



LAPORAN

**KUNJUNGAN KERJA SPESIFIK KOMISI IX DPR RI
KE PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA**

**PENGAWASAN TERHADAP DAMPAK KENAIKAN IURAN
BPJS KESEHATAN**

TANGGAL 15 NOVEMBER 2019

SAMPAI DENGAN

TANGGAL 17 NOVEMBER 2019

**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA
JAKARTA, NOVEMBER 2019**



**LAPORAN
KUNJUNGAN KERJA SPESIFIK KOMISI IX DPR RI
PENGAWASAN TERHADAP DAMPAK KENAIKAN IURAN BPJS
KESEHATAN
KE PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
TANGGAL 15 S.D. 17 NOVEMBER 2019**

I. LATAR BELAKANG

Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyebutkan bahwa tujuan pembentukan Negara Indonesia antara lain untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum. Salah satu cara untuk mencapai tujuan tersebut adalah dengan menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional. Hal ini disebutkan di dalam batang tubuh UUD NRI Tahun 1945, yaitu Pasal 28H ayat (3) menyatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Lebih lanjut, Pasal 34 ayat (2) mewajibkan kepada Negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) telah diundangkan pada tanggal 19 Oktober 2004. UU SJSN mempunyai peran penting dalam upaya mencapai tujuan pembentukan Negara Republik Indonesia melalui program sistem jaminan sosial nasional. Di dalam UU SJSN diamanatkan bahwa seluruh rakyat Indonesia berhak untuk memperoleh perlindungan dalam bentuk program jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Kemudian Pasal 5 ayat (1) UU SJSN mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan Undang-Undang. Dengan demikian BPJS merupakan penyelenggara program jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Di dalam UU BPJS ditetapkan pembentukan 2 (dua) buah BPJS, masing-masing adalah BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan yang merupakan hasil transformasi dari PT Askes (Persero) menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014.

Per 31 Oktober 2019, kepesertaan BPJS Kesehatan mencapai 222.278.708 orang atau 83,25 % jumlah penduduk Indonesia. Program JKN menjadi satu-satunya program asuransi sosial yang dikelola oleh pembayar tunggal (*single payer*) terbesar di dunia dalam hal jumlah penduduk yang dilindungi dalam program JKN.

Pencapaian ini sangat positif dan selaras dengan tujuan diselenggarakannya jaminan kesehatan sosial melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hal ini juga terkait langsung dengan komitmen Pemerintah terhadap upaya global untuk mencapai target-target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang salah satunya adalah *Universal Health Coverage* (UHC) di tahun 2030.

Implementasi program JKN selama hampir 5 (lima) tahun ini telah memberikan dampak positif terhadap masyarakat. Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan meningkat secara signifikan yang diikuti dengan pertumbuhan ekonomi dengan adanya peningkatan terhadap jasa kesehatan, obat dan alat kesehatan. Penelitian Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia menunjukkan kontribusi JKN pada ekonomi tahun 2016 mencapai Rp 152,2 triliun, dan diperkirakan akan mencapai Rp 289 triliun di tahun 2021.

Namun, setiap tahunnya pelaksanaan JKN mengalami selisih antara jumlah pendapatan premi yang dikumpulkan dan jumlah klaim yang harus dibayarkan (*mismatch*), yang sering disebut sebagai defisit. Upaya pemerintah dalam menangani defisit program JKN telah mendorong adanya ruang pembahasan yang tidak hanya menitikberatkan pada kebijakan pengendalian biaya, namun juga menyentuh pada diskusi yang membahas solusi jangka menengah dan jangka panjang guna mewujudkan pembiayaan berkelanjutan dan pencapaian UHC sebagai bagian dari target SDGs.

Dukungan pemerintah untuk menangani defisit (di luar kewajiban sebagai pemberi kerja dan penjamin bagi warga miskin) dari tahun 2015 hingga tahun 2018 sangat besar yaitu mencapai Rp25,7 Triliun, yang terdiri dari Penyertaan Modal Negara (PMN) dari tahun 2015 – 2016 sebesar Rp11,8 Triliun dan bantuan (belanja) tahun 2017 – 2018 sebesar Rp13,9 Triliun. Secara paralel, Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) Republik Indonesia melalui Komisi IX DPR RI juga secara aktif telah membahas permasalahan tersebut. Salah satunya dengan merekomendasikan pemerintah untuk menemukan terobosan-terobosan baru yang memastikan keberlanjutan anggaran program JKN dengan mencoba mengeksplorasi sumber pendanaan lain sebagai komplementer anggaran program JKN.

Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan

Pemerintah telah menyampaikan ke DPR RI, khususnya ke Komisi IX dan Komisi XI tentang rencana menaikkan iuran BPJS Kesehatan pada bulan September 2019. Salah satu alasannya adalah bahwa iuran sebelumnya tidak sesuai hitungan aktuaria sehingga beban pelayanan akan semakin tinggi tapi tidak diikuti dengan iuran yang sesuai. Menteri Keuangan melaporkan ke DPR RI bahwa proyeksi defisit tahun 2019 lebih tinggi dari proyeksi awal yaitu naik dari 28,35 Triliun menjadi 32,84 Triliun. Pemerintah mengharapkan bahwa dengan rencana kenaikan dan Pemerintah akan dapat menambal defisit JKN dan menjamin keberlangsungan program nasional ini dengan ada surplus yang telah diproyeksikan sebagai berikut:

2020: 17,2 T

2021: 11,59 T

2022: 8 T

2023: 4,1 T

Terhadap rencana Pemerintah ini, Komisi IX DPR RI bersama Komisi XI DPR RI mengadakan Rapat Gabungan (Rakergab) dengan Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, Menteri Keuangan, Menteri Sosial, Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Ketua DJSN dan Direktur Utama BPJS Kesehatan untuk mengambil sikap politik terhadap rencana kenaikan iuran BPJS.

Rakergab dilaksanakan pada tanggal 2 September dimana salah satu kesimpulannya adalah Komisi IX DPR RI dan Komisi XI DPR RI menolak rencana Pemerintah untuk menaikkan premi JKN untuk Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) kelas III, sampai Pemerintah menyelesaikan *data cleansing* serta mendesak Pemerintah untuk mencari cara lain untuk menanggulangi defisit Dana Jaminan Sosial (DJS) kesehatan.

Namun, Pemerintah tetap menaikkan iuran BPJS Kesehatan untuk seluruh segmen peserta pada tanggal 24 Oktober 2019 dengan diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Selain menaikkan iuran BPJS Kesehatan untuk Peserta Penerima Upah (PPU) baik pegawai pemerintah di tingkat pusat dan daerah serta PPU badan usaha, pemerintah juga menaikkan iuran bagi Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) yang dikenal dengan peserta mandiri di seluruh kelas perawatan. Rincian kenaikan peserta mandiri sebagai berikut:

Kelas I: Rp 160.000

Kelas II: Rp 110.000

Kelas III: Rp 42.000

Kenaikan untuk peserta mandiri akan berlaku efektif per tanggal 1 Januari 2020. Kenaikan iuran tidak saja berimbas kepada masyarakat, tetapi juga kepada keuangan pemerintah daerah. Perpres 75/2019 secara tegas juga menaikkan batas atas gaji/upah yang terkena potongan 5 % yaitu Rp12.000.000 dimana 4 % dibayarkan oleh pemberi kerja dalam hal ini pemerintah daerah dan 1 % oleh pekerja. Selain itu, pemerintah daerah juga harus menanggung kenaikan PBI APBD dari Rp23.000 menjadi Rp42.000 per orang/per bulan. Seluruh skema kenaikan ini juga mulai harus dialokasikan oleh pemerintah daerah per 1 Januari 2020.

Respon terhadap Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan

Masyarakat langsung merespon kenaikan iuran BPJS Kesehatan yang banyak disuarakan oleh NGOs dan juga langsung melalui sosial media. Komisi IX DPR RI juga langsung merespon keluhan masyarakat khususnya dari peserta mandiri dengan mengadakan Rapat Kerja dengan Menteri Kesehatan RI, dr Terawan Agus Putranto dan Rapat Dengar Pendapat (RDP) dengan Ketua DJSN dan Direktur Utama BPJS Kesehatan 2 hari berturut-turut yaitu tanggal 6-7 November 2019 yang lalu.

Berbagai permasalahan terkait program JKN disampaikan oleh Komisi IX DPR RI mulai dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta, sistem manajemen BPJS Kesehatan dan juga permasalahan validitas peserta JKN khususnya PBI serta tunggakan klaim dan defisit Dana Jaminan Sosial (DJS) kesehatan. Komisi IX DPR RI mendesak pemerintah untuk mencari terobosan guna menangani berbagai permasalahan sistemik JKN.

Salah satu kesimpulan rapat yang sangat penting yaitu Komisi IX DPR RI, berdasarkan aspirasi masyarakat, tetap menolak kenaikan iuran BPJS Kesehatan untuk PBU dan BP kelas III dan mendesak Pemerintah untuk mengambil langkah-langkah strategis dan terobosan untuk mencari solusi terhadap selisih kenaikan iuran BPJS Kesehatan bagi peserta kelas III dan masyarakat rentan lainnya.

Selain itu, Komisi IX DPR RI memutuskan untuk melakukan kunjungan kerja spesifik ke 3 (tiga) provinsi untuk melihat dampak kenaikan iuran BPJS Kesehatan yaitu Provinsi Bali, Provinsi Sulawesi Selatan dan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

II. LANDASAN

Landasan dilaksanakannya Kunjungan Kerja Spesifik ini adalah:

1. Peraturan Tata Tertib DPR RI Pasal 55 ayat (1), Pasal 94, Pasal 95 dan Pasal 96.
2. Kesimpulan Internal Rapat Komisi IX DPR RI tanggal 31 Oktober 2019.

III. MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud dan tujuan dilaksanakannya Kunjungan Kerja Spesifik ini adalah:

1. Mendapatkan informasi dan gambaran secara komprehensif tentang data kepesertaan BPJS Kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dari seluruh segmen kepesertaan dengan rincian kelas perawatan.
2. Mendapatkan informasi dan gambaran yang menyeluruh tentang pemilihan masyarakat yang masuk ke PBI APBN dan PBI APBD dari Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
3. Mendapatkan informasi dan data yang komprehensif tentang kesiapan anggaran daerah untuk menghadapi kenaikan iuran BPJS Kesehatan tahun depan dan masukan dari Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta untuk pemerintah pusat.
4. Mendapatkan masukan dari beberapa pemangku kepentingan (*stakeholder*) terkait dampak yang harus diantisipasi terhadap kenaikan iuran BPJS Kesehatan baik terhadap DJS kesehatan dan juga pelayanan kesehatan program JKN.

IV. KELUARAN

Rekomendasi dari Komisi IX DPR RI diharapkan menjadi masukan bagi Pemerintah untuk dapat mengambil terobosan dan kebijakan yang pro kepada masyarakat dalam menghadapi dampak kenaikan iuran BPJS Kesehatan.

V. KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

Dalam Kunjungan Kerja Spesifik Komisi IX DPR RI akan dilakukan adalah pertemuan bersama dengan Gubernur Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang dihadiri oleh:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DIY, Kepala Dinas Sosial Provinsi DIY, Kepala Bappeda Provinsi DIY
2. Direktur Utama RSUP Sardjito
3. Ketua Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, UGM
4. Ketua Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, UGM
5. Kepala BPJS Kesehatan Divisi Regional VI
6. Kepala Cabang BPJS Kesehatan Provinsi DIY
7. Ketua Pengurus Perhimpunan Seluruh Rumah Sakit Indonesia (PERSI) DIY

VI. WAKTU PELAKSANAAN

Tanggal 15-17 November 2019.

VII. SUSUNAN ANGGOTA KUNKER SPESIFIK

Kunjungan Kerja Spesifik ke Provinsi Banten dipimpin oleh Wakil Ketua Komisi IX DPR RI, Bapak Emanuel Melikiades Laka Lena dari Fraksi Partai Golkar. Adapun Anggota Komisi IX DPR RI yang menjadi tim Kunjungan Kerja Spesifik adalah sebagai berikut:

NO URUT	N A M A	JABATAN	FRAKSI
1.	EMANUEL MELKIADES LAKA LENA	KETUA TIM/ WAKIL KETUA KOMISI IX	F-PG
2.	DR. Hj. NIHAYATUL WAFIROH, MA	WAKIL KETUA KOMISI IX	F-PKB
3.	RAHMAD HANDOYO, S.PI, MM	ANGGOTA	F-PDIP
4.	H. ABIDIN FIKRI, SH, MH	ANGGOTA	F-PDIP
5.	DR. DEWI ARYANI, M.Si	ANGGOTA	F-PDIP
6.	Hj. SANIATUL LATIVA, SE	ANGGOTA	F-GOLKAR
7.	M. YAHYA ZAINI, SH	ANGGOTA	F-GOLKAR
8.	dr. H. SUIR SYAM, M.Kes, MMR	ANGGOTA	F-GERINDRA
9.	Ir. SRI MELIYANA	ANGGOTA	F-GERINDRA
10.	Hj. SRI KUSTINA	ANGGOTA	NASDEM
11.	Ir. NUR YASIN, MBA, MT	ANGGOTA	F-PKB
12.	Dra. LUCY KURNIASARI	ANGGOTA	F-DEMOKRAT
13.	ANWAR HAFID	ANGGOTA	F-DEMOKRAT
14.	Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si	ANGGOTA	F-PKS
15.	dr. ADANG SUDRAJAT, MM, AV	ANGGOTA	F-PKS
16.	H. ALIFUDDIN, SE, MM	ANGGOTA	F-PKS
17.	MESAKH MIRIN, SKM	ANGGOTA	F-PAN
18.	RUDYANTO	SEKRETARIAT KOMISI IX	
19.	DENI LESTARI	SEKRETARIAT KOMISI IX	
20.	MUHAMAD YUNUS	SEKRETARIAT KOMISI IX	
21.	LATIFATUL HASANAH, S.Si, MPH	TENAGA AHLI BID. KESEHATAN KOMISI IX	
22.	FERDIAN NUR RAHMAN	TV PARLEMEN	
23.	AZKA RESTU AFDHILLAH	PEMBERITAAN	

VIII. HASIL KUNJUNGAN KERJA SPESIFIK

A. Data Jumlah Penduduk Miskin Rentan Miskin Tahun 2019 Yang Masuk Dalam Daftar PBI

no	Oktober 2019	PBI APBD	PBI APBN	PPU	PBPU	BP	Total peserta	Total Penduduk	% peserta
1	Bantul	73.197	450.306	212.315	93.436	32.259	861.513	939.718	91,68%
2	Gnkidul	155.360	421.436	88.872	36.055	17.017	718.740	765.284	93,92%
3	Kota	81.499	95.278	121.604	67.273	27.416	393.070	413.961	94,95%
4	Klprogo	56.242	228.129	85.082	22.316	17.271	409.040	448.114	91,28%
5	Sleman	127.232	280.285	324.460	175.815	56.609	964.401	1.063.938	90,64%
	Total DIY	493.530	1.475.434	832.333	394.895	150.572	3.346.764	3.631.015	92,17%

no	Nopember 2019	PBI APBD	PBI APBN	PPU	PBPU	BP	Total peserta	Total Penduduk	% peserta
1	Bantul	73.512	454.509	212.191	90.601	32.293	863.106	939.718	91,85%
2	Gnkidul	157.364	424.695	89.582	34.164	17.013	722.818	765.284	94,45%
3	Klprogo	55.834	229.932	84.733	21.641	17.297	409.437	448.113	91,37%
4	Sleman	117.143	292.815	324.826	173.324	56.674	964.782	1.063.938	90,68%
5	Kota	89.967	96.716	121.771	66.096	27.295	401.845	413.961	97,07%
	Total DIY	493.820	1.498.667	833.103	385.826	150.572	3.361.988	3.631.014	93,08%

Sumber: BPJS Kesehatan Pusat (12 Nov 2019)

B. Data besaran APBD TA 2019 dan APBD 2020 (per 13 November 2019)

1. PBI APBD

	APBD 2019	Proyeksi kebutuhan kenaikan premi 2020 (sasaran sama)	RAPBD 2020	Keterangan	Kekurangan dengan sasaran sama
Bantul	18.111.452.000	37.050.048.000	25.720.000.000	premi 42000 (pembahasan)	-11.330.048.000
Gnkidul	44.254.024.000	79.311.456.000	34.254.024.000	premi 23500 (pembahasan)	-45.057.432.000
Klprogo	10.212.000.000	28.140.336.000	28.224.000.000	premi 42000 (pembahasan)	83.664.000
Sleman	31.484.884.000	69.208.272.000	37.899.768.000	premi 23500 (pembahasan)	-31.308.504.000
Kota	25.370.694.000	45.343.368.000		belum konfirmasi	-45.343.368.000
Total DIY	129.433.054.000	259.053.480.000	126.097.792.000		-132.955.688.000

2. PPU Pemda

	APBD 2019	Proyeksi kebutuhan 2020 (sasaran sama)	RAPBD 2020	Keterangan	Kekurangan dengan sasaran sama
Bantul		3.572.827.000		belum konfirmasi	-3.572.827.000
Gnkidul		1.389.158.000		belum konfirmasi	-1.389.158.000
Klprogo		1.645.137.000		belum konfirmasi	-1.645.137.000
Sleman		5.105.476.000		belum konfirmasi	-5.105.476.000
Kota		1.832.015.000		belum konfirmasi	-1.832.015.000
Total DIY	0	13.544.613.000	0		-13.544.613.000

C. Dampak Kenaikan Iuran BPJS Kesehatan

1. Dampak terhadap alokasi anggaran

Mengingat kabupaten / kota di DIY memiliki kapasitas fiskal rendah maka berpotensi re-seleksi dan pengurangan peserta PBI yang dibiayai oleh APBD yang berdampak kepada kerentanan sosial dan meningkatnya *exclusion error*.

Prioritas penganggaran pembangunan adalah pengentasan kemiskinan yang masih jauh berada di bawah rerata nasional, Pemda akan mengalami tekanan besar karena adanya kepentingan tersebut apabila rencana penganggaran penuh dengan dinamika dan dengan angka yang cukup besar untuk wilayah DIY.

Dinamika penduduk miskin seharusnya seluruhnya telah masuk dalam skema BPJS APBN jika validitas data telah benar-benar valid sejak awalnya. Dengan validitas yang masih belum optimal penduduk miskin belum masuk JKN akan menjadi beban besar yang terus bertambah hanya untuk APBD.

2. Dampak terhadap masyarakat

Kenaikan iuran BPJS Kesehatan secara langsung akan berdampak secara langsung kepada masyarakat rentan miskin khususnya mereka yang menjadi peserta mandiri kelas III. Potensi adanya drop out dari peserta kelas III sangat tinggi mengingat kemampuan bayar mereka ini dengan dampak lanjutan ancaman upaya pengentasan kemiskinan yang menjadi prioritas di berbagai daerah.

Efek kenaikan premi menyebabkan mutasi besar penurunan peserta mandiri kelas I ke kelas II, kelas II ke kelas III, kelas III Drop Out. Efek lanjutan adalah risiko masyarakat harus menambah biaya sharing karena terpaksa menggunakan kelas di atas kelas yang ditetapkan akibat keterbatasan tempat tidur RS sebagai dampak overload mutasi di kelas III dan II.

B. Skema khusus untuk masyarakat miskin / rentan miskin belum masuk PBI

Pemerintah Provinsi DIY mempersiapkan skema khusus bagi masyarakat miskin dan rentan miskin yang belum masuk PBI. Skema ini dikenal sebagai Skema Jaminan penyangga dengan pembiayaan bersumber APBD DIY sebagai pendamping (komplemen) JKN untuk melindungi masyarakat miskin sakit yang belum masuk PBI. Skema ini dilakukan dengan:

1. Kolaborasi antara Pemda DIY dengan pemerintah kabupaten dalam proses verifikasi dan proses pengajuan penjaminan.
2. Terintegrasi dengan skema aktifasi PBI (*flagging*) melalui anggaran APBD dan atau APBD bersama Kabupaten / Kota paska akses jaminan penyangga.

3. Kolaborasi pembiayaan penyangga antara Pemda DIY dengan Pemkab melalui berbagai mekanisme seperti Jaring Pengaman Sosial (JPS) Sleman, Bantul dan anggaran penyangga Kulonprogo.
4. Terintegrasi antara program APBN khusus (DAK Jampersal) dengan jaminan penyangga khusus untuk ibu hamil / bersalin / bayi 28 hari sakit miskin tanpa jaminan kesehatan.
5. Terintegrasi antara Jasa Raharja dengan jaminan penyangga khusus untuk kasus-kasus kecelakaan lalu lintas pada penduduk miskin yang tidak dapat mengakses BPJS.

Selain itu, terdapat Skema Jaminan Penyangga Khusus dengan pembiayaan bersumber APBD DIY sebagai pendamping (komplemen) JKN untuk melindungi masyarakat miskin peserta PBI BPJS sakit yang tidak memperoleh jaminan BPJS sebagai dampak ketentuan PP 82/2019 dan ketentuan lainnya yang dilakukan dengan :

1. Kolaborasi antara Pemda DIY dengan Pemkab dalam proses verifikasi dan proses pengajuan penjaminan.
2. Kolaborasi pembiayaan penyangga antara Pemda DIY dengan Pemkab melalui berbagai mekanisme seperti Jaring Pengaman Sosial (JPS) Sleman, Bantul dan anggaran penyangga Kulonprogo.
3. Terintegrasi antara Jasa Raharja dengan jaminan penyangga khusus untuk kasus-kasus kecelakaan lalu lintas pada penduduk miskin yang tidak dapat mengakses BPJS.

Pemerintah Provinsi DIY juga mempersiapkan Skema Jaminan Kesehatan Khusus Penyandang Disabilitas sebagai suplemen JKN untuk masyarakat penyandang disabilitas miskin, yang dilakukan dengan:

1. Memperoleh pelayanan kesehatan dan atau alat bantu kesehatan yang tidak diperoleh / kurang lengkap / tidak tersedia di dalam paket manfaat BPJS.
2. Memperoleh bantuan pembiayaan bagi penyandang disabilitas miskin yang belum masuk PBI dan atau disabilitas peserta PBI JKN yang mengalami masalah akses BPJS.

Terdapat juga Skema Jaminan penyangga dengan pembiayaan bersumber APBD DIY untuk melindungi masyarakat penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) sakit yang tidak dapat mengakses BPJS yang dilakukan dengan kolaborasi antara Pemda DIY dengan Pemkab dan berbagai lembaga yang ditunjuk dalam proses verifikasi dan proses pengajuan penjaminan, meliputi :

- a. Gelandangan, pengemis, orang terlantar, anak jalanan
- b. Korban kekerasan pada perempuan dan anak,

- c. Warga lembaga pemasyarakatan dan anak berhadapan hukum
- d. Warga binaan panti sosial
- e. Minoritas gangguan keberfungsian sosial
- f. Pekerja migran dan korban *trafficking*

Skema terakhir adalah Skema Jaminan Penyangga bagi pasien rawan kesehatan yang menjadi prioritas pembangunan dengan pembiayaan bersumber APBD DIY yang tidak dapat mengakses BPJS yang dilakukan dengan kolaborasi antara Pemda DIY dengan Pemkab dan berbagai lembaga yang ditunjuk dalam proses verifikasi dan proses pengajuan penjaminan, meliputi :

- a. Pasien Kejadian Ikutan Paska Imunisasi miskin (kelas III RS)
- b. ODHA tidak memiliki akses BPJS
- c. Pasien Gizi buruk miskin tidak memiliki akses BPJS
- d. Pasien Thalasemia Mayor miskin
- e. Pasien Psikotik miskin tidak memiliki akses BPJS

C. Masukan dari Pemerintah Provinsi DIY untuk perbaikan JKN

- BPJS diperkuat dengan usulan reuiu untuk disusun ulang dalam skema jangka panjang dengan tahap awal hanya untuk penjaminan keluarga miskin di rumah sakit. Sehingga, pengembangan jaminan mandiri diserahkan kepada swasta secara oligopoli dengan pendampingan Pemerintah.
- Kenaikan Premi ditunda dan dirancang secara bertahap mengingat kenaikan ini berisiko secara langsung kepada masyarakat rentan miskin peserta mandiri kelas III yang tidak lagi mampu membayar dengan dampak lanjutan ancaman upaya pengentasan kemiskinan yang menjadi prioritas di berbagai daerah. Selain itu, mengingat kabupaten / kota di DIY memiliki kapasitas fiskal rendah maka berpotensi re-seleksi peserta PBI yang dibiayai oleh APBD yang berdampak kepada kerentanan sosial dan meningkatnya *exclusion error*.
- Tersedianya mekanisme perlindungan tambahan untuk penduduk miskin yang tidak dapat mengakses JKN untuk perlindungan regulasi keberadaan jaminan penyangga (Buffer) sebagai komplemen JKN oleh Pemda untuk :
 1. Melindungi penduduk rentan miskin sakit dari peserta mandiri kelas III yang tidak lagi mampu membayar premi yang terintegrasi dengan sistem aktifasi / update PBI APBN dan APBD
 2. Melindungi penyandang masalah kesejahteraan sosial yang tidak dapat mengakses BPJS
 3. Melindungi penduduk miskin sakit dari kelompok *exclusion error* yang terintegrasi dengan sistem aktifasi / update PBI APBN dan APBD

4. *Technical error* akibat seleksi verifikasi jaminan di rumah sakit, dampak beberapa pasal dalam kebijakan PP.82 dan Kepmenkeu 141
 5. *Administration error* akibat kondisi validitas data oleh sebab doble NIK/ doble kartu dan sebab-sebab lainnya agar tidak membatalkan hak untuk mendapatkan jaminan dengan catatan dilengkapi dokumen penguatan.
- Pentingnya ada revisi terhadap PP No 82/2019 khususnya Pasal 54 bagi peserta PBI yang tertimpa musibah dan tidak dapat mengakses JKN akibat ketentuan tersebut (korban kekerasan termasuk kekerasan seksual dll). Penting adanya ketentuan tentang musibah oleh alam tetap dijamin selama belum ada penetapan bencana oleh Kepala Daerah setempat sesuai skala bencana.
 - Pembiayaan jaminan kesehatan bersumber APBD. Usulan alternatif yaitu Skema pembiayaan oleh daerah ditiadakan dan langsung dimutasikan dalam APBN sehingga tidak menyebabkan kondisi perencanaan daerah bermasalah. Jika skema pembiayaan daerah tetap diberlakukan, maka diberlakukan secara adil sesuai kemampuan / kapasitas fiskal wilayah, dan adanya sistem flagging PBI APBD tidak dibatasi oleh kemampuan pencapaian UHC mengingat sudah sangat memberatkan.
 - Ketentuan pembiayaan jaminan dari sumber proporsi pajak rokok dan cukai rokok diberlakukan *Flat* mengingat peserta yang telah didaftarkan tidak mungkin lagi dicabut. (kondisi besaran proporsi anggaran pajak dan cukai rokok dapat berubah-ubah). Serta ada peruntukan bagi pembiayaan buffer melindungi *exclusion / inclusion error* di suatu wilayah.
 - Penonaktifan PBI JKN: Penduduk peserta PBI JKN yang di nonaktifkan yang layak untuk diaktifasi melalui APBN / APBD diberikan rentang waktu yang lebih panjang dan diberikan kuota yang memadai; Masa tenggang peserta PBI-BPJS yang dinonaktifkan 6 bulan tetap dapat mengakses jaminan BPJS saat sakit; Penonaktifan dilaksanakan dengan pemberitahuan secara langsung kepada pemilik kartu melalui surat.
 - Selain itu, penting adanya mekanisme/aturan yang jelas bagi peserta yang di non aktifkan dan kenyataan dilapangan mereka masih aktif dan termasuk keluarga miskin yang ada di DTKS supaya dibuatkan mekanisme mekanisme untuk memasukan kembali ke dalam data PBI; Peninjauan ulang perpres tentang jaminan kesehatan berkenaan dengan kasus-kasus yang tidak dapat dicover BPJS; Persyaratan UHC bagi suatu kab kota, bila sudah pernah mencapai UHC lebih dari 95 persen dan dinyatakan UHC, jangan di lock lagi unflagging-nya; Proses pengusulan untuk PPU yang telah keluar dari perusahaan padahal yang bersangkutan masuk dalam BDT, mohon dapat dibuatkan sistem dan aturan yang jelas. Selama ini PPU yang telah keluar dari perusahaan tidak bisa diusulkan melalui ke SIKS PBI; Mohon ada kuota yang jelas perkabupaten untuk PBI JKN; dan terkait dengan data diaplikasi SIKS-

NG agar terakses secara realtime berdasarkan pelayanan yang ada di BPJS (ubah data, mutasi dan sebagainya).

- Sistem Pengaduan terintegrasi: tersedianya formal sistem pengaduan dari daerah hingga pusat melibatkan Pemda; dan Birokrasi sistem pengaduan jaminan BPJS yang lebih cepat respon dan melibatkan pendampingan oleh Pemda.
- Sistem Koordinasi BPJS Kesehatan dan BPJS Tenaga Kerja: Tersedia otomatisasi sistem bagi peserta PBI-JKN yang bekerja dan mendapatkan BPJS Naker, kartu PBI BPJS otomatis dimutasi ke BPJS Naker dan ketika tidak bekerja lagi otomatis dimutasi ke PBI-BPJS tanpa jeda waktu; dan Pekerja informal dan PBPU masuk PBI tidak dimutasikan ke dalam skema BPJS Naker.
- Sistem rujukan yang berlaku adil untuk penyandang disabilitas sesuai dengan keterbatasan kemampuan mobilitasnya.
- Fraud dari RS dapat dipublikasikan ke publik untuk efek jera.

D. Dampak keterlambatan pembayaran klaim RS

- Cashflow terganggu / macet yang berisiko kepada kemungkinan:
 - a. RS terpaksa melakukan keterpaksaan untuk pengetatan dengan efek lanjutan
 - i. kualitas layanan (kesesuaian dengan rekomendasi medis),
 - ii. kelengkapan paket layanan (obat, penunjang medis dll),
 - iii. pembatasan pasien khususnya dari kelompok PBI.
 - b. Hutang kepada bank yang tidak dapat dicicil rutin karena pending pembayaran klaim yang terlalu panjang menyebabkan denda oleh Bank.
 - c. Efek psikologis kepada petugas kesehatan akibat pemotongan atau penundaan gaji dll yang berisiko kepada tanggapan dalam pelayanan yang menjadi berbeda dibanding pasien umum.
 - d. Rumah sakit swasta kecil akan terancam gulung tikar jika tidak sangat terpaksa melakukan switch kepada pasien umum.
 - e. Hutang kepada pihak ketiga dalam operasional RS seperti penyedia obat, penyedia penunjang layanan dan lain sebagainya yang berefek lanjutan kepada denda dan pemutusan kemitraan.
- Perpres dan ketentuan lain yang membuka peluang anggaran yang lebih longgar kepada BPJS dalam waktu dekat akan dikeluarkan, beberapa catatan yang perlu disampaikan adalah:
 - a. Rumah sakit harus menata ulang sistem keuangannya secara keseluruhan dan membangun sistem baru yang memperhitungkan kemungkinan risiko pending.

- b. Rumah sakit memperoleh pelajaran dari proses sebelumnya sehingga kehati-hatian dan perhitungan risiko sangat meningkat dan dapat berdampak kepada upaya mempertahankan pengetatan sebagaimana disampaikan dalam poin I huruf a, b, c, d.
- Efek kenaikan premi menyebabkan mutasi besar penurunan peserta mandiri kelas I ke kelas II, kelas II ke kelas III, kelas III Drop Out. Efek lanjutan terkait pelayanan kesehatan adalah :
 - a. Kecukupan / ketersediaan fasilitas layanan di kelas II dan kelas III yang saat inipun sudah overload.
 - b. Risiko masyarakat harus menambah biaya sharing karena terpaksa menggunakan kelas di atas kelas yang ditetapkan akibat keterbatasan tempat tidur RS sebagai dampak overload mutasi.
- Kasus-kasus *technical error* akibat tidak sepahaminya antara RS dengan verifikator BPJS akan berdampak kepada permasalahan penduduk khususnya miskin yang harus membayar biaya perawatan tanpa jaminan.
 - a. Kasus *technical error* akan makin menguat karena dari sisi BPJS berkaitan dengan selektifitas sementara dari RS berkaitan dengan memori trauma pending pembayaran klaim. Kelompok yang paling terdampak dari kondisi ini adalah masyarakat dan peserta BPJS khususnya penduduk miskin.
 - b. Kasus-kasus fraud dimungkinkan dapat semakin meningkat mengingat hubungan kerja antara BPJS dan RS menjadi semakin ke arah kapitalisasi dari proses pengalaman psikologis yang terjadi selama ini.

IX. REKOMENDASI

Setelah mendengarkan masukan dari Pemerintah Provinsi DIY dan juga beberapa *stakeholder* yang diundang dalam pertemuan, Komisi IX DPR RI memberikan rekomendasi sebagai berikut:

1. Komisi IX DPR RI mendesak Pemerintah dan BPJS Kesehatan untuk memetakan dan mengantisipasi banyaknya peserta JKN yang turun kelas perawatan yang akan berdampak terhadap keseluruhan proyeksi Dana Jaminan Sosial (DJS) kesehatan. Selain itu, adanya potensi tingginya angka *drop out* dari peserta JKN mandiri kelas III yang akan banyak mempengaruhi capaian *Universal Health Coverage* (UHC).
2. Komisi IX DPR RI mendesak Pemerintah untuk meningkatkan jumlah tempat tidur kelas III di seluruh rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk mengantisipasi peningkatan peserta BPJS Kesehatan mandiri yang memilih untuk menjadi peserta BPJS Kelas III.
3. Komisi IX DPR RI mendesak Pemerintah untuk memprioritaskan pemutakhiran data PBI JKN untuk mengurangi angka *exclusion* dan *inclusion error* yang disebabkan tidak validnya data. Hal ini termasuk meningkatkan kerjasama dengan Pemerintah Daerah.

4. Komisi IX DPR RI meminta Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan untuk mengumpulkan data tentang dampak kenaikan iuran BPJS dan meminta pelibatan ombudsman dalam menjangkau masukan dari masyarakat tentang pelayanan JKN.

X. PENUTUP

Demikian Laporan Kunler Spesifik tentang Pengawasan terhadap kenaikan iuran BPJS Kesehatan Komisi IX DPR RI ke Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta ini kami susun.

Atas segala bantuan dan kerjasama yang baik dari mitra kerja Komisi IX DPR RI, Pemerintah Daerah, Kepala Dinas, Direktur Rumah Sakit, dan instansi terkait serta khususnya masyarakat setempat yang telah membantu kelancaran selama Kunjungan Kerja Spesifik Komisi IX DPR RI, kami ucapkan terima kasih.

Jakarta, 25 November 2019

**TIM KUNJUNGAN KERJA KOMISI IX DPR RI
KE PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
KETUA,**

Ttd

EMANUEL MELKIADES LAKA LENA
A- 331

MATRIK MASUKAN UNTUK PERBAIKAN JKN

No	permasalahan	masukan terkait pelaksanaan JKN
1	hak dasar terkait kebutuhan pelayanan kesehatan, masih ada masyarakat yang tidak bisa mengakses pelayanan kesehatan karena permasalahan pembiayaan kesehatan	sistem pembiayaan kesehatan harus mampu memastikan bahwa semua kebutuhan masyarakat terkait pelayanan kesehatan dapat terpenuhi, misalnya yang saat ini terjadi adalah partus normal tidak dapat dijamin pembiayaannya di RS padahal ada riwayat risti, bayi baru lahir dengan kondisi kesehatan tertentu tidak bisa mendapatkan perawatan optimal sesuai kebutuhan karena terhambat ketentuan pembiayaan, tindakan untuk kegawatdaruratan yang membutuhkan perawatan lanjut tidak dapat diklaim biaya perawatan lanjutannya, dll
2	konsep revenue collection, pooling dan purchasing masih terfragmentasi sehingga pembiayaan pelayanan kesehatan belum bisa optimal	kebijakan pembiayaan kesehatan dibangun dengan mempertimbangkan integrasi ketiga komponen tersebut
3	peningkatan demand side tidak disertai dengan pengembangan supply side sehingga pelayanan kesehatan menjadi tidak merata	ada kebijakan penataan SDM, pengaturan waktu kerja, pertimbangan penataan SDM dengan melihat kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat setempat
4	belum semua fasilitas kesehatan memenuhi standar pelayanan	provider JKN dipastikan memenuhi standar pelayanan
5	korelasi BPJS dengan Dinas Kesehatan dalam mengelola fasyankes belum ada regulasi yang jelas dalam menempatkan fungsi Dinkes sebagai regulator dalam SJSN	ada regulasi yang jelas dalam menempatkan fungsi dinkes sebagai regulator dalam SJSN

6	mekanisme pembayaran melalui INA CBGs dan kapitasi mempengaruhi efisiensi pembayaran	kajian mekanisme pembayaran dengan teknik yang lebih tepat, dengan pembobotan mutu pelayanan
7	upaya penguatan promotif dan preventif di layanan primer masih terkendala dengan terus berlangsungnya kemelut kepastian eksistensi dokter layanan primer	kepastian hukum yang sudah ada diikuti dengan kebijakan teknis terkait eksistensi dokter layanan primer
8	klasifikasi penyakit dengan kekhususan yang telah dibahas kolegium dan disampaikan pada BPJS tidak semua diakomodir, sehingga pasien dengan kekhususan tetap mengikuti rujukan berjenjang yang berdampak pada efisiensi pembiayaannya	BPJS segera mengakomodir by system untuk kasus kekhususan sehingga pasien dapat langsung memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan kekhususannya dan dapat meningkatkan efisiensi pembiayaannya
9	kriteria dan mekanisme rujukan horisontal belum di atur secara jelas	adanya regulasi yang jelas dari pusat terkait kriteria dan mekanisme rujukan horisontal