

2016

Laporan  
Akhir [Final  
Report]



# Kajian Hukum Program Jamkesda Kota Bogor– Pasca Integrasi BPJS Kesehatan *[Legal Study of Local Health Coverage of Bogor City toward Universal Health Coverage Integration ]*

**AL ASYARY & MEITA VERUSWATI**

Laporan ini ditujukan pada Dinas Kesehatan Kota Bogor [This report addressed to Bogor City's Health Offices]

**DRAFT NASKAH AKADEMIK**

**dan**

**DRAFT PERATURAN WALIKOTA**

**TENTANG PEMBIAYAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH**

**DI KOTA BOGOR**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas karunia dan rahmat-Nya, penyusunan Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang tentang ...dapat diselesaikan dengan baik.

Penyusunan Naskah Akademik ini dilakukan untuk memberikan pembenaran secara akademis dan sebagai landasan pemikiran atas materi pokok Peraturan walikota yang dimaksud, didasarkan pada hasil kajian dan diskusi terhadap substansi materi muatan yang terdapat di berbagai peraturan perundang-undangan, serta kebutuhan hukum masyarakat akan pengaturan.... Adapun penyusunannya dilakukan berdasarkan pengolahan dari hasil eksplorasi studi kepustakaan, pendalaman berupa tanya jawab atas materi secara komprehensif dengan para praktisi dan pakar di bidangnya serta diskusi internal tim yang dilakukan secara intensif.

Kelancaran proses penyusunan Naskah Akademik ini tentunya tidak terlepas dari keterlibatan dan peran seluruh Tim Penyusun, yang telah dengan penuh kesabaran, ketekunan, dan tanggung jawab menyelesaikan apa yang menjadi tugasnya. Untuk itu, terima kasih atas ketekunan dan kerjasamanya.

Semoga Naskah Akademik ini bermanfaat bagi pembacanya.

Jakarta, September 2016

**Tim Penyusun**

## **DAFTAR ISI**

JUDUL

**1**

KATA PENGANTAR

**2**

BAB I PENDAHULUAN

**5**

- A. LATAR BELAKANG  
5
- B. IDENTIFIKASI MASALAH  
9
- C. TUJUAN DAN KEGUNAAN  
9
- D. METODE  
10

BAB IV KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

**12**

- A. KAJIAN TEORETIS  
12
- B. KAJIAN EMPIRIS  
20

BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG – UNDANGAN  
TERKAIT

**45**

BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS

**48**

- A. LANDASAN FILOSOFIS  
48
- B. LANDASAN SOSIOLOGIS  
49
- C. LANDASAN YURIDIS  
52

BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI  
MUATAN UNDANG – UNDANG

**60**

- A. JANGKAUAN DAN ARAH PENGATURAN  
60
- B. RUANG LINGKUP MATERI MUATAN  
61

BAB VI PENUTUP

**73**

- A. KESIMPULAN  
73
- B. SARAN  
73

DAFTAR PUSTAKA

**73**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

Program pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan peningkatan Jamkesda merupakan salah satu program prioritas Pemerintah Kota Bogor dalam upaya menanggulangi kemiskinan dari sektor kesehatan dengan sasaran penduduk miskin di Kota Bogor di luar kuota Jamkesmas yang belum terlindungi oleh jaminan kesehatan. Program Jamkesda merupakan pengembangan dari program pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin di luar kuota Jamkesmas yang pada awalnya dilaksanakan bagi penduduk dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) yang diterbitkan oleh Kecamatan.

Dalam upaya untuk mendapatkan data dasar sasaran kepesertaan penerima program Jamkesda, maka pada tahun 2010 dilaksanakan Pendataan Keluarga Untuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah di Kota Bogor yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan lintas sektor terkait di wilayah Kelurahan dan Kecamatan. Melalui proses pengolahan data serta pencocokan dan penelitian data yang dilaksanakan pada tahun 2011 maka dengan SK Walikota Bogor Nomor 179 Tahun 2012 ditetapkan sasaran peserta penerima program Jamkesda di Kota Bogor berjumlah 221.072 jiwa. Dari data dasar kepesertaan tersebut di atas, pada bulan Mei 2013 kartu Jamkesda telah dicetak dan didistribusikan ke Kecamatan dan Kelurahan untuk selanjutnya didistribusikan pada 166.454 peserta di wilayah Kota Bogor. Untuk

mendapatkan data sasaran peserta penerima sasaran program yang mendekati kebenaran dan tidak terduplikasi dengan jaminan kesehatan lain, maka pada tahun 2013 dan 2014 dilaksanakan proses *updating* data yang dilaksanakan oleh Tim Updating Data Tingkat Kelurahan dan Kecamatan. Sampai dengan saat ini sasaran penerima program Jamkesda meliputi penerima kartu Jamkesda dan penduduk miskin yang belum terdata dalam data dasar Jamkesmas maupun Jamkesda masih dapat menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu dari Kelurahan. Data sementara itu tahun 2016 jumlah peserta Jamkesda yang telah terintegrasi sebanyak 75.294 dari 94.368 nama sebagai peserta JKN atau dengan kata lain terdapat 19.074 (20%) nama yang belum jelas status kepesertaannya dalam jaminan kesehatan.<sup>1</sup>

Manfaat yang dapat diterima baik oleh peserta Jamkesda maupun pengguna Surat Keterangan Tidak Mampu adalah pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diantaranya meliputi rawat jalan dan rawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) dan rawat jalan dan rawat inap kelas III dan ruang khusus (HCU,ICU,NICU,PICU, dll) di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (rumah sakit). Prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesda dan SKTM melalui mekanisme pelayanan kesehatan terstruktur dan berjenjang dengan persyaratan:<sup>2</sup>

- a) Peserta Jamkesda menunjukkan kartu Jamkesda di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Puskesmas)
- b) Jika dibutuhkan pelayanan spesialistik sesuai dengan indikasi medis, peserta Jamkesda akan dirujuk ke Rumah Sakit yang bekerja sama dengan Pemerintah Kota Bogor.

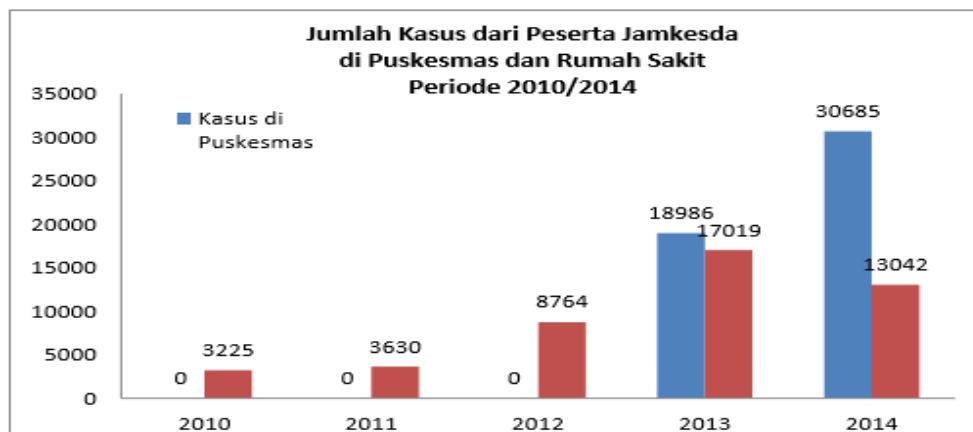
---

<sup>1</sup> Dinas Kesehatan Kota Bogor.2016

<sup>2</sup> Kajian Program Jamkesda Pasca Integrasi ke JKN. Bogor.2016

- c) Dalam keadaan darurat, peserta Jamkesda dapat langsung ke Unit Gawat darurat Rumah Sakit (tanpa rujukan).

Pendanaan pelayanan kesehatan program Jamkesda di Kota Bogor bersumber dari APBD Propinsi Jawa Barat dan APBD Kota Bogor menunjukkan tren peningkatan biaya pelayanan kesehatan dari tahun 2010-2013 dan tren penurunan sejak dilaksanakannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai 1 Januari 2014 . Peningkatan alokasi anggaran Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin dan Peningkatan Jamkesda berdampak pada meningkatnya akses penduduk miskin pada pelayanan kesehatan seperti dapat dilihat pada grafik di bawah ini:



**Gambar 4. Jumlah Kasus Peserta Jamkesda tahun 2010-2014**

Hasil kajian terkait program Jamkesda Pasca Integrasi JKN didapatkan beberapa masalah antara lain: <sup>3</sup>

- a. Masalah kepesertaan terdapat kasus pasien PBI yang terpaksa mendaftarkan diri sebagai peserta mandiri BPJS dan berencana untuk mengubah statusnya menjadi peserta PBI setelah terdaftar ke dalam BPJS. Prosedur tersebut tidak terdapat dalam peraturan pemerintah pusat akan tetapi pada praktiknya daerah menerapkan prosedur tersebut, tidak hanya di Bogor. Menindaklanjuti masalah kepesertaan dalam upaya integrasi ke dalam JKN, penting untuk

---

<sup>3</sup> Kajian Program Jamkesda Pasca Integrasi ke JKN. Bogor. 2016



pihak-pihak yang terlibat dalam pendataan masyarakat miskin dan peserta Jamkesda untuk mengintegrasikan dan mengcleaning data kepesertaan sebelum diserahkan atau diajukan kepada BPJS sehingga tidak ada lagi pengembalian data karena ketidaklengkapan.

- b. Masalah sarana kesehatan terdapat kasus maraknya penolakan pasien BPJS di rumah sakit, hal ini memicu timbulnya moral hazard dimana masyarakat/ pihak pasien menyatakan diri sebagai pasien umum sehingga dapat dilayani lebih cepat dan lebih terjamin dibandingkan jika mengaku sebagai pasien BPJS tetapi direspon dengan tidak cepat dan tidak ramah dari pihak rumah sakit.
- c. Masalah paket manfaat juga dilihat dari dua sisi termasuk permasalahan yang dihadapi PBI JKN setelah pasca integrasi Jamkesda dan paket manfaat peserta Jamkesda di Kota Bogor itu sendiri. Terkait dengan paket manfaat bagi PBI JKN, dalam Peraturan Presiden No.12 tahun 2013 telah jelas tertulis rincian manfaat yang diterima PBI. Namun demikian, dalam praktiknya, paket manfaat tersebut tidak sepenuhnya didapatkan pasien atau dikarenakan kurang baiknya manajemen rumah sakit menyebabkan pasien harus mengeluarkan uang (out-of-pocket) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, sebagai contoh dalam kajian ini adalah keluarga pasien yang harus mengambil sendiri darah di PMI karena RS kehabisan persediaan stock.
- d. Masalah pembiayaan yang terjadi terkait implementasi Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bogor antara lain tarif BPJS yang tidak mengcover beberapa layanan esensial di rumah sakit termasuk obat di luar Fornas yang menyebabkan unit pelayanan tertentu mengalami defisit. Sebagai contoh, pasien yang memerlukan pemeriksaan lanjutan diharuskan datang kembali di hari lain padahal tenaga kesehatan dan fasilitas layanan pendukung, seperti laboratorium, sebetulnya tersedia di rumah sakit yang sama, begitu pula dengan dokter spesialis yang dirujuk oleh dokter sebelumnya. Hal ini menyebabkan kerugian pula bagi pasien yang kehilangan

banyak waktu dan tentu berdampak pada *opportunity cost* yang tinggi.

Sementara, dalam rangka mengintegrasikan peserta Jamkesda ke dalam skema JKN dengan optimalisasi pelayanan tentu diperlukan komitmen tertulis dari pemerintah daerah, dalam bentuk peraturan Walikota (Perwali), yang didalam Perwali tersebut harus jelas bentuk dan sumber daya untuk merealisasikan komitmen tersebut.

## **B. IDENTIFIKASI MASALAH**

- a. Pelaksanaan Integrasi Program Jamkesda ke dalam Program JKN di Kota Bogor yang telah dilaksanakan mulai tahun 2014 belum 100%.
- b. Belum optimalnya koordinasi lintas sektor terkait data sasaran yang tepat dan akurat yang menjadi salah satu penghambat integrasi Jamkesda.
- c. Dalam pelayanan peserta Jamkesda dan PBI APBD terdapat masalah terkait paket manfaat, tersediannya sarana dan jbelum adanya jaur efektif pembiayaan.
- d. Belum adanya payung hukum yang mengatur proses Program Pembiayaan Masyarakat Miskin di Kota Bogor.

## **C. TUJUAN DAN KEGUNAAN**

1. Memberikan latar belakang, arahan, dukungan terhadap perumusan peraturan walikota tentang program pembiayaan masyarakat miskin di Kota Bogor
2. Mengetahui sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup jangkauan dan aturan tentang program pembiayaan masyarakat miskin di Kota Bogor
3. Terwujudnya tata pengaturan dari segi kepesertaan, sarana dan prasarana, paket manfaat pelayanan kesehatan dan pembiayaan dalam program pembiayaan masyarakat miskin di Kota Bogor
4. Sebagai acuan atau referensi penyusunan dan pembahasan peraturan walikota tentang program pembiayaan masyarakat miskin di Kota Bogor

#### **D. METODE**

Naskah akademik ini disusun dengan menggunakan metode yuridis normatif, berdasarkan sumber-sumber informasi yang didapatkan melalui penelusuran berbagai literatur, tinjauan dokumen tentang Jaminan Sosial, Universal Health Coverage, Pembiayaan, pelayanan kesehatan, INA CBGs, Integrasi, Evaluasi, Jaminan Kesehatan Nasional, Jaminana Kesehatan Daerah, tugas pokok dan fungsi terhadap lembaga atau instansi yang terkait di bidang jaminan Kesehatan seperti Kemenkes RI, Badan Pelaksana Jaminan Sosial, Kementrian badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementrian Keuangan. Penelusuran informasi terkait juga melalui media elektronik dan non elektronik, peraturan perundang-undangan dan regulasi lain di wilayah hukum Indonesia serta penerapan Program Jaminan Kesehatan Nasional di berbagai daerah. Sumber informasi dari internet dilakukan dengan menggunakan beberapa kata kunci.

Selain penelusuran literatur, naskah akademik ini dilengkapi dengan hasil wawancara, diskusi dengan ahli dan rapat dengar pendapat dengan stakeholder terkait. Seluruh dokumen tersebut dipilah dan dipilih untuk selanjutnya digunakan sebagai bahan acuan dalam proses penyusunan naskah akademik ini. Sesuai dengan hasil analisis terhadap sumber tersebut, dalam bentuk jurnal, artikel dan makalah sebanyak 60 dokumen yang digunakan. Semua sumber informasi tersebut digunakan sebagai dasar pembuatan Naskah Akademik.

Selanjutnya, proses penyusunan naskah akademik ini dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu:

1. Dilakukan pemilahan dan pemetaan terhadap berbagai tulisan dalam bentuk artikel, teks book, jurnal, laporan dan perundang-undangan yang terkait dengan penerapan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

2. Dilakukan penilaian secara akademis berdasarkan peraturan perundang-undangan terhadap peran serta daerah dalam implementasi program JKN dan proses Integrasi Jamkesda Ke Program JKN.
3. Dilakukan simulasi kenaikan cukai sesuai rekomendasi WHO dan pemanfaatan dana cukai
4. Dilakukan penyusunan dan penyajian hasil kajian dalam materi amandemen peraturan perundang-undangan tentang cukai.

## BAB II

### KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

#### A. Kajian Teoretis

##### 1. Prinsip SJSN dan Tugas BPJS

Sistem Jaminan Sosial Nasional telah menetapkan prinsip-prinsip yang sangat berbeda dengan prinsip pasar dan yang menjadi tugas BPJS. Prinsip-prinsip tersebut dirumuskan dengan mengambil pelajaran dari praktik lazim di negara lain.

**Prinsip Gotongroyongan.** Gotong royong dalam JKN harus terjadi antara peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu, yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi, dan yang sangat membantu yang sakit secara nasional. Ketiga unsur gotong royong tidak terjadi pada mekanisme asuransi kesehatan komersial yang berbasis mekanisme pasar. Melalui prinsip gotongroyongan ini dapat diwujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dalam Pancasila.

**Prinsip Nirlaba.** Yang dimaksud dengan nirlaba sesungguhnya adalah bukan untuk memberi keuntungan untuk sebagian orang atau badan hukum yang biasa disebut pemegang saham. Dalam UU SJSN, dana yang terkumpul dari transaksi wajib disebut Dana Amanat yang akan digunakan untuk membayar biaya berobat peserta yang sakit.

**Prinsip Tata Kelola yang Baik (Good Governance): Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas.** Dalam hal ini, semua kebijakan, penerimaan, pengeluaran, investasi dan segala transaksi lainnya harus dicatat dan disimpan untuk waktu lama. Badan audit seperti BPK wajib memeriksa secara bersih dan membuka hasil audit kepada publik. Pimpinan BPJS harus mencantumkan semua pertanggungjawaban dan audit tersebut dalam laman BPJS.

**Prinsip Portabilitas.** Prinsip ini berlaku bagi jaminan, manfaat (benefit) baik berupa uang atau layanan yang menjadi hak peserta. Portable artinya selalu dibawa, selalu berlaku di tanah air, selalu mengikuti kebutuhan peserta dari lahir sampai meninggal. BPJS tidak boleh membatasi jaminan pada suatu wilayah tertentu.

## 2. Penerapan Model Pembayaran INA-CBGs dalam Pelaksanaan JKN

Reformasi pembayaran ke fasilitas tingkat lanjut (RS) dilakukan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan JKN, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN. Pada pelaksanaan Jamkesmas, pembayaran klaim tahun 2009 sampai dengan akhir tahun 2010 dilakukan berdasarkan *Indonesian Diagnoses Related Group* (INA-DRG), sedangkan pada akhir tahun 2010 sampai sekarang pembayaran klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBGs yang dikembangkan dari INA-DRG. Mulai tahun 2014 INA-CBG tidak hanya dipergunakan bagi pasien PBI namun juga bagi peserta Non-PBI.

Model pembayaran INA-CBGs adalah besarnya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Tarif INA-CBG dibentuk dan dikeluarkan oleh sebuah tim yang disebut *National Casemix Center* (NCC) di bawah Kemenkes. Setiap tahun NCC mengumpulkan dan mengolah data dari rumah sakit dan program Jamkesmas guna menghasilkan dan memperbaiki metode penghitungan tarifnya.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Kemensekneg RI. JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional. 2015

Pelayanan medis merupakan pelayanan yang dibutuhkan setiap orang. Karena semua orang ingin sehat dan layanan kesehatan tidak bisa ditawarkan, seseorang akan membayar berapa pun yang diminta dokter/RS. Jika tidak sanggup, pasien bisa 'pulang paksa', pulang atas permintaan sendiri, padahal kasus seperti ini sudah termasuk dalam pelanggaran hak hidup sehat. Saat itu, sistem kesehatan di Indonesia cenderung neolib, dimana pelayanan bergantung pada uang yang mampu disediakan. Di samping itu, pelayanan kesehatan juga sering dinodai dengan praktik curang seperti pengajuan obat mahal padahal terdapat obat yang lebih rendah harganya dan memiliki kemanjuran yang sama, dan praktik lainnya.

Melalui adanya BPJS, bentuk pembayaran kesehatan tidak lagi dibebankan pada pasien. Cara lain yang ditawarkan adalah adanya 'Penjamin', dalam hal ini BPJS atau pemerintah, bisa membayar dokter/RS dengan cara lain. Posisi pasien yang lemah yang tidak paham layanan medis dan mudah dicurangi berubah dalam JKN. Pasien yang bergabung (pooling) menghimpun dana amanat, dana hibah bersama, dalam pundi JKN memiliki daya tawar dan daya pilih yang kuat. Salah satu keuntungan besar JKN adalah kemampuannya mengdalikan praktik kecurangan di pelayanan kesehatan, terutama di RS. Di samping itu, JKN juga mengantisipasi praktik kecurangan yang mungkin akan dilakukan oleh pasien. Dimana saat memahami bahwa dirinya akan dijamin maka yang dilakukan adalah berobat ke dokter RS dan memanfaatkan pelayanan yang mahal dengan alasan 'toh dibayar JKN'. Potensi kolusi dokter dengan pasien yang merupakan suatu moral hazard/kecurangan telah diantisipasi oleh JKN dengan membayara dokter/RS secara borongan.

Dalam UU SJSN (dalam penjelasan pasal 24) telah digariskan langkah-langkah menjamin Dana Amanat JKN hemat/efisien. Dokter/fasilitas kesehatan dibayar secara borongan (prospektif) misalnya secara kapitasi, Casemix based Group (CBG), atau budget tertentu. Dalam Perpres 111/2013 ditetapkan dua cara pembayaran yaitu kapitasi dan CBG.



Secara umum, sistem pembayaran pelayanan rumah sakit dapat berbentuk satu atau lebih dari pilihan berikut (Kongstvedt, 1996):

- 1) Sesuai tagihan, biasanya secara retrospektif dan sesuai jasa per pelayanan
- 2) Sesuai tagihan akan tetapi dengan negosiasi diskon/rabat khusus
- 3) Diagnostic related group, atau dalam JKN disebut CBG
- 4) Kapitasi
- 5) Per kasus
- 6) Per diem
- 7) *Bed leasing*
- 8) *Performance based incentives*
- 9) *Global budget*

### 3. Kepesertaan

a) Beberapa pengertian:

- **Peserta** adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.
- **Pekerja** adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
- **Pemberi Kerja** adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.
- Peserta tersebut meliputi: Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:
- Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas: 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu: Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI; Anggota Polri; Pejabat Negara; Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri; Pegawai Swasta

- Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
  - Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
  - Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
  - Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:Investor; Pemberi Kerja; Penerima Pensiun; Veteran; Perintis Kemerdekaan
- Penerima pensiun terdiri atas:Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun; Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
  - b) Syarat pendaftaran Syarat pendaftaran akan diatur kemudian dalam peraturan BPJS
  - c) Lokasi pendaftaran Pendaftaran Peserta dilakukan di kantor BPJS terdekat/setempat.
  - d) Prosedur pendaftaran Peserta
    1. Pemerintah mendaftarkan PBI JKN sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
    2. Pemberi Kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
    3. Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
  - e) Hak dan kewajiban Peserta
    - . Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan a) identitas Peserta dan b) manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
    - . Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk: a. membayar iuran dan b. melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan

identitas Peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja.

10) Masa berlaku kepesertaan a. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar Iuran sesuai dengan kelompok peserta.

- . Status kepesertaan akan hilang bila Peserta tidak membayar Iuran atau meninggal dunia.
  - . Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut diatas, akan diatur oleh Peraturan BPJS.
- f) Pentahapan kepesertaan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014, kepesertaannya paling sedikit meliputi: PBI Jaminan Kesehatan; Anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya; Anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya; peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

#### **4. Integrasi Jamkesda**

Cakupan jaminan kesehatan masih bersifat parsial dan perlu diperluas untuk kelompok lainnya secara bertahap sesuai dengan tujuan peta jalan dalam mencapai cakupan semesta pada tahun 2019. Hal ini termasuk mengintegrasikan ratusan program Jamkesda yang masih terpisah (berjalan sendiri), mengintegrasikan pelayanan kesehatan yang disediakan pemberi kerja kepada karyawannya (*self-insured*) dan cakupan sektor informal.

Sesuai dengan peta jalan DJSN, integrasi Jamkesda ke dalam satu sistem jaminan kesehatan nasional akan dimulai pada tahun 2015 dan diharapkan paling lambat akhir tahun 2016, semua program Jamkesda telah berintegrasi kedalam JKN. Salah satu saluran penting dalam mencapai jaminan kesehatan semesta pada tahun 2019 adalah keterlibatan

dan koordinasi dari unit-unit Pemerintah Daerah, yang antara lain untuk (1) menghubungkan program Jamkesda yang ada kedalam skema JKN, (2) membayar biaya-biaya yang tidak ditanggung oleh Pemerintah Pusat, (3) memfasilitasi keikutsertaan penduduk yang belum terjangkau, (4) memastikan ketersediaan fasilitas-fasilitas kesehatan yang fungsional ditingkat kabupaten.

Jaminan Kesehatan Daerah merupakan program pemerintah yang mengacu kepada sistem jaminan sosial yang bertujuan untuk memberikan akses bagi seluruh rakyat terhadap pelayanan kesehatan. Penyelenggaraannya berdasarkan prinsip asuransi sosial dengan kepesertaan yang wajib dan besaran premi yang ditetapkan oleh pemerintah (Trisnantoro, 2009). Sistem Jamkesda ini merupakan sebuah subsistem jaminan sosial yang bersifat jangka pendek, dan terutama ditargetkan kepada rakyat miskin dan yang belum memiliki keanggotaan jaminan kesehatan lainnya (seperti Jamkesmas, Askes, dll). Prinsip-prinsip yang dianut dalam sistem jaminan sosial dengan sendirinya harus dianut pula dalam sistem ini.

Sistem Jamkesda memiliki karakteristik yang berbeda-beda, lebih rumit dan lebih terperinci sesuai dengan kondisi dan karakteristik kesehatan di daerah yang menyelenggarakan. Jamkesda menggunakan pendekatan penyelenggaraan dengan prinsip *managed care*, dijalankan dengan teknik yang mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali mutu dan kendali biaya. Hal ini bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Pengelolaan *managed care* bertujuan untuk memerangi bahaya moral (*moral*

## PETA JALAN MENUJU KEPESERTAAN SEMESTA (UHC)



### Formulasi Kebijakan Integrasi Jamkesda ke dalam JKN

Dalam merancang formulasi kebijakan integrasi berdasarkan hasil analisis yang telah diuraikan di atas terhadap pola manajemen pembiayaan, pola paket manfaat dan pola cakupan penerima bantuan iuran dipengaruhi oleh beberapa kondisi sebagai berikut:

1. Terdapat pergeseran kewenangan kebijakan, yaitu kebijakan pembiayaan kesehatan yang selama ini terdesentralisasi di daerah, baik di kabupaten/kota maupun provinsi, kembali menjadi tersentralisasi melalui program Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam konteks ini isu pergeseran kewenangan menjadi krusial dan harus menjadi perhatian. Faktor politis di daerah menjadi tantangan tersendiri yang harus dapat diredam, karena dengan manajemen yang terpusat, akan terdapat kewenangan yang hilang dan faktor kepentingan yang harus segera diatasi.
2. Terdapat kesenjangan (gap) kondisi antar wilayah yang memiliki kesejahteraan berbeda sehingga dapat menimbulkan konflik tertentu.

Hal ini terkait dengan kemampuan pola paket manfaat yang harus mampu menjembatani perbedaan gap antar paket manfaat Jamkesda provinsi yang selama ini berbeda. Model pola paket manfaat yang baru harus meredam dampak politis yang muncul akibat manfaat yang berkurang di beberapa daerah. Model pola paket manfaat harus mengoptimalkan porsi upaya promotif preventif untuk menciptakan pembiayaan kesehatan yang lebih efisien di daerah, setidaknya lebih efisien daripada yang selama ini terjadi.

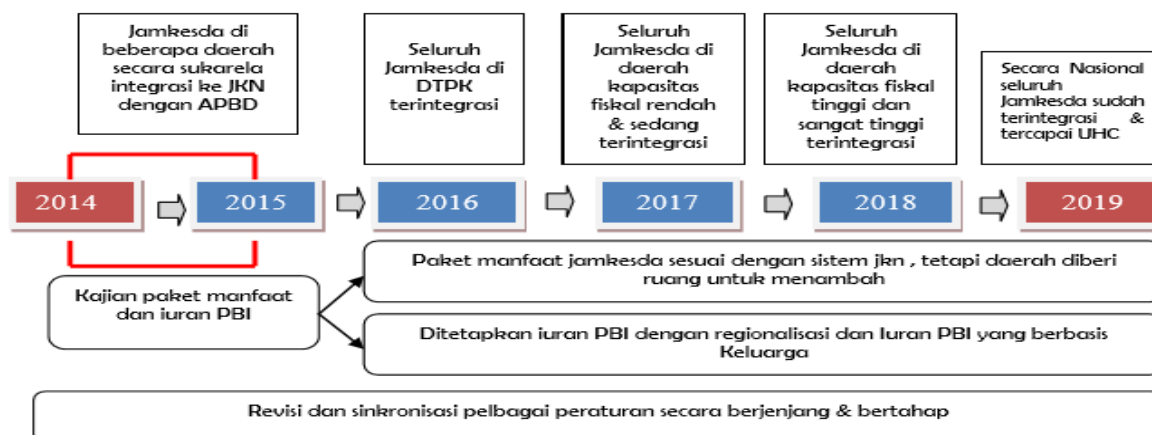
3. Data peserta PBI di tingkat pusat sebagian diantaranya belum sesuai dengan kenyataan di daerah. Hal ini timbul karena dinamika kondisi daerah yang berbeda-beda dan karena tidak terintegrasinya data sehingga menimbulkan tumpang tindih pemberian bantuan dan pada akhirnya persoalan-persoalan ini menimbulkan pembiayaan yang tidak efisien. Oleh karenanya, dalam model integrasi JKN diperlukan integrasi data terpusat dan kemampuan pusat memberikan peluang bagi dinamika yang terjadi di daerah termasuk penambahan cakupan penerima bantuan. Formulasi kebijakan yang selama ini telah diarahkan pada sentralisasi pembiayaan kesehatan melalui program JKN harus diimbangi dengan memberikan celah fleksibilitas bagi daerah untuk ikut dalam proses pengambilan keputusan secara dinamis. Salah satu formulasi kebijakan yang diusulkan dalam penelitian Supriyanto (2015) adalah formulasi kebijakan Integrasi Sentralisasi Dinamis.

Sentralisasi yang dimaksud dalam model kebijakan ini adalah upaya integrasi kebijakan Jamkesda ke dalam JKN yang dilakukan dengan mengalihkan tanggung jawab daerah dalam hal perencanaan, pembiayaan, dan manajemen jaminan kesehatan publik dari pemerintah daerah ke unit Pemerintah Pusat. Sementara yang dimaksud dengan dinamis dalam kebijakan ini adalah kemampuan kebijakan untuk tetap memberikan ruang fleksibilitas bagi daerah untuk turut serta dalam pengambilan keputusan terkait dengan JKN. Konsep sentralisasi dinamis ini memberikan ruang fleksibilitas yang lebih besar bagi daerah dalam sentralisasi kebijakan integrasi

jamkesda. Secara garis besar, inti model ini adalah : 1. Pengelolaan, pengendalian dan pembiayaan dilakukan terpusat namun indikator pengelolaan, pengendalian dan pembiayaan disepakati terlebih dahulu dengan daerah yang berintegrasi. 2. Paket manfaat dapat disesuaikan dengan kebutuhan daerah dan mengoptimalkan manfaat promotif preventif. 3. Penentuan penerima bantuan dan tarif secara dinamis dan melibatkan daerah namun tetap mengacu pada standar nasional dan regulasi lainnya yang ada.

Model sentralisasi yang dinamis dan partisipatif ini sejalan dengan pendapat Anderson (2006) dalam pemilihan kebijakan yang telah diuraikan di kerangka pemikiran, yang pendapatnya yang cenderung partisipatif mengacu pada dinamika pemangku kepentingan di lapangan. Menurutnya bahwa kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memilih kebijakan adalah mengacu pada : 1) nilai-nilai yang dianut baik oleh organisasi, profesi, individu, kebijakan maupun ideologi; 2) afiliasi partai politik; 3) kepentingan konstituen; 4) opini publik; 5) penghormatan terhadap pihak lain; serta 6) aturan kebijakan. Dengan lebih memperhatikan kepentingan di daerah, namun tetap mengacu pada standar kriteria nasional secara ketat maka semua prasyarat pemilihan kebijakan menurut Anderson tersebut sebenarnya telah terpenuhi. Jika dikaitkan dengan pendapat William N Dunn maka model integrasi ini sudah memiliki unsur *action focus, future oriented dan value duality*.

**Gambar 4.13 Skema *time frame* integrasi Jamkesda dalam JKN**



Gambaran hasil pemetaan kondisi di 33 Provinsi dalam proses Integrasi Jamkesda ke JKN yaitu:

1. Terdapat 4 provinsi yang sudah mencapai Universal Health Coverage. Jumlah provinsi yang hanya menjamin peserta penduduk miskin non Jamkesmas mencapai 27 provinsi (81,81%), serta 2 provinsi (6,06%) yang menggunakan SKTM. Gambaran di atas menunjukkan bahwa pemahaman dan kemampuan daerah dalam pengelolaan Jamkesda masih berbeda satu dengan yang lain, khususnya dalam rangka mencapai Universal Health Coverage.
2. Berdasarkan hasil analisis terhadap karakteristik dan kelayakan kebijakan Jamkesda di 6 provinsi, tergambar beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam penyusunan formulasi kebijakan integrasi sebagai berikut: 1) Keberadaan regulasi dan atau rencana 2) Komitmen politik pemimpin daerah 3) akses, ketersediaan dan pemerataan fasyankes di daerah; 4) Kemampuan daerah untuk menyesuaikan kebijakan Jamkesda; 5) Faktor ekonomi dan keuangan, khususnya kesiapan anggaran; 6) Result base financing.



## **B. Kajian Empiris**

### **1. Analisis Proses Integrasi Jamkesda Ke JKN Tahun 2015 di Indonesia**

1 Januari 2014 merupakan titik awal fase baru upaya perbaikan kesehatan penduduk Indonesia. Melalui UU SJSN (UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional), UU BPJS (UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial), dan Perpres Jaminan Kesehatan (Perpres No. 12 Tahun 2013 jo Perpres No.111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan), Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara resmi diimplementasikan untuk memberikan jaminan kepada peserta agar dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.<sup>5</sup> Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) yang merupakan transformasi dari PT Askes (Persero)

JKN diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.<sup>6</sup> Melalui prinsip asuransi sosial, kepesertaan JKN bersifat wajib bagi seluruh penduduk. Dengan prinsip ini diharapkan akan terjadi gotong royong antar peserta dalam dua hal. Pertama, gotong royong risiko sakit dari penduduk sehat kepada penduduk sakit. Kedua, gotong royong risiko pengeluaran kesehatan yang besar/katastropik dari penduduk kaya kepada penduduk miskin. Dengan demikian, hal ini akan mendukung terselenggaranya prinsip ekuitas (kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis), sehingga tidak ada lagi masyarakat yang memiliki halangan, khususnya halangan finansial, untuk mengakses pelayanan kesehatan.

---

<sup>5</sup>Pasal 20, UU No. 40 Tahun 2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional

<sup>6</sup>Pasal 19, UU No. 40 Tahun 2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional

Program ini diperkirakan akan memberikan banyak perubahan terhadap sistem kesehatan di Indonesia, seperti pada manajemen pembiayaan, manajemen pelayanan kesehatan, manajemen informasi, koordinasi lintas sektor, dan lainnya. Lebih jauh, sistem ini diperkirakan juga akan berpengaruh terhadap aspek lain di luar sistem kesehatan itu sendiri, seperti aspek ekonomi; aspek usaha, aspek ketenagakerjaan, dan aspek pengupahan; aspek penanggulangan kemiskinan dan perlindungan sosial; sampai dengan aspek pendataan dan pencatatan kependudukan.

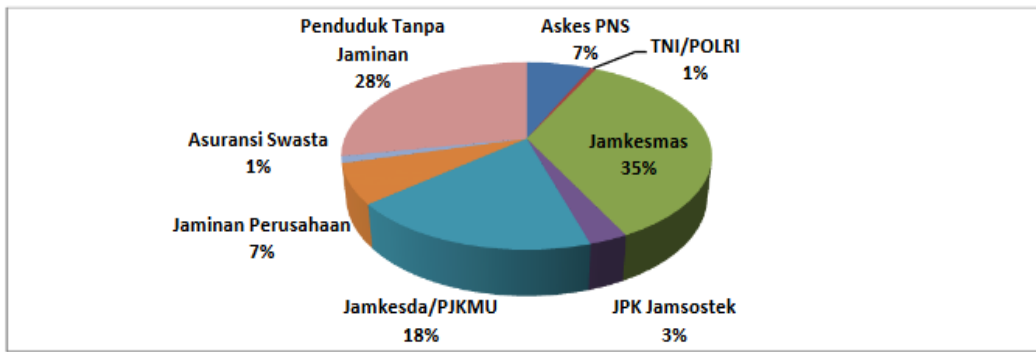
Peserta JKN per 1 Januari 2014 adalah peserta program-program jaminan kesehatan yang dialihkan secara langsung ke program JKN, yaitu peserta Jamkesmas, Askes PNS, Jaminan Kesehatan TNI/POLRI, dan JPK Jamsostek. Mulai saat itu pula, BPJS Kesehatan membuka pendaftaran bagi setiap penduduk yang ingin mendaftar JKN, baik perorangan, melalui perusahaan, ataupun melalui pemerintah daerah sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) daerah. BPJS Kesehatan memperkirakan jumlah peserta JKN per 1 Januari 2014 sebanyak 48,2% dari total penduduk Indonesia,<sup>7</sup> atau sebanyak 110,4 juta jiwa. Perpres Jaminan Kesehatan mengamanahkan seluruh penduduk Indonesia telah terdaftar sebagai peserta JKN atau mencapai Universal Health Coverage (UHC) pada tahun 2019.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup>Lampiran Pidato Presiden. Badan Perencana Pembangunan Nasional/Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional. 2014

<sup>8</sup>Supriyantoro. Formulasi Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Menuju Universal Health Coverage. UGM: 2014.

Gambar 1. Peserta Berbagai Skema Jaminan Kesehatan di Indonesia Juni 2013



Sumber: Mukti, Ali Ghufan. *Presentasi: Indonesia on Its Path to Universal Health Coverage- Expanding Coverage for Informal Sector.* 2013

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Supriyantoro (2014) terhadap seluruh provinsi di Indonesia yang sudah memiliki Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dengan tujuan ingin mengetahui pola jamkesda. Dari hasil survey didapatkan 4 provinsi yang sudah mencapai Universal Health Coverage. Jumlah provinsi yang hanya menjamin peserta penduduk miskin non Jamkesmas mencapai 27 provinsi (81,81%), serta 2 provinsi (6,06%) yang menggunakan SKTM. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pemahaman dan kemampuan daerah dalam pengelolaan Jamkesda masih berbeda satu dengan yang lain, khususnya dalam rangka mencapai Universal Health Coverage. Berdasarkan hasil analisis terhadap karakteristik dan kelayakan kebijakan Jamkesda di 6 provinsi, tergambar beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam penyusunan formulasi kebijakan integrasi sebagai berikut: 1) Keberadaan regulasi dan atau rencana aksi di tingkat provinsi akan menentukan sejauh mana proses integrasi Jamkesda dapat berjalan dengan baik. 2) Komitmen politik pemimpin daerah pada umumnya sudah visioner dalam hal penyiapan jaminan kesehatan 3) Persoalan kesiapan lapangan juga menjadi kunci yang harus disiapkan selama proses integrasi Jamkesda ke dalam JKN, antara lain :keterbatasan akses, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan maupun organisasi BPJS di daerah yg tersebar merata dan kualitas standar, serta tingkat pengetahuan/ kesadaran masyarakat. 4) Kemampuan daerah untuk menyesuaikan kebijakan Jamkesda yang disusun dengan indikator kinerja RPJMD menjadi penting dalam proses integrasi, karena rencana proses integrasi

Jamkesda harus mempertimbangkan penyesuaian terhadap capaian RPJMD masing- masing daerah. 5) Faktor ekonomi dan keuangan, khususnya kesiapan anggaran daerah sangat menentukan kesiapan daerah dalam berintegrasi 6) Result base financing dapat membantu menjembatani perbedaan sistem yang ada dan meningkatkan kinerja baik dari sisi penawaran dan permintaan dari sistem kesehatan yang mengupayakan untuk mencapai Universal Health Coverage.

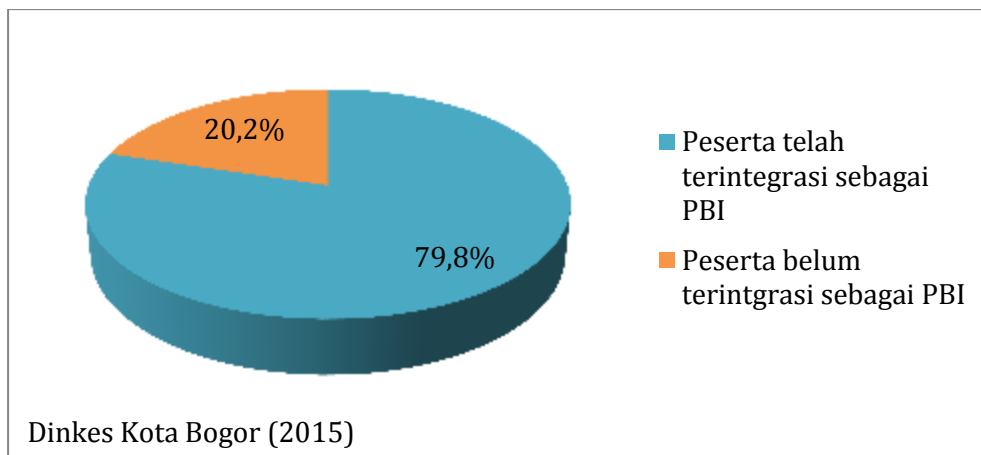
## **2. Analisis Proses Integrasi Jamkesda Ke JKN di Kota Bogor**

### **a. Masalah Kepesertaan**

Aspek kepesertaan merupakan inti dari revolusi yang menjadi tujuan JKN. Integrasi kepesertaan seluruh jaminan sosial, termasuk Jamkesda, menjadi agenda penting yang perlu menjadi perhatian khusus bagi setiap pemerintah daerah. Adapun permasalahan kepesertaan yang mengganjal integrasi Jamkesda ke dalam JKN dan terciptanya *universal health coverage* di Kota Bogor antara lain belum semua pasien kurang dan belum semua pasien yang sebelumnya peserta Jamkesda menjadi peserta PBI BPJS dikarenakan masalah administrasi dan adanya mekanisme dimana peserta Jamkesda yang ingin menjadi peserta PBI BPJS sebelumnya mendaftar terlebih dahulu sebagai peserta mandiri. Sementara, Kota Bogor memiliki kondisi yang memungkinkan tercapainya UHC mengingat hampir 90-95% pasien merupakan peserta BPJS, selama ini pasien Jamkesda yang masa berlaku kartunya sudah expired dan pasien yang tidak dikenal (tidak memiliki NIK) serta gelandangan tetap dilayani dengan ditanggung Pemda, dengan kata lain Pemda Kota Bogor memiliki potensi pembiayaan.

Hingga saat ini banyak pasien (masyarakat miskin) yang sebelumnya merupakan peserta Jamkesda dengan masa berlaku yang telah habis atau belum terdaftar sama sekali dalam jaminan kesehatan, dalam hal ini JKN. Isu kepesertaan ini terutama dikarenakan masalah administrasi dimana data masyarakat, termasuk data peserta Jamkesda, yang diajukan Dinas Kesehatan pada BPJS tidak dianggap lengkap sehingga terintegrasi sebagai peserta PBI BPJS. Hal ini serupa dengan temuan studi TNP2K bahwa dari

hasil penelaahan terhadap sejumlah daerah, data kepesertaan Jamkesda seringkali tidak jelas dan tidak berdasarkan *by name by address*, yang kemungkinan bergantung pada mutu manajemen sistem kesehatan di setiap daerah (TNP2K, 2015). Sampai dengan tanggal 2 Mei 2014, baru sebanyak 5.904.052 jiwa dari 31.866.390 jiwa peserta program Jamkesda yang ditargetkan Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kemenkes pada tahun 2012 yang bergabung dengan BPJS Kesehatan. Sementara itu, di Kota Bogor sendiri, baru sejumlah 75.294 dari 94.368 nama yang telah terintegrasi sebagai peserta JKN atau dengan kata lain terdapat 19.074 (20%) nama yang belum jelas status kepesertaannya dalam jaminan kesehatan.



### **Kondisi Kepesertaan Integrasi Jamkesda Kota Bogor Saat Ini**

Di samping itu, sebagian besar program Jamkesda juga mempunyai kepesertaan yang bersifat terbuka (pesertanya dapat berubah setiap saat) dan masih mengakomodir adanya SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) meski sudah memiliki daftar kepesertaan (TNP2K & UI, 2012). Hal tersebut pula yang ditemukan di Kota Bogor dimana, menurut pihak Dinkes Kota Bogor, salah satu kendala integrasi peserta Jamkesda menjadi peserta PBI adalah dikarenakan data yang duplikasi atau memiliki NIK ganda.

Hal lain terkait kepesertaan adalah adanya pengakuan dari pasien PBI yang terpaksa mendaftarkan diri sebagai peserta mandiri BPJS dan berencana untuk mengubah statusnya menjadi peserta PBI setelah terdaftar ke dalam BPJS. Prosedur tersebut tidak terdapat dalam peraturan

pemerintah pusat akan tetapi pada praktiknya daerah menerapkan prosedur tersebut, tidak hanya di Bogor. Namun demikian, terdapat beberapa persyaratan untuk mengubah status kepesertaan mandiri menjadi PBI antara lain membayar iuran selama status belum berubah menjadi PBI, mengajukan surat keterangan tidak mampu dari pemerintah setempat (kelurahan hingga kota) sampai pada SKPD yang terkait, termasuk dinas kesehatan dan dinas sosial, sampai pengajuan tersebut masuk ke BPJS. Yang perlu dipastikan adalah birokrasi administrasi jelas sehingga baik pihak pasien maupun aparat setempat dapat memenuhi prosedur yang diperlukan dan pasien yang tidak mampu tersebut bisa mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.

Menindaklanjuti masalah kepesertaan dalam upaya integrasi ke dalam JKN, penting untuk pihak-pihak yang terlibat dalam pendataan masyarakat miskin dan peserta Jamkesda untuk mengintegrasikan dan mengcleaning data kepesertaan sebelum diserahkan atau diajukan kepada BPJS sehingga tidak ada lagi pengembalian data karena ketidaklengkapan. Sistem informasi yang terintegrasi merupakan salah satu alternatif untuk mengintegrasikan data di level daerah mengingat data masyarakat miskin ini tersebar di dinas kependudukan, dinas kesehatan, dan dinas sosial. Di samping itu, penting pula melibatkan pihak BPS daerah selaku pemilik data dan sarana sistem informasi yang lebih *settle* dan seharusnya lebih mampu mengintegrasikan data yang tersebar di beberapa SKPD.

#### **b. Masalah Fasilitas Kesehatan**

Diimplementasikannya Jaminan Kesehatan Nasional memicu peningkatan utilisasi pelayanan di fasilitas kesehatan terutama rumah sakit. Integrasi peserta Jamkesda ke dalam JKN tentu juga akan menambah jumlah utilisasi pelayanan. Dari hasil kajian ini diketahui banyaknya permasalahan terkait terbatasnya fasilitas kesehatan yang menyebabkan masyarakat tidak bisa memanfaatkan faskes tersebut meskipun telah memiliki jaminan kesehatan. Sebagai contoh, kasus pasien yang akhirnya harus mencari rumah sakit lain setelah menunggu sangat lama untuk kamar perawatan, pasien yang ditolak rumah sakit, terutama

yang membutuhkan ICU/NICU, dikarenakan ICU/NICU penuh, dan seterusnya.

Terkait dengan maraknya penolakan pasien BPJS di rumah sakit, hal ini memicu timbulnya moral hazard dimana masyarakat/ pihak pasien menyatakan diri sebagai pasien umum sehingga dapat dilayani lebih cepat dan lebih terjamin dibandingkan jika mengaku sebagai pasien BPJS tetapi direspon dengan tidak cepat dan tidak ramah dari pihak rumah sakit. Begitu juga dalam kajian ini dimana beberapa pasien yang terpaksa menyatakan diri sebagai pasien umum, yang artinya akan membayar sendiri pelayanannya, untuk dapat diterima, dilayani dan mendapatkan kamar perawatan.

Menindaklanjuti masalah fasilitas kesehatan ini, pemerintah daerah, termasuk di tingkat provinsi dan kota, untuk mendorong rumah sakit daerah menjadi BLUD sehingga pemerintah daerah dapat berkontribusi lebih efektif dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan melalui pemberian subsidi fasilitas kesehatan.

### **c. Masalah Paket Manfaat**

Dalam studi ini, masalah paket manfaat juga dilihat dari dua sisi termasuk permasalahan yang dihadapi PBI JKN setelah pasca integrasi Jamkesda dan paket manfaat peserta Jamkesda di Kota Bogor itu sendiri.

Terkait dengan paket manfaat bagi PBI JKN, dalam Peraturan Presiden No.12 tahun 2013 telah jelas tertulis rincian manfaat yang diterima PBI. Namun demikian, dalam praktiknya, paket manfaat tersebut tidak sepenuhnya didapatkan pasien atau dikarenakan kurang baiknya manajemen rumah sakit menyebabkan pasien harus mengeluarkan uang (out-of-pocket) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, sebagai contoh dalam kajian ini adalah keluarga pasien yang harus mengambil sendiri darah di PMI karena RS kehabisan persediaan stock.

Di samping itu, paket manfaat dalam JKN masih belum cukup memenuhi kebutuhan pasien tertentu, sebagai contoh, obat-obatan yang ditetapkan dalam formularium nasional (Fornas). Menurut pihak BPJS,

obat-obatan formularium tersebut sudah sepenuhnya memenuhi kebutuhan dasar pengobatan akan tetapi di beberapa rumah sakit di Kota Bogor, ditemukan kasus pasien yang harus membeli sendiri antibiotik di apotek di luar rumah sakit dan mengeluarkan uang untuk menebus obat tersebut.

Dalam hal Fornas, Prof. Hasbullah Thabrany menjelaskan dalam bukunya bahwa Fornas merupakan daftar obat yang memang tidak mencantumkan nama dagang obat melainkan hanya zat aktif obat tersebut. Sehingga, apabila ada dokter atau penyedia layanan kesehatan menyebut bahwa pasien JKN harus membayar karena obat Fornas tidak tersedia di rumah sakit maka pernyataan tersebut keliru atau kalau pun, apalagi seperti halnya kasus yang ditemukan pada kajian ini bahwa pasien terpaksa membeli di luar karena di rumah sakit harus mengantri maka itu pun tidak bisa dibenarkan. Dengan diimplementasikannya JKN, seharusnya dapat mendorong RS untuk memperbaiki manajemen pelayanan termasuk menyediakan stok obat dan bahan medis mengingat peningkatan utilisasi fasilitas kesehatan tidak bisa dihindari.

Di samping itu, pihak RS swasta yang menjadi narasumber kajian ini pun mengeluhkan sulitnya mengakses e-catalogue. Hal ini wajar, e-catalogue adalah mekanisme tender obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah (Thabrany, 2015). Adapun RS swasta yang bekerja sama dengan BPJS harus bekerjasama dengan apotek yang ditunjuk oleh BPJS untuk menyediakan obat bagi peserta BPJS. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemerintah masih perlu melakukan edukasi dan memberi penjelasan bagi RS swasta yang bekerja sama dengan BPJS sehingga tidak ada lagi kasus pengeluaran oleh pasien BPJS yang dilayani di RS swasta.

#### **d. Masalah Pembiayaan**

Masalah pembiayaan yang terjadi terkait implementasi Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bogor antara lain tarif BPJS yang tidak mengcover beberapa layanan esensial di rumah sakit termasuk obat di luar Fornas yang menyebabkan unit pelayanan tertentu mengalami



defisit. Selain obat, pasien BPJS juga mengeluhkan layanan darah, ambulance dan bahkan infus yang perlu dibayar sendiri, dengan kata lain *out-of-pocket* masih terjadi dalam sistem jaminan kesehatan saat ini.

Di samping itu, tarif BPJS tersebut lebih kecil dibandingkan *cost* yang dikeluarkan RS sehingga manajemen terpaksa menerapkan pelayanan yang tidak efisien. Sebagai contoh, pasien yang memerlukan pemeriksaan lanjutan diharuskan datang kembali di hari lain padahal tenaga kesehatan dan fasilitas layanan pendukung, seperti laboratorium, sebetulnya tersedia di rumah sakit yang sama, begitu pula dengan dokter spesialis yang dirujuk oleh dokter sebelumnya. Hal ini menyebabkan kerugian pula bagi pasien yang kehilangan banyak waktu dan tentu berdampak pada *opportunity cost* yang tinggi.

Sementara, dalam rangka mengintegrasikan peserta Jamkesda ke dalam skema JKN dengan optimalisasi pelayanan tentu diperlukan komitmen tertulis dari pemerintah daerah, dalam hal ini bisa dalam bentuk peraturan wali kota (Perwali). Akan tetapi, dalam Perwali tersebut pun harus jelas bentuk dan sumber daya untuk merealisasikan komitmen tersebut. Dalam peraturan daerah sebelumnya, optimalisasi pelayanan di antaranya adalah menganggarkan sejumlah dana tetap yang akan didapatkan pasien miskin setiap kali membutuhkan pelayanan rawat inap di rumah sakit. Setelah implementasi JKN, pemerintah Kota Bogor tetap perlu mengalokasikan anggaran untuk membiayai pelayanan bagi masyarakat miskin yang belum masuk menjadi peserta BPJS atau peserta BPJS yang membutuhkan subsidi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan di rumah sakit yang belum tercover oleh BPJS.

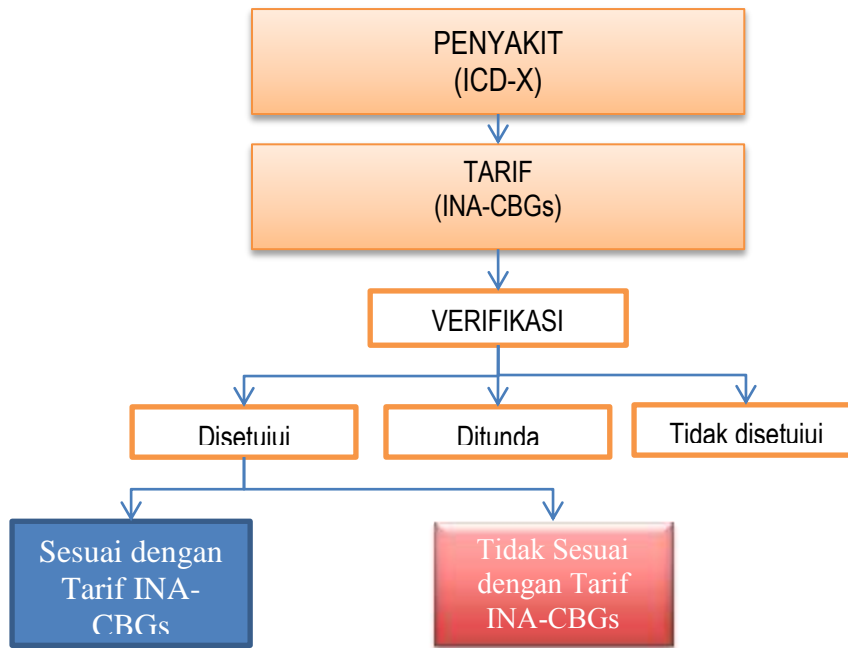
**e. Penentuan Platform Pembiayaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Kota Bogor**

Adanya perbedaan dalam implementasi Jamkesda akan menjadi sebuah permasalahan apabila Jamkesda disatukan ke dalam JKN. Perbedaan di layanan rujukan tingkat 2 akan mempengaruhi kontinuitas sistem pelayanan kesehatan berjenjang karena dengan adanya kekhasan daerah maka paket manfaat yang ditawarkan akan berbeda antara satu

daerah dengan yang lainnya. Isu portabilitas ini menyangkut bagaimana pelayanan diakses oleh warga yang bukan penduduk resmi suatu daerah. Oleh karena itu, dengan pertimbangan tersebut diperlukan platform pembiayaan yang dibutuhkan bagi pelayanan masyarakat miskin.

<b>Deskripsi Statistik</b>	<b>Nilai (Rp)</b>
Rerata Tarif INA-CBG (Rp)	6.615.872
Maksimum Tarif INA-CBG (Rp)	29.049.085
Minimum Tarif INA-CBG (Rp)	165
Total Tarif INA-CBG yang Dibayarkan (Rp)	5.270.860.045

Sasaran paket ini yakni integrasi PBI daerah dari Jamkesda dan PBPU rentan miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Platform disesuaikan dengan besaran selisih rata-rata dari klaim yang diminta dan dibayarkan oleh Pemerintah Kota Bogor sesuai tarif tetap INA-CBGs tiap episode pelayanan per pasien. Hasil ini diperoleh berdasarkan besaran agregat data penyakit (berdasarkan kode ICD-X tarif INA-CBGs) dua tahun terakhir implementasi JKN di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (rumah sakit) yang dilihat pada rumah sakit negeri dan swasta yang memiliki kunjungan terbanyak. Rumah sakit Umum Daerah (RSUD) Bogor dan Rumah Sakit Palang Merah Indonesia (RS-PMI) Bogor sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang memiliki kunjungan terbanyak dihitung melalui distribusi berdasarkan data penyakit yang paling banyak diklaim.



**Bagan 1. Alur Analisis Platform Jaminan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan**

Data penyakit yang paling banyak ditentukan dengan klaim dan didistribusikan melalui grafik selisih besaran jumlah dana klaim yang disetujui. Grafik ROC diperoleh nilai ambang batas (*cut-off point*) untuk besaran dana jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan tarif INA-CBGs yang kemudian disebut dengan platform jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan.

<b>Kode INA-CBG</b>	<b>Deskripsi Kode INA-CBG</b>	<b>Jumlah Sesuai Tarif INA-CBG (Rp)</b>	<b>Persentase (n=890)</b>
A-413-I	INFEKSI NON BAKTERI RINGAN	2.517.800	7,1
K-417-I	NYERI ABDOMEN & GASTROENTERITIS LAIN-LAIN (RINGAN)	2.771.255	3,9
K-417-II	NYERI ABDOMEN & GASTROENTERITIS LAIN-LAIN (SEDANG)	3.561.900	3,0
L-140 III	PROSEDUR PADA KULIT, JARINGAN BAWAH KULIT DAN PAYUDARA BERAT	14.733.629	2,8
J-120-III	PROSEDUR SISTEM PERNAFASAN NON KOMPLEKS BERAT	24.301.700	2,5

<b>Kode INA-CBG</b>	<b>Deskripsi Kode INA-CBG</b>	<b>Jumlah Sesuai Tarif INA-CBG (Rp)</b>	<b>Persentase (n=890)</b>
A-413-II	INFEKSI NON BAKTERI SEDANG	2.989.100	2,1
J-416-II	SIMPLE PNEUMONIA & WHOOPING COUGH SEDANG	5.371.700	1,5
K-111-III	PROSEDUR ADHESIOLISIS PERITONEAL BERAT	20.272.900	1,3
M-150-I	PROSEDUR JARINGAN LUNAK RINGAN	5.358.400	1,2
A-414-I	PENYAKIT INFEKSI BAKTERI DAN PARASIT LAIN-LAIN RINGAN	3.051.914	1,1
L-411-II	TUMOR PAYUDARA SEDANG	4.184.205	1,1
O-610-I	PROSEDUR OPERASI PEMBEDAHAN CAESAR RINGAN	4.424.300	1,1
LAINNYA	-	5.177.321.242	71,3

Analisis ini menggunakan data selisih klaim pembiayaan kesehatan untuk pelayanan rawat inap di dua rumah sakit pemerintah daerah dan swasta dalam dua tahun terakhir.

**Tabel 1. Selisih per Episode Pelayanan Di Rumah Sakit Kota Bogor**

<b>Kategori Selisih (Rp)</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
-4.708.500 s/d -255	5	0,6
-1 s/d 0	688	77,2
1 s/d 32.898.060	197	22,2
<b>Total</b>	<b>890</b>	<b>100</b>

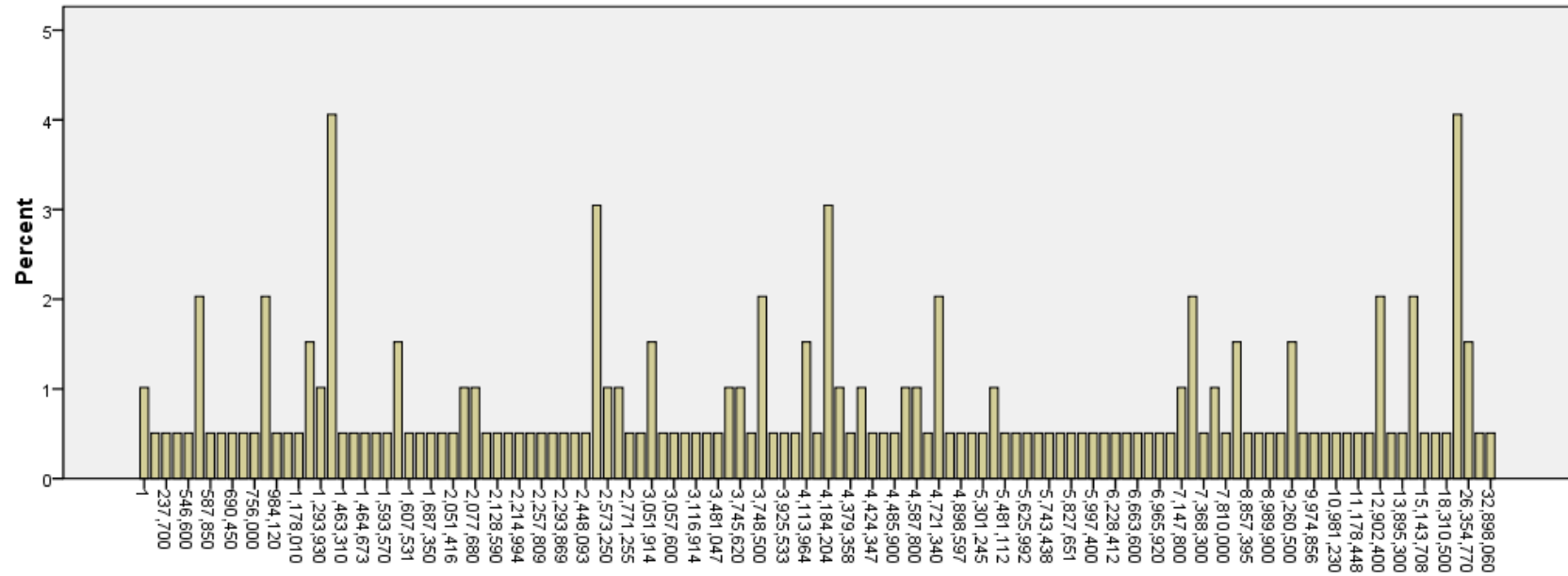
Sebesar 77,8% episode pelayanan pasien (693 episode pelayanan) telah sesuai dengan tarif INACBG bahkan minus, artinya tarif pelayanan yang ditentukan rumah sakit lebih murah atau sebagian besar telah sesuai. Sedangkan 22,2% yang lain (197 episode pelayanan) tidak sesuai atau klaim yang diajukan rumah sakit melebihi dari tarif INACBG. Dari besaran selisih Rp1 s/d maksimum Rp32.898.060 ini dianalisis lebih lanjut untuk mendapatkan estimasi besaran platform yang akan menjadi bahan rujukan.

**Tabel 2. Ringkasan Statistik Perbandingan Tarif INACBG dengan Selisih per Episode Pelayanan Di Rumah Sakit Kota Bogor**

	<b>Tarif INACBG yang Dibayarkan (Rp)</b>	<b>Selisih (Rp)</b>
Mean	7.896.767,40	<b>6.068.355,99</b>
Median	5.384.300,00	4.159.155,00
Modus	24.301.700,00	1.327.290,00
Simpangan baku	5.758.627,12	6.483.870,71

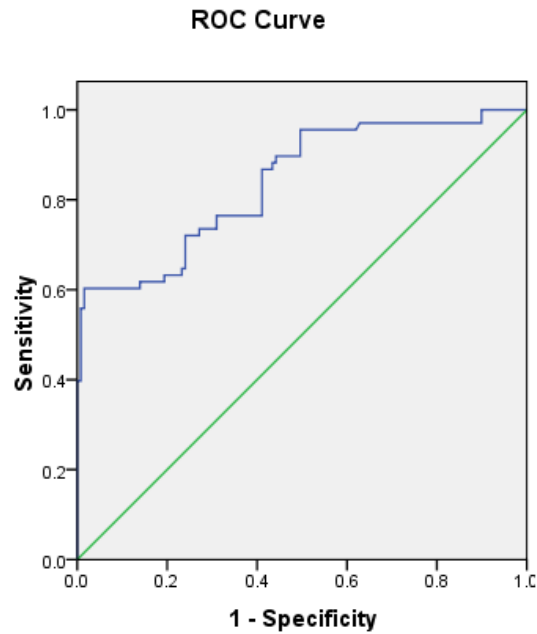
Perbandingan selisih dengan biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk membayarkan per episode pelayanan pasien sesuai tarif INACBG diperoleh nilai yang paling sering adalah Rp24.301.700. Namun demikian masih terdapat selisih dengan paling banyak adalah Rp.1.327.290 per episode pelayanan.

## SELISIH



**Figure 1. Dsistribusi Selisih Per Episode Pelayanan Di Rumah Sakit Bogor**

Distribusi besaran selisih antara Rp1 s/d maksimum Rp32.898.060 secara umum tidak menunjukkan pengelompokan. Meskipun diperoleh rerata (mean) diperoleh Rp 6.068.355,99 namun dengan simpangan baku yang cukup lebar yakni Rp5.758.627,12 menunjukkan mean kurang baik sebagai estimator dalam menentukan platform jaminan pembiayaan kesehatan di Kota Bogor. Analisis lanjut dilakukan dengan ROC (*Receiver Operating Characteristics*) Curve. Analisis ini digunakan untuk menilai kualitas uji diagnostik dan untuk menentukan cut-off point pada uji diagnostik, dalam hal ini selisih sebagai estimator platform. Analisis ini menggunakan nilai sensitivitas (*true positive rate*) dan spesifisitas (*false positive rate*) yang akan menghasilkan titik potong besaran rupiah dalam pembiayaan jaminan kesehatan.



Diagonal segments are produced by ties.

**Figure 2. Kurva ROC Platform Pembiayaan Kesehatan Kota Bogor**

**Tabel 3. Tabel Nilai AUC Signifikansi Platform Pembiayaan Kesehatan Kota Bogor**

**Area Under the Curve**

Test Result Variable(s):SELISIH

Area	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
.839	.031	.000	.779	.899

The test result variable(s): SELISIH has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

Berdasarkan kurva ROC menunjukkan bahwa selisih dapat menunjukkan nilai diagnostik yang baik dengan indikasi jatuh di antara 50%-100%. Nilai dari tabel AUC menunjukkan variabilitas 83,9% (dengan 95% Interval Kepercayaan 77,9%-89,9%) berarti apabila selisih ini menjadi platform mengakomodir pembiayaan kesehatan pada 100 episode pelayanan pasien, secara statistik akan signifikan pada 84 episode pelayanan pasien tersebut.

**Tabel 4. Tabel Nilai Cut-Off berdasarkan Sensitivitas dan Spesifisitas**

Positive if Greater Than or Equal To <sup>a</sup>	Sensitivity	Specificity
0.00	1,000	0,000
82,676.00	1,000	0,016
201,525.50	1,000	0,023
354,500.00	1,000	0,031
508,950.00	1,000	0,039
556,730.00	1,000	0,047
577,355.00	1,000	0,078
587,875.00	1,000	0,085
639,175.00	1,000	0,093
715,224.50	1,000	0,101
747,999.50	0,985	0,101
764,115.00	0,971	0,101
878,175.00	0,971	0,132
1,051,410.00	0,971	0,140
1,148,355.00	0,971	0,147
1,188,165.00	0,971	0,155
1,246,125.00	0,971	0,178
1,310,610.00	0,971	0,194
1,395,300.00	0,971	0,256
1,463,991.50	0,971	0,264
1,464,673.10	0,971	0,271
1,500,444.60	0,971	0,279
1,564,893.00	0,971	0,287
1,600,545.00	0,971	0,295



Positive if Greater Than or Equal To <sup>a</sup>	Sensitivity	Specificity
1,607,525.50	0,971	0,318
1,611,410.50	0,971	0,326
1,651,320.00	0,971	0,333
1,758,411.50	0,971	0,341
1,940,444.50	0,971	0,349
2,060,123.00	0,971	0,357
2,073,255.00	0,971	0,372
2,082,315.00	0,956	0,380
2,107,770.00	0,956	0,388
2,160,545.00	0,956	0,395
2,203,747.00	0,956	0,403
2,223,690.50	0,956	0,411
2,245,098.00	0,956	0,419
2,271,469.50	0,956	0,426
2,289,499.50	0,956	0,434
2,299,536.50	0,956	0,442
2,376,648.50	0,956	0,450
2,448,911.50	0,956	0,457
2,511,490.00	0,956	0,504
2,578,590.00	0,926	0,504
2,677,592.50	0,897	0,504
2,830,886.50	0,897	0,512
2,971,216.00	0,897	0,519
3,054,734.50	0,897	0,543
3,057,577.50	0,897	0,550
3,078,765.00	0,897	0,558
3,108,422.00	0,882	0,558
3,234,425.90	0,882	0,566
3,416,492.40	0,868	0,566

Positive if Greater Than or Equal To <sup>a</sup>	Sensitivity	Specificity
3,608,923.50	0,868	0,574
3,741,210.00	0,868	0,589
3,747,058.00	0,838	0,589
3,748,498.00	0,824	0,589
3,785,536.50	0,765	0,589
3,874,053.00	0,765	0,597
3,971,716.50	0,765	0,605
4,065,932.00	0,765	0,612
4,136,559.50	0,765	0,636
4,171,679.50	0,765	0,643
4,204,849.50	0,765	0,690
4,302,426.50	0,735	0,690
4,388,979.00	0,735	0,698
4,411,473.50	0,735	0,713
4,431,812.50	0,735	0,721
4,462,589.00	0,735	0,729
4,491,800.00	0,721	0,729
4,542,750.00	0,721	0,744
4,644,460.00	0,721	0,760
4,711,230.00	0,706	0,760
4,807,620.00	0,647	0,760
4,896,248.50	0,647	0,767
5,005,438.50	0,632	0,767
5,206,762.50	0,632	0,775
5,329,822.50	0,632	0,783
5,419,756.00	0,632	0,798
5,495,891.00	0,632	0,806
5,568,331.00	0,618	0,806
5,625,996.00	0,618	0,814

Positive if Greater Than or Equal To <sup>a</sup>	Sensitivity	Specificity
5,684,719.00	0,618	0,822
5,752,669.00	0,618	0,829
5,794,775.50	0,618	0,837
5,880,999.50	0,618	0,845
<b>5,965,874.00</b>	0,618	0,853
<b>6,039,635.00</b>	0,618	0,860
<b>6,155,141.00</b>	0,603	0,860
<b>6,444,793.00</b>	0,603	0,868
<b>6,662,387.00</b>	0,603	0,876
<b>6,779,855.50</b>	0,603	0,884
<b>6,931,015.50</b>	0,603	0,891
<b>7,028,260.00</b>	0,603	0,899
<b>7,119,200.00</b>	0,603	0,907
<b>7,215,550.00</b>	0,603	0,922
<b>7,325,800.00</b>	0,603	0,953
<b>7,383,100.00</b>	0,603	0,961
<b>7,603,950.00</b>	0,603	0,977
<b>8,071,200.00</b>	0,603	0,984
8,594,897.50	0,559	0,984
8,874,097.50	0,559	0,992
8,940,350.00	0,544	0,992
9,062,332.00	0,529	0,992
9,197,632.00	0,515	0,992
9,286,968.00	0,471	0,992
9,644,146.00	0,456	0,992
10,094,612.00	0,441	0,992
10,597,799.00	0,426	0,992
11,040,315.00	0,412	0,992
11,138,924.00	0,397	0,992

Positive if Greater Than or Equal To <sup>a</sup>	Sensitivity	Specificity
11,255,469.00	0,397	1,000
12,117,445.00	0,382	1,000
13,165,000.00	0,324	1,000
13,661,450.00	0,309	1,000
14,314,450.00	0,294	1,000
14,938,654.00	0,235	1,000
15,623,664.00	0,221	1,000
17,207,060.00	0,206	1,000
21,306,100.00	0,191	1,000
25,328,235.00	0,074	1,000
28,973,490.00	0,029	1,000
32,245,135.00	0,015	1,000
32,898,061.00	0,000	1,000

Nilai spesifisitas paling tinggi ditentukan dengan mempertimbangkan nilai sensitivitas (minimal 60% dalam indikator estimator yang baik), diperoleh titik potong Rp8.071.200 nilai cut-off yang paling baik diperoleh sebagai estimator dalam menentukan besaran platform dalam pembiayaan jaminan kesehatan per episode pelayanan. Sensitivitas perlu dipertimbangkan namun tidak sehusus nilai spesifisitas dalam konteks ini. Spesifisitas yang tinggi diperlukan karena mencakup nilai besaran yang fit atau tepat (*spesifically*) terhadap pembiayaan pelayanan secara sesuai (*prompt treatment*).

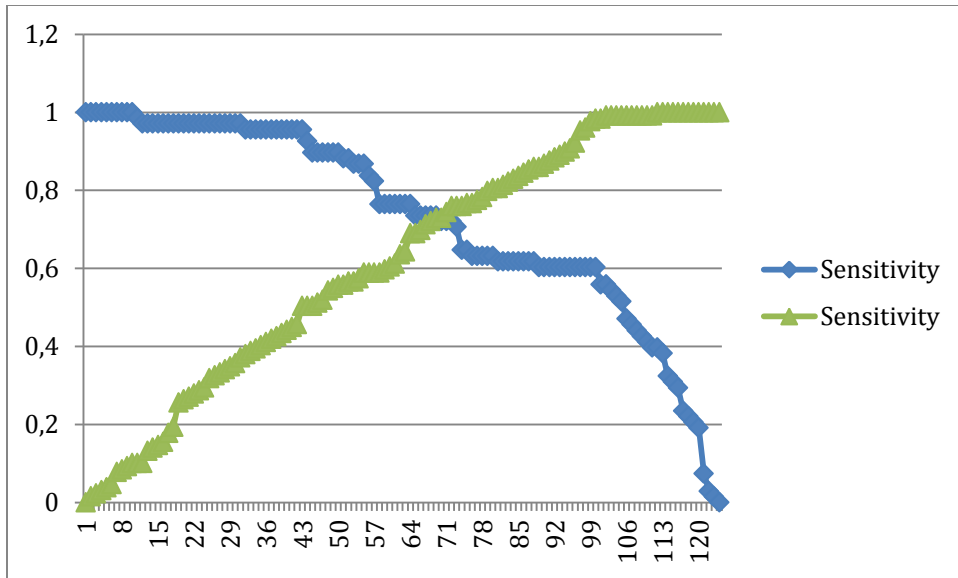


Figure 3. Grafik Titik Potong Sensitivitas dan Spesifisitas Platform

Titik potong memiliki spektrum yang tidak begitu lebar, karena bergantung pada daerah kuadran yang saling berhimpitan. Nilai titik potong optimal diperoleh dari bahasan ini sebesar Rp5.965.874 hingga Rp8.071.200. Namun, terdapat batas toleran ketika hal ini dapat diimplementasikan sebagai platform jaminan pembiayaan kesehatan bagi Pemerintah Kota Bogor dengan mengikuti prinsip spesifisitasi namun tidak melupakan sensitivitas.

**BAB III**

**EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG – UNDANGAN  
TERKAIT**

**A. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945**

**1. Pembukaan alinea keempat**

Kemudian dari pada itu untuk membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu dalam suatu Undang Undang Dasar Negara Indonesia, yang terbentuk dalam suatu susunan Negara Republik Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasarkan kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan Yang Adil dan Beradab, Persatuan Indonesia dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/ Perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

**Pasal 28H**

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

<b>LANDASAN HUKUM</b>	<b>TENTANG</b>
UU NO 40/2004	Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
UU NO 36/2009	Tentang Kesehatan
UU NO 24/2011	Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
<b>PP NO 101 / 2012 → PP NO 76/2015</b> perubahan PP No 101/2012	Tentang Penerima Bantuan Iuran
<b>Perpres No. 12 /2013, Perpres No 111/2013 → Perpres No 19/2016</b> perubahan ke 2 Perpres No 12/2013	Tentang Jaminan Kesehatan
Permenkes No. 71/2013 → Permenkes No 99/2015, perubahan Permenkes No 71/2013	Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
Permenkes No. 19/2014 → proses revisi	Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa pelayanan dan Dukungan Operasional pada FKTP milik Pemerintah daerah
Permenkes No 27/2014	Tentang Juknis Sistem INA CBG
Permenkes No 28/2014	Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN

Permenkes No 59/2014	Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan JKN
Permenkes No 36/2015	Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam pelaksanaan program JK pada sistem JKN



## **BAB IV**

### **LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS**

#### **A. Landasan Filosofis**

##### **Filosofi Penyelenggaraan Jaminan Sosial**

Mewajibkan semua orang mengiur atau membayar pajak untuk jaminan sosial adalah satu-satunya cara mengatasi pandangan pendek manusia (short sighted). Pada umumnya manusia tidak bisa melihat jauh ke depan, akan risiko yang akan menimpanya beberapa tahun sampai puluhan tahun kemudian. Organisasi internasional seperti ILO dan WHO mendorong terselenggaranya jaminan sosial untuk semua orang (universal coverage)<sup>9</sup>. Itulah satu-satunya cara agar semua orang mampu memenuhi kebutuhan dasar mereka. Kebijakan yang bisa diterapkan adalah dengan wajib membayar secara umum dalam bentuk pajak penghasilan, secara khusus iuran jaminan sosial, atau kombinasi keduanya. Kedua bentuk pendanaan dan kombinasi tersebut termasuk dalam pendanaan publik. Oleh karenanya, yang paling cocok dana publik tersebut dikelola oleh badan (hukum) publik, bukan badan hukum swasta seperti PT, meskipun milik pemerintah.

Negara-negara maju menghabiskan 10% dari PDB untuk belanja kesehatan. Negara menengah (middle income countries) seperti Indonesia rata-rata menghabiskan 5.8% dari PDB untuk belanja kesehatan sedangkan negara miskin (low-income countries) sudah menghabiskan 5.3% PDB untuk belanja kesehatan di tahun 2012. Namun, Indonesia hanya menghabiskan 3% PDB- dalam 40 tahun terakhir. Belanja publik

---

<sup>9</sup>ILO.Social Health Protection: ILO Strategy towards Universal Access to Health Care. Geneva, August.2007

untuk kesehatan (yang dikeluarkan oleh pemerintah atau asuransi sosial/nasional) di negara maju mencapai rata-rata 70% dari total belanja kesehatan. Indonesia, masih di bawah 40%. Artinya, pendanaan kesehatan di negara maju merupakan tanggung jawab sektor publik, bukan tanggung jawab perorangan atau sektor swasta seperti di Indonesia tahun 2014 dan sebelumnya. Di negara menengah belanja kesehatan publik mencapai rata-rata 61.7% dan di negara miskin pun rata-rata masih 51.7% (World Bank, 2014).

## **B. Landasan Sosiologis**

Pada awal pembentukannya, Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) merupakan jaminan kesehatan yang bersifat komplementer terutama terhadap Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesda umumnya memiliki kesamaan dengan paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas, dengan adanya penyesuaian dengan daerah masing-masing. Paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas dijadikan acuan bagi paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesda, sehingga seringkali Jamkesda tidak berkembang menjadi sebuah jaminan kesehatan yang komprehensif dan lengkap untuk daerah.

Pola paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas dan Jamkesda memiliki kesamaan terutama di layanan kesehatan dasar dan rujukan tingkat 2. Adanya perbedaan dalam implementasi Jamkesda akan menjadi sebuah permasalahan apabila Jamkesda disatukan ke dalam JKN. Perbedaan di layanan rujukan tingkat 2 akan mempengaruhi kontinuitas sistem pelayanan kesehatan berjenjang karena dengan adanya kekhasan daerah maka paket manfaat yang ditawarkan akan berbeda antara satu daerah dengan yang lainnya. Isu portabilitas ini

menyangkut bagaimana pelayanan diakses oleh warga yang bukan penduduk resmi suatu daerah.

Faktor kemampuan fiskal dan level pembangunan harus menjadi perhatian. Sebagaimana diungkapkan Normand dan Weber (1994) bahwa dalam menentukan *essential benefit package* dari sisi ekonomi salah satunya tergantung pada level pembangunan negara tersebut. Potensi hambatan ini dapat berdampak secara politis terhadap pemangku kebijakan. Kesulitan akibat perbedaan kemampuan antar wilayah ini juga terjadi di Amerika Serikat dalam menentukan *essential*.

*benefit package* terkait pelaksanaan *The Affordable Act*. Amerika Serikat memberikan fleksibilitas bagi setiap negara bagian dalam menentukan paket manfaat namun paket manfaat tersebut harus mencakup 10 *essential benefits* yang harus ada dalam seluruh skema pembiayaan tanpa batasan waktu dan jumlah.

Dalam hal ini jelas bahwa dalam mengintegrasikan Jamkesda, Pemerintah Pusat harus menentukan layanan mendasar yang harus berlaku secara nasional sehingga perbedaan manfaat yang selama ini terjadi dapat disetarakan. Di sisi lain, peluang terjadinya dinamika karena terdapat manfaat JKN yang tidak sebanding dengan Jamkesda sebelumnya dapat diminimalisir.

Perbedaan lainnya yang terjadi antar daerah dalam pemberian paket manfaat adalah keberadaan pelayanan promotif dan preventif dalam paket manfaat Jamkesda. Di sebagian daerah pelayanan promotif dan preventif kurang mendapat perhatian. Hal ini terutama dapat dikaitkan dengan kurangnya kejelasan mengenai bentuk pelayanan promotif dan preventif yang dimaksudkan.

Penekanan layanan promotif preventif melalui upaya kesehatan

masyarakat ini diperlukan dalam paket manfaat untuk menjamin kesehatan masyarakat sehingga tindakan kuratif dapat dikurangi dan berdampak pada pembiayaan kesehatan yang lebih efisien. Hal ini sejalan dengan uraian Gani, 2008, bahwa analisis biaya kesehatan (*District Health Account*) yang telah dilakukan di banyak kabupaten/kota menunjukkan bahwa pembiayaan untuk program kesehatan masyarakat sangat tidak mencukupi (*severely underfunded*). Padahal program-program kesehatan masyarakat tersebut sangat esensial untuk investasi SDM (KB, KIA, Gizi, Immunisasi, MTBS) dan untuk meningkatkan produktivitas penduduk (malaria, Tb, HIV/AIDS dan penyakit menular lain). Program-program tersebut dalam jangka pendek dan jangka panjang membantu mengurangi kemiskinan.

Pelibatan masyarakat secara lebih dini melalui upaya promotif preventif merupakan kunci keberhasilan reformasi suatu kebijakan kesehatan, dalam hal ini JKN, ke arah yang lebih baik. Menurut Casasnovas. *et al* (2009), dalam seluruh reformasi kebijakan, memastikan keterlibatan dari seluruh *stakeholders* dari sejak dini dapat membantu memfasilitasi perubahan dan menciptakan rasa memiliki terhadap perubahan.

Atas dasar uraian analisis diatas maka tergambar bahwa dalam menentukan pola paket manfaat khususnya dalam menjembatani antar pola Jamkesda, terdapat beberapa determinan yang harus dijadikan perhatian seluruh pemangku kepentingan di tingkat Pusat dan harus mampu diterjemahkan dalam sistem yang baru antara lain: kemampuan pola paket manfaat harus mampu menjembatani kesenjangan antar paket manfaat Jamkesda yang selama ini berbeda; dan pola paket manfaat harus mengoptimalkan porsi upaya promotif preventif untuk menciptakan pembiayaan kesehatan yang lebih efisien.

Dalam mengintegrasikan kebijakan daerah ke dalam kebijakan

pusat, konsep formulasi kebijakan integrasi harus memberikan ruang fleksibilitas yang lebih besar bagi daerah. Integrasi pendataan seluruh penduduk termasuk peserta.Jamkesda selaku penerima bantuan iuran dalam satu payung sistem JKN. Pemerintah Pusat harus menentukan layanan mendasar yang harus berlaku secara nasional sehingga perbedaan paket manfaat yang selama ini terjadi dapat disetarakan. Pemerintah Pusat harus mampu menjembatani perbedaan pemahaman para pengambil kebijakan di daerah, khususnya kepala daerah dalam memandang manfaat JKN. Perhatian khusus dan fasilitasi ketersediaan sumber daya manusia dan kecukupan sarana, peralatan, dan obat, hendaknya diberikan Pemerintah Pusat dalam pelaksanaan pemberian paket manfaat jaminan kesehatan kepada daerah-daerah dengan kapasitas fiskal rendah khususnya yang berada di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan. Untuk meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan jaminan kesehatan, maka hendaknya dipertimbangkan bantuan transportasi dan perluasan pelayanan kesehatan untuk daerah dengan kondisi geografi yang sulit.

### **C. Landasan Yuridis**

Peraturan perundang-undangan yang memerintahkan dan memberi kewenangan penyelenggaraan JKN terbentang luas, mulai dari UUD NRI 1945 hingga Peraturan Menteri dan Lembaga. Pemerintah telah mengundangkan 22 (dua puluh dua) Peraturan Perundang-undangan yang menjadi dasar hukum penyelenggaraan program JKN dan tata kelola BPJS Kesehatan.Hingga akhir Februari 2014, dasar hukum penyelenggaraan program JKN dan tata kelola BPJS Kesehatan diatur dalam 2 (dua) Pasal UUD NRI 1945, 2 (dua) buah UU, 6 (enam) Peraturan Pemerintah, 5 (lima) Peraturan Presiden, 4 (empat) Peraturan

Menteri, dan 1 (satu) Peraturan BPJS Kesehatan.

## **1. UU NO. 40 TAHUN 2004 TENTANG SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL ( UU SJSN)**

UU SJSN menetapkan program JKN sebagai salah satu program jaminan sosial dalam sistem jaminan sosial nasional. Di dalam UU ini diatur asas, tujuan, prinsip, organisasi, dan tata cara penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional. UU SJSN menetapkan asuransi sosial dan ekuitas sebagai prinsip penyelenggaraan JKN. Kedua prinsip dilaksanakan dengan menetapkan kepesertaan wajib dan penahapan implementasinya, iuran sesuai dengan besaran pendapatan, manfaat JKN sesuai dengan kebutuhan medis, serta tata kelola dana amanah Peserta oleh badan penyelenggara nirlaba dengan mengedepankan kehati-hatian, akuntabilitas efisiensi dan efektifitas.

UU SJSN membentuk dua organ yang bertanggung jawab dalam penyelenggaraan program jaminan sosial nasional, yaitu Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU ini mengatur secara umum fungsi, tugas, dan kewenangan kedua organ tersebut.

UU SJSN mengintegrasikan program bantuan sosial dengan program jaminan sosial. Integrasi kedua program perlindungan sosial tersebut diwujudkan dengan mewajibkan Pemerintah untuk menyubsidi iuran JKN dan keempat program jaminan sosial lainnya bagi orang miskin dan orang tidak mampu. Kewajiban ini dilaksanakan secara bertahap dan dimulai dari program JKN. UU SJSN menetapkan dasar hukum bagi transformasi PT Askes (Persero) dan ketiga Persero lainnya menjadi BPJS.

## **2. UU NO.24 TAHUN 2011 TENTANG BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (UU BPJS)**

UU BPJS adalah peraturan pelaksanaan UU SJSN. UU BPJS melaksanakan Pasal 5 UU SJSN pasca putusan Mahkamah Konstitusi dalam perkara No. 007/PUU-III/2005. UU BPJS menetapkan pembentukan BPJS Kesehatan untuk penyelenggaraan program JKN dan BPJS Ketenagakerjaan untuk penyelenggaraan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

UU BPJS mengatur proses transformasi badan penyelenggara jaminan sosial dari badan usaha milik negara (BUMN) ke badan hukum publik otonom nirlaba (BPJS). Perubahan-perubahan kelembagaan tersebut mencakup perubahan dasar hukum, bentuk badan hukum, organ, tata kerja, lingkungan, tanggung jawab, hubungan kelembagaan, serta mekanisme pengawasan dan pertanggungjawaban. UU BPJS menetapkan bahwa BPJS berhubungan langsung dan bertanggung jawab kepada Presiden.

### **3. PERATURAN PEMERINTAH NO. 101 TENTANG PENERIMA BANTUAN IURAN JAMINAN KESEHATAN (PP PBIJK)**

Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PP PBIJK) adalah peraturan pelaksanaan UU SJSN. PP PBIJK melaksanakan ketentuan pasal 14 ayat (3) dan Pasal 17 ayat (6) UU SJSN. PP PBIJK mengatur tata cara pengelolaan subsidi iuran jaminan kesehatan bagi Penerima Bantuan Iuran. PP PBIJK memuat ketentuan-ketentuan yang mengatur penetapan kriteria dan tata cara pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu, penetapan PBIJK, pendaftaran PBIJK, pendanaannya, pengelolaan data PBI, serta peran serta masyarakat.

### **4. PERATURAN PEMERINTAH NO. 86 TAHUN 2013**

PP No. 86 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi

Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial adalah peraturan pelaksanaan UU No. 24 Tahun 2011 (UU BPJS).PP 86/2013 melaksanakan ketentuan UU BPJS Pasal 17 ayat (5).Peraturan ini mengatur ruang lingkup sanksi administratif, tata cara pengenaannya kepada pemberi kerja dan perorangan, serta tata cara pengawasan dan pemeriksaan kepatuhan peserta dalam penyelenggaraan program jaminan sosial.

**5. PERATURAN PRESIDEN NO. 12 TAHUN 2013 TENTANG JAMINAN KESEHATAN (PERPRES JK)**

PerPres JK adalah peraturan pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS.

PerPres JK melaksanakan ketentuan Pasal 13 ayat (2), Pasal 21 ayat (4), Pasal 22 ayat (3), Pasal 23 ayat (5), Pasal 26, Pasal 27 ayat (5), dan Pasal 28 ayat (2) UU SJSN.

PerPres JK juga melaksanakan ketentuan Pasal 15 ayat (3) dan Pasal 19 ayat (5) huruf a UU BPJS.

PerPres JK mengatur peserta dan kepesertaan JKN, pendaftaran, iuran dan tata kelola iuran, manfaat JKN, koordinasi manfaat, penyelenggaraan pelayanan, fasilitas kesehatan, kendali mutu dan kendali biaya, penanganan keluhan, dan penanganan sengketa.

**6. PERATURAN PRESIDEN NO. 111 TAHUN 2013 TENTANG PERUBAHAN PERATURAN PRESIDEN NO. 12 TAHUN 2013 (PERPRES PERUBAHAN PERPRES JK)**

Menjelang penyelenggaraan JKN pada 1 Januari 2014, ditemukan beberapa ketentuan dalam PerPres JK yang perlu disesuaikan dengan



kebutuhan penyelenggaraan JKN.

#### **7. PERATURAN PRESIDEN NO. 107 TAHUN 2013**

Peraturan Presiden No. 107 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan Dengan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, Dan Kepolisian Negara Republik Indonesia adalah peraturan pelaksanaan UU BPJS.

PrePres No. 107/2013 melaksanakan ketentuan Pasal 57 dan Pasal 60 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011.

PerPres ini mengatur jenis pelayanan kesehatan bagi Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia yang tidak didanai oleh JKN. Pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan di fasilitas kesehatan milik Kementerian Pertahanan dan Kepolisian RI, serta didanai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

#### **8. PERATURAN MENTERI KESEHATAN NO. 59 TAHUN 2014**

Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Permenkes Standar Tarif Pelayanan Kesehatan) adalah peraturan pelaksanaan PerPres No. 12 Tahun 2013.

Permenkes Standar Tarif Pelayanan Kesehatan melaksanakan ketentuan Pasal 37 ayat (1) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013.

Standar tarif yang diatur dalam peraturan ini mencakup tarif bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Standar tarif memuat tarif INA-CBGs, tarif kapitasi, dan tarif

non-kapitasi.

#### 9. **PERATURAN MENTERI KESEHATAN NO. 71 TAHUN 2013**

Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Permenkes Pelayanan Kesehatan JKN) adalah peraturan pelaksanaan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013.

Permenkes Pelayanan Kesehatan JKN melaksanakan ketentuan Pasal 21 ayat (7), Pasal 22 ayat (1) huruf c, Pasal 26 ayat (2), Pasal 29 ayat (6), Pasal 31, Pasal 34 ayat (4), Pasal 36 ayat (5), Pasal 37 ayat (3), dan Pasal 44 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013.

Permenkes ini mengatur tata cara penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh program JKN, tata cara kerjasama fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan, sistem pembayaran fasilitas kesehatan, sistem kendali mutu dan kendali biaya, pelaporan dan kajian pemanfaatan pelayanan (*utilization review*), serta peraturan peralihan bagi pemberlakuan ketentuan-ketentuan wajib di fasilitas kesehatan.

#### 10. **PERATURAN BPJS KESEHATAN NO. 1 TAHUN 2014**

Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (PerBPJS Penyelenggaraan JK) adalah peraturan pelaksanaan PerPres No. 12 Tahun 2013 dan PerPres No. 111 Tahun 2013.

PerBPJS Penyelenggaraan JK melaksanakan ketentuan PerPres No. 12 Tahun

013 Pasal 15, Pasal 17 ayat (7), Pasal 26 ayat (3), Pasal 31, Pasal 40 ayat (5), dan Pasal 42 ayat (3) dan PerPres No. 111 Tahun 2013 Pasal 17 A

ayat (6).

Peraturan BPJS Kesehatan tersebut mengatur tata cara pendaftaran dan pemutahiran data Peserta JKN, identitas Peserta JKN, tata cara pembayaran iuran, tata cara pengenaan sanksi administratif, tata cara penggunaan hasil penilaian teknologi kesehatan, prosedur pelayanan kesehatan, prosedur pelayanan gawat darurat, tata cara penerapan sistem kendali mutu pelayanan JKN.

11. **PERATURAN MENTERI KEUANGAN NO. 205 TAHUN 2013**

Peraturan Menteri Keuangan No. 205 Tahun 2013 (Permenkeu 205/2013) mengatur tata cara penyediaan, pencairan, dan pertanggungjawaban dana iuran jaminan kesehatan penerima penghasilan dari pemerintah.

12. **PERATURAN MENTERI KEUANGAN NO. 206 TAHUN 2013**

Peraturan Menteri Keuangan No. 206 Tahun 2013 (Permenkeu 206/2013) mengatur tata cara penyediaan, pencairan, dan pertanggungjawaban dana iuran jaminan kesehatan penerima bantuan iuran.

13. **PERATURAN PELAKSANAAN UU SJSN DAN UU BPJS YANG MENGATUR TATA KELOLA BPJS KESEHATAN**

UU SJSN dan UU BPJS mendelegasikan berbagai ketentuan kelembagaan BPJS untuk diatur dalam Peraturan Pemerintah atau Peraturan Presiden. Peraturan tersebut adalah:

- . Peraturan Pemerintah No. 82 Tahun 2013 Tentang Modal Awal BPJS Kesehatan.
- . Peraturan Pemerintah No. 85 Tahun 2013 Tentang Hubungan Antar Lembaga BPJS.
- . Peraturan Pemerintah No. 87 Tahun 2013 Tentang Pengelolaan

Aset Jaminan Sosial Kesehatan.

- . Peraturan Pemerintah No. 88 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Anggota Dewan Pengawas Dan Anggota Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- . Peraturan Presiden No. 108 Tahun 2013 Tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial.
- . Peraturan Presiden No. 110 Tahun 2013 Tentang Gaji Atau Upah Dan Manfaat Tambahan Lainnya Serta Insentif Bagi Anggota Dewan Pengawas Dan Anggota Direksi BPJS

## **BAB V**

### **JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN UNDANG – UNDANG**

#### **A. Jangkauan Dan Arah Pengaturan**

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan pola pembiayaan pra-upaya, artinya pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan sebelum atau tidak dalam kondisi sakit. Pola pembiayaan pra-upaya menganut hukum jumlah besar dan perangkuman risiko. Supaya risiko dapat disebarkan secara luas dan direduksi secara efektif, maka pola pembiayaan ini membutuhkan jumlah besar peserta. Oleh karena itu, pada pelaksanaannya, Jaminan Kesehatan Nasional mewajibkan seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta agar hukum jumlah besar tersebut dapat dipenuhi. Perangkuman risiko terjadi ketika sejumlah individu yang berisiko sepakat untuk menghimpun risiko kerugian dengan tujuan mengurangi beban (termasuk biaya kerugian/klaim) yang harus ditanggung masing-masing individu. (Azwar, 1996; Murti, 2000)

Sejalan dengan amanat Peta Jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2012-2019 bahwa program Jamkesda yang dilaksanakan oleh Kabupaten / Kota wajib terintegrasi ke dalam program JKN selambatnya akhir tahun 2016, sampai dengan pertengahan tahun 2016 telah berhasil dintegrasikan (didaftarkan dan dibayarkan premi peserta Jamkesda sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran ) sebanyak 72.010 peserta Jamkesda (76% dari total peserta Jamkesda Kota Bogor) sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBD Kota Bogor. Diharapkan pada akhir tahun 2016 seluruh peserta Jamkesda

telah berhasil dintegrasikan ke dalam program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan.

Rancangan Peraturan walikota ini disusun dimaksudkan untuk memenuhi aspek regulasi Pemerintah Kota Bogor dalam memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat miskin yang efektif dan tepat sasaran. Selain untuk memenuhi aspek regulasi Rancangan Perwali ini juga mengatur mengenai kepesertaan, pelayanan kesehatan dan non kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin serta system dan alur pembiayaannya.

## **B. Ruang Lingkup Materi Muatan**

### **1. Ruang lingkup Peraturan Walikota ini meliputi:**

- a. kepesertaan;
- b. pelayanan;
- c. pengelolaan;
- d. pembiayaan;
- e. kendali mutu;
- f. pengawasan; dan
- g. pengaduan

### **2. Materi Muatan**

#### **A. Kepesertaan**

- a. peserta yang sudah terintegrasi program JKN sebagai PBI Daerah;
- b. peserta Jamkesda yang belum terintegrasi Program JKN;
- c. orang yang tergolong miskin dan rentan miskin dengan kriteria; tidak termasuk dalam data kepesertaan Program JKN yang ditetapkan oleh pemerintah pusat, telah memiliki KK Daerah dan

KTP Daerah, bersedia untuk berobat pada pelayanan kesehatan tingkat pertama dan/atau ruang kelas 3 (tiga).

Berdasarkan buku pegangan sosialisasi JKN yang diterbitkan oleh Kemenkes 2014, penjelasan mengenai kepesertaan sebagai berikut:

- **Peserta**

adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.

- **Pekerja**

adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

- **Pemberi Kerja**

adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Peserta tersebut meliputi:

Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
2. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

- 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

- a) Pegawai Negeri Sipil;

- b) Anggota TNI;
- c) Anggota Polri;
- d) Pejabat Negara;
- e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
- f) Pegawai Swasta; dan
- g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.

2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
- b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
- c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:

- a) Investor;
- b) Pemberi Kerja;
- c) Penerima Pensiun;
- d) Veteran;
- e) Perintis Kemerdekaan; dan
- f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.

4) Penerima pensiun terdiri atas:

- a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;



- b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
- c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
- d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
- e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.

Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:

- a. Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan
- b. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria:
  - tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
  - belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

## **B. Pelayanan**

- (1) Prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta JKN PBI Daerah sesuai ketentuan Program JKN sesuai peraturan perundang-undangan.
- (2) Prosedur pelayanan kesehatan bagi sasaran yang belum terintegrasi Program JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b dan sedang dalam proses integrasi Program JKN dilakukan secara berjenjang, dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. pelayanan kesehatan awal bagi sasaran diberikan di tingkat puskesmas sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama
  - b. jika setelah mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas sasaran memerlukan pelayanan rujukan dengan indikasi medis, dokter

puskesmas dapat merujuk ke rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

- c. dalam hal sasaran memerlukan pelayanan kesehatan segera (*emergency*), sasaran dapat langsung ke rumah sakit yang bekerjasama dengan Pemkot Bogor melalui IGD
- d. sasaran sebagaimana dimaksud pada huruf b dan huruf c mendaftar di rumah sakit sebagai pasien rencana JKN dengan mengisi formulir.
- e. sasaran mendapatkan layanan di ruang perawatan kelas 3 (tiga)
- f. sasaran diberikan waktu paling lama 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk atau sebelum pulang apabila dirawat kurang dari 3 (tiga) hari untuk mengurus dan mendapatkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dari BPJS Kesehatan, dengan melampirkan berkas persyaratan sebagai berikut:
  1. kartu peserta JKN
  2. surat rujukan dari Puskesmas, kecuali kasus *emergency*.

- (3) Terhadap pelayanan yang tidak termasuk dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), akan difasilitasi dan dibiayai oleh Pemerintah Daerah.
- (4) Pelayanan yang tidak termasuk dalam pelayanan yang diberikan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri pelayanan non kesehatan.
- (5) Pelayanan non kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan kepada peserta PBI daerah dan peserta Jaminan Kesehatan Daerah yang belum terintegrasi.

## Pelayanan Non Kesehatan

Pelayanan non kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (4) antara lain:

- a. pelayanan ambulan
- b. pelayanan pengambilan darah di PMI;

Berdasarkan hasil kajian yang telah dilakukan dalam mengevaluasi proses integrasi Jamkesda ke Program JKN didapatkan berbagai masalah dalam pelayanan kesehatan dan non kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada peserta PBI daerah dan Jamkesda. Masalah yang ditemukan dalam kajian tersebut dijadikan dasar bagi Pemerintah Kota Bogor untuk mengoptimalkan pelayanan kepada masyarakat miskin.

### . Temuan Umum Masalah Pelayanan JKN menurut Persepsi Peserta JKN/ Pasien Rumah Sakit di Kota Bogor

Kategori Masalah	(Responden berasal dari RS.) Pemerintah	(Responden berasal dari RS.) Swasta
<b>1.Paket Manfaat</b>		
a. Rawat Jalan	Antrian lama, bisa lebih dari 3 jam karena sejak ada JKN pasien menjadi jauh lebih banyak, serta banyak tahapannya	Antrian yang panjang, waktu tunggu dokter yang sangat lama
		Adanya calo antrian, dari orang dalam (petugas RS) (I1/ RS MM dan I4)
b.Rawat Inap	Tidak mendapat persediaan darah sehingga harus membeli sendiri. (I5)	Penolakan terhadap pasien JKN, dengan alasan kamar penuh (RS S)
	Sulit mendapatkan ruangan	Diharuskan membayar infus padahal

		persediaan masih ada
c.UGD / ICU	Selama di UGD pelayanan cukup baik akan tetapi ketika harus dilanjutkan ke rawat inap, sulit mendapatkan kamar	Untuk kasus perawatan ICU di rumah sakit tertentu, pasien diminta uang muka sampai senilai Rp.5Juta (RS KB)
		Pasien UGD di rumah sakit tertentu tidak langsung ditangani dan penanganan perawat tidak ramah
d.Obat, darah, lab	Tidak semua obat didapatkan dari apotek rumah sakit, akibatnya harus membeli sendiri di (Apotek) luar RS	Tidak semua obat didapatkan dari apotek rumah sakit, akibatnya harus membeli sendiri di (Apotek) luar RS
Pembiayaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Banyak pasien yang tadinya umum mengubah statusnya menjadi pasien JKN setelah masuk RS</li> <li>2) Tarif INA-CBGs kecil dan RS terpaksa memberlakukan 2 kali kunjungan jika pasien dirujuk ke dokter lain (dalam satu RS)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sering ada pasien yang mengaku pasien umum di awal tetapi hari kedua mengaku punya kartu BPJS.</li> <li>2) Akibat tingginya harga obat yang diberikan RS kepada pasien BPJS, seringkali poli klinik mengalami defisit.</li> </ol>
Fasilitas	ICU sering penuh	Ruang ICU sering penuh karena jarang ada RS yang memiliki ICU lengkap.
Paket Manfaat, termasuk Obat, Infus, dan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pelayanan untuk PBI dan yang lain sama</li> <li>2) Jika obat yang dibutuhkan</li> </ol>	1) Paket manfaat yang diterima pasien JKN tergantung pada kelas kepesertaan, khusus PBI akan

Darah	<p>merupakan obat di luar Fornas, terpaksa diarahkan untuk membeli di Apotek luar RS</p> <p>3) Pasien JKN tidak dibebankan biaya infus</p> <p>4) Pasien JKN tidak dibebankan biaya darah tetapi RS tidak menanggung biaya transport</p>	<p>dikelompokkan pada kelas III. Kelas III, baik paket PBI maupun Mandiri, paket manfaatnya sama.</p> <p>2) RS X tidak bisa mengakses e-catalogue. Sementara obat yang ada di e-catalogue tidak ada di pasaran sehingga sulit untuk mendapatkan obat yang sesuai dengan yang dicover oleh BPJS.</p> <p>3) Terkait dengan pelayanan transfusi darah, semuanya ditangani oleh rumah sakit.</p>
Rawat Jalan	Antrian yang panjang dan nomer antrian yang tidak teratur, mengindikasikan adanya calo pendaftaran	Antrian yang panjang di beberapa bulan pertama setelah penerapan JKN, muncul isu calo pendaftaran
Rawat Inap	Untuk rawat biasanya masuk dalam rencana peserta BPJS dan dilayani sebagai pasien BPJS.	Untuk rawat inap ada kebijakan deposit sebesar biaya 5 hari dirawat (harga kamar dikali 5 hari), dan 50% untuk penanganan operasi.
	a) Mekanisme pembayaran adalah by name by address	
Pelayanan Rawat Jalan	<p>a) Jumlah kunjungan rawat jalan setelah implementasi JKN menjadi sangat tinggi</p> <p>b) Tingginya jumlah kunjungan menyebabkan pula pasien menghabiskan waktu banyak di RS (SPM pelayanan rajal adalah 1,5 jam)</p> <p>c) BPJS tidak bisa memberikan/mengkomunikasikan bagaimana prosedural menjadi peserta BPJS untuk mendapatkan pelayanan</p> <p>d) Pasien dari Puskesmas tidak seharusnya langsung dirujuk ke RS tipe B melainkan harus ke RS tipe C, sementara RS C juga terkendala oleh</p>	

	<p>tenaga, sistem rujukan tidak berjalan.</p> <p>e) semakin bertambahnya kouta pasien di rumah sakit membuat nakes RS menjadi tidak nyaman sehingga kualitas pelayanan menurun</p> <p>f) terkait dengan tarif INA-CBGs, pasien yang memerlukan beberapa kali pemeriksaan terpaksa datang beberapa kali (baca: hari)</p>
Pelayanan Rawat Inap	Banyak kebutuhan yang belum dapat dicover oleh JKN, seperti pemasangan ven
Pelayanan Obat	<p>a) Obat yang dapat dicover BPJS hanya yang ada dalam Fornas sehingga pasien yang membutuhkan obat di luar Fornas terpaksa membeli sendiri.</p> <p>b) Pemberian obat tidak optimal karena dibatasi Fornas</p>

### C. Pembiayaan

- (1) Jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi sasaran yang belum dan sedang dalam proses integrasi JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) dijamin oleh BPJS.
- (2) Dalam hal peserta PBI APBD dan sasaran tidak dapat memenuhi ketentuan Pasal 8 maka dapat diberikan jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Pemerintah Daerah.
- (3) Jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. peserta yang belum terdaftar sebagai peserta JKN atau peserta yang sedang dalam masa pengangguhan aktivasi kepesertaan JKN atau sasaran yang tidak dapat memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11;
  - b. sasaran dirawat di kelas 3 (tiga)
  - c. dalam hal ruang perawatan kelas 3 (tiga) tidak mencukupi dan sasaran tidak dirawat di kelas 3 (tiga) sebagaimana dimaksud dalam pada huruf b, maka sasaran tetap diberikan jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan dengan tarif INA CBG's kelas 3 (tiga) apabila

memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dan Pasal 8.

d. Peserta, keluarga sasaran, pihak yang diberi kuasa atau Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi melapor ke Dinas Kesehatan dengan melampirkan persyaratan sebagai berikut:

1. bukti rawat inap;
2. surat rujukan dari Puskesmas, kecuali emergency;
3. Surat Keterangan Tidak Mampu yang telah ditandatangani oleh kelurahan;
4. Rekomendasi dari Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi.
5. fotokopi KTP dan/atau KK kecuali bagi pengemis dan gelandangan.

(4) Dinas Kesehatan melakukan verifikasi berkas persyaratan.

(5) Apabila hasil verifikasi sebagaimana pada ayat (4) memenuhi persyaratan, maka Dinas Kesehatan menerbitkan Surat Jaminan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan yang ditandatangani paling kurang oleh Pejabat Struktural Eselon IV yang membidangi pelayanan jaminan kesehatan.

(6) Jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberikan sesuai dengan biaya perawatan di rumah sakit dengan tarif INA-CBG's atau tarif berdasarkan kesepakatan dan maksimal sebesar Rp.8.000.000,00 (delapan juta rupiah) per episode perawatan.

Hasil penelitian didapatkan 242 kabupaten/kota yang menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Daerah yang dapat diolah, terdapat 152 kabupaten/kota yang dikategorikan sebagai daerah dengan kapasitas fiskal yang rendah (62,8%), 30 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal sedang (12,4%), 25 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi (10,3%), dan 35 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal sangat tinggi (14,5%). Klasifikasi kapasitas fiskal ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 226/PMK.07/2012 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah.

Aspek Manfaat Berdasarkan pola paket manfaat yang didapatkan peserta Jamkesda, sebanyak 15 provinsi (45,45%) mengatur sendiri manfaat yang akan diperoleh melalui peraturan daerah dan sebanyak 18 provinsi (54, 54%) mengacu pada paket manfaat yang diberikan oleh Jaminan Kesehatan Nasional. Masih terdapatnya provinsi yang mengatur sendiri paket manfaat tersebut dapat disebabkan oleh dua hal, yakni : 1) Provinsi terkait belum memiliki kemampuan untuk menjamin sesuai dengan paket manfaat yang ditentukan pusat dalam Jamkesmas. dan 2) Provinsi menganggap lebih mampu menjamin paket manfaat yang lebih baik bagi penduduknya dari pada hanya mengacu pada paket manfaat yang dijamin. Sekitar 59,6% kabupaten/kota memberikan manfaat Jamkesda yang sama dengan Jamkesmas, dan 37,5% memberikan paket manfaat yang tidak sesuai (kurang) dibandingkan dengan paket yang diberikan Jamkesmas. Beberapa kabupaten/kota hanya memberikan penggantian seadanya. Terdapat 7 kabupaten/kota (2,9%) yang memberikan lebih dari paket Jamkesmas. Ke 7 kabupaten/kota ini berasal dari provinsi yang sama, yakni Provinsi Kepulauan Riau, semuanya memiliki kapasitas fiskal dengan kategori tinggi dan sangat tinggi. Paket manfaat yang diberikan tidak hanya berupa paket manfaat yang sesuai dengan Jamkesmas, tetapi juga ditambah dengan biaya penginapan, makan dan minum, serta transportasi.

Masalah pembiayaan yang terjadi terkait implementasi Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bogor antara lain tarif BPJS yang tidak mengcover beberapa layanan esensial di rumah sakit termasuk obat di luar Fornas yang menyebabkan unit pelayanan tertentu mengalami defisit. Selain obat, pasien BPJS juga mengeluhkan layanan darah, ambulance dan bahkan infus yang perlu dibayar sendiri, dengan kata lain *out-of-pocket* masih terjadi dalam sistem jaminan kesehatan saat ini.



Di samping itu, tarif BPJS tersebut lebih kecil dibandingkan *cost* yang dikeluarkan RS sehingga manajemen terpaksa menerapkan pelayanan yang tidak efisien. Sebagai contoh, pasien yang memerlukan pemeriksaan lanjutan diharuskan datang kembali di hari lain padahal tenaga kesehatan dan fasilitas layanan pendukung, seperti laboratorium, sebetulnya tersedia di rumah sakit yang sama, begitu pula dengan dokter spesialis yang dirujuk oleh dokter sebelumnya. Hal ini menyebabkan kerugian pula bagi pasien yang kehilangan banyak waktu dan tentu berdampak pada *opportunity cost* yang tinggi.

Sementara, dalam rangka mengintegrasikan peserta Jamkesda ke dalam skema JKN dengan optimalisasi pelayanan tentu diperlukan komitmen tertulis dari pemerintah daerah, dalam hal ini bisa dalam bentuk peraturan wali kota (Perwali). Akan tetapi, dalam Perwali tersebut pun harus jelas bentuk dan sumber daya untuk merealisasikan komitmen tersebut. Dalam peraturan daerah sebelumnya, optimalisasi pelayanan di antaranya adalah mengalokasikan sejumlah dana tetap yang akan didapatkan pasien miskin setiap kali membutuhkan pelayanan rawat inap di rumah sakit. Setelah implementasi JKN, pemerintah Kota Bogor tetap perlu mengalokasikan anggaran untuk membiayai pelayanan bagi masyarakat miskin yang belum masuk menjadi peserta BPJS atau peserta BPJS yang membutuhkan subsidi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan di rumah sakit yang belum tercover oleh BPJS.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Naskah akademik ini disusun dengan maksud sebagai dasar dalam penyusunan Rancangan Peraturan Walikota Bogor Tentang Jaminan Kesehatan Daerah yang merupakan hasil kajian atas data, baik data primer yang didapat dari pemaparan narasumber serta diskusi dengan stakeholder terkait maupun data sekunder berupa buku, jurnal, artikel dan peraturan internasional seputar Jaminan Kesehatan Nasional, Jamkesda, Integrasi, Pembiayaan Kesehatan, Fiskal Daerah dan Peraturan Daerah serta Peraturan Perundang-undangan terkait Jaminan kesehatan. Hasil kajian terhadap data tersebut memberikan dasar yang kuat agar pengaturan tentang sasaran kepesertaan, paket manfaat yang terdiri dari pelayanan kesehatan dan non kesehatan serta sistematika pembiayaan terkait jaminan kesehatan yang perlu diatur dalam peraturan walikota. Diharapkan dengan pengaturan yang jelas dapat memberikan perlindungan kepada masyarakat miskin di Kota Bogor untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang efektif dan optimal.

#### **B. Saran**

Mengingat hal tersebut diatas, maka pembentukan Peraturan Walikota tentang Jaminan Kesehatan Daerah dapat segera diwujudkan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Azwar, Azrul, Pengantar Administrasi Kesehatan, Binarupa Aksara, Jakarta 1996.

Edberg M., Buku Ajar Kesehatan Masyarakat : Teori Sosial dan Perilaku, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta 2007.

Laporan WHO 2000. World Health Report 2000 dan World Health Report 2005. WHO Geneva.

ILO. Social Health Protection: An ILO Strategy towards universal access to health care. Geneva, August 2007.

Pasal 19, UU No. 40 Tahun 2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional

Lampiran Pidato Presiden. Badan Perencana Pembangunan Nasional/Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional. 2014

Pasal 20, UU No. 40 Tahun 2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional

Dwicaksono,dkk. JAMKESMAS dan Program Jaminan Kesehatan Daerah Laporan Pengkajian di 8 Kabupaten/Kota dan 2 Provinsi. IBP Core Team.2012

Gani A, Dkk. Laporan Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan di Beberapa Kabupaten dan Kota, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan dan Analisis Kebijakan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2008

Chitra R, & Ermy, Ardhyanti,.Inisiatif Daerah Dalam Mengembangkan Program Jaminan Kesehatan: Pola dan Pembelajaran

WALIKOTA BOGOR  
PROVINSI JAWA BARAT  
RANCANGAN PERATURAN WALIKOTA BOGOR

NOMOR                   TAHUN  
TENTANG  
PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KOTA BOGOR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
WALIKOTA BOGOR,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama terhadap fakir miskin, orang tidak mampu, Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang belum tercakup dalam daftar Penerima Bantuan Iuran Pusat (PBI APBN) dan masyarakat yang tenaganya didayagunakan dalam pembangunan daerah serta masyarakat yang belum termasuk sebagai Peserta Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan melalui program jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan dengan sistem pola bantuan dan berdasarkan ketentuan Pasal 6A Peraturan Presiden Nomor Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan perlu mengatur Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Bogor;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Bogor;
- Mengingat 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik

Indonesia Nomor 5063);

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5235);
6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372) sebagaimana telah di ubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor

- 226, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5746);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
  12. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 193);
  13. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah berapa kali diubah terakhir dengan dengan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 42);
  14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
  15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional yang telah diubah menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
  16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBG's ;
  17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional ;
  18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan" Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
  19. Peraturan Menteri Sosial Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

20. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2005 Nomor 1 Seri E) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 19 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2012 Nomor 1 Seri E);
21. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 13 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2007 Nomor 7 Seri E);
22. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2010 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2010 Nomor 1 Seri D) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 4 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2010 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2014 Nomor 2 Seri D);



Dengan Persetujuan Bersama  
DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KOTA BOGOR  
dan  
WALIKOTA BOGOR

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KOTA BOGOR

**BAB I**  
**KETENTUAN UMUM**

**Bagian Kesatu**  
**Pengertian**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Bogor.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Walikota adalah Walikota Bogor.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Bogor.
5. Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi adalah Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi Kota Bogor.
6. Dinas Kependudukan dan Pencatatan sipil adalah Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Bogor.

7. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
8. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah program pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia dapat hidup,sehat dan sejahtera.
9. Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disingkat Jamkesda adalah program jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kota Bogor dengan sistem pola bantuan bagi seluruh masyarakat kota Bogor yang belum memiliki Jaminan Kesehatan.
10. Sasaran adalah masyarakat Kota Bogor yang termasuk adalah kategori fakir miskin, orang tidak mampu atau Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang belum tercakup dalam daftar Penerima Bantuan Iuran Pusat (PBI APBN) dan masyarakat yang tenaganya didayagunakan dalam pembangunan daerah .
11. Peserta adalah sasaran yang telah terintegrasi dalam program jaminan kesehatan nasional sebagai Penerima Bantuan Iuran Daerah (PBI PBD).
12. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan peserta teriur oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah kepada BPJS Kesehatan berdasarkan jumlah peserta.
13. Penerima Bantuan Iuran Pusat selanjutnya disebut PBI Pusat adalah peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat.
14. Penerima Bantuan Iuran Daerah selanjutnya disebut PBI Daerah adalah peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah.
15. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, Swasta dan/atau Masyarakat.
16. Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya.
17. Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.

18. Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial yang selanjutnya disingkat PMKS adalah perseorangan, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat yang karena suatu hambatan, kesulitan, atau gangguan, tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya, sehingga tidak dapat terpenuhi kebutuhan hidupnya baik jasmani, rohani, maupun sosial secara memadai dan wajar.
19. Masyarakat yang tenaganya didayagunakan dalam pembangunan di daerah adalah perorangan atau profesi tertentu yang bekerja untuk pemerintah Kota Bogor tetapi tidak menerima gaji atau upah secara formal.
20. Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil adalah pegawai yang diangkat untuk jangka waktu tertentu berdasarkan surat perintah atau surat perjanjian kontrak kerja samam guna melaksanakan tugas pemerintahan dan pembangunan sesuai dengan kebutuhan dan lkemampuan organisasi, selain pegawai honorer dan pegawai tidak tetap.
21. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, Swasta dan/atau Masyarakat.
22. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
23. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Pusat Kesehatan Masyarakat di Kecamatan dan di Kelurahan pada Kota Bogor.
24. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan dilakukan oleh Pemerintah daerah dan masyarakat.
25. Kasus Gawat Darurat adalah kasus dengan resiko kematian atau cacat dan bersifat *life saving* atau tindakan penyelamatan.
26. Sistem rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik secara vertical maupun horizontal.
27. Verifikasi adalah pemeriksaan dan pengkajian untuk menjamin kebenaran Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu sebagai data PBI Jaminan Kesehatan.
28. Rekomendasi adalah surat pernyataan hasil verifikasi bahwa seseorang termasuk sasaran Program Jaminan Kesehatan yang dikeluarkan oleh Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi melalui surat keterangan tidak mampu yang dikeluarkan oleh Kelurahan.

29. Pembayaran Klaim Pelayanan Kesehatan adalah pembayaran dari Pemerintah Daerah kepada pemberi pelayanan kesehatan (Puskesmas perawatan dan/atau Rumah Sakit) atas pelayanan rawat jalan pasca perawatan (*follow up care*), rawat inap tanpa atau dengan operasi, pelayanan transfuse darah, pelayanan hemodialisa dan biaya pemulangan jenazah di rumah sakit, biaya akomodasi pengambilan darah, biaya akomodasi rujukan di luar kota.
30. Tarif Indonesian-Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim dari fasilitas kesehatan tingkat lanjutan kepada BPJS Kesehatan atas paket pelayanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.
31. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Pemerintah Daerah yang dibahas dan disetujui bersama antara Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah serta ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
32. Kartu Keluarga yang selanjutnya disebut KK adalah kartu identitas keluarga yang memuat data tentang nama, susunan dan hubungan dalam keluarga dan identitas keluarga yang diterbitkan oleh Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil.
33. Kartu Tanda Penduduk yang selanjutnya disebut KTP adalah identitas resmi penduduk sebagai bukti diri yang diterbitkan oleh Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil.

## **Bagian Kedua**

### **Asas, Maksud dan Tujuan**

#### **Paragraf 1**

##### **Asas**

#### **Pasal 2**

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan dilaksanakan berdasarkan asas :

- a. kemanusiaan;
- b. manfaat; dan
- c. keadilan sosial

## **Paragraf 2**

### **Maksud**

## **Pasal 3**

Peraturan Walikota ini dimaksudkan untuk memberikan pedoman kepada Pemerintah Daerah dalam memberikan jaminan pelayanan kesehatan daerah.

## **Paragraf 3**

### **Tujuan**

## **Pasal 4**

Tujuan Jaminan Kesehatan Daerah adalah :

- a. pemberian Jaminan pembiayaan kesehatan kepada peserta secara pra upaya melalui APBD Kota Bogor.
- b. memberikan jaminan bantuan iuran JKN bagi PBI Daerah dan memberikan jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang belum terintegrasi dalam kepesertaan JKN PBI daerah.
- c. meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kota Bogor.
- d. meningkatnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kota Bogor.
- e. tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi seluruh masyarakat di Kota Bogor.

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

## **Pasal 5**

Ruang lingkup Peraturan Walikota ini meliputi:

- h. kepesertaan;
- i. pelayanan;
- j. pengelolaan;
- k. pembiayaan;

- l. kendali mutu;
- m. pengawasan; dan
- n. pengaduan

### **BAB III KEPESERTAAN**

#### **Bagian Kesatu Kategori Sasaran**

##### **Pasal 6**

Kategori sasaran peserta Jaminan Kesehatan Daerah dalam Peraturan Walikota ini terdiri dari:

- d. peserta yang sudah terintegrasi program JKN sebagai PBI Daerah;
- e. peserta Jamkesda yang belum terintegrasi Program JKN;
- f. orang yang tergolong miskin dan rentan miskin dengan kriteria; tidak termasuk dalam data kepesertaan Program JKN yang ditetapkan oleh pemerintah pusat, telah memiliki KK Daerah dan KTP Daerah, bersedia untuk berobat pada pelayanan kesehatan tingkat pertama dan/atau ruang kelas 3 (tiga).

#### **Bagian Kedua**

##### **Peserta**

##### **Pasal 7**

- (1) Peserta sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 6, terdiri dari:
  - a. fakir miskin;
  - b. orang tidak mampu;
  - c. PMKS, yaitu:
    1. gelandangan;
    2. pengemis;
    3. perempuan rawan sosial ekonomi;
    4. korban tindak kekerasan;
    5. pekerja migran bermasalah sosial;
    6. korban tindak kekerasan;

7. masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat sampai dengan 1 (satu) tahun setelah kejadian bencana;
  8. penghuni Lembaga Permasyarakatan/Rumah Tahanan yang merupakan penduduk Kota Bogor;
- d. masyarakat yang tenaganya didayagunakan dalam pembangunan daerah, yaitu:
1. kader kesehatan;
  2. pendamping program keluarga harapan
  3. taruna siaga bencana;
  4. pekerja sosial masyarakat
  5. pengurus pemberdayaan
- e. masyarakat yang belum terdaftar yang mengalami kejadian ikutan medis/dampak negatif pelaksanaan program kesehatan atau masyarakat yang mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit dan bencana.
- (2) Sasaran Program Jaminan Kesehatan Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), termasuk anggota keluarga sasaran yang meliputi istri atau suami, anak, orangtua dan tanggungan lain yang terdaftar dalam Kartu Keluarga (KK) sasaran.

### **Bagian Ketiga** **Kriteria Peserta**

#### **Pasal 8**

- (1) Kriteria Peserta Jaminan Kesehatan Daerah adalah penduduk Kota Bogor yang tergolong fakir miskin atau tidak mampu yang kriterianya sebagaimana ditentukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Penduduk Kota Bogor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya;
- (3) Kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan melalui surat Keputusan Walikota berdasarkan kuota yang telah ditentukan;
- (4) Anak yang terlahir dari sasaran tidak otomatis menjadi peserta dengan menunjukkan akta kelahiran atau surat keterangan lahir;
- (5) Gelandangan, Pengemis dan peserta program Keluarga Harapan masyarakat miskin penghuni Lembaga Pemasyarakatan penduduk Kota

Bogor secara otomatis menjadi peserta dengan membawa surat keterangan dari Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi dan Lembaga Pemasyarakatan.

## **Bagian Keempat**

### **Pendataan**

#### **Pasal 9**

- (1) Pendataan peserta yang belum terintegrasikan ke dalam Program JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b dilakukan secara bertahap oleh Tim Koordinasi Pendataan yang dibentuk dengan keputusan Walikota;
- (2) Tim Koordinasi Pendataan sebagaimana dimaksud ayat (1), paling sedikit terdiri dari unsur Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi sebagai koordinator tim, Dinas yang menangani Kependudukan dan Catatan Sipil masing-masing sebagai anggota.
- (3) Pendaftaran sebagai peserta PBI dilakukan oleh kelurahan lalu disampaikan ke Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi untuk dilakukan verifikasi secara sistematis untuk didaftarkan sebagai peserta PBI APBD kepada BPJS Kesehatan Cabang Kota Bogor.
- (4) Setiap peserta yang telah didaftarkan akan mendapatkan kartu JKN;
- (5) Pendistribusian kartu kepesertaan JKN dilaksanakan oleh Kecamatan dan Kelurahan di bawah koordinasi Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pendaftaran Peserta PBI APBD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur oleh Kepala Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi

#### **Pasal 10**



- (1) Kepala Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi bersama Kepala BPJS dan Kepala Dinas Kesehatan melakukan evaluasi dan rekonsiliasi terhadap Peserta PBI APBD sebagaimana Pasal 9 paling sedikit setiap 3 (tiga) bulan sekali atau sewaktu-waktu apabila dibutuhkan.
- (2) Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi berhak mengusulkan pembatalan kepesertaan kepada Walikota terhadap peserta Jaminan Kesehatan Daerah, yang terbukti secara administratif dan faktual tidak memenuhi kriteria penerima bantuan iuran.

## **BAB IV PELAYANAN**

### **Bagian Kesatu Umum**

#### **Pasal 11**

- (6) Prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta JKN PBI Daerah sesuai ketentuan Program JKN sesuai peraturan perundang-undangan.
- (7) Prosedur pelayanan kesehatan bagi sasaran yang belum terintegrasikan Program JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b dan sedang dalam proses integrasi Program JKN dilakukan secara berjenjang, dengan ketentuan sebagai berikut:
  - g. pelayanan kesehatan awal bagi sasaran diberikan di tingkat puskesmas sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama
  - h. jika setelah mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas sasaran memerlukan pelayanan rujukan dengan indikasi medis, dokter puskesmas dapat merujuk ke rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
  - i. dalam hal sasaran memerlukan pelayanan kesehatan segera (*emergency*), sasaran dapat langsung ke rumah sakit yang bekerjasama dengan Pemkot Bogor melalui IGD
  - j. sasaran sebagaimana dimaksud pada huruf b dan huruf c mendaftar di rumah sakit sebagai pasien rencana JKN dengan mengisi formulir.
  - k. sasaran mendapatkan layanan di ruang perawatan kelas 3 (tiga)
  - l. sasaran diberikan waktu paling lama 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk atau sebelum pulang apabila dirawat kurang dari 3 (tiga) hari untuk mengurus dan mendapatkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

dari BPJS Kesehatan, dengan melampirkan berkas persyaratan sebagai berikut:

3. kartu peserta JKN

4. surat rujukan dari Puskesmas, kecuali kasus *emergency*.

- (8) Terhadap pelayanan yang tidak termasuk dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), akan difasilitasi dan dibiayai oleh Pemerintah Daerah.
- (9) Pelayanan yang tidak termasuk dalam pelayanan yang diberikan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri pelayanan non kesehatan.
- (10) Pelayanan non kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan kepada peserta PBI daerah dan peserta Jaminan Kesehatan Daerah yang belum terintegrasi.

## **Bagian Kedua**

### **Pelayanan Non Kesehatan**

#### **Pasal 12**

Pelayanan non kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (4) antara lain:

c. pelayanan ambulan

d. pelayanan pengambilan darah di PMI;

#### **Pasal 13**

- (1) Pelayanan ambulan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a dilaksanakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Pelayanan ambulan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Peserta PBI daerah dan Peserta Jaminan Kesehatan Daerah yang belum terintegrasi
- (3) Pelayanan ambulan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
  - a. memindahkan pasien dari rumah menuju fasilitas kesehatan;

- b. memindahkan pasien dari fasilitas kesehatan menuju rumah;
  - c. memindahkan pasien dari Tempat Kejadian Perkara (TKP) menuju fasilitas kesehatan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai kriteria pemindahan pasien dari fasilitas kesehatan menuju rumah sebagaimana dimaksud pada ayat huruf b diatur oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai sistem pembayaran pelayanan ambulance pasien dari fasilitas kesehatan menuju rumah sebagaimana dimaksud pada ayat huruf b diatur oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- (6) Penggantian biaya pelayanan ambulan sesuai dengan standar biaya ambulan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- (7) Prosedur Klaim Ambulan Pasien PBI APBD diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada Dinas Kesehatan paling lama tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi) dan hardcopy (berkas pendukung klaim), dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:
- a. surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk.
  - b. salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
  - c. bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang identitas pasien, waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari Rumah/TKP dan jam tiba di fasilitas kesehatan tujuan, tandatangan dan cap dari fasilitas kesehatan penerima rujuk
- (8) Biaya yang diperlukan untuk pelayanan ambulan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibebankan pada APBD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan

#### **Pasal 14**

- (1) Pelayanan pengambilan darah di PMI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b dilaksanakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Pelayanan pengambilan darah di PMI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Peserta PBI Daerah dan Peserta Jamkesda yang belum terintegrasi ke Program JKN.
- (3) Pelayanan pengambilan darah di PMI sebagaimana dimaksud pada ayat

- (1) adalah pelayanan pengambilan darah dari fasilitas kesehatan ke kantor PMI.
- (4) Biaya yang diperlukan untuk pelayanan pengambilan darah dari fasilitas kesehatan ke kantor PMI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibebankan pada APBD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **BAB V PENGELOLAAN**

### **Pasal 15**

- (1) Pengelolaan kepesertaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan Cabang Kota Bogor yang diintegrasikan dengan JKN.
- (2) Pengelolaan Jaminan Kesehatan Daerah yang belum terintegrasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dituangkan melalui perjanjian kerjasama yang ditandatangani oleh Pemerintah Daerah dengan BPJS Kesehatan Cabang Kota Bogor.
- (3) Tata cara pengelolaan Jaminan Kesehatan Daerah dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **BAB VI PEMBIAYAAN**

### **Bagian Kesatu Jaminan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan**

### **Pasal 16**

Pembiayaan pelayanan kesehatan bagipeserta JKN PBI Daerah dijamin oleh BPJS Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **Pasal 17**

- (7) Jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi sasaran yang belum dan sedang dalam proses integrasi JKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) dijamin oleh BPJS.
- (8) Dalam hal peserta PBI APBD dan sasaran tidak dapat memenuhi ketentuan Pasal 8 maka dapat diberikan jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Pemerintah Daerah.
- (9) Jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:
  - e. peserta yang belum terdaftar sebagai peserta JKN atau peserta yang sedang dalam masa pengangguhan aktivasi kepesertaan JKN atau sasaran yang tidak dapat memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11;
  - f. sasaran dirawat di kelas 3 (tiga)
  - g. dalam hal ruang perawatan kelas 3 (tiga) tidak mencukupi dan sasaran tidak dirawat di kelas 3 (tiga) sebagaimana dimaksud dalam pada huruf b, maka sasaran tetap diberikan jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan dengan tarif INA CBG's kelas 3 (tiga) apabila memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dan Pasal 8.
  - h. Peserta, keluarga sasaran, pihak yang diberi kuasa atau Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi melapor ke Dinas Kesehatan dengan melampirkan persyaratan sebagai berikut:
    6. bukti rawat inap;
    7. surat rujukan dari Puskesmas, kecuali emergency;
    8. Surat Keterangan Tidak Mampu yang telah ditandatangani oleh kelurahan;
    9. Rekomendasi dari Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan Transmigrasi.
    10. fotokopi KTP dan/atau KK kecuali bagi pengemis dan gelandangan.
- (10) Dinas Kesehatan melakukan verifikasi berkas persyaratan.
- (11) Apabila hasil verifikasi sebagaimana pada ayat (4) memenuhi persyaratan, maka Dinas Kesehatan menerbitkan Surat Jaminan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan yang ditandatangani paling kurang oleh Pejabat Struktural Eselon IV yang membidangi pelayanan jaminan kesehatan.
- (12) Jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada

ayat (5) diberikan sesuai dengan biaya perawatan di rumah sakit dengan tarif INA-CBG's atau tarif berdasarkan kesepakatan dan maksimal sebesar Rp.8.000.000,00 (delapan juta rupiah) per episode perawatan.

## **Bagian Kedua**

### **Iuran**

#### **Pasal 18**

- (1) Kepesertaan JKN PBI Daerah pada BPJS Kesehatan dibiayai melalui iuran.
- (2) Iuran peserta JKN PBI Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayarkan oleh Pemerintah Daerah.
- (3) Besaran iuran per bulan per orang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pembiayaan untuk pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah sesuai dengan kemampuan keuangan Daerah.

## **BAB VII**

### **KENDALI MUTU**

#### **Pasal 19**

- (1) Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan Daerah harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektivitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien serta efisiensi biaya.
- (2) Penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta;

- (3) Melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dan berkoordinasi dengan stakeholders terkait;

## **BAB VIII**

### **PENGAWASAN**

#### **Pasal 20**

Pengawasan Program Jaminan Kesehatan Daerah dilakukan agar :

- a. berdaya guna dan berhasil guna dan dikelola sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan;
- b. tertib administrasi sesuai prosedur dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. mampu mendorong Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Tingkat Lanjutan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

#### **Pasal 21**

- (1) Pengawasan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah dilakukan oleh Inspektorat Kota Bogor dan pengawasan fungsional lainnya sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- (2) Laporan Hasil Pengawasan yang direkomendasikan oleh pengawas sebagaimana dimaksud ayat (1), wajib ditindaklanjuti oleh kedua belah pihak sesuai dengan saran/rekomendasi yang diberikan.

## **BAB IX**

### **PENGADUAN**

#### **Pasal 22**

Dalam rangka menampung dan menyelesaikan keluhan masyarakat atas pelayanan program Jaminan Kesehatan Daerah terintegrasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Dinas dapat membentuk unit pengaduan masyarakat.

**BAB X**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 23**

Dengan ditetapkannya Peraturan Walikota ini maka ketentuan Jaminan Kesehatan Daerah yang telah ada masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Walikota ini.

**Pasal 24**

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada saat diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bogor.



Ditetapkan di Bogor  
pada tanggal

**WALIKOTA BOGOR,**

**BIMA ARYA**

Diundangkan di Bogor  
pada tanggal

**SEKRETARIS DAERAH KOTA BOGOR,**

**ADE SARIP HIDAYAT**

BERITA DAERAH KOTA BOGOR  
TAHUN            NOMOR            SERI