



Wujudkan Keadilan Sosial dalam JKN: Penggunaan Kompartemenisasi di BPJS Kesehatan yang *Single Pool*

Relmbuss B Fanda

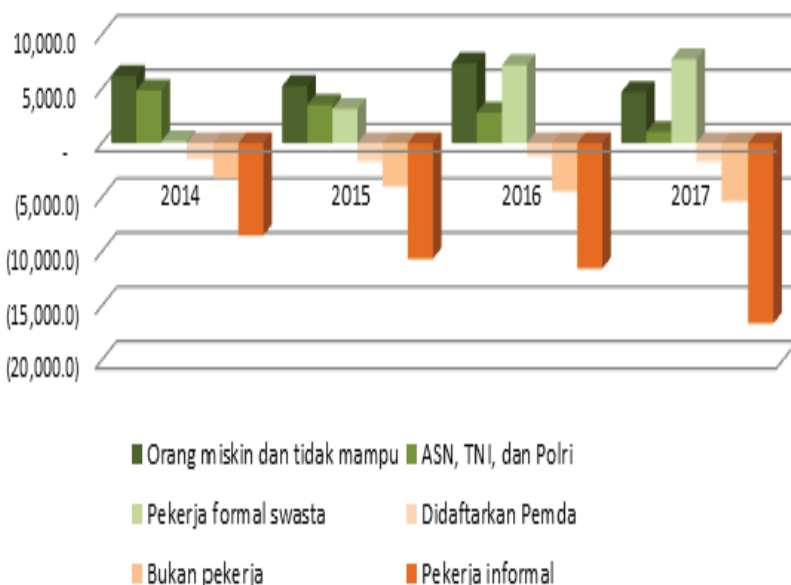
Ringkasan Eksekutif

PKMK FK-KMK UGM memberikan rekomendasi kepada Presiden, Dewan Perwakilan Rakyat RI (DPR RI), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan, dan Pemerintah terkait untuk memperbaiki sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Perbaikan ini diperlukan karena PKMK menemukan bahwa pelaksanaan JKN selama lima tahun tidak dapat mencapai tujuan pemerataan dan keadilan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut, pengaturan dana amanat memerlukan kompartemenisasi dalam penerapan sistem *single pool* di BPJS Kesehatan.

Pendahuluan

Pada tahun 2014, pemerintah Indonesia memulai pelaksanaan kebijakan JKN dengan tujuan mencapai pemenuhan cakupan kesehatan semesta. Untuk mencapai tujuan tersebut, kebijakan JKN menggunakan dasar prinsip keadilan sosial bagi seluruh masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan (UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 2). Melalui kebijakan JKN, diharapkan tidak lagi terjadi ketimpangan antar daerah dan kelompok masyarakat dalam mendapatkan pelayanan dan fasilitas kesehatan.

Gambar. 1 Defisit Dana JKN berdasarkan Segmentasi Kepesertaan JKN



Pada tahun 2018 dan 2019 PKMK FK-KMK UGM dan 13 mitra universitas melakukan penelitian dan berikut detail hasil temuan:

- 1) Kebijakan kompensasi tidak dapat diimplementasikan;
- 2) Sebagian dana untuk masyarakat miskin (PBI APBN) digunakan membiayai masyarakat mampu (PBPU);
- 3) Pemerataan layanan kesehatan tidak terjadi;
- 4) Kerugian terbesar diakibatkan oleh kelompok Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) (lihat gambar 1).

Sumber: Data Kementerian Keuangan Tahun 2018.

Bagaimana proyeksi yang dilakukan di tahun 2014 dan temuan di tahun 2019?

Dalam monitoring pelaksanaan kebijakan JKN tahun pertama 2014, PKMK telah memprakirakan bahwa berupa pengaktifan BPJS tidak dapat mencapai tujuan sesuai dengan UU SJSN (2014) dan UUD 1945. Prakiraan ini didasari beberapa pasal dalam regulasi tentang *single pooling* dana amanat JKN yang ditetapkan di UU SJSN Pasal 1 dan UU BPJS Kesehatan Pasal 1. Hasil temuan penelitian PKMK tahun 2014 dan 2019 yang dijelaskan dalam tabel 1, sebagai berikut:

Berikut rekomendasi kebijakan berdasarkan penelitian PKMK tahun 2014 dan penelitian 2019 (lihat tabel 1):

Tabel 1. Hasil temuan penelitian PKMK tahun 2014 dan 2019

Proyeksi dan Rekomendasi 2014	Hasil Temuan 2019
<p>Proyeksi: PKMK memprakirakan bahwa dana pemerintah yang dianggarkan untuk Penerima Bantuan Iuran (PBI) bisa salah sasaran karena prinsip "<i>single pool</i>" dalam BPJS tanpa ada pemisahan (kompartemenisasi).</p> <p>Rekomendasi tahun 2014: Perlunya skema kompartemenisasi.</p>	<p>Tetap terjadi / dibiarkan.</p> <p>Surplus pada peserta PBI APBN (dana PBI mempunyai "sisa" Rp 3,3 triliun). Terpakai untuk membiayai kelompok mampu (PBPU dan PPU). Dengan demikian tidak tersedianya dana untuk pelaksanaan kebijakan kompensasi.</p>
<p>Proyeksi: Kondisi perbedaan ketersediaan layanan tidak akan membuat program JKN berhasil. Program JKN memiliki ciri sentralistis dalam pembiayaan, pelayanan dan peraturan yang relatif seragam. Ciri tersebut tidak sejalan dengan layanan dan sistem pemerintahan Indonesia yang desentralisasi.</p> <p>Rekomendasi tahun 2014: Menyediakan layanan yang merata menjadi kunci keberhasilan JKN.</p>	<p>Tetap terjadi / dibiarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telah terjadi pertumbuhan Rumah Sakit (RS) secara nasional. Akan tetapi, tidak terjadi pertumbuhan RS Kelas A di regional 5 (NTT, Papua, Papua Barat dan Maluku). • Besaran pertumbuhan dokter spesialis secara nasional mencapai 54%. Namun, tidak terjadi pada daerah yang layanan kesehatannya terbatas layanan kesehatan seperti NTT, Papua dan Bengkulu. • Dampak: Pemerataan utilisasi terjadi di Pulau Jawa tetapi tidak terjadi wilayah NTT, Papua dan Bengkulu. Sebagai contoh: Persentase kelompok PBI yang menggunakan layanan jantung tingkat tinggi sangat rendah.
<p>Proyeksi: Manfaat medik yang sangat lebar tidak dapat dinikmati oleh semua segmen peserta dan wilayah.</p> <p>Rekomendasi tahun 2014: Memberikan batasan kepada cakupan manfaat medis. JKN cukup memberikan tanggungan manfaat medis yang urgen.</p>	<p>Tetap terjadi / dibiarkan</p> <p>Dana JKN mengalami pengeluaran yang sangat besar untuk pengobatan canggih bagi penyakit <i>katastropik</i> seperti hemodialisis, <i>Cath</i> lab jantung, kanker dan lain-lainnya. Layanan tersebut menghabiskan dana yang paling besar setiap tahunnya. Peserta JKN mandiri mendominasi layanan tersebut.</p>

Sumber: Data Sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015-2019

Analisis Dampak Kebijakan Kenaikan Premi di Bulan Oktober 2019

Kebijakan kenaikan premi Perpres 75/2019 mampu mengatasi defisit JKN namun tujuan pembangunan kesehatan untuk pemerataan sulit tercapai melalui skema tersebut. Kenaikan dana pada kantong PBI APBN dipastikan akan meningkat sebesar Rp 21,5 T (lihat tabel 2). Langkah diskresi ini diambil oleh pemerintah Indonesia untuk menutup jumlah defisit yang diperkirakan mencapai angka Rp 13 T. Apabila tidak ada perubahan dalam skema dana amanat, maka dana dari PBI tetap digunakan untuk menutupi defisit tunggakan dari PBPU (lihat tabel 2).

Tabel 2. Perhitungan Kasar Kenaikan dana berdasarkan segmentasi

	Total Iuran Baru	Total Iuran Lama	Total Kenaikan Dana
PBI APBN	47,450,461,968,000	25,984,776,792,000	21,465,685,176,000
PBPU Ideal	28,532,862,120,000	14,533,012,884,000	13,999,849,236,000
PBPU Actual*	15,135,563,627,831	7,807,006,376,835	7,328,557,250,997
		PBPU Ideal	28,532,862,120,000
		PBPU Actual*	7,807,006,376,835
		Kenaikan yang akan dikejar di PBPU	20,725,855,743,165

*Persentase keaktifan 53 %.

*Data cakupan peserta <http://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/>

Konsekuensi jika kebijakan penggunaan dana PBI untuk menutup kerugian PBPU ini tidak diubah atau dibiarkan?

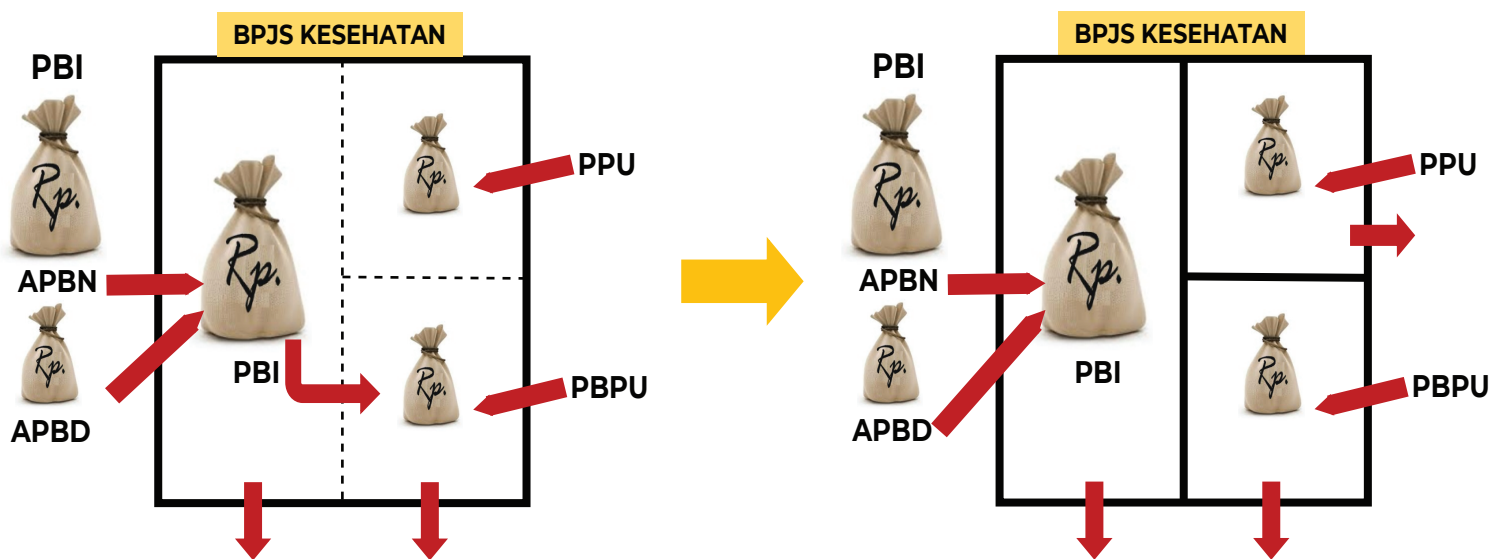
Apabila tidak ada perubahan dalam skema satu kantong dana amanat, diproyeksikan bahwa:

- 1. Tujuan pemerataan dalam layanan kesehatan tidak akan tercapai.** Dana JKN tidak cukup untuk membiayai kebijakan dana kompensasi karena dana tersebut masih dipakai untuk membiayai peserta PBPU. Untuk daerah terbatas seperti NTT, Bengkulu dan lainnya dapat mengajukan permohonan
- 2. Gotong royong terbalik tetap terjadi.** Prinsip gotong royong seharusnya pembagian beban dari masyarakat miskin ke masyarakat kaya bukan sebaliknya. Prinsip asuransi di mana masyarakat yang sehat membantu yang miskin, harusnya tidak berlawanan dengan prinsip utama gotong tersebut. Kondisi ketersediaan layanan kesehatan di berbagai daerah yang tidak merata menjadi konteks yang melemahkan prinsip asuransi tersebut.
- 3. Akibat tidak adanya dana kompensasi masyarakat miskin yang memiliki konteks daerah dengan layanan kesehatan terbatas tidak dapat mengakses manfaat yang luas.** Kondisi tersebut tidak menandakan masyarakat miskin di daerah terbatas berada dalam kondisi sehat dan uangnya dapat dipakai untuk membiayai pengobatan masyarakat mampu. Utilisasi peserta PBI JKN pada daerah terbatas tetap rendah (tidak berkembang).

Usulan Kebijakan Kompartemenisasi dalam dana amanat JKN

Kebijakan kompartemenisasi dalam dana amanat JKN adalah upaya mencegah risiko kerugian dari suatu kelompok peserta JKN, sehingga tidak menimbulkan kerugian bagi kelompok lainnya. Upaya ini dilakukan dengan membuat kantong pengelolaan dana amanat berdasarkan segmentasi. Kebijakan dan strategi program berbasis segmentasi peserta JKN dapat disusun dan dijalankan untuk mengatasi masalah defisit pada tiap kantong tersebut. Dana JKN untuk membiayai PBI APBN dari negara tidak akan digunakan untuk membiayai kelompok peserta lainnya (lihat gambar 2). Dana ini untuk membiayai kebijakan kompensasi. Pada tahap selanjutnya, kebijakan ini juga membatasi penyerapan dana JKN hanya berpusat untuk peserta JKN dari daerah maju.

Gambar. 2 Perubahan Skema Dana Amanat JKN dengan Menggunakan Kompartemen



Kebijakan kompartemenisasi ini juga harus dilengkapi dengan kebijakan lainnya yang mendukung pencapaian pemerataan kesehatan, seperti:

1. **Pemerintah daerah ikut menanggung defisit JKN.** Kebijakan ini akan menuntut pemerintah daerah untuk mengontrol JKN di provinsinya. Ketika terjadi overuse (penggunaan berlebihan) pemerintah daerah wajib membiayai kelebihan tersebut. Untuk daerah terbatas seperti Papua, NTT, Bengkulu dan lainnya dapat mengajukan permohonan bantuan kompensasi ke pemerintah pusat (JKN yang adil).
2. **Penetapan kelas standar.** Kebijakan ini menetapkan bahwa tidak ada perbedaan kelas (I, II dan III) dalam asuransi sosial JKN. Semua peserta akan menikmati kelas III sebagai kelas standar dan tidak boleh naik kelas. Jika naik kelas diharapkan menggunakan asuransi komersial atau biaya sendiri.
3. **Penetapan nilai maksimal klaim untuk setiap peserta.** Salah satu langkahnya adalah penetapan nilai maksimal batas manfaat untuk penyakit dan pelayanan kesehatan esensial. Kerugian akibat layanan tingkat tinggi dapat dikurangi dan juga memberikan pandangan kepada seluruh masyarakat tentang batasan klaim. Pembatasan klaim akan membentuk persepsi masyarakat dan pemerintah bahwa penting dilakukan upaya preventif dan promotif. Penguatan upaya tersebut menjadi bagian yang terintegrasi dari kebijakan JKN ini.
4. **Penggunaan dana kemanusiaan dan/atau APBD** untuk membiayai anggota PBPU Kelas III yang tidak mampu membayar, dan atau belum bisa dipindahkan ke PBI.

Tim Penulis:

Relmbuss B Fanda
Laksono Trisnantoro
Tiara Marthias.

Informasi lebih lanjut:

Tri Muhartini – PKMK FK-KMK UGM.
Gedung Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, FK-KMK UGM.
Telp. 0274 549425
E-mail: tri.muhartini@mail.ugm.ac.id