

SURVEI PENDAHULUAN BIAYA TAMBAHAN* PESERTA BPJS KESEHATAN PADA RUMAH SAKIT FASKES BPJS KESEHATAN DI JABODETABEK

ADDITIONAL COSTS PRELIMINARY SURVEY OF BPJS' MEMBERS ON HEALTH SERVICE PROVIDERS IN JABODETABEK

Novianti Br Gultom, Citra Jaya, Atmiroseva
Grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan, Jakarta

ABSTRACT

Background: In many countries, universal health coverage rarely runs well in its first year of implementation. In this case, Indonesia is not an exception. The Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/National Health Security) program in its first year of implementation found numerous operational obstacles. This survey investigated the presence an additional costs* paid by patient of BPJS to Health Service Provider in Jabodetabek during JKN implementation.

Methodology: We conduct a face-to-face interview to 200 JKN patients in 20 hospitals in Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang, and Bekasi (Jabodetabek) who have just received health care treatment.

Results: From 200 patients, thirty seven (18.5%) paid additional cost for their health care. Ironically, additional costs are also found in public hospitals where JKN patients must pay for drugs. Twenty five JKN patients in private hospitals also pay additional costs for drugs, laboratory, medical equipment, radiology, procedures, and other services. All types of membership experienced additional cost including Premium Subsidy Recipient (PBI/the poor). In total, additional costs for inpatient care exceeds those of outpatient care.

Conclusions: from 5 JKN patients, at least one must pay additional cost for their health treatment. Patients felt these additional costs as problems. In response to JKN proposal to implement cost sharing for certain health service, 87% JKN patients expressed their support. From those who supported, 65% prefer fixed-price cost sharing.

Recommendation: We recommend a national scale in-depth study to obtain comprehensive inputs on cost sharing arrangements.

Keywords: Additional cost, National Health Security/JKN, National Health Social Security Bodies/BPJS Kesehatan

ABSTRAK

Latar belakang: Tidak ada Universal Health Coverage yang pertama kali berjalan langsung sempurna. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang belum genap berusia satu tahun ternyata juga mengalami ketidaksesuaian implementasi di lapangan. Survei ini menyelidiki kesesuaian implementasi JKN dari sisi ada/tidaknya biaya tambahan yang dibayarkan oleh Peserta BPJS Kesehatan di RS wilayah Jabodetabek.

Metodologi: Wawancara tatap muka mengenai pengalaman dan usulan menggunakan kuesioner kepada 200 responden yang baru saja mendapatkan pelayanan kesehatan di 20 Rumah Sakit Faskes BPJS Kesehatan di Jabodetabek.

Hasil: Sebanyak 37 responden dari total 200 responden (18,5%) ditemukan membayar biaya tambahan. Ironisnya, biaya tambahan ini juga terjadi di Rumah Sakit milik Pemerintah. Semua biaya tambahan di RS Pemerintah merupakan biaya tambahan obat. Sedangkan biaya tambahan di RS Swasta dialami oleh 25 responden, meliputi biaya tambahan obat, laboratorium, alat kesehatan, radiologi, tindakan, dan biaya di poli. Biaya tambahan ini dialami oleh semua jenis kepesertaan, termasuk peserta PBI, sebanyak 4 peserta PBI membayar biaya tambahan di RS milik Pemerintah, 3 peserta PBI membayar di RS Swasta. Biaya tambahan pada rawat inap lebih besar daripada biaya tambahan pada rawat jalan. Peruntukan terbesar biaya tambahan adalah biaya tambahan obat. **Kesimpulan:** Satu dari lima peserta JKN membayar biaya tambahan di RS Faskes wilayah Jabodetabek. Biaya tambahan tersebut memberatkan dan masalah bagi mayoritas responden. Namun dari sisi usulan apabila nantinya JKN ingin menerapkan biaya tambahan pada jenis pelayanan tertentu, maka 87% dari total responden menunjukkan respons positif, yang terbanyak memilih bentuk urun biaya nominal tetap (64,5%).

Rekomendasi: Survei ini merekomendasikan dilakukannya in-depth study dengan skala nasional untuk mendapatkan masukan yang lebih komprehensif mengenai urun biaya pada jenis pelayanan apa saja dalam JKN.

Kata kunci: Biaya tambahan, JKN, BPJS Kesehatan

PENGANTAR

Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia akan dicapai pada tahun 2019. Untuk mencapainya, kepesertaan UHC di Indonesia dilakukan secara bertahap melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak 1 Januari 2014. Hal ini sebagai amanat Undang-Undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional¹ dan Undang-Undang No. 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial². Berdasarkan Peraturan Presiden RI No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 39 ayat (3) menyatakan bahwa BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups (INA CBG's)*³.

Pelayanan kesehatan pada FKRTL yang dijamin dan tidak dijamin dalam *Indonesian Case Based*

Groups (INA-CBG's) mengacu pada Peraturan Presiden RI No. 111/2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan, Bagian Kedua "Tata Cara Pembayaran Iuran" butir 14. Pasal 22 ayat (1) poin b mengatur tentang pelayanan kesehatan yang dijamin pada pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, terdiri atas: administrasi pelayanan; pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis dan subspesialis; tindakan medis spesialis, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis; pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis; rehabilitasi medis; pelayanan darah; pelayanan kedokteran forensik klinik; pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan; perawatan inap non intensif; dan perawatan inap di ruang intensif⁴.

Sedangkan Peraturan Presiden RI No. 111/2013 Pasal 25 ayat (1) mengatur tentang pelayanan kesehatan yang tidak dijamin, terdiri atas: pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku; pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat; pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja; pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas; pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri; pelayanan kesehatan untuk tujuan estetis; pelayanan untuk mengatasi infertilitas; pelayanan meratakan gigi (ortodonti); gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol; gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri; pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*); pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen); alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu; perbekalan kesehatan rumah tangga; pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah; biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*); dan biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan⁴.

Berdasarkan ketentuan pelayanan yang dijamin dan yang tidak dijamin tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa BPJS Kesehatan membayar semua pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok "dijamin", dan sebaliknya tidak membayar untuk semua pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok "tidak dijamin."

Dalam Pasal 30 Perpres 12/2013 dipertegas bahwa fasilitas kesehatan wajib menjamin peserta dirawat inap mendapatkan obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis dan faskes rawat jalan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan faskes penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan³. Secara teknis, ketentuan mengenai hal yang dijamin dan tidak dijamin ini dituangkan dalam Perjanjian Kerja Sama dengan FKRTL BPJS Kesehatan, dimana diatur juga tentang sanksi apabila Rumah Sakit memungut biaya tambahan kepada Peserta di luar ketentuan.

Secara garis besar biaya tambahan yang dibayarkan oleh Peserta BPJS Kesehatan di Rumah Sakit dapat dikelompokkan atas dua, yaitu biaya tambahan yang dibolehkan dan biaya tambahan yang tidak dibolehkan. Biaya tambahan yang dibolehkan, terdiri dari biaya dikarenakan naik kelas rawat dari kelas rawat yang menjadi haknya (sesuai Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 24 dan Permenkes No. 71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional⁵) dan biaya dikarenakan termasuk pelayanan kesehatan yang tidak dijamin. Sedangkan biaya tambahan yang tidak dibolehkan, yaitu seluruh yang termasuk pelayanan kesehatan yang dijamin.

Mengapa biaya tambahan ini sampai terjadi? Hal ini bisa disebabkan banyak faktor yang cukup kompleks dan saling terkait. Namun, terjadinya biaya tambahan bagi Peserta BPJS Kesehatan, khususnya biaya tambahan yang tidak dibolehkan, bisa dikarenakan tiga aspek penyebab, yaitu aspek Peserta, aspek RS dan aspek INA CBG's itu sendiri.

Aspek Peserta dapat disebabkan: Peserta baru mengurus kartu BPJS Kesehatan ketika sudah dirawat; atau, Peserta meminta pelayanan atas permintaan sendiri (seringkali terkait *mindset* Peserta). Aspek RS, disebabkan: RS menganggap tarif INA CBGs tidak cukup; RS tetap memberlakukan *open bill* ketika pasien naik kelas rawat walaupun disebabkan kelas rawat sesuai haknya penuh. Biasanya pasien diminta menandatangani *informed consent* sehingga pasien berada pada posisi yang lemah; di samping itu, dapat disebabkan Alkes yang digunakan adalah milik pribadi dokter, bukan milik IFRS. Atau Alkes

tidak/belum tersedia di RS, sementara Kompendium Alkes yang seharusnya dikeluarkan dan diatur oleh Kemenkes belum tersedia; peralatan medis yang digunakan (misalnya ESWL) adalah milik pribadi dokter, bukan milik RS, atau peralatan medis tidak/belum tersedia di RS; rujukan parsial antar RS belum berjalan atau belum mendapatkan kesepakatan pembayaran, khususnya karena seringkali terdapat perbedaan kelas RS; RS meminta membayar tambahan apabila ingin jadwal operasi lebih cepat; Dokter Tamu/Konsultan tidak bersedia melayani Peserta BPJS Kesehatan sehingga hanya bersedia melayani jika membayar sebagai pasien umum; RS menerapkan pembatasan jam dan/atau hari berobat pasien Peserta BPJS Kesehatan; pelayanan diluar waktu yang dibatasi harus membayar sebagai pasien umum; pelayanan kesehatan tertentu dinyatakan sebagai biaya administrasi yang harus dibayar yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan, termasuk biaya untuk mendapatkan kamar rawat. Dari Aspek INA CBGs, biaya tambahan yang terjadi disebabkan karena masih ada tarif INA CBGs yang dianggap belum sesuai.

Poin-poin diatas perlu dikaji agar pembayaran dan tarif INA CBGs tidak merugikan semua pihak, sehingga tetap dapat mempertahankan mutu pelayanan kepada Peserta BPJS Kesehatan. Lebih jauh, perlu juga dilakukan kajian untuk memotret sikap penerimaan Peserta BPJS Kesehatan terhadap biaya tambahan saat berobat di fasilitas kesehatan lanjutan, baik yang saat ini terjadi maupun terkait kajian kemungkinan penerapan serta model dan besaran urun biaya terhadap Peserta BPJS Kesehatan untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan, dimana hal ini dimungkinkan berdasarkan UU No.40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pada Pasal 22 ayat (2).

Dalam implementasi di lapangan, seringkali Peserta BPJS Kesehatan masih harus membayar biaya tambahan yang tidak dibolehkan untuk pelayanan kesehatan yang sebenarnya termasuk dalam kelompok "dijamin". Biaya tambahan yang dimaksud adalah seluruh biaya *Out-Of-Pocket (OOP)* yang dibayarkan oleh pasien Peserta BPJS Kesehatan saat mendapatkan pelayanan kesehatan di Faskes lanjutan (Rumah Sakit), dalam tulisan ini dibatasi biaya tambahan yang tidak dibolehkan sesuai ketentuan, hanya untuk hal yang terkait dengan kepentingan pasien dalam rangka pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, selanjutnya disebut biaya tambahan.

Ketentuan terbaru terkait biaya tambahan yaitu Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 28/2014 tanggal 3 Juni tentang Pedoman Pelaksanaan Program

Jaminan Kesehatan Nasional. Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Pada Lampiran Bab IV Pelayanan Kesehatan, poin D.3.b dinyatakan bahwa "Penggunaan obat di luar Formularium nasional di FKRTL hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi dengan persetujuan Komite Medik atau Kepala/Direktur Rumah Sakit yang biayanya sudah termasuk dalam tarif INA CBGs dan tidak boleh dibebankan kepada peserta"⁶.

Berkenaan dengan hal-hal tersebut di atas, Grup Litbang BPJS Kesehatan memandang perlu melakukan "Survei Pendahuluan Biaya Tambahan Peserta BPJS Kesehatan pada Rumah Sakit Faskes BPJS Kesehatan di Jabodetabek".

Tujuan Survei

Tujuan umum survei ini adalah untuk mengetahui kesesuaian implementasi JKN dari sisi ada/tidaknya biaya tambahan yang dibayarkan oleh Peserta BPJS Kesehatan. Adapun tujuan khusus survei adalah: diketahuinya persentase pasien Peserta BPJS Kesehatan yang membayar biaya tambahan saat mendapatkan pelayanan kesehatan di Faskes lanjutan dari sejumlah responden yang disurvei; teridentifikasinya diagnosa dan tindakan pasien yang harus membayar biaya tambahan, termasuk SMF tempat pasien dilayani; diketahuinya peruntukan biaya tambahan berdasarkan penjelasan/billing RS (obat, tindakan, Alkes, dll); diketahuinya alasan/penjelasan yang diberikan oleh RS untuk biaya tambahan yang harus dibayar pasien; diketahuinya besar biaya tambahan yang dibayarkan oleh Peserta; diketahuinya penerimaan responden terhadap biaya tambahan yang dikenakan oleh RS; diketahuinya jenis perhitungan biaya tambahan yang diinginkan oleh Peserta; diketahuinya kelompok besaran biaya tambahan yang masih ditoleransi oleh Peserta BPJS Kesehatan berdasarkan kelompok hak kelas rawat; diperolehnya gambaran kekurangan biaya dari persepsi RS; diperolehnya rekomendasi kebijakan berdasarkan analisa hasil survei mengenai penetapan urun biaya dalam rangka pengendalian.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam survei ini adalah Metode Kuantitatif. Survei dilakukan dengan wawancara tatap muka menggunakan kuesioner kepada responden yang baru saja mendapatkan pelayanan kesehatan. Jumlah Responden sebanyak 200 Peserta BPJS Kesehatan dari 20 RS yang mencakup pasien dari semua hak kelas rawat (1, 2, dan 3) dan diupayakan mewakili semua kelompok jenis kepe-

sertaan (Pekerja Penerima Upah/PPU, Pekerja Bukan Penerima Upah/PBPU, Bukan Pekerja/BP, Penerima Bantuan Iuran/PBI baik PBI dengan sumber dana APBN maupun PBI APBD) dengan sebaran sampel responden setiap RS masing-masing diupayakan berimbang 10 responden.

Disamping itu, diupayakan keterwakilan dari Poliklinik / SMF yang berbeda-beda dalam setiap RS. Adapun keterwakilan RS wilayah DKI Jakarta sebanyak 50% dan Non DKI Jakarta (Bodetabek) sebanyak 50% dengan tetap mengupayakan adanya keterwakilan RS dari sisi Kelas RS, Kepemilikan dan Jenis Pelayanan RS, serta setiap wilayah Kantor Cabang BPJS Kesehatan minimal satu RS. RS yang menjadi lokasi survei diupayakan yang memiliki jumlah kasus dan biaya yang representatif (kasus dan biaya relatif cukup besar untuk memastikan keterwakilan Responden sesuai periode waktu survei).

Responden adalah pasien yang baru mendapatkan pelayanan kesehatan di RS dan sudah melakukan pembayaran (*exit poll*). Apabila pembayaran belum selesai, pasien dicatat nomor HP dan alamat serta diminta kesediaan untuk dihubungi via telepon, untuk melengkapi data. Informasi jenis peserta dan hak kelas rawat dilakukan melalui Aplikasi BPJS Kesehatan.

Sampel Peserta

Rumus sampel : $n_0 = (z \times s / ME)^2$, dimana:

n_0 : Jumlah sampel tanpa Mempertimbangkan jumlah populasi

z : Nilai z pada tabel distribusi normal

s : Standar deviasi

ME : Margin of Error

Standar deviasi (s^2) yang menjadi dasar perhitungan jumlah sampel diasumsikan sebesar 0,25 atau nilai standar deviasi terbesar yang mungkin terjadi. Dengan tingkat kepercayaan 95%, nilai z sebesar 1,96, dan tingkat akurasi yang diharapkan adalah 5%, maka diperoleh jumlah sampel ideal sebesar:

$$\begin{aligned} n_0 &= (z \times s / ME)^2 \\ &= (1,96 \times 0,5 / 0,05)^2 \\ &= 384,16 \text{ 384} \end{aligned}$$

Karena keterbatasan waktu dan biaya, maka jumlah sampel dalam survei pendahuluan biaya tambahan ini dibatasi sebesar 200 sampel, dengan *Margin of Error (ME)*-nya diperoleh dengan rumus:

$$\begin{aligned} n_0 &= (z \times s / ME)^2 \\ 200 &= (1,96 \times 0,5 / ME)^2 \\ 200 &= (0,98 / ME)^2 \\ 14,1421 &= 0,98 / ME \\ ME &= 6,9\% \end{aligned}$$

Survei ini telah dilaksanakan pada tanggal 10 hingga 25 Juli 2014. Setelah survei dilakukan masih ada penambahan informasi mengenai diagnosa, tagihan riil RS dan tagihan BPJS Kesehatan dari petugas BPJS Center untuk melengkapi analisa dan laporan. Data biaya yang dijamin BPJS Kesehatan menyangkut klaim RS, yang rata-rata ditagihkan bulan berikutnya, sehingga kelengkapan data dan penyelesaian survei ini memerlukan tambahan waktu.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Demografi Responden

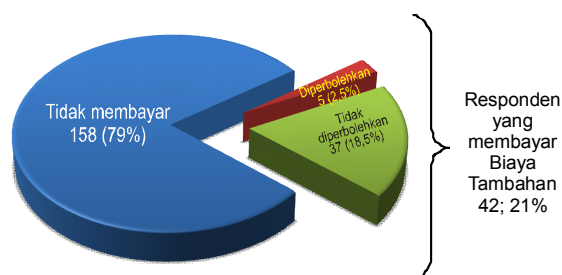
Pasien yang berobat mayoritas berasal dari provinsi dimana RS berada, hanya 3% berasal dari luar daerah. 43% pasien berasal dari DKI Jakarta, 40% dari Jawa Barat dan 14% dari Banten. Mayoritas pasien berada pada usia produktif (45,5%), usia pensiun (29,5%), sedangkan yang masih dalam usia sekolah dan balita, masing-masing adalah sebesar 14% dan 11%. Kisaran usia pasien yang dirawat cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan pasien rawat jalan. Sebanyak 81,4% pasien yang dirawat berusia 24 tahun ke atas. Terlihat adanya perbedaan rata-rata usia pasien rawat inap dan rawat jalan, dimana rata-rata usia pasien rawat inap lebih muda (37,2 tahun), dibandingkan dengan rata-rata usia pasien rawat jalan yang cenderung berusia lebih tua (43,8 tahun). Responden laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan pada Rawat Inap, sedangkan pada Rawat Jalan, perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki.

Menurut jenis kepesertaan dan hak kelas rawat, semua jenis kepesertaan dan hak kelas rawat terwakili dalam survei ini. Komposisi responden terbesar adalah jenis peserta PBPU (peserta mandiri) dan PBI masing-masing sebesar 39%. Dari sisi hak kelas rawat, terbesar adalah hak kelas rawat III (39%).

Berdasarkan tingkat pendidikan, sebanyak 71,5% pasien berlatar belakang pendidikan dasar sampai tingkat SMA, 16,5% pasien berlatar diploma sampai S3, dan 12% tidak bersekolah. Dari sisi pendapatan dan pengeluaran, sebanyak 72,5% pasien memiliki pendapatan antara Rp1–4 juta per bulan, 22,5% pasien memiliki pendapatan antara Rp4–8 juta per bulan. Namun ada 3% pasien yang mendapatkan income < Rp1 juta per bulan dan 2% dengan income > Rp10 juta per bulan. Sebanyak 80,5% pasien mengeluarkan biaya antara Rp1–4 juta per bulan, 12,5% pasien antara Rp4–8 juta per bulan. Hanya 2% pasien yang pengeluarannya Rp8 juta per bulan dan 5,5% mengeluarkan biaya < Rp1 juta per bulan. Diantara responden ada yang pengeluarannya > pendapatan.

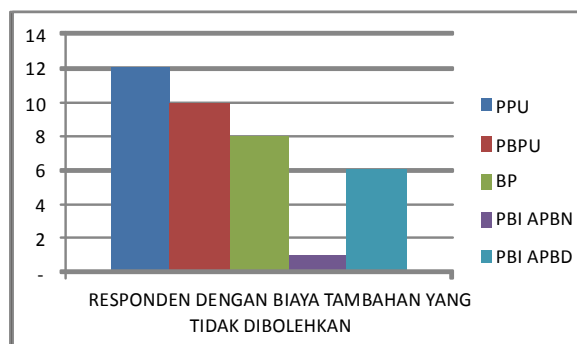
Biaya Tambahan

Dari 200 responden yang disurvei, terdapat 42 responden atau 21% yang mengeluarkan biaya tambahan, dari 21% ini terdapat 5 responden yang naik kelas rawat. Naik kelas merupakan hal yang masih dibolehkan, sehingga responden yang membayar biaya yang dianggap ilegal atau biaya tambahan yang tidak dibolehkan adalah sebanyak 37 orang atau 18,5%.



Grafik 1. Perbandingan Responden Yang Membayar dan Tidak Membayar Biaya Tambahan (n=200)

Dari 200 responden, jumlah responden dengan komposisi biaya tambahan yang tidak dibolehkan terhadap biaya tambahan yang dibolehkan terbesar pada jenis peserta Bukan Pekerja (BP), terkecil pada PPU (Peserta Mandiri). Dalam hal ini jenis peserta PPU cenderung membayar biaya tambahan untuk aspek non medis (naik kelas). Sebagai catatan, dalam survei ini semua responden tidak memiliki asuransi tambahan lainnya yang dapat dipakai sebagai Koordinasi Manfaat (COB/Coordination of Benefit). Responden peserta PBI ternyata masih dijumpai adanya kasus biaya tambahan. Idealnya semua pembiayaan peserta PBI merupakan tanggungjawab pihak RS/Pemerintah dan tidak dibebankan kepada pasien.



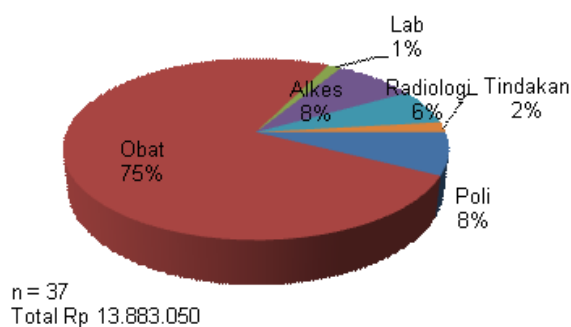
Grafik 2. Responden dengan Biaya Tambahan per Jenis Peserta (n=37)

Bila dilihat dari jenis pesertanya, terbanyak adalah peserta PPU, dan paling kecil terjadi pada PBI. Idealnya peserta PBI tidak dikenakan biaya tambahan. Sebanyak 55% (atau 11 RS dari 20 RS yang disurvei) RS mengenakan biaya tambahan kepada pasien. Biaya tambahan terbesar untuk rawat inap adalah untuk naik kelas rawat (*upgrade* kamar), sedangkan rawat jalan adalah untuk obat.

Sebanyak 65% dari responden yang membayar biaya tambahan dengan *single diagnosis*, dan sisanya sebesar 35% merupakan *multiple diagnosis*. Berdasarkan kelompok diagnosis, responden dengan biaya tambahan didominasi penyakit yang terkait dengan peredaran darah (ICD kategori A), diikuti penyakit parasit & infeksi (ICD kategori I).

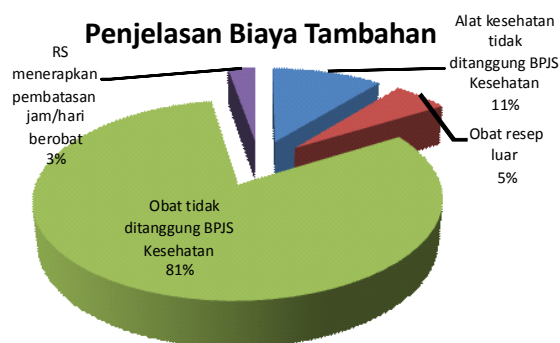
Responden yang membayar biaya tambahan pada kasus rawat jalan terbanyak dari poli Penyakit Dalam dan poli Jantung. Peruntukan biaya tambahan terbesar adalah biaya tambahan obat (75%), diikuti dengan Alkes (8%), dan pelayanan poli (7,5%). Sebanyak 33 biaya tambahan dari 37 responden merupakan biaya tambahan obat. Hal ini menunjukkan ketidaksiapan RS dalam hal pelayanan obat bagi peserta JKN.

Mayoritas responden yang membayar biaya tambahan memiliki kwitansi (74%) yaitu 26 responden memiliki kwitansi dari 37 responden yang membayar biaya tambahan. Yang tidak memiliki kwitansi ini (11 responden) terbanyak berasal dari kasus rawat inap (7 responden).



Grafik 3. Peruntukan Biaya Tambahan

Dari 37 responden dengan biaya tambahan tercatat 81% dari penjelasan/alasan yang diberikan oleh RS kepada pasien adalah bahwa obat tidak ditanggung BPJS Kesehatan.



Grafik 4. Alasan Peruntukan Biaya Tambahan

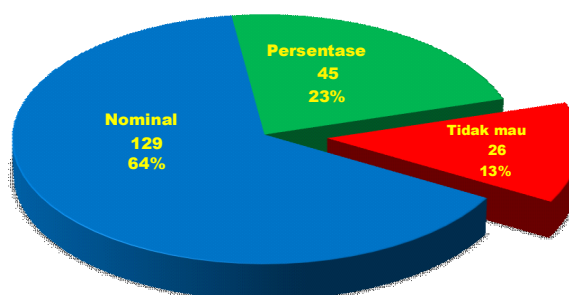
Besar biaya tambahan yang dibayarkan peserta berkisar dari Rp4.000,00 – Rp2.000.000,00 atau rata-rata Rp375.218,00/responden. Kelompok terbesar biaya tambahan adalah kelompok biaya di bawah Rp500.000,00 (76% dari 37 responden yang membayar biaya tambahan). Sebanyak 34 responden membayar biaya tambahan untuk pembelian obat dengan total pengeluaran sebesar Rp10.911.050,00 dengan *range* dari Rp4.000,00 – Rp2.000.000,00. Sedangkan 3 responden lainnya membayar untuk alat kesehatan yang menurut RS tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan dengan *range* antara Rp15.000,00 – Rp960.000,00.

Survei ini juga mencatat penerimaan responden terhadap biaya tambahan yang harus mereka bayarkan. Dari 37 responden yang membayar biaya tambahan tersebut, sebanyak 35% menyatakan bahwa biaya tambahan tersebut tidak memberatkan, 6% netral dan 8% agak memberatkan. Sedangkan 46% responden merasakan biaya tambahan tersebut memberatkan serta 5% sisanya sangat memberatkan. Biaya tambahan ini menjadi perhatian BPJS Kesehatan untuk meminimalisasinya.

Dari 37 responden yang membayar biaya tambahan, 57% atau 21 responden menyatakan bahwa biaya tambahan tersebut menjadi masalah. Sedangkan 43% sisanya atau 16 responden menyatakan tidak masalah. Dari 21 responden yang menyatakan 'masalah' dalam membayar biaya tambahan, hal ini disebabkan oleh berbagai alasan, yaitu karena biaya tambahan terlalu besar, obat ditanggung, sudah pensiun, tiap bulan sudah bayar, gaji pas-pasan dan biaya tambahan dinilai agak mahal. Dari 16 responden yang menyatakan 'tidak masalah' dalam membayar biaya tambahan, hal ini disebabkan karena biaya tambahan tersebut dinilai masih terjangkau atau masih wajar karena harus beli obat. Adapun sumber biaya yang digunakan responden untuk membayar biaya tambahan ini paling banyak meng-

gunakan tabungan (26 responden), sedangkan responden lainnya menggunakan sumber gaji, dari anak, atau pinjaman.

Ada dua bentuk pilihan urun biaya yang ditanyakan kepada responden dalam survei ini dalam memberikan usulan jika JKN ingin menerapkan urun biaya untuk pelayanan kesehatan tertentu, yaitu apakah pilihan bentuk nominal tetap atau bentuk persentase. Jenis perhitungan biaya tambahan yang diinginkan oleh peserta BPJS Kesehatan jika JKN ingin menerapkan biaya tambahan pada jenis pelayanan tertentu menurut 200 responden melalui survei ini adalah: mayoritas responden (87% dari total responden) bersedia untuk urun biaya, dimana 64% dari total responden (129 responden) memilih urun biaya dalam nominal tetap setiap bulannya, 23% (45 responden) memilih dalam bentuk persentase terhadap total biaya, sedangkan 13% sisanya (26 responden) tidak bersedia urun biaya. Dua responden diantaranya menyatakan tidak bersedia urun biaya disebabkan karena mereka sudah membayar premi setiap bulannya.



Grafik 5. Pilihan Bentuk Biaya Tambahan (n=129)

Nominal/besaran biaya tambahan yang masih ditoleransi oleh peserta BPJS Kesehatan dalam survei ini, bervariasi dengan *range* yang cukup lebar untuk kemampuan mereka membayar, yaitu antara Rp 0 – Rp500.000,00 (Rawat Jalan) dan antara Rp0 – Rp 5 juta (Rawat Inap). Berdasarkan kewajaran untuk urun biaya untuk Rawat Jalan, *range* terbesar ada di kisaran Rp20.000,00 – Rp99.999,00 (67%), sedangkan untuk Rawat Inap Rp50.000,00 – Rp199.999,00 (61%). Berdasarkan kemampuan untuk urun biaya untuk Rawat Jalan, *range* terbesar ada di kisaran Rp20.000,00 – Rp99.999,00 (60%), sedangkan untuk Rawat Inap Rp50.000,00 – Rp199.999,00 (63%).

Berdasarkan persentase dari total biaya, kewajaran membayar untuk Rawat Jalan bervariasi, *range* terbesar ada di kisaran 5% - 14,99% (58%), sedangkan untuk Rawat Inap dikisaran 2,50% - 9,99%

(51%). Berdasarkan kemampuan membayar, untuk Rawat Jalan bervariasi, *range* terbesar ada dikisaran 5% - 14,99% (51%), sedangkan untuk Rawat Inap dikisaran 1% - 9,99% (64%).

Dari rata-rata biaya INA CBGs dan biaya riil RS, terlihat gambaran kekurangan biaya dari persepsi RS. Selisih rata-rata biaya riil RS dan BPJS Kesehatan di DKI Jakarta untuk RJTL surplus, sedangkan RITL di RS wilayah DKI Jakarta serta RS wilayah Bodetabek baik RJTL dan RITL semuanya defisit. Adapun rata-rata biaya tambahan yang dibayarkan responden baik dari RS wilayah DKI Jakarta maupun Bodetabek ada di kisaran Rp148.333,00 hingga Rp716.636,00

Keterbatasan penelitian

Mengingat jumlah responden dan Rumah Sakit yang terbatas (200 responden) dengan lokasi survei hanya Jabodetabek, maka survei ini tidak menggambarkan kondisi dan situasi pelaksanaan JKN secara nasional, namun dapat dipakai sebagai masukan untuk mengetahui bagaimana implementasi JKN di lapangan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Melalui survei ini ditemukan ketidaksesuaian implementasi JKN berupa adanya peserta BPJS yang membayar biaya tambahan di RS Faskes BPJS Kesehatan di Jabodetabek sebanyak 37 responden dari total 200 responden (18,5%) dengan *margin of error* 6,9%. Biaya tambahan juga terjadi di RS Pemerintah, yaitu biaya tambahan obat. Biaya tambahan juga dialami peserta PBI.

Mayoritas responden yang membayar biaya tambahan merupakan *single diagnosis*. Diagnosis didominasi oleh penyakit yang terkait dengan peredaran darah (ICD kategori A), diikuti penyakit infeksi dan parasitik (ICD kategori I). Responden yang membayar biaya tambahan terbanyak dari poli Penyakit Dalam dan Poli Jantung.

Obat merupakan komponen biaya tambahan terbesar. Alasan terbesar biaya tambahan adalah karena obat tidak ditanggung BPJS Kesehatan (81%). Hal ini merupakan *bumerang* yang perlu ditindaklanjuti BPJS Kesehatan. Biaya tambahan yang dibayarkan pesertamulai Rp4.000,00 sampai dengan Rp2.000.000,00 atau rata-rata Rp375.218,00 / responden. Mayoritas responden yang membayar biaya tambahan memiliki kwitansi. Adapun persentase penerimaan responden yang membayar biaya tambahan yang menyatakan memberatkan dan masalah, masih cukup tinggi, sehingga biaya tambahan ini menjadi *concern* BPJS Kesehatan untuk meminimalisasinya.

Jika JKN menerapkan urun biaya untuk pelayanan kesehatan tertentu, jenis perhitungan biaya tambahan yang mayoritas diinginkan responden adalah urun biaya nominal tetap. Kelompok terbanyak besar-an biaya tambahan yang masih ditoleransi responden dengan *range* nominal biaya tambahan yang mampu dibayar, yaitu untuk Rawat Jalan antara Rp20.000,00 – Rp99.999,00 (60%), sedangkan untuk Rawat Inap Rp50.000,00 – Rp199.999,00 (63%). Sedangkan *range* persentase yang mampu dibayar, untuk Rawat Jalan antara 5% - 14,99% (51%), untuk Rawat Inap antara 1% - 9,99% (64%). Berdasarkan bentuk persentase terhadap total tagihan ini, responden belum memiliki gambaran berapa besaran nominalnya, sehingga perlu dieksplorasi lebih lanjut.

Dari data responden yang membayar biaya tambahan yang dibayarkan responden, diperoleh selisih rata-rata biaya riil RS dan BPJS Kesehatan di DKI Jakarta untuk RJTL surplus, sedangkan RITL di RS wilayah DKI Jakarta dan RS wilayah Bodetabek baik RJTL dan RITL semuanya defisit. Rata-rata biaya tambahan baik dari RS wilayah DKI Jakarta maupun Bodetabek berada di kisaran Rp148.333,00 hingga Rp716.636,00.

SARAN

Hasil survei ini perlu diinformasikan kepada Kantor Cabang BPJS Kesehatan dan petugas BPJS Center, terutama yang memiliki kejadian biaya tambahan. Biaya tambahan ini dapat dijadikan indikator untuk perbaikan kinerja perusahaan dalam meningkatkan kualitas layanan dan jaminan yang diberikan bagi peserta. Selanjutnya, perlu dilakukan monitoring secara rutin untuk melihat permasalahan terkait biaya tambahan karena proteksi keuangan menjadi faktor penting terutama bagi peserta dalam kelompok marginal.

REKOMENDASI

Survei ini merekomendasikan untuk dilakukan *indepth study* dalam skala nasional, untuk mendapatkan masukan yang lebih komprehensif tentang Biaya Tambahan, di samping itu, perlu dilakukan kajian tersendiri khusus pasien yang dirawat inap naik kelas. Mengingat alasan terbesar biaya tambahan adalah karena obat tidak ditanggung BPJS Kesehatan (81%), maka diperlukan sosialisasi mengenai biaya tambahan yang dibolehkan dan tidak dibolehkan kepada pihak RS maupun peserta BPJS.

REFERENSI

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
3. Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
4. Peraturan Presiden RI No. 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
5. Permenkes No.71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.