



BADAN PEMERIKSA KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA

PENDAPAT BPK

PENGELOLAAN ATAS PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

2021



BADAN PEMERIKSA KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA



1

2

3

4

1. Achsanul Qosasi - Anggota
2. Pius Lustrilanang - Anggota
3. Harry Azhar Azis - Anggota
4. Isma Yatun - Anggota



5

6

7

8

9

- 5. Agung Firman Sampurna - Ketua
- 6. Agus Joko Pramono - Wakil Ketua
- 7. Hendra Susanto - Anggota
- 8. Daniel Lumban Tobing - Anggota
- 9. Bahrullah Akbar - Anggota



**BADAN PEMERIKSA KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA**

PENDAPAT BPK

**PENGELOLAAN ATAS
PENYELENGGARAAN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

2021

PENDAPAT BPK
PENGELOLAAN ATAS PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Tim Penyusun Pendapat BPK:

Ketua: Dr. Agung Firman Sampurna, CSFA., CFrA., CGCAE.; **Wakil Ketua:** Dr. Agus Joko Pramono, M.Acc., Ak., CA., CSFA., CPA., CFrA.; **Anggota:** Dr. Hendra Susanto, ST., M.Eng., M.H., CFrA., CSFA.; Dr. Pius Lustrilanang, S.IP., M.Si., CFrA., CSFA.; Dr. Achsanul Qosasi, CSFA., CFrA.; Dr. Isma Yatun, CSFA., CFrA.; Prof. Dr. Bahrullah Akbar, M.B.A., CIPM., CSFA., CPA., CFrA.; Prof. Harry Azhar Azis, M.A., Ph.D., CSFA., CFrA.; Ir. Daniel Lumban Tobing, CSFA., CFrA.

ISBN 978-602-60809-5-0

xi + 40 hlm

21x29,7 cm

Editor:

Direktorat Utama Perencanaan Evaluasi dan Pengembangan Pemeriksaan Keuangan Negara

Penulis:

Tim Pendapat BPK

Penata Letak:

Tim Pendapat BPK

Perancang Sampul:

Tim Pendapat BPK

Diterbitkan oleh:

Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia

Jalan Gatot Subroto Kav. 31

Jakarta Pusat 10210

Tel. (6221) 25549000, Faks. (6221) 57950288

Website: <http://www.bpk.go.id>

Email: eppid@bpk.go.id

Cetakan Pertama: Januari 2021

@Hak Cipta dilindungi oleh Undang-undang

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

Ketentuan Pidana

Pasal 113

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, meskipun dalam kondisi pandemi COVID-19 Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) dapat menyusun dan menyampaikan Pendapat BPK kepada pemerintah. Pendapat BPK ini merupakan *insight* BPK agar dapat memberikan nilai dan manfaat bagi pemangku kepentingan

Hasil pemeriksaan BPK selama ini, masih dijumpai adanya permasalahan yang berulang dan belum terselesaikan sehingga BPK perlu memberikan pendapat. Pendapat BPK yang dimuat dalam buku ini terkait dengan pengelolaan atas penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang merupakan salah satu aspek perlindungan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pendapat BPK ini diharapkan dapat dimanfaatkan pemerintah untuk memperbaiki tata kelola keuangan negara yang lebih tertib, taat pada peraturan perundang-undangan, ekonomis, efisien, efektif, transparan, dan bertanggung jawab dengan memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan. Dengan demikian, perbaikan yang telah dilakukan dapat terus berjalan secara berkesinambungan, sekaligus untuk memperkuat upaya peningkatan kesejahteraan rakyat.

**BADAN PEMERIKSA KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA
KETUA,**

Dr. Agung Firman Sampurna, CSFA., CFrA., CGCAE.



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
RINGKASAN EKSEKUTIF	vii
A. Latar Belakang	1
B. Pokok Masalah	2
C. Pembahasan	2
1. Kepesertaan Program JKN	3
2. Pelayanan Program JKN	5
3. Pendanaan Program JKN	9
D. Simpulan	15
E. Pendapat	16
DAFTAR PUSTAKA	18
LAMPIRAN	18
Lampiran 1: Ringkasan Hasil Pemeriksaan BPK 2015-2019 Terkait Kepesertaan, Pelayanan, dan Pendanaan Program JKN	20
Lampiran 2: Daftar Peraturan Pelayanan Publik Tertentu	34
Lampiran 3: Sebaran Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan	35
Sebaran Dokter dan Tenaga Kesehatan pada Puskesmas dan Rumah Sakit Tipe C	37
DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM	36
DAFTAR ISTILAH	38

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Perkembangan Defisit DJS Kesehatan Tahun 2015-2019	3
Grafik 2. Perincian Peserta Program JKN Menurut Segmen per 31 Desember 2019	3
Grafik 3. Dana Jaminan Sosial Kesehatan dan Operasional BPJS Kesehatan	9
Grafik 4. Jumlah Iuran PBI dari APBN Periode 2015-2019	11
Grafik 5. Perbandingan Iuran berdasarkan Perhitungan Aktuaria dan Penetapan Pemerintah	12
Grafik 6. Jenis Penyakit Katastropik yang membebani Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2019	13

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dijamin Program JKN	6
Tabel 2. Perkembangan Defisit DJS Kesehatan periode 2015-2019	10
Tabel 3. Klaim per Segmen Tahun 2019	11





RINGKASAN EKSEKUTIF

Berdasarkan Pasal 11 huruf a Undang-Undang (UU) Nomor 15 Tahun 2006, Badan Pemeriksa Keuangan dapat memberikan pendapat kepada DPR, DPD, DPRD, Pemerintah Pusat/Daerah, Lembaga Negara Lain, Bank Indonesia, Badan Usaha Milik Negara, Badan Layanan Umum, Badan Usaha Milik Daerah, Yayasan, dan lembaga atau badan lain, yang diperlukan karena sifat pekerjaannya. Pendapat yang diberikan BPK termasuk di antaranya perbaikan di bidang pendapatan, pengeluaran, dan bidang lain yang berkaitan dengan pengelolaan dan tanggung jawab keuangan negara.

BPK telah menyampaikan ikhtisar hasil pemeriksaan pada setiap semester dan/atau laporan hasil pemeriksaan kepada DPR, DPD, dan DPRD sesuai dengan kewenangannya, serta juga kepada pemerintah pusat/daerah. Berdasarkan hasil pemantauan BPK, BPK masih menemukan adanya permasalahan pengelolaan keuangan negara yang belum terselesaikan dan penting untuk segera diselesaikan.

Terhadap permasalahan tersebut, BPK memberikan pendapat kepada pemerintah dengan tujuan untuk menyelesaikannya dalam rangka memperbaiki pengelolaan dan tanggung jawab keuangan negara serta memberikan pelayanan yang lebih baik kepada masyarakat.

Salah satu tujuan negara Indonesia berdasarkan Pembukaan UUD Tahun 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum. Untuk memenuhi amanat tersebut, pemerintah telah menerbitkan peraturan perundangan dan peraturan pelaksanaannya serta membangun Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berdasarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. SJSN merupakan program negara yang bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau keluarganya, di antaranya jaminan di bidang kesehatan. UU tersebut mengamanatkan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pemerintah telah menyusun Peta Jalan JKN 2012-2019 dengan menetapkan 8 sasaran yang akan dicapai pada tahun 2019. Namun, sasaran tersebut belum sepenuhnya tercapai. Hasil pemeriksaan BPK mengungkapkan bahwa masih terdapat permasalahan mendasar dalam pelaksanaan Program JKN baik terkait dengan kepesertaan, pelayanan, maupun pendanaan. Permasalahan tersebut banyak yang belum terselesaikan, yaitu:

1. Kepesertaan

Pemerintah belum dapat memenuhi target pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC), karena:

- a. Sistem *data base* kepesertaan Program JKN belum terintegrasi dengan sistem *data base* kementerian/lembaga/instansi lain yang dapat mendukung validitas data kepesertaan, serta belum mampu merespon dinamika perubahan kependudukan sehingga data kepesertaan Program JKN belum disajikan secara valid dan *real time*.
- b. Identitas kepesertaan Program JKN belum dijadikan syarat dalam pengurusan pelayanan publik, termasuk layanan perbankan.

2. Pelayanan

Masyarakat peserta Program JKN belum mendapatkan pelayanan yang optimal, karena:

- a. Pendefinisian Kebutuhan Dasar Kesehatan dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 belum dinyatakan secara jelas.
- b. Pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien belum dapat dilakukan dengan cepat karena terkendala dengan permasalahan administrasi.
- c. Pelayanan kesehatan, baik berupa sebaran sumber daya kesehatan (dokter/tenaga medis/sarpras/alat kesehatan) dan ketersediaan obat/kebutuhan farmasi pada setiap wilayah belum merata.
- d. Pengelolaan penyediaan obat baik kuantitas, jenis, maupun waktu belum dilakukan secara optimal.
- e. Pelayanan kesehatan belum didukung dengan penapisan teknologi kesehatan, Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang memadai, serta penerapan atau *updating* INACBG's tidak dapat dilakukan sesegera mungkin.
- f. Pelayanan kesehatan Rumah Sakit (RS) yang melebihi tarif INACBG's berisiko memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan pasien.

3. Pendanaan

Defisit dalam pendanaan penyelenggaraan Program JKN terus terjadi meski pemerintah telah memberikan bantuan keuangan kepada Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan, karena:

- a. BPJS Kesehatan belum memiliki mekanisme pengumpulan iuran yang efektif terutama untuk menjamin kolektibilitas dan validitas besaran iuran segmen Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU).
- b. Penetapan dana kapitasi belum memperhitungkan norma kapitasi berupa sumber daya manusia serta kelengkapan sarana dan prasarana pelayanan yang dimiliki Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
- c. Pelayanan kesehatan yang semestinya dapat dituntaskan pada FKTP namun dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), serta pelayanan kesehatan promotif dan preventif pada FKTP belum optimal.
- d. Aplikasi verifikasi klaim pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan masih perlu dilakukan perbaikan, karena belum dapat dimanfaatkan secara optimal dalam pengelolaan beban pelayanan kesehatan.
- e. Pemerintah belum optimal dalam menyelesaikan defisit keuangan DJS Kesehatan sehingga berisiko memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan.
- f. Kontribusi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) terhadap pendanaan Program JKN di luar iuran Pekerja Penerima Upah Penyelenggara Negara (PPU PN) daerah belum optimal.

Atas permasalahan tersebut, BPK berpendapat bahwa pemerintah harus segera:

1. Mewujudkan data tunggal peserta Program JKN yang valid dan *real time* antara lain dengan melakukan integrasi sistem *data base* kepesertaan Program JKN dengan sistem *data base* kementerian/lembaga/instansi lain.
2. Mewujudkan pencapaian target UHC dengan melakukan koordinasi kelembagaan dalam penyempurnaan/penyusunan peraturan dengan memasukkan kriteria identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan pelayanan publik, termasuk layanan perbankan.

3. Mewujudkan masyarakat peserta Program JKN agar mendapatkan pelayanan yang optimal dengan:
 - a. Mendefinisikan Kebutuhan Dasar Kesehatan secara jelas sesuai dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas sebagaimana dinyatakan dalam UU Nomor 40 Tahun 2004.
 - b. Memperluas penerapan penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan *finger print* dalam layanan administrasi baik pada tingkat FKTP maupun tingkat FKRTL.
 - c. Memetakan sumber daya kesehatan secara komprehensif dan menyusun pentahapan dalam rangka pemenuhan dan pemerataan sumber daya kesehatan di Indonesia.
 - d. Memperbaiki pengelolaan pemenuhan obat dengan melibatkan kementerian/ lembaga/daerah, fasilitas kesehatan milik pemerintah/swasta, dan penyedia barang.
 - e. Mengefektifkan penapisan dan pembaruan teknologi kesehatan, menetapkan dan memutakhirkan PNPK secara berkala dan bertahap sesuai dengan skala prioritas, serta melakukan evaluasi atas aplikasi *Diagnostic Related Group (Grouper)* dalam rangka memperoleh alternatif solusi untuk mempercepat proses *updating* pada aplikasi *grouper*.
 - f. Melakukan evaluasi atas tarif INACBG's untuk meningkatkan efisiensi dan memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan secara obyektif.
4. Mewujudkan kesinambungan kemampuan keuangan DJS Kesehatan sehingga meminimalisir defisit keuangan, yaitu dengan:
 - a. Menyusun mekanisme pengumpulan iuran yang efektif untuk menjamin kolektibilitas dan validitas besaran iuran terutama dari segmen PPU dan PBPJ.
 - b. Melakukan reformasi besaran pembayaran kapitasi kepada FKTP dengan mengacu pada standar besaran tarif dan capaian indikator kinerja yang merujuk pada kualitas pelayanan medis dan nonmedis yang diberikan, kelengkapan sumber daya kesehatan, serta kepatuhan dan komitmen dalam pencegahan kecurangan.
 - c. Melakukan reformasi peran FKTP yang merupakan garda terdepan dalam sistem layanan kesehatan di Indonesia, melalui optimalisasi dana bidang kesehatan dari APBN/APBD di fasilitas kesehatan milik Pemerintah dalam rangka meningkatkan upaya promotif, preventif, dan pola rujukan layanan kesehatan yang ideal.
 - d. Melakukan penyempurnaan aplikasi verifikasi klaim pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan dengan mempertimbangkan risiko kecurangan yang mungkin terjadi.
 - e. Mengatasi defisit keuangan DJS Kesehatan sesuai dengan kemampuan fiskal.
 - f. Mendorong kolaborasi pendanaan dengan pemerintah daerah sehingga memberi ruang bagi APBD untuk berkontribusi dalam Program JKN.

**Badan Pemeriksa Keuangan
Republik Indonesia**

PENGELOLAAN ATAS PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Pengelolaan atas penyelenggaraan program JKN belum optimal

Pengelolaan dan pelayanan jaminan kesehatan kepada masyarakat lebih baik

ASPEK	PERMASALAHAN	PENDAPAT BPK
Kepesertaan	Pemerintah belum dapat memenuhi target pencapaian <i>Universal Health Coverage</i> (UHC), karena: - Sistem <i>data base</i> kepesertaan Program JKN belum terintegrasi dengan sistem <i>data base</i> kementerian/lembaga/instansi lain yang dapat mendukung validitas data kepesertaan, serta belum mampu merespon dinamika perubahan kependudukan sehingga data kepesertaan Program JKN belum disajikan secara valid dan <i>real time</i>. - Identitas kepesertaan Program JKN belum dijadikan syarat dalam pengurusan pelayanan publik, termasuk layanan perbankan.	- Mewujudkan data tunggal peserta Program JKN yang valid dan <i>real time</i> antara lain dengan melakukan integrasi sistem <i>data base</i> kepesertaan Program JKN dengan sistem <i>data base</i> kementerian/lembaga/instansi lain. - Mewujudkan pencapaian target UHC dengan melakukan koordinasi kelembagaan dalam penyempurnaan/penyusunan peraturan dengan memasukkan kriteria identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan pelayanan publik, termasuk layanan perbankan.
Pelayanan	Masyarakat peserta Program JKN belum mendapatkan pelayanan yang optimal karena: - Pendefinisian Kebutuhan Dasar Kesehatan dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 belum dinyatakan secara jelas. - Pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien belum dapat dilakukan dengan cepat karena terkendala dengan permasalahan administrasi. - Pelayanan kesehatan, baik berupa sebaran sumber daya kesehatan (dokter/tenaga medis/sarpras/alat kesehatan) dan ketersediaan obat/kebutuhan farmasi pada setiap wilayah belum merata. - Pengelolaan penyediaan obat baik kuantitas, jenis, maupun waktu belum dilakukan secara optimal. - Pelayanan kesehatan belum didukung dengan penapisan teknologi kesehatan, Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang memadai, serta penerapan atau <i>updating</i> INACBG's tidak dapat dilakukan sesegera mungkin. - Pelayanan kesehatan Rumah Sakit (RS) yang melebihi tarif INACBG's berisiko memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan pasien.	Mewujudkan masyarakat peserta Program JKN agar mendapatkan pelayanan yang optimal dengan: - Mendefinisikan Kebutuhan Dasar Kesehatan secara jelas sesuai dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas sebagaimana dinyatakan dalam UU Nomor 40 Tahun 2004. - Memperluas penerapan penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan <i>finger print</i> dalam layanan administrasi baik pada tingkat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun tingkat Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). - Memetakan sumber daya kesehatan secara komprehensif dan menyusun pentahapan dalam rangka pemenuhan dan pemerataan sumber daya kesehatan di Indonesia. - Memperbaiki pengelolaan pemenuhan obat dengan melibatkan kementerian/lembaga/daerah, fasilitas kesehatan milik pemerintah/swasta, dan penyedia barang. - Mengefektifkan penapisan dan pembaruan teknologi kesehatan, menetapkan dan memutakhirkan PNPk secara berkala dan bertahap sesuai dengan skala prioritas, serta melakukan evaluasi atas aplikasi <i>Diagnostic Related Group (Grouper)</i> dalam rangka memperoleh alternatif solusi untuk mempercepat proses <i>updating</i> pada aplikasi <i>grouper</i>. - Melakukan evaluasi atas tarif INACBG's untuk meningkatkan efisiensi dan memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan secara obyektif.

Pengelolaan atas penyelenggaraan program JKN belum optimal

Pengelolaan dan pelayanan jaminan kesehatan kepada masyarakat lebih baik

ASPEK	PERMASALAHAN	PENDAPAT BPK
Pendanaan 	Defisit dalam pendanaan penyelenggaraan Program JKN terus terjadi meski pemerintah telah memberikan bantuan keuangan kepada Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan, karena:  BPJS Kesehatan belum memiliki mekanisme pengumpulan iuran yang efektif terutama untuk menjamin kolektibilitas dan validitas besaran iuran segmen Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU).  Penetapan dana kapitasi belum memperhitungkan norma kapitasi berupa sumber daya manusia serta kelengkapan sarana dan prasarana pelayanan yang dimiliki FKTP.  Pelayanan kesehatan yang semestinya dapat dituntaskan pada FKTP namun dirujuk ke FKRTL, serta pelayanan kesehatan promotif dan preventif pada FKTP belum optimal.  Aplikasi verifikasi klaim pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan masih perlu dilakukan perbaikan, karena belum dapat dimanfaatkan secara optimal dalam pengelolaan beban pelayanan kesehatan.  Pemerintah belum optimal dalam menyelesaikan defisit keuangan DJS Kesehatan sehingga berisiko memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan.  Kontribusi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) terhadap pendanaan Program JKN di luar iuran Pekerja Penerima Upah Penyelenggara negara (PPU PN) daerah belum optimal.	Mewujudkan kesinambungan kemampuan keuangan DJS Kesehatan sehingga meminimalisir defisit keuangan, yaitu dengan:  Menyusun mekanisme pengumpulan iuran yang efektif untuk menjamin kolektibilitas dan validitas besaran iuran terutama dari segmen PPU dan PBPU.  Melakukan reformasi besaran pembayaran kapitasi kepada FKTP dengan mengacu pada standar besaran tarif dan capaian indikator kinerja yang merujuk pada kualitas pelayanan medis dan nonmedis yang diberikan, kelengkapan sumber daya kesehatan, serta kepatuhan dan komitmen dalam pencegahan kecurangan.  Melakukan reformasi peran FKTP yang merupakan garda terdepan dalam sistem layanan kesehatan di Indonesia, melalui optimalisasi dana bidang kesehatan dari APBN/APBD di fasilitas kesehatan milik Pemerintah dalam rangka meningkatkan upaya promotif, preventif, dan pola rujukan layanan kesehatan yang ideal.  Melakukan penyempurnaan aplikasi verifikasi klaim pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan dengan mempertimbangkan risiko kecurangan yang mungkin terjadi.  Mengatasi defisit keuangan DJS Kesehatan sesuai dengan kemampuan fiskal.  Mendorong kolaborasi pendanaan dengan pemerintah daerah sehingga memberi ruang bagi APBD untuk berkontribusi dalam Program JKN.



Kartu Indonesia Sehat



BPJS Kesehatan



Masa berlaku:
2020-2025



PENGELOLAAN ATAS PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

A. LATAR BELAKANG

Pembukaan Undang-Undang Dasar (UUD) Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan salah satu tujuan negara adalah untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum. Selanjutnya dalam Pasal 34 Ayat (2) amendemen keempat UUD Tahun 1945, tujuan tersebut dipertegas dengan mengamanatkan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Hak warga negara untuk mendapatkan perlindungan dan kesejahteraan adalah amanah konstitusi.

Untuk itu, pemerintah menerbitkan Undang-Undang (UU) Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN merupakan program negara yang bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau keluarganya, di antaranya jaminan di bidang kesehatan. UU tersebut mengamanatkan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Negara menyelenggarakan SJSN untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak.

Pemerintah kemudian membentuk satu badan penyelenggara yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai dengan amanat UU No. 24 Tahun 2011. Dengan demikian, Indonesia memasuki era baru di mana terdapat sistem pembayar tunggal (*single payer system*) layanan medis untuk seluruh penduduk. Sistem ini dijalankan dalam satu arah yang sinkron agar tujuan akhir SJSN dapat dicapai dalam waktu yang diharapkan.

Pembentukan BPJS Kesehatan sebagai momentum lahirnya sistem pembayar tunggal layanan medis di Indonesia.

Berdasarkan analisis kesenjangan yang dilakukan oleh pemerintah, permasalahan yang mendasari Program JKN adalah belum seluruh penduduk menjadi peserta jaminan kesehatan, kepesertaan kurang terintegrasi, pengelolaan jaminan kesehatan belum optimal, jaminan kesehatan yang ada belum seluruhnya memenuhi kebutuhan medis, visi misi dan struktur kelembagaan belum konsisten, serta koordinasi dan *monitoring* masih lemah. Karena itu, pemerintah menyusun Peta Jalan JKN 2012-2019 dengan menetapkan 8 sasaran yang akan dicapai pada tahun 2019, yaitu:

Sasaran Peta Jalan JKN 2012-2019 belum sepenuhnya tercapai.

1. BPJS Kesehatan telah beroperasi.
2. Seluruh penduduk telah terjamin.
3. Paket manfaat medis dan nonmedis sudah sama untuk seluruh peserta.
4. Fasilitas kesehatan (faskes) telah tersebar memadai.
5. Peraturan perundangan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan waktu itu.
6. Paling sedikit 85% peserta puas dengan pelayanan yang diterima dari fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan.
7. Paling sedikit 80% fasilitas kesehatan puas dengan pelayanan yang diterima dari BPJS Kesehatan.
8. Pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan sudah mencapai tingkat transparansi, efisiensi, dan akuntabilitas optimal.

Namun demikian, pada tahun 2019 sasaran tersebut belum sepenuhnya tercapai, antara lain belum seluruh penduduk terjamin, paket manfaat nonmedis belum sama untuk seluruh peserta, dan faskes belum tersebar memadai.

BPK telah melakukan pemeriksaan pada BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), pemerintah daerah, rumah sakit, serta pihak terkait lainnya pada periode 2015-2019. Hasil pemeriksaan mengungkapkan bahwa masih terdapat permasalahan mendasar dalam penyelenggaraan Program JKN baik terkait dengan kepesertaan, pelayanan, maupun pendanaan. Permasalahan tersebut banyak yang belum terselesaikan, sehingga BPK memandang perlu untuk memberikan Pendapat kepada pemerintah guna mendorong tercapainya tujuan Program JKN sesuai dengan amanat UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Alasan BPK memberikan Pendapat kepada Pemerintah terkait permasalahan pada aspek kepesertaan, pelayanan, dan pendanaan.

B. POKOK MASALAH

Pokok masalah yang menjadi fokus dalam Pendapat BPK ini adalah pengelolaan atas penyelenggaraan Program JKN pada aspek kepesertaan, pelayanan, dan pendanaan belum dilakukan secara optimal sehingga berdampak pada memburuknya kondisi keuangan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan periode 2015-2019 dan pelayanan kesehatan nasional yang belum memadai.

Pokok masalah dalam pengelolaan penyelenggaraan Program JKN.

C. PEMBAHASAN

Sesuai dengan Pasal 18 UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, program jaminan sosial meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas serta bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Untuk itu, pemerintah membentuk BPJS Kesehatan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Lingkup program jaminan sosial.

Sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan nasional, BPJS Kesehatan memiliki tugas yaitu:

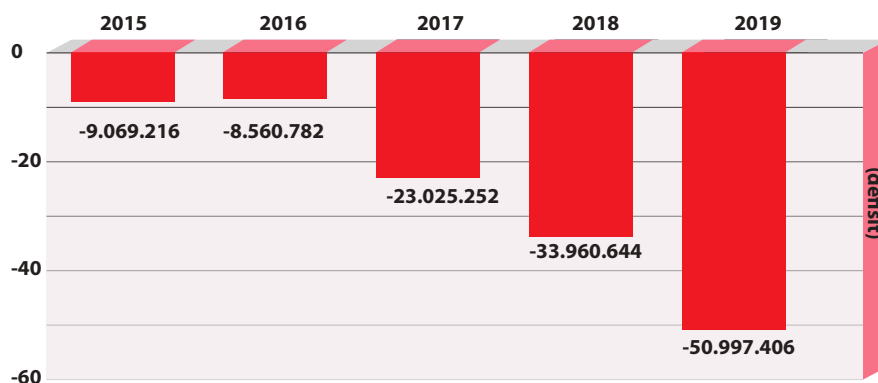
Tugas BPJS Kesehatan

TUGAS BPJS KESEHATAN			
	Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta	Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja	Menerima bantuan iuran dari pemerintah
			
Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta	Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial	Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.	Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Hasil pemeriksaan BPK periode 2015-2019 menunjukkan bahwa pengelolaan atas penyelenggaraan Program JKN belum dilakukan secara optimal, baik pada aspek kepesertaan, pelayanan, maupun pendanaan. Hal ini antara lain berdampak pada belum tercapainya seluruh sasaran Peta Jalan JKN 2012-2019 dan memburuknya defisit keuangan DJS Kesehatan periode 2015-2019 seperti terlihat pada *Grafik 1*.

Hasil pemeriksaan BPK
2015-2019

**Grafik 1. Perkembangan Defisit DJS Kesehatan Tahun 2015-2019
(dalam Rp Juta)**



Sumber : Laporan Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2015-2019 (*audited*)

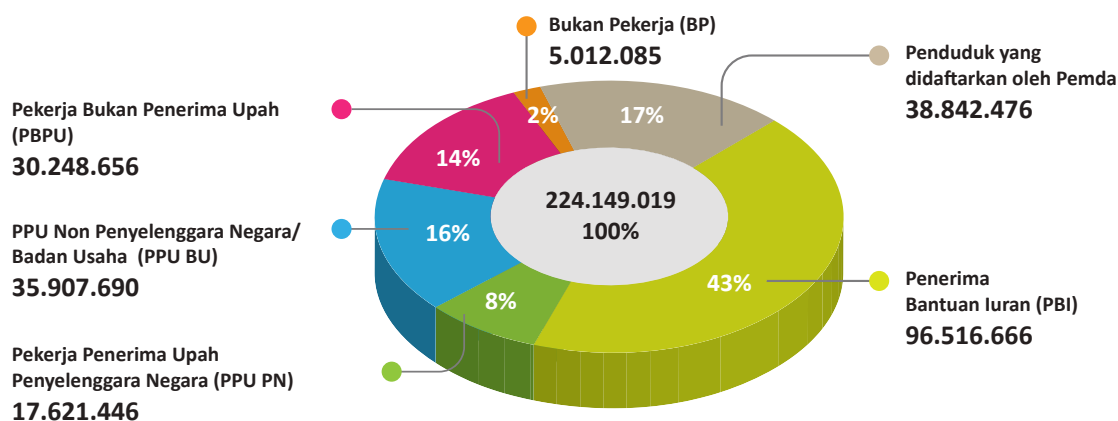
1. Kepesertaan Program JKN



RPJMN 2015-2019 menetapkan target minimal 95% dari penduduk Indonesia menjadi peserta Program JKN. Namun sampai dengan 31 Desember 2019, dari total penduduk Indonesia sebanyak 266.911.900 jiwa (BPS, 2020), baru sebanyak 224.149.019 atau sebesar 83,98% yang terdaftar sebagai peserta Program JKN. Hal ini menunjukkan bahwa target RPJMN 2015-2019 masih belum tercapai. Perincian peserta Program JKN menurut jenis segmen kepesertaan ditunjukkan pada *Grafik 2*.

Penduduk Indonesia yang terdaftar dalam Program JKN di tahun 2019 baru mencapai 83,98% dari target minimal sebesar 95%.

Grafik 2. Perincian Peserta Program JKN Menurut Segmen per 31 Desember 2019



Sumber : BPJS Kesehatan

Data kepesertaan Program JKN merupakan produk BPJS Kesehatan yang seharusnya diintegrasikan dengan data milik Kementerian Sosial, Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri), Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), Badan Pusat Statistik, dan pemerintah daerah. Pengelolaan yang baik atas data kepesertaan tersebut merupakan modal dalam penyelenggaraan Program JKN yang baik pula.

Pengelolaan data kepesertaan yang baik merupakan modal dalam penyelenggaraan Program JKN yang baik.

Hingga saat ini, sistem *data base* kepesertaan Program JKN belum terintegrasi dengan sistem *data base* kementerian/lembaga/instansi lain, sehingga data kepesertaan Program JKN belum disajikan secara akurat dan *real time*. BPJS Kesehatan telah berupaya memperkuat berbagai *platform* dalam pengelolaan data kepesertaan, termasuk melakukan pertukaran data (*bridging*) dan penandatanganan MoU dengan Kemendagri. Namun, upaya tersebut belum dapat menyelesaikan permasalahan yang ada. Kondisi ini memaksa BPJS Kesehatan harus melakukan pepadanan dan *cleansing* data kepesertaan secara terus menerus. Upaya tersebut sangat menyita sumber daya, namun belum menunjukkan hasil yang optimal. Hasil pemeriksaan BPK tahun 2019 masih menemukan permasalahan antara lain: (1) per 31 Desember 2019 sebanyak 9.858.142 peserta aktif dengan Nomor Induk Kependudukan (NIK) tidak valid (tidak ada data/NIK kosong, NIK bukan karakter numerik, dan tidak memiliki jumlah karakter sebanyak 16 digit); dan (2) sebanyak 8.441 peserta aktif memiliki NIK yang sama. Ringkasan hasil pemeriksaan selengkapnya disajikan pada *Lampiran 1*.

BPJS Kesehatan belum memiliki sistem *data base* kepesertaan Program JKN yang terintegrasi dengan sistem *data base* kementerian/lembaga / instansi lain.

Data kepesertaan Program JKN juga sangat tergantung pada dinamika perubahan kependudukan di masyarakat. Namun, sistem *data base* kepesertaan Program JKN juga belum mampu merespon dinamika perubahan kependudukan secara *real time*. Contoh, terdapat peserta segmen Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang semula tidak bekerja, selanjutnya memperoleh pekerjaan pada badan usaha namun peserta tersebut masih tercatat sebagai peserta segmen PBI. Peserta PBI tersebut seharusnya sudah beralih ke segmen Pekerja Penerima Upah Badan Usaha (PPU BU). Hal ini berdampak pada pemborosan keuangan negara, karena seharusnya iuran peserta tersebut ditanggung oleh badan usaha (bukan pemerintah). Dinamika perubahan kependudukan juga terjadi antara lain jika terdapat kelahiran, kematian, dan perubahan domisili.

Sistem *data base* kepesertaan Program JKN belum mampu merespon dinamika perubahan kependudukan secara *real time*.

Selain permasalahan data kepesertaan, hingga saat ini pemerintah belum mencapai target *Universal Health Coverage* (UHC) sebagai bagian dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) 3.8, yaitu “mencapai UHC, termasuk proteksi risiko keuangan, akses pada layanan kesehatan dasar yang berkualitas, serta akses pada obat dan vaksin yang aman, efektif, berkualitas dan terjangkau bagi semua orang”. Hal ini disebabkan karena BPJS Kesehatan belum melakukan upaya yang optimal dalam melakukan koordinasi dengan instansi terkait, antara lain untuk memastikan agar pemberi kerja melaporkan dan mendaftarkan tenaga kerjanya menjadi peserta Program JKN. Berdasarkan Laporan Kepatuhan BPJS Kesehatan Tahun 2019 diketahui bahwa terdapat 7.807 dari 33.133 badan usaha yang belum mendaftarkan tenaga kerjanya untuk menjadi peserta Program JKN.

Terdapat 7.807 badan usaha yang belum mendaftarkan tenaga kerjanya untuk menjadi peserta Program JKN.

Dalam rangka mencapai target UHC, UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan PP Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif, pemerintah telah mengatur pemberian sanksi untuk tidak diberikan pelayanan publik tertentu bagi setiap orang/pemberi kerja yang tidak mendaftarkan dirinya/anggota keluarganya/pekerjanya sebagai peserta Program JKN. Pelayanan publik tersebut antara lain Izin Mendirikan Bangunan (IMB), Surat Izin Mengemudi (SIM), sertifikat tanah, paspor, dan Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK). Dalam pelaksanaannya,

Pemerintah belum mengatur atau menyesuaikan peraturan yang secara tegas memasukkan identitas kepesertaan JKN sebagai syarat pengurusan atas pelayanan publik tertentu.

peraturan terkait pelayanan publik tertentu tersebut belum mengatur atau belum disesuaikan dengan memasukkan identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan atas pelayanan publik tertentu sebagaimana diamanatkan dalam UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan PP Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif. Perincian peraturan terkait dengan pelayanan publik tertentu disajikan pada *Lampiran 2*.

Untuk memperkuat pengenaan sanksi administratif sebagaimana diatur dalam ketentuan tersebut, pemerintah juga perlu memperluas pengaturan pemberian sanksi untuk tidak diberikan pelayanan publik di bidang perbankan. Sampai dengan saat ini, Otoritas Jasa Keuangan (OJK) belum mengatur kepesertaan Program JKN sebagai salah satu syarat pelayanan di bidang perbankan, antara lain dalam pemberian kredit.

Praktik pada National Health Service – United Kingdom (NHS-UK)

Dalam rangka memenuhi UHC, NHS-UK menerapkan praktik pendaftaran peserta secara otomatis sejak penduduk lahir. Praktik ini dapat diterapkan di Indonesia jika sistem *data base* kepesertaan BPJS Kesehatan sudah mampu merespon dinamika perubahan kependudukan secara *real time*.

Praktik dalam aspek kepesertaan pada NHS-UK.



2. Pelayanan Program JKN

Peta Jalan JKN 2012-2019 di antaranya menyatakan bahwa pada tahun 2019 paket manfaat medis dan nonmedis sudah sama untuk seluruh peserta, dan faskes telah tersebar secara memadai. Namun, peraturan yang diterbitkan menunjukkan masih terdapat pelayanan nonmedis yang tidak sama untuk seluruh peserta. Hal ini ditunjukkan dalam PP Nomor 82 Tahun 2018, PP Nomor 75 Tahun 2019, dan Perpres Nomor 64 Tahun 2020 di mana masih mengatur adanya pelayanan untuk kelas ruang perawatan kelas I, II dan III. Permenkes Nomor 52 Tahun 2016 yang diubah terakhir kali dengan Permenkes Nomor 6 Tahun 2018 juga masih mengatur adanya tarif kelas perawatan.

Ketidakselarasan antara Peta Jalan JKN dan peraturan yang diterbitkan pemerintah terkait pelayanan yang tidak sama untuk seluruh peserta.

Selain itu, terdapat permasalahan mendasar terkait dengan definisi kebutuhan dasar di bidang kesehatan yang semestinya dijamin oleh pemerintah. Pasal 19 Ayat (2) UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN menyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam **memenuhi kebutuhan dasar kesehatan**. Selanjutnya, Pasal 22 Ayat (1) UU tersebut menyatakan bahwa manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang **mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan**. Dalam penjelasan Pasal 22 Ayat (1) dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan dan penyuluhan kesehatan, imunisasi, pelayanan Keluarga Berencana, rawat jalan, rawat inap, pelayanan gawat darurat dan tindakan medis lainnya, termasuk cuci darah dan operasi jantung. Pelayanan tersebut diberikan sesuai dengan pelayanan standar, baik mutu maupun jenis pelayanannya dalam rangka menjamin kesinambungan program dan kepuasan peserta. **Luasnya pelayanan kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan peserta yang dapat berubah dan kemampuan keuangan BPJS Kesehatan**.

Kebutuhan dasar kesehatan dalam UU SJSN belum didefinisikan secara jelas.

Pasal 3 UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS menyebutkan bahwa BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam penjelasan Pasal 3 dinyatakan bahwa yang dimaksud dengan **kebutuhan dasar hidup** adalah kebutuhan esensial setiap orang agar dapat hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Sementara itu, Pasal 46 Ayat (1) Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menyatakan bahwa setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Selanjutnya, ayat (2) menyatakan bahwa manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas manfaat medis dan manfaat nonmedis, dan ayat (4) menyatakan bahwa manfaat nonmedis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan berdasarkan besaran iuran peserta.

Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan perubahannya antara lain mengatur jenis pelayanan kesehatan yang dijamin dan tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan. Jenis layanan yang dijamin dalam Program JKN dapat dilihat pada *Tabel 1*.

Tabel 1. Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dijamin Program JKN

 1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama Meliputi pelayanan kesehatan nonspesialistik yang mencakup: • Administrasi pelayanan. • Pelayanan promotif dan preventif. • Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis. • Tindakan medis nonspesialistik, baik operatif maupun nonoperatif. • Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai. • Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama. • Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.	 2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan • Meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup: • Administrasi pelayanan. • Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar. • Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik. • Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis. • Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai. • Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis. • Rehabilitasi medis. • Pelayanan darah. • Pemulasaran jenazah peserta yang meninggal di fasilitas kesehatan. • Pelayanan keluarga berencana. • Perawatan inap nonintensif. • Perawatan inap di ruang intensif.
 3. Pelayanan ambulan darat atau air	 4. Manfaat pelayanan promotif dan preventif

Berdasarkan ketentuan-ketentuan tersebut diketahui bahwa cakupan atas pelayanan kesehatan pada Program JKN sangat luas, karena **definisi kebutuhan dasar belum diatur sehingga hampir seluruh klaim peserta dijamin oleh BPJS Kesehatan**. Pelayanan kesehatan yang cenderung tidak terbatas berakibat rasio klaim pelayanan kesehatan tahun 2019 mencapai 105,56%. Kondisi rasio klaim yang melebihi 100% tersebut juga terjadi pada tahun 2015, 2017, dan 2018, sehingga turut menyumbang akumulasi defisit DJS Kesehatan tahun 2019.

Pelayanan Program JKN bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Dalam rangka pemberian pelayanan tersebut diperlukan dukungan administrasi. Dalam beberapa kasus, pasien tidak langsung mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan dengan segera karena harus menyelesaikan proses administrasi terlebih dahulu. Untuk itu diperlukan suatu mekanisme yang menjamin pelayanan kesehatan diperoleh dengan proses administrasi yang cepat. BPJS Kesehatan telah menerapkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan *finger print*. Mekanisme ini mempercepat proses administrasi. Namun demikian SEP dengan *finger print* tersebut baru diterapkan pada layanan hemodialisa. Sebaiknya, penerbitan SEP dengan *finger print* perlu diperluas penerapannya pada seluruh layanan kesehatan. Dengan demikian, jika terdapat pasien yang memerlukan penanganan dengan cepat, dapat menggunakan penerbitan SEP dengan *finger print* tanpa melalui prosedur administrasi yang panjang, baik pada tingkat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun tingkat Fasilitas kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

Pelayanan kesehatan melalui penerbitan SEP dengan *finger print* mempercepat proses penanganan kesehatan.

Pelayanan Program JKN juga belum didukung dengan sumber daya pada faskes secara memadai, antara lain terdapat 5.619 dari 10.104 puskesmas yang belum memiliki 5 jenis tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan promotif dan preventif. Selain itu, terdapat 134 dari 350 Rumah Sakit Tipe C belum memiliki dokter spesialis dasar dan spesialis penunjang yang lengkap. Begitu pula untuk distribusi kelengkapan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang belum merata (*Lampiran 3*). Permasalahan ini telah diungkapkan dalam hasil pemeriksaan BPK tahun 2018 namun belum ditindaklanjuti seluruhnya oleh pemerintah.

Pelayanan Program JKN belum didukung dengan sumber daya pada faskes secara memadai.

Pelayanan Program JKN juga perlu didukung dengan pengelolaan yang baik dalam penyediaan obat. Hasil pemeriksaan BPK tahun 2017 mengungkapkan bahwa mekanisme perencanaan dan *monitoring* ketersediaan obat melalui *e-katalog* untuk mendukung Program JKN belum memadai, sehingga faskes belum dapat menjamin ketersediaan obat sesuai dengan formularium nasional. Faskes masih mengalami kesulitan dalam penyediaan obat, sehingga peserta Program JKN harus mengeluarkan biaya untuk membeli obat. Oleh sebab itu, setiap faskes dituntut untuk meningkatkan kemampuan manajerial dalam hal penghitungan kuantitas, jenis, dan waktu penyediaan obat secara tepat dan wajar. Hal demikian juga diperlukan agar industri farmasi/distributor/penyedia obat memperoleh kepastian terhadap penyerapan produksi sesuai dengan kuantitas, jenis, dan waktu penggunaan obat yang diperlukan oleh faskes.

Pelayanan kesehatan belum didukung dengan pengelolaan obat yang baik.

Salah satu pendukung keberhasilan pelayanan medis dalam penyelenggaraan Program JKN adalah penerapan tarif INACBG's dan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), khususnya terkait dengan penerapan *Case Based Groups*. Penerapan *Case Based Groups* yang merupakan salah satu faktor kendali biaya klaim pelayanan kesehatan di faskes belum memadai, antara lain karena pelayanan kesehatan belum didukung dengan penapisan teknologi yang memadai. Penapisan tersebut dilakukan dengan kriteria *high volume, risk, cost, variability*, memiliki tingkat urgensi dalam kebijakan, memiliki dampak untuk perbaikan akses dan

Pelayanan kesehatan belum didukung dengan penapisan teknologi kesehatan dan PNPK yang memadai.

kualitas kesehatan penduduk, memiliki potensi penghematan biaya, serta memiliki tingkat penerimaan dari aspek sosial, budaya, etika, politik, dan agama. Upaya penapisan teknologi kesehatan sampai saat ini juga belum optimal. Sebagai contoh, teknologi penggunaan hormon insulin manusia dan obat-obatan tertentu belum selesai dilakukan penilaian teknologinya untuk diakomodasi dalam layanan Program JKN.

Selain itu, penegakan diagnosis dan pemberian prosedur pelayanan belum sepenuhnya terstandarisasi dalam PNPK dan PNPK yang ada belum sepenuhnya diperbaharui dengan perkembangan teknologi serta metode pemberian pelayanan kesehatan. Hal ini berisiko dapat dimanfaatkan oleh Rumah Sakit dalam mengisi diagnosa dan prosedur untuk memperoleh tarif INACBG's yang lebih tinggi.

PNPK mengatur standar diagnosis dan tindakan yang diberikan agar kendali mutu dan kendali biaya atas suatu layanan kesehatan dapat lebih efisien. PNPK perlu diperbaharui untuk mengikuti perkembangan keilmuan yang ada baik dari segi permasalahan baru tentang suatu penyakit maupun pengembangan metode layanan kesehatan yang lebih efisien. Sebagai contoh, metode *syntax* adalah metode yang lebih akurat untuk menentukan tindakan dalam menangani penyakit jantung, apakah tindakan *Coronary Artery Bypass Graft* (CABG) atau katerisasi. Namun, metode *syntax* belum diakomodasi dalam PNPK. Dengan penggunaan metode *syntax* tersebut, dapat mencegah tindakan CABG yang seharusnya cukup katerisasi.

Di dalam penerapan pelayanan kesehatan terdapat risiko biaya layanan yang dikeluarkan Rumah Sakit (RS) dalam menangani seorang pasien melebihi tarif INACBG's. Hal tersebut menjadi dilema bagi RS dimana RS tersebut harus menanggung biaya pelayanan yang tidak dapat diklaim kepada BPJS Kesehatan atau memulangkan pasien sebelum pasien sembuh. Oleh karena itu perlu ada antisipasi dan solusi dimana dalam penentuan tarif INACBG's harus memperhatikan aspek efisiensi dan kebutuhan pelayanan kesehatan pasien.

Pelayanan kesehatan RS yang melebihi tarif INACBG's berisiko memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan pasien.

Saat ini, Indonesia menggunakan INACBG's yaitu *Case Base Groups* yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM). Kementerian Kesehatan memiliki ketergantungan terhadap UKM terkait proses *updating* pada aplikasi *grouper*, karena hanya UKM yang memiliki akses untuk merubah *grouping* pada aplikasi. Hal ini berdampak pada proses *updating* tidak dapat dilakukan sesegera mungkin. *Grouping* akan sangat menentukan besaran biaya layanan atas jenis diagnosa dan penanganan/tindakan yang dilakukan oleh dokter/rumah sakit, sehingga kecepatan *updating grouping* akan sangat berpengaruh terhadap ketepatan penetapan biaya yang dilakukan oleh rumah sakit, bisa lebih tinggi atau lebih rendah, yang berdampak kepada beban pelayanan Program JKN.

Indonesia masih menggunakan INACBG's yang dikembangkan oleh Kemenkes dan Universiti Kebangsaan Malaysia.

Dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan kemitraan dengan FKTP maupun FKRTL. Biaya pelayanan kesehatan untuk FKTP adalah biaya kapitasi dan klaim nonkapitasi, sedangkan biaya pelayanan kesehatan pada FKRTL adalah tarif INACBG's dan tarif non-INACBG's. Biaya-biaya tersebut telah disusun standar biayanya oleh Kementerian Kesehatan melalui National Casemix Center serta dukungan dari organisasi profesi, Tim Penapisan Teknologi Kesehatan, Dewan Pertimbangan Klinis, Asosiasi Fasilitas Kesehatan. Pembayaran biaya-biaya tersebut turut diawasi oleh DJSN, Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, DJSN, Tim Kendali Mutu Kendali Biaya, dan Badan Pengawasan Rumah Sakit.

Mekanisme penyusunan dan pengawasan realisasi biaya pelayanan kesehatan.

Praktik pada National Health Service – United Kingdom (NHS-UK)

- NHS-UK menjamin seluruh jenis penyakit dengan memperkuat pelayanan dasar tingkat pertama dan mendanai jaminan kesehatan tersebut yang sebagian besar dari penerimaan pajak (98,8%).
- NHS-UK membentuk dan mengoptimalkan peran *Clinical Commisioning Groups* (CCG's) di tingkat lokal dalam melakukan pengendalian rujukan berjenjang. CCG's beranggotakan wakil dari *General Practitioner* (GP) dan organisasi kesehatan lainnya. CCG's juga berperan dalam mengidentifikasi jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk setiap daerah, serta memastikan bahwa pelayanan kesehatan tersebut tersedia secara memadai di setiap daerah.
- NHS-UK melibatkan tenaga medis profesional dan multi disiplin ilmu, serta didukung dengan sarana dan prasarana kesehatan dengan teknologi modern berdasarkan kebutuhan pada tingkat layanan kesehatan.

Praktik dalam aspek pelayanan pada NHS-UK.

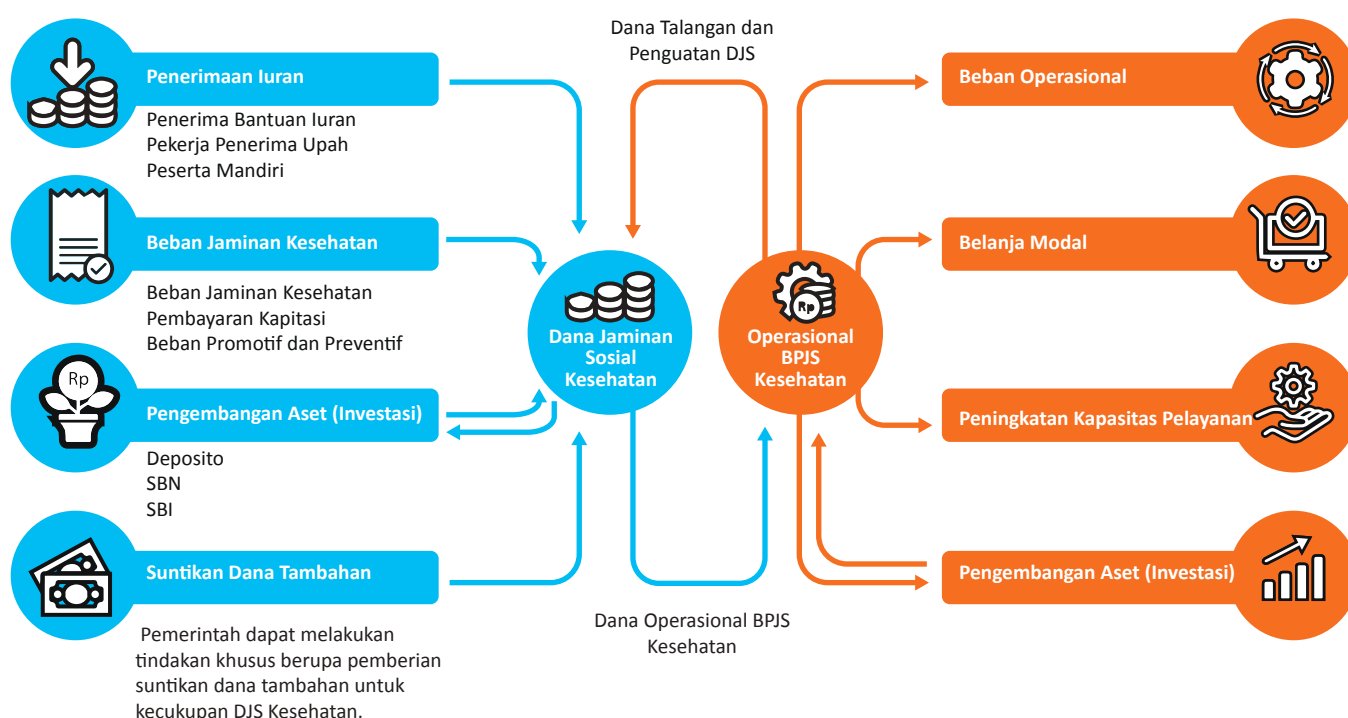
3. Pendanaan Program JKN

Peta Jalan JKN 2012-2019 menyebutkan bahwa salah satu sasaran yang akan diwujudkan adalah pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan sudah mencapai tingkat transparansi, efisiensi, dan akuntabilitas optimal. Untuk mewujudkan sasaran tersebut telah diatur ketentuan terkait hak dan kewajiban keuangan Program JKN oleh BPJS Kesehatan, pemerintah, peserta, dan badan usaha.

Pasal 40 UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS menyatakan bahwa BPJS mengelola aset BPJS dan aset DJS. Aset tersebut harus dipisahkan pengelolaannya, karena aset DJS bukan merupakan aset BPJS serta wajib disimpan dan diadministrasikan pada bank kustodian BUMN. Hubungan pengelolaan DJS Kesehatan dan BPJS Kesehatan dapat dilihat pada *Grafik 3*.

Pengelolaan aset DJS Kesehatan dan aset BPJS Kesehatan.

Grafik 3. Dana Jaminan Sosial Kesehatan dan Operasional BPJS Kesehatan



Sumber: Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 87 Tahun 2013 sebagaimana diubah terakhir dengan PP Nomor 84 Tahun 2015, diolah.

Berdasarkan Laporan Keuangan DJS Kesehatan 2015-2019 (*audited*), rasio klaim jaminan kesehatan periode tersebut melebihi 100%, sehingga mengakibatkan defisit yang berisiko memengaruhi pelayanan kesehatan. Sebagai konsekuensi dari defisit tersebut, pada tahun 2015, pemerintah memberikan suntikan dana tambahan kepada BPJS Kesehatan dalam bentuk Penyertaan Modal Negara (PMN) sebesar Rp5,00 triliun dengan rincian Rp3,46 triliun untuk membiayai operasional BPJS Kesehatan dan sebesar Rp1,54 triliun untuk hibah kepada DJS Kesehatan. Pada tahun 2016 pemerintah kembali memberikan PMN yang digunakan untuk menambah aset bersih DJS Kesehatan sebesar Rp6,82 triliun.

Dukungan pemerintah dalam menangani defisit keuangan DJS Kesehatan

Selanjutnya pada tahun 2017 dan 2018, seiring dengan defisit yang terjadi secara berturut-turut, pemerintah memberikan dana bantuan melalui Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 167/PMK.02/2017 dan Nomor 113/PMK.02/2018 sebesar Rp3,60 triliun dan Rp10,25 triliun. Namun demikian, pada tahun 2019 dengan semakin membengkaknya defisit hingga mencapai Rp50,99 triliun, pemerintah menangani kondisi tersebut dengan menaikkan iuran melalui Perpres Nomor 75 Tahun 2019 dan berhasil menurunkan rasio klaim dari 114,94% pada tahun 2018 menjadi 105,56% pada tahun 2019.

Konsekuensi Pemerintah dalam menangani defisit DJS Kesehatan yang semakin membengkak.

Perpres Nomor 75 Tahun 2019 dinyatakan tidak memiliki kekuatan hukum mengikat oleh Mahkamah Agung (MA), sehingga kenaikan iuran tersebut tidak berlaku lagi. Meskipun demikian, pemerintah kembali menaikkan iuran dengan menerbitkan Perpres Nomor 64 Tahun 2020. Melalui Perpres Nomor 64 Tahun 2020 ini, pemerintah menempuh kebijakan untuk memberikan bantuan iuran kepada peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU) dan Bukan Pekerja (BP). Kebijakan ini ditempuh dalam rangka menjaga kualitas dan kesinambungan Program JKN. Selain itu, kondisi defisit DJS Kesehatan dapat menimbulkan berbagai macam persoalan, di antaranya terganggunya likuiditas rumah sakit yang menjadi mitra BPJS Kesehatan, karena klaim belum dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

Kondisi defisit DJS Kesehatan memengaruhi likuiditas rumah sakit mitra BPJS Kesehatan.

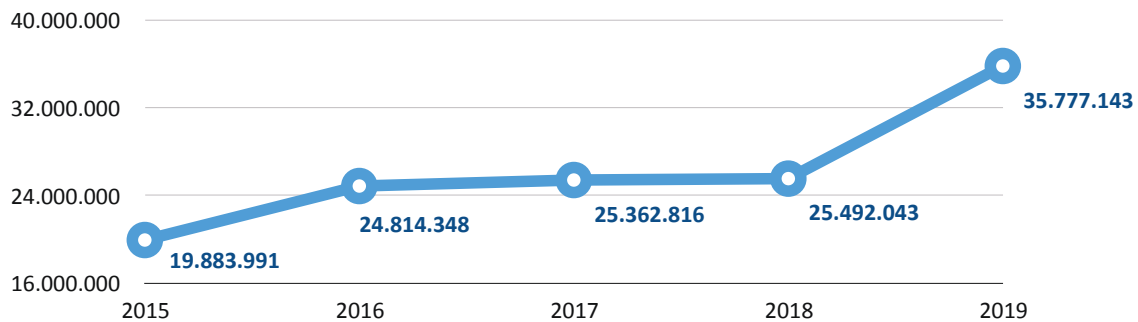
Tabel 2. Perkembangan Defisit DJS Kesehatan periode 2015-2019 (dalam Rp juta)

Uraian	2015	2016	2017	2018	2019
Surplus/Defisit	(9.069.216)	(8.560.782)	(23.025.252)	(33.960.644)	(50.997.406)
Bantuan Dana Pemerintah	1.540.000	6.827.891	3.600.000	10.256.466	-
Klaim Rasio	111,05%	99,97%	113,50%	114,94%	105,56%

Sumber: Catatan atas Laporan Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2015-2019 (*audited*), diolah.

Selain dana talangan tersebut, pemerintah juga memberikan bantuan iuran PBI dengan nilai dari tahun 2015-2019 sebesar Rp131,33 triliun dengan rincian pada *Grafik 4*.

Grafik 4. Jumlah Iuran PBI dari APBN Periode 2015-2019 (dalam Rp juta)



Sumber: Laporan Pengelolaan Program JKN 2015-2019 (*audited*), diolah.

Permasalahan defisit keuangan DJS Kesehatan antara lain disebabkan oleh pemungutan dan pengumpulan iuran dari peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) dan PBPU yang belum optimal. Sampai dengan saat ini, BPJS Kesehatan tidak dapat memastikan jumlah iuran dan penghasilan peserta PPU yang sebenarnya, karena hanya mengandalkan data dari pemberi kerja. Selain itu, berdasarkan Laporan Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2019 (*audited*) diketahui Piutang iuran segmen PBPU sebesar Rp11,35 triliun dengan Penyisihan Piutang sebesar Rp10,40 triliun (93,33%). Hal ini menunjukkan bahwa peserta PBPU merupakan pembayar iuran dengan kolektibilitas rendah. Di sisi lain, segmen PBPU memiliki rasio klaim tertinggi (232,42%) dibandingkan segmen lainnya. Berikut ini disajikan data rasio klaim per segmen pada tahun 2019.

Pemungutan dan pengumpulan iuran dari Peserta PPU dan PBPU belum optimal.

Tabel 3. Klaim per Segmen Tahun 2019 (Rp Juta)

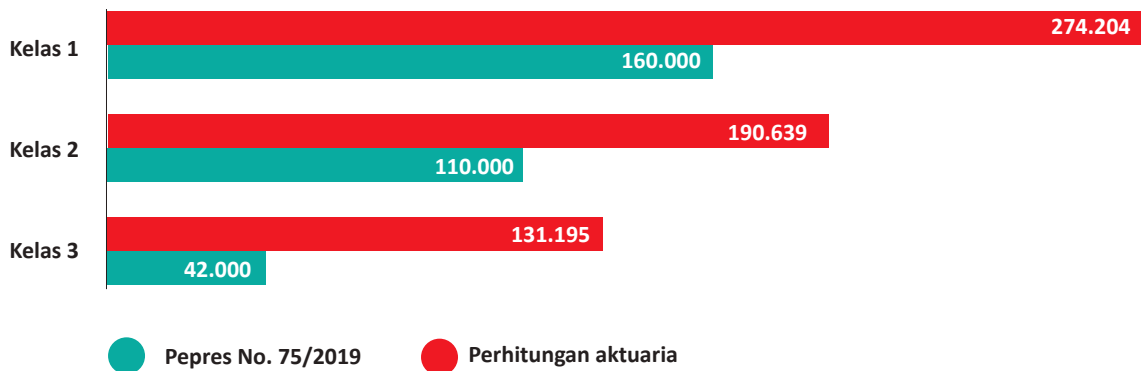
No	Uraian	Realisasi 2019	PBI APBN	PBI APBD	PPU PN	PPU BU	PBPU	BP
A. PENDAPATAN								
1.	Pendapatan Iuran	111.754.163	35.777.143	13.024.978	16.773.366	28.748.339	15.554.268	1.876.070
B. BEBAN (BERDASARKAN BULAN BEBAN)								
1.	Beban Jaminan Kesehatan	108.459.688	25.427.000	13.059.000	22.915.000	16.123.000	30.935.688	-
2.	Beban Cadangan Teknis	9.506.116	361.000	2.175.000	577.000	1.177.000	5.216.000	-
	JUMLAH BEBAN	117.965.804	25.788.000	15.234.000	23.492.000	17.300.000	36.151.688	-
C.	RASIO KLAIM (B1+ B2)/A1	105,56%	72,08%	116,96%	140,06%	60,18%	232,42%	0,00%

Sumber: Kedeputan Risbang BPJS Kesehatan Tahun 2019

Permasalahan defisit keuangan DJS Kesehatan periode 2015-2019 juga disebabkan oleh besaran iuran peserta Program JKN yang ditetapkan pemerintah belum sepenuhnya sesuai dengan besaran iuran berdasarkan penghitungan aktuaria. Pada tahun 2019, pemerintah menetapkan Perpres Nomor 75 Tahun 2019 tentang perubahan atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Perpres ini antara lain memuat perubahan besaran iuran tetapi besaran iuran yang ditetapkan berbeda dengan besaran iuran berdasarkan penghitungan aktuaria. Berikut ini perbandingan besaran iuran berdasarkan penghitungan aktuaria dan penetapan pemerintah (*Grafik 5*).

Besaran iuran peserta JKN belum sepenuhnya sesuai dengan besaran iuran berdasarkan penghitungan aktuaria.

Grafik 5. Perbandingan Iuran berdasarkan Perhitungan Aktuaria dan Penetapan Pemerintah (dalam Rp)



Permasalahan pendanaan dalam penyelenggaraan Program JKN juga terkait dengan penggantian biaya manfaat FKTP yang merupakan garda terdepan penyelenggaraan Program JKN. Kementerian Kesehatan telah menetapkan tarif dana kapitasi yang diberikan ke FKTP dalam Permenkes Nomor 52 Tahun 2016 di mana penetapan besaran tarif kapitasi di FKTP dilakukan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan. Namun demikian, berdasarkan hasil pemeriksaan BPK Tahun 2018 penetapan dana kapitasi belum sepenuhnya memperhitungkan norma kapitasi berupa sumber daya manusia dan kelengkapan sarana dan prasarana yang dimiliki FKTP. Hal tersebut berakibat penanganan kasus-kasus nonspesialistik pada FKTP tidak optimal. Berdasarkan Laporan BPJS Kesehatan bulan Juni 2018 menunjukkan bahwa sampai dengan 30 Juni 2018 hanya 425 Puskesmas dari 9.852 Puskesmas (4,31%) yang mampu menuntaskan 144 diagnosa penyakit nonspesialistik.

Pendanaan pada FKTP belum mempertimbangkan norma kapitasi.

Pada tahun 2016, BPJS Kesehatan telah menerapkan pembayaran kapitasi berbasis komitmen melalui Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor HK.02.05/III/SK/089/2016 dan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Namun, karena beberapa kendala pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis komitmen (KBK) diubah kembali melalui Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kemenkes Republik Indonesia dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 Tahun 2017 dan selanjutnya pada tahun 2019 pelaksanaan KBK tersebut diubah menjadi pembayaran kapitasi berbasis kinerja berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Tujuan utama dari pengembangan sistem pembayaran ini adalah peningkatan mutu layanan FKTP kepada peserta yang akan dinilai dari indikator kinerja, yaitu angka kontak, rasio rujukan nonspesialistik dan rasio peserta prolanis terkendali. Dengan adanya penilaian kinerja FKTP yang dilakukan setiap bulan dengan konsekuensi penyesuaian kapitasi berdasarkan capaian indikator tersebut, diharapkan akan mendorong FKTP mengoptimalkan pemanfaatan dana kapitasi, sehingga menjadi lebih efektif dan efisien. Bentuk tindakan bagi FKTP berkinerja buruk adalah pengurangan kapitasi dan pertimbangan *recredentiaing*.

Pelayanan kesehatan dalam Program JKN dilakukan secara berjenjang dari tingkat FKTP ke FKRTL, tergantung pada diagnosa penyakit apakah spesialisik atau nonspesialisik. Jika nonspesialisik, cukup ditangani di FKTP. Berdasarkan hasil pemeriksaan tahun 2019, terdapat diagnosa nonspesialisik yang dirujuk FKTP ke FKRTL yang semestinya dapat dituntaskan pengobatannya di tingkat FKTP. Pada tahun 2018, terdapat rujukan nonspesialisik dari FKTP milik Pemerintah sebanyak 3.267.074 (20%) dari total 16.533.888 rujukan. Sementara itu, pada tahun yang sama terdapat rujukan nonspesialisik dari FKTP swasta sebanyak 2.031.529 (23%) dari total 8.886.283 rujukan. Dari data tersebut, BPK melakukan pemeriksaan secara uji petik pada FKTP milik pemerintah dan swasta, dan menemukan 752.658 rujukan nonspesialisik sebesar Rp142,73 miliar yang seharusnya dapat dituntaskan pengobatannya pada FKTP. Kondisi ini berdampak pada peningkatan biaya pelayanan pada FKRTL yang harus ditanggung oleh DJS kesehatan.

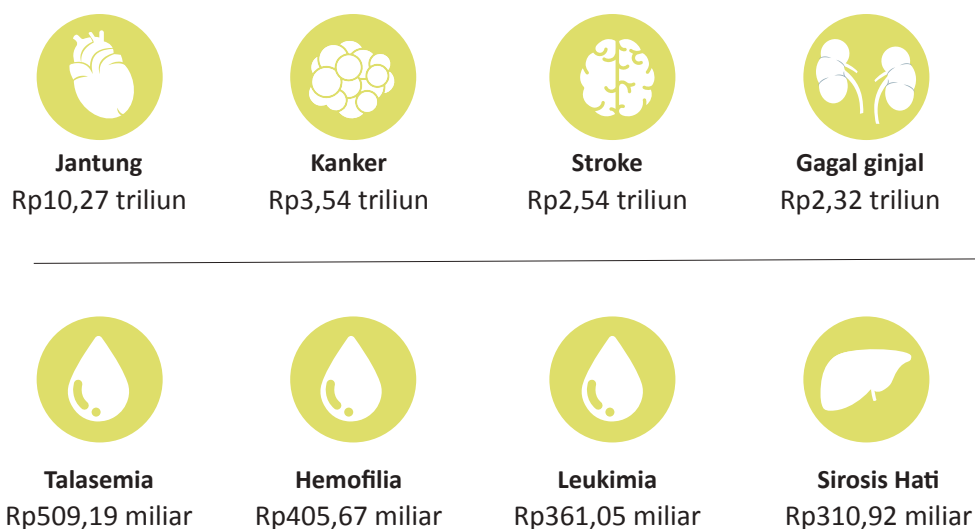
Terdapat pelayanan yang semestinya dapat dituntaskan di tingkat FKTP, namun dirujuk ke FKRTL.

Disamping itu, terdapat beban biaya manfaat yang harus ditanggung DJS Kesehatan pada periode 2014-Juni 2019 sebesar Rp126,97 miliar. Hal ini disebabkan karena pemerintah pada Juli 2019 baru menetapkan 821 kode diagnosis atas 144 penyakit sebagai diagnosa nonspesialisik, yang pada periode sebelumnya (2014-Juni 2019) baru menetapkan 153 kode diagnosa nonspesialisik atas 144 penyakit.

Peserta Program JKN juga berhak atas pelayanan kesehatan promotif dan preventif, seperti pada perencanaan, distribusi, dan pemanfaatan barang untuk kegiatan promotif dan preventif dalam penanganan penyakit tidak menular (antara lain diabetes, kanker, dan jantung) dan penyakit menular langsung. Namun, pelayanan kesehatan promotif dan preventif pada FKTP juga belum berjalan optimal, sehingga berdampak pada masih tingginya angka penderita penyakit katastrofik. Hal ini juga yang memicu timbulnya biaya pelayanan penyakit katastrofik yang pada akhirnya membebani keuangan DJS Kesehatan. Terdapat 8 jenis pelayanan kesehatan atas penyakit katastrofik yang membebani keuangan DJS Kesehatan tahun 2019 sebesar Rp20,26 triliun atau 21,98% dari total biaya pelayanan kesehatan tingkat lanjutan sebesar Rp92,18 triliun, dengan perincian sebagai berikut.

Pelayanan kesehatan promotif dan preventif pada FKTP belum optimal dalam mencegah timbulnya penyakit katastrofik sehingga membebani keuangan DJS Kesehatan.

Grafik 6. Jenis Penyakit Katastrofik yang membebani Keuangan DJS Kesehatan Tahun 2019



Sumber: Laporan Pengelolaan Program JKN Tahun 2019

BPJS Kesehatan telah berupaya mengimplementasikan manajemen risiko di lingkungannya. Implementasi manajemen risiko di BPJS Kesehatan dilaksanakan berdasarkan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 46 Tahun 2017 tentang Pedoman Manajemen Risiko Terintegrasi BPJS Kesehatan. Peran *Risk Coordinator* (RICO) dan *Risk Admin* (RIA) sebagai perpanjangan tangan unit manajemen risiko pada masing-masing unit kerja sangatlah penting termasuk penyusunan profil risiko unit tahun 2019. Risiko-risiko yang telah terkumpul selanjutnya diagregasi menjadi profil risiko organisasi. Penyusunan profil risiko bertujuan untuk memberikan gambaran kepada manajemen dan para pemangku kepentingan tentang risiko dan mitigasi yang perlu dilakukan oleh organisasi untuk mencapai tujuan secara lebih efektif.

Penerapan manajemen risiko pada BPJS Kesehatan.

Selain melakukan penilaian risiko, BPJS Kesehatan juga memitigasi risiko kecurangan. Untuk memitigasi risiko tersebut, BPJS Kesehatan antara lain menggunakan sistem informasi dalam mengelola dan memperkuat pengendalian pengelolaan beban pelayanan kesehatan. Penguatan pengendalian beban pelayanan kesehatan dilakukan dengan penggunaan Aplikasi Vedika dan Aplikasi Defrada sejak tahun 2018. Berdasarkan hasil pemeriksaan tahun 2019 menunjukkan beberapa kelemahan pada aplikasi BPJS Kesehatan, antara lain:

Masih terdapat kelemahan aplikasi dalam memitigasi risiko kecurangan.

- a) Algoritma filtrasi untuk mencegah tindakan pemecahan tagihan pelayanan kesehatan belum sepenuhnya memadai untuk pelayanan kesehatan yang berbeda bulan pelayanannya.
- b) Algoritma filtrasi belum mampu memberikan peringatan kepada verifikator atas penyebab penyakit yang seharusnya tidak ditanggung BPJS Kesehatan.
- c) Pencegahan klaim fiktif dengan menggunakan penanda *finger print* pada Aplikasi SEP belum diterapkan pada rawat inap dan rawat jalan untuk penyakit selain hemodialisa.

Sampai saat ini, kontribusi pemerintah daerah (pemda) terkait dengan pendanaan Program JKN untuk peserta di luar PPU PN daerah baru terbatas pada pembayaran iuran untuk penduduk yang didaftarkan oleh pemda. Jumlah penduduk yang didaftarkan oleh pemda sebagai peserta Program JKN yang seluruh iurannya ditanggung oleh pemda (APBD) per 31 Desember 2019 hanya sebanyak 38.842.476 orang atau 17% dari total peserta Program JKN, dengan nilai iuran dari 2015-2019 sebesar Rp31,06 triliun. Jika dibandingkan dengan nilai iuran yang ditanggung oleh APBN atas peserta PBI, maka nilai iuran pemda hanya sebesar 23,65% dari nilai yang ditanggung APBN. Dengan demikian, masih terbuka peluang untuk meningkatkan sumber pendanaan Program JKN dengan optimalisasi sumber dana yang berasal dari APBD.

Kontribusi APBD terhadap pendanaan Program JKN untuk peserta di luar iuran PPU PN daerah belum optimal.

D. SIMPULAN

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa sasaran yang ditetapkan dalam Peta Jalan JKN 2012-2019 belum seluruhnya tercapai, baik pada aspek kepesertaan, pelayanan, dan pendanaan dengan penjelasan sebagai berikut.

Simpulan terkait pengelolaan atas penyelenggaraan Program JKN.



1. Kepesertaan

Pemerintah belum dapat memenuhi target pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC), karena:

- Sistem *data base* kepesertaan Program JKN belum terintegrasi dengan sistem *data base* kementerian/lembaga/instansi lain yang dapat mendukung validitas data kepesertaan, serta belum mampu merespon dinamika perubahan kependudukan sehingga data kepesertaan Program JKN belum disajikan secara valid dan *real time*.
- Identitas kepesertaan Program JKN belum dijadikan syarat dalam pengurusan pelayanan publik, termasuk layanan perbankan.



2. Pelayanan

Masyarakat peserta Program JKN belum mendapatkan pelayanan yang optimal, karena:

- Pendefinisian Kebutuhan Dasar Kesehatan dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 belum dinyatakan secara jelas.
- Pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien belum dapat dilakukan dengan cepat karena terkendala dengan permasalahan administrasi.
- Pelayanan kesehatan, baik berupa sebaran sumber daya kesehatan (dokter/tenaga medis/sarpras/alat kesehatan) dan ketersediaan obat/kebutuhan farmasi pada setiap wilayah belum merata.
- Pengelolaan penyediaan obat baik kuantitas, jenis, maupun waktu belum dilakukan secara optimal.
- Pelayanan kesehatan belum didukung dengan penapisan teknologi kesehatan, PNPK yang memadai, serta penerapan atau *updating* INACBG's tidak dapat dilakukan sesegera mungkin.
- Pelayanan kesehatan RS yang melebihi tarif INACBG's berisiko memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan pasien.



3. Pendanaan

Defisit dalam pendanaan penyelenggaraan Program JKN terus terjadi meski pemerintah telah memberikan bantuan keuangan kepada DJS Kesehatan, karena:

- BPJS Kesehatan belum memiliki mekanisme pengumpulan iuran yang efektif terutama untuk menjamin kolektibilitas dan validitas besaran iuran segmen PPU dan PBPU.
- Penetapan dana kapitasi belum memperhitungkan norma kapitasi berupa sumber daya manusia serta kelengkapan sarana dan prasarana pelayanan yang dimiliki FKTP.
- Pelayanan kesehatan yang semestinya dapat dituntaskan pada FKTP namun dirujuk ke FKRTL, serta pelayanan kesehatan promotif dan preventif pada FKTP belum optimal.

- d. Aplikasi verifikasi klaim pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan masih perlu dilakukan perbaikan, karena belum dapat dimanfaatkan secara optimal dalam pengelolaan beban pelayanan kesehatan.
- e. Pemerintah belum optimal dalam menyelesaikan defisit keuangan DJS Kesehatan sehingga berisiko memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan.
- f. Kontribusi APBD terhadap pendanaan BPJS di luar iuran PPU PN daerah belum optimal.

E. PENDAPAT

Berdasarkan simpulan tersebut BPK berpendapat pemerintah harus segera:

Pendapat terkait pengelolaan atas penyelenggaraan Program JKN.



1. Kepesertaan

- a. Mewujudkan data tunggal peserta Program JKN yang valid dan *real time* antara lain dengan melakukan integrasi sistem *data base* kepesertaan Program JKN dengan sistem *data base* kementerian/lembaga/instansi lain.
- b. Mewujudkan pencapaian target UHC dengan melakukan koordinasi kelembagaan dalam penyempurnaan/penyusunan peraturan dengan memasukkan kriteria identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan pelayanan publik, termasuk layanan perbankan.



2. Pelayanan

Mewujudkan masyarakat peserta Program JKN agar mendapatkan pelayanan yang optimal dengan:

- a. Mendefinisikan Kebutuhan Dasar Kesehatan secara jelas sesuai dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas sebagaimana dinyatakan dalam UU Nomor 40 Tahun 2004.
- b. Memperluas penerapan penerbitan SEP dengan *finger print* dalam layanan administrasi baik pada tingkat FKTP maupun tingkat FKRTL.
- c. Memetakan sumber daya kesehatan secara komprehensif dan menyusun pentahapan dalam rangka pemenuhan dan pemerataan sumber daya kesehatan di Indonesia.
- d. Memperbaiki pengelolaan pemenuhan obat dengan melibatkan kementerian/lembaga/daerah, fasilitas kesehatan milik pemerintah/swasta, dan penyedia barang.
- e. Mengefektifkan penapisan dan pembaruan teknologi kesehatan, menetapkan dan memutakhirkan PNPK secara berkala dan bertahap sesuai dengan skala prioritas, serta melakukan evaluasi atas aplikasi *Diagnostic Related Group (Grouper)* dalam rangka memperoleh alternatif solusi untuk mempercepat proses *updating* pada aplikasi *grouper*.
- f. Melakukan evaluasi atas tarif INACBG's untuk meningkatkan efisiensi dan memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan secara obyektif.



3. Pendanaan

Mewujudkan kesinambungan kemampuan keuangan DJS Kesehatan sehingga meminimalisir defisit keuangan, yaitu dengan:

- Menyusun mekanisme pengumpulan iuran yang efektif untuk menjamin kolektibilitas dan validitas besaran iuran terutama dari segmen PPU dan PBP.
- Melakukan reformasi besaran pembayaran kapitasi kepada FKTP dengan mengacu pada standar besaran tarif dan capaian indikator kinerja yang merujuk pada kualitas pelayanan medis dan nonmedis yang diberikan, kelengkapan sumber daya kesehatan, serta kepatuhan dan komitmen dalam pencegahan kecurangan.
- Melakukan reformasi peran FKTP yang merupakan garda terdepan dalam sistem layanan kesehatan di Indonesia, melalui optimalisasi dana bidang kesehatan dari APBN/APBD di fasilitas kesehatan milik Pemerintah dalam rangka meningkatkan upaya promotif, preventif, dan pola rujukan layanan kesehatan yang ideal.
- Melakukan penyempurnaan aplikasi verifikasi klaim pelayanan kesehatan pada BPJS Kesehatan dengan mempertimbangkan risiko kecurangan yang mungkin terjadi.
- Mengatasi defisit keuangan DJS Kesehatan sesuai dengan kemampuan fiskal.
- Mendorong kolaborasi pendanaan dengan pemerintah daerah sehingga memberi ruang bagi APBD untuk berkontribusi dalam Program JKN.



DAFTAR PUSTAKA

- BPJS. (2015-2019). *Laporan Keuangan DJS Kesehatan 2015-2019 (Audited)*. BPJS Kesehatan.
- BPJS. (2015-2019). *Laporan Pengelolaan Program DJS Kesehatan 2015-2019 (Audited)*. BPJS Kesehatan.
- BPJS. (2017). *Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 33 Tahun 2017 tanggal 31 Agustus 2017 tentang pedoman integrasi antar fungsi untuk penegakan kepatuhan dalam perluasan kepesertaan dan peningkatan kolektibilitas iuran bagi pekerja penerima upah badan usaha swasta*.
- BPJS. (2017). *Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 46 Tahun 2017 tentang Pedoman Manajemen Risiko Terintegrasi BPJS Kesehatan*.
- BPJS. (2019). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. BPJS Kesehatan.
- BPK RI. (2016). *LHP Kinerja atas Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2015 s.d. Semester I 2016 pada BPJS Kesehatan dan Instansi Terkait Lainnya*. BPK RI.
- BPK RI. (2017). *Peraturan BPK Nomor 1 Tahun 2017 tentang Standar Pemeriksaan Keuangan Negara*. BPK RI.
- BPK RI. (2017). *LHP Kinerja Efektivitas Pengelolaan Obat Tahun 2016 s.d. Semester I, 2017 pada Kementerian Kesehatan*. BPK RI.
- BPK RI. (2018). *LHP Kinerja Efektivitas Pengelolaan Sumber Daya Kesehatan Tahun 2017 s.d. Semester I 2018 pada Kementerian Kesehatan*. BPK RI.
- BPK RI. (2019). *IHPS Semester II Pemeriksaan Pengelolaan Dana Kesehatan 2019*.
- BPK RI. (2019). *LHP Kinerja Efektivitas Pengelolaan Dana Kesehatan dalam Mendukung Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun 2018 s.d. Semester I 2019 pada BPJS Kesehatan*. BPK RI.
- BPK RI. (2019). *LHP Kinerja Efektivitas Pengelolaan Dana Kesehatan dalam Mendukung Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun 2018 s.d. Semester I 2019 pada Kementerian Kesehatan*. BPK RI.
- BPK RI. (2020). *Tindak Lanjut BPJS Kesehatan Tahun 2020*. Aplikasi SMP BPK RI.
- BPK RI. (2020). *LHP DTT atas Pengelolaan Kepesertaan, Iuran, Beban Pelayanan Kesehatan Tahun 2017 s.d. 2019*. BPK RI.
- BPOM. (2020). *Laporan Coverage Pengawasan Obat 2020*. Badan Pengawas Obat dan Makanan.
- BPS. (2020). *Survey Penduduk Antar Sensus 2015*. Proyeksi SUPAS 2015.
- CDC. (2015). *International Classification of Diseases, (ICD-10-CM/PCS) Transition*. Centers for Disease Control and Prevention.
- DJSN. (2012). *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*.
- INTOSAI (2019), *INTOSAI P-12, The Value and Benefits of Supreme Audit Institutions*.
- Kementerian Kesehatan. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Balitbangkes.
- Kementerian Kesehatan (P2JK) dan BPJS. (2018). *Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INACBG'S Tahun 2018 Nomor: JP.02.03./3/2411/2018 dan Nomor: 620/BA/1118*.
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Memorandum of Agreement Between MoH of Indonesia and Casemix Solution SDN BHD about Development of INACBG's Nomor JP.02.03/3/2137/2019 tanggal 29 Agustus 2019*.
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar*.
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2019 tentang Perencanaan dan Pengadaan Obat berdasarkan katalog elektronik*.
- Kementerian Kesehatan. (2020 - April). *Aplikasi BPPSDMK*.
- Kementerian Kesehatan. (2020 - April). *Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan*.
- Kementerian Luar Negeri. (2019). *Peraturan Menteri Luar Negeri No. 2 Tahun 2019 tentang Paspor Diplomantik dan Paspor Dinas*.

Kementerian PUPR. (2016). *Peraturan Menteri PUPR Nomor 5/PRT/M/2016 tentang Izin Mendirikan Bangunan Gedung (IMB)*.

Kemenkumham RI. (2014). *Peraturan Menteri Hukum dan HAM No. 8 Tahun 2014 tentang Paspor Biasa dan Surat Perjalanan Laksana Paspor*.

Kepolisian RI. (2012). *Peraturan Kapolri Nomor 9 Tahun 2012 tentang Surat Izin Mengemudi*.

Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi. (2012). *Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. 19 Tahun 2012 tentang Syarat-syarat Penyerahan Sebagian Pelaksanaan Pekerjaan Kepada Perusahaan Lain belum mencantumkan persyaratan tentang kepesertaan JKN*.

Otoritas Jasa Keuangan. (2017). *Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 18/POJK.03/2017 Tentang Pelaporan dan Permintaan Informasi Debitur Melalui Sistem Layanan Informasi Keuangan*.

Republik Indonesia. (1997). *Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 1997 tentang Pendaftaran Tanah, Peraturan Kepala Badan Pertanahan Nasional Nomor 3 Tahun 1997 tentang Ketentuan Pelaksanaan PP No. 24 tahun 1997, dan Peraturan Menteri ATR/BPN Nomor 6 Tahun 2018 tentang Pendaftaran Tanah Sistematis Lengkap (PTSL)*.

Republik Indonesia (2004). *Undang-undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Negara*

Republik Indonesia (2004). *Undang-undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perendaharaan Negara*.

Republik Indonesia. (2004). *Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.

Republik Indonesia (2006). *Undang-undang Nomor 15 Tahun 2006 tentang Badan Pemeriksa Keuangan*.

Republik Indonesia. (2011). *Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*.

Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 2013 tanggal 16 April 2013 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 tahun 2011 tentang Keimigrasian*.

Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang*.

Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan*.

Republik Indonesia. (2015). *Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan*.

Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Presiden Nomor 23 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*.

Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2017 tentang Badan Pengawas Obat dan Makanan*.

Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*.

Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah*.

Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Presiden Nomor 20 tahun 2018 tentang Penggunaan Tenaga Kerja Asing*.

Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Jaminan Kesehatan*.

Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan*.

Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN*.

Republik Indonesia. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN*.

Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2017 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN*.

Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*.

SDG Indonesia. (2014). *SDG 3 - Kesehatan yang Baik dan Kesejahteraan*, Diakses tanggal 4 Januari 2020 melalui alamat <https://www.sdg2030indonesia.org/>.

TNP2K. (2015). *Buku Panduan Perencanaan Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Data*. Rapat Kerja Teknis TNP2K.

Worldbank. (2017). *Open Data Membawa Perubahan di Indonesia*. Diakses melalui alamat <https://www.worldbank.org>.

LAMPIRAN 1

Ringkasan Hasil Pemeriksaan BPK 2015-2019 Terkait Kepesertaan, Pelayanan, dan Pendanaan Program JKN

Tahun	No	Hasil Pemeriksaan	Rekomendasi BPK
(1)	(2)	(3)	(4)
A			
Kepesertaan			
2016	1	Data peserta PBI tidak dilengkapi NIK, nama, alamat, dan tanggal lahir.	Direksi BPJS Kesehatan agar memutakhirkan data kepesertaan JKN.
	2	Data Peserta PBI yang Dikelola oleh BPJS Kesehatan Tidak Akurat. Jumlah peserta PBI lebih banyak dibandingkan data fakir miskin dan orang tidak mampu yang dimiliki Badan Pusat Statistik sehingga dana yang dikeluarkan pemerintah untuk membayar iuran PBI berpotensi tidak tepat sasaran. Contoh: data peserta PBI tahun 2016 menurut BPJS Kesehatan sebanyak 92.400.000 jiwa, sedangkan menurut data BPS sebanyak 27.187.141 jiwa.	Direksi BPJS Kesehatan agar memerintahkan Kepala Grup Keuangan dan Grup Kepesertaan untuk mempertanggungjawabkan kelebihan pembayaran iuran PBI.
	3	BPJS dalam merekrut peserta baru dari golongan PPU BU tidak melakukan pengujian kebenaran data yang disampaikan oleh perusahaan.	Direksi BPJS Kesehatan agar membuat Juknis dari PP 86 tahun 2013 tentang Tata cara pengenaan sanksi administratif kepada pemberi kerja selain penyelenggaran negara dan setiap orang, selain pemberi kerja, pekerja, dan penerima bantuan iuran dalam penyelenggara Jaminan Sosial khususnya terkait kewenangan BPJS Kesehatan untuk memvalidasi dan verifikasi kebenaran upah atau gaji sebagai dasar perhitungan iuran.
	4	Pelaksanaan <i>monitoring</i> dan evaluasi data kepesertaan belum optimal.	Direksi BPJS Kesehatan agar segera menetapkan standar pelaporan, jenis informasi yang disampaikan, pembagian tugas dan tanggungjawab pelaksanaan <i>monitoring</i> dan evaluasi serta indikator kegiatan <i>monitoring</i> dan evaluasi kinerja capaian kepesertaan.
	5	Integritas data peserta BPJS Kesehatan tidak memadai.	Direksi BPJS Kesehatan agar: 1. Berkoordinasi dengan Kementerian Sosial untuk data PBI yang tidak akurat.

Tindakanlanjut (sumber Sistem Manajemen Pemeriksaan BPK per 15 Oktober 2020)	Status Tindak Lanjut
(5)	(6)
Sampai dengan 30 September 2019, masih terdapat 12.328.711 (5,57 persen) peserta yang data NIK-nya belum sepadan dengan data Ditjen Dukcapil Kemendagri.	Belum sesuai
BPJS Kesehatan memberikan dokumen berupa bukti penagihan kekurangan atas hasil rekonsiliasi per triwulan yang telah dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan Kementerian Kesehatan dan telah menjelaskan selisih antara kurang bayar atau lebih bayar yang dilakukan Kementerian Kesehatan (PPJK) perihal pencairan iuran PBI. - Kemenkes melakukan koordinasi dengan Kemensos, DJSN, TNP2K, BPJS Kesehatan dalam rangka sinkronisasi dan validasi data PBI (BPK, 2020). - Pada tanggal 16 Juli 2019, Kemensos telah menerbitkan Keputusan Menteri Sosial Nomor 79/HUK/2019 tentang Penonaktifan dan Perubahan Data Peserta PBI Jaminan Kesehatan Tahun 2019. Dalam keputusan tersebut dinyatakan bahwa hasil verifikasi dan validasi data kepesertaan, dinyatakan sejumlah 5.227.852 jiwa peserta PBI dinonaktifkan. - BPJS Kesehatan telah berupaya memperkuat berbagai platform dalam pengelolaan data kepesertaan termasuk melalui pertukaran data (bridging) dengan Kemendagri dan BPJS Ketenagakerjaan (BPK, 2020) melalui penandatanganan MoU. Selain itu, BPJS Kesehatan juga telah berupaya melakukan pembersihan data. Namun demikian, sampai dengan tanggal 31 Desember 2019 masih terdapat 11.269.543 data yang belum selesai dilakukan pembersihan.	Sesuai
20 November 2017 BPJS Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan nomor 33 Tahun 2017 tanggal 31 Agustus 2017 tentang pedoman integrasi antar fungsi untuk penegakan kepatuhan dalam perluasan kepesertaan dan peningkatan kolektibilitas iuran bagi pekerja penerima upah badan usaha swasta. Lampiran atas Peraturan Direksi tersebut telah secara detail mengatur terkait proses penagihan dan pemberian sanksi kepada badan usaha selain penyelenggara negara dan setiap orang, selain pemberi kerja, pekerja dan penerima bantuan iuran dalam penyelenggaraan jaminan sosial. Lampiran tersebut termasuk juga terdapat langkah dalam proses validasi dan verifikasi data yang diberikan oleh badan usaha.	Sesuai
BPJS kesehatan memberikan dokumen bukti berupa surat yang ditujukan kepada Kementerian Kesehatan berupa laporan validitas data kepesertaan setiap bulannya dengan contoh surat dengan nomor 16671/VII.2/1218 tanggal 31 Desember 2018. Selain itu BPJS Kesehatan telah memberikan surat kepada seluruh kantor cabang mengenai permintaan umpan validitas data peserta melalui surat nomor 508/VII.2/0119 tanggal 14 Januari 2019 dan juga terdapat dokumen berupa contoh feedback melalui surat nomor 4801/II.1/0419 tanggal 15 April 2019.	Sesuai
1. Tindak lanjut Juli 2018 BPJS Kesehatan telah melakukan penyampaian surat ke Kementerian Sosial nomor 6307/VII.2/0517 tanggal 19 Mei 2017 hal penonaktifan peserta PBI retur thn 2015 dan 2016, Kementerian Sosial memberikan surat keputusan Menteri nomor 148/HUK/2017 tentang Penonaktifan Peserta Penerima Bantuan Iuran Tahun 2017 Tahap Ke Empat. Setelah itu ditindaklanjuti dengan Penetapan Perubahan Data Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2017 Tahap Keempat dengan Surat Keputusan Menteri Sosial Nomor 149/HUK/2017.	Sesuai

Tahun	No	Hasil Pemeriksaan	Rekomendasi BPK
(1)	(2)	(3)	(4)
			2. Memerintahkan Kepala Grup Kepesertaan dan Pemasaran atas untuk mendistribusikan kartu KIS untuk peserta yang masih dalam penguasaan BPJS Kesehatan.
			3. Memutakhirkan database kepesertaan BPJS Kesehatan agar tidak terdapat NIK Kosong baik dari calon bayi yang sudah lebih 3 bulan, dan dari segmen peserta PPU BU.
2020	1	a. Data kepesertaan dengan NIK tidak valid. Hasil pengujian <i>master file</i> kepesertaan dengan menggunakan parameter “NIK” dengan kriteria: 1) Tidak ada data/NIK kosong. 2) NIK bukan karakter numerik. 3) NIK tidak memiliki jumlah karakter sebanyak 16 digit, menunjukkan per 31 Desember 2019 masih terdapat 9.858.142 peserta aktif dengan NIK yang tidak valid. b. Data kepesertaan dengan NIK ganda Hasil analisa menunjukkan terdapat 8.441 peserta aktif yang memiliki kesamaan NIK. Peserta ganda adalah Peserta yang memiliki lebih dari 1 (satu) identitas kepesertaan yang berada dalam <i>master file</i> kepesertaan. Kemudian, peserta dengan empat kriteria (nama, NIK, tanggal lahir, jenis kelamin) ganda hasil analisa data kepesertaan posisi per 31 Desember 2019 diketahui terdapat 2.950 peserta aktif yang memiliki kesamaan nama, NIK, jenis kelamin dan tanggal lahir. c. Peserta segmen PNS/ASN ganda dengan segmen Penerima Bantuan Iuran (PBI). Hasil analisa menunjukkan terdapat 220 peserta aktif yang memiliki kesamaan NIK, yang terdiri atas 110 peserta PNS Pusat/ Daerah dan 110 peserta PBI-APBN/APBD.	
	2	BPJS Kesehatan belum menyusun peraturan terkait proses bisnis untuk memastikan integritas data kepesertaan.	Direksi BPJS Kesehatan agar menyusun Juknis perubahan data kepesertaan dengan lembaga lain khususnya terkait PBI.

Tindaklanjut (sumber Sistem Manajemen Pemeriksaan BPK per 15 Oktober 2020)	Status Tindak Lanjut
(5)	(6)
2. BPJS Kesehatan telah memberikan dokumen laporan atas pendistribusian Kartu Indonesia Sehat Tahun 2017 dengan dibubuhkan persetujuan atas laporan tersebut dari Deputy Direksi Bidang Kepesertaan.	Sesuai
3. BPJS Kesehatan memberikan dokumen berupa surat nomor 12864/VII.2/1019 tanggal 10 Oktober 2019 perihal umpan balik atas validitas peserta periode data sampai dengan 30 September 2019 yang menunjukkan bahwa masih terdapat 12.328.711 (5,57%) data NIK yang belum padan dengan Dukcapil.	Belum Sesuai
Belum ada tindak lanjut	Belum Ditindaklanjuti
Belum ada tindak lanjut	Belum Ditindaklanjuti

Tahun	No	Hasil Pemeriksaan	Rekomendasi BPK
(1)	(2)	(3)	(4)
B	Pelayanan		
2017	1	BPJS Kesehatan belum optimal dalam memberikan pembiayaan pelayanan obat di luar paket.	Direktur Utama BPJS Kesehatan agar: 1. Melakukan koordinasi (bersurat) dengan Kementerian Kesehatan dhi. Direktorat Jenderal Farmalkes agar menyampaikan secara tertulis kepada BPJS mengenai harga obat JKN yang diadakan melalui LKPP.
			2. Membuat Mekanisme update tabel referensi obat yang terstandarisasi mulai sejak selesainya tabel referensi obat selesai diolah oleh IT Kantor Pusat sampai siap diinstal di faskes untuk digunakan dan membuat evaluasi untuk lamanya waktu yang diperlukan untuk proses tersebut.
			3. Menerapkan meknisme verifikasi klaim obat yang lebih efektif sehingga dapat mengurangi potensi fraud, sesuai dengan resiko terjadinya fraud untuk masing-masing level rumah sakit dan disosialisasikan kepada seluruh faskes.
	2	BPJS Kesehatan belum optimal dalam bekerja sama dengan apotek untuk menjamin pemenuhan obat Pasien Rujuk Balik (PRB).	Direktur Utama BPJS Kesehatan agar: 1. Membuat pedoman untuk kantor cabang yang mengatur mengenai syarat apotek/penunjang yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
			2. Membuat data yang akurat untuk setiap Kantor Cabang mengenai jumlah peserta JKN yang sudah menjadi peserta PRB dan potensial menjadi peserta PRB dengan bekerja sama dengan faskes untuk mendata jumlah peserta yang potensial dan bekerja sama dalam mensosialisasikan manfaat PRB.
			3. Mendata apotek PRB yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memberikan data tersebut kepada Kementerian Kesehatan dan LKPP sehingga bisa dicarikan solusi agar bisa mengakses website e-katalog obat beserta jenis obat yang bisa diakses (obat untuk sembilan penyakit kronis).

Tindakanlanjutan (sumber Sistem Manajemen Pemeriksaan BPK per 15 Oktober 2020)	Status Tindak Lanjut
(5)	(6)
1. Untuk proses dalam rangka mengetahui harga obat dan perubahannya di e-katalog BPJS Kesehatan dapat melakukan <i>monitoring</i> pada <i>website</i> LKPP.	Sesuai
2. BPJS Kesehatan telah menyampaikan Prosedur Operasional dan Instruksi Kerja <i>Updating</i> Tabel Referensi Apotik Nomor C06.02.03.07-R yang sudah mencantumkan standar mutu baku atau SLA yang meliputi kelengkapan, waktu, dan iuran.	Sesuai
3. "Tindak Lanjut per 31 Desember 2019 BPJS Kesehatan menyampaikan 1. Surat Deputy Direksi BPJS Kesehatan Nomor 9379/III.2/0718 tanggal 30 Juli 2018 perihal Implementasi Penggunaan Aplikasi Apotek Online BPJS Kesehatan 2. Surat Deputy Direksi Bidang JPKR Nomor 13452/III.2/1019 tanggal 22 Oktober 2019 perihal Pemberitahuan <i>Updating</i> Aplikasi Apotek Online Versi 2.0. 3. Surat Deputy Direksi Bidang JPKR Nomor 1026/JPKR/1019 tanggal 24 Oktober 2019 Perihal Laporan evaluasi penggunaan Aplikasi Apotek Online.	Sesuai
1. BPJS Kesehatan telah menyampaikan Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 10 Tahun 2018 tanggal 26 September 2018 tentang Pedoman Manajemen Fasilitas Kesehatan Tk Pertama, Beserta Jejaring Fasilitas Kesehatan Tk Pertama, Apotek dan Laboratorium dlm Program Jaminan Kesehatan. Dalam Bab IV huruf E, disebutkan bahwa persyaratan untuk <i>credentialing</i> apotek/ penunjang yang ingin bekerja sama dengan BPJS Kesehatan terdiri syarat administrasi dan syarat teknis.	Sesuai
2. BPJS telah menyampaikan data peserta PRB Per Apotek Tahun 2017 serta data masyarakat yang potensial menjadi peserta PRB per faskes untuk tahun 2019. BPJS juga menyampaikan Surat Nomor 13742/III.1/1018 tanggal 25 Oktober 2018 dari Deputy Direksi Bidang JPKP kepada Deputy Direksi Wilayah tentang Penyampaian Filler Promosi Kesehatan Tahun 2018 yang salah satu topik dari filler video tsb adalah PRB. Pada surat tersebut, Direksi Deputy Bidang JPKP memohon kepada Kedepuyan Wilayah untuk: a. menyampaikan filler video kepada Kantor Cabang b. Melakukan <i>monitoring</i> terhadap penggandaan dan distribusi filler video promosi yang dilakukan oleh kantor cabang Atas surat tersebut telah ditindaklanjuti dengan adanya sosialisasi kepada faskes pada beberapa kantor cabang. BPJS Kesehatan telah menyampaikan dokumentasi terkait dengan sosialisasi tersebut. BPJS Kesehatan juga telah menyampaikan surat No. 1165/III.2/0119 tgl 29 Jan 2019 dari Direktur JPK kepada Deputy Direksi Wilayah tentang Umpan balik dan penyampaian targer peserta PRB Tahun 2019 dan surat No. 5810/III.2/0519 tgl 9 Mei 2019 dari Deputy Direksi Bidang JPKR kepada Deputy Direksi Wilayah tentang umpan balik capaian rekrutmen peserta PRB periode s/d Maret 2019.	Sesuai
3. Tindak Lanjut per 31 Desember 2019 BPJS Kesehatan telah menyampaikan 1. Surat dari LKPP nomor 3881/D.2/04/2018 tanggal 17 April 2018 hal Pemberian akun SPSE dan Pemberian aplikasi dalam rangka <i>e-Purchasing</i> Obat bagi fasilitas Kesehatan Swasta Peserta JKN (Rumah sakit dan apotek rujuk balik swasta) 2. Surat Nomor 3054/III.1/0319 tgl 09 Maret 2019 tentang Undangan <i>Monitoring</i> Evaluasi Ketersediaan obat PRB 3. Surat Deputy Direksi JPKP kepada Deputy Direksi Wilayah seluruh Indonesia Nomor 4300/III.1/0419 tanggal 4 April 2019 tentang Fokus Strategi Kendali Rujukan 4. Surat Nomor 9683/III.2/0819 tanggal 06 Agustus 2019 tentang Permohonan Ulang Integrasi Data e-Katalog obat BPJS Kesehatan belum menyampaikan 1. Daftar aktifnya Faskes untuk e-katalog dari Menteri Kesehatan. 2. <i>List</i> seluruh Apotik PRB yang sudah punya akun dari Kemenkes untuk bisa akses e-katalog (Belum Sesuai Rekomendasi).	Belum Sesuai

Tahun	No	Hasil Pemeriksaan	Rekomendasi BPK
(1)	(2)	(3)	(4)
			4. Membuat surat edaran kepada Kantor Cabang BPJS Kesehatan dan unit di Kantor Pusat (dhi. JPKP) agar melaksanakan pedoman yang sudah ada dalam melakukan <i>monitoring</i> kekosongan obat sesuai Perdir 23 Tahun 2015.
			5. Membuat surat kepada Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan yang membawahi Bidang JPKP agar selalu cepat tanggap dan merespon surat dari Kantor Cabang untuk segera diteruskan kepada pihak-pihak yang berkepentingan.
2018	1	Penambahan fasilitas kesehatan kerja sama belum sepenuhnya memadai.	Direktur Utama BPJS Kesehatan agar: 1. Menyusun petunjuk teknis penyediaan data dan informasi yang komprehensif dengan mempertimbangkan kecukupan antara jumlah Faskes dan jumlah peserta, kapasitas Faskes, aksesibilitas peserta, dan jumlah Faskes yang memenuhi syarat kerja sama baik Faskes milik pemerintah dan milik swasta terkait Perencanaan Target Fasilitas Kesehatan Kerja Sama.
			2. Membuat Surat Edaran kepada unit terkait agar meningkatkan publikasi dan koordinasi dengan Kementerian/Lembaga atau pihak lain dalam pemenuhan kecukupan ketersediaan penyelenggara pelayanan kesehatan sesuai dengan mekanisme atau petunjuk teknis yang telah ditetapkan.
			3. Menyusun petunjuk teknis pelaksanaan pemantauan tindak lanjut terkait publikasi dan koordinasi dengan Kementerian/Lembaga atau pihak lain dalam pemenuhan kecukupan ketersediaan penyelenggara pelayanan kesehatan.
	2	Penambahan fasilitas kesehatan kerja sama belum sepenuhnya memadai.	Direktur Utama BPJS Kesehatan agar Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan menetapkan Juknis terkait perubahan syarat teknis <i>credentialing</i> dan <i>recredentialing</i> untuk menjamin kualitas mutu layanan Faskes.
	3	Peningkatan kerja sama faskes melalui <i>credentialing</i> dan <i>recredentialing</i> belum sepenuhnya memadai.	Direktur Utama BPJS Kesehatan agar: 1. Berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait dan Pemerintah Daerah untuk mengoptimalkan penyediaan Dokter, Tenaga Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil serta Kepulauan.

Tindaklanjut (sumber Sistem Manajemen Pemeriksaan BPK per 15 Oktober 2020)	Status Tindak Lanjut
(5)	(6)
4. BPJS telah menyampaikan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 15 Tahun 2019 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Rujuk Balik Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat. Peraturan tersebut merupakan peraturan pengganti Perdir 23 Tahun 2015. <i>Monitoring</i> kekosongan obat dilaksanakan berdasarkan tugas Kantor Cabang dalam hal <i>monitoring</i> , evaluasi dan pelaporan pada Bab V.A.3.	Sesuai
5. Tindak Lanjut per Juli 2018 Direktur Utama BPJS Kesehatan telah mengeluarkan Surat No. 4635/I.1/0418 tanggal 10 April 2018 kepada Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan yang membawahi Bidang JPKP agar selalu cepat tanggap dan merespon surat dari Kantor Cabang untuk segera diteruskan kepada pihak-pihak yang berkepentingan.	Sesuai
1. Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJS Kesehatan telah menyampaikan beberapa hal sbb: 1.surat Dirjampelkes kepada seluruh Kepwil Nomor 3557/III.2/0319 tanggal 19 Maret 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan <i>Credentialing</i> dan <i>Recredentialing</i> FKRTL Tahun 2019; 2. Surat Keputusan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 70 Tahun 2019 tentang Penetapan Target FKTP Kerja Sama pada setiap Kedeputian Wilayah tahun 2019.	Sesuai
2. Tindak lanjut per 30 Juni 2019 BPJS Kesehatan telah membuat surat No 2752/III.1/0219 tanggal 28 Februari 2019 tentang penetapan target FKTP kerjasama pada setiap kedeputian wilayah tahun 2019. Dalam surat tersebut diinstruksikan untuk BPJS Kesehatan Kantor Cabang dan wilayah agar mengupayakan pemenuhan kebutuhan faskes tahun 2019 berdasarkan SK Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan No 70 Tahun 2019. Dalam hal keterbatasan faskes milik pemerintah daerah agar mempublikasikan atau menginformasi dan sosialisasi secara luas guna membuka kesempatan kerja sama bagi private sector. Lampiran pada KEPDIR Jaminan Pelayanan Kesehatan No 70 Tahun 2019 tertuang target kerjasama faskes dan petunjuk teknis analisa kebutuhan faskes tahun 2019.	Sesuai
3. Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJSK telah menyampaikan surat no.728 JPKP 1119 tanggal 19 November 2019 Perihal Laporan pertumbuhan kerja sama FKTP tahun 2017 sampai dengan Juni 2019.	Sesuai
Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJSK telah menyampaikan: 1. Surat Direktur Utama BPJS Kesehatan Kepada Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan No. 799/WASIN/1019 tanggal 31 Oktober 2019 perihal Tindak lanjut Rekomendasi Audit BPK-RI. 2. Surat Dirjampelkes kepada seluruh Kepwil melalui surat Nomor 3557/III.2/0319 tanggal 19 Maret 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan <i>Credentialing</i> dan <i>Recredentialing</i> FKRTL Tahun 2019. 3. Surat Deputi Direksi Bidang Jaminan Pembiayaan Kesehatan kepada Seluruh Deputi Direksi wilayah BPJS Kesehatan No.13603/ III.1/1019 tanggal 27 Oktober 2019 hal Surat Pengantar Juknis/prosedur Operasional dan Instruksi Kerja <i>Credentialing/Recredentialing</i> .	Sesuai
1. Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJSK telah menyampaikan 1.Surat Direktur Utama BPJS Kesehatan Kepada Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan No. 799/WASIN/1019 tanggal 31 Oktober 2019 perihal Tindak lanjut Rekomendasi Audit BPK-RI; 2.surat Dirjampelkes kepada seluruh Kepwil melalui surat Nomor 3557/III.2/0319 tanggal 19 Maret 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan <i>Credentialing</i> dan <i>Recredentialing</i> FKRTL Tahun 2019; 3. Surat Deputi Direksi Bidang Jaminan Pembiayaan Kesehatan kepada Seluruh Deputi Direksi wilayah BPJS Kesehatan No.13603/ III.1/1019 tanggal 27 Oktober 2019 hal Surat Pengantar Juknis/prosedur Operasional dan Instruksi Kerja <i>Credentialing/Recredentialing</i> .	Sesuai

Tahun	No	Hasil Pemeriksaan	Rekomendasi BPK
(1)	(2)	(3)	(4)
			2. Meningkatkan optimalisasi pelaksanaan <i>feedback</i> atas hasil <i>credentialing</i> dan <i>recredentialing</i> kepada faskes kerja sama.
			3. Meningkatkan koordinasi dengan Fasilitas Kesehatan kerja sama, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi dan Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan komitmen untuk menindaklanjuti hasil <i>monitoring</i> dan evaluasi Manajemen Fasilitas Kesehatan khususnya terkait ketersediaan sumber daya kesehatan yang belum sesuai standar.
			4. Tidak meneruskan kerja sama terhadap FKTP/FKRTL yang tidak memenuhi standar yang telah ditetapkan.
2019	1	Sinkronisasi dan/atau Integrasi Sistem Informasi dengan Kemenkes dalam penyediaan database faskes dan pelaksanaan sistem rujukan belum sepenuhnya memadai.	Direktur Utama BPJS Kesehatan untuk meningkatkan koordinasi dengan Kemenkes terkait tata kelola akses informasi Sumber Daya Kesehatan (SDK) dan pengintegrasian sistem rujukan dalam pelayanan pelayanan peserta JKN.
C	Pendanaan		
2016	1	Regulasi terkait pengumpulan dana JKN belum memuat ketentuan pemeriksaan kebenaran data oleh BPJS Kesehatan yang disampaikan oleh badan usaha.	Direksi BPJS Kesehatan agar membuat Juknis dari PP 86 tahun 2013 tentang Tata cara pengenaan sanksi administratif kepada pemberi kerja selain penyelenggaran negara dan setiap orang, selain pemberi kerja, pekerja, dan penerima bantuan iuran dalam penyelenggara Jaminan Sosial khususnya terkait kewenangan BPJS Kesehatan untuk memvalidasi dan verifikasi kebenaran upah atau gaji sebagai dasar perhitungan iuran.
	2	Penetapan Indikator Kinerja Utama belum mampu mendorong terwujudnya kemandirian keuangan BPJS Kesehatan.	Direksi BPJS Kesehatan agar dalam menetapkan IKU memperhitungkan faktor-faktor yang mampu mengakselerasi dalam mewujudkan kemandirian keuangan.
	3	Penyelesaian piutang iuran wajib pegawai pemerintah daerah sebesar Rp1.280.241.435.486,00 kepada BPJS Kesehatan belum jelas.	Direksi BPJS Kesehatan agar lebih meningkatkan koordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan, dan para Kepala Daerah, terkait penganggaran pada Pemerintah Daerah dalam rangka mempercepat penyelesaian hutang iuran wajib pegawai yang menjadi kewajiban Pemerintah Daerah.
	4	Terdapat 155 pemerintah daerah yang program jaminan kesehatan daerahnya belum terintegrasi dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional.	Direksi BPJS Kesehatan agar berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah terkait integrasi program jamkesda dengan program JKN.

Tindaklanjuti (sumber Sistem Manajemen Pemeriksaan BPK per 15 Oktober 2020)	Status Tindak Lanjut
(5)	(6)
2. Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJSK telah menyampaikan: 1. Daftar FKTP tidak memenuhi persyaratan Kerja Sama periode Tahun 2017 dan semester I tahun 2018: 2. Laporan Rekap <i>Credentialing - Recredentialing</i> FKRTL dan Kerja Sama Surat Deputi Direksi Bidang JPKP no.725/III.1/1119 tanggal 15 Nov 2019 hal Hasil pemantauan tidak lanjut Audit BPK; 3. BPJS Kesehatan menyampaikan rekap hasil <i>monitoring</i> optimalisasi pelaksanaan <i>feedback</i> hasil <i>credentialing</i> dan <i>recredentialing</i> pada Faskes yang mengusulkan kerjasama selama tahun 2017 s.d semester I thn 2018 sebanyak 227 tidak layak PKS dan dari hasil <i>feedback</i> terdapat 61 Faskes yang berhasil PKS setelah dilakukan <i>feedback</i> Dari hasil evaluasi diketahui bahwa terjadi peningkatan kerja sama Faskes dari tahun 2017 sebanyak 2.268 FKRTL menjadi 2.455 PKS FKRTL di tahun 2018.	Sesuai
3. Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJSK telah menyampaikan: 1. Surat nomor 10635/III.1/0819 tanggal 26 Agustus 2019 perihal Komitmen BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan dan Asosiasi Dinas Kesehatan; 2. Komitmen Bersama Dinas Kesehatan, Asosiasi Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan yang dilakukan di Batam pada tanggal 18 Juli 2019.	Sesuai
4. Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJSK telah menyampaikan: 1. Surat Nomor 725/III.1/1119 tentang hasil pemantauan tindak lanjut audit BPK tanggal 15 November 2019 . 2. Rekap Daftar FKTP tidak memenuhi Persyaratan Kerja Sama periode tahun 2017 dan Semester I tahun 2018.	Sesuai
Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJSK menyampaikan Salinan PKS Nomor HK.03.02/2/3042/2019 / Nomor 297/KTR/0819 tgl 28 Agustus 2019 tentang Integrasi Sistem Informasi Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program JKN Namun BPJS Kesehatan belum menyampaikan hasil dari sistem informasi yang terintegrasi antara rujukan dan pelayanan peserta JKN.	Belum Sesuai
17 November 2017 BPJS Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan nomor 33 Tahun 2017 tanggal 31 Agustus 2017 tentang pedoman integrasi antar fungsi untuk penegakan kepatuhan dalam perluasan kepesertaan dan peningkatan kolektibilitas iuran bagi pekerja penerima upah badan usaha swasta. Lampiran atas Peraturan Direksi tersebut telah secara detail mengatur terkait proses penagihan dan pemberian sanksi kepada badan usaha selain penyelenggara negara dan setiap orang , selain pemberi kerja, pekerja dan penerima bantuan iuran dalam penyelenggaraan jaminan sosial. Lampiran tersebut termasuk juga terdapat langkah dalam proses validasi dan verifikasi data yang diberikan oleh badan usaha.	Sesuai
BPJS Kesehatan telah memberikan kertas kerja pada proses penetapan IKU yang berjalan. Pada Kertas kerja tersebut terdapat perhitungan-perhitungan dimana target IKU yang diambil sudah merupakan kondisi yang terbaik dalam mewujudkan kemandirian finansial.	Sesuai
BPJS Kesehatan telah memberikan dokumen berupa bukti pemotongan DAU dari <i>Online Monitoring</i> Sistem Perbendaharaan Anggaran Negara (OMSPAN) Periode Juli 2019 sampai dengan Oktober 2019 Rp61.223.115.006,00 dan untuk pemotongan DAU dijelaskan telah selesai sampai dengan Oktober 2019 saja. Sisa saldo piutang merupakan pembayaran langsung oleh Pemda dan belum diberikan dokumen pendukung atas pembayaran tersebut. Sehingga saldo Piutang Iuran Wajib Pegawai (IWP) Pemda sampai dengan November 2019 sebesar Rp204.729.223.305,00.	Belum Sesuai
BPJS Kesehatan telah memberikan dokumen berupa perjanjian kerjasama dengan 2 kabupaten yaitu Kabupaten Membran Tengah dan Kabupaten Asmat, sehingga sampai dengan Sem II 2019 masih terdapat 3 Pemda yang belum terintegrasi.	Belum Sesuai

Tahun	No	Hasil Pemeriksaan	Rekomendasi BPK
(1)	(2)	(3)	(4)
	5	Penghimpunan iuran dana jaminan kesehatan nasional dari Pekerja Penerima Upah Badan Usaha dan Pekerja Bukan Penerima Upah belum optimal.	Direksi BPJS Kesehatan agar menetapkan Juknis perubahan data kepesertaan PBI dengan melibatkan instansi/lembaga lain khususnya peserta yang telah menjadi peserta PPU.
	6	Proses verifikasi klaim belum optimal dan terdapat kelebihan tagihan bayar klaim pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan sebesar Rp2.690.006.252,00.	Direksi BPJS Kesehatan agar segera menetapkan standar jangka waktu proses penyelesaian pending klaim dan waktu pernyataan lengkap berkas klaim rumah sakit sejak diterimanya berkas klaim Rumah Sakit. Menagihkan kelebihan pembayaran klaim sebesar Rp2.690.006.252,00 kepada Rumah sakit.
	7	Kelebihan pembayaran beban operasional BPJS Kesehatan sebesar Rp135.271.239.468,26 mengakibatkan potensi pendapatan DJS sebesar Rp2.705.424.789,37 tidak diperoleh.	Direksi BPJS Kesehatan agar mengembalikan kelebihan pembebanan beban operasional.
2018	1	Penerapan pembayaran berbasis kinerja dengan kapitasi berbasis komitmen pada fasilitas kesehatan kerja sama belum optimal.	Direktur Utama BPJS Kesehatan agar: 1. Melakukan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah serta asosiasi Dokter dan asosiasi FKTP dalam rangka Pemenuhan Kompetensi dan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan pada FKTP.
			2. Meningkatkan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dalam rangka perumusan Kriteria dalam perhitungan Norma Kapitasi serta Mekanisme Penilaian KBK.
	2	Optimalisasi peran dan fungsi Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB).	Direktur Utama BPJS Kesehatan agar: 1. Menerapkan seluruh proses sesuai dengan ketentuan dalam membentuk TKMKB.
			2. Memerintahkan TKMKB menyelesaikan Revisi Panduan Teknis Kendali Mutu dan Kendali Biaya Dalam Penyelenggaraan JKN dan Profil Pelayanan Kesehatan periode Tahun 2017-2018.

Tindaklanjut (sumber Sistem Manajemen Pemeriksaan BPK per 15 Oktober 2020)	Status Tindak Lanjut
(5)	(6)
BPJS Kesehatan telah mengatur tentang Mekanisme Pendaftaran, Perubahan Status Kepesertaan dan Perubahan Kelas Perawatan (perubahan data peserta) yang diatur dalam SE Direktur Kepesertaan dan Pemasaran No. 02 tahun 2017, tanggal 16 Januari 2017.	Sesuai
BPJS Kesehatan telah menerbitkan SE Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 ttg Penatalaksanaan Penyelesaian Dispute Klaim dalam Penyelenggaraan JKN. Dalam penyelenggaraan JKN telah dicantumkan jangka waktu penyelesaian pending klaim. 1. RSUD Kandou telah melakukan Pemotongan Klaim dan Pengujian Ulang Tagihan (Rp134.828.656 dan Rp112.227.100). 2. RSUD Majene telah melakukan pembayaran sebesar Rp2.442.950.496,00. 3. Jumlah Keseluruhan Rp Rp2.690.006.252 (Rp134.828.656 + Rp112.227.100 + Rp2.442.950.496,00).	Sesuai
Berdasarkan rekening koran DJS No.1230006383329 pada tanggal 31 Maret 2017 terdapat transaksi kredit yang berasal dari rekening BPJS Kesehatan dengan nomor rekening 1200006034693 untuk pengembalian kelebihan pembayaran beban operasional BPJS Kesehatan sebesar Rp135.271.239.468,26.	Sesuai
1. Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJSK telah menyampaikan: a. Surat nomor 10635/III.1/0819 tanggal 26 Agustus 2019 perihal Komitmen BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan dan Asosiasi Dinas Kesehatan. b. Komitmen bersama Dinas Kesehatan, Asosiasi Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan tanggal 18 Juli 2019.	Sesuai
2. Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJSK telah menyampaikan: a. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Bagi FKTP. b. Surat nomor 10635/III.1/0819 tanggal 26 Agustus 2019 perihal Komitmen BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan dan Asosiasi Dinas Kesehatan. c. Surat Edaran Bersama antara Asosiasi FKTP Tingkat Pusat dan BPJS Kesehatan tentang Implementasi Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tanggal 1 Oktober 2019.	Sesuai
1. Tindak lanjut per 31 Desember 2019 BPJS Kesehatan menyampaikan: a. Surat Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan No 11408/III.1/0919 tanggal 10 September 2019 hal Permohonan usulan nama anggota TKMKB Tingkat pusat Periode 2019-2021. b. <i>Draft</i> Keputusan Direktur Utama BPJS Kesehatan tentang Tim Kendali Mutu Kendali Biaya Tingkat Pusat Periode Tahun 2019-2021 BPJSK belum menyelesaikan Keputusan Direktur Utama BPJS Kesehatan tentang Tim Kendali Mutu Kendali Biaya Tingkat Pusat Periode Tahun 2019-2021.	Belum Sesuai
2. BPJS Kesehatan sedang dalam proses revisi Pedoman Organisasi dan Tatalaksana Kerja TKMKB JKN. <i>Draft</i> revisi pedoman TKMKB terlampir.	Belum Sesuai

Tahun	No	Hasil Pemeriksaan	Rekomendasi BPK
(1)	(2)	(3)	(4)
2019	1	Penyaluran Biaya Manfaat pada FKTP Milik Pemerintah Untuk Mendukung Pelayanan Dasar Belum Sepenuhnya Memadai: - Ketidaksesuaian rujukan spesialisik dari FKTP milik Pemerintah namun pada FKRTL termasuk diagnosa sebagai nonspesialistik senilai Rp53.712.519.900,00 di Tahun 2018 dan senilai Rp27.433.231.300,00 s.d Semester I Tahun 2019. - Terdapat 821 Kode diagnosa nonspesialistik atas 144 penyakit di FKTP milik Pemerintah yang belum ditetapkan pada Tahun 2018 dan Semester I Tahun 2019 yang membebani keuangan BPJS Kesehatan sebesar Rp68.940.419.100,00. - Rujukan Kelainan Refraksi Mata yang seharusnya dapat diselesaikan di FKTP, sehingga membebani keuangan BPJS Kesehatan pada Tahun 2018 sebesar Rp154.535.036.100,00 dan s.d Oktober 2019 sebesar Rp97.241.030.300,00. - Pembayaran klaim dana nonkapitasi kepada FKTP milik Pemerintah belum tepat waktu sebesar Rp19.271.233.890,00 dan Rp23.975.093.087,00 pada Tahun 2018 dan Semester I Tahun 2019.	Direktur Utama BPJS Kesehatan agar: 1. Mengatur mekanisme atau petunjuk teknis untuk revidu utilisasi atas kesesuaian rujukan spesialisik dan pertimbangan TACC dokter dari FKTP yang diinput oleh FKTP milik Swasta pada aplikasi <i>PCare</i>. 2. Meningkatkan dan memantau tindak lanjut koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan <i>stakeholder</i> dalam mendorong penetapan kode diagnosa jenis penyakit pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan nonspesialistik di FKTP kerja sama milik Pemerintah dan Swasta. 3. Meningkatkan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan <i>stakeholder</i> dalam rangka penegakan penyelesaian penyakit nonspesialistik atas refraksi mata khususnya dalam penjaminan kacamata di FKTP kerja sama milik Pemerintah dan Swasta dan melakukan kajian atas hasil uji coba penjaminan pelayanan kacamata bagi peserta jaminan kesehatan di FKTP.
	2	Penyaluran Biaya Manfaat pada FKTP Milik Swasta Untuk Mendukung Pelayanan Dasar Belum Sepenuhnya Memadai: - Ketidaksesuaian rujukan spesialisik dari FKTP milik Swasta namun pada FKRTL termasuk diagnosa sebagai nonspesialistik senilai Rp40.327.914.600,00 di Tahun 2018 dan senilai Rp21.262.332.600,00 s.d Semester I Tahun 2019. - Kode diagnosa nonspesialistik atas 144 penyakit yang harus diselesaikan di FKTP belum ditetapkan dan 821 kode diagnosa nonspesialistik yang tidak diterapkan di FKTP milik Swasta pada Tahun 2018 dan Semester I Tahun 2019 yang membebani keuangan BPJS Kesehatan sebesar Rp58.030.289.200,00. - Migrasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan atas 4.514 jiwa peserta PBI Daerah dari Puskesmas ke klinik milik Swasta berpotensi benturan kepentingan. - Pembayaran klaim dana nonkapitasi kepada FKTP milik Swasta belum tepat waktu sebesar Rp9.272.508.306,00 dan Rp12.887.626.231,00 pada Tahun 2018 dan Semester I Tahun 2019.	Direktur Utama BPJS Kesehatan agar: 1. Mengatur mekanisme atau petunjuk teknis untuk revidu utilisasi atas kesesuaian rujukan spesialisik dan pertimbangan TACC dokter dari FKTP yang diinput oleh FKTP milik Swasta pada aplikasi <i>PCare</i>. 2. Meningkatkan dan memantau tindak lanjut koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan <i>stakeholder</i> dalam mendorong penetapan kode diagnosa jenis penyakit pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan nonspesialistik di FKTP kerja sama milik Pemerintah dan Swasta. 3. Meningkatkan koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan <i>stakeholder</i> dalam rangka penegakan penyelesaian penyakit nonspesialistik atas refraksi mata khususnya dalam penjaminan kacamata di FKTP kerja sama milik Pemerintah dan Swasta dan melakukan kajian atas hasil uji coba penjaminan pelayanan kacamata bagi peserta jaminan kesehatan di FKTP.

Tindaklanjut (sumber Sistem Manajemen Pemeriksaan BPK per 15 Oktober 2020)	Status Tindak Lanjut
(5)	(6)
• BPJS Kesehatan saat ini sedang dalam proses penyusunan dan pembahasan terkait penetapan Pedoman <i>Review</i> Pasca Pembayaran Kapitasi yang didalamnya mengatur pelaksanaan <i>review</i> pembayaran KBK dan <i>review</i> atas rujukan FKTP. • BPJS Kesehatan telah mengadakan FGD bersama Kementerian Kesehatan, dan <i>stakeholder</i> terkait upaya Pelayanan Kesehatan Primer di tanggal 26 Juni 2020. BPJS Kesehatan telah memetakan dari 144 jenis penyakit ada 821 kode diagnosis sebagai <i>update</i> 153 kode penyakit. Namun, perlu ada penetapan dari Kemenkes. • BPJS Kesehatan telah melakukan uji coba penjaminan pelayanan kacamata bagi peserta jaminan kesehatan di FKTP dan diperoleh hasil rata-rata terjadi penurunan SEP terkait di poli mata khususnya diagnosa H52 dengan asal FKTP pada masa uji coba yang mengakibatkan adanya potensi efisiensi untuk klaim tersebut.	

LAMPIRAN 2

Daftar Peraturan Pelayanan Publik Tertentu

No.	Jenis Pelayanan	Peraturan	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Izin Mendirikan Bangunan (IMB)	Peraturan Menteri PUPR Nomor 5/PRT/M/2016 tentang Izin Mendirikan Bangunan Gedung (IMB).	Tidak memasukkan identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan IMB.
2.	Surat Izin Mengemudi (SIM)	Peraturan Kapolri Nomor 9 Tahun 2012 tentang Surat Izin Mengemudi.	Tidak memasukkan identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan SIM.
3.	Sertifikat Tanah	a. Pemberian Hak Atas Tanah Negara berupa Hak Milik, Hak Guna Usaha, Hak Guna Bangunan, Hak Pakai, dan Hak Pengelolaan diatur dengan Peraturan Menteri Negara Agraria/Kepala Badan Pertanahan Nasional Nomor 9 tahun 1999 tentang Tatacara Pemberian dan Pembatalan Hak Atas Tanah Negara dan Hak Pengelolaan. (terbit sebelum PP 86/ 2013). b. Peraturan Menteri Agraria dan Tata Ruang/Kepala Badan Pertanahan Nasional No. 7 Tahun 2017 tentang Pengaturan dan Tata Cara Penetapan Hak Guna Usaha. c. PP Nomor 24 Tahun 1997 tentang Pendaftaran Tanah, Peraturan Kepala Badan Pertanahan Nasional Nomor 3 Tahun 1997 tentang Ketentuan Pelaksanaan PP No. 24 tahun 1997, dan Peraturan Menteri ATR/ BPN Nomor 6 Tahun 2018 tentang Pendaftaran Tanah Sistematis Lengkap (PTSL).	Peraturan-peraturan ini terbit sebelum adanya UU SJSN, sehingga belum memasukkan identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan hak atas tanah dan pendaftaran tanah.
4.	Paspor	a. Peraturan Menteri Luar Negeri Nomor 2 Tahun 2019 tentang Paspor Diplomatik dan Paspor Dinas belum mencantumkan persyaratan tentang kepesertaan JKN. b. Peraturan Pemerintah No. 31 Tahun 2013 tanggal 16 April 2013 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang No. 6 tahun 2011 tentang Keimigrasian belum mencantumkan persyaratan tentang kepesertaan JKN (terbit sebelum PP 86/ 2013). c. Peraturan Menteri Hukum dan HAM No. 8 Tahun 2014 tentang Paspor Biasa dan Surat Perjalanan Laksana Paspor belum mencantumkan persyaratan tentang kepesertaan JKN.	Tidak memasukkan identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan Paspor.
4.	Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK)	Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Sistem Administrasi Manunggal Satu Atap Kendaraan Bermotor.	Tidak memasukkan identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan STNK.
5.	Izin perusahaan penyedia jasa pekerja/buruh	Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 19 Tahun 2012 tentang Syarat-syarat Penyerahan Sebagian Pelaksanaan Pekerjaan Kepada Perusahaan Lain (terbit sebelum PP 86/ 2013).	Peraturan ini terbit sebelum adanya UU SJSN, sehingga belum memasukkan identitas kepesertaan Program JKN sebagai syarat dalam pengurusan izin perusahaan penyedia jasa pekerja/buruh.

LAMPIRAN 3

Sebaran Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (dalam %)

No	Wilayah	Sarana	Prasarana	Alat	Nilai Yankes (50% Sarana + 20% Prasarana + 30% Alat)	Rata-Rata
1	Indonesia Barat	85,96	75,39	55,85	74,81	72,40
2	Indonesia Tengah	81,90	70,33	52,01	70,62	68,08
3	Indonesia Timur	75,39	65,38	46,30	64,66	62,36
	Rata-Rata Zona	81,08	70,37	51,39	70,03	67,61

Sebaran Dokter dan Tenaga Kesehatan pada Puskesmas dan Rumah Sakit Tipe C

No	Provinsi	Puskesmas					Rumah Sakit				
		Memenuhi		Tidak Memenuhi		Total	Memenuhi		Tidak Memenuhi		Total
		Jml	%	Jml	%		Jml	%	Jml	%	
1	Aceh	163	45,79%	193	54,21%	356	7	46,67%	8	53,33%	15
2	Sumatera Utara	191	31,62%	413	68,38%	604	19	90,48%	2	9,52%	21
3	Sumatera Barat	172	61,87%	106	38,13%	278	9	60,00%	6	40,00%	15
4	Riau	95	40,77%	138	59,23%	233	10	90,91%	1	9,09%	11
5	Jambi	95	46,12%	111	53,88%	206	4	44,44%	5	55,56%	9
6	Sumatera Selatan	146	42,69%	196	57,31%	342	4	44,44%	5	55,56%	9
7	Bengkulu	56	31,28%	123	68,72%	179	3	42,86%	4	57,14%	7
8	Lampung	148	48,05%	160	51,95%	308	9	75,00%	3	25,00%	12
9	Kep. Bangka Belitung	59	92,19%	5	7,81%	64	3	42,86%	4	57,14%	7
10	Kepulauan Riau	36	41,38%	51	58,62%	87	3	60,00%	2	40,00%	5
11	DKI Jakarta	43	12,87%	291	87,13%	334	1	100,00%	0	0,00%	1
12	Jawa Barat	406	37,42%	679	62,58%	1085	11	78,57%	3	21,43%	14
13	Jawa Tengah	613	69,82%	265	30,18%	878	20	74,07%	7	25,93%	27
14	DI Yogyakarta	102	84,30%	19	15,70%	121	3	75,00%	1	25,00%	4
15	Jawa Timur	437	45,14%	531	54,86%	968	20	80,00%	5	20,00%	25
16	Banten	80	32,92%	163	67,08%	243	2	50,00%	2	50,00%	4
17	Bali	45	37,50%	75	62,50%	120	2	66,67%	1	33,33%	3
18	NTB	110	65,09%	59	34,91%	169	8	80,00%	2	20,00%	10
19	NTT	179	46,61%	205	53,39%	384	5	29,41%	12	70,59%	17
20	Kalimantan Barat	133	54,29%	112	45,71%	245	6	50,00%	6	50,00%	12
21	Kalimantan Tengah	80	39,41%	123	60,59%	203	4	33,33%	8	66,67%	12
22	Kalimantan Selatan	163	69,07%	73	30,93%	236	8	72,73%	3	27,27%	11
23	Kalimantan Timur	89	47,59%	98	52,41%	187	5	55,56%	4	44,44%	9
24	Kalimantan Utara	30	53,57%	26	46,43%	56	3	75,00%	1	25,00%	4
25	Sulawesi Utara	45	22,84%	152	77,16%	197	5	50,00%	5	50,00%	10
26	Sulawesi Tengah	100	48,54%	106	51,46%	206	7	58,33%	5	41,67%	12
27	Sulawesi Selatan	235	50,87%	227	49,13%	462	14	63,64%	8	36,36%	22
28	Sulawesi Tenggara	127	43,94%	162	56,06%	289	5	55,56%	4	44,44%	9
29	Gorontalo	53	56,99%	40	43,01%	93	2	40,00%	3	60,00%	5
30	Sulawesi Barat	42	44,21%	53	55,79%	95	3	75,00%	1	25,00%	4
31	Maluku	31	14,69%	180	85,31%	211	0	0,00%	5	100,00%	5
32	Maluku Utara	67	48,20%	72	51,80%	139	2	40,00%	3	60,00%	5
33	Papua Barat	41	26,97%	111	73,03%	152	2	33,33%	4	66,67%	6
34	Papua	73	19,52%	301	80,48%	374	7	87,50%	1	12,50%	8
	Total	4.485	44,39%	5.619	55,61%	10.104	216	61,71%	134	38,29%	350

DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM

A	
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
B	
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPS	: Badan Pusat Statistik
D	
DJS	: Dana Jaminan Sosial
DPD	: Dewan Perwakilan Daerah
DPR	: Dewan Perwakilan Rakyat
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
F	
Faskes	: Fasilitas kesehatan
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
I	
IMB	: Izin Mendirikan Bangunan
INACBG's	: <i>Indonesia Case Based Groups</i>
J	
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
M	
MA	: Mahkamah Agung
MOU	: <i>Memorandum of Understanding</i>
N	
NIK	: Nomor Induk Kependudukan
O	
OJK	: Otoritas Jasa Keuangan

P		
PBI	:	Penerima Bantuan Iuran
PBPU	:	Pekerja Bukan Penerima Upah
Permenkes	:	Peraturan Menteri Kesehatan
Perpres	:	Peraturan Presiden
PMK	:	Peraturan Menteri Keuangan
PMN	:	Penyertaan Modal Negara
PNPK	:	Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran
PP	:	Peraturan Pemerintah
PPU Non PN/BU	:	Pekerja Penerima Upah Non Penyelenggara Negara/Badan Usaha
PPU PN	:	Pekerja Penerima Upah Penyelenggara Negara
R		
RIA	:	<i>Risk Admin</i>
RICO	:	<i>Risk Coordinator</i>
RPJMN	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	:	Rumah Sakit
S		
Sarpras	:	Sarana dan prasarana
SEP	:	Surat Eligibilitas Peserta
SIM	:	Surat Izin Mengemudi
SJSN	:	Sistem Jaminan Sosial Nasional
STNK	:	Surat Tanda Nomor Kendaraan
T		
TA	:	Tahun Anggaran
TNP2K	:	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
U		
UHC	:	<i>Universal Health Coverage</i>
UU	:	Undang-Undang
UUD	:	Undang-Undang Dasar

DAFTAR ISTILAH

A	
Aktuaria	: Profesi yang bertugas menghitung premi dan risiko.
Algoritma filtrasi	: Kombinasi dari beberapa instruksi pada aplikasi untuk menghasilkan peringatan dini atas suatu klaim.
Angka Kontak	: Angka Kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesabilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta berdasarkan jumlah Peserta Jaminan Kesehatan (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan.
Aplikasi <i>Diagnostic Related Group</i> (<i>Grouper</i>)	: Aplikasi yang berfungsi mengelompokkan hasil diagnosa dan prosedur kesehatan menjadi kode <i>Case Based Group</i> yang berlaku di suatu negara.
Aplikasi Vedika	: Aplikasi yang digunakan oleh kantor cabang atau kantor kabupaten/kota BPJS Kesehatan untuk melakukan verifikasi klaim yang diajukan rumah sakit.
B	
Bridging	: Pemanfaatan data yang terinteroperabilitas antar instansi.
Bukan Pekerja (BP)	: Setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PSI Jaminan Kesehatan, dan penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah. BP terdiri atas Investor, Pemberi Kerja dan Penerima Pensiun.
C	
Case Base Groups	: Kode grup kasus layanan kesehatan yang dijadikan dasar untuk pembayaran.
Cleansing data kependudukan	: proses mendeteksi dan mengoreksi (atau menghapus) data kependudukan yang tidak akurat.
D	
Defisit	: Kondisi ekuitas atau aset bersih bernilai negatif.
H	
Hemodialisa	: Pencucian darah dengan maksud mengeluarkan bahan tertentu dari darah dengan menggunakan alat yang dinamakan ginjal buatan.
I	
INACBG's (<i>Indonesia Case Based Groups</i>)	: Kode grup kasus layanan kesehatan yang dijadikan dasar untuk pembayaran.
K	
Kasus nonspesialistik	: Penyakit yang seharusnya dapat ditangani oleh dokter umum.
Kapitasi	: Pembayaran pelayanan kesehatan di depan dengan tujuan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.
Katastropik	: Penyakit-penyakit yang membutuhkan biaya tinggi dalam pengobatannya serta memiliki komplikasi yang dapat mengancam jiwa.
Klaim	: Pengajuan pembayaran atas pelayanan yang diberikan fasilitas kesehatan.
Kredensialing	: Proses pendaftaran dan pengujian kelayakan fasilitas kesehatan sebagai mitra BPJS Kesehatan.
Kuratif	: Upaya menyembuhkan orang yang menderita suatu penyakit.
M	
Master file	: File yang menyimpan informasi utama.

P	
Penerima Bantuan Iuran (PBI)	: Fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan.
Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBPU)	: Setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.
Pekerja Penerima Upah (PPU)	Setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah. a. Pekerja Penerima Upah Penyelenggara Negara (PPU PN/Pegawai Negeri Sipil) adalah setiap warga negara Republik Indonesia yang telah memenuhi syarat yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan diserahi tugas dalam suatu jabatan negara, atau diserahi tugas negara lainnya, dan digaji berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. b. Pekerja Penerima Upah (PPU) Badan Usaha adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah pada suatu Badan Usaha.
Penapisan	: Rangkaian kegiatan analisis secara sistematis dengan pendekatan multi disiplin untuk menilai dampak penggunaan teknologi kesehatan pada Program JKN.
Pending	: Status klaim yang ditunda pembayarannya.
Penduduk yang Didaftarkan oleh Pemerintah Daerah (PD Pemda)	: Penduduk yang belum diikutsertakan sebagai peserta Jaminan Kesehatan, yang didaftarkan dan ditetapkan oleh pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten/kota dalam program Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan. Pendaftaran penduduk dilakukan berdasarkan Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah daerah provinsi dan/atau pemerintah kabupaten/kota.
Preventif	: Tindakan untuk mencegah terjadinya suatu penyakit. Contoh: pemberian vaksin untuk imunisasi dasar.
Prinsip Asuransi Sosial	Prinsip asuransi yang meliputi: • kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah. • kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif. • iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan. • bersifat nirlaba.
Prinsip Ekuitas	: Kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.
Prolanis	: suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan Peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.
Promotif	: Tindakan persuasif untuk melaksanakan pola hidup sehat. Contoh: Penyuluhan kesehatan perorangan, mengenai perilaku hidup bersih dan sehat.
R	
Rasio Peserta Prolanis Terkendali	: Indikator untuk mengetahui optimalisasi penatalaksanaan Prolanis oleh FKTP dalam menjaga kadar gula darah puasa bagi pasien Diabetes Mellitus tipe 2 (DM) atau tekanan darah bagi pasien Hipertensi Esensial (HT).
Rasio Rujukan nonspesialistik	: Perbandingan antara jumlah penyakit yang seharusnya dapat ditangani oleh dokter umum namun dirujuk ke rumah sakit dengan jumlah layanan perorangan FKTP dalam satu bulan.
Rehabilitatif	: Upaya mengembalikan kondisi kesehatan orang yang menderita suatu penyakit.
Recredentialing	: Proses pendaftaran dan pengujian kembali kelayakan fasilitas kesehatan sebagai mitra BPJS Kesehatan.
RIA (Risk Admin)	: Bagian yang bertugas mengadministrasikan risiko yang diidentifikasi oleh unit kerja.
RICO (Risk Coordinator)	: Bagian yang bertugas mengkoordinasikan risiko-risiko yang diidentifikasi oleh unit kerja.

S	
Single Payer System	: Sistem Pembayar Tunggal.
U	
UHC (<i>Universal Health Coverage</i>)	: Perlindungan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh penduduk suatu negara.
Y	
Yurisprudensi	: Himpunan putusan hakim.

**BADAN PEMERIKSA KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA**
Direktorat Utama Perencanaan Evaluasi dan
Pengembangan Pemeriksaan Keuangan Negara
Jakarta

ISBN 978-602-60809-5-0

