

## Peluang dan Tantangan dalam Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia: Studi Kebijakan

*Opportunities and Challenges in National Health Security in Indonesia: A Regulatori Study*

Diah Arimbi<sup>1</sup>, Ahmad Fuady<sup>2</sup>, Aryana Satrya<sup>3</sup>, Arika Dewi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universitas Nahdlatu Ulama Purwokerto-Thinkwell-Health Financing Activity

<sup>2</sup>Fakultas Kedokteran-Universitas Indonesia

<sup>3</sup>Fakultas Ekonomi dan Bisnis-Universitas Indonesia

<sup>4</sup>Pusat Kajian Jaminan Sosial-Universitas Indonesia

Email: arimbi2510@gmail.com

Tanggal submisi: 5 November 2021; Tanggal penerimaan: 31 Maret 2022

### ABSTRAK

*Kesuksesan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional harus didukung oleh berbagai pihak tanpa terkecuali fasilitas kesehatan swasta. Akan tetapi di lapangan masih terdapat permasalahan terkait dengan tarif yang dianggap belum memadai bagi fasilitas kesehatan terutama fasilitas kesehatan swasta. Permasalahan lain adalah enggan nya fasilitas kesehatan swasta untuk bekerjasama dengan JKN dikarenakan permasalahan tarif. Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui peluang dan hambatan tarif bagi fasilitas kesehatan dalam jaminan kesehatan nasional di Indonesia. Metode penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan analisis normatif-deskriptif. Data yang dikumpulkan yaitu menggunakan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam baik secara online dan offline di tahun 2021. Data sekunder menggunakan studi literatur, antara lain buku dan artikel ilmiah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan berdasarkan sebuah perikatan, masing-masing para pihak memiliki hak dan kewajiban, fasilitas kesehatan publik merupakan perintah dari PerPres No 82 tahun 2021. Hak dan kewajiban harus diimbangi dengan kualitas pelayanan, keadilan bagi para pihak dimana peserta tidak hanya difokuskan ke askes publik saja akan tetapi berdasarkan asas manfaat yang didapatkan oleh peserta dan pelayanan kesehatan swasta.*

**Kata Kunci:** jaminan kesehatan nasional; peluang dan tantangan; kebijakan

### ABSTRACT

The success of the implementation of the National Health Insurance (JKN) must be supported by various parties, including private health facilities. However, in reality, there are still problems related to tariffs that are considered inadequate for health facilities, especially private health facilities. Another problem is the reluctance of private health facilities to cooperate with JKN due to tariff issues. This research aims to determine the opportunities and barriers to tariffs for health facilities in the National Health Insurance in Indonesia. This research uses qualitative approach with normative-descriptive analysis. The primary data were collected from in-depth interviews both online and offline in 2021. The secondary data were collected from literature studies, including books and scientific articles. The results of the research show that the relationship between BPJS Health and health facilities is based on an engagement, each party has rights and obligations as the public health facilities are an order from Presidential Regulation No. 82 of 2021. Rights and obligations must be balanced with service quality, justice for the parties where participants are not only focused on public health insurance but also based on the principle of benefits obtained by participants and private health services.

**Keywords:** national health insurance; opportunities and challenges; regulation

## 1. PENDAHULUAN

Tujuan nasional bangsa Indonesia sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar NKRI 1945 alinea keempat yang berbunyi melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah

Indonesia mencerdaskan kehidupan bangsa, memajukan kesejahteraan umum serta ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan tersebut maka diselenggarakan upaya

pembangunan yang berkesinambungan termasuk diantaranya peningkatan kesejahteraan dan pembangunan kesehatan.

Hak setiap warga negara adalah memperoleh pelayanan kesehatan, agar pelayanan kesehatan dapat diperoleh dengan baik maka negara bertanggung jawab menyediakan fasilitas kesehatan yang layak, layak dalam hal ini adalah layak secara kuantitas dan layak secara kualitas, negara bertanggung jawab mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat, hal tersebut ditegaskan dalam Pasal 28 H ayat (1) "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan" dan Pasal 34 ayat (2) "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan", dan ayat (3) "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak".

Penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan bagi seluruh rakyat, membutuhkan kerjasama antara pemerintah dalam hal ini diwakili oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden No 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, fasilitas kesehatan (faskes) swasta tidak memiliki kewajiban untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Akan tetapi hal ini penting dilakukan karena kesediaan fasilitas kesehatan milik pemerintah yang belum mencukupi dalam penyelenggaraan kesehatan.

Permasalahan disini adalah kebutuhan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS belum mudah sehingga masih terdapat kendala berupa jarak fasilitas dan pelayanan. Salah satu penyebabnya karena permasalahan pembiayaan jaminan kesehatan dan *Universal Health Coverage* yang saat ini belum tercapai di Indonesia.

Dwicaksono dan Nurman (2009) menyatakan bahwa akses kesehatan di negara berkembang masih sulit dikarenakan mengedepankan efisiensi pembiayaan kesehatan sehingga aspek keadilan dalam penyediaan kesehatan masih dikesampingkan. Keenggannya rumah sakit swasta dalam bekerjasama dengan BPJS dikarenakan menurut perhitungan tarif rumah sakit swasta masih rendah dibandingkan dengan tarif yang dimiliki oleh rumah sakit tersebut. Penting untuk dicatat bahwa sebagian fasilitas kesehatan swasta yang telah bekerjasama dengan BPJS juga mendapatkan keuntungan. Terdapat perbedaan satu "label" fasilitas kesehatan ada yang mendapatkan keuntungan dan ada yang tidak mau bergabung dengan JKN karena tarif yang tidak sesuai atau dianggap dapat rugi jika bergabung dengan JKN.

Dari hasil permasalahan yang dikemukakan di atas dengan hasil kajian lalu terdapat titik permasalahan. Masalah tersebut yakni kebijakan atau regulasi yang belum adil terhadap rumah sakit, tarif yang minim bagi swasta diberlakukan saat ini menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan yang bergabung dengan jaminan kesehatan masih terdapat kesenjangan antara biaya operasional rumah sakit dengan tarif fasilitas kesehatan dan permasalahan kredensialing/ijin yang "kaku" dengan keterbatasan-keterbatasan SDM di wilayah tertentu. Tujuan penulisan ini adalah untuk menjelaskan peluang dan hambatan tarif bagi fasilitas kesehatan dalam jaminan kesehatan nasional di Indonesia.

## **METODE**

Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif, dengan spesifikasi penelitian yang diterapkan adalah deskriptif analisis dalam . Penelitian deskriptif analisis berupa pemaparan suatu peristiwa dan bertujuan untuk memberikan gambaran secara rinci, sistematis dan menyeluruh mengenai segala hal yang berkaitan dengan objek yang akan diteliti, berlaku di tempat tertentu, dan pada saat tertentu, yaitu terkait

dengan analisis kajian regulasi tentang peluang dan tantangan dalam jaminan kesehatan nasional. Data yang dikumpulkan menggunakan data primer dan data sekunder. Data Primer menggunakan metode wawancara mendalam melalui *Focus Group Discussion* (FGD) dan *In-depth Interviews* (IDIs). Data dari FGD dan/atau IDI dapat dipergunakan sebagai data pendukung untuk penelitian ini. Kemudian studi literatur menjadi bagian dari analisis utamanya dan studi kualitatif sebagai bagian dari analisis utama.

Adapun pertanyaan dalam FGD dan IDIs meliputi; kebijakan pelayanan kesehatan swasta, peran pemerintah dalam mendorong fasilitas kesehatan bekerjasama dengan JKN, persepsi tarif JKN, ketersediaan sumber daya bagi fasilitas kesehatan swasta, dan regulasi/kebijakan JKN persepsi pelayanan kesehatan swasta. FGD dan IDIs dilakukan pada tahun 2021. Data sekunder menggunakan studi dokumentasi dengan menggunakan kajian literatur berupa buku, artikel, peraturan perundang-undangan, laporan lembaga/kementerian dengan durasi waktu 1992-2021.

Metode pengumpulan data menggunakan kuesioner. Responden dalam penelitian adalah fasilitas kesehatan swasta, tim kendali mutu kendali biaya, dan BPJS Kesehatan. Metode *purposive* sampling dilakukan dengan tujuan mencapai tujuan penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan pendekatan virtual (Roever dkk., 2019) dan wawancara secara langsung, wawancara secara virtual dengan menggunakan metode bantuan teknologi, menggunakan platform daring untuk konferensi audio dan video. Teknik penyajian data yang digunakan adalah pemeriksaan data (editing), tabulasi data dan penyajian data. Data yang diperoleh dalam penelitian ini selanjutnya dilakukan analisis, menggunakan metode analisis tematik dengan cara mengidentifikasi, menganalisis pola dalam data (Vaismoradi dkk., 2013).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas tarif CBGs dan kapitasi belum memadai bagi pelayanan kesehatan swasta. Hal tersebut diakibatkan karena kebijakan pemerintah belum mendukung keterlibatan sektor swasta sepenuhnya dengan pemerataan peserta antara pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta. Secara umum faskes menyampaikan kerjasama dengan jaminan kesehatan sedikit menguntungkan bagi rumah sakit, akan tetapi jika dijabarkan untuk pengembangan, perawatan dan operasional pelayanan kesehatan belum mencukupi. Sedangkan bagi pelayanan primer yang memiliki jumlah peserta sedikit dan bekerjasama dengan jaminan kesehatan tidak menguntungkan terutama rumah sakit swasta. Penyebabnya adalah dikarenakan fasilitas kesehatan tingkat pratama swasta terkendala dalam modal, pengembangan, perawatan dan operasional dari pemilik. Berbeda dengan fasilitas kesehatan milik pemerintah yang mana biaya operasional, pengembangan dan perawatan diberikan oleh pemerintah dan jumlah peserta jaminan kesehatan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah peserta di fasilitas kesehatan swasta. Adapun hasil kajian dijabarkan sebagai berikut.

### 1. Konsekuensi hukum dalam penyelenggaraan JKN bagi pelayanan kesehatan

Sebagian fasilitas kesehatan berbondong-bondong untuk bisa bergabung dengan JKN, karena dianggap memiliki keuntungan. Keadaan tersebut dapat dilihat dari jumlah rumah sakit nasional sebanyak 2955 (RS Online, 2021) dengan jumlah rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS sebanyak 2370 RS (BPJS Kesehatan, 2021). Pelaksanaan JKN memiliki prinsip kesetaraan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

Tingkat efisiensi dan efektivitas JKN dijaga melalui penerapan pembiayaan prospektif, obat berdasarkan formularium nasional, penekanan penggunaan alat medis,

pengawasan tim kendali mutu dan kendali biaya. Hal tersebut dilakukan agar tidak terdapat pemborosan, selain itu pembayaran prospektif dapat meningkatkan keuntungan rumah sakit (Hsia & Ahern, 1992). Pembiayaan prospektif memiliki tujuan dapat mendorong pelayanan kesehatan agar tetap bermutu dan sesuai dengan standar dan pengendalian biaya dengan pengawasan pelayanan kesehatan (Istianisa & Oktamianti, 2017).

Fasilitas kesehatan saat bergabung dengan JKN memiliki kemungkinan untuk melakukan kecurangan dan *moral hazard* baik oleh pasien atau tenaga kesehatan, peluang tersebut dapat diminimalisir dengan kebijakan pengawasan ketat, penggunaan obat dan alat medis. Diketahui dalam pelayanan kesehatan, obat sangat berpengaruh terhadap pemborosan biaya kesehatan. Sebelum JKN berlaku, penggunaan obat yang tidak semestinya banyak dilakukan oleh fasilitas kesehatan atau dokter. Namun saat ini setelah adanya kebijakan dari pemerintah tentang penyusunan dan penerapan formularium nasional (fornas) dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Tujuan JKN adalah meningkatkan penerapan formularium nasional di fasilitas kesehatan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis dalam memilih obat yang aman, berkhasiat, bermutu, terjangkau dan berbasis bukti ilmiah dan mengoptimalkan fornas dalam perencanaan dan penyediaan obat di fasilitas kesehatan.

Jika kebijakan tersebut dapat diimplementasikan dengan baik dan dilakukan pengawasan penggunaan ketat dalam sistem jaminan kesehatan maka efisiensi dan efektifitas dalam pelayanan kesehatan akan terlaksana dengan baik pula. Kajian lain yang disampaikan oleh Winda (2018) bahwa penggunaan formulasi nasional sebagai kendali mutu kendali biaya sebagai salah satu alat pencegahan korupsi. Dari hasil wawancara dengan beberapa rumah sakit, rumah sakit melakukan penekanan penggunaan alat medis, dikarenakan

pembiayaan JKN yang pas-pasan, maka fasilitas kesehatan harus benar-benar jeli dalam melakukan pemeriksaan penunjang agar tidak terjadi pemborosan. Namun ini menimbulkan pertanyaan bagaimana dengan kualitas pelayanan?

Upaya pengendalian mutu dan biaya melalui Peraturan Menteri Kesehatan No 16 Tahun 2019, dilakukan dengan pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya yang bertujuan agar penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam JKN dapat dilaksanakan secara rasional, efektif sesuai dengan kebutuhan peserta jaminan kesehatan. Dengan keadaan ini pelayanan kesehatan saat melakukan perjanjian harus memahami benar-benar konsekuensi hukum, pelayanan kesehatan taat segala ketentuan yang berlaku sesuai dengan regulasi atau perundang-undangan yang ada.

Perjanjian adalah perbuatan hukum, di mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya atau saling mengikatkan dirinya terhadap satu orang atau lebih (Agus Yudha Hermoko, (2010). Perjanjian antara BPJS Kesehatan dengan pelayanan kesehatan merupakan hubungan hukum, dimana hubungan hukum yang memiliki akibat hukum yaitu terdapatnya hak (prestasi) dan kewajiban yang saling dipertukarkan oleh para pihak yang masing-masing pihak harus memiliki kewajiban dan hak.

## **2. Meningkatkan pengendalian biaya dan mengurangi *moral hazard* di rumah sakit sebagai upaya menurunkan tindakan kecurangan.**

Jaminan kesehatan nasional identik dengan *moral hazard* dalam pelayanan kesehatan baik yang dilakukan oleh pasien, tenaga kesehatan atau rumah sakit. Perawatan kesehatan sulit untuk dianalisis dibandingkan dengan pembelian sebuah barang, karena perawatan kesehatan merupakan sebuah kebutuhan bukan masalah ekonomi atau sosial, akan tetapi kesehatan dapat mempengaruhi ekonomi dan sosial. Jika seseorang melakukan manajemen pencegahan pengendalian

penyakit maka tingkat kesehatan masyarakat akan lebih baik. Hal ini secara otomatis akan mengurangi pemanfaatan pelayanan kesehatan, sehingga peserta JKN akan sedikit menggunakan manfaat asuransi kesehatan.

Sejak diterapkannya JKN, banyak pasien datang ke rumah sakit untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Penyebabnya dikarenakan masyarakat telah memperoleh kemudahan yang mana mereka biasanya tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan sekarang mereka dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain mereka “menggunakan kesempatan” untuk mendapatkan pelayanan gratis sehingga *moral hazard*-nya muncul termasuk tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan yang tidak diperlukan. Einav dan Finkelstein (2011) menyampaikan bahwa orang yang memiliki asuransi kesehatan rata-rata memiliki kesehatan yang lebih buruk dari pada mereka yang tidak memiliki asuransi kesehatan. *Moral hazard* dalam asuransi kesehatan ada, seperti yang disampaikan oleh Aron-Dine dkk., (2015) bahwa semakin banyak seseorang yang mengeluarkan biaya kesehatan maka semakin rendah seseorang melakukan perawatan. Hal tersebut dapat diartikan bahwa jika seseorang tidak memiliki asuransi, saat sakit maka biaya yang akan dikeluarkan saat itu lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki asuransi kesehatan, sehingga mereka yang tidak memiliki asuransi kesehatan akan berpikir ulang untuk pergi ke pelayanan kesehatan jika tidak benar-benar terdesak atau berusaha melakukan gaya hidup sehat.

Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan JKN “dipaksa” untuk melakukan penghematan. Kebijakan tersebut dilakukan dengan pengendalian biaya ataupun penekanan *moral hazard*. Seperti yang disampaikan oleh salah satu narasumber FGD pada tanggal 16 Maret 2021 sebagai berikut.

“...Kami tidak melakukan pelayanan yang tidak perlu....misal pasien diperlukan pemeriksaan laboratorium, jika masih dapat dilakukan dengan kajian lain atau belum perlu sekali, maka tidak dilakukan agar tidak mengeluarkan biaya yang besar...”

Pengendalian biaya sangat penting dalam jaminan kesehatan hal tersebut guna keberlangsungan jaminan kesehatan, seperti yang disampaikan oleh Kusdiyana (2019) dengan strategi *cost containment*, yaitu *cost awareness* (kesadaran biaya), *cost monitoring* (pemantauan biaya), *cost management* (manajemen biaya), dan *cost incentive* (insentif biaya) agar dapat mengendalikan biaya pelayanan kesehatan. Kebijakan pengendalian di JKN telah diimplementasikan dalam peraturan perundang-undangan. Permenkes No 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, menyatakan agar tujuan penyelenggaraan JKN berjalan secara efektif dan efisien maka ditempuh kendali mutu dan kendali biaya. Prinsip kendali mutu dan kendali biaya diterapkan di fasilitas kesehatan untuk mengendalikan inefisiensi sehingga dapat memberikan kesinambungan JKN dan kesetaraan dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan, maka JKN bekerjasama dengan fasilitas kesehatan untuk selalu efektif, efisien, rasional, sesuai dengan kebutuhan pasien dan bersinergis dengan pemerintah daerah untuk melakukan pengawasan dan pembinaan. Efektifitas juga dilakukan dengan pengendalian rujukan secara berjenjang serta pengendalian obat dan lama perawatan. Prinsip kehati-hatian dalam sistem jaminan sosial nasional adalah sebuah amanat untuk pengendalian *moral hazard*. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Pujiyanti dkk., (2020) bahwa implementasi dari skema pengendalian biaya dapat mengurangi risiko bahaya dari perspektif peserta dengan

kontribusi tambahan pada penggunaan pelayanan kesehatan.

Hambatan Tarif Fasilitas Kesehatan Bekerjasama dengan Jaminan Kesehatan. Permasalahan dalam penyelenggaraan JKN khususnya permasalahan tarif fasilitas kesehatan masih terdapat keluhan terlebih sudah 5 tahun belum ada kenaikan akan tetapi tuntutan selalu meningkat. Permasalahan ini lebih dikeluhkan oleh fasilitas kesehatan swasta, karena segala beban operasional yang harus ditanggung. Hal tersebut sejalan dengan Thabrany (1998) bahwa:

*“Tarif rumah sakit merupakan suatu elemen yang amat esensial bagi rumah sakit yang tidak dibiayai penuh oleh pemerintah atau pihak ketiga. Rumah sakit swasta baik yang bersifat mencari laba maupun yang nirlaba harus mampu mendapatkan biaya untuk membiayai segala aktifitasnya dan untuk dapat terus memberikan pelayanan kepada masyarakat sekitarnya. Fasilitas kesehatan pemerintah yang tidak mendapatkan dana memadai dalam memberikan pelayanan secara cuma-cuma kepada masyarakat juga harus menentukan tarif pelayanan. Di Indonesia praktis seluruh rumah sakit apakah itu RS umum ataupun RS perusahaan atau RS swasta harus mencari dana yang memadai untuk membiayai pelayanannya. Jadi semua rumah sakit di Indonesia harus mampu menetapkan suatu tarif pelayanan”.*

Tantangan dan komitmen kuat perlu dijaga oleh fasilitas kesehatan agar keberlangsungan fasilitas kesehatan dalam membantu pemerintah untuk penyelenggaraan kesehatan dapat berlangsung dengan baik. Terpenuhinya kepuasan pasien menunjukkan sempurnanya kualitas pelayanan yang diberikan. Fasilitas kesehatan berfungsi melakukan pelayanan kesehatan yang komprehensif termasuk pelayanan penunjang. Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan dalam Pasal 81 menyebutkan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN

memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek pelayanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien serta efisiensi biaya. Pasal 80 menyatakan sebagai berikut: “untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan kepada peserta, fasilitas kesehatan mengacu pada formularium nasional dan alat kesehatan harus mengacu pada kompendium alat kesehatan”.

Hasil kajian yang diperoleh adalah fasilitas kesehatan yang “mengurangi” pelayanan. Misalkan dalam pemeriksaan mengurangi penggunaan alat. Contoh yang lain adalah pasien dalam keadaan masih lemah tetapi karena ada batasan waktu terpaksa pasien harus dipulangkan, hal ini lebih baik dari pada rumah sakit menanggung beban pembiayaan. Di sisi lain rumah sakit tidak boleh memungut biaya, kecuali selisih biaya karena naik kelas. Tarif yang dianggap masih kurang memberikan dilema bagi fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS sehingga masih banyak fasilitas kesehatan yang enggan bekerjasama dengan BPJS kesehatan dan berani memberikan harga lebih tinggi dibandingkan dengan tarif BPJS Kesehatan. Pasien juga tetap banyak dikarenakan mereka beranggapan biarpun biaya lebih mahal tetapi ada kepuasan. Seperti kutipan hasil wawancara dengan salah satu narasumber yang tidak bekerja sama dengan JKN sebagai berikut.

*“...Kami belum bergabung dengan BPJS Kesehatan karena menurut perhitungan kami tarif JKN tidak masuk sesuai dengan perhitungan RS kami, karena untuk bayar SDM, listrik dan lain-lain tidak mencukupi apalagi modal kami dari pribadi dan banyak modalnya. Dari pemerintah mendorong untuk kerjasama dengan JKN, kami tetap tidak mau karena tarif rendah tapi jika tarifnya sudah bagus kemungkinan kami dapat bekerjasama. Walaupun tidak bekerjasama dengan JKN, pasien masih banyak dan puas....”*

Tarif yang rendah menurunkan kualitas pelayanan, hal tersebut dikarenakan keterbatasan biaya sehingga pelayanan yang diberikan akan diperhitungkan seminimal mungkin sehingga tidak menimbulkan kerugian. Anderson dkk., (2000) menyampaikan bahwa jika klaim yang rendah tidak menutupi biaya pelayanan kesehatan, maka ada pemotongan pelayanan yang mengakibatkan penurunan kualitas. Terlebih lagi dalam penelitian Anderson dkk., (2000) juga disampaikan bahwa pengeluaran biaya untuk kesehatan yang tinggi menyebabkan sistem perawatan kesehatan akan lebih baik.

Pemerintah sebaiknya dalam membuat kebijakan memperhatikan kualitas pelayanan dan penyedia layanan. Perlunya pengukuran dan perbandingan hasil pelayanan atau kinerja fasilitas kesehatan baik dari segi kualitas maupun biaya. Berbagai alternatif kebijakan harus dievaluasi dan dieksplorasi untuk mendorong rumah sakit swasta mencapai pelayanan yang berkualitas. Apalagi dengan fasilitas kesehatan dengan modal yang tidak kuat mereka akan semakin terpuruk, berbeda dengan fasilitas kesehatan yang ditopang dengan sumber daya yang kuat dan memiliki misi tertentu yang notabene akan semakin maju. Seperti yang disampaikan oleh Jiang dkk., (2006) kualitas, biaya dan kinerja rumah sakit yang unggul berkaitan dengan karakteristik organisasi yang kuat.

Efektivitas selainya tetap diperhitungkan dengan kualitas. Tarif yang terlalu tinggi juga mengakibatkan tidak adanya upaya melakukan efisiensi. Dalam hal ini kebijakan yang paling seimbang adalah adanya tarif yang memadai dan pelayanan maksimal. Keengganan sebagian fasilitas kesehatan bekerja sama dengan JKN dikarenakan tarif merupakan aspek yang sangat penting serta tarif menentukan keberhasilan sebuah organisasi dalam pelayanan. Seperti yang disampaikan oleh Yuniarti dkk., (2015) adanya selisih tarif INA CBG's dengan tarif fasilitas kesehatan, dimana tarif JKN lebih rendah dari pada tarif

fasilitas kesehatan dapat mengakibatkan kerugian bagi faskes. Sebaliknya tarif yang lebih tinggi daripada tarif fasilitas kesehatan dapat memberikan keuntungan pada fasilitas kesehatan (Hsia & Ahern, 1992). Penelitian terdahulu oleh Aulia dkk., (2017) menunjukkan adanya upaya yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan dalam menutupi kekurangan tarif, salah satunya dengan menggunakan tenaga mahasiswa kesehatan dan lama pemberian pelayanan dan keterbatasan waktu praktik sehingga pemberian pelayanan dipersingkat.

Berbeda dengan fasilitas kesehatan primer dengan kapitasi sedikit maka beban penyelenggaraan JKN dirasa lebih berat. Distribusi yang tidak adil antara fasilitas kesehatan termanifestasi dalam selisih kapitasi yaitu pelayanan primer X mendapatkan 5000 atau lebih peserta. Sedangkan pelayanan primer Y hanya memperoleh 100 peserta dengan wilayah yang berdekatan. Realita tersebut mengakibatkan tidak adanya keadilan bagi fasilitas kesehatan terutama fasilitas kesehatan swasta. Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2017 tentang Pemerataan Peserta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, dalam Pasal 2 ayat (1) menyatakan bahwa "untuk menjamin dan meningkatkan mutu layanan kepada peserta, BPJS Kesehatan dapat melakukan pemindahan peserta dari satu FKTP ke FKTP yang lain". Ayat (2) menjelaskan bahwa "pemindahan peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan mempertimbangkan: rasio jumlah peserta dan dokter; wilayah yang sama atau berdekatan; dan rekomendasi dari dinas kesehatan kabupaten/kota setelah berkoordinasi dengan asosiasi fasilitas kesehatan dan organisasi profesi".

Implementasi peraturan tersebut belum diterapkan dengan baik, bahkan terdapat perjanjian antara pemerintah daerah dengan BPJS Kesehatan yang klausulnya menempatkan peserta penerima bantuan iuran dalam FKTP milik pemerintah. Regulasi

yang ada tidak ditaati dengan baik, baik oleh BPJS kesehatan maupun oleh pemerintah daerah, sehingga menimbulkan ketidakadilan bagi fasilitas kesehatan primer swasta dengan fasilitas kesehatan milik pemerintah.

### **3. Tantangan Kerjasama dengan BPJS Kesehatan**

Hubungan perjanjian antara fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan memiliki kriteria tertentu yaitu penilaian kredensialing dan rekredensialing. Sesuai dengan pedoman kredensialing Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) kredensialing memiliki tujuan untuk mengetahui kapasitas dan kualitas fasilitas kesehatan yang akan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Melalui kredensialing, peserta dapat dilayani dan tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai dan memberikan jaminan kualitas pelayanan yang relatif sama kepada seluruh rakyat Indonesia.

Studi ini menunjukkan bahwa kredensialing terkadang membuat fasilitas merasa terbebani karena saat ada penilaian ada evaluasi untuk peningkatan sumber daya, peningkatan alat kesehatan atau prasarana yang lain (Rahayuningrum dkk., 2017). Hal tersebut menimbulkan beban anggaran tambahan untuk memenuhi kebutuhan hasil kredensialing. Jika dihubungkan dengan tarif yang diperoleh dari JKN yang minum maka tuntutan kredensialing juga menjadi beban tarif yang harus dievaluasi kembali.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, Pasal 9 ayat (1) menyatakan bahwa : “Dalam menetapkan pilihan fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan seleksi dan kredensialing dan menggunakan kriteria teknis yang meliputi: sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana; lingkup pelayanan; dan komitmen pelayanan”. Lebih jauh lagi pasal 10 ayat (1) mengatur bahwa: “perpanjangan kerjasama antara fasilitas kesehatan dengan

BPJS Kesehatan setelah dilakukan rekredensialing”. Sementara, ayat (2) menyatakan: “rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menggunakan kriteria teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) dan penilaian kinerja yang disepakati bersama, serta ketentuan melibatkan dinas Kesehatan kabupaten/Kota dan/atau Asosiasi fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2a) dan ayat (2b)”.

Fasilitas kesehatan yang tidak dapat memenuhi tuntutan rekredensialing berpotensi hubungan kerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat berakhir atau tidak diperpanjang dikarenakan kriteria tidak terpenuhi. Jika fasilitas kesehatan tidak dapat memenuhi kriteria rekredensialing secara hukum terdapat prestasi yang tidak terpenuhi/wanprestasi dan berakibat hubungan hukum dalam perjanjian tersebut dapat berakhir. Sehingga peserta/masyarakat yang terdaftar dalam faskes dapat dirugikan karena pelayanan kesehatan tidak dapat diakses.

Berbeda dengan proses perijinan dimana masing-masing daerah memiliki perbedaan, perbedaan sarana prasarana dan sumber daya manusia, terlebih perbedaan akses atau distribusi fasilitas kesehatan yang tidak merata. Pemerintah memiliki tujuan pemerataan pelayanan kesehatan tentunya harus disesuaikan dengan kebijakan yang mendukung dengan penyebaran SDM dan segala fasilitas kesehatan di setiap wilayah secara merata. Kesehatan adalah salah satu unsur dari kesejahteraan yang diwujudkan melalui upaya berbagai upaya kesehatan dalam rangkaian pembangunan kesehatan secara menyeluruh. Sejalan dengan amanat UUD 1945 Pasal 28 H ayat (1) ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Dari amanat konstitusi diturunkan Undang Undang No 11 Tahun 2020 tentang Cipta

Kerja, dalam bab Perumaha-sakit bertujuan memudahkan perizinan berusaha dan percepatan investasi baik oleh pemerintah maupun oleh pihak swasta.

Kemudahan tersebut dapat dimanfaatkan lebih lanjut oleh masyarakat agar program dan tujuan pemerintah terkait kesehatan dapat terealisasi. Terkait dengan kebijakan tersebut juga berdampak terhadap pelayanan JKN yang dapat dirasakan oleh masyarakat agar masyarakat dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan melalui JKN. Sinergis ini dapat berbentuk kemudahan kerjasama tentunya tanpa mengindahkan ketentuan perundang - undangan.

Fasilitas kesehatan di wilayah tertentu masih terdapat kesulitan sumber daya manusia, dikarenakan tidak tercapainya kriteria SDM yang telah ditentukan setiap fasilitas kesehatan sehingga kerjasama dengan JKN tidak dapat dilakukan. Jika hal tersebut tidak carikan solusi maka, akan pemerataan kesehatan dan masyarakat mendapatkan pelayanan JKN juga sulit sekalipun sudah menjadi anggota.

Peraturan Pemerintah No 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan Pasal 7 berbunyi “pemerataan tenaga kesehatan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dilaksanakan melalui proses sebagai berikut: identifikasi kebutuhan jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat dengan memperhatikan kondisi geografis dan sosial budaya”. Berkaitan Kebutuhan SDM yang memang diperlukan pemerintah dapat membantu masyarakat agar mudah penyebaran tenaga kesehatan dapat merata sehingga rumah sakit swasta kekurangan SDM sebagai salah satu syarat bekerjasama dengan JKN dapat teratasi.

#### **4. Sebaran Peserta PBI-Daerah yang ditempatkan Fasilitas Kesehatan Publik**

Sampai saat ini sebaran peserta belum merata terkhusus difasilitasi kesehatan publik dengan fasilitas kesehatan swasta. Hal demikian terjadi salah satunya dikarenakan

dalam perjanjian antara pemerintah daerah dengan BPJS Kesehatan terdapat klausul yang menyatakan “peserta yang didaftarkan oleh pemerintah daerah wajib terdaftar di FKTP milik pemerintah”. Peserta PBI-Daerah adalah penduduk yang didaftarkan pemda 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. Jika saat ini jumlah PBI-Daerah 37.227.368 hanya fokus di puskesmas tidak dilakukan penyebaran di klinik swasta atau dokter praktik perorangan maka sudah pasti akan menumpuk di puskesmas. Dari hasil kajian tidak sedikit dokter praktik swasta yang mendapatkan kapitasi sedikit dibandingkan dengan puskesmas.

Sebaran yang tidak sesuai dengan kebutuhan mengakibatkan peserta kesulitan dalam mengakses terkait dengan jarak, fasilitas, hak memilih fasilitas kesehatan, dan dalam mendapatkan manfaat maka kebijakan tersebut perlu ditiadakan. Tidak keadilan ini juga dirasakan oleh fasilitas kesehatan swasta karena biaya kapitasi tidak menutupi operasional atau tidak sebanding dengan modal dikeluarkan untuk kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sesuai dengan UU SJSN dan UU BPJS jaminan sosial diselenggarakan berdasarkan asas manfaat. Asas manfaat yang dimanfaatkan oleh peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik sesuai dengan KUH Perdata Pasal 1653 memiliki syarat diadakan oleh kekuasaan/negara dalam hal ini BPJS Kesehatan dibentuk oleh undang-undang dan amanat konstitusi Pasal 34 UUD 1945, bekerja untuk kepentingan publik yaitu BPJS dibentuk untuk memenuhi jaminan sosial warga negara, dan diberi wewenang untuk mengikat publik dalam arti segala peraturan BPJS yang dikeluarkan dan sesuai dengan wewenang dan tugas fungsinya maka publik

yang terkait maka harus patuh dalam pelaksanaannya (Diah Arimbi, 2020).

Penjelasan diatas, BPJS sebagai lembaga negara memiliki kejelasan bahwa dalam menjalankan sistemnya BPJS Kesehatan harus memegang asas-asas pemerintahan yang baik, tidak menjalankan sistem yang bertentangan dengan undang-undang. Jika dalam perjanjiannya mengurangi manfaat bagi peserta, BPJS Kesehatan berhak untuk meluruskan dikarenakan hal tersebut tidak sesuai dengan syarat syah perjanjian dan bertentangan dengan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan termasuk prinsip jaminan sosial khususnya prinsip portabilitas.

Hak dasar setiap orang diantaranya adalah kesehatan, semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan, termasuk masyarakat miskin. Jaminan kesehatan bagi masyarakat adalah tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Upaya peningkatan pelayanan dilakukan dengan penyediaan fasilitas kesehatan dan jaminan kesehatan dalam hal ini yang dilaksanakan oleh BPJS. BPJS adalah badan hukum yang dibentuk dengan undang-undang untuk menjalankan sebagian penyelenggaraan kekuasaan pemerintahan, yakni urusan penyelenggaraan program jaminan sosial.

Kajian ini menunjukkan bahwa implementasi berbeda kentara di rumah sakit pemerintah yang memiliki kewajiban bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan Peraturan Presiden No 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional yang mana diatur dalam Pasal 64 ayat (2): "Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan" dan ayat (3) "Fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan". Artinya rumah sakit milik pemerintah atau pemerintah daerah wajib sedangkan milik swasta memiliki

pilihan dapat tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Rumah sakit pemerintah yang memenuhi persyaratan mau tidak mau menutup mata terkait dengan tarif karena sudah menjadi kewajiban bagi fasilitas milik pemerintah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, walaupun demikian di lapangan masih menjadi bahan perdebatan dan masalah. Masalah-masalah kekecewaan fasilitas kesehatan terkait dengan tarif yang rendah adalah sebagai berikut:

- i. Biaya operasional minim;
- ii. Ketidakmauan rumah sakit atau badan usaha untuk bergabung dengan BPJS Kesehatan karena tarif yang minim, jika di sebuah wilayah fasilitas kesehatan terbatas atau tidak ada yang bekerjasama dengan JKN maka dampaknya masyarakat akan sulit mendapatkan akses JKN dan terpaksa masyarakat tidak mengakses atau mengakses dengan biaya yang mahal;
- iii. Tarif yang rendah juga mengakibatkan fasilitas kesehatan mengalami rugi atau berat untuk biaya perawatan peralatan kesehatan, sehingga fasilitas kesehatan tidak bisa memperbaharui alat atau meningkatkan fasilitas;
- iv. Adanya kebijakan pemerintah daerah dimana PBI daerah digiring pesertanya ke fasilitas kesehatan milik pemerintah daerah;
- v. Pemetaan peserta yang tidak rata.
- vi. Ijin atau kredensialing yang kaku dengan keterbatasan sumber daya manusia di wilayah tertentu.

Perhitungan kebutuhan hasil rekredensialing yang dituntut untuk meningkatkan pelayanan dari tahun ke tahun termasuk biaya akreditasi yang tidak sedikit. Pelayanan kesehatan cenderung dituntut dengan standar pelayanan medik tertinggi, padahal untuk pelayanan harus tersedia obat, alat kesehatan, jasa medik dan honorarium dokter, ini adalah masalah rumit yang dihadapi fasilitas kesehatan. Meski *cash flow* terganggu, rumah sakit tetap harus memberikan pelayanan yang baik dan tetap melakukan pelayanan kesehatan. Penelitian

yang dilakukan oleh Witcahyo (2019) menunjukkan perhitungan biaya satuan sangat mempengaruhi oleh sumber daya yang digunakan, semakin efisien sumber daya yang digunakan semakin kecil biaya yang dihasilkan, sehingga dapat menghasilkan keuntungan bagi rumah sakit. Penelitian lain dikemukakan oleh Tania dan Thabrany (2017) yang mengidentifikasi bahwa perbedaan tarif antara tipe rumah sakit padahal tidak ada perbedaan biaya operasional rumah sakit untuk perawatan hemodialisa. Penekanan biaya rumah sakit sangat diperlukan untuk perawatan peralatan, gedung dan mengupayakan CoB (*Coordination of Benefit*) sebagai peluang *income generating* seperti yang dikemukakan oleh Widjayanto dkk., (2017) tentang perlunya penekanan biaya faskes untuk efisiensi.

Adapun pelaksanaan jaminan kesehatan dalam implementasinya masih terdapat kendala yakni belum meratanya pelayanan JKN. Sebagian besar pelayanan JKN berada di kota-kota besar, sedangkan di daerah masih banyak faskes yang belum bekerjasama dikarenakan permasalahan tarif yang dianggap masih belum menguntungkan bagi fasilitas kesehatan swasta dan distribusi pasien yang kurang merata lebih banyak difasilitasi kesehatan publik (puskesmas). Seperti yang telah dijelaskan di atas, Perpres No 82 Tahun 2018, kewajiban faskes milik pemerintah pusat dan pemerintah daerah wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan faskes swasta yang memenuhi syarat dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Bagi faskes swasta di titik ini terbentuk sebuah perikatan di mana masing-masing sepakat untuk menjalankan hak dan kewajiban yang telah disepakati.

Pada hakikatnya hukum dapat berwujud dalam sebuah perintah yang memaksa, dapat adil atau sebaliknya. Hukum dibuat untuk memberikan keadilan atau kebahagiaan dengan upaya dapat dirasakan oleh sebagian besar masyarakat, karena memberikan manfaat sebesar-besarnya kepada masyarakat. Masyarakat dan negara

seyogyanya menjalin hubungan selaras, serasi dan seimbang menjalankan hak dan kewajibannya masing-masing agar hubungan lebih harmonis. Fungsi negara sebagai pihak eksekutif menjalankan perintah Undang-Undang yang dilaksanakan oleh pejabat negara dan memaksa warga negaranya untuk patuh kepada peraturan perundang-undangan dalam hal berkenaan dengan kekuasaan yang sah.

Berkaitan dengan tarif yang menjadi hambatan, keluhan dan keengganan faskes untuk bekerjasama dengan JKN. Sedangkan kebutuhan akses kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat masih dibutuhkan, maka pemerintah harus memberikan tawaran yang menarik bagi pihak fasilitas kesehatan sehingga dapat menarik konsumen (faskes dan peserta JKN) untuk mendapatkan kepercayaan dari mereka. *Win-win solution* merupakan tawaran yang lebih baik mengingat hukum diciptakan berdasarkan kebutuhan dan menyelesaikan permasalahan berdasarkan fakta yang ada bukan atas kekuasaan belaka.

Kesadaran masyarakat atas kebutuhan asuransi kesehatan dan menjadi provider JKN bagi faskes dirasakan belum signifikan, ditandai dengan masalah jumlah faskes yang belum menjadi provider. Penyebabnya adalah karena tarif yang belum memiliki daya tarik yang menarik atau sesuai dengan kebutuhan mereka. Pemerintah menempuh pendekatan melalui proses klarifikasi dengan penyesuaian kebutuhan atau keuntungan yang nyata untuk fasilitas kesehatan (Suleman dkk., 2020), bukan sekedar pemaksaan dengan dalil sebuah perintah undang-undang.

Kenaikan iuran BPJS tidak diimbangi dengan kenaikan tarif yang selama ini dalam ketentuannya diatur bahwa tarif bagi fasilitas kesehatan ditinjau paling cepat 2 tahun. Makna "paling cepat" menjadikan posisi tarif dapat ditinjau dalam batas waktu yang tidak dapat ditentukan, ketentuan ini menandakan ketidakadilan bagi faskes padahal tuntutan kesehatan selalu berkembang cepat.

Walaupun ada keuntungan secara menyeluruh akan tetapi pemerintah perlu melakukan kajian berdasarkan jumlah pasien, operasional atau dengan unit cost secara keseluruhan dengan tarif JKN. Kajian ini akan menciptakan kondisi yang mana faskes tidak lagi mengeluhkan tarif yang rendah dan faskes swasta yang memiliki kemauan untuk bekerja sama dengan JKN. Harapannya dengan adanya tarif yang memadai kualitas terhadap layanan dapat lebih baik. Ketentuan tarif antar faskes juga menjadikan perhatian karena dengan kompetensi yang sama, alat dan obat yang sama permasalahan kecemburuan dapat timbul. Perbedaan tarif antar kelas rumah sakit menjadi sebab musabab kecemburuan tersebut, termasuk distribusi pasien tidak adil. Seperti yang diungkapkan oleh Wati dan Thabrany (2017), perbedaan tarif menurut kelas menyebabkan RS berbondong-bondong untuk menaikkan kelas bukan kualitas untuk mendapatkan insentif lebih besar. JKN memang diperlukan karena sifat penyelenggaraan JKN adalah *mandatory* akan tetapi harus diimbangi dengan keadilan yang lain tanpa memberatkan salah satu pihak apalagi kedudukan kerjasama yang ada memiliki kekuatan hukum yang sama.

## KESIMPULAN

Peluang dan tantangan dalam JKN menjadi topik yang menarik melihat masih banyak permasalahan dalam hubungan antara BPJS dengan fasilitas kesehatan. Konsekuensi hukum dalam hubungan fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan adalah perikatan hukum yang keduanya memiliki akibat hukum atas hak dan kewajibannya. Melalui sekalipun karena perintah UU dan kesepakatan antara kedua belah pihak pemerintah tetap harus mendukung fasilitas kesehatan terutama dengan faskes swasta terkait dengan dukungan tarif JKN, ketersediaan SDM, dan sebaran peserta JKN yang tidak hanya fokus di Puskesmas/ klinik milik pemerintah.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan kepada Health Financing Activity-USAID yang telah memberikan dukungan dalam kajian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, G. F., Hurst, J., Hussey, P. S., & Jee-Hughes, M. (2000). Health spending and outcomes: Trends in OECD countries, 1960-1998. *Health Affairs*, 19(3). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.19.3.150>
- Aron-Dine, A., Einav, L., Finkelstein, A., & Cullen, M. (2015). Moral hazard in health insurance: Do dynamic incentives matter? *Review of Economics and Statistics*, 97(4). [https://doi.org/10.1162/REST\\_a\\_00518](https://doi.org/10.1162/REST_a_00518)
- Arimbi, Diah. Legal Status of The Social Security Administrator (BPJS) As A Public Legal Entity. *Jurnal Dinamika Hukum* 19.3 (2020): 829-855.
- Aulia, D., Ayu, S. F., & Nasution, N. H. (2017). Analisis Upaya Rumah Sakit dalam Menutupi Kekurangan Biaya Klaim Indonesia Case Base Group (INA-CBGs) Yang Dihitung dengan Metode Activities Base Costing pada Rumah Sakit Swasta Kelas C di Kota Medan Tahun 2017. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4). <https://doi.org/10.7454/eki.v1i4.1783>
- BPJS Kesehatan. (2014). Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. *BPJS Kesehatan*.
- BPJS Kesehatan. (2021). <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>
- Dwicaksono, A., & Nurman, A. (2009). MENUJU JAMINAN AKSES KESEHATAN UNIVERSAL DI INDONESIA: PERBANDINGAN MODEL DAN KELEMBAGAAN SISTEM JAMINAN KESEHATAN DI DAERAH. *Jurnal Analisis Sosial*, 14(2).
- Einav, L., & Finkelstein, A. (2011). Selection in insurance markets: Theory and empirics in

- pictures. *Journal of Economic Perspectives*, 25(1). <https://doi.org/10.1257/jep.25.1.115>
- Hsia, D. C., & Ahern, C. A. (1992). Good quality care increases hospital profits under prospective payment. *Health Care Financing Review*, 13(3).
- Istianisa, N., & Oktamianti, P. (2017). Analisis Penerapan Cost Containment pada Kasus Sectio Caesarea dengan Jaminan BPJS di RS Pemerintah XY di Kota Bogor Tahun 2016. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4). <https://doi.org/10.7454/eki.v1i4.1800>
- Jiang, H. J., Friedman, B., & Begun, J. W. (2006). Factors associated with high-quality/low-cost hospital performance. *Journal of Health Care Finance*, 32(3).
- Kusdiyana, Ari. (2019). Analisis selisih biaya antara biaya rumah sakit dengan paket INA-CBGs dalam upaya pengendalian biaya (*Pelaksanaan Audit Operasional di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan*) (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).
- Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2017 tentang Pemerataan Peserta di Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- Permenkes No 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.
- Perpres No.82. (2018). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53.
- Pujiyanti, E., Setiawan, E., Jasmin, E. R., & Suwandi, I. P. (2020). Kajian Literatur Sistematis: Skema Pengendalian Biaya dalam Asuransi Kesehatan Nasional di Beberapa Negara. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v4i2.3460>
- Rahayuningrum, I. O., Tamtomo, D. G., & Suryono, A. (2017). Analisis Tarif Rumah Sakit Dibandingkan Dengan Tarif Indonesian Case Based Groups Pada Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit. *Prosiding Seminar Nasional & Internasional*, 1(1).
- Roever, S., Skinner, C., Sarker, N. I., Rahman, Z., Cao, Q., Xu, Z., Gunhidzirai, C., Tanga, P. T., Michelle, L. K., Anna, L. C., Kang, S., Esser, F., Vliegthart, R., Avenue, S. P., York, N., States, U., Ljubimov, A. V., Burgeson, R. E., Butkowski, R. J., ... Sen, K. (2019). Doing fieldwork in a pandemic (crowd sourced document). *The International Encyclopedia of Communication Research Methods*, 23(December).
- RS Online. (2021). <https://sirs.kemkes.go.id/fo/>
- Suleman, D., Ali, H., Nusraningrum, D., & Ali, M. M. (2020). Consumer Behaviour in the Marketing 4.0 era regarding decisions about where to shop. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 13(7).
- Tania, F., & Thabrany, H. (2017). Biaya dan Outcome Hemodialisis di Rumah Sakit Kelas B dan C. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(1). <https://doi.org/10.7454/eki.v1i1.1763>
- Thabrany, H. (1998). Penetapan dan Simulasi Tarif Rumah Sakit. *Pelatihan RSPAD*, 2–6.
- Undang-Undang Dasar NKRI 1945.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. In *Nursing and*

*Health Sciences* (Vol. 15, Issue 3).  
<https://doi.org/10.1111/nhs.12048>

Wati, H., & Thabrany, H. (2017). Perbandingan Klaim Penyakit Katastropik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DKI Jakarta dan Nusa Tenggara Timur Tahun 2014. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2).  
<https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1771>

Widayanto, A. D. W., Sudiro, S., & Suryawati, C. (2017). Kebijakan Penetapan Tarif Seksio Sesarea Tanpa Penyulit dengan Metode Activity Based Costing Berdasarkan ICD-9CM pada Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit XY Kabupaten Kudus Tahun 2016. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4). <https://doi.org/10.7454/eki.v1i4.1782>

Winda, S. W. (2018). Formularium Nasional (FORNAS) dan e-Catalogue Obat Sebagai Upaya Pencegahan Korupsi dalam Tata Kelola Obat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *INTEGRITAS*, 4(2).  
<https://doi.org/10.32697/integritas.v4i2.328>

Witcahyo, E. (2019). Perhitungan Biaya Satuan Pada Tindakan Intensive Unit Care di Rumah Sakit X di Jember Melalui Metode Activity Based Costing (ABC). *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(1).  
<https://doi.org/10.7454/eki.v4i1.2781>

Yuniarti, E., Amalia, A., & Handayani, T. M. (2015). Analsis Biaya Terapi Penyakit Diabetes Melitus Pasien Jaminan Kesehatan Nasional di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta - Perbandingan Terhadap Tarif INA CBGs. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 4(3).