

# **10 Tahun Kebijakan JKN dalam 3 Periode: Pra pandemi COVID-19 (2014- 2019)**

**Pertemuan 1, Bagian 4**

**Webinar Series 10 Tahun Kebijakan JKN**

**Senin, 16 Desember 2024**

# Isi

**I. Pengantar 10 tahun Kebijakan JKN**

**II. Dinamika pelaksanaan JKN pada masa Pra pandemi COVID-19 (2014-2019)**

**III. Kebijakan-kebijakan di luar Pendanaan**

**IV. Analisis Sebelum Pandemi Covid**

Isi

## **IV. Analisis Sebelum Pandemi Covid19 (2014 - 2019)**

# **Apa yang terjadi dalam perubahan Pendanaan Kesehatan sebelum Covid19:**

- Revenue Collection
- Pooling
- Purchasing

# Revenue Collection

- Sumber dana dari APBN dan APBD yang terbatas, dan sejak awal terpengaruh oleh aspek politik.
- Revenue BPJS tergantung pada PBI APBN.
- Berbeda dengan Thailand, ada segmen PBPU yang membayar dengan 3 kelas, namun sejak tahun awal sudah bermasalah.
- Akibat tidak berhasilnya wajib bagi PBPU, terjadi moral hazard. BPJS menarik peserta PBPU yang mempunyai kecenderungan sakit.
- BPJS kurang berhasil menarik dana dari masyarakat. Peserta PBPU banyak yang tidak tertib membayar premi.

# Pooling

- Dengan menggunakan kebijakan single pool, terjadi penggunaan dana yang seharusnya untuk orang miskin/tidak mampu (PBI APBN) ke anggota yang lebih mampu.
- PBPU mempunyai ciri askes komersial, bukan sosial. Sejak tahun 1 sudah mengalami defisit.
- Tidak ada penggunaan pool regional. Dengan demikian dana PBI APBN yang seharusnya untuk masyarakat di regional sulit, terpakai ke regional yang maju.
- Ini berarti terjadi pula penggunaan dana yang seharusnya untuk daerah sulit, tersedot ke daerah yang banyak SDM dan RSnya.

# Purchasing

- BPJS dimulai pada saat distribusi RS dan SDM dokter spesialis masih buruk dalam sebuah negara kepulauan. Purchasing berdasarkan fee-for-service. Semakin banyak RS semakin besar klaim.
- Anggaran Kemenkes (walaupun lebih dari 5% APBN) terpakai banyak untuk BPJS (PBI APBN)
- Dengan model Klaim INA-CBG, BPJS harus membayar pelayanan dengan tidak ada jaminan mutu
- BPJS belum menggunakan strategic purchasing

# Catatan untuk Sistem Single Pool

Dalam model Klaim INA-CBG yang bersifat fee-for-service menambah disparitas. Sejak awal, sumber dana untuk menutup defisit berasal dari APBN

Terjadi subsidi salah sasaran: Sebagian peserta PBP yang seharusnya mampu untuk membayar lebih, mendapat dana dari segmen-segmen lain, dengan yang paling banyak dari PBI APBN.

Sudah dibahas oleh UGM sejak tahun 2014, namun tidak ada respon adekuat,

Analisis per Segmen tidak dilakukan sejak, padahal masalah prinsip tentang askes sosial ada di segmen.



# Highlights bukti-bukti menunjukkan (1)

1. UU SJSN (2004) dan UU BPJS (2011) fokus pada kebijakan pembiayaan, tapi tidak terkoordinasi dengan UU Lainnya (antara lain UU Praktik Kedokteran, UU Kesehatan, UU RS, UU Pendidikan Kedokteran 2013).
2. Sebagai gambaran: UU Pendidikan Kedokteran 2013 yang ditujukan untuk menambah SDM.. gagal. DLP sulit berkembang.. Tempat pendidikan residen tidak bertambah, dokter Spesialis tidak tambah banyak. OP dan Kolegium tidak banyak memberikan sumbangan ke pemerataan.

# Highlights bukti-bukti menunjukkan (2)

3. BPJS justru memicu perkembangan RS-RS Swasta di kota-kota besar. Tidak ada program pemerataan supply karena memang APBN dan APBD tidak ada.
4. Pemerintah termasuk pemerintah daerah tidak mampu mendanai pemerataan fasilitas kesehatan dan SDM,
5. Pembangunan RS oleh swasta dan ditandai dengan penambahan RS Swasta yang profit. Ada sebuah anomali, dimana sebuah sistem Jaminan Kesehatan yang non-for-profit banyak dikontrak oleh organisasi for-profit.
6. Mandatory Spending tidak bisa memaksa pemerintah pusat dan daerah untuk meningkatkan infrastruktur kesehatan

# Highlights bukti-bukti menunjukkan (3)

7. Kebijakan Kompensasi tidak dijalankan karena memang dana terbatas
8. Koordinasi buruk antara BPJS dengan pemerintah daerah dan pusat. Sistem JKN merupakan sistem yang tersentralisasi, dan tidak compatible dengan sistem desentralisasi pemerintah. Sejak tahun 2014 ada fragmentasi sistem kesehatan.
9. Kebijakan Fraud belum berjalan maksimal. Catatan: Kebijakan Fraud diinisiasi oleh penelitian UGM di tahun 2014, dan dengan perhatian KPK baru menjadi isu kebijakan.
10. Tim Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya belum efektif.

# Perlu Analisis Kebijakan JKN dengan perspektif Health Care Reform

Bukti menunjukkan:

- Kebijakan bertumpu pada penambahan dana (meningkatkan) finance untuk kesehatan
- Meningkatkan demand
- Kurang memperhatikan Indonesia yang sangat bervariasi, dan negara kepulauan,

Kebijakan pendanaan tidak disertai dengan kebijakan dalam tombol lain, untuk mengembangkan Supply:

- SDM
  - Pemerataan RS
- +

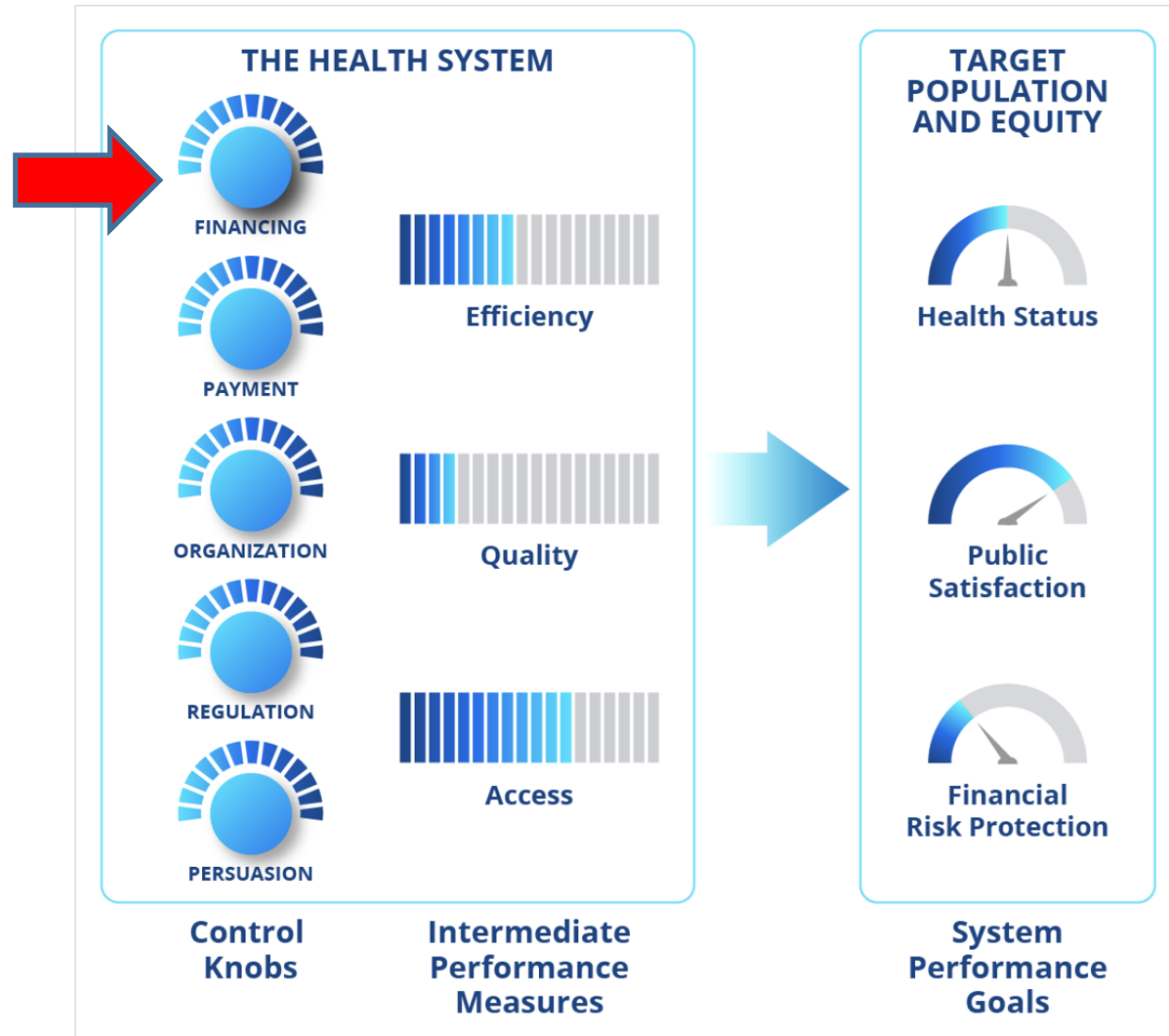
pendidikan kesehatan untuk preventif dan promotif.

**Kebijakan JKN di masa pra  
Pandemic Covid19 terbatas  
pada kebijakan pendanaan  
kesehatan.**

**Bukan sebuah Reform  
menyeluruh. Sistem  
Kesehatan bahkan menjadi  
fragmented (Trisnantoro 2018)**

**Belum mampu memberikan  
pengaruh positif pada Equity  
dan Mutu**

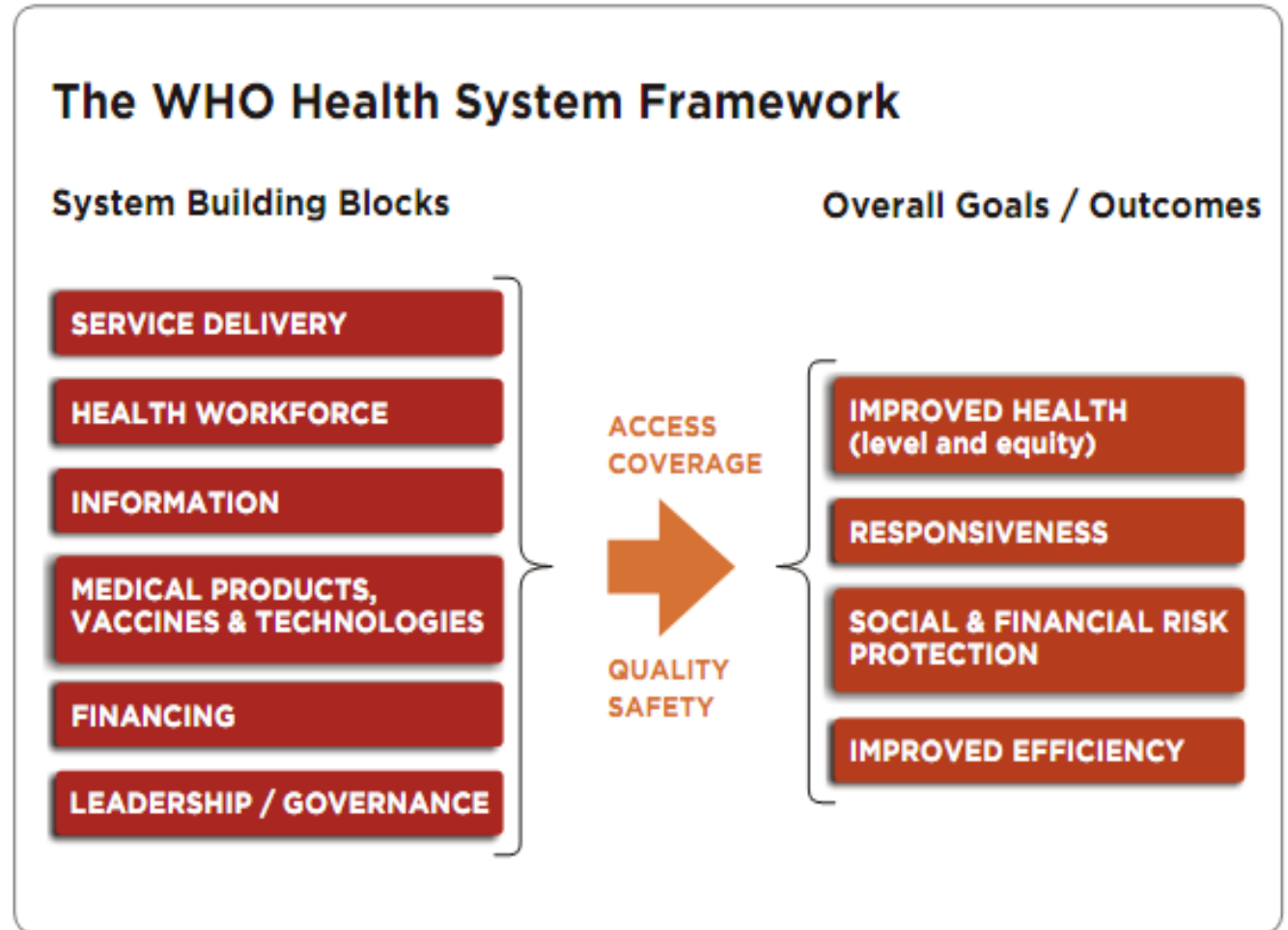
*Figure 3-1: Health system control knobs, intermediate and final performance measures*



*Source: adapted from GHRR, p. 27.*

**Dengan pendekatan WHO  
hasilnya sama:**

**Belum ada Reform yang  
jelas**



# Apa akibatnya?

- Disparitas antar segmen dan antar region dalam hal akses dan cakupan menunjukkan pemburukan. Data di berbagai penyakit catastropik menunjukkan semakin banyaknya disparitas.
- Quality dan safety belum dijamin
- Tidak adanya sumber-sumber dana baru dalam pelayanan kesehatan sampai dengan tahun 2019.
- Kepastian hukum dalam fraud masih belum terbangun
- Program Pencegahan belum jelas.

Pada tahun 2019 Pemerintah akan melakukan Reformasi Kesehatan

**Namun terjadi  
Pandemik  
Covid19**

Terjadi kejadian luar biasa yang memberi pengaruh besar pada sistem JKN di Indonesia.

**Mari kita tunggu Sesi berikutnya**