serangkaian kegiatan sosialisasi, edukasi dan advokasi jaminan kesehatan dalam SJSN. Untuk itu maka perlu dilakukan sejumlah kegiatan di antaranya:

3. PERUMUSAN STRATEGI SOSIALISASI DAN ADVOKASI

Strategi Sosialisasi, Edukasi, dan Advokasi didesain untuk memudahkan pemahaman, penerimaan, dan dukungan/partisipasi publik tentang kebijakan jaminan kesehatan. Agar kegiatan sosialisasi, edukasi dan advokasi yang dilakukan berjalan efektif maka pertama-tama perlu dirumuskan strateginya.

Dalam Strategi ini antara lain akan diuraikan tentang (a) tujuan; (b) sasaran; (c) isi pesan; (d) media yang digunakan; (e) pengorganisasian; dan (f) pemantauan dampak sosialisasi.

Agar strategi sosialisasi dan advokasi yang dirumuskan berkualitas maka dilakukan sejumlah kegiatan seperti:

a. Analisis Media. Analisis media ini perlu dilakukan untuk memperoleh gambaran opini publik yang optimistik/positif/mendukung/pro dan pesimistik/negatif/menentang/kontra tentang kebijakan jaminan kesehatan yang berkembang melalui media.

b. Analisis Subtansi Kebijakan Jaminan Kesehatan. Mengidentifikasi substansi kebijakan jaminan kesehatan yang perlu disampaikan dalam sosialisasi dan advokasi

c. Analisis Khalayak . Memetakan kelompok masyarakat/organisasi yang terkena dampak langsung (primer) dan tidak langsung (sekunder) kebijakan jaminan kesehatan.

d. Analisis Pesan/Agenda Setting Jaminan Kesehatan. Yaitu menata pesan secara utuh dan komprehensif. Termasuk dalam kegiatan ini adalah (i) *Framing*, cara menonjolkan fakta (seleksi isu) yang akan disampaikan ke publik; (ii) *Signing*, cara menggunakan bahasa/gambar untuk mengemas pesan, dan; (iii) *Priming*, cara mengatur tempat (*place*) dan waktu (*timing*) untuk menyampaikan pesan

e. Analisis Endorser/ Komunikator Jaminan Kesehatan. Melakukan analisis terhadap tokoh-tokoh yang memiliki legitimasi publik yaitu yang memiliki kewenangan, kredibel, kemampuan mempersuasi, kapasitas, kompetensi, pengalaman, kedekatan, atraktif dan antusias. Tokoh tersebut dapat berasal dari pejabat pemerintah, akademisi, pemuka masyarakat maupun mitra pemerintah.

4. PENYIAPAN BAHAN-BAHAN SOSIALISASI DAN ADVOKASI

Setelah dirumuskan strategi sosialisasi dan advokasi secara komprehensif maka kegiatan berikutnya adalah menyiapkan bahan-bahan untuk sosialisasi dan advokasi. Bahan-bahan sosialisasi tersebut disiapkan menurut tujuan serta target/sasaran.

Bahan-bahan yang perlu disusun antara lain terkait informasi hak dan kewajiban peserta selalu tersedia, informasi jenis dan faskes yang melayani, cara melakukan pendaftaran menjadi peserta jaminan kesehatan, cara membayar iuran, cara memanfaakan pelayanan kesehatan dan sebagainya.

Di samping itu bahan-bahan sosialisasi dan advokasi juga perlu disesuaikan dengan media yang akan digunakan. Beberapa media yang dapat digunakan antara lain (a) Media Cetak; (b) Media Penyiaran; (c) Media Tatap Muka; (d) Media Luar Ruang; (e) Media Tradisional, dan; (f) Media Online seperti internet, website/blog dan sebagainya.

Di samping itu juga perlu disusun (a) Buku kecil berisi tanya jawab tentang jaminan kesehatan (Q&A) untuk berbagai kelompok; (b) Lagu – seperti "KB sudah waktunya" untuk diputar di radio-televisi; (c) *talk-show* di berbagai Televisi (mingguan), Radio (harian), kampus dan kawasan industri, Seminar oleh pihak swasta (insentif); (d) penyelenggaraan berbagai seminar baik nasional maupun internasional.

5. PENGORGANISASIAN DAN PELAKSANAAN SOSIALISASI DAN ADVOKASI

Setelah strategi dan bahan-bahan disiapkan maka langkah selanjutnya adalah pelaksanaan sosialisasi dan advokasi itu sendiri. Pelaksanaan sosialisasi ini perlu diatur sedemikian rupa agar dapat berjalan sesuai dengan target yang diharapkan.

6. MONITORING DAMPAK SOSIALISASI DAN ADVOKASI

Untuk memastikan bahwa pelaksanaan sosialisasi dan advokasi berjalan efektif maka perlu dilakukan monitoring terhadap dampak sosialisasi dan advokasi. Dampak dari sosialisasi dan advokasi yang diharapkan adalah (a) meningkatkan kesadaran, pengetahuan dan pemahaman tentang jaminan kesehatan; (b) terciptanya sikap mendukung jaminan kesehatan sesuai UU SJSN dan BPJS; (c) kesediaan penduduk untuk menjadi peserta jaminan kesehatan, yang antara lain ditandai dengan kesediaan membayar iuran jaminan kesehatan.

E. ASPEK KOORDINASI DAN MONITORING

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan merupakan kegiatan yang kompleks; banyak kegiatan yang perlu dilakukan dengan keterlibatan banyak pihak. Pengembangan jaminan kesehatan tidak hanya dilakukan oleh BPJS Kesehatan tetapi juga perlu dukungan dari berbagai Kementerian/Lembaga lain baik di tingkat Pusat maupun Daerah.

Oleh karena itu perlu ada mekanisme koordinasi dan monitoring yang terus menerus terhadap berbagai kegiatan yang dilakukan.

Kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan berkaitan dengan aspek koordinasi dan monitoring diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Penyusunan Standar Operasional dan Mekanisme Pengawasan BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh DJSN
2. Pengembangan Indikator Kinerja BPJS Kesehatan
3. Penyusunan Pedoman Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan
4. Koordinasi dengan berbagai institusi terkait pengembangan Jaminan Kesehatan
5. Monitoring pelaksanaan kegiatan oleh berbagai kementerian dan lembaga terkait dengan pengembangan jaminan kesehatan
6. Evaluasi kinerja BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan
7. Pengawasan operasional penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan
8. Pengawasan keuangan penyelenggaraan jaminan kesehatan oleh BPK dan atau badan pengawasan lain
9. Analisis terhadap Laporan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan yang disusun oleh BPJS Kesehatan

Rincian kegiatan yang perlu dilakukan dari aspek kelembagaan dan organisasi dapat dilihat pada Tabel 8.1.

Tabel 8.1
Matrik Kegiatan Aspek Kelembagaan dan Organisasi

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
VI.	ASPEK KELEMBAGAAN, ORGANISASI DAN SOSIALISASI										
A.	ORGANISASI DAN KELEMBAGAAN										
A.1	TRANSISI MENUJU BPJS KESEHATAN										
a	Penyiapan Beroperasinya BPJS Kesehatan										
1	Pembentukan dan Implementasi PMO (Project Management Office)*	X	X	X	X					PT ASKES (PERSERO)	DJSN, KEMENKES, PT JAMSOSTEK
2	Persiapan perubahan kelembagaan (AD/ART, atribut)		X							BPJS KESEHATAN	DJSN
3	Menyusun sistem dan prosedur operasi yang diperlukan untuk beroperasinya BPJS Kesehatan		X							BPJS KESEHATAN	DJSN
b	Pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan										
1	Penunjukkan Kantor Akuntan Publik untuk melakukan audit dan menyusun:		X							BPJS KESEHATAN	
	1) Laporan Keuangan Penutupan PT Askes (Persero)		X							BPJS KESEHATAN	
	2) Laporan Posisi Keuangan Pembukaan BPJS Kesehatan dan		X							BPJS KESEHATAN	
	3) Laporan Posisi Keuangan Pembukaan Dana Jaminan Kesehatan		X							BPJS KESEHATAN	
2	Pengesahan Laporan Keuangan Penutupan PT Askes (Persero) oleh Meneg BUMN		X							KEMENEG BUMN, BPJS KESEHATAN	DJSN, BPK, OJK
3	Pengesahan Laporan Keuangan Pembukaan BPJS Kesehatan dan Laporan Keuangan Pembuka Dana Jaminan Kesehatan oleh Menteri Keuangan		X							KEMENKEU, BPJS KESEHATAN	DJSN, BPK, OJK
4	Pengangkatan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan oleh Presiden			X						PRESIDEN	DPR RI, DJSN
B	PENGEMBANGAN ORGANISASI BPJS KESEHATAN DALAM RANGKA UNIVERSAL COVERAGE										
1	Pengembangan struktur organisasi BPJS Kesehatan yang mendukung strategi organisasi dalam mencapai universal coverage.			X	X					BPJS KESEHATAN	DJSN

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
2	Menentukan jumlah kantor perwakilan (kantor cabang dan anak cabang) berdasarkan beban kerja, jumlah peserta dan kondisi geografis				X					BPJS KESEHATAN	
3	Perumusan dan pengembangan budaya organisasi baru yang berorientasi kepada pelayanan			X						BPJS KESEHATAN	DJSN
4	Penyusunan syarat kompetensi SDM BPJS Kesehatan			X						DJSN	BPJS KESEHATAN
5	Analisis kebutuhan sumber daya manusia BPJS Kesehatan menurut berbagai kualifikasi (pimpinan, marketing, aktuaris, verifikator, administrasi dll) dan strategi pemenuhannya Penyusunan pola karir berbasis kompetensi baik untuk jabatan manajerial maupun non manajerial dengan kejelasan fungsi dan tanggung jawab			X						BPJS KESEHATAN	DJSN
6	Pembukaan kantor perwakilan dan pemenuhan sumber daya manusia					X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	
7	Analisis kinerja BPJS					X			X	DJSN	BPJS KESEHATAN
8	Pengembangan GCG (Good Corporate Governance) BPJS				X	X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	DJSN
9	Pengembangan kapasitas SDM terkait jaminan kesehatan (Kemenkes, DJSN, BPJS Kesehatan, Asosiasi Faskes, Asosiasi Profesi Kesehatan, Pemerintah Daerah, Media, Asosiasi Pemberi Kerja dan Pekerja)			x	x	x	x	x	x	DJSN, KEMENKES	BPJS KESEHATAN
C	PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI										
1	Penyusunan Blue Print IT (SDM, infrastruktur, Aplikasi)	X								BPJS KESEHATAN	
2	Perumusan dan Pengembangan Bisnis Proses BPJS Kesehatan	X								BPJS KESEHATAN	
3	Pengembangan SIM Jaminan Kesehatan (termasuk sistem online)		X	X						BPJS KESEHATAN	
4	Pengembangan Infrastruktur IT			X	X	X				BPJS KESEHATAN	
5	Pengembangan SDM IT			X	X	X				BPJS KESEHATAN	
6	*Data Warehouse* jaminan pemeliharan kesehatan secara nasional, regional, cabang berdasarkan dimensi demogarfi, wilayah, dan waktu			X	X					BPJS KESEHATAN	
7	Interkoneksi PT Askes dengan seluruh PPK dan instansi terkait untuk percepatan penagihan klaim PPK dan pengendalian pelayanan		X	X	X	X	X			BPJS KESEHATAN	

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
D	SOSIALISASI, EDUKASI DAN ADVOKASI										
1	Perumusan Strategi Sosialisasi dan Advokasi	X								DJSN	KOMINFO, KEMENKES, PT ASKES
2	Penyiapan Bahan-Bahan Sosialisasi dan Advokasi	X	X							DJSN	KOMINFO, KEMENKES, PT ASKES
3	Pengorganisasian dan Pelaksanaan Sosialisasi dan Advokasi		X	X	X	X	X	X	X	KOMINFO	KEMENKES, DJSN, BPJS KESEHATAN
4	Monitoring Dampak Sosialisasi dan Advokasi				X		X		X	DJSN	KEMENKES, DJSN, BPJS KESEHATAN
E	ASPEK KOORDINASI, MONITORING DAN KAJIAN										
1	Penyusunan Standar Operaional dan Mekanisme Pengawasan BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh DJSN		X	X						DJSN	BPK, OJK, KEMENKES
2	Pengembangan Indikator Kinerja BPJS Kesehatan	X	X							DJSN	BPK, OJK, KEMENKES
3	Penyusunan Pedoman Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan		X	X						DJSN	BAPPENAS, KEMENKES, BPJS KESEHATAN
4	Koordinasi dengan berbagai institusi terkait pengembangan Jaminan Kesehatan	X	X	X	X	X	X	X	X	DJSN	SEMUA STAKEHOLDERS
5	Monitoring pelaksanaan kegiatan oleh berbagai kementerian dan lembaga terkait dengan pengembangan jaminan kesehatan		X	X	X	X	X	X	X	DJSN, KEMENKES	SEMUA STAKEHOLDERS
6	Evaluasi kinerja BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan				X		X		X	DJSN, KEMENKES	BPJS KESEHATAN
7	Pengawasan operasional penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan			X	X	X	X	X	X	DJSN	BPJS KESEHATAN
8	Penyusunan Sisdur pengawasan keuangan BPJS Kesehatan									DJSN	BPK, OJK, KEMENKEU
9	Pengawasan keuangan penyelenggaraan jaminan kesehatan oleh BPK dan atau Otoritas Jasa Keuangan			X	X	X	X	X	X	BPK, OJK	DJSN, BPJS KESEHATAN
10	Analisis terhadap Laporan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan yang disusun oleh BPJS Kesehatan		X	X	X	X	X	X	X	BPK, OJK	DJSN
11	Kajian-kajian penyempurnaan jaminan kesehatan, seperti:	X	X	X	X	X	X	X	X		
a	Kajian tentang sistem rujukan dalam pelayanan Jaminan Kesehatan				X					KEMENKES	BPJS KESEHATAN
b	Kajian tentang utilisasi jaminan kesehatan				X					DJSN	BPJS KESEHATAN, KEMENKES

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
c	Kajian tentang integrasi kegiatan preventif dan promotif dengan pelayanan kesehatan				X					KEMENKES	BPJS KESEHATAN, DJSN
d	Kajian tentang portabilitas pelayanan Jaminan Kesehatan					X				DJSN	BPJS KESEHATAN, KEMENKES
e	Kajian tentang Biaya dan Tarif Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama				X					KEMENKES	ASSOSIASI FASKES, BPJS KESEHATAN, DJSN
f	Kajian tentang Biaya dan Tarif Pelayanan di Rumah Sakit Umum				X					KEMENKES	ASSOSIASI FASKES, BPJS KESEHATAN, DJSN
g	Kajian tentang Biaya dan Tarif Pelayanan di Rumah Sakit Khusus				X					KEMENKES	ASSOSIASI FASKES, BPJS KESEHATAN, DJSN
h	Kajian Pengumpulan Iuran untuk Pekerja Mandiri/Informal/Bukan Penerima Upah					X		X		DJSN	KEMENAKERTRANS, BPJS
i	Kajian perkembangan upah pekerja di sektor formal sebagai dasar penetapan persentase iuran jaminan kesehatan					X		X		DJSN	KEMENAKERTRANS, BPS
j	Kajian perkembangan upah pekerja di sektor informal sebagai dasar penetapan iuran jaminan kesehatan					X		X		DJSN	KEMENAKERTRANS, BPJS
k	Kajian tentang Penggunaan Teknologi dan Pengobatan Baru				X		X		X	KEMENKES	DJSN, BPJS KESEHATAN
l	Kajian tentang ketersediaan obat dan bahan medis				X					KEMENKES	

HALAMAN INI SENGAJA DIKOSONGKAN

KERANGKA IMPLEMENTASI

9

A. PROGRAM DAN KEGIATAN

Upaya mencapai kepesertaan semesta jaminan kesehatan harus dilakukan dengan langkah-langkah konkrit. Langkah-langkah tersebut perlu dijabarkan dalam program dan kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan baik terkait dengan aspek peraturan dan perundangan, aspek kepesertaan, aspek pelayanan kesehatan (paket manfaat dan fasilitas kesesehatan), aspek keuangan, maupun aspek kelembagaan dan organisasi. Tabel 9.1 merinci kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan untuk masing-masing aspek.

B. KERANGKA IMPLEMENTASI

Dalam rangka mengimplementasikan kegiatan-kegiatan tersebut maka perlu dibuat jadwal pelaksanaan kegiatan berikut institusi yang bertanggung jawab dalam pengelolaan kegiatan dimaksud.

Tabel 9.1 memperlihatkan kerangka implementasi kegiatan-kegiatan setiap tahun dan instansi mana yang melakukan masing-masing kegiatan dimaksud. Untuk mengimplementasikan kegiatan dimaksud perlu komitmen dari institusi-institusi terkait untuk menganggarkan, melaksanakan dan mengkoordinasi kegiatan tersebut.

C. INDIKATOR

Pada akhirnya kegiatan-kegiatan yang dirumuskan dalam dokumen peta jalan ini ditujukan agar semua penduduk Indonesia pada tahun 2019 menjadi peserta jaminan kesehatan yang pengelolaannya sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU BPJS berikut peraturan pelaksanaan lainnya (PP PBI, Perpres Jaminan Kesehatan dan sebagainya).

Oleh karena itu indikator hasil (*outcome indicator*) dari seluruh kegiatan yang ada di dalam dokumen peta jalan ini adalah (1) semua penduduk Indonesia menjadi peserta jaminan kesehatan; (2) iuran, paket manfaat, pengelolaan keuangan dan kelembagaan jaminan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU BPJS berikut peraturan pelaksanaan lainnya.

Dengan tercapainya indikator hasil, maka diharapkan dapat dicapai indikator dampak (*impact indicator*) yaitu terpelihara dan meningkatnya derajat kesehatan penduduk Indonesia.

Untuk mencapai indkator-indikator tersebut diperlukan sejumlah input baik dalam bentuk dana, tenaga maupun sumber daya lainnya.

D. PENDANAAN

Untuk mengimplementasikan kegiatan-kegiatan yang tertuang dalam dokumen *peta jalan* ini diperlukan dana yang besar. Sumber dana untuk melaksanakan kegiatan ini berasal dari:

1. Pemerintah. Untuk kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah (kementerian/lembaga) termasuk kegiatan yang diselenggarakan oleh DJSN didanai oleh Pemerintah. Dalam kaitan ini peran BAPPENAS, Kementerian Keuangan dan DPR RI sangat besar dalam mengalokasikan dana yang cukup. Kegiatan-kegiatan yang dikelola oleh instansi/SKPD di daerah harus didanai oleh pemerintah daerah.
2. BPJS Kesehatan. Sesuai dengan perintah UU BPJS, PT Askes harus mendanai kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan.
3. Donor/Hibah. Sumber dana lain yang memungkinkan dapat membiayai kegiatan-kegiatan tersebut adalah dari lembaga donor seperti GIZ, AUSAID, JICA dan sebagainya.

Estimasi besaran anggaran yang diperlukan untuk mengimplementasikan kegiatan yang dirumuskan dalam dokumen *peta jalan* ini dijabarkan dalam rencana aksi (*action plan*).

E. INSTITUSI-INTITUSI YANG BERTANGGUNG-JAWAB

Pengelolaan jaminan kesehatan semesta melibatkan banyak institusi. Masing-masing institusi memiliki tanggung jawab, tugas dan fungsinya masing-masing. Oleh karena itu perlu sinkronisasi kegiatan yang dilakukan oleh masing-masing institusi.

Beberapa institusi yang terlibat antara lain:

1. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) baik BPJS Kesehatan maupun BPJS Ketenagakerjaan
3. Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat
4. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)
5. Kementerian Kesehatan
6. Kementerian Keuangan
7. Kementerian Dalam Negeri
8. Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi
9. Kementerian Pertahanan dan Keamanan
10. Kementerian Sosial

11. Kementerian BUMN
12. Kementerian Koperasi dan UKM
13. Kementerian Kelautan dan Perikanan
14. Kementerian Pertanian
15. Kementerian Hukum dan HAM
16. Kementerian Komunikasi dan Informasi
17. Badan Pusat Statistik (BPS)

F. MONITORING DAN EVALUASI

Sistem pemantauan dan evaluasi merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari implementasi *peta jalan*. Pemantauan dan evaluasi bertujuan untuk mengetahui tingkat pencapaian dan kesesuaian antara rencana yang telah ditetapkan dalam *peta jalan* dengan hasil yang dicapai berdasarkan kebijakan yang dilaksanakan melalui kegiatan dan/atau program secara berkala.

Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi dilakukan berdasarkan prinsip-prinsip antara lain (1) kejelasan tujuan dan hasil yang diperoleh dari pemantauan dan evaluasi; (2) dilaksanakan secara berkala dan berkelanjutan; (3) berbasis indikator kinerja; (4) melibatkan berbagai pihak yang dipandang perlu dan berkepentingan secara proaktif (partisipatif), serta; (5) mencakup seluruh objek agar dapat menggambarkan secara utuh kondisi dan situasi sasaran pemantauan dan evaluasi (komprehensif).

Monitoring dan evaluasi secara rutin dilakukan oleh DJSN. Sedangkan pengawasan rutin dalam kepatuhan (kepesertaan dan iuran) dilakukan oleh BPJS (misalnya pengenaan denda, pemutusan kontrak, dan sebagainya.). Pelaksanaan kegiatan oleh masing-masing instansi perlu dikoordinasikan dan disinkronkan secara berkala. Pengawasan eksternal (keuangan) dilakukan oleh pihak lain yang berwenang (BPK dan OJK).

TABEL 9.1
KERANGKA IMPLEMENTASI KEGIATAN PENGEMBANGAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
I.	ASPEK PERATURAN DAN PERUNDANGAN										
	Perumusan, Pembahasan dan Pengesahan Rancangan:										
1	Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan*	X	Januari							KEMENKES	DJSN, KEMENKOKESRA, KEMENHUKHAM, KEMENKEU, BAPPENAS
2	Peraturan Pemerintah tentang PBI*	X	Januari							KEMENSOS	DJSN, KEMENKES, KEMENKEU, BAPPENAS, KEMENKOKESRA, KEMENHUKHAM, TNP2K
3	Peraturan Presiden tentang Dukungan Operasional Kesehatan bagi TNI/Polri	X	X							KEMENHAN	DJSN, KEMENKES
4	Peraturan Pemerintah tentang pelaksanaan UU No. 24 Th 2011 tentang BPJS (Gabungan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X								KEMENKOKESRA	DJSN, KEMENKES, KEMENAKERTRANS, KEMENKEU, KEMENHUKHAM, PT ASKES, PT JAMSOSTEK
5	PP Modal Awal BPJS (Gabungan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X	X							KEMENKEU	DJSN, KEMENKOKESRA, KEMENHUKHAM, BAPPENAS, PT ASKES, PT JAMSOSTEK
6	PP Pengelolaan Dana Jaminan Sosial (Gabungan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X	X							KEMENKEU	DJSN, KEMENKOKESRA, KEMENHUKHAM, BAPPENAS, PT ASKES, PT JAMSOSTEK
7	Peraturan Presiden tentang Tata Cara Pemilihan dan Penetapan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS (Gabungan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X	X							KEMENKOKESRA	DJSN, KEMENG BUMN, KEMENKEU, KEMENKES

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
8	Peraturan Presiden tentang Renumerasi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS (Gabungan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan)	X	X							KEMENKOKESRA	DJSN, KEMENG BUMN, KEMENKEU, KEMENKES
9	Keputusan Presiden tentang Pengangkatan untuk Pertama kali Dewan Komisaris dan Direksi PT. Askes (persero) menjadi Dewan pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan		X							KEMENKES	DJSN, KEMENEG BUMN, KEMENKEU
II.	ASPEK KEPESERTAAN										
A.	PENGALIHAN DAN INTEGRASI KEPESERTAAN										
1	Pengalihan Peserta JPK Jamsostek ke BPJS Kesehatan	X	X	Jan						PT ASKES	PT JAMSOSTEK, DJSN
2	Pengalihan Peserta Jamkesmas ke BPJS Kesehatan	X	X	Jan						PT ASKES	KEMENKES, DJSN
3	Pengalihan Anggota TNI/Polri ke BPJS Kesehatan		X	Jan						PT ASKES	KEMENHAN, DJSN
4	Integrasi Peserta Jamkesda/PJKMU ke BPJS Kesehatan			X	X	X				PT ASKES	PEMDA, DJSN
B	PERLUASAN KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN										
1	Target Perluasan Kepesertaan di Usaha Besar			20 persen	50 persen	75 persen	100 persen			BPJS KESEHATAN	
2	Target Perluasan Kepesertaan di Usaha Sedang			20 persen	50 persen	75 persen	100 persen			BPJS KESEHATAN	
3	Target Perluasan Kepesertaan di Usaha Kecil			10 persen	30 persen	50 persen	70 persen	100 persen		BPJS KESEHATAN	
4	Target Perluasan Kepesertaan di Usaha Mikro			10 persen	25 persen	40 persen	60 persen	80 persen	100 persen	BPJS KESEHATAN	
C	PENYUSUNAN SISTEM DAN PROSEDUR KEPESERTAAN										
1	Sisdur Kepesertaan dan Pengumpulan Iuran	X	X							PT ASKES (Persero)	DJSN, KEMENKES
D	KEGIATAN PENDUKUNG DAN PENGEMBANGAN										
1	Sosialisasi dan Implementasi NIK dalam data kepesertaan jaminan kesehatan		Nop	X	X	X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	ADMINDUK, P2JK, PT ASKES, PT JAMSOSTEK, BPS, DJSN

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
2	Pemetaan Perusahaan sebagai sasaran kepesertaan jaminan kesehatan.		X	X						PT ASKES (Persero)	BPS, KEMENAKERTRANS, DITJEN PAJAK, KEMENPERDAG, PT JAMSOSTEK, KADIN, APINDO
3	Pemetaan pekerja sebagai sasaran kepesertaan jaminan kesehatan			X	X					PT ASKES DAN DJSN	BPS, KEMENAKERTRANS, PT JAMSOSTEK
4	Penyiapan Bahan serta Strategi Sosialisasi dan Advokasi	X	X							PT ASKES (Persero)	DJSN, KEMENKES, KOMINFO
5	Sosialisasi (KIE) dan advokasi tentang jaminan kesehatan	X	X	X	X	X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	KOMINFO, KEMENKES, DJSN
6	Monitoring kesiapan daerah terhadap pelaksanaan Jaminan Kesehatan	X								DJSN	P2JK, BPJS KESEHATAN
7	Penyiapan sistem penanganan komplain/keluhan peserta (grievances procedure)			X	X					DJSN	BPJS KESEHATAN
8	Pengukuran kepuasan peserta (customer satisfaction measurement)				X		X		X	DJSN	BPJS KESEHATAN
9	Kajian perkembangan penerima PBI termasuk didalamnya inclusion-exclusion error dan pengalihan secara bertahap dari kepesertaan PBI ke Non PBI				X		X		X	KEMENKES	DJSN, KEMENKEU, Bappenas, BPS
III.	ASPEK PAKET MANFAAT DAN IURAN										
1	Merumuskan dan Menetapkan Paket Manfaat yang akan dimasukkan dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan	X								KEMENKES	DJSN, BPJS KESEHATAN
2	Peninjauan secara Berkala tentang Paket Manfaat dan Besaran Iuran Jaminan Kesehatan					X		X		KEMENKES	DJSN, KEMENKEU, KEMENAKERTRANS, KADIN, APINDO, SERIKAT PEKERJA, BPJS KESEHATAN
3	Penetapan Peraturan tentang Koordinasi Manfaat (coordination of benefit)				X					DJSN DAN BPJS KESEHATAN	KEMENKES
4	Menetapkan Besaran Iuran melalui Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan	X								DJSN DAN KEMENKES	KEMENKEU

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
5	Penetapan Peraturan (Sistem dan Prosedur) tentang Urun Biaya				X					BPJS KESEHATAN	DJSN
6	Penyusunan Sisdur Pemberian Kompensasi kepada peserta untuk daerah yang tidak ada fasilitas kesehatan memadai		X							BPJS KESEHATAN	DJSN, KEMENKES
IV.	ASPEK PAKET PELAYANAN KESEHATAN										
A	Peningkatan Ketersediaan dan Kualitas Fasilitas Kesehatan, Tenaga Kesehatan dan Sarana Kesehatan										
1	Penyusunan rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan, sarana kesehatan dan tenaga kesehatan	X	X							KEMENKES	IDI, PERSI, PDGI, IAI
2	Implementasi rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan, sarana kesehatan dan tenaga kesehatan		X	X	X	X	X	X	X	KEMENKES, PEMDA DAN SWASTA	BAPPENAS, KEMENKEU
B	Penyusunan Sistem/Standar Operasional Pelayanan										
1	Penyusunan standar prosedur medik, keperawatan, dan kefarmasian sebagai pedoman pemberian pelayanan kesehatan di masing-masing tingkatan pelayanan dan tingkatan fasilitas		X	X	X					KEMENKES	IDI, PERSI, PDGI, PPNI, IBI, IAI
2	Penyusunan tentang sisdur pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta (PPK I, II dan III termasuk utk memenuhi prinsip portabilitas)	X	X							BPJS KESEHATAN	KEMENKES, DJSN
3	Penyusunan standar fasilitas kesehatan		X	X	X					KEMENKES	BPJS KESEHATAN
4	Penyusunan Pedoman Kredensialing/Re-Kredensialing Fasilitas Kesehatan			X	X					BPJS KESEHATAN	KEMENKES, DJSN
5	Optimalisasi pelaksanaan manajemen kasus (case management)					X				BPJS KESEHATAN	DJSN
6	Pengembangan sistem kendali mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh setiap fasilitas kesehatan;				X	X				BPJS KESEHATAN	KEMENKES, DJSN

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
7	Merumuskan dan operasionalisasi pemantauan kendali mutu dan biaya untuk menghindari pelayanan kesehatan yang berlebihan, ketidaktepatan diagnosis, prosedur terapi dan intervensi, pengobatan dan peresepan yang tidak rasional serta pemberian rujukan yang tidak tepat;				X	X				BPJS KESEHATAN	KEMENKES, DJSN
8	Perumusan dan operasionalisasi sistem penanganan keluhan dari peserta baik oleh fasilitas kesehatan maupun oleh BPJS.				X					DJSN	BPJS KESEHATAN
C	Penyempurnaan Sistem Pembayaran ke Fasilitas Kesehatan										
1	Penyempurnaan Sistem Pembayaran (kapitasi, INA-CBGs dll)		X	X	X					KEMENKES/BPJS KESEHATAN	DJSN
2	Implementasi Sistem Pembayaran (INA-CBGs dll)			X	X					BPJS KESEHATAN	
3	Penyusunan Pedoman Standarisasi Pola Tarif/ Pembayaran Fasilitas Kesehatan				X	X				KEMENKES	ASSOSIASI FASKES, BPJS KESEHATAN, DJSN
4	Penyusunan Pedoman Pemberian Kompensasi bagi Peserta di daerah yang tidak ada fasilitas kesehatan yang dapat melayani				X					DJSN, BPJS KESEHATAN	KEMENKES
V.	ASPEK KEUANGAN										
A	TERKAIT PENGELOLAAN DANA										
1	Pembuatan kebijakan tentang pengelolaan dana investasi		X	X						KEMENKEU	DJSN, BPJS KESEHATAN
2	Pedoman pengelolaan dana amanat secara hati-hati									DJSN	BPJS KESEHATAN
3	Penyusunan ketentuan cadangan tehnis dan valuasi aktuaria				X	X				DJSN	BPJS KESEHATAN
4	Penyusunan financial planing Badan Penyelenggara			X	X	X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	DJSN
B	PERTANGGUNGJAWABAN PENCATATAN DAN PELAPORAN KEUANGAN										

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
1	Penyusunan Pedoman Pencatatan dan Pelaporan Keuangan		X							BPJS KESEHATAN	
2	Sosialisasi Pedoman Pencatatan dan Pelaporan Keuangan		X							BPJS KESEHATAN	
3	Penyempurnaan Sistem dan Prosedur Akuntansi dan Keuangan		X							BPJS KESEHATAN	
C	SISTEM PENGENDAIAN INTERN DAN AUDITABILITAS LAPORAN										
1	Penyusunan Pedoman Sistem Pengendalian Intern			X						BPJS KESEHATAN	
2	Training Satuan Tugas Pengendalian Intern				X					BPJS KESEHATAN	
E	ANALISIS DAMPAK FISKAL PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN										
1	Analisis bantuan iuran bagi orang miskin dan tidak mampu				X					KEMENSOS, BAPPENAS	KEMENKEU, DJSN
2	Kajian dampak fiskal dari pengelolaan jaminan kesehatan	X				X				KEMENKEU, BAPPENAS	DJSN
F	PERSIAPAN PERUBAHAN PT ASKES (PERSERO) MENJADI BPJS KESEHATAN										
1	Penyusunan Kebijakan akuntansi keuangan khusus BPJS		X							BPJS KESEHATAN	
2	Penutupan Laporan Keuangan PT. Askes (Persero) per 31 Desember 2013 dan pengesahan neraca awal BPJS Kesehatan per 1 Januari 2014		X							BPJS KESEHATAN	
a	Audit dari KAP untuk Penutupan Perseroan		X							BPJS KESEHATAN	
b	Pengesahan Neraca BPJS I		X							BPJS KESEHATAN	
c	Penutupan neraca PT Askes (Persero)		X							BPJS KESEHATAN	
d	Pembukaan Neraca awal BPJS Kesehatan		X							BPJS KESEHATAN	
e	Ketentuan Modal awal BPJS Kesehatan		X							BPJS KESEHATAN	

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
3	Pertimbangan faktor perpajakan		X							BPJS KESEHATAN	
4	Perubahan struktur modal		X							BPJS KESEHATAN	
5	Transaksi hubungan istimewa		X							BPJS KESEHATAN	
6	Pengelolaan kekayaan dan kewajiban secara sehat (ALMA)		X							BPJS KESEHATAN	
7	Penyusunan sistem pengendalian intern bagi Badan Penyelenggara, Rumah Sakit dan Puskesmas	X								BPJS KESEHATAN	DJSN
VI.	ASPEK KELEMBAGAAN, ORGANISASI DAN SOSIALISASI										
A.	ORGANISASI DAN KELEMBAGAAN										
a	Penyiapan Beroperasinya BPJS Kesehatan										
1	Pembentukan dan Implementasi PMO (Project Management Office)*	X	X	X	X					PT ASKES (PERSERO)	DJSN, KEMENKES, PT JAMSOSTEK
2	Persiapan perubahan kelembagaan (AD/ART, atribut)		X							BPJS KESEHATAN	DJSN
3	Menyusun sistem dan prosedur operasi yang diperlukan untuk beroperasinya BPJS Kesehatan		X							BPJS KESEHATAN	DJSN
b	Pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan										
1	Penunjukkan Kantor Akuntan Publik untuk melakukan audit dan menyusun:		X							BPJS KESEHATAN	
	1) Laporan Keuangan Penutupan PT Askes (Persero)		X							BPJS KESEHATAN	
	2) Laporan Posisi Keuangan Pembukaan BPJS Kesehatan dan		X							BPJS KESEHATAN	
	3) Laporan Posisi Keuangan Pembukaan Dana Jaminan Kesehatan		X							BPJS KESEHATAN	

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
2	Pengesahan Laporan Keuangan Penutupan PT Askes (Persero) oleh Meneg BUMN		X							KEMENEG BUMN, BPJS KESEHATAN	DJSN, BPK, OJK
3	Pengesahan Laporan Keuangan Pembukaan BPJS Kesehatan dan Laporan Keuangan Pembuka Dana Jaminan Kesehatan oleh Menteri Keuangan		X							KEMENKEU, BPJS KESEHATAN	DJSN, BPK, OJK
4	Pengangkatan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan oleh Presiden			X						PRESIDEN	DPR RI, DJSN
B	PENGEMBANGAN ORGANISASI BPJS KESEHATAN DALAM RANGKA UNIVERSAL COVERAGE										
1	Pengembangan struktur organisasi BPJS Kesehatan yang mendukung strategi organisasi dalam mencapai universal coverage.			X	X					BPJS KESEHATAN	DJSN
2	Menentukan jumlah kantor perwakilan (kantor cabang dan anak cabang) berdasarkan beban kerja, jumlah peserta dan kondisi geografis				X					BPJS KESEHATAN	
3	Perumusan dan pengembangan budaya organisasi baru yang berorientasi kepada pelayanan			X						BPJS KESEHATAN	DJSN
4	Penyusunan Syarat kompetensi SDM BPJS Kesehatan			X						DJSN	BPJS KESEHATAN
5	Analisis kebutuhan sumber daya manusia BPJS Kesehatan menurut berbagai kualifikasi (pimpinan, marketing, aktuaris, verifikator, administrasi dll) dan strategi pemenuhannya Penyusunan pola karir berbasis kompetensi baik untuk jabatan manajerial maupun non manajerial dengan kejelasan fungsi dan tanggung jawab			X						BPJS KESEHATAN	DJSN
6	Pembukaan kantor perwakilan dan pemenuhan sumber daya manusia					X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	
7	Analisis kinerja BPJS					X			X	DJSN	BPJS KESEHATAN

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
8	Pengembangan GCG (Good Corporate Governance) BPJS				X	X	X	X	X	BPJS KESEHATAN	DJSN
9	Pengembangan kapasitas SDM terkait jaminan kesehatan (Kemenkes, DJSN, BPJS Kesehatan, Asosiasi Faskes, Asosiasi Profesi Kesehatan, Pemerintah Daerah, Media, Asosiasi Pemberi Kerja dan Pekerja)			x	x	x	x	x	x	DJSN, KEMENKES	BPJS KESEHATAN
C	PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI										
1	Penyusunan Blue Print IT (SDM, infrastruktur, Aplikasi)	X								BPJS KESEHATAN	
2	Perumusan dan Pengembangan Bisnis Proses BPJS Kesehatan	X								BPJS KESEHATAN	
3	Pengembangan SIM Jaminan Kesehatan (termasuk sistem online)		X	X						BPJS KESEHATAN	
4	Pengembangan Infrastruktur IT			X	X	X				BPJS KESEHATAN	
5	Pengembagan SDM IT			X	X	X				BPJS KESEHATAN	
6	Data Warehouse jaminan pemeliharan kesehatan secara nasional, regional, cabang berdasarkan dimensi demogarfi, wilayah, dan waktu			X	X					BPJS KESEHATAN	
7	Interkoneksi PT Askes dengan seluruh PPK dan instansi terkait untuk percepatan penagihan klaim PPK dan pengendalian pelayanan		X	X	X	X	X			BPJS KESEHATAN	
D	SOSIALISASI, EDUKASI DAN ADVOKASI										
1	Perumusan Strategi Sosialisasi dan Advokasi	X								DJSN	KOMINFO, KEMENKES, PT ASKES
2	Penyiapan Bahan-Bahan Sosialisasi dan Advokasi	X	X							DJSN	KOMINFO, KEMENKES, PT ASKES
3	Pengorganisasian dan Pelaksanaan Sosialisasi dan Advokasi		X	X	X	X	X	X	X	KOMINFO	KEMENKES, DJSN, BPJS KESEHATAN
4	Monitoring Dampak Sosialisasi dan Advokasi				X		X		X	DJSN	KEMENKES, DJSN, BPJS KESEHATAN

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
E	ASPEK KOORDINASI, MONITORING DAN KAJIAN										
1	Penyusunan Standar Operaional dan Mekanisme Pengawasan BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh DJSN		X	X						DJSN	BPK, OJK, KEMENKES
2	Pengembangan Indikator Kinerja BPJS Kesehatan	X	X							DJSN	BPK, OJK, KEMENKES
3	Penyusunan Pedoman Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan		X	X						DJSN	BAPPENAS, KEMENKES, BPJS KESEHATAN
4	Koordinasi dengan berbagai institusi terkait pengembangan Jaminan Kesehatan	X	X	X	X	X	X	X	X	DJSN	SEMUA STAKEHOLDERS
5	Monitoring pelaksanaan kegiatan oleh berbagai kementerian dan lembaga terkait dengan pengembangan jaminan kesehatan		X	X	X	X	X	X	X	DJSN, KEMENKES	SEMUA STAKEHOLDERS
6	Evaluasi kinerja BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan				X		X		X	DJSN, KEMENKES	BPJS KESEHATAN
7	Pengawasan operasional penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan			X	X	X	X	X	X	DJSN	BPJS KESEHATAN
8	Penyusunan Sisdur pengawasan keuangan BPJS Kesehatan									DJSN	BPK, OJK, KEMENKEU
9	Pengawasan keuangan penyelenggaraan jaminan kesehatan oleh BPK dan atau Otoritas Jasa Keuangan			X	X	X	X	X	X	BPK, OJK	DJSN, BPJS KESEHATAN
10	Analisis terhadap Laporan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan yang disusun oleh BPJS Kesehatan		X	X	X	X	X	X	X	BPK, OJK	DJSN
11	Kajian-kajian penyempurnaan jaminan kesehatan, seperti:	X	X	X	X	X	X	X	X		
a	Kajian tentang sistem rujukan dalam pelayanan Jaminan Kesehatan				X					KEMENKES	BPJS KESEHATAN
b	Kajian tentang utilisasi jaminan kesehatan				X					DJSN	BPJS KESEHATAN, KEMENKES
c	Kajian tentang integrasi kegiatan preventif dan promotif dengan pelayanan kesehatan				X					KEMENKES	BPJS KESEHATAN, DJSN

NO	KEGIATAN	TAHUN								INSTITUSI PELAKSANA	INSTITUSI TERKAIT
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
d	Kajian tentang portabilitas pelayanan Jaminan Kesehatan					X				DJSN	BPJS KESEHATAN, KEMENKES
e	Kajian tentang Biaya dan Tarif Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama				X					KEMENKES	ASSOSIASI FASKES, BPJS KESEHATAN, DJSN
f	Kajian tentang Biaya dan Tarif Pelayanan di Rumah Sakit Umum				X					KEMENKES	ASSOSIASI FASKES, BPJS KESEHATAN, DJSN
g	Kajian tentang Biaya dan Tarif Pelayanan di Rumah Sakit Khusus				X					KEMENKES	ASSOSIASI FASKES, BPJS KESEHATAN, DJSN
h	Kajian Pengumpulan Iuran untuk Pekerja Mandiri/ Informal/Bukan Penerima Upah					X		X		DJSN	KEMENAKERTRANS, BPJS
i	Kajian perkembangan upah pekerja di sektor formal sebagai dasar penetapan persentase iuran jaminan kesehatan					X		X		DJSN	KEMENAKERTRANS, BPS
j	Kajian perkembangan upah pekerja di sektor informal sebagai dasar penetapan iuran jaminan kesehatan					X		X		DJSN	KEMENAKERTRANS, BPJS
k	Kajian tentang Penggunaan Teknologi dan Pengobatan Baru				X		X		X	KEMENKES	DJSN, BPJS KESEHATAN
l	Kajian tentang ketersediaan obat dan bahan medis				X					KEMENKES	

PENUTUP

10

Dokumen Peta Jalan ini harus dijadikan acuan bersama oleh berbagai pihak yang terkait dalam rangka mencapai kepesertaan semesta jaminan kesehatan sesuai dengan Undang-Undamg No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Agar program dan kegiatan yang sudah dirumuskan dapat diimplementasikan diperlukan sejumlah prasyarat. ***Pertama*, perlunya komitmen nasional dalam mengimplementasikan kegiatan-kegiatan.** Komitmen nasional tersebut diwujudkan dalam penetapan regulasi dan penyediaan anggaran yang memadai. Regulasi yang menjadi prasyarat penyelenggaraan jaminan kesehatan diantaranya adalah Peraturan Pemerintah tentang Penerima Bantuan Iuran, Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Pemerintah Pelaksanaan UU BPJS dan sebagainya. Pemerintah perlu menyediakan anggaran yang memadai bagi DJSN, Kementerian dan instansi pemerintah lainnya dalam membiayai kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam rangka pengembangan jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan - dalam hal ini PT Askes (Persero) - harus mengalokasikan anggaran yang memadai dalam mempersiapkan operasional BPJS Kesehatan dan mencapai kepesertaan semesta.

***Kedua*, DJSN perlu melakukan koordinasi dan sinkronisasi yang terus menerus dengan institusi yang terkait dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam pencapaian kepesertaan semesta**.

***Ketiga*, PT Askes (Persero) sebagai lembaga yang akan menjadi BPJS Kesehatan wajib mengimplementasikan kegiatan yang tercantum dalam dokumen Peta Jalan ini**.

***Keempat*, BPJS dan Pemerintah wajib memberik sanksi yang tegas terhadap pihak-pihak yang menghalangi tercapainya kepesertaan semesta**. Sebagai suatu sistem, SJSN telah dirancang dengan memperhatikan kondisi pelaksanaan berbagai program jaminan sosial saat ini dan proyeksi yang akan datang. Dalam hal tertentu, pengenaan sanksi diatur secara berjenjang. Artinya, apabila sanksi administratif tidak efektif untuk memaksa pelaksanaan kewajiban, maka diterapkan sanksi pidana.

Akhirnya, kita berharap agar Peta Jalan ini memberikan arah yang jelas tentang berbagai kegiatan yang diperlukan dalam rangka pencapaian jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk *(universal coverage)*. Dengan demikian maka pencapaian kepesertaan menyeluruh jaminan kesehatan akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan penduduk Indonesia.

LAMPIRAN

DAFTAR PUSTAKA

Ansyori, Ahmad, "Kepesertaan Jaminan Kesehatan Universal Coverage (Adm Kepesertaan, Iuran, Monitoring Evaluasi)", *bahan presentasi* yang disajikan dalam Rakernas SJSN 2010, Jakarta, 14 Desember 2010

Bappenas, *Proyeksi Penduduk Indonesia 2005-2025*, Bappenas, BPS dan UNFPA, Jakarta, 2008

Badan Pusat Statistik, *Hasil Sensus Penduduk 2010. Data Agregat Per Provinsi.*, BPS, Jakarta, Agustus 2010

Badan Pusat Statistik (BPS), *Perkembangan Beberapa Indikator Utama Sosial-Ekonomi Indonesia,* BPS, Jakarta, Agustus 2010

Badan Pusat Statistik, *Hasil Pendaftaran (Listing) Perusahaan/Usaha Sensus Ekonomi 2006*, Berita Resmi Statistik No. 05/01/Th. X, BPS, 2 Januari 2007

Badan Pusat Statistik, *Perkembangan Situasi Ketenagakerjaan Umum Di Indonesia Tahun 2006 – 2010*, BPS, Jakarta

Budi Hidayat,"Sistem Perlindungan Sosial: Potensi program bantuan dan asuransi sosial dalam Indeks Pembangunan Manusia", Diskusi Panel Ahli Ekonomi Kompas 2010, 1 Juli 2010.

Carrin, Guy, *Community based Health Insurance Schemes in Developing Countries: facts, problems and perspectives. Discussion Paper No. 1 2003*, WHO, Geneva, 2003

Carrin, Guy and Chris James, *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*, *Discussion Paper No. 2 2004*, WHO, Geneva, 2004

Carrin G., C. James and D. Evan, *Achieving Universal Health Coverage:Developing The Health Financing System*, WHO, Geneva, 2005

Kementerian Kesehatan RI, *Roadmap Jaminan Kesehatan Semesta*, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan, tanpa tahun.

Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia, *KUMPULAN NASKAH Pembentukan Peraturan Pelaksanaan UU SJSN. Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Sosial (RPP PBIJS). Pembahasan I – VIII, 2007 – 2008 (dalam proses pembentukan)*, Jakarta 7 Nopember 2008

Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI, *Draft Naskah Akademik Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Versi 23-1-2004 Tim SJSN (ke-enam)*, Jakarta

Mundiharno, "Determinan Sosial Ekonomi Intergenerational Transfer: Analisis Data IFLS I", *thesis*, Jakarta, 1999

Mundiharno, "Tinjauan Demografis Pelaksanaan Jaminan Sosial di Indonesia", *paper*, Jakarta, 2009

Mundiharno, "Aspek Demografi dalam Perencanaan Kesehatan", *bahan presentasi*, Jakarta, 2007

Normand, Charles and Axel Weber, *Social Health Insurance. A guidebook for planning*, second edition, ADB, GTZ, ILO and WHO, VAS, Germany, 2009

Pitayarangsarit, Siriwan, *The Introduction of the universal coverage of health care policy in Thailand: Policy Responses*, National Health Security Office, Bangkok, 2012

Population Reference Bureau, *2010 Population Data Sheet, 2010*,. http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2010/2010wpds.aspx. Diakses 25/11/2010

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, *Hasil Analisis Data Bidang Jaminan Kesehatan Tahun 2010*, Jakarta.

Soekamto et. Al, *Reformasi Sistem Jaminan Sosial di Indonesia (Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasca Putusan Mahkamah Konstitusi RI),* Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia bekerjasama dengan GTZ, Jakarta, September 2006

Tara Bhakti Suprobo et.al., *Laporan Teknis untuk Penyusunan Peraturan Pelaksanaan UU tentang SJSN. Sektor Informal di Indonesia dan Jaminan Sosial*, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat dan GTZ, Januari 2007

Thabrany H, Budi Hidayat, Mundiharno et.al., *Laporan Akhir Kajian Program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan Bagi Keluarga Miskin*, TNP2K Sekretariat Wakil Presiden, Jakarta, 2010

Thabrany H dan Mundiharno, *Jaminan Kesehatan Bagi Penduduk Miskin: Kebutuhan dan Masalahnya*, TNP2K Sekretariat Wakil Presiden, Jakarta, 2011

WHO*, World Health Report. Health System Financing: the Path to Universal Coverage*, WHO, 2010

William Savedoff, *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, *Discussion Paper No.4 2004*, WHO, Geneva, 2004

ISBN 978-602-18863-0-4

didukung oleh: