

PS4

62

Surabaya



Laporan Kajian

**KAJIAN SKENARIO TRANSFORMASI KELEMBAGAAN DARI JAMKESDA MENJADI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)
UNTUK MENUJU SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL (SJSN)**

Nama Tim :

**Ratih Ariningrum
Trijuni Angkasawati
Galih Arianto**



**KEMENTERIAN KESEHATAN R. I.
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

Badan Penyelidikan dan Pengembangan Teknologi

REPPUSTAKAAN

Tanggal : 24-6-013

No. Induk : _____

No. Klas : PSA

62



LAPORAN KAJIAN

**KAJIAN SKENARIO TRANSFORMASI KELEMBAGAAN DARI
JAMKESDA MENJADI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
(BPJS) UNTUK MENUJU SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL (SJSN)**

Oleh:

Ratih Ariningrum
Tri Juni Angkasawati
Galih Arianto
Ummi Kulsum
Helmina Nurhadi

**PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

SUSUNAN TIM KAJIAN

Ketua Pelaksana : Drg. Ratih Ariningrum, MKes
Anggota : 1. dr. Tri Juni Angkasawati, MSc
2. Galih Arianto, SE
3. Ummi Kulsum, SKM, MKM
4. Dr. Helmina Nurhadi, MKM

Pembantu Administrasi : Mardiana

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan ke hadirat Allah SWT karena hanya dengan rahmat dan karunia-Nya kajian ini dapat diselesaikan. Kajian ini bertujuan untuk menelaah skenario transformasi kelembagaan dari Jamkesda menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk menuju Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Hasil kajian ini diharapkan dapat memberikan *Policy option* bagi Pokja Kemenkes BPJS untuk penyusunan kebijakan teknis mengenai skenario transformasi kelembagaan dari Jamkesda menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk menuju Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Komitmen pemerintah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat diwujudkan dengan mengeluarkan UU no. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang disahkan pada tanggal 19 Oktober 2004. SJSN pada dasarnya merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dengan menerapkan prinsip-prinsip: gotong royong, nirlaba, keterbukaan, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan pengembalian hasil pengelolaan dana jaminan sosial bagi peningkatan kesejahteraan peserta.

Diharapkan pada tahun 2020 semua penduduk Indonesia secara bertahap akan terlindungi dalam paket manfaat dasar (*basic benefit packages*) agar akses ke pelayanan kesehatan mudah dan dalam proteksi atas kerugian keuangan yang besar.

Tim kajian mengucapkan terima kasih pada semua pihak yang turut mendukung terselesaikannya penelitian ini, yaitu Bappeda dan jajaran dinkes Kota Banjar Baru dan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Provinsi Kalimantan Selatan, Bappeda dan jajaran dinkes Kota Maros dan Kabupaten Gowa Provinsi Sulawesi Selatan, PT Askes, PT Jamsostek. Akhir kata kami mengharapkan kritik dan saran untuk kesempurnaan hasil kajian ini.

Jakarta, Desember 2012

Tim Kajian

RINGKASAN EKSEKUTIF

KAJIAN SKENARIO TRANSFORMASI KELEMBAGAAN DARI JAMKESDA MENJADI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) UNTUK MENUJU SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL (SJSN)

Oleh: Ratih Ariningrum, Tri Juni Angkasawati, Galih Arianto, Ummi Kulsum, Helmina Nurhadi

Data Departemen Kesehatan menunjukkan hingga kurun waktu 2007-2009 baru 50,6 % dari total populasi Indonesia (230 juta jiwa) yang tercakup dalam jaminan kesehatan. Perkembangan ini di dominasi oleh peningkatan cakupan akibat adanya program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) dengan 76,4 juta jiwa dan Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) sebesar 10,8 juta jiwa. Baik Jamkesmas ataupun Jamkesda terutama ditujukan bagi kelompok masyarakat miskin, sedangkan perkembangan jaminan di sektor pekerja formal dan informal hampir tidak ada atau sangat sedikit. Hal ini menunjukkan masih sekitar separuh penduduk Indonesia hidup dalam ketidakpastian bila menghadapi resiko keuangan akibat sakit.

Akibat rendahnya persentase kepesertaan asuransi kesehatan, sebagaimana gambaran yang terjadi di berbagai negara berkembang lainnya, pembiayaan kesehatan di Indonesia di dominasi dengan pembayaran langsung (*out-of-pocket*). Hal ini berakibat pada masih banyaknya masalah terkait dengan penyediaan layanan kesehatan dasar, kesulitan akses, dan perlindungan risiko keuangan individu (*financial protection*) akibat penyakit katastropik yang diderita masyarakat.

Diharapkan pada tahun 2020 semua penduduk Indonesia secara bertahap akan terlindungi dalam paket manfaat dasar (*basic benefit packages*) agar akses ke pelayanan kesehatan mudah dan dalam proteksi atas kerugian keuangan yang besar. Lebih lanjut, UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dalam pasal 13 ayat 1 menyatakan bahwa setiap orang berkewajiban ikut serta dalam program jaminan kesehatan nasional. Sebagaimana UU No. 40 tahun 2004, UU No. 36 juga mengamanahkan aturan pelengkap yang mengatur tentang pembiayaan kesehatan, termasuk mengenai alokasi pembiayaan dan paket tanggungan (*benefit packages*) yang sampai saat ini belum rampung dikerjakan.

UU no 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan titik tolak pembenahan makro sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia. Sesuai amanat UU no. 40 tahun 2004 pasal 5, untuk mewujudkan tujuan SJSN perlu dibentuk badan

penyelenggara yang berbentuk badan hukum dengan prinsip nirlaba guna mengelola dana amanat yang dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta atau yang dikenal dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU no 24 tahun 2011 BPJS telah resmi ditandatangani pada tanggal 25 November 2011. Sesuai UU tersebut, dibentuk 2 (dua) BPJS yaitu, BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan. Selanjutnya diamanahkan kepada Kementerian Kesehatan sebagai *focal point* dalam merumuskan seperangkat peraturan, kebijakan dan pedoman dalam rangka implementasi program Jaminan Kesehatan sesuai SJSN. Peraturan tersebut akan menjadi dasar bagi beroperasinya BPJS kesehatan mulai 1 Januari 2014. Jangka waktu penetapan peraturan pelaksana untuk operasional BPJS kesehatan adalah 1 (satu) tahun sejak UU BPJS ditandatangani oleh Presiden.

Tujuan kajian adalah menelaah skenario transformasi kelembagaan dari Jamkesda menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk menuju Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Saat ini penyusunan Norma, Standar, Pedoman, dan Ketentuan (NSPK) mengenai kelembagaan BPJS dan pembagian urusan pusat dan daerah dalam hal implementasi BPJS merupakan kebutuhan yang mendesak. Selain itu diperlukan pula penyusunan juknis dan juklak mengenai implementasi BPJS. Mekanisme dan jangka waktu pembayaran harus sudah tercantum secara jelas dan terinci pada juklak dan juknis. Jika NSPK, juklak, dan juknis telah ada maka perlu dilakukan percepatan pelaksanaan sosialisasi.

Selama ini telah dibentuk pokja sosialisasi di DJSN, tetapi nampaknya sosialisasi belum sampai ke kabupaten/kota. Sehingga pemerintah pusat dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), PT Askes Pusat, PT Jamsostek Pusat, PT Asabri Pusat, PT Taspen, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, dan Kementerian Dalam Negeri perlu mengadakan “gebrakan” untuk melaksanakan sosialisasi terhadap keseluruhan komponen yang berhubungan dengan pelaksanaan SJSN, dalam hal ini adalah pemerintah daerah dan dinas kesehatan.

Pelaksanaan tahapan implementasi transformasi kelembagaan harus diagendaikan oleh Kementerian Kesehatan, DJSN, PT Askes Pusat, PT Jamsostek Pusat, PT Asabri Pusat, PT Taspen, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat (DJSN), dan Kementerian Dalam Negeri, sehingga proses tersebut dapat dilaksanakan secara serempak di seluruh wilayah Indonesia.

Daerah harus menyiapkan alokasi pendanaan untuk dana pendampingan bagi peserta yang selama ini belum memiliki jaminan kesehatan, seperti yang dilakukan oleh Kabupaten Hulu Sungai Selatan yang telah memiliki dana deposito sebanyak 60 milyar.

Untuk masyarakat yang sebelumnya tidak memiliki jaminan kesehatan dan bukan berasal dari masyarakat miskin, maka iuran dapat ditarik melalui beberapa cara, seperti penambahan iuran kapitasi pada pembayaran pajak, pembayaran rekening listrik. Opsi ini disampaikan karena selain dapat menjadi solusi penarikan iuran kapitasi secara tidak langsung, maka di sisi lain mempunyai implikasi terhadap tertib administrasi kependudukan.

Kementerian Kesehatan melalui Badan Litbang Kesehatan dapat membuat suatu kajian atau analisis mengenai ujicoba (trial) mekanisme pembiayaan yang paling tepat diterapkan (efektif dan efisien) yang disesuaikan dengan kemampuan daerah setempat. Kajian tersebut bermanfaat untuk mengkaji secara ilmiah mekanisme pembiayaan yang dipilih yang disesuaikan dengan keadaan daerah. Selain itu bermanfaat pula dalam menganalisis kesiapan dinas dalam mengalokasikan anggaran kesehatan.

Penyaluran dana jaminan kesehatan dapat saja dilakukan langsung kepada provider ataupun tidak langsung (melalui PAD), dengan menitikberatkan pada ketepatan waktu pembayaran dan kelayakan porsi untuk pembayaran jasa medis/paramedis. Proporsi pembagian pendapatan untuk seluruh komponen disesuaikan dengan kebijakan masing-masing daerah, dimana proporsi pembagian jasa pelayanan pada dinas kesehatan yang dapat diterima puskesmas akan ditetapkan kepala daerah. Setiap penerimaan komponen jasa pelayanan dari semua jenis pelayanan diatur pola pembagian jasa pelayanan langsung dan tak langsung. Pembagian alokasi anggaran yang tersedia pada pos jasa pelayanan menggunakan perhitungan nilai indek dikalikan bobot (*rating*) masing-masing indek yang telah ditetapkan. Proporsi pembagian pendapatan itu diperlukan bagi peningkatan kinerja dan keadilan untuk proporsi jasa medis, karena diperkirakan terjadi peningkatan pasien.

ABSTRAK

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan sebagai bagian dari Kementerian Kesehatan yang memiliki tugas dan kewenangan melakukan kajian untuk menyuplai data dan informasi dalam merumuskan kebijakan di bidang kesehatan perlu ikut serta dalam upaya percepatan pelaksanaan SJSN dan persiapan transisi operasional BPJS Kesehatan. Salah satu kajian yang telah dilakukan adalah menganalisis skenario transformasi kelembagaan dari Jamkesda menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk menuju Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Dua provinsi yang dipilih untuk pengumpulan data yaitu Provinsi Kalimantan Selatan dan Provinsi Sulawesi Selatan. Selanjutnya di masing-masing provinsi akan dipilih 1 kabupaten dan 1 kota untuk menggambarkan variasi data. Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara kuesioner terstruktur kepada PT Askes, pengurus Jamkesda, Dinas Kesehatan, BAPPEDA, dan Jamsostek.

Tujuan kajian adalah menelaah skenario transformasi kelembagaan dari Jamkesda menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk menuju Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Hasil kajian skenario transformasi kelembagaan meliputi: perlunya penyusunan Norma, Standar, Pedoman, dan Ketentuan (NSPK) mengenai kelembagaan BPJS dan pembagian urusan pusat dan daerah; penyusunan juknis dan juklak, “gebrakan” untuk melaksanakan sosialisasi terhadap keseluruhan komponen yang berhubungan dengan SJSN; agenda tahapan implementasi transformasi kelembagaan; alokasi pendanaan untuk dana pendampingan; pilihan untuk cara penarikan iuran dari masyarakat; kajian atau analisis mengenai ujicoba (trial) mekanisme pembiayaan yang paling tepat diterapkan; penyaluran dana jaminan kesehatan dan ketepatan waktu pembayaran, serta kelayakan porsi untuk pembayaran jasa medis/paramedis.

DAFTAR ISI

	Halaman
SUSUNAN TIM	
KATA PENGANTAR	
RINGKASAN EKSEKUTIF	
ABSTRAK	
DAFTAR ISI	
BAB 1. PENDAHULUAN	
BAB 2. TUJUAN DAN MANFAAT	
2.1. TUJUAN	
2.2 MANFAAT	
BAB 3. METODE	
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN	
UCAPAN TERIMA KASIH	
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I. PENDAHULUAN

Pemerintah telah memberikan komitmennya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat⁽¹⁾ dengan membenahi konsep pembiayaan makro melalui Undang-undang no. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional⁽²⁾ yang disahkan pada tanggal 19 Oktober 2004. SJSN pada dasarnya merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun. Menurut UU tersebut penerapan SJSN diselenggarakan berpedoman pada prinsip-prinsip: gotong royong, nirlaba, keterbukaan, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan pengembalian hasil pengelolaan dana jaminan sosial bagi peningkatan kesejahteraan peserta. Sistem Jaminan Sosial Kesehatan akan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Oleh karena itu diperlukan skenario yang menggambarkan transformasi kelembagaan dari Jamkesmas/Jamkesda ke BPJS.

Data Departemen Kesehatan menunjukkan hingga kurun waktu 2007-2009 baru 50,6% dari total populasi Indonesia (230 juta jiwa) yang tercakup dalam jaminan kesehatan. Perkembangan ini didominasi oleh peningkatan cakupan akibat adanya program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) dengan 76,4 juta jiwa dan Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) sebesar 10,8 juta jiwa. Baik Jamkesmas ataupun Jamkesda terutama ditujukan bagi kelompok masyarakat miskin, sedangkan perkembangan jaminan kesehatan di sektor pekerja formal dan informal hampir tidak ada atau sangat sedikit. Hal ini menunjukkan masih sekitar separuh penduduk Indonesia hidup dalam ketidakpastian bila menghadapi resiko keuangan akibat sakit.

Akibat rendahnya persentase kepesertaan asuransi kesehatan, sebagaimana gambaran yang terjadi di berbagai negara berkembang lainnya, pembiayaan kesehatan di Indonesia di dominasi dengan pembayaran langsung (*out-of-pocket*). Hal ini berakibat pada masih banyaknya masalah terkait dengan penyediaan layanan kesehatan dasar, kesulitan akses, dan

perlindungan risiko keuangan individu (*financial protection*) akibat penyakit katastrofik yang diderita masyarakat.

BAB 2. TUJUAN DAN MANFAAT

2.1 TUJUAN

mencelaah skenario transformasi kelembagaan dari Jamkesda menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk menuju Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

2.2 MANFAAT KAJIAN

Policy option bagi Pokja BPJS Kemenkes untuk penyusunan skenario transformasi kelembagaan dari Jamkesda menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk menuju Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

BAB 3. METODE

Pengumpulan data secara kualitatif dilaksanakan dengan kuesioner terstruktur dengan melalui wawancara terhadap PT Askes, pengurus Jamkesda, Dinas Kesehatan, BAPPEDA, dan Jamsostek. Dua provinsi (Provinsi Kalimantan Selatan dan Provinsi Sulawesi Selatan) telah dilaksanakan pengumpulan data. Pemilihan sampel hanya pada dua provinsi, selain karena keterbatasan waktu juga dikarenakan setelah sosialisasi maka dua provinsi tersebut menunjukkan komitmen yang tinggi untuk pelaksanaan kegiatan ini. Selanjutnya di masing-masing provinsi akan dipilih 1 kabupaten dan 1 kota untuk menggambarkan variasi data. Data kualitatif yang dikumpulkan meliputi regulasi dan transformasi kelembagaan dan mekanisme pembiayaan.

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Temuan Terkait dengan Regulasi dan Transformasi Kelembagaan Menjadi BPJS

Kebijakan yang terkait dengan pelaksanaan BPJS kesehatan ternyata belum ada. PT Askes yang nantinya akan berperan sebagai BPJS telah melakukan beberapa persiapan, namun sayangnya pemerintah pusat masih kurang sosialisasi mengenai BPJS kesehatan sehingga pemerintah daerah masih sulit untuk menetapkan kebijakan yang bersifat mengarahkan pelaksanaan BPJS.

Sosialisasi hanya dari PT Askes, belum pernah dari Pemerintah Daerah atau Dinas Kesehatan. PT Askes Kantor Ranting Hulu Sungai Selatan telah melaksanakan persiapan. PT Askes tersebut telah menyatakan siap menghadapi implementasi BPJS Kesehatan, karena telah memiliki SIM (Sistem Informasi Manajemen) dalam menangani data kepesertaan dan data provider. Di Kabupaten Maros sosialisasi tentang BPJS kesehatan sudah ada dari kantor cabang Askes, walaupun masih terbatas pada sosialisasi instansi dan belum ke masyarakat. Askes Kabupaten Maros sudah siap menjadi BPJS tahun 2014, meliputi kesiapan dari segi Sumber Daya Manusia (SDM) dan Sumber Daya Sarana (SDS). Telah disediakan perhitungan volume kerja oleh Askes untuk menghitung kebutuhan tenaga dalam menyongsong pelaksanaan BPJS. Sistem jaringan yang akan digunakan oleh Askes telah tersedia pula.

Menurut Bappeda untuk mendukung kesiapan pelaksanaan BPJS di Kabupaten Maros pada tahun 2014, maka telah dilakukan pendataan penduduk yang akurat. Mengacu pembiayaan Jamkesda kabupaten Maros, bahwa 40% dibiayai oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan (Rp. 1,8M) dan Pemerintah Kabupaten Maros sebesar 60% (Rp.2,7M). Peraturan dan undang-undang sudah disampaikan oleh cabang PT Askes di Makassar. Setiap minggu ada pertemuan di Makassar.

Ternyata kabupaten-kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan yang digunakan sebagai daerah penelitian tidak begitu senang menggunakan sistem kapitasi, dengan alasan penyebaran penduduk tidak merata di Kabupaten Gowa. Kabupaten Maros juga lebih senang menggunakan sistem anggaran per paket pelayanan untuk klaim pelayanan kesehatan yang diajukan.

Besarnya pengembalian klaim pembayaran bervariasi. di Kabupaten Gowa semua klaim pembayaran yang diperoleh puskesmas dikelola sendiri oleh puskesmas dan tidak ada yang masuk PAD Kabupaten Gowa. Di Kabupaten Maros pendapatan dari hasil pelayanan kesehatan di puskesmas tidak bisa semuanya masuk ke puskesmas untuk membiayai kegiatan operasional puskesmas. Hal tersebut disebabkan karena setiap puskesmas mendapat dana operasional dari pemerintah daerah. Semua anggaran puskesmas berada di dinas kesehatan. Anggaran puskesmas berbeda antar puskesmas. Perbedaan tersebut berdasarkan jumlah penduduk dan masalah kesehatan yang ada. Dana yang dikelola puskesmas adalah jasa medis saja. Untuk dana bahan habis pakai dan sarana dikelola Pemerintah Daerah Maros.

Secara umum kebijakan pemerintah terkait transformasi jamkesda ke BPJS kesehatan belum terlihat secara nyata. Jika memang kebijakan tersebut akan dilaksanakan, maka perlu memperhatikan antara lain penyebaran tenaga kesehatan. Untuk memberikan pelayanan yang merata, perlunya pendataan peserta, mengangkat tenaga honor, pembangunan pusat, pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, penambahan poskesdes, penambahan sarana kesehatan lainnya, dari segi kelembagaan perlu membentuk divisi sosial marketing dengan tugas yaitu melakukan sosialisasi ke masyarakat, renovasi gedung dan infrastruktur, hibah komputer ke rumah sakit (*Askes Center*). Komputer tersebut dimaksudkan untuk meningkatkan pelayanan bagi peserta yang bertambah nantinya. Hal-hal lain yang perlu diperhatikan sehubungan dengan transformasi adalah dan kenyamanan peserta dalam

menerima pelayanan kesehatan, keterlibatan ormas-ormas, kelembagaan daerah, rehabilitasi rumah sakit, sosialisasi untuk semua komponen, dan pendekatan ke DPRD.

Pembentukan BPJS diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan tidak mengurangi hak peserta yang tadinya bukan berasal dari PT Askes. PT Jamsostek di beberapa daerah mempertanyakan beberapa hal yang berhubungan dengan pembentukan BPJS, seperti nasib pekerja yang selama ini membayar premi. Bagaimana dengan hak sebagai pekerja untuk mendapat pelayanan kesehatan? Bagaimana dengan hak sebagai pekerja untuk mendapat pelayanan dari BPJS? Harapan supaya terdapat petunjuk teknis dan petunjuk pelaksanaan yang jelas dengan mekanisme yang mempermudah masyarakat (peserta). Sedangkan PT Askes sendiri berharap adanya kejelasan status kepegawaian dari pegawai PT Askes dengan pembentukan BPJS serta adanya perbaikan pola rujukan. Dengan bertambahnya beban kerja pada PT Askes, maka diharapkan kesejahteraan karyawannya juga semakin membaik.

Dinas Kesehatan Hulu Sungai Selatan menginginkan adanya pembagian peran antara kabupaten dan pusat untuk menuju SJSN. Data dasarnya sudah dimiliki oleh daerah (kabupaten). Peran pusat dalam hal ini adalah pembuatan norma, standar, pedoman, ketentuan, penyusunan juklak dan juknisnya mengenai pembayarannya atau biaya operasionalnya.

Hasil Temuan Terkait dengan Mekanisme Pembiayaan/Pembayaran

Pemerintah pusat harus menentukan sistem yang akan dipakai, kapitasi atau *fee for services*. Jika kemudian diputuskan sistem yang dipakai adalah kapitasi, maka daerah juga harus dilibatkan mengenai rencana besaran kapitasi. Kabupaten atau kota yang pendapatan asli daerahnya minim seperti Kota Banjar Baru, mengharapkan penyesuaian premi yang disetorkan (premi atau kapitasi yang dibayarkan disesuaikan dengan kemampuan daerah masing-masing).

Penyaluran dana jaminan kesehatan bervariasi antar daerah dan antar bapel. Di Kota Banjar Baru dana disetor ke Kas Daerah (masuk PAD) kemudian baru dikembalikan ke Puskesmas. Sedangkan pihak Jamsostek melaksanakan pembayaran terhadap provider secara langsung ke rekening provider dan tidak melalui PAD. Di Kabupaten Maros dana yang diterima oleh

puskesmas langsung diberikan tanpa melalui PAD dan puskesmas harus memberikan rencana kerjanya dalam satu tahun, serta memberikan laporan mengenai dana dari kegiatan tersebut.

Jika ingin menggunakan langsung dana dari BPJS, dapat memakai model penyaluran dana untuk tugas perbantuan, seperti penggunaan dana BOK. Untuk itu diupayakan adanya payung hukum yang jelas dan manajemen pengelolaan yang baik. Penggunaan dana dari BPJS mengharuskan puskesmas mempunyai ahli di bidang keuangan dan komitmen yang baik serta transparansi dari kepala puskesmas. Pembayaran dilakukan satu pintu dan pertanggungjawaban diatur dengan juknis dan juklak yang mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Menurut Askes Kabupaten Maros, sistem klaim pelayanan disesuaikan dengan kasus/penderita. Setelah klaim masuk dilakukan *check/verifikasi* ke pelayanan. Obat sudah termasuk dalam kapitasi. Waktu klaim adalah $n+1$, misalnya klaim bulan November, uang akan diterima Bulan Desember. Jalur klaim dimulai dari puskesmas, kemudian diverifikasi oleh Askes Kabupaten Maros dan dikirim ke Kantor Cabang Makassar. Jika sudah benar, maka uang langsung ditransfer ke kas puskesmas.

Komponen yang perlu dimasukkan ke puskesmas adalah semua yang dapat dilakukan di PPK I, seperti pada puskesmas kota yang mempunyai peralatan radiologi, standar pelayanan primer, termasuk tindakan-tindakan kecil.

Di Kabupaten Maros komponen yang dibiayai adalah bahan habis pakai, sarana dan jasa medis. Jika ada pembekakan biaya maka dilakukan *investigasi* ke puskesmas dan pasien. Transport peserta jaminan kesehatan menuju fasilitas kesehatan diharapkan dapat menjadi komponen tambahan yang dapat dibiayai waktu pelaksanaan BPJS kesehatan.

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

Program-program jaminan sosial yang telah ada dilandasi dengan peraturan perundang-undangan. Askes berdasarkan PP no. 69 tahun 1991 tentang pemeliharaan kesehatan pegawai negeri sipil dan penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya. Jamsostek mempunyai landasan hukum UU no. 3 tahun 1992. Taspen berdasarkan UU no. 11 tahun 1969 tentang pensiun pegawai dan pensiun janda/duda pegawai (lembaran negara tahun 1969 nomor 42, tambahan lembaran negara nomor 2906). Selanjutnya Asabri dengan PP no. 67 tahun 1991 tentang Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata dan PP no. 42 tahun 2010 tentang Hak-hak Anggota Kepolisian RI.

Program-program jaminan sosial tersebut akan bertransformasi ke dalam suatu sistem⁽⁴⁾, yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Selanjutnya pemerintah telah menyiapkan produk perundang-undangan sebagai dasar pelaksanaan SJSN. UU no. 40 tahun 2004 tentang SJSN yang akan menggantikan program-program jaminan sosial yang ada sebelumnya. UU no. 40 tahun 2004 pasal 5, untuk mewujudkan tujuan Sistem Jaminan Sosial Nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum dengan prinsip nirlaba guna mengelola dana amanat yang dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta atau yang dikenal dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). SK Menkokesra No. 14A tahun 2006 tentang pembentukan tim dan kelompok kerja penyusun peraturan perundang-undangan pelaksanaan UU no. 40 tahun 2004. UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dalam pasal 13 ayat 1 menyatakan bahwa setiap orang berkewajiban ikut serta dalam program jaminan kesehatan nasional. UU No. 36 juga mengamanahkan aturan pelengkap yang mengatur tentang pembiayaan kesehatan, termasuk mengenai alokasi pembiayaan dan paket tanggungan (*benefit packages*) yang sampai saat ini belum rampung dikerjakan.

UU BPJS akhirnya disahkan oleh DPR pada tanggal 28 Oktober 2011. Walau demikian pengesahan ini belum mengakhiri berbagai kontroversi yang masih terjadi dikarenakan rumusan akhir UU ini belum selesai dibahas di DPR. Pembentukan dua BPJS yaitu BPJS Program Jaminan Kesehatan, Kecelakaan Kerja dan Kematian, dan BPJS Program Jaminan Pensiun dan Hari Tua telah disepakati dalam rapat Panja. Dalam rapat tersebut telah

disepakati untuk mencantumkan semua prinsip yang terdapat dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dalam konsideran 'menimbang' RUU BPJS. Dalam rapat tersebut, Pemerintah dan DPR juga sepakat untuk merumuskan bab mengenai Fungsi, Tugas, dan Wewenang. Pemerintah dan DPR sepakat untuk mencantumkan ketentuan mengenai peralihan 4 BUMN menjadi BPJS dan implikasinya. Pemerintah berpendapat ketentuan peralihan yang berimplikasi pada transformasi PT Taspen, PT Asabri, PT Askes, dan PT Jamsostek harus dirumuskan dengan hati-hati dan memuat pentahapan yang terukur dengan memperhitungkan implikasi terhadap aspek ketenagakerjaan, legal, dan perekonomian, termasuk fiskal. Untuk itu Pemerintah telah menyiapkan skenario peralihan program dari PT Jamsostek (Persero), PT Askes (Persero), PT Taspen (Persero), PT Asabri (Persero), serta peralihan program Jaminan Kesehatan Masyarakat, program Jaminan Kesehatan Daerah, kepada BPJS Program Jaminan Kesehatan, Kecelakaan Kerja dan Kematian, dan BPJS Program Jaminan Pensiun dan Hari Tua⁽⁵⁾.

Jika selama ini anggaran untuk pembiayaan jamkesda berasal dari APBD, maka transformasi pembayaran lebih mudah, karena dapat langsung diserahkan ke BPJS. Masalahnya adalah adanya sebagian masyarakat yang melaksanakan iuran biaya.

Dengan memperhatikan perkembangan tersebut maka saat ini penyusunan Norma, Standar, Pedoman, dan Ketentuan (NSPK) mengenai kelembagaan BPJS dan pembagian urusan pusat dan daerah dalam hal implementasi BPJS merupakan kebutuhan yang mendesak. Selain itu diperlukan pula penyusunan juknis dan juklak mengenai implementasi BPJS. Mekanisme dan jangka waktu pembayaran harus sudah tercantum secara jelas dan terinci pada juklak dan juknis. Jika NSPK, juklak, dan juknis telah ada maka perlu dilakukan percepatan pelaksanaan sosialisasi.

Selama ini telah dibentuk pokja sosialisasi di DJSN⁽⁵⁾, tetapi nampaknya sosialisasi belum sampai ke kabupaten/kota. Sehingga pemerintah pusat dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), PT Askes Pusat, PT Jamsostek Pusat, PT Asabri Pusat, PT Taspen, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, dan Kementerian Dalam Negeri perlu mengadakan "gebrakan" untuk melaksanakan sosialisasi terhadap keseluruhan komponen yang berhubungan dengan pelaksanaan SJSN, dalam hal ini adalah pemerintah daerah dan dinas kesehatan.

Pelaksanaan tahapan implementasi transformasi kelembagaan harus diagendakan oleh Kementerian Kesehatan, DJSN, PT Askes Pusat, PT Jamsostek Pusat, PT Asabri Pusat, PT Taspen, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, dan Kementerian Dalam Negeri, sehingga proses tersebut dapat dilaksanakan secara serempak di seluruh wilayah Indonesia.

Daerah harus menyiapkan alokasi pendanaan untuk dana pendampingan bagi peserta yang selama ini belum memiliki jaminan kesehatan, seperti yang dilakukan oleh Kabupaten Hulu Sungai Selatan yang telah memiliki dana deposito sebanyak 60 milyar.

Untuk masyarakat yang sebelumnya tidak memiliki jaminan kesehatan dan bukan berasal dari masyarakat miskin, maka iuran dapat ditarik melalui beberapa cara, seperti penambahan iuran kapitasi pada pembayaran pajak, pembayaran rekening listrik. Opsi ini disampaikan karena selain dapat menjadi solusi penarikan iuran kapitasi secara tidak langsung, maka di sisi lain mempunyai implikasi terhadap tertib administrasi kependudukan.

Kementerian Kesehatan melalui Badan Litbang Kesehatan dapat membuat suatu kajian atau analisis mengenai ujicoba (trial) mekanisme pembiayaan yang paling tepat diterapkan (efektif dan efisien) yang disesuaikan dengan kemampuan daerah setempat. Kajian tersebut bermanfaat untuk mengkaji secara ilmiah mekanisme pembiayaan yang dipilih yang disesuaikan dengan keadaan daerah. Selain itu bermanfaat pula dalam menganalisis kesiapan dinas dalam mengalokasikan anggaran kesehatan⁽⁶⁾.

Penyaluran dana jaminan kesehatan dapat saja dilakukan langsung kepada provider ataupun tidak langsung (melalui PAD), dengan menitikberatkan pada ketepatan waktu pembayaran dan kelayakan porsi untuk pembayaran jasa medis/paramedis. Proporsi pembagian pendapatan untuk seluruh komponen disesuaikan dengan kebijakan masing-masing daerah, dimana proporsi pembagian jasa pelayanan pada dinas kesehatan yang dapat diterima puskesmas akan ditetapkan kepala daerah⁽⁷⁾. Setiap penerimaan komponen jasa pelayanan dari semua jenis pelayanan diatur pola pembagian jasa pelayanan langsung dan tak langsung. Pembagian alokasi anggaran yang tersedia pada pos jasa pelayanan menggunakan perhitungan nilai indek dikalikan bobot (*rating*) masing-masing indek yang telah ditetapkan. Proporsi pembagian pendapatan itu diperlukan bagi peningkatan kinerja dan keadilan untuk proporsi jasa medis, karena diperkirakan terjadi peningkatan pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan terselesaikannya laporan ini, kami atas nama tim kajian mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada drg. H. Agus Suprupo, MKes sebagai Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbangkes, Kemenkes RI, atas kesempatan yang diberikan kepada kami untuk melaksanakan kajian. Ucapan terima kasih kami sampaikan pula kepada semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini, antara lain tim peneliti, Dinas Kesehatan Kota Banjar Baru, Dinas Kesehatan Kora Hulu Sungai Selatan, Dinas Kesehatan Kota Maros, Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa, PT Askes, PT Jamsostek, dan para informan.

Semoga kajian ini bermanfaat untuk penyempurnaan kebijakan dan pelaksanaan BPJS Kesehatan, dalam hal regulasi, transformasi maupun mekanisme pembayarannya.

Jakarta, Desember 2012

Tim Kajian

DAFTAR PUSTAKA

1. TAP MPR RI no X/MPR/2001 yang menugaskan kepada Presiden RI untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. UU No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
3. Kementerian Kesehatan RI, *Roadmap Jaminan Kesehatan Semesta*, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan.
4. <http://finance.detik.com/read/2011/06/13/065814/1658639/5/jamsostek-taspen-asabri-askes-bakal-dilebur>
5. Mundiharno, Thabrany H, . *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2012 -2019*. DJSN.Jakarta, 2012.
6. Laoda Ahmad, Nanis Budiningsih, Sigit Riyanto (2006), Analisis Kesiapan Dinas Dalam mengalokasikan Anggaran Kesehatan Pada Era Desentralisasi.
7. Nyoman Sumaryadi, Efektifitas Implementasi Kebijakan Otonomi Daerah, Depok Citra Utama 2005

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Penelitian : KAJIAN SKENARIO TRANSFORMASI KELEMBAGAAN DARI JAMKESDA MENJADI BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) UNTUK MENUJU SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL (SJSN)

Lama Penelitian : 5 (lima) bulan

Ketua Pelaksana,



drg. Ratih Ariningrum, M.Kes
NIP. 196911031998032001

Disetujui,

Wakil Ketua PPI
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan
dan Pemberdayaan Masyarakat



Dr. dr. Lestari Handayani, M.Med (PH)
NIP. 196007171989012001

Mengetahui,

Kepala,
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan
Pemberdayaan Masyarakat



Drg. Agus Suprpto, MKes
NIP. 196408131991011001