



Evaluasi
Pelaksanaan JKN:
Mencermati akar
masalah
di UU SJSN dan UU BPJS

Oleh

Laksono Trisnantoro, FK-KMK UGM

Pengantar:

Evaluasi Kebijakan JKN

Setelah 5 tahun pelaksanaan kebijakan JKN:

1. Apakah Sasaran JKN yang tertulis di Peta Jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional (2012-2019) tercapai?
2. Apakah Sistem Kesehatan menjadi lebih baik?

1. Hasil monitoring di tahun 2017-18 (UGM-Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia) terhadap Peta Jalan JKN

BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik

Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan

Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat

Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis

Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak

Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS

Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS

BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel

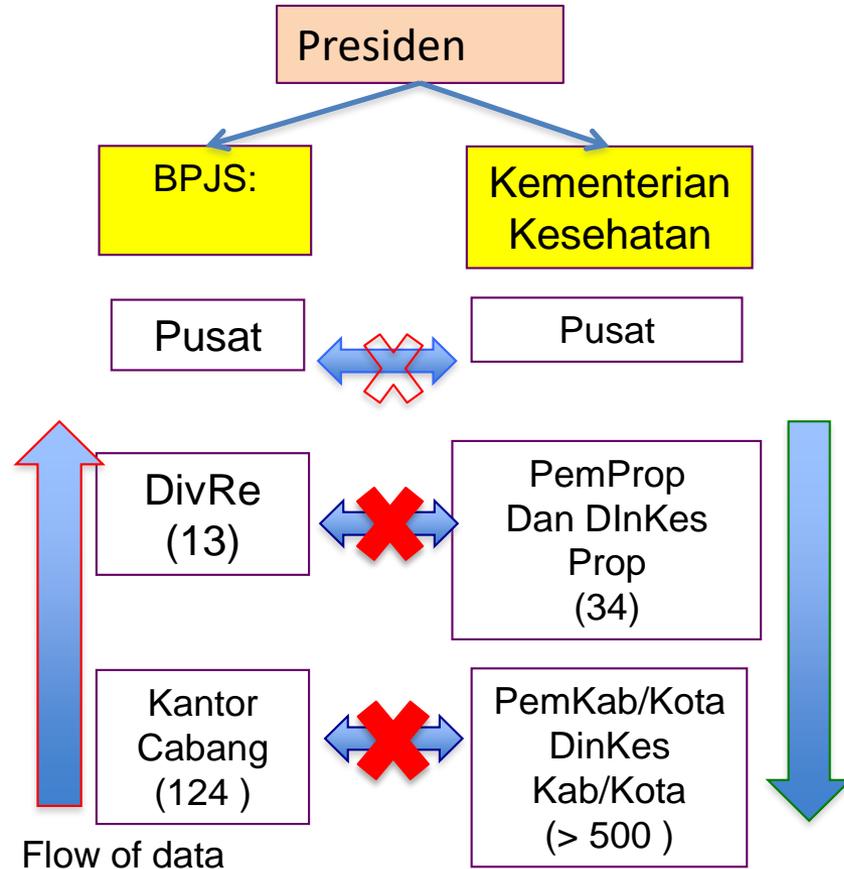
kemungkinan besar tercapai

Mungkin tercapai

Tidak Mungkin tercapai

Hasil 2. Apakah Sistem Kesehatan menjadi lebih baik?

Terjadi fragmentasi

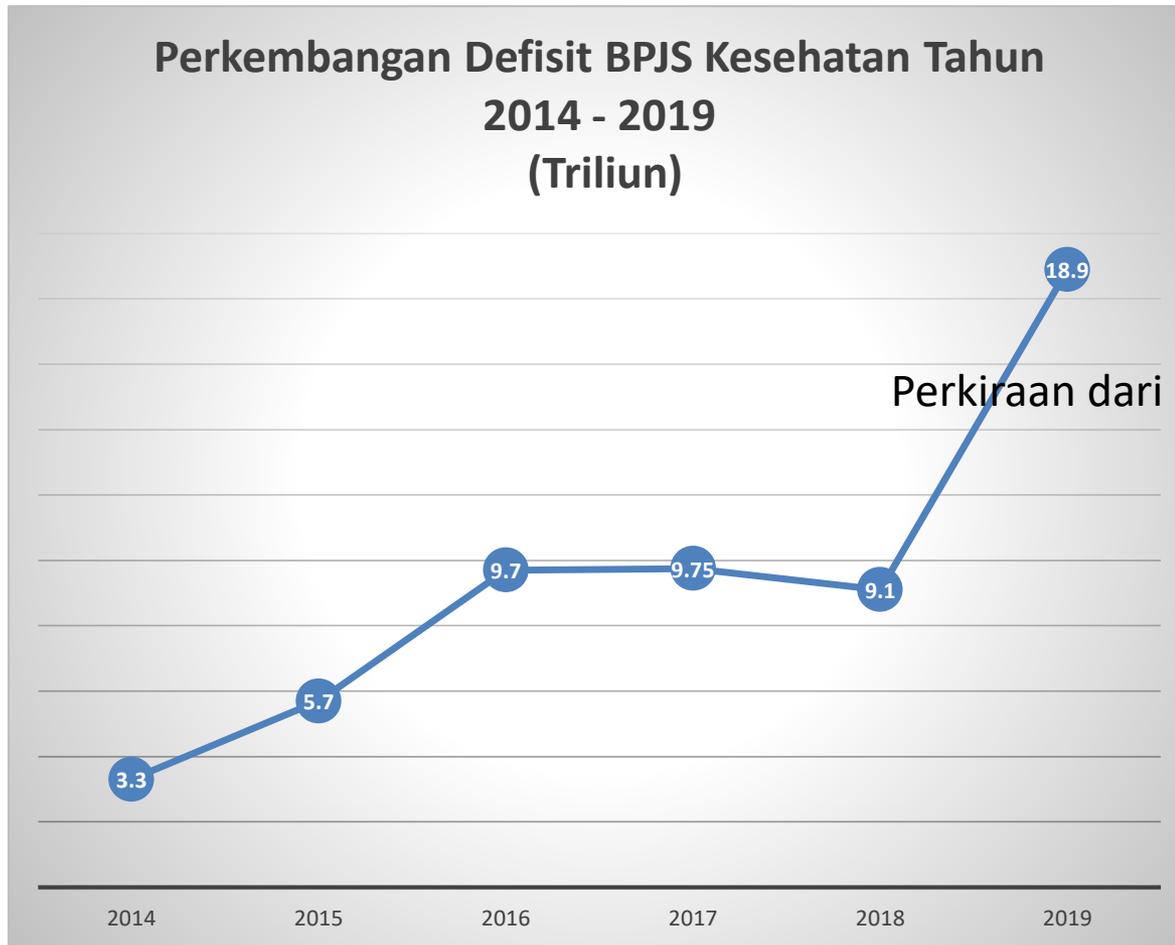


Gejala Fragmentasi



- Data di BPJS tidak dipergunakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Propinsi dan Kab/Kota
- Selama 5-6 tahun kegiatan JKN data detil di BPJS tidak dipergunakan untuk keputusan di Kemenkes dan Pemda.
- Akibatnya: Berbagai Konflik, Defisit dan berbagai hal yang mengikutinya

Defisit Total BPJS

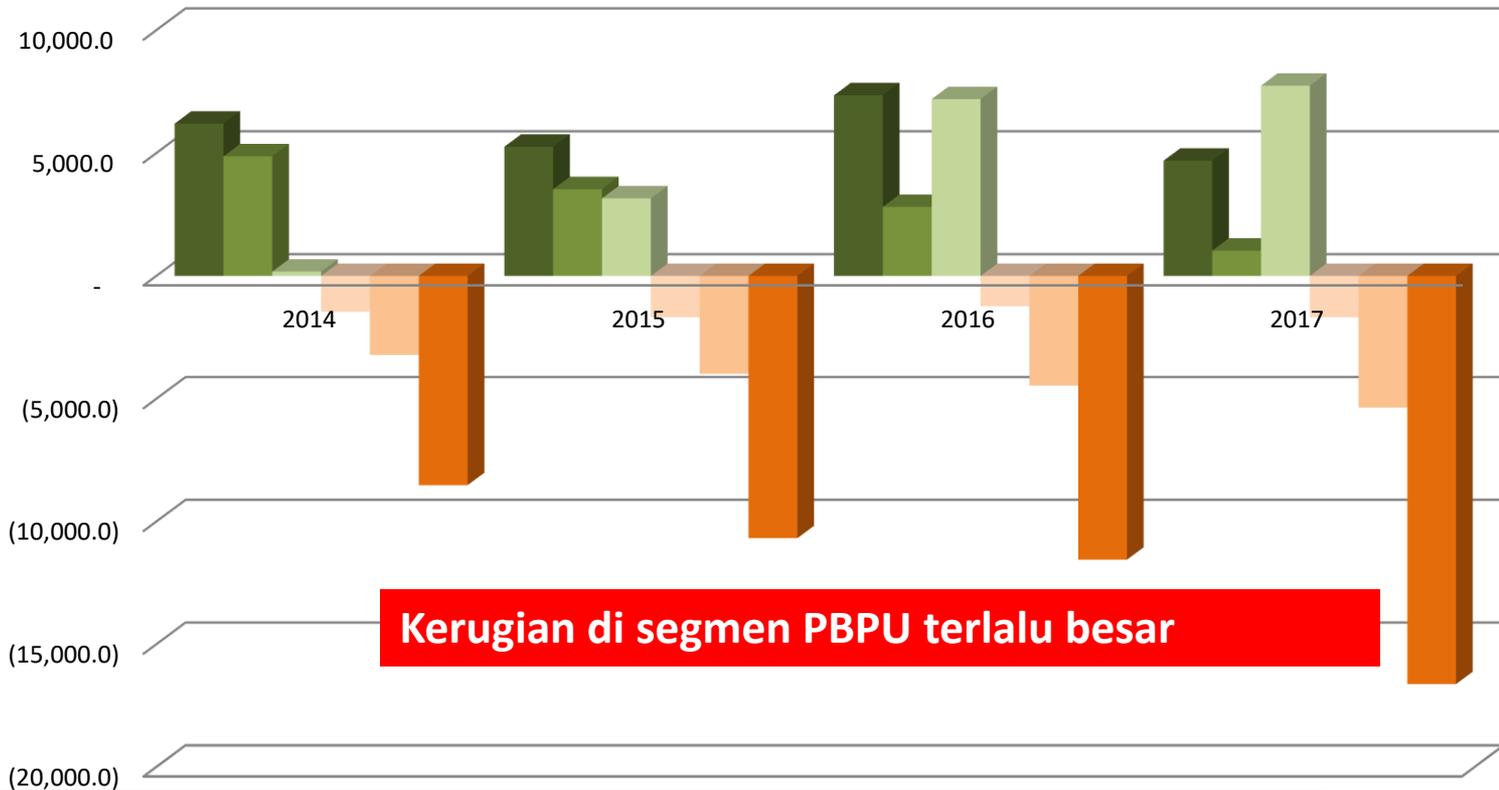


Menjadi
tanggung
jawab APBN
yang lemah

Referensi: 1. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2018/05/17/2017-defisit-bpjs-kesehatan-rp-975-triliun>

2. DJSN, http://djsn.go.id/storage/app/media/uploaded-files/Kaleidoskop%202018%20_RESTRUKTURISASI%20JKN%20FIX.pdf

Sumber Defisit (2014 – 2017)



Surplus:

■ Orang miskin dan tidak mampu ■ ASN, TNI, dan Polri

■ Pekerja formal swasta

Defisit:

■ Didaftarkan Pemda

■ Bukan pekerja

■ Pekerja informal

Pertanyaan kritis untuk dibahas:

- Apakah kebijakan JKN saat ini sudah benar dalam konteks pemerataan (equity) sesuai dengan tujuan UUD 1945 dan UU SJSN?
- Apakah ada masalah berat di regulasi terpenting (UU SJSN dan UU BPJS).

Mari kita cermati

Perkembangan Ekonomi Indonesia dan penurunan share belanja kesehatan di GDP

Indicators	1980	1990	2000	2010	2015	2017
Population, Total (in millions)	147.5	181.4	211.5	242.5	258.2	264.0
GDP (current US\$) in billions	72.5	106.1	165.0	755.1	860.9	1015.5
GDP per capita (current US\$)	491.4	585.0	780.1	3113.5	3334.5	3846.9
GDP growth (annual %)	9.9	7.2	4.9	6.2	4.9	5.1
Gross national expenditure (% of GDP)	91.7	98.3	89.5	98.1	99.6	98.8
Tax revenue (% of GDP)	21.8	19.1	..	10.5	10.8	10.3 (2016)
Current health expenditure (% of GDP)	2.0	3.5	3.3	..

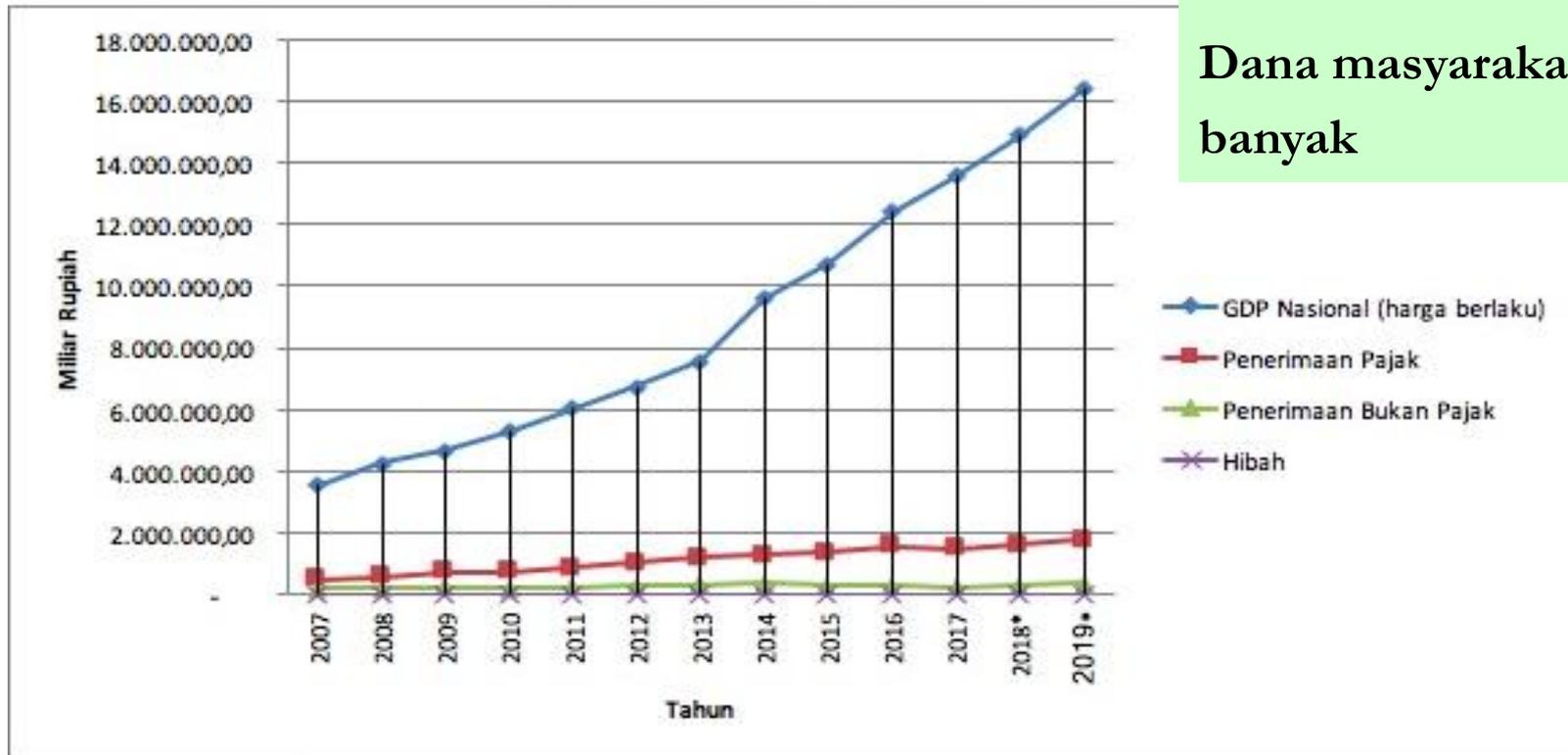
?

- Pengeluaran Kesehatan sebagai % GDP malah turun
- Sistem JKN yang dipicu UU SJSN dan UU BPJS tidak berhasil meningkatkan belanja kesehatan di GDP.

Situasi ekonomi:

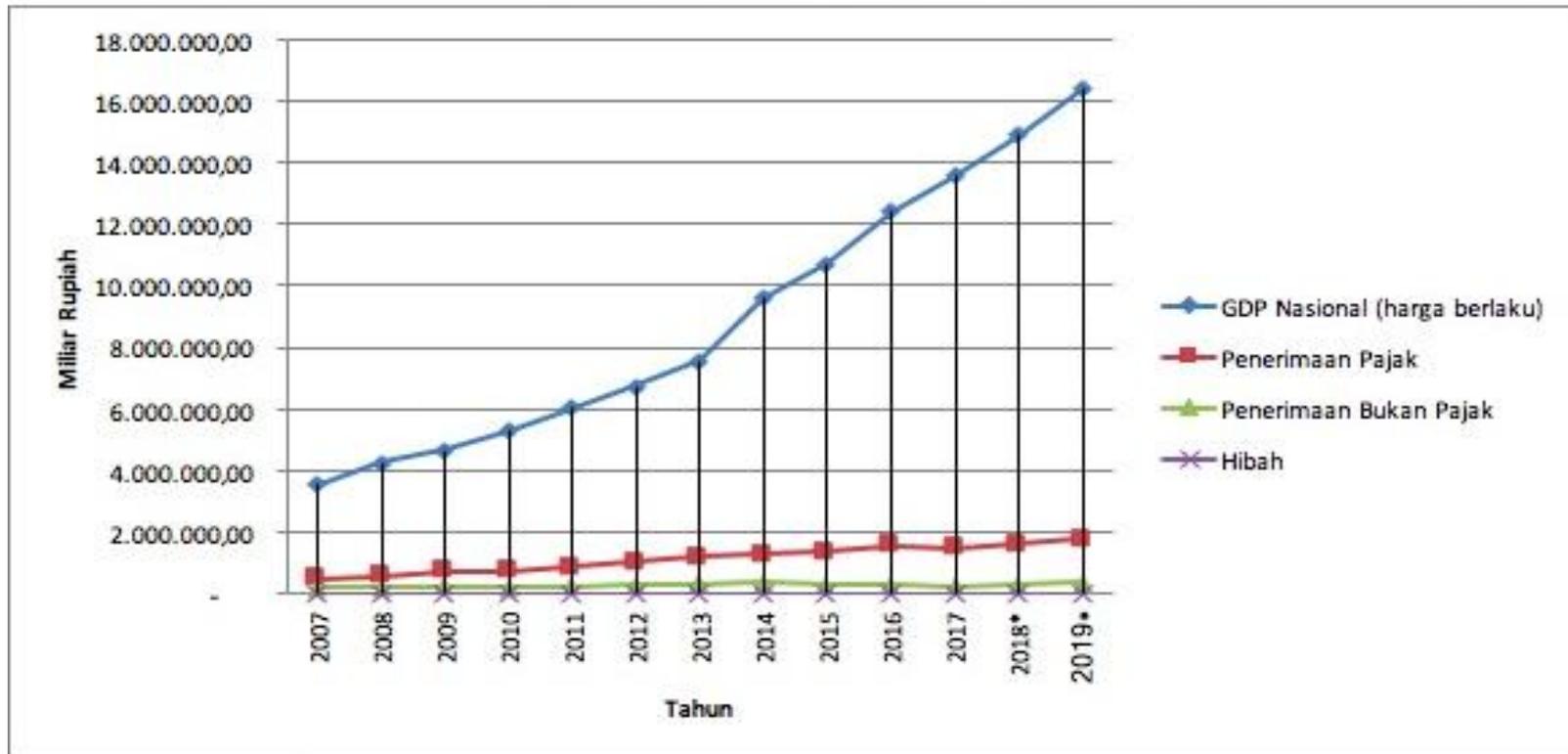
Tax Ratio kecil

Dana masyarakat banyak



- Sektor kesehatan bertumpu pada APBN yang lemah.
- Dana masyarakat tidak masuk banyak, dana APBD juga demikian. Dana filantropi tidak tergarap.

Tumpuan sektor kesehatan pada APBN yang lemah karena Tax Ratio yang masih kecil:



Mengakibatkan:

- Belanja untuk kesehatan sulit bertambah (3.2% sekitar 450 T).
- Pertumbuhan ekonomi dimanfaatkan sektor bukan kesehatan

**DONOR
AGENCY**

Pajak dan Bukan Pajak:
**APBN: menjadi
tumpuan**

Sumber dana Pemerintah

APBD

Pendapatan
Asli Daerah

Kecenderungan Sumber Dana Saat ini

PPU

PBPU

**Prem
i**

Dana langsung

Askes
Swasta

Sumber Dana Masyarakat

Filantropisme

Belanja Kesehatan Indonesia 2010 - 2016

Pembiayaan Kesehatan	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Skema Publik	61.3	73.1	87.0	105.8	131.0	164.2	201.5	29.0%	30.4%	33.3%	35.5%	38.3%	44.4%	48.7%
Kementerian Kesehatan	9.3	10.2	12.3	14.4	15.1	19.9	22.7	4.4%	4.2%	4.7%	4.8%	4.4%	5.4%	5.5%
K/L Lainnya	6.0	6.5	6.5	8.3	7.8	8.5	9.0	2.9%	2.7%	2.5%	2.8%	2.3%	2.3%	2.2%
Pemerintah Provinsi	6.6	10.6	12.3	14.2	14.3	17.1	23.0	3.1%	4.4%	4.7%	4.7%	4.2%	4.6%	5.6%
Pemerintah Kabupaten/Kota	27.8	31.3	38.4	44.9	46.4	57.2	75.2	13.2%	13.0%	14.7%	15.1%	13.6%	15.5%	18.2%
Jaminan Sosial	11.5	14.7	17.4	24.1	47.3	61.5	71.6	5.5%	6.1%	6.7%	8.1%	13.8%	16.7%	17.3%
Skema Non Publik	149.9	167.7	174.0	192.6	210.9	205.3	212.5	71.0%	69.6%	66.7%	64.5%	61.7%	55.6%	51.3%
Asuransi Swasta	7.0	6.8	8.3	9.7	10.2	10.5	13.4	3.3%	2.8%	3.2%	3.3%	3.0%	2.8%	3.2%
LNPRT	1.7	1.9	2.0	2.1	2.3	3.4	4.2	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.9%	1.0%
Korporasi (Perusahaan Swasta & BUMN)	25.4	27.4	30.7	41.3	58.4	50.6	50.1	12.0%	11.4%	11.8%	13.8%	17.1%	13.7%	12.1%
OOP	115.8	131.7	133.0	139.4	140.1	140.8	144.7	54.8%	54.7%	50.9%	46.7%	41.0%	38.1%	35.0%

Sumber: NHA

Pertanyaan kritis:

Apakah penurunan share pendanaan dari masyarakat (termasuk dari yang mampu) merupakan hal yang benar?

**Apa
akibatnya?**

Perspektif pemerataan

- Penggunaan sebagian dana PBI untuk menutup kerugian PBPU tidak memperhatikan pemerataan (subsidi salah sasaran)
- Seharusnya anggota BPJS yang relatif mampu membayar lebih besar
- Kebijakan kompensasi yang belum dijalankan oleh BPJS berlawanan dengan prinsip pemerataan

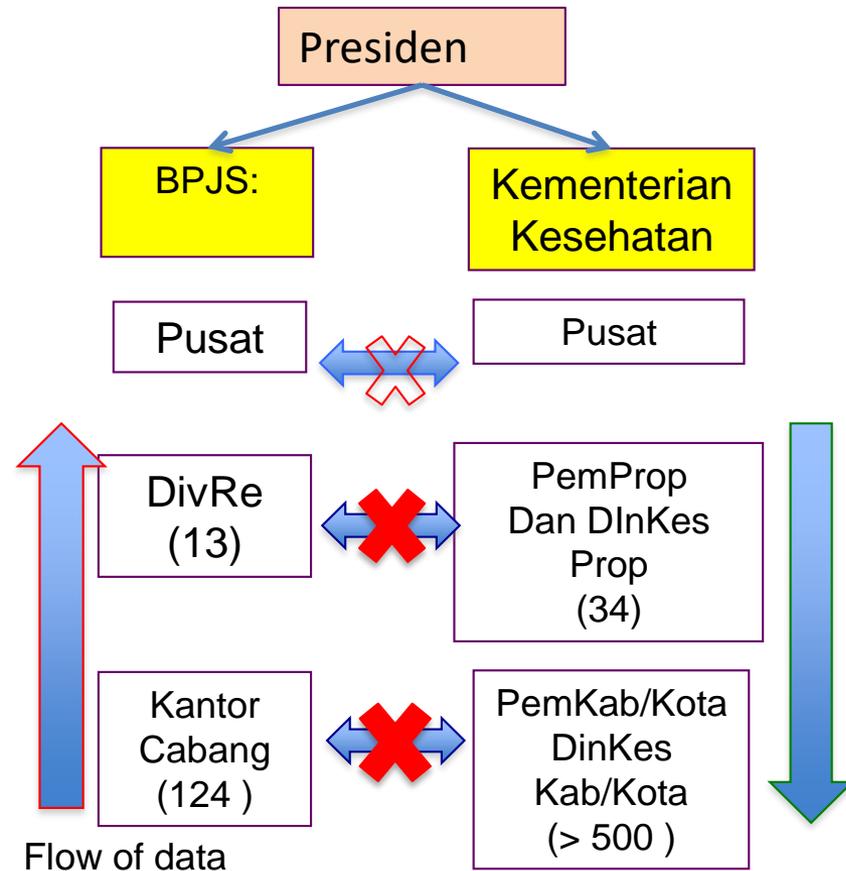
Perspektif rendahnya % belanja kesehatan di GDP

- RS sulit berkembang, terjadi kegaduhan-kegaduhan terkait cash-flow
- dokter umum sulit mencari pekerjaan, juga tenaga kesehatan lainnya.
- Mutu dipertanyakan.
- Inovasi di pelayanan kesehatan sulit berjalan

Apakah ada akar masalah di level UU?

- UU SJSN dan UU BPJS menjadi sumber permasalahan yang perlu diperhatikan.
- Selama sumber permasalahan di kedua UU tidak dibenahi akan kesulitan mencari solusi.

Akar Masalah 1:
UU SJSN dan UU
BPJS tidak sinkron
dengan UU
mengenai
pemerintahan
dan UU Kesehatan

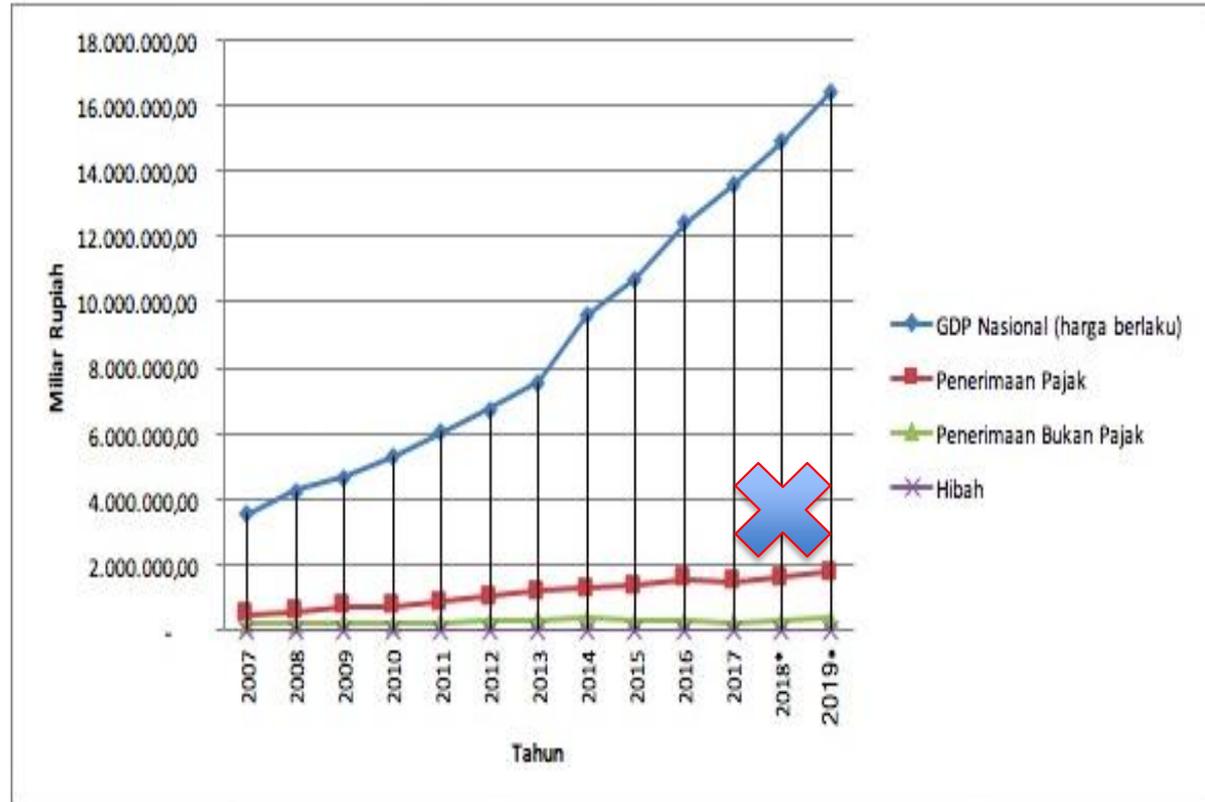


Terjadi fragmentasi

Akar Masalah (2): Costsharing: Sulit dijalankan

Sektor kesehatan gagal memanfaatkan dana masyarakat.

Masyarakat mampu (PBU) mendapat banyak dari BPJS



Pasal 22 UU SJSN

(1) 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.

(2) Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya.

(3) Ketentuan mengenai pelayanan kesehatan dan urun biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

Akar Masalah 3: Sebagian dana PBI terpakai untuk menutup kerugian di PBPU

Dana APBN untuk PBI dapat dipakai oleh PBPU karena kebijakan single pool.

- Walaupun PBI dirancang untuk yang miskin, bisa dipakai untuk PBPU yang defisit (sampai – 18 T).

Apa akibatnya?

- Masyarakat mampu bersandar pada APBN
- Kebijakan Kompensasi tidak berjalan untuk daerah yang kekurangan faskes dan SDM kesehatan

UU SJSN Pasal 14

- Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
- Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat(2) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.
- UU SJSN secara eksplisit tidak melarang penggunaan dana APBN yang seharusnya untuk PBI, dipakai untuk kelompok peserta lainnya

Akar Masalah 4: UU BPJS memberi tugas yang terlalu banyak untuk BPJS-K

- Single pool dengan BPJS yang overloaded...sampai mengumpulkan premium.
- PBPU yang tidak tertib membayar sampai lebih kurang 45% (dari 30 juta).
- BPJS dirancang terlalu ambisius untuk mengurus seluruh bangsa Indonesia.

UU BPJS pasal 10

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, BPJS bertugas untuk:

- melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- menerima Bantuan iuran dari Pemerintah;
- mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta; dstnya

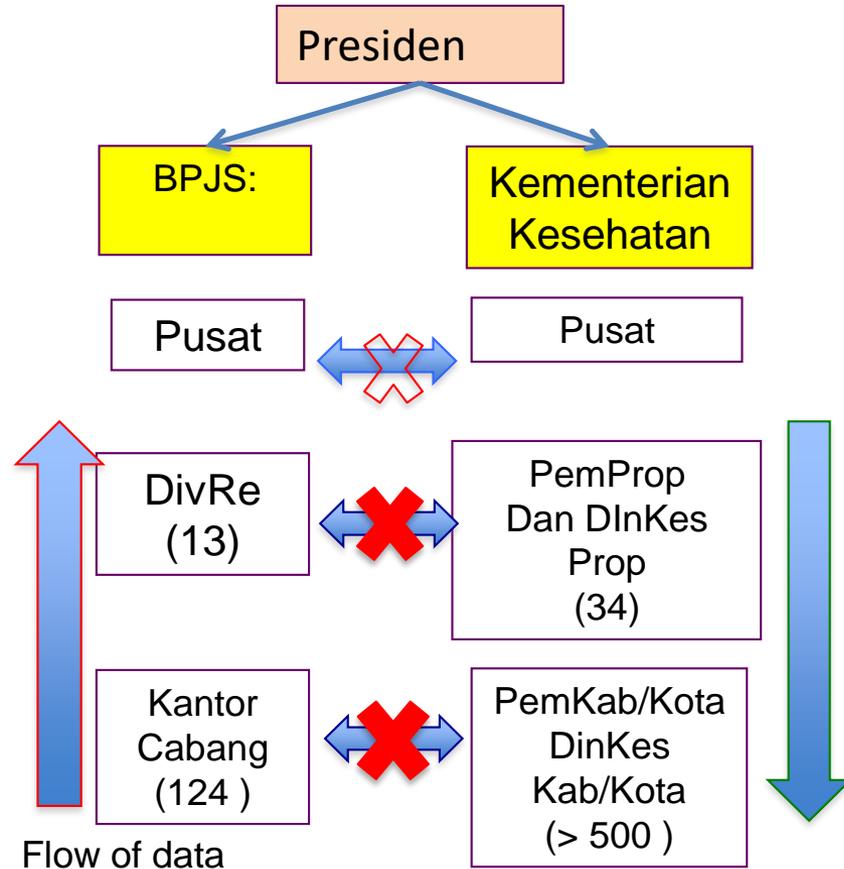
What Next?

Sektor Kesehatan di Indonesia perlu lepas dari masalah di level UU yang membelenggu

Tata Kelola dan Sumber Pembiayaan Kesehatan perlu ditata ulang.

Fragmentasi sistem kesehatan dikurangi:

UU SJSN dan UU BPJS yang sentralistik perlu diharmonisasikan dengan kebijakan pemerintahan yang desentralistik



Kekurangan belanja kesehatan perlu diperhatikan seksama:

- 3.2% dari 14 000 Triliun GDP adalah sekitar 450 Triliun
- Dengan menggunakan tolok ukur di China sekitar 5%, masih ada potensi 1,8% untuk sektor kesehatan
- 1.8% GDP setara dengan 252 Triliun
- Apabila tidak digunakan untuk sektor kesehatan akan digunakan untuk yang lainnya.

Sasaran Strategis:

- ❑ Harmonisasi UU SJSN dan UU BPJS dengan UU Pemerintahan dan U U Kesehatan
- ❑ Menaikkan pengeluaran kesehatan menjadi 5% GDP di tahun 2024.

Bertumpu pada sumber dana pemerintah dan meningkatkan pendanaan dari masyarakat.

Blended Financing

(Pendanaan dari Pemerintah dan Masyarakat)

- APBN: Meningkatkan dengan fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu serta menyeimbangkan faskes di daerah terpencil
- APBD: Pemda ikut aktif menyeimbangkan faskes dan SDM serta membayar defisit di daerahnya.
- Dana masyarakat.
 - Cost-sharing oleh masyarakat mampu,
 - Masyarakat mampu membayar premi yang tidak merugikan BPJS.
 - Filantropi (Dana Kemanusiaan) sektor kesehatan.

Bagaimana untuk jangka pendek? 2019

- Masih perlu Bail-out pemerintah (APBN) kembali
- Pemerintah daerah diminta untuk ikut membayar defisit
- Filantropi digerakkan untuk membantu pembayaran ke BPJS dan RS.

Bagaimana untuk sesudahnya?

Perlu Review dan
kemungkinan besar
perlu Revisi UU SJSN
dan UU BPJS

Mari kita diskusikan...

Terimakasih