



MENJAJAKI OPSI-OPSI KEBIJAKAN UNTUK PEMBIAYAAN JKN YANG BERKELANJUTAN



Kredit foto: Mukti Mulyana/SMERU

RANGKUMAN EKSEKUTIF

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memiliki peran sangat besar dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang setara. Hingga saat ini, cakupan kepesertaan JKN mencapai 82% populasi Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, sebagai lembaga penyelenggara JKN, juga telah membangun kerja sama dengan lebih dari 27.000 fasilitas kesehatan. Meski implementasinya sudah memasuki tahun ketujuh, JKN masih menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam mewujudkan pembiayaan yang berkelanjutan. Pertama, masih terdapat ketimpangan cakupan kepesertaan JKN antarprovinsi dan ketimpangan jumlah fasilitas kesehatan antara Pulau Jawa dan luar Pulau Jawa. Kedua, upaya pemerintah untuk meningkatkan jumlah anggaran kesehatan belum mampu mengatasi defisit dalam pembiayaan JKN. Ketiga, beban ganda penyakit yang masih besar serta krisis kesehatan akibat pandemi COVID-19 menambah panjang daftar tantangan dalam pembiayaan JKN.

Dengan berbagai tantangan tersebut, upaya Pemerintah Pusat untuk memperkecil defisit dalam pembiayaan JKN perlu didukung pemerintah daerah melalui pengalokasian 10% Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk sektor kesehatan. Selain itu, pemerintah perlu memperluas ruang fiskal melalui program-program yang mudah diimplementasikan dan melibatkan sektor swasta, misalnya perusahaan asuransi komersial, dalam pembiayaan JKN. Upaya memperkecil defisit dalam pembiayaan JKN harus diiringi dengan upaya untuk mengedepankan aspek promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, terutama penyakit katastrofik/kronis. Prinsip farmakoekonomik juga perlu diterapkan agar perawatan pasien menjadi lebih efisien secara biaya.

Catatan kebijakan ini disusun berdasarkan hasil Diskusi JKN Seri ke-1 bertajuk Menjajaki Opsi-Opsi untuk Pembiayaan JKN yang Berkelanjutan, yang diadakan oleh Kementerian Keuangan dan The SMERU Research Institute dengan dukungan dari Novartis. Diskusi ini merupakan lanjutan acara The 12th Asia Pacific Future Trends Forum (FTF) 2019 di Jakarta yang bertujuan memfasilitasi dialog antarpemangku kepentingan guna berbagi informasi mengenai berbagai opsi kebijakan agar pembiayaan JKN ke depan dapat lebih inovatif dan berkelanjutan.

JKN merupakan sebuah instrumen kebijakan fiskal yang tidak hanya ditujukan untuk membantu masyarakat mengakses layanan kesehatan secara maksimal, tetapi juga untuk mewujudkan pembangunan ekonomi dan perbaikan kesejahteraan masyarakat. Berdasarkan data dari Sistem Monitoring Terpadu, Dewan Jaminan Sosial Nasional, cakupan kepesertaan JKN pada Juni 2020 mencapai 221 juta jiwa atau sekitar 82% penduduk Indonesia. Lebih dari 27.000 fasilitas kesehatan, baik primer maupun rujukan, telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini menunjukkan kontribusi JKN dalam membuka akses terhadap layanan kesehatan yang lebih luas bagi seluruh penduduk Indonesia.

Namun, meski sudah memasuki tahun ketujuh, pelaksanaan JKN masih menghadapi berbagai tantangan. Keterbatasan sumber dana, infrastruktur, dan sumber daya manusia, serta beban ganda penyakit merupakan permasalahan besar yang perlu segera diselesaikan. Krisis kesehatan akibat pandemi COVID-19 juga menambah panjang daftar tantangan dalam pembiayaan JKN yang ada saat ini. Upaya untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi sistem layanan dan pembiayaan JKN bukan hanya merupakan tanggung jawab pemerintah, tetapi juga memerlukan keterlibatan aktor-aktor nonpemerintah, termasuk kalangan akademis.

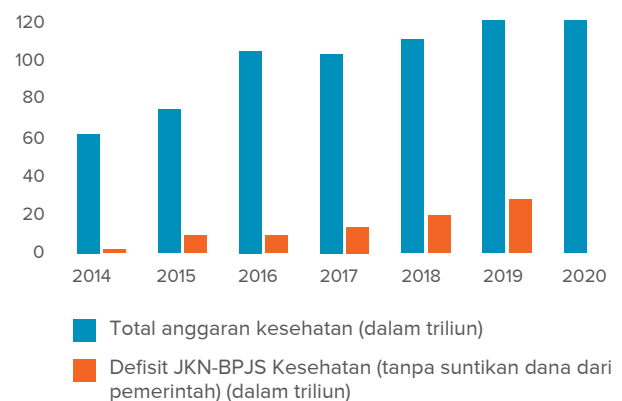
“PEKERJAAN RUMAH” UNTUK MEWUJUDKAN PEMBIAYAAN JKN YANG BERKELANJUTAN

Cakupan kepesertaan JKN dan kemitraannya dengan fasilitas kesehatan—baik milik pemerintah maupun swasta—terus meningkat sejak 2014, tetapi proporsi peserta JKN cukup bervariasi antarprovinsi jika dilihat dari sebarannya. Berdasarkan data Survei Sosial-Ekonomi Nasional (Susenas) 2019, terdapat banyak provinsi dengan cakupan yang masih rendah (di bawah 50%), sementara ada pula provinsi dengan cakupan yang sangat tinggi (di atas 90%). Sebaran fasilitas kesehatan yang tidak merata antara wilayah Pulau Jawa dan wilayah luar Pulau Jawa juga merupakan tantangan dalam penyelenggaraan JKN. Data dari Sistem Informasi Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, 2019 menunjukkan bahwa sebagian besar fasilitas kesehatan, terutama fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, berada di Pulau Jawa.

Meski jumlah anggaran kesehatan Indonesia mengalami peningkatan sejak awal penyelenggaraan JKN (Gambar 1), stimulus fiskal ini belum cukup untuk mengurangi defisit yang terjadi hingga awal 2020. Pada 2020, jumlah anggaran kesehatan tercatat lebih dari 130 triliun rupiah.¹ Dari jumlah anggaran tersebut, 48,8 triliun rupiah digunakan untuk membayar premi penerima bantuan iuran (PBI) JKN yang merupakan kelompok penduduk 40% dengan tingkat kesejahteraan terendah. Kajian Belanja Publik Indonesia (Bank Dunia, 2020) menemukan bahwa pengeluaran JKN pada 2017 didominasi oleh klaim rawat inap dan rawat jalan rumah sakit. Temuan ini menyiratkan dua hal. Pertama, jumlah layanan kuratif dalam JKN masih tinggi. Kedua,

fasilitas kesehatan tingkat primer sebagai penjaga gawang layanan kesehatan belum mampu menjalankan fungsinya secara optimal.

Dengan kata lain, defisit pembiayaan JKN secara tidak langsung dipengaruhi oleh rendahnya kualitas fasilitas kesehatan primer. Hal ini dapat dilihat dari, misalnya, ketaklengkapan suplai obat-obatan esensial dan fasilitas tes diagnostik dasar serta minimnya kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan diagnosis dengan tepat. Sebagai akibatnya, **sebagian besar pasien mencari layanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (rumah sakit) yang menyebabkan biaya perawatan kesehatan menjadi lebih mahal.**



Gambar 1. Peningkatan anggaran kesehatan dan defisit JKN-BPJS Kesehatan 2014–2022

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2020; Aidha dan Chrisnahunata, 2020.

Beban ganda penyakit² serta krisis kesehatan akibat bencana nonalam, seperti pandemi COVID-19, yang bisa saja terjadi pada masa depan menambah panjang daftar tantangan dalam mewujudkan pembiayaan JKN yang berkelanjutan. Untuk mengatasi berbagai tantangan tersebut, pemerintah perlu (i) memperkecil defisit dengan memperluas ruang pembiayaan JKN dan (ii) mengedepankan upaya pencegahan penyakit serta penerapan prinsip farmakoekonomik dalam perawatan pasien.

REKOMENDASI 1: MEMPERKECIL DEFISIT, MEMBUKA RUANG FISKAL YANG LEBIH BESAR, DAN MENJAMIN KECUKUPAN DANA JKN

Sejauh ini, upaya-upaya untuk mengatasi defisit pembiayaan JKN yang sudah dilakukan adalah, antara lain, (i) pemberian dana talangan dari aset BPJS Kesehatan, (ii) pencairan iuran PBI di muka, (iii) pembelanjaan strategis (*strategic purchasing*) untuk beberapa layanan kesehatan, (iv) intervensi langsung melalui suntikan dana APBN, dan (v) kebijakan penyesuaian iuran yang terbaru berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) No. 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

¹ Belum termasuk tambahan dana penanganan COVID-19.

² Prevalensi penyakit menular dan tak menular yang sama-sama makin tinggi.

Upaya Pemerintah Pusat tersebut perlu didukung dengan peningkatan peran pemerintah daerah terutama dalam pembiayaan layanan kesehatan. Pemerintah daerah harus memenuhi target minimal 10% anggaran kesehatan pada APBD-nya. Selain itu, diperlukan usaha untuk mendukung Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dengan mengedepankan layanan promotif dan preventif. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) untuk layanan kuratif bagi masyarakat prasejahtera perlu dimaksimalkan melalui skema PBI daerah. Pemerintah daerah juga perlu menunjang infrastruktur serta sarana dan prasarana fasilitas kesehatan di daerahnya.

Dalam kondisi ideal, pembiayaan JKN yang berkelanjutan dapat menjaga keseimbangan antara tarif iuran yang optimal, manfaat yang rasional, dan kolektibilitas yang tinggi. Untuk memastikan hal tersebut, pemerintah telah mengembangkan beberapa skema berikut.

- a) Dalam jangka pendek, pemerintah melakukan penyesuaian premi JKN untuk memperbaiki struktur iuran dan meningkatkan kepatuhan pembayarannya, serta memberikan relaksasi selama pandemi COVID-19.
- b) Dalam jangka menengah, serangkaian kebijakan yang sudah direncanakan adalah, antara lain, rasionalisasi manfaat program sesuai dengan kebutuhan dasar, penerapan satu kelas perawatan yang terstandardisasi, penyederhanaan tarif layanan, urun biaya untuk layanan yang rawan terhadap pemanfaatan berlebih (*cost sharing*), optimalisasi koordinasi penyelenggara, dan penerapan skema pendanaan *global budget*³ sebagai pelengkap pendanaan Indonesian Case-Based Groups (INA-CBGs).

Untuk memperluas ruang pendanaan JKN, opsi lain yang dapat diambil adalah perluasan ruang fiskal melalui program/kebijakan dengan beberapa kriteria tertentu. Di antaranya adalah kemudahan implementasi program/kebijakan serta dampak sosial, politik, dan ekonominya. Contoh program/kebijakan dengan kriteria tersebut adalah, antara lain, (i) menaikkan harga bahan bakar minyak (BBM) untuk pembiayaan JKN; (ii) mengalihkan subsidi BBM, gas, dan listrik; (iii) mengoptimalkan pajak dosa (*sin tax*), termasuk menambah cukai alkohol, memberlakukan cukai minuman manis (*sugar sweetened beverages*) dan makanan tidak sehat lain, serta (iv) memungut asuransi wajib rokok.

Pemerintah juga perlu meningkatkan kontribusi sektor swasta, dalam hal ini perusahaan asuransi komersial, dalam pembiayaan JKN. Untuk mewujudkan hal tersebut, dibutuhkan perbaikan mekanisme koordinasi penyelenggara untuk menyelaraskan antara konsep ganti rugi (*indemnity*) dalam program asuransi komersial dan layanan kesehatan terkendali (*managed care*) dalam JKN.

Selain pendanaan dan kolaborasi dengan sektor swasta, peningkatan efisiensi layanan perlu dilakukan untuk memastikan pembiayaan JKN yang berkelanjutan. Peningkatan efisiensi layanan dapat dilakukan melalui pengendalian mutu dan biaya layanan dalam bentuk

pemantauan antipenipuan, penerapan asesmen teknologi kesehatan (*health technology assessment/HTA*), dan peninjauan ulang pemanfaatan JKN, serta pelaksanaan pembelanjaan strategis.

REKOMENDASI 2: MENGEDEPANKAN PENCEGAHAN PENYAKIT DAN PENERAPAN PRINSIP FARMAKOEKONOMIK DALAM MANAJEMEN PENYAKIT KATASTROPIK/KRONIS

Sebagai penyakit yang perawatannya membutuhkan waktu lama dan biaya besar, penyakit katastrofik/kronis menyerap pembiayaan JKN yang cukup besar. Pada 2018, misalnya, klaim biaya penyakit ini, termasuk penyakit jantung, gagal ginjal kronis, dan kanker, mencapai sekitar 22% dari keseluruhan klaim JKN. Namun, meski JKN terbukti mampu meringankan beban ekonomi pasien, pengeluaran pribadi (*out-of-pocket expenditure*) di tingkat rumah tangga untuk layanan rawat inap dan rawat jalan pun ternyata masih cukup tinggi (Hasbullah, 2020), terutama untuk penyakit katastrofik/kronis.

Untuk mengurangi beban pembiayaan penyakit katastrofik/kronis, diperlukan upaya untuk memprioritaskan aspek promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Berbagai penelitian menemukan bahwa negara-negara, seperti Jepang, Tiongkok, Selandia Baru, Finlandia, dan Inggris, yang menginvestasikan lebih banyak anggaran kesehatannya untuk meningkatkan upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit berhasil menurunkan prevalensi dan kasus kematian akibat penyakit jantung dan penyakit tidak menular lainnya (Ezoe *et al.*, 2015; Wu *et al.*, 2017, World Health Organization, 2014).

Pengedepanan aspek promosi kesehatan dan pencegahan penyakit adalah tugas semua pihak, baik pemerintah dan BPJS Kesehatan maupun pihak-pihak nonpemerintah (akademisi, sektor swasta, serta masyarakat luas). Dengan demikian, kebijakan yang perlu diambil adalah sebagai berikut.

- a) Mengubah perilaku masyarakat dalam bentuk peningkatan kesadaran bahwa kerugian ekonomi akibat penyakit katastrofik/kronis besar dan bersifat jangka panjang
- b) Meningkatkan pendanaan publik untuk mengelola dan mengurangi kerugian ekonomi akibat penyakit katastrofik/kronis dan bukan menekan biaya klaim JKN untuk penyakit tersebut

Dalam perawatan pasien dengan penyakit katastrofik/kronis, prinsip farmakoekonomik perlu diterapkan. Prinsip farmakoekonomik mengutamakan penggunaan obat yang aman, efektif, dan terjangkau, serta memperhatikan prinsip keadilan. Prinsip farmakoekonomik didasarkan pada penghitungan yang teliti atas manfaat dan biaya penggunaan suatu obat berdasarkan laporan hasil uji klinis yang baik.

³ Rumah sakit mendapatkan anggaran dari BPJS Kesehatan untuk membiayai seluruh kegiatannya dalam satu tahun.



THE SMERU RESEARCH INSTITUTE

Penulis:

Athia Yumna,
Nurmala Selly Saputri,
dan Maudita Dwi
Anbarani

Editor:

Wiwin Purbaningrum

Desain dan Tata Letak:

Novita Maizir

©2020 SMERU

Untuk catatan kebijakan
lainnya, silakan kunjungi
www.smeru.or.id.

SMERU adalah sebuah lembaga penelitian independen yang melakukan penelitian dan pengkajian kebijakan publik secara profesional dan proaktif, serta menyediakan informasi akurat dan tepat waktu dengan analisis yang objektif mengenai berbagai masalah sosial-ekonomi dan kemiskinan yang dianggap mendesak dan penting bagi rakyat Indonesia.

Jl. Cikini Raya No. 10A
Jakarta 10330, Indonesia

+6221 3193 6336

+6221 3193 0850 (faks)

smeru@smeru.or.id

www.smeru.or.id

The SMERU Research Institute

@SMERUInstitute

The SMERU Research Institute

The SMERU Research Institute

Temuan, pandangan, dan interpretasi dalam catatan kebijakan ini merupakan tanggung jawab penulis dan tidak berhubungan dengan atau mewakili lembaga-lembaga yang mendanai kegiatan dan pelaporan The SMERU Research Institute.

Dengan prinsip farmakoekonomik, pembuat kebijakan memiliki alternatif obat-obat baru yang lebih efisien secara biaya. Penggunaan obat-obat tersebut secara ilmiah terbukti mendorong penurunan biaya layanan kesehatan, termasuk biaya rumah sakit, biaya tindakan medis, dan biaya tenaga kesehatan, bagi pasien dengan penyakit katastropik/kronis.⁴ Pengelolaan penyakit katastropik/kronis dilakukan dengan berbagai langkah berikut.

- Memberikan alokasi dana yang adil bagi penderita penyakit katastropik
- Menerapkan prinsip farmakoekonomik sebagai pertimbangan dalam pemilihan terapi
- Menghitung nilai tahun hidup berkualitas yang disesuaikan (*quality adjusted-life year/QALY*) bagi pasien dengan penyakit katastropik
- Menentukan besaran kesediaan untuk membayar (*willingness to pay/WTP*) untuk meningkatkan satu QALY
- Meningkatkan partisipasi industri obat dalam bentuk pemberian harga khusus
- Memprioritaskan pengobatan simtomatik

JKN merupakan tumpuan harapan bagi seluruh penduduk Indonesia untuk memperoleh akses terhadap layanan kesehatan yang setara dan bermutu. Pembiayaan JKN yang berkelanjutan akan menjaga harapan mereka untuk menjalani hidup berkualitas dengan jaminan kesehatan yang dapat diandalkan. ■

DAFTAR ACUAN

- Aidha, Cut Nurul dan Adrian Chrisnahutama (2020) 'Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Usulan Alternatif Pendanaan yang Berkelanjutan.' Policy Brief [dalam jaringan] <<http://theprakarsa.org/wp-content/uploads/2020/05/Policy-Brief-22-Defisit-Jaminan-Kesehatan-Nasional-JKN.pdf>> [3 Agustus 2020].
- Bank Dunia (2020) 'Kajian Belanja Publik 2020: Belanja untuk Hasil yang Lebih Baik.' Laporan Bank Dunia [dalam jaringan] <<https://www.worldbank.org/in/country/indonesia/publication/indonesia-public-expenditure-review>> [23 Juli 2020].
- Beck, Debra L. (2020) 'In-hospital Start of Sacubitril-Valsartan Cost-Effective in HFrEF.' Medscape 17 Agustus [dalam jaringan] <<https://www.medscape.com/viewarticle/935866>> [3 Agustus 2020].
- Ezoe, Satoshi, Hiroyuki Noda, Naoki Akahane, Osamu Sato, Takashi Hama, Tatsunori Miyata, Tomohiro Terahara, Manami Fujishita, Haruka Sakamoto, Sarah Krull Abe, Stuart Gilmour, dan Tokuaki Shobayashi (2017) 'Trends in Policy on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases in Japan.' *Health Systems & Reform* 3 (4). DOI: <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1347125>.
- Kementerian Kesehatan (2020) 'Strategi Kementerian Kesehatan untuk Mengelola Pemanfaatan Anggaran Kesehatan dan Keberlangsungan Koordinasi Manfaat JKN dengan Asuransi Swasta.' Dokumen salindia dipresentasikan pada Diskusi JKN Seri Ke-1, Jakarta, 29 Juli 2020.
- Krittayaphong, Rungroj, Jirawit Yadee, dan Unchalee Permsuwan (2019) 'Cost-Effectiveness Analysis of the Adjunctive Therapy of Ivabradine for the Treatment of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction.' *Clinicoecon Outcomes Res* 11: 767–777. DOI: [10.2147/CEOR.S226568](https://doi.org/10.2147/CEOR.S226568).
- World Health Organization (2014) 'The Case for Investing in Public Health: A Public Health Summary Report for EPHO 8.' Summary Report [dalam jaringan] <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf> [3 Agustus 2020].
- Wu, Fei, Hiroti Narimatsu, Xiaoqiang Li, Sho Nakamura, Ri Sho, Genming Zhao, Yoshinori Nakata, dan Wanghong Xu (2017) 'Non-Communicable Diseases Control in China and Japan.' *Global Health* 13: 91. DOI: [10.1186/s12992-017-0315-8](https://doi.org/10.1186/s12992-017-0315-8).

⁴ Pada 2018, pembiayaan penyakit jantung, termasuk gagal jantung, pada program JKN merupakan salah satu pembiayaan terbesar (9,3 triliun rupiah). Berbagai penelitian menggunakan metode *cost-effectiveness analysis* dalam perawatan pasien gagal jantung menunjukkan efektivitas obat-obatan seperti *ivabradine* dan *sacubitril/valsartan* dibandingkan dengan perawatan standar dalam mengurangi tingkat kematian dan menurunkan waktu perawatan (Krittayaphong, Yadee, dan Permsuwan, 2019; Beck, 2020). Studi menyeluruh sangat diperlukan untuk mencari terapi terbaik dengan pembiayaan rendah, tetapi efektivitas maksimal (meningkatkan nilai tahun hidup berkualitas yang disesuaikan—*quality adjusted-life year/QALY*, menurunkan tingkat kematian, dan menurunkan biaya perawatan).