

**LAPORAN TAHUN TERAKHIR  
PENELITIAN DASAR UNGGULAN PERGURUAN TINGGI  
(PDUPT)**



kkB  
kk-2  
LP. 38/19  
Soe  
S

**STUDI EKSPLORASI PEMICU BIAYA KESEHATAN  
DALAM RANTAI NILAI HUBUNGAN INDUSTRI FARMASI  
DAN PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN  
DI INDONESIA**

**TAHUN KE-2 (DUA) DARI RENCANA 2 (DUA) TAHUN**

<b>Dr. Noorlailie Soewarno, SE., Ak., CMA., CA</b>	<b>0025126402</b>
<b>Prof. Dr. Bambang Tjahjadi, SE., Ak. MBA., CPM., CMA., CA</b>	<b>0004025702</b>
<b>Dr. Dra Isnalita, M.Si</b>	<b>0022086605</b>

**DIBIYAI OLEH :**

**DIREKTORAT RISET DAN PENGABDIAN MASYARAKAT  
DIREKTORAT JENDERAL PENGUATAN RISET DAN PENGEMBANGAN  
KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
SESUAI DENGAN PERJANJIAN PENDANAAN PENELITIAN DAN PENGABDIAN  
KEPADA MASYARAKAT**

**NOMOR : 122/SP2H/PTNBH/DRPM/2018**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**November 2018**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Judul : Studi Eksplorasi Pemicu Biaya Kesehatan Dalam Rantai Nilai Hubungan Industri Farmasi dan Penyedia Layanan Kesehatan di Indonesia

**Peneliti/Pelaksana**

Nama Lengkap : Dr NOORLAILIE SOEWARNO, S.E., M.B.A  
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga  
NIDN : 0025126402  
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala  
Program Studi : Ilmu Akuntansi  
Nomor HP : 0811346778  
Alamat surel (e-mail) : noorlailie@gmail.com

**Anggota (1)**

Nama Lengkap : Dr BAMBANG TIAHJADI S.E., M.B.A  
NIDN : 0004025702  
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga

**Anggota (2)**

Nama Lengkap : Dr. Dra ISNALITA M.Si  
NIDN : 0022086605  
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga

**Institusi Mitra (jika ada)**

Nama Institusi Mitra : -  
Alamat : -  
Penanggung Jawab : -  
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 2 dari rencana 2 tahun  
Biaya Tahun Berjalan : Rp 110,000,000  
Biaya Keseluruhan : Rp 205,235,000



Mengetahui,  
Wakil Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis

(Nisful Laila, SE.,M.Com)  
NIP/NIK 197111071999032001

Kota Surabaya, 8 - 11 - 2018  
Ketua,

(Dr NOORLAILIE SOEWARNO, S.E., M.B.A)  
NIP/NIK 196412251989032001



Menyetujui,  
Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi

(Prof.H. Hery Purnobasuki, Drs.,M.Si.,Ph.D)  
NIP/NIK 196705071991021001



## RINGKASAN

Penelitian Tahap I mengungkapkan bahwa mahalny biaya kesehatan di Indonesia dipicu oleh tingginya biaya obat, biaya jasa tenaga medis, dan tata kelola rumah sakit. Pada penelitian Tahap II akan diekplorasi pemicu biaya pada tata hubungan rantai nilai penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah.

Keutamaan penelitian ini adalah mampu memetakan pemicu-pemicu biaya penyebab inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia dengan lingkup hubungan antara pemain industri penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah. Secara spesifik, penelitian ini memetakan rantai nilai yang terdapat pada hubungan para pemburu rente (*rent seeker*) dan regulator tersebut. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan mampu mengidentifikasi pemicu-pemicu biaya strategis (*strategic cost drivers*) yang telah menyebabkan biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien. Selanjutnya, dengan diketahuinya pemicu-pemicu biaya strategis, diharapkan benang kusut inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia lebih mudah diurai sehingga memudahkan mengelola biaya kesehatan secara lebih profesional dan tidak merugikan masyarakat.

Penelitian ini dirancang sebagai penelitian kualitatif dengan jenis studi kasus tunggal yang bersifat *exploratory*. Unit analisis penelitian ini adalah biaya kesehatan di Indonesia. Narasumber informan yang akan dilibatkan dalam penelitian ini adalah pelaku di industri kesehatan, yaitu: (1) manajemen rumah sakit, (2) manajemen perusahaan asuransi kesehatan swasta dan BPJS, (3) pemerintah sebagai regulator. Karena penelitian ini bersifat *exploratory*, maka tidak ada proposisi yang diformulasikan. Proposisi mungkin akan dihasilkan justru pada akhir penelitian ini sebagai jawaban atas masalah yang ada sekaligus akan dipakai sebagai rekomendasi kepada pemerintah dan pihak-pihak yang terkait dengan pengelolaan jasa kesehatan di Indonesia.

Keyword : *biaya kesehatan, asuransi kesehatan, rantai nilai hubungan, industri farmasi, penyedia layanan kesehatan*

## PRAKATA

Laporan Penelitian ini dilaksanakan di Universitas Airlangga, pada penelitian Tahap II akan diekplorasi pemicu biaya pada tata hubungan rantai nilai penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah. Pada kesempatan ini dibuat Laporan Kemajuan hasil penelitian yang berjudul **“Studi Eksplorasi Pemicu Biaya Kesehatan Dalam Rantai Nilai Hubungan Industri Farmasi dan Penyedia Layanan Kesehatan di Indonesia”**. Penelitian tahun ke-2 ini sudah berlangsung selama 10 bulan sejak Januari hingga November 2018.

Keutamaan penelitian ini adalah mampu memetakan pemicu-pemicu biaya penyebab inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia dengan lingkup hubungan antara pemain industri penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah. Secara spesifik, penelitian ini memetakan rantai nilai yang terdapat pada hubungan para pemburu rente (rent seeker) dan regulator tersebut. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan mampu mengidentifikasi pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost drivers) yang telah menyebabkan biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien. Selanjutnya, dengan diketahuinya pemicu-pemicu biaya strategis, diharapkan benang kusut inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia lebih mudah diurai sehingga memudahkan mengelola biaya kesehatan secara lebih profesional dan tidak merugikan masyarakat.

Pada tahun ke-2 penelitian ini, peneliti ingin mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada berbagai pihak yang telah membantu terwujudnya penelitian ini:

1. Bapak Prof. Hery Purnobasuki, M.Si., Ph.D, sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi Universitas Airlangga.
2. Bapak Prof. Dr. Mohammad Nasih.,SE., M.T., Ak., CMA, sebagai Rektor Universitas Airlangga.
3. Bapak Kemal Imam Santoso,MBA, sebagai Direktur Keuangan BPJS Kesehatan.
4. Berbagai pihak yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

Penelitian ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran sangat diharapkan guna memperbaiki laporan ini dan semoga laporan ini dapat diterima dengan baik.

Surabaya, 1 November 2018

Peneliti

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iii
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	3
BAB 3. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	8
BAB 4. METODE PENELITIAN	10
BAB 5. HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI	13
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN	27
DAFTAR PUSTAKA	31
LAMPIRAN - LAMPIRAN	

**DAFTAR TABEL**

**Halaman**

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
<b>Gambar 2.1. The Five Forces That Shape Industry Competition</b>	<b>4</b>
<b>Gambar 2.2. Generic Strategies</b>	<b>5</b>
<b>Gambar 2.3. Rantai Nilai (Value Chain)</b>	<b>6</b>
<b>Gambar 2.4. Road Map Penelitian</b>	<b>7</b>
<b>Gambar 4.1. Tata Hubungan Pemain Industri Kesehatan</b>	<b>11</b>
<b>Gambar 5.1. Rantai Nilai Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan &amp; Pemerintah</b>	<b>13</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran.1. Buku Catatan Harian Penelitian ( <i>Log Book</i> )	Lampiran - 1
Lampiran 2. Daftar Pertanyaan FGD	Lampiran - 2
Lampiran 3. Transkrip Wawancara 1	Lampiran - 4
Lampiran 4. Transkrip Wawancara 2	Lampiran - 5
Lampiran 5. Draft Artikel Penelitian	
Lampiran 6. Borang Capaian Luaran	
Lampiran 7. Poster Penelitian	
Lampiran 8. Profil Penelitian	
Lampiran 9. Bukti Submission Artikel	



## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Tak bisa dipungkiri lagi bahwa kesehatan merupakan masalah sangat penting dalam kehidupan manusia. Tanpa kesehatan, kehidupan manusia tidak dapat berjalan secara optimal. Oleh karena itu, untuk menjaga tetap sehat maka setiap orang memerlukan biaya kesehatan. Dengan demikian, kesehatan telah menjadi masalah dunia. Di ASEAN, rata-rata biaya kesehatan masih relatif rendah, yaitu di bawah angka 4% dari GDP. Bandingkan dengan standar biaya kesehatan OECD yang sebesar 12% (Lock, 2013).

Di Indonesia, masalah kesehatan merupakan hal yang penting setelah masalah pendidikan. Sayangnya, biaya kesehatan di Indonesia masih tergolong paling kecil dibanding negara-negara ASEAN lainnya. Besarnya biaya kesehatan Indonesia 2013 berkisar 3% dari GDP, relatif paling kecil dibandingkan dengan Malaysia (3,9%), Thailand (3,9%), Filipina (4,6%), dan Singapura (4,7%). Bila GDP Indonesia 2013 sebesar 868,35 milyar USD, maka biaya kesehatan berkisar 26 milyar USD.

Penelitian yang dilakukan tim peneliti pada tahap I berfokus pada tata hubungan penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) dengan industri farmasi dan menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:

- (1) Mengapa biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien?
- (2) Bagaimana rantai nilai (*value chain*) pada hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?
- (3) Apa yang menjadi pemicu-pemicu biaya kesehatan pada hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?
- (4) Mengapa timbul pemicu-pemicu biaya kesehatan pada rantai nilai hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?
- (5) Berapa besar taksiran margin kenaikan biaya kesehatan pada rantai nilai hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?

Penelitian Tahap I mengungkapkan bahwa mahalnya biaya kesehatan di Indonesia dipicu oleh tingginya biaya obat, biaya jasa tenaga medis, dan tata kelola rumah sakit. Pada penelitian Tahap II akan dieksplorasi pemicu biaya pada tata hubungan rantai nilai penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah.

Keutamaan penelitian ini adalah mampu memetakan pemicu-pemicu biaya penyebab inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia dengan lingkup hubungan antara pemain industri penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah. Secara spesifik, penelitian ini memetakan rantai nilai yang terdapat pada hubungan para pemburu rente (*rent seeker*) dan regulator tersebut. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan mampu mengidentifikasi pemicu-pemicu biaya strategis (*strategic cost drivers*) yang telah menyebabkan biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien. Selanjutnya, dengan diketahuinya pemicu-pemicu biaya strategis, diharapkan benang kusut inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia lebih mudah diurai sehingga memudahkan mengelola biaya kesehatan secara lebih profesional dan tidak merugikan masyarakat.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian, maka masalah penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

- (1) Bagaimana rantai nilai (*value chain*) pada tata hubungan antara penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah?
- (2) Apa yang menjadi pemicu-pemicu biaya strategis (*strategic cost drivers*) pada hubungan antar pemain di industri kesehatan tersebut (penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan dan pemerintah)?
- (3) Mengapa timbul pemicu-pemicu biaya kesehatan (*root cause*) pada rantai nilai hubungan antar pemain di industri kesehatan (penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah) ?

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Teori Keagenan dan Tata Kelola Yang Baik

Teori Keagenan (*Agency Theory*) yang dikemukakan oleh Jensen dan Meckling (1976) merujuk pada hubungan yang terjadi antara antara *agent* dengan *principal*. *Agent* adalah pihak yang tidak memiliki sumberdaya tetapi memiliki *skills* dalam mengelola sumberdaya tersebut, sementara *principal* adalah pihak yang memiliki sumberdaya tetapi menyerahkan pengelolaan sumberdaya tersebut kepada *agent*. Hubungan antara *agent* dengan *principal* tersebut dinamakan hubungan keagenan (*agency relationship*).

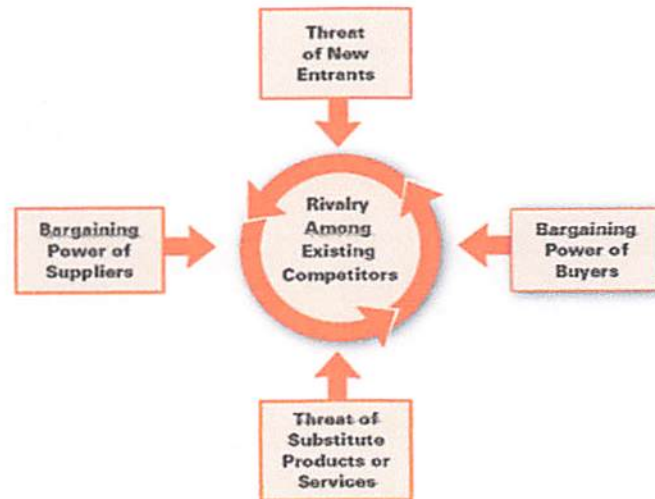
Tidak selamanya hubungan *agent* dengan *principal* berjalan dengan baik. Pada banyak kasus ternyata banyak terjadi masalah atau konflik di antara kedua pihak. Konflik tersebut banyak diakibatkan karena perbedaan tujuan, yaitu apa yang dilakukan oleh *agent* dipandang tidak selaras dengan tujuan *principal*. Konflik juga diakibatkan karena kedua pihak memiliki pandangan yang berbeda terhadap risiko sehingga tindakan-tindakan masing-masing pihak juga berbeda. Konflik ini tentu saja menimbulkan biaya yang disebut sebagai biaya keagenan (*agency costs*) yang mencakup seluruh *monitoring costs*, *bonding costs*, dan *residual loss* (Fama dan Jensen, 1983).

Teori keagenan merupakan landasan perlunya tata kelola korporasi yang baik (*good corporate governance*) dalam organisasi modern (Keasey dan Wright, 1993). Dalam industri kesehatan terdapat beragam pola hubungan yang dapat dipandang dari perspektif teori keagenan. Secara makro, hubungan antara masyarakat sebagai pemilik sumberdaya (*principal*) dengan para pengelola sumberdaya kesehatan (*agent*) jelas merupakan hubungan keagenan. Perilaku menyimpang yang dilakukan para *agent* dalam industri kesehatan jelas menimbulkan kerugian (*agency costs*) pada masyarakat sebagai *principal*. Di sinilah perlunya tatakelola yang baik (*good governance*) dalam pengelolaan biaya kesehatan.

#### 2.2. Analisis Industri

Model *I/O (Industry/Organization) Above Average Return* menyatakan bahwa industri memiliki kontribusi penting dalam kinerja organisasi. Kinerja industri diatur oleh lima kekuatan yang disebut sebagai *Five Forces* oleh Michael Porter (Ireland *et al.*, 2011), yaitu : (1) Kekuatan tawar pemasok, (2) Kekuatan tawar pembeli, (3) Ancaman pendatang baru, (4) Barang substitusi, (5) Rivalitas antar pesaing dalam industri. Lima kekuatan tersebut digambarkan pada Gambar 2.1.

**Gambar 2.1**  
**The Five Forces That Shape Industry Competition**



Sumber : (Porter, 2008)

Pemasok dikatakan memiliki posisi tawar kuat bila jumlahnya hanya satu atau relatif sedikit sehingga dapat mengatur harga *inputs* industri yang pada akhirnya menurunkan profitabilitas industri, dan sebaliknya. Pembeli dikatakan memiliki posisi tawar kuat bila jumlahnya hanya satu atau relatif sedikit sehingga dapat mengatur harga *outputs* industri yang pada akhirnya menurunkan profitabilitas industri, dan sebaliknya. Semakin banyak barang substitusi akan menurunkan profitabilitas industri, dan sebaliknya. Semakin banyak ancaman pendatang baru yang masuk industri juga akan meningkatkan jumlah pesaing dan pada akhirnya menurunkan profitabilitas industri, dan sebaliknya. Pada akhirnya, intensitas persaingan antar pesaing dalam industri juga akan menurunkan profitabilitas industri, dan sebaliknya.

*Porter's Five Forces* digunakan untuk menganalisis daya tarik industri. Hal ini penting dilakukan oleh setiap organisasi untuk melihat posisi masing-masing dalam industri yang dipilih untuk berkompetisi (David, 2011). Faktor-faktor eksternal tersebut memberikan perspektif yang lebih luas kepada manajemen untuk menyusun strategi bisnis masing-masing. Strategi bisnis tersebut dinamakan Porter (1985) sebagai strategi generik yang terdiri dari: (1) *cost leadership*, (2) *differentiation*, dan (3) *focus*, seperti pada gambar 2.2.

Strategi *cost leadership* merupakan strategi bisnis yang menuntut organisasi sebagai produsen berbiaya paling efisien dalam industri. Hal ini dapat dicapai dari beragam sumber biaya rendah seperti skala ekonomi, upah tenaga kerja murah, akses bahan baku murah, penggunaan teknologi, dan sumber-sumber lainnya. Strategi *differentiation* merupakan

strategi bisnis berbasis pembeda atau keunikan yang dipandang memberikan nilai bagi pelanggan, seperti kualitas tinggi, pelayanan prima, citra merk, dan lainnya. Organisasi mendapatkan harga premium atas strategi ini. Strategi *focus* sebenarnya bukan strategi baru melainkan penggunaan strategi *cost leadership* atau strategi *differentiation* pada pasar yang lebih sempit atau fokus.

**Gambar 2.2**  
**Generic Strategies**

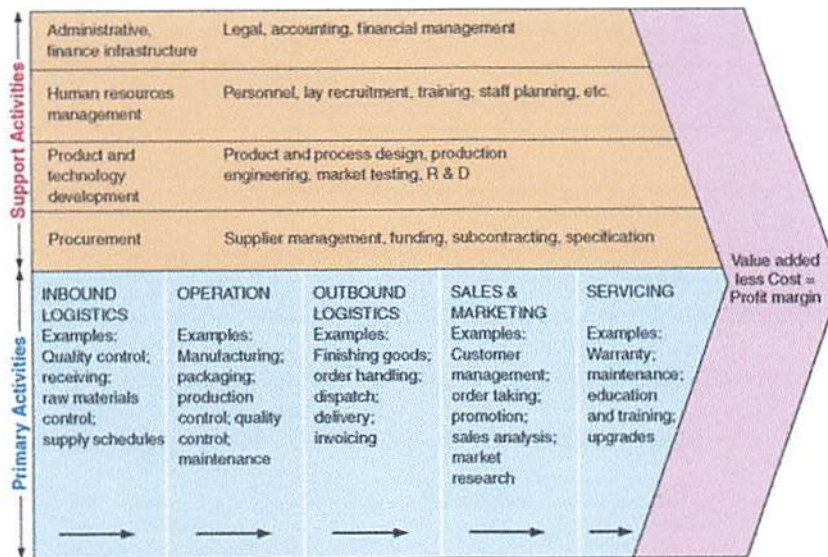
		Competitive Advantage	
		Lower Cost	Differentiation
Competitive Scope	Broad Target	1. Cost Leadership	2. Differentiation
	Narrow Target	3a. Cost Focus	3b. Differentiation Focus

Sumber: Porter (1985)

Strategi bisnis masing-masing organisasi seharusnya dapat tercermin dalam aktivitas-aktivitas strategisnya yang oleh Porter (1985) disebut rantai nilai (*value chain*). Bila tidak, maka organisasi tidak akan mendapatkan keunggulan bersaing memadai. Pada akhirnya, hal tersebut akan berdampak pada tidak didapatnya *above-average return*. Rantai nilai organisasi terbagi dalam 2 (dua) aktivitas besar, yaitu : (1) aktivitas-aktivitas utama (*primary activities*), dan (2) aktivitas-aktivitas pendukung (*supporting activities*).

Manajemen perlu melakukan analisis rantai nilai yang merupakan metode untuk memecah nilai-nilai yang muncul sejak dari bahan baku sampai dengan konsumen akhir. Hal ini penting dilakukan untuk memahami dengan baik di mana sumber-sumber biaya rendah atau keunikan dapat dicapai untuk keunggulan bersaing. Setiap rantai nilai memiliki karakteristik biaya maupun keunikan yang harus mampu dikelola oleh manajemen lebih baik dibandingkan para pesaingnya. Siapa yang mampu mengelola rantai nilai lebih baik dibandingkan pesaingnya akan mendapatkan *above-average return*.

**Gambar 2.3**  
**Rantai Nilai (Value Chain)**



Sumber : Porter (1980)

Analisis biaya rantai nilai (*value chain costs*) para pemain dalam industri sangat menentukan besaran biaya, nilai, investasi, maupun margin industri. Analisis biaya strategik bahkan menuntut untuk melakukan perluasan rantai nilai tersebut ke arah hulu (*upstream*) dan hilir (*downstream*). Shank dan Govindarajan (1993) menggambarkan perluasan rantai nilai meliputi : (1) *linkages with suppliers*, (2) *linkages with customers*, (3) *process linkages within the value chain of a business units*, (4) *linkages across business unit value chains within firm*.

### 2.3. Pemicu Biaya Strategis

Seperti telah dikemukakan sebelumnya bahwa analisis rantai nilai memegang peran strategis dalam menciptakan keunggulan bersaing. Melalui analisis inilah, manajemen dapat mengetahui sumber-sumber melakukan *cost leadership* atau *differentiation*. Selanjutnya, manajemen perlu mengetahui faktor-faktor apa saja yang memicu biaya dalam setiap aktivitas-aktivitas strategis tersebut.

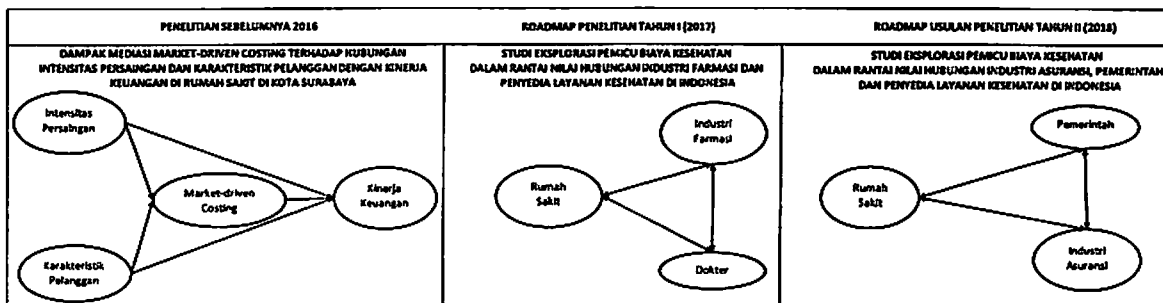
Shank dan Govindarajan (1993) mengutip pendapat Riley yang menyatakan bahwa pemicu biaya dapat dibagi dalam 2 (dua) kategori, yaitu: (1) *structural cost drivers*, dan *executional cost drivers*. Pemicu biaya yang bersifat struktural merupakan pemicu biaya yang

berkaitan dengan struktur ekonomis, yang meliputi: (1) *scale*, (2) *scope*, (3) *experience*, (4) *technology*, dan (5) *complexity*. Sementara itu, pemicu biaya yang bersifat eksekusional merupakan faktor-faktor kemampuan organisasi dalam mengeksekusi strategi, yang meliputi: (1) *workforce involvement*, (2) *total quality management*, (3) *capacity utilization*, (4) *plant layout efficiency*, (5) *product configuration*, dan (6) *linkage exploitations*.

**2.4. Penelitian Terdahulu oleh Peneliti.**

Roadmap penelitian yang telah dilakukan dan akan dilaksanakan oleh pengusul dapat disarikan dalam gambar berikut:

**Gambar 2.4.**  
**Road Map Penelitian**



**BAB 3****TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN****3.1. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk :

- (1) Memetakan rantai nilai (value chain) pada tata hubungan antara penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah
- (2) Mengidentifikasi pemicu-pemicu biaya (strategic cost drivers) pada hubungan antar pemain di industri kesehatan, khususnya penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah .
- (3) Mengeksplorasi penyebab timbulnya pemicu-pemicu biaya (root cause) pada rantai nilai hubungan antar pemain di industri kesehatan khususnya penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah.

**3.2. Manfaat Penelitian**

Kesehatan merupakan landasan produktivitas bangsa. Masyarakat yang sakit secara jasmani atau rohani sudah dapat dipastikan tidak akan mampu memberikan sumbangan terhadap produktivitas terhadap bangsa Indonesia. Biaya kesehatan yang efisien merupakan kunci pelayanan kesehatan yang bermutu, murah, dan tersebar merata ke seluruh pelosok Indonesia. Sayangnya, saat ini biaya kesehatan masih tinggi sehingga tidak setiap warga negara mampu memiliki akses pada pelayanan kesehatan yang layak.

**a. Kontribusi Ilmu Pengetahuan**

Penelitian ini memberikan kontribusi pada ilmu pengetahuan, khususnya bidang ilmu manajemen dan ilmu akuntansi, yaitu dalam mengkonfirmasi teori keagenan (agency theory) dan tata kelola yang baik (good governance). Teori ini berkaitan dengan hubungan antara principal (masyarakat) dengan para agent (pemain industri kesehatan). Agent yang seharusnya bertindak sesuai dengan harapan principal ternyata telah menimbulkan agency costs yang merugikan masyarakat.

**b. Manfaat Praktis**

Keutamaan penelitian ini adalah memberikan gambaran secara jelas pola hubungan yang unik antar pemain dalam industri khususnya penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah. Selanjutnya, penelitian ini mampu mengidentifikasi pemicu-



pemicu biaya strategis (strategic cost drivers) yang telah mengakibatkan tingginya biaya kesehatan di Indonesia. Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan para pengambil kebijakan dalam pengembangan pengelolaan biaya kesehatan di Indonesia. Peningkatan biaya kesehatan dari tahun ke tahun tidak akan dapat dimanfaatkan secara optimal bagi kesejahteraan masyarakat bila pola hubungan antar para pemain dalam industri tidak diperbaiki dan dikelola dengan prinsi-prinsip tata kelola yang baik (good governance).

## BAB 4 METODE PENELITIAN

MILIK  
PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

### 4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini dirancang sebagai penelitian kualitatif dengan jenis studi kasus tunggal yang bersifat *exploratory*. Unit analisis penelitian ini adalah biaya kesehatan di Indonesia. Narasumber informan yang akan dilibatkan dalam penelitian ini adalah pelaku di industri kesehatan, yaitu: (1) manajemen rumah sakit, (2) manajemen perusahaan asuransi kesehatan swasta dan BPJS, (3) pemerintah sebagai regulator. Karena penelitian ini bersifat *exploratory*, maka tidak ada proposisi yang diformulasikan. Proposisi mungkin akan dihasilkan justru pada akhir penelitian ini sebagai jawaban atas masalah yang ada sekaligus akan dipakai sebagai rekomendasi kepada pemerintah dan pihak-pihak yang terkait dengan pengelolaan jasa kesehatan di Indonesia.

Biaya kesehatan secara makro dapat ditinjau dari perspektif pola hubungan antar pelaku atau pemain dalam industri kesehatan yang dapat memicu biaya kesehatan. Masing-masing pola hubungan antar pemain akan dieksplorasi dengan menggunakan teori-teori yang telah disampaikan sebelumnya.

### 4.2. Pertanyaan Penelitian

Fokus penelitian ini terletak pada pertanyaan penelitian:

- (1) Bagaimana rantai nilai (*value chain*) pada tata hubungan antara penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah?
- (2) Apa yang menjadi pemicu-pemicu biaya strategik (*strategic cost drivers*) pada hubungan antar pemain di industri kesehatan tersebut (penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan dan pemerintah)?
- (3) Mengapa timbul pemicu-pemicu biaya kesehatan (*root cause*) pada rantai nilai hubungan antar pemain di industri kesehatan (penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah) ?

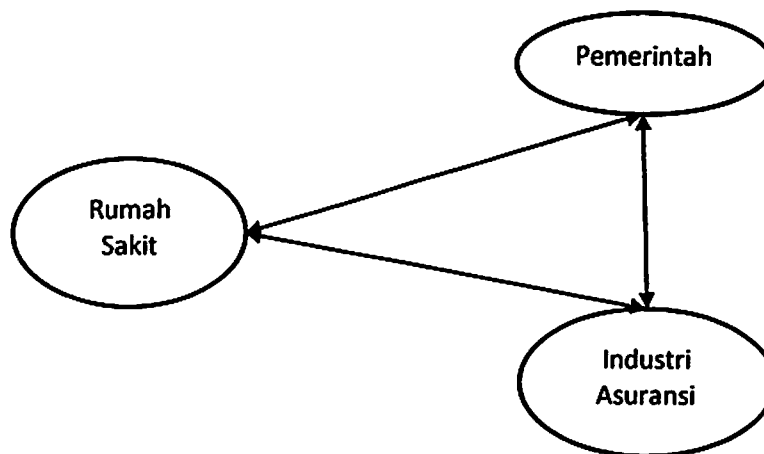
### 4.3. Model Penelitian

Pola hubungan antar pemain dalam industri kesehatan yang akan diteliti digambarkan pada gambar 4.1. Beberapa pemain utama tersebut meliputi: (1) penyedia layanan kesehatan (rumah sakit, laboratorium, apotek), (2) dokter dan pelayan medis lainnya, (3) perusahaan farmasi, (4) pemasok sarana dan prasarana kesehatan, (5) asuransi (milik pemerintah dan

swasta), dan (6) pemerintah sebagai regulator berhubungan satu sama lain dengan pola hubungan yang unik.

Pola hubungan unik tersebut dijelaskan melalui teori keagenan yang pada akhirnya memunculkan perlunya *good governance*, yaitu tata kelola yang baik dan mampu mengatur pola hubungan berdasar prinsip *fairness*, *accountability*, *responsibility*, *transparency*, dan *independence*. Pola hubungan tersebut juga diteliti dengan perspektif pemicu biaya strategis, yaitu pemicu biaya struktural maupun pemicu biaya eksekusional.

**Gambar 4.1**  
**Tata Hubungan Pemain Industri Kesehatan**



#### 4.4. Teknik Analisis

Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini mencakup analisis data model interaktif yang terdiri dari pengkodean data (*data coding*), reduksi data, penyajian data, analisis data, dan penarikan kesimpulan/ verifikasi sebagai suatu proses yang saling terjalin satu dengan lainnya, seperti dikemukakan oleh Miles dan Huberman (1992) dan Neumann (2006). Hasil penelitian diharapkan dapat menghasilkan sebuah proposisi dan atau hasil final sebagai rekomendasi kepada para pemain, terutama pemerintah yang bertindak sebagai regulator dalam mengelola jasa kesehatan di Indonesia.

#### **4.5. Pengumpulan Data**

Data dikumpulkan melalui 2 (dua) sumber utama, yaitu:

(1) Informan

Data yang diperlukan untuk penelitian diperoleh dari informan yang terdiri dari manajemen rumah sakit, manajemen perusahaan asuransi kesehatan swasta dan BPJS, pejabat pemerintah bidang kesehatan. *In-depth interview* dilakukan dengan informan yang memiliki pengalaman lebih dari 5 tahun di bidangnya sehingga dipertimbangkan memiliki pengetahuan cukup dalam memberikan informasi tentang isu-isu utama penelitian ini.

(2) Dokumentasi (*archival data*)

Data penelitian juga diperoleh dari dokumen-dokumen yang berasal dari media cetak maupun berbagai situs *world-wide web*. Data tersebut dianalisis dan disarikan untuk menjawab isu-isu utama penelitian sekaligus sebagai pendukung data yang diperoleh dari informan.

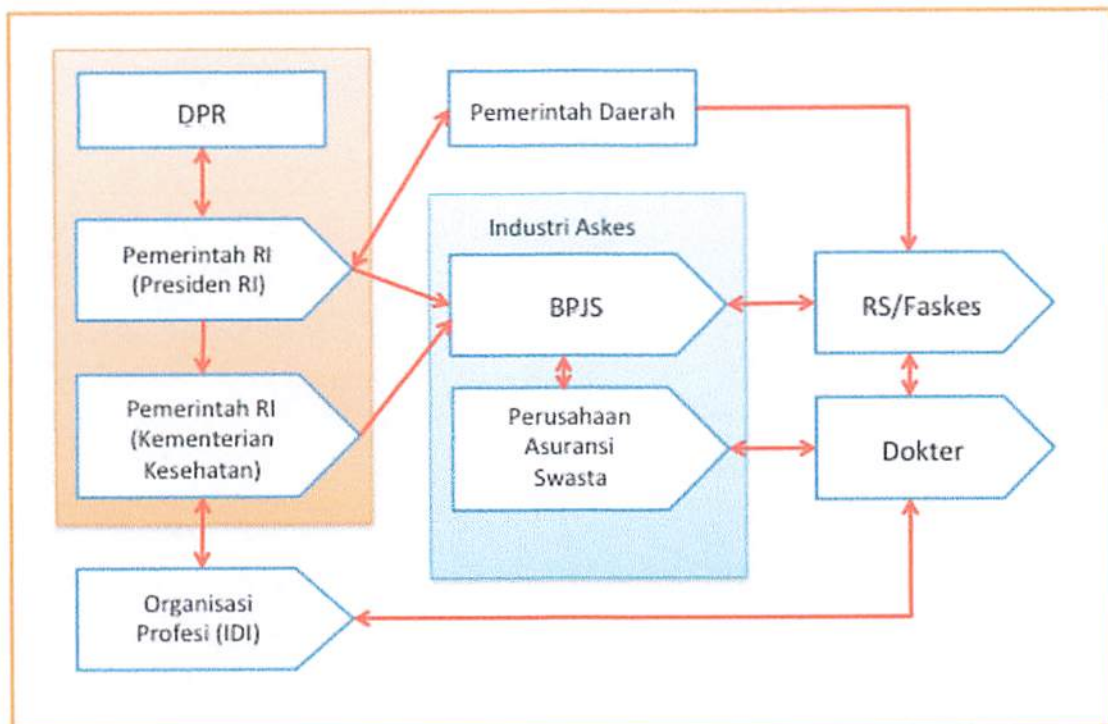
## BAB 5

### HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

#### 5.1. Rantai Nilai (*Value Chain*) Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan (Rumah Sakit) dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah

Rantai nilai hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah dapat digambarkan pada Gambar 5.1 berikut ;

Gambar 5.1.  
Rantai Nilai Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan & Pemerintah



Sumber : Data Diolah

Untuk menjawab pertanyaan RQ 1, setiap pihak yang terlibat dalam rantai nilai mempunyai hubungan dan peran masing-masing.

Pemerintah dalam hal ini Presiden memberikan kewenangan kepada BPJS baik Kesehatan dan Ketenagakerjaan sebagai pengelola dana dan penyelenggara program JKN karena memiliki pengetahuan, pengalaman, data dan informasi. Data dan informasi tersebut digunakan sebagai sumber perumusan kebijakan dan peraturan terkait JKN yang menjadi tugas Kementerian Kesehatan sebagai regulator. Regulasi

dan kebijakan terkait JKN akan diawasi dikontrol dan diawasi oleh DPR khususnya Komisi IX dari sisi anggaran nasional maupun layanan publiknya.

Pelaksanaan program JKN agar dapat berlangsung dengan baik memerlukan kerjasama dengan rumah sakit dan dokter, dalam hal ini rumah sakit berperan sebagai operator, harapan kedepan kepuasan peserta makin meningkat dan meminimalisir fraud.

Disamping itu untuk mensukseskan penyelenggaraan JKN diperlukan dukungan dari pemerintah daerah berupa validitas data kependudukan untuk pengalokasian anggaran daerah untuk JKN, serta penyediaan sarana, prasarana dan SDM kesehatan. Sehingga target untuk memenuhi Universal Health Coverage pada tahun 2019 dapat terpenuhi dengan adanya peran dan fungsi dari masing-masing pihak.

## **5.2. Pemicu-Pemicu Biaya Strategik (*Strategic Cost Drivers*) Pada Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah.**

Masing-masing rantai nilai memiliki pemicu biaya strategik (*strategic cost driver*), baik secara struktural maupun eksekusional. Berikut akan dibahas masing-masing peran pemain dan kontribusinya atas biaya strategik tersebut.

### **5.2.1. Pola Hubungan Pemerintah dengan Industri Asuransi Kesehatan**

Pada tahun 1992 Pemerintah bersama Dewan Perwakilan Rakyat telah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 dan UU no. 40 tahun 2014, tentang usaha perasuransian. Menyusul terbitnya Undang-Undang yang mengatur tentang usaha perasuransian, terbit pula berbagai peraturan pelaksanaan dari berbagai lembaga terkait, seperti Departemen Keuangan Republik Indonesia, dan sebagainya.

Asuransi menghimpun dana masyarakat dari premi para peserta atau para pemegang polis. Dana yang terakumulasi dari masyarakat ini ditempatkan di lembaga-lembaga pengelola dana yang tentunya akan memberikan stimulasi bagi lembaga usaha lainnya untuk melaksanakan kegiatannya. Dana yang terhimpun dari

pembayaran premi ini, dalam jangka panjang akan membentuk cadangan simpanan yang sangat bermanfaat bagi penunjang kegiatan dunia usaha dan dunia industri.

Asuransi dapat digunakan sebagai indikator kemakmuran suatu negara. Indikator tersebut dapat dilihat melalui jumlah pemegang polis maupun jumlah dana yang berhasil dikumpulkan dari masyarakat melalui pembayaran premi asuransi. Di negara-negara yang sudah maju, bahkan industri jasa asuransi justru sebagai pemilik lembaga perbankan dan perusahaan jasa penerbangan. Dengan demikian dapat diindikasikan bahwa kemajuan bidang jasa asuransi akan mendorong terciptanya industri lainnya.

Industri asuransi yang tumbuh dan berkembang akan memberikan manfaat yang besar baik bagi pemerintah maupun bagi masyarakat. Bagi Pemerintah, tumbuh dan berkembangnya industri asuransi membantu mengurangi tingkat pengangguran, penyerapan dana masyarakat yang berkelanjutan dan sebagai kontributor penyeter pajak. Di sisi lain bagi masyarakat, apabila industri asuransi maju akan membuka peluang kerja yang sangat besar. Tenaga kerja yang terserap bukan hanya yang terkait langsung dengan perusahaan asuransi, akan tetapi juga tenaga kerja yang terserap pada sektor usaha pendukung dan usaha penunjang lainnya. Dengan kata lain tumbuh dan berkembangnya industri asuransi akan memberikan manfaat yang luas bagi negara.

Pelayanan kesehatan masyarakat merupakan salah satu realisasi kebijakan Pemerintah di bidang kesejahteraan masyarakat. Kebijakan Pemerintah dalam bidang pelayanan kesehatan dituangkan melalui Asuransi Kesehatan/Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kemudian hal ini dituangkan dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, dimana BPJS ditunjuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia.

Menurut Arief Suryono (2008) ; “Asuransi kesehatan (Askes) merupakan asuransi yang obyeknya jiwa. Tujuan asuransi kesehatan adalah memeralihkan risiko biaya sakit dari tertanggung kepada penanggung. Sehingga kewajiban penanggung adalah memberikan biaya atau pelayanan perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit”.

Sedangkan menurut Sulastomo (2000), “Sistem asuransi kesehatan bertujuan untuk melindungi masyarakat dari kesulitan (ekonomi) dalam pembiayaan pelayanan kesehatan”.

Hal inipun juga diungkapkan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) yaitu ; “Kita adalah badan yang dirangsi pemerintah yang mengacu pada undang-undang SJS (Sistem Jaminan Sosial). Ada 2: BPJS Kesehatan yang mengurus masalah kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan peralihan dari Jamsostek. BPJS adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden, bukan dibawah Kementerian Kesehatan. Kita adalah pengelola dana sementara Kementerian Kesehatan sebagai regulator dan operatornya adalah rumah sakit”.

Ada beberapa kendala yang selama ini dihadapi BPJS Kesehatan dalam hubungannya dengan pemerintah, jika ada kendala akan dilakukan kajian ulang akan regulasi sehingga tidak semakin meluas kendalanya. Hal ini diutarakan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) sebagai berikut ;

“Apabila salah satu regulasi berlaku maka kita mengacu pada regulasi itu. Ketika regulasi tersebut dirasa kurang pas maka akan dibahas di pusat. Yang penting bagaimana regulasi yang tidak pas ini tidak mengurangi standar layanan kesehatan, paling tidak harus ada solusinya sehingga gejala tidak semakin melebar.”

### **5.2.2. Pola Hubungan DPR dan Pemerintah dengan BPJS Kesehatan**

Menurut Wikipedia; Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Sesuai Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba. Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 giliran PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Lembaga ini bertanggung jawab terhadap Presiden. BPJS berkantor pusat di Jakarta, dan bisa memiliki kantor perwakilan di tingkat provinsi serta kantor cabang di tingkat kabupaten kota (sumber : [https://id.wikipedia.org/wiki/Badan\\_Penyelenggara\\_Jaminan\\_Sosial](https://id.wikipedia.org/wiki/Badan_Penyelenggara_Jaminan_Sosial)).

Implementasi Program JKN-KIS, sudah memasuki tahun ke-5 di tahun 2018 dan tepat 31 Desember 2017 jumlah peserta JKN-KIS sudah mencapai 187.982.949, artinya jumlah masyarakat yang telah mengikuti Program JKN-KIS hampir mencapai 72,9% dari jumlah penduduk Indonesia. Diharapkan bila diselaraskan dengan arah



kebijakan dan strategi nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2019, cakupan kepesertaan minimal mencakup 95% pada tahun 2019. Namun bukan hanya dari aspek cakupan kepesertaan saja, saat ini masalah-masalah yang dihadapi BPJS Kesehatan meliputi pelayanan di rumah sakit, dan biaya operasional.

Berdasarkan hal tersebut keberlangsungan program ini menjadi tantangan dan diharapkan beberapa lembaga negara yang diinstruksikan oleh Presiden dalam Inpres mampu saling menguatkan koordinasi dan mampu berperan sesuai dengan kewenangannya. Oleh karena itu Presiden Joko Widodo menerbitkan Instruksi Presiden Nomor 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dimana memerintahkan 11 lembaga negara untuk mengambil langkah sesuai kewenangannya dalam rangka menjamin keberlangsungan dan peningkatan kualitas Program JKN-KIS. 11 pimpinan lembaga negara itu terdiri dari Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (PMK), Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri, Menteri Sosial, Menteri BUMN, Menteri Ketenagakerjaan, Menteri Komunikasi dan Informatika, Jaksa Agung, Direksi BPJS Kesehatan, Gubernur, Bupati dan Walikota. Instruksi tersebut tentu saja harus diimplementasikan oleh semua pihak yang berkepentingan termasuk oleh BPJS Kesehatan. Ditambah peran dari berbagai pemangku kepentingan seperti fasilitas kesehatan, organisasi profesi, asosiasi terkait, media massa, serta masyarakat untuk memberi masukan konstruktif dan mendukung implementasi Program JKN-KIS.

Dalam 5 tahun terlaksananya kinerja BPJS, badan tersebut tidak luput dari berbagai macam permasalahan. Diantaranya berasal dari dalam diri BPJS sendiri yaitu badan ini selalu mengalami defisit sejak tahun 2014 (Utama, 2017), bahkan di tahun 2017, defisit tersebut sudah mencapai 9,75 triliun rupiah (Aldin, Lampau Prediksi, Defisit BPJS Kesehatan 2017 Capai Rp 9,75 Triliun, 2018). Disebutkan oleh berbagai sumber, penyebab dari terjadinya defisit yang tinggi ini diantaranya adanya potensi kecurangan (fraud) oleh penyedia layanan medis (Utama, 2017; Selviany, 2018), kurangnya kedisiplinan peserta dalam pembayaran iuran bulanan (Hukum Online, 2015), jumlah peserta yang masih rendah (Aldin, Perusahaan Peserta BPJS Ketenagakerjaan Sangat Minim, 2018), sampai besarnya biaya pengobatan bagi peserta penderita penyakit katastropik yang memakan hampir 20% total anggaran BPJS (Daulay, 2017). Dalam mengatasi permasalahan ini, pihak BPJS mencanangkan

beberapa opsi yaitu penyuntikan dana tambahan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), pemanfaatan pajak rokok, anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) khusus untuk JKN (Deny, 2017), dan Cost Sharing bagi peserta JKN yang mampu atau mandiri (Kompas, 2017).

Hubungan BPJS dengan DPR khususnya Komisi IX terkait anggaran nasional dan layanan publik, saat ini tercipta hubungan yang harmonis. Jika ada kendala di lapangan Komisi IX juga melakukan pengendalian dan pengawasan. Hal ini diutarakan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) yaitu ;

“Iya memang komisi IX melakukan kontroling dan pengawasan. Tugasnya adalah mensosialisasikan dan memperkuat program jaminannya. Jadi akan ada evaluasi yang dikoordinasikan dengan dewan pengawas dan disampaikan ke pihak direksi.”

### **5.2.3. Pola Hubungan Kementerian Kesehatan dengan BPJS Kesehatan**

Selaku lembaga profesional di bidang jaminan sosial, BPJS memiliki pengetahuan, pengalaman dan data serta informasi yang sangat diperlukan dalam perumusan kebijakan dan peraturan perundangan di bidang jaminan sosial, bahkan di bidang-bidang lain yang terkait misalnya ketenagakerjaan, pelayanan kesehatan, penanggulangan kecelakaan kerja. Sebaliknya, BPJS memerlukan dukungan kebijakan dan regulasi yang dirumuskan atau dibentuk oleh Kementerian terkait guna menjaga keamanan dan keberlangsungan penyelenggaraan program jaminan sosial.

Oleh karenanya, tercipta hubungan fungsional antara BPJS dengan berbagai Kementerian terkait, antara lain yang membidangi urusan penyelenggaraan jaminan sosial, ketenagakerjaan, kesehatan, sosial, dan lainnya.

BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan membangun sistem kesehatan nasional, integrasi pelayanan kesehatan perorangan dengan pelayanan kesehatan masyarakat, pembangunan mutu pelayanan kesehatan, pembangunan sumber daya manusia kesehatan, penyediaan dan pemerataan fasilitas kesehatan dan perbekalan kesehatan, pengendalian harga pelayanan kesehatan, harga obat dan harga alat kesehatan, penanggulangan bencana, penanggulangan penyakit menular , dll.

Seperti yang dikemukakan diatas bahwa dalam pelaksanaannya program JKN – KIS dalam 5 tahun terakhir ini terdapat beberapa kendala sehingga Presiden menerbitkan Inpres pada 11 lembaga negara diantaranya Kementerian Kesehatan.

Pada Inpres tersebut Presiden menginstruksikan pada Menteri Kesehatan untuk mengevaluasi, mengkaji dan menyempurnakan regulasi terkait pelayanan kesehatan program JKN. Juga menyempurnakan tarif pelayanan kesehatan sesuai prinsip kendali mutu dan biaya; menyempurnakan program rujuk balik dan menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan bagi peserta JKN; mengkaji dan menyempurnakan sistem pembiayaan penyakit katastropik; dan menjamin ketersediaan sarana dan prasarana serta SDM pada fasilitas kesehatan (faskes) bersama pemerintah daerah (Pemda), Polri dan TNI serta swasta.

Kementerian Kesehatan berperan sebagai regulator sedangkan BPJS Kesehatan sebagai pengelola dana. BPJS Kesehatan berfokus pada bagaimana agar kepuasan peserta dari tahun ke tahun semakin meningkat. Sebagai regulator Kementerian Kesehatan melakukan evaluasi atas kinerja operator (rumah sakit, dll) sehingga tujuan untuk memberikan kepuasan peserta dapat tercapai dengan adanya sinergi antar lembaga.

#### **5.2.4. Pola Hubungan Pemerintah Daerah dengan BPJS Kesehatan**

Pembangunan sistem jaminan sosial nasional termasuk salah satu urusan yang didesentralisasikan kepada Pemerintah Daerah (Pasal 22 huruf h UU No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah). Hubungan BPJS dengan Pemerintah Daerah terjalin antara lain dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan program jaminan sosial di era desentralisasi dan otonomi daerah, integrasi data PNS Daerah dengan data Kepesertaan Jaminan Sosial, penyelenggaraan sistem kesehatan daerah.

Seperti yang dikemukakan diatas bahwa dalam pelaksanaannya program JKN – KIS dalam 5 tahun terakhir ini terdapat beberapa kendala sehingga Presiden menerbitkan Inpres pada 11 lembaga negara diantaranya Pemerintah Daerah. Pada Inpres tersebut Presiden menginstruksikan pada Pemerintah Daerah (Gubernur, Bupati dan Walikota) untuk meningkatkan pembinaan dan pengawasan kepada Bupati dan Walikota dalam melaksanakan JKN; mengalokasikan anggaran untuk pelaksanaan JKN; memastikan Bupati dan Walikota mengalokasikan anggaran serupa, dan mendaftarkan seluruh penduduknya sebagai peserta JKN; menyediakan sarana dan prasarana, serta SDM kesehatan di wilayahnya; memastikan BUMD mendaftarkan pengurus dan pekerja serta anggota keluarganya dalam program JKN sekaligus pembayaran iurannya. Selain itu Gubernur diinstruksikan untuk

memberikan sanksi administratif berupa tidak mendapatkan pelayanan publik tertentu kepada pemberi kerja yang tidak patuh dalam pendaftaran dan pembayaran iuran JKN.

Program JKN juga melibatkan Pemerintah Daerah untuk bersinergi mencapai *Universal Health Coverage* sekitar 90%, meski saat ini belum maksimal namun diharapkan di tahun 2019 target tersebut tercapai dan tentunya sinerginya bisa berjalan bersama. Hal ini seperti diungkapkan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) yaitu ;

....“Program JKN ini kan tidak hanya melibatkan BPJS dengan Kementerian Kesehatan namun juga pemerintah daerah dan kejaksaan untuk bekerjasama, namun memang belum maksimal sehingga kita terlihat berjalan sendiri, yang seharusnya memang berjalan bersama. Untuk mencapai *Universal Health Coverage* kita sedang berupaya mencapai target kesehatan 2019 yaitu seluruh masyarakat Indonesia sebagai peserta. Untuk mengejar kearah sana, diperlukan koordinasi dengan pemerintah daerah untuk menyisir data-data penduduk mana yang belum terdaftar diantaranya pekerja atau warga yang kurang mampu”.

Kerjasama dengan pemerintah daerah ini diharapkan juga akan memberikan solusi bagi program JKN terkait pendanaan peserta. Pengumpulan data kependudukan yang valid akan memudahkan pemerintah daerah dalam memberikan kuota yang masuk anggaran pemerintah daerah. Hal ini seperti dikutip dari hasil wawancara dengan bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) ;

...“jadi kalau sudah ditemukan data yang valid, pemerintah daerah akan memberikan kuota yang masuk dalam anggaran pemerintah. Misalkan wilayah Mojokerto yang sudah masuk APBN berapa (misal 1 juta dari anggaran 5 juta) kemudian pekerja (1 juta), apabila anggaran tidak cukup maka kuotanya hanya sebagian”.

Disamping itu diharapkan dengan adanya database yang valid tersebut akan mengurangi jumlah fraud yang terjadi.

### 5.2.5. Pola Hubungan BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit

Sebagaimana dalam Pasal 36 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2003 tentang Jaminan Kesehatan “Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan”. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan. Pelaksanaan pelayanan BPJS Kesehatan menggunakan sistem rujukan

berjenjang, peserta diharuskan melalui fasilitas kesehatan tingkat pertama. Setiap peserta BPJS Kesehatan tidak boleh langsung berobat ke rumah sakit kecuali dalam keadaan gawat darurat medis. Sehingga rumah sakit kini melayani kesehatan masyarakat terbatas pada rujukan tingkat lanjutan setelah fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Selama perjalanan pelaksanaan program JKN tersebut banyak kendala yang ditemukan antara BPJS Kesehatan dengan pihak Rumah Sakit. Beberapa kendala yang dihadapi Rumah Sakit menurut Nida Amalia Hasanah (2017;12) yaitu (1) Peraturan yang dinamis dan berlaku surut; (2) Pelayanan kesehatan melalui sistem rujukan bertingkat belum berjalan dengan baik; (3) Sistem pelayanan kesehatan rujukan tidak sesuai dengan kondisi FKTP yang tidak siap sedia sewaktu-waktu; (4) Pencairan klaim dari BPJS Kesehatan tidak tepat waktu; (5) Sistem tarif INA CBG's dirasa berat untuk rumah sakit swasta.

Sedangkan kendala pihak BPJS Kesehatan menurut Nida Amalia Hasanah (2017;12) antara lain: (1) Perbedaan persepsi koding antara kode rumah sakit dengan BPJS Kesehatan; (2) Rendahnya kesadaran rumah sakit dan peserta memahami peraturan JKN; (3) Perbedaan penafsiran mengenai peraturan yang berlaku; (4) Petugas bagian entry data di rumah sakit belum memahami sistem klaim menggunakan INA CBG's.

Untuk mengatasi kendala-kendala tersebut diatas menurut Nida Amalia Hasanah (2017;12) pihak BPJS Kesehatan telah mengupayakan beberapa hal yaitu; (1) rumah sakit dapat mengajukan keberatan ke Kemenkes terkait permasalahan peraturan dinamis dan berlaku surut serta keberatan dengan sistem tarif INA CBG's khususnya untuk rumah sakit swasta; (2) menunda pengobatan ke rumah sakit hingga puskesmas buka bagi pasien bukan kegawatan; (3) BPJS Kesehatan menyediakan ruangan khusus bernama ruang edukasi ditujukan ke peserta jadi sambil menunggu antrian bisa masuk ke ruangan edukasi; (4) pencairan klaim bermasalah maka petugas verifikator BPJS kesehatan berdiskusi dengan tim verifikator rumah sakit.

Selain itu untuk mengatasi kendala-kendala terkait hubungannya dengan rumah sakit, BPJS Kesehatan akan melakukan komunikasi secara intensif dengan PERSI. Adanya komunikasi yang intensif tersebut diharapkan dapat meminimalisir fraud serta

meningkatkan kepuasan peserta, serta tercipta sinergi bersama untuk mensukseskan program nasional JKN.

### 5.2.6. Pola Hubungan BPJS Kesehatan dengan Dokter

Empat tahun sudah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diberlakukan. Tapi, sebagian peserta masih belum menikmati fasilitas kesehatan yang prima. Di beberapa tempat, jumlah peserta jauh melebihi dokter yang tersedia. Bahkan, belum semua fasilitas kesehatan tingkat pertama (FTKP) memiliki dokter umum.

Direktur Pelayanan BPJS Dr Maya A Rusady, M.Kes, AAK, pada rakernas 1 Maret 2017 (<http://validnews.co/>). Secara nasional, rasio jumlah dokter dan peserta JKN sebesar 1 : 4.746. Terlihat telah memenuhi rasio ideal 1 : 5.000, namun penyebaran dokter memang belum merata. Pada beberapa FTKP, rasionya bisa lebih dari ideal, namun pada FTKP lain, rasionya bisa sangat tak ideal.

Untuk menangani rasio yang tak sesuai dengan rasio ideal, BPJS bakal menerapkan pemerataan peserta secara bertahap. Peserta pada puskesmas dengan jumlah peserta tinggi akan dipindahkan ke puskesmas lainnya.

Disamping ada beberapa survei yang dilakukan oleh salah satu media daring ([www.dokterpost](http://www.dokterpost)) terhadap tenaga medis (dokter umum, dokter spesialis dan tenaga kesehatan lainnya). Diketahui bahwa dari rentang 1-10, angka rata-rata yang diberikan responden adalah 2,5. Hanya satu responden yang memberikan nilai 10 (Puas). Mayoritas responden, 38 responden, memberi nilai 1 (Tidak Puas). Angka tersebut, meskipun tidak dapat digeneralisir mewakili seluruh aspirasi dokter Indonesia, dapat menggambarkan persepsi yang terbentuk di kalangan dokter dan tenaga kesehatan bahwa BPJS harus meningkatkan performa sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan. Adapun keluhan yang disampaikan responden terkait performa BPJS selama hampir empat tahun ini adalah terkait ; (1) Tarif INA-CBGs, (2) Sosialisasi Program dan (3) Penurunan Kualitas Obat.

Menurut Hilmi Sulaiman Rathomi (<http://www.pikiran-rakyat.com/>) terdapat 3 peran kunci bagi para dokter di era BPJS. Pertama sebagai manajer di BPJS apapun jabatannya, kedua sebagai verifikator BPJS, dan ketiga sebagai penyedia layanan kesehatan. Kesuksesan program JKN di Indonesia membutuhkan kerjasama dari seluruh elemen masyarakat, termasuk institusi pendidikan kedokteran, diharapkan

berperan dalam keberhasilan pelaksanaan JKN. Indikator kesuksesan program ini tentu bukan hanya seluruh penduduk telah menjadi peserta BPJS, namun juga terjaminnya mutu layanan kesehatan bagi masyarakat, meningkatnya kesejahteraan dokter dan tenaga kesehatan selaku penyedia layanan, dan sehatnya tata kelola BPJS sebagai penyelenggara program. Keberadaan dokter-dokter yang mampu menjadi penyedia layanan kesehatan yang kompeten, sekaligus pengelola BPJS yang profesional adalah elemen kunci perbaikan situasi di masa mendatang. Dan hal ini merupakan pekerjaan rumah fakultas kedokteran selaku penghasil sumber daya dokter Indonesia.

Untuk menyelesaikan kendala-kendala terkait hubungannya dengan dokter, BPJS Kesehatan akan melakukan komunikasi secara intensif dengan IDI. Adanya komunikasi yang intensif tersebut diharapkan dapat meminimalisir fraud serta meningkatkan kepuasan peserta, serta tercipta sinergi bersama untuk mensukseskan program nasional JKN.

Berkaitan dengan tarif INA CBGs di lapangan masih ditemukan banyaknya kendala karena ketidaksamaan penentuan tarif dokter diantaranya. BPJS Kesehatan akan mengupayakan dengan memaksimalkan fungsi verifikator untuk melakukan bridging antar berbagai bagian yang ada di rumah sakit. Sehingga informasi tarif dapat dikomunikasikan secara efektif ke berbagai pihak. Hal ini dikemukakan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) ;

....” jika ada perbedaan tarif maka itu fungsi dari verifikator kita. Ini kan tidak masuk akal. Misalkan saja kasus bedah ringan tadi, kita sebenarnya tidak membayar sebesar itu, yang benar adalah sekian namun itulah yang menjadi bahan protes dari dokter. Artinya kalau kita penuh maka biaya akan melonjak. Kadang-kadang ada sebagian masyarakat yang tidak bisa menyelesaikan pembayaran itu juga menjadi masalah bagi kita tidak bisa segera membayarkan, namun apabila kita percepat dengan *bridging* juga menjadi masalah. Kita tetap berusaha membayar tepat waktu dan claim rumah sakit juga sesuai dengan verifikasi, disetujui, dan tepat waktu.”

Wacana *cost sharing* sebagai salah upaya untuk menekan defisit, sebenarnya belum mempunyai pengaruh yang cukup signifikan untuk menekan defisit BPJS Kesehatan. Hal ini dikemukakan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) yaitu ;

“...Sebenarnya kalau dibuat rata-rata maka *cost sharing* ya segitu-gitu saja. Yang mengurangi defisit adalah kalau kita mengurangi Fraud. Defisit kalau menurut saya sudah jelas, asumsinya seluruh penduduk terdaftar dibuat rata-rata kelas 3, katakanlah dari semua itu terkumpul 5M namun yang dikeluarkan biaya 7M, yang 2 M ini kan

defisit. Keinginan Bu Sri Mulyani adalah bagaimana cara defisit 2M ini tidak bertambah lebar, karena 2M ini biarkan menjadi beban pemerintah. Apabila defisit ini melebar maka mau tidak mau akan ada kebijakan kembali dari Presiden sehingga menjadi beban. Disamping itu kolektivitas harus tetap lancar dan penambahan peserta baru harus selalu ada.”

Disamping wacana cost sharing, juga ada wacana dari BPJS Kesehatan untuk mengurangi layanan, sebenarnya tidak mengurangi layanan namun mengembalikan layanan pada yang seharusnya yaitu memaksimalkan layanan. Hal ini juga diungkapkan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) sebagai berikut ;

“...Jadi sebenarnya kita tidak mengurangi layanan, kita hanya mengembalikan layanan ke yang seharusnya yaitu memaksimalkan layanan. Misalnya untuk penyakit katarak harusnya Rp 500.000 tapi klaimnya Rp 1 juta, padahal dengan Rp 500.000 sebenarnya sudah sembuh. Kita mengoptimalkan pemanfaatan biaya.”

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tentang pemicu-pemicu biaya strategik (*strategic cost drivers*) pada hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah. Berdasarkan hasil penelitian pada tahap I diketahui bahwa pemicu tingginya biaya kesehatan untuk penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) adalah tingginya harga obat, mahalny biaya jasa medis dokter, serta biaya sarana dan prasarana rumah sakit.

Sedangkan pemicu-pemicu biaya strategik (*strategic cost driver*) dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu jumlah peserta JKN yang masih dibawah target *Universal Health Coverage* yaitu seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta JKN pada tahun 2019. Kemudian besarnya biaya pengobatan bagi peserta penderita penyakit katastrofik yang memakan hampir 20% total anggaran BPJS.

Pemicu-pemicu biaya strategik (*strategic cost driver*) dari sisi pemerintah adalah tingginya biaya birokrasi. Program JKN merupakan program nasional yang melibatkan seluruh rakyat Indonesia, sehingga banyak pihak yang terlibat dalam keberlangsungan program ini.

### **5.3. Pemicu-pemicu Timbulnya Biaya Kesehatan (Root Cause) pada Rantai Nilai Hubungan Antara Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah**



Berdasarkan bahasan pada tahap I penelitian ini bahwa tingginya biaya kesehatan di Indonesia disebabkan oleh beberapa hal yaitu harga obat, biaya jasa medis serta inefisiensinya biaya rumah sakit. Akibat dari tingginya biaya kesehatan tersebut berdampak pada tingginya biaya asuransi.

Data Otoritas Jasa Keuangan (OJK) menyebut pada 2016, sekitar 11,8 persen masyarakat Indonesia menggunakan asuransi swasta. Itu berarti sisanya 88,2 persen belum memiliki proteksi dari asuransi. Sementara sekitar 70 persen masyarakat Indonesia telah memiliki BPJS Kesehatan. Terlihat selisihnya yang lumayan besar antara asuransi swasta dan BPJS Kesehatan.

BPJS begitu diminati ketimbang asuransi swasta, karena premi yang dibayarkan lebih murah daripada premi asuransi swasta. Namun BPJS punya kelemahan khususnya dalam hal layanan.

Ada beberapa perbedaan antara asuransi swasta dan BPJS. Dari sisi premi, jelas BPJS lebih murah. Dari sisi manfaat, cukup bayar iuran BPJS sesuai kelas maka peserta berhak atas manfaat yang diberikan secara lengkap. Berbeda dengan asuransi swasta, makin besar premi yang dibayarkan makin lengkap manfaat yang diberikan.

Sementara dari sisi plafon, BPJS memang tidak memberlakukan limit seperti asuransi. Dari sisi alur proses, peserta BPJS harus ke Puskesmas (Faskes I) terlebih dahulu. Berbeda dengan asuransi di mana peserta asuransi dapat langsung ke rumah sakit (Faskes II). Dari sisi kemitraan dengan rumah sakit, asuransi swasta memiliki mitra rumah sakit lebih banyak dibandingkan BPJS. Dari sisi penggunaan di luar negeri, asuransi lebih memungkinkan daripada BPJS (kecuali BPJS khusus TKI).

Asuransi swasta menggunakan skema *indemnity* dalam pembayaran klaim. *Indemnity* adalah skema pemberian jaminan kesehatan sesuai plafon yang diterima peserta. Dengan skema *indemnity*, peserta asuransi mendapat hak untuk memilih dokter, berhak menemui secara langsung dokter umum, spesialis, ataupun laboratorium tanpa harus surat rekomendasi. Juga mendapat akses atas seluruh obat di rumah sakit.

Perusahaan asuransi swasta juga sudah memperhitungkan setiap risiko dari nasabah dengan membuat statistik risiko. Sementara untuk mendapat untung, perusahaan asuransi swasta menempatkan akumulasi premi ke instrumen investasi.

Murah atau mahal nya asuransi kesehatan tergantung sejumlah faktor. Baik faktor dari sisi calon peserta maupun dari sisi perusahaan asuransi memengaruhi perhitungan premi asuransi yang wajib dibayar peserta asuransi.

#### Faktor dari Sisi Calon Peserta

1. Besaran tanggungan; makin besar tanggungan perusahaan asuransi, makin besar premi yang dibayarkan.
2. Usia; makin tua usia peserta, makin besar premi yang mesti dibayar.
3. Jenis kelamin; adanya perbedaan berdasarkan jenis kelamin memang terkesan diskriminatif. Namun, ukuran ini tetap dipakai beberapa perusahaan asuransi di Indonesia. Sebab ada teori yang menyatakan usia wanita lebih panjang daripada pria. Karena itu, premi yang dibayarkan wanita lebih murah ketimbang pria.
4. Masa asuransi; makin lama jangka waktu asuransi yang diambil, makin besar risiko yang ditanggung perusahaan asuransi.
5. Tinggi dan berat badan; ada risiko tersembunyi di balik tinggi dan berat badan seseorang. Makin tinggi dan makin berat badan seseorang makin rentan terhadap penyakit. Jangan heran bila peserta asuransi dengan tinggi dan berat badan berlebih akan diminta membayarkan premi lebih mahal.
6. Pekerjaan; bermacam-macam pekerjaan, bermacam-macam pula risikonya. Pekerjaan yang berisiko besar membuat premi yang dibayarkan peserta asuransi makin besar. Sebagai gambaran, pekerjaan di luar ruangan berisiko lebih tinggi ketimbang di dalam ruangan.
7. Gaya hidup; bertambah modernnya hidup masyarakat, khususnya masyarakat urban, berdampak pada gaya hidup masyarakatnya. Merokok, minum alkohol, ataupun melakukan hobi berisiko tinggi jadi faktor besarnya premi yang dibayar peserta asuransi.
8. Kondisi kesehatan; sebelum diputuskan berapa premi yang dibayar, peserta asuransi harus menjalani pemeriksaan kesehatan (medical check up). Premi yang dibayarkan akan mahal bila kondisi kesehatan peserta tidak baik atau buruk.

### Faktor dari Sisi Perusahaan Asuransi

1. Return investasi; beruntunglah jika perusahaan asuransi yang dipilih baik dalam pengelolaan akumulasi premi, terutama dalam penempatan di instrumen investasi. Return investasi yang besar membuat premi yang dibayarkan jadi lebih murah.
2. Biaya-biaya yang dihitung; biaya semisal pajak dan biaya-biaya lain juga memengaruhi besaran premi. Makin banyak biaya tersebut, makin besar premi yang dibayar.
3. Manfaat yang diberikan; beragamnya manfaatnya yang diberikan satu produk asuransi membuat premi yang dibayarkan lebih mahal.

Sinergi antara asuransi swasta dengan BPJS Kesehatan dalam bentuk koordinasi manfaat (COB – *Coordination of Benefit*) dimana BPJS Kesehatan menjadi penanggung jawab pertama sedang asuransi swasta menjadi penanggung jawab kedua. Apabila terkena risiko sakit maka yang digunakan dulu adalah plafon di BPJS Kesehatan kemudian jika ada kekurangan maka asuransi swasta yang akan menutup sisa pertanggungannya.

Untuk menjawab pertanyaan penelitian pemicu-pemicu timbulnya biaya kesehatan (*root cause*) pada rantai nilai hubungan antara penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah. Berdasarkan hasil penelitian pada tahap I diketahui penyebab tingginya harga obat yaitu tingginya nilai impor bahan baku obat generik, tidak tersedianya industri kimia dasar di dalam negeri, skala industri kecil karena volume pasar yang kecil, ada dugaan praktek kartel impor bahan baku obat dari Cina dan India, serta ketimpangan dalam jalur distribusi obat dimana jumlah pabrik obat lebih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah distributor. Kemudian penyebab mahalnya biaya jasa medis dokter adalah dokter memegang kendali penuh atas keputusan persepsan, penentuan alat medis dan tindakan medis. Serta adanya ketidakjelasan dalam besarnya tarif jasa medis dokter.

Sedangkan pemicu-pemicu timbulnya (*root cause*) tingginya biaya kesehatan dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu diantaranya adanya potensi kecurangan (*fraud*) oleh penyedia layanan medis, serta kurangnya kedisiplinan peserta dalam pembayaran iuran bulanan khususnya peserta mandiri.

Pemicu-pemicu timbulnya (*root cause*) tingginya biaya kesehatan dari sisi pemerintah adalah birokrasi yang panjang karena melibatkan banyak pihak dalam penyelenggaraan program nasional.

## BAB 6

## KESIMPULAN DAN SARAN

**6.1. Kesimpulan**

Kesimpulan yang dapat diperoleh dari hasil penelitian dan pembahasan dari bab sebelumnya adalah sebagai berikut :

- 1) Industri asuransi yang tumbuh dan berkembang akan memberikan manfaat yang besar baik bagi pemerintah maupun bagi masyarakat. Bagi Pemerintah, tumbuh dan berkembangnya industri asuransi membantu mengurangi tingkat pengangguran, penyerapan dana masyarakat yang berkelanjutan dan sebagai kontributor penyeter pajak. Di sisi lain bagi masyarakat, apabila industri asuransi maju akan membuka peluang kerja yang sangat besar. Tenaga kerja yang terserap bukan hanya yang terkait langsung dengan perusahaan asuransi, akan tetapi juga tenaga kerja yang terserap pada sektor usaha pendukung dan usaha penunjang lainnya.
- 2) Pelayanan kesehatan masyarakat merupakan salah satu realisasi kebijakan Pemerintah di bidang kesejahteraan masyarakat. Kebijakan Pemerintah dalam bidang pelayanan kesehatan dituangkan melalui Asuransi Kesehatan/Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kemudian hal ini dituangkan dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, dimana BPJS ditunjuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia.
- 3) Implementasi Program JKN-KIS, sudah memasuki tahun ke-5 di tahun 2018 dan tepat 31 Desember 2017 jumlah peserta JKN-KIS sudah mencapai 187.982.949, artinya jumlah masyarakat yang telah mengikuti Program JKN-KIS hampir mencapai 72,9% dari jumlah penduduk Indonesia. Diharapkan bila diselaraskan dengan arah kebijakan dan strategi nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional

(RPJMN) Tahun 2019, cakupan kepesertaan minimal mencakup 95% pada tahun 2019.

- 4) Tercipta hubungan fungsional antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Kesehatan, oleh karena itu BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan membangun sistem kesehatan nasional, integrasi pelayanan kesehatan perorangan dengan pelayanan kesehatan masyarakat, pembangunan mutu pelayanan kesehatan, pembangunan sumber daya manusia kesehatan, penyediaan dan pemerataan fasilitas kesehatan dan perbekalan kesehatan, pengendalian harga pelayanan kesehatan, harga obat dan harga alat kesehatan, penanggulangan bencana, penanggulangan penyakit menular, dll.
- 5) Kementerian Kesehatan berperan sebagai regulator sedangkan BPJS Kesehatan sebagai pengelola dana. BPJS Kesehatan berfokus pada bagaimana agar kepuasan peserta dari tahun ke tahun semakin meningkat. Sebagai regulator Kementerian Kesehatan melakukan evaluasi atas kinerja operator (rumah sakit, dll) sehingga tujuan untuk memberikan kepuasan peserta dapat tercapai dengan adanya sinergi antar lembaga.
- 6) Pembangunan sistem jaminan sosial nasional termasuk salah satu urusan yang didesentralisasikan kepada Pemerintah Daerah (Pasal 22 huruf h UU No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah). Hubungan BPJS dengan Pemerintah Daerah terjalin antara lain dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan program jaminan sosial di era desentralisasi dan otonomi daerah, integrasi data PNS Daerah dengan data Kepesertaan Jaminan Sosial, penyelenggaraan sistem kesehatan daerah.
- 7) Selama perjalanan pelaksanaan program JKN tersebut banyak kendala yang ditemukan antara BPJS Kesehatan dengan pihak Rumah Sakit. Beberapa kendala yang dihadapi Rumah Sakit yaitu (1) Peraturan yang dinamis dan berlaku surut; (2)

- Pelayanan kesehatan melalui sistem rujukan bertingkat belum berjalan dengan baik; (3) Sistem pelayanan kesehatan rujukan tidak sesuai dengan kondisi FKTP yang tidak siap sedia sewaktu-waktu; (4) Pencairan klaim dari BPJS Kesehatan tidak tepat waktu; (5) Sistem tarif INA CBG's dirasa berat untuk rumah sakit swasta.
- 8) Kendala pihak BPJS Kesehatan dengan rumah sakit antara lain: (1) Perbedaan persepsi coding antara kode rumah sakit dengan BPJS Kesehatan; (2) Rendahnya kesadaran rumah sakit dan peserta memahami peraturan JKN; (3) Perbedaan penafsiran mengenai peraturan yang berlaku; (4) Petugas bagian entry data di rumah sakit belum memahami sistem klaim menggunakan INA CBG's.
- 9) Secara nasional, rasio jumlah dokter dan peserta JKN sebesar 1 : 4.746. Terlihat telah memenuhi rasio ideal 1 : 5.000, namun penyebaran dokter memang belum merata. Pada beberapa FTKP, rasionya bisa lebih dari ideal, namun pada FTKP lain, rasionya bisa sangat tak ideal.
- 10) Wacana *cost sharing* sebagai salah upaya untuk menekan defisit, sebenarnya belum mempunyai pengaruh yang cukup signifikan untuk menekan defisit BPJS Kesehatan, namun dengan mengurangi fraud akan mempunyai pengaruh yang signifikan untuk menekan defisit.
- 11) Pemicu-pemicu biaya stratejik (*strategic cost drivers*) pada hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah. Untuk penyedia layanan kesehatan yaitu tingginya harga obat, mahalnya biaya jasa medis dokter, serta biaya sarana dan prasarana rumah sakit.
- 12) Pemicu-pemicu biaya stratejik (*strategic cost driver*) dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu jumlah peserta JKN yang masih dibawah target Universal Health Coverage, kemudian besarnya biaya pengobatan bagi peserta penderita penyakit katastropik.

- 13) Pemicu-pemicu biaya strategik (*strategic cost driver*) dari sisi pemerintah adalah tingginya biaya birokrasi.
- 14) Berdasarkan penelitian tahap I diketahui bahwa penyebab tingginya harga obat yaitu tingginya nilai impor bahan baku obat generik, tidak tersedianya industri kimia dasar di dalam negeri, skala industri kecil karena volume pasar yang kecil, ada dugaan praktek kartel impor bahan baku obat dari Cina dan India, serta ketimpangan dalam jalur distribusi obat dimana jumlah pabrik obat lebih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah distributor. Kemudian penyebab mahal biaya jasa medis dokter adalah dokter memegang kendali penuh atas keputusan persepsan, penentuan alat medis dan tindakan medis. Serta adanya ketidakjelasan dalam besarnya tarif jasa medis dokter.
- 15) Sedangkan pemicu-pemicu timbulnya tingginya biaya kesehatan dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu diantaranya adanya potensi kecurangan (*fraud*) oleh penyedia layanan medis, serta kurangnya kedisiplinan peserta dalam pembayaran iuran bulanan khususnya peserta mandiri.
- 16) Pemicu-pemicu timbulnya tingginya biaya kesehatan dari sisi pemerintah adalah birokrasi yang panjang karena melibatkan banyak pihak dalam penyelenggaraan program nasional.

## 6.2. Saran

Saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian dan pembahasan dari bab sebelumnya adalah sebagai berikut :

- 1) Untuk mengatasi beberapa kendala yang muncul, pihak BPJS Kesehatan telah mengupayakan beberapa hal yaitu; (1) rumah sakit dapat mengajukan keberatan ke Kemenkes terkait permasalahan peraturan dinamis dan berlaku surut serta keberatan dengan sistem tarif INA CBG's khususnya untuk rumah sakit swasta; (2) menunda pengobatan ke rumah sakit hingga puskesmas buka bagi pasien



- bukan kegawatan; (3) BPJS Kesehatan menyediakan ruangan khusus bernama ruang edukasi ditujukan ke peserta jadi sambil menunggu antrian bisa masuk ke ruangan edukasi; (4) pencairan klaim bermasalah maka petugas verifikator BPJS kesehatan berdiskusi dengan tim verifikator rumah sakit.
- 2) Untuk menangani rasio yang tak sesuai dengan rasio ideal, BPJS berencana akan menerapkan pemerataan peserta secara bertahap. Peserta pada puskesmas dengan jumlah peserta tinggi akan dipindahkan ke puskesmas lainnya.
  - 3) Kerjasama dengan pemerintah daerah ini diharapkan juga akan memberikan solusi bagi program JKN terkait pendanaan peserta. Pengumpulan data kependudukan yang valid akan memudahkan pemerintah daerah dalam memberikan kuota yang masuk anggaran pemerintah daerah. Disamping itu dengan data yang valid akan meminimalisir terjadinya fraud.
  - 4) Untuk mengatasi kendala-kendala terkait hubungannya dengan rumah sakit maupun dokter, BPJS Kesehatan akan melakukan komunikasi secara intensif dengan PERSI dan IDI. Adanya komunikasi yang intensif tersebut diharapkan dapat meminimalisir fraud serta meningkatkan kepuasan peserta, serta tercipta sinergi bersama untuk mensukseskan program nasional JKN.
  - 5) Perlunya evaluasi dan pengkajian yang lebih komprehensif untuk menyempurnakan regulasi terkait pelayanan kesehatan program JKN, menyempurnakan tarif pelayanan kesehatan sesuai prinsip kendali mutu dan biaya, menyempurnakan program rujuk balik dan menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan bagi peserta JKN, mengkaji dan menyempurnakan sistem pembiayaan penyakit katastropik, dan menjamin ketersediaan sarana dan prasarana serta SDM pada fasilitas kesehatan (faskes) bersama pemerintah daerah (Pemda), Polri dan TNI serta swasta.

## DAFTAR PUSTAKA

- David, F.R., 2011. *Strategic Management: Concepts and Cases. Thirteenth Edition*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education Inc.
- Fama, E.F. & M.C. Jensen. 1983. Separation of Ownership and Control. *Journal of Law and Economics*, Vol. 26, 2: pp.301-325.
- Ireland R.D., R.E. Hoskisson & M.A. Hitt. 2011. *The Management of Strategy: Concepts and Cases, 9 Edition*. Canada: South-Western.
- Keasy, K. & M. Wright. 1993. Issues in corporate accountability and governance: An editorial. *Accounting and Business Research*, 23 (91A): pp. 291-303.
- Lock, S. 2013. *The State of Healthcare in Southeast Asia*. Terdapat di: <http://www.edelman.com/post/the-state-of-healthcare-in-south-east-asia/>\_diakses tanggal 20 Maret 2015 jam 12:23.
- Porter, M.E. 1985. *Competitive Advantage*. The Free Press. New York.
- Porter, M.E. 2008. The Five Competitive Forces That Shape Strategy, *The Magazine*. Terdapat di <http://hbr.org/2008/01/the-five-competitive-forces-that-shape-strategy/ar/1>. Diakses tanggal 25 Oktober 2014 jam 08:50.
- Shank, JK dan V Govindarajan. 1993. *Strategic Cost Management: The New Tool for Competitive Advantage*. New York: The Free Press.
- Sulastomo. 2000, *Manajemen Kesehatan*, Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, hlm. 35
- Suryono, Arief. 2008, "Asuransi Kesehatan Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991", *HUMANIS, Jurnal Sosial Ekonomi Humaniora*, Volume 2 Nomor 2, Nopember 2008, Purwokerto: Lembaga Penelitian Universitas Jenderal Soedirman, hlm. 102
- World Bank, 2013. Health Expenditure, Total of GDP. Terdapat di <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>. Diakses tanggal 24 Oktober 2014 jam 22:50.

**Anonymous**

<http://kebunhadi.blogspot.co.id/2012/11/pembiayaan-kesehatan.html>, diakses tanggal 3 Maret 2017 pukul 21:14

<https://delfistefani.wordpress.com/2013/06/19/makalah-pembiayaan-kesehatan/>, diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13.06

<http://afrinataika.blogspot.co.id/2014/06/demand-dan-supply-pelayanan-kesehatan.html>, diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13:10

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/19856/Chapter%20II.pdf;jsessionid=332BC9C8AA043D98DC5EA71CC91B3EB0?sequence=4>, diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13:15

[https://www.researchgate.net/profile/Ronny\\_Mustamu/publication/50434713\\_MANAJEMEN\\_RANTAI\\_PASOKAN\\_INDUSTRI\\_FARMASI\\_DI\\_INDONESIA/links/560d711f08ae96742010cc65/MANAJEMEN-RANTAI-PASOKAN-INDUSTRI-FARMASI-DI-INDONESIA.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Ronny_Mustamu/publication/50434713_MANAJEMEN_RANTAI_PASOKAN_INDUSTRI_FARMASI_DI_INDONESIA/links/560d711f08ae96742010cc65/MANAJEMEN-RANTAI-PASOKAN-INDUSTRI-FARMASI-DI-INDONESIA.pdf?origin=publication_detail), diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13.21

<http://heldaupik.blogspot.co.id/2011/11/pembiayaan-kesehatan.html?m=1>, diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13:27

[http://fk.uns.ac.id/static/materi/Ekonomi\\_Kesehatan\\_-\\_Prof\\_Bhisma\\_Murti.pdf](http://fk.uns.ac.id/static/materi/Ekonomi_Kesehatan_-_Prof_Bhisma_Murti.pdf), diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 14:02

[http://www.kompasiana.com/yantigobel/kebijakan-pembiayaan-kesehatan\\_550ee41ca33311b92dba8544](http://www.kompasiana.com/yantigobel/kebijakan-pembiayaan-kesehatan_550ee41ca33311b92dba8544), diakses tanggal 5 Maret 2017 pukul 19:03

<https://yantigobel.wordpress.com/2011/10/01/kebijakan-pembiayaan-kesehatan/>, diakses tanggal 5 Maret 2017 pukul 19:45

<http://sakinahkreatif.blogspot.co.id/2014/08/konsep-dasar-ekonomi-kesehatan.html>, diakses tanggal 15 Maret 2017 pukul 20:30

[https://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Healthcare%20Briefs/Understanding\\_Pharmaceutical\\_Value\\_Chain.pdf](https://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Healthcare%20Briefs/Understanding_Pharmaceutical_Value_Chain.pdf), diakses tanggal 20 Maret pukul 22:40

<http://www.ispiritsolutions.com/blog-should-you-be-investing-in-chinese-pharma-sector/>, diakses tanggal 22 Maret 2017 pukul 15:56

<http://cmuscm.blogspot.co.id/2014/09/healthcare-mass-customization-and.html> → gambar player in the hospital system, diakses tanggal 1 April 2017 pukul 09:10

<http://marketrealist.com/2014/11/5-major-entities-hospital-industry-value-chain/> → gambar 5 major entities of the hospital industry, diakses tanggal 4 April 2017 pukul 06:35

[https://www.pomsmeetings.org/confproceedings/043/fullpapers/fullpaper\\_files/043-0259.pdf](https://www.pomsmeetings.org/confproceedings/043/fullpapers/fullpaper_files/043-0259.pdf), diakses tanggal 6 April 2017 pukul 18:45

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.836.6170&rep=rep1&type=pdf>, diakses tanggal 8 April 2017 pukul 17:23

[https://courses.edx.org/asset-v1:MITx+CTL.SC2x+3T2015+type@asset+block/theses\\_2005\\_Singh\\_Thesis.pdf](https://courses.edx.org/asset-v1:MITx+CTL.SC2x+3T2015+type@asset+block/theses_2005_Singh_Thesis.pdf), diakses tanggal 10 April 2017 pukul 14:27

<http://www.nahu.org/legislative/policydocuments/NAHUWhitePaperCost.pdf>, diakses tanggal 13 April 2017 pukul 16:10

<http://www.pbs.org/newshour/rundown/seven-factors-driving-your-health-care-costs/>, diakses tanggal 14 April 2017 pukul 08:30

[http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/Drivers\\_of\\_Health\\_Care\\_Costs\\_-\\_November\\_2012.pdf](http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/Drivers_of_Health_Care_Costs_-_November_2012.pdf), diakses tanggal 19 April 2017 pukul 11:08

<http://www.gfoa.org/sites/default/files/GFR081626.pdf>, diakses tanggal 20 April 2017 pukul 12:04

[http://www.allhealth.org/wp-content/uploads/2017/03/Cost\\_Drivers\\_in\\_Health\\_Care\\_109.pdf](http://www.allhealth.org/wp-content/uploads/2017/03/Cost_Drivers_in_Health_Care_109.pdf), diakses tanggal 3 Mei 2017 pukul 20:48

<http://www.beckershospitalreview.com/finance/9-drivers-of-high-healthcare-costs-in-the-u-s.html>, diakses tanggal 3 Mei 2017 pukul 21:08

<http://www.calhealthplans.org/pdfs/FactSheetHealthCareCostDrivers071013.pdf>, diakses tanggal 9 Mei 2017 pukul 09:20

<http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>, diakses tanggal 11 Mei 2017 pukul 19:22

<https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient>, diakses tanggal 18 Mei 2017 pukul 20:24

<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/28UCefficiency.pdf>, diakses tanggal 26 Mei 2017 pukul 22:06

<https://indonesiana.tempo.co/read/53241/2015/11/02/gendursudarsono/suap-dokter-40-harga-obat-tiga-hal-yang-mengejutkan>, diakses tanggal 29 Mei 2017 pukul 18:28

<http://bisnis.liputan6.com/read/2628482/kenaikan-biaya-berobat-di-indonesia-tertinggi-ketiga-di-asia>, diakses tanggal 29 Mei 2017 pukul 19:02

<http://www.pikiran-rakyat.com/ekonomi/2017/02/22/biaya-kesehatan-bisa-melebihi-pendapatan-394193>, diakses tanggal 31 Mei 2017 pukul 20:03

<http://indonesia-pharmacommunity.blogspot.co.id/2010/11/merintis-industri-bahan-baku-obat-di.html>, diakses tanggal 31 Mei 2017 pukul 20:45

<http://economy.okezone.com/read/2015/11/19/320/1252463/impor-bahan-baku-diduga-sebabkan-kartel-obat-ri>, diakses tanggal 2 Juni 2017 pukul 06:23

<https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/3076041/kppu-juga-endus-ada-kartel-obat-impor>, diakses tanggal 6 Juni 2017 pukul 09:32

<https://www.merdeka.com/uang/bahan-baku-impor-dinilai-bikin-harga-obat-di-indonesia-mahal.html>, diakses tanggal 14 Juni 2017 pukul 21:21

<http://nasional.kompas.com/read/2010/01/11/03551250/antisipasi.serbuan.obat.impor.china>, diakses tanggal 22 Juni 2017 pukul 18:32

<http://www.mashani77.net/2016/04/10/extra-ordinary-problem-program-jkn-obat/>, diakses tanggal 27 Juni 2017 pukul 19:01

<http://www.neraca.co.id/article/10876/permintaan-obat-generik-meningkat-bangun-pabrik-indofarma-terbitkan-obligasi-rp-300-miliar>, diakses tanggal 2 Juli 2017 pukul 22:36

<https://bisnisfarmasi.wordpress.com/2008/03/16/strategi-marketing-obat-a-little-bit-of-writer%E2%80%99s-stupid-talk/>, diakses tanggal 7 Juli 2017 pukul 11:23

<http://teknologi-profesional.blogspot.co.id/2012/02/peran-teknologi-informasi-ict-dalam.html>, diakses tanggal 10 Juli 2017 pukul 14:28

<http://setiawanbudi.blogspot.co.id/2006/09/tanya-tentang-apotik.html>, diakses tanggal 17 Juli 2017 pukul 12:17

<http://www.idionline.org/wp-content/uploads/2015/01/Acuan-Tarif-Jasa-Medik.pdf>, diakses tanggal 21 Juli 2017 pukul 15:16

<http://www.wajibbaca.com/2016/10/tarif-jasa-dokter-dinilai-tak-lagi.html>, diakses tanggal 25 Juli 2017 pukul 16:32

<https://www.merdeka.com/khas/dilema-tarif-dokter-penghasilan-dokter.html>, diakses tanggal 29 Juli 2017 pukul 20:46

<https://finance.detik.com/bursa-valas/2844145/bisnis-rumah-sakit-mitra-keluarga-punya-omzet-hingga-rp-17-triliun>, diakses tanggal 7 Agustus 2017 pukul 19:00

<http://market.bisnis.com/read/20160303/191/524802/jasa-kesehatan-membedah-prospek-bisnis-rumah-sakit>, diakses tanggal 9 Agustus 2017 pukul 20:05

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>, diakses tanggal 13 Agustus 2017 pukul 22:08

[https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_countries\\_by\\_total\\_health\\_expenditure\\_per\\_capita](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_total_health_expenditure_per_capita), diakses tanggal 15 Agustus 2017 pukul 19:32

[http://www.bi.go.id/id/statistik/metadatas/Document/12.%20Inflasi-Indeks%20Harga%20Konsumen%20\(IHK-IND\)%202016.pdf](http://www.bi.go.id/id/statistik/metadatas/Document/12.%20Inflasi-Indeks%20Harga%20Konsumen%20(IHK-IND)%202016.pdf), diakses tanggal 16 Agustus 2017 pukul 20:01

Anonymous. 2015. Presiden pun Akui Ada Masalah BPJS Kesehatan. <http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt54f56e21e54eb/presiden-pun-akui-ada-masalah-bpjs-kesehatan>, diakses tanggal 3 Maret 2018 pukul 13.00.

Saleh Daulay. 2017. BPJS Kesehatan Alami Defisit, Ini Respon Pimpinan Komisi IX DPR, <http://www.tribunnews.com/nasional/2017/11/26/bpjs-kesehatan-alami-defisit-ini-respon-pimpinan-komisi-ix-dpr>, diakses tgl 15 Maret 2018 pukul 10.25

Ihya Ulum Aldin. 2018. Lampau Prediksi, Defisit BPJS Kesehatan 2017 Capai Rp 9,75 Triliun. <https://katadata.co.id/berita/2018/05/16/lampau-prediksi-defisit-bpjs-kesehatan-2017-capai-rp-975-triliun>, diakses tgl 16 Maret 2018, pukul 09.10

Septian Deny. 2017. Upaya Atasi Defisit BPJS Kesehatan. Liputan 6. <https://www.liputan6.com/bisnis/read/3108706/upaya-atasi-defisit-bpjs-kesehatan>, diakses tgl 25 Maret 2018 pukul 14.37.

Abraham Utama. 2017. BPJS Kesehatan terus defisit, bakal terapkan konsep berbagi biaya atau tarik pajak rokok? <http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-42138297>, diakses tgl 2 April 2018 pukul 11.06.

Kompas. 2017. Atasi Defisit, BPJS Kesehatan Ajukan Skema "Cost Sharing" bagi Peserta. Kompas.com. <https://ekonomi.kompas.com/read/2017/11/24/221100826/atasi-defisit-bpjs-kesehatan-ajukan-skema-cost-sharing-bagi-peserta>, diakses tgl 7 April 2018 pukul 16.27.

Desy Selviyany. 2018. Kemenkes Akui Ada Oknum Rumah Sakit Manfaatkan Program JKN. <https://infonawacita.com/kemenkes-akui-ada-oknum-rumah-sakit-manfaatkan-program-jkn/>, diakses tgl 12 April pukul 12.22.

Ihya Ulum Aldin. 2018. Perusahaan Peserta BPJS Ketenagakerjaan Sangat Minim. <https://katadata.co.id/berita/2018/02/15/baru-244-perusahaan-yang-ikut-program-bpjs-ketenagakerjaan>, diakses tgl 18 April 2018 pukul 10.00.

[https://id.wikipedia.org/wiki/Badan\\_Penyelenggara\\_Jaminan\\_Sosial](https://id.wikipedia.org/wiki/Badan_Penyelenggara_Jaminan_Sosial), diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 15.37.

<http://bpjs-kesehatan.go.id/Bpjs/index.php/post/read/2018/666/Instruksi-Presiden-Kepada-11-Pimpinan-Lembaga-Untuk-Program-Optimalkan-JKN-KIS>, diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 15.40.

[http://df.jamsosindonesia.com/bpjs/view/hubungan-kelembagaan\\_137](http://df.jamsosindonesia.com/bpjs/view/hubungan-kelembagaan_137), diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 15.55.

<http://reliance-life.com/oneclick/?p=762>, diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 16.02

<http://dinamikahukum.fh.unsoed.ac.id/index.php/JDH/article/viewFile/232/196>, diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 16.20.

Lampiran 1 : Buku Catatan Harian Penelitian (*Log book*)

No.	Tanggal	Kegiatan	Dokumen Pendukung
1	8-Jan-2018	Melakukan studi kepustakaan untuk membuat rancangan penelitian	
2	5-Feb-2018	Menyusun daftar pertanyaan FGD	Daftar Pertanyaan FGD
3	13-Mar-2018	Melakukan interview awal dengan pihak BPJS - Surabaya	Transkrip wawancara
5	4-Apr-2018	Focus Group Discussion 1 - Surabaya	
6	26-Apr-2018	Focus Group Discussion 2 - Jakarta	
7	9-May-2018	Focus Group Discussion 3 - Surabaya	
8	15-May-2018	Focus Group Discussion 4 - Jakarta	
9	1-Jun-2018	Focus Group Discussion 5 - Surabaya	
4	5-Jun-2018	Melakukan interview dengan pihak asuransi swasta - Jakarta	Transkrip wawancara
10	28-Jun-2018	Melakukan analisis hasil FGD	
11	23-Jul-2018	Penulisan Laporan Kemajuan	
13	14-Sep-2018	Penyerahan Laporan Kemajuan	
14	17-Sep-2018	Penulisan Draft Laporan Akhir	
15	11-Oct-2018	Melakukan interview dan penajaman draft laporan akhir, serta koordinasi terkait seminar laporan akhir penelitian dengan	Transkrip wawancara
16	2-Nov-2018	Seminar Laporan Akhir	
17	21-Nov-2018	Penulisan Artikel Ilmiah	
17	23-Nov-2018	Penyerahan Laporan Akhir	
18		Pengiriman Artikel Ilmiah	



## Lampiran 2 : Daftar Pertanyaan FGD

### Daftar Pertanyaan FGD

1. Menurut BPJS, apakah yang menjadi faktor tingginya biaya kesehatan di Indonesia jika dipandang dari sisi industri perasuransian?
2. Hubungan dengan pemerintah
  - a. Menurut BPJS, bagaimana pola hubungan pemerintah dengan industri perasuransian khususnya BPJS Kesehatan?
  - b. Kendala-kendala apa saja yang dihadapi oleh BPJS terkait hubungannya dengan pemerintah?
  - c. Hal-hal apa saja yang telah diupayakan oleh BPJS untuk mengatasi kendala-kendala tersebut?
3. Hubungan dengan DPR
  - a. Menurut BPJS, bagaimana pola hubungan DPR dengan industri perasuransian khususnya BPJS Kesehatan?
  - b. Kendala-kendala apa saja yang dihadapi oleh BPJS terkait hubungannya dengan DPR?
  - c. Hal-hal apa saja yang telah diupayakan oleh BPJS untuk mengatasi kendala-kendala tersebut?
4. Hubungan dengan Kementerian Kesehatan
  - a. Menurut BPJS, bagaimana pola hubungan Kementerian Kesehatan dengan BPJS Kesehatan?
  - b. Kendala-kendala apa saja yang dihadapi oleh BPJS terkait hubungannya dengan Kementerian Kesehatan?
  - c. Hal-hal apa saja yang telah diupayakan oleh BPJS untuk mengatasi kendala-kendala tersebut?
5. Hubungan dengan Pemerintah Daerah
  - a. Menurut BPJS, bagaimana pola hubungan Pemerintah Daerah dengan BPJS Kesehatan?
  - b. Kendala-kendala apa saja yang dihadapi oleh BPJS terkait hubungannya dengan Pemerintah Daerah?
  - c. Hal-hal apa saja yang telah diupayakan oleh BPJS untuk mengatasi kendala-kendala tersebut?
6. Hubungan dengan Rumah Sakit
  - a. Menurut BPJS, bagaimana pola hubungan Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan?
  - b. Kendala-kendala apa saja yang dihadapi oleh BPJS terkait hubungannya dengan Rumah Sakit?
  - c. Hal-hal apa saja yang telah diupayakan oleh BPJS untuk mengatasi kendala-kendala tersebut?
7. Hubungan dengan Dokter
  - a. Menurut BPJS, bagaimana pola hubungan Dokter dengan BPJS Kesehatan?
  - b. Kendala-kendala apa saja yang dihadapi oleh BPJS terkait hubungannya dengan dokter?
  - c. Hal-hal apa saja yang telah diupayakan oleh BPJS untuk mengatasi kendala-kendala tersebut?
8. Berdasarkan data diketahui bahwa BPJS mengalami defisit pada tahun 2017, maka usaha apa saja yang sudah dilakukan BPJS untuk mengurangi defisit yang meningkat setiap tahunnya?
9. Salah satu wacana untuk mengurangi defisit, BPJS berencana mengajukan skema cost sharing. Mohon penjelasan terkait skema 'Cost Sharing' tersebut?
10. Hubungan dengan asuransi swasta



- a. Menurut BPJS, bagaimana pola hubungan asuransi swasta dengan BPJS Kesehatan?
- b. Kendala-kendala apa saja yang dihadapi oleh BPJS terkait hubungannya dengan asuransi swasta?
- c. Hal-hal apa saja yang telah diupayakan oleh BPJS untuk mengatasi kendala-kendala tersebut?

### Lampiran 3 : Transkrip Wawancara 1

#### Transkrip Wawancara 1 tgl 27 Februari 2018

1. Adanya program Gerakan Desa Urun Bareng - Jaminan Kesehatan Nasional (Gandrung JKN) di Banyuwangi oleh BPJS
2. BPJS adalah media pelaksana. Segala keputusan biaya dan tindakan BPJS telah diatur oleh Pempres, sehingga BPJS berbeda dengan ASKES dimana direktur masih memiliki wewenang
3. Mengenai komplain dokter bahwa pendapatan yang diajukan BPJS terlalu kecil adalah diluar wewenang BPJS. BPJS menyarankan bagi para dokter untuk melaporkan keluhannya kepada kelompok profesi daerah, yang akan disalurkan kepada kelompok profesi pusat, dan akan menyalurkan kepada Menteri kesehatan dimana Menteri kesehatan akan memberi pertimbangan.
4. Mengenai komplain pelanggan mengenai ketidakpuasan terhadap jasa BPJS. BPJS menggunakan dokter yang sama, alat yang sama, maupun obat yang sama pada setiap kelas. Perihal waktu tunggu yang lama tergantung pada system pihak rumah sakit, sementara waktu pelayanan tergantung pada pihak dokter.
5. BPJS mengeluarkan surat komitmen pelayanan yang mengikat komitmen rumah sakit untuk memberikan pelayanan kepada seluruh pasien tanpa memungut tambahan biaya. Siapa yang melanggar akan mendapatkan peringatan dan saksi.
6. BPJS mengharapkan ketersediaan rumah sakit untuk melayani pasien dengan tidak melihat siapa yang membiayai melainkan secara adil (sesuai dengan antrian atau tingkat keparahan penyakit)
7. BPJS memiliki Kader, yaitu warga desa non karyawan BPJS yang tugasnya memberi informasi kepada masyarakat perihal BPJS
8. Kendala BPJS salah satunya adalah ketidakmauan pengguna jasa untuk membayar ketika telah menggunakan jasa.
9. BPJS sudah mengembangkan "Digital Claim" dalam minggu-minggu ini

## Lampiran 4 : Transkrip Wawancara 2

Transkrip Wawancara 2 tgl 7 Agustus 2018 dengan bapak Hendra (Staf Kepatuhan BPJS Kesehatan Wilayah Jawa Timur)

### Question :

Riset yang sedang kami lakukan ini terkait dengan biaya kesehatan. Penelitian ini berjangka waktu 2 tahun. Tahun kemarin sudah kami laksanakan dengan pihak farmasi, sementara pembahasan tahun ini dengan pihak asuransi. Ada 10 pertanyaan yang kami tanyakan, namun masing-masing pertanyaan tersebut memiliki sub-sub pertanyaan.

BPJS dimulai sejak 2014 namun telah dirumuskan sejak tahun 2011. Menurut Pak Hendra dengan konsep BPJS yang baru hasil beralih dari ASKES dan dengan masalah baru yang lebih kompleks, apa yang menjadi faktor tingginya biaya kesehatan di Indonesia dipandang dari sisi industri asuransi?

### Answer :

Menurut saya yang menjadi faktor tingginya biaya itu akibat dari masa peralihan. Sebelum masa JKN yang tercover oleh asuransi hanya pegawai negeri sipil, pensiunan TNI-Polri dan pejabat PKL dan juga kita bukan mengelola namun kita diminta melakukan pelayanan dari Jamkesmas. Masih banyak masyarakat yang belum memiliki asuransi kesehatan social karena mereka tidak berani untuk memiliki asuransi kesehatan akibat kurangnya biaya.

Kemudian semakin lama, biaya kesehatan semakin tinggi mengikuti semakin tingginya penyakit kronis pada era JKN yang muncul ke permukaan.

### Question :

Keinginan pemerintah kan untuk menjamin faskes yang terjangkau. Dulu identik dengan kalau tidak punya uang jangan sakit. Namun hal tersebut seperti buah simalakama, dengan peraturan yang mengikat seperti itu, jumlah penyakit kronis sangat banyak sehingga bagi pemerintah pun mengagetkan.

Sebenarnya hubungan BPJS dengan pemerintah seperti apa?

### Answer :

Kita adalah badan yang dirangsi pemerintah yang mengacu pada undang-undang SJS (Sistem Jaminan Sosial). Ada 2: BPJS Kesehatan yang mengurus masalah kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan peralihan dari Jamsostek. BPJS adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada presiden, bukan dibawah kementerian kesehatan. Kita adalah Pengelola Dana sementara Kementerian kesehatan sebagai Regulator dan operatornya adalah rumah sakit.

**Question :**

Kendala apa saja yang selama ini dihadapi perihal hubungan dengan Pemerintah? Apakah regulasi yang ditetapkan pemerintah mengalami kendala? Apakah sudah jelas atautkah masih meraba?

**Answer :**

Kendala pasti ada karena ini adalah salah satu sistem regulasi negara. Apabila ada regulasi yang belum pas maka akan ada perubahan yang menyikapi regulasi tersebut.

**Question :**

Upaya yang dilakukan untuk menanggulangi kendala itu apa saja?

**Answer :**

Apabila salah satu regulasi berlaku maka kita mengacu pada regulasi itu. Ketika regulasi tersebut dirasa kurang pas maka akan dibahas di pusat. Yang penting bagaimana regulasi yang tidak pas ini tidak mengurangi standart layanan kesehatan, paling tidak harus ada solusinya sehingga gejala tidak semakin melebar.

**Question :**

Kendala apa yang paling signifikan terkait regulasi? Yang dampaknya sampai polemik.

**Answer :**

Yang dampaknya sempat menjadi polemik adalah ketika ASKES pertama kali berubah menjadi JKN. Untuk resep bagi peserta ASKES dengan penyakit kronis biasanya diberi 30 hari namun dengan JKN ada pembatasan menjadi 1 minggu. Saya pernah di curhati oleh pensiunan, bukan masalah pengaturan namun pasien penyakit kronis ini kan sudah sepuh yang memiliki kendala waktu dan apabilapun didampingi oleh keluarga yang lebih muda biaya transportnya pun jadi meningkat, misalnya yang tadinya hanya sekali naik becak dalam

seminggu ini harus 4 kali sehingga terasa. Disamping itu jadi tidak efisien di waktu. Dari situ regulasi itu berubah, dinaikkan menjadi 2 minggu kemudian naik lagi menjadi 30 hari yang sesuai dengan permenkes.

Kemudian ada lagi perubahan dimana peserta yang mendaftar langsung aktif, kalau tidak salah Perpres 19. Memang sempat polemik tapi lambat laun terselesaikan.

**Question :**

Sebagai pengelola yang berhadapan langsung dengan peserta, yang sudah dilakukan kan akan menjadi masukan untuk pemerintah. Apakah langsung disalurkan ke presiden atau melalui kementerian kesehatan?

**Answer :**

Memang ada suatu hubungan antara pusat dengan kementerian. Untuk proses saya kurang jelas, namun memang ada masukan yang dibahas dipusat yang kemudian akan disalurkan ke pemerintah yang nantinya akan 'melengkapi'.

**Question :**

Berarti melalui kajian-kajian? Misalnya dengan pemberlakuan peraturan ini maka dampaknya adalah A dan kemudian dirapatkan pendapat dahulu baru kemudian di diskusikan dengan kementerian kesehatan untuk perubahan regulasi kemudian di sampaikan kepada presiden.

**Answer :**

Benar secara mudahnya seperti itu.

**Question :**

Selanjutnya kalau dengan DPR bagaimana hubungan BPJS?

**Answer :**

Hubungannya dengan komisi IX terkait khususnya mengenai anggaran nasional (eks-Jamkesmas) dan terkait juga dengan layanan publik.

**Question :**

Selama ini ketika sudah dilakukan sesuai dengan regulasi yang ada kemudian apabila terjadi polemik di masyarakat, apakah dari komisi IX juga melakukan controlling dan evaluasi?

**Answer :**

Iya memang komisi IX melakukan kontroling dan pengawasan. Tugasnya adalah mensosialisasikan dan memperkuat program jaminannya. Jadi akan ada evaluasi yang dikoordinasikan dengan dewan pengawas dan disampaikan ke pihak direksi.

**Question :**

Apakah ada kendala dengan dewan tersebut?

**Answer :**

Alhamdulillah tidak ada. Hubungan kami sangat harmonis.

**Question :**

Selanjutnya dengan Kementerian Kesehatan sebagai regulator, dalam perjalanan dengan Kementerian Kesehatan apakah ada hubungan yang lain selain sebagai regulator – pengelola dana?

**Answer :**

Komunikasi lain terkait dengan evaluasi kinerja operator (rumah sakit dll) bukan dengan Kemenkes melainkan dengan Depkes di lapangan. Di sana ada suatu forum tertuju yang selalu berkomunikasi terkait evaluasi layanan yaitu mengenai kepuasan peserta, karena penilaian kita adalah melalui kepuasan peserta. Jadi bagaimana caranya agar kepuasan peserta dari tahun ke tahun semakin meningkat.

**Question :**

Selain sebagai hubungan Regulator-Pengelola Dana apakah ada suatu hubungan sinergis dimana bersama-sama mensukseskan JKN? Dalam artian program JKN bisa terselenggara dengan baik apabila ditunjang dengan regulator yang tepat dan jelas sehingga BPJS tidak selalu disalahkan.

**Answer :**

Program JKN ini kan tidak hanya melibatkan BPJS dengan kementerian kesehatan namun juga pemerintah daerah dan kejaksaan untuk yang taraf bekerja, namun memang belum maksimal sehingga kita terlihat berjalan sendiri, seharusnya memang berjalan bersama.

**Question :**

Karena banyak kendala di lapangan yang diluar perkiraan dan di luar kendali. Seharusnya kalau memang BPJS sebagai pengelola dana, istilahnya sebagai tameng yang berada di depan masih memerlukan sinergi yang baik.

Mengenai pemerintah ini, saya ingin menyinggung sedikit masalah defisit anggaran BPJS salah satunya adalah ingin melakukan kerja sama dengan pemerintah daerah yaitu dengan meningkatkan jumlah peserta. Bagaimana hubungan dengan pemerintah daerah dan kendalanya?

**Answer :**

Untuk mencapai universal health coverage kita sedang galak-galaknya dalam artian untuk mencapai target kesehatan 2019 yaitu seluruh masyarakat Indonesia sebagai peserta. Untuk mengejar kearah sana, diperlukan koordinasi dengan pemerintah daerah untuk menyisir data-data penduduk mana yang belum terdaftar. Apakah sebagai pekerja atau warga yang kurang mampu?

Dari Jawa timur yang sudah berkomitmen adalah kota Mojokerto. Contohnya Mojokerto didata berapa yang bekerja (masuk sektor PNS, TNI POLRI, swasta, pemerintahan) dan Non-formal (BPJS MANDIRI atau pekerja bukan penerima upah) kita compare. Kemudian data lain seperti Investor dan Pensiunan (Pensiunan TNI-Polri) akan yang masuk segmen sendiri nanti akan ketemu irisan yaitu penduduk yang belum terdaftar. Nanti kita cross dengan data dukcapil.

Kita mengacu ke data NIK yang kita cross dengan data dukcapil nasional dan memang sampai saat ini belum 100% data ini valid, karena mobilitas orang saat ini tinggi. Namun paling tidak data satu kota 90% sudah tercover.

**Question :**

Kalau saya baca di Banyuwangi juga sudah berjalan Gandrung JKN yang sampai ke RT/RW. Disitu peran pemerintah daerah sangat aktif, dihubungkan dengan smart kampung. Agar data

valid butuh kerjasama dengan pemerintah daerah juga. Adakah target tahun dimana data seluruh Jawa Timur bisa tercover?

**Answer :**

Bagaimanapun caranya target harus tercapai akhir tahun 2018. Masalah hasilnya seperti apa saya kurang tahu. Kita mengejar 20 sekian daerah di Jawa Timur. Namun tidak sedikit juga yang belum mengerti, paling tidak kita mulai dari yang kecil-kecil (desa, kecamatan) dan memang kita harus berdarah-darah sedikit untuk menggapainya.

**Question :**

Kalau untuk masalah pendanaan bagaimana?

**Answer :**

Jadi kalau sudah ditemukan data yang valid, pemerintah daerah akan memberikan kuota yang masuk dalam anggaran pemerintah. Misalkan wilayah Mojokerto yang sudah masuk APBN berapa (misal 1 juta dari anggaran 5 juta) kemudian pekerja (1 juta), apabila anggaran tidak cukup maka kuotanya hanya sebagian.

**Question :**

Paling tidak support dari pemerintah daerah bisa berkontribusi untuk JKN juga. Apabila database sudah valid maka Fraud bisa berkurang, diharapkan bisa begitu.

**Answer :**

Saya bahas sedikit masalah defisit tadi. Sebenarnya kalau bicara defisit, sebelum BPJS dirilis, defisit tahunan sudah diperkirakan. Defisit sudah dihitung dengan asumsi seluruh penduduk sudah tercover semua namun tetap saja ada defisit. Kalaupun di tahun 2019 target bisa tercover dengan hitungan actual yang sekarang tetap tidak cukup. Sebenarnya yang diinginkan bapak Presiden adalah recruitment nasional yaitu seluruh rakyat Indonesia termasuk WNA yang berkerja lebih dari 6 bulan.

**Question :**

Kalau kita baca berita yang disajikan di Koran kalau saya bandingkan dengan berita dari BPJS nampak sangat bombastis. BPJS menargetkan UHC sekitar 80-90%, sekarang baru tercapai 70%?

**Answer :**



Sekarang sudah mencapai hampir 80%

**Question :**

Berarti defisit akan terjadi sudah menjadi rahasia umum. Namun seperti yang bapak katakan meski harus berdarah-darah yang penting diupayakan dahulu bagaimana.

**Answer :**

Sebenarnya kalau dibandingkan dengan sejarah besar Indonesia dibandingkan dengan negara lain sudah lebih dulu. Indonesia dalam kurun waktu 5 tahun sudah mencapai recruitment sekian puluh persen. Untuk masalah pembiayaan kita juga mengupayakan optimalisasi pendanaan.

**Question :**

Membahas target peserta yaitu dengan adanya dukungan pemerintah melalui Dukcapil yang mewajibkan kelancaran pembiayaan. Apakah sudah ada pemerintah yang sudah mewajibkan BPJS sebagai bagian dari administrasi kependudukan?

**Answer :**

Sudah. 90% dari daerah-daerah di Jawa Timur sudah mempersyaratkan harus memiliki kartu BPJS. Sebenarnya ini adalah tanggung jawab pemerintah dari fungsi tempatnya (menegakkan fungsi kepatuhan). 90% itu kurang lebihnya yang sudah keluar dalam bentuk perintah namun maksimalisasi pengerjaannya berbeda-beda.

**Question :**

Selanjutnya yang paling sering banyak kendala yaitu hubungan dengan rumah sakit, apa yang sudah dilakukan dan direncanakan oleh BPJS?

**Answer :**

Kalau kita tidak pernah berkomunikasi dengan IDI dan PERSI akan menjadi masalah. Kita selalu mengintefiskan dengan forum-forum tersebut. Tidak bisa dipungkiri, layanan kesehatan adalah bisnis dimana bisa saja terjadi Fraud disitu. Kita tidak menunjuk siapa namun lebih pada usaha meminimalisir Fraud tersebut agar tidak menjadi besar.

Kita menyamakan bahasa dengan Ikatan-ikatan tersebut bahwa kita membawa program nasional (JKN) bukan program BPJS, ini adalah system bersama yang dimiliki secara bersama. Kalau tidak dikomunikasikan dengan wadah-wadah yang menaunginya maka akan terjadi masalah, misal yang sampai hangat adalah masalah tariff dokter, biasanya dokter spesialis. Tetapi kalau bisa dimanage dengan baik oleh rumah sakit maka bisa menjadi profit tersendiri, karena banyak juga rumah sakit yang semakin untung karena program ini.

**Question :**

Seperti Rumah Sakit di Jakarta yang sampai menambah gedung?

**Answer :**

Benar itu kan masalah pengelolaan.

**Question :**

Seringkali keluhan peserta apabila mau rawat inap menggunakan BPJS dipersulit dengan alasan kamar penuh, kalau mau bayar normal tidak memakai BPJS. Peserta kemudian protes ke BPJS. Masalah tersebut memang paling banyak. Dari pertanyaan yang paling banyak dibahas adalah pembayaran, tariff, dan claim yang bisa dimanipulasi rumah sakit (Fraud). Apa saja yang sudah dilakukan oleh BPJS?

**Answer :**

Kilas balik memang dahulu seperti itu. Tapi berangkat dari pengalaman-pengalaman itu karena kepuasan peserta yang dinilai dan tidak hanya itu namun juga kepuasan provider kesehatan. Kita harus memperkuat forum komunikasi sehingga terjadi titik temu (penyelesaian). Dengan adanya kesepakatan tersebut maka akan menjadi salah satu inovasi untuk mengatasi bagian-bagian yang masih kurang tersebut.

Untuk menjawab masalah kamarnya penuh dan lain sebagainya, apabila komunikasi dengan forum sudah selesai maka kita integrasikan di lapangan, karena sekarang jaman teknologi dimana inovasi yang kita kembangkan dengan rumah sakit melalui Bridging (jembatan yang mengkoneksikan apa mau rumah sakit dan apa mau BPJS). Jadi sekarang sudah ada aplikasi yang disediakan di Playstore (Mobile JKN) perihal akses info yang selengkap-lengkapannya termasuk ketersediaan kamar tersebut.

**Question :**

Saya belum mencoba mobile JKN tetapi saya terbesit pertanyaan. Misalkan di RSAL menurut mobile JKN ada kamar kosong, ternyata ketika disana kamarnya penuh, jadi ada kenakalan atau ketidak update-an informasi, kalau terjadi seperti itu apakah ada sangsi?

**Answer :**

Untuk menuju kesana kami juga membutuhkan feedback dari peserta yaitu melalui fitur pengaduan dari Mobile JKN. Jadi peserta juga bisa ikut mengaudit, bisa melakukan feedback untuk BPJS yang akan kami sampaikan ke forum. Keluhan-keluhan tersebut nanti akan dirembukkan bagaimana sangsinya, kemudian forum tersebutlah yang memberikan tindakan misalnya yang pertama diberikan peringatan kemudian pemberian SP begitu.

**Question :**

Artinya Forum tersebut punya wewenang untuk memberikan peringatan (Perhimpunan Rumah Sakit (PERSI))?

**Answer :**

Iya. Tidak bisa semerta-merta berdasarkan 'kata-nya'. Kita akan memohon izin dengan PERSI, apabila tidak bisa diajak baik ya kita belum bisa bekerja sama dahulu sampai ada pemohononan kembali.

**Question :**

Berarti sama halnya dengan Dokter melalui IDI?

**Answer :**

Iya. Dimanapun forum pasti selalu ada kubu Pro dan Kontra. Yang penting adalah bagaimana kita bisa menyamakan persepsi antara kubu-kubu tersebut. Namun Kontra pun juga penting guna memberikan masukan kepada kami, mungkin memang benar ada hal yang tidak berkenan sehingga kita dapat meningkatkan Mutu.

**Question :**

Saya pernah membaca tentang tariff BPJS, itu siapakah yang menyusun?

**Answer :**

Bukan BPJS melainkan Kemenkes melalui INA CBGs

**Question :**

Saya pernah mengobrol dengan teman dokter yang merasa bahwa tariff tersebut tidak masuk akal. Untuk satu penyakit sangat murah namun penyakit lain sangat besar. Apakah update tariff di INA CBGs ini terus dilakukan?

**Answer :**

Iya terus di-update. Karena untuk penyusunan tariff banyak faktor yang berpengaruh. Untuk lain daerah pun sebenarnya berbeda-beda, namun harus disama-ratakan. Karena kalau tidak sama akan menjadi sulit. Harapan kita INA CBGs selalu update.

**Question :**

Bagaimana dengan protes dokter mengenai tariff (contoh hanya dibayar 20.000 untuk operasi) apakah sudah ada perbaikan?

**Answer :**

Hal ini memang sedikit susah karena kita pada prinsipnya adalah efisiensi layanan, bukan mengurangi layanan namun mengembalikan ke yang seharusnya. Biasanya memang di kasus bedah, misalnya yang harusnya bedah ringan yang cukup memakai anasthesi local namun permintaannya memakai anasthesi general (total).

**Question :**

Yang pernah saya baca, tarif bedah lahir (sekitar 2 juta) dengan bedah daging kecil masih lebih mahal tariff bedah daging kecil, tetapi itu peraturan tahun 2016. Saya mendapat cerita dari salah satu teman dokter bahwa ini jadi polemik dengan BPJS, namun ternyata yang menyusun INA CBGs ini bukan BPJS. Namun karena hubungannya dengan BPJS maka yang disalahkan BPJS.

**Answer :**

Mengapa ada perbedaan biaya operasi cesar dan bedah ringan, itulah fungsi dari verifikator kita. Ini kan tidak masuk akal. Misalkan saja kasus bedah ringan tadi, kita sebenarnya tidak membayar sebesar itu, yang benar adalah sekian namun itulah yang menjadi bahan protes dari dokter. Artinya kalau kita penuh maka biaya akan melonjak. Kadang-kadang ada sebagian masyarakat yang tidak bisa menyelesaikan pembayaran itu juga menjadi masalah bagi kita tidak bisa segera membayarkan, namun apabila kita percepat dengan Bridging juga

menjadi masalah apalagi kalau semua bual kita juga akan terantuk. Kita tetap berusaha membayar tepat waktu dan claim rumah sakit juga sesuai dengan verifikasi, disetujui, dan tepat waktu.

Terkadang antara di depan dengan yang diinfokan dengan keuangan itu berbeda; ini yang muncul di masyarakat.

**Question :**

Membahas masalah dokter sudah kemudian kita juga sudah membahas defisit. Ada salah satu wacana tentang cost sharing, itu bagaimana pak?

**Answer :**

Biasanya di layanan rawat inap, Cost Sharing itu begini, di INA CBGs kan sudah dibuatkan tariff paket, dari peserta mungkin pada saat registrasi kamar mengajukan kenaikan kelas maka akan diinfokan cost sharing sekian. Bagaimana juga rumah sakit (swasta) kan memiliki tariff tersendiri, kecuali rumah sakit pemerintah, kadang lebih murah kadang lebih mahal. Kalau lebih murah kan dia diuntungkan, tapi kalau lebih mahal dari INA CBGs maka harus diinfokan kepada peserta perihal Cost Sharing. Apabila peserta tidak apa maka tidak ada masalah, apabila tidak setuju maka pihak rumah sakit akan mengantar ke rumah sakit lain yang sesuai dengan permintaan peserta tersebut.

Cost Sharing terjadi apabila layanan paket yang tersedia melebihi paket yang dijamin dan itu sudah terjadi di lapangan. Cost Sharing sudah ada sejak lama. Memang harus diketahui di awal, karena kalau tidak maka peserta akan complain.

**Question :**

Apabila Cost Sharing ini sudah ditetapkan sejak lama maka seharusnya peserta juga sudah banyak yang tahu.

**Answer :**

Sudah tahu benar. Contoh kasus di UGD diterima sebagai pasien JKN, ketika proses dari UGD ke pemesanan harus ada admini, nanti akan ditanyakan mau sesuai dengan haknya atau menambah kelas. Kalau ternyata kelas yang merupakan haknya itu sedang tidak ada pada hari itu dan adanya kelas diatas atau dibawah maka harus diinformasikan sehingga terjadi kesepakatan.

Kebetulan saya bukan di pelayanan tetapi di kepesertaan, tapi memang pernah terjadi dahulu kasus dimana hari rawat inapnya dibatasi. Itu mungkin langkah rumah sakit untuk menyesuaikan dengan tariff INA CBGs, apabila di tariff tersebut ketemu sekian hari maka lebih dari sekian hari tersebut disuruh pulang, padahal itu tidak boleh menurut Permenkes. Lebih baik ditawarkan cost sharing.

**Question :**

Apakah skema cost sharing itu dapat mengurangi defisit anggaran BPJS?

**Answer :**

Sebenarnya kalau dibuat rata maka cost sharing ya segitu-gitu saja. Yang mengurangi defisit adalah kalau kita mengurangi Fraud. Defisit kalau menurut saya sudah jelas, asumsinya seluruh penduduk terdaftar dibuat rata-rata kelas 3, katakanlah dari semua itu terkumpul 5M namun yang dikeluarkan biaya 7M, yang 2 M ini kan defisit. Keinginan Bu Sri Mulyani adalah bagaimana cara defisit 2 M ini tidak bertambah lebar, karena 2M ini biarkan menjadi beban pemerintah. Apabila defisit ini melebar maka mau tidak mau akan ada kebijakan kembali dari Presiden sehingga menjadi beban.

Untuk itu kolektivitas harus tetap lancar dan penambahan peserta baru harus selalu ada.

**Question :**

Dikatakan mau diambil pajak cukai rokok?

**Answer :**

Itu adalah salah satu kebijakan. Disisi lain itu mungkin juga sosialisasi perusahaan untuk mengurangi defisit.

**Question :**

Sekarang BPJS banyak mengurangi layanan, apakah itu juga salah satu cara untuk mengurangi defisit anggaran?

**Answer :**

Jadi sebenarnya kita tidak mengurangi layanan, kita hanya mengembalikan layanan ke yang seharusnya yaitu memaksimalkan layanan. Seperti yang pernah dikatakan oleh pak Dirut di Metro TV, jadi contohnya Operasi cesar kebutuhan seharusnya itulah yang kita jamin bukan apa yang dikatakan dokternya. Misalnya untuk penyakit katarak harusnya 500.000 tapi

klaimnya 1 juta, padahal dengan 500.000 sebenarnya sudah sembuh. Kita mengoptimalkan pemanfaatan biaya.

**Question :**

Ini pertanyaan terakhir tentang hubungan BPJS dengan asuransi swasta. Bagaimana hubungan BPJS dengan asuransi swasta?

**Answer :**

Kalau mereka yang berkecimpung di dunia asuransi itu saling bersinergi, istilahnya adalah COB (Coordination of Benefit) (koordinasi manfaat). Pada COB, mau tidak mau BPJS menjadi penanggung pertama. Sebenarnya asuransi swasta adalah tidak murni asuransi kesehatan, namun asuransi jiwa prosesnya berupa asuransi berjangka yaitu dalam bentuk tunjangan hari tua, atau tunjangan kematian. Kalau mereka menggunakan premi untuk tabungan kesehatan nanti akan mengurangi investasi yang ada di sini karena sebagian besar sudah ada di BPJS Kesehatan. Mereka juga mengamankan dana dari nasabah mereka (investasinya aman). Jadi tidak ada kendala

**Question :**

Saya mendapat kabar dari teman saya di pihak asuransi swasta, dengan adanya BPJS, pengetahuan masyarakat mengenai asuransi meningkat. Dulu asuransi swasta perlu kerja keras dalam mengedukasi masyarakat akan pentingnya asuransi namun dengan adanya BPJS, asuransi swasta pun menjadi terbantu.

**Answer :**

Dengan adanya JKN, disamping dananya aman mereka juga bisa mengambil asuransi jangka panjang melalui asuransi swasta. Jadi nantinya Cost sharingnya bukan dari kantong sendiri tapi dari asuransi lain. Sehingga saling melengkapi, bukan bersaing.

# STUDI EKSPLORASI PEMICU BIAYA KESEHATAN DALAM RANTAI NILAI HUBUNGAN INDUSTRI FARMASI DAN PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Noorlailie Soewarno 1)  
Bambang Tjahjadi 2)  
Isnalita 3)

1 Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Airlangga  
noorlailie-s@feb.unair.ac.id

2 Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Airlangga  
bambang.tjahjadi@feb.unair.ac.id

3 Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Airlangga  
isnalita@feb.unair.ac.id

## Abstract

*Phase I in this research revealed that the high cost of health care in Indonesia was triggered by high drug costs, medical service fees, and hospital governance. The Phase II in this study will explore the triggers of costs on the value chain governance of health service providers, the health insurance industry and the government.*

*The primacy of this research is that it is able to map the cost triggers of health cost inefficiencies in Indonesia with the scope of the relationship between industry players of health care providers, the health insurance industry, and the government. Specifically, this study maps the value chain contained in the relationship between rent seekers and regulators. Thus, this study is expected to be able to identify the triggers of strategic cost drivers that have caused health costs in Indonesia to be considered inefficient. Furthermore, knowing the triggers of strategic costs, it is expected that tangled threads of inefficiency in health costs in Indonesia are easier to decompose, making it easier to manage health costs more professionally and not harm the community.*

*This study was designed as a qualitative research with a type of single case study that is exploratory. The unit of analysis of this research is health costs in Indonesia. The informants who will be involved in this study are actors in the health industry, namely: (1) hospital management, (2) management of private health insurance companies and BPJS, (3) the government as a regulator. Because this research is exploratory, there is no formulated proposition. Propositions may be produced precisely at the end of this research as answers to existing problems and will be used as recommendations to the government and parties related to the management of health services in Indonesia.*

*Keywords : biaya kesehatan, asuransi kesehatan, rantai nilai hubungan, industri farmasi, penyedia layanan kesehatan.*

## 1. PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Tak bisa dipungkiri lagi bahwa kesehatan merupakan masalah sangat penting dalam kehidupan manusia. Tanpa kesehatan, kehidupan manusia tidak dapat berjalan secara optimal. Oleh karena itu, untuk menjaga tetap

sehat maka setiap orang memerlukan biaya kesehatan. Dengan demikian, kesehatan telah menjadi masalah dunia. Di ASEAN, rata-rata biaya kesehatan masih relatif rendah, yaitu di bawah angka 4% dari GDP. Bandingkan dengan standar biaya kesehatan OECD yang sebesar 12% (Lock, 2013).



Di Indonesia, masalah kesehatan merupakan hal yang penting setelah masalah pendidikan. Sayangnya, biaya kesehatan di Indonesia masih tergolong paling kecil dibanding negara-negara ASEAN lainnya. Besarnya biaya kesehatan Indonesia 2013 berkisar 3% dari GDP, relatif paling kecil dibandingkan dengan Malaysia (3,9%), Thailand (3,9%), Filipina (4,6%), dan Singapura (4,7%). Bila GDP Indonesia 2013 sebesar 868,35 milyar USD, maka biaya kesehatan berkisar 26 milyar USD.

Penelitian yang dilakukan tim peneliti pada tahap I berfokus pada tata hubungan penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) dengan industri farmasi dan menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:

1. Mengapa biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien?
2. Bagaimana rantai nilai (*value chain*) pada hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?
3. Apa yang menjadi pemicu-pemicu biaya kesehatan pada hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?
4. Mengapa timbul pemicu-pemicu biaya kesehatan pada rantai nilai hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?
5. Berapa besar taksiran margin kenaikan biaya kesehatan pada rantai nilai hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?

Penelitian Tahap I mengungkapkan bahwa mahalny biaya kesehatan di Indonesia dipicu oleh tingginya biaya obat, biaya jasa tenaga medis, dan tata kelola rumah sakit. Pada penelitian Tahap II akan dieksplorasi pemicu biaya pada tata hubungan rantai nilai penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah.

Keutamaan penelitian ini adalah mampu memetakan pemicu-pemicu biaya penyebab inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia dengan lingkup hubungan antara pemain industri penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah. Secara spesifik, penelitian ini memetakan rantai nilai yang terdapat pada hubungan para pemburu rente (*rent seeker*) dan regulator tersebut. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan mampu mengidentifikasi pemicu-pemicu biaya strategis (*strategic cost drivers*) yang telah menyebabkan biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien. Selanjutnya, dengan diketahuinya pemicu-pemicu biaya strategis, diharapkan benang kusut inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia lebih mudah diurai sehingga memudahkan mengelola biaya kesehatan secara lebih profesional dan tidak merugikan masyarakat.

### 1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian, maka masalah penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana rantai nilai (*value chain*) pada tata hubungan antara penyedia

- layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah?
2. Apa yang menjadi pemicu-pemicu biaya strategik (*strategic cost drivers*) pada hubungan antar pemain di industri kesehatan tersebut (penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan dan pemerintah)?
3. Mengapa timbul pemicu-pemicu biaya kesehatan (*root cause*) pada rantai nilai hubungan antar pemain di industri kesehatan (penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah)?

## 2. METODE PENELITIAN

### 2.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini dirancang sebagai penelitian kualitatif dengan jenis studi kasus tunggal yang bersifat *exploratory*. Unit analisis penelitian ini adalah biaya kesehatan di Indonesia. Narasumber informan yang akan dilibatkan dalam penelitian ini adalah pelaku di industri kesehatan, yaitu: (1) manajemen rumah sakit, (2) manajemen perusahaan asuransi kesehatan swasta dan BPJS, (3) pemerintah sebagai regulator. Karena penelitian ini bersifat *exploratory*, maka tidak ada proposisi yang diformulasikan. Proposisi mungkin akan dihasilkan justru pada akhir penelitian ini sebagai jawaban atas masalah yang ada sekaligus akan dipakai sebagai rekomendasi kepada pemerintah dan pihak-pihak yang terkait dengan pengelolaan jasa kesehatan di Indonesia.

Biaya kesehatan secara makro dapat ditinjau dari perspektif pola hubungan antar pelaku atau pemain dalam industri kesehatan yang dapat memicu biaya kesehatan. Masing-masing pola hubungan antar pemain akan dieksplorasi dengan menggunakan teori-teori yang telah disampaikan sebelumnya.

### 2.2. Pertanyaan Penelitian

Fokus penelitian ini terletak pada pertanyaan penelitian:

1. Bagaimana rantai nilai (*value chain*) pada tata hubungan antara penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah?
2. Apa yang menjadi pemicu-pemicu biaya strategik (*strategic cost drivers*) pada hubungan antar pemain di industri kesehatan tersebut (penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan dan pemerintah)?
3. Mengapa timbul pemicu-pemicu biaya kesehatan (*root cause*) pada rantai nilai hubungan antar pemain di industri kesehatan (penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah)?

### 2.3. Model Penelitian

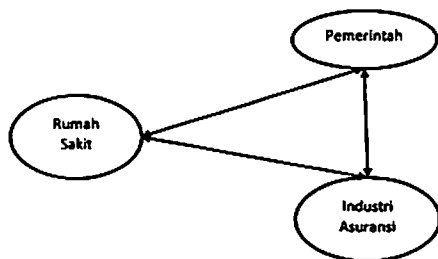
Pola hubungan antar pemain dalam industri kesehatan yang akan diteliti digambarkan pada gambar 2.1. Beberapa pemain utama tersebut meliputi: (1) penyedia layanan kesehatan (rumah sakit, laboratorium, apotek), (2) dokter dan pelayan medis lainnya, (3) perusahaan farmasi, (4) pemasok sarana dan prasarana kesehatan, (5) asuransi (milik

pemerintah dan swasta), dan (6) pemerintah sebagai regulator berhubungan satu sama lain dengan pola hubungan yang unik.

Pola hubungan unik tersebut dijelaskan melalui teori keagenan yang pada akhirnya memunculkan perlunya good governance, yaitu tata kelola yang baik dan mampu mengatur pola hubungan berdasar prinsip fairness, accountability, responsibility, transparency, dan independence. Pola hubungan tersebut juga diteliti dengan perspektif pemicu biaya strategis, yaitu pemicu biaya struktural maupun pemicu biaya eksekusional.

Gambar 2.1

Tata Hubungan Pemain Industri Kesehatan



Sumber : Data Diolah

### 2.4. Teknik Analisis

Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini mencakup analisis data model interaktif yang terdiri dari pengkodean data (data coding), reduksi data, penyajian data, analisis data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi sebagai suatu proses yang saling terjalin satu dengan lainnya, seperti dikemukakan oleh Miles dan Huberman (1992) dan Neumann (2006). Hasil penelitian diharapkan dapat menghasilkan sebuah

proposisi dan atau hasil final sebagai rekomendasi kepada para pemain, terutama pemerintah yang bertindak sebagai regulator dalam mengelola jasa kesehatan di Indonesia.

### 2.5. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui 2 (dua) sumber utama, yaitu:

#### (1) Informan

Data yang diperlukan untuk penelitian diperoleh dari informan yang terdiri dari manajemen rumah sakit, manajemen perusahaan asuransi kesehatan swasta dan BPJS, pejabat pemerintah bidang kesehatan. In-depth interview dilakukan dengan informan yang memiliki pengalaman lebih dari 5 tahun di bidangnya sehingga dipertimbangkan memiliki pengetahuan cukup dalam memberikan informasi tentang isu-isu utama penelitian ini.

#### (2) Dokumentasi (archival data)

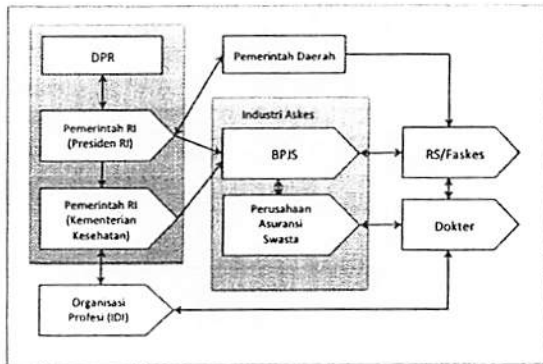
Data penelitian juga diperoleh dari dokumen-dokumen yang berasal dari media cetak maupun berbagai situs world-wide web. Data tersebut dianalisis dan disarikan untuk menjawab isu-isu utama penelitian sekaligus sebagai pendukung data yang diperoleh dari informan.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 3.1. Rantai Nilai (Value Chain) Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan (Rumah Sakit) dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah

Rantai nilai hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah dapat digambarkan pada Gambar 3.1 berikut :

Gambar 3.1.  
Rantai Nilai Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan & Pemerintah



Sumber : Data Diolah

Pemerintah dalam hal ini Presiden memberikan kewenangan kepada BPJS baik Kesehatan dan Ketenagakerjaan sebagai pengelola dana dan penyelenggara program JKN karena memiliki pengetahuan, pengalaman, data dan informasi. Data dan informasi tersebut digunakan sebagai sumber perumusan kebijakan dan peraturan terkait JKN yang menjadi tugas Kementerian Kesehatan sebagai regulator. Regulasi dan kebijakan terkait JKN akan diawasi dikontrol dan diawasi oleh DPR khususnya Komisi IX dari sisi anggaran nasional maupun layanan publiknya.

Pelaksanaan program JKN agar dapat berlangsung dengan baik memerlukan kerjasama dengan rumah sakit dan dokter, dalam hal ini rumah sakit berperan sebagai operator, harapan kedepan kepuasan peserta makin meningkat dan meminimalisir fraud.

Disamping itu untuk mensukseskan penyelenggaraan JKN diperlukan dukungan dari pemerintah daerah berupa validitas data kependudukan untuk pengalokasian anggaran daerah untuk JKN, serta penyediaan sarana,

prasarana dan SDM kesehatan. Sehingga target untuk memenuhi Universal Health Coverage pada tahun 2019 dapat terpenuhi dengan adanya peran dan fungsi dari masing-masing pihak.

### 3.2. Pemicu-Pemicu Biaya Strategik (Strategic Cost Drivers) Pada Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah.

Masing-masing rantai nilai memiliki pemicu biaya strategik (strategic cost driver), baik secara struktural maupun eksekusional. Berikut akan dibahas masing-masing peran pemain dan kontribusinya atas biaya strategik tersebut.

#### 3.2.1. Pola Hubungan Pemerintah dengan Industri Asuransi Kesehatan

Pada tahun 1992 Pemerintah bersama Dewan Perwakilan Rakyat telah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 dan UU no. 40 tahun 2014, tentang usaha perasuransian. Menyusul terbitnya Undang-Undang yang mengatur tentang usaha perasuransian, terbit pula berbagai peraturan pelaksanaan dari berbagai lembaga terkait, seperti Departemen Keuangan Republik Indonesia, dan sebagainya.

Asuransi menghimpun dana masyarakat dari premi para peserta atau para pemegang polis. Dana yang terakumulasi dari masyarakat ini ditempatkan di lembaga-lembaga pengelola dana yang tentunya akan memberikan stimulasi bagi lembaga usaha lainnya untuk melaksanakan kegiatannya. Dana yang terhimpun dari pembayaran premi ini, dalam jangka panjang akan membentuk cadangan

simpanan yang sangat bermanfaat bagi penunjang kegiatan dunia usaha dan dunia industri.

Asuransi dapat digunakan sebagai indikator kemakmuran suatu negara. Indikator tersebut dapat dilihat melalui jumlah pemegang polis maupun jumlah dana yang berhasil dikumpulkan dari masyarakat melalui pembayaran premi asuransi. Di negara-negara yang sudah maju, bahkan industri jasa asuransi justru sebagai pemilik lembaga perbankan dan perusahaan jasa penerbangan. Dengan demikian dapat diindikasikan bahwa kemajuan bidang jasa asuransi akan mendorong terciptanya industri lainnya.

Industri asuransi yang tumbuh dan berkembang akan memberikan manfaat yang besar baik bagi pemerintah maupun bagi masyarakat. Bagi Pemerintah, tumbuh dan berkembangnya industri asuransi membantu mengurangi tingkat pengangguran, penyerapan dana masyarakat yang berkelanjutan dan sebagai kontributor penyector pajak. Di sisi lain bagi masyarakat, apabila industri asuransi maju akan membuka peluang kerja yang sangat besar. Tenaga kerja yang terserap bukan hanya yang terkait langsung dengan perusahaan asuransi, akan tetapi juga tenaga kerja yang terserap pada sektor usaha pendukung dan usaha penunjang lainnya. Dengan kata lain tumbuh dan berkembangnya industri asuransi akan memberikan manfaat yang luas bagi negara.

Pelayanan kesehatan masyarakat merupakan salah satu relisasi kebijakan Pemerintah di

bidang kesejahteraan masyarakat. Kebijakan Pemerintah dalam bidang pelayanan kesehatan dituangkan melalui Asuransi Kesehatan/Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kemudian hal ini dituangkan dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, dimana BPJS ditunjuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia.

Menurut Arief Suryono (2008) ; “Asuransi kesehatan (Askes) merupakan asuransi yang obyeknya jiwa. Tujuan asuransi kesehatan adalah memeralihkan risiko biaya sakit dari tertanggung kepada penanggung. Sehingga kewajiban penanggung adalah memberikan biaya atau pelayanan perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit”.

Sedangkan menurut Sulastomo (2000), “Sistem asuransi kesehatan bertujuan untuk melindungi masyarakat dari kesulitan (ekonomi) dalam pembiayaan pelayanan kesehatan”.

Hal inipun juga diungkapkan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) yaitu ; “Kita adalah badan yang dirangai pemerintah yang mengacu pada undang-undang SJS (Sistem Jaminan Sosial). Ada 2: BPJS Kesehatan yang mengurus masalah kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan peralihan dari Jamsostek. BPJS adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden, bukan dibawah Kementerian Kesehatan. Kita adalah pengelola dana sementara Kementerian Kesehatan sebagai regulator dan operatornya adalah rumah sakit”.

Ada beberapa kendala yang selama ini dihadapi BPJS Kesehatan dalam hubungannya dengan pemerintah, jika ada kendala akan dilakukan kajian ulang akan regulasi sehingga tidak semakin meluas kendalanya. Hal ini diutarakan oleh bapak Hendra (Staf

Kepatuhan – BPJS Kesehatan) sebagai berikut ;

“Apabila salah satu regulasi berlaku maka kita mengacu pada regulasi itu. Ketika regulasi tersebut dirasa kurang pas maka akan dibahas di pusat. Yang penting bagaimana regulasi yang tidak pas ini tidak mengurangi standart layanan kesehatan, paling tidak harus ada solusinya sehingga gejala tidak semakin melebar.”

### 5.2.2. Pola Hubungan DPR dan Pemerintah dengan BPJS Kesehatan

Menurut Wikipedia; Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Sesuai Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba. Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 giliran PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Lembaga ini bertanggung jawab terhadap Presiden. BPJS berkantor pusat di Jakarta, dan bisa memiliki kantor perwakilan di tingkat provinsi serta kantor cabang di tingkat kabupaten kota (sumber :

[https://id.wikipedia.org/wiki/Badan\\_Penyelenggara\\_Jaminan\\_Sosial](https://id.wikipedia.org/wiki/Badan_Penyelenggara_Jaminan_Sosial)).

Implementasi Program JKN-KIS, sudah memasuki tahun ke-5 di tahun 2018 dan tepat 31 Desember 2017 jumlah peserta JKN-KIS sudah mencapai 187.982.949, artinya jumlah masyarakat yang telah mengikuti Program JKN-KIS hampir mencapai 72,9% dari jumlah penduduk Indonesia. Diharapkan bila diselaraskan dengan arah kebijakan dan strategi nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2019, cakupan kepesertaan minimal mencakup 95% pada tahun 2019. Namun bukan hanya dari aspek cakupan kepesertaan saja, saat ini masalah-masalah yang dihadapi BPJS Kesehatan meliputi pelayanan di rumah sakit, dan biaya operasional.

Berdasarkan hal tersebut keberlangsungan program ini menjadi tantangan dan diharapkan beberapa lembaga negara yang diinstruksikan oleh Presiden dalam Inpres mampu saling menguatkan koordinasi dan mampu berperan sesuai dengan kewenangannya. Oleh karena itu Presiden Joko Widodo menerbitkan Instruksi Presiden Nomor 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dimana memerintahkan 11 lembaga negara untuk mengambil langkah sesuai kewenangannya dalam rangka menjamin keberlangsungan dan peningkatan kualitas Program JKN-KIS. 11 pimpinan lembaga negara itu terdiri dari Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan

Kebudayaan (PMK), Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri, Menteri Sosial, Menteri BUMN, Menteri Ketenagakerjaan, Menteri Komunikasi dan Informatika, Jaksa Agung, Direksi BPJS Kesehatan, Gubernur, Bupati dan Walikota. Instruksi tersebut tentu saja harus diimplementasikan oleh semua pihak yang berkepentingan termasuk oleh BPJS Kesehatan. Ditambah peran dari berbagai pemangku kepentingan seperti fasilitas kesehatan, organisasi profesi, asosiasi terkait, media massa, serta masyarakat untuk memberi masukan konstruktif dan mendukung implementasi Program JKN-KIS.

Dalam 5 tahun terlaksananya kinerja BPJS, badan tersebut tidak luput dari berbagai macam permasalahan. Diantaranya berasal dari dalam diri BPJS sendiri yaitu badan ini selalu mengalami defisit sejak tahun 2014 (Utama, 2017), bahkan di tahun 2017, defisit tersebut sudah mencapai 9,75 triliun rupiah (Aldin, Lampau Prediksi, Defisit BPJS Kesehatan 2017 Capai Rp 9,75 Triliun, 2018). Disebutkan oleh berbagai sumber, penyebab dari terjadinya defisit yang tinggi ini diantaranya adanya potensi kecurangan (fraud) oleh penyedia layanan medis (Utama, 2017; Selviany, 2018), kurangnya kedisiplinan peserta dalam pembayaran iuran bulanan (Hukum Online, 2015), jumlah peserta yang masih rendah (Aldin, Perusahaan Peserta BPJS Ketenagakerjaan Sangat Minim, 2018), sampai besarnya biaya pengobatan bagi peserta penderita penyakit katastropik yang memakan hampir 20% total anggaran BPJS (Daulay, 2017). Dalam mengatasi

permasalahan ini, pihak BPJS mencanangkan beberapa opsi yaitu penyuntikan dana tambahan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), pemanfaatan pajak rokok, anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) khusus untuk JKN (Deny, 2017), dan Cost Sharing bagi peserta JKN yang mampu atau mandiri (Kompas, 2017).

Hubungan BPJS dengan DPR khususnya Komisi IX terkait anggaran nasional dan layanan publik, saat ini tercipta hubungan yang harmonis. Jika ada kendala di lapangan Komisi IX juga melakukan pengendalian dan pengawasan. Hal ini diutarakan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) yaitu ;

“Iya memang komisi IX melakukan kontroling dan pengawasan. Tugasnya adalah mensosialisasikan dan memperkuat program jaminannya. Jadi akan ada evaluasi yang dikoordinasikan dengan dewan pengawas dan disampaikan ke pihak direksi.”

### 5.2.3. Pola Hubungan Kementerian Kesehatan dengan BPJS Kesehatan

Selaku lembaga profesional di bidang jaminan sosial, BPJS memiliki pengetahuan, pengalaman dan data serta informasi yang sangat diperlukan dalam perumusan kebijakan dan peraturan perundangan di bidang jaminan sosial, bahkan di bidang-bidang lain yang terkait misalnya ketenagakerjaan, pelayanan kesehatan, penanggulangan kecelakaan kerja. Sebaliknya, BPJS memerlukan dukungan kebijakan dan regulasi yang dirumuskan atau dibentuk oleh Kementerian terkait guna menjaga keamanan dan keberlangsungan penyelenggaraan program jaminan sosial.

Oleh karenanya, tercipta hubungan fungsional antara BPJS dengan berbagai Kementerian terkait, antara lain yang membidangi urusan penyelenggaraan jaminan sosial, ketenagakerjaan, kesehatan, sosial, dan lainnya.

BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan membangun sistem kesehatan nasional, integrasi pelayanan kesehatan perorangan dengan pelayanan kesehatan masyarakat, pembangunan mutu pelayanan kesehatan, pembangunan sumber daya manusia kesehatan, penyediaan dan pemerataan fasilitas kesehatan dan perbekalan kesehatan, pengendalian harga pelayanan kesehatan, harga obat dan harga alat kesehatan, penanggulangan bencana, penanggulangan penyakit menular, dll.

Seperti yang dikemukakan diatas bahwa dalam pelaksanaannya program JKN – KIS dalam 5 tahun terakhir ini terdapat beberapa kendala sehingga Presiden menerbitkan Inpres pada 11 lembaga negara diantaranya Kementerian Kesehatan. Pada Inpres tersebut Presiden menginstruksikan pada Menteri Kesehatan untuk mengevaluasi, mengkaji dan menyempurnakan regulasi terkait pelayanan kesehatan program JKN. Juga menyempurnakan tarif pelayanan kesehatan sesuai prinsip kendali mutu dan biaya; menyempurnakan program rujuk balik dan menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan bagi peserta JKN; mengkaji dan menyempurnakan sistem pembiayaan penyakit katastropik; dan menjamin ketersediaan sarana dan prasarana serta SDM

pada fasilitas kesehatan (faskes) bersama pemerintah daerah (Pemda), Polri dan TNI serta swasta.

Kementerian Kesehatan berperan sebagai regulator sedangkan BPJS Kesehatan sebagai pengelola dana. BPJS Kesehatan berfokus pada bagaimana agar kepuasan peserta dari tahun ke tahun semakin meningkat. Sebagai regulator Kementerian Kesehatan melakukan evaluasi atas kinerja operator (rumah sakit, dll) sehingga tujuan untuk memberikan kepuasan peserta dapat tercapai dengan adanya sinergi antar lembaga.

#### 5.2.4. Pola Hubungan Pemerintah Daerah dengan BPJS Kesehatan

Pembangunan sistem jaminan sosial nasional termasuk salah satu urusan yang didesentralisasikan kepada Pemerintah Daerah (Pasal 22 huruf h UU No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah). Hubungan BPJS dengan Pemerintah Daerah terjalin antara lain dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan program jaminan sosial di era desentralisasi dan otonomi daerah, integrasi data PNS Daerah dengan data Kepesertaan Jaminan Sosial, penyelenggaraan sistem kesehatan daerah.

Seperti yang dikemukakan diatas bahwa dalam pelaksanaannya program JKN – KIS dalam 5 tahun terakhir ini terdapat beberapa kendala sehingga Presiden menerbitkan Inpres pada 11 lembaga negara diantaranya Pemerintah Daerah. Pada Inpres tersebut Presiden menginstruksikan pada Pemerintah Daerah (Gubernur, Bupati dan Walikota)



untuk meningkatkan pembinaan dan pengawasan kepada Bupati dan Walikota dalam melaksanakan JKN; mengalokasikan anggaran untuk pelaksanaan JKN; memastikan Bupati dan Walikota mengalokasikan anggaran serupa, dan mendaftarkan seluruh penduduknya sebagai peserta JKN; menyediakan sarana dan prasarana, serta SDM kesehatan di wilayahnya; memastikan BUMD mendaftarkan pengurus dan pekerja serta anggota keluarganya dalam program JKN sekaligus pembayaran iurannya. Selain itu Gubernur diinstruksikan untuk memberikan sanksi administratif berupa tidak mendapatkan pelayanan publik tertentu kepada pemberi kerja yang tidak patuh dalam pendaftaran dan pembayaran iuran JKN.

Program JKN juga melibatkan Pemerintah Daerah untuk bersinergi mencapai Universal Health Coverage sekitar 90%, meski saat ini belum maksimal namun diharapkan di tahun 2019 target tersebut tercapai dan tentunya sinerginya bisa berjalan bersama. Hal ini seperti diungkapkan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) yaitu ;

....“Program JKN ini kan tidak hanya melibatkan BPJS dengan Kementerian Kesehatan namun juga pemerintah daerah dan kejaksaan untuk bekerjasama, namun memang belum maksimal sehingga kita terlihat berjalan sendiri, yang seharusnya memang berjalan bersama. Untuk mencapai Universal Health Coverage kita sedang berupaya mencapai target kesehatan 2019 yaitu seluruh masyarakat Indonesia sebagai peserta. Untuk mengejar kearah sana, diperlukan koordinasi dengan pemerintah daerah untuk menyisir data-data penduduk mana yang belum terdaftar diantaranya pekerja atau warga yang kurang mampu”.

Kerjasama dengan pemerintah daerah ini diharapkan juga akan memberikan solusi bagi program JKN terkait pendanaan peserta. Pengumpulan data kependudukan yang valid akan memudahkan pemerintah daerah dalam memberikan kuota yang masuk anggaran pemerintah daerah. Hal ini seperti dikutip dari hasil wawancara dengan bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) ;

...“jadi kalau sudah ditemukan data yang valid, pemerintah daerah akan memberikan kuota yang masuk dalam anggaran pemerintah. Misalkan wilayah Mojokerto yang sudah masuk APBN berapa (misal 1 juta dari anggaran 5 juta) kemudian pekerja (1 juta), apabila anggaran tidak cukup maka kuotanya hanya sebagian”.

Disamping itu diharapkan dengan adanya database yang valid tersebut akan mengurangi jumlah fraud yang terjadi.

#### 5.2.5. Pola Hubungan BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit

Sebagaimana dalam Pasal 36 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2003 tentang Jaminan Kesehatan “Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan”. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan. Pelaksanaan pelayanan BPJS Kesehatan menggunakan sistem rujukan berjenjang, peserta diharuskan melalui

fasilitas kesehatan tingkat pertama. Setiap peserta BPJS Kesehatan tidak boleh langsung berobat ke rumah sakit kecuali dalam keadaan gawat darurat medis. Sehingga rumah sakit kini melayani kesehatan masyarakat terbatas pada rujukan tingkat lanjutan setelah fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Selama perjalanan pelaksanaan program JKN tersebut banyak kendala yang ditemukan antara BPJS Kesehatan dengan pihak Rumah Sakit. Beberapa kendala yang dihadapi Rumah Sakit menurut Nida Amalia Hasanah (2017;12) yaitu (1) Peraturan yang dinamis dan berlaku surut; (2) Pelayanan kesehatan melalui sistem rujukan bertingkat belum berjalan dengan baik; (3) Sistem pelayanan kesehatan rujukan tidak sesuai dengan kondisi FKTP yang tidak siap sedia sewaktu-waktu; (4) Pencairan klaim dari BPJS Kesehatan tidak tepat waktu; (5) Sistem tarif INA CBG's dirasa berat untuk rumah sakit swasta.

Sedangkan kendala pihak BPJS Kesehatan menurut Nida Amalia Hasanah (2017;12) antara lain: (1) Perbedaan persepsi koding antara kode rumah sakit dengan BPJS Kesehatan; (2) Rendahnya kesadaran rumah sakit dan peserta memahami peraturan JKN; (3) Perbedaan penafsiran mengenai peraturan yang berlaku; (4) Petugas bagian entry data di rumah sakit belum memahami sistem klaim menggunakan INA CBG's.

Untuk mengatasi kendala-kendala tersebut diatas menurut Nida Amalia Hasanah

(2017;12) pihak BPJS Kesehatan telah mengupayakan beberapa hal yaitu; (1) rumah sakit dapat mengajukan keberatan ke Kemenkes terkait permasalahan peraturan dinamis dan berlaku surut serta keberatan dengan sistem tarif INA CBG's khususnya untuk rumah sakit swasta; (2) menunda pengobatan ke rumah sakit hingga puskesmas buka bagi pasien bukan kegawatan; (3) BPJS Kesehatan menyediakan ruangan khusus bernama ruang edukasi ditujukan ke peserta jadi sambil menunggu antrian bisa masuk ke ruangan edukasi; (4) pencairan klaim bermasalah maka petugas verifikator BPJS kesehatan berdiskusi dengan tim verifikator rumah sakit.

Selain itu untuk mengatasi kendala-kendala terkait hubungannya dengan rumah sakit, BPJS Kesehatan akan melakukan komunikasi secara intensif dengan PERSI. Adanya komunikasi yang intensif tersebut diharapkan dapat meminimalisir fraud serta meningkatkan kepuasan peserta, serta tercipta sinergi bersama untuk mensukseskan program nasional JKN.

#### 5.2.6. Pola Hubungan BPJS Kesehatan dengan Dokter

Empat tahun sudah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diberlakukan. Tapi, sebagian peserta masih belum menikmati fasilitas kesehatan yang prima. Di beberapa tempat, jumlah peserta jauh melebihi dokter yang tersedia. Bahkan, belum semua fasilitas

kesehatan tingkat pertama (FTKP) memiliki dokter umum.

Direktur Pelayanan BPJS Dr Maya A Rusady, M.Kes, AAK, pada rakernas 1 Maret 2017 (<http://validnews.co/>). Secara nasional, rasio jumlah dokter dan peserta JKN sebesar 1 : 4.746. Terlihat telah memenuhi rasio ideal 1 : 5.000, namun penyebaran dokter memang belum merata. Pada beberapa FTKP, rasionya bisa lebih dari ideal, namun pada FTKP lain, rasionya bisa sangat tak ideal.

Untuk menangani rasio yang tak sesuai dengan rasio ideal, BPJS bakal menerapkan pemerataan peserta secara bertahap. Peserta pada puskesmas dengan jumlah peserta tinggi akan dipindahkan ke puskesmas lainnya.

Disamping ada beberapa survei yang dilakukan oleh salah satu media daring ([www.dokterpost](http://www.dokterpost)) terhadap tenaga medis (dokter umum, dokter spesialis dan tenaga kesehatan lainnya). Diketahui bahwa dari rentang 1-10, angka rata-rata yang diberikan responden adalah 2,5. Hanya satu responden yang memberikan nilai 10 (Puas). Mayoritas responden, 38 responden, memberi nilai 1 (Tidak Puas). Angka tersebut, meskipun tidak dapat digeneralisir mewakili seluruh aspirasi dokter Indonesia, dapat menggambarkan persepsi yang terbentuk di kalangan dokter dan tenaga kesehatan bahwa BPJS harus meningkatkan performa sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan. Adapun keluhan yang disampaikan responden terkait performa BPJS selama hampir empat tahun ini adalah terkait ; (1) Tarif INA-CBGs,

(2) Sosialisasi Program dan (3) Penurunan Kualitas Obat.

Menurut Hilmi Sulaiman Rathomi (<http://www.pikiran-rakyat.com/>) terdapat 3 peran kunci bagi para dokter di era BPJS. Pertama sebagai manajer di BPJS apapun jabatannya, kedua sebagai verifikator BPJS, dan ketiga sebagai penyedia layanan kesehatan. Kesuksesan program JKN di Indonesia membutuhkan kerjasama dari seluruh elemen masyarakat, termasuk institusi pendidikan kedokteran, diharapkan berperan dalam keberhasilan pelaksanaan JKN. Indikator kesuksesan program ini tentu bukan hanya seluruh penduduk telah menjadi peserta BPJS, namun juga terjaminnya mutu layanan kesehatan bagi masyarakat, meningkatnya kesejahteraan dokter dan tenaga kesehatan selaku penyedia layanan, dan sehatnya tata kelola BPJS sebagai penyelenggara program. Keberadaan dokter-dokter yang mampu menjadi penyedia layanan kesehatan yang kompeten, sekaligus pengelola BPJS yang profesional adalah elemen kunci perbaikan situasi di masa mendatang. Dan hal ini merupakan pekerjaan rumah fakultas kedokteran selaku penghasil sumber daya dokter Indonesia.

Untuk menyelesaikan kendala-kendala terkait hubungannya dengan dokter, BPJS Kesehatan akan melakukan komunikasi secara intensif dengan IDI. Adanya komunikasi yang intensif tersebut diharapkan dapat meminimalisir fraud serta meningkatkan kepuasan peserta, serta tercipta sinergi

bersama untuk mensukseskan program nasional JKN.

Berkaitan dengan tarif INA CBGs di lapangan masih ditemukan banyaknya kendala karena ketidaksamaan penentuan tarif dokter diantaranya. BPJS Kesehatan akan mengupayakan dengan memaksimalkan fungsi verifikator untuk melakukan bridging antar berbagai bagian yang ada di rumah sakit. Sehingga informasi tarif dapat dikomunikasikan secara efektif ke berbagai pihak. Hal ini dikemukakan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) ;

....” jika ada perbedaan tarif maka itu fungsi dari verifikator kita. Ini kan tidak masuk akal. Misalkan saja kasus bedah ringan tadi, kita sebenarnya tidak membayar sebesar itu, yang benar adalah sekian namun itulah yang menjadi bahan protes dari dokter. Artinya kalau kita penuh maka biaya akan melonjak. Kadang-kadang ada sebagian masyarakat yang tidak bisa menyelesaikan pembayaran itu juga menjadi masalah bagi kita tidak bisa segera membayarkan, namun apabila kita percepat dengan bridging juga menjadi masalah. Kita tetap berusaha membayar tepat waktu dan claim rumah sakit juga sesuai dengan verifikasi, disetujui, dan tepat waktu.”

Wacana cost sharing sebagai salah upaya untuk menekan defisit, sebenarnya belum mempunyai pengaruh yang cukup signifikan untuk menekan defisit BPJS Kesehatan. Hal ini dikemukakan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) yaitu ;

“...Sebenarnya kalau dibuat rata-rata maka cost sharing ya segitu-gitu saja. Yang mengurangi defisit adalah kalau kita mengurangi Fraud. Defisit kalau menurut saya sudah jelas, asumsinya seluruh penduduk terdaftar dibuat rata-rata kelas 3, katakanlah dari semua itu terkumpul 5M namun yang dikeluarkan biaya 7M, yang 2 M ini kan defisit. Keinginan Bu Sri Mulyani adalah

bagaimana cara defisit 2M ini tidak bertambah lebar, karena 2M ini biarkan menjadi beban pemerintah. Apabila defisit ini melebar maka mau tidak mau akan ada kebijakan kembali dari Presiden sehingga menjadi beban. Disamping itu kolektivitas harus tetap lancar dan penambahan peserta baru harus selalu ada.”

Disamping wacana cost sharing, juga ada wacana dari BPJS Kesehatan untuk mengurangi layanan, sebenarnya tidak mengurangi layanan namun mengembalikan layanan pada yang seharusnya yaitu memaksimalkan layanan. Hal ini juga diungkapkan oleh bapak Hendra (Staf Kepatuhan – BPJS Kesehatan) sebagai berikut ;

“...Jadi sebenarnya kita tidak mengurangi layanan, kita hanya mengembalikan layanan ke yang seharusnya yaitu memaksimalkan layanan. Misalnya untuk penyakit katarak harusnya Rp 500.000 tapi klaimnya Rp 1 juta, padahal dengan Rp 500.000 sebenarnya sudah sembuh. Kita mengoptimalkan pemanfaatan biaya.”

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tentang pemicu-pemicu biaya strategik (strategic cost drivers) pada hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah. Berdasarkan hasil penelitian pada tahap I diketahui bahwa pemicu tingginya biaya kesehatan untuk penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) adalah tingginya harga obat, mahalnya biaya jasa medis dokter, serta biaya sarana dan prasarana rumah sakit.

Sedangkan pemicu-pemicu biaya strategik (strategic cost driver) dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu jumlah peserta JKN yang

masih dibawah target Universal Health Coverage yaitu seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta JKN pada tahun 2019. Kemudian besarnya biaya pengobatan bagi peserta penderita penyakit katastrofik yang memakan hampir 20% total anggaran BPJS.

Pemicu-pemicu biaya strategik (strategic cost driver) dari sisi pemerintah adalah tingginya biaya birokrasi. Program JKN merupakan program nasional yang melibatkan seluruh rakyat Indonesia, sehingga banyak pihak yang terlibat dalam keberlangsungan program ini.

### 5.3. Pemicu-pemicu Timbulnya Biaya Kesehatan (Root Cause) pada Rantai Nilai Hubungan Antara Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah

Berdasarkan bahasan pada tahap I penelitian ini bahwa tingginya biaya kesehatan di Indonesia disebabkan oleh beberapa hal yaitu harga obat, biaya jasa medis serta inefisiensinya biaya rumah sakit. Akibat dari tingginya biaya kesehatan tersebut berdampak pada tingginya biaya asuransi.

Data Otoritas Jasa Keuangan (OJK) menyebut pada 2016, sekitar 11,8 persen masyarakat Indonesia menggunakan asuransi swasta. Itu berarti sisanya 88,2 persen belum memiliki proteksi dari asuransi. Sementara sekitar 70 persen masyarakat Indonesia telah memiliki BPJS Kesehatan. Terlihat selisihnya yang lumayan besar antara asuransi swasta dan BPJS Kesehatan.

BPJS begitu diminati ketimbang asuransi swasta, karena premi yang dibayarkan lebih

murah daripada premi asuransi swasta. Namun BPJS punya kelemahan khususnya dalam hal layanan.

Ada beberapa perbedaan antara asuransi swasta dan BPJS. Dari sisi premi, jelas BPJS lebih murah. Dari sisi manfaat, cukup bayar iuran BPJS sesuai kelas maka peserta berhak atas manfaat yang diberikan secara lengkap. Berbeda dengan asuransi swasta, makin besar premi yang dibayarkan makin lengkap manfaat yang diberikan.

Sementara dari sisi plafon, BPJS memang tidak memberlakukan limit seperti asuransi. Dari sisi alur proses, peserta BPJS harus ke Puskesmas (Faskes I) terlebih dahulu. Berbeda dengan asuransi di mana peserta asuransi dapat langsung ke rumah sakit (Faskes II). Dari sisi kemitraan dengan rumah sakit, asuransi swasta memiliki mitra rumah sakit lebih banyak dibandingkan BPJS. Dari sisi penggunaan di luar negeri, asuransi lebih memungkinkan daripada BPJS (kecuali BPJS khusus TKI).

Asuransi swasta menggunakan skema indemnity dalam pembayaran klaim. Indemnity adalah skema pemberian jaminan kesehatan sesuai plafon yang diterima peserta. Dengan skema indemnity, peserta asuransi mendapat hak untuk memilih dokter, berhak menemui secara langsung dokter umum, spesialis, ataupun laboratorium tanpa harus surat rekomendasi. Juga mendapat akses atas seluruh obat di rumah sakit.

Perusahaan asuransi swasta juga sudah memperhitungkan setiap risiko dari nasabah

dengan membuat statistik risiko. Sementara untuk mendapat untung, perusahaan asuransi swasta menempatkan akumulasi premi ke instrumen investasi.

Murah atau mahal nya asuransi kesehatan tergantung sejumlah faktor. Baik faktor dari sisi calon peserta maupun dari sisi perusahaan asuransi memengaruhi perhitungan premi asuransi yang wajib dibayar peserta asuransi.

#### Faktor dari Sisi Calon Peserta

1. Besaran tanggungan; makin besar tanggungan perusahaan asuransi, makin besar premi yang dibayarkan.
  2. Usia; makin tua usia peserta, makin besar premi yang mesti dibayar.
    - a. Jenis kelamin; adanya perbedaan berdasarkan jenis kelamin memang terkesan diskriminatif. Namun, ukuran ini tetap dipakai beberapa perusahaan asuransi di Indonesia. Sebab ada teori yang menyatakan usia wanita lebih panjang daripada pria. Karena itu, premi yang dibayarkan wanita lebih murah ketimbang pria.
  3. Masa asuransi; makin lama jangka waktu asuransi yang diambil, makin besar risiko yang ditanggung perusahaan asuransi.
  4. Tinggi dan berat badan; ada risiko tersembunyi di balik tinggi dan berat badan seseorang. Makin tinggi dan makin berat badan seseorang makin rentan terhadap penyakit. Jangan heran bila peserta asuransi dengan tinggi dan berat badan berlebih akan diminta membayarkan premi lebih mahal.
5. Pekerjaan; bermacam-macam pekerjaan, bermacam-macam pula risikonya. Pekerjaan yang berisiko besar membuat premi yang dibayarkan peserta asuransi makin besar. Sebagai gambaran, pekerjaan di luar ruangan berisiko lebih tinggi ketimbang di dalam ruangan.
  6. Gaya hidup; bertambah modern nya hidup masyarakat, khususnya masyarakat urban, berdampak pada gaya hidup masyarakatnya. Merokok, minum alkohol, ataupun melakukan hobi berisiko tinggi jadi faktor besarnya premi yang dibayar peserta asuransi.
  7. Kondisi kesehatan; sebelum diputuskan berapa premi yang dibayar, peserta asuransi harus menjalani pemeriksaan kesehatan (medical check up). Premi yang dibayarkan akan mahal bila kondisi kesehatan peserta tidak baik atau buruk.

#### Faktor dari Sisi Perusahaan Asuransi

1. Return investasi; beruntunglah jika perusahaan asuransi yang dipilih baik dalam pengelolaan akumulasi premi, terutama dalam penempatan di instrumen investasi. Return investasi yang besar membuat premi yang dibayarkan jadi lebih murah.
2. Biaya-biaya yang dihitung; biaya semisal pajak dan biaya-biaya lain juga

memengaruhi besaran premi. Makin banyak biaya tersebut, makin besar premi yang dibayar.

3. Manfaat yang diberikan; beragamnya manfaatnya yang diberikan satu produk asuransi membuat premi yang dibayarkan lebih mahal.

Sinergi antara asuransi swasta dengan BPJS Kesehatan dalam bentuk koordinasi manfaat (COB – *Coordination of Benefit*) dimana BPJS Kesehatan menjadi penanggung jawab pertama sedang asuransi swasta menjadi penanggung jawab kedua. Apabila terkena risiko sakit maka yang digunakan dulu adalah plafon di BPJS Kesehatan kemudian jika ada kekurangan maka asuransi swasta yang akan menutup sisa pertanggungannya.

Untuk menjawab pertanyaan penelitian pemicu-pemicu timbulnya biaya kesehatan (root cause) pada rantai nilai hubungan antara penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah. Berdasarkan hasil penelitian pada tahap I diketahui penyebab tingginya harga obat yaitu tingginya nilai impor bahan baku obat generik, tidak tersedianya industri kimia dasar di dalam negeri, skala industri kecil karena volume pasar yang kecil, ada dugaan praktek kartel impor bahan baku obat dari Cina dan India, serta ketimpangan dalam jalur distribusi obat dimana jumlah pabrik obat lebih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah distributor. Kemudian penyebab mahalannya biaya jasa medis dokter adalah dokter memegang kendali penuh atas keputusan persepsan, penentuan alat medis dan tindakan medis.

Serta adanya ketidakjelasan dalam besarnya tarif jasa medis dokter.

Sedangkan pemicu-pemicu timbulnya (root cause) tingginya biaya kesehatan dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu diantaranya adanya potensi kecurangan (fraud) oleh penyedia layanan medis, serta kurangnya kedisiplinan peserta dalam pembayaran iuran bulanan khususnya peserta mandiri.

Pemicu-pemicu timbulnya (root cause) tingginya biaya kesehatan dari sisi pemerintah adalah birokrasi yang panjang karena melibatkan banyak pihak dalam penyelenggaraan program nasional.

#### 4. KESIMPULAN

Kesimpulan yang dapat diperoleh dari hasil penelitian dan pembahasan dari bab sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Industri asuransi yang tumbuh dan berkembang akan memberikan manfaat yang besar baik bagi pemerintah maupun bagi masyarakat. Bagi Pemerintah, tumbuh dan berkembangnya industri asuransi membantu mengurangi tingkat pengangguran, penyerapan dana masyarakat yang berkelanjutan dan sebagai kontributor penysetor pajak. Di sisi lain bagi masyarakat, apabila industri asuransi maju akan membuka peluang kerja yang sangat besar. Tenaga kerja yang terserap bukan hanya yang terkait langsung dengan

- perusahaan asuransi, akan tetapi juga tenaga kerja yang terserap pada sektor usaha pendukung dan usaha penunjang lainnya.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat merupakan salah satu realisasi kebijakan Pemerintah di bidang kesejahteraan masyarakat. Kebijakan Pemerintah dalam bidang pelayanan kesehatan dituangkan melalui Asuransi Kesehatan/Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kemudian hal ini dituangkan dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, dimana BPJS ditunjuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia.
  3. Implementasi Program JKN-KIS, sudah memasuki tahun ke-5 di tahun 2018 dan tepat 31 Desember 2017 jumlah peserta JKN-KIS sudah mencapai 187.982.949, artinya jumlah masyarakat yang telah mengikuti Program JKN-KIS hampir mencapai 72,9% dari jumlah penduduk Indonesia. Diharapkan bila diselaraskan dengan arah kebijakan dan strategi nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2019, cakupan kepesertaan minimal mencakup 95% pada tahun 2019.
  4. Tercipta hubungan fungsional antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Kesehatan, oleh karena itu BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan membangun sistem kesehatan nasional, integrasi pelayanan kesehatan perorangan dengan pelayanan kesehatan masyarakat, pembangunan mutu pelayanan kesehatan, pembangunan sumber daya manusia kesehatan, penyediaan dan pemerataan fasilitas kesehatan dan perbekalan kesehatan, pengendalian harga pelayanan kesehatan, harga obat dan harga alat kesehatan, penanggulangan bencana, penanggulangan penyakit menular, dll.
  5. Kementerian Kesehatan berperan sebagai regulator sedangkan BPJS Kesehatan sebagai pengelola dana. BPJS Kesehatan berfokus pada bagaimana agar kepuasan peserta dari tahun ke tahun semakin meningkat. Sebagai regulator Kementerian Kesehatan melakukan evaluasi atas kinerja operator (rumah sakit, dll) sehingga tujuan untuk memberikan kepuasan peserta dapat tercapai dengan adanya sinergi antar lembaga.
  6. Pembangunan sistem jaminan sosial nasional termasuk salah satu urusan yang didesentralisasikan kepada Pemerintah Daerah (Pasal 22 huruf h UU No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah). Hubungan BPJS dengan Pemerintah Daerah terjalin antara lain dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan program jaminan sosial di era desentralisasi



- dan otonomi daerah, integrasi data PNS Daerah dengan data Kepesertaan Jaminan Sosial, penyelenggaraan sistem kesehatan daerah.
7. Selama perjalanan pelaksanaan program JKN tersebut banyak kendala yang ditemukan antara BPJS Kesehatan dengan pihak Rumah Sakit. Beberapa kendala yang dihadapi Rumah Sakit yaitu (1) Peraturan yang dinamis dan berlaku surut; (2) Pelayanan kesehatan melalui sistem rujukan bertingkat belum berjalan dengan baik; (3) Sistem pelayanan kesehatan rujukan tidak sesuai dengan kondisi FKTP yang tidak siap sedia sewaktu-waktu; (4) Pencairan klaim dari BPJS Kesehatan tidak tepat waktu; (5) Sistem tarif INA CBG's dirasa berat untuk rumah sakit swasta.
  8. Kendala pihak BPJS Kesehatan dengan rumah sakit antara lain: (1) Perbedaan persepsi koding antara kode rumah sakit dengan BPJS Kesehatan; (2) Rendahnya kesadaran rumah sakit dan peserta memahami peraturan JKN; (3) Perbedaan penafsiran mengenai peraturan yang berlaku; (4) Petugas bagian entry data di rumah sakit belum memahami sistem klaim menggunakan INA CBG's.
  9. Secara nasional, rasio jumlah dokter dan peserta JKN sebesar 1 : 4.746. Terlihat telah memenuhi rasio ideal 1 : 5.000, namun penyebaran dokter memang belum merata. Pada beberapa FTKP, rasionya bisa lebih dari ideal, namun pada FTKP lain, rasionya bisa sangat tak ideal.
  10. Wacana cost sharing sebagai salah upaya untuk menekan defisit, sebenarnya belum mempunyai pengaruh yang cukup signifikan untuk menekan defisit BPJS Kesehatan, namun dengan mengurangi fraud akan mempunyai pengaruh yang signifikan untuk menekan defisit.
  11. Pemicu-pemicu biaya stratejik (strategic cost drivers) pada hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah. Untuk penyedia layanan kesehatan yaitu tingginya harga obat, mahalnnya biaya jasa medis dokter, serta biaya sarana dan prasarana rumah sakit.
  12. Pemicu-pemicu biaya stratejik (strategic cost driver) dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu jumlah peserta JKN yang masih dibawah target Universal Health Coverage, kemudian besarnya biaya pengobatan bagi peserta penderita penyakit katastropik.
  13. Pemicu-pemicu biaya stratejik (strategic cost driver) dari sisi pemerintah adalah tingginya biaya birokrasi.
  14. Berdasarkan penelitian tahap I diketahui bahwa penyebab tingginya harga obat yaitu tingginya nilai impor

bahan baku obat generik, tidak tersedianya industri kimia dasar di dalam negeri, skala industri kecil karena volume pasar yang kecil, ada dugaan praktek kartel impor bahan baku obat dari Cina dan India, serta ketimpangan dalam jalur distribusi obat dimana jumlah pabrik obat lebih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah distributor. Kemudian penyebab mahalnya biaya jasa medis dokter adalah dokter memegang kendali penuh atas keputusan persepsian, penentuan alat medis dan tindakan medis. Serta adanya ketidakjelasan dalam besarnya tarif jasa medis dokter.

15. Sedangkan pemicu-pemicu timbulnya tingginya biaya kesehatan dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu diantaranya adanya potensi kecurangan (fraud) oleh penyedia layanan medis, serta kurangnya kedisiplinan peserta dalam pembayaran iuran bulanan khususnya peserta mandiri.
16. Pemicu-pemicu timbulnya tingginya biaya kesehatan dari sisi pemerintah adalah birokrasi yang panjang karena melibatkan banyak pihak dalam penyelenggaraan program nasional.

## 5. REFERENSI

- David, F.R., 2011. *Strategic Management: Concepts and Cases*. Thirteenth Edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education Inc.
- Fama, E.F. & M.C. Jensen. 1983. Separation of Ownership and Control. *Journal of Law and Economics*, Vol. 26, 2: pp.301-325.
- Ireland R.D., R.E. Hoskisson & M.A. Hitt. 2011. *The Management of Strategy: Concepts and Cases*, 9 Edition. Canada: South-Western.
- Keasy, K. & M. Wright. 1993. Issues in corporate accountability and governance: An editorial. *Accounting and Business Research*, 23 (91A): pp. 291-303.
- Lock, S. 2013. The State of Healthcare in Southeast Asia. Terdapat di: <http://www.edelman.com/post/the-state-of-healthcare-in-south-east-asia/> diakses tanggal 20 Maret 2015 jam 12:23.
- Porter, M.E. 1985. *Competitive Advantage*. The Free Press. New York.
- Porter, M.E. 2008. The Five Competitive Forces That Shape Strategy, *The Magazine*. Terdapat di <http://hbr.org/2008/01/the-five-competitive-forces-that-shape-strategy/ar/1>. Diakses tanggal 25 Oktober 2014 jam 08:50.
- Shank, JK dan V Govindarajan. 1993. *Strategic Cost Management: The New Tool for Competitive Advantage*. New York: The Free Press.
- Sulastomo. 2000, *Manajemen Kesehatan*, Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama, hlm. 35
- Suryono, Arief. 2008, "Asuransi Kesehatan Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991", *HUMANIS, Jurnal Sosial Ekonomi Humaniora*, Volume 2 Nomor 2, Nopember 2008, Purwokerto: Lembaga Penelitian Universitas Jenderal Soedirman, hlm. 102
- World Bank, 2013. Health Expenditure, Total of GDP. Terdapat di <http://data.worldbank.org/>

indicator/SH.XPD.TOTL.ZS. Diakses tanggal 24 Oktober 2014 jam 22:50.

**Anonymous**

- <http://kebunhadi.blogspot.co.id/2012/11/pembiayaan-kesehatan.html>, diakses tanggal 3 Maret 2017 pukul 21:14
- <https://delfistefani.wordpress.com/2013/06/19/makalah-pembiayaan-kesehatan/>, diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13.06
- <http://afrinataika.blogspot.co.id/2014/06/demand-dan-supply-pelayanan-kesehatan.html>, diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13:10
- <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/19856/Chapter%20II.pdf;jsessionid=332BC9C8AA043D98DC5EA71CC91B3EB0?sequence=4>, diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13:15
- [https://www.researchgate.net/profile/Ronny\\_Mustamu/publication/50434713\\_MANAJEMEN\\_RANTAI\\_PASOKAN\\_INDUSTRI\\_FARMASI\\_DI\\_INDONESIA/links/560d711f08ae96742010cc65/MANAJEMEN-RANTAI-PASOKAN-INDUSTRI-FARMASI-DI-INDONESIA.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Ronny_Mustamu/publication/50434713_MANAJEMEN_RANTAI_PASOKAN_INDUSTRI_FARMASI_DI_INDONESIA/links/560d711f08ae96742010cc65/MANAJEMEN-RANTAI-PASOKAN-INDUSTRI-FARMASI-DI-INDONESIA.pdf?origin=publication_detail), diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13.21
- <http://heldaupik.blogspot.co.id/2011/11/pembiayaan-kesehatan.html?m=1>, diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 13:27
- [http://fk.uns.ac.id/static/materi/Ekonomi\\_Kesehatan\\_-\\_Prof\\_Bhisma\\_Murti.pdf](http://fk.uns.ac.id/static/materi/Ekonomi_Kesehatan_-_Prof_Bhisma_Murti.pdf), diakses tanggal 4 Maret 2017 pukul 14:02
- [http://www.kompasiana.com/yantigobel/kebijakan-pembiayaan-kesehatan\\_550ee41ca33311b92dba8544](http://www.kompasiana.com/yantigobel/kebijakan-pembiayaan-kesehatan_550ee41ca33311b92dba8544), diakses tanggal 5 Maret 2017 pukul 19:03
- <https://yantigobel.wordpress.com/2011/10/01/kebijakan-pembiayaan-kesehatan/>, diakses tanggal 5 Maret 2017 pukul 19:45
- <http://sakinahkreatif.blogspot.co.id/2014/08/konsep-dasar-ekonomi-kesehatan.html>, diakses tanggal 15 Maret 2017 pukul 20:30
- [https://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Healthcare%20Briefs/Understanding\\_Pharmaceutical\\_Value\\_Chain.pdf](https://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Healthcare%20Briefs/Understanding_Pharmaceutical_Value_Chain.pdf), diakses tanggal 20 Maret pukul 22:40
- <http://www.ispiritsolutions.com/blog-should-you-be-investing-in-chinese-pharma-sector/>, diakses tanggal 22 Maret 2017 pukul 15:56
- <http://cmuscm.blogspot.co.id/2014/09/healthcare-mass-customization-and.html> → gambar player in the hospital system, diakses tanggal 1 April 2017 pukul 09:10
- <http://marketrealist.com/2014/11/5-major-entities-hospital-industry-value-chain/> → gambar 5 major entities of the hospital industry, diakses tanggal 4 April 2017 pukul 06:35
- [https://www.pomsmeetings.org/confproceedings/043/fullpapers/fullpaper\\_files/043-0259.pdf](https://www.pomsmeetings.org/confproceedings/043/fullpapers/fullpaper_files/043-0259.pdf), diakses tanggal 6 April 2017 pukul 18:45
- <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.836.6170&rep=rep1&type=pdf>, diakses tanggal 8 April 2017 pukul 17:23
- [https://courses.edx.org/assetv1:MITx+CTL.SC2x+3T2015+type@asset+block/theses\\_2005\\_Singh\\_Thesis.pdf](https://courses.edx.org/assetv1:MITx+CTL.SC2x+3T2015+type@asset+block/theses_2005_Singh_Thesis.pdf), diakses tanggal 10 April 2017 pukul 14:27
- <http://www.nahu.org/legislative/policydocuments/NAHUWhitePaperCost.pdf>, diakses tanggal 13 April 2017 pukul 16:10
- <http://www.pbs.org/newshour/rundown/seven-factors-driving-your-health-care-costs/>, diakses tanggal 14 April 2017 pukul 08:30
- [http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/Drivers\\_of\\_Health\\_Care\\_Costs\\_-\\_November\\_2012.pdf](http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/Drivers_of_Health_Care_Costs_-_November_2012.pdf), diakses tanggal 19 April 2017 pukul 11:08
- <http://www.gfoa.org/sites/default/files/GFR081626.pdf>, diakses tanggal 20 April 2017 pukul 12:04
- [http://www.allhealth.org/wp-content/uploads/2017/03/Cost\\_Drivers\\_in\\_Health\\_Care\\_109.pdf](http://www.allhealth.org/wp-content/uploads/2017/03/Cost_Drivers_in_Health_Care_109.pdf), diakses tanggal 3 Mei 2017 pukul 20:48
- <http://www.beckershospitalreview.com/finance/9-drivers-of-high-healthcare-costs-in-the-u-s.html>, diakses tanggal 3 Mei 2017 pukul 21:08
- <http://www.calhealthplans.org/pdfs/FactSheetHealthCareCostDrivers071013.pdf>, diakses tanggal 9 Mei 2017 pukul 09:20

- <http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>, diakses tanggal 11 Mei 2017 pukul 19:22
- <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient>, diakses tanggal 18 Mei 2017 pukul 20:24
- <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/28Ucefficiency.pdf>, diakses tanggal 26 Mei 2017 pukul 22:06
- <https://indonesiana.tempo.co/read/53241/2015/11/02/gendursudarsono/suap-dokter-40-harga-obat-tiga-hal-yang-mengejutkan>, diakses tanggal 29 Mei 2017 pukul 18:28
- <http://bisnis.liputan6.com/read/2628482/kenaikan-biaya-berobat-di-indonesia-tertinggi-ketiga-di-asia>, diakses tanggal 29 Mei 2017 pukul 19:02
- <http://www.pikiran-rakyat.com/ekonomi/2017/02/22/biaya-kesehatan-bisa-melebihi-pendapatan-394193>, diakses tanggal 31 Mei 2017 pukul 20:03
- <http://indonesia-pharmacommunity.blogspot.co.id/2010/11/merintis-industri-bahan-baku-obat-di.html>, diakses tanggal 31 Mei 2017 pukul 20:45
- <http://economy.okezone.com/read/2015/11/19/320/1252463/impor-bahan-baku-diduga-sebabkan-kartel-obat-ri>, diakses tanggal 2 Juni 2017 pukul 06:23
- <https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/3076041/kppu-juga-endus-ada-kartel-obat-impor>, diakses tanggal 6 Juni 2017 pukul 09:32
- <https://www.merdeka.com/uang/bahan-baku-impor-dinilai-bikin-harga-obat-di-indonesia-mahal.html>, diakses tanggal 14 Juni 2017 pukul 21:21
- <http://nasional.kompas.com/read/2010/01/11/03551250/antisipasi.serbuan.obat.impor.china>, diakses tanggal 22 Juni 2017 pukul 18:32
- <http://www.mashani77.net/2016/04/10/extraordinary-problem-program-jkn-obat/>, diakses tanggal 27 Juni 2017 pukul 19:01
- <http://www.neraca.co.id/article/10876/permintaan-obat-generik-meningkat-bangun-pabrik-indofarma-terbitkan-obligasi-rp-300-miliar>, diakses tanggal 2 Juli 2017 pukul 22:36
- <https://bisnisfarmasi.wordpress.com/2008/03/16/strategi-marketing-obat-a-little-bit-of-writer%E2%80%99s-stupid-talk/>, diakses tanggal 7 Juli 2017 pukul 11:23
- <http://teknologi-profesional.blogspot.co.id/2012/02/peran-teknologi-informasi-ict-dalam.html>, diakses tanggal 10 Juli 2017 pukul 14:28
- <http://setiawanbudi.blogspot.co.id/2006/09/tanya-tentang-apotik.html>, diakses tanggal 17 Juli 2017 pukul 12:17
- <http://www.idionline.org/wp-content/uploads/2015/01/Acuan-Tarif-Jasa-Medik.pdf>, diakses tanggal 21 Juli 2017 pukul 15:16
- <http://www.wajibbaca.com/2016/10/tarif-jasa-dokter-dinilai-tak-lagi.html>, diakses tanggal 25 Juli 2017 pukul 16:32
- <https://www.merdeka.com/khas/dilema-tarif-dokter-penghasilan-dokter.html>, diakses tanggal 29 Juli 2017 pukul 20:46
- <https://finance.detik.com/bursa-valas/2844145/bisnis-rumah-sakit-mitra-keluarga-punya-omzet-hingga-rp-17-triliun>, diakses tanggal 7 Agustus 2017 pukul 19:00
- <http://market.bisnis.com/read/20160303/191/524802/jasa-kesehatan-membedah-prospek-bisnis-rumah-sakit>, diakses tanggal 9 Agustus 2017 pukul 20:05
- <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>, diakses tanggal 13 Agustus 2017 pukul 22:08
- [https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_countries\\_by\\_total\\_health\\_expenditure\\_per\\_capita](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_total_health_expenditure_per_capita), diakses tanggal 15 Agustus 2017 pukul 19:32
- [http://www.bi.go.id/id/statistik/metadata/seki/Documents/12.%20Inflasi-Indeks%20Harga%20Konsumen%20\(IHK-IND\)%202016.pdf](http://www.bi.go.id/id/statistik/metadata/seki/Documents/12.%20Inflasi-Indeks%20Harga%20Konsumen%20(IHK-IND)%202016.pdf), diakses tanggal 16 Agustus 2017 pukul 20:01
- Anonymous. 2015. Presiden pun Akui Ada Masalah BPJS Kesehatan. <http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt54f56e21e54eb/presiden-pun-akui-ada-masalah-bpjs-kesehatan>, diakses tanggal 3 Maret 2018 pukul 13.00.

Saleh Daulay. 2017. BPJS Kesehatan Alami Defisit, Ini Respon Pimpinan Komisi IX DPR, <http://www.tribunnews.com/nasional/2017/11/26/bpjs-kesehatan-alami-defisit-ini-respon-pimpinan-komisi-ix-dpr>, diakses tgl 15 Maret 2018 pukul 10.25

Ihya Ulum Aldin. 2018. Lampau Prediksi, Defisit BPJS Kesehatan 2017 Capai Rp 9,75 Triliun. <https://katadata.co.id/berita/2018/05/16/lampau-prediksi-defisit-bpjs-kesehatan-2017-capai-rp-975-triliun>, diakses tgl 16 Maret 2018, pukul 09.10

Septian Deny. 2017. Upaya Atasi Defisit BPJS Kesehatan. Liputan 6. <https://www.liputan6.com/bisnis/read/3108706/upaya-atasi-defisit-bpjs-kesehatan>, diakses tgl 25 Maret 2018 pukul 14.37.

Abraham Utama. 2017. BPJS Kesehatan terus defisit, bakal terapkan konsep berbagi biaya atau tarik pajak rokok? <http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-42138297>, diakses tgl 2 April 2018 pukul 11.06.

Kompas. 2017. Atasi Defisit, BPJS Kesehatan Ajukan Skema "Cost Sharing" bagi Peserta. Kompas.com. <https://ekonomi.kompas.com/read/2017/11/24/221100826/atasi-defisit-bpjs-kesehatan-ajukan-skema-cost-sharing-bagi-peserta>, diakses tgl 7 April 2018 pukul 16.27.

Desy Selviyany. 2018. Kemenkes Akui Ada Oknum Rumah Sakit Manfaatkan Program JKN. <https://infonawacita.com/kemenkes-akui-ada-oknum-rumah-sakit-manfaatkan-program-jkn/>, diakses tgl 12 April pukul 12.22.

Ihya Ulum Aldin. 2018. Perusahaan Peserta BPJS Ketenagakerjaan Sangat Minim. <https://katadata.co.id/berita/2018/02/15/baru-244-perusahaan-yang-ikut-program-bpjs-ketenagakerjaan>, diakses tgl 18 April 2018 pukul 10.00.

[https://id.wikipedia.org/wiki/Badan\\_Penyelenggara\\_Jaminan\\_Sosial](https://id.wikipedia.org/wiki/Badan_Penyelenggara_Jaminan_Sosial), diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 15.37.

<http://bpjs-kesehatan.go.id/Bpjs/index.php/post/read/2018/666/Instruksi-Presiden-Kepada-Pimpinan-Lembaga-Untuk-Program>

Optimalkan-JKN-KIS, diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 15.40.

[http://df.jamsosindonesia.com/bpjs/view/hubungan-kelembagaan\\_137](http://df.jamsosindonesia.com/bpjs/view/hubungan-kelembagaan_137), diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 15.55.

<http://reliance-life.com/oneclick/?p=762>, diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 16.02

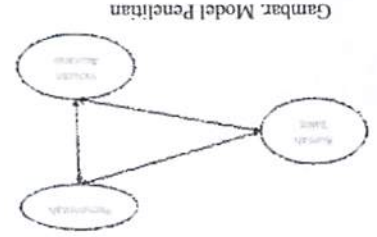
<http://dinamikahukum.fh.unsoed.ac.id/index.php/JDH/article/viewFile/232/196>, diakses tgl 8 Juni 2018 pukul 16.20.

**MONITORING DAN EVALUASI PENELITIAN DRPM KEMENRISTEKDIKTI  
TAHUN PELAKSANAAN 2018**

NAMA KETUA : Dr. Noorlailie Soewarno, SE., Ak., CMA., CA  
 FAKULTAS : Ekonomi dan Bisnis Universitas Airlangga  
 JUDUL PENELITIAN : Studi Eksplorasi Pemicu Biaya Kesehatan Dalam Rantai Nilai Hubungan Industri Farmasi Dan Penyedia Layanan Kesehatan Di Indonesia

NOMINAL PENDANAAN : Rp 110.000.000,-

NO	JUDUL PAPER	JURNAL YANG DITUJU	QUARTIL	STATUS
1	A Value Chain Analysis of Health Care Costs in Indonesia	Qualitative Research in Accounting and Management	Q2	Submitted
2	Factors Affecting Health Care Cost In Indonesia. What The Hospitals and Doctors Said.	Presented on Journal of Contemporary Accounting and Economics Annual Symposium 10-12 January 2018	Proceeding	Presented
3				
4				
5				



Penelitian ini dirancang sebagai penelitian kualitatif dengan jenis studi kasus tunggal yang bersifat eksploratori. Uji analisis penelitian ini adalah biaya kesehatan di Indonesia. Narasumber informan yang akan diidentifikasi dalam penelitian ini adalah pelaku di industri kesehatan, yaitu: (1) manajemen rumah sakit, (2) manajemen perusahaan asuransi kesehatan swasta dan BPJS, (3) pemerintah sebagai regulator. Karena penelitian ini bersifat eksploratori, maka tidak ada proposisi yang dirumuskan. Proposisi mungkin akan dihasilkan justru pada akhir penelitian ini sebagai jawaban atas masalah yang pada sekalius akan dipakail sebagai rekomendasi kepada pemerintah dan pihak-pihak yang terkait dengan pengelolaan jasa kesehatan di Indonesia.

## METODOLOGI

Penelitian Tahap I mengungkap bahwa mahalnya biaya kesehatan di Indonesia dipicu oleh tingginya biaya obat, biaya jasa tenaga medis, dan tata kelola rumah sakit. Pada penelitian Tahap II akan dieksplorasi pemicu biaya pada tata hubungan rantai nilai penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah, dan pemerintah, ketumanaan penelitian ini adalah mampu memetakan pemicu-pemicu biaya penyebab inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia dengan mengungkap hubungan antara pemain industri penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah. Secara spesifik, penelitian ini rent seeker) dan regulator tersebut. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan mampu mengidentifikasi pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost drivers) yang telah menyebabkan biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien. Selanjutnya, dengan diketahuinya pemicu-pemicu biaya strategis, diharapkan kusul inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia lebih mudah diruntuhkan sehingga memudahkan masyarakat.

## PENDAHULUAN

Tidak bisa dipungkiri lagi bahwa kesehatan merupakan masalah sangat penting dalam kehidupan manusia. Tanpa kesehatan, kehidupan manusia tidak dapat berjalan secara optimal. Oleh karena itu, untuk menjaga tetap sehat setiap orang memerlukan biaya kesehatan. Sayangnya, biaya kesehatan di Indonesia masih tergolong paling kecil dibanding negara-negara ASEAN lainnya.

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tentang pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost drivers) pada hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan pada tahap I diketahui berdasarkan hasil penelitian pada tahap I diketahui bahwa pemicu tingginya biaya kesehatan untuk penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) adalah tingginya harga obat, mahalnya biaya jasa medis dokter, serta biaya sarana dan prasarana rumah sakit. Sedangkan pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost driver) dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu jumlah peserta JKN yang masih dibawah target Universal Health Coverage, kemudian besarnya biaya pengobatan bagi peserta penderita katarak. Pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost driver) dari sisi pemerintah adalah tingginya biaya birokrasi. Program JKN merupakan program nasional yang melibatkan seluruh rakyat Indonesia, sehingga banyak pihak yang terlibat dalam keberlangsungan program ini.

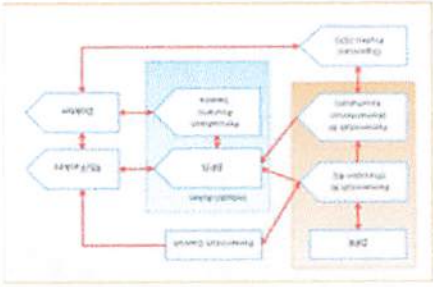
Hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut

- Banyaknya pihak yang terlibat dalam rantai nilai mengakibatkan tingginya biaya kesehatan di Indonesia karena panjangnya birokrasi.
- Pemicu biaya struktural meliputi birokrasi, fraud/kecurangan, klaim rumah sakit, harga obat, perilaku peserta asuransi, dan perilaku perusahaan asuransi.

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tentang pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost drivers) pada hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan pada tahap I diketahui berdasarkan hasil penelitian pada tahap I diketahui bahwa pemicu tingginya biaya kesehatan untuk penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) adalah tingginya harga obat, mahalnya biaya jasa medis dokter, serta biaya sarana dan prasarana rumah sakit. Sedangkan pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost driver) dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu jumlah peserta JKN yang masih dibawah target Universal Health Coverage, kemudian besarnya biaya pengobatan bagi peserta penderita katarak. Pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost driver) dari sisi pemerintah adalah tingginya biaya birokrasi. Program JKN merupakan program nasional yang melibatkan seluruh rakyat Indonesia, sehingga banyak pihak yang terlibat dalam keberlangsungan program ini.

### Pembahasan Penelitian

Gambar. Rantai Nilai Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah



## HASIL DAN PEMBAHASAN

Noorlailie Soewarno, Bambang Tjahjadi, dan Isnailita  
 noorlailie-s@feb.unair.ac.id  
 Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Airlangga

# DALAM RANTAI NILAI HUBUNGAN INDUSTRI FARMASI DAN PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN STUDI EKSPLORASI PEMICU BIAYA KESEHATAN DI INDONESIA

Excellence with Morality

# UNIVERSITAS AIRLANGGA

LAPORAN PENELITIAN STUDI EKSPLORASI PEMICU BIAYA KESEHATAN..... NOORLAILIE SOEWARNO

# UNIVERSITAS AIRLANGGA

FACULTY OF MEDICAL HUMANITIES AND HEALTH CARE  
DEPARTMENT OF HEALTH ECONOMICS AND POLICY

Faculty of Medical Humanities and Health Care  
Department of Health Economics and Policy  
Jember, 15 September 2023



The diagram illustrates the relationship between health economics and policy, showing how economic principles are applied to healthcare decisions.

The diagram illustrates the relationship between health economics and policy, showing how economic principles are applied to healthcare decisions. It details the impact of various factors on health outcomes and the role of government intervention.



The diagram illustrates the relationship between health economics and policy, showing how economic principles are applied to healthcare decisions. It details the impact of various factors on health outcomes and the role of government intervention.





## Studi Eksplorasi Pemicu Biaya Kesehatan dalam Rantai Nilai Hubungan Industri Farmasi dan Penyedia Layanan Kesehatan di Indonesia



### Peneliti

#### NOORLAILIE SOEWARNO

Akuntansi/FEB  
Universitas Airlangga  
noorlailie-s@feb.unair.ac.id

#### BAMBANG TJAHJADI

Akuntansi/FEB  
Universitas Airlangga  
bambang.tjahjadi@feb.unair.ac.id

#### ISNALITAS

Akuntansi/FEB  
Universitas Airlangga  
isnalita@feb.unair.ac.id



### Ringkasan Eksekutif

Penelitian Tahap I mengungkapkan bahwa mahalny biaya kesehatan di Indonesia dipicu oleh tingginya biaya obat, biaya jasa tenaga medis, dan tata kelola rumah sakit. Pada penelitian Tahap II akan dieksplorasi pemicu biaya pada tata hubungan rantai nilai penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah.

Keutamaan penelitian ini adalah mampu memetakan pemicu-pemicu biaya penyebab inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia dengan lingkup hubungan antara pemain industri penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah. Secara spesifik, penelitian ini memetakan rantai nilai yang terdapat pada hubungan para pemburu rente (rent seeker) dan regulator tersebut. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan mampu mengidentifikasi pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost drivers) yang telah menyebabkan biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien. Selanjutnya, dengan diketahuinya pemicu-pemicu biaya strategis, diharapkan benang kusut inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia lebih mudah diurai sehingga memudahkan mengelola biaya kesehatan secara lebih profesional dan tidak merugikan masyarakat.

Penelitian ini dirancang sebagai penelitian kualitatif dengan jenis studi kasus tunggal yang bersifat exploratory. Unit analisis penelitian ini adalah biaya kesehatan di Indonesia. Narasumber informan yang akan dilibatkan dalam penelitian ini adalah pelaku di industri kesehatan, yaitu: (1) manajemen rumah sakit, (2) manajemen perusahaan asuransi kesehatan swasta dan BPJS, (3) pemerintah sebagai regulator. Karena penelitian ini bersifat exploratory, maka tidak ada proposisi yang diformulasikan. Proposisi mungkin akan dihasilkan justru pada akhir penelitian ini sebagai jawaban atas masalah yang ada sekaligus akan dipakai sebagai rekomendasi kepada pemerintah dan pihak-pihak yang terkait dengan pengelolaan jasa kesehatan di Indonesia.

**Kata kunci:** biaya kesehatan, asuransi kesehatan, rantai nilai hubungan, industri farmasi, penyedia layanan kesehatan



## Latar Belakang

Tak bisa dipungkiri lagi bahwa kesehatan merupakan masalah sangat penting dalam kehidupan manusia. Tanpa kesehatan, kehidupan manusia tidak dapat berjalan secara optimal. Oleh karena itu, untuk menjaga tetap sehat maka setiap orang memerlukan biaya kesehatan. Dengan demikian, kesehatan telah menjadi masalah dunia. Di ASEAN, rata-rata biaya kesehatan masih relatif rendah, yaitu di bawah angka 4% dari GDP. Bandingkan dengan standar biaya kesehatan OECD yang sebesar 12% (Lock, 2013).

Di Indonesia, masalah kesehatan merupakan hal yang penting setelah masalah pendidikan. Sayangnya, biaya kesehatan di Indonesia masih tergolong paling kecil dibanding negara-negara ASEAN lainnya. Besarnya biaya kesehatan Indonesia 2013 berkisar 3% dari GDP, relatif paling kecil dibandingkan dengan Malaysia (3,9%), Thailand (3,9%), Filipina (4,6%), dan Singapura (4,7%). Bila GDP Indonesia 2013 sebesar 868,35 milyar USD, maka biaya kesehatan berkisar 26 milyar USD.

Penelitian yang dilakukan tim peneliti pada tahap I berfokus pada tata hubungan penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) dengan industri farmasi dan menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:

1. Mengapa biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien?
2. Bagaimana rantai nilai (value chain) pada hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?
3. Apa yang menjadi pemicu-pemicu biaya kesehatan pada hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?
4. Mengapa timbul pemicu-pemicu biaya kesehatan pada rantai nilai hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?
5. Berapa besar taksiran margin kenaikan biaya kesehatan pada rantai nilai hubungan industri farmasi dengan penyedia layanan kesehatan?

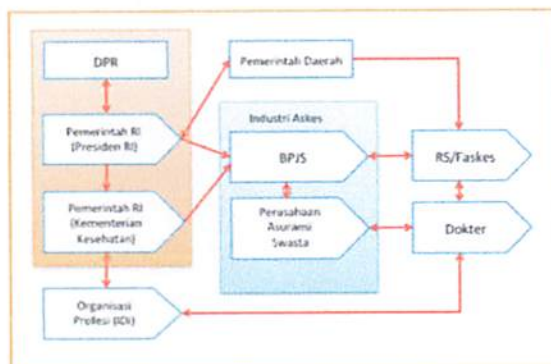
Penelitian Tahap I mengungkapkan bahwa mahalannya biaya kesehatan di Indonesia dipicu oleh tingginya biaya obat, biaya jasa tenaga



## Hasil dan Manfaat

### Rantai Nilai (Value Chain) Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan (Rumah Sakit) dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah

Rantai nilai hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah dapat digambarkan pada Gambar berikut ;



Sumber : Data Diolah

Pemerintah dalam hal ini Presiden memberikan kewenangan kepada BPJS baik Kesehatan dan Ketenagakerjaan sebagai pengelola dana dan penyelenggara program JKN karena memiliki pengetahuan, pengalaman, data dan informasi. Data dan informasi tersebut digunakan sebagai sumber perumusan kebijakan dan peraturan terkait JKN yang menjadi tugas Kementerian Kesehatan sebagai regulator. Regulasi dan kebijakan terkait JKN akan diawasi dikontrol dan diawasi oleh DPR khususnya Komisi IX dari sisi anggaran nasional maupun layanan publiknya.

Pelaksanaan program JKN agar dapat berlangsung dengan baik memerlukan kerjasama dengan rumah sakit dan dokter, dalam hal ini rumah sakit berperan sebagai operator, harapan kedepan kepuasan peserta makin meningkat dan meminimalisir fraud.

Disamping itu untuk mensukseskan penyelenggaraan JKN diperlukan dukungan dari pemerintah daerah berupa validitas data kependudukan untuk pengalokasian anggaran daerah untuk JKN, serta penyediaan sarana, prasarana dan SDM kesehatan. Sehingga target untuk memenuhi Universal Health Coverage pada tahun 2019 dapat terpenuhi dengan adanya

medis, dan tata kelola rumah sakit. Pada penelitian Tahap II akan diekplorasi pemicu biaya pada tata hubungan rantai nilai penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah.

Keutamaan penelitian ini adalah mampu memetakan pemicu-pemicu biaya penyebab inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia dengan lingkup hubungan antara pemain industri penyedia layanan kesehatan, industri asuransi kesehatan, dan pemerintah. Secara spesifik, penelitian ini memetakan rantai nilai yang terdapat pada hubungan para pemburu rente (rent seeker) dan regulator tersebut. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan mampu mengidentifikasi pemicu-pemicu biaya strategis (strategic cost drivers) yang telah menyebabkan biaya kesehatan di Indonesia dipandang belum efisien. Selanjutnya, dengan diketahuinya pemicu-pemicu biaya strategis, diharapkan benang kusut inefisiensi biaya kesehatan di Indonesia lebih mudah diurai sehingga memudahkan mengelola biaya kesehatan secara lebih profesional dan tidak merugikan masyarakat.



## Metode

Penelitian ini dirancang sebagai penelitian kualitatif dengan jenis studi kasus tunggal yang bersifat exploratory. Unit analisis penelitian ini adalah biaya kesehatan di Indonesia. Narasumber informan yang akan dilibatkan dalam penelitian ini adalah pelaku di industri kesehatan, yaitu: (1) manajemen rumah sakit, (2) manajemen perusahaan asuransi kesehatan swasta dan BPJS, (3) pemerintah sebagai regulator. Karena penelitian ini bersifat exploratory, maka tidak ada proposisi yang diformulasikan. Proposisi mungkin akan dihasilkan justru pada akhir penelitian ini sebagai jawaban atas masalah yang ada sekaligus akan dipakai sebagai rekomendasi kepada pemerintah dan pihak-pihak yang terkait dengan pengelolaan jasa kesehatan di Indonesia.

Biaya kesehatan secara makro dapat ditinjau dari perspektif pola hubungan antar pelaku atau pemain dalam industri kesehatan yang dapat

peran dan fungsi dari masing-masing pihak.

Pemicu-Pemicu Biaya Strategik (Strategic Cost Drivers) Pada Hubungan Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah.

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tentang pemicu-pemicu biaya strategik (strategic cost drivers) pada hubungan penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah. Berdasarkan hasil penelitian pada tahap I diketahui bahwa pemicu tingginya biaya kesehatan untuk penyedia layanan kesehatan (rumah sakit) adalah tingginya harga obat, mahalnya biaya jasa medis dokter, serta biaya sarana dan prasarana rumah sakit.

Sedangkan pemicu-pemicu biaya strategik (strategic cost driver) dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu jumlah peserta JKN yang masih dibawah target Universal Health Coverage yaitu seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta JKN pada tahun 2019. Kemudian besarnya biaya pengobatan bagi peserta penderita penyakit katastropik yang memakan hampir 20% total anggaran BPJS.

Pemicu-pemicu biaya strategik (strategic cost driver) dari sisi pemerintah adalah tingginya biaya birokrasi. Program JKN merupakan program nasional yang melibatkan seluruh rakyat Indonesia, sehingga banyak pihak yang terlibat dalam keberlangsungan program ini.

Pemicu-pemicu Timbulnya Biaya Kesehatan (Root Cause) pada Rantai Nilai Hubungan Antara Penyedia Layanan Kesehatan dengan Industri Asuransi Kesehatan dan Pemerintah

Untuk menjawab pertanyaan penelitian pemicu-pemicu timbulnya biaya kesehatan (root cause) pada rantai nilai hubungan antara penyedia layanan kesehatan dengan industri asuransi kesehatan dan pemerintah. Berdasarkan hasil penelitian pada tahap I diketahui penyebab tingginya harga obat yaitu tingginya nilai impor bahan baku obat generik, tidak tersedianya industri kimia dasar di dalam negeri, skala industri kecil karena volume pasar yang kecil, ada dugaan praktek kartel impor bahan baku obat dari Cina dan India, serta ketimpangan dalam jalur

memicu biaya kesehatan. Masing-masing pola hubungan antar pemain akan dieksplorasi dengan menggunakan teori-teori yang telah disampaikan sebelumnya.

distribusi obat dimana jumlah pabrik obat lebih sedikit jika dibandingkan dengan jumlah distributor. Kemudian penyebab mahalnya biaya jasa medis dokter adalah dokter memegang kendali penuh atas keputusan persepan, penentuan alat medis dan tindakan medis. Serta adanya ketidakjelasan dalam besarnya tarif jasa medis dokter.

Sedangkan pemicu-pemicu timbulnya (root cause) tingginya biaya kesehatan dalam industri asuransi kesehatan dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan yaitu diantaranya adanya potensi kecurangan (fraud) oleh penyedia layanan medis, serta kurangnya kedisiplinan peserta dalam pembayaran iuran bulanan khususnya peserta mandiri.

Pemicu-pemicu timbulnya (root cause) tingginya biaya kesehatan dari sisi pemerintah adalah birokrasi yang panjang karena melibatkan banyak pihak dalam penyelenggaraan program nasional.

# Qualitative Research in Accounting and Management

 [Home](#)

 [Author](#)

 [Review](#)

Please click the "Return to Dashboard" button below to view your submitted manuscript OR click the link "Log Out" at the upper right side of the screen to log out of your account.

## Submission Confirmation

 [Print](#)

Thank you for your submission

---

<b>Submitted to</b>	Qualitative Research in Accounting and Management
<b>Manuscript ID</b>	GRAM-11-2018-0081
<b>Title</b>	A value chain analysis of health care costs in Indonesia
<b>Authors</b>	Soewarno, Noorlailie Tjahjadi, Bambang Isnalita, Isnalita
<b>Date Submitted</b>	14-Nov-2018

---

---

[Author Dashboard](#)

11/14/2018, 5:23 PM