

Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK)

2015



Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI



Puji dan syukur dipanjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas izin dan rahmat-Nya “Laporan Akuntabilitas Kinerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015” dapat diselesaikan. Laporan ini merupakan bentuk pertanggungjawaban PPJK dalam melaksanakan tugasnya dalam penyusunan kebijakan teknis dan pembinaan pembiayaan dan jaminan kesehatan.

Laporan ini juga merupakan wujud transparansi dan akuntabilitas PPJK dalam melaksanakan tugas dan fungsinya yang mengacu pada Perjanjian Kinerja Tahun 2015 sebagai penjabaran lebih lanjut dari Peraturan Presiden Nomor 3 Tahun 2015 tentang Perubahan Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2015 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.

Melalui laporan ini, diharapkan dapat diperoleh informasi gambaran pelaksanaan **Program Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya Kementerian Kesehatan** dan kegiatan **Pembinaan, Pengembangan Pembiayaan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan** yang selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan evaluasi yang objektif dalam rangka peningkatan kinerja.

Terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak atas bantuan tenaga dan pikirannya sehingga laporan ini dapat disusun dan diselesaikan tepat waktu. Semoga laporan ini bermanfaat dalam peningkatan pelaksanaan program terutama dalam pengembangan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.

Jakarta, 29 Januari 2016

**Kepala Pusat
Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan**

**dr. Donald Pardede, MPPM
NIP 195804021986111001**

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015 merupakan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan yang telah dilaksanakan dengan mengacu pada Perjanjian Kinerja Tahun 2015 sebagai penjabaran lebih lanjut dari Peraturan Presiden Nomor 3 Tahun 2015 tentang Perubahan Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2015 dan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019

Program Pembangunan Kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 (tiga) pilar utama, yaitu 1) Paradigma Sehat, 2) Penguatan Pelayanan Kesehatan, dan 3) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terkait dengan pilar 3 tersebut, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) pada tahun 2015 memfokuskan terhadap 5 (lima) kegiatan utamanya, yaitu (1) penyiapan dan penyusunan bahan kebijakan teknis Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS), (2) penyiapan dan penyusunan dokumen *Hasil Health Technology Assessment* (HTA) untuk disampaikan kepada Menteri Kesehatan, (3) penyaluran iuran Peserta Bantuan Iuran (PBI), (4) monitoring dan evaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/KIS, dan (5) dukungan manajemen/operasional perkantoran.

Tahun 2015 Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan memiliki 60 kegiatan dan telah dilaksanakan sebanyak 54 kegiatan dengan realisasi anggaran DIPA PPJK secara keseluruhan adalah Rp. 19.919.254.732.079,- (97.59%) dari total anggaran Rp. 20.410.568.355.000,-.

Indikator kinerja PPJK sesuai dengan Perjanjian Kinerja Tahun 2015 sebagai penjabaran dari Peraturan Presiden Nomor 3 Tahun 2015 tentang Perubahan Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2015 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Berikut indikator Kinerja PPJK Tahun 2015: 1) jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS); 2) jumlah dokumen hasil studi/monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengembangan pembiayaan kesehatan & JKN/KIS; 3) jumlah dokumen hasil *Health Technology Assessment* (HTA) yang disampaikan kepada Menteri Kesehatan; dan 4) jumlah dokumen kebijakan realisasi iuran peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN/KIS. Untuk Indikator kinerja jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat, capaiannya sebesar 99,60%. Adapun untuk 3 (tiga) indikator kinerja lainnya, capainnya sebesar 100%.

Untuk indikator kinerja jumlah dokumen hasil studi/ monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengembangan pembiayaan kesehatan & JKN/KIS, telah dihasilkan 10 (sepuluh) dokumen, yaitu 1) Kajian Tata Prosedur Kepesertaan terhadap Akses Pelayanan Kesehatan Peserta JKN; 2) Kajian Kecukupan Iuran Dikaitkan dengan Besaran Tarip (Sustainabilitas) Program JKN/KIS; 3) Kajian Pencapaian Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Program JKN/KIS; 4) Kajian Kepuasan Stakeholders Jaminan Kesehatan Nasional; 5) Kajian Pemberian Manfaat Pelayanan Penyakit Kronis dalam JKN; 6) Kajian Perhitungan Biaya (*Costing*) dan Formulasi Anggaran (*Budgeting*) untuk Mendanai Seluruh Program Kesehatan di Indonesia; 7) Kajian Perhitungan *Costing* Program Malaria sebagai Bahan Penetapan Kebijakan Pembiayaan Kesehatan; 8) Evaluasi Pelaksanaan JKN/KIS Tingkat Nasional; 9) *Piloting* Model Pelaporan Data Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan sebagai *Evidence Base* untuk Pengambilan Kebijakan; dan 10) *National Health Account*

Dua dokumen untuk pencapaian kinerja Jumlah dokumen hasil *Health Technology Assessment* (HTA) yang disampaikan kepada Menteri Kesehatan, yaitu studi Dialisis pada Penyakit Gagal Ginjal Terminal (GGT) di Indonesia dan studi Sildenafil sebagai Terapi Hipertensi Arteri Pulmonal di Indonesia. Sedangkan dokumen untuk indikator jumlah dokumen kebijakan realisasi iuran peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN/KIS, yaitu dokumen perencanaan penganggaran dana iuran PBI JKN/KIS tahun 2015 dan dokumen laporan pembayaran iuran peserta PBI JKN/KIS tahun 2015.

Dalam pelaksanaan pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan tahun 2015 masih ditemui beberapa masalah dan hambatan, yaitu: 1) penetapan peserta PBI tambahan belum seluruhnya diselesaikan tepat waktu oleh Kementerian Sosial; 2) masih terbatasnya kuantitas dan kualitas SDM untuk pelaksanaan kegiatan HTA di mana dibutuhkan SDM yang bekerja *fulltime* serta memiliki pengetahuan teknis; 3) pembiayaan tim ahli HTA masih dibiayai oleh dana donor (AIPHSS); 4) pelaksanaan kegiatan NHA masih tergantung dari dana mitra pembangunan internasional (AIPHSS); 5) Institusionalisasi *Health Account* belum terlaksana sehingga proses produksi, diseminasi dan pemanfaatan hasil analisa NHA belum berdampak pada peningkatan kualitas program kesehatan; 6) masih terbatasnya kapasitas teknis SDM yang terlatih untuk NHA dan 7) pemanfaatan hasil analisa NHA untuk pengambil kebijakan program kesehatan masih belum optimal digunakan.

Sehingga strategi pemecahan masalah yang diusulkan adalah: 1) melakukan pemantauan (monitoring) serta melakukan koordinasi dalam proses pemutakhiran data PBI dengan stakeholders terkait 2) melakukan pengembangan kapasitas SDM melalui pelatihan dan lokakarya terkait HTA dan NHA; 3) melakukan penganggaran untuk pelaksanaan NHA setiap tahunnya; 4) mempersiapkan institusionalisasi *Health Account* sehingga proses produksi, diseminasi dan pemanfaatan hasil analisa NHA berdampak pada peningkatan kualitas program kesehatan; 5) Meningkatkan advokasi, sosialisasi, bimbingan teknis sehingga tercipta satu sistem yang memudahkan koordinasi antara Pemerintah Pusat, badan penyelenggara jaminan/asuransi kesehatan dan pemerintah daerah; dan 6) melaksanakan monitoring dan evaluasi segera terhadap substansi teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan dalam pelbagai perangkat peraturan yang telah dibuat guna mendukung implementasi JKN sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional.

DAFTAR ISI

	Halaman
<i>KATA PENGANTAR</i>	ii
<i>IKHTISAR EKSEKUTIF</i>	iii
<i>DAFTAR ISI</i>	vi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	1
C. Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi	1
D. Susunan dan Struktur Organisasi	2
E. Sistematika	4
BAB II PERENCANAAN STRATEGIS	
A. Visi dan Misi	5
B. Tujuan	5
C. Perjanjian Kinerja	5
D. Rencana Kinerja	7
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	
A. Pengukuran Kinerja	9
B. Evaluasi Kinerja	10
C. Analisis Pencapaian Kinerja	11
D. Sumber Daya Manusia	35
E. Aspek Keuangan	37
BAB IV PENUTUP	39

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1	Perjanjian Kinerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015	6
Tabel 2	Capaian Target Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015	9
Tabel 3	Rincian Penetapan Peserta PBI Tambahan JKN/KIS oleh Kementerian Sosial Tahun 2015	14
Tabel 4	Proyeksi Anggaran Kebutuhan Program Malaria Berdasarkan 3 Skenario, 2015-2019 (dalam milyar Rp)	23
Tabel 5	Total Pengeluaran Kesehatan (THE) menurut Harga Berlaku dan Konstan (2010) dan Angka Pertumbuhan THE, 2005 – 2013	28
Tabel 6	Total Health Expenditure, PDB dan Proporsi THE terhadap PDB, 2005 – 2013	28
Tabel 7	Pertambahan Rasio <i>Cost-Effectiveness</i> (ICER) Kebijakan DP dan HD sebagai Terapi Pertama Dibandingkan dengan Terapi Suportif	33
Tabel 8	Analisis Dampak Biaya DP dan HD sebagai Terapi Pertama	33
Tabel 9	Analisis Dampak Biaya Sildenafil dan Beraprost untuk Terapi HAP KF II dan KF III	35
Tabel 10	Alokasi Anggaran Pembayaran Iuran PBI JKN/KIS Tahun 2015	37
Tabel 11	Realisasi Pembayaran Iuran PBI JKN/KIS Tahun 2015	38
Tabel 12	Realisasi Anggaran Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015	40

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 1	Struktur Organisasi Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015	3
Gambar 2	Target Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN/KIS Tahun 2014-2019	12
Gambar 3	Alur/ Mekanisme Kepesertaan PBI JKN/KIS	13
Gambar 4	Persentase Faskes yang Menyatakan sudah Diakreditasi	17
Gambar 5	Persentase Faskes yang Menyatakan sudah Dilakukan Kredensialing	17
Gambar 6	Data Jenis Keluhan Berdasarkan Media Penyampaian secara Lisan Realisasi sampai dengan 31 Mei 2015	18
Gambar 7	Data Jenis Keluhan Berdasarkan Media Penyampaian secara Tulisan Realisasi sampai dengan 31 Mei 2015	18
Gambar 8	Persentase Fasilitas Kesehatan yang Memiliki Prosedur Penanganan Keluhan	19
Gambar 9	Persentase Alokasi APBD Kesehatan menurut Program, DHA 2011	23
Gambar 10	Contoh Format <i>Excel</i> Pengumpulan Data	28
Gambar 11	Total Belanja Kesehatan Indonesia Tahun 2010 - 2014	29
Gambar 12	Tren Pengeluaran Tahun 2010 - 2014	29
Gambar 13	Tren Pengeluaran Kesehatan Tahun 2010 - 2014	30
Gambar 14	Tren Pengeluaran Kesehatan sebagai Proporsi terhadap PDB, 2010 – 2014	30
Gambar 15	Tren Pengeluaran Kesehatan menurut Agen Pembiayaan, 2010 – 2014	31
Gambar 16	Distribusi SDM PPK per Bagian/Bidang	39
Gambar 17	Distribusi SDM PPK berdasarkan Jenis Kompetensi	39

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Nomor 28 tahun 1999 telah mengamanatkan kepada penyelenggara pemerintahan untuk menyelenggarakan pemerintahan yang bersih dan bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme. Salah satu azas dalam undang-undang tersebut yang dijadikan dasar penilaian adalah azas akuntabilitas. Dengan adanya azas ini, maka setiap kegiatan dan hasil akhir dari penyelenggaraan pemerintahan dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah; PermenPAN dan RB Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah; dan PermenPAN dan RB Nomor 9 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Laporan Kinerja Pemerintah Pusat. Berkenaan dengan hal tersebut, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan sebagai unit teknis pada Kementerian Kesehatan setiap tahunnya wajib membuat dan menyiapkan Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) sebagai wujud pertanggungjawaban, meskipun pengukuran kinerja masih terbatas mengukur daya serap dan output dari kegiatan yang dilaksanakan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Penyusunan LAK ini mempunyai maksud dan tujuan sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan sesuai dengan PERMENKES Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 dalam merealisasikan seluruh kebijakan, program dan kegiatan selama tahun 2015.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI ORGANISASI

Berdasarkan PERMENKES 1144/MENKES/PER/VIII/2010, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan mempunyai tugas *melaksanakan penyusunan kebijakan teknis dan pembinaan pembiayaan dan jaminan kesehatan*. Dalam melaksanakan tugasnya sesuai PERMENKES tersebut di atas, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

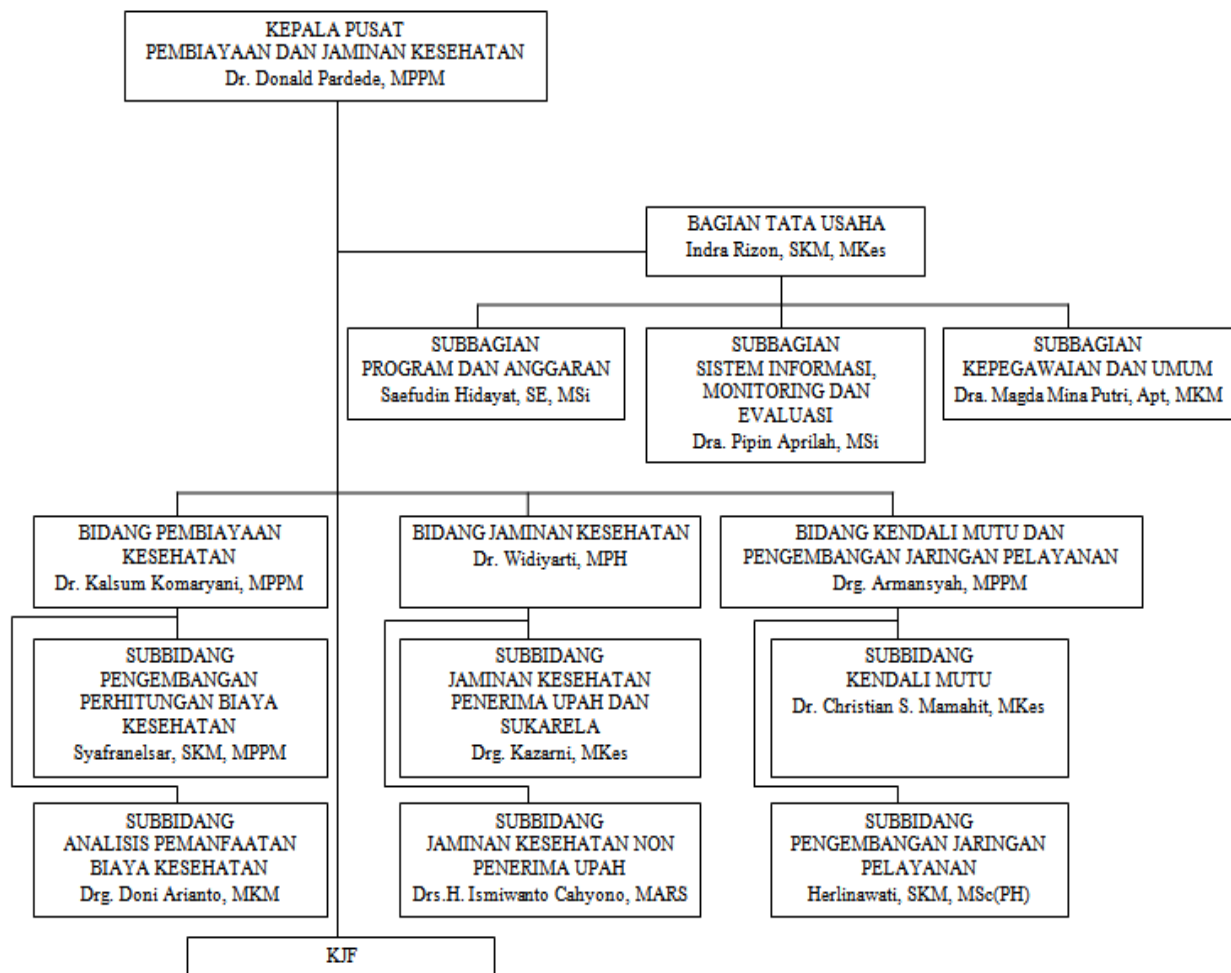
- a. *penyusunan kebijakan teknis, rencana dan program di bidang pembiayaan dan jaminan kesehatan;*
- b. *pelaksanaan tugas di bidang pembiayaan dan jaminan kesehatan;*
- c. *pemantauan, evaluasi, dan pelaporan pelaksanaan tugas di bidang pembiayaan dan jaminan kesehatan;*

- d. pelaksanaan advokasi, sosialisasi, koordinasi dan peningkatan kapasitas pelaku di bidang pembiayaan dan jaminan kesehatan; dan*
- e. pelaksanaan administrasi Pusat.*

D. SUSUNAN DAN STRUKTUR ORGANISASI

Adapun susunan struktur Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan berdasarkan PERMENKES No. 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan yang membawahi
 - a. Kepala Bagian Tata Usaha
 - b. Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan
 - c. Kepala Bidang Jaminan Kesehatan
 - d. Kepala Bidang Kendali Mutu dan Pengembangan Jaringan Pelayanan
2. Kepala Bagian Tata Usaha yang membawahi
 - a. Kepala Subbagian Program dan Anggaran
 - b. Kepala Subbagian Sistem Informasi, Monitoring dan Evaluasi
 - c. Kepala Subbagian Kepegawaian dan Umum
3. Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan yang membawahi
 - a. Kepala Subbidang Pengembangan Perhitungan Biaya Kesehatan
 - b. Kepala Subbidang Analisis Pemanfaatan Biaya Kesehatan
4. Kepala Bidang Jaminan Kesehatan yang membawahi
 - a. Kepala Subbidang Jaminan Kesehatan Penerima Upah dan Sukarela
 - b. Kepala Subbidang Jaminan Kesehatan Non Penerima Upah
5. Kepala Bidang Kendali Mutu dan Pengembangan Jaringan Pelayanan yang membawahi
 - a. Kepala Subbidang Kendali Mutu
 - b. Kepala Subbidang Pengembangan Jaringan



Gambar 1 Struktur Organisasi Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015

E. SISTIMATIKA

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan adalah sebagai berikut:

Kata Pengantar

Ringkasan Eksekutif

Daftar Isi

BAB I PENDAHULUAN

Menjelaskan tentang latar belakang, maksud dan tujuan penulisan laporan, tugas pokok dan fungsi Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, serta sistematika penulisan laporan.

BAB II PERENCANAAN STRATEGIS

Menjelaskan tentang visi, misi, tujuan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, perjanjian kinerja dan rencana kinerja.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Menjelaskan tentang hasil pengukuran kinerja, evaluasi dan analisis akuntabilitas kinerja, pencapaian keberhasilan dan kegagalan, aspek keuangan serta strategi pemecahan masalah.

BAB IV PENUTUP

BAB II PERENCANAAN STRATEGIS

A. VISI DAN MISI

Visi, misi dan tujuan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan sama dengan visi, misi dan tujuan Kementerian Kesehatan yang tercantum pada Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 tidak ada visi dan misi, namun mengikuti visi dan misi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotongroyong”. Upaya untuk mewujudkan visi ini adalah melalui 7 misi pembangunan yaitu:

1. Terwujudnya keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, menopang kemandirian ekonomi dengan mengamankan sumber daya maritim dan mencerminkan kepribadian Indonesia sebagai negara kepulauan.
2. Mewujudkan masyarakat maju, berkesinambungan dan demokratis berlandaskan negara hukum.
3. Mewujudkan politik luar negeri bebas dan aktif serta memperkuat jati diri sebagai negara maritim.
4. Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera.
5. Mewujudkan bangsa yang berdaya saing
6. Mewujudkan Indonesia menjadi negara maritim yang mandiri, maju, kuat dan berbasiskan kepentingan nasional, serta
7. Mewujudkan masyarakat yang berkepribadian dalam kebudayaan.

Kementerian Kesehatan mempunyai peran dan berkontribusi dalam tercapainya seluruh Nawa Cita terutama dalam meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.

B. TUJUAN

Terdapat dua tujuan Kementerian Kesehatan pada tahun 2015-2019, yaitu: 1) meningkatnya status kesehatan masyarakat dan; 2) meningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan.

C. PERJANJIAN KINERJA

Pengukuran pencapaian tujuan sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Kinerja Pemerintah 2015 dan Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019 dilakukan melalui pengukuran pencapaian sasaran strategis. Untuk menguatkan pencapaian sasaran strategis tersebut disusunlah perjanjian kinerja tahun 2015 sebagai dokumen pernyataan kinerja, berupa perjanjian kinerja antara atasan dan bawahan untuk mewujudkan target kinerja tertentu.

Dokumen perjanjian kinerja memuat pernyataan sasaran kegiatan, indikator kinerja dan target. Target kinerja menunjukkan komitmen dari pimpinan dan seluruh anggota organisasi untuk mencapai hasil yang diinginkan dari setiap sasaran startegis.

Perjanjian kinerja PPJK tahun 2015 yang telah ditandatangani baru pada target capaian output. Penetapan kinerja PPJK tahun 2015 telah menetapkan target kinerja berupa indikator output dan besaran target output-nya yang akan menjadi tolok ukur bagi keberhasilan kinerja. Indikator kinerja yang menjadi tolok ukur adalah indikator kinerja input (rencana/anggaran keuangan) dan output.

Berdasarkan Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019 sasaran Program Terselenggaranya Penguatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS). Indikator tercapainya sasaran program adalah jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS) sebanyak 92.2 juta jiwa . Namun besaran target jumlah peserta PBI yang digunakan sebagai target adalah sesuai dengan RKP 2015 sebanyak 88.2 juta jiwa.

Program Penguatan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS), dengan kegiatan Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS) memiliki sasaran kegiatan adalah dihasilkannya bahan kebijakan teknis pengembangan pembiayaan kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS). Adapun indikator pencapaian sasaran tersebut pada tahun 2015 sebagai berikut:

- a. Jumlah dokumen hasil studi/monitoring dan evaluasi pelaksanaan JKN/KIS sebanyak 10 dokumen.
- b. Jumlah dokumen hasil *Health Technology Assessment* (HTA) yang disampaikan kepada Menteri Kesehatan sebanyak 2 dokumen.
- c. Jumlah dokumen kebijakan realisasi iuran peserta Penerima Bantuan Iuran JKN/KIS sebanyak 2 dokumen

Tabel 1 Perjanjian Kinerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015

NO	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TRAGET
1	Terselenggaranya Penguatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS)	Jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu indonesia Sehat (KIS)	88,2 Juta Jiwa
2	Dihasilkannya bahan kebijakan teknis Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS)	1 Jumlah dokumen hasil studi/ monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengembangan pembiayaan kesehatan & JKN/KIS	10
		2 Jumlah dokumen hasil <i>Health Technology Assessment</i> (HTA) yang disampaikan kepada Menteri Kesehatan	2
		3 Jumlah dokumen kebijakan realisasi iuran peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN/KIS	2

D. RENCANA KINERJA

Untuk mencapai tujuan serta sasaran yang telah ditetapkan dan memperhatikan kegiatan pokok serta kegiatan indikatif dalam Renstra Kementerian Kesehatan, pada tahun 2015 kegiatan diarahkan pada :

a. Penyiapan dan Penyusunan Bahan Kebijakan Teknis Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS)

- 1) Koordinasi Pengembangan Subtansi Teknis dan Regulasi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
- 2) Koordinasi Pusat dan Daerah dalam Mendorong Peningkatan Pembiayaan Kesehatan
- 3) Rapat Koordinasi Teknis Pusat dengan Daerah dalam Pengembangan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
- 4) Penyusunan Pedoman Pelaksanaan JKN/KIS
- 5) Tersedianya Media Informasi, Buku Pedoman dan Modul sebagai Rujukan Pengembangan JKN
- 6) Piloting Model Pelaporan Data Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan sebagai *Evidence Base* untuk Pengambilan Kebijakan
- 7) Pengelolaan Data dan Informasi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
- 8) Pengembangan *Template* Aplikasi Pembiayaan Kesehatan
- 9) Penguatan Tenaga Koder dalam Implementasi INA CBG JKN
- 10) Penguatan Tenaga Provinsi untuk Melaksanakan PHA
- 11) Pengembangan INA CBG sebagai Kebijakan Pembayaran Prospektif JKN/KIS
- 12) Fasilitasi Pelaksanaan Kerja Komite Pertimbangan Klinis/ *Clinical Advisory* (CA)
- 13) Pengumpulan Data *Costing* dalam Rangka Penyusunan Tarif di FKRTL
- 14) Pengumpulan Data *Costing* dalam Rangka Penyusunan Tarif di FKTP
- 15) Diseminasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional
- 16) Fasilitasi Penyusunan *Clinical Pathway* dalam Implementasi INA CBG
- 17) Kajian Tata Prosedur Kepesertaan, Prosedur Pelayanan terhadap Akses Pelayanan Kesehatan Peserta JKN
- 18) Kajian Kecukupan Iuran Dikaitkan dengan Besaran Tarif (Sustainabilitas) JKN/KIS
- 19) Kajian Pencapaian Mutu Pelayanan Kesehatan dalam JKN/KIS
- 20) Kajian Kepuasan Stakeholders Jaminan Kesehatan Nasional
- 21) Sosialisasi Perkembangan Program JKN Tahun 2015
- 22) Penyiapan Tenaga Ahli
- 23) Penyiapan dan Penyusunan *Health Account* (PHA/DHA)
- 24) Dukungan Operasional Pelaksanaan NHA
- 25) Kajian Perhitungan *Costing* Program Malaria sebagai Bahan Penetapan Kebijakan Pembiayaan Kesehatan
- 26) Kajian Pemberian Manfaat Pelayanan Penyakit Kronis dalam JKN
- 27) Kajian Perhitungan Kebutuhan Biaya (*Costing*) dan Formulasi Anggaran (*Budgeting*) untuk Mendanai seluruh Program Pembangunan Kesehatan Indonesia

b. Penyiapan dan Penyusunan Dokumen Hasil *Health Technology Assessment* (HTA) untuk Disampaikan kepada Menteri Kesehatan

- 1) Penguatan Tenaga Teknis Komite Penilaian Teknologi Kesehatan/ *Health Technology Assesment* (HTA)
- 2) Fasilitasi Pelaksanaan Kerja Komite Penilaian Teknologi Kesehatan/ *Health Technology Assesment* (HTA)

c. Penyaluran Iuran Peserta Bantuan Iuran (PBI)

- 1) Rekonsiliasi Kepesertaan JKN/KIS
- 2) Koordinasi Pemutakhiran Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan
- 3) Koordinasi Integrasi Jamkesda ke JKN/KIS

d. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/KIS

- 1) Koordinasi Pemantapan Implementasi Pelaksanaan JKN/KIS
- 2) Monitoring Pelaksanaan JKN/KIS
- 3) Monitoring Dan Evaluasi Implementasi Tarif Pembayaran Prospektif JKN
- 4) Evaluasi Pelaksanaan JKN/KIS
- 5) Dukungan Operasional Tim Monev JKN/KIS

e. Dukungan Manajemen/Operasional Perkantoran

- 1) Koordinasi Pemantapan Pelaksanaan Reformasi Birokrasi pada Satker Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
- 2) Fasilitasi dan Koordinasi Pelaksanaan LS/LP
- 3) Fasilitasi Proses Hibah Barang Pusat ke Daerah
- 4) Reviu Laporan Keuangan Satker
- 5) Koordinasi Penyusunan RKAKL, DIPA Pusat PJK dan Dekonsentrasi
- 6) Penyusunan Laporan Tahunan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
- 7) *Short Course* dalam Negeri
- 8) Penguatan Kapasitas Pegawai Satker PPK dalam Reformasi Birokrasi (*Capacity Building*)
- 9) Layanan Perkantoran

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Berdasarkan Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Petunjuk Pelaksanaan Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan, untuk menilai akuntabilitas kinerja suatu instansi digunakan **3 (tiga) pendekatan** yaitu; **a) Pengukuran Kinerja, b) Evaluasi Kinerja, dan c) Analisis Akuntabilitas Kinerja.**

A. PENGUKURAN KINERJA

Pengukuran Kinerja digunakan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan visi, misi dan tujuan PPJK. Pengukuran kinerja dilakukan dengan menggunakan indikator kinerja dari kegiatan. Pengukuran kinerja mencakup: 1) kinerja kegiatan yang merupakan tingkat pencapaian target (rencana tingkat capaian) dari masing-masing kelompok indikator kinerja kegiatan, dan 2) tingkat pencapaian sasaran instansi pemerintah yang merupakan tingkat pencapaian target (rencana tingkat capaian) dari masing-masing indikator sasaran yang telah ditetapkan.

Indikator yang digunakan Pusat PJK untuk mengukur capaian, yaitu:

**Tabel 2 Capaian Target Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
Tahun 2015**

NO	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TRAGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Terselenggaranya Penguatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS)	Jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS)	88,2 Juta Jiwa	87,8 Juta Jiwa	99,60 %
2	Dihasilkannya bahan kebijakan teknis Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS)	1 Jumlah dokumen hasil studi/ monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengembangan pembiayaan kesehatan & JKN/KIS	10	10	100 %
		2 Jumlah dokumen hasil <i>Health Technology Assessment</i> (HTA) yang disampaikan kepada Menteri Kesehatan	2	10	100 %
		3 Jumlah dokumen kebijakan realisasi iuran peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN/KIS	2	2	100 %

B. EVALUASI KINERJA

Evaluasi kinerja bertujuan untuk mengetahui **pencapaian realisasi, kemajuan dan kendala** yang ditemukan dalam rangka pencapaian misi, agar dapat dinilai dan dipelajari guna perbaikan pelaksanaan program/kegiatan pada tahun-tahun selanjutnya.

Pada tahun 2015, fokus pelaksanaan kegiatan Satuan Kerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan pada: 1) **penyiapan dan penyusunan bahan kebijakan teknis Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS);** 2) **penyiapan dan penyusunan dokumen Hasil *Health Technology Assessment* (HTA) untuk disampaikan kepada Menteri Kesehatan;** 3) **penyaluran iuran Peserta Bantuan Iuran (PBI);** 4) **monitoring dan evaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/KIS;** dan 5) **dukungan manajemen/operasional perkantoran,** akan diukur pencapaian tingkat capaian dari kegiatan tersebut.

Untuk mengetahui sejauh mana pencapaian indikator kinerja yang telah ditetapkan, maka dilakukan evaluasi kinerja sebagai berikut:

1. Sesuai dengan Peraturan Presiden RI Nomor 2 tahun 2015 tentang RPJMN 2015-2019, Peraturan Presiden Nomor 3 Tahun 2015 tentang Perubahan Rencana Kinerja Pemerintah Tahun 2015, dan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, indikator keberhasilan dari terselenggaranya Penguatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS). Terkait indikator keberhasilan tersebut tugas Kementerian Kesehatan sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 102 Tahun 2012 adalah mendaftarkan peserta PBI ke BPJS Kesehatan dari data terpadu yang telah ditetapkan oleh Kementerian Sosial dan membayarkan iuran sebesar jumlah yang didaftarkan.
2. Adapun indikator keberhasilan Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah dihasilkannya sejumlah bahan kebijaksanaan teknis untuk studi/monitoring dan evaluasi, HTA dan kebijakan realisasi iuran PBI dengan jumlah dokumen hasil pelaksanaan yang telah ditentukan. Guna tercapainya indikator-indikator tersebut, maka perlu dilakukan akselerasi terhadap kegiatan-kegiatan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan yang mendukung tercapainya indikator kinerja dalam Renstra Kementerian Kesehatan. Kegiatan-kegiatan tersebut difokuskan untuk menghasilkan: 1) bahan substansi perumusan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan Kesehatan; 2) monitoring dan evaluasi pembiayaan dan jaminan kesehatan (JKN/KIS); 3) koordinasi, advokasi dan sosialisasi pembiayaan dan jaminan kesehatan (JKN/KIS); dan 4) penguatan SDM pusat dan daerah dalam pelaksanaan pembiayaan dan jaminan kesehatan (JKN/KIS).

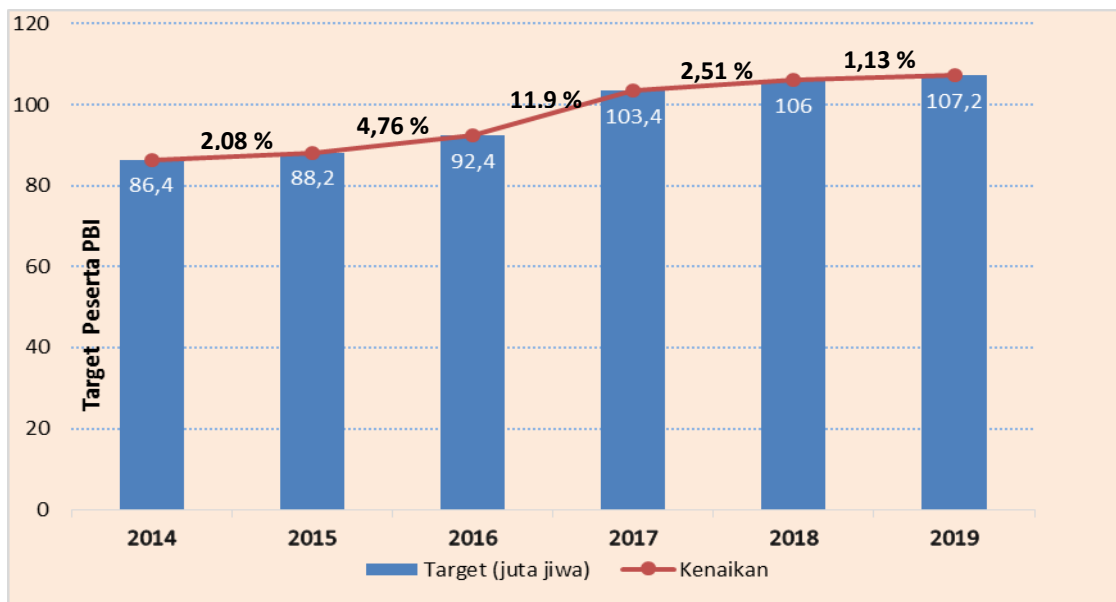
3. Bila dihubungkan dengan prinsip efisiensi dalam pencapaian target apabila dilihat lebih rinci berdasarkan per kegiatan masih terdapat output (keluaran) anggaran yang tidak mencapai 100%. Hasil tersebut perlu menjadi perhatian di masa mendatang dalam pelaksanaan kegiatan.
4. Dari aspek efektivitas digambarkan dari telah adanya kesesuaian antara tujuan dengan hasil yang telah dicapai, seperti terpenuhinya jumlah dokumen hasil studi/monitoring dan evaluasi, HTA dan kebijakan realisasi iuran PBI untuk bahan kebijakan teknis Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS).

C. ANALISIS PENCAPAIAN KINERJA

a) Penduduk yang Menjadi Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Sesuai Peraturan Presiden nomor 166 tahun 2014 tentang Program Percepatan Penanggulangan Kemiskinan dan Inpres Nomor 7 tahun 2014 tentang Pelaksanaan Program Simpanan Keluarga Sejahtera, Program Indonesia Pintar, dan Program Indonesia Sehat untuk Membangun Keluarga Produktif, maka diluncurkanlah program Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Indonesia Pintar (KIP) dan Kartu Kesejahteraan Sosial (KKS). Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang penyebarannya dilakukan secara bertahap oleh Presiden Jokowi pada saat kunjungan ke beberapa wilayah merupakan wujud Program Indonesia Sehat dan merupakan perluasan dari program Jaminan Kesehatan Nasional yang telah diluncurkan oleh pemerintah sebelumnya. Program Indonesia Sehat melalui KIS bertujuan : 1) menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan melalui program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan; 2) perluasan cakupan PBI termasuk Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) dan Bayi Baru Lahir dari peserta Penerima PBI; serta 3) memberikan tambahan Manfaat berupa layanan preventif, promotif dan deteksi dini dilaksanakan lebih intensif dan terintegrasi.

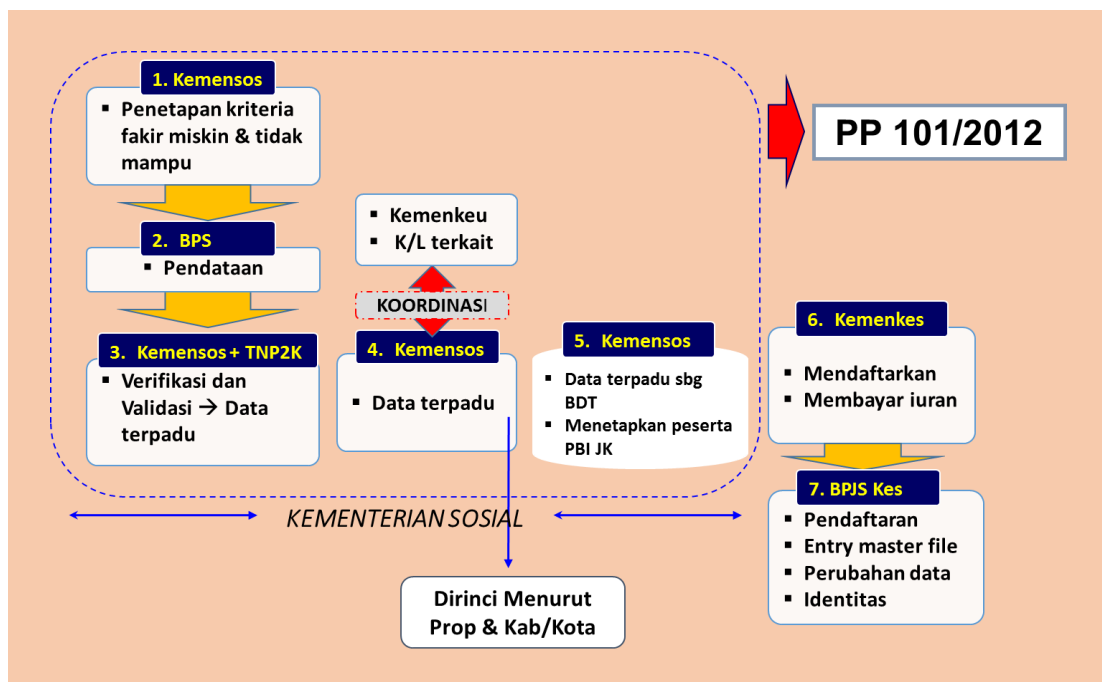
Target jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui JKN/KIS pada tahun 2015 sebanyak 88,2 juta jiwa dan mengalami peningkatan tiap tahunnya. Berikut ini disajikan gambar peningkatan jumlah peserta PBI dan persentase kenaikan tiap tahunnya sampai dengan tahun 2019.



Gambar 2 Target Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN/KIS Tahun 2014-2019

Peningkatan target peserta PBI JKN/KIS tersebut perlu menjadi perhatian khusus oleh Kementerian Kesehatan khususnya Pusat Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan sebagai pelaksana program. Guna mencapai target indikator tersebut, Pusat Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan berdasarkan tupoksinya diarahkan untuk melakukan pemantauan (monitoring) serta melakukan koordinasi dalam proses pemutakhiran data PBI.

Salah satu indikator Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan sesuai dengan Perjanjian Kinerja tahun 2015, yaitu jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS), Berdasarkan Peraturan Perundang-undangan pencapaian target peserta PBI sangat bergantung pada Penetapan Kepesertaan PBI oleh Menteri Sosial (Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 pasal 5). Atas dasar Penetapan PBI oleh Menteri Sosial, Menteri Kesehatan kemudian mendaftarkan Jumlah peserta PBI tersebut sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan (Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 pasal 7). Hal tersebut digambarkan melalui alur/mekanisme di bawah ini.



Gambar 3 Alur/ Mekanisme Kepesertaan PBI JKN/KIS

Pada tahun 2015, realisasi pencapaian indikator “Jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS)” sebanyak 87.882.867 jiwa dari target 88.231.816 jiwa. Dengan demikian, capaian kinerja indikator ini adalah sebesar 99.60 %. Upaya pemenuhan capaian indikator tersebut pada tahun 2015 belum mampu sebesar 100 % oleh Kementerian Kesehatan dikarenakan tidak terpenuhinya target jumlah peserta PBI yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial.

Pada tahun 2015 dari target peserta PBI tambahan sebesar 1.831.816 jiwa, yang terdiri dari Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang meliputi kelompok masyarakat miskin, rentan miskin, serta tuna wisma dan orang penghuni lapas dan rutan, yang terealisasi hanya sebanyak **1.482.867** jiwa. Belum terpenuhinya target tersebut dikarenakan belum seluruhnya penetapan peserta PBI tambahan diselesaikan tepat waktu oleh Kementerian Sosial.

Adapun pendaftaran peserta PBI tambahan JKN/KIS dilakukan secara bertahap berdasarkan SK Mensos RI Nomor 44B/HUK/2015, SK Mensos RI Nomor 58/HUK/2015, SK Mensos RI Nomor 128/HUK/2015 dan SK Mensos RI Nomor 132/HUK/2015. Berikut rincian penetapan peserta PBI tambahan JKN/KIS tahun 2015

**Tabel 3 Rincian Penetapan Peserta PBI Tambahan JKN/KIS
oleh Kementerian Sosial Tahun 2015**

NO	SK MENSOS RI	TANGGAL	JUMLAH PBI BARU (jiwa)
1	44B/HUK/2015	04 Mei 2015	1.355
2	44B/HUK/2015	04 Mei 2015	3.842
3	44B/HUK/2015	07 Mei 2015	204
4	44B/HUK/2015	09 Mei 2015	2.766
5	44B/HUK/2015	11 Mei 2015	2.206
6	44B/HUK/2015	13 Mei 2015	1.512
7	44B/HUK/2015	13 Mei 2015	624
8	44B/HUK/2015	21 Mei 2015	6.883
9	44B/HUK/2015	21 Mei 2015	1.568
10	44B/HUK/2015	21 Mei 2015	620
11	44B/HUK/2015	22 Mei 2015	1.273
12	44B/HUK/2015	25 Mei 2015	6
13	44B/HUK/2015	28 Mei 2015	526
14	44B/HUK/2015	29 Mei 2015	18
15	44B/HUK/2015	30 Mei 2015	120
16	44B/HUK/2015	30 Mei 2015	1.807
17	44B/HUK/2015	01 Juni 2015	141
18	44B/HUK/2015	02 Juni 2015	94
19	44B/HUK/2015	20 Juni 2015	763
20	44B/HUK/2015	21 Juni 2015	144
21	44B/HUK/2015	21 Juni 2015	35
22	44B/HUK/2015	30 Juni 2015	36
23	44B/HUK/2015	10 Juli 2015	8.260
24	58/HUK/2015	01 Desember 2015	60.051
25	128/HUK/2015	01 Desember 2015	2.084
26	132/HUK/2015	01 Desember 2015	1.385.929
TOTAL			1.482.867

Guna monitoring pencapaian target kepesertaan PBI JKN/KIS tahun 2015. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan telah melakukan upaya dalam berbagai kegiatan yang melibatkan beberapa stakeholder terkait, terutama dalam koordinasi proses pemutakhiran data peserta JKN/KIS. Adapun upaya yang telah dilakukan di antaranya:

- 1) Berkoordinasi dengan Kementerian Sosial dalam updating data kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan, sesuai dengan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 dan Peraturan Pemerintah Nomor 76 tahun 2015 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

- 2) Berkoordinasi dengan Dinas Kabupaten/Kota dalam rangka memperoleh data bayi baru lahir dari orang tua peserta PBI JKN/KIS.

b) Dokumen Hasil Studi/ Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan JKN/KIS

Realisasi indikator “Jumlah Dokumen Hasil Studi/ Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan JKN/KIS” pada tahun 2015 dapat tercapai sebagaimana target yang ditetapkan, yaitu sebanyak 10 dokumen (capaian kinerja 100%). Berikut 10 (sepuluh) dokumen tersebut :

1) *Kajian Tata Prosedur Kepesertaan terhadap Akses Pelayanan Kesehatan Peserta JKN*

Kajian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang tata prosedur pendaftaran dan akses terhadap pelayanan kesehatan peserta program JKN, di antaranya tentang implementasi proses pendaftaran peserta dan identifikasi permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan pendaftaran peserta. Kajian dilakukan dengan pengumpulan data di tingkat pusat dan daerah. Pada tingkat pusat di Kementerian Kesehatan cq PPJK dan Kantor Pusat BPJS Kesehatan. Sedangkan pada tingkat daerah di propinsi Jambi, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta, Kalimantan Barat, Sulawesi Selatan dan Papua. Pengambilan data juga dilakukan pada berbagai instansi dan masyarakat untuk mendapatkan gambaran yang utuh tentang prosedur kepesertaan. Adapun sasaran kajian, diantaranya BPJS Kesehatan Kantor Cabang, Fasilitas Kesehatan (FKTP dan FKRTL) dan rumah tangga.

Pada kajian ini diketahui bahwa secara kuantitas perangkat regulasi tataprosedur kepesertaan dan akses terhadap pelayanan kesehatan sudah memadai. Namun, masih terdapat beberapa ketentuan yang belum diatur, di antaranya tentang protabilitas perubahan status pekerjaan atau batas usia tanggungan anak, kepesertaan ganda, pedoman hirarki peraturan. Secara kualitas masih terdapat beberapa peraturan yang perlu penyesuaian antara berbagai peraturan tentang kepesertaan JKN, di antaranya 1) tata cara pendaftaran kepesertaan; 2) pengendalian resiko kepesertaan dan 3) pengelolaan data kepesertaan yang belum diatur dan penggunaan data kepesertaan yang belum diatur secara rinci.

Animo masyarakat untuk menjadi peserta mandiri JKN/KIS yang tergambar pada kajian cukup tinggi, namun masih tidak diiringi dengan tingkat pengetahuan yang memadai, sehingga kepatuhan terhadap peraturan khususnya pembayaran iuran rendah. Selain itu, Akses merupakan kendala yang sangat menonjol bagi masyarakat di wilayah terpencil, tertinggal, dan perbatasan untuk menjadi peserta program JKN/KIS.

2) Kajian Kecukupan Iuran Dikaitkan Dengan Besaran Tarip (Sustainabilitas) Program JKN/KIS

Tujuan umum kajian ini adalah untuk melakukan simulasi tentang implikasi dari penerapan revisi standar tarip pelayanan kesehatan terhadap penyerapan dana iuran program JKN untuk mendanai manfaat jaminan bagi peserta.

Studi ini menemukan biaya manfaat tahun 2016 atas dasar tarip Permenkes 59 tahun 2014 adalah Rp 34.105,- per orang per bulan, atau Rp 64,2 triliun. Biaya manfaat akan naik jika estimasi dilakukan dengan menggunakan usulan tarip I dan II, yaitu Rp 75,1 triliun (naik 17 persen) pada usulan tarip I dan Rp 71,5 triliun (naik 11 persen) pada usulan tarip II. Rata-rata biaya manfaat per orang per bulannya masing-masing Rp 39.743,- dan Rp 38.709,-.

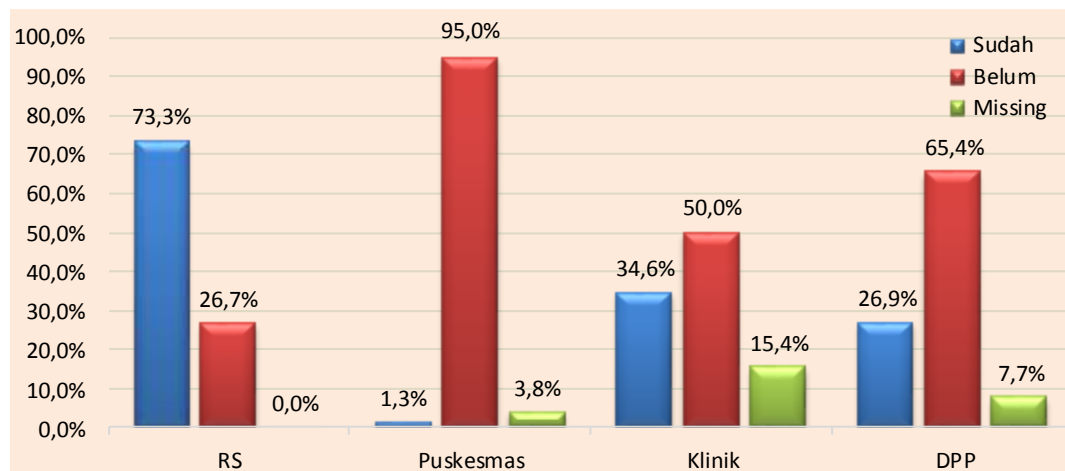
Hasil simulasi yang dilakukan atas dasar nilai iuran indikatif dan tarip Permenkes 59 tahun 2014 menemukan angka klaim rasio tahun 2016 sebesar 98,9%. Kalimat rasio menjadi 115,6% dan 110% jika simulasinya dilakukan dengan menggunakan hasil estimasi biaya manfaat yang dihitung berdasarkan usulan tarip I dan II. Angka klaim rasio 98,9% merefleksikan dana iuran JKN hanya cukup untuk mendanai manfaat, sementara untuk biaya pengelolaan (dengan asumsi 6,25%) kurang Rp 1.770,- per orang per bulan atau Rp 3,3 triliun jika dikonversi dengan peserta 2016. Sedangkan angka rasio 115,2% (Tarip I) mencerminkan penerimaan iuran tidak cukup meski hanya untuk mendanai manfaat. Neraca keuangan deficit Rp 7.048,- per orang per bulan atau Rp 13,9 triliun. Kondisi deficit juga akan terjadi meski usulan tarip II yang diberlakukan, dengan nilai deficit Rp 5.688 per orang per bulan, atau Rp 10,7 triliun.

Studi ini menyimpulkan usulan tarip (Usulan I dan II) tidak memungkinkan untuk diterapkan pada tahun 2016 jika besaran nilai iuran ideal tidak diberlakukan. Revisi nilai iuran program JKN harus ditetapkan dengan besaran merujuk pada skenario iuran ideal. Nilai iuran ideal yang perlu diberlakukan bagi target setiap peserta adalah sbb: (a) Rp 36.000,- per orang per bulan bagi PBI; (b) 6% upah per bulan dengan batas atas upah atas enam kali PTKPK1, dan upah bawah UMR per daerah untuk PPU (PNS, TNI/POLRI, pejabat negara dan pegawai pemerintah non PNS, dan PPU lain); dan (c) nilai iuran bagi BPBU bervariasi tergantung manfaat (pelayanan kesehatan), yakni Rp 53.500,- bagi orang per bulan (Kelas III); Rp 63.000,- per orang per bulan (Kelas II); dan Rp 80.000,- per orang per bulan (Kelas I)

3) Kajian Pencapaian Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Program JKN/KIS

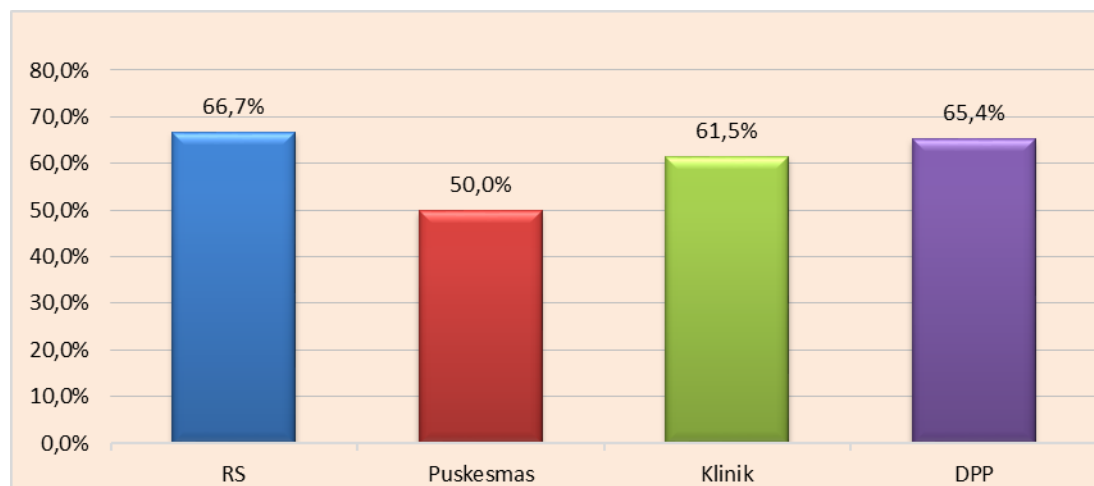
Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk memperoleh gambaran tentang upaya pencapaian mutu pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan JKN/KIS, di antaranya 1) gambaran akreditasi dan kredensialing pada FKTP dan FKRTL; dan 2) gambaran penanganan keluhan peserta di FKTP dan FKRTL. Lokasi dan pengambilan sampel kajian dilakukan di enam

propinsi yang masing-masing propinsi diambil dua kota/kabupaten. Enam propinsi tersebut, yaitu Lampung, Banten, Jawa Tengah, Kalimantan Selatan, Sulawesi selatan dan Bangka Belitung.



Gambar 4 Persentase Faskes yang Menyatakan Sudah Diakreditasi

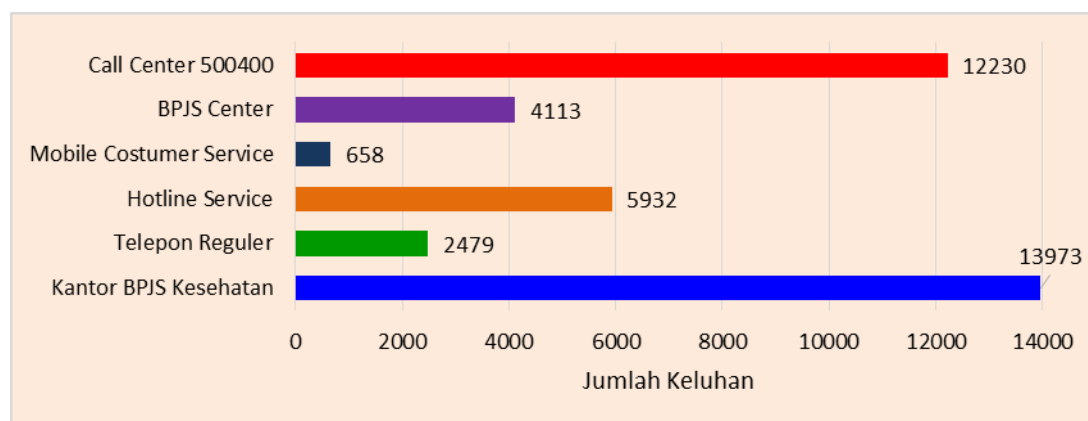
Berdasarkan gambar di atas, kajian ini mengungkapkan bahwa sekitar 73,3% responden rumah sakit menyatakan sudah diakreditasi. Sementara untuk Klinik baru sepertiganya, sedangkan Dokter Praktek Perorangan (DPP) hanya sekitar seperempat yang menyatakan sudah diakreditasi. Fasilitas kesehatan yang masih sedikit dilakukan akreditasi adalah puskesmas. Hanya sekitar 1,3% responden puskesmas yang menyatakan sudah diakreditasi sementara sebagian besar lainnya belum dilakukan akreditasi.



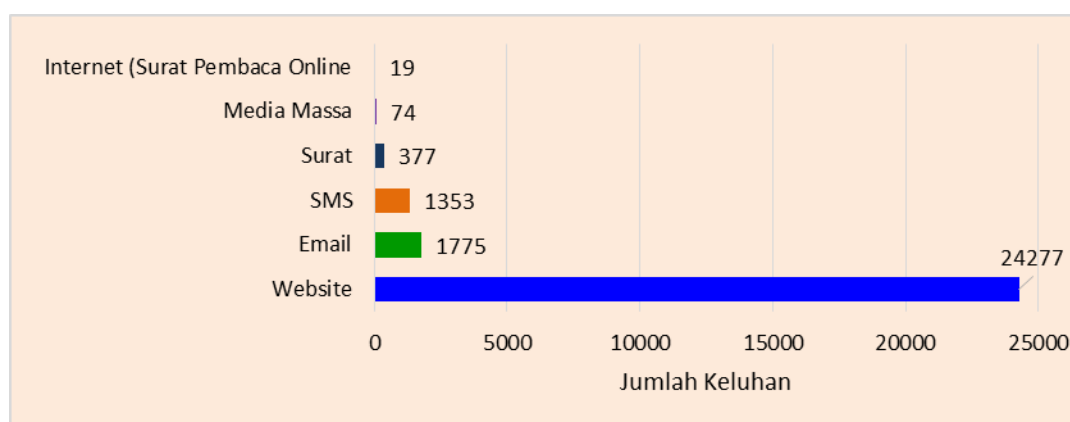
Gambar 5 Persentase Faskes yang Menyatakan sudah Dilakukan Kredensialing

Kajian ini juga mengungkapkan bahwa tidak semua fasilitas kesehatan sudah dilakukan kredensialing. Hanya sekitar dua pertiga responden rumah sakit (66,7%) dan separuh responden puskesmas (50%) yang menyatakan sudah di kredensialing. Dengan demikian masih ada separuh puskesmas dan sekitar sepertiga responden rumah sakit dan klinik yang belum dilakukan kredensialing.

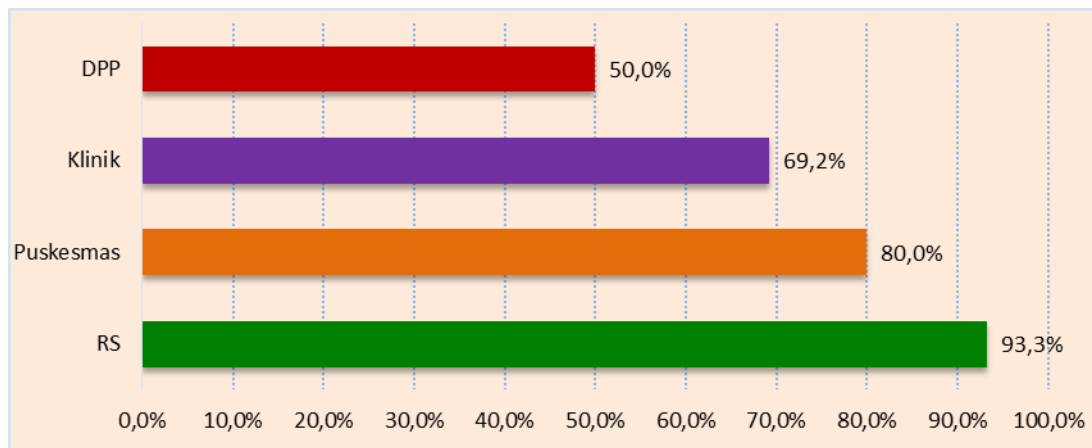
Dalam penyelenggaraan JKN selama ini diakui memang cukup banyak keluhan yang disampaikan oleh peserta terkait pelayanan yang mereka terima. Data yang ada menunjukkan bahwa dari Januari sampai dengan Mei 2015 ada sekitar 67.260 keluhan atau sekitar 13.450 keluhan per bulan. Keluhan disampaikan peserta BPJS Kesehatan melalui berbagai macam media, baik secara lisan maupun tertulis. Secara dirinci disampaikan pada gambar 5 dan 6 berikut:



Gambar 6 Data Jenis Keluhan Berdasarkan Media Penyampaian secara Lisan
Realisasi sampai dengan 31 Mei 2015



Gambar 7 Data Jenis Keluhan Berdasarkan Media Penyampaian secara Tulisan
Realisasi sampai dengan 31 Mei 2015



Gambar 8 Persentase Fasilitas Kesehatan yang Memiliki Prosedur Penanganan Keluhan

Dari gambar 7 di atas tampak bahwa rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan yang paling banyak menyatakan memiliki prosedur penanganan keluhan. Sekitar 93% responden rumah sakit menyatakan bahwa mereka memiliki prosedur penanganan keluhan yang disampaikan oleh pasien. Disusul kemudian oleh puskesmas (80%), klinik (69,2%) dan dokter praktek perorangan (50%).

4) Kajian Kepuasan Stakeholders Jaminan Kesehatan Nasional

Kajian ini bertujuan untuk mengetahui seberapa besar tingkat kepuasan stakeholders penyelenggara JKN terhadap pelaksanaan dan penyelenggaraan JKN, mulai dari sisi peserta, penyelenggara, provider sampai dengan pihak yang terkait penyelenggaraan lainnya. Lokasi survei kajian kepuasan stakeholders JKN meliputi 9 provinsi di Indonesia yaitu Aceh, Sumatera Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Kalimantan Barat, Bali, Maluku, dan Papua.

Hasil dari kegiatan ini didapatkan gambaran kepuasan peserta (*demand side*) terhadap pelaksana JKN adalah sebagai berikut:

- (1) Kepuasan peserta JKN terhadap pelayanan di Kantor BPJS memiliki indeks sebesar 79,02. Ketidakpuasan peserta dikontribusi pada aspek *Tangible* seperti kebersihan kantor, ketersediaan poster informasi. Kemudian dari aspek *Reliability* seperti waktu penyelesaian layanan yang tidak sesuai dengan yang dijanjikan dan juga dari aspek *Responsiveness* yaitu petugas BPJS Kesehatan yang memberikan pelayanan kurang cepat kepada peserta,
- (2) Indeks kepuasan peserta JKN terhadap pelayanan di FKTP adalah sebesar 79,85. Ketidakpuasan peserta JKN dikontribusi pada *Tangible* seperti peralatan kesehatan yang mendukung pelayanan dan juga fasilitas fisik yang memadai. *Reliability* juga merupakan aspek yang dominan berkontribusi pada ketidakpuasan peserta JKN terhadap FKTP seperti persepsi obat yang kurang berkualitas yang diberikan dan juga jumlah tenaga medis yang dirasakan belum memadai,

- (3) Indeks kepuasan peserta terhadap pelayanan di FKRTL adalah sebesar 78,81. Ketidakpuasan peserta JKN dikontribusi pada aspek *Reliability* seperti kartu JKN yang tidak mudah digunakan untuk pindah kelas, kualitas obat yang dipersepsikan kurang berkualitas, dan ketersediaan tempat tidur untuk rawat inap yang tanpa harus naik atau turun kelas. Aspek lainnya yang cukup berkontribusi ketidakpuasan adalah *Responsiveness* yaitu tenaga medis yang dirasakan kurang cepat dalam melayani pasien, dan aspek *Tangible* yaitu masih adanya persepsi rumah sakit tertentu yang kurang memiliki peralatan kesehatan yang mendukung pelayanannya.

Selain itu, hasil kegiatan dari aspek *supply side*, yaitu kepuasan stakeholders antar penyelenggara program JKN didapat sebagai berikut:

- (1) Indeks kepuasan FKTP terhadap BPJS adalah sebesar 65,64. Ketidakpuasan FKTP terhadap BPJS dikontribusi oleh kurangnya informasi jika terdapat penambahan atau pengurangan peserta (terutama PBI) yang terdaftar di FKTP,
- (2) Indeks kepuasan FKRTL terhadap BPJS adalah sebesar 67,14. Ketidakpuasan FKRTL terhadap BPJS dikontribusi oleh sistem informasi *on-line* yang tidak selalu lancar digunakan,
- (3) Indeks kepuasan Dinas Kesehatan terhadap BPJS adalah sebesar 65,70. Ketidakpuasan Dinas Kesehatan terhadap BPJS dikontribusi oleh sosialisasi yang dirasakan kurang efektif dari BPJS,
- (4) Indeks kepuasan Dinkes terhadap fasilitas kesehatan adalah sebesar 74,08. Ketidakpuasan Dinas Kesehatan terhadap fasilitas kesehatan dikontribusi oleh pelayanan berjenjang yang belum sepenuhnya dijalankan dengan baik,
- (5) Indeks kepuasan BPJS terhadap FKTP adalah sebesar 61,88. Ketidakpuasan BPJS terhadap FKTP dikontribusi oleh persepsi bahwa pelayanan FKTP belum maksimal,
- (6) Indeks kepuasan BPJS terhadap FKRTL adalah sebesar 69,9. Ketidakpuasan BPJS terhadap FKRTL dikontribusi oleh persepsi bahwa FKRTL belum maksimal dalam upaya memperbaiki mutu klaim,
- (7) Ketersediaan sarana prasarana seperti obat, SDM pada FKTP dan FKRTL dirasakan masih kurang,
- (8) Dari aspek kepesertaan di BPJS, database dari integrasi berbagai program jaminan ke program JKN belum valid dan tidak ter-update (data kependudukan).

Demikian juga untuk data Non PBI :

- (1) Geografis berjauhan untuk wilayah terpencil, ketidaklengkapan sarana prasarana FKTP serta ketidakmauan (tidak mengeluarkan surat rujuk balik) untuk melakukan rujuk balik menjadi kendala utama pada aspek pelayanan berjenjang,
- (2) Pelaporan sering terkendala pada errornya system (jaringan dan aplikasi), sehingga mengakibatkan pelaporan menjadi tidak tepat waktu,
- (3) Sosialisasi Perubahan norma kapitasi yang terlalu mendadak,

- (4) Fungsi verifikator yang terkendala oleh keberadaan dan kompetensinya sehingga menjadikan proses klaim terhambat,
- (5) Masih adanya petugas data entry yang belum familiar secara baik terhadap form INA CBG's serta belum sekuatnya besaran biaya layanan (termasuk) jasa pelayanan sebagaimana yang diterapkan dalam tarif INA CBG's terhadap FKRTL.

5) Kajian Pemberian Manfaat Pelayanan Penyakit Kronis dalam JKN

Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk mendapatkan gambaran pelayanan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) dan Program Rujuk Balik (PRB) sebagai bagian dari paket manfaat Jaminan Kesehatan Nasional dan rekomendasi yang dapat diterima oleh peserta, fasilitas kesehatan, dan penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional.

Studi kajian dilakukan di seluruh Indonesia (untuk studi kuantitatif) dan 5 propinsi (untuk studi kualitatif) yang dipilih dari setiap regional tarif INA-CBGs. Populasi studi kuantitatif adalah seluruh peserta JKN (yang datanya tercatat dalam sistem informasi di BPJS Kesehatan. Sedangkan populasi studi kualitatif adalah para pengambil kebijakan (*policy makers*) pada tingkat pusat dan para pelaksana JKN, yakni (i) BPJS Kesehatan pada tingkat pusat dan daerah dan (ii) provider BPJS Kesehatan (FKRTL) yang berlokasi di 5 propinsi terpilih.

Dari kajian ini diperoleh beberapa kesimpulan di antaranya :

- (1) Peserta PRB masih didominasi oleh penderita hipertensi (44,8% dari total peserta) dan DM Type II (42,5%). Kedua penyakit tersebut memang sudah dikelola sebelum era JKN melalui Prolanis. Sedangkan 7 penyakit kronis lain yang baru masuk dalam PRB di era JKN proporsinya masih kecil, kecuali untuk peserta penderita Jantung yang proporsinya sudah mencapai 7,6%. Hal tersebut menunjukkan masih besarnya penderita 9 penyakit kronis yang belum masuk menjadi peserta.
- (2) Jumlah peserta PRB/Prolanis yang dicapai masih sangat kecil dibanding penderita penyakit kronis. Peserta PRB hanya 0,6 % dari jumlah penderita kronis.
- (3) Jumlah peserta PRB mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Dalam 6 bulan terakhir, peserta PRB meningkat rata-rata sebanyak 14.086 orang per bulan. Persentase peningkatan peserta PRB terjadi pada penderita skizofren dan Lupus (SLE).
- (4) Jumlah apotik yang melayani PRB masih sangat sedikit dan terpusat di ibukota propinsi atau ibukota kab/kota. Jumlah apotik PRB jauh lebih kecil dari jumlah apotik yang tersedia. Jumlah apotik PRB hanya 4,4% dari jumlah apotik yang ada. Rasio peserta PRB per apotik juga masih kecil. Rata-rata satu apotik hanya melayani 441 peserta PRB.

- (5) Kegiatan PRB dan Skrining kesehatan dapat menghemat biaya pelayanan kesehatan. Dengan peserta PRB sebanyak 320.805 orang dan skrining terhadap 454.370 orang maka diperkirakan terjadi penghematan biaya sebanyak Rp 1,58 triliun per tahun.

Penanganan penyakit kronis melalui PRB dan Skrining kesehatan perlu ditingkatkan karena tantangan kedepan makin berat dengan meningkatnya jumlah penderita penyakit kronis akibat meningkatnya persentase dan jumlah penduduk lansia dimana kelompok lansia memiliki prevalensi yang lebih tinggi terkena penyakit kronis.

6) Kajian Perhitungan Biaya (Costing) dan Formulasi Anggaran (Budgeting) untuk Mendanai Seluruh Program Kesehatan di Indonesia

Tujuan umum dari kajian ini adalah untuk memperoleh gambaran tentang besaran dana yang dibutuhkan untuk menggerakkan serangkaian program pembangunan pada sektor kesehatan tahun 2015-2019.

Studi ini dilakukan dengan berbagai pendekatan, seperti: (i) kombinasi studi kuantitatif dan kualitatif, (ii) studi literatur, serta (iii) penajaman dan sharing hasil temuan awal dalam lokakarya. Untuk studi kuantitatif dilakukan dengan mengoptimalkan ketersediaan data sekunder yang tersedia di Indonesia (tingkat nasional), dan melakukan survei di sejumlah lokasi terpilih (tingkat lokal). Khusus untuk survei dilakukan di sejumlah Kabupaten/Kota di provinsi terpilih (Lampung, Kalimantan Barat, Bali, Sumatera Barat dan Jawa Barat) dengan menggunakan kuesioner sebagai alat bantu dalam pengumpulan data.

Analisis pada kajian ini menemukan bahwa komitmen Indonesia pada sektor kesehatan relative rendah dibandingkan negara lain dengan tingkat pendapatan per kapita dan PDB sama. Indonesia selalu menempati pencilan (*outlier*) dalam hal alokasi belanja kesehatan publik, yakni kurang 2 persen dari PDB. Rendahnya porsi dana kesehatan publik disebabkan oleh kapasitas fiskal kecil, hanya 12% dari PDB yang mencapai *treasury*, bandingkan dengan Malaysia dan China masing-masing mencapai 30% dan 22%. Selain kapasitas fiskal yang terbatas, kecilnya porsi dana publik kesehatan juga disebabkan oleh minimnya prioritas pemerintah pada kesehatan dibandingkan untuk sektor lain. Indonesia masuk 10% desil terendah Negara di dunia yang memberi prioritas rendah alokasi dana publiknya untuk kesehatan.

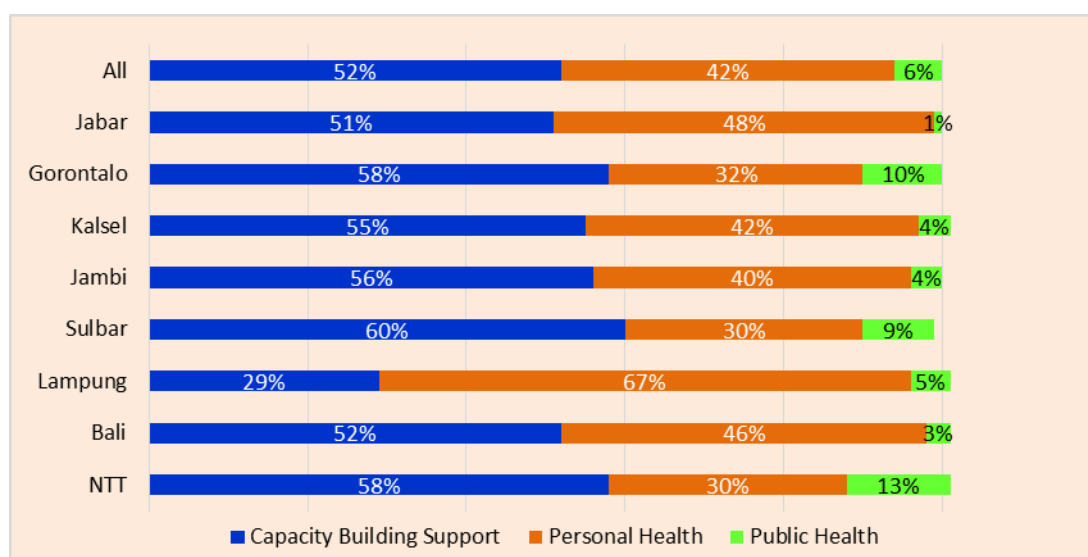
Rendahnya alokasi dana kesehatan publik semakin diperburuk oleh inefisiensi alokatif dan teknis, yaitu

- (1) Alokasi pelayanan kesehatan primer Indonesia sangat kecil dibandingkan negara-negara ekonomi maju. Akibatnya, penggunaan pelayanan tingkat lanjut (yang butuh biaya lebih mahal) kian melambung. Ini cerminan dominasi pada pelayanan kesehatan spesialisik.

- (2) Biaya obat menyedot porsi signifikan (>40 persen dari biaya kesehatan). Angka ini sangat tinggi dibandingkan angka serupa di sejumlah negara maju yang hanya 10-20 persen. Tingginya porsi belanja obat disebabkan oleh pola persepsian obat tidak rasional dan permintaan pasien.

Inefisiensi juga disebabkan oleh masalah kronis pencairan dana yang sering terjadi pada akhir kuartal setiap tahunnya. Akibatnya, penggunaan dana menjadi tidak cocok untuk mendanai program yang memiliki dampak optimal terhadap luaran kesehatan. Keterlambatan pencairan juga menyebabkan fasilitas kesehatan (Puskesmas) bergantung pada pola sewa sehingga pengeluaran menjadi lebih mahal.

Analisis data DHA 8 propinsi menunjukkan hasil lebih memprihatinkan. Porsi terbesar (52 persen) dana kesehatan lari untuk capacity building dan pendukungnya, 42 persen kuratif, dan hanya 6 persen Kesmas. Temuan ini merefleksikan program Kesmas yang meliputi 19 item (KIA, Gizi, Malaria, dll) masing-masing menerima alokasi kurang dari 1 persen.



Gambar 9 Persentase Alokasi APBD Kesehatan menurut Program, DHA 2011

7) *Kajian Perhitungan Costing Program Malaria sebagai Bahan Penetapan Kebijakan Pembiayaan Kesehatan*

Kajian ini bertujuan untuk diperolehnya gambaran total biaya (total cost) dan biaya satuan (unit cost) upaya pelayanan kesehatan masyarakat program malaria.

Studi kajian ini dilakukan di 3 (tiga) provinsi dan 6 (enam) kabupaten/kota, yaitu Bengkulu, Jawa Tengah dan Nusa Tenggara Timur. Penunjukkan lokasi studi mewakili API < 1, API 1-5, dan API > 5. Dari setiap provinsi ditunjuk satu kabupaten yang mewakili API rendah dan tinggi. Berdasarkan pemilihan secara acak, maka terpilih enam kab/kota lokasi studi, yaitu Bengkulu Utara, Seluma, Purworejo, Magelang, Lembata, dan Kupang.

Ada 3 skenario proyeksi perhitungan, yaitu +/- 10% dari hasil studi ini. Diproyeksikan kisaran biaya antara Rp.995 milyar sampai Rp.1,2 trilyun tahun 2015 lalu meningkat menjadi Rp.571 milyar sampai Rp.768 milyar. Dengan demikian, akan terjadi penurunan kebutuhan biaya program malaria karena telah berhasil melakukan pemberantasan malaria di Indonesia. Namun, pada tahun 2018 akan terjadi kenaikan pembiayaan program malaria karena ada pengadaan atau penggantian kelambu (LLIN) karena kelambu dianggap telah rusak atau efikasi dari zat kimianya telah habis.

Tabel 4 Proyeksi Anggaran Kebutuhan Program Malaria Berdasarkan 3 Skenario, 2015-2019 (dalam milyaran Rp)

	2015	2016	2017	2018	2019
Skenario 1 (+10%)	1.290	1.002	926	1.065	768
Skenario 2 (normal)	1.176	914	845	971	701
Skenario 3 (-10%)	955	744	688	790	571

Ada beberapa permasalahan pada program malaria, di antaranya masih tergantung pihak donor terutama di daerah intensifikasi dan akselerasi karena menganggap malaria bukan sesuatu yang perlu ditangani segera dan telah tersedia dananya dari pusat. Dari teori *public health*, pada aspek *assessment* terlihat kegiatan supervisi masih terbatas sehingga banyak data yang tidak bisa divalidasi langsung karena ada banyak yang tidak terisi lengkap, dan seringkali berbeda antara yang di puskesmas dan dinkes. Kedua, masih kurang umpan balik atas kinerja para petugas lapangan atas data-data yang dikirimkan ke pihak dinkes. Ketiga, orientasi kegiatan masih bersifat proyek, banyak slide yang belum dibaca lebih lanjut (menumpuk karena ada MBS).

8) Evaluasi Pelaksanaan JKN/KIS Tingkat Nasional

Tujuan dari kegiatan ini untuk memperoleh gambaran pencapaian kinerja dan tersosialisasikannya Program JKN/KIS serta perbaikan dan penguatan dalam pelaksanaan JKN/KIS ke depan. Evaluasi JKN/KIS tahun 2015 diselenggarakan melalui kegiatan Pertemuan Nasional yang dilaksanakan secara simultan dari mulai November 2015 sampai Desember 2015, dan terbagi dalam 4 regional, yaitu: Regional I (Bandung), Regional II (Makassar), Regional III (Batam), dan Regional IV (Yogyakarta).

Pertemuan evaluasi JKN/KIS Tahun 2015 diikuti oleh seluruh pihak terkait dengan program JKN/KIS seluruh Indonesia, baik sebagai peserta maupun narasumber termasuk panitia. Peserta daerah yaitu seluruh pejabat /pengelola JKN/KIS Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, serta Puskesmas

Pada pertemuan ini, diperoleh issue-issue nasional terkait penyelenggaraan JKN/KIS tahun 2015 yang dikelompokkan menjadi 4 (empat), yaitu 1) kepesertaan, 2) pelayanan kesehatan, 3) pembiayaan dan 4) regulasi, organisasi dan manajemen.

Berikut issue-issue tentang kepeserta JKN/KIS tahun 2015

- (1) Bentuk skema integrasi Jamkesda ke program JKN/KIS serta peran Pemda terkait hal tersebut
- (2) Distribusi kartu PBI JKN/KIS yang belum optimal
- (3) Data peserta yang tidak dapat dilihat semua pada P-Care ketika ada peserta yang tidak membawa kartu peserta
- (4) Kebijakan tentang kepesertaan bayi baru lahir dari orang tua PBI
- (5) Keberatan terkait pendaftaran peserta JKN/KIS yang mewajibkan seluruh anggota keluarga ikut juga
- (6) Adanya perbedaan data peserta antara data daerah dengan data BPJS Kesehatan
- (7) Pemutakhiran dan sinkronisasi data PBI (meninggal, mengundarkan diri, pindah, dll)
- (8) Aktivasi kartu peserta
- (9) Pendaftaran gelandangan yang tidak memiliki identitas

Berikut issue-issue tentang pelayanan kesehatan JKN/KIS tahun 2015

- (1) Perlunya pengaturan jam praktek untuk dokter praktek di puskesmas agar pelayanan peserta dapat sesuai dengan jam puskesmas
- (2) Kontrak kerjasama antara faskes dengan BPJS Kesehatan yang berubah-ubah
- (3) Tenaga farmasi masih terbatas di daerah
- (4) Pengadaan obat dan alkes yang masih sulit
- (5) Usulan untuk kenaikan tarif pelayanan non kapitasi
- (6) Data peserta yang tidak dapat dilihat semua pada P-Care ketika ada peserta yang tidak membawa kartu peserta
- (7) Perlu peninjauan rujukan berjenjang karena banyak pasien yang minta sendiri dirujuk ke PPK 3.
- (8) Pemberian tindakan lab dan penunjang lain yang dilakukan pada hari yang beda apakah nilai beda episode
- (9) Belum adanya Rehabilitas psikologis sosial di RS
- (10) Prosedur pengajuan klaim one day care
- (11) Klaim ambulan yang hanya diganti untuk berangkat saja
- (12) Verifikator dengan latar belakang non medis
- (13) Obat prolanis/rujuk balik sering tidak ada di apotek
- (14) Pengadaan obat dan alkes terkendala tenaga yang belum tersertifikasi pengadaan barang dan jasa
- (15) Kendala pengadaan obat melalui e-catalog
- (16) Pengadaan melalui e-catalog yang masih belum dapat dipahami secara utuh
- (17) Aplikasi permintaan dan pengadaan obat lambat

- (18) Masih terdapat puskesmas yang memiliki fasilitas kurang serta tidak memiliki dokter
- (19) Klaim akupuntur medis yang masih belum dapat diklaim padahal sudah dinyatakan dijamin

Berikut issue-issue tentang pembiayaan JKN/KIS tahun 2015

- (1) Hasil audit BPKP terkait tanggungjawab dinas terhadap dana kapitasi yang ada di faskes
- (2) Perbedaan persepsi tentang pengkodean dan verifikasi klaim antara verifikator dengan provider
- (3) Pembagian kontribusi antara provinsi dengan kabupaten/kota untuk pembiayaan iuran peserta PBI
- (4) Belum jelasnya tentang penggunaan bunga dana kapitasi
- (5) Perlunya pelatihan koder dan verifikator
- (6) Belum adanya keseragaman untuk aturan klaim pending
- (7) Masih belum jelasnya tentang batas waktu penerimaan klaim pending
- (8) Kurangnya tenaga verifikator di rumah sakit

Berikut issue-issue tentang regulasi, organisasi dan manajemen JKN/KIS tahun 2015

- (1) Regulasi terkait pemanfaatan dana kapitasi masih terlalu rumit
- (2) Apakah BPJS kesehatan diperbolehkan membuat peraturan JKN
- (3) Perlunya regulasi terkait faskes yang bekerjasama harus terakreditasi
- (4) Perlunya ada standar input dan output setiap kali membuat kebijakan dan peraturan sehingga bisa diaplikasikan di lapangan
- (5) Perlu ada lembaga pengawas pelaksanaan JKN
- (6) Siapa leading sektor bila ada komplain dan bagaimana penanganan keluhan dalam JKN
- (7) Kurangnya Sosialisasi JKN/KIS sehingga pemahaman peserta masih minim
- (8) Kesulitan dalam mencari dokter untuk daerah terpencil
- (9) Terdapat Peraturan BPJS Kesehatan yang tidak sesuai dengan PKS
- (10) Perlunya tenaga dengan latar belakang promkes untuk kegiatan promotive dan preventif
- (11) Distribusi Nusantara Sehat di daerah terpencil

Terkait issue-issue JKN/KIS di atas, maka pada tahun 2016 akan dilakukan penguatan sebagai berikut

- (1) Revisi Peraturan Perundang-undangan
 - Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
 - Perpres Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013
 - Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs)

- Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional JKN 2014
 - Permenkes Nomor 19 Tahun 2104 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional
- (2) Perluasan Kepesertaan
- Verifikasi dan validasi data PBI
 - Penetapan kriteria fakir miskin dan tidak mampu
- (3) Peningkatan Pembiayaan
- Penyesuaian luran JKN
 - Penguatan pengawasan terhadap pelaksanaan Perpres 32 th 2014
 - Proses tindak lanjut terhadap Peraturan BPJS no 3 th 2015
 - Peningkatan pembiayaan UKM dan UKP
- (4) Pencegahan Fraud
- Pengembangan budaya pencegahan kecurangan JKN, melalui tata kelola organisasi dan klinik
 - Upaya pencegahan kecurangan JKN, melalui peningkatan kemampuan koder, dokter dan tenaga lainnya berkaitan dengan klaim
 - Penyelesaian pengaduan dan perselisihan
 - Pembinaan dan pengawasan

9) Piloting Model Pelaporan Data Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan sebagai Evidence Base untuk Pengambilan Kebijakan

Kegiatan ini bertujuan agar terlatihnya tenaga pengelola teknis JKN/KIS kab/kota terpilih untuk menyediakan data dan informasi mengenai pembiayaan dan jaminan kesehatan yang terstruktur dan berkesinambungan dari daerah. Penyelenggaraan piloting model pelaporan tahun 2015 didahului dengan ujicoba instrumen pelaporan pembiayaan kesehatan JKN di 2 (dua) lokasi yaitu : Jawa Barat (Kab. Bogor) dan Banten (Kota Cilegon) dan untuk pelaksanaan Piloting dilaksanakan di 5 (lima) provinsi, yaitu Bali, Aceh, Jawa Tengah, D.I Yogyakarta dan Kalimantan Selatan.

Kegiatan ini didahului dengan penjelasan materi kebijakan JKN dan terkait dengan pengelolaan data penyelenggaraan JKN di FKTP. Pengelolaan data menggunakan set instrumen pengolahan data penyelenggaraan JKN di FKTP berbasis web online. Data yang diolah berasal dari laporan penyelenggaraan JKN tingkat FKTP/Puskesmas termasuk laporan pertanggungjawaban kapitasi tahun 2015. Adapun output dari pengelolaan data, yaitu : 1) jumlah peserta JKN (PBI dan non PBI); 2) jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap di FKTP dan 3) realisasi penyerapan dana kapitasi di FKTP

Berikut ini gambaran variabel yang dihasilkan (luaran) dari proses pengolahan data:

NO	PROP/KAB/KOTA	Kepersertaan		Yankes			Penggunaan Dana Kapitasi		
		PBI	Non PBI	RJTP	RITP	Rujukan	Kapitasi Tersedia	Jasa Pelayanan	Dukungan Operasional
1	ACEH								
	1 Kota Banda Aceh	√	√	√	√	√	√	√	√
	2 Kota Langsa	√	√	√	√	√	√	√	√
	3 Kota Lhokseumawe	√	√	√	√	√	√	√	√
	4 Kota Sabang	√	√	√	√	√	√	√	√
	5 Kota Subulussalam	√	√	√	√	√	√	√	√
	6 Kabupaten Aceh Barat	√	√	√	√	√	√	√	√
	7 Kabupaten Aceh Barat Daya	√	√	√	√	√	√	√	√
	8 Kabupaten Aceh Besar	√	√	√	√	√	√	√	√
	9 Kabupaten Aceh Jaya	√	√	√	√	√	√	√	√
	10 Kabupaten Aceh Selatan	√	√	√	√	√	√	√	√
	11 Kabupaten Aceh Singkil	√	√	√	√	√	√	√	√
	12 Kabupaten Aceh Tamiang	√	√	√	√	√	√	√	√
	13 Kabupaten Aceh Tengah	√	√	√	√	√	√	√	√
	14 Kabupaten Aceh Tenggara	√	√	√	√	√	√	√	√
	15 Kabupaten Aceh Timur	√	√	√	√	√	√	√	√
	16 Kabupaten Aceh Utara	√	√	√	√	√	√	√	√
	17 Kabupaten Bener Meriah	√	√	√	√	√	√	√	√
	18 Kabupaten Bireuen	√	√	√	√	√	√	√	√
	19 Kabupaten Gayo Lues	√	√	√	√	√	√	√	√
	20 Kabupaten Nagan Raya	√	√	√	√	√	√	√	√
	21 Kabupaten Pidie	√	√	√	√	√	√	√	√
	22 Kabupaten Pidie Jaya	√	√	√	√	√	√	√	√
	23 Kabupaten Simeulue	√	√	√	√	√	√	√	√

Gambar 10 Contoh Format Excell Pengumpulan Data

Berikut permasalahan yang ditemukan ketika pelaksanaan kegiatan, di antaranya

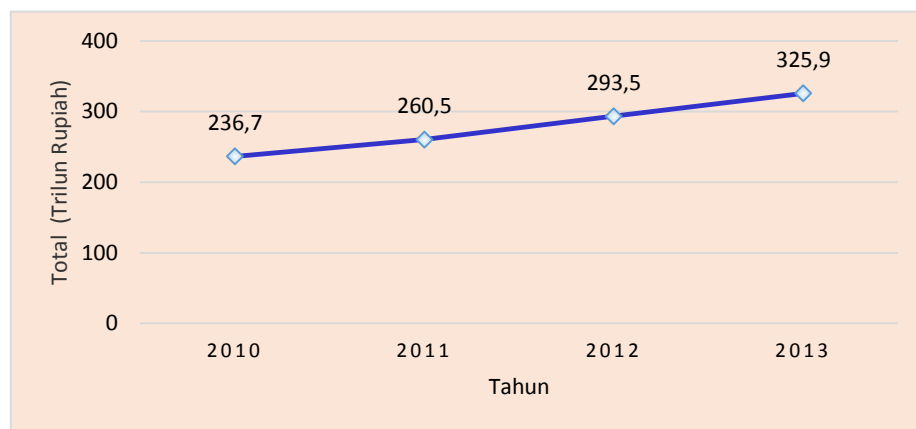
- (1) Masih banyak pertanyaan terkait dengan pertanggungjawaban dana kapitasi yang terbagi dalam jasa pelayanan dan biaya operasional lainnya
- (2) Perlu dibuatkan pelaporan secara online untuk puskesmas yang sudah BLUD
- (3) Terkait sarana prasarana, masih banyak terkendala masalah jaringan akses internet
- (4) Entry variabel kepesertaan belum bisa dipisahkan antara PBI dan non PBI
- (5) Tugas pengentryan data laporan ini sebaiknya tidak dibebankan kepada puskesmas

10) National Health Account

Pada tahun 2015 dihasilkan produksi *Indonesia National Health Account 2014*. Produksi NHA tersedia atas dukungan dana mitra pembangunan internasional (*development partnership*) yang diberikan oleh pemerintah Australia, dengan pelaksana dari tim NHA Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan (PKEKK) Universitas Indonesia bekerjasama dengan AIPHSS.

Pada dokumen ini, diketahui bahwa Total belanja kesehatan Indonesia tahun 2014 sebesar Rp379,7 triliun dan belanja kesehatan per kapita adalah Rp1,5 juta atau sekitar US\$127 di tahun 2014. Sejak tahun 2010, secara nominal total belanja kesehatan mengalami

peningkatan dari tahun ke tahun dengan rata-rata tingkat pertumbuhan berkisar 6,9 persen.



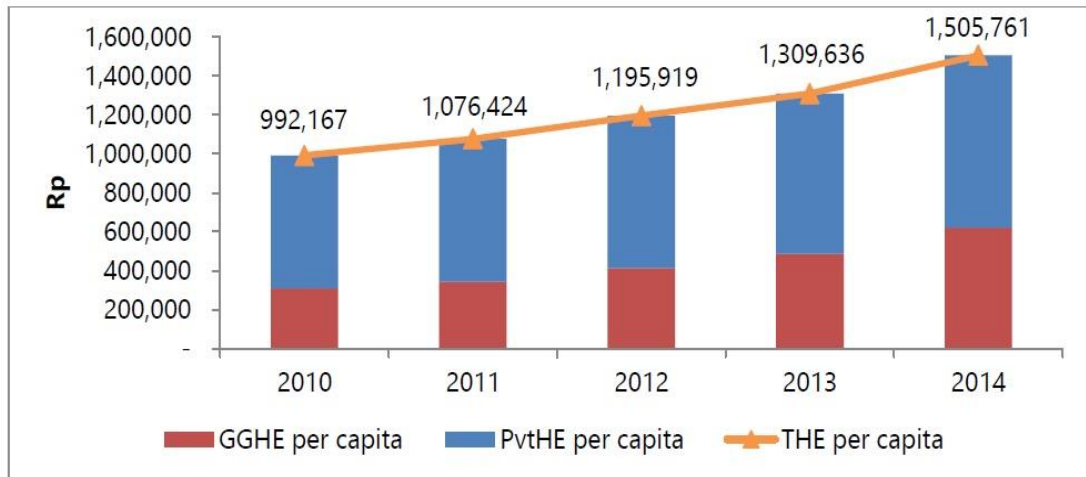
Gambar 11 Total Belanja Kesehatan Indonesia Tahun 2010 - 2014

Sejak tahun 2010, secara nominal total belanja kesehatan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dengan rata-rata tingkat pertumbuhan berkisar 6,9 persen. Dalam 5 tahun terakhir, proporsi pengeluaran kesehatan sektor swasta masih lebih besar dibandingkan pengeluaran kesehatan sektor publik. Meskipun demikian, pengeluaran kesehatan sektor publik menunjukkan tren pertumbuhan yang positif hingga mencapai 41,2 persen dari total pengeluaran kesehatan tahun 2014 (Gambar 23). Hal ini mengindikasikan bahwa peran pemerintah dalam pembiayaan kesehatan semakin besar.



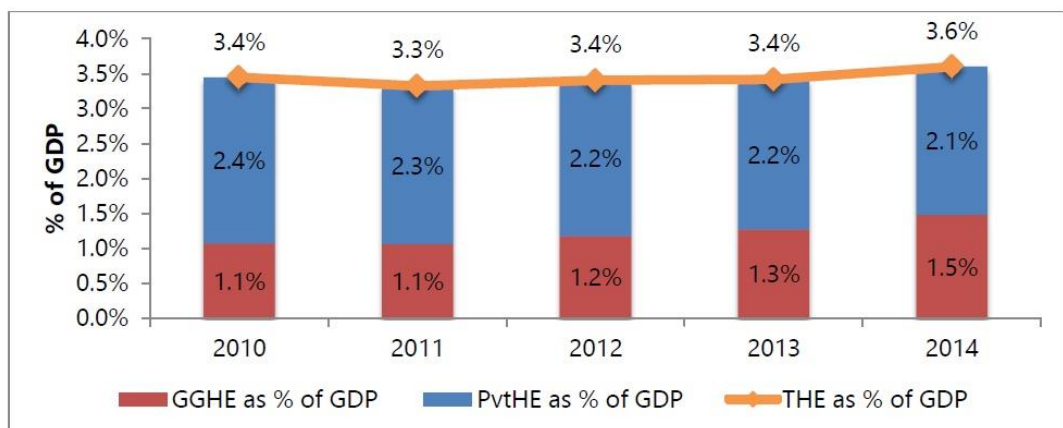
Gambar 12 Trend Pengeluaran Tahun 2010 - 2014

Rata-rata belanja kesehatan per kapita sejak tahun 2010 hingga 2014 adalah sekitar 5,4 persen. Bahkan di tahun 2014, belanja kesehatan per kapita mengalami kenaikan hingga 9,1 persen dibandingkan tahun sebelumnya menjadi sekitar Rp1,5 juta (Gambar 24). Hal ini berarti dalam satu bulan rata-rata setiap penduduk Indonesia membelanjakan uangnya untuk kesehatan sebesar Rp125.480 di tahun 2014.



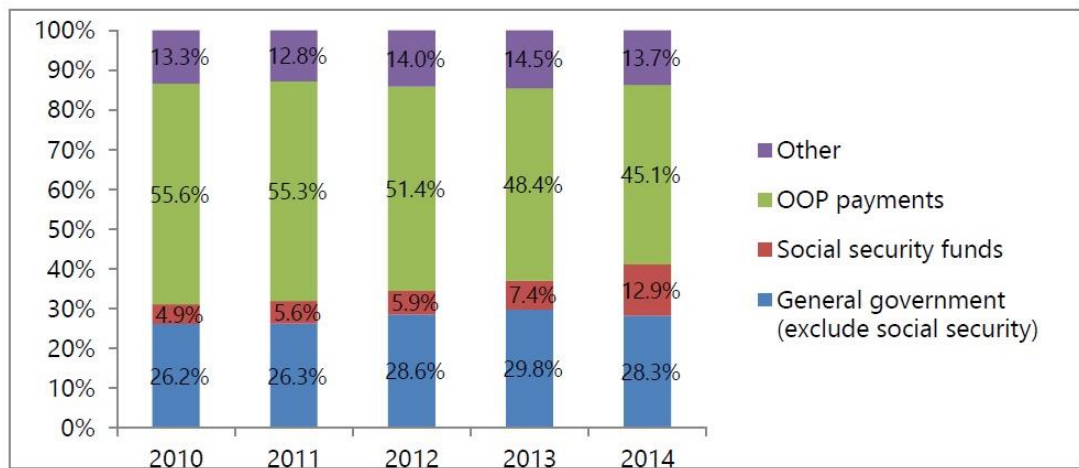
Gambar 13 Tren Pengeluaran Kesehatan Tahun 2010 - 2014

Meski secara nominal belanja kesehatan menunjukkan tren peningkatan dalam 5 tahun terakhir, namun secara proporsi terhadap PDB tahun 2010 hingga 2014 cenderung statis dan hanya berada pada kisaran 3,3 persen hingga 3,6 persen (Gambar 13).



Gambar 14 Tren Pengeluaran Kesehatan sebagai Proporsi terhadap PDB, 2010 – 2014

Meskipun cenderung menurun, data lima tahun terakhir menunjukkan bahwa pengeluaran dari kantong masyarakat (out of pocket, atau OOP) merupakan sumber utama belanja kesehatan di Indonesia. Data menunjukkan peran OOP di tahun 2010 adalah 55,6 persen dan 45,1 persen di tahun 2014. Belanja kesehatan pemerintah mengalami sedikit peningkatan yaitu dari 26,2 persen (2010) menjadi 28,3 persen (2014). Kontribusi sektor swasta lain selain OOP berkisar antara 13 hingga 14 persen. Dana jaminan sosial menunjukkan peningkatan yang cukup bermakna dari 4,6 persen (2010) menjadi 12,9 persen (2014), terutama di tahun 2014 ketika Indonesia mulai mengimplementasikan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).



Gambar 15 Tren Pengeluaran Kesehatan menurut Agen Pembiayaan, 2010 – 2014

Permasalahan:

- (1) Pelaksanaan kegiatan NHA masih tergantung dari dana mitra pembangunan internasional (AIPHSS)
- (2) Institusionalisasi Health Account belum terlaksana sehingga proses produksi, diseminasi dan pemanfaatan hasil analisa NHA belum berdampak pada peningkatan kualitas program kesehatan
- (3) Masih terbatasnya SDM yang memiliki kapasitas teknis untuk NHA

Berikut usulan pemecahan masalah yang diberikan :

- (1) Melakukan penganggaran untuk pelaksanaan NHA setiap tahunnya
- (2) Mempersiapkan institusionalisasi *Health Account* sehingga proses produksi, diseminasi dan pemanfaatan hasil analisa NHA berdampak pada peningkatan kualitas program kesehatan
- (3) Melakukan pengembangan kapasitas SDM melalui pelatihan dan lokakarya terkait HTA dan NHA

c) Jumlah Dokumen Hasil *Health Technology Assessment* (HTA) yang Disampaikan kepada Menteri Kesehatan

Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2012 dalam rangka kendali mutu dan biaya, salah satu tanggung jawab Menteri adalah melakukan penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment*). *Health Technology Assessment* (HTA), yaitu merupakan suatu pendekatan yang digunakan untuk memberikan informasi terhadap pembuatan kebijakan dan keputusan dalam pelayanan kesehatan, terutama mengenai cara terbaik untuk mengalokasikan dana yang terbatas untuk intervensi dan teknologi kesehatan.

Kajian teknologi kesehatan berfokus pada evaluasi ekonomi kesehatan dengan menggabungkan data biaya (*cost*) dan luaran kesehatan (*health outcome*) dari suatu

intervensi kesehatan. Keluaran (*output*) HTA diharapkan akan menjawab pertanyaan kebijakan mengenai intervensi kesehatan yang baru maupun yang sedang digunakan saat ini di Indonesia. Sehingga bentuk keluaran (*output*) adalah rekomendasi kebijakan kesehatan dan selanjutnya oleh Komite PTK hasilnya akan dilaporkan kepada Menteri Kesehatan.

Pada proses pelaksanaannya kajian teknologi kesehatan terdiri dari beberapa rangkaian kegiatan, meliputi pengumpulan topik kajian, penentuan topik kajian, pengambilan data primer dan sekunder, analisis data dan evaluasi. Selain itu, dilakukan juga pertemuan rutin untuk membahas perkembangan kerja terkait institusionalisasi, konsep dan metodologi kerja, hubungan kerja antar stakeholder dan evaluasi terhadap hal-hal yang bersifat teknis dalam pelaksanaan PTK.

Pada tahun 2015 penilaian teknologi kesehatan melakukan 2 (dua) studi, yaitu studi Dialisis pada Penyakit Gagal Ginjal Terminal di Indonesia dan studi Sildenafil sebagai Terapi Hipertensi Arteri Pulmonal di Indonesia.

1) Studi Dialisis pada Penyakit Gagal Ginjal Terminal (GGT) di Indonesia

Pelaksanaan studi ini bertujuan untuk meninjau bukti ilmiah efektivitas hemodialisis (HD) dan dialisis peritoneal (DP) pada pasien GGT dan menyediakan bukti ilmiah bagi pemegang kebijakan mengenai urutan terapi apa yang sebaiknya diterapkan bagi seluruh pasien GGT dan mengevaluasi value for money apabila HD dan DP dijalankan sebagai terapi pertama dibandingkan dengan terapi suportif.

Latar Belakang (Alasan Topik Diangkat)

Penyakit gagal ginjal terminal (GGT) merupakan salah satu penyakit katastrofik yang makin berkembang di Indonesia. Ada tiga pilihan terapi bagi pasien GGT, yakni hemodialisis (HD), dialisis peritoneal (DP), dan transplantasi ginjal. Transplantasi ginjal merupakan pilihan terapi yang terbaik bagi pasien GGT, namun bukan merupakan alternatif pilihan dalam studi ini karena keterbatasan donor, sumber daya manusia dan fasilitas.

Modalitas terapi dialisis, HD dan DP, telah masuk dalam paket manfaat dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Walaupun demikian, diperkirakan hanya 53% pasien saat ini yang dapat mengakses dialisis dan sebagian besar menjalani HD. Dialisis telah menyerap pembiayaan lebih dari 1,5 triliun rupiah pada tahun 2014, menduduki peringkat kedua dalam hal biaya yang dikeluarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Temuan utama

Telaah sistematik/systematic review dari suatu uji acak kontrol mengindikasikan tidak adanya perbedaan signifikan dalam hal kesintasan pada kedua modalitas terapi HD dan DP. Total biaya seumur hidup pasien yang menjalani DP sebagai terapi lini pertama yang diikuti

perpindahan modalitas HD (bila diperlukan) dapat menghabiskan biaya sekitar 700 juta rupiah dalam waktu 6 tahun, yang merupakan rerata waktu ketahanan hidup pasien GGT di Indonesia. Biaya tersebut sedikit lebih tinggi pada HD apabila diterapkan sebagai terapi lini pertama diikuti perpindahan modalitas DP (bila diperlukan), yaitu sebesar 735 juta rupiah. Dibandingkan dengan terapi suportif, rasio pertambahan cost-effectiveness (incremental cost-effectiveness ratio/ICER) kebijakan DP sebagai terapi lini pertama adalah 193 juta rupiah per tahun hidup berkualitas yang diperoleh (QALY), sementara kebijakan HD sebagai terapi lini pertama menghasilkan 207 juta rupiah per QALY.

Tabel 7 Pertambahan Rasio *Cost-Effectiveness* (ICER) Kebijakan DP dan HD sebagai Terapi Pertama Dibandingkan dengan Terapi Suportif *

	DP sebagai terapi pertama	HD sebagai terapi pertama
Pertambahan biaya (rupiah)	696.644.562	735.464.540
Pertambahan QALY	3,60	3,55
ICER per QALY	193.292.504	207.424.333

*semua biaya dalam rupiah

Ketika dilakukan analisis dampak biaya (*budget impact analysis*), diestimasi kebutuhan sebesar 40 triliun rupiah untuk cakupan dialisis 53% dan 75 triliun rupiah untuk cakupan 100% dalam kurun waktu 5 tahun bila DP diterapkan sebagai kebijakan terapi lini pertama. Sementara bila HD diterapkan sebagai kebijakan terapi lini pertama maka diperlukan biaya 88 triliun rupiah untuk cakupan 53% dan 166 triliun rupiah untuk cakupan 100%. Dapat disimpulkan dari hasil BIA bahwa penerapan DP sebagai kebijakan terapi lini pertama membutuhkan biaya yang lebih kecil jika dibandingkan dengan pelaksanaan HD sebagai kebijakan terapi lini pertama.

Tabel 8 Analisis Dampak Biaya DP dan HD sebagai Terapi Pertama

Cakupan dialisis	Tahun	DP sebagai terapi pertama	HD sebagai terapi pertama
53%	1	6,7	8,0
	2	7,1	13,4
	3	7,8	18,1
	4	8,5	22,2
	5	9,4	26,0
	Total	39,4	87,7
100%	1	12,6	15,0
	2	13,3	25,3
	3	14,7	34,2
	4	16,1	41,9
	5	17,7	49,2
	Total	74,5	165,7

*Semua biaya dalam triliun rupiah

Rekomendasi Kebijakan

- Sebagian besar pasien gagal ginjal terminal (GGT) saat ini menjalani hemodialisa (HD), dan apabila terus berlanjut maka akan berdampak terhadap kesinambungan JKN karena tingginya biaya yang harus dibayarkan oleh BPJS. Selain itu, pasien juga mengeluarkan biaya transportasi yang lebih tinggi pada terapi HD jika dibandingkan dengan dialisis peritoneal (DP) (9 juta rupiah per tahun vs 2 juta rupiah per tahun). Meskipun membutuhkan biaya besar, baik HD maupun DP tetap dibutuhkan untuk menjamin hak masyarakat untuk mendapat jaminan kesehatan. Karena itu, keduanya tetap harus dijamin dan ada dalam paket manfaat JKN.
- Peningkatan cakupan DP diperlukan untuk jangka panjang bagi Indonesia karena tidak diperlukan investasi besar untuk membangun pusat dialisis dan juga lebih dapat menjangkau daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK).
- Kementerian Kesehatan perlu mengembangkan strategi kebijakan (*roadmap*) untuk meningkatkan cakupan DP dengan melibatkan para klinisi, akademisi, dan unit-unit Kementerian Kesehatan terkait. Strategi yang dikembangkan termasuk pengelolaan sistem rujukan, peningkatan sumber daya manusia dan fasilitas, sistem pembayaran (insentif) yang memadai, menjamin ketersediaan consumables untuk seluruh wilayah Indonesia, serta mendorong tumbuhnya produksi DP dalam negeri.
- Untuk mencegah beban finansial akibat penyakit GGT di masa yang akan datang, skrining populasi dan pengobatan dini terhadap diabetes dan hipertensi (paket esensial penyakit tidak menular) perlu ditingkatkan. Demikian juga dengan fasilitasi pelaksanaan transplantasi ginjal, yang telah ditunjukkan dari studi-studi lain bahwa transplantasi ginjal lebih *cost-effective* jika dibandingkan dengan modalitas terapi lainnya.

2) Studi Sildenafil sebagai Terapi Hipertensi Arteri Pulmonal di Indonesia.

Studi ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas sildenafil melalui tela'ah literatur serta untuk menganalisis utilitas biaya (*cost utility*) dan dampak biaya (*budget impact*) pemberian sildenafil untuk terapi hipertensi arteri pulmonal (HAP) di Indonesia, dengan beraprost sebagai pembanding. Studi ini menghasilkan bukti ilmiah untuk pembuat kebijakan, yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan apakah sildenafil dapat masuk dalam paket manfaat JKN sebagai terapi hipertensi arteri pulmonal (HAP).

Latar Belakang (Alasan Topik Diangkat)

Hipertensi arteri pulmonal (HAP) adalah penyakit yang sering berakibat fatal, dengan estimasi prevalens di Indonesia sebesar 8000 kasus. Terapi yang tersedia saat ini dan terdaftar di farmasi sebagai obat HAP adalah beraprost. Namun, klinisi menilai bahwa sildenafil mampu memberikan efektivitas klinis yang lebih baik. Sildenafil belum teregistrasi

sebagai obat HAP di Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) dan belum masuk dalam paket manfaat JKN.

Temuan utama

Berdasarkan pada studi systematic review dan meta-analisis UKR yang diambil dari studi lain, pemodelan ekonomi mengestimasi bahwa dengan menyediakan sildenafil sebagai terapi HAP akan menambah 1-3 tahun hidup yang diperoleh (life-years gained) dibandingkan dengan beraprost. Walaupun harga obat sildenafil lebih mahal daripada beraprost, sildenafil generik memiliki *good value for money* (ICER per QALY di bawah 1 GDP). Studi ini mengestimasi jika sildenafil masuk dalam paket manfaat JKN, tambahan budget yang dibutuhkan dalam kurun waktu lima tahun sebesar Rp 55.690.664.589,-.

Tabel 9 Analisis Dampak Biaya Sildenafil dan Beraprost untuk Terapi HAP KF II dan KF III

Tahun	KF II		KF III	
	Beraprost	Sildenafil	Beraprost	Sildenafil
1	119,4	115,5	91,4	104,3
2	96,3	95,9	82,2	90,1
3	98,8	100,9	85,8	93,8
4	102,2	105,9	88,7	98,3
5	106,1	110,7	91,5	102,7
Total	522,9	528,9	439,6	489,3

*)Semua biaya dalam miliar rupiah

Rekomendasi Kebijakan

- Sildenafil diusulkan untuk masuk dalam paket manfaat JKN sebagai terapi lini pertama penyakit hipertensi arteri pulmonal (HAP) FC II dan FC III jika harga obat sildenafil sama dengan atau kurang dari Rp 4.729,00 per 20 mg.
- Kementerian Kesehatan perlu mendorong industri farmasi untuk menyiapkan data studi klinis yang cukup untuk mendukung bukti kemanfaatan dan keamanan yang diperlukan dalam proses registrasi sildenafil dengan indikasi HAP.
- Kementerian Kesehatan perlu mendorong industri farmasi untuk menyediakan tablet sildenafil 20 mg untuk indikasi HAP di Indonesia

Berikut permasalahan dalam penyelenggaraan kegiatan HTA, di antaranya :

- 1) Masih terbatasnya kuantitas dan kualitas SDM untuk pelaksanaan kegiatan HTA di mana dibutuhkan SDM yang bekerja *fulltime* serta memiliki pengetahuan teknis.
- 2) Pembiayaan tim ahli HTA masih dibiayai oleh dana donor (AIPHSS)

Adapun strategi pemecahan masalah di antaranya Melakukan pengembangan kapasitas SDM melalui pelatihan dan lokakarya terkait HTA.

d) Dokumen Kebijakan Realisasi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN/KIS

Realisasi indikator “ Jumlah Dokumen Kebijakan Realisasi Iuran Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN/KIS” terpenuhi sesuai dengan target, yaitu 2 (dua) dokumen yang terdiri dari : dokumen perencanaan penganggaran dana iuran PBI JKN/KIS tahun 2015 dan dokumen laporan pembayaran iuran peserta PBI JKN/KIS tahun 2015.

1) Dokumen Perencanaan Penganggaran Dana Iuran PBI JKN/KIS Tahun 2015

Pada perencanaan anggaran untuk tahun 2015 Satker Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan telah mengalokasikan dana yang diperuntuk bagi peserta Penerima Bantuan Iuran sebesar Rp. 19.932.480.000.000,- (sembilan belas triliun sembilan ratus tiga puluh dua milyar empat ratus delapan puluh juta rupiah) namun seiring dengan pergerakan kepesertaan maka terdapat nilai tambah yang berasal dari Program Indonesia Sehat melalui KIS sehingga terdapat perluasan cakupan peserta yaitu disamping PBI yang saat ini sudah dianggarkan pemerintah, KIS juga akan diberikan kepada bayi-bayi baru lahir dari orang tua PBI, narapidana/tahanan miskin serta penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) untuk menjadi peserta JKN/KIS.

Dengan adanya tambahan kuota kepesertaan maka tidak akan luput dengan bergeraknya besaran pendanaan yang akan dianggarkan, terkait dengan hal tersebut Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan melakukan perencanaan terhadap anggaran terkait dengan cakupan kepesertaan tersebut, perencanaan anggaran untuk mendanai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) secara keseluruhan tahun 2015 menjadi sebesar Rp. 20.355.080.000.000,- (dua puluh triliun tiga ratus lima puluh lima milyar delapan puluh juta rupiah) sehingga pada tahun 2015 anggaran PBI mengalami kenaikan sebesar Rp. 422.600.000.000,- (empat ratus dua puluh dua milyar enam ratus juta rupiah) untuk tambahan peserta PBI sebanyak 1.831.816 jiwa yang terdiri dari :

- a) Peserta bayi baru lahir dari orang tua PBI sebanyak 950.400 jiwa;
- b) Narapidana/tahanan miskin sebanyak 32.409 jiwa; dan
- c) Peserta Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) sebanyak 849.007 jiwa

Tambahan anggaran untuk perluasan PBI pada program JKN/KIS sebesar Rp. 422.600.000.000 dibahas dalam pembahasan anggaran APBN-P Tahun 2015 antara Komisi IX DPR RI dengan Kementerian Kesehatan dan pada pembahasan tersebut Komisi IX DPR RI menyetujui terhadap tambahan anggaran untuk perluasan PBI tersebut.

Setelah Tambahan anggaran untuk perluasan PBI pada program JKN/KIS sebesar Rp. 422.600.000.000,- disetujui oleh DPR maka pembahasan selanjutnya dilakukan secara trilateral antara Kementerian Keuangan (DJA), Bappenas dan Kementerian Kesehatan.

Pada tanggal 09 Maret 2015 Revisi Anggaran terkait Tambahan anggaran untuk perluasan PBI pada program JKN KIS sebesar Rp. 422.600.000.000,- telah turun dari Kementerian Keuangan.

2) Dokumen Laporan Pembayaran iuran Peserta PBI JKN/KIS Tahun 2015

Pada dokumen laporan pembayaran iuran peserta PBI JKN/KIS tahun 2015 memberikan informasi, di antaranya, sasaran kepesertaan, alokasi anggaran pembayaran dan realiasi pembayaran.

Sasaran Kepesertaan PBI JKN/KIS 2015

Kepesertaan PBI JKN pada tahun 2015 direncanakan berjumlah 88.231.816 jiwa yang terdiri dari peserta PBI tahun 2014 sebanyak 86.400.000 Jiwa dan perluasan cakupan (APBN-P) tahun 2015 sebanyak 1.831.816 jiwa. Namun, sampai dengan akhir Desember 2015 penetapan untuk peserta PBI tambahan hanya sebanyak **1.482.867** jiwa sehingga total keseluruhan peserta PBI yang dibayarkan iurannya pada tahun 2015 sebanyak 87.882.867 jiwa. Pembayaran peserta tambahan tersebut dilakukan pada bulan Desember 2105

Besaran iuran dan Alokasi PBI JKN/KIS 2015 2015

Besaran iuran PBI untuk tahun 2015 adalah sebesar Rp 19.225,- (Sembilan belas ribu dua ratus dua puluh lima rupiah) perbulan per jiwa, sehingga total alokasi anggaran pembayaran iuran PBI JKN/KIS tahun 2015 di mana termasuk penambahan anggaran sebesar Rp. 422.600.000.000,- sesuai APBN-P adalah sebesar Rp 20.355.080.000.000,- (Dua puluh triliun tiga ratus lima puluh lima milyar delapan puluh juta rupiah).

Tabel 10 Alokasi Anggaran Pembayaran iuran PBI JKN/KIS Tahun 2015

Keterangan	Jumlah PBI (jiwa)	Iuran Setahun (Jumlah PBI xRp 19.225 x 12 Bulan)	
Alokasi APBN 2015	86.400.000	Rp	19.932.480.000.000
Alokasi Tambahan APBN-P 2015	1.831.816	Rp	422.600.000.000
TOTAL	88.231.816	Rp	20.355.080.000.000

Realisasi Pembayaran iuran PBI JKN/KIS 2015

Berikut uraian pembayaran Premi/ iuran PBI JKN tahun 2015 yang telah dibayarkan oleh Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan selama tahun 2015 dengan total nilai sebesar Rp19.884.364.285.200,- dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 11 Realisasi Pembayaran Iuran PBI JKN/KIS Tahun 2015

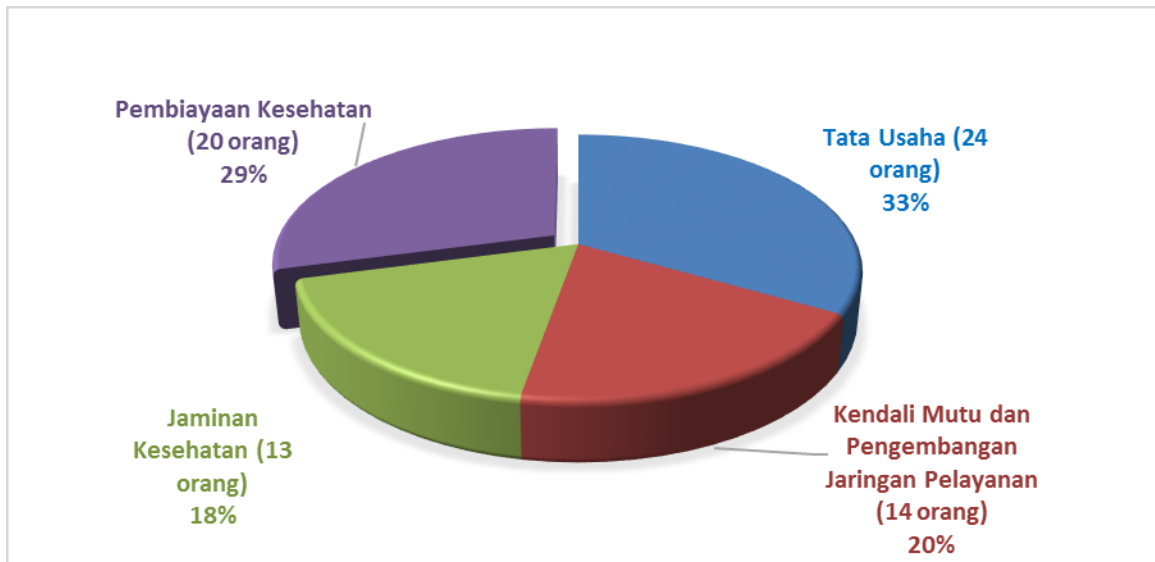
NO	WAKTU PEMBAYARAN	Peserta (jiwa)	JUMLAH (Rp) (Jumlah PBI x Rp 19.225,- x n bulan)
1	Pembayaran PBI Bulan Januari	86.400.000	1.661.040.000.000
2	Pembayaran PBI Bulan Februari	86.400.000	1.661.040.000.000
3	Pembayaran PBI Bulan Maret	86.400.000	1.661.040.000.000
4	Pembayaran PBI Bulan April	86.400.000	1.661.040.000.000
5	Pembayaran PBI Bulan Mei - Juli	86.400.000	4.983.120.000.000
6	Pembayaran PBI Bulan Agustus - Oktober	86.400.000	4.983.120.000.000
7	Pembayaran PBI Bulan November	86.400.000	1.661.040.000.000
8	Pembayaran PBI Bulan Desember *)	86.400.000	500.000.000.000
			1.081.739.816.425
9	Pembayaran PBI bulan Desember terkait Tambahan Peserta JKN/KIS Tahun 2015	1.482.867	31.184.468.775
T O T A L			19.884.364.285.200

*) Dilakukan pemotongan anggaran yang ditagihkan BPJS Kesehatan sebesar Rp 79.300.183.575,-

Waktu Pembayaran iuran PBI JKN/KIS Tahun 2015 dilakukan setiap bulan, kecuali pembayaran pada bulan Mei sd. Juli dan Agustus sd. Oktober yang dibayarkan sampai 3 (tiga) bulan ke depan, hal ini disebabkan keadaan likuiditas yang dialami oleh BPJS Kesehatan. Pada bulan Desember 2015 terjadi beberapa kebijakan yang dilakukan oleh Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan maupun oleh BPJS Kesehatan antara lain : (1) Dilakukannya pemotongan anggaran yang ditagihkan oleh BPJS Kesehatan pada bulan Desember 2015 sebesar Rp. 79.300.183.575 (tujuh puluh sembilan milyar tiga ratus juta seratus delapan puluh tiga ribu lima ratus tujuh puluh lima rupiah), hal ini dilakukan terkait dengan Surat Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Nomor : S-345/K/D2/2015 perihal Laporan Hasil Audit Kinerja Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014. (2) Adanya Tagihan untuk Peserta PBI tambahan JKN/KIS Tahun 2015 yang didistribusikan secara langsung Bapak Presiden serta didasari dengan Surat Keputusan Menteri Sosial Nomor : 44B/HUK/2015, 58/HUK/2015 dan 128/HUK/2015 dan 132/HUK/2015.

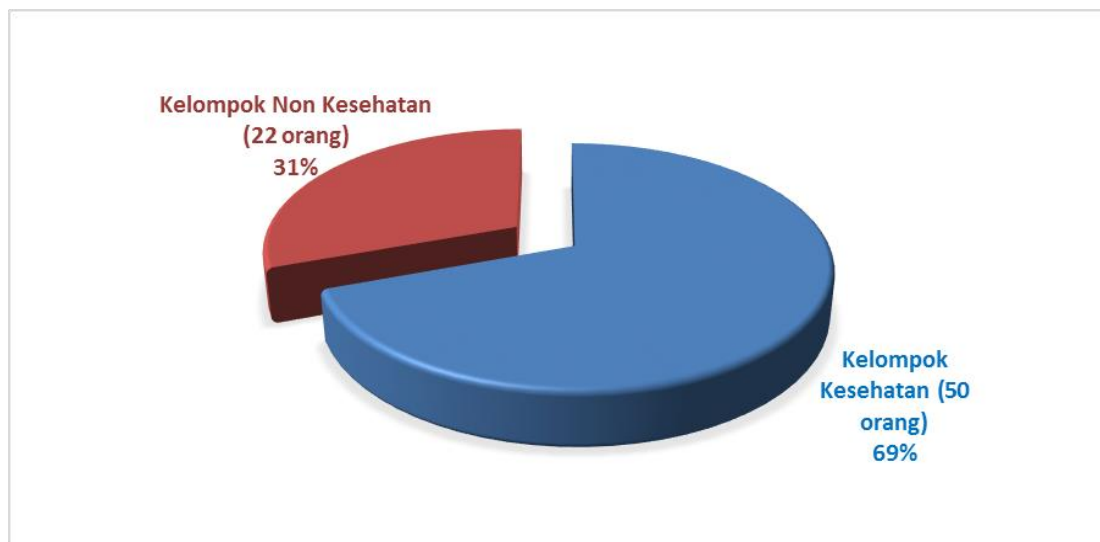
D. SUMBER DAYA MANUSIA

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan professional dari berbagai disiplin ilmu. Setiap SDM telah ditempatkan sesuai dengan jabatan dan keahliannya. Jumlah SDM PPJK per 31 Desember 2015 sebanyak 72 orang dengan rincian distribusi di bidang/bagian sebagai berikut :



Gambar 16 Distribusi SDM PPK per Bagian/Bidang

Jumlah SDM PPK berdasarkan latar belakang pendidikan sangat beragam karena dalam melaksanakan tugas *penyusunan kebijakan teknis dan pembinaan pembiayaan dan jaminan kesehatan* dibutuhkan berbagai disiplin ilmu dan keahlian. Jika dikelompokkan dalam 2 (dua) jenis kompetensi, yaitu kelompok medis sebanyak 50 orang (dokter, dokter gigi, apoteker, kesehatan masyarakat, kebidanan) dan kelompok non medis sebanyak 22 orang (akuntansi, komputer, hukum, ekonomi, manajemen)



Gambar 17 Distribusi SDM PPK berdasarkan Jenis Kompetensi

Untuk meningkatkan kompetensi dan keahlian pegawainya, PPK pada tahun 2015 telah mengirimkan para pegawainya untuk mengikuti pelatihan *capacity building*, workshop dan seminar internasional.

E. ASPEK KEUANGAN

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan melaksanakan kegiatan di tahun 2015 dengan total realisasi biaya sebesar Rp. 19.919.254.732.079,- (sembilan belas triliun sembilan ratus sembilan miliar dua ratus lima puluh empat juta tujuh ratus tiga puluh dua ribu tujuh puluh sembilan), dari total anggaran pada DIPA Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan sebesar Rp. 20.410.568.355.000,- (dua puluh triliun empat ratus sepuluh miliar lima ratus enam puluh delapan juta tiga ratus lima puluh lima ribu rupiah). Berdasarkan tabel di bawah diketahui bahwa capaian realisasi anggaran Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan pada tahun 2015 sebesar 97.59%.

Tabel 12 Realisasi Anggaran Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015

OUTPUT KEGIATAN SESUAI DIPA		ALOKASI ANGGARAN (RP)	REALISASI ANGGARAN (RP)	PERSENTASE (%)
2043.002	Laporan Kegiatan dan Pembinaan	3.585.930.000	2.053.305.485	57.26
2043.003	Laporan Keuangan dan Barang Milik Negara	394.550.000	350.723.900	88.89
2043.004	Laporan perencanaan dan anggaran	1.654.858.000	1.074.941.278	64.96
2043.009	Pedoman, Buku, Modul dan Juknis yang Disusun dan Dicitak	652.608.000	219.835.500	33.69
2043.011	Laporan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	1.812.030.000	1.170.851.600	64.62
2043.013	Pelatihan SDM Kesehatan dalam Bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan	3.153.197.000	2.089.017.573	66.25
2043.015	Kebijakan tentang jaminan Kesehatan	35.057.398.000	21.968.000.811	62.63
2043.016	Kebijakan tentang Pembiayaan Kesehatan	6.647.294.000	4.325.524.400	65.07
2043.017	Iuran PBI	20.355.080.000.000	19.884.364.285.200	97.69
2043.994	Layanan Perkantoran	2.167.290.000	1.319.063.322	60.86
2043.996	Perangkat Pengolah Data dan Komunikasi	345.200.000	319.183.000	93.46
TOTAL		20.410.568.355.000	19.919.254.732.079	97.59

BAB IV PENUTUP

Laporan kinerja ini adalah sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan yang didasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan No.1100/MENKES/SK/II/2003 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Dalam pelaksanaan penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan tahun 2015, masih mengacu pada Perjanjian Kinerja Tahun 2015 sebagai penjabaran lebih lanjut dari Peraturan Presiden Nomor 3 Tahun 2015 tentang Perubahan Rencana Kerja dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.

Pencapaian Rencana Tingkat Capaian dari kegiatan yang telah dilaksanakan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Tahun 2015 difokuskan pada 5 (lima) kegiatan utama yaitu (1) penyiapan dan penyusunan bahan kebijakan teknis Pengembangan Pembiayaan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS); (2) penyiapan dan penyusunan dokumen Hasil *Health Technology Assessment* (HTA) untuk disampaikan kepada Menteri Kesehatan; (3) penyaluran iuran Peserta Bantuan Iuran (PBI); (4) monitoring dan evaluasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/KIS; dan (5) dukungan manajemen/operasional perkantoran.

Pada tahun 2015 pencapaian sasaran indikator berdasarkan perjanjian kinerja untuk Jumlah penduduk yang menjadi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah 99,60%. Adapun realisasi untuk 2 (dua) indikator yang lain, yaitu jumlah dokumen hasil *Health Technology Assessment* (HTA) yang disampaikan kepada Menteri Kesehatan dan Jumlah dokumen kebijakan realisasi iuran peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN/KIS, telah dicapai sesuai perencanaan yaitu sebesar 100%.