

Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan Melalui Perbaikan Tata Kelola

Raisa Annisa¹, Syahdu Winda², Erlangga Dwisaputro³, Kartika Nur Isnaini⁴

¹²³⁴Komisi Pemberantasan Korupsi

¹raisa.annisa@kpk.go.id, ²syahdu.winda@kpk.go.id, ³erlangga.dwisaputro@kpk.go.id,
⁴kartika.isnaini@kpk.go.id

Abstract

Celebrating its fifth-year of implementation, the National Health Insurance System (NHIS) have been facing several problems including the chronic deficit on Healthcare and Social Security Fund (HSSF) up to 11,69 Trillion Rupiah. Using a descriptive qualitative and quantitative method, The Corruption Eradication Commission conducted a research to examine the cause of deficit by looking at the governance and corruption prevention mechanism in this policy. The result of this study highlights and suggests significant improvement on strategic purchasing policies, operational side, and contribution collection, so that the NHIS program can run more effectively, efficiently, and also able to close the loopholes

Keywords: Health insurance, Deficit, Corruption

Abstrak

Memasuki tahun kelima pelaksanaannya, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengalami permasalahan dalam pelaksanaannya. Salah satunya adalah defisit antara penerimaan dan pengeluaran pada Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan yang menahun hingga mencapai Rp11.69 Triliun pada tahun 2018. Untuk mengetahui lebih jauh tentang penyebab defisit tersebut, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) melakukan kajian atas isu pengelolaan DJS Kesehatan. Kajian dilakukan untuk memastikan pengelolaan keuangan negara pada program ini berjalan sesuai ketentuan serta melihat bagaimana mekanisme pencegahan korupsi di dalamnya. Metode yang digunakan dalam kajian ini ialah deskriptif kualitatif dan kuantitatif dari data primer bersumber dari observasi dan wawancara pada pemangku kepentingan kunci, serta pengolahan data sekunder. Hasil dari kajian ini menemukan permasalahan defisit bersumber pada aspek kebijakan pembelian strategis, sisi operasional, serta pada kebijakan pengumpulan iuran peserta JKN, yang perlu dilakukan perbaikan agar tata kelola program JKN dapat berjalan lebih efektif, efisien, serta menutup segala peluang terjadinya kecurangan/korupsi.

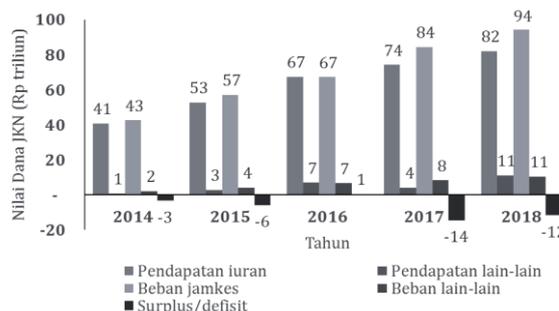
Kata Kunci: Jaminan kesehatan, Defisit, Korupsi

Pendahuluan

Dalam rangka memenuhi hak dasar kesehatan untuk tiap warga negara, Pemerintah dan DPR telah meluncurkan program JKN yang diharapkan dapat memenuhi biaya layanan kesehatan yang dibutuhkan tiap individu masyarakat. Dengan skema pembiayaan melalui mekanisme asuransi sosial yang berprinsip nirlaba, BPJS Kesehatan dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan sebagai pelaksana program JKN memiliki kewenangan dalam menghimpun dan mengembangkan iuran peserta melalui *pool* Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan.

Dalam lima tahun terakhir, salah satu masalah yang terjadi menahun adalah terus meningkatnya nilai defisit. Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan atau yang lebih dikenal sebagai defisit BPJS Kesehatan merupakan *mismatch* antara belum optimalnya pendapatan yang bersumber dari iuran peserta dan besarnya beban jaminan kesehatan yang perlu ditanggung, yang pada tahun 2018 mencapai Rp 11,69 triliun. Studi dari LPEM UI tahun 2019 memprediksi jumlah defisit akan mencapai Rp 50 triliun hingga 10 tahun mendatang jika tidak diatasi dengan kebijakan yang strategis. Untuk menutup defisit tersebut, Pemerintah mengambil kebijakan jangka pendek berupa pemberian suntikan dana yang berasal dari APBN. Total selama 4 tahun, BPJS Kesehatan telah mendapatkan suntikan dana tambahan sebesar Rp 15,9 triliun akibat *mismatch* antara pendapatan dan beban DJS.

Setelah 5 (lima) tahun berjalan banyak perbaikan yang didorong oleh KPK melalui siaran pers pada 15 Mei 2020 untuk perbaikan program JKN antara lain perbaikan akurasi data Penerima Bantuan Iuran (PBI), pembayaran kapitasi berbasis kinerja pada FKTP, perbaikan Formulirium Nasional (FORNAS), mendorong pengisian



Sumber: Laporan Keuangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan 2014-2018

gambar 1. Laporan Aktivitas Dana Jaminan Sosial (Rp triliun)

Rencana Kebutuhan Obat (RKO), serta mendorong penyelesaian Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) untuk penyakit berbiaya dan frekuensi tinggi.

Berbagai studi telah menyoroti penyebab terjadinya defisit DJS Kesehatan ini. Namun belum banyak yang menyoroti aspek kecurangan pada pelaksanaannya. Menurut Thabrany (2011) Sektor kesehatan secara umum sangat rentan terhadap korupsi karena sifatnya yang banyak memiliki ketidakpastian (*uncertainty*), banyaknya informasi yang asimetris (*asymmetric information*), serta eksternalitas (*externality*) antar pemangku kepentingan di dalamnya. Berdasarkan definisi pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019, kecurangan pada sektor kesehatan terutama pada program JKN dapat berasal dari masing-masing aktor baik itu penyedia layanan, pembuat regulasi, produsen alat kesehatan dan obat, pasien, serta kemungkinan adanya persekongkolan di antara mereka. Untuk itu, penting bagi KPK melihat potensi kecurangan yang mungkin terjadi pada implementasi kebijakan JKN, termasuk sebagai kontributor terjadinya defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan yang menahun.

Kajian ini mengambil fokus untuk menjawab pertanyaan: 1) Apa saja titik rawan korupsi dari pengelolaan Dana Jaminan Sosial Kesehatan? 2) Apakah mekanisme pengendalian internal yang ada

mencukupi untuk menghindari *fraud*/kecurangan? 3) Bagaimana rekomendasi perbaikan pada tata kelola DJK kesehatan untuk menutup celah kecurangan pada program JKN. Setelah menjawab pertanyaan tersebut, harapannya kajian ini dapat memberikan perbaikan implementasi JKN sebagai upaya pemenuhan hak pelayanan kesehatan untuk setiap Warga Negara Indonesia.

Dalam pelaksanaan kajian ini, celah kecurangan dibedah berdasarkan kerangka teori Kutzin (2008) yang diadopsi oleh World Health Organization (WHO) Dalam penerapan kebijakan jaminan kesehatan, terutama pada aspek *revenue raising*, *pooling*, dan *purchasing*.

A. Kebijakan Penerimaan (*Revenue Raising*)

Dalam merancang kebijakan kesehatan, suatu negara perlu menentukan bagaimana cara mendanai jaminan kesehatannya. Dalam pendanaan jaminan kesehatan dikenal sumber publik (*public sources*) dan sumber privat (*private sources*) (Kutzin, 2013). Sumber publik dapat berasal dari pajak dan penerimaan selain pajak. Sedangkan sumber privat dapat berasal dari pembayaran pribadi (*out of pocket*) serta iuran asuransi (*health insurance contribution*).

Berdasarkan ketentuan Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan, sumber pendanaan utama program JKN berasal dari iuran peserta. Selain iuran sumber pendapatan lain yaitu bantuan dari pemerintah, pendapatan dari Pajak Rokok, pendapatan atas hibah, bunga dan bagi hasil, keuntungan investasi, serta pendapatan lain.

B. Kebijakan Pengumpulan (*Pooling*)

Pengumpulan dana (*pooling*) merupakan akumulasi pendapatan yang dibayar di muka untuk kesehatan seluruh populasi. Dalam menentukan kebijakan pengumpulan dana ini, diperlukan perhatian pada aspek

pembagian segmentasi masyarakat berdasarkan berbagai risikonya, baik risiko finansial maupun risiko kesehatan yang juga dikenal dengan fragmentasi. Implementasi JKN di Indonesia menggunakan sistem satu pengumpulan (*single pooling*) yang terbagi atas segmentasi peserta. Seluruh pengurusan kepesertaan JKN ditangani oleh BPJS Kesehatan. Adapun berdasarkan Peraturan Presiden nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, segmentasi dilakukan berdasarkan peserta menjadi: 1) Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBN/APBD}, 2) Pekerja Penerima Upah (PPU) (PNS, swasta, TNI/Polri), 3) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), 4) Bukan Pekerja (BP).

C. Kebijakan Pembelian (*Purchasing*)

Pembelian jasa layanan merupakan alokasi dana yang dikumpulkan untuk penyedia yang memberikan barang dan jasa layanan kesehatan. Metode pembelian jasa layanan yang umumnya berlaku adalah pembelian pasif (*passive purchasing*) dan pembelian strategis (*strategic purchasing*). Pada implementasinya, kebijakan yang berkaitan dengan pembelian jasa layanan didorong untuk satu populasi Peserta yang terdaftar, yang dikenal dengan pembayaran model kapitasi. Model ini dikenal juga dengan *gatekeeping* yang juga diterapkan di Thailand. Untuk menggunakan metode pembelian strategis yang menekankan adanya peningkatan kualitas kesehatan yang didapatkan pada saat membayar layanan yang diberikan.

Pada implementasi JKN di Indonesia, BPJS Kesehatan membayar fasilitas kesehatan dengan prinsip berbagi risiko finansial dengan fasilitas kesehatan secara prospektif. BPJS Kesehatan membayar fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di muka.

Untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut, pembayaran pelayanan dilakukan dengan model Indonesian Case Based Groups (INA-

CBGs), dimana pembayaran bersifat prospektif (besaran biaya telah ditentukan dan disepakati sebelum pelayanan diberikan) dan dilakukan dalam paket biaya per episode layanan. Metode pembayaran dengan *Case-based* atau *Diagnose-based Group* ini lazim digunakan pada program jaminan kesehatan seperti di Thailand, Korea Selatan, dan Jepang.

D. Potensi Kecurangan Jaminan Kesehatan

Sejak tahun 2008, WHO telah menyoroti permasalahan kecurangan (*fraud*) jaminan kesehatan secara global dan mengestimasi nilai kecurangan yang diakibatkan dari seluruh jaminan kesehatan yang ada di dunia adalah sekitar 7.29%. Data lain dari FBI memperkirakan potensi kerugian dari jaminan kesehatan di Amerika Serikat adalah sebesar 3-10%, serta data dari *University of Portsmouth* sebesar 3-8%. Kecurangan dalam implementasi jaminan kesehatan dapat berasal dari berbagai motif.

Teori klasik tentang *Fraud Triangle* (Crassey, 1973) mengemukakan bahwa kecurangan (*fraud*) secara umum dapat terjadi karena faktor tekanan, faktor kesempatan, dan faktor rasionalisasi. Dalam dunia kesehatan, kecurangan dapat terjadi pada berbagai elemen dari mulai pasien, tenaga kesehatan, tenaga penjamin kesehatan (asuransi), manajemen fasilitas kesehatan, hingga di tataran pembuat kebijakan. Untuk itu, permasalahan kecurangan ini perlu mendapat upaya pencegahan dan penanganannya, karena adanya biaya yang diakibatkan dari kecurangan tersebut pada dasarnya bisa dialokasikan untuk memberikan layanan kesehatan yang lebih maksimal bagi masyarakat.

Pada umumnya pemerintahan dan otoritas yang berwenang di suatu negara akan menggunakan skema penanganan kecurangan yang lazim dilakukan pada sektor lain. Salah satu kerangka yang sering digunakan adalah teknik pemeriksaan

kecurangan dengan audit forensik yang dikembangkan oleh *The Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) yang terdiri dari *Fraud prevention, deterrence, detection, investigation, loss and costs recovery, antifraud controls remediation, education and training*.

Di Indonesia, untuk menjamin pelaksanaan program JKN secara *cost-effective*, rasional, sesuai kebutuhan peserta, dan berkesinambungan, diperlukan upaya kendali mutu dan kendali biaya. Pengaturan tentang upaya pengendalian kecurangan pada implementasi JKN diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Peraturan ini merupakan penyempurnaan dari peraturan sebelumnya dimana tersedia alur penanganan kecurangan serta ketentuan pengenaan sanksi pada pihak yang terbukti melakukan kecurangan. Peraturan ini juga mendefinisikan potensi kecurangan yang dapat terjadi pada semua elemen dari mulai pasien, tenaga kesehatan, tenaga penjamin kesehatan (asuransi), manajemen fasilitas kesehatan, hingga di tataran pembuat kebijakan seperti pada **tabel 1**.

Tabel 1. Jenis Kecurangan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

| Peserta | Petugas BPJSK | Faskes | Penyedia Obat/Alkes | Pemangku Kepentingan Lainnya |
|--|---|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemalsuan identitas dan kondisi kesehatan 2. Memberi gratifikasi 3. Kerjasama dengan faskes mengajukan klaim palsu 4. Menjual perolehan obat/alkes 5. dst | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerjasama dengan peserta/faskes mengajukan klaim palsu 2. Manipulasi manfaat 3. Menahan pembayaran ke faskes untuk kepentingan Pribadi 4. Menerima suap yang mempengaruhi kewenangannya 5. Bekerjasama dengan faskes untuk mengubah coding 6. dst | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memanipulasi diagnosis 2. Phantom billing 3. Phantom procedure 4. Phantom visit 5. Inflated bills 6. Upcloding 7. Cloning 8. Service unbundling 9. Self-referrals 10. Readmisi 11. Meminta cost sharing yang tidak sesuai ketentuan 12. dst | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyedia e-katalog menolak pesanan tanpa alasan 2. Memperlambat waktu pengiriman 3. Mengajukan pada faskes untuk membeli alat yang tidak sesuai kebutuhan 4. Memberi/menerima suap terkait program JKN | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memanipulasi data kepegawaian 2. Jumlah dan upah pegawai tidak disampaikan secara riil 3. Memberi/menerima suap atau imbalan terkait program JKN |

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|
|  | <p>Potensi kecurangan pada operasi katarak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat perbedaan standar visus 2. Kasus-kasus penagihan terpisah prosedur pasca-operasi 3. Merupakan 3 besar Kode INA-CBGs menghabiskan biaya Rawat Jalan tertinggi (data sampel) 4. Merupakan 3 besar Kode INA-CBGs menghabiskan biaya Rawat Jalan tertinggi untuk peserta yang menunggak iurannya 5. Potensi kecurangan <i>unnecessary treatment, cancelled service, fragmentasi</i> |  | <p>Excessive pelayanan fisioterapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi pelayanan 24-29x/bulan 2. Rekam medis tidak lengkap 3. Melebihi rekomendasi PERDOSRI 12x/bulan 4. Merupakan 5 besar Kode INA-CBGs menghabiskan biaya Rawat Jalan tertinggi (data sampel) 5. Potensi kecurangan layanan tidak tercatat (<i>phantom billing, cancelled service</i>), fragmentasi |  | <p>Peningkatan Signifikan Persalinan Caesar Pasca JKN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 33% persalinan Caesar per total persalinan pada tahun 2014-2017 menggunakan JKN 2. WHO 10%-15%, sebelum JKN 3%-19% (Risesdas 2013) 3. Merupakan 3 besar Kode INA-CBGs menghabiskan biaya rawat inap tertinggi (data sampel) di 3 kelas perawatan 4. Merupakan 3 besar Kode INA-CBGs menghabiskan biaya rawat inap tertinggi untuk peserta yang menunggak iurannya 5. Potensi kecurangan <i>unnecessary treatment</i> |
|---|---|---|--|---|--|

Sumber: Laporan Piloting Pedoman Penanganan Kecurangan JKN antara Kemenkes, KPK, dan BPJSK, 2018

gambar 2. Potensi Kecurangan Pada Layanan JKN

Metode Penelitian

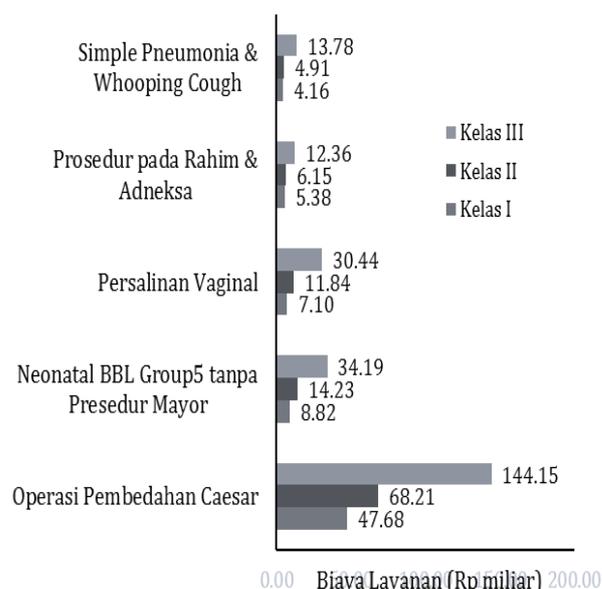
Penelitian ini dilakukan dengan pengumpulan data melalui sumber primer maupun sekunder. Untuk sumber primer data didapatkan melalui observasi lapangan serta wawancara dengan narasumber pada instansi terkait. Untuk data sekunder, didapatkan melalui telaah peraturan perundang-undangan serta pengolahan data terkait. Analisis data digunakan dengan metode deskriptif kuantitatif serta kualitatif. Data sekunder diperoleh dari BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Badan Kebijakan Fiskal Kementerian Keuangan, Otoritas Jasa Keuangan, Dinas Kesehatan, serta fasilitas kesehatan. Diskusi dengan pakar serta studi pihak ketiga juga menjadi bahan tambahan dalam analisis pada kajian ini.

Pembahasan

Dari kajian terhadap pengelolaan Dana Jaminan Sosial Kesehatan tahun 2019, tim Direktorat Litbang KPK menemukan beberapa potensi kecurangan pada berbagai aspek yang memerlukan perbaikan sebagai berikut:

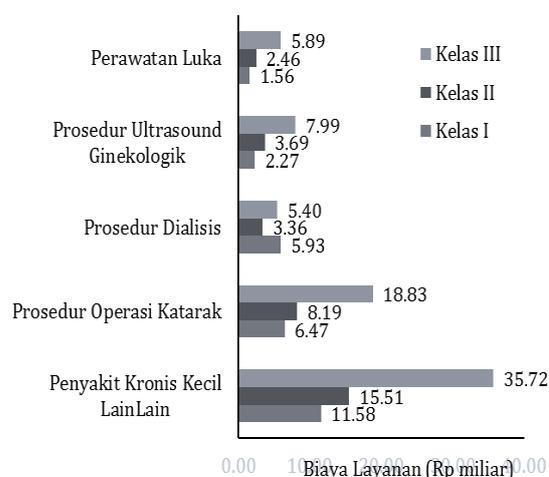
A. Celah Kecurangan Pada *Strategic Purchasing*

Tidak berjalannya instrumen pembatasan manfaat untuk pengendalian biaya juga membuat peluang *moral hazard* bagi para peserta dalam menggunakan jaminan kesehatannya seperti peluang terjadinya *abuse* dan ketidakpatuhan pembayaran iuran membuat potensi kecurangan semakin terbuka. Berdasarkan pengolahan data sampel BPJS Kesehatan (2015-2016) serta data tunggakan peserta PBP pada 13 kantor cabang ditemukan pola yang sama. Selain untuk penyakit kronis, tindakan yang menghabiskan biaya tinggi justru berasal dari para peserta yang menunggak iuran setelah mendapatkan layanan seperti operasi katarak, persalinan vaginal, serta operasi *sectio caesaria* seperti pada **gambar 3** dan **gambar 4**.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2019, diolah

gambar 3. Beban Layanan Rawat Inap dari Peserta Mandiri yang Menunggak 2018 – Juni 2019 (Rp miliar),



Sumber: BPJS Kesehatan, 2019, diolah

gambar 4. Beban Layanan Rawat Jalan dari Peserta Mandiri yang Menunggak 2018 – Juni 2019 (Rp miliar), Sumber: BPJS Kesehatan, 2019, diolah

Selain potensi menunggaknya iuran setelah mendapatkan layanan, terdapat beberapa potensi kecurangan yang mungkin terjadi pada beberapa layanan berdasarkan temuan di lapangan tim *piloting* penanganan kecurangan JKN pada tahun 2018. Pada operasi katarak memungkinkan terjadinya

unnecessary treatment dimana operasi katarak dilakukan dengan standar visus yang berbeda sehingga operasi dilakukan pada saat belum terlalu dibutuhkan untuk pasien. Pada layanan fisioterapi kecurangan yang mungkin terjadi adalah fragmentasi dimana pemberian terapi yang berbeda ditagihkan pada tanggal berbeda meskipun dilakukan di hari yang sama, hal ini menimbulkan klaim fisioterapi yang mencapai 20-29x perbulan seperti yang dihimpun dari klaim Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) tahun 2018 BPJS Kesehatan. Selain itu juga potensi *phantom billing* dan *cancelled service* juga terjadi dimana pasien yang tidak datang tetap ditagihkan klaimnya kepada BPJS Kesehatan.

Untuk memastikan pemberian layanan kesehatan berjalan dengan efisien peran Standar dan Pedoman sangat penting dalam menjadi acuan dalam tindakan yang akan dibayarkan oleh Dana Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan temuan di lapangan dalam pelaksanaan program JKN, Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) belum diterapkan seluruhnya serta belum mencakup semua penyakit dengan kasus yang banyak ditangani oleh Program JKN. Padahal dalam ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan, PNPk sangat diperlukan terutama untuk penyakit berisiko dan berbiaya tinggi.

Belum tersedianya PNPk, terutama dalam penyakit berbiaya tinggi pada Program JKN membuat sulitnya mengukur kewajaran layanan yang diberikan karena tidak adanya standar acuan sebagai pembanding, serta menimbulkan potensi kebocoran dalam beban jaminan yang dibayarkan oleh JKN. PNPk juga dapat membantu masyarakat menyuarkan hak dan menilai kualitas layanan kesehatan yang diterimanya (CISDI, 2019). Selain itu, juga dapat melindungi sistem dari kegagalan pasar (*market failure*) akibat risiko moral (*moral hazard*) yang dilakukan tenaga kesehatan maupun pasien (Akerlof, 1970).

PNPK yang belum tersedia untuk penyakit dengan biaya terbesar antara lain tentang penanggulangan gangguan penglihatan, kanker, jantung dan pembuluh darah, serta rehabilitasi medis (CISDI, 2019).

Selain itu, belum diterapkannya mekanisme urun biaya juga menjadi celah pemborosan. Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 51 tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan namun hingga kini pengenaan urun biaya belum diterapkan. Meskipun analisis terhadap regulasi tersebut juga masih menemukan adanya sejumlah kelemahan, namun pengenaan urun biaya kepada peserta merupakan salah satu cara yang baik untuk mengurangi pemborosan dan kecurangan. Mekanisme urun biaya tersebut dapat dilakukan melalui *co-payment* ataupun *coordination of benefit* (CoB).

Copayment dapat dikenakan langsung pada peserta saat akan menggunakan layanan tingkat lanjut, misalnya dikenakan tambahan 10% atau nominal tertentu saat berobat. Mekanisme ini telah dilakukan di Singapura, Jepang, Korea Selatan, serta Thailand sebagai strategi keberlangsungan jaminan kesehatannya. Dengan diterapkannya mekanisme urun biaya peserta akan menggunakan fasilitas jaminan kesehatan ini secara rasional, apabila betul-betul membutuhkan layanan kesehatan. Meskipun sejumlah pihak juga mengkritik bila pengenaan urun biaya dikenakan bagi peserta yang secara ekonomi sangat rentan karena dapat mengganggu tujuan dari program jaminan kesehatan itu sendiri.

B. Celah Kecurangan Pada *Operational Purchasing* yang Menimbulkan Inefisiensi Dan *Fraud*

Saat ini aplikasi INA-CBGs Indonesia menggunakan dasar pengelompokannya dengan menggunakan ICD-10 untuk diagnosa dan ICD-9 CM untuk prosedur,

serta dijalankan dengan menggunakan *United Nation University International Institute for Global Health (UNU-IIGH)*. Dalam perjalanannya, para pakar menemukan masih ada kekurangan pada sistem pengelompokan (*grouper*) INA-CBGs yang saat ini digunakan. *Grouper* ini memiliki kekurangan dimana masih terdapat perbedaan antara pengelompokan penyakit untuk kepentingan klinis serta untuk kepentingan pembiayaan. Adanya perbedaan ini biasanya terjadi karena adanya perbedaan persepsi terkait kaidah koding yang akan diinput dalam aplikasi ketika terjadi kondisi penyakit yang merupakan kombinasi beberapa grup yang ada dalam seluruh *grouper* INA CBGs. *Grouper* juga belum menyesuaikan dengan *clinical pathway* di Indonesia, sehingga pada implementasinya masih banyak terdapat perbedaan kondisi.

Adanya permasalahan dalam klaim yang terkait koding ini juga harus diselesaikan dengan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan (P2JK) Kementerian Kesehatan. Perbedaan persepsi dalam koding dapat membuat beberapa klaim menjadi tertunda pembayarannya, serta terdapat potensi pembayaran menjadi *overpaid* atau *underpaid*. Pada tahun 2018, data dari BPJS Kesehatan mencatat adanya 208 (dua ratus delapan) *dispute* terkait aspek koding pada pelayanan JKN yang berakibat pada adanya penundaan bayar klaim pada kasus-kasus tersebut.

Selain kekurangan pada *grouper*, kajian ini juga menemukan masih adanya ketidakefisienan komponen dalam penentuan tarif JKN. Komponen tersebut, yaitu biaya investasi gedung dalam 40 tahun terakhir (1974-2014), jumlah dan gaji staf tanpa adanya rasionalisasi terhadap beban pelayanan, serta biaya operasional tanpa ada acuan yang rasional. Adanya komponen ini akan menguntungkan penghitungan tarif untuk rumah sakit yang berskala besar, khususnya rumah sakit kelas A (vertikal)

yang memiliki investasi gedung sejak lama, rumah sakit yang memiliki jumlah karyawan yang banyak, serta beban operasional yang tinggi. Berdasarkan hasil olahan tim penulis dari Peraturan Menteri Kesehatan nomor 76 tahun 2016 tentang tarif INA-CBGs, komponen inilah yang berkontribusi pada tingginya selisih tarif antar kelas rumah sakit, terutama antara kelas A dengan kelas B mencapai 45,36% untuk rawat inap, serta 44,90% untuk rawat jalan.

Selain pada kelas rumah sakit, selisih tarif kelas rawat inap juga layak untuk disoroti. Tim KPK juga melakukan penghitungan perbedaan biaya rata-rata Rawat Inap menurut kelas rawat menggunakan Permenkes 76 tahun 2016 serta dengan data sampel BPJS Kesehatan dan didapatkan bahwa perbedaan tarif kelas I dengan kelas II dapat mencapai 16.67%. studi ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2015 untuk kasus persalinan (*Deliveries group*), dimana ditemukan bahwa selisih biaya untuk kelas I dan kelas II dapat berkisar antara 2,1% hingga 14,2%, sedangkan selisih biaya perawatan kelas 2 dan 3 dapat berkisar antara 0,1% hingga 21,6%.

Tabel 2. Rata-rata selisih kenaikan tarif (%) INA-CBGs Rawat Inap RS Pemerintah (per kelas rawat)

| | Kelas 1 | Kelas 2 | Kelas 3 |
|---------|---------|---------|---------|
| Kelas 1 | 0 | | |
| Kelas 2 | 20.00 | 0 | |
| Kelas 3 | 40.00 | 16.67 | 0 |

Sumber: Permenkes No. 52 Tahun 2016, diolah

Tingginya perbedaan tarif pada kelas rumah sakit dapat menjadi indikasi awal diperlukannya penelaahan lebih lanjut adanya potensi tarif yang terlalu tinggi (*over payment*) atau tarif yang terlalu rendah (*under payment*) atas sumber daya yang sepatutnya dikeluarkan oleh rumah sakit kelas tertentu. Apabila lebih bayar ini terjadi

maka fasilitas kesehatan akan berlomba menjadi rumah sakit kelas tersebut, dan sebaliknya, fasilitas kesehatan akan enggan untuk berada pada kelas rumah sakit yang tarifnya *under payment*.

Tabel 3. Rata-rata selisih kenaikan tarif (%) INA-CBGs Rawat Inap RS Pemerintah (per kelas RS)

| Kelas RS | A | B | C | D |
|----------|--------|-------|-------|---|
| A | 0 | | | |
| B | 45.36 | 0 | | |
| C | 84.85 | 27.22 | 0 | |
| D | 127.88 | 56.40 | 22.32 | 0 |

Sumber: Permenkes No. 52 Tahun 2016, diolah

Pada tahun 2018 Tim Direktorat Litbang KPK menemukan bahwa terdapat potensi kecurangan pada proses penetapan kelas rumah sakit, karena rumah sakit tidak memenuhi seluruh ketentuan persyaratan kelas rumah sakit dari segi sarana serta ketersediaan tenaga medis. Dari 6 (enam) rumah sakit yang menjadi objek *piloting* tim penanganan kecurangan JKN, ditemukan bahwa 4 (empat) rumah sakit tidak memenuhi persyaratan berada di kelas tersebut. Atas ketidaksesuaian ini, potensi kelebihan bayar diperhitungkan sebesar Rp33.179.082.938, dihitung dari selisih total klaim yang telah dibayarkan dikurang total klaim periode yang sama jika kelas diturunkan (kelas B ke C, C ke D) dalam satu tahun.

Tingginya *gap* pembayaran tarif antar kelas rumah sakit serta kelas rawat inap memiliki kelemahan dan membuka celah terjadinya kecurangan. Potensi kelebihan bayar jika terjadi pada banyak kasus dan tidak segera terdeteksi juga dapat berkontribusi pada semakin besarnya defisit JKN.

C. Celah kecurangan pada sisi penerimaan

Tunggakan iuran menjadi isu utama pada sisi penerimaan DJS Kesehatan. Permasalahan pertama yang menjadi penyebab tingginya tunggakan iuran peserta BPJU adalah tidak adanya mekanisme yang kuat untuk membuat peserta membayar iuran secara kontinu. Data dari Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan atas kepesertaan BPJS Kesehatan memperlihatkan bahwa penduduk yang telah menjadi peserta BPJS Kesehatan per Oktober 2018 mencapai 205 juta orang. Dari 6 segmen peserta pada **Tabel 4**, terdapat satu segmen yaitu BPJU yang iurannya dibayarkan secara mandiri oleh peserta. Segmen ini membutuhkan upaya dari BPJS Kesehatan dalam memungut iurannya. Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan, segmen BPJU yang rutin membayar iuran (peserta aktif) hanya sebesar 16,7 juta dari 31,1 juta orang (53,7%). Tidak adanya mekanisme *coercive* juga memberikan dampak buruk dalam kepesertaan segmen BPJU. Sejumlah orang diduga mendaftar menjadi peserta dan aktif membayar hanya ketika membutuhkan layanan kesehatan, namun setelah itu mereka tidak aktif membayar lagi. Yang lebih memprihatinkan, hal itu dilakukan oleh mereka yang cukup dari sisi kemampuan ekonomi.

Tabel 4. Perhitungan Kecukupan Iuran Peserta JKN

| Segmen Peserta | Premi per orang perbulan (PPOP) | Biaya Perorang perbulan (BPOP) | Ratio kecukupan iuran (rata-rata) | Keterangan kecukupan iuran |
|----------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| PBI APBN | 23,000 | 19,193 | 120% | Cukup |
| PBI APBD | 23,000 | 33,425 | 69% | Tidak cukup |
| PPUP | | | | |
| Kelas 1 | 55,051 | 72,704 | 76% | Tidak cukup |
| Kelas 2 | 44,058 | 50,591 | 87% | Tidak cukup |
| PPU-BU | | | | |
| Kelas 1 | 108,049 | 42,493 | 254% | Cukup |
| Kelas 2 | 52,297 | 39,994 | 131% | Cukup |
| PBPU | | | | |
| Kelas 1 | 80,000 | 145,048 | 55% | Tidak cukup |
| Kelas 2 | 51,000 | 96,424 | 53% | Tidak cukup |
| Kelas 3 | 25,500 | 68,608 | 37% | Tidak cukup |
| BP | | | | |
| Kelas 1 | 64,124 | 154,603 | 41% | Tidak cukup |
| Kelas 2 | 38,399 | 82,837 | 46% | Tidak cukup |
| Kelas 3 | 25,500 | 65,114 | 39% | Tidak cukup |

Sumber: Badan Kebijakan Fiskal, 2017

Data BPJS Kesehatan sejak tahun 2018 menunjukkan bahwa terdapat kesamaan jenis layanan rawat inap dan rawat jalan yang menimbulkan beban tinggi dari para peserta mandiri yang menunggak iuran terutama pada prosedur persalinan dan katarak. Data sampel dari 13 kantor cabang yang mewakili seluruh kedeputian wilayah BPJS Kesehatan memperlihatkan kontribusi jumlah tunggakan iuran peserta kelas 1 dan kelas 2 mencapai 61% dari total tunggakan peserta mandiri (PBPU). PBPU menjadi segmen yang paling bermasalah karena tingkat keaktifan membayar iuran tidak mencapai 60%. Hal ini karena mekanisme *coerceive* terhadap peserta untuk terus rutin membayar iuran belum terbangun dengan baik. Ancaman sanksi administratif dirasa tidak cukup kuat untuk mendorong mereka membayar iuran karena memang pelaksanaannya juga cukup sulit. Selain tidak adanya mekanisme memaksa, kajian ini juga menyoroti pada belum adanya *bundling* pembayaran iuran JKN dengan layanan publik lain. Beberapa layanan sudah dicoba untuk digabungkan namun dirasa belum efektif.

Celah kecurangan pada sisi penerimaan juga ditunjukkan pada selisih antara penyajian piutang bersih dengan total piutang bruto pada Laporan Keuangan DJS 218

Kesehatan tahun 2018. Pada laporan keuangan DJS Kesehatan tahun 2018, disebutkan bahwa piutang bersih untuk semua segmen peserta hanya sebesar Rp806 miliar. Padahal jika melihat lebih lanjut pada Catatan Atas Laporan Keuangan, total piutang semua segmen peserta mencapai Rp6,5 triliun jika diakui semua dengan rincian pada **Tabel 5**. Hal ini juga diperkuat dengan hasil laporan temuan BPKP tahun 2019 yang menghitung bahwa pos penerimaan iuran dari segmen PBPU disajikan lebih rendah (*understated*) sebesar Rp3,8 triliun.

Pada penyajian pos piutang, BPJS Kesehatan menggunakan pendekatan yang sangat konservatif sehingga pengakuan piutang pada laporan posisi keuangan DJS kesehatan sangat rendah. Hal ini diungkapkan pada Catatan Atas Laporan Keuangan tentang piutang iuran, dimana pada peserta PBPU, piutang yang diakui hanya yang jangka waktu tunggakannya 3 bulan dan yang lebih dari 9 bulan diproyeksikan nihil (tidak akan tertagih). Pengakuan piutang usia 3 bulan ini kemudian dikurangi lagi dengan cadangan penurunan nilai piutang.

Proporsi tidak tertagih dari piutang iuran diambil dari survei kajian model pengumpulan iuran JKN pada 4.400 peserta pada 10 provinsi dimana peserta tidak membayar 32% karena malas antri, serta 12% karena lupa membayar. Penyajian piutang iuran yang terlalu kecil ini berdampak pada *understated* pos aset piutang bersih. Proses ini menyisakan penyajian piutang iuran dari segmen PBPU netto hanya sebesar Rp184 miliar.

Table 5. Tunggakan Iuran Peserta Seluruh Segmen

| Segmen Kepesertaan | Total Tunggakan |
|--------------------------------|--------------------------|
| Piutang PBPU | 5,654,930,976,944 |
| PNS Pemda | 152,322,976,860 |
| Iuran Wajib PNS | 3,605,616,569 |
| Iuran Jamkesda | 236,868,027,433 |
| Piutang Iuran Non PNS Pemda | 56,157,244,128 |
| Pemerintah | 72,558,750,023 |
| Taspen ASABRI | 15,875,115,697 |
| PPU- BU | 316,271,026,117 |
| Total | 6,508,589,733,771 |

Sumber: Laporan Keuangan DJS Kesehatan 2018

Selain karena belum adanya mekanisme dalam meningkatkan kepatuhan iuran, tingginya tunggakan masih terbuka karena tidak adanya *profiling* kemampuan ekonomi calon peserta mandiri (PBPU). Pada segmen PBPU diserahkan sepenuhnya kepada calon peserta untuk mendaftar kelas rawat sesuai keinginan peserta. Banyak ditemui calon peserta dengan tingkat ekonomi mampu mendaftar pada PBPU layanan kelas 3 dan sebaliknya, peserta dengan tingkat ekonomi kurang mampu mendaftar pada PBPU kelas 1 atau kelas 2. Untuk PBPU dengan tingkat kemampuan ekonomi baik namun mendaftar kelas 3, mengakibatkan hilangnya potensi penerimaan DJS Kesehatan yang lebih tinggi. Sedangkan untuk PBPU yang tingkat kemampuan ekonominya kurang baik namun mendaftar di kelas II dan kelas I, berpotensi akan kesulitan membayar iuran secara rutin karena permasalahan *ability to pay*. Riset dari LPEM UI (2019) yang dilakukan pada 1.200 peserta PBPU di 3 Depwil BPJS Kesehatan menemukan bahwa 30% peserta PBPU tidak membayar iuran secara rutin (data Nasional dari BPJS sebesar 53-55%) disebabkan karena besarnya biaya iuran, banyaknya jumlah anggota keluarga, pendaftaran peserta hanya saat berkunjung ke rumah sakit, serta ketidakstabilan penghasilan karena musim. 45% peserta

memiliki kesulitan keuangan dengan penghasilan. Dengan demikian, *profiling* tingkat kesejahteraan pada segmen PBPU akan sangat membantu mewujudkan keadilan sosial berdasarkan prinsip kegotong-royongan yang ada dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu. Jika *profiling* terhadap PBPU tidak dilakukan, justru hal ini bertentangan dengan prinsip kegotong-royongan.

Penutup

Upaya mewujudkan JKN yang mencakup seluruh rakyat Indonesia masih menemui sejumlah permasalahan terkait terbukanya peluang kecurangan yang berujung pada inefisiensi yang berkontribusi pada menahunnya defisit dana jaminan sosial kesehatan. Sistem pengendalian internal yang ada juga masih belum cukup kuat dalam menutup peluang terjadinya kecurangan. Untuk itu perlu dilakukan beberapa upaya perbaikan pada tiap aspek dalam tata kelola dana jaminan sosial kesehatan, yaitu:

A. Aspek *Strategic Purchasing*

1. Kementerian Kesehatan agar segera memperbaiki regulasi dan menerapkan urun biaya (*co-payment*) dan membuka peluang kerjasama dengan asuransi swasta (*coordination of benefit*).

Urun biaya merupakan kebijakan yang lazim digunakan sebagai alat kendali pada jaminan kesehatan, terutama pada layanan yang berkaitan dengan selera pasien. BPJS Kesehatan pada tahun 2018 telah melakukan studi atas urun biaya, dan didapatkan bahwa 47% dan 50% pasien bersedia urun biaya sebanyak 5% dari total biaya CBGs atas layanan katarak dan fisioterapi. Untuk itu Kementerian Kesehatan perlu segera melakukan penyempurnaan regulasi ini dan segera menerapkannya. Kajian atas opsi urun biaya seperti penggunaan *cap* (batasan)

perkunjungan, *coordination of benefit* dengan asuransi swasta, atau batasan frekuensi.

2. Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan menyusun kebijakan untuk pembatasan manfaat untuk pelayanan tertentu yang potensi penyalahgunaannya tinggi serta menghabiskan biaya yang besar.

Upaya pengendalian biaya juga bisa dilakukan dengan pembatasan manfaat. Praktik baik di negara lain yang bisa menjadi pertimbangan antara lain melalui batasan anggaran penyakit katastropik seperti di Thailand, Perancis, dan Jepang. Pengenaan disinsentif bagi para peserta yang tidak menerapkan pola hidup tidak sehat seperti merokok, minum beralkohol juga dapat dijadikan opsi kebijakan. Pembatasan manfaat juga bisa dilakukan dengan mengandalkan kekuatan *Health Technology Assessment* yang terus memperbaharui jaminan yang dijamin maupun yang tidak serta memberikan alternatif tindakan. Hal ini lazim digunakan oleh Thailand dan Korea Selatan. Selain itu pembatasan penjaminan manfaat juga bisa menggunakan metode *global-budget* atau *performance-based budget* yang menitik beratkan peran rumah sakit untuk memanfaatkan *cap* biaya jaminan dengan efisien.

3. Kementerian Kesehatan perlu segera melengkapi PNPk sebagai pendukung Kendali Mutu Kendali Biaya.

Dalam rangka melakukan audit investigatif serta audit medis untuk membuktikan adanya kecurangan seperti *fragmentation, readmission, unnecessary treatment*, masih sulit dilakukan karena belum semua kasus penyakit terutama yang berbiaya tinggi dan berisiko tinggi memiliki PNPk yang dapat menjadi acuan. Untuk itu Kementerian Kesehatan perlu segera menjadikan penyelesaian

PNPK atas penyakit dan tindakan yang berisiko dan berbiaya tinggi terutama dalam layanan JKN sebagai prioritas. Selain itu, penting juga dilakukan sosialisasi PNPk pada fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, serta institusi pendidikan dalam bidang ilmu kesehatan.

B. Aspek Operational Purchasing

1. Kementerian Kesehatan melakukan penyempurnaan *grouped* INA-CBGs dan sosialisasi peningkatan kapasitas coding untuk faskes.

Evaluasi menyeluruh untuk sistem *grouped* INA-CBGs perlu segera dilakukan, dengan juga membangun *grouped* sendiri yang lebih merepresentasikan kondisi kesehatan di Indonesia. Selain itu, perlu dilakukan perbaikan pada pengelolaan pada tim *National Casemix Center* (NCC) sebagai perumus *grouped* INA-CBGs, yang lebih melibatkan para pakar yang dapat memberikan kontribusi pada perbaikan *grouped*. Terakhir, perlunya sosialisasi intensif tentang pengkodean INA-CBGs kepada tenaga medik, termasuk dalam kurikulum kedokteran dan pendidikan tenaga kesehatan terkait.

2. Peninjauan kembali tarif antar kelas rawat serta tarif antar kelas/tipe rumah sakit.

Kementerian Kesehatan perlu meninjau kembali komponen penghitungan tarif INA-CBGs yang sangat menguntungkan rumah sakit Kelas A, serta rumah sakit khusus, terutama pada layanan yang bukan merupakan kekhususannya. Selain itu, peninjauan kembali atas selisih tarif antar kelas rawat pada rumah sakit perlu ditinjau kembali serta memiliki dasar yang jelas. Sudah seharusnya perbedaan tarif antar kelas hanya mengakomodir perbedaan akomodasi ruangan seperti yang tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016.

C. Aspek Penerimaan

1. BPJS Kesehatan segera mendesain mekanisme *coercive* dan rencana *bundling* layanan publik. Pentingnya *stick and carrot mechanism* dalam desain JKN harus segera direalisasikan. Korea dan Jepang misalnya dapat melakukan penyitaan aset ketika seseorang terbukti tidak membayar jaminan kesehatannya namun bukan termasuk golongan tidak mampu. Hal ini juga sejalan dengan *bundling* layanan publik lain seperti SIM, STNK, ataupun pembayaran listrik, dimana pembayaran iuran JKN harus dipenuhi sebagai syarat pembuatan atau perpanjangan layanan. Rencana ini perlu segera dilakukan kajiannya untuk diimplementasikan.
2. Pemerintah c.q. BPJS Kesehatan menyusun regulasi untuk melaksanakan *profiling* kepada PBPU sebagai dasar penetapan kelas kepesertaan sesuai dengan tingkat kemampuan ekonominya. Permasalahan *ability to pay* pada ketidakpatuhan pembayaran iuran peserta PBPU dapat diatasi apabila pada saat mendaftar terdapat penyingkiran kemampuan ekonomi. Untuk itu BPJS Kesehatan perlu segera menyusun regulasi adanya *profiling* peserta mandiri untuk pemetaan di kelas berapa peserta tersebut kira-kira tidak terberatkan oleh pembayaran iuran.
3. BPJS Kesehatan serta kementerian terkait melakukan peningkatan upaya edukasi pentingnya jaminan kesehatan untuk meningkatkan kolektabilitas. Masih tingginya *out of pocket payment* dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia, menunjukkan bahwa masyarakat merasa belum penting memiliki jaminan kesehatan. Untuk itu diharapkan BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan perlu melakukan

upaya lebih gencar dan lebih mengena pada masyarakat akan pentingnya jaminan kesehatan.

Referensi

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Shankar, A., & Thabrany, H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress. *The Lancet*, 393: 75-102.
- Barber, S. L., Lorenzoni, L., & Ong, P. (2019). *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*. World Health Organization and OECD. Geneva
- Behera, D. K., & Dash, U. (2018). Healthcare financing in South-East Asia: Does fiscal capacity matter? *International Journal of Healthcare Management*.
- BPJS Kesehatan. (2017). *Laporan Keuangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan Untuk Tahun Yang Berakhir 31 Desember 2017*. Jakarta.
- BPJS Kesehatan. (2018). *Laporan Keuangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan Untuk Tahun Yang Berakhir 31 Desember 2018*. Jakarta.
- Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. (2019). *Health Outlook 2020: Prioritas Kebijakan Indonesia 2020 - Meletakkan Fondasi yang Kokoh untuk Lima Tahun ke Depan*. Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. Jakarta
- Duran, A., Chanturidze, T., Gheorghe, A., & Moreno, A. (2019). Assessment of Public Hospital Government in Romania: Lessons From 10 Case Studies. *International Journal of Health Policy and Management*, 199-210.

- Happy, A. (2018). The Implementation of INA-CBGs System. *The 2nd International Conference on Hospital Administration* (pp. 1-16). KnE Life Science. Indonesia.
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. In WHO, *Bulletin of the World Health Organization* (pp. 602-611). World Health Organization. Switzerland.
- Nurwahyuni, A. (2015). *Pengembangan Model Penetapan Tarif Rawat Inap di Rumah Sakit Berdasarkan INA-CBG*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- OECD. (2018). *Health at a Glance: Asia/Pacific 2018 Measuring Progress Towards Universal Coverage*. OECD Publishing. Paris
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010. *Standar Pelayanan Kedokteran*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 464. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014. *Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBs)*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 795. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016. *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016. *Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 92. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019. *Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 803. Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004. *Praktik Kedokteran*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116. Jakarta.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018. *Jaminan Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165. Jakarta.
- Roberia. (2019). *Hukum Jaminan Kesehatan: Solusi Konstitusional Mengatasi Defisit Dalam Mewujudkan Negara Kesejahteraan Pancasila*. Gramata Publishing. Jakarta
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumo, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform. *The Lancet*, 391: 1205-1223.
- The Commonwealth Fund. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund. New York

World Health Organization. (2017). *The Republic of Indonesia Health System Review*. WHO Regional Office - Southeast Asia.

