

Peta Jalan Menuju

JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

2012 - 2019

didukung oleh:



PETA JALAN

MENUJU JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
2012 - 2019

DISUSUN BERSAMA:

KEMENTERIAN KOORDINATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT

DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL

KEMENTERIAN KESEHATAN

KEMENTERIAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL/
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL

KEMENTERIAN KEUANGAN

KEMENTERIAN NEGARA BUMN

KEMENTERIAN KETENAGAKERJAAN DAN TRANSMIGRASI

KEMENTERIAN SOSIAL

KEMENTERIAN PERTAHANAN

KEMENTERIAN DALAM NEGERI

TENTARA NASIONAL INDONESIA / KEPOLISIAN RI

TNP2K SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN

PT ASKES (PERSERO)

PT JAMSOSTEK (PERSERO)

DIDUKUNG OLEH:

GIZ

AUSAID

RINGKASAN EKSEKUTIF

Untuk melaksanakan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) diperlukan sinergi dari berbagai peta jalan yang telah disusun oleh Kementerian Kesehatan, DJSN, PT Askes Indonesia, dan PT Jamsostek, serta masukan dari berbagai pemangku kepentingan lainnya. Untuk itu, disusun Peta Jalan (*roadmap*) Menuju Jaminan Kesehatan Nasional ini sebagai acuan bagi semua pemangku kepentingan.

Secara khusus peta jalan ini disusun untuk mempersiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 dan tercapainya Jaminan Kesehatan Nasional (*INA-Medicare*) untuk seluruh penduduk Indonesia pada Tahun 2019. Untuk mencapai tujuan khusus tersebut, disepakati 8 sasaran pokok yang akan dicapai pada tahun 2014 yaitu (1) tersusunnya seluruh peraturan pelaksanaan yang diperlukan, (2) beroperasinya BPJS Kesehatan sesuai UU 24/2011, (3) paling sedikit 121,6 juta⁽¹⁾ penduduk dijamin melalui BPJS Kesehatan, (4) manfaat medis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola BPJS sama untuk seluruh peserta sedangkan untuk manfaat non medis masih ada perbedaan, (5) disusunnya rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan dan implementasinya secara bertahap, (6) paling sedikit 75% peserta puas dengan layanan BPJS Kesehatan, (7) paling sedikit 75% fasilitas kesehatan puas dengan layanan BPJS Kesehatan, dan (8) pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan terlaksana secara transparan, efisien, dan akuntabel.

Di tahun 2019, peta jalan menetapkan 8 (delapan) sasaran berikut: (1) BPJS Kesehatan telah mendapat kepercayaan penuh publik, (2) seluruh penduduk (diperkirakan 257,5 juta jiwa) telah terjamin, (3) paket manfaat medis dan non medis sudah sama untuk seluruh peserta, (4) fasilitas kesehatan telah tersebar memadai, (5) peraturan perundangan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan waktu itu, (6) paling sedikit 85% peserta puas dengan pelayanan yang diterima dari fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, (7) paling sedikit 80% fasilitas kesehatan puas dengan pelayanan yang diterima dari BPJS Kesehatan, dan (8) pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan sudah mencapai tingkat transparansi, efisiensi dan akuntabilitas optimal.

Untuk mencapai Delapan Sasaran Pokok tersebut telah disusun kegiatan-kegiatan pokok berikut:

Paling lambat pertengahan 1 Juni 2013 telah diterbitkan (1) Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan, (2) Peraturan Pemerintah tentang PBI, (3) Peraturan Presiden tentang Dukungan

.....
1 Jumlah peserta 101,6 juta jiwa diasumsikan berasal dari 96,4 juta jiwa dari program Jamkesmas, 17,2 juta jiwa dari peserta Askes PNS, 5,5 juta jiwa dari peserta JPK Jamsostek dan 2,5 juta jiwa dari peserta PJKMU.

Operasional Kesehatan untuk TNI/Polri, (4) Peraturan Pemerintah tentang BPJS (Gabungan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan), (5) PP Pengelolaan Dana Jaminan Sosial, (6) PP tentang Modal Awal BPJS, (7) Peraturan Presiden tentang Tata Cara Pemilihan dan Penetapan Dewan Pengawas dan Direksi BPJS, (8) Peraturan Presiden tentang Renumerasi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS, dan (9) Keputusan Presiden tentang Dewan Komisaris dan Dewan Direksi BPJS Kesehatan

Perluasan kepesertaan dilakukan dimulai dengan menyatukan pengelolaan peserta Askes Sosial/PNS (yang kini dikelola oleh PT Askes), pengalihan pengelolaan Jamkesmas dari Kemenkes sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), pengalihan peserta JPK Jamsostek, dan pengalihan jaminan kesehatan dari TNI/POLRI, serta sebagian peserta Jamkesda. Ditargetkan sekitar 121,6 juta jiwa dijamin oleh BPJS Kesehatan di Tahun 2014. Pada prinsipnya seluruh pemberi kerja wajib mendaftarkan pekerjanya kepada BPJS Kesehatan. Namun pemberi kerja yang kini telah menyediakan jaminan kesehatan bagi pekerjanya secara mandiri diberikan kelonggaran untuk bergabung paling lambat hingga awal tahun 2019 (*wait and see first*) agar seluruh pekerja terlindungi seluruhnya melalui BPJS Kesehatan.

Segaimana diatur dalam UU SJSN, paket manfaat (layanan kesehatan yang dijamin) sejak awal akan dimulai dengan paket komprehensif. Prinsip komprehensif artinya adalah bahwa semua pengobatan untuk penyakit yang terjadi secara alamiah akan dijamin, sedangkan penyakit yang ditimbulkan akibat kesengajaan seperti akibat penggunaan NAPZA atau yang bersifat kosmetika tidak dijamin. Jaminan juga mencakup alat sampai besaran tertentu seperti kaca mata atau alat bantu gerak. Agar lebih berkeadilan, mereka yang iurannya dibayarkan Pemerintah berhak mendapatkan perawatan di kelas III. Sedangkan mereka yang membayar iuran akan mendapat perawatan di kelas II atau kelas I, tergantung besarnya iuran. Paket manfaat tersebut di atas juga untuk memenuhi prinsip perlindungan rakyat agar tidak jatuh miskin jika terkena musibah penyakit berat dengan biaya yang besar.

Perluasan dan tingkat perlindungan (protektabilitas) haruslah dibarengi dengan iuran yang memadai. Masyarakat tidak perlu mengkhawatirkan jika iuran terlalu tinggi, sebab BPJS secara hukum adalah badan nirlaba. Dalam hal ini, pemegang saham BPJS adalah seluruh peserta, karenanya setiap surplus akan digunakan untuk perbaikan paket manfaat seluruh peserta. Untuk tahap awal, iuran telah diperhitungkan berkisar pada 5-6% gaji sebulan atau penetapan nilai nominal. Sedangkan untuk PBI, setelah dihitung berdasarkan berbagai kajian, kebutuhan iuran tahap awal adalah sebesar Rp 22.000– Rp 27.000 per orang per bulan. Batas atas upah penetapan iuran dan besaran iuran akan disesuaikan paling lama setiap dua tahun. Untuk menjamin BPJS tidak defisit atau menumpuk surplus terlalu besar, dalam jangka panjang perlu dilakukan keseimbangan antara pemasukan dana iuran dan belanja kesehatan, serta ketersediaan dana cadangan.

Dari sisi pelayanan kesehatan, telah diidentifikasi tingkat ketersediaan dan sejumlah masalah yang masih menghambat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional. Saat ini, tersedia lebih dari 85.000 dokter praktik umum dan lebih dari 25.000 dokter praktik spesialis, belum termasuk dokter gigi. Secara nasional, jumlah tersebut cukup untuk melayani seluruh rakyat berdasarkan rasio satu dokter praktik umum melayani 3.000 orang. Pelayanan kesehatan saat ini juga didukung oleh jumlah perawat dan bidan yang jumlahnya telah mencukupi, dan tempat tidur di rumah sakit milik Pemerintah dan milik swasta, termasuk tempat tidur di puskesmas yang rasionya telah mendekati satu tempat tidur untuk setiap 1.000 penduduk. Namun demikian, ketersediaan layanan kesehatan tersebut terkendala oleh penyebarannya yang jauh lebih banyak di kota-kota besar. Pada pelaksanaan cakupan kesehatan semesta di berbagai negara lainnya hal serupa umum terjadi. Hal itu dapat diselesaikan antara lain jika pembayaran BPJS ke fasilitas kesehatan diperbaiki dengan mempertimbangkan harga keekonomian agar terjadi redistribusi dokter ke daerah-daerah yang membutuhkan dan semakin banyak pihak swasta yang akan membangun fasilitas kesehatan.

Layanan kesehatan juga mencakup obat dan bahan medis habis pakai yang seyogyanya mengikuti mekanisme pasar. Saat ini, jumlah pabrik obat di Indonesia jumlahnya jauh melebihi kebutuhan. Sementara itu, produksi bahan medis habis pakai juga mudah untuk ditingkatkan produksinya. Penentuan besaran pembayaran iuran BPJS menjadi faktor kunci agar dokter dan fasilitas kesehatan, termasuk obat dan bahan medis habis pakai dibayar dengan harga keekonomian yang layak, dan terjadi keseimbangan yang memadai antara permintaan dan penyediaan obat dan bahan medis habis pakai. Untuk itu, pelaksanaan BPJS perlu dipantau agar dapat tercapai tingkat keuasan 80% dari fasilitas kesehatan.

Selain hal tersebut di atas, untuk mendukung kepesertaan menyeluruh Jaminan Kesehatan Nasional perlu dilakukan Peningkatan Ketersediaan dan Kualitas Fasilitas Kesehatan serta penyusunan Sistem/ Standar Operasional Pelayanan. Untuk itu, Kementerian Kesehatan perlu menyusun Rencana Aksi Pengembangan pelayanan kesehatan termasuk fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, alat, obat, bahan medis habis pakai, dan kelengkapan lainnya yang pelaksanaannya dapat dilakukan secara bertahap.

Untuk menjamin bahwa layanan dokter dan rumah sakit berkualitas, BPJS juga akan mengembangkan seleksi (*kredensialing*) dokter dan fasilitas kesehatan yang dikontrak. Fasilitas yang tidak memenuhi standar tidak akan dikontrak atau diperpanjang kontraknya. Diharapkan pada tahun 2019 seluruh fasilitas kesehatan akan memenuhi standar yang berlaku agar kepuasan peserta terpenuhi. Karena peserta diberikan kebebasan memilih dokter/fasilitas kesehatan yang akan melayaninya, maka seluruh fasilitas kesehatan akan bersaing memberikan layanan yang berkualitas dan memuaskan. Dengan mengembangkan sistem dan pemantauan kepuasan peserta, pada tahun 2019 diharapkan 85% peserta puas terhadap layanan kesehatan berkualitas

Disadari bahwa saat ini banyak keraguan dan ketidakpercayaan publik akan efektivitas pelaksanaan BPJS. Meskipun selama hampir 20 tahun hasil audit Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) terhadap PT Askes selalu Wajar Tanpa Pengecualian, namun di lapangan masih terjadi penyimpangan. Oleh karenanya, langkah pertama yang disiapkan adalah peraturan pelaksanaan yang menjamin transparansi dan akuntabilitas BPJS. Lebih lanjut, BPJS harus membayar fasilitas kesehatan dengan harga keekonomian yang kompetitif dan efisien, BPJS tidak boleh menghabiskan biaya operasionalnya melebihi 5% dari total iuran yang diterima. Secara bertahap, kinerja pengelolaan BPJS akan terus diperkuat hingga dapat menekan biaya operasional kurang dari 5% dari iuran yang diterima sebagaimana BPJS serupa di negara-negara lain. Dengan prinsip ini, lebih dari 95% dana iuran yang terkumpul akan kembalikepada peserta dalam bentuk layanan kesehatan yang berkualitas.

Untuk menghindari *moral hazard*, maka fasilitas kesehatan akan dibayar secara prospektif, khususnya dengan cara kapitasi dan CBG (*Casemix Based Group*). Kedua cara pembayaran tersebut adalah cara pembayaran borongan yang memaksa dokter dan rumah sakit efisien namun tetap menjaga kualitas layanannya. Dokter dan rumah sakit di suatu wilayah yang memiliki indeks harga/indeks kemahalan yang sama akan dibayar sama. Dengan demikian persaingan sehat antara dokter dan rumah sakit terjadi berdasarkan kualitas layanan, bukan tarif.

Mengingat manajemen JKN dan pembayaran ke fasilitas kesehatan merupakan suatu proses yang kompleks dan perkembangan obat atau teknologi baru dalam bidang kesehatan, maka BPJS juga perlu menyisihkan 0,5% dari pendapatan iuran untuk biaya riset dan pengembangan. Teknologi atau obat baru yang *cost-effective* harus dijamin, sementara obat atau teknologi lama yang tidak lagi memadai harus dikeluarkan. Dengan begitu, peserta akan terus mendapatkan teknologi terbaru. Dengan demikian, JKN akan senantiasa memberi sumbangan berarti bagi produktifitas dan kualitas hidup peserta.

Pada akhirnya, kemajuan JKN akan sangat bergantung pada kepercayaan publik terhadap kinerja BPJS. Untuk menjamin pengelolaan yang efektif, efisien, transparan dan akuntabilitas, BPJS akan diaudit oleh BPK dan akuntan publik. Secara internal, Dewan Pengawas dan DJSN akan terus memantau dan mengawasi segala aspek penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan. Keluhan peserta, dokter, fasilitas kesehatan lainnya harus juga selalu ditampung. Setiap pemangku kepentingan dapat menyampaikan keluhan atas layanan fasilitas kesehatan yang tidak memuaskan dan layanan BPJS atau praktik petugas BPJS yang tidak bersih melalui berbagai saluran pengaduan masyarakat hingga kepada Presiden. BPJS Kesehatan dengan monitoring dari DJSN harus menampung seluruh keluhan atau pengaduan yang ada dan mengkoordinasikan penanganannya. Laporan keuangan harus dipublikasi paling sedikit dua kali dalam setahun dalam berbagai media cetak dan elektronik agar bisa diperiksa, diawasi, dan dievaluasi oleh pemangku kepentingan, akademisi, pengawas korupsi, dan peneliti lainnya.

Dampak fiskal JKN diharapkan akan positif sejalan dengan meningkatnya kesadaran penduduk untuk membayar pajak dan iuran. Hal ini terjadi di negara-negara yang telah lebih dahulu menyelenggarakan JKN dengan cakupan semesta. Apabila hal-hal di atas dapat terlaksana dengan baik, maka kebrangskutan negara akibat JKN tidak akan terjadi. Selama ini Indonesia baru menganggarkan sekitar 2,5% Produk Domestik Bruto (PDB) untuk kesehatan. Setelah BPJS berjalan, diperkirakan belanja kesehatan Indonesia akan meningkat bertahap mulai pada kisaran 4% PDB. Dari jumlah tersebut, beban PBI diperkirakan tidak lebih dari 1% PDB.

Persiapan proses transformasi PT Askes paling tidak sampai Desember 2013 harus telah selesai. Selama proses transisi akan dibentuk *Project Management Office* yang terdiri atas unsur PT Askes, Kementerian Kesehatan, dan PT Jamsostek untuk melancarkan proses pemindahan pengelolaan peserta Jamkesmas dan JPK Jamsostek. Prinsip pengelolaan yang baik (*good corporate government*) menjadi kunci keberhasilan transformasi. Hal ini dalam dicapai melalui penyusunan AD/ART, atribut organisasi, serta sistem operasi dan prosedur (SOP), pelatihan dan pengembangan SDM BPJS, penyiapan laporan keuangan penutupan PT Askes dan akun BPJS awal, penyusunan sistem informasi dengan menggunakan Nomor Induk Kependudukan (NIK) peserta, dan sistem akuntansi khusus BPJS.

Sebagaimana diatur dalam UU BPJS, Direksi dan Komisaris PT Askes akan mengemban menjadi Direksi dan Dewan Pengawas BPJS untuk masa dua tahun. Karena masa jabatan Direksi dan Dewan Komisaris PT Askes akan segera berakhir, maka penggantian Dewan Direksi dan Komisaris PT Askes yang nantinya sebagai pengelola BPJS diharapkan terdiri dari orang-orang yang memahami dan berkomitmen menjalankan BPJS sebaik-baiknya. Dalam rangka proses transformasi tersebut, PT Askes dan koordinasi dengan berbagai kementerian terkait lainnya, DJSN serta asosiasi profesi/ organisasi fasilitas kesehatan perlu melakukan sosialisasi intensif kepada publik.

Sosialisasi merupakan kunci keberhasilan pelaksanaan JKN mengingat tingkat kepesertaan jaminan kesehatan saat ini relatif rendah. Sosialisasi yang baik akan memberikan pemahaman dan kesadaran kepada peserta dan pemberi kerja akan hak dan kewajibannya. Dengan pemasaran yang memadai, kepesertaan JKN yang berbasis asuransi sosial ini dapat mencapai target yang diharapkan dan pemberi kerja dapat mendapatkan manfaat yang besar pula dari terlindunginya kesehatan para pekerja. Sosialisasi diperlukan tidak hanya dari kepesertaan, namun juga untuk mendapatkan dukungan dari berbagai pihak yang terkait untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan baik di pusat, daerah, swasta, maupun unsur masyarakat lainnya. Untuk mencapai tujuan yang dirumuskan dalam dokumen ini maka perlu dilakukan sejumlah kegiatan oleh berbagai pihak sebagaimana tertera pada Tabel 9.1 terlampir.

KATA PENGANTAR

KETUA DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) mempunyai fungsi untuk merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi sistem jaminan sosial nasional. Dalam menjalankan fungsinya tersebut, DJSN bersama Kementerian Kesehatan, Kementerian PPN/Bappenas dan Kementerian/Lembaga lainnya telah berhasil menyusun Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 yang merupakan integrasi perencanaan program pembangunan nasional untuk mencapai kepesertaan menyeluruh program jaminan kesehatan (*universal health coverage*).

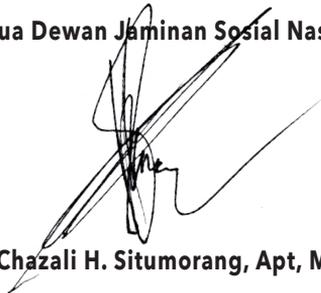
Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 ini merupakan wujud komitmen Pemerintah untuk mengimplementasikan program jaminan kesehatan sebagaimana yang diamanatkan dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional ini berisi penjabaran program dan kegiatan dari Kementerian/Lembaga di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk secara sinergis menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi warga masyarakatnya.

Penyusunan Peta Jalan ini diselenggarakan dengan peraturan pelaksana UU tentang SJSN dan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Dengan demikian, Peta Jalan ini dapat menjadi instrumen dalam proses transformasi PT. Askes (Persero) dan proses implementasi BPJS Kesehatan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Pada kesempatan yang monumental ini, yaitu mengawali pembentukan BPJS Kesehatan dalam memperluas kepesertaan dan meningkatkan manfaat program jaminan kesehatan, kami mengajak seluruh komponen pembangunan bidang kesehatan di Indonesia untuk secara bersama-sama mewujudkan perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat dan produktif.

Mengakhiri Kata Pengantar ini, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019.

Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Chazali H. Situmorang', written over a large, stylized, abstract graphic element that resembles a signature or a logo.

DR. Chazali H. Situmorang, Apt, MSc.PH