



Pemangku Kepentingan dan Tatanan Kebijakan Belanja Kesehatan Strategis dalam JKN

Nuzulul Kusuma Putri




2.1. Fungsi Pembelian dalam Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia telah mengalami beberapa kali perubahan, terutama dalam mekanisme jaminan kesehatan yang disediakan oleh negara. Sejak 2014 Indonesia telah membuat perubahan besar dalam upayanya mencapai amanat UHC melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Skala cakupan JKN yang sangat besar ini membuat fungsi *purchasing* (belanja) dalam sistem pembiayaan kesehatan menjadi sangat penting. Fungsi belanja Strategis berperan dalam memastikan bahwa mobilisasi sumber daya yang dibutuhkan dalam JKN benar-benar mampu untuk memenuhi kebutuhan yang mendukung pencapaian kinerja optimal dari JKN (Kementerian Kesehatan RI et al., 2018). Indonesia pun mulai meninggalkan pembelanjaan pasif dan mulai berusaha bertransformasi ke arah pembelanjaan aktif/strategis (Hidayat & Nurwahyuni, 2017). Pembelanjaan strategis sendiri ditandai dengan adanya upaya terus-menerus untuk memastikan cara terbaik dalam memaksimalkan kinerja sistem kesehatan (Busse et al., 2007; Figueras et al., 2005).

Sejak 2014 Indonesia telah membuat perubahan besar dalam upayanya mencapai amanat UHC melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Bab ini membahas tentang berbagai perubahan regulasi yang telah dibuat dalam mendukung fungsi *strategic purchasing* (belanja kesehatan strategis) dalam JKN. Analisis regulasi yang disusun dalam bab ini membandingkan peran antar-pemangku



kepentingan JKN serta bagaimana kebijakan yang telah dibuat oleh setiap pemangku kepentingan telah saling mendukung atau justru tumpang-tindih.

2.2. Fungsi Pembelian dalam Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Jumlah penduduk Indonesia yang sangat besar telah membuat cakupan semesta yang dilindungi oleh JKN menjadi jaminan kesehatan dengan *single-payer* yang paling besar di dunia. Namun sebelum sampai pada titik ini, Indonesia telah mengalami berbagai perubahan mekanisme jaminan kesehatan sejak 1968. Perubahan ini menunjukkan perjalanan Indonesia meninggalkan pembelanjaan pasif menuju pembelanjaan strategis.

Pembelanjaan strategis yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan sebagai pembeli dalam program JKN dipahami sebagai kemampuan untuk membeli pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan setiap penduduk dan memperoleh hasil semaksimal mungkin (World Bank Group, 2018). Menilik dari definisi tersebut, setidaknya pengambilan kebijakan dalam pembelanjaan strategis akan melibatkan hubungan antara individu penduduk, penyedia pelayanan kesehatan, dan pihak ketiga yang menjadi pembeli. Hubungan ketiga pihak tersebut akan menentukan cara kerja pembelanjaan strategis serta kebijakan apa saja yang dibutuhkan untuk mendukung cara kerja tersebut. Berbagai literatur telah menggarisbawahi bahwa setidaknya interaksi dari ketiga pihak tersebut berpusat pada keputusan terhadap tiga hal, yakni *what services are purchased, who provides the services, dan how are the providers paid*. (Chasin et al., 2018; Hendartini, 2017; Mathauer et al., 2017b).

Tabel 2.1. menunjukkan transformasi fungsi pembelanjaan dalam mekanisme jaminan kesehatan di Indonesia.

Tabel 2.1. menunjukkan perubahan jaminan kesehatan yang pernah dilakukan di Indonesia. Perubahan interaksi peserta, penyedia pelayanan, dan agen pembeli pada setiap jaminan kesehatan terjadi pada ketiga aspek belanja strategis, yakni pada apa yang dibeli, siapa yang menyediakan pelayanan, serta bagaimana penyedia pelayanan ini dibayar.

Tabel 2.1. Periodisasi Program Jaminan Kesehatan di Indonesia

	1968-1984	1984-1992	1992-2014		2014-saat ini	
Jenis penjaminan	Program percontohan jaminan kesehatan yang disebut Jakarta <i>Pilot Project</i>	Asuransi Kesehatan (ASKES)	Asuransi Kesehatan (ASKES)	Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin/ ASKESKIN/ Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)	Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
Dasar hukum	Permenkes No. 1 Tahun 1968	Peraturan Pemerintah No. 22 dan 23 Tahun 1984	Peraturan Pemerintah No. 6 Tahun 1992	Kepmenkes No. SK No. 1241/ Menkes/SK/ XI/2004	UU No. 32 Tahun 2004	UU No. 40 Tahun 2004 UU No. 24 Tahun 2011
Siapa yang menjadi <i>purchaser</i> ?	Komite dana sakit yang selanjutnya berubah menjadi BDPDK	Perum Husada Bhakti	PT. ASKES (Persero)	Kementerian Kesehatan yang menugaskan PT. ASKES (Persero) dalam pengelolaannya	Bervariasi tergantung kebijakan Pemerintah Daerah	BPJS Kesehatan
Layanan apa yang dibelanjakan?	Pemeliharaan kesehatan dan/ atau penggantian biaya untuk pemeliharaan kesehatan	Perluasan hak peserta BDPDK dengan penambahan penunjang medik	Perluasan hak peserta BDPDK dengan penambahan penunjang medik	RJTP dan RITP di Puskesmas RJTL dan rawat inap kelas III di Rumah Sakit Gawat darurat	Bervariasi tergantung kebijakan Pemerintah Daerah	Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan Persalinan Ambulan
Siapa yang menggunakan layanan tersebut?	Pegawai negara dan penerima pensiun beserta keluarganya	PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya	PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya Pegawai BUMN dan juga pegawai perusahaan yang didaftarkan (Askes komersial)	Masyarakat miskin dan tidak mampu	Masyarakat miskin yang belum terlindungi dengan Jamkesmas Jumlah cakupan tergantung kemampuan ekonomi Pemerintah Daerah	Universal Health Coverage
Siapa yang menyediakan layanan?	Fasilitas kesehatan yang berjejang	Fasilitas kesehatan yang berjejang	Fasilitas kesehatan yang berjejang	Fasilitas kesehatan yang berjejang	Bervariasi tergantung kebijakan Pemerintah Daerah	Fasilitas kesehatan yang berkontrak dengan BPJS Kesehatan
Bagaimana penyedia pelayanan kesehatan dibayar?	Retrospektif dibayar sesuai dengan tarif yang ditetapkan Menteri Kesehatan. Kelebihan biaya akan ditanggung pada peserta	Retrospektif dibayar sesuai dengan tarif yang ditetapkan Menteri Kesehatan. Kelebihan biaya akan ditanggung pada peserta	Retrospektif dibayar sesuai dengan tarif yang ditetapkan Menteri Kesehatan. Kelebihan biaya akan ditanggung pada peserta	Retrospektif Klaim yang diajukan oleh penyedia layanan kesehatan Kendali biaya dengan INA-DRGs	Bervariasi tergantung kebijakan Pemerintah Daerah	FKTP dibayar dengan kapitasi FKTL dibayar dengan sistem paket sesuai INA-CBGs

Hasil modifikasi penulis dari berbagai sumber.

2.1.1. Manfaat yang Dibeli


Pada awal Indonesia menginisiasi jaminan kesehatan melalui *Jakarta Pilot Project* (1968-1984), peserta dapat mengklaim semua biaya pemeliharaan kesehatan yang dikeluarkan. Kebebasan peserta untuk menggunakan pelayanan kesehatan ini membuat Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) mengalami defisit karena tingginya klaim dibandingkan pemasukan BPDPK dari peserta. Pada periode ini belum ada kebijakan yang mengatur tentang penggunaan obat dan harga obat sehingga klaim untuk obat menjadi tidak rasional dan membuat kerugian yang besar bagi BPDPK.

Saat BPDPK berubah menjadi Perum Husada Bhakti dan selanjutnya berubah menjadi PT. ASKES (Persero), penataan terhadap manfaat yang dapat diperoleh peserta mulai dilakukan (BPJS Kesehatan, 2014b). Sekitar 1987, penggunaan Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) mulai diperkenalkan. DPHO berisi daftar harga tertinggi untuk setiap jenis obat yang ditanggung. Penggunaan DPHO bertujuan untuk mengurai permasalahan variasi harga obat yang diklaimkan oleh peserta. Pada periode ini juga mulai diatur bahwa persepan obat harus sesuai dengan formularium. Persepan yang dapat diklaimkan juga harus dikeluarkan oleh penyedia pelayanan kesehatan yang sudah bekerja sama dengan PT. ASKES sebagai badan penyelenggara. Peserta dapat memperoleh pelayanan di luar paket manfaat yang ditanggung PT. ASKES dengan metode *cost sharing*.

Selain mengelola jaminan kesehatan untuk peserta, PT. ASKES juga ditunjuk untuk mengelola jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin. Pada 2004, pemerintah membentuk Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) menggantikan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK). Manfaat yang diterima oleh masyarakat miskin yang terdaftar sebagai penerima manfaat bersifat kuratif. Masyarakat miskin dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan inap tingkat pertama di Puskesmas dan pelayanan lanjut di rumah sakit milik pemerintah.

Setelah Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diberlakukan, PT. ASKES selanjutnya berubah menjadi BPJS Kesehatan yang bertanggung jawab menjadi badan penyelenggara JKN.

PJKMM selanjutnya berubah menjadi Jamkesmas (Badan Pemeriksa Keuangan, 2011). Ketidaksesuaian data masyarakat miskin yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) dengan data masyarakat miskin yang dimiliki oleh Puskesmas menginisiasi dikeluarkannya program Jamkesda sebagai pelengkap Jamkesmas. Masyarakat miskin yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas atau klaimnya melebihi batas yang ditetapkan dalam Jamkesmas maka pembiayaannya ditanggung oleh pemerintah daerah. Hal ini menyebabkan manfaat yang dapat dinikmati masyarakat miskin peserta Jamkesda sangat bervariasi antar-daerah. Perbedaan kemampuan pemerintah daerah untuk menanggung biaya kesehatan masyarakat miskin menyebabkan variasi manfaat antardaerah sangat tinggi.



Setelah Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diberlakukan, PT. ASKES selanjutnya berubah menjadi BPJS Kesehatan yang bertanggung jawab menjadi badan penyelenggara JKN. Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 ini mendasari berbagai peraturan dalam penyelenggaraan JKN. Misalnya dalam pengaturan paket manfaat, Undang Undang ini mengatur bahwa Paket manfaat dalam JKN yang dapat dinikmati para peserta menjadi lebih terstandar. Jenis pelayanan kesehatan yang dijamin, tidak dijamin, ataupun yang dibatasi sesuai ketentuan yang tertuang dalam Peraturan Presiden. Sesuai dengan amanat Undang Undang No. 40 Tahun 2004, jaminan kesehatan harus dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak. Oleh karena itu, paket manfaat yang diberikan adalah pelayanan kesehatan pada tingkat pelayanan primer hingga pelayanan tingkat lanjut. Pelayanan kesehatan dalam JKN diberikan secara komprehensif secara berjenjang pada fasilitas kesehatan yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Peserta tidak hanya mendapatkan pelayanan kesehatan kuratif, tetapi juga promotif dan preventif terkait upaya kesehatan perorangan.

Sesuai Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004, metode urun biaya dalam JKN digunakan untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan. Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 dijelaskan bahwa yang dimaksud dengan jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan adalah pelayanan dipengaruhi selera dan perilaku Peserta. Urun biaya dikecualikan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.

2.2.2. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Perubahan besar dalam JKN adalah kerja sama dengan penyedia pelayanan kesehatan yang dilakukan dengan kontrak dengan penyedia pelayanan kesehatan yang sudah terakreditasi. Kriteria ini tidak ada pada mekanisme jaminan kesehatan sebelum JKN. Dengan memastikan bahwa setiap penyedia pelayanan kesehatan yang bekerja sama telah terakreditasi, BPJS Kesehatan sebagai pembeli mengendalikan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pesertanya. Pada periode JKN ini juga mulai diperkenalkan dengan akreditasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama. seperti Puskesmas, klinik, dan dokter keluarga.

Perubahan mendasar lainnya adalah pelaksanaan sistem rujukan yang lebih tertata pada masa JKN. Sebelum JKN diberlakukan, sistem rujukan di Indonesia tidak berjalan dengan baik (BPJS Kesehatan, 2014; Kementerian Kesehatan RI et al., 2018). Walaupun sebelumnya JKN telah memberlakukan rujukan berjenjang, pada pelaksanaannya banyak peserta dapat langsung datang ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) tanpa melalui Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Puskesmas sebagai FKTP lebih banyak digunakan oleh masyarakat miskin yang ditanggung dalam

Dengan memastikan bahwa setiap penyedia pelayanan kesehatan yang bekerja sama telah terakreditasi, BPJS Kesehatan sebagai pembeli mengendalikan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pesertanya.

Jamkesmas atau Jamkesda. Selain penataan rujukan dari FKTP ke FKTL, pada era JKN juga mulai diberlakukan sistem rujuk balik dari fasilitas kesehatan tingkat lanjut ke fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Kotak 2.1. SJSN & JKN

UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN mengatur bahwa penyelenggaraan program jaminan sosial dilakukan melalui lima jenis program, yang meliputi: 1. jaminan kesehatan; 2. jaminan kecelakaan kerja; 3. jaminan hari tua; 4. jaminan pensiun; dan 5. jaminan kematian. Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. UU ini menjadi dasar dalam semua peraturan yang mengatur penyelenggaraan JKN.

Kepesertaan

Karena merupakan asuransi sosial, semua Warga Negara Indonesia wajib mengikuti jaminan kesehatan ini.

Iuran

Setiap peserta wajib membayar iuran. Iuran bagi fakir miskin dan orang yang tidak

mampu dibayar oleh pemerintah. Besarnya iuran ditetapkan oleh pemerintah secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

Manfaat jaminan kesehatan

Pelayanan perseorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan Bahan Medis Habis Pakai yang diperlukan.

Pembayaran kepada fasilitas kesehatan

Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut.

Sumber: UU Nomor 40 Tahun 2014

2.2.3. Pembayaran Penyedia Pelayanan Kesehatan

Pada setiap periodisasi jaminan kesehatan di Indonesia pembayaran pelayanan dilakukan oleh badan penyelenggara. Perubahan mendasar pada setiap periodisasi terutama tampak pada pembayaran iuran kelompok peserta masyarakat miskin dan juga cara pembayaran dari badan penyelenggara ke penyedia pelayanan kesehatan.

Sebelum JKN diberlakukan, kepesertaan seseorang untuk dalam jaminan kesehatan bersifat sukarela sehingga tidak semua masyarakat Indonesia terdaftar. Hanya PNS/TNI/POLRI yang setiap bulan akan dipotong gajinya untuk membayar iuran PT. ASKES. Kelompok masyarakat miskin ditanggung oleh pemerintah melalui Jamkesmas dan Jamkesda. Pemerintah membayar klaim kepada fasilitas kesehatan dan menggunakan jasa PT. ASKES sebagai Administrator Pihak Ketiga/*Third Party Administrator (TPA)*. Sebagai TPA, PT. ASKES hanya bertugas untuk melakukan verifikasi klaim. Hal ini berubah pada JKN. Kepesertaan JKN bersifat wajib untuk seluruh rakyat Indonesia sehingga selain PNS/TNI/POLRI wajib mendaftarkan diri. Iuran premi kelompok masyarakat miskin

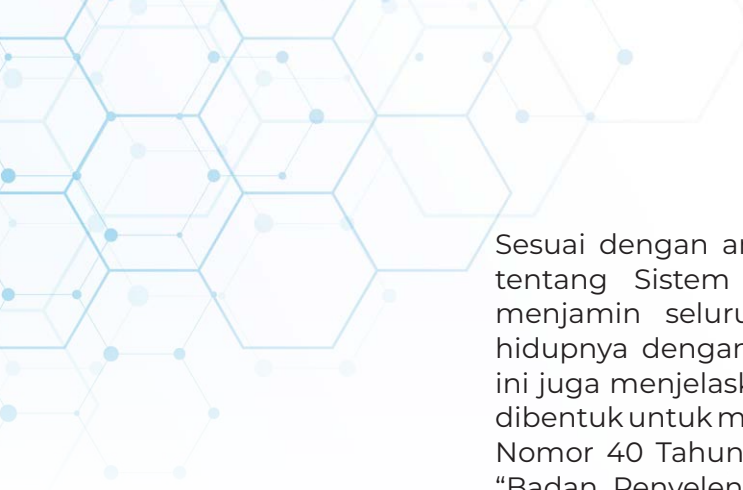
ditanggung oleh pemerintah. Besaran uangnya sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam peraturan presiden. PT. ASKES yang bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan tidak hanya berwenang dalam verifikasi klaim, tetapi juga mengatur pembayaran kepada fasilitas kesehatan.

Perubahan besar juga terjadi pada cara pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan. Sebelum JKN diberlakukan, penyedia pelayanan kesehatan dibayar dengan cara retrospektif, kapitasi dan *per diem*. Penyedia pelayanan kesehatan dibayar sesuai dengan pelayanan yang sudah diberikan. Pembeli mengganti biaya sesuai dengan besaran tarif yang sudah ditentukan. Setelah JKN diberlakukan, metode pembayaran prospektif yang dibayarkan sesuai dengan tarif *Indonesian Case Based Groups (INA-CBGs)* untuk pelayanan tingkat lanjut. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 yang selanjutnya diperbarui dengan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, tarif INA-CBGs ditinjau sekurang-kurangnya setiap dua tahun sekali oleh Menteri Kesehatan. Tarif kapitasi dan non-kapitasi (untuk pelayanan rawat inap di FKTP) diberlakukan untuk melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Perubahan dalam hal cara pembayaran ini merupakan salah satu bentuk kendali biaya agar tidak terjadi *over utilization* dan *fraud* dari masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dalam JKN.

Seiring dengan semakin luasnya cakupan kepesertaan dan fleksibilitas yang dimiliki pembeli, pertanyaan penting yang muncul adalah “*apakah fungsi pembelian yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan sebagai pembeli dalam program jaminan kesehatan di Indonesia sudah sesuai dengan konsep pembelanjaan strategis?*”

Pembelanjaan strategis membutuhkan sebuah institusi yang melakukan hampir semua fungsi pembelian. Tabel 2.1. menjelaskan evolusi BPDPK hingga menjadi BPJS Kesehatan sebagai pembeli dalam jaminan kesehatan di Indonesia. Evolusi ini diiringi dengan perubahan bentuk kelembagaan dari pembeli. BPDPK yang awalnya hanya merupakan badan di bawah Departemen Kesehatan mengalami perubahan menjadi bentuk badan usaha. BPDPK sendiri pernah bertransformasi menjadi bentuk perum (Perum Husada Bhakti) dan persero (PT. ASKES). Perubahan bentuk badan usaha menjadi perum hingga persero menunjukkan adanya unsur *profit-oriented* dalam pelayanan jaminan kesehatan yang diberikan saat itu. Sesuai dengan amanat undang-undang, PT. ASKES selanjutnya berubah menjadi BPJS Kesehatan. Sebagai badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada presiden, BPJS Kesehatan berubah menjadi bersifat nirlaba dengan tujuan utama menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Peleburan berbagai fungsi pembelian seperti dimiliki oleh Kementerian Kesehatan untuk Jamkesmas dan juga pemerintah daerah untuk Jamkesda, menjadikan BPJS Kesehatan sebagai *single purchaser* dalam JKN.

Peleburan berbagai fungsi pembelian seperti dimiliki oleh Kementerian Kesehatan untuk Jamkesmas dan juga pemerintah daerah untuk Jamkesda, menjadikan BPJS Kesehatan sebagai *single purchaser* dalam JKN.



Sesuai dengan amanat Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, maka pemerintah menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan hidupnya dengan layak melalui jaminan sosial. Undang Undang ini juga menjelaskan bahwa BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan jaminan sosial. Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 Pasal 24 Ayat 3 juga menjelaskan bahwa “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan.”. Peraturan ini menunjukkan bahwa BPJS telah diberikan *purchasing power* dalam menjalankan fungsi belanja strategis kesehatan.

Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 6 menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Sambil menunggu dibentuknya BPJS (yang terbentuk pada 2014), fungsi pembelanjaan dalam jaminan sosial untuk masyarakat miskin dilakukan oleh pemerintah. Pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan mengelola jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin. Karena jumlah yang besar dan dinamis, masyarakat miskin yang belum terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) menjadi tanggungan dari Pemerintah Daerah melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Selanjutnya sesuai dengan Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011, Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat miskin sejak beroperasinya BPJS Kesehatan. Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 6 menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan diberikan kewenangan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Pasal selanjutnya juga menjelaskan bahwa dalam melaksanakan tugas tersebut, BPJS Kesehatan langsung bertanggung jawab kepada presiden. Undang undang ini membawa konsekuensi pada pengelolaan jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin yang selanjutnya dilebur menjadi satu di bawah pengelolaan BPJS Kesehatan. Kedua undang undang tersebut membuat fungsi pembelanjaan BPJS Kesehatan secara legal menjadi semakin kuat.

2.3. Prinsip Utama antara Pembeli dan Penyedia Layanan

Setidaknya ada tiga prinsip utama yang harus ada dalam hubungan antara pengelola jaminan sosial sebagai *purchaser* dan penyedia pelayanan kesehatan dalam konteks pembelanjaan strategis pada *Universal Health Coverage* (Mathauer et al., 2017a).

2.3.1. Prinsip Pertama

Pembeli perlu memiliki **mandat yang jelas** untuk menjadi suatu *strategic purchaser*. Mandat yang jelas ini harus didasarkan pada ketentuan hukum yang mengatur **kekuatannya (*purchasing power*)**. Kekuatan ini harus mampu memberikan **ruang**

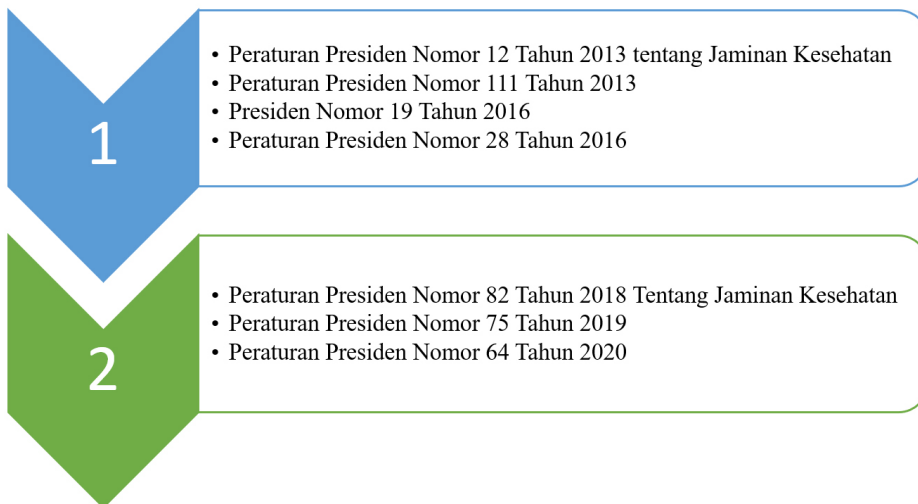
pengambilan keputusan dan juga otonomi yang dibutuhkan dalam menjalankan fungsinya sebagai pembelanja strategis.

Kenjelasan mandat tentang peran BPJS Kesehatan sebagai pembeli JKN diatur pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Undang undang adalah sumber hukum tertinggi dan keduanya mengatur bahwa BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional. Operasionalisasi dari mandat yang diberikan Undang Undang ini diperinci melalui Peraturan Presiden yang mengatur tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Operasionalisasi mandat yang diberikan kepada BPJS Kesehatan sebagai pembeli berhubungan dengan empat instrumen yang digunakan dalam pembelanjaan strategis, yakni manfaat, kontrak, monitoring dan evaluasi, serta pembayar penyedia layanan kesehatan.

Ada dua isu utama yang dapat digarisbawahi dari dinamika perubahan kebijakan serta implementasinya dalam industri kesehatan yang mencuat dalam kejelasan mandat ini, yakni:

1. Dinamika peraturan yang cepat menunjukkan bahwa JKN masih belum matang dan terus mencari bentuk yang terbaik


Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan telah mengalami banyak perubahan. Hanya dalam kurun waktu tujuh tahun (2013 hingga 2020), peraturan presiden yang menjadi dasar aturan untuk



Gambar 2.1.
Dinamika
Peraturan
Presiden Mengenai
Operasionalisasi
Program Jaminan
Kesehatan

Hasil modifikasi penulis dari berbagai sumber.

pelaksanaan jaminan kesehatan telah berubah setidaknya hingga tujuh kali. Jadi, dapat dikatakan bahwa peraturan ini berubah hampir setiap tahun. Set Peraturan Presiden yang pertama telah mengalami perubahan hingga tiga kali dan dinyatakan tidak berlaku lagi setelah Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 diterbitkan.



Selain mandat yang belum sesuai dengan konsep pembelanjaan strategis, banyak ahli yang juga menyatakan bahwa perubahan ini cenderung reaktif terhadap permasalahan yang muncul dalam pengelolaan program JKN.

Analisis terhadap mandat yang diberikan kepada BPJS Kesehatan sebagai pembeli menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan belum memiliki kekuatan dan ruang pengambilan keputusan yang ideal untuk menjadi *strategic purchaser* (Kementerian Kesehatan RI et al., 2018b), misalnya dalam penentuan tarif pelayanan kesehatan. Dalam konsep pembelanjaan strategis, pembeli seharusnya memiliki kekuatan dalam menentukan tarif pelayanan. Namun berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, mandat untuk menentukan tarif pelayanan justru diserahkan kepada Menteri Kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai pembeli tidak diberikan kewenangan untuk menentukan tarif pelayanan. Kondisi ini juga tampaknya ditemukan dalam kewenangan BPJS Kesehatan dalam kredensialing fasilitas kesehatan dan juga penentuan besaran iuran peserta. Uraian lebih rinci tentang hal ini disampaikan pada uraian prinsip yang ketiga.

Selain mandat yang belum sesuai dengan konsep pembelanjaan strategis, banyak ahli yang juga menyatakan bahwa perubahan ini cenderung reaktif terhadap permasalahan yang muncul dalam pengelolaan program JKN (Hendartini & Trisnantoro, 2015; Hidayat & Nurwahyuni, 2017). Misalnya dalam penentuan indikator yang digunakan untuk menentukan besaran tarif pelayanan ini. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Pasal 73 ayat 1 dan 2, standar tarif disusun berdasarkan kecukupan iuran dan keberlangsungan program. Padahal pada peraturan sebelumnya Peraturan Presiden Nomor 13 Tahun 2013 Pasal 41 Ayat 2, penetapan standar tarif pelayanan kesehatan disusun dengan memperhatikan ketersediaan fasilitas kesehatan, Indeks Harga Konsumen, dan Indeks Kemahalan Daerah.

2. Tumbuhnya kesadaran untuk semakin melibatkan lebih banyak pihak untuk menjamin sustainabilitas JKN

Perubahan peraturan ini juga mengatur keterlibatan lebih banyak pihak dalam menjamin keberlangsungan JKN. Selama ini, peraturan yang ada selalu menekankan peran Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam memastikan keberlangsungan JKN. Pelibatan pemerintah daerah dan sektor swasta masih sangat minim diatur. Pada peraturan terbaru, pelibatan keduanya mulai diatur untuk memastikan bahwa JKN dapat terus berlangsung.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 35 Ayat 1 hanya mengatur bahwa Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan. Saat tidak ada fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat di daerah maka yang bertanggung jawab memberikan kompensasi untuk peserta adalah BPJS Kesehatan.

Peraturan ini selanjutnya diubah dengan membuat pemerintah daerah lebih berperan dalam memastikan ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis pakai. Pada Peraturan Presiden Nomor

82 Tahun 2018 Pasal 58 Ayat 1 disampaikan bahwa Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Fasilitas Kesehatan bertanggung jawab atas ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangannya. Peraturan ini mendorong pemerintah daerah untuk melakukan pemetaan kebutuhan dari fasilitas kesehatan yang berada di bawah koordinasinya. Pemetaan ini penting dilakukan agar pada kredensialing fasilitas kesehatan selanjutnya dapat memenuhi persyaratan yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan.

Peran pemerintah daerah juga mulai lebih ditekankan dalam urusan membayar iuran untuk PBI jaminan kesehatan. Jika pada Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Pasal 16 Ayat 1 disampaikan bahwa iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dibayar oleh Pemerintah, pada Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Pasal 29 Ayat 4 diubah dengan mengatur kontribusi pemerintah daerah. Pemerintah Daerah diatur untuk berkontribusi dalam membayar iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan (sesuai kapasitas fiskal daerah) untuk menjamin keberlangsungan dan kesehatan keuangan Jaminan Kesehatan.

2.3.2. Prinsip Kedua

Penyedia pelayanan kesehatan membutuhkan **tingkat otonomi** yang memadai bersamaan dengan **tanggung jawab akuntabilitas** terhadap pembeli.

Banyak permasalahan tentang tingkat otonomi dari penyedia pelayanan kesehatan terjadi pada Puskesmas yang merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah. BPJS Kesehatan memberlakukan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen, tetapi pemenuhan standar ketenagaan dan fasilitas kesehatan pada FKTP milik pemerintah masih di bawah kendali pemerintah. Penggunaan anggaran belanja kesehatan untuk fasilitas kesehatan masih menjadi wewenang Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, dan juga Pemerintah Daerah. Di lain sisi, pembagian kapitasi diatur sedemikian rupa oleh Pemerintah sehingga Puskesmas tidak leluasa untuk dapat menggunakan uang tersebut untuk upaya peningkatan sarana prasarana (Kementerian Kesehatan RI et al., 2018c).

Contohnya adalah pengelolaan Puskesmas yang ada di daerah terpencil. Berdasarkan Laporan Riset Fasilitas Kesehatan 2019, terdapat lebih banyak Puskesmas dengan status non-BLUD di daerah terpencil. Puskesmas tersebut tidak hanya terkendala masalah fasilitas penunjang, seperti kondisi ambulans yang rusak (ambulans juga menjadi salah satu manfaat pelayanan), ketiadaan sambungan listrik, dan keterbatasan lain terkait sarana prasarana yang menunjang pelayanan. Jika tidak ada mekanisme perencanaan kebutuhan anggaran yang baik pada level Puskesmas maupun

BPJS Kesehatan memberlakukan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen, tetapi pemenuhan standar ketenagaan dan fasilitas kesehatan pada FKTP milik pemerintah masih di bawah kendali pemerintah.

Dinas Kesehatan (yang dibarengi dengan sistem akuntabilitas penggunaan dana kapitasi di daerah), kapitasi berbasis pemenuhan komitmen tidak akan mampu meningkatkan kualitas FKTP pada daerah ini. Kebijakan ini justru dapat membuat kesenjangan yang semakin luas antara FKTP di daerah dan perkotaan.

Kotak 2.2. Otonomi FKTP Milik Pemerintah dalam Pengelolaan Dana Kapitasi

Dalam JKN, FKTP dibayar oleh BPJS Kesehatan dengan cara kapitasi sesuai dengan jumlah peserta BPJS Kesehatan yang terdaftar pada FKTP dan non-kapitasi untuk pelayanan rawat inap. Pembayaran dilakukan secara langsung oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP tersebut. Permasalahan muncul pada pembayaran kapitasi pada FKTP milik pemerintah daerah yang belum memiliki status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Pertama, Puskesmas non-BLUD tidak memiliki otonomi untuk meningkatkan mutu Puskesmas dari sisi penambahan tenaga kesehatan. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*, penentuan besaran kapitasi yang dapat diperoleh Puskesmas tergantung pada ketersediaan dokter dan dokter gigi yang ada di Puskesmas. Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas non-BLUD tidak memiliki kewenangan untuk melakukan penambahan sumber daya manusia yang ada di Puskesmas. Pengembangan Puskesmas sangat tergantung pada kebijakan dari pemerintah daerah.

Kedua, Puskesmas non-BLUD tidak memiliki keleluasaan untuk mengelola dana kapitasinya karena harus melalui banyak tahap penganggaran keuangan daerah. Puskesmas yang belum berstatus BLUD tidak dapat menerima dana kapitasi sebagai pendapatan langsung, tetapi harus melalui aliran kas daerah. Puskesmas juga tidak bisa menggunakan dana kapitasi secara langsung untuk operasional melainkan harus menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN tahun berjalan kepada Kepala Dinas Kesehatan setempat.

Untuk mengatur penggunaan dana kapitasi ini dikeluarkan Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Dalam peraturan tersebut disampaikan bahwa besaran alokasi dana kapitasi yang dapat dimanfaatkan akan ditetapkan setiap tahun dengan Keputusan Kepala Daerah atas usulan Kepala SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan (1) kebutuhan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; (2) kegiatan operasional pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai target kinerja di bidang upaya kesehatan perorangan; dan (3) besar tunjangan yang telah diterima dari Pemerintah Daerah. Kondisi ini menunjukkan lemahnya otonomi FKTP dalam menggunakan dana kapitasi. FKTP harus meminta persetujuan dari dinas kesehatan untuk menentukan penggunaan anggaran ini.

Ketiga, lemahnya otonomi Puskesmas dalam memanfaatkan dana kapitasi tidak dapat mendukung upaya Puskesmas dalam mencapai kinerja terbaik. Pada 2017, BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan mengeluarkan aturan tentang penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan yang selanjutnya berubah menjadi pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada 2019. Pembayaran kapitasi berbasis kinerja ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan FKTP. BPJS Kesehatan menggunakan beberapa indikator capaian untuk menentukan berapa banyak dana kapitasi yang dapat diberikan ke Puskesmas.

Hasil modifikasi penulis dari berbagai sumber.

2.3.3. Prinsip Ketiga

Purchasing power dibutuhkan oleh *purchaser* untuk merangsang perubahan positif pada seluruh sistem kesehatan.

Purchasing power dibutuhkan oleh *purchaser* untuk memengaruhi model pemberian pelayanan kesehatan dan kinerja dari penyedia pelayanan kesehatan (Busse et al., 2007; Chasin et al., 2018; Figueras et al., 2005). Pada Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, *purchasing power* secara mutlak diberikan kepada BPJS Kesehatan. Pasal 24 Ayat 3 mengatur bahwa BPJS Kesehatan mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan. *Purchasing power* ini juga dikuatkan dengan Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 6 dan 7 yang menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan bertanggung jawab langsung kepada Presiden. Dengan *purchasing power* ini maka idealnya BPJS Kesehatan sebagai *single purchaser* dapat merangsang perubahan positif pada seluruh sistem kesehatan.

Namun, pada peraturan turunan dari kedua undang undang ini justru terdapat pasal-pasal yang melemahkan *purchasing power* BPJS Kesehatan dengan memberikan lebih banyak *purchasing power* kepada Kementerian Kesehatan (Hidayat & Nurwahyuni, 2017; Kementerian Kesehatan RI et al., 2018b). Hal ini mengindikasikan adanya fragmentasi *purchasing power* dalam pengelolaan JKN di Indonesia. Menurut (Mathauer et al., 2017a), fragmentasi menjadi beberapa *purchaser* akan melemahkan koherensi dari kebijakan yang dibuat.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, yang sudah mengalami perubahan menjadi Permenkes 64 Tahun 2020, menyebutkan bahwa kewenangan untuk menentukan manfaat, besaran iuran, hingga kebijakan dalam kendali mutu dan kendali biaya diberikan kepada Menteri Kesehatan. Di lain sisi, BPJS Kesehatan diminta mengembangkan teknis operasionalisasi yang meliputi mekanisme penarikan iuran, kredensial fasilitas kesehatan, survei kepuasan peserta, dan pemantauan serta pengawasan pemanfaatan. Peraturan Presiden tersebut juga menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, tetapi harus sesuai dengan persetujuan dari Menteri Kesehatan. Dalam kewenangannya menentukan fasilitas kesehatan mana yang dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan juga tetap harus mendapat persetujuan dari Menteri Kesehatan. Hasil survei kredensialing atau re-kredensialing yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan harus dilaporkan ke Kementerian Kesehatan. Penentuan dari kontrak didasarkan pada rewiu hasil kredensialing dan re-kredensialing yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan. Hal tersebut mengindikasikan bahwa BPJS Kesehatan hanya menjadi pelaksana dari kebijakan strategis

Dalam kewenangannya menentukan fasilitas kesehatan mana yang dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan juga tetap harus mendapat persetujuan dari Menteri Kesehatan.

yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan memiliki kekuatan yang lebih besar dalam memengaruhi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

Kotak 2.3. Fragmentasi *Purchasing Power* BPJS Kesehatan

Purchasing power BPJS Kesehatan dapat ditemukan dalam dua undang-undang yang mengatur SJSN. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Pasal 24 Ayat 3 menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan. Sementara itu, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan bertanggung jawab langsung kepada Presiden.

1. *Purchasing power* BPJS Kesehatan dalam mengembangkan sistem pelayanan kesehatan

Sebagai *purchaser* yang ditunjuk oleh Undang-Undang untuk mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, idealnya, BPJS Kesehatan berfungsi untuk menentukan dan mengatur alokasi dana kepada organisasi *provider*. Sebagai *purchaser*, BPJS Kesehatan juga secara teori diharapkan mendapatkan peran utama (*active purchaser*) dalam menentukan performa keseluruhan dari suatu sistem kesehatan. *Purchasing power* yang dibutuhkan untuk menjalankan fungsi ini sebenarnya telah diatur dalam Undang-Undang SJSN, tetapi peraturan turunannya justru melemahkan fungsi ini.

Peraturan yang melemahkan:

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Pasal 57 Ayat 1, 2, dan 3 mengatur pengembangan sistem pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh BPJS Kesehatan hanya dengan persetujuan dari Menteri Kesehatan. Sementara itu, Pasal 86 menjelaskan bahwa pengembangan sistem kesehatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dibatasi pada pengembangan teknis operasionalisasi. Pengembangan ini mengoperasionalkan bagaimana BPJS Kesehatan melakukan kredensialing Fasilitas Kesehatan, survei kepuasan peserta,

serta pemantauan dan pengawasan pemanfaatan. Tidak disebutkan bahwa BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem kesehatan secara strategis.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Pasal 59 juga mengamanatkan bahwa penetapan pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri. Penetapan pelayanan kesehatan lainnya juga harus didasarkan pada penilaian teknologi kesehatan dengan memperhitungkan kecukupan iuran setelah berkoordinasi dengan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.

2. *Purchasing power* BPJS Kesehatan dalam sistem kendali mutu pelayanan

BPJS Kesehatan idealnya dapat menentukan fasilitas kesehatan mana yang dapat diajak bekerja sama dalam memberikan pelayanan kesehatan. Untuk dapat melakukan ini, BPJS Kesehatan sejatinya menetapkan kriteria. Proses kredensialing atau re-kredensialing menjadi wewenang dari BPJS Kesehatan dan segala pertanggungjawaban atas kerja BPJS Kesehatan menjadi kewenangan dari Presiden. Namun pada praktiknya, kekuatan untuk mengambil kebijakan ini ternyata terfragmentasi dengan kekuatan yang diberikan kepada Menteri Kesehatan.

Peraturan yang melemahkan:

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Pasal 72 Ayat 2 dan 4 mengatur bahwa hasil kredensial atau re-kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan yang menunjukkan adanya ketidaksesuaian kelas rumah sakit harus dilaporkan oleh BPJS Kesehatan kepada Menteri Kesehatan untuk dilakukan *reviu*. Hasil *reviu* dari Menteri Kesehatan ini yang akan digunakan sebagai dasar untuk menentukan kontrak BPJS Kesehatan dengan rumah sakit.

3. *Purchasing power* BPJS Kesehatan dalam sistem pembayaran kesehatan

Dalam konsep *strategic purchasing*, penentuan siapa yang dapat bekerja sama sebagai pemberi pelayanan dan juga penentuan sistem pembayaran yang digunakan idealnya menjadi kewenangan dari *purchaser*. Hal ini dibutuhkan agar *purchaser* dapat memastikan bahwa pembayaran iuran hingga pembayaran kepada *provider* dapat secara efektif mendorong kinerja sistem kesehatan. Namun dalam pelaksanaannya, BPJS Kesehatan ternyata belum memiliki *purchasing power* dalam penentuan besaran iuran peserta, standar tarif, dan juga cara pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan.

Peraturan yang melemahkan:

Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Pasal 38 Ayat 2 menjelaskan bahwa besaran iuran diusulkan oleh Ketua Dewan

Jaminan Sosial Nasional kepada Presiden dengan tembusan kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan. BPJS Kesehatan sesuai Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 diberi tugas untuk mengembangkan mekanisme penarikan iuran.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Pasal 69 Ayat 1 menjelaskan bahwa standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL ditetapkan oleh Menteri. Menteri juga meninjau standar tarif dengan memperhitungkan kecukupan iuran dan kesinambungan program yang dilakukan bersama dengan BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang keuangan.

Hasil modifikasi penulis dari berbagai sumber.

Kotak 2.3. menjelaskan beberapa pasal yang menunjukkan pelemahan terhadap *purchasing power* yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan.

Analisis terhadap ketiga prinsip pembelanjaan strategis tersebut menunjukkan bahwa peraturan yang mengatur tentang JKN sangat dinamis dan cenderung reaktif terhadap kondisi JKN saat ini. Perubahan kebijakan yang terlalu cepat berisiko dapat menyebabkan pelaksana kebijakan mengalami kesulitan dalam pelaksanaannya. Ketidakjelasan ini termasuk pada penjabaran setiap tanggung jawab pada semua pihak yang terlibat dalam *strategic purchasing* JKN. Karena cenderung reaktif terhadap kondisi saat ini yang dialami oleh JKN, peraturan yang dibuat tampaknya belum memperhatikan peramalan kebijakan kondisi JKN di masa depan. Peraturan ini lebih berorientasi pada kondisi saat ini dan melewatkan kondisi masa depan dari keberlangsungan program ini. Selain itu, BPJS Kesehatan tampaknya belum menjadi *active purchasers* dalam JKN. Ada banyak wewenang *strategic purchasing* yang difragmentasi dengan Menteri Kesehatan. Akibatnya, BPJS Kesehatan tidak leluasa menjadi penentu arah pengembangan sistem kesehatan di Indonesia.

2.4. Keterlibatan Berbagai Lembaga dalam Belanja Strategis JKN

Hubungan prinsipal-agen merupakan suatu konsep pengaturan hubungan dengan salah satu pihak (prinsipal) menunjuk pihak yang lain (agen) untuk bertindak atas nama dirinya. Kapan pun individu dan organisasi bergantung pada tindakan dari pihak lain maka hubungan keagenan terbentuk (Pratt & Zeckhauser, 1985). Ketentuan dalam hubungan antara prinsipal dan agen ini secara formal diatur sebagai sebuah kontrak. Saat agen bertindak atas nama prinsipal, pekerjaan yang dilakukan harus sesuai dengan kepentingan yang diusung oleh prinsipal sepanjang prinsipal secara rinci memberikan instruksi yang jelas. Agen juga memiliki kewajiban untuk tidak melakukan hal yang kemungkinan membahayakan posisi dari prinsipal.

Jika dikaji dengan pendekatan hubungan prinsipal-agen, terdapat beberapa hubungan prinsipal-agen pada peran BPJS Kesehatan yang terbentuk dalam JKN.

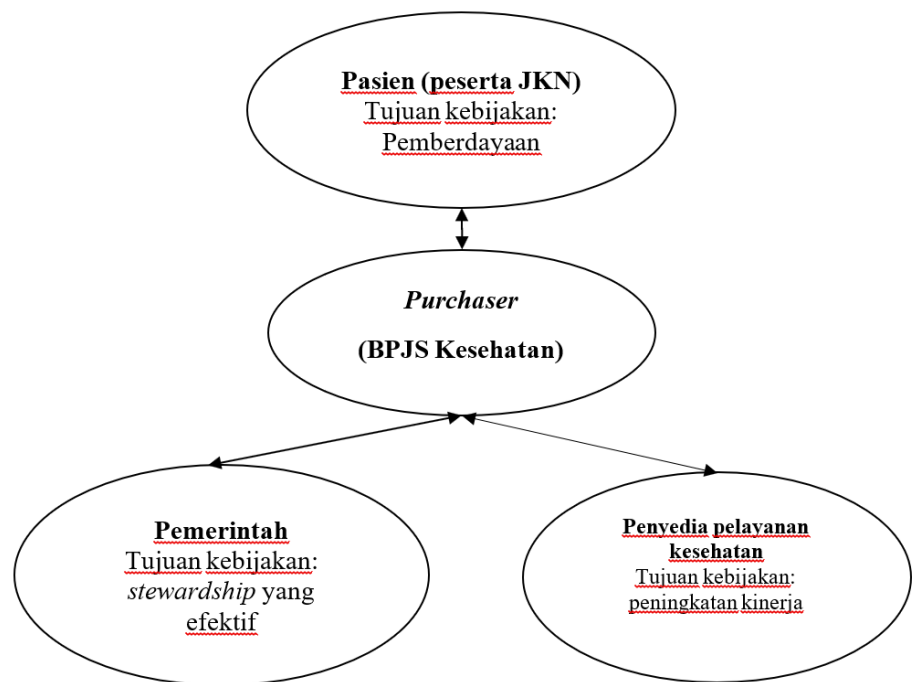
1. BPJS Kesehatan sebagai agen dari pemerintah

Sesuai amanat dari Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), BPJS Kesehatan merupakan agen dari pemerintah dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan.

2. BPJS Kesehatan sebagai prinsipal dari penyedia pelayanan kesehatan.

BPJS Kesehatan merupakan purchaser yang berfungsi sebagai prinsipal dari penyedia pelayanan kesehatan. BPJS Kesehatan membuat kontrak dengan penyedia pelayanan kesehatan serta memiliki berbagai macam perangkat yang mengatur hubungan

Gambar 2.2. Aktor Utama, Hubungan dan Tujuan Kebijakan yang Dibutuhkan untuk Mengembangkan Pembelanjaan Strategis dalam Pelayanan Kesehatan

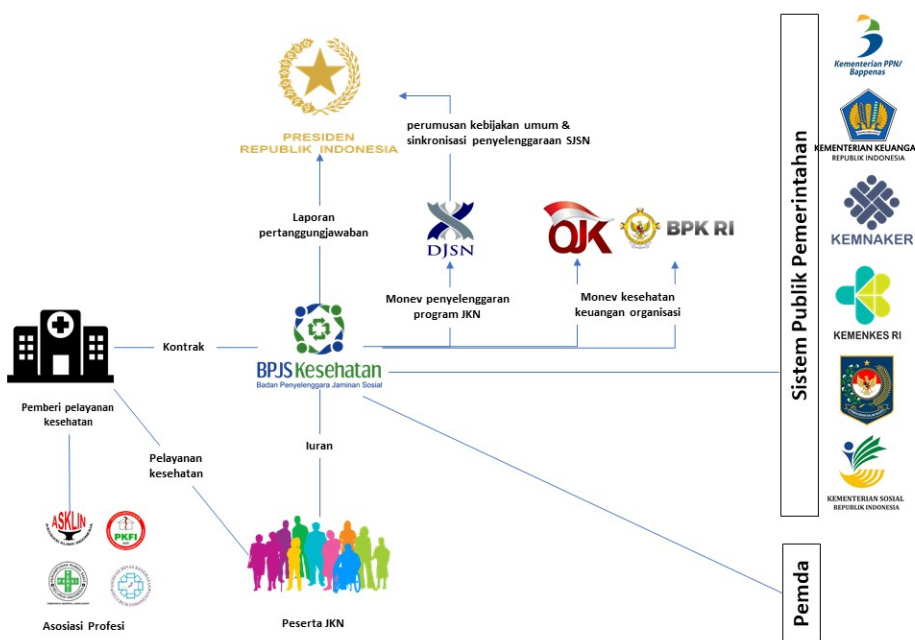


Sanderson, J., Lonsdale, C., & Mannion, R. (2018). What's Needed to Develop Strategic Purchasing in Healthcare? Policy Lessons from a Realist Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(1), 4–17. <https://doi.org/10/gh65f3>.

BPJS Kesehatan dan penyedia pelayanan kesehatan. Sebagai agen dari BPJS Kesehatan, penyedia pelayanan kesehatan memiliki tugas untuk memberikan pelayanan kepada peserta sesuai dengan kriteria pelayanan yang ditentukan dalam kontrak dengan BPJS Kesehatan.

Gambar 2.3 menunjukkan hubungan antara keempat aktor utama dalam JKN dalam kerangka hubungan prinsipal-agen. Tujuan kebijakan yang idealnya dikembangkan oleh *purchaser* dalam mengelola hubungan antar-pemangku kepentingan dalam hubungan prinsipal-agen JKN akan berbeda-beda sesuai dengan peran yang dimiliki pemangku kepentingan.


Setiap negara memiliki struktur pembelanjaan strategis yang berbeda-beda. Oleh karena itu, pemangku kepentingan serta peran setiap pemangku kepentingan yang terlibat dalam pembelanjaan strategis juga bervariasi tergantung dari struktur yang dibuat oleh negara tersebut. Fungsi pembelanjaan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan melibatkan berbagai pemangku kepentingan. Subbab sebelumnya menjelaskan *power purchasing* BPJS Kesehatan yang belum maksimal karena adanya peran Kementerian Kesehatan yang lebih mendominasi sistem pelayanan kesehatan Indonesia. Namun dalam praktiknya, pengelolaan JKN tidak hanya melibatkan interaksi antara BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan. Subbab ini lebih memaparkan siapa saja pemangku kepentingan yang terlibat dalam fungsi pembelanjaan dalam Jaminan Kesehatan Nasional serta bagaimana kebijakan yang mengatur hubungan setiap pemangku kepentingan dengan BPJS Kesehatan.



Gambar 2.3.
Hubungan BPJS
Kesehatan dengan
Berbagai Lembaga
yang Menjadi
Pemangku
Kepentingan JKN

Peraturan Presiden Nomor 25 Tahun 2020

Gambar 2.3. menunjukkan berbagai pemangku kepentingan yang berhubungan dengan BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan JKN.



Peraturan Presiden Nomor 25 Tahun 2020 menjelaskan bahwa dalam hubungannya dengan pemangku kepentingan lain, BPJS Kesehatan menjalankan tata kelola yang baik (*good governance*). Tata kelola ini bertujuan untuk memastikan bahwa BPJS dalam membuat keputusan akan patuh terhadap peraturan perundang-undangan, senantiasa meningkatkan profesionalisme, dan mendukung kesinambungan BPJS dan Dana Jaminan Sosial. Hubungan para pemangku kepentingan dalam pengelolaan JKN ini diatur dalam berbagai peraturan perundangan. Uraian berikut ini akan menjelaskan secara rinci bagaimana konsep hubungan yang terjadi serta bagaimana dukungan kebijakan dalam hubungan tersebut.

2.4.1. Tata Hubungan BPJS Kesehatan dengan Penyedia Pelayanan Kesehatan

Sebagai prinsipal, BPJS Kesehatan menyusun kontrak kerja sama dengan penyedia pelayanan kesehatan. Dalam penyusunan kontrak kerja sama ini, BPJS Kesehatan tidak hanya berhubungan dengan fasilitas kesehatan, tetapi juga dengan asosiasi fasilitas kesehatan dan juga organisasi profesi.

2.4.1.1. Tata Hubungan BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan bertindak sebagai agen dari BPJS Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada peserta JKN.

Fasilitas kesehatan bertindak sebagai agen dari BPJS Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada peserta JKN. Untuk dapat menjadi penyedia pelayanan kesehatan dalam JKN, fasilitas kesehatan harus membuat kontrak dengan BPJS Kesehatan. Kontrak yang dibuat menjelaskan apa saja ketentuan yang harus dipenuhi oleh penyedia pelayanan kesehatan sebagai agen untuk dapat bertindak (memberikan pelayanan kesehatan) atas nama BPJS Kesehatan. Kontrak ini menjelaskan hubungan mengikat antara BPJS Kesehatan, penyedia pelayanan kesehatan, dan juga peserta JKN dalam hal pelayanan kesehatan. Sebelum melakukan kontrak, BPJS Kesehatan melakukan kredensialing atau re-kredensialing untuk memastikan bahwa penyedia pelayanan kesehatan telah memenuhi kriteria yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan.

Sesuai dengan prosedur pelayanan kesehatan yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 maka pelayanan kesehatan dilakukan secara berjenjang melalui sistem rujukan. Peraturan ini juga menjelaskan kewajiban yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan sebagai agen dari BPJS Kesehatan dalam JKN. Fasilitas Kesehatan wajib untuk memastikan peserta JKN mendapatkan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis. Sebagai bentuk kendali biaya dalam pelayanan ini, Fasilitas Kesehatan harus berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Pengadaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai ini dilakukan oleh fasilitas kesehatan melalui *e-purchasing*.

Tabel 2.2. Arsitektur, Status Implementasi, dan Potensi Masalah Belanja Strategis

Arsitektur Belanja Strategis	Peran BPJS Kesehatan Terhadap:		Masalah yang Berkembang
	FKTP	FKTL	
Penilaian dan pemilihan faskes	Ya	Ya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembaga independen yang melakukan akreditasi FKTP masih belum terbentuk dan masih berada di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan 2. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019, saat BPJS Kesehatan menemukan adanya ketidaksesuaian kelas rumah sakit saat melakukan kredensial dan re-kredensial, BPJS Kesehatan harus melaporkan hasil kredensialing FKTL dengan Kemenkes sebelum menentukan penyesuaian kontrak kerja sama
Menyusun kontrak kerja sama dengan faskes	Ya	Ya	
Menetapkan daftar obat, tarif dan standar pelayanan kesehatan	Tidak	Tidak	BPJS Kesehatan berperan sebagai penerima harga dan kualitas, tidak punya posisi tawar dalam penentuan obat, standar pelayanan dan tarif yang mendorong peningkatan efisiensi dan mutu layanan kesehatan
Mengembangkan, menerapkan dan memodifikasi sistem pembayaran	Ya	Tidak	<ol style="list-style-type: none"> 1. BPJS Kesehatan memodifikasi sistem pembayaran kapitasi pada FKTP menjadi kapitasi berbasis komitmen. Namun, BPJS Kesehatan belum dapat melakukan monitoring dan evaluasi apakah kapitasi dan kapitasi berbasis komitmen dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di daerah atau justru memperlebar kesenjangan antar-fasilitas kesehatan 2. Perbaikan pada INA-CBGs telah dilakukan, tetapi peran utama dalam penentuan tarif INA-CBGs masih dominan dilakukan oleh Kementerian Kesehatan
Mengevaluasi kinerja dan menindak Faskes yang berkinerja buruk	Ya	Ya	Bentuk tindakan FKTP berkinerja buruk adalah pengurangan kapitasi dan pertimbangan re-kredensial; sedangkan bagi FKRTL berkinerja buruk berupa (1) penangguhan pembayaran klaim; 2) teguran tertulis; 3) pemutusan kontrak kerja sama (bagi rumah sakit)
Audit medis	Ya	Ya	BPJS Kesehatan sudah menginisiasi pembentukan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) di setiap cabang. TKMKB secara rutin melakukan <i>Utilization Review</i> dan audit medis
Mencegah kecurangan dan korupsi (<i>fraud</i>)	Ya	Ya	BPJS Kesehatan mengembangkan kemampuan sumber daya manusia dan teknologi informasi untuk memeriksa berkas klaim secara otomatis dan menandai (<i>flagging</i>) kasus-kasus yang berpeluang curang.
Membayar fasilitas kesehatan secara rutin	Ya	Ya	BPJS Kesehatan membayar Faskes berdasarkan tenggat waktu sesuai peraturan. Pada kasus tertentu, BPJS Kesehatan dapat menangguhkan pembayaran ke fasilitas kesehatan.
Mengembangkan SIM untuk mendukung fungsi pembelian	Ya	Ya	Berbagai aplikasi sudah dikembangkan untuk mendukung operasionalisasi program JKN-KIS

Diadaptasi dari Hidayat, B., & Nurwahyuni, A. (2017). Optimalisasi Strategic Purchasing BPJS Kesehatan. Ringkasan Riset JKN, Edisi 02 Bulan September, hlm.8. BPJS Kesehatan.



Tabel 2.2. merangkum arsitektur belanja strategis yang terjadi dalam tata hubungan BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan. Sebagian dari tabel ini dikutip dari ringkasan riset JKN-KIS yang dilakukan pada 2017 dan sudah ditambahkan informasi sesuai kebijakan yang terbaru.

Karena jumlah FKTP yang banyak di Indonesia, dibutuhkan banyak tenaga tim pendamping untuk dapat mendampingi pra dan pasca-akreditasi FKTP.

1.4.1.1.1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015, akreditasi wajib dilakukan untuk Puskesmas, Klinik Pratama, Rumah Sakit Tipe D, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. Akreditasi ini tidak dilakukan untuk fasilitas kesehatan tersebut sebelum JKN dilaksanakan. Karena kebijakan ini relatif baru, perangkat yang dibutuhkan dalam pelaksanaannya masih perlu dilengkapi dan disempurnakan. Misalnya, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 menyebutkan peran dari tim pendamping pra dan pasca-akreditasi FKTP. Karena jumlah FKTP yang banyak di Indonesia, dibutuhkan banyak tenaga tim pendamping untuk dapat mendampingi pra dan pasca-akreditasi FKTP. Selain itu, diperlukan peraturan yang mengatur tentang tugas dan spesifikasi dari tim pendamping mengingat jenis FKTP dan pelibatan asosiasi fasilitas kesehatan yang bervariasi. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2019 juga mengamanatkan segera dibentuknya lembaga independen penyelenggara akreditasi FKTP. Pembentukan lembaga ini penting untuk menjamin akuntabilitas dalam penilaian akreditasi. Peraturan tersebut menargetkan lembaga independen penyelenggara akreditasi FKTP ini selesai dibentuk pada akhir 2019, tetapi hingga akhir 2020 lembaga ini belum terbentuk.

Sebagai bentuk pelaksanaan sistem rujukan berjenjang, BPJS Kesehatan menetapkan bahwa 155 diagnosis yang menjadi kompetensi dokter umum harus dapat dilayani di FKTP (BPJS Kesehatan, 2014a). Namun berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia terdapat 144 diagnosis penyakit yang tidak boleh dirujuk. Hal ini memberikan konsekuensi setidaknya pada dua hal terkait ketenagaan FKTP dan sistem pendidikan kesehatan yang mendukung ketenagaan tersebut.

Pertama, perlunya pengaturan tentang bagaimana posisi dari FKTP yang tidak memiliki dokter umum, seperti praktik dokter gigi dan juga FKTP di daerah yang tidak memiliki dokter umum. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018, saat fasilitas kesehatan tidak memiliki dokter, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan bidan dan praktik perawat untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar. Sementara itu, praktik dokter gigi yang tidak memiliki dokter


umum dan sebaliknya akan dibayar dengan kapitasi yang lebih rendah sesuai dengan peraturan tentang standar tarif kapitasi.

Perbedaan tenaga kesehatan dan fasilitas yang dimiliki FKTP ternyata membawa konsekuensi pada tingginya konsentrasi peserta pada FKTP tertentu. Program pemerataan peserta di FKTP mulai dilakukan oleh BPJS Kesehatan setelah diterbitkan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016. Pada Pasal 29 menjelaskan bahwa untuk kepentingan pemerataan, BPJS Kesehatan dapat melakukan pemindahan peserta dari suatu FKTP ke FKTP lain. Pemindahan tersebut dilakukan pada FKTP yang masih berada dalam wilayah yang sama. Untuk mengoperasionalkan program ini dikeluarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2017 Tentang Pemerataan Peserta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Peraturan ini menjelaskan bahwa program pemerataan ini bertujuan untuk mencapai rasio ideal satu dokter untuk lima ribu peserta yang ditargetkan selesai pada 2019. Dalam melakukan pemerataan, BPJS Kesehatan meminta rekomendasi dari Dinas Kesehatan, asosiasi fasilitas kesehatan, dan juga organisasi profesi. Konsekuensi yang muncul dari kebijakan ini adalah semakin besarnya peran pemerintah daerah untuk dapat melakukan pemerataan terhadap tenaga dan fasilitas kesehatan yang ada di daerahnya. Pemindahan peserta yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kemungkinan besar akan juga membuat fasilitas kesehatan berlomba-lomba untuk menambah jumlah dokter yang dimiliki.

Kedua, konsekuensi dari kebijakan 144 diagnosis yang harus sudah selesai di FKTP juga berdampak pada perubahan sistem pendidikan kedokteran di Indonesia. Pada 2014, konsep dokter layanan primer mulai diperkenalkan untuk dapat memperkuat FKTP. Dokter layanan primer ini dirasa dibutuhkan untuk dapat menjadi gatekeeper yang memastikan keberhasilan sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan JKN. Dokter layanan primer berbeda dengan dokter umum karena tidak hanya berfokus pada kuratif, tetapi juga dilengkapi dengan kompetensi promotif dan preventif. Konsep dokter layanan primer juga dianggap berpotensi mengambil peran tenaga kesehatan masyarakat dalam memperkuat fungsi promotif dan preventif pada level masyarakat. Untuk mengoperasionalkan konsep dokter layanan primer, pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2017 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 Tentang Pendidikan Kedokteran. Dokter layanan primer akhirnya disahkan menjadi program pendidikan spesialis sesuai berdasarkan Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Program Dokter Layanan Primer.

BPJS Kesehatan membayar FKTP dengan cara kapitasi dan non-kapitasi. Selain *purchasing power* BPJS Kesehatan yang lemah dalam penentuan standar tarif kapitasi dan non-kapitasi seperti yang sudah dijelaskan pada subbab sebelumnya, kelemahan kebijakan pengelolaan dana kapitasi ini juga terkait dengan

Perbedaan tenaga kesehatan dan fasilitas yang dimiliki FKTP ternyata membawa konsekuensi pada tingginya konsentrasi peserta pada FKTP tertentu.



Hal lain yang penting juga terkait potensi *fraud* dalam pengelolaan kapitasi pada FKTP milik pemerintah daerah.

monitoring dan evaluasi penggunaan dana kapitasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Hingga saat ini belum ada mekanisme yang dapat menjelaskan apakah dana kapitasi ini telah dapat meningkatkan derajat kesehatan. Di lain sisi, Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi pada FKTP Milik Daerah, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014, serta diperinci dengan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 900/2280/SJ Tahun 2014 mengatur secara rigid penggunaan dana kapitasi ini pada FKTP milik pemerintah daerah. Dalam konsep *managed care*, penggunaan kapitasi diharapkan dapat meningkatkan kualitas dari pelayanan kesehatan fasilitas kesehatan. Dana kapitasi diharapkan dapat digunakan oleh pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan. Pengaturan rinci tentang penggunaan dana kapitasi ini ditakutkan akan mempersempit gerakan FKTP untuk dapat memenuhi kebutuhannya dalam memberikan pelayanan.

Pentingnya monitoring dan evaluasi penggunaan dana kapitasi dan non-kapitasi pada FKTP ini juga ditekankan oleh Komisi Penanggulangan Korupsi (KPK). Pada 2015, KPK melakukan kajian tentang kerawanan korupsi pada pemanfaatan dana ini. KPK mengkaji bahwa penggunaan dana kapitasi telah diatur rinci untuk jasa pelayanan dan operasional, tetapi belum ada mekanisme bagaimana dana ini dapat memenuhi kebutuhan FKTP. KPK juga menggarisbawahi belum adanya ketentuan mengenai sisa lebih dana kapitasi di akhir tahun dan juga bagaimana pengaturan pada dana APBD/APBN yang tetap diterima Puskesmas walaupun sudah memiliki pemasukan langsung dari dana kapitasi. Hal lain yang penting juga terkait potensi *fraud* dalam pengelolaan kapitasi pada FKTP milik pemerintah daerah.

Pada 2016, sebagai upaya untuk menjawab apakah kapitasi telah dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan sepakat untuk melaksanakan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen untuk FKTP. Pola pembayaran ini dirancang dengan memperhitungkan penggunaan indikator yang terkait upaya preventif dan promotif. Kapitasi FKTP tidak lagi dinilai hanya dengan ketentuan jumlah ketenagaan, tetapi juga dari capaian kinerjanya sebagai agen BPJS Kesehatan. Alih-alih dianggap dapat meningkatkan dampak kapitasi pada peningkatan kesehatan di daerah, pola pembayaran kapitasi dengan sistem ini dianggap justru memperlebar kesenjangan kualitas FKTP. Dengan pola pembayaran ini, FKTP yang memiliki kinerja rendah akan mendapatkan lebih sedikit dana kapitasi yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhannya. Mempertimbangkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil, BPJS Kesehatan perlu mendorong pelibatan pemerintah daerah dalam menyiapkan fasilitas kesehatan yang ada di daerahnya.

1.4.1.1.2. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL)

Rumah sakit yang bekerja sama sebagai FKTL BPJS Kesehatan dibayar dengan cara paket untuk setiap episode sakit menggunakan tarif INA-CBGs. Pembayaran dengan model INA-CBGs ini sangat berbeda dengan metode pembayaran sebelum JKN yang dilakukan dengan cara *fee for service*. Perubahan besar dalam kebijakan cara pembayaran ini menyebabkan banyak perubahan yang harus dilakukan oleh rumah sakit.

Diskusi tentang standar besaran tarif INA-CBG banyak menjadi bahasan baik pada rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta. Setelah Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan diberlakukan, banyak rumah sakit yang mengeluhkan tarif yang digunakan lebih kecil daripada tarif rumah sakit. Dengan cara pembayaran yang baru dan ketentuan tarif yang dirasa lebih rendah membuat rumah sakit pada awal pelaksanaan JKN bekerja keras untuk beradaptasi. Dengan kondisi keuangan yang *self-funded* tanpa subsidi dari pemerintah seperti pada rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta mengeluhkan tarif yang tidak sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Merespons hal tersebut, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 mengakomodasi perbedaan tarif INA-CBGs untuk rumah sakit swasta dan pemerintah.

Hubungan antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit juga banyak membahas kaitannya dengan paket manfaat yang dapat diterima oleh peserta JKN. JKN membawa perubahan besar dalam industri asuransi kesehatan di Indonesia. Pada awal implementasi JKN, dikeluarkan *coordination of benefit* (CoB) yang diharapkan dapat saling melengkapi antara pelayanan BPJS Kesehatan dan asuransi komersial yang sudah ada. Kebijakan tentang CoB sesuai dengan Surat Edaran Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan No.32 Tahun 2015. Perbedaan konsep asuransi yang dibawa oleh BPJS Kesehatan dengan *managed care* dengan konsep asuransi komersial membuat agenda yang ingin dicapai dengan CoB tidak terlaksana dengan baik. Masalah jumlah rumah sakit yang dapat mengikuti program CoB ini juga semakin berkurang. Hingga saat ini, mekanisme CoB tidak dapat terlaksana dengan baik karena tidak adanya kesepakatan mekanisme CoB antara BPJS Kesehatan dan asuransi komersial.

Hubungan antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit juga terkait pelaksanaan poli eksekutif rawat jalan dan kebijakan urun biaya JKN. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2016, rumah sakit dapat membuka pelayanan poli eksekutif rawat jalan. Pasal 13 Ayat 1 menjelaskan bahwa pelayanan rawat jalan eksekutif dapat diakses oleh peserta umum atau peserta JKN kecuali Peserta Penerima Bantuan Iuran dan peserta jaminan

Hubungan antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit juga banyak membahas kaitannya dengan paket manfaat yang dapat diterima oleh peserta JKN.



kesehatan yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah. Walaupun tampak sebagai sebuah inovasi dalam pelayanan rumah sakit, hal ini sering juga dianggap sebagai bentuk diskriminasi pada pelayanan JKN. Pelayanan poli eksekutif menyediakan rawat jalan dengan jadwal non-regular serta sarana dan prasarana yang lebih baik. Hanya pasien yang memiliki kemampuan membayar lebih dapat memanfaatkan pelayanan ini.

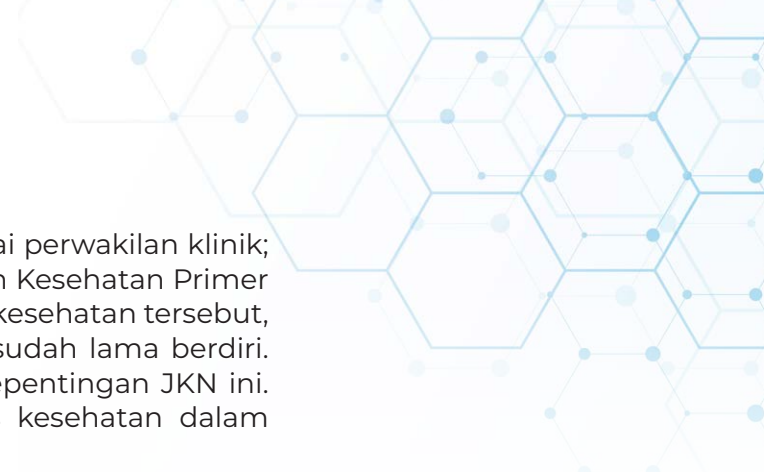
Kritik yang sama juga muncul saat kebijakan tentang pengenaan urun biaya dan selisih biaya dilaksanakan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2018 menyampaikan bahwa peserta JKN, kecuali peserta Penerima Bantuan Iuran, dapat meningkatkan kelas perawatannya setingkat lebih tinggi daripada hak kepesertaannya dengan membayar urun biaya atau selisih biaya. Kebijakan urun biaya ini juga tidak dapat digunakan pada semua jenis penyakit yang ditanggung JKN. Sesuai Pasal 4 disampaikan bahwa hanya jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan yang dapat menggunakan kebijakan urun biaya. Namun, daftar pelayanan yang dapat menggunakan kebijakan ini belum diatur oleh Menteri Kesehatan.

Sejak 2015 BPJS Kesehatan masih mengalami defisit karena tidak seimbangnya kontribusi peserta dengan biaya kesehatan yang harus dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

Sejak 2015 BPJS Kesehatan masih mengalami defisit karena tidak seimbangnya kontribusi peserta dengan biaya kesehatan yang harus dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Sesuai dengan Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011, jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Melalui Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020, Menteri kesehatan mendapat amanat untuk meninjau kembali apa manfaat yang seharusnya diterima oleh peserta. Karena semakin berkembangnya pelayanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan seperti poli eksekutif dan kebijakan urun biaya, ditambah dengan keberlangsungan pendanaan JKN, peninjauan manfaat JKN yang sesuai dengan definisi dari kebutuhan dasar kesehatan perlu dilakukan. Peninjauan paket manfaat ini juga dibutuhkan untuk menentukan rawat inap kelas standar.

2.4.1.2. Asosiasi Fasilitas Kesehatan

Sesuai dengan ketentuan Pasal 37 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, besaran pembayaran pada Fasilitas Kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri. Oleh karena itu, sebagai dasar penentuan asosiasi fasilitas kesehatan dikeluarkanlah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 455/MENKES/SK/XI/2013 Tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan. Keputusan tersebut menunjuk Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) sebagai perwakilan asosiasi rumah sakit; Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia (ADINKES) sebagai perwakilan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) dan praktik perorangan



bidan; Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) sebagai perwakilan klinik; dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI). Dari keempat asosiasi fasilitas kesehatan tersebut, PERSI merupakan satu-satunya asosiasi yang sudah lama berdiri. Ketiga asosiasi lainnya baru dibentuk untuk kepentingan JKN ini. Asosiasi ini berperan dalam mewakili fasilitas kesehatan dalam negosiasi.

Undang Undang 23 Tahun 2014 tentang Otonomi Daerah pada Pasal 364 menjelaskan bahwa daerah dapat membentuk asosiasi untuk mendukung kerja sama antar-daerah. Sesuai peraturan tersebut maka asosiasi ini terdiri dari SKPD dinas kesehatan dari berbagai daerah. Peran dinas kesehatan ini kontraproduktif dengan peran Dinas Kesehatan sebagai regulator dan pengawas terhadap implementasi dari regulasi terkait JKN di daerahnya. Mengingat variasi kondisi Puskesmas di seluruh Indonesia, perlu dibuat mekanisme kerja ADINKES yang dapat memastikan akomodasi kesenjangan Puskesmas dalam setiap negosiasi yang dilakukan. Karena merupakan perkumpulan dari SKPD Dinas Kesehatan, sebenarnya ADINKES bukan merupakan sebuah asosiasi FKTP. Perlu dipertimbangkan agar ADINKES, ASKLIN, dan PKFI dapat disederhanakan menjadi satu asosiasi FKTP.

2.4.1.3. Organisasi Profesi

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 setidaknya ada sebelas jenis tenaga kesehatan di Indonesia. Setiap jenis tenaga kesehatan ini membentuk organisasi profesi yang berperan dalam meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan. Di lain sisi sesuai dengan amanat Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004, BPJS Kesehatan juga mengembangkan sistem pelayanan kesehatan dan sistem kendali mutu pelayanan. Oleh karena itu, kerja sama BPJS Kesehatan dengan organisasi profesi sangat diperlukan, misalnya dalam mengembangkan konsep dokter layanan primer sebagai *gatekeeper* dalam JKN. Organisasi profesi juga dapat menjadi negosiator yang mewakili tenaga kesehatan untuk menentukan aturan dalam pemberian pelayanan kesehatan dalam JKN. Contohnya pelibatan organisasi profesi dalam komite nasional yang dibentuk untuk menentukan daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam pelayanan JKN.

Tabel 2.3. Tata Hubungan Asosiasi Fasilitas Kesehatan dan Organisasi Profesi dalam Pengelolaan JKN

Hasil modifikasi penulis dari berbagai sumber.

Asosiasi Fasilitas Kesehatan	Organisasi Profesi
1. Bersama dengan BPJS Kesehatan memberikan masukan kepada Pemerintah dalam penetapan standar tarif (Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004),	1. Salah satu unsur dalam komite nasional yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan dalam menentukan daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam pelayanan JKN (Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018)
2. Berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan untuk pemindahan peserta dari FKTP (Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018),	2. Profesi kedokteran menjadi anggota dari Dewan Pertimbangan Klinis dan Tim Pertimbangan Klinis yang dibentuk oleh Menteri untuk menyelesaikan sengketa klinis dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2019)
3. Memberikan pertimbangan dalam pemberian kompensasi oleh BPJS Kesehatan pada daerah yang tidak terdapat fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2018).	3. Bersama dengan Menteri, lembaga terkait, asosiasi fasilitas kesehatan melakukan peninjauan manfaat jaminan kesehatan sesuai kebutuhan dasar kesehatan dan rawat inap kelas standar (Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020)
4. Menjadi mediator apabila terjadi permasalahan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2018).	
5. Bersama dengan Menteri, lembaga terkait, organisasi profesi kesehatan melakukan peninjauan manfaat jaminan kesehatan sesuai kebutuhan dasar kesehatan dan rawat inap kelas standar (Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020).	

2.4.2. Hubungan Pemerintah dengan BPJS Kesehatan

Arah kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah bersifat strategis dan mampu meningkatkan kemampuan serta akuntabilitas sistem kesehatan.

BPJS Kesehatan berperan sebagai agen bagi pemerintah dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan. Sebagai pelaku utama dalam sistem kesehatan, pemerintah memiliki fungsi penatalayanan dalam menjamin efektivitas sistem kesehatan (Busse et al., 2007). Fungsi penatalayanan membuat pemerintah idealnya harus dapat mengarahkan kebijakan dan aktivitas dari BPJS Kesehatan sebagai *purchaser*.

Arah kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah bersifat strategis dan mampu meningkatkan kemampuan serta akuntabilitas sistem kesehatan (Saltman & Ferroussier-Davis, 2000). Kerangka kebijakan

pemerintah harus cukup luas dan integrasi untuk dapat menginisiasi dampak menyeluruh pada sistem kesehatan. Kebijakan pemerintah yang terlalu dangkal berfokus pada aspek *purchasing* (misalnya kontrak atau mekanisme pembayaran BPJS Kesehatan) atau hanya berorientasi pada ekonomi (misalnya pengendalian defisit BPJS Kesehatan) justru akan berdampak negatif pada responsivitas sistem kesehatan, ekuitas akses pasien pada pelayanan kesehatan dan juga pengelolaan sumber daya yang efisien (Sanderson et al., 2018).

Kotak 2.4. Fungsi Penatalayanan Pemerintah dalam JKN

1. Pemerintah memiliki fungsi untuk menyusun kerangka yang jelas untuk *purchaser* dan penyedia pelayanan kesehatan

Dengan fungsi penatalayanan, pemerintah diharapkan dapat memberikan arahan tentang pengaturan bagaimana cara kerja *purchaser* dan penyedia pelayanan kesehatan. Fungsi ini dijalankan pada semua instrumen pembelanjaan strategis, yakni dalam penentuan paket manfaat, penentuan standar tarif pelayanan, cara pembayaran, serta monitoring evaluasi JKN. Misalnya dalam penentuan paket manfaat, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Pasal 54A yang mengatur bahwa Menteri Kesehatan bertugas melakukan peninjauan manfaat Jaminan Kesehatan sesuai kebutuhan dasar kesehatan dan rawat inap kelas standar. Kebijakan ini dikeluarkan sebagai upaya pemerintah untuk memastikan sustainability JKN.

2. Pemerintah memiliki fungsi menghapus kesenjangan infrastruktur yang terjadi pada pelayanan kesehatan

Komitmen pemerintah dalam menghapus kesenjangan infrastruktur dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015 dan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018. Kedua peraturan tersebut menyampaikan bahwa Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam penyelenggaraan

Jaminan Kesehatan. Pemerintah juga menjamin ketersediaan perbekalan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil.

3. Menjamin mobilisasi kecukupan sumber daya agar standar pelayanan kesehatan terpenuhi

Fungsi penatalayanan ini dapat dilihat dalam kebijakan pemerintah dalam mengoptimalkan peran pemerintah daerah dan pihak swasta dalam JKN. Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 mendorong Pemerintahan Daerah untuk dapat memberikan kemudahan kepada masyarakat pihak swasta untuk menyediakan pelayanan kesehatan dalam JKN. Kebijakan ini selanjutnya juga dijelaskan dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018. Peran pemerintah daerah dalam mobilisasi kecukupan sumber daya dalam JKN menjadi sangat penting. Namun, perlu diperjelas bagaimana mekanisme koordinasi peran pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan BPJS Kesehatan dalam menentukan investasi yang seharusnya dilakukan. Termasuk juga perlu adanya arahan kebijakan dalam membuat mekanisme kerja sama dengan swasta yang dapat menstimulus pihak swasta untuk berperan serta menyediakan pelayanan kesehatan di daerah terutama pada DTPK dan mengantisipasi terjadinya kompetisi tidak sehat antara pelayanan kesehatan milik swasta dan pemerintah di daerah perkotaan.

4. Menjamin akuntabilitas purchaser

Setidaknya ada dua objek akuntabilitas *purchaser* yang harus dijamin oleh Pemerintah sebagai pelayan, yakni akuntabilitas organisasi BPJS Kesehatan dan akuntabilitas program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Sesuai Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011, pengawasan terhadap BPJS dilakukan secara eksternal dan internal. Selama ini laporan pertanggungjawaban yang diberikan lebih pada membahas seberapa sehat keuangan organisasi BPJS Kesehatan. Namun, akuntabilitas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh penyedia pelayanan kesehatan dalam JKN belum dilaporkan. Pemerintah perlu memperjelas

lembaga mana yang berwenang dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap dampak dari implementasi JKN. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 mengatur bahwa Menteri, Kepala Dinas Kesehatan provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing. Hingga saat ini mekanisme pengawasan program yang melibatkan pemerintah daerah belum diatur. Basis data tentang JKN yang mampu sebagai *dashboard* pengawasan juga belum tersedia.

Hasil modifikasi penulis dari berbagai sumber.

Untuk mendorong terwujudnya pembelanjaan strategis, pemerintah dapat melakukan fungsi penatalayanan melalui empat hal (RESYST, 2014):

1. Menyusun kerangka yang jelas untuk purchaser dan penyedia pelayanan kesehatan
2. Menghapus kesenjangan infrastruktur yang terjadi pada pelayanan kesehatan
3. Menjamin mobilisasi kecukupan sumber daya agar standar pelayanan kesehatan terpenuhi
4. Menjamin akuntabilitas purchaser

Indonesia adalah negara yang menganut sistem desentralisasi sehingga dalam pelaksanaan JKN juga terdapat pembagian peran Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Berbagai peraturan yang ada saat ini mendorong peran Pemerintah Daerah dalam memastikan sustainibilitas JKN. Setidaknya ada dua peran penting Pemerintah Daerah dalam JKN, yaitu menyediakan pelayanan kesehatan dan menyediakan dana dan data.

2.4.2.1. Penyedia Pelayanan Kesehatan di Daerah

Puskesmas dan Rumah Sakit Daerah memainkan peran penting dalam pemberian pelayanan kesehatan dalam JKN. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis daerah di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, demikian pula Rumah Sakit Daerah yang juga di bawah koordinasi Pemerintah Daerah. Hal ini membuat Pemerintah Daerah memegang kendali penting dalam mendorong kualitas pelayanan. Pemerintah Daerah berperan penting sebagai regulator dalam menjamin kualitas pelayanan kesehatan. Contohnya adalah peran Pemerintah Daerah dalam regulasi kualitas pelayanan Puskesmas. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46

Tahun 2015 Pasal 3, Pemerintah Daerah memiliki kewajiban untuk mendukung, memotivasi, mendorong, dan memperlancar proses pelaksanaan Akreditasi FKTP. Untuk menjalankan peran ini, Pemerintah Daerah diminta untuk menyediakan tim pendamping pra dan pasca-akreditasi bagi FKTP.

Dinas Kesehatan yang memiliki FKTP, sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 455/MENKES/SK/XI/2013, berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan lainnya dalam ADINKES. Pemerintah Daerah dalam hal ini tidak lagi berperan sebagai regulator, tetapi menjadi negosiator yang mewakili Puskesmas dalam penentuan besaran tarif dan saat terjadi sengketa dengan BPJS Kesehatan. Perlu adanya peraturan teknis yang mengatur peran ganda Pemerintah Daerah sebagai regulator dan negosiator agar tidak menjadi kontraproduktif.

Sesuai dengan Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014, untuk mendorong peransertamasyarakat dansektorswasta, Pemerintah Daerah dapat memberikan insentif dan/atau kemudahan bagi pihak swasta untuk ikut serta memberikan pelayanan kesehatan di daerah. Selain itu, tanggung jawab Pemerintah Daerah untuk memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan telah diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018.

Khusus untuk pengelolaan rumah sakit, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 membawa konsekuensi pada pentingnya peran Pemerintah Daerah dalam ketersediaan informasi mengenai kemampuan pelayanan fasilitas kesehatan di daerah. Peraturan Menteri Kesehatan ini memberikan kebebasan bagi para dokter, dokter spesialis, dan dokter subspecialis untuk berpraktik pada seluruh kelas rumah sakit. Kebebasan bagi dokter ini tetap harus didasarkan pada adanya kebutuhan masyarakat yang juga harus didukung dengan sarana prasarana. Dinas Kesehatan dapat memberikan surat izin praktik saat kajian kebutuhan kerja, kebuhan dan kompetensi pelayanan telah tersebut mendukung kebutuhan dokter untuk berpraktik. Hal ini menuntut Dinas Kesehatan untuk dapat segera menyusun pemetaan kompetensi rumah sakit yang ada di daerahnya. Peta ini digunakan sebagai pedoman rujukan dan juga pengembangan kompetensi sumber daya kesehatan.

Sesuai dengan Permenkes ini, rumah sakit dapat otomatis naik kelas (yang juga memengaruhi tarif INA-CBGs) saat memenuhi minimal klasifikasi tempat tidur. Hal ini tentu akan mendorong adanya persaingan rumah sakit yang lebih terbuka. Untuk dapat mengoptimalkan peran swasta dan membuat persaingan antar-fasilitas kesehatan lebih produktif, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah perlu membuat mekanisme kerja sama dengan swasta yang dapat menstimulus pihak swasta untuk berperan serta menyediakan pelayanan kesehatan di daerah, terutama pada Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK).

Dinas Kesehatan dapat memberikan surat izin praktik saat kajian kebutuhan kerja, kebuhan dan kompetensi pelayanan telah tersebut mendukung kebutuhan dokter untuk berpraktik.

2.4.2.2. Penyedia Dana dan Data

Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 menggarisbawahi peran pemerintah daerah dalam mobilisasi kecukupan sumber daya dalam JKN. Pemerintah Daerah memiliki kewajiban untuk dapat membayar kontribusi iuran peserta PBI sesuai dengan kapasitas fiskal setiap daerah. Untuk dapat mendukung hal ini, Kementerian Keuangan diberi tugas untuk menentukan mekanisme yang tepat dalam pembayaran kontribusi ini.

Penyediaan dana dari daerah untuk mendukung JKN juga dilakukan melalui pengelolaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT). Peraturan Menteri Keuangan Nomor 7 Tahun 2020 mengatur bahwa DBHCHT yang diterima oleh Pemerintah Daerah wajib digunakan untuk mendukung JKN.

Kotak 2.5. Tata Hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah dalam Pengelolaan Peserta Penerima Bantuan Iuran

Penerima Bantuan Iuran (PBI) merupakan kelompok peserta yang paling banyak jumlahnya dalam JKN. Pengelolaan kelompok peserta ini sangat kompleks dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan, baik pada tingkat pemerintah pusat maupun daerah.

BPJS Kesehatan menerima daftar peserta *by address by name* yang menjadi PBI. Setiap tahun Kementerian Sosial mengeluarkan Keputusan Menteri mengenai penetapan nama PBI.

Penentuan masyarakat yang berhak menerima bantuan iuran melibatkan kerja bersama dari berbagai kementerian dan lembaga. Kementerian Sosial menetapkan kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu. Pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial selanjutnya dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Kementerian Sosial melakukan verifikasi serta validasi data fakir miskin dan orang tidak mampu

pada basis data terpadu. Data terpadu tersebut disampaikan kepada Kementerian Kesehatan dan DJSN. DJSN mengajukan usulan anggaran PBI kepada Menteri Kesehatan yang selanjutnya diajukan oleh Menteri Kesehatan kepada Menteri Keuangan. Kementerian Kesehatan selanjutnya mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta JKN kepada BPJS Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 mengatur mengenai kontribusi Pemerintah Daerah dalam pengelolaan peserta PBI. Untuk menjamin keberlangsungan dan kesehatan keuangan Jaminan Kesehatan, Pemerintah Daerah berkontribusi dalam membayar iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sesuai kapasitas fiskal daerah. Kementerian Keuangan diamanatkan untuk dapat menyusun Peraturan Menteri yang mengatur kontribusi pembayaran iuran bagi Peserta PBI oleh Pemerintah Daerah.

Hasil modifikasi penulis dari berbagai sumber.

Dana ini digunakan untuk mendukung supply side pelayanan JKN yang ada di daerah, yakni penguatan kualitas Puskesmas sebagai FKTP BPJS Kesehatan. Dana ini dapat digunakan untuk membiayai kegiatan preventif dan rehabilitatif, penyediaan sarana prasarana fasilitas kesehatan bersama BPJS Kesehatan, pelatihan tenaga kesehatan

bersama BPJS Kesehatan, pembayaran iuran jaminan kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah (PBI APBD), serta pembayaran tindakan pelayanan kesehatan bagi orang tidak mampu. Pemerintah Daerah berkewajiban untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian pemanfaatan DBHCHT. Mekanisme koordinasi pemerintah pusat dan pemerintah daerah dibutuhkan untuk dapat merealisasikan hal ini.

Sesuai dengan amanat Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan kelompok masyarakat miskin ditanggung oleh pemerintah. Pada jenis kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI), hubungan BPJS Kesehatan dengan peserta JKN melibatkan berbagai peran kementerian dan lembaga serta pemerintah daerah.

2.4.3. Hubungan Peserta JKN dengan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan bertindak mewakili peserta JKN membuat pembelian terhadap pelayanan kesehatan. Pembelian ini dilakukan mulai dari menentukan penyedia pelayanan kesehatan hingga melakukan pembayaran terhadap pelayanan kesehatan yang digunakan. Peserta JKN wajib membayar iuran kepada BPJS Kesehatan setiap bulan, sementara peserta JKN berhak mendapatkan paket manfaat yang sesuai dengan jenis kepesertaan yang diikuti. Kepesertaan JKN terdiri dari beberapa jenis peserta yang membuat pemangku kepentingan yang terlibat juga berbeda.

BPJS Kesehatan setidaknya melakukan lima hal ini untuk para peserta (Hidayat & Nurwahyuni, 2017):

1. Mengkaji kebutuhan akan layanan kesehatan, preferensi, dan nilai-nilai populasi serta menggunakan hasil kajian tersebut untuk menentukan manfaat JKN.
2. Menginformasikan hak dan kewajiban peserta.
3. Memastikan penduduk bisa mengakses haknya.
4. Menetapkan mekanisme yang efektif untuk menerima dan menanggapi keluhan (*grievance and appeals*) serta umpan balik dari populasi;
5. Memberikan laporan publik penggunaan sumber daya dan ukuran kinerja lainnya.

Orientasi kebijakan yang lahir dari interaksi BPJS Kesehatan dengan peserta harus dapat memberdayakan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dalam konteks belanja kesehatan strategis ini lebih pada bagaimana membuat masyarakat memiliki informasi yang cukup mengenai status dan haknya serta mekanisme umpan balik dan komplain. Hal ini akan berkontribusi pada peningkatan kinerja fasilitas kesehatan.

Orientasi kebijakan yang lahir dari interaksi BPJS Kesehatan dengan peserta harus dapat memberdayakan masyarakat.

2.4.4. Tata Hubungan Antar-lembaga dalam Pengawasan BPJS Kesehatan

Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 menjelaskan bahwa pengawasan terhadap BPJS Kesehatan dilakukan secara eksternal dan internal. Pengawasan eksternal terhadap BPJS Kesehatan dilakukan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan juga lembaga pengawas independen. DJSN berfokus pada pengawasan terhadap pelaksanaan JKN, sementara lembaga indepen berfokus pada pengawasan organisasi terutama keuangan.

2.4.4.1. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)

Sesuai Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004, DJSN memiliki fungsi untuk merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN. Berikut tiga tugas yang dimiliki oleh DJSN.

1. Melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial.
2. Mengusulkan kebijakan investasi dana jaminan sosial nasional.
3. Mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah.

Untuk dapat menjalankan tugas tersebut, DJSN berwenang untuk melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial. Oleh karena itu, tata hubungan BPJS Kesehatan dan DJSN bersifat fungsional pengawasan. DJSN mengawasi BPJS Kesehatan terkait pelaksanaan kebijakan umum dan peraturan perundang-undangan di bidang jaminan sosial nasional, sinkronisasi penyelenggaraan SJSN, serta pengelolaan aset dana jaminan sosial dan aset BPJS. Untuk dapat melaksanakan hal tersebut, DJSN perlu didukung dengan regulasi dan juga anggaran.

2.4.4.1.1. Dukungan Regulasi untuk DJSN

Wewenang yang dimiliki DJSN untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap BPJS Kesehatan belum didukung dengan adanya regulasi tentang mekanisme monitoring dan evaluasi eksternal BPJS Kesehatan. Hal ini berbeda dengan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) sebagai pengawas eksternal BPJS Kesehatan yang sudah memiliki kejelasan tentang mekanisme monitoring dan evaluasi yang menjadi wewenangnya.

Beberapa regulasi tentang pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenang DJSN ini antara lain:

1. Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pada Bab VI Pasal 6- 12.
2. Undang Undang Nomor 24 Tahun 2004 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pada Pasal 12 Ayat 2 dan Pasal 13.
3. Peraturan Presiden Nomor 108 Tahun 2013 tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial.

Tata hubungan BPJS Kesehatan dan DJSN bersifat fungsional pengawasan.

4. Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi, Tata Kerja, Tata Cara Pengangkatan, Pemberhentian, dan Penggantian Keanggotaan Dewan Jaminan Sosial Nasional.

Namun, regulasi yang sudah ada tersebut tidak mengatur tentang mekanisme pengawasan eksternal yang dilakukan oleh DJSN.

Dalam konsep monitoring terhadap sistem kesehatan, setidaknya ada beberapa hal yang harus diatur, yakni:

1. Indikator monitoring

Untuk dapat melakukan pengawasan, sudah seharusnya terdapat indikator yang digunakan sebagai tolok ukur kinerja. Indikator ini meliputi kinerja pada *input*, *proses*, *output*, dan *outcome*. Dalam pengawasan yang dilakukan oleh DJSN terhadap BPJS Kesehatan ketersediaan indikator ini belum tersedia. Belum ada kebijakan juga yang mengatur siapa yang harus mengembangkan indikator tersebut.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Pasal 98 menjelaskan bahwa monitoring dan evaluasi penyelenggaraan JKN dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Pemeriksa Keuangan, Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, Otoritas Jasa Keuangan, dan pemerintah daerah.

Peraturan Presiden tersebut juga menyampaikan bahwa monitoring terhadap BPJS Kesehatan ini melibatkan berbagai lembaga dan dilaksanakan secara terpadu. Namun belum ada regulasi yang menjelaskan apa yang dimaksud dengan terpadu dan bagaimana pelaksanaannya. Operasionalisasi dari fungsi pengawasan DJSN ini hanya diatur dalam Peraturan Dewan Jaminan Sosial Nasional Nomor 01 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pengawasan Dewan Jaminan Sosial Nasional terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

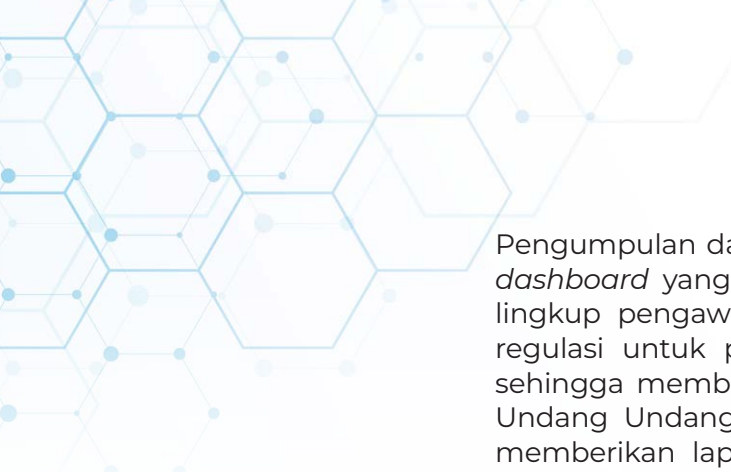
2. Pengumpulan Data

Disampaikan dalam Peraturan Dewan Jaminan Sosial Nasional Nomor 01 Tahun 2014 bahwa pengumpulan data untuk kebutuhan monitoring dapat diperoleh melalui cara langsung dan tidak langsung (Lihat Tabel 2.4.).

Langsung	Tidak Langsung
Pemantauan di lapangan. Permintaan klarifikasi atau penjelasan langsung. Pertemuan berkala tiga bulan sekali.	Laporan tertulis oleh BPJS. Laporan tertulis dari instansi. terkait/ pengawas independen. Laporan pengaduan dari masyarakat atau media massa.

Tabel 2.4.
Pengumpulan Data

Hasil modifikasi penulis dari berbagai sumber.



Pengumpulan data yang bersumber *administrative source* berupa *dashboard* yang memberikan informasi *real time* tentang ruang lingkup pengawasan yang dilakukan belum tersedia. Dukungan regulasi untuk pengumpulan data yang lebih aktif juga diatur sehingga membatasi DJSN untuk dapat melakukan pengawasan. Undang Undang hanya mengatur bahwa BPJS Kesehatan wajib memberikan laporan kepada Presiden dengan tembusan DJSN. Di lain sisi, sumber laporan tersebut adalah Dewan Pengawas BPJS Kesehatan. Sesuai Undang Undang, dewan pengawas wajib menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan jaminan sosial sebagai bagian dari laporan BPJS Kesehatan kepada Presiden dengan tembusan kepada Dewan Jaminan Sosial Nasional. Dewan Pengawas sendiri merupakan bagian internal BPJS Kesehatan yang mendapatkan insentif dari BPJS Kesehatan sehingga independensi juga perlu dikonfirmasi dengan mekanisme pengumpulan data lain.

3. Analisis dan sintesis

Peraturan Dewan Jaminan Sosial Nasional Nomor 01 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pengawasan Dewan Jaminan Sosial Nasional terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial menjelaskan empat perspektif yang digunakan oleh DJSN dalam melakukan monitoring. Keempat perspektif tersebut meliputi perspektif pelanggan, keuangan, proses internal, serta pertumbuhan dan pembelajaran. Jika dikaji satu per satu apa yang menjadi parameter dan juga sumber data yang digunakan untuk mencapai tujuan tersebut, secara dominan yang dilihat adalah kinerja *output* dari BPJS Kesehatan. Kinerja *input*, proses, dan *outcome* belum dapat diukur dengan baik. Selain itu, hal ini juga karena DJSN tidak dilibatkan dalam perumusan rencana kerja BPJS Kesehatan dan hanya menerima tembusan laporan enam bulan sekali sesuai Undang Undang,

4. Komunikasi dan penggunaan

Pemanfaatan hasil analisis dan sintesis yang dilakukan oleh DJSN juga belum diatur dalam sebuah regulasi. Undang Undang mengamanatkan bahwa DJSN memberikan laporan pertanggungjawaban kepada presiden. Namun, belum ada mekanisme bagaimana DJSN dapat berkomunikasi dengan presiden membahas temuan-temuan tersebut.

2.4.4.1.2. Dukungan Anggaran

Anggaran untuk melakukan pengawasan yang dimiliki oleh DJSN terlalu kecil jika dibandingkan dengan tugasnya mengawasi kerja BPJS baik BPJS Kesehatan maupun BPJS Ketenagakerjaan di seluruh Indonesia. Laporan Keuangan Sekretariat Dewan Jaminan Sosial Nasional Tahun 2017 Realisasi menunjukkan bahwa alokasi anggaran yang diberikan kepada DJSN adalah sebesar Rp17.934.400.000. Dari jumlah anggaran tersebut, beban operasional yang harus ditanggung oleh DJSN adalah sebesar Rp16.475.565.211.

Undang Undang mengamanatkan bahwa DJSN memberikan laporan pertanggungjawaban kepada presiden.

2.4.4.2. Lembaga Pengawas Independen

Selain DJSN, BPJS Kesehatan juga diawasi oleh dua lembaga pengawas independen, yakni Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan juga Badan Pemeriksa Keuangan (BPK).

Undang Undang Nomor 21 Tahun 2011 menjelaskan bahwa OJK merupakan lembaga negara yang berfungsi menyelenggarakan sistem pengaturan dan pengawasan yang terintegrasi terhadap keseluruhan kegiatan di dalam sektor jasa keuangan. Dalam melakukan pengawasan terhadap BPJS Kesehatan, OJK hanya berfokus pada aspek-aspek kesehatan keuangan organisasi BPJS Kesehatan. Setelah mengawasi BPJS Kesehatan sejak 2014, OJK melalui Surat Edaran Nomor 2/SEOJK.05/2021 menyampaikan bahwa BPJS Kesehatan wajib menyusun rencana bisnis yang memuat langkah-langkah strategis hingga jangka panjang.

BPJS Kesehatan juga diawasi oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK). BPK bertugas untuk memeriksa pengelolaan dan tanggung jawab tentang keuangan negara. Sesuai Undang Undang Nomor 15 Tahun 2006, pemeriksaan yang dilakukan oleh BPK mencakup pemeriksaan keuangan, pemeriksaan kinerja, dan pemeriksaan dengan tujuan tertentu. Setiap tahunnya BPK memberikan laporan hasil pemeriksaan untuk BPJS Kesehatan. Masalah pengelolaan kepesertaan tercatat sebagai masalah yang selalu menjadi temuan sejak 2015.

Dalam tata hubungan BPJS Kesehatan dengan kedua lembaga independen ini, BPJS Kesehatan berperan sebagai entitas yang diperiksa. Mekanisme monitoring dan evaluasi yang mengaitkan ketiga lembaga pengawas untuk BPJS Kesehatan ini perlu dipastikan untuk dapat memperjelas tindak lanjut yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan.

Dalam tata hubungan BPJS Kesehatan dengan kedua lembaga independen ini, BPJS Kesehatan berperan sebagai entitas yang diperiksa.

Daftar Pustaka

- Badan Pemeriksa Keuangan. (2011). *Jaminan Kesehatan Masyarakat*. <https://jdih.bpk.go.id/wp-content/uploads/2011/03/Jamkesmas.pdf>
- BPJS Kesehatan. (2014a). Faskes Tingkat Pertama Tangani 144 Penyakit: Hapus “Puskesmas Raksasa.” *INFOBPJS Kesehatan*, 11.
- BPJS Kesehatan. (2014b). Perjalanan Panjang Asuransi Sosial BPDPK Hingga BPJS Kesehatan. *INFOBPJS Kesehatan*, IV(Juli 2014), 12.
- Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2007). Strategic Purchasing to Improve Health System Performance: Key Issues and International Trends. *HealthcarePapers*, 8(sp), 62–76. <https://doi.org/10/gh65fx>



Chasin, C., Nakhimovsky, S., Laird, K., Strizrep, T., Cico, A., Radakrishnan, S., Lauer, A., Connor, C., O'Dougherty, S., White, J., & Hammer, K. (2018). *Strategic Health Purchasing Progress: A framework for policymakers and practitioners* (p. 53). MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.

Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (Eds.). (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. Open Univ. Press.

Hendartini, Y. (2017). Peran Stakeholder dalam Pembelian Strategik Program JKN. Blended Learning: Peningkatan Kemampuan Penggunaan Strategic Purchasing di dalam Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, Yogyakarta. <https://kebijakankesehatanindonesia.net/40-strategic-purchasing>

Hendartini, Y., & Trisnantoro, L. (2015). Implementation of Strategic Purchasing Arrangements under BPJS in Indonesia: Supporting and constraining factors. iHEA World Congress, Milan.

Hidayat, B., & Nurwahyuni, A. (2017). Optimalisasi Strategic Purchasing BPJS Kesehatan (Ringkasan Riset JKN, p. 8). BPJS Kesehatan.

Kementerian Kesehatan RI, BPJS Kesehatan, DJSN, USAID, World Bank Group, Australian Aid, Health Finance and Government, & Results for Development. (2018a). Executive Summary (Functional and Regulatory Review of Strategic Health Purchasing Under JKN). <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/792001534743821191/functional-and-regulatory-review-of-strategic-health-purchasing-under-jkn-executive-summary>

Kementerian Kesehatan RI, BPJS Kesehatan, DJSN, USAID, World Bank Group, Australian Aid, Health Finance and Government, & Results for Development. (2018b). Overview of Strategic Purchasing Functions Under JKN (Functional and Regulatory Review of Strategic Health Purchasing Under JKN) [Policy Note]. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00SVZR.pdf

Kementerian Kesehatan RI, BPJS Kesehatan, DJSN, USAID, World Bank Group, Australian Aid, Health Finance and Government, & Results for Development. (2018c). Purchasing of Primary Health Care Under JKN (Functional and Regulatory Review of Strategic Health Purchasing Under JKN). <http://documents1.worldbank.org/curated/en/422851534744309102/pdf/129505-REVISED-PurchasingPrimaryHealthCare-PolicyNotes2.pdf>

Kementerian Kesehatan RI, BPJS Kesehatan, DJSN, USAID, World Bank Group, Australian Aid, Health Finance and Government, & Results for Development. (2018d). *Purchasing of Referral Services Under JKN* (Functional and Regulatory Review of Strategic Health Purchasing Under JKN) [Policy Note]. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/840711534745282564/pdf/129508-REVISED-PurchasingReferral-PolicyNotes3.pdf>

Mathauer, I., Dale, E., & Meessen, B. (2017a). Strategic Purchasing for UHC: Key policy issues and questions. A Summary from Expert and Practitioners' Discussions Geneva (p. 23). World Health Organization.

Mathauer, I., Dale, E., & Meessen, B.-W. (2017b). Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Key Policy Issues and Questions: A summary from Expert and Practitioners' Discussions. In A Summary from Expert and Practitioners' Discussion (Issue 8).

Pratt, J. W., & Zeckhauser, J. R. (1985). Principals and Agents: An Overview. In J. W. Pratt & R. Zeckhauser (Eds.), *Principals and Agents: The Structure of Business* (pp. 1–10). Harvard Business School Press.

RESYST. (2014). What is Strategic Purchasing for Health? (Issue October).

Saltman, R. B., & Ferroussier-Davis, O. (2000). The Concept of Stewardship in Health Policy. *Health Systems*, 8.

Sanderson, J., Lonsdale, C., & Mannion, R. (2018). What's Needed to Develop Strategic Purchasing in Healthcare? Policy Lessons from a Realist Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(1), 4–17. <https://doi.org/10/gh65f3>

World Bank Group. (2018). Functional and Regulatory Review of Strategic Health Purchasing Under JKN: Executive Summary (Issue July).

Peraturan

Keputusan Menteri Kesehatan No. SK No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 Tentang Penugasan PT Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 455/MENKES/SK/XI/2013 Tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2017 Tentang



Pemerataan Peserta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Peraturan Dewan Jaminan Sosial Nasional Nomor 01 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pengawasan Dewan Jaminan Sosial Nasional Terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

Peraturan Menteri Kesehatan No 1 Tahun 1968 Tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif Di Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2019 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun 2012 Tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 Tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 90 Tahun

2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil.

Peraturan Menteri Keuangan Nomor 7 Tahun 2020 Tentang Penggunaan, Pemantauan, dan Evaluasi Dana bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau.

Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Program Dokter Layanan Primer.

Peraturan Pemerintah No. 6 Tahun 1992 Tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti Menjadi Perusahaan Perseroan (Persero).

Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 Tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan Penerima Pensiun Beserta Anggota Keluarganya.

Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984 Tentang Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2017 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang Undang Nomor 20 Tahun 2013 Tentang Pendidikan Kedokteran.

Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.

Peraturan Presiden Nomor 108 Tahun 2013 Tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial.

Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.


Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Presiden Nomor 25 Tahun 2020 Tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Detail Peraturan.

Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 Tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan



dan Pemanfaatan Dana Kapitasi pada FKTP Milik Daerah, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014, serta diperinci dengan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 900/2280/SJ Tahun 2014.

Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Susunan Organisasi, Tata Kerja, Tata Cara Pengangkatan, Pemberhentian, dan Penggantian Keanggotaan Dewan Jaminan Sosial Nasional.

Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua atas Perpres 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun Tentang Jaminan Kesehatan

Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik

Surat Edaran Nomor 2/SEOJK.05/2021 Tentang Penilaian Tingkat Kesehatan Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah.

Surat Edaran Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Nomor 32 Tahun 2015 tentang Tentang Petunjuk Teknis Tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Bagi PPU dan BP.

Undang Undang 23 Tahun 2014 Tentang Otonomi Daerah.

Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Undang Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang tentang Pemerintahan Daerah.

Undang Undang Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Otoritas Jasa Keuangan.

Undang Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.

Undang Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional