

**MODUL
KODING KLINIS DAN REIMBURSEMENT
KODE MATA KULIAH : MIK 612**



Tim Dosen:

- 1. Dr. Hosizah, SKM, MKM**
- 2. Fresty Cahya Maulina, SST, MKM**

**PRODI S1 MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2018**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
1. TUJUAN PRAKTIKUM	1
2. KOMPETENSI DASAR.....	1
3. PENDAHULUAN.....	2
4. URAIAN MATERI.....	3
A.Subsistem Pembayaran Kesehatan.....	3
B.Subsistem Pembiayaan Kesehatan.....	13
Bentuk Pokok.....	14
1) Aspek Perilaku Manusia Dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	15
2) Aspek Ekonomi dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	18
3) Variabel-variabel yang Menentukan Situasi Pembiayaan Kesehatan di Masa Mendatang.....	21
4) Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	24
5) Prinsip Pembiayaan Kesehatan	25
6) Sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia.....	26
7) Pembelanjaan Kesehatan Nasional	26
8) Pembayaran Pelayanan Kesehatan.....	29
C.Perundang-undangan Pokok.....	30
D.Mekanisme Biaya Pelayanan Kesehatan.....	34
E. Pembiayaan dan Status Kesehatan.....	36
F. Pihak-Pihak Terkait Pembiayaan Kesehatan Menurut WHO (2008):	41
G. Isu Terkait Pembiayaan Kesehatan	43
Tanggung Jawab Negara dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan	44
Sejauh Mana UU Kesehatan dan UU SJSN dalam pemenuhan Hak atas Kesehatan	45
Rekomendasi	48
BPJS Kesehatan Berupaya Keras Mencegah <i>Fraud</i>	60
RANGKUMAN	70
DAFTAR PUSTAKA	72

TUGAS MANDIRI.....	75
TES FORMATIF	75
KUNCI JAWABAN.....	95



DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tren dalam pengeluaran di sektor kesehatan di, 2001-2007 17

Tabel 2. Alokasi fungsional dari anggaran pemerintah pusat
untuk kesehatan, 2006 18

Tabel 3. Permasalahan Pembayaran 38



Modul Praktikum Koding Klinis dan *Reimbursement*
Praktikum Prodi S1 Manajemen Informasi Kesehatan
Universitas Esa Unggul

Perkembangan sistem kesehatan nasional tidak lepas dari perkembangan sistem pembiayaan sebagai salah satu aspek subsistemnya. Perkembangan sistem pembiayaan dimulai dengan perubahan sistem pembayaran yang berlaku di masyarakat, baik di Indonesia maupun di luar. Perubahan sistem pembayaran mempengaruhi pengembangan sistem, metode dan konsep pembiayaan dan pembayaran yang baru.

Banyaknya metode dan konsep yang baru ini mempengaruhi perubahan sistem pembiayaan dan penganggaran yang terjadi. Banyaknya perubahan yang terjadi memerlukan pemahaman khususnya pada tenaga kesehatan agar mampu memahami perubahan serta melakukan monitoring dan evaluasi.

Secara umum, sistem pembiayaan dan penganggaran merupakan satu rangkaian sistem perencanaan. Sistem pembiayaan digunakan sebagai dasar rencana anggaran kesehatan yang akan dilaksanakan baik secara nasional maupun masing- masing fasilitas pelayanan kesehatan. Perkembangan sistem pembiayaan dan penganggaran ini perlu dilakukan proses monitoring dan evaluasi sebagai bentuk control terhadap biaya yang digunakan. Perkembangan sistem pembayaran, pembiayaan, dan penganggaran ini didasarkan pada kebutuhan biaya kesehatan masyarakat yang berubah dari pembayaran langsung menjadi pembayaran tidak langsung untuk menghindari “*moral hazard*”.

1. TUJUAN PRAKTIKUM

- a) Mahasiswa mampu memahami konsep dasar pembiayaan dan penganggaran kesehatan di Indonesia
- b) Mahasiswa mampu memahami jenis sistem pembiayaan
- c) Mahasiswa mampu memahami jenis sistem pembayaran
- d) Mahasiswa mampu menganalisis sistem pembiayaan dan penganggaran di Indonesia beserta masalahnya

2. KOMPETENSI DASAR

- A. Mengetahui sub sistem pembiayaan kesehatan
- B. Mengetahui aspek-aspek yang mempengaruhi kesehatan
- C. Mengetahui variabel-variabel yang menentukan situasi pembiayaan

kesehatan di masa mendatang

- D. Mengetahui pembiayaan pelayanan kesehatan
- E. Mengetahui mekanisme biaya pelayanan kesehatan
- F. Mengetahui pembiayaan status kesehatan
- G. Mengetahui pihak-pihak terkait pembiayaan kesehatan menurut WHO
- H. Mengetahui isu-isu terkait pembiayaan kesehatan

3. PENDAHULUAN

Sesuai dengan Undang-Undang (UU) No. 322/2004, tentang pemerintahan daerah dan Undang-Undang No. 33/02004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, maka sektor kesehatan merupakan salah satu tugas pemerintah yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Pemilihan arah reformasi sistem pembiayaan kesehatan tentu tidak dapat lepas untuk dipertimbangkan, aspek-aspek penentu kebijakan pembiayaan kesehatan. (Samba, dkk 2007).

Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan sumberdaya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (ID Kesehatan. 2007).

Biaya kesehatan mengandung pengertian tentang besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Berdasarkan sumbernya biaya kesehatan sepenuhnya berasal dari anggaran pemerintah dan sebagian ditanggung oleh masyarakat. Sekalipun pada saat ini makin banyak negara yang mengikutsertakan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, namun tidak ditemukan satu negara pun pemerintah sepenuhnya tidak ikut berperan. Peran pemerintah pada negara masih tetap ada meskipun peran

swastanya sangat dominan, terutama pembiayaan yang menyangkut kepentingan masyarakat banyak seperti pelayanan kesehatan masyarakat maupun kewajiban, untuk membiayai masyarakat yang kurang mampu. (Samba, dkk 2007).

Masalah kesehatan di dunia, ditandai dengan semakin besarnya biaya kesehatan. Kenaikan biaya kesehatan ini tidak berarti secara otomatis akan meningkatkan status kesehatan rakyat. Di Amerika Serikat, Aaron Wildavsky (1977) berani menyimpulkan bahwa pelayanan kesehatan hanya mempengaruhi 10% dari faktor yang digunakan untuk mengukur status kesehatan. Selebihnya, sebesar 90% berada di luar kontrol dokter, misalnya faktor gaya hidup (merokok, minuman keras), faktor-faktor sosial (kebiasaan makan dan lain sebagainya) (Sulastomo, 2013). Anggaran untuk membayar pengeluaran layanan kesehatan berasal dari berbagai sumber. Sumber tersebut mencakup pembayaran swadana, asuransi kesehatan swasta dengan berbagai jenis layanan, pendanaan swasta, dan program asuransi publik. Berikut penjelasan mengenai kategori tersebut (Buchbinder & Shanks, 2016).

4. URAIAN MATERI

A. Subsistem Pembayaran Kesehatan

Pengertian sistem pembayaran pada hakikatnya dapat kita simpulkan dari masing-masing katanya yakni yang terdiri atas kata 'sistem' dan kata 'pembayaran'. Sistem dapat kita artikan adalah suatu tatanan atau susunan, berupa suatu struktur yang terdiri dari bagian-bagian atau komponen-komponen yang berkaitan satu dengan yang lainnya secara teratur dan terencana untuk mencapai tujuan, ataupun gabungan beberapa bagian yang bekerja sama untuk mencapai tujuan yang sama. Apabila salah satu komponen atau bagian tersebut melebihi wewenangnya atau kurang berfungsi maka akan memengaruhi komponen yang lainnya. Sistem adalah suatu kebulatan atau keseluruhan yang utuh, di mana di dalamnya terdapat komponen-komponen yang pada gilirannya merupakan sistem tertentu yang mempunyai fungsi masing-masing, saling berhubungan satu dengan yang lain menurut pola, tata atau norma tertentu dalam rangka mencapai suatu tujuan. Sedangkan kata pembayaran dapat kita artikan adalah suatu kegiatan transaksi yang dilakukan dengan menggunakan uang. Jadi dapat kita simpulkan bahwa pengertian sistem pembayaran adalah sebuah struktur atau tatanan yang mendukung

kegiatan transaksi atau pemindahan dana agar dapat berjalan dengan baik. Sistem pembayaran ini hadir berkat berkembangnya kebutuhan manusia dalam melakukan kegiatan transaksi. Sehingga kemudian memunculkan inovasi-inovasi yang modern untuk mendukung kegiatan transaksi dapat berjalan dengan baik, efisien dan optimal. Namun sistem pembayaran bukanlah sebuah sistem yang berdiri sendiri, namun sangat berkaitan juga dengan sistem moneter, stabilitas keuangan, stabilitas perbankan dan stabilitas perekonomian.

Sistem pembayaran memiliki empat prinsip dasar yang dijadikan sebagai acuan yakni meminimalisasi risiko (*risk reduction*), efisiensi, perlindungan konsumen (*consumer protection*), dan kesetaraan akses. Berikut penjelasannya:

1) Meminimalisasi Risiko (*Risk Reduction*)

Salah satu prinsip dasar sistem pembayaran adalah meminimalisasi risiko (*risk reduction*). Sistem pembayaran yang ada haruslah memiliki sedikit risiko ataupun tidak ada risiko sama sekali agar tidak ada pihak yang saling merasa dirugikan akibat dari sistem pembayaran yang ada. Sistem pembayaran yang terkendali dengan baik akan mengurangi berbagai macam risiko. Sebab terdapat berbagai jenis risiko mungkin saja terjadi dalam sistem pembayaran, antara lain mulai dari risiko likuiditas yakni kemampuan sebuah bank atau perusahaan dalam memenuhi kewajibannya, risiko operasional yakni risiko yang disebabkan oleh fluktuasi pendapatan operasi. Bentuk risiko ini tergantung pada keragaman permintaan, harga penjualan, harga input, dan jumlah leverage operasi, risiko kredit yakni risiko yang berkaitan dengan kemungkinan pihak lain untuk suatu kontrak tidak mau atau tidak mampu memenuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan dalam kontrak dan menyebabkan pemegang tagihan (klaim) mengalami kerugian, dan juga risiko sistemik. Risiko yang mungkin terjadi dalam sistem pembayaran haruslah benar-benar dapat dikontrol seminimal mungkin, sebab kestabilan ekonomi juga tidak akan dapat terwujud bila risiko yang ada dalam sistem pembayaran nasional tidak diminimalisasi atau mungkin dihindari.

2) Efisiensi

Prinsip dasar yang kedua dalam sistem pembayaran adalah efisiensi. Prinsip efisiensi menekankan bahwa penyelenggaraan sistem pembayaran harus dapat

digunakan secara luas sehingga biaya yang ditanggung masyarakat akan lebih mudah karena meningkatnya skala ekonomi. Dalam mewujudkan perekonomian nasional yang efisien sangat diperlukan dukungan (support) dari sistem keuangan dan perbankan yang efisien pula. Sistem keuangan dan perbankan yang efisien tidak mungkin terwujud bila tidak ada dukungan untuk menciptakan sistem pembayaran yang efisien dan optimal, sebab sistem pembayaran merupakan sarana yang digunakan dalam melakukan segala aktivitas keuangan maupun perbankan secara nasional. Sistem pembayaran yang efisien salah satunya dapat diupayakan melalui pelayanan jasa sistem pembayaran secara nasional, baik secara geografis maupun segmentasi dari pengguna. Upaya untuk melakukan pelayanan jasa sistem pembayaran secara nasional ini dapat diwujudkan melalui penerapan sistem RTGS yang memungkinkan bank-bank di daerah melakukan transaksi yang sama dengan bank-bank yang berada di perkotaan. RTGS (Real Time Gross Settlement) merupakan sistem transfer dana elektronik yang penyelesaian setiap transaksinya dilakukan dalam waktu singkat. Selain itu, upaya lain yang dapat dilakukan yakni melalui pengembangan sistem kliring yang terintegrasi secara nasional, dalam implementasinya di Indonesia dikenal dengan nama Sistem Kliring Nasional Bank Indonesia. Sistem pembayaran yang efisien dapat tercipta apabila adanya kerja sama dan koordinasi yang terjalin dengan baik di antara lembaga terkait dalam sistem pembayaran nasional.

3) Perlindungan Konsumen (*Consumer Protection*)

Prinsip dasar yang ketiga dalam sistem pembayaran adalah perlindungan konsumen (consumer protection). Dalam hal ini Bank Sentral mempunyai kewenangan serta tanggung jawab untuk melakukan pengawasan agar masyarakat umum dapat memperoleh jasa sistem pembayaran yang aman, cepat, efisien, handal dan terkendali. Dalam tanggung jawab ini tersirat suatu makna yang menyatakan bahwa aspek perlindungan konsumen sangatlah penting untuk diperhatikan. Aspek perlindungan konsumen ini mencakup hak dan kewajiban pengguna jasa sistem pembayaran untuk memperoleh dan memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur. Demikian juga halnya dengan pencatuman harga untuk dapat memperoleh jasa sistem pembayaran kepada konsumen harus mencerminkan kondisi yang benar, jelas, jujur, dan fair. Bank sentral dalam hal ini Bank Indonesia sebagai lembaga

penyelenggara sistem pembayaran akan menetapkan harga kepada bank peserta mengenai berbagai hal, dan diharapkan juga bank menetapkan harga yang wajar terhadap nasabah bank sebagai pengguna jasa.

4) Kesetaraan Akses

Prinsip dasar yang keempat dalam sistem pembayaran ialah kesetaraan akses. Kesetaraan akses yang dimaksud dalam hal ini adalah persamaan hak yang melekat pada semua pihak yang terkait dalam sistem pembayaran. Kesetaraan akses juga mengandung makna bahwa tidak ada pihak yang diistimewakan, semua diberi akses sesuai dengan peran dan fungsinya, termasuk risiko yang timbul dalam sistem pembayaran harus ditanggung oleh semua pihak yang terkait secara seimbang. Sebuah sistem pembayaran dapat dikatakan belum sesuai dengan prinsip dasarnya apabila dalam pengaturan dan kegiatan operasionalnya tidak dapat melindungi dan memenuhi hak-hak dari peserta sistem pembayaran dan masyarakat umum sebagai pengguna secara adil dan berimbang.

Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah Fee For Services (FFS).

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budge* atau *budget system*, per diem, *kapitasi* dan *case based payment* atau *diagnostic related group (DRG)*. Jenis Pembayaran secara sistem Prospektif antara lain:

1. Global Budget atau Budget System

Pembayaran yang dilakukan berdasarkan anggaran/jumlah biaya yang tetap yang telah disepakati bersama. Dasar perhitungan biaya dapat melalui mekanisme penyusunan anggaran biaya secara riil diperlukan atau berdasar jumlah peserta (*kapitasi*).

2. *Per Diem* (Per hari rawat)

Metode pembayaran per diem merupakan metode pembayaran kepada provider yang didasarkan pada hasil negosiasi dan kesepakatan dimana jumlah pembayaran perawatan mengacu kepada jumlah hari rawat yang dilakukan, tanpa mengindahkan biaya yang digunakan oleh rumah sakit.

Misalnya: penanggung setuju membayar biaya rawat perhari sebesar Rp. 250.000 kepada RS Provider, tanpa mempertimbangkan berbagai ragam biaya yang digunakan oleh rumah sakit seperti biaya ruangan, obat, visite dokter, dll. Dengan demikian diharapkan rumah sakit dapat mengendalikan biaya perawatan dan memberikan pengobatan yang paling cost effective, pemeriksaan lab yang memang diperlukan, serta berbagai penghematan lainnya. Lebih spesifik lagi dapat dilakukan pembedaan besarnya tingkat pembayaran per diem berdasarkan penggolongan perawatan. misalnya perawatan operasi dan non operasi, dan lain sebagainya.

Metode lainnya adalah "*Sliding scale per diem*", yaitu pembayaran per diem berdasarkan kuota jumlah hari rawat. Semakin banyak jumlah hari rawat, maka provider akan diberikan biaya per diem yang semakin rendah. Misalnya: Jika total hari rawat dalam setahun pada sebuah provider mencapai 5000 hari rawat, maka pembayaran per diem nya akan jadi lebih rendah (murah). Jika Jumlah hari rawat dapat ditekan menjadi misalnya 3000 hari rawat saja, dibayar dengan biaya per diem lebih tinggi. Jadi ada insentif bagi provider untuk meningkatkan efektifitas pelayanan dan bukannya sengaja memperbanyak jumlah hari perawatan.

3. *Capitation* (Kapitasi)

Pada Pola Kapitasi Penyedia jasa kesehatan (provider) diposisikan sebagai salah satu penanggung resiko, baik sebagian ataupun seluruhnya. Dengan hal ini maka diharapkan terjadi efisiensi dan efektifitas pembiayaan jasa pelayanan kesehatan.

Konsep sederhananya adalah Penyedia jasa pelayanan kesehatan diberikan dana fixed untuk melayani sejumlah peserta melalui basis per member per month (PMPM). Dengan demikian diharapkan pembiayaan dapat dikendalikan

karena pihak provider juga mempunyai kepentingan dalam hal tersebut. Langkah Menghitung Kapitasi sebagai berikut (Thabrany, 2001):

- 1) Menetapkan jenis pelayanan yang akan dicakup dalam pelayanan kapitasi.
- 2) Menghitung angka utilisasi dalam satuan jumlah pengguna per 1000 populasi yang akan dibayar secara kapitasi.
- 3) Mendapatkan rata-rata biaya per jenis pelayanan untuk suatu wilayah.
- 4) Menghitung biaya per kapita per bulan untuk tiap jenis pelayanan.
- 5) Menjumlahkan biaya per kapita per bulan untuk seluruh pelayanan.

Dalam penggunaan kapitasi perlu juga diwaspadai tindakan-tindakan para penyedia jasa pelayanan kesehatan (provider) dalam menyikapi pola pembiayaan kapitasi tersebut dalam memperoleh margin atau laba yang diinginkannya. Reaksinya dapat berupa hal yang positif, maupun negatif.

Menurut Permenkes RI No. 28 Tahun 2014, mekanisme pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan. Pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan. Sebelum diundangkannya Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, pembayaran Dana Kapitasi oleh BPJS ke FKTP Pemerintah Daerah langsung ke Dinas Kesehatan Kab/Kota yang selanjutnya disetor ke Kas Daerah (KASDA) atau langsung dari BPJS Kesehatan ke Kas Daerah sebagai penerimaan daerah.

Sejak diundangkannya Perpres 32/2014 dan Permenkes 19/2014 dana Kapitasi langsung dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke FKTP milik Pemerintah Daerah. Mekanisme pembayaran klaim non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik Pemerintah Daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi:

- a) Pelayanan ambulan.

- b) Pelayanan obat program rujuk balik.
- c) Pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik.
- d) Pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio.
- e) Rawat inap tingkat pertama.
- f) Pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter.
- g) Pelayanan KB berupa MOP/vasektomi.

4. *Case Based Payment* atau *Diagnostic Related Group* (DRG)

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *Casemix* (*case based payment*) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *casemix* saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas.

Secara sederhana, DRG diartikan sebagai cara pembayaran pelayanan kesehatan dengan berdasarkan biaya satuan per diagnosis. Jadi pada sistem ini, pembayaran jasa pelayanan kesehatan bukan dihitung dari jenis pelayanan medis maupun non medis, ataupun lama rawat inap yang diterima oleh pasien dalam upaya penyembuhan suatu penyakit. Konsep DRG ini tidak mudah sehingga hanya dilaksanakan untuk beberapa diagnose yang terbatas.

Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan

Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (*UNU Grouper*). *UNU-Grouper* adalah *Grouper casemix* yang dikembangkan oleh *United Nations University* (UNU).

Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut :

a. Pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu :

- 1) Tarif Rumah Sakit Kelas A.
- 2) Tarif Rumah Sakit Kelas B.
- 3) Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan.
- 4) Tarif Rumah Sakit Kelas C.
- 5) Tarif Rumah Sakit Kelas D.
- 6) Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional.
- 7) Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional.

Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate* (HBR) sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*.

b. Regionalisasi

Tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan/

c. Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem INA-CBGs versi 4.0 untuk kasus – kasus tertentu yang masuk dalam *special casemix main group* (CMG), meliputi:

- 1) *Special Procedure.*
- 2) *Special Drugs.*
- 3) *Special Investigation.*
- 4) *Special Prosthesis.*
- 5) *Special Groups Subacute dan Kronis*

Top up pada special CMG tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif INA-CBGs yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS. Penjelasan lebih rinci tentang *Top Up* dapat dilihat pada poin D.

d. Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

e. Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif INA-CBGs yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing.

Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data *costing* dan data koding rumah sakit. Data *costing* didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data *costing* 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus).

Menurut Permenkes RI No. 28 Tahun 2014, mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan rawat jalan maupun untuk pelayanan rawat inap. Klaim FKRTL

dibayarkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap. Pengaturan lebih lanjut tentang sistem paket INA CBGs di atur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis INA CBGs. Sedangkan mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem di luar paket INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada ketentuan Menteri Kesehatan.

5. Cost-Sharing

Konsep iuran biaya adalah suatu konsep pemberian imbalan jasa pada PPK, dimana sebagian biaya pelayanan kesehatan dibayar oleh pengguna jasa pelayanan kesehatan (*user's fee*). Mekanisme pembayaran iuran peserta kepada BPJS Kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan yang terdaftar di BPJS Kesehatan.

a. Iuran bagi peserta PBI dibayarkan oleh Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

b. Iuran bagi peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dengan besaran iuran minimum sama dengan besar iuran untuk peserta PBI.

c. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja dengan ketentuan sebagai berikut:

1) Pemberi kerja memungut iuran dari pekerja dan membayar iuran yang menjadi tanggung jawab pemberi kerja kemudian iuran disetorkan ke BPJS Kesehatan.

2) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sebagai pemberi kerja menyetorkan iuran kepada BPJS Kesehatan melalui rekening kas negara dengan tata cara pengaturan penyetoran dari kas negara kepada BPJS Kesehatan sebagaimana diatur oleh Kementerian Keuangan.

d. Iuran bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan kelas perawatannya.

Iuran bagi penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan dibayar oleh pemerintah kepada BPJS Kesehatan.

B. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Subsistem Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan sumberdaya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (ID Kesehatan. 2007).

Tujuan subsistem pembiayaan kesehatan dalam ID Kesehatan (2007) adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Sub sistem pembiayaan kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni penggalan dana, alokasi dana, dan pembelanjaan. (ID Kesehatan. 2007)

1. Penggalan dana adalah kegiatan menghimpun dana yang diperlukan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan dan atau pemeliharaan kesehatan.
2. Alokasi dana adalah penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah berhasil dihimpun, baik yang bersumber dari pemerintah, masyarakat, maupun swasta. Pembelanjaan adalah pemakaian dana yang telah dialokasikan dalam anggaran pendapatan dan belanja sesuai dengan peruntukan dan atau dilakukan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan wajib ataupun sukarela.

Penyelenggaraan Subsistem Pembiayaan Kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut: (ID Kesehatan. 2007)

1. Jumlah dana untuk kesehatan harus cukup tersedia dan dikelola secara berdaya-guna, adil, dan berkelanjutan yang didukung oleh transparansi dan akuntabilitas.
2. Dana pemerintah diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin.
3. Dana masyarakat diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan yang terorganisir, adil, berhasil-guna, dan berdaya guna melalui jaminan pemeliharaan kesehatan baik berdasarkan prinsip solidaritas sosial yang wajib maupun sukarela, yang dilaksanakan secara bertahap.
4. Pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui penghimpunan secara aktif dana sosial untuk kesehatan (misal: dana sosial keagamaan) untuk kepentingan kesehatan.

5. Pada dasarnya penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Namun untuk pemerataan pelayanan kesehatan. Pemerintah menyediakan dana perimbangan (*matchinggrant*) bagi daerah yang kurang mampu

Bentuk Pokok

1. Penggalian Dana

a. Penggalian Dana untuk UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat)

Sumber dana untuk UKM terutama berasal dari pemerintah baik pusat maupun daerah, melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman, serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip *public-private partnership* yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat misalnya dalam bentuk dana sehat, atau dilakukan secara pasif, yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, misalnya dana sosial keagamaan. (ID Kesehatan, 2007)

b. Penggalian dana untuk UKP (Upaya Kesehatan Perseorangan)

Sumber dana untuk UKP berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin, sumber dananya berasal dari pemerintah melalui mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan. (ID Kesehatan. 2007).

2. Pengalokasian Dana

a. Alokasi dana dari pemerintah

Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM dan UKP dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya (ID Kesehatan. 2007).

b. Alokasi dana dari masyarakat

Alokasi dana yang berasal dari masyarakat untuk UKM dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengan kemampuan. Sedangkan untuk UKP dilakukan melalui kepesertaan dalam program jaminan

pemeliharaan kesehatan wajib dan sukarela (ID Kesehatan. 2007).

3. Pembelanjaan

a. Pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan *public-private partnership* digunakan untuk membiayai UKM. Pembiayaan kesehatan yang terkumpul dari Dana Sehat dan Dana Sosial Keagamaan digunakan untuk membiayai UKM dan UKP (ID Kesehatan. 2007).

b. Pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan kesehatan keluarga miskin dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib. Sedangkan Pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan keluarga mampu dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib atau sukarela (ID Kesehatan. 2007).

C. Di masa mendatang, biaya kesehatan dari pemerintah secara bertahap digunakan seluruhnya untuk pembiayaan UKM dan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan keluarga miskin. (ID Kesehatan. 2007)

D. Aspek-aspek yang Memengaruhi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dana yang harus dikeluarkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Azrul A, 1996). Ada beberapa aspek yang memengaruhi pembiayaan kesehatan, aspek-aspek tersebut adalah aspek perilaku manusia dan aspek ekonomi. Selain itu, menurut Dwicaksono, dkk (2010) ada beberapa variabel yang menentukan situasi pembiayaan kesehatan di masa mendatang, yaitu variabel demografi, variabel ekonomi, variabel status kesehatan dan variabel kebijakan. Berikut adalah penjelasan dari aspek-aspek serta variabel yang memengaruhi pembiayaan kesehatan menurut Sulastomo (2003).

1) Aspek Perilaku Manusia Dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Perilaku manusia sangat mempengaruhi proses manajemen, terdapat 3 kelompok manusia yang sedikit terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan yaitu kelompok manusia penyelenggara pelayanan kesehatan (*Health Provider*, misalnya dokter-dokter, perawat-perawat), kelompok penerima jasa pelayanan kesehatan (para konsumen), dan kelompok yang secara tidak langsung ikut terlibat yaitu keluarga-keluarga penderita, masyarakat umum dan para administrator (baik dikalangan perusahaan maupun pemerintah, dan lain-lain)

(Sulastomo,2003).

Perencanaan yang baik tidak jarang mengalami kegagalan ketika telah sampai pada tahap pelaksanaan dikarenakan faktor manusia yang tidak secara cermat diperhatikan ketika dalam proses perencanaan. Dalam proses manajemen tidak hanya terkait beberapa kelompok manusia, tetapi juga sifat khusus dari pelayanan kesehatan. Yang dimaksud sifat khusus dari pelayanan kesehatan adalah bahwa baik dari pihak penyelenggara kesehatan maupun konsumen jarang yang mempertimbangkan aspek-aspek biaya sepanjang hal tersebut menyangkut penyembuhan suatu penyakit. Para penyelenggara kesehatan akan selalu didesak untuk menggunakan kemampuan, teknologi, maupun obat-obatan yang mutakhir agar mereka merasa aman terhadap tanggung jawab moral yang dibebankan kepada mereka dalam menyembuhkan pasien. Sedangkan bagi konsumen penyebabnya dikarenakan pertarungan yang diletakkan adalah nyawa dari pasien, keadaan tersebut membuat kecenderungan diabaikannya perhitungan-perhitungan ekonomi, *cost efficiency* dan lain-lain. Hal tersebut yang membuat pelayanan kesehatan dianggap semata-mata bersifat konsumtif, tanpa mempedulikan aspek untung rugi. Kepentingan ini berlawanan dengan kepentingan para administrator yang sangat memperhatikan aspek untung-rugi dari biaya pelayanan kesehatan. Serangkaian kejadian tersebut membuat administrator mengeluh akan sikap para konsumen, dan para penyelenggara pelayanan kesehatan (*Health Provider*) mengeluh akan sikap administrator (Sulastomo, 2003).

Konflik-konflik yang terjadi karena tingkah laku manusia tersebut akan dapat diatasi dengan diterapkannya keseimbangan antara hak dan kewajiban serta ganjaran dan hukuman (*reward and punishment*), disamping itu juga harus menghindari perilaku-perilaku negatif (Sulastomo, 2003).

Berikut adalah contoh untuk memberikan gambaran dari model-model interaksi perilaku manusia dalam pelayanan kesehatan (Sulastomo, 2003):

- a) Di ruang praktik seorang dokter, seorang pasien yang telah menderita batuk dalam jangka waktu yang lama, mengutarakan keinginannya untuk berobat ke dokter spesialis penyakit dalam, tanpa memberi kesempatan kepada sang dokter untuk memeriksanya. Dalam kepentingan ini terjadi konflik kepentingan antara pasien dengan dokter. Sang pasien berpendapat bahwa karena batuknya sudah lama maka begitu saja disimpulkan bahwa penyakitnya pastilah sudah

agak lanjut maka dari itu harus ditangani oleh dokter spesialis. Tetapi karena perusahaan menetapkan bahwa berobat ke dokter spesialis harus melalui dokter umum, terpaksa pasien tersebut datang ke dokter umum terlebih dahulu, disini dalam fikiran pasien dokter umum hanya sebagai penulis surat konsul/rujukan. Sebaliknya bagi sang dokter, ada konflik profesional serta harga diri untuk begitu saja menulis surat konsul tersebut. Tidak jarang bahwa sang dokter berpikiran bahwa diagnosa dan penyakit itu sudah 80% berada di otaknya. Dengan sedikit pemeriksaan bantuan pemeriksaan rotgen, diagnosa tersebut mungkin sudah 100% sudah dapat ditegakkan. Dan apabila diagnosa tersebut sudah 100% dapat ditegakkan (biasanya), pengobatanpun sudah tidak terlalu merepotkan (Sulastomo, 2003).

b) Sebagai akibat dari pandangan/kesan bahwa masalah kesehatan itu bersifat konsumtif dan berfungsi social, banyak instansi kesehatan yang menjamin pelayanan kesehatan secara cuma-cuma. Sikap ini sudah tentu menjauhkan pendekatan untuk menumbuhkan keseimbangan antara hak dan kewajiban serta pendekatan ganjaran dan hukuman (Sulastomo, 2003).

Karena tidak adanya sanksi, maka penyelenggaraan pelayanan kesehatan seperti inilah yang akan menelan biaya yang sangat besar. Pasien akan menggunakan haknya tanpa dituntut seperti kewajiban untuk menghemat, sedangkan para dokter memperoleh kesempatan untuk mempraktikkan ilmunya sesuai dengan perkembangan teknologi dan obat-obatan yang baru secara berlebihan (Sulastomo, 2003).

Bagi pasien sudah tentu mereka akan memilih berobat pada dokter yang mereka anggap paling berkompeten, dengan demikian akan langsung menjurus pada dokter spesialis dan dokter-dokter senior. Keadaan tersebut akan menjurus pada ketidak berlakunya sistem rujukan, yaitu suatu sistem yang ideal dalam jenjang pelayanan kesehatan, namun sukar untuk dilaksanakan (Sulastomo, 2003).

Sebaliknya para penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*) dengan sifat manusiawinya yang merasa mempunyai tanggung jawab moralnya kepada pengobatan pasien yang dihadapkan dengan kecanggihan teknologi yang baru dan obat-obatan yang baru pula sudah tentu akan mendorong para dokter untuk menggunakan alat-alat maupun obat-obatan tersebut, tidak saja untuk memenuhi tanggung jawab moralnya kepada pengobatan tetapi juga untuk selalu

mengikuti perkembangan ilmu kedokteran modern itu sendiri (Sulastomo, 2003).

Dari hal tersebutlah kepentingan antara konsumen dan *health provider* bertemu sehingga akan lebih mendorong peningkatan biaya pelayanan kesehatan, disamping itu sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan itu sendiri juga akan menambah beban (Sulastomo, 2003).

2) Aspek Ekonomi dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Perawatan kesehatan sangat menyerap biaya pemerintah maupun anggaran keluarga. Selain itu banyak juga peralatan kesehatan yang harus dibeli dengan menggunakan valuta asing sehingga akan menghabiskan banyak devisa, hal tersebut merupakan keterbatasan bagi Negara miskin. Untuk dapat lebih menghemat, dan meningkatkan efisiensi, banyak Negara yang berusaha untuk mencari sumber daya tambahan. Dalam hal ini ekonomi kesehatan akan sangat bermanfaat, karena dapat membantu pengalokasian dana secara lebih baik, meningkatkan efisiensi, memilih teknologi yang lebih murah tapi tetap efektif dan mengevaluasi sumber dana lainnya (Baitanu, 2014).

Ekonomi kesehatan tidak dapat memecahkan semua masalah. Oleh karena kesulitan dan keterbatasan dalam ekonomi kesehatan dalam menerapkan konsep lama dan ekonomi kesehatan itu juga sulit untuk diperaktekkan dibidang pelayanan kesehatan. Pada umumnya ekonom selalu menerapkan metode kuantitatif yang ditawarkan untuk membantu perencanaan kesehatan. Akan tetapi para ekonom tersebut telah dapat menjabarkan “Keinginan untuk lebih merinci tujuan atau beberapa tujuan yang tidak begitu jelas, guna menilai dan memantau kebijaksanaan, keinginan untuk mengidentifikasi fungsi produksi, pengakuan akan pentingnya kaitan antaran perilaku manusia, teknologi dan lingkungan hidup dalam proses kejadian, pencegahan, dan pengobatan penyakit (Baitanu, 2014).

Dalam hal ini pandangan para ekonom merupakan salah satu masukan bagi para perencana dalam membuat rencana disamping berbagai masukan lain untuk pengambilan keputusan (Baitanu, 2014).

Aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan perlu mendapat perhatian terhadap sifat dan ciri khususnya sektor kesehatan. Sifat dan ciri khusus tersebut menyebabkan asumsi-asumsi tertentu dalam ilmu ekonomi tidak berlaku atau tidak seluruhnya berlaku apabila diaplikasikan untuk sektor kesehatan. Ciri khusus tersebut dalam Baitanu (2014) antara lain:

1. Kejadian penyakit tidak terduga

Adalah tidak mungkin untuk memprediksi penyakit apa yang akan menimpa kita dimasa yang akan datang, oleh karena itu adalah tidak mungkin mengetahui secara pasti pelayanan kesehatan apa yang kita butuhkan dimasa yang akan datang. Ketidakpastian (*uncertainty*) ini berarti adalah seseorang akan menghadapi suatu risiko akan sakit dan oleh karena itu ada juga risiko untuk mengeluarkan biaya untuk mengobati penyakit tersebut (Baitanu, 2014).

2. *Consumer Ignorance*

Konsumen sangat tergantung kepada penyedia (*provider*) pelayanan kesehatan. Oleh karena pada umumnya consumer tidak tahu banyak tentang jenis penyakit, jenis pemeriksaan dan jenis pengobatan yang dibutuhkannya. Dalam hal ini Providerlah yang menentukan jenis dan volume pelayanan kesehatan yang perlu dikonsumsi oleh konsumen (Baitanu, 2014).

3. Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak

Makan, pakaian, tempat tinggal dan hidup sehat adalah elemen kebutuhan dasar manusia yang harus senantiasa diusahakan untuk dipenuhi, terlepas dari kemampuan seseorang untuk membayarnya. Hal ini menyebabkan distribusi pelayanan kesehatan sering sekali dilakukan atas dasar kebutuhan (*need*) dan bukan atas dasar kemampuan membayar (*demand*) (Baitanu, 2014).

4. Eksternalitas

Terdapat efek eksternal dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Efek eksternal adalah dampak positif atau negatif yang dialami orang lain sebagai akibat perbuatan seseorang. Misalnya imunisasi dari penyakit menular akan memberikan manfaat kepada masyarakat banyak. Oleh karena itu imunisasi tersebut dikatakan mempunyai sosial marginal benefit yang jauh lebih besar dari private marginal benefit bagi individu tersebut. Oleh karena itu pemerintah harus dapat menjamin bahwa program imunisasi harus benar-benar dapat terlaksana. Pelayanan kesehatan yang tergolong pencegahan akan mempunyai eksternalitas yang besar, sehingga dapat digolongkan sebagai “komoditi masyarakat”, atau *public goods*. Oleh karena itu program ini sebaiknya mendapat subsidi atau bahkan disediakan oleh pemerintah secara gratis. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif akan mempunyai eksternalitas yang rendah dan disering disebut dengan private good, hendaknya dibayar atau dibiayai sendiri

oleh penggunaannya atau pihak swasta (Baitanu, 2014).

5. Non Profit

Motif Secara ideal memperoleh keuntungan yang maksimal (*profit maximization*) bukanlah tujuan utama dalam pelayanan kesehatan. Pendapat yang dianut adalah “Orang tidak layak memperoleh keuntungan dari penyakit orang lain” (Baitanu, 2014).

6. Padat Karya

Kecenderungan spesialis dan superspesialis menyebabkan komponen tenaga dalam pelayanan kesehatan semakin besar. Komponen tersebut bisa mencapai 40%-60% dari keseluruhan biaya (Baitanu, 2014).

7. Mixed Outputs

Yang dikonsumsi pasien adalah satu paket pelayanan, yaitu sejumlah pemeriksaan diagnosis, perawatan, terapi dan nasihat kesehatan. Paket tersebut bervariasi antara individu dan sangat tergantung kepada jenis penyakit (Baitanu, 2014).

8. Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi

Dalam jangka pendek, upaya kesehatan terlihat sebagai sektor yang sangat konsumtif, tidak memberikan *return on investment* secara jelas. Oleh sebab itu sering sekali sektor kesehatan ada pada urutan bawah dalam skala prioritas pembangunan terutama kalau titik berat pembangunan adalah pembangunan ekonomi. Akan tetapi orientasi pembangunan pada akhirnya adalah pembangunan manusia, maka pembangunan sektor kesehatan sesungguhnya adalah suatu investasi paling tidak untuk jangka panjang (Baitanu, 2014).

9. Restriksi berkompetisi

Terdapat pembatasan praktek berkompetisi. Hal ini menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak bisa sempurna seperti mekanisme pasar untuk komoditi lain. Dalam mekanisme pasar, wujud kompetisi adalah kegiatan pemasaran (promosi, iklan dan sebagainya). Sedangkan dalam sektor kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi *discount* atau bonus atau banting harga dalam pelayanan kesehatan. Walaupun dalam prakteknya hal itu sering juga terjadi dalam pelayanan kesehatan. Banyak teori dan praktek yang telah dikembangkan di bidang ini, walaupun dalam banyak hal kerangka ilmu (*body of*

knowledge) nya masih relatif kecil dibandingkan dengan subdisiplin ekonomi yang lain (Baitanu, 2014).

3) Variabel-variabel yang Menentukan Situasi Pembiayaan Kesehatan di Masa Mendatang

Berikut adalah variabel-variabel yang dapat menentukan situasi pembiayaan kesehatan di masa mendatang menurut Dwicaksono et al (2010).

1) Variabel Demografi

Beberapa aspek dalam variabel demografi yang akan mempengaruhi pengeluaran pembiayaan antara lain:

a. Jumlah Penduduk

Jumlah penduduk yang akan berkaitan langsung dengan jumlah layanan yang diberikan, distribusi beban pembiayaan, besar subsidi yang harus ditanggung oleh pemerintah, dan pembayaran yang harus ditanggung masyarakat dalam skenario tertentu. Lebih spesifik data jumlah penduduk berdasarkan status sosio-ekonomi akan terkait dengan besaran subsidi yang harus ditanggung oleh pemerintah, dan bayaran yang harus ditanggung masyarakat dalam skenario tertentu (Dwicaksono et al, 2010).

b. Komposisi Penduduk

Komposisi penduduk berdasarkan umur dan jenis kelamin akan mempengaruhi permintaan atas layanan kesehatan yang spesifik yang tentu saja akan mempengaruhi tingkat atau suatu jenis layanan. Sebagai contoh, apabila populasi didominasi oleh perempuan pada usia subur, maka akan sangat menentukan tingkat utilitas pelayanan-pelayanan terkait dengan kesehatan reproduksi. Sebaliknya apabila populasi penduduk didominasi oleh usia lanjut, maka permintaan akan pelayanan kesehatan untuk penyakit-penyakit degenratif akan meningkat (Dwicaksono et al, 2010).

c. Laju bersih pertumbuhan penduduk

Laju bersih pertumbuhan penduduk yang tentu saja akan mempengaruhi laju kenaikan utilitas layanan kesehatan maupun populasi yang menjadi cakupan skema pembiayaan. Data laju pertumbuhan penduduk total akan diperhitungkan untuk memproyeksikan beban pembiayaan pelayanan dan besaran subsidi yang

harus ditanggung oleh pemerintah dalam skenario tertentu (Dwicaksono et al, 2010).

2) Variabel Ekonomi

Beberapa aspek dalam variabel ekonomi yang akan mempengaruhi pengeluaran pembiayaan antara lain:

a. Angka inflasi

Angka inflasi akan terkait dengan proyeksi peningkatan beban pembiayaan akibat adanya kenaikan harga-harga barang habis pakai (obat, dll). Oleh karena itu, hubungan antara nilai Biaya Tidak Tetap dengan laju inflasi adalah sebagai berikut (Dwicaksono et al, 2010):

$$BPU_i(t) = BPU_i(t-1) * [1 + tkb_i(t)]$$

$$1 + tkb_i(t) = [1 + p(t)] * d_i(t)$$

Dimana:

$BPU_i(t)$: Biaya per Unit Pelayanan/Kasus i pada tahun (t)

$BPU_i(t-1)$: Biaya per Unit Pelayanan/Kasus i pada tahun (t-1)

$tkb_i(t)$: Tingkat Kenaikan Biaya per Unit Pelayanan/Kasus i pada tahun (t)

$p(t)$: Tingkat inflasi rata-rata pada tahun (t)

$d_i(t)$: Rata-rata faktor deviasi, yang menjelaskan rata-rata deviasi dari tingkat kenaikan biaya perunit pelayanan/kasus i dari tingkat inflasi umum diamati selama rentang waktu pengamatan, atau selama sebagian rentang waktu pengamatan

b. Rata-rata Kemampuan untuk Membayar (*Ability to Pay*)

Rata-rata kemampuan untuk membayar adalah rata-rata besarnya dana yang sebenarnya dapat dialokasikan untuk membiayai kesehatan yang bersangkutan.

Nilai ini dapat dihitung berdasarkan data Survey Sosial Ekonomi Daerah yang dilakukan secara reguler oleh BPS. Dalam menghitungnya, terdapat dua pendekatan perhitungan (Dwicaksono et al, 2010):

- 1) Rata-rata kemampuan untuk membayar dihitung setara dengan 5% dari total pengeluaran non-makan dengan asumsi bahwa pengeluaran untuk non-makan dapat diarahkan untuk keperluan lain termasuk untuk kesehatan (Dwicaksono et al, 2010).

2) Rata-rata kemampuan untuk membayar dihitung setara dengan jumlah total pengeluaran untuk konsumsi alkohol, tembakau, sirih, dan pesta/upacara yang didasarkan oleh argumentasi bahwa pengeluaran-pengeluaran tersebut dapat digunakan secara efisien dan efektif untuk kesehatan (Dwicaksono et al, 2010).

Untuk menghitung kemampuan membayar pasien, dapat digunakan rumus sebagai berikut menurut Sihombing (2013)

$$ATP = (\text{Total pendapatan} - \text{Pengeluaran untuk makan}) \times 10\%$$

c. Rata-rata kesediaan untuk membayar (*Willingnes to Pay*)

Rata-rata kesediaan untuk membayar adalah rata-rata besarnya dana yang mau dibayarkan keluarga untuk kesehatan. Data pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan di dalam data susenas dapat digunakan sebagai proksi terhadap WTP (Dwicaksono et al, 2010).

Untuk menghitung kemauan membayar pasien, maka model yang digunakan adalah menurut Rianti, dkk, (2012)

$$WTP_i = \alpha + \beta_1 \text{Pendidikan} + \beta_2 \text{Pendapatan} + \beta_3 \text{Dokter} + \beta_4 \text{Ket_Obat} + \beta_5 \text{LOS}_i + e_i$$

dimana:

WTP	= kemampuan membayar
Pendidikan	= tahun pendidikan responden
Pendapatan	= total pendapatan keluarga
Dokter	= mutu pelayanan dokter
Ket_obat	= ketersediaan obat
LOS	= lama hari rawatan
e	= eror term

Berdasarkan penelitian Suhardi dkk. pada tahun 2014 willingness masyarakat untuk membayar premi asuransi kesehatan adalah sebagian besar responden (66,5%) mau membayar premi Rp 12.573/org/bln sedangkan sisanya (33,5%) mau membayar premi < Rp. 12.573/org/bln.

3) Variabel Status Kesehatan

Status kesehatan juga akan mempengaruhi aspek pengeluaran pembiayaan jaminan kesehatan. Semakin rendah derajat kesehatan masyarakat tentu saja akan

menambah beban pengeluaran pembiayaan jaminan kesehatan karena semakin banyak orang yang harus dilayani agar sembuh dari sakitnya (Dwicaksono et al, 2010).

4) Variabel Kebijakan

Beberapa aspek dalam variabel kebijakan yang akan mempengaruhi skema kebijakan pembiayaan jaminan kesehatan baik dari sisi penerimaan maupun sisi pengeluaran (Dwicaksono et al, 2010). Adanya kebijakan spesifik untuk mencapai tujuan tertentu, contohnya adalah:

- 1) Terdapat kebijakan untuk mendukung kebijakan pusat dalam mencapai target *Millenium Development Goals* tentang kesehatan ibu dan anak, paling tidak berimplikasi pada dua sisi pengeluaran maupun penerimaan dengan cara sebagai berikut. Dari sisi pengeluaran, pemerintah daerah akan membuat kebijakan paket pelayanan yang lebih komprehensif yang akan berdampak pada peningkatan biaya per setiap kasus terkait kesehatan ibu dan anak yang ditangani. Dari sisi penerimaan, pemerintah mungkin meningkatkan alokasi untuk mendukung peningkatan kesehatan ibu dan anak. (Dwicaksono et al, 2010).
- 2) Terdapat kebijakan untuk mendorong percepatan pengurangan kemiskinan, maka pemerintah daerah mengeluarkan kebijakan dengan memberi subsidi penuh bagi masyarakat miskin. Tentu saja akan meningkatkan alokasi untuk subsidi bagi masyarakat miskin. (Dwicaksono et al, 2010).

4) Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Dalam keputusan yang berusaha memenuhi amanah UU tentang 5% anggaran sektor kesehatan di APBN, pemerintah akan menaikkan anggaran kesehatan di tahun 2016. Hal ini dimungkinkan dan akan dibuktikan dengan adanya peningkatan alokasi DAK Kesehatan dan Keluarga Berencana tahun 2016 menjadi Rp 19.600.000.000.000,- (tahun 2015 hanya Rp 6.800.000.000.000,-).

Dana DAK Kesehatan tersebut dapat digunakan untuk kegiatan non fisik. Dalam BOK misalnya dapat dipergunakan untuk kegiatan *outreach* (ANC, KB, Neonatal, Bayi, Program penanggulangan ATM, Penanggulangan Gizi Buruk, Penyediaan Air Bersih) (IAKMI, 2015).

5) Prinsip Pembiayaan Kesehatan

Adeheryana (2016) menjelaskan tentang pembiayaan kesehatan sebagai berikut:

- *Revenue Collection*: mengumpulkan dana kesehatan yang cukup dan berkesinambungan untuk membiayai “pelayanan kesehatan dasar” dan perlindungan risiko sakit atau kecelakaan yang bisa membuat kebangkrutan.
 - i. Melalui pemerintah atau lembaga asuransi: pajak langsung/ tidak langsung, pendapatan non-pajak, iuran asuransi wajib dan potong gaji, pembayaran premi ke pemerintah, serta *grant*/ donor dan pinjaman LN
 - ii. Dari masyarakat: dari pasien secara perorangan dan lembaga-lembaga sosial (Adeheryana, 2016)
- *Pooling*: mengelola “dana kesehatan” dalam kumpulan risiko kesehatan yang efisien dan merata. Pengumpulan dana dibagikan kepada anggota yang memiliki risiko kesehatan diantara anggota/ pengumpul dana. Dana yang dikumpulkan dibayarkan kepada provider kesehatan. Tempat penampungan dana diantaranya Anggaran Pemerintah Pusat/ Daerah (APBN/ APBD), asuransi kesehatan publik atau swasta, asuransi berbasis kesehatan masyarakat. (Adeheryana, 2016)
- *Purchasing and Payment*: menjamin pembelian dan pembayaran pelayanan kesehatan yang efisien secara teknis dan alokatif.
 - i. *Purchasing* adalah mekanisme pembayaran ke fasilitas kesehatan dan provider layanan kesehatan. Komponen *purchasing* terdiri dari alokasi sumberdaya, paket manfaat, mekanisme pembayaran provider.
 - ii. *Out of Pocket Payment*: transaksi pembayaran paling sederhana dan cepat antara pasien dengan provider kesehatan. Akses terhadap pelayanan tergantung pada *Ability to Pay* (ATP) yaitu kemampuan individu untuk membayar produk/ jasa kesehatan.
 - iii. *Third party Payment*: pembayaran oleh pihak ketiga (perantara keuangan). Disebabkan oleh kondisi pasien yang mengalami kemiskinan akibat membayar biaya kesehatan. Pihak ketiga dapat dari pemerintah atau perusahaan asuransi. (Adeheryana, 2016)

6) Sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia

Adeheryana (2016) menjelaskan tentang sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia sebagai berikut:

- Pemerintah
 - i. APBN (bersumber dari pajak dan non-pajak) sebesar 5%
 - ii. APBD (bersumber dari pendapatan asli daerah) sebesar 10%
 - iii. BOK (Bantuan Operasional Kesehatan)
 - iv. Dana Iuran Jaminan Sosial (BPJS Kesehatan) → Non-PBI
- Perusahaan atau swasta
 - i. Perusahaan asuransi swasta
 - ii. Dana kesehatan di perusahaan swasta (*self-insurance*)
- Rumah tangga → *out of pocket*
- Lembaga atau organisasi
 - i. Lembaga swadaya masyarakat
 - ii. Lembaga donor kesehatan

7) Pembelanjaan Kesehatan Nasional

Total belanja kesehatan Indonesia sangat kecil. Belanja kesehatan (gabungan publik dan swasta) tidak pernah menembus angka diatas 3.1 % dari PDB. Rerata total belanja kesehatan selama 7 tahun (2005 s/d 2011) hanya 2.9 persen PDB. Belanja kesehatan per kapita per tahun 2011 Indonesia (US\$ 95) jauh lebih kecil dibandingkan Malaysia dan Thailand yang pada tahun yang sama mengeluarkan US\$ 346 dan US\$ 201 per kapita (AIPHSS,n.d).

Persentase Pembelanjaan Kesehatan di Indonesia baru mencapai 3% dari Produk Domestik Bruto (PDB), nampak masih jauh dari rekomendasi World Health Organisation (WHO) yakni 5% dari PDB. Gambaran lengkap kondisi pembiayaan kesehatan di Indonesia berbasis pada data & analisis dikenal dengan nama National Health Account (NHA), NHA berisikan data terkini kebijakan nasional yang selain digunakan sebagai informasi juga dimanfaatkan sebagai acuan perencanaan dan pengambilan kebijakan kesehatan berbasis bukti (*evidence based health policymaking*) (AIPHSS, n.d).

Pengeluaran publik pada sektor kesehatan telah meningkat cukup besar sejak tahun 2001, dari Rp 9,3 triliun menjadi Rp 16,7 triliun pada tahun 2004, yang

merupakan peningkatan nyata sebesar 44 persen (Tabel 1). Selanjutnya, alokasi anggaran untuk tahun 2006 menunjukkan kenaikan sebesar 25 persen dibandingkan pengeluaran pada tahun 2005, ketika pengeluaran saat itu sekitar Rp 22 triliun. Dibandingkan dengan jumlah total pengeluaran secara nasional, maka pengeluaran untuk sektor kesehatan juga meningkat dari 2,6 persen pada tahun 2001 menjadi 3,8 persen pada tahun 2004. Akan tetapi, jika dilihat dari angka persentase dari PDB maka pengeluaran di sektor kesehatan masih rendah karena hanya meningkat dari 0,55 persen menjadi 0,73 persen pada periode yang sama (The World Bank, 2007).

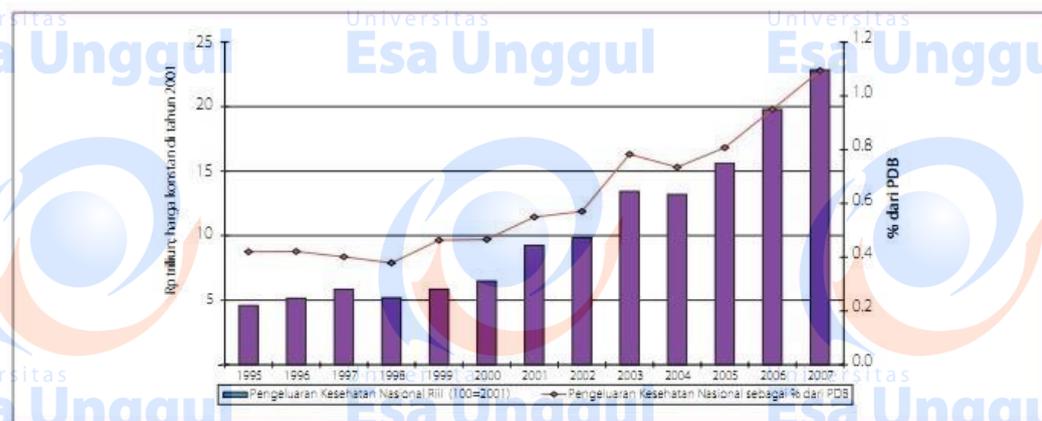
Tabel 1. Tren dalam pengeluaran di sektor kesehatan di, 2001-2007

(Rp triliun)	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007**
Pengeluaran nominal tingkat nasional sektor kesehatan	9.3	10.6	16.0	16.7	22.0	31.5	38.6
Pengeluaran riil tingkat nasional sektor kesehatan (2001=100)	9.3	9.8	13.4	13.2	15.6	19.8	22.8
Tingkat pertumbuhan tahunan pengeluaran riil nasional sektor kesehatan (%)	28.1	2.7	41.4	-1.8	19.4	26.7	15.4
% pengeluaran sektor kesehatan dari Total Pengeluaran Nasional	2.6	3.1	4.0	3.8	4.1	4.5	4.9
% PDB pengeluaran nasional sektor kesehatan	0.55	0.57	0.78	0.73	0.81	0.95	1.09
Nominal pengeluaran keseluruhan secara nasional	353.6	337.6	405.4	445.3	535.8	698.2	785.4
Keseluruhan pengeluaran riil tingkat nasional (2001=100)	353.6	301.8	339.9	351.6	382.9	442.4	468.3

Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia berdasarkan DepKeu dan Data SIKD.

Catatan: * Angka-angka anggaran untuk 2006 dan ** perkiraan untuk 2007.

Sumber : The World Bank, 2007



Sumber: Perhitungan staf Bank Dunia, berdasarkan data dari DepKeu,

Diagram Tren pengeluaran sektor kesehatan, 1997-2007

Sumber: The World Bank, 2007

Pada tahun 2004, sebagian besar sekitar 70 persen pengeluaran untuk sektor kesehatan dilakukan di daerah dan kebanyakan oleh pemerintah kabupaten/kota. Di tingkat kabupaten/kota pengeluaran berjumlah 73 persen dari total pengeluaran, sementara pengeluaran untuk tingkat provinsi hanya berjumlah

27 persen. Pengeluaran di setiap tingkat pemerintahan yang berbeda pada dasarnya tidak mengalami perubahan sejak pelaksanaan sistem desentralisasi. Pemerintah kabupaten/kota menggunakan sekitar setengah dari seluruh pengeluaran untuk sektor publik, sementara sepertiga digunakan oleh pemerintah pusat dan sisanya oleh pemerintah provinsi (The World Bank, 2007).

Tabel 2. Alokasi fungsional dari anggaran pemerintah pusat untuk kesehatan, 2006

Program (Rp miliar)	Curative	Pencegahan	Operasional	Total	%
Promosi Kesehatan & Pemberdayaan penduduk	--	132	--	132	1
Kebersihan & Sanitasi	--	433	--	433	3
Kesehatan publik	--	2,465	--	2,465	18
Kesehatan perorangan	2,649	1,697	--	4,346	32
Pencegahan & Pengendalian Penyakit	--	1,620	--	1,620	12
Gizi	--	582	--	582	4
Sumber Daya Kesehatan	--	--	906	906	7
Obat-obatan & Suplai Obat	--	--	628	628	5
Manajemen & Kebijakan Kesehatan	--	--	1,126	1,126	8
Penelitian & Pengembangan	--	--	1,74	1,74	1
Meningkatkan dan Memantau Akuntabilitas	--	--	43	43	0
Manajemen Sumber Daya Manusia	--	--	27	27	0
Administrasi	--	--	1,026	1,026	8
Pelatihan	--	--	15	15	0
Total	2,649	6,928	3,946	13,524	100
%	20	51	29	100	

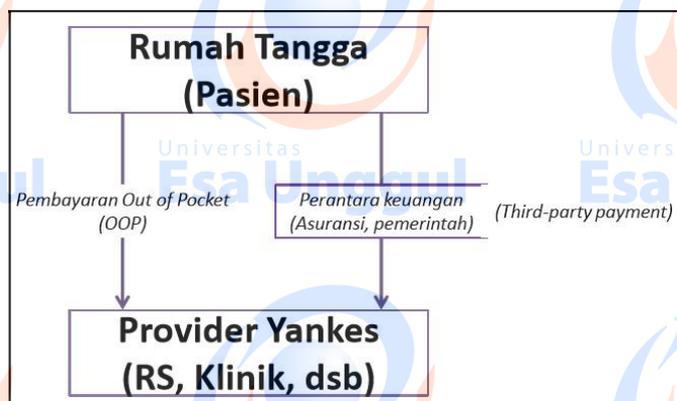
Sumber: Bappenas, 2006.

Sumber: (The World Bank, 2007)

Anggaran untuk peran pemerintah ini dibedakan dalam tiga kategori utama, yaitu penyembuhan, pencegahan, dan operasional. Sebagian besar peran tersebut merupakan upaya pencegahan, walaupun di dalamnya masih mengandung upaya penyembuhan, mengingat bahwa 20 persen anggaran peran pemerintah yang bersifat upaya penyembuhan sepertinya masih dianggap rendah. Kedua peran pemerintah yang tergolong paling besar ini yang ditujukan pada puskesmas dan rumah sakit tampaknya juga memiliki upaya penyembuhan: seperti yang diuraikan dalam Strategi Pembangunan Pemerintah Jangka Menengah (RPJM 2004-09). Strategi ini memiliki komponen sub-kunci yang terkait dengan pembangunan fasilitas untuk puskesmas, pemeliharaan fasilitas, serta pengadaan instrumen dan kebutuhan sehari-hari kesehatan termasuk obat-obat generik (The World Bank, 2007).

8) Pembayaran Pelayanan Kesehatan

Aliran Dana Pelayanan Kesehatan



Gambar Aliran Dana Pelayanan Kesehatan

Sumber: Heryana (2016)

Out-of-Pocket Payment adalah transaksi pembayaran paling sederhana dan cepat antara pasien dengan provider kesehatan. Akses terhadap pelayanan tergantung pada *Ability to Pay (ATP)* atau kemampuan individu/organisasi untuk membayar produk/jasa kesehatan (Slater, 1999). *Out-of-Pocket Payment* sendiri dibagi menjadi 3 jenis yaitu (Heryana, 2016):

A. *Co-payment/user fees* (pembayaran ditanggung bersama)

Biasanya digunakan pada: pembayaran obat resep, pelayanan RS, pelayanan rawat jalan, dan pelayanan emergensi.

B. *Unofficial fees* (biaya kesehatan tidak resmi)

Biasanya banyak terjadi pada pelayanan kesehatan tenaga kerja, sebagai layanan tambahan

C. *Service not covered by insurance* (pelayanan yang tidak ditanggung asuransi)

Seperti : biaya transportasi, pengobatan alternatif, bedah plastik dsb

Third-party Payment ialah pembayaran oleh pihak ketiga (perantara keuangan), pihak ketiga disini dapat berasal dari pemerintah atau perusahaan asuransi. Pihak ketiga terlibat dalam transaksi pembayaran antara pasien dengan provider, adanya pihak ketiga ini dapat disebabkan oleh ketidakpastian akan kebutuhan pelayanan kesehatan, serta biaya pelayanan kesehatan yang sangat besar yang dapat menyebabkan katastrofik atau kondisi pasien yang mengalami kemiskinan akibat membayar biaya pelayanan kesehatan (Heryana, 2016).

Menurut Heryana (2016) pembayaran ke provider kesehatan sendiri dibagi menjadi 3, yaitu:

A. Menurut status/kedudukan dokter:

- a) Pembayaran dokter/nakes sebagai karyawan
- b) Pembayaran dokter/nakes sebagai mitra kerja (kontrak)

B. Menurut pelayanan yang dilakukan dokter/nakes:

- a) Berdasarkan penghasilan (*on salary*)
- b) Berdasarkan jumlah pasien yang dilayani (kapitasi)
- c) Berdasarkan jumlah pelayanannya (*fee for service*)
- d) Berdasarkan kualitas pelayanan yang diberikan
- e) Kombinasi semuanya

C. Menurut prosesnya:

- a) Pasien membayar kepada provider yankes, kemudian reimburts ke pemerintah atau perusahaan asuransi

- b) Penanggung biaya (misalnya: asuransi) membayar langsung ke provider yankes

Penerapan pembiayaan kesehatan dengan sistem asuransi akan menggeser tanggung jawab perorangan menjadi tanggung jawab kelompok. Sistem asuransi juga akan mengubah sistem pembayaran dari setelah pelayanan diberikan menjadi sebelum pelayanan diberikan serta sesudah sakit menjadi sebelum sakit. Sistem asuransi ini menguntungkan masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan dan menjadi sarana sektor swasta untuk berperan dalam upaya kesehatan nasional (Universitas Sumatra Utara, 2011).

C. Perundang-undangan Pokok

- a) Perundang-undangan pokok pembiayaan kesehatan di Indonesia

Adapun Perundang-Undangan Pembiayaan Kesehatan menurut Kementrian Kesehatan RI (2015) dan Departemen Kesehatan (2016), yaitu:

1. Dalam Peraturan Presiden (Perpres) No. 12/2013

menyatakan bahwa pembayaran BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dilakukan secara pra-upaya berupa kapitasi, dan bukan pembayaran secara tunai (*fee for service*).

2. Undang-undang Nomor 40 tahun 2004
Berisi tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Undang-undang SJSN)
3. Undang-undang Nomor 24 tahun 2011
Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Undang-undang BPJS)
yang memberikan mandat kepada pemerintah untuk memulai reformasi
pembiayaan kesehatan pada tahun 2014 dengan harapan dapat
mewujudkan cakupan kesehatan semesta (UHC) pada 2019
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009
Tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang
sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan
memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

b) Perundang-undangan pokok di pembiayaan kesehatan di luar negeri
Program asuransi kesehatan sosial *Medicare* dan *Medicaid* seperti yang ada
sekarang ini, terus mengalami perkembangan selama 40 tahun terakhir sejak
pembentukannya. Uraian berikut ini akan membahas perundang-undangan pokok
yang membentuk perkembangan tersebut (Buchbinder & Shanks, 2016).

Social Security Acts of 1965

Amandemen atau revisi *Social Security Act of 1935* di tahun 1965 menandai
terbentuknya dua program asuransi kesehatan terbesar yang didanai pemerintah
dalam sejarah Amerika Serikat. *Medicare*, Pasal XVIII dari Undang-Undang
tersebut melayakkan individu berusia 65 tahun dan di atasnya untuk mendapatkan
tanggungun layanan rumah sakit sesuai ketentuan dalam Bagian A dan layanan
dokter serta layanan kesehatan rawat jalan lainnya dalam Bagian B. Kelayakan
lain untuk mendapatkan fasilitas *Medicare* kemudian diperluas untuk melindungi
individu berusia muda yang mengalami disabilitas permanen, penderita penyakit
ginjal stadium akhir (*End Stage Renal Disease*, ESRD), dan individu yang berada
dalam perawatan hospis. *Medicaid*, Pasal XIX, menyusun program kerja sama
pemerintah negara bagian-federal yang ditujukan bagi mereka yang tidak mampu
secara keuangan dan mereka yang berpenghasilan rendah untuk mendapatkan
layanan medis dasar. Program ini juga telah mengalami perubahan berulang kali,
baik di tingkat negara bagian maupun federal karena pemerintah berupaya
menciptakan keseimbangan di antara kesetaraan perlindungan untuk jasa tertentu

(diwajibkan pada tingkat federal) dan menjadi hak pemerintah negara bagian untuk mengelola dana publik. Kelayakan *Medicare* dan *Medicaid*, manfaat, pendanaan, dan pengeluarannya akan dibahas kemudian secara mendalam dalam bab ini (Buchbinder & Shanks, 2016).

TEFRA 1982 dan OBRA 1989

Untuk mengatasi cepatnya kenaikan biaya layanan kesehatan, Kongres mengeluarkan *Tax Equity and Fiscal Responsibility Act* (TEFRA) pada tahun 1982, dengan penekanan pada pengontrolan biaya *Medicare*. Di antara ketetapan-ketetapan pokok undang-undang tersebut adalah sebagai berikut: (Buchbinder & Shanks, 2016).

1. Ketetapan untuk sistem pembayaran prospektif (*Prospective Payment System*, PPS) terkait pergantian pembayaran rumah sakit dengan tarif biaya yang ditetapkan di awal untuk situasi yang dikenal sebagai Kelompok Terkait-Diagnostik (*Diagnostic-Related Group*, DRG);
2. Pilihan untuk memberikan plan layanan terkelola bagi penerima *Medicare*; dan
3. Kebijakan bahwa *Medicare* menjadi pembayar sekunder ketika penerima *Medicare* memiliki asuransi lain

Pengaturan pembayaran serupa juga ditetapkan untuk tipe penyedia layanan lainnya, seperti kompensasi untuk jasa dokter yang diberikan kepada penerima *Medicare* dengan menggunakan *Resource-Based Relative Value System* (RBRVS) yang ditetapkan sebagai bagian dari *Omnibus Reconciliation Act* (OBRA) of 1989 dan diberlakukan pada tahun 1992. Di bawah RBRVS, pembayaran ditentukan berdasarkan biaya sumber yang dibutuhkan untuk menyediakan setiap layanan, termasuk jasa dokter, biaya praktik, dan asuransi tanggung jawab profesional (Buchbinder & Shanks, 2016).

Balanced Budget Act for 1997

Walau terjadi pengurangan dana penggantian pembayaran untuk biaya masuk rumah sakit dan kunjungan dokter, pengeluaran *Medicare* terus melonjak di sepanjang tahun 1990-an. Kongres menyetujui *Balanced Budget Act* (BBA) of 1997 sebagai upaya untuk mengendalikan biaya bagi jasa layanan kesehatan lainnya, dengan menetapkan sekitar 200 perubahan (terutama batasan) khusus untuk program *Medicare* sekaligus perubahan pada program *Medicare*. Sistem

pembayaran prospektif *Medicare* diperkenalkan dan diimplementasikan di fasilitas layanan kesehatan lain pada tahun 1998, yaitu sebagai berikut (Buchbinder & Shanks, 2016).

1. Fasilitas keperawatan terampil (*Skilled Nursing Facilities*, SNF) pada tahun 1998 dengan RUG (*Resource Utilization Group*);
2. Badan kesehatan rumah (*Home Health Agencies*, HHA) pada tahun 2000 dengan HHRG (*Home Health Resource Group*);
3. Layanan departemen rawat jalan rumah sakit pada tahun 2002 dengan OPPS, (*Hospital Outpatient Prospective Payment System*); dan
4. Pemotongan pembayaran dan pengaturan pembayaran prospektif untuk layanan hospis, rumah sakit rehabilitasi, jasa ambulans, dan peralatan medis yang tahan lama.

Menurut Buchbinder & Shanks (2016), ketentuan pokok lain dalam BBA yang menetapkan adanya pengontrolan biaya di beberapa area dan perluasan perlindungan di area lainnya, yaitu:

1. Pembentukan *Medicare* Bagian C yang dikenal sebagai *Medicare+Choice* dan disebut sebagai “layanan terkelola *medicare*” yang ditujukan untuk memindahkan penerima *Medicare* ke dalam bentuk perlindungan alternatif, termasuk HMO dan PPO;
2. Anti-penipuan dan penyalahgunaan pemanfaatan;
3. Perbaikan dalam melindungi integritas program;
4. Pembatasan dalam fasilitas umum bagi imigran atau pendatang gelap;
5. Tindakan pencegahan *Medicare* yang lalin (misalnya mamografi, kanker prostat, dan skrinning kolorektal);
6. Penambahan prosedur di tingkat pedesaan; dan
7. Pembentukan *State Children’s Health Insurance Program* (SCHIP) bagi anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah di bawah *Medicaid*.

Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003

Undang-undang ini (juga dikenal sebagai *Prescription Drug Benefit*, *Medicare* Bagian D, dan MMA) menyebabkan penambahan dan perubahan terbesar dalam *Medicare* selama hampir 40 tahun berdirinya dan diperkirakan menelan biaya hingga \$395 milyar dalam dekade pertamanya saja. Hampir tidak disetujui

Kongres tetapi disahkan Presiden George Bush pada tahun 2003 sebagai suatu peraturan, kebijakan kontroversial terhadap persejan obat bagi penerima *Medicare* yang layak ini mulai diberlakukan pada 1 Januari 2006. Peraturan ini memulai serangkaian aktivitas oleh setiap negara bagian untuk mengurangi ketidakpastian dalam penerapannya dan memberikan tanggungan resep obat seara sementara bagi jutaan penduduk lansia yang masih dalam proses uji pemenuhan syarat kelayakan. Potongan pajak, subsidi, dan kemudahan lainnya bagi perusahaan farmasi dan swasta, penjamin layanan terkelola, bersama dengan tekanan signifikan terhadap penduduk lansia untuk terlibat dalam program yang disebut *Medicare Advantage Plans* (diselenggarakan oleh plan kesehatan layanan terkelola) atau risiko terkait biaya swadana, merupakan beberapa ketentuan paling kontroversial terkait penanggung obat dalam perundang-undangan ini (Buchbinder & Shanks, 2016).

Dengan begitu banyaknya perhatian yang difokuskan pada masalah obat ketentuan lain dalam perundang-undangan ini menjadi luput dibahas. Menurut Buchbinder & Shanks (2016), ada beberapa ketentuan yang lebih penting mencakup:

1. Peningkatan masalah pencegahan
2. Tambahan dana ekstra sebesar \$25 milyar untuk rumah sakit di daerah pedesaan yang kerap kali kekurangan dana
3. Ketentuan tarif lebih tinggi bagi penduduk lansia yang mampu dalam hal keuangan dan
4. Penambahan rekening tabungan kesehatan pra-pajak bagi tenaga kerja

Terakhir, dalam upaya proaktif menuju privatisasi *Medicare* sebagai salah satu solusi terhadap masalah kerugian ekonomi saat ini, undang-undang tersebut menetapkan uji coba sistem *Medicare* semi-privatisasi di enam kota sampai tahun 2010 (Buchbinder & Shanks, 2016).

D. Mekanisme Biaya Pelayanan Kesehatan

a. Peran Sistem Pelayanan Kesehatan

Masalah biaya pelayanan kesehatan ternyata tidak dapat terlepas dari sistem pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, baik yang menyangkut

subsistem finansialnya, subsistem penyampaian kesehatan maupun infrastruktur/ teknologi dan bahkan tingkah laku atau kebiasaan para dokter (Sulastomo, 2003). Berikut adalah penjelasan pengaruh infrasutruktur kesehatan, aspek finansial teknologi bagi permasalahan pembiayaan kesehatan, yaitu:

1. Tersedianya infrastruktur kesehatan, makin tersedia rumah sakit secara berlebihan, ternyata berakibat makin banyaknya orang yang dirawat di rumah sakit. Demikian juga makin berlebihnya fasilitas yang lain, penggunaan pelayanan kesehatan akan makin sering, sehingga biaya pemeliharaan kesehatan makin meningkat. Dari segi ini maka diperlukan adanya sistem pelayanan kesehatan yang dapat menumbuhkan keadaan yang optimal untuk menjamin kesehatan rakyat (Sulastomo, 2003)
2. Aspek finansial juga memegang peranan penting. Masyarakat dengan pelayanan kesehatan yang sepenuhnya dijamin oleh perusahaan akan selalu ada kecenderungan menghabiskan biaya yang terlalu besar karena tidak ada risiko pembiayaan atau beban pribadi. Juga sistem imbalan jasa *fee for services system*, yaitu imbalan jasa sesuai dengan frekuensi kunjungan, akan menelan biaya yang lebih besar dibanding dengan sistem *capitation*, yaitu sistem pemberian imbalan jasa yang tidak tergantung dari frekuensi kunjungan, tetapi berdasarkan jumlah tetap yang tergantung dari jumlah jiwa yang ditanggung (Sulastomo, 2003).
3. Aspek teknologi, dalam hal ini juga menyangkut aspek orang. Adalah sangat penting dalam mempengaruhi biaya kesehatan. Pelayanan kesehatan oleh dokter sudah tentu akan menelan biaya yang lebih besar dibanding dengan pelayanan kesehatan oleh tenaga-tenaga dibawahnya. Yang menjadi masalah disini tidak saja masalah dokternya atau teknologi yang menyertai, akan tetapi apakah mereka itu sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Ini yang dinamakan tekonologi tepat guna dalam pelayanan kesehatan, yaitu menerapkan kesehatan personal beserta teknologinya sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Sulastomo, 2003).

Bagi negara-negara yang sedang berkembang, diantara para ahli WHO ada suatu kecenderungan bahwa penanganan kasus-kasus medis

pada tingkat pertama (*primary health care*) cukup dilaksanakan oleh tenaga-tenaga yang ada dimasyarakat itu sendiri (Sulastomo, 2003).

b. Pemecahan Masalah

Pemecahan masalah dalam kasus mekanisme pembiayaan kesehatan menurut Sulastomo (2003) diantaranya:

1. Menyederhanakan jumlah/jenis obat yang beredar, serta kebijaksanaan pemerintah dengan menyediakan obat-obat esensial bagi pengobatan dipuskesmas-puskemas.
2. Para konsumen perlu dibantu untuk meningkatkan kesadaran dirinya dalam penyelenggaraan kesehatan dengan cara yang rasional. Tidak jarang bahwa pelayanan kesehatan terkait dengan aspek prestise sosial sehingga tingkah laku ini semakin mendorong meningkatnya tarif pelayanan kesehatan
3. Perusahaan-peusahaan yang besar dan kaya, yang selama ini menjamin segenap pelayanan kesehatan bagi karyawan dan keluarganya juga perlu mengadakan penilaian terhadap pelayanan yang diberikan. Dengan dalih “ditanggung oleh perusahaan”, selama ini banyak tumbuh sifat-sifat boros dalam pola konsumsi pelayanan kesehatan. pendidikan untuk menumbuhkan perasaan tanggung jawab dalam kerangka filsafat rasa ikut memiliki harus tetap dikembangkan
4. Menumbuhkan sistem pelayanan kesehatan yang lebih efisien dengan menciptakan peraturan-peraturan atau sistem yang dapat memagari pemborosan.
5. Dari segi *health provider*, yaitu rumah sakit/ dokter-dokter/ apotek juga perlu disadari bahwa bagaimanapun juga dalam falsafah kenegaraan kita pelayanan kesehatan harus selalu mempunyai fungsi sosial.

E. Pembiayaan dan Status Kesehatan

Masalah biaya kesehatan (Rumah Sakit, dokter, obat, dan lain-lainnya), sejak beberapa tahun terakhir telah banyak menarik perhatian, tidak saja di kalangan dunia kedokteran, namun juga terjadi di kalangan umum. Hal ini terjadi baik di dalam negeri maupun luar negeri. Masalah kesehatan di dunia, ditandai

dengan semakin besarnya biaya kesehatan. Kenaikan biaya kesehatan ini tidak berarti secara otomatis akan meningkatkan status kesehatan rakyat. Anggapan lama bahwa *medical care equals health* ternyata tidak benar. Hanya sebagian dari status kesehatan kita dipengaruhi oleh sistem pelayanan kesehatan. Selebihnya ditentukan oleh faktor-faktor lingkungan, keturunan dan faktor-faktor sosial budaya (tingkah laku dan sebagainya). Sudah tentu terdapat banyak variasi dari berbagai faktor yang mempengaruhi status kesehatan di setiap negara. Di Amerika Serikat, Aaron Wildawsky (1977) berani menyimpulkan bahwa pelayanan kesehatan hanya mempengaruhi 10% dari faktor yang digunakan untuk mengukur status kesehatan. Selebihnya, sebesar 90% berada di luar kontrol dokter, misalnya faktor gaya hidup (merokok, minuman keras), faktor-faktor sosial (kebiasaan makan dan lain sebagainya) (Sulastomo, 2013).

Kompleksitas faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan rakyat ini juga menarik apabila kita melihat keadaan di beberapa negara yang sedang berkembang. Meskipun Gunnar Myrdall, mengesankan adanya korelasi antara kesehatan dan ekonomi, sebagaimana katanya *people are sick, because they are poor – they become poorer because they are sick – and they become sicker, because they are poorer*. Namun tidak seluruhnya pendapat tersebut benar. Sebagaimana dikatakan di atas, faktor ekonomi hanyalah salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan kita. Sebagai contoh dalam hal ini adalah keadaan dari Negara Srilanka dan RRC. Ternyata, meskipun memiliki pendapatan per kapita yang masih rendah, mereka relatif mempunyai status kesehatan yang baik (*life expectancy* yang tinggi dan *infant mortality rate* yang rendah). Srilanka memiliki pendapatan per kapita sebesar US\$ 270 mempunyai status *life expectancy* 65 tahun dan *infant mortality rate* 37,1. Sedangkan RRC, memiliki pendapatan per kapita US\$ 290 dan mempunyai *life expectancy* 65 tahun serta *infant mortality rate* 45. Kenyataan-kenyataan ini menunjukkan bahwa untuk mencapai derajat kesehatan yang baik, diperlukan perhatian secara simultan pada faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan. Hal ini juga perlu dibarengi dengan kerjasama antara pemerintah dengan rakyat agar terjadi peningkatan derajat kesehatan rakyat (Sulastomo, 2013).

Dalam pelayanan kesehatan dikenal dengan *the Medical Uncertainty Principle*. Yakni bahwa dalam hubungan dokter-pasien akan selalu ada hal-hal ketidakpastian. Ketidakpastian ini bersumber baik dari dokter maupun pasien. Hal ini disebabkan oleh adanya keinginan untuk memperoleh “rasa aman” bagi pasien yang meminta pertolongan maupun bagi dokter yang mengobati. *The Medical Uncertainty Principle* mengatakan bahwa akan selalu ada hal-hal lain yang mungkin harus dilakukan, baik datangnya dari pasien maupun dokter. Hal ini mendorong perlunya pemeriksaan, obat, atau prosedur yang lain dalam melayani seorang pasien. Maka timbulah kecenderungan bahwa pasien akan meminta lebih banyak (dan lebih baik) pemeriksaan, obat, teknologi dan lain sebagainya. Hal ini terjadi sebagaimana telah dijelaskan di atas, bahwa adanya keinginan untuk menumbuhkan rasa aman antara kedua belah pihak. Hal ini tentu akan mendorong meningkatnya biaya kesehatan. Masalah tersebut hanya dapat diatasi dengan adanya persediaan obat, teknologi, keahlian, jumlah tempat tidur rumah sakit yang tersedia, dan lain sebagainya. *The Medical Uncertainty* menyatakan bahwa pemakaian fasilitas kesehatan akan dibatasi oleh persediaan fasilitas yang ada atau kemampuan membayar fasilitas tersebut (Sulastomo, 2013).

Kenyataan-kenyataan tersebut dari segi pembiayaan akan menghasilkan apa yang disebut dengan *The Law of Medical Money*. Hukum ini mengatakan bahwa biaya kesehatan akan naik sampai batas kemampuan keuangan kita. Hal ini terjadi karena (pada dasarnya) tidak ada orang yang sebenarnya mengetahui berapa biaya yang harus digunakan untuk membayar pelayanan kesehatan. Pasien-pasien sering tidak yakin bahwa mereka sudah memperoleh pelayanan kesehatan yang selayaknya mereka peroleh. Sedangkan para dokter selalu cenderung memberikan pelayanan yang terbaik agar tidak dipersalahkan. Apabila biaya pelayanan kesehatan dapat ditanggung oleh perusahaan atau Badan Asuransi (secara bebas), maka dapat menyebabkan para pemberi layanan medis lebih terbuka untuk memberikan pelayanan yang mungkin memerlukan biaya yang mahal. Hal inilah yang mengubah wajah pelayanan kesehatan menjadi agak “komersial”. Keadaan ini akan berjalan terus secara alami sampai ada upaya untuk menghentikannya (Sulastomo, 2013).

Terdapat beberapa faktor lain yang mengakibatkan kenaikan biaya kesehatan, misalnya faktor teknologi dan sifat dari “industri” kedokteran itu sendiri. Ilmu kedokteran juga semakin luas sehingga menumbuhkan hal yang disebut dengan proses *medicalization*. Hal-hal yang dahulu berada di luar tugas bidang/ilmu kedokteran sekarang atau di masa depan mungkin akan menjadi tugas ilmu kedokteran. Teknologi kedokteran yang semakin tinggi, menyebabkan biaya riset dan harga teknologi juga semakin mahal. Dalam “industri kedokteran” sifat “padat karya dan padat modal” dapat ditemukan secara sekaligus. Di mana hal-hal tersebut secara khusus akan terkait dengan sebagian besar kegiatan rumah sakit. Karena itu, kenaikan biaya rumah sakit akan melampaui kenaikan komponen-komponen lain dari biaya pemeliharaan kesehatan (Sulastomo, 2013).

Upaya-upaya untuk mencegah kenaikan biaya pelayanan kesehatan dewasa ini memperoleh perhatian yang amat serius. Dalam beberapa konferensi kesehatan, baik mengenai rumah sakit, asuransi kesehatan dan lain sebagainya merupakan topik yang menarik. Dalam Rio de Janeiro pada tahun 1981, *International Social Security Association* (ISSA) membahas masalah “asuransi kesehatan” di negara berkembang. Upaya mencegah kenaikan biaya ini yang dikenal sebagai *cost containment*, terutama berlaku bagi kelompok masyarakat yang telah menikmati jasa asuransi kesehatan atau perusahaan (Sulastomo, 2013).

Pada dasarnya, dikenal beberapa pendekatan. *Pertama* adalah pendekatan ekonomi. Pendekatan ini mengupayakan agar semua pihak mempunyai *cost consciousness* atau sadar biaya. Yakni bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan atau diterima memerlukan biaya yang mungkin mahal. Pendekatan ini melibatkan pasien dengan ikut memikul biaya pelayanan kesehatan, meskipun Badan Asuransi Kesehatan telah memikul sebagian besar biaya. Pendekatan ini dapat diterapkan dengan (misalnya) mengintrodusir *cost sharing* atau memberi limit (batas) tertentu atas biaya atau sebaliknya memberikan kriteria batas biaya maksimum yang ditanggung oleh Badan Asuransi Kesehatan. Di samping itu, juga dengan adanya *tarif agreement* dengan para *provider* (Rumah Sakit atau dokter). Namun metode ini sering dikhawatirkan mempengaruhi mutu pelayanan (Sulastomo, 2013).

Kedua, adalah pendekatan struktural. Dalam sistem pelayanan kesehatan, biasanya pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak ketiga. Di sini dikenal dengan yang disebut *indirect medical care pattern*. Kelemahan dari sistem ini adalah bahwa pengawasan sulit diberikan sehingga terkadang kurang efisien dan boros. Kecenderungan *overutilization* akan terjadi. Sebaliknya, keuntungan dari sistem ini adalah biaya investasi yang kecil dan dari segi manajemen tidak terlalu sukar. Konsep ini dapat pula diubah menjadi *direct medical care pattern*, di mana Badan Asuransi Kesehatan memiliki fasilitas pelayanan kesehatan sendiri (contoh: Pertamina). Dalam *direct medical care pattern* pengawasan akan lebih mudah untuk dilakukan, namun memerlukan biaya investasi yang besar serta memerlukan kemampuan manajemen yang kuat (Sulastomo, 2013). Pendekatan ketiga adalah menyangkut perilaku hubungan antara pasien dan dokter. Di mana diharapkan perilaku dokter dan pasien dapat menumbuhkan suatu orientasi pelayanan pencegahan. Pendekatan ini pada dasarnya semacam *direct medical care pattern* dengan menerapkan *prepaid payment* dan *capitation basis* dalam pemberian biaya jasa dokter dan layanan rumah sakit. Pendekatan ini juga menumbuhkan adanya insentif keuangan (*financial incentive*) pada *provider* (penyedia layanan kesehatan) sehingga menumbuhkan mekanisme kontrol internal yang baik serta upaya-upaya efisiensi biaya dan orientasi pencegahan. Pendekatan ini lebih memungkinkan asuransi kesehatan benar-benar sebagai *Health Insurance* bukan sebagai *Sickness Insurance* (Sulastomo, 2013).

a) Upaya Pencegahan

Upaya-upaya untuk mencegah kenaikan biaya pelayanan kesehatan dewasa ini memperoleh perhatian yang amat serius. Pada dasarnya dikenal beberapa pendekatan menurut Sulastomo (2003) diantaranya:

1. Pendekatan ekonomi.

Pendekatan ini mengupayakan agar semua pihak punya *cost consciousness* atau sadar biaya. Bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan atau diterima memerlukan biaya yang mungkin mahal. Pendekatan ini antara lain juga dengan melibatkan pasien, dengan jalan mereka juga ikut memikul biaya pelayanan kesehatan, meskipun perusahaan/ asuransi kesehatan telah memikul sebagian besar biaya. Pendekatan ini dapat diterapkan dengan

memberi batas tertentu atas biaya atau sebaliknya memberikan kriteria batas biaya maksimum yang ditanggung oleh perusahaan/ asuransi kesehatan.

2. Pendekatan struktural

Dalam sistem pelayanan kesehatan, biasanya pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak ke tiga. Disini dikenal apa yang disebut *indirect medical care pattern*. Kelemahan sistem ini adalah bahwa pengawasan sulit diberikan sehingga terkadang kurang efisien dan boros. Kecenderungan *oveutilization* adalah besar. Namun dari segi positif, biaya investasi yang kecil dan dari segi manajemen tidak terlalu sukar. Konsep ini dapat dirubah menjadi *direct medical care pattern*, dimana perusahaan asuransi kesehatan akan memiliki fasilitas pelayanan kesehatan sendiri. Dalam *direct medical care pattern*, pengawasan adalah lebih mudah, namun biaya investasinya besar dan memerlukan kemampuan manajemen yang kuat.

3. Menyangkut hubungan antara pasien dan dokter yang selama ini dikenal, sehingga perilaku dokter dan pasien dapat menumbuhkan suatu orientasi pelayanan ke arah pencegahan. Pada konsep yang murni, pendekatan ini juga menumbuhkan adanya insentif keuangan pada provider sehingga menumbuhkan mekanisme kontrol internal yang baik serta upaya-upaya efisiensi biaya dan orientasi pencegahan. Pendekatan ini lebih memungkinkan asuransi kesehatan benar-benar sebagai *Health Insurance* dan bukan sebagai *Sickness Insurance* sebagaimana kritik-kritik yang sering dialamatkan pada sistem asuransi kesehatan yang tradisional.

F. Pihak-Pihak Terkait Pembiayaan Kesehatan Menurut WHO (2008):

1. Kementerian Kesehatan

Dalam penggalan dana guna menjamin ketersediaan sumberdaya pembiayaan kesehatan, Departemen Kesehatan melakukan advokasi dan sosialisasi kepada semua penyandang dana, baik pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta. Secara bertahap pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah dapat diupayakan sebesar 15% dari APBN dan APBD (Depkes, 2005).

2. Kementerian Keuangan

Berperan sebagai pengelola fiskal dalam menyusun Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP) atas laporan realisasi anggaran, neraca, catatan dan keuangan Kementerian Kesehatan (Depkes, 2014).

3. Pemerintah Daerah

Dengan diberlakukannya undang-undang no. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan daerah dan Undang-undang no. 25 tahun 1999 tentang perimbangan keuangan pemerintah pusat dan daerah, hampir semua kewenangan termasuk penyelenggaraan urusan kesehatan berada di daerah agar daerah menjadi otonom (mandiri). Pemerintah pusat hanya memegang kewenangan penetapan kebijakan, pengaturan, pedoman, perizinan, akreditasi, bimbingan dan pengendalian serta sedikit pelaksanaan yang sebagainya harus dilimpahkan (dalam bentuk dekonsentrasi) kepada provinsi (Ridwan, 2002)

4. Non-Departemen Kesehatan

Menurut WHO (2008) pengeluaran pemerintah untuk kesehatan yang disalurkan melalui non-Departemen Kesehatan misalnya digunakan dalam pembiayaan kesehatan untuk layanan kesehatan militer.

Adapun susunan struktur Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan berdasarkan PERMENKES No. 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
2. Kepala Bagian Tata Usaha
 - a. Kepala Sub Bagian Program dan Anggaran
 - b. Kepala Sub Bagian Sistem Informasi, Monitoring dan Evaluasi
 - c. Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum
3. Kepala Sub Bidang Jaminan Kesehatan
 - a. Kepala Sub Bidang Jaminan Kesehatan Penerima Upah dan Sukarela
 - b. Kepala Sub Bidang Jaminan Kesehatan Non Penerima Upah
4. Kepala Sub Bidang Kendali Mutu dan Pengembangan Jaringan Pelayanan
 - a. Kepala Sub Bidang Kendali Mutu
 - b. Kepala Sub Bidang Pengembangan Jaringan
5. Kepala Sub Bidang Pembiayaan Kesehatan

- a. Kepala Sub Bidang Pengembangan Perhitungan Biaya Kesehatan
- b. Kepala Sub Bidang Analisis Pemanfaatan Biaya Kesehatan

G. Isu Terkait Pembiayaan Kesehatan

1. Masalah Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Istilah untuk kesehatan sebagai hak asasi manusia yang kerap digunakan di tingkat PBB adalah hak atas kesehatan. Hak atas kesehatan telah dijamin dan diatur di berbagai instrumen internasional dan nasional. Ketentuan-ketentuan didalamnya pada intinya merumuskan kesehatan sebagai hak individu dan menetapkan secara konkrit bahwa negara selaku pihak yang memiliki tanggung jawab atas kesehatan. Hak atas kesehatan di instrumen internasional dapat ditemukan di dalam pasal 25 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM), pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, pasal 12 Konvensi tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, dan pasal 24 Konvensi tentang Hak-Hak Anak. Hak atas kesehatan juga dapat ditemukan di instrumen nasional di dalam pasal 28H ayat (1) dan pasal 34 ayat (3) amandemen UUD 1945, pasal 9 UU No. 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dan pasal 12 UU No. 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Hak Ekonomi Sosial, dan Budaya. Ketentuan dalam UUD 1945 diatas lebih lanjut diatur di dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Hak atas kesehatan memiliki aspek ekonomi, sosial, dan budaya. Hak ini memiliki karakter ekonomi dan sosial karena hak ini berusaha sedapat mungkin menjaga agar individu tidak menderita ketidakadilan sosial dan ekonomi berkenaan dengan kesehatannya. Lebih lanjut, hak ini memiliki karakter budaya sebab hak ini berusaha menjaga agar layanan kesehatan yang tersedia cukup dapat menyesuaikan dengan latar belakang budaya seseorang. (Kontras, n.d)

Sementara itu, isi pokok (*core content*) hak atas kesehatan tidak hanya mencakup unsur-unsur yang berkaitan dengan hak atas pelayanan perawatan kesehatan, tetapi juga hak atas sejumlah prasyarat dasar bagi kesehatan, seperti air

minum bersih, sanitasi memadai, kesehatan lingkungan, dan kesehatan di tempat kerja. Kemudian yang menjadi prinsip-prinsip yang harus ditaati oleh pihak negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan mengandung empat unsur, yakni ketersediaan, aksesibilitas, kualitas, dan kesetaraan. Ketersediaan dapat diartikan sebagai ketersediaan sejumlah pelayanan kesehatan seperti fasilitas berupa sarana (rumah sakit, puskesmas dan klinik) dan prasarana kesehatan (obat-obatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan) yang mencukupi untuk penduduk secara keseluruhan. Aksesibilitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat terjangkau baik secara ekonomi atau geografis bagi setiap orang, dan secara budaya, agar menghormati tradisi budaya masyarakat. Kualitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan memenuhi standar yang layak. Terakhir, kesetaraan mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat diakses secara setara oleh setiap orang, khususnya bagi kelompok rentan di masyarakat (Kontras, n.d).

Tanggung Jawab Negara dalam Pemenuhan Hak Atas Kesehatan

Tipologi tripatriot adalah sebuah kerangka yang secara khusus membedakan kewajiban negara untuk “menghormati”, “melindungi”, dan “memenuhi” setiap hak asasi manusia. Kewajiban negara untuk menghormati (*respect*) adalah kewajiban negatif untuk tidak bertindak atau untuk menahan diri, kewajiban untuk melindungi (*protect*) adalah kewajiban positif untuk melindungi individu terhadap tindakan tertentu oleh pihak ketiga, dan memenuhi (*fulfill*) adalah untuk menyediakan atau memudahkan layanan tertentu bagi setiap warga. (Kontras, n.d)

Kewajiban negara untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi berkenaan dengan hak atas kesehatan diusulkan sebagai berikut:

1. Kewajiban untuk menghormati:
 - a. Kewajiban untuk menghormati akses setara ke pelayanan kesehatan yang tersedia dan tidak menghalangi individu atau kelompok dari akses mereka ke pelayanan yang tersedia. (Kontras, n.d)
 - b. Kewajiban untuk tidak melakukan tindakan yang mengganggu kesehatan, seperti kegiatan yang menimbulkan polusi lingkungan. (Kontras, n.d)
2. Kewajiban untuk melindungi:
 - a. Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang perundang-undangan dan langkah-langkah lain untuk menjamin bahwa warga

memiliki akses (setara) ke pelayanan kesehatan jika disediakan oleh pihak ketiga. (Kontras, n.d)

b. Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang perundang-undangan dan langkah-langkah lain untuk melindungi manusia dari pelanggaran di bidang kesehatan oleh pihak ketiga. (Kontras, n.d)

3. Kewajiban untuk memenuhi:

a. Kewajiban untuk mengadopsi kebijakan kesehatan nasional dan untuk menyediakan bagian secukupnya dari dana kesehatan yang tersedia. (Kontras, n.d)

b. Kewajiban untuk menyediakan layanan kesehatan yang diperlukan atau menciptakan kondisi di bawah mana warga memiliki akses memadai dan mencukupi ke pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan perawatan kesehatan serta air bersih layak minum dan sanitasi memadai. (Kontras, n.d)

Sejauh Mana UU Kesehatan dan UU SJSN dalam pemenuhan Hak atas Kesehatan

Produk UU no. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU No. 40 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah upaya negara di bidang perundang-undangan dalam menjamin pemenuhan terhadap hak atas kesehatan seluruh penduduk. Undang-undang no. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menjamin hak setiap individu di bidang kesehatan yang diwujudkan dalam pernyataan pasal 4 dalam undang-undang ‘Setiap orang berhak atas kesehatan’. Pada akhirnya setiap individu dijamin haknya dalam memperoleh akses yang setara dan pelayanan yang layak dan terjangkau di bidang kesehatan.

Lebih lanjut, setiap individu juga dijamin dalam mendapatkan lingkungan yang sehat demi tercapainya derajat kesehatan yang optimal (Kontras, n.d).

Di dalam undang-undang no. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga mencantumkan tanggung jawab pemerintah. Pada bagian ini pada intinya bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan pelayanan, ketersediaan akses baik itu informasi dan fasilitas, ketersediaan sumber daya yang setara, dan mengupayakan kelayakan dan keterjangkauan di bidang kesehatan. Selanjutnya dinyatakan juga bahwa pemerintah bertanggung jawab atas penyelenggaraan

jaminan kesehatan melalui sistem jaminan sosial nasional bagi setiap warga (Kontras, n.d).

Selain itu, undang-undang no. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan memberikan batasan dana kesehatan minimal sebesar 5% dari APBN dan 10% dari APBD dan dana ini diprioritaskan untuk kepentingan publik sekurang-kurangnya 2/3 dari anggaran tersebut. Dalam hal perlindungan hak atas kesehatan, undang-undang ini juga akan memberikan ancaman pidana bagi pihak-pihak yang melanggar terkait di bidang kesehatan. Sejak 1 Januari 2014 Pemerintah menetapkan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan sebagaimana pernyataan pasal 5 UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU SJSN merumuskan Program Jaminan Kesehatan dengan prinsip dasar dalam pasal 19 ayat 1 yakni berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial yakni; kegotongroyongan, antara yang warga yang mampu dengan warga yang tidak mampu dan warga yang sehat dengan warga yang sakit. Kepesertaan bersifat wajib sehingga seluruh warga dapat terlindungi. Prinsip nirlaba, artinya dana yang terkumpul dari iuran akan digunakan untuk manfaat bersama dan warga. Terakhir, prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas dalam hal pengelolaan dana JKN. Sedang, prinsip ekuitas adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Prinsip ini diwujudkan dengan pembayaran iuran sebesar prosentase tertentu dari upah bagi yang memiliki penghasilan dan pemerintah membayarkan iuran bagi mereka yang tidak mampu (Kontras, n.d).

Dalam kontras (n.d) komisi untuk orang hilang dan korban tindak kekerasan) Jaminan kesehatan adalah hak seluruh rakyat Indonesia, program JKN bertujuan memberikan kemudahan akses ke pelayanan kesehatan bagi seluruh warga sehingga tidak ada lagi masyarakat, khususnya masyarakat lapisan bawah, yang ditolak saat mereka berobat di fasilitas pelayanan kesehatan. Namun, pada pelaksanaannya, program yang tujuannya amat mulia ini tidak berjalan sesuai yang di harapkan. Berbagai persoalan yang muncul dilapangan seperti;

1. Masalah tarif dan obat-obatan

Saat masih peserta jaminan kesehatan sebelumnya (askes, jamsostek, jamkesmas atau KJS) penyakit tertentu pengobatan untuk pasien dapat terfasilitasi. Tetapi setelah diberlakukannya BPJS Kesehatan, pengobatan tidak sepenuhnya terfasilitasi. Akibatnya, pasien harus membayar dengan biaya pribadi atau biaya obat dibebankan kepada pasien (Kontras, n.d).

2. Masalah kepesertaan

Masih banyak penduduk miskin, seperti gelandangan, pengemis, anak telantar belum termasuk dalam kepesertaan PBI yang berjumlah 86,4 juta jiwa. Karena data 86,4 juta tersebut adalah data peserta lama yang terdaftar dalam Jaskesmas (Kontras, n.d).

3. Masalah mutu pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan seperti Puskesmas dan Rumah Sakit masih terdapat masalah. Kurangnya sejumlah fasilitas kesehatan seperti kamar untuk pasien. Karena masih banyak fasilitas pelayanan kesehatan non pemerintah yang belum bekerja sama dengan BPJS. Masih kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia di fasilitas kesehatan juga menjadi persoalan. Disebabkan tenaga kesehatan di Indonesia masih belum tersebar dengan merata. Keterbatasan tenaga kesehatan akan berdampak terhadap kesehatan pasien karena tidak tertangani dengan cepat (Kontras, n.d).

4. Masalah rujukan

Sistem rujukan yang semrawut, akibatnya peserta banyak yang tidak mengetahui sistem rujukan sehingga mereka tidak mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya. Pasien harus mendapat rujukan dari fasilitas tingkat pertama (klinik atau puskesmas) sebelum ke tingkat fasilitas kesehatan berikutnya (Rumah Sakit). Disinilah persoalan terjadi, banyak peserta datang ke fasilitas tingkat kedua tanpa mendapat rujukan dari fasilitas tingkat pertama. Kontras (n.d) pada poin 1 dan 2 secara langsung disebabkan oleh produk turunan dari peraturan pemerintah yang berkaitan mengatur tentang jaminan kesehatan sehingga merugikan peserta:

- a Terdapat Peraturan Pemerintah (PP) 101/2013 tentang PBI yang hanya mengakomodasi 86,4 juta rakyat miskin sebagai PBI (Penerima Bantuan

Iuran), padahal data BPS tahun 2011 bahwa orang miskin ada 96,7 juta. Akibatnya, masih terdapat jutaan kaum rentan tidak memiliki jaminan kesehatan (Kontras, n.d).

- b. Sistem INA-CBGs merupakan sistem paket yang bisa membatasi tarif pelayanan kesehatan terhadap peserta. Pembatasan biaya tersebut tak terlepas karena regulasi terhadap program JKN yang ditetapkan Permenkes No. 69 Tahun 2013. Akibatnya, tidak hanya pasien yang merasa dirugikan atas kebijakan ini tetapi semua jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS juga dirugikan dengan sistem pembayaran yang murah tersebut. Hal tersebut juga membuat banyak fasilitas kesehatan non-pemerintah mengurungkan niat untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (Kontras, n.d).

Rekomendasi:

Dengan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yang belum berjalan sesuai dengan prinsip, ketentuan, dan tujuan awalnya, maka pihak-pihak yang memiliki kewenangan dan tanggung jawab dalam Kontras (n.d) perlu:

1. Pemerintah dalam membuat surat peraturan atau keputusan perlu menggunakan cara pandang konstitusional sebagaimana yang telah di amanatkan Pasal 28H ayat (3), dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 dan berlandaskan prinsip dan ketentuan Pasal 4 dan Pasal 24 UU tentang SJSN No. 40 tahun 2004.
2. Pemerintah perlu meninjau kembali untuk merevisi penetapan tarif pada sistem INA-CBGs yang dikeluhkan pasien.
3. Pemerintah menaikkan jumlah orang miskin dan tidak mampu menjadi 96,7 juta sehingga tercover menjadi peserta PBI.
4. Pemerintah melakukan pengaturan penyaluran dana pada fasilitas kesehatan, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
5. Pemerintah harus menaikkan APBN minimal sebesar 5% untuk kesehatan sebagaimana yang diamanatkan UU No. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Tabel 3. Permasalahan Pembayaran

Kasus	Kendala	Penyelesaian	Pelanggaran HAM
Hak peserta Askes dan Jamsostek dikurangi. Nabhan Ihsan (5), penderita Hemofilia A	Saat masih menggunakan Askes, obat yang biasa diberikan masih bisa diklaim. Namun, setelah berganti menjadi BPJS, obat yang biasa diberikan bukan lagi termasuk daftar obat yang biasa diklaim.	Pasal 22 ayat (1) UU No. 40 Thn 2004 tentang SJSN: “Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan”	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Adanya pembatasan biaya per satu hari.	Besaran biaya yang ditanggung oleh BPJS sebesar Rp. 500.000,-, sedangkan pemeriksaan yang harus dilakukan kepada pasien mencapai Rp. 1.000.000,-, akibatnya pemeriksaan terhadap pasien tersebut dilakukan selama dua hari	Pasal 22 ayat (1) UU No. 40 Thn 2004 tentang SJSN: “Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Kasus	Kendala	Penyelesaian	Pelanggaran HAM
		habis pakai yang diperlukan.”	
Obat-obatan pasien BPJS terkadang mengalami kelangkaan	Bagi pasien yang mampu mungkin tidak ada masalah untuk membayar obatnya, tetapi bagaimana yang tidak mampu?	Pasal 22 ayat (1) UU No. 40 Thn 2004 tentang SJSN: “Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.”	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Sebagian besar Rumah Sakit swasta menolak peserta Askes, yang sebelumnya biasa menjadi tempat rujukan mereka untuk berobat	Banyak peserta Askes yang memiliki penyakit kronis ditolak diberikan pelayanan. Pihak Rumah Sakit berdalih belum menjalin kerjasama dengan BPJS	Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 20 ayat (1): “Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk	Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Kasus	Kendala	Penyelesaian	Pelanggaran HAM
		<p>elayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.”</p>	
<p>Sebagian besar masyarakat informal belum tersentu program BPJS Kesehatan</p>	<p>Sosialisasi yang dilakukan pemerintah maupun BPJS masih kurang maksimal</p>	<p>Pasal 10 huruf (g) UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS: “Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada peserta dan masyarakat.”</p>	<p>Tanggung Jawab Pemerintah. Pasal 14 ayat (1) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.</p>
<p>Hak peserta Jamkesmas atau Jamkesda dikurangi. Inem, Penderita kanker payudara.</p>	<p>Hak peserta Jamkesmas atau Jamkesda dikurangi. Inem, Penderita kanker payudara</p>	<p>Pasal 22 ayat (1) UU No. 4 Tahun 2004 tentang SJSN: “Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan habis pakaai yang diperlukan.”</p>	<p>Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan (2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.</p>
<p>Pembatasan pemberian obat bagi penderita penyakit kronis.</p>	<p>Saat menjadi peserta Askes, obat kronis</p>	<p>Kementerian Kesehatan sudah memberikan surat edaran (SE)</p>	<p>Hak atas Kesehatan. Pasal 12 ayat (1) dan</p>

Kasus	Kendala	Penyelesaian	Pelanggaran HAM
	ditanggung selama 30 hari. Namun, sejak menjadi peserta BPJS obat diberikan hanya tiga hingga tujuh hari. Sehingga hal ini merugikan dan membahayakan keselamatan pasien.	kepada fasilitas kesehatan agar memberikan obat penyakit kronis untuk 30 hari.	(2) UU No. 11 Tahun 2005 tentang Kovenan Ekosob. Hak. Pasal 5 ayat (1), (2) dan (3) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Masih kurangnya ketersediaan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.	Kurangnya tenaga kesehatan akan mengakibatkan peserta BPJS tidak tertangani dengan cepat.	Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 42 ayat (1): “Pelayanan kepada peserta jaminan kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi kepada aspek keamanan peserta, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan peserta serta efisiensi biaya.”	Tanggung Jawab Pemerintah. Pasal 16 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Masih kurangnya ketersediaan fasilitas kesehatan seperti kamar untuk pasien.	Masih banyak fasilitas pelayanan kesehatan non pemerintah yang belum bekerja sama dengan BPJS.	Perpres NO. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 42 ayat (1): “Pelayanan kepada peserta jaminan kesehatan harus	Tanggung Jawab Pemerintah. Pasal 17 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Kasus	Kendala	Penyelesaian	Pelanggaran HAM
		memperhatikan mutu pelayanan berorientasi kepada aspek keamanan peserta, efektifitas tindakan, kessesuaian dengan kebutuhan peserta serta efisiensi biaya.”	

Sumber: kesehatan dalam perspektif HAM

2. Tindak Kecurangan (*Fraud*) Merugikan Program JKN (Negara) Dikutip dari INFOBPJS Kesehatan

Sejak beroperasi 1 Januari 2014 sampai sekarang BPJS Kesehatan mengalami banyak tantangan dalam melaksanakan program jaminan kesehatan nasional (JKN, salah satunya mencegah terjadinya tindak kecurangan (*fraud*). Menurut Kepala Sub Bagian Hukum Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan, Andi Ardjuna Sakti, tindak kecurangan disinyalir bisa terjadi dalam pelaksanaan JKN. Bisa dibiliang *fraud* adalah tindakan yang dilakukan untuk mencari keuntungan secara tidak wajar. “Untuk itu diperlukan langkah kongkrit dengan membuat sistem pencegahan, deteksi, dan penindakan terhadap kecurangan (*fraud*). Inilah yang mendasari pembahasan atau penyusunan Permenkes No.36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Jaminan Kesehatan Nasional,” kata Ardjuna kepada Info BPJS Kesehatan. Instrumen hukum itu diharapkan bisa digunakan sebagai pedoman para pihak terkait untuk mencegah terjadinya kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan JKN. Mengacu pada Permenkes 36 Tahun 2015 ada sejumlah pihak yang berpotensi melakukan *fraud* dalam program JKN yakni peserta, fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL), petugas BPJS Kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Tindak kecurangan yang berpotensi dilakukan oleh peserta seperti membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal eligibilitas (memalsukan status

kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan; memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecessary services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan; memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai/tidak ditanggung; memanipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran terlalu besar; melakukan kerjasama dengan pemberi pelayanan untuk mengajukan klaim palsu; memperoleh obat dan/atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Kecurangan yang bisa dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan yakni melakukan kerjasama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan klaim yang palsu; memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin; menahan pembayaran ke fasilitas kesehatan/rekanan dengan tujuan memperoleh keuntungan pribadi; membayarkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

FKTP berpotensi melakukan kecurangan diantaranya memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; memanipulasi klaim pada pelayanan yang dibayar secara nonkapitasi; menerima komisi atas rujukan ke FKRTL; menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau nonkapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan; melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu. Untuk FKRTL bentuk-bentuk kecurangan yang rawan dilakukan yakni penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding*; penjiplakan klaim dari pasien lain/*cloning*; klaim palsu/*phantom billing*; penggelembungan tagihan obat dan alkes/*inflated bills*; pemecahan episode pelayanan/*services unbundling or fragmentation*; rujukan semu/*selfs-referrals*; tagihan berulang/*repeat billing*; memperpanjang lama perawatan/*prolonged length of stay*; memanipulasi kelas perawatan/*type of room charge*; membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/*cancelled services*; kemudian, melakukan tindakan yang tidak perlu/*no medical value*; penyimpangan terhadap standar pelayanan/*standard of care*; melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu/*unnecessary treatment*; menambah panjang waktu penggunaan ventilator; tidak melakukan visitasi yang seharusnya/*phantom visit*; tidak melakukan

prosedur yang seharusnya/*phantom procedures*; admisi yang berulang/*readmisi*; melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu; meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Potensi *fraud* oleh penyedia obat dan alat kesehatan relatif sedikit yaitu tidak memenuhi kebutuhan obat dan/atau alat kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan melakukan kerjasama dengan pihak lain, mengubah obat dan/atau alat kesehatan yang tercantum dalam *e-catalog* dengan harga tidak sesuai dengan *e-catalog*. Andi menyebutkan ada beberapa referensi awal yang digunakan untuk mengetahui bentuk tindakan kecurangan dalam JKN khususnya di FKRTL. Dalam hal ini rumah sakit (RS) antara lain *National Health Care Anti-Fraud Association* (NCHAA) menunjukkan paling tidak ada 15 model *fraud* dalam penagihan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Prof. Laksono dkk dari UGM yang dilakukan penelitian di 7 RS, ditemukan beberapa bentuk *fraud*. Penelitian tersebut menyimpulkan tindak kecurangan itu terjadi pada beberapa RS di Indonesia. Kecurangan yang terjadi dalam program JKN sangat merugikan, bukan saja terhadap BPJS Kesehatan dan pesertanya tapi juga negara. Sebab, sebagian peserta BPJS Kesehatan seperti penerima bantuan iuran (PBI) dan pegawai negeri sipil (PNS) iurannya dibayar oleh pemerintah yang anggarannya berasal dari APBN/APBD. “Akibat *fraud* BPJS Kesehatan membayar klaim lebih besar dari biaya yang seharusnya. Selain itu terjadi kerugian negara,” ujar Andi. Mengingat ada potensi kerugian yang mungkin timbul karena tindak kecurangan (*fraud*), maka perlu upaya pencegahan secara sistematis. Itu dapat dilakukan diantaranya dengan membangun sistem pencegahan baik itu di BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan ataupun di FKRTL (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Permenkes 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program memerintahkan masing-masing pihak terkait untuk membangun sistem pencegahan tindak kecurangan (*fraud*). Untuk BPJS Kesehatan Permenkes 36 Tahun 2015 memerintahkan penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN, pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang baik dan

pembentukan tim pencegahan kecurangan JKN di BPJS Kesehatan. Dinas Kesehatan diminta menyusun kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan JKN, pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya. Lalu pengembangan budaya pencegahan Kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik serta membentuk tim pencegahan kecurangan (*fraud*). Begitu pula dengan FKRTL harus membentuk sistem serupa sebagaimana diamanatkan Permenkes 36 Tahun 2015. Peran masyarakat juga dibutuhkan untuk mencegah kecurangan dalam program JKN. Andi menjelaskan setiap orang yang mengetahui adanya kecurangan dalam program JKN dapat melakukan pengaduan. Caranya, pengadu menyampaikan secara tertulis kepada pimpinan fasilitas kesehatan, dinas kesehatan Kabupaten/Kota dan atau Provinsi. Pengaduan harus dilengkapi data identitas pengadu, kemudian nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan kecurangan dan alasan pengaduan. “Peran serta masyarakat diperlukan dalam memantau pelaksanaan penyelenggaraan JKN. Artinya setiap orang yang mengetahui adanya kecurangan JKN dapat melakukan pengaduan,” kata Andi (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Permenkes 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program mengatur pembinaan dan pengawasan dalam rangka pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam JKN dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing. Bentuk pembinaan dan pengawasan itu berupa advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis, pelatihan dan peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi. Permenkes 36 Tahun 2015 mengatur sanksi bagi pelaku kecurangan. Sanksi administratif yang dapat dijatuhkan kepada pelaku yaitu teguran lisan, teguran tertulis dan/atau perintah pengembalian kerugian kepada pihak yang dirugikan. “Sanksi administrasi tidak menghapus sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan,” papar Andi. Guru Besar Universitas Gajah Mada (UGM), Laksono Trisnantoro, mengatakan *fraud* itu bisa dilakukan peserta, FKTP, FKRTL, BPJS Kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan. Salah satu titik rawan terjadinya *fraud* di JKN itu berada di fasilitas kesehatan (*faskes*). Untuk kecurangan yang dilakukan

petugas BPJS Kesehatan potensinya relatif rendah karena pengawasan dilakukan secara internal dan eksternal-lembaga pengawas eksternal BPJS Kesehatan diantaranya DJSN dan OJK. Tindak kecurangan (*fraud*) yang mungkin terjadi di tingkat FKRTL seperti penulisan kode diagnosis yang berlebihan (*upcoding*). Laksono melihat tindak kecurangan itu dipicu oleh beberapa hal, misalnya karena merasa biaya yang tercantum dalam paket INA-CBGs dirasa rendah maka RS mencari cara lain untuk mendapat keuntungan. Pembayaran klaim BPJS Kesehatan ke RS sebagaimana paket tarif INA-CBGs yang tanpa batas atas juga memicu terjadinya *fraud*. Laksono menilai program JKN yang diselenggarakan lewat BPJS Kesehatan adalah program besar, namun regulasi yang ada masih sangat minim. Sehingga, ada pihak-pihak yang memanfaatkan celah untuk melakukan *fraud* dalam program JKN. Sayangnya, regulasi yang ada saat ini seperti UU No.40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU No.24 Tahun 2011 tentang BPJS belum cukup kuat mencegah *fraud*. Padahal dalam setiap skema asuransi, potensi *fraud* itu pasti ada dan harus diantisipasi (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Diterbitkannya Permenkes 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program cukup baik sebagai regulasi yang mengawali pengaturan untuk mencegah *fraud* dalam JKN. Permenkes itu juga memuat sanksi administratif bagi para pihak yang melakukan *fraud*. Walau begitu sanksi administrasi itu tidak menghapus pidana yang dapat dijatuhkan kepada pelaku *fraud* misalnya pasal 378 KUHP yang mengatur tentang penipuan. Dalam Permenkes 36 Tahun 2015 Laksono melihat dinas kesehatan (Dinkes) dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) jadi pihak ketiga ketika terjadi perselisihan antara BPJS Kesehatan dan faskes dalam hal terjadi dugaan *fraud*. Menurutnya dinkes dan Kemenkes perlu menyiapkan SDM yang mampu menjalankan amanat tersebut. Sehingga bisa mengidentifikasi teknik-teknik klaim dan *fraud* yang canggih. Itu penting agar dapat mendeteksi tindak kecurangan yang dilakukan oleh pelaku. “Ketika melakukan investigasi atas indikasi *fraud* mereka harus punya kemampuan untuk mendeteksi *fraud*,” ujarnya. Laksono mengingatkan dalam praktik tidak boleh hanya mengacu pada pencegahan *fraud*, tapi juga perlu dilakukan penindakan. Misalnya, ketika ditemukan dugaan *fraud* maka harus dilakukan penyelidikan dan investigasi guna mengungkap kebenarannya. Ia

mengusulkan agar di setiap provinsi dibentuk tim investigasi independen. Tim itu bertindak independen sehingga hasil investigasinya dapat diterima semua pihak seperti RS dan BPJS Kesehatan. Laksono mengatakan yang paling penting dilakukan dalam rangka mencegah kecurangan dalam program JKN yakni kesadaran semua pihak untuk melakukan pencegahan. Jangan sampai para pihak terkait menyangkal potensi *fraud* atau malah menganggapnya tidak ada. Oleh karenanya komitmen dari masing-masing pihak yang berkepentingan untuk mencegah *fraud* sangat penting. Kecurangan yang terjadi dalam program JKN merugikan banyak pihak, bukan hanya peserta tapi juga negara. Untuk itu harus dipahami dengan jelas mana tindakan yang dikategorikan *fraud* dan tidak (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Permenkes 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program mengatur sanksi administratif bagi pelaku *fraud*. Menurut Laksono sanksi itu harus ditegakkan dengan baik. Pasalnya, pengawasan di bidang kesehatan di Indonesia kurang ketat, sehingga efektifitas terhadap berjalannya sebuah kebijakan perlu terus didorong. Ia mengingatkan sanksi administratif itu tidak menghapus sanksi pidana yang bisa menjerat pelaku *fraud* sebagaimana iatur dalam KUHP. Oleh karena seluruh pemangku kepentingan harus hati-hati menjalankan tugas dan fungsinya dalam program JKN. Mengingat regulasi yang ada belum ketat mencegah *fraud*, Laksono mengusulkan agar kedepan pemerintah dan DPR membentuk UU Anti *Fraud* dalam Pelayanan Kesehatan. Regulasi itu diharapkan mengatur lebih rinci tentang pencegahan dan penindakan *fraud* dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk program JKN. “Kedepan kita bisa usulkan agar dibentuk UU Anti *Fraud* dalam Pelayanan Kesehatan,” tukasnya. Laksono melihat pencegahan dan penindakan *fraud* di sejumlah negara yang menerapkan jaminan sosial berjalan dengan ketat. Misalnya di Amerika Serikat, ketika diindikasikan terjadi *fraud* di tingkat negara federal maka Federal Bureau of Investigation (FBI) turun tangan melakukan investigasi. Selain itu ada satgas yang terdiri dari departemen kesehatan dan kejaksaan yang bertugas mencegah serta menindak *fraud*. Setiap tahun mereka mempublikasikan berapa uang negara yang bisa diselamatkan dari tindak kecurangan (*fraud*) (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Ahmad Ansyori, mengatakan DJSN sudah membentuk dua kelompok kerja (pokja) yakni Teknologi dan Informasi (TI) serta *Error, Fraud And Corruption* (EFC). Pokja TI diketuai oleh Ahmad Ansyori dan EFC diketuai Asih Eka Putri. Pokja dibentuk untuk merampungkan rancangan kebijakan yang targetnya selesai Desember 2015. Kebijakan itu akan mengarah pada pembentukan regulasi yang sifatnya antisipatif terhadap kemungkinan terjadinya kejahatan, kesalahan dan korupsi dalam implementasi SJSN. Dalam merumuskan rancangan kebijakan itu pokja mempelajari bagaimana praktik di negara lain. “Kemudian itu akan dirumuskan dalam bentuk regulasi. Bentuknya nanti Peraturan Presiden (Perpres). Karena EFC itu pada dasarnya berpotensi dilakukan oleh semua pihak seperti peserta, petugas BPJS, fasilitas kesehatan dan lainnya,” kata Ansyori. Ansyori menjelaskan regulasi itu nantinya akan mengatur secara jelas terkait tentang EFC dalam pelaksanaan SJSN. Dengan begitu semua pihak terkait dapat menjadikan regulasi itu sebagai pedoman sehingga saat menjalankan tugas dan fungsinya dapat mengerti mana tindakan yang salah dan benar. “Regulasi (Perpres) itu nanti membuat batasan yang jelas mana yang dimaksud dengan EFC. Setelah regulasi itu diterbitkan kami akan melakukan sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan,” urainya. Regulasi yang sedang dibahas pokja itu menurut Ansyori akan memuat sanksi kepada pelaku EFC. Namun, bobot sanksi itu akan dimuat dalam batasan tertentu. Misalnya, untuk sanksi atas tindak korupsi maka regulasi itu tidak mengatur detail karena sudah ada peraturan lain yang khusus menangani masalah korupsi. “Perpres yang akan diterbitkan nanti tidak mengatur sanksi yang menjadi ranah aparat penegak hukum. Sanksi yang tercantum dalam Perpres itu nanti sifatnya sanksi yang ranahnya masih kewenangan kementerian teknis atau badan penyelenggara,” paparnya. Ansyori mengatakan sanksi yang ada dalam Perpres itu sifatnya administratif. Misalnya, RS melakukan melanggar ketentuan sebagaimana diatur dalam Perpres tersebut, maka sanksi yang bisa diberikan diantaranya terkait perizinan atau kerjasama. Dengan adanya peraturan itu diharapkan dapat menetapkan standar sehingga ada ketertiban dalam implementasi SJSN. Selaras itu Ansyori mengapresiasi penerbitan Permenkes 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program.

Menurutnya peraturan itu menjadi pedoman teknis untuk mengantisipasi terjadinya tindak kecurangan di bidang kesehatan (pelayanan kesehatan (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

BPJS Kesehatan Berupaya Keras Mencegah *Fraud*

Pencegahan tindak kecurangan (*fraud*) sudah diantisipasi BPJS Kesehatan sejak bernama PT Askes. Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan, Fajriadinur, mengatakan pada tahun 2013 menjelang transformasi PT Askes menjadi BPJS Kesehatan upaya mencegah tindak kecurangan (*fraud*) sudah dilakukan. Salah satu upaya yang dilakukan yakni mengundang para pemangku kepentingan terkait pencegahan *fraud* seperti divisi pencegahan KPK, akademisi, ahli dan RS yang bekerjasama menyelenggarakan Jamkesmas. “Langkah itu kami lakukan agar semua pihak sadar dan paham tentang adanya potensi *fraud* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN),” kata Fajri. Pada 2014 Fajri menjelaskan BPJS Kesehatan melakukan pembenahan internal untuk mengantisipasi terjadinya *fraud*. Guna mendukung upaya tersebut beberapa bentuk kegiatan dilakukan seperti menyelenggarakan pelatihan pencegahan dan pendeteksian *fraud*. Di tahun yang sama BPJS Kesehatan membentuk tim anti *fraud* internal yang terdiri bukan saja grup di bawah Departemen Pelayanan BPJS Kesehatan tapi juga lintas grup seperti grup manajemen resiko. “Di BPJS Kesehatan ada departemen yang *job desk*-nya anti *fraud*,” ujarnya (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Pada 2014 digelar pertemuan dewan pertimbangan medik seluruh Indonesia. Dalam kegiatan itu BPJS Kesehatan mendorong para pakar tentang *fraud*, divisi pencegahan KPK dan Kejaksaan untuk menjelaskan perihal *fraud* kepada *provider*. Kemudian BPJS Kesehatan bersama Kementerian kesehatan (Kemenkes) melakukan monitoring bersama pada akhir 2014. Hasilnya, disepakati harus ada regulasi yang mengatur pencegahan tindak kecurangan (*fraud*). “Itu yang menjadi cikal bakal diterbitkannya Permenkes No.36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional,” urai Fajri. Mencegah *fraud* secara teknis, dikatakan Fajri, pencegahan *fraud* oleh BPJS Kesehatan dilakukan secara berlapis mulai dari BPJS Center, kantor cabang, regional sampai pusat. Misalnya, dalam hal verifikasi klaim, untuk mencegah *fraud* maka saat ini

ada mekanisme *dispute claim* dan *pending claim*. Upaya itu dilakukan untuk mencegah *fraud* sebab ada *fraud* yang disebabkan karena unsur kesengajaan atau ketidaktepatan. Jika terjadi perbedaan pendapat (*dispute*) antara RS dan BPJS Kesehatan maka penyelesaiannya dibawa ke dewan pertimbangan medik atau tim kendali mutu dan kendali biaya. Jika tidak selesai maka penyelesaiannya dibawa ke level yang lebih tinggi. Misalnya, jika persoalan terkait *coding* atau memasukan kode diagnosis ke dalam klaim maka penyelesaian dibawa ke P2JK Kemenkes. Jika persoalan terkait masalah medis maka dibawa ke perhimpunan dokter spesialis. “Langkah-langkah itu yang kita tempuh dalam rangka mencegah *fraud*,” jelasnya. *Fraud* juga bisa dicegah dengan melakukan audit klaim yaitu klaim yang sudah dibayar dicek kembali secara periodik. Misalnya, apakah terjadi *read* misi antar RS atau satu orang peserta menyambangi beberapa RS untuk mendapat pelayanan kesehatan yang sama. Selain itu memperhatikan hal-hal apa yang menonjol dalam klaim tersebut, jika ditemukan hal yang signifikan dari data-data klaim yang diaudit itu maka dilakukan *review* ulang. Upaya itu disebut juga sebagai *utilitation review*. Selain itu pencegahan *fraud* dilakukan dengan cara memberi umpan balik (*feedback*) kepada fasilitas kesehatan termasuk RS. Misalnya, ada unsur ketidaksengajaan sehingga terjadi ketidaktepatan dalam mengajukan klaim maka BPJS Kesehatan mengingatkan RS untuk memperbaikinya. “Jika RS tidak melakukan pembenahan apalagi mengarah pada klaim fiktif maka BPJS Kesehatan akan memberikan peringatan tertulis sampai penghentian kerjasama,” tukasnya (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Sistem Pencegahan *Fraud*

Fajri memaparkan ada beberapa hal yang dimaksud sistem pencegahan *fraud*. Pertama, sistem itu diartikan terkait berbagai prosedur, mekanisme, petunjuk pelaksanaan dan monitoring serta evaluasi yang mencegah. Kedua, sistem informasi, selama ini BPJS Kesehatan sudah memasukan pencegahan *fraud* dalam bisnis proses dan sistem teknologi informasi (TI) sehingga bisa mendeteksi berbagai indikasi *fraud*. Ketiga, sistem pencegahan *fraud* lewat pengawasan internal yakni membentuk satuan pengawas internal (SPI). Misalnya, jika ada petugas BPJS Kesehatan yang melakukan *fraud* maka dilakukan pemeriksaan khusus. SPI memiliki instrumen yang mendeteksi indikasi *fraud* dan prosedur

pemeriksaan. Sanksi yang bisa dijatuhkan kepada petugas BPJS Kesehatan mulai dari peringatan tertulis, mutasi, penurunan pangkat (jabatan), ganti rugi dan pemberhentian baik dengan ataupun tidak hormat. Bahkan tindakan *fraud* itu bisa dibawa sampai ke ranah pidana. “Di BPJS Kesehatan ada SPI, salah satu tugasnya untuk mencegah terjadinya *fraud* oleh petugas BPJS Kesehatan,” kata Fajri. Tim anti *fraud* BPJS Kesehatan ditargetkan untuk mampu mendorong semua pemangku kepentingan baik internal dan eksternal agar paham dan mengerti apa yang dimaksud *fraud*. Tim itu juga membuat petunjuk teknis dan proses (sistem) guna mencegah *fraud*. Dari target itu Pencegahan tindak kecurangan (*fraud*) sudah diantisipasi BPJS Kesehatan sejak bernama PT Askes. Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan, Fajriadinur, mengatakan pada tahun 2013 menjelang transformasi PT Askes menjadi BPJS Kesehatan upaya mencegah tindak kecurangan (*fraud*) sudah dilakukan. Salah satu upaya yang dilakukan yakni mengundang para pemangku kepentingan terkait pencegahan *fraud* seperti divisi pencegahan KPK, akademisi, ahli dan RS yang bekerjasama menyelenggarakan Jamkesmas (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

BPJS Kesehatan berupaya keras mencegah *fraud* diharapkan indikasi *fraud* dalam program JKN semakin turun. Selain itu BPJS Kesehatan bersama Kemenkes mendorong RS untuk membentuk tim anti *fraud*. Jika tim itu sudah dibentuk maka RS tersebut bisa fokus membangun sistem pencegahan *fraud*. Sampai saat ini Fajri menilai RS dan asosiasi profesi seperti IDI dan PDGI berkomitmen untuk mewujudkan itu. Kemudian ketika sistem pencegahan *fraud* di RS sudah terbentuk maka perlu terkoneksi dengan sistem. Secara teknis, dikatakan Fajri, pencegahan *fraud* oleh BPJS Kesehatan dilakukan secara berlapis mulai dari BPJS Center, kantor cabang, regional sampai pusat. Misalnya, dalam hal verifikasi klaim, untuk mencegah *fraud* maka saat ini ada mekanisme *dispute claim* dan *pending claim*. Upaya itu dilakukan untuk mencegah *fraud* sebab ada *fraud* yang disebabkan karena unsur kesengajaan atau ketidaktepatan. Jika terjadi perbedaan pendapat (*dispute*) antara RS dan BPJS Kesehatan maka penyelesaiannya dibawa ke dewan pertimbangan medik atau tim kendali mutu dan kendali biaya. Jika tidak selesai maka penyelesaiannya dibawa ke level yang lebih tinggi. Misalnya, jika persoalan terkait *coding* atau memasukan kode diagnosis ke

dalam klaim maka penyelesaian dibawa ke P2JK Kemenkes. Jika persoalan terkait masalah medis maka dibawa ke perhimpunan dokter spesialis. “Langkah-langkah itu yang kita tempuh dalam rangka mencegah *fraud*,” jelasnya. *Fraud* juga bisa dicegah dengan melakukan audit klaim yaitu klaim yang sudah dibayar dicek kembali secara periodik. Misalnya, apakah terjadi readmisi antar RS atau satu orang peserta menyambangi beberapa RS untuk mendapat pelayanan kesehatan yang sama. Selain itu memperhatikan hal-hal apa yang menonjol dalam klaim tersebut, jika ditemukan hal yang signifikan dari data-data klaim yang diaudit itu maka dilakukan review ulang. Upaya itu disebut juga sebagai *utilitation review*. Selain itu pencegahan *fraud* dilakukan dengan cara memberi umpan balik (feedback) kepada fasilitas kesehatan termasuk RS. Misalnya, ada unsur ketidaksengajaan sehingga terjadi ketidaktepatan dalam mengajukan klaim maka BPJS Kesehatan mengingatkan RS untuk memperbaikinya. “Jika RS tidak melakukan pembenahan apalagi mengarah pada klaim fiktif maka BPJS Kesehatan akan memberikan peringatan tertulis sampai penghentian kerjasama,” tukasnya. Sistem Pencegahan *Fraud* Fajri memaparkan ada beberapa hal yang dimaksud sistem pencegahan *fraud* (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Pertama, sistem itu diartikan terkait berbagai prosedur, mekanisme, petunjuk pelaksanaan dan monitoring serta evaluasi yang mencegah. Kedua, sistem informasi, selama ini BPJS Kesehatan sudah memasukan pencegahan *fraud* dalam bisnis proses dan sistem teknologi informasi (TI) sehingga bisa mendeteksi berbagai indikasi *fraud*. Ketiga, sistem pencegahan *fraud* lewat pengawasan internal yakni membentuk satuan pengawas internal (SPI). Misalnya, jika ada petugas BPJS Kesehatan yang melakukan *fraud* maka dilakukan pemeriksaan khusus. SPI memiliki instrumen yang mendeteksi indikasi *fraud* dan prosedur pemeriksaan. Sanksi yang bisa dijatuhkan kepada petugas BPJS Kesehatan mulai dari peringatan tertulis, mutasi, penurunan pangkat (jabatan), ganti rugi dan pemberhentian baik dengan ataupun tidak hormat. Bahkan tindakan *fraud* itu bisa dibawa sampai ke ranah pidana. “Di BPJS Kesehatan ada SPI, salah satu tugasnya untuk mencegah terjadinya *fraud* oleh petugas BPJS Kesehatan,” kata Fajri. Tim anti *fraud* BPJS Kesehatan ditargetkan untuk mampu mendorong semua pemangku kepentingan baik internal dan eksternal agar paham dan mengerti apa

yang dimaksud *fraud*. Tim itu juga membuat petunjuk teknis dan proses (sistem) guna mencegah *fraud*. Dari target itu Pencegahan tindak kecurangan (*fraud*) sudah diantisipasi BPJS Kesehatan sejak bernama PT Askes. Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan, Fajriadinur, mengatakan pada tahun 2013 menjelang transformasi PT Askes menjadi BPJS Kesehatan upaya mencegah tindak kecurangan (*fraud*) sudah dilakukan. Salah satu upaya yang dilakukan yakni mengundang para pemangku kepentingan terkait pencegahan *fraud* seperti divisi pencegahan KPK, akademisi, ahli dan RS yang bekerjasama menyelenggarakan Jamkesmas. “Langkah itu kami lakukan agar semua pihak sadar dan paham tentang adanya potensi *fraud* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN),” kata Fajri. Pada 2014 Fajri menjelaskan BPJS Kesehatan melakukan pembenahan internal untuk mengantisipasi terjadinya *fraud*. Guna mendukung upaya tersebut beberapa bentuk kegiatan dilakukan seperti menyelenggarakan pelatihan pencegahan dan pendeteksian *fraud*. Di tahun yang sama BPJS Kesehatan membentuk tim anti *fraud* internal yang terdiri bukan saja grup di bawah Departemen Pelayanan BPJS Kesehatan tapi juga lintas grup seperti grup manajemen resiko. “Di BPJS Kesehatan ada departemen yang job desknya anti *fraud*,” ujarnya (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Pada 2014 digelar pertemuan dewan pertimbangan medik seluruh Indonesia. Dalam kegiatan itu BPJS Kesehatan mendorong para pakar tentang *fraud*, divisi pencegahan KPK dan Kejaksaan untuk menjelaskan perihal *fraud* kepada provider. Kemudian BPJS Kesehatan bersama Kementerian kesehatan (Kemenkes) melakukan monitoring bersama pada akhir 2014. Hasilnya, disepakati harus ada regulasi yang mengatur pencegahan tindak kecurangan (*fraud*). “Itu yang menjadi cikal bakal diterbitkannya Permenkes No.36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*). Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional,” urai Fajri diharapkan indikasi *fraud* dalam program JKN semakin turun. Selain itu BPJS Kesehatan bersama Kemenkes mendorong RS untuk membentuk tim anti *fraud*. Jika tim itu sudah dibentuk maka RS tersebut bisa fokus membangun sistem pencegahan *fraud*. Sampai saat ini Fajri menilai RS dan asosiasi profesi seperti IDI dan PDGI berkomitmen untuk mewujudkan itu. Kemudian ketika sistem pencegahan *fraud*

di RS sudah terbentuk maka perlu terkoneksi dengan sistem pencegahan *fraud* BPJS Kesehatan. Dengan begitu maka BPJS Kesehatan dan RS bisa aktif dan bersinergi secara baik mencegah *fraud* lewat sistem tersebut. “Kedepan perlu ada *pilot project* di sebuah RS untuk menerapkan penggabungan sistem anti *fraud* itu,” tandas Fajri (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Fajri menyebut kendali mutu dan biaya tidak bisa dipisahkan. Adanya standar kendali mutu dan biaya sangat membantu pencegahan *fraud*. Sebab dengan standar itu maka para pihak terkait bisa membedakan mana tindakan yang masuk kategori kecurangan (*fraud*) atau tidak. “Jika kendali mutu dan biaya berjalan baik otomatis bisa mencegah *fraud*. Sebab *fraud* itu artinya melakukan hal-hal tertentu untuk kepentingan sepihak yang menyalahi standar prosedur, kualitas dan pembiayaan yang ada,” tegasnya. Oleh karena itu standar kendali mutu dan biaya sangat penting untuk mencegah *fraud*. Sebab dengan standar itu setiap tindakan yang dilakukan mengacu standar yang telah ditetapkan. Misalnya, standar pelayanan, dengan standar yang ada maka penanganan setiap diagnosa penyakit mengikuti standar tersebut. Fajri menilai sampai saat ini kendali mutu dan biaya itu sudah berjalan baik jika dilihat dari indikator proses dan output. Untuk indikator proses, sudah banyak provider BPJS Kesehatan yang membuat berbagai standar panduan klinis baik itu di pelayanan dokter umum, spesialis dan lain sebagainya. BPJS Kesehatan memantau implementasinya di berbagai RS yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan di seluruh Indonesia (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Kesadaran semua pihak dibutuhkan untuk mencegah *fraud*. Mencegah kecurangan (*fraud*) jadi salah satu tantangan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional/Kartu Indonesia Sehat (JKN/KIS) yang diselenggarakan BPJS Kesehatan. Salah satu dampak tindak kecurangan itu berdampak mengganggu kesehatan keuangan BPJS Kesehatan karena dana yang dibayar untuk memberikan manfaat kepada peserta menjadi sangat besar. Jika hal ini terus terjadi, maka keuangan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan akan terganggu, bahkan sustainabilitas program JKN/KIS yang baru berjalan 2 tahun menjadi terancam. Peraturan Menteri Kesehatan No.36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem

Jaminan Sosial Nasional mendefinisikan *fraud* sebagai tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam SJSN melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. Atas dasar itu bisa dipastikan *fraud* dalam program JKN/ KIS sangat merugikan semua pihak mulai dari BPJS Kesehatan sampai seluruh masyarakat Indonesia. Bahkan ada yang menyebut *fraud* dalam JKN merugikan negara. Oleh karenanya perlu upaya serius dan komitmen semua pihak untuk mencegah terjadinya *fraud* dalam program JKN/KIS (INFOBPJS Kesehatan, 2015).

Untuk mencari gagasan-gagasan dalam rangka mencegah *fraud*, Info BPJS Kesehatan berkesempatan melakukan wawancara dengan Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada, Laksono Trisnantoro. Berikut ini hasil wawancaranya

a. Apa penyebab terjadinya *fraud*?

Secara umum *fraud* terjadi karena sistem kesehatan yang berjalan menggunakan jaminan dalam bentuk klaim. Dalam program JKN/KIS, BPJS Kesehatan membayar pelayanan yang telah diberikan fasilitas kesehatan seperti RS ke peserta dengan berbasis klaim. Klaim yang disusun itu berdasarkan berbagai kode tindakan. Kode tindakan itu dapat dimanipulasi sehingga menguntungkan oknum di RS (Trisnantoro, 2015).

b. Apa bentuk kerugian yang ditimbulkan akibat *fraud*?

Akibat *fraud* itu BPJS Kesehatan membayar klaim lebih besar dari yang seharusnya. Perilaku *fraud* itu merupakan tindakan yang bisa menular. Jika ada pelaku *fraud* yang tidak terdeteksi dan tidak ditindak, itu akan menjadi contoh bagi pihak lain untuk melakukan *fraud*. Tanpa pencegahan dan penindakan maka kerugian yang timbul akibat *fraud* akan terus menumpuk dan membesar (Trisnantoro, 2015).

c. Kenapa *fraud* berpotensi terjadi dalam program JKN/KIS?

Ada yang beranggapan tindakan itu sebagai bentuk kompensasi karena persepsi pemberi layanan terhadap besaran tarif yang ada di INA-CBGs di nilai rendah. Sehingga kecurangan dilakukan untuk menutupi kekurangan

besaran tarif INA CBGs itu. Motivasi mencari 'keuntungan ekonomi' merupakan naluri dasar manusia. Selain itu belum berjalannya penindakan juga berpotensi memunculkan *fraud* dalam JKN (Trisnantoro, 2015).

d. Dimana potensi paling rawan terjadinya *fraud*?

Salah satu titik paling rawan potensi *fraud* dalam program JKN/KIS itu ada di tingkat fasilitas kesehatan (faskes). Kalau BPJS Kesehatan sendiri relatif baik pengawasannya karena yang mengawasi itu internal dan eksternal (DJSN, OJK). Untuk faskes seperti fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) paling rawan melakukan rujukan yang tidak perlu. Sementara di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) paling rawan melakukan penulisan kode diagnosis yang berlebihan (*upcoding*). Potensi rawan *fraud* juga terjadi dalam hal klaim yang dibayar BPJS Kesehatan ke RS. Sebab klaim yang dibayar BPJS Kesehatan mengacu paket tarif INA-CBGs tanpa batas atas. Ini terjadi karena aturan mainnya belum jelas, JKN/KIS ini program besar tapi regulasinya minim (Trisnantoro, 2015).

e. Apakah peraturan perundang-undangan yang ada saat ini sudah baik dalam mencegah *fraud*?

UU SJSN dan UU BPJS tidak mengatur secara jelas dan rinci tentang penipuan atau *fraud*. Kedua regulasi itu hanya menekankan pada kendali mutu dan biaya. Padahal dalam setiap skema asuransi potensi *fraud* itu pasti ada. Apalagi asuransi kesehatan yang pelaksanaannya sangat rumit. Bahkan sekalipun regulasi yang ada untuk mencegah dan menindak *fraud* sangat kuat, seperti yang ada di Amerika Serikat (AS), tetap saja tidak bisa 100 persen mencegah *fraud*. Oleh karena itu dibutuhkan regulasi yang ketat mengatur guna meminimalisir terjadinya *fraud* dalam program JKN/KIS (Trisnantoro, 2015).

f. Bagaimana dengan Permenkes No.36 Tahun 2015, apakah ketentuan yang termaktub didalamnya cukup baik mencegah *fraud*?

Untuk saat ini Permenkes No.36 Tahun 2015 sudah cukup bagus walau memang masih perlu disempurnakan. Apalagi peraturan itu hanya menjatuhkan sanksi administratif saja bagi pelaku *fraud*. Harus ada sanksi yang lebih tegas lagi untuk mencegah agar orang tidak berani melakukan

fraud dalam program JKN/KIS. Permenkes No.36 Tahun 2015 mengamanatkan para pihak terkait untuk membentuk sistem dan tim pencegahan *fraud* (Trisnantoro, 2015).

g. Apakah cara itu efektif mencegah *fraud*?

Permenkes itu menunjuk Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan sebagai pihak ketiga ketika terjadi perbedaan pendapat antara BPJS Kesehatan dan faskes ketika terjadi indikasi *fraud*. Praktiknya nanti pihak ketiga itu dituntut untuk sanggup mendeteksi indikasi *fraud*. Dibutuhkan kemampuan yang baik agar hal itu bisa dilakukan karena teknik-teknik *fraud* itu tergolong canggih dan masuk di ranah kejahatan kerah putih. Di negara lain seperti AS, investigasi terhadap indikasi *fraud* dilakukan oleh institusi profesional dibidang investigasi yaitu FBI. Untuk itu guna mengusut *fraud* yang terjadi dalam JKN/KIS perlu dibentuk tim investigasi independen yang ada di setiap provinsi. Hasil kerja tim independen itu pasti lebih diterima oleh pihak yang berselisih dalam perkara dugaan terjadinya *fraud* (Trisnantoro, 2015).

h. Adakah cara efektif untuk mencegah *fraud*?

Paling penting itu kesadaran semua pihak terhadap *fraud*. Jangan sampai para pihak terkait tidak menyadari adanya potensi *fraud*, apalagi menyangkalnya.

Jika kesadaran itu tidak ada maka merugikan kita semua karena *fraud* terus terjadi. Akibatnya klaim yang dibayar BPJS Kesehatan sangat besar sehingga membuat kesehatan keuangan BPJS Kesehatan menjadi buruk. Di AS kerugian akibat *fraud* ditaksir sekitar 5-10 persen. Jumlah itu sangat besar. Padahal regulasi pencegahan dan penindakan *fraud* di AS relatif ketat, tapi tetap saja belum ampuh menangkal *fraud*. Dikhawatirkan jumlah kerugian akibat *fraud* Indonesia lebih tinggi ketimbang disana mengingat indeks korupsi di Indonesia masih tinggi. Oleh karena itu harus ada regulasi yang memberi batasan atau standar yang jelas untuk membedakan mana tindakan yang dikategorikan *fraud* atau tidak. Jika itu tidak dilakukan maka tindak kecurangan yang terjadi akan terus menumpuk dan bisa saja suatu saat aparat penegak hukum mengusutnya. Permenkes No.36 Tahun 2015 mengatur sanksi administratif bagi pelaku *fraud* (Trisnantoro, 2015).

i. Menurut anda apakah sanksi administrasi itu cukup untuk mencegah *fraud*? Saya kurang yakin sanksi administratif itu berjalan sesuai harapan karena regulasi kita saat ini di bidang kesehatan tidak ketat, terutama terkait pengawasan. Tapi sanksi administratif itu harus ditegakkan sebagaimana aturan. Selain itu penerapan sanksi administratif harus sinergis dengan pidana. Kedepan, harus dibuat regulasi khusus yang mengatur tentang *fraud*, bentuknya bisa berupa UU Anti *Fraud* dalam Pelayanan Kesehatan. Itu penting karena ketentuan KUHP yang bisa dikenakan kepada pelaku *fraud* sifatnya karet karena ketentuan itu sesungguhnya hanya ditujukan untuk penipuan yang sifatnya umum, tidak khusus menasar *fraud* (Trisnantoro, 2015).

j. Adakah praktik sistem anti *fraud* di negara lain yang bisa diadopsi di Indonesia?

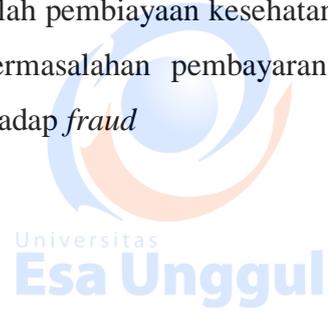
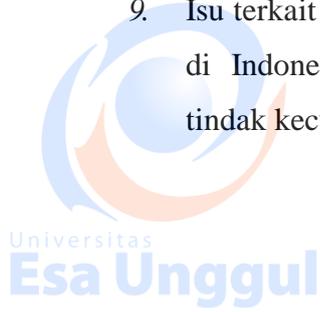
Kita kan menggunakan INA-CBGs, itu DRG nya berasal dari AS dan Australia. Dari kedua negara itu kita bisa belajar bagaimana menerapkan sistem anti *fraud*. Regulasi yang mereka gunakan perlu diadopsi dan disesuaikan untuk digunakan di Indonesia. Sejumlah aturan pencegahan *fraud* yang diatur dalam regulasi itu diantaranya bagaimana peran institusi terkait seperti departemen kesehatan dan kejaksaan dalam rangka mencegah *fraud* (Trisnantoro, 2015).



5. RANGKUMAN

1. Subsistem Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan sumberdaya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (ID Kesehatan. 2007).
2. Tujuan subsistem pembiayaan kesehatan dalam ID Kesehatan (2007) adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
3. Aspek-aspek yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan terdiri dari: (1) Aspek perilaku manusia dalam pembiayaan pelayanan kesehatan dan (2) Aspek ekonomi dalam pembiayaan pelayanan kesehatan.
4. Variabel-variabel yang Menentukan Situasi Pembiayaan Kesehatan di Masa Mendatang. Variabel ini terdiri dari: (1) Variabel demografi; (2) Variabel ekonomi; (3) Variabel status kesehatan; dan (4) Variabel kebijakan.
5. Pembiayaan pelayanan kesehatan yaitu: (1) Prinsip pembiayaan kesehatan Indonesia; (2) Sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia; dan (3) Pembelanjaan kesehatan nasional; (4) Pembayaran pelayanan kesehatan; (5) Perundang-undangan pokok.
6. Mekanisme biaya pelayanan kesehatan ada dua yakni: (1) Peran sistem pelayanan kesehatan; dan (2) Pemecahan masalah.
7. Pembiayaan dan status kesehatan Masalah biaya kesehatan (Rumah Sakit, dokter, obat, dan lain-lainnya), sejak beberapa tahun terakhir telah banyak menarik perhatian, tidak saja di kalangan dunia kedokteran, namun juga terjadi di kalangan umum. Hal ini terjadi baik di dalam negeri maupun luar negeri. Masalah kesehatan di dunia, ditandai dengan semakin besarnya biaya kesehatan.
8. Pihak-Pihak Terkait Pembiayaan Kesehatan menurut WHO (2008) yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Pemerintah Daerah, Non-Departemen Kesehatan.

9. Isu terkait Pembiayaan Kesehatan mengenai masalah pembiayaan kesehatan di Indonesia yakni mengenai BPJS berupa permasalahan pembayaran, tindak kecurangan atau *fraud* dan pencegahan terhadap *fraud*



6. DAFTAR PUSTAKA

Adeheryana. 2016. *Pembiayaan Kesehatan (health Financing)*. (Online). http://adeheryana.weblog.esaunggul.ac.id/wp-content/uploads/sites/5665/2016/01/Ade-Heryana_Pembiayaan-Kesehatan.pdf. Diakses 2 Maret 2017

Australia Indonesia Partnership for Health System Strengthening (AIPHSS). Tanpa tahun. (Online). <http://aiphss.org/id/national-health-accounts-nha-reference-for-health-financing/>. Diakses 2 Maret 2017

Australia Indonesia Partnership for Health System Strengthening (AIPHSS). Tanpa tahun. *Pendanaan Kesehatan: Meningkatkan Efektifitas Pembiayaan Kesehatan*. (Online). <http://aiphss.org/id/health-financing-increasing-the-effectiveness-of-health-financing/>. Diakses 2 Maret 2017

Baitanu, Y Maria. 2014. KAJIAN PENERAPAN ILMU EKONOMI DALAM BIDANG KESEHATAN. (online) diakses dari https://www.academia.edu/12152954/KAJIAN_PENERAPAN_ILMU_EKONOMI_DALAM_BIDANG_KESEHATAN pada tanggal 19 Februari 2017

Buchbinder, S., dan Shanks, N. 2016. *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Departemen Kesehatan R.I. 2005. *Rencana Strategi Departemen Kesehatan*. (Online), (<http://repository.ui.ac.id/dokumen/lihat/3191.pdf>) diakses pada 18 Februari 2017

Departemen Kesehatan R.I. 2014. *Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan Tahunan 2014*. (Online), (http://www.depkes.go.id/resources/download/laporan/neraca/CALK_01%20ORINGKASAN-LK%20Audited-2014-Final.pdf) diakses pada 18 Februari 2017

Dinas Kesehatan Kota Mataram. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014*. (Online), (<http://dinkes.mataramkota.go.id/wp-content/uploads/2016/05/PMK-No.-28-Th-2014-ttg-Pedoman-Pelaksanaan-Program-JKN.pdf>) diakses 3 Maret 2017

Dwicaksono, A, Nurman, A, Muluk, S, Wulandari, dan Ramdan, D. 2010. *Analisis Pembiayaan Jaminan Kesehatan di Daerah: Panduan Praktis untuk Elemen Masyarakat Sipil, Pemerintah Daerah, & DPRD*. (online). (<http://inisiatif.org>) diakses pada 17 Februari 2017.

Hermana & Adisasmito. 2006. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Tahun 2006. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Vol. 09 No. 3 (134-145). (Online). <https://jurnal.ugm.ac.id/jmpk/article/download/2746/2468>. Diakses pada 18 Februari 2017

Heryana, Ade. 2016. *Pembiayaan Kesehatan (Health Financing)*. (Online), (http://adeheryana.weblog.esaunggul.ac.id/wp-content/uploads/sites/5665/2016/01/Ade-Heryana_Pembiayaan-Kesehatan.pdf) diakses 3 Maret 2017

ID Kesehatan. 2007. *Bab V Subsistem Pembiayaan Kesehatan*. (Online) diakses dari <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/799/9/GSKN-BAB5-SUBSISPBIAYAANKES.pdf> pada tanggal 15 Februari 2017

Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2015. *Kursus Kelas Jauh: Dinamika Pembiayaan Kesehatan di Tahun 2015-2016: Menyiapkan Respon Pengurus Daerah IAKMI Sebagai Antisipasi Kenaikan Anggaran Kesehatan Pemerintah Pusat*. (Online). <http://www.iakmi.or.id/web/index.php/publikasi-dan-informasi/pengumuman/82-kursus-kelas-jauh-dinamika-pembiayaan-kesehatan-di-tahun-2015-2016>. Diakses 2 Maret 2017

INFOBPJS Kesehatan. 2015. *Tidak Kecurangan (Fraud) Merugikan Program JKN (Negara). 'Media Internal Resmi BPJS Kesehatan'*. Edisi 29. November.

Kementerian Kesehatan R.I. 2014. *Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK)*. (Online),

(<http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduh/LAKIP%202014%20.pdf>) diakses pada 18 Februari 2017

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *BUKU PEGANGAN SOSIALISASI: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. (Online) (<http://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan-sosialisasi-jkn.pdf>), Diakses 17 Februari 2017

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Pembiayaan Kesehatan Dan Cakupan Kesehatan Semesta*. (Online), (Policy-notes-Bahasa-WEB-PEMBIAYAAN-KESEHATAN-DAN-CAKUPAN-KESEHATAN-SEMESTA-K.-NOTA-KEBIJAKAN-1) diakses 3 Maret 2017

Komisi untuk Orang Hilang dan Korban Tindak Kekerasan (Kontras). *JKN, Hak atas Kesehatan dan Kewajiban Negara*. <https://www.kontras.org/buletin/indo/bpjs.pdf> diakses pada 15 Februari 2017.

Malik, Ridwan. 2002. *Pembiayaan Kesehatan di Indonesia*. (Online), (<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/view/1556>) diakses pada 18 Februari 2017

Pelayanan Jakarta. 2015. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009*. (Online), (<http://pelayanan.jakarta.go.id/download/regulasi/undang-undang-nomor-36-tahun-2009-tentang-kesehatan.pdf>) diakses 3 Maret 2017

Rianti, Afni, dkk. 2012. *Kemampuan dan kemauan membayar pasien terhadap pelayanan rawat inap rsud dr. Rasidin padang. Padang : unpad (online)* (http://repository.unpad.ac.id/15026/1/pustaka_unpad_kemampuan_dan-kemauan_membayar_pasien.pdf) diakses pada 28 Februari 2017

Sihombing, Rien Glory dan R. Thinni Nurul. 2013. *Dampak Pembiayaan Kesehatan terhadap Ability To Pay dan Catastrophic Payment*. Surabaya : UNAIR (online)

(http://journal.unair.ac.id/filerPDF/1.%20Rien%20Gloria%20Sihombing_JAKIv1n1.pdf) diakses pada 28 Februari 2017

Suhardi. 2014. Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kemauan Masyarakat Menjadi Peserta JPKM Mandiri di Wilayah Kota Salatiga. Salatiga : Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia (online) https://www.google.co.id/url?q=http://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/download/12698/9519&sa=U&ved=0ahUKEwiMq7Liq7TSAhVEkp_QKHR31CEIQFggQMAQ&usq=AFQjCNFe6RQc77aSkTugOeozEm28h4fCA. Diakses 28 Februari 2017

Sulastomo. 2003. Manajemen Kesehatan. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

The World Bank. 2007. Kajian Pengeluaran Publik Indonesia: Memaksimalkan Peluang Baru. (Online). <http://siteresources.worldbank.org/INTINDONESIA/Resources/226271-1168333550999/PER-bahasa.pdf>. Diakses 3 Maret 2017

Universitas Sumatra Utara. 2011. Pembiayaan Kesehatan. (Online), <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/50456/4/Chapter%20II.pdf>. diakses 17 Februari 2017

WHO. 2008. *Health Systems Financing*. (Online), (http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Financing.pdf) diakses pada 17 Februari 2017

Universitas
Esa Unggul

7. TUGAS MANDIRI

Setelah mengetahui bagaimana mekanisme pembiayaan kesehatan di Indonesia dan luar negeri, bagaimana mekanisme pembiayaan kesehatan di daerah lingkunganmu? Sudah sesuaikah dengan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia?

8. TES FORMATIF

Tipe A

1. Informasi pengeluaran anggaran, neraca, catatan dan keuangan di bidang kesehatan dapat diketahui melalui
 - a. DPR
 - b. BPK
 - c. Departemen Kesehatan
 - d. Kementerian Keuangan
 - e. BUMN
2. Upaya yang dilakukan Departemen Kesehatan dana guna menjamin ketersediaan sumberdaya pembiayaan kesehatan adalah
 - a. Menyusun laporan rutin
 - b. Menyusun Organisasi dan Tata Kerja
 - c. Melakukan pinjaman bantuan luar negeri
 - d. Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada semua penyandang dana, baik pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta.
 - e. Merealisasikan anggaran, neraca, catatan dan keuangan
3. Bagi negara-negara berkembang, penanganan kasus-kasus medis pada tingkat pertama dilaksanakan oleh...
 - a. Dokter
 - b. Perawat
 - c. Masyarakat sendiri
 - d. Bidan
 - e. Rekam medis

4. Yang dimaksud dengan imbalan jasa *fee for services system* adalah...
 - a. Imbalan jasa sesuai dengan frekuensi kunjungan akan menelan biaya yang besar
 - b. Sistem pemberian imbalan jasa yang tidak tergantung frekuensi kunjungan, tetapi berdasarkan jumlah tetap yang tergantung dari jumlah jiwa yang ditanggung
 - c. Menerapkan kesehatan personal beserta teknologinya sesuai kebutuhan masyarakat
 - d. Masyarakat dengan pelayanan kesehatan yang sepenuhnya dijamin oleh perusahaan akan selalu ada kecenderungan menghabiskan biaya yang terlalu besar karena tidak ada risiko pembiayaan atau beban pribadi
 - e. Berlebihnya fasilitas dan seringnya penggunaan pelayanan kesehatan berdampak pada biaya pemeliharaan kesehatan yang makin meningkat
5. CMS adalah singkatan dari...
 - a. Centers for medicare and medicaid services
 - b. Centers for medicare and medicaid system
 - c. Centers for medicare system
 - d. Centers for medicaid services
 - e. Centers for medical services
6. Dana pribadi lain diantaranya mencakup rekening pengeluaran biaya kesehatan disebut dengan...
 - a. HMO
 - b. POS
 - c. PPO
 - d. HSA
 - e. SCHIP
7. Prinsip-prinsip dalam subsistem Pembiayaan Kesehatan adalah menurut ID Kesehatan, 2007...
 - a. Jumlah dana untuk kesehatan yang tersedia harus cukup
 - b. Dana perseorangan
 - c. Dana asuransi

- d. Dana Pinjaman
 - e. Dana sponsor
8. Apa yang menyebabkan perencanaan yang baik tetap mengalami kegagalan dalam pembiayaan kesehatan
- a. Faktor sistem
 - b. Faktor manusia yang tidak cermat
 - c. Faktor perilaku
 - d. Faktor Ekonomi
 - e. Faktor budaya
9. Konflik yang terjadi karena tingkah laku manusia dalam pembiayaan kesehatan dapat diatasi dengan
- a. Diterapkannya keseimbangan antara hak dan kewajiban
 - b. Adanya kesadaran diri individu
 - c. Sumber Daya Manusia yang meningkat
 - d. Memiliki pengalaman yang banyak
 - e. Adanya penerapan pendidikan dan sumber daya manusia yang tinggi
10. Apa saja yang terdapat didalam variabel demografi dalam mengatasi situasi pembiayaan kesehatan masa mendatang
- a. Jumlah penduduk yang lahir mati dan lahir hidup
 - b. Jumlah penduduk
 - c. Luas wilayah
 - d. Letak geografis
 - e. Letak astronomis wilayah
11. Penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah berhasil di himpun baik yang bersumber dari pemerintah, masyarakat, maupun swasta disebut...
- a. Penggalian dana
 - b. Alokasi dana
 - c. Pembelanjaan
 - d. Penganggaran
 - e. Pembiayaan

12. Berikut yang bukan merupakan variabel yang menentukan situasi pembiayaan kesehatan dimasa mendatang menurut Dwicaksono dkk adalah...

- a. Vareabel jenis pelayanan kesehatan
- b. Vareabel ekonomi
- c. Vareabel status kesehatan
- d. Vareabel kebijakan
- e. Vareabel demografi

13. Dari segi pembiayaan menghasilkan apa yang disebut “*The Law of Medical Money*”. Maksud dari pernyataan tersebut adalah...

- a. Bahwa dalam hubungan dokter pasien akan selalu ada hal-hal ketidakpastian
- b. Bahwa biaya kesehatan akan naik sampai batas kemampuan keuangan kita
- c. Bahwa seseorang sakit karena kemiskinan dan orang miskin akan sakit
- d. Bahwa terdapat variasi dari beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang di setiap negara
- e. Bahwa faktor yang memperngaruhi pembiayaan kesehatan daerah adalah kemampuan menyajikan informasi alur pembiayaan kesehatan termasuk informasi sumber dana.

14. Dalam upaya untuk mencegah kenaikan biaya pelayanan kesehatan, terdapat pendekatan ekonomi. Yang dimaksud dengan pendekatan ekonomi ialah...

- a. menumbuhkan insentif keuangan pada provider sehingga menumbuhkan mekanisme kontrol internal yang baik serta efiseinsi biaya dan orientasi pencegahan
- b. biaya investasi yang kecil dan dari segi manajemen tidak terlalu sukar
- c. mengupayakan agar semua pihak punya *cost conciousness* atau sadar biaya
- d. memungkinkan asuransi kesehatan benar-benar sebagai *Health Insurance* dan bukan sebagai *Sickness Insurance*

e. perusahaan asuransi kesehatan akan memiliki fasilitas pelayanan kesehatan sendiri.

15. Menurut Aaron Wildawsky, faktor tidak dominan yang dapat mempengaruhi status kesehatan masyarakat adalah

- a. Kebiasaan makan
- b. Pelayanan kesehatan
- c. Kebiasaan merokok
- d. Lingkungan
- e. Faktor sosial-budaya

16. Siapakah yang mengemukakan kalimat “*people are sick, because they are poor – they become poorer because they are sick – and they become sicker, because they are poorer*”?

- a. Aaron Wildawsky
- b. Sulastomo
- c. *International Social Security Association (ISSA)*
- d. Gunnar Myrdall
- e. *The Law of Medical Money*

17. CMS adalah singkatan dari...

- a. Centers for medicare and medicaid services
- b. Centers for medicare and medicaid system
- c. Centers for medicare system
- d. Centers for medicaid services
- e. Centers for medical services

18. Dana pribadi lain diantaranya mencakup rekening pengeluaran biaya kesehatan disebut dengan...

- a. HMO
- b. POS
- c. PPO
- d. HSA
- e. SCHIP

19. Dalam mekanisme biaya pelayanan kesehatan, peran sistem kesehatan terdiri dari...

- a. Infrastruktur klinis
- b. Aspek *financial*
- c. Aspek kesehatan
- d. Tenaga kesehatan
- e. Bangunan kesehatan

20. Beberapa aspek dalam variabel demografi yang akan mempengaruhi pengeluaran pembiayaan antara lain..

- a. Jumlah penduduk, komposisi penduduk, laju bersih pertumbuhan penduduk
- b. Usia produktif penduduk, komposisi penduduk, laju bersih pertumbuhan penduduk
- c. Jumlah penduduk, komposisi penduduk, laju bersih perekonomian
- d. Jumlah penduduk, komposisi penduduk, biaya kesehatan
- e. Jumlah penduduk, Angka inflasi, laju bersih pertumbuhan penduduk

21. Sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan disebut dengan...

- a. Iuran jaminan kesehatan
- b. Pembayaran
- c. Penarikan tagihan kesehatan
- d. Bantuan sosial
- e. Bantuan kesehatan

22. Besarnya Iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui.....

- a. Peraturan presiden
- b. Keputusan ppresiden
- c. Peraturan pemerintah
- d. Keputusan menteri kesehatan
- e. Undang-undang dasar

23. Dalam sistem pelayanan kesehatan, biasanya pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak ke tiga. Disini dikenal apa yang disebut..

- a. *indirect medical care pattern.*
- b. *Oveutilization*

- c. *care pattern*
- d. *direct medical*
- e. Pelayanan kesehatan

24. Dalam pelayanan kesehatan dikenal dengan *the Medical Uncertainly Principle*. Yakni bahwa dalam hubungan dokter-pasien akan selalu ada hal-hal ketidakpastian. Ketidakpastian ini bersumber baik dari...

- a. Dokter ke dokter
- b. Dokter maupun pasien
- c. Pasien ke pasien
- d. Dokter
- e. Pasien

Tipe B

1. 1) Kepala Sub Bidang Jaminan Kesehatan Penerima Upah dan Sukarela
- 2) Kepala Sub Bidang Pengembangan Perhitungan Biaya Kesehatan
- 3) Kepala Sub Bagian Program dan Anggaran
- 4) Kepala Sub Bidang Analisis Pemanfaatan Biaya Kesehatan

Yang termasuk dalam susunan struktur Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan berdasarkan PERMENKES No. 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan sub bidang pembiayaan kesehatan adalah

- a. 1 dan 3 benar
- b. 2 dan 4 benar
- c. 1,2 dan 3 benar
- d. 4 benar
- e. Semua benar

2. 1) Departemen Kesehatan
- 2) Departemen Keuangan
- 3) Pemerintah daerah
- 4) Badan Pengawas Keuangan

Pihak-pihak yang terlibat dalam pembiayaan kesehatan menurut WHO:

- a. 1 dan 3 benar
- b. 2 dan 4 benar

- c. 1,2 dan 3 benar
 - d. 4 benar
 - e. Semua benar
3. Pemecahan masalah dalam kasus mekanisme pembiayaan kesehatan

- 1. Menyederhanakan jumlah/ jenis obat
- 2. Dari segi *health provider* juga perlu disadari bahwa pelayanan kesehatan selalu mempunyai fungsi sosial
- 3. Menumbuhkan sistem pelayanan kesehatan yang lebih efisien dengan menciptakan peraturan-peraturan atau sistem yang dapat memagari pemborosan
- 4. Perusahaan menjamin pelayanan kesehatan bagi karyawan maupun keluarga juga perlu melakukan penilaian terhadap pelayanan yang diberikan

Berdasarkan pernyataan diatas, manakah pemecahan masalah yang tepat?

- a. 1 dan 3 benar
 - b. 2 dan 4 benar
 - c. 1, 2, dan 3 benar
 - d. 4 benar
 - e. Semua benar
4. Masalah biaya pelayanan kesehatan menurut Sulastomo (2003)

- a. Tersedianya infrastruktur
- b. Aspek finansial
- c. Aspek teknologi
- d. Jumlah pasien

Masalah yang menjadi pertimbangan dalam peran sistem pelayanan kesehatan adalah...

- a. 1 dan 3 benar
- b. 2 dan 4 benar
- c. 1, 2, dan 3 benar
- d. 4 benar
- e. Semua benar

5. Berikut uraian pembelanjaan nasional di bidang kesehatan:

1. Bangunan dan perlengkapan
2. Layanan RS
3. Penelitian
4. Jasa dokter
5. Jasa perawat

Urutan pengeluaran dari yang kecil ke yang besar adalah...

- a. 1, 2, dan 3
- b. 5, 4, dan 3
- c. 3, 5, dan 4
- d. 2 dan 1
- e. 4 dan 5

6. Berikut fasilitas kesehatan pada sistem pembayaran prospektif *medicare*

1. SNF
2. HHA
3. Layanan departemen rawat jalan RS
4. Rawat inap RS
5. Jasa ambulans

Yang tidak termasuk dalam pengimplementasiannya yakni...

- a. 1, 2, dan 3
- b. 2 dan 3
- c. 3, dan 4
- d. 4 saja
- e. 3, 4, dan 5

7. Berikut ini adalah anggaran pengeluaran biaya layanan kesehatan menurut

Buchbinder & Shanks, 2016

- 1) Pembayaran swadaya
- 2) Pembayaran masyarakat
- 3) Asuransi Kesehatan swasta
- 4) Berbagai pelayanan lainnya

Jawaban yang tepat adalah....

- a. 1), dan 3) benar

- b. 2), dan 4) benar
- c. 1), 2) dan 3) benar
- d. 4) benar
- e. Semua benar

8. Tujuan dari sub sistem pembiayaan kesehatan adalah ..

- 1) Tersedianya pembiayaan kesehatan yang mencukupi
- 2) Pembiayaan kesehatan teralokasi secara adil
- 3) Menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan
- 4) Pembiayaan kesehatan yang murah

Tujuan yang benar adalah...

- a. 1), dan 3) benar
- b. 2), dan 4) benar
- c. 1), 2), dan 3) benar
- d. 4) benar
- e. Semua benar

9. Kelompok manusia yang sedikit terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan

- 1) kelompok manusia penyelenggara pelayanan kesehatan,
- 2) kelompok penerima jasa pelayanan kesehatan,
- 3) kelompok yang secara tidak langsung ikut terlibat
- 4) kelompok asuransi kesehatan

Tiga kelompok yang benar adalah...

- a. 1), dan 3) benar
- b. 2), dan 4) benar
- c. 1), 2), dan 3) benar
- d. 4) benar
- e. Semua benar

10. Variabel-variabel yang menentukan situasi pembiayaan kesehatan masa mendatang

- 1) Variabel Demografi
- 2) Variabel Sosial
- 3) Variabel Ekonomi

4) Variabel Peraturan Layanan Kesehatan

Variabel yang tepat adalah...

- a. 1), dan 3) benar
- b. 2), dan 4) benar
- c. 1), 2), dan 3) benar
- d. 4) benar
- e. Semua benar

11. 1. Penggalian dana

- 2. Alokasi dana
- 3. Pembelanjaan
- 4. Penganggaran

Unsur utama dalam subsistem pembiayaan kesehatan adalah...

- a. 1 dan 3 benar
- b. 2 dan 4 benar
- c. 1, 2 dan 3 benar
- d. 4 saja
- e. Semua benar

12. 1. Rata-rata kemampuan untuk membayar

- 2. Rata-rata keaediaan untuk membayar
- 3. Angka inflansi
- 4. Laju bersih pertumbuhan penduduk

Vareabel demografi yang menentukan situasi pembiayaan kesehatan dimasa mendatang adalah...

- a. 1 dan 3 benar
- b. 2 dan 4 benar
- c. 1, 2 dan 3 benar
- d. 4 saja
- e. Benar semua

13. Pendekatan dalam upaya mencegah kenaikan biaya pelayanan kesehatan

- 1. Pendekatan ekonomi
- 2. Pendekatan struktural
- 3. Menyangkut hubungan antara pasien dan dokter

4. Pendekatan sosial

Pendekatan yang benar adalah.....

- a. 1 dan 3 benar
- b. 2 dan 4 banar
- c. 1, 2, dan 3 benar
- d. 4 saja
- e. Benar semua

14. Hal-hal yang mengakibatkan kenaikan biaya kesehatan

- 1) Teknologi kedokteran
- 2) Jenis obat
- 3) Jenis pelayanan
- 4) Pemeliharaan taman RS

Hal-hal yang benar adalah...

- a. 1, 2 dan 3
- b. 1 dan 3
- c. 2 dan 4
- d. Semua benar
- e. 4 saja

15. 1) Pendekatan ekonomi

- 2) Pendekatan struktural
- 3) Pendekatan kebijakan
- 4) Pendekatan perilaku hubungan pasien-dokter

Yang bukan merupakan upaya untuk mencegah kenaikan biaya pelayanan kesehatan adalah

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. Semua benar

16. Berikut uraian pembelanjaan nasional di bidang kesehatan:

- 1. Bangunan dan perlengkapan
- 2. Layanan RS

3. Penelitian
4. Jasa dokter
5. Jasa perawat

Urutan pengeluaran dari yang kecil ke yang besar adalah...

- a. 1, 2, dan 3
- b. 5, 4, dan 3
- c. 3, 5, dan 4
- d. 2 dan 1
- e. 4 dan 5

17. Berikut fasilitas kesehatan pada sistem pembayaran prospektif *medicare*

1. SNF
2. HHA
3. Layanan departemen rawat jalan RS
4. Rawat inap RS
5. Jasa ambulans

Yang tidak termasuk dalam pengimplementasiannya yakni...

- a. 1, 2, dan 3
- b. 2 dan 3
- c. 3, dan 4
- d. 4 saja
- e. 3, 4, dan 5

18. Variabel pembiayaan kesehatan.

1. Variabel demografi
2. Variabel ekonomi
3. Variabel status kesehatan
4. Variabel kepuasan

Variabel yang menentukan situasi pembiayaan kesehatan di masa mendatang adalah ...

- a. 1, 2, 3
- b. 1, 3
- c. 2, 4
- d. 4 saja

e. Semua benar

19. Prinsip penyelenggaraan subsistem kesehatan mengacu pada prinsip...

1. Dana bersama
2. Jumlah dana
3. Dana devisa
4. Dana masyarakat

Jawaban yang sesuai untuk pertanyaan diatas adalah

- a. 1, 2, 3
- b. 1, 3
- c. 2, 4
- d. 4 saja

e. Semua benar

20. 1) Pegawai Negeri Sipil

- 2) Anggota TNI
- 3) Anggota Polri
- 4) Pejabat Negara

Pekerja Penerima Upah dan anggota ke luarganya, yaitu...

- a. 1 dan 3 benar
- b. 1, 2, dan 3 benar
- c. 2 dan 4 benar
- d. 4 benar

e. Semua benar

21. 1) Investor

- 2) Pemberi Kerja
- 3) Penerima Pensiun
- 4) Veteran

Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas...

- a. 1 dan 3 benar
- b. 1, 2, dan 3 benar
- c. 2 dan 4 benar
- d. 4 benar

e. Semua benar

22. 1) Non-Departemen Kesehatan

2) Kementerian Kesehatan

3) Kementerian Keuangan

4) Pemerintah Daerah

Yang termasuk pihak-pihak terkait pembiayaan kesehatan adalah ..

a. 1 dan 3 benar

b. 1, 2, dan 3 benar

c. 2 dan 4 benar

d. 4 benar

e. Semua benar

23. 1) Keuangan

2) APBD

3) Negara

4) APBN

Secara bertahap pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah dapat diupayakan...

a. 1 dan 3 benar

b. 1, 2, dan 3 benar

c. 2 dan 4 benar

d. 4 benar

e. Semua benar

24. 1. Laporan realisasi anggaran

2. Neraca catatan dan

3. Keuangan Kementerian Kesehatan

4. Keuangan Kesehatan

Berperan sebagai pengelola fiskal dalam menyusun Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP) atas...

a. 1 dan 3 benar

b. 1, 2, dan 3 benar

c. 2 dan 4 benar

d. 4 benar

e. Semua benar

Tipe C

1. Kementerian kesehatan dan kementerian keuangan saling bekerja sama dalam hal pembiayaan kesehatan.

SEBAB

Kementerian Keuangan berperan sebagai pengelola fiskal dalam menyusun Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP) atas laporan realisasi anggaran, neraca, catatan dan keuangan Kementerian Kesehatan

- a. Pernyataan benar, alasan benar dan berhubungan
- b. Pernyataan benar, alasan benar dan tidak berhubungan
- c. Pernyataan benar dan alasan salah
- d. Pernyataan salah dan alasan benar

e. Pernyataan dan alasan salah

2. Masyarakat dengan pelayanan kesehatan yang sepenuhnya dijamin oleh perusahaan akan selalu ada kecenderungan menghabiskan biaya yang terlalu besar

SEBAB

Karena tidak ada risiko pembiayaan atau beban pribadi

- a. Pernyataan benar, alasan benar, keduanya berhubungan
- b. Pernyataan benar, alasan benar, keduanya tidak berhubungan
- c. Pernyataan benar, alasan salah
- d. Pernyataan salah, alasan benar
- e. Pernyataan dan alasan salah

3. Kongres mengeluarkan TEFRA pada tahun 1982

SEBAB

Untuk mengatasi cepatnya kenaikan biaya layanan kesehatan

- a. Pernyataan benar, alasan benar, berhubungan
- b. Pernyataan benar, alasan benar, tidak berhubungan
- c. Pernyataan benar, alasan salah
- d. Pernyataan salah, alasan benar
- e. Pernyataan dan alasan salah

4. Laju bersih pertumbuhan penduduk yang tentu saja akan mempengaruhi laju kenaikan utilitas layanan kesehatan

SEBAB

Data laju pertumbuhan penduduk netto akan diperhitungkan untuk memproyeksikan beban pembiayaan pelayanan dan besaran subsidi yang harus ditanggung oleh pemerintah

- a. Pernyataan benar, alasan benar, keduanya berhubungan
 - b. Pernyataan benar, alasan benar, tidak berhubungan
 - c. Pernyataan benar, alasan salah
 - d. Pernyataan salah, alasan benar
 - e. Pernyataan dan alasan salah
5. Asuransi kesehatan swasta (*private health insurance*) mencakup pembayaran yang dilakukan individu

SEBAB

Pembayaran oleh individu yang membayar layanan bagi dirinya sendiri atau membayar sebagian layanan melalui sistem pembayaran bersama dan/atau potongan harga.

- a. Pernyataan benar, alasan benar, keduanya berhubungan
 - b. Pernyataan benar, alasan benar, tidak berhubungan
 - c. Pernyataan benar, alasan salah
 - d. Pernyataan salah, alasan benar
 - e. Pernyataan dan alasan salah
6. Komposisi penduduk akan ikut mempengaruhi pengeluaran pembiayaan kesehatan

SEBAB

Komposisi penduduk tidak akan mempengaruhi tingkat utilitas atau jenis pelayanan kesehatan

- a. Pernyataan benar, alasan benar, keduanya berhubungan
- b. Pernyataan benar, alasan benar, tidak berhubungan
- c. Pernyataan benar, alasan salah
- d. Pernyataan salah, alasan benar
- e. Pernyataan dan alasan salah

7. “*The Law of Medical Money*” hukum ini mengatakan bahwa biaya kesehatan akan naik sampai batas kemampuan keuangan kita

SEBAB

Hal ini terjadi karena pada dasarnya tidak ada orang yang sebenarnya mengetahui berapa kita harus membayar pelayanan kesehatan. pasien-pasien sering tidak yakin bahwa mereka telah memperoleh pelayanan kesehatan yang selayaknya mereka peroleh, sedangkan dokter-dokter selalu cenderung memberikan pelayanan sebanyak-banyaknya agar tidak dipersalahkan.

- Pernyataan benar, alasan benar, keduanya berhubungan
 - Pernyataan benar, alasan benar, keduanya tidak berhubungan
 - Pernyataan benar, alasan salah
 - Pernyataan salah, alasan benar
 - Pernyataan dan alasan salah
8. Kenaikan biaya kesehatan dapat meningkatkan derajat kesehatan

SEBAB

Berlaku hukum *medical care equals health*

- Pernyataan benar, alasan benar, keduanya berhubungan
 - Pernyataan benar, alasan benar, keduanya tidak berhubungan
 - Pernyataan benar, alasan salah
 - Pernyataan salah, alasan benar
 - Pernyataan dan alasan salah
9. Kongres mengeluarkan TEFRA pada tahun 1982

SEBAB

Untuk mengatasi cepatnya kenaikan biaya layanan kesehatan

- Pernyataan benar, alasan benar, berhubungan
- Pernyataan benar, alasan benar, tidak berhubungan
- Pernyataan benar, alasan salah
- Pernyataan salah, alasan benar
- Pernyataan dan alasan salah

10. Selain itu, satu aspek lain yang agaknya sangat strategis adalah pertumbuhan lembaga pembiayaan kesehatan, baik melalui program jamsostek, asuransi kesehatan maupun JPKM

SEBAB

Mereka perlu memperkuat diri dari aspek kelembagaan, profesionalisme dan meningkatkan efisiensi perusahaan sehingga mampu mencegah dampak negatif dari era globalisasi.

- a. Pernyataan benar, alasan benar, keduanya berhubungan
- b. Pernyataan benar, alasan benar, tidak berhubungan
- c. Pernyataan benar, alasan salah
- d. Pernyataan salah, alasan benar
- e. Pernyataan dan alasan salah

11. BPJS Kesehatan akan membayar kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan Kapitasi.

SEBAB

Untuk Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INA CBG's.

- a. Pernyataan benar, alasan benar, keduanya berhubungan
- b. Pernyataan benar, alasan benar, tidak berhubungan
- c. Pernyataan benar, alasan salah
- d. Pernyataan salah, alasan benar
- e. Pernyataan dan alasan salah

12. Dengan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yang belum berjalan sesuai dengan prinsip, ketentuan, dan tujuan awalnya, maka pihak-pihak yang memiliki kewenangan dan tanggung jawab perlu

SEBAB

Pemerintah dalam membuat surat peraturan atau keputusan perlu menggunakan cara pandang konstitusional sebagaimana yang telah di amanatkan Pasal 28H ayat (3), dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 dan berlandaskan prinsip dan ketentuan Pasal 4 dan Pasal 24 UU tentang SJSN No. 40 tahun 2004.

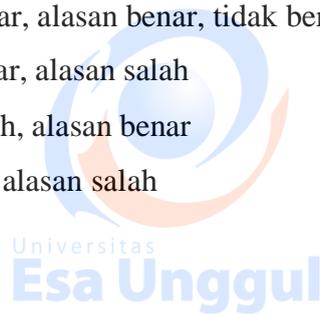
- a. Pernyataan benar, alasan benar, keduanya berhubungan

b. Pernyataan benar, alasan benar, tidak berhubungan

c. Pernyataan benar, alasan salah

d. Pernyataan salah, alasan benar

e. Pernyataan dan alasan salah



9. KUNCI JAWABAN

SOAL TIPE A

1	D	7	A	13	B	19	B
2	D	8	B	14	C	20	A
3	C	9	A	15	B	21	A
4	A	10	B	16	D	22	A
5	A	11	B	17	A	23	A
6	D	12	A	18	D	24	B

SOAL TIPE B

1	B	7	A	13	C	19	C
2	C	8	C	14	A	20	E
3	E	9	C	15	C	21	E
4	C	10	A	16	C	22	E
5	C	11	C	17	D	23	C
6	D	12	D	18	A	24	B

SOAL TIPE C

1	A	7	A
2	A	8	E
3	A	9	A
4	A	10	A
5	B	11	E
6	C	12	E