

Anggaran Publik untuk BPJS Kesehatan: Analisis Finansial dan Efektivitas Kebijakan



Wahyudi Kumorotomo, PhD
Jurusan Manajemen dan Kebijakan Publik
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Gadjah Mada

www.kumoro.staff.ugm.ac.id

kumoro@ugm.ac.id

Agenda Paparan

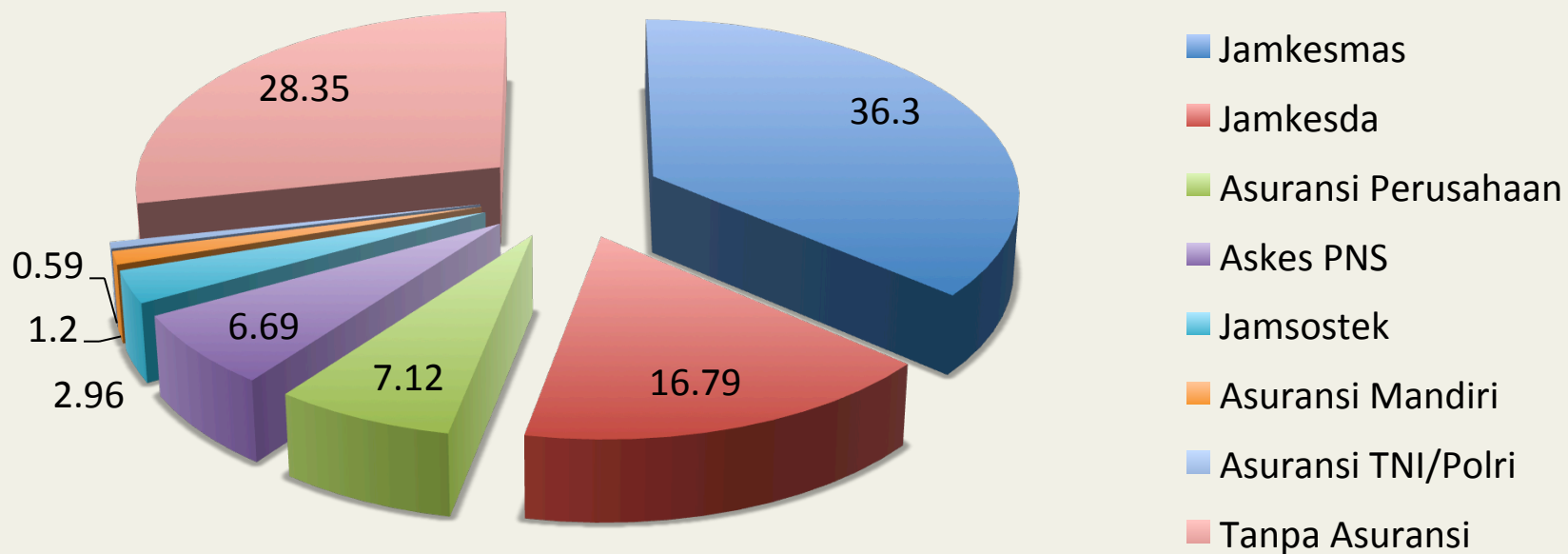
1. Kebijakan UHC (*Universal Health Coverage*):
Arah, profil dan tujuan kebijakan
2. Pembiayaan jaminan kesehatan: Indonesia
dalam perbandingan internasional
3. Implementasi kebijakan nasional, setahun BPJS
Kesehatan
4. Jaminan kesehatan dalam sistem yang
terdesentralisasi.

Masalah Umum

Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

1. Kecilnya cakupan dan kurangnya integrasi kebijakan.
2. Fragmentasi pengelolaan & manajemen keuangan
3. Paket manfaat yg berbeda-beda dan terbatas
4. Variasi sistem manajemen oleh penyedia asuransi
5. Kurangnya pengendalian oleh pemerintah, kurang koordinasi kebijakan.

Prosentase Cakupan Jaminan Kesehatan (Juni 2013)

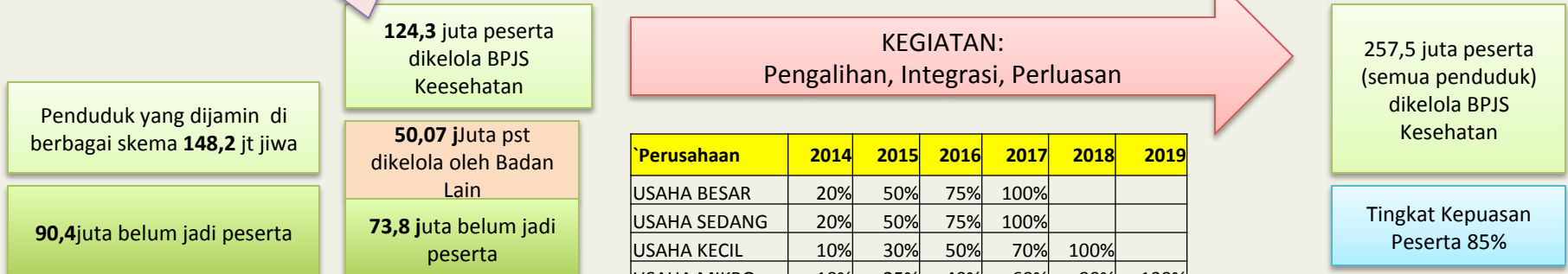


Model Pembiayaan Kesehatan

- 1. Beveridge:** disediakan oleh Faskes yg dibiayai oleh pemerintah, dan dikelola oleh pemerintah. Contoh: Inggris, Spanyol, Skandinavia, Cuba, New Zealand, Hongkong.
- 2. Bismarck:** disediakan oleh swasta, dibiayai oleh perusahaan asuransi nirlaba, premi dibayar oleh pegawai, perusahaan dan pemerintah. Dikelola oleh negara dengan peraturan yang ketat. Contoh: Jerman, Prancis, Swiss, Belgia, Jepang.
- 3. Sistem Asuransi Kesehatan Nasional:** disediakan oleh Faskes swasta, dibiayai oleh pemerintah berdasarkan pajak yang dibayar warga. Contoh: Kanada, Taiwan, Korea Selatan.
- 4. Pembayaran Mandiri (*Out-Of-Pocket*):** disediakan oleh Faskes swasta, dibiayai oleh pasien secara langsung, tidak dikelola secara terlembaga. Contoh: negara-negara terbelakang di Afrika, India, Cina (sebelum 1990-an), Amerika Latin.

Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Semesta (UHC): DJSN, 2012

96,4 juta PBI
2,5 PBI dr non KTP



Perusahaan	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%



Pengalihan Peserta JPK Jamsostek, Jamkesmas, PJKMU ke BPJS Kesehatan

Integrasi Kepesertaan Jamkesda/PJKMU dan askes komersial ke BPJS Kesehatan

Perpres Dukungan Operasional Kesehatan bagi TNI Polri

Pengalihan Kepesertaan TNI/POLRI ke BPJS Kesehatan

Penyusunan Sisdur Kepesertaan dan Pengumpulan luran

Pemetaan Perusahaan dan sosialisasi

Perluasan Peserta di Usaha Besar, Sedang, Kecil & Mikro

B	20%	50%	75%	100%		
S	20%	50%	75%	100%		
K	10%	30%	50%	70%	100%	100%

Sinkronisasi Data Kepesertaan: JPK Jamsostek, Jamkesmas dan Askes PNS/Sosial ++ NIK

Pengukuran kepuasan peserta berkala, tiap 6 bulan

Kajian perbaikan manfaat dan pelayanan peserta tiap tahun

Perangkat Kebijakan

- UU No.40/2004 ttg Sistem Jaminan Sosial Nasional
- UU No.24/2011 ttg Badan Pelaksana Jaminan Sosial
- PP No.101/2012 ttg Penerima Bantuan Iuran (PBI)
- Keppres No.12/2013 ttg Asuransi Kesehatan Sosial
- Perpres No.111/2013 ttg Besaran Iuran dalam program JKN
- Permenkes No.40/2012 ttg Lingkup Jaminan Kesehatan
- Permenkes No.69/2013 ttg Tarif Standar Perawatan Kesehatan

6 Gugus Tugas BPJS

1. Fasilitas kesehatan, sistem rujukan, infrastruktur
2. Pendanaan, transformasi program dan kelembagaan
3. Dukungan peraturan bagi implementasi
4. Sumberdaya manusia dan pengembangan kapasitas
5. Farmasi dan alat-alat medis
6. Sosialisasi dan advokasi.

Besaran Iuran dlm Program JKN

No.	Kelompok	Besaran Iuran (Per Orang Per Bulan)	Manfaat	
			Akomodasi	Medis
1	PBI	Rp19.225	Kelas 3	Sama
2	Pegawai Negeri	5% dari gaji/upah	Kelas 2 bagi golongan I dan II	
			Kelas 1 bagi golongan III dan IV	
3	Pegawai Swasta*	4,5% dari gaji/upah*	Kelas 2 bagi pegawai dengan gaji s.d. 1,5 PTKP K1	
		5% dari gaji/upah**	Kelas 1 bagi pegawai dengan gaji s.d. 1,5-2 PTKP K1	
4	Pekerja bukan penerima upah & bukan pekerja	Rp25.500	Kelas 3	
		Rp42.500	Kelas 2	
		Rp59.500	Kelas 1	

Sumber: Perpres Nomor 111 Tahun 2013

* Mulai 1 Januari 2014 s.d. 30 Juni 2015

** Mulai berlaku pada 1 Juli 2015

Komitmen Anggaran Masih Kecil

Negara	PDB Per Kapita (US\$)	Anggaran Kesehatan thd PDB (%)	Dokter		Perawat dan Bidan	
			N	Kepadatan Per 10.000	N	Kepadatan per 10.000
Indonesia	3.475	3,0	65.722	2,9	465.662	20,4
Cambodia	1.006	5,4	3.393	2,3	11.736	7,9
Viet Nam	1.910	6,6	107.131	12,2	88.025	10,1
India	1.498	4,1	757.377	6,5	1.146.915	10,0
Malaysia	10.538	4,0	25.021	9,4	72.847	27,3

Sumber: WHO, 2013; World Bank, 2014

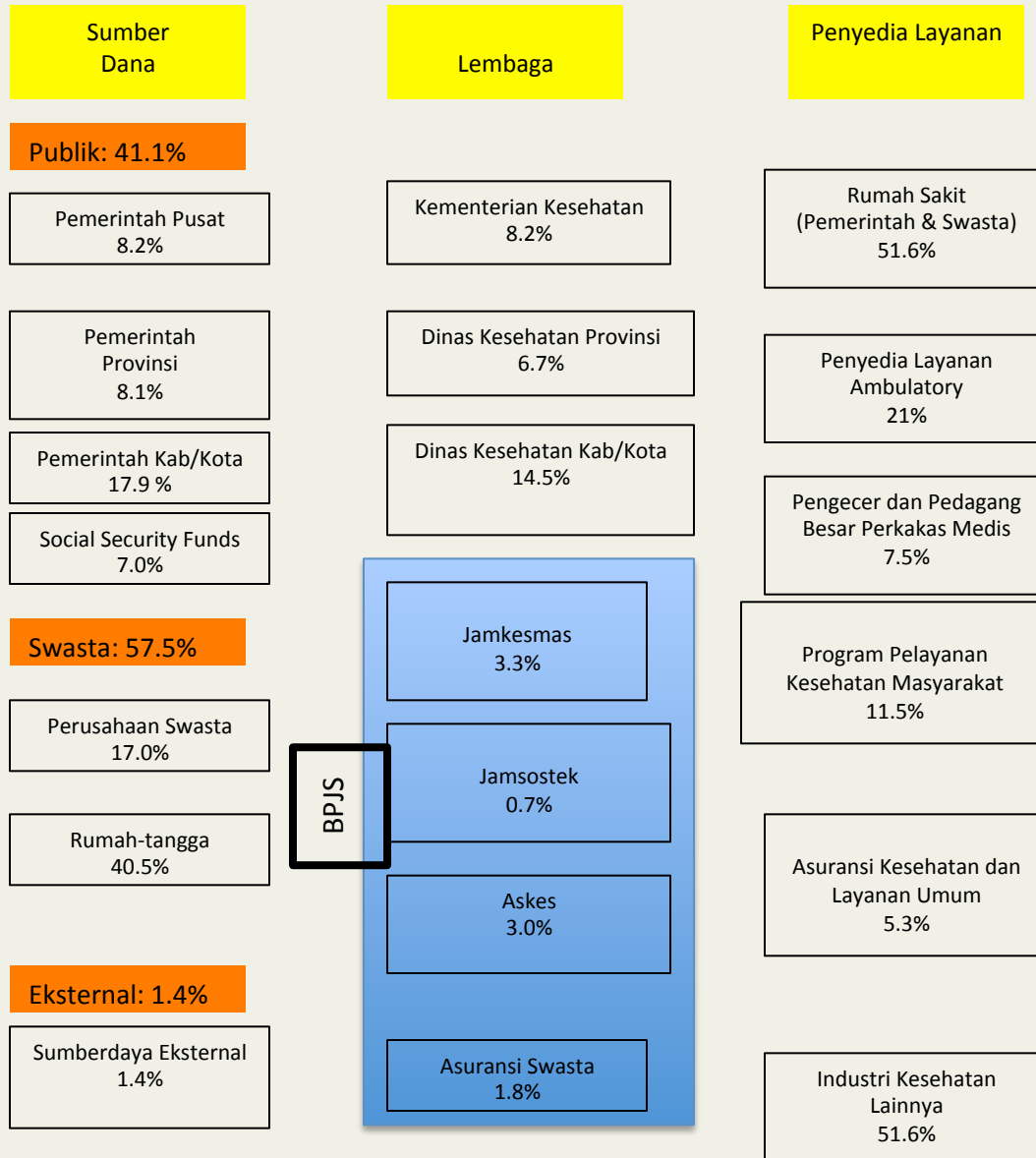
APBN 2014: Rp 16,07 t utk JKN (utk menjamin 86, 6 jt PBI) dari Rp 44,9 t utk Kemkes, total belanja Rp 602,3 t.

APBN 2015: Rp 47,8 t utk Kemkes dari total Rp 647,3 t → Kenaikan premi?

Pengalaman Internasional

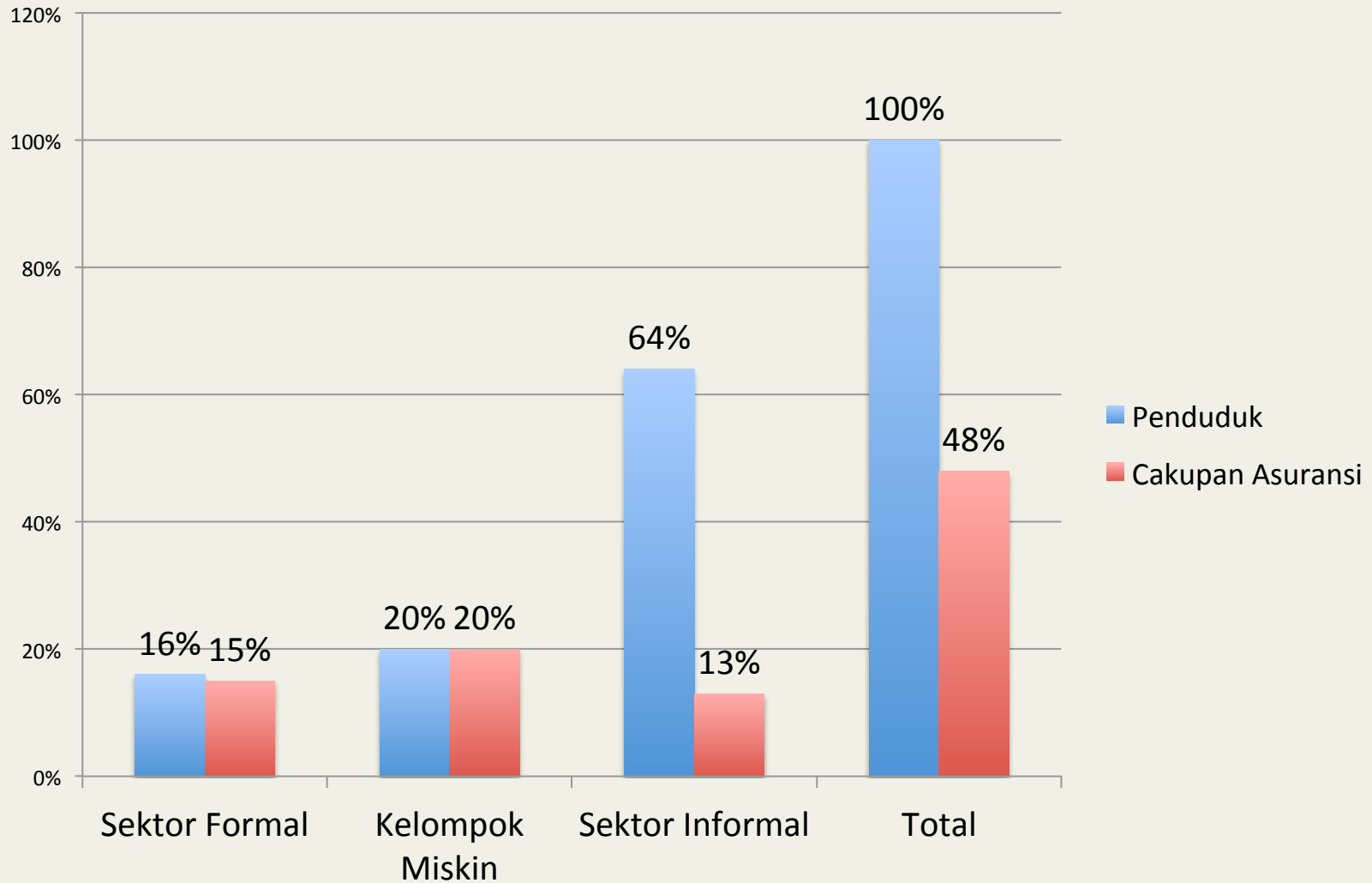
- Amerika Serikat: alokasi 17,9% PDB utk kesehatan, tetapi 15,4% penduduknya tanpa terlindungi asuransi → berpaling ke UHC dg Obamacare.
- Eropa Barat (Jerman, Prancis, Inggris, Belanda, Swiss) telah mengadopsi UHC sejak selesai PD II.
- BRIC (Brazil, Rusia, India, Cina) sedang bergerak ke kebijakan UHC.
- Di Asia: Kyrgystan, Malaysia & Thailand telah berhasil menerapkan UHC selama 1 dasawarsa.
- Komitmen kuat diperlukan bagi UHC. Mis: Turki menetapkan bhw RS yg menahan pasien yg tidak mampu membayar termasuk melanggar hukum.

Pembiayaan dan Penyedia Layanan Kesehatan



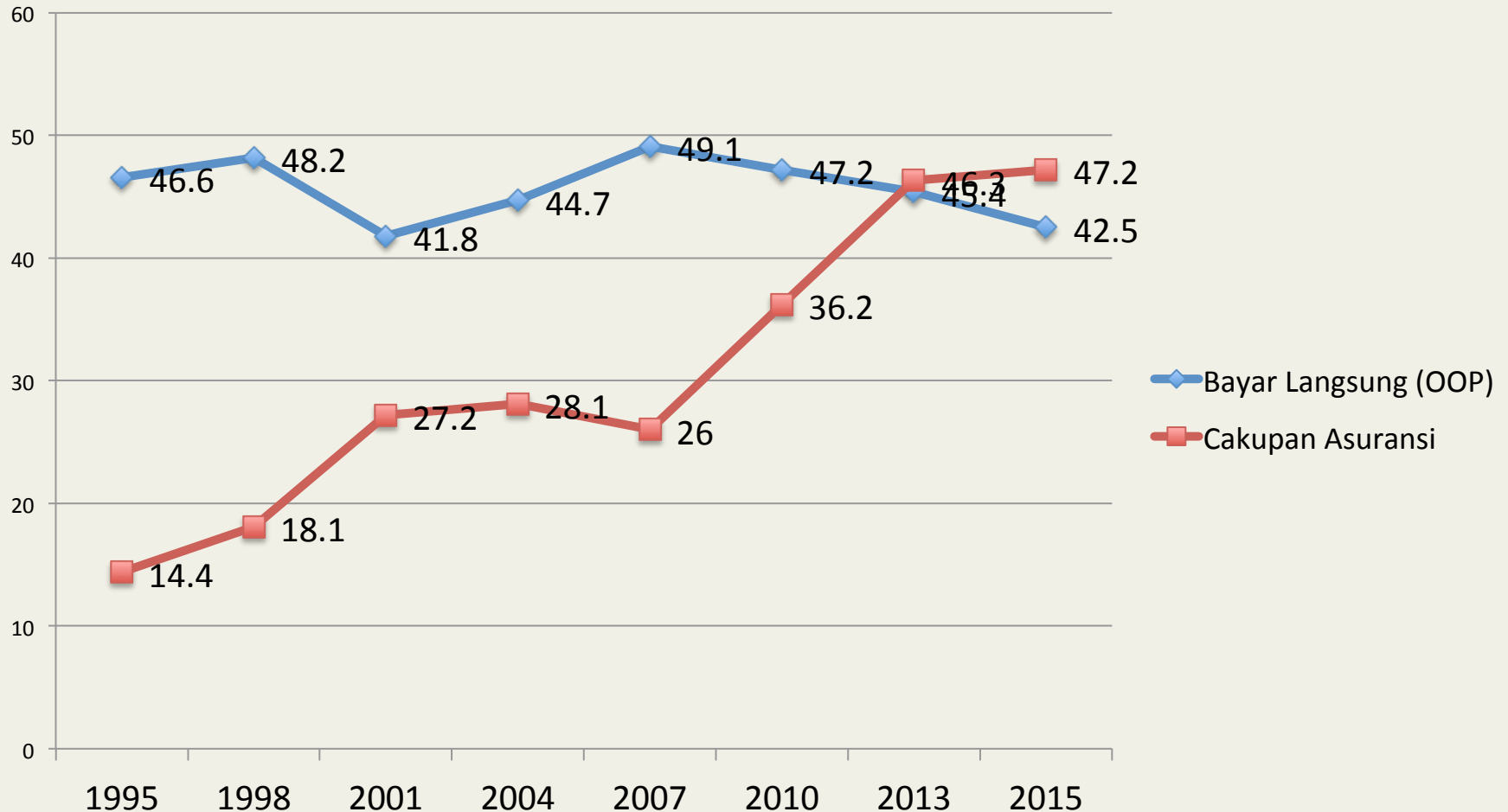
Sumber: SHA (System of Health Accounts), Soewondo, 2011; BPJS, 2014

Tantangan Kebijakan: Sektor Informal



Sumber: Thangcharoensathien, 2011

Bayar Langsung (OOP) vs. Asuransi



Sumber: WHO, Susenas, 2014. Th 2015 adalah angka prediksi.

Biaya Penanganan Penyakit Katastrofik: Bgm Membendung *Adverse Selection*?

Komponen Biaya	RSUP Kelas A (5 RS)			RSUP Kelas B (2 RS)			RS Khusus (3 RS)		
	Jantung	Kanker	Stroke	Jantung	Kanker	Stroke	Jantung	Kanker	Stroke
Akomodasi	9,86	12,84	13,47	11,74	7,61	13,89	26,69	9,71	11,23
Tindakan di ruangan	15,70	9,87	14,79	26,17	9,75	25,15	28,36	8,38	32,12
Periksa laboratorium	19,19	11,17	23,01	14,94	6,63	11,87	10,85	11,25	12,35
Radiologi & pencitraan	2,55	3,05	12,17	5,33	1,55	12,91	3,45	2,98	8,33
Tindakan operasi	2,44	21,74	5,29	1,46	12,53	2,61	0,00	32,77	0,00
Tind interv non bedah	10,45	0,05	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tind rehab medik	3,12	0,09	1,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,21
Tindakan lain	4,74	3,47	2,12	4,69	1,04	5,34	8,78	14,83	2,33
Obat	28,09	37,53	26,46	26,61	11,78	19,96	21,87	20,07	31,42
AMHP	3,86	0,18	1,30	9,06	49,12	8,27	0,00	0,00	0,00
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rata-rata per RS (dalam juta Rp)	410	236,24	228,68	396,13	136,48	305,97	38,22	86,71	62,13

Sumber: Budiarto & Sugiharto, 2012

Perbedaan Tarif 2008 – 2012 – 2013 (JKN)

Jenis Perbedaan	Tarif INA-DRG (2008)	Tarif INA-CBG (2012)	Tarif INA-CBG (JKN)
Data Coding	127,554 record	1,048,475 record	6.000.000 record
Data Costing	15 RS	100 RS	137 RS
Tahun Data Kosting	2006	2010	2011
Kontributor data cost	Kls A & B	Kls A,B,C,D & Khusus	Semua kls +swasta
Distribusi Kasus	Tidak Normal	Tidak Normal	normal
Metode Trimming	L3H3	IQR	IQR
Pilihan Tarif	Mean	Median	Mean
Jumlah Group CBG dr data koding terkumpul	759 (IPD 604, OPD 155)	833 (IPD 635, OPD 198)	851 (IPD 583, OPD 268)
Jumlah group INA-DRG/INA-CBG	1077	1077	1077 + 6 Special CMG
Kelompok Tarif	12	12	6
Besaran Tarif yg diimplementasikan	75 %	75 %	100 %
Regionalisasi	-	4 regional	5 skala
Tarif kls perawatan	3	3	3, 2, 1

14 VARIABEL DATA

1. Identitas pasien
2. Tanggal masuk RS
3. Tanggal keluar RS
4. Lama rawatan (LOS)
5. Tanggal Lahir
6. Umur (dalam tahun) ketika masuk RS
7. Umur (dalam hari) ketika masuk RS
8. Umur (dalam hari) ketika keluar RS
9. Jenis kelamin
10. Status Ketika Pulang
11. Berat Badan Baru Lahir (gram)
12. **Diagnosis Utama**
13. **Diagnosis Sekunder (Komplikasi & Ko-morbidity)**
14. **Prosedur/Pembedahan**

Formula tarif:

$$\text{TARIF} = \text{Hospital Base rate} \times \text{Cost Weight} \times \text{aF}$$

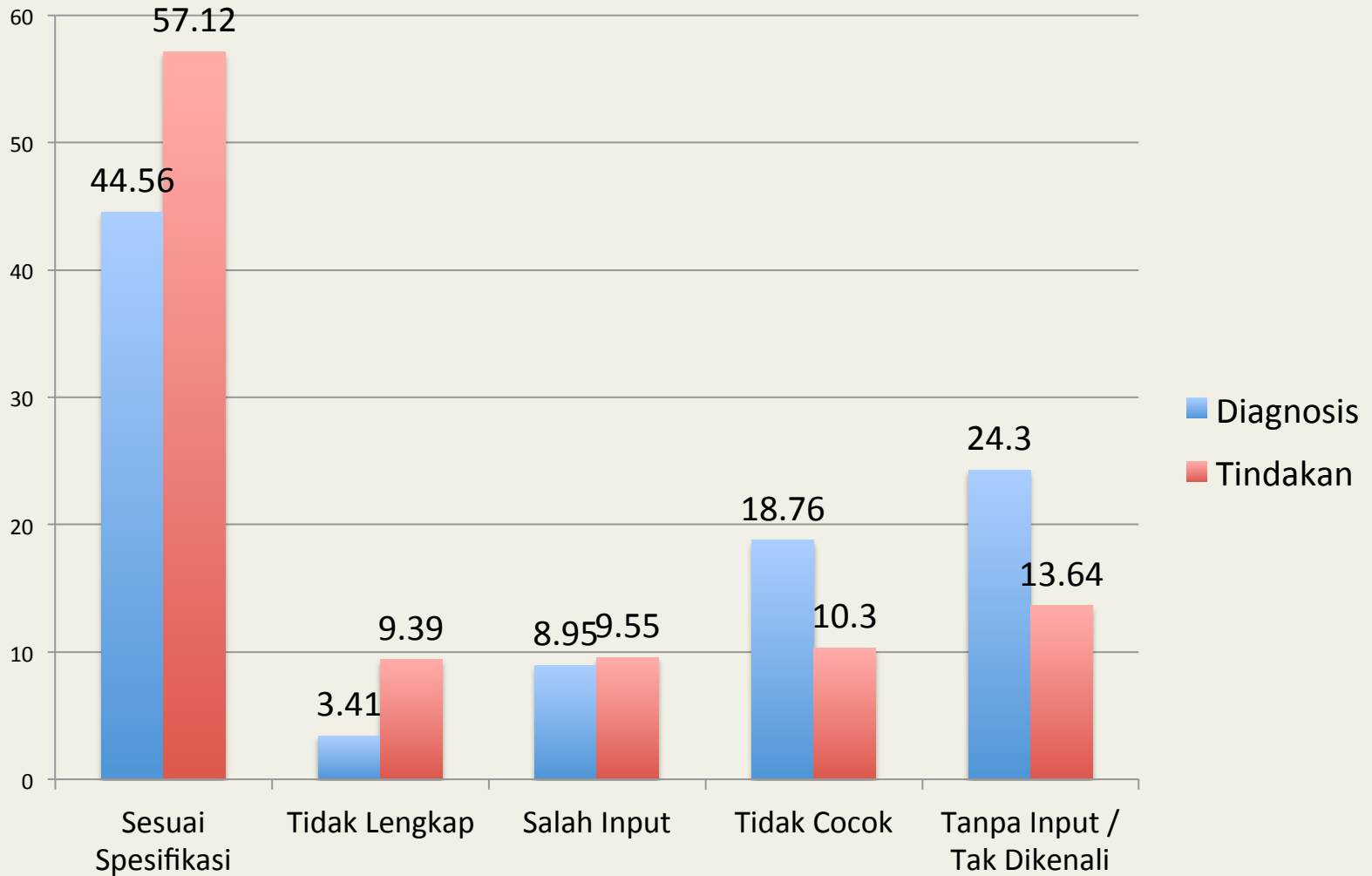
Hospital Cost
Number of hospital equivalent cases * CMI

Average cost for specific CBG
Aggregate average cost

$\frac{\sum (\text{Cost weight} \times \# \text{ of cases})}{\text{Total \# of cases for hospital A}}$

aF: adjustment Factor

Entri Kode Medis di RS Pantj Rapih (%)



Sumber: Nuryati, 2014

Kinerja Integrasi BPJS Kesehatan

No.	Divisi Regional	Jumlah Rumah-Sakit	Proses Bridging			
			Layanan Komprehensif	%	Kapitasi INA-CBG	%
1	Medan	166	4	2,41	162	97,59
2	Pekanbaru	116	6	5,17	115	99,14
3	Palembang	102	1	0,98	100	98,04
4	Jakarta	157	11	7,01	157	100,00
5	Bandung	200	8	4,00	185	92,50
6	Semarang	259	37	14,29	259	100,00
7	Surabaya	199	6	3,02	198	99,50
8	Balikpapan	67	2	2,99	66	98,51
9	Makassar	115	2	1,74	113	98,26
10	Manado	73	1	1,37	73	100,00
11	Denpasar	84	3	3,57	84	100,00
12	Papua	37	0	0,00	37	100,00
	Total	1.575	81	5,14	1.549	98,35

Perbedaan Kebijakan di Daerah

- Sistem kepesertaan: sebagian daerah mendaftarkan warga miskin yang datang ke BPJS atau Jamkesda berdasarkan kemampuan membayar atau kategori PBI, sebagian langsung memberikan jaminan kelas-III, dan ada yang mengharuskan SKTM dan surat Dinsos.
- Besarnya jaminan: empat provinsi memberikan layanan gratis, sebagian besar (25 provinsi) menyediakan kontribusi di bawah standar BPJS (Rp 19.225), 3 provinsi menerapkan kontribusi premi di atas standar BPJS.
- Pemberian paket manfaat: 18 provinsi mengikuti JKN (layanan preventif & kuratif, rehabilitatif, dan rawat-inap), 16 provinsi mengatur dalam Perda (karena memandang standar JKN terlalu tinggi atau karena terlalu rendah jika dibandingkan kebutuhan warga).

Keanggotaan Jamkesda Menurut Provinsi

No.	Province	Population	Jamkesda Member	% Population
1	Aceh	4,842,238	2,226,352	45.98
2	North Sumatra	12,982,204	1,208,893	9.31
3	West Sumatra	4,846,909	1,141,149	23.54
4	Riau	5,538,367	1,341,395	24.22
5	Jambi	3,092,265	254,167	8.22
6	South Sumatra	7,450,394	4,868,723	65.35
7	Bengkulu	1,715,518	73,560	4.29
8	Lampung	7,608,405	4,513,155	59.32
9	Bangka Belitung	1,223,296	739,027	60.41
10	Riau Islands	1,679,163	174,730	10.41
11	Jakarta Capital Region	9,607,787	4,300,000	44.76
12	West Java	43,053,732	5,082,200	11.80
13	Central Java	32,382,657	2,926,402	9.04
14	Jogja	3,457,491	1,007,153	29.13
15	East Java	37,476,757	706,982	1.89
16	Banten	10,632,166	479,170	4.51
17	Bali	3,890,757	2,440,964	62.74
18	West Nusatenggara	4,500,212	572,976	12.73
19	East Nusatenggara	4,683,827	725,824	15.50
20	West Kalimantan	4,395,983	585,157	13.31
21	Central Kalimantan	2,212,089	840,339	37.99
22	South Kalimantan	3,626,616	1,077,575	29.71
23	East Kalimantan	3,553,143	1,868,741	52.59
24	North Sulawesi	2,270,596	490,981	21.62
25	Central Sulawesi	2,635,009	483,968	18.37
26	South Sulawesi	8,034,776	4,892,070	60.89
27	South-East Sulawesi	2,232,586	89,643	4.02
28	Gorontalo	1,040,164	495,869	47.67
29	West Sulawesi	1,158,651	48,447	4.18
30	Maluku	1,533,506	657,470	42.87
31	North Maluku	1,038,087	319,196	30.75
32	West Papua	760,422	n.a.	n.a.
33	Papua	2,833,381	n.a.	n.a.
34	North Kalimantan	723,005	n.a.	n.a.
	National	237,989,154	46,632,278	19.59

Perkembangan & Tantangan Terbaru

- Sebagian besar RS (1.720 dari 2.302) tergabung dlm JKN. Tetapi krn pencairan dana klaim lambat, bnyk RS swasta yg tak tertarik → pasien menumpuk di RS pemerintah.
- Des 2014: BPJS hanya mampu mengumpulkan premi Rp 41 T, tetapi klaim yg harus dibayar sdh Rp 42,6 T (defisit 3,88%). Iuran minimum harus ditambah? (Rp 19.225 ke Rp 27.000 atau ke Rp 60.000)
- Potensi tumpang-tindih program BPJS dg KIS (Kartu Indonesia Sehat) program Jokowi.
- Kurangnya program preventif. Mis: hanya 46% warga punya kebiasaan sehat; Rp 138 t utk membeli rokok; perokok Indonesia meningkat 3,4% walau di negara maju cenderung turun.

Kesimpulan

1. Indonesia sudah berada di jalur kebijakan menuju UHC (pembayaran prospektif, skema asuransi wajib, cakupan warga miskin, kapitasi case-base mix), tetapi banyak tantangan yg dihadapi dlm implementasi. Sementara ini masih menggunakan sistem ganda: jaminan pemerintah untuk PBI dan asuransi swasta oleh lembaga pemerintah atau perusahaan swasta.
2. Komitmen anggaran masih kecil (3% atau \$ 104,25 dari PDB per kapita per tahun). Porsi terbesar yg belum terlayani adalah pekerja sektor informal.
3. Fragmentasi kebijakan terjadi antar jenjang pemerintahan (pusat-daerah), antar penyedia (pem-swasta), dan antar skema (wajib-opsional) menyulitkan integrasi.
4. Kelemahan di tingkat implementasi harus segera diatasi: *adverse selection*, *double-counting*, inkonsistensi database, perbedaan *actuarial* & klaim, jalur rujukan (*clinical pathways*), kurang SDM pelaksana pembayaran prospektif.
5. Perlu komitmen dan kerjasama antar pemangku-kepentingan (perumus kebijakan, pakar ekonomi dan keuangan publik, dokter & paramedis, staff TIK, staff teknis, masy.), profesionalisme, koreksi sistematis atas kesalahan kebijakan, dan kesadaran umum ttg pentingnya asuransi menyeluruh.

Terima Kasih