

**Analisis Peran Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam  
Mengurangi Beban Finansial Pasien: Studi Literatur**

**Cynthianoor Fitriana Puteri Zebua<sup>1</sup>, Diva Ardhila<sup>2</sup>, Yuriska<sup>3</sup>  
Fitriani Pramita Gurning<sup>4</sup>**

<sup>1,2,3,4</sup> Universitas Islam Negeri Sumatera Utara  
cynthiazebua@gmail.com<sup>1</sup>

**ABSTRACT**

*Insurance or coverage is an agreement in which an insurer binds himself to the insured by accepting a premium, to provide compensation to him for losses, damages, or loss of profits that may be suffered due to uncertain events (Commercial Law Book (KUHD) of the Republic of Indonesia Article 246). The interesting thing analyzed is first, the form of protection for workers in the National Health Insurance (JKN) program and second, the issues in its implementation. The model used in this work is a literature review, where information suitable for the problem being investigated is sought from various references and sources. Here is the selection of scientific articles: The selection of scientific articles was done by searching the PubMed, ScienceDirect, and Google Scholar databases for relevant articles published in the period 2019-2023. The selected articles must meet the established inclusion and exclusion criteria. Determination of Inclusion and Exclusion Criteria: The inclusion criteria used in this study include articles on "Analysis of the effectiveness of health insurance in reducing the financial burden of patients" and studies conducted at the provincial or national level. The exclusion criteria are articles that do not meet the inclusion criteria, articles that are not related to the research topic, and articles published before 2019.*

**Keywords:** insurance, jkn, patient finances

**ABSTRAK**

Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian di mana seorang penanggung mengikatkan diri pada tertanggung dengan menerima premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang mungkin akan diderita karena peristiwa yang tak tentu (Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) Republik Indonesia Pasal 246). Hal menarik yang dianalisis adalah pertama, bentuk perlindungan pekerja dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan kedua, persoalan dalam penerapannya. Model yang digunakan dalam karya ini adalah tinjauan literatur, di mana informasi yang cocok untuk masalah yang diselidiki dicari dari berbagai referensi dan sumber. Berikut pemilihan artikel ilmiah: Pemilihan artikel ilmiah dilakukan dengan mencari di database PubMed, ScienceDirect, dan Google Scholar untuk artikel relevan yang diterbitkan pada periode 2019-2023. Artikel yang dipilih harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan. Penentuan Kriteria Inklusi dan Eksklusi: Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini meliputi artikel tentang "Analisis efektivitas asuransi kesehatan dalam mengurangi beban finansial pasien" dan studi yang dilakukan di tingkat provinsi atau nasional. Kriteria eksklusi adalah artikel yang tidak memenuhi kriteria inklusi, artikel yang tidak berhubungan dengan topik penelitian, dan artikel yang diterbitkan sebelum tahun 2019.

**Kata Kunci:** asuransi, jkn, finansial pasien

## **PENDAHULUAN**

Semua orang selalu ingin berada dalam kondisi sehat, pola hidup yang seimbang, berolahraga dan istirahat yang cukup adalah salah satu cara supaya sehat dan kuat secara fisik. Namun, kemungkinan terjadinya sakit akan selalu ada, karena tingginya polusi dan pola makan yang saat ini sudah semakin instan. Hal tersebut dapat meningkatkan risiko terhadap kesehatan, jadi peluang seseorang akan sakit sangatlah tinggi. Sementara itu, biaya kesehatan atau pengobatan saat ini semakin mahal, khususnya biaya rumah sakit dan obat-obatan, oleh karena itu penting untuk mempersiapkan biaya-biaya yang mungkin akan dikeluarkan saat sakit. Hal demikian yang memacu sebagian kalangan memilih produk asuransi kesehatan sebagai jaminan dari kebutuhan mereka tersebut.

Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, di mana seorang penanggung mengikatkan diri pada tertanggung dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang mungkin akan diderita karena suatu peristiwa yang tak tentu (Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) Republik Indonesia Pasal 246). Asuransi kesehatan di Indonesia relatif merupakan hal baru bagi kebanyakan penduduk Indonesia karena istilah asuransi kesehatan memang belum cukup menjadi perbendaharaan kata umum. Pemahaman tentang apa itu asuransi kesehatan masih sangat beragam sehingga tidak heran, misalnya di masa lampau, banyak orang yang menyatakan bahwa JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) bukanlah asuransi kesehatan hanya karena namanya memang sengaja dipilih tidak menggunakan kata-kata asuransi.

Asuransi kesehatan merupakan bagian dari asuransi jiwa yang objeknya jiwa. Tujuan asuransi kesehatan adalah memeralihkan risiko sakit dari tertanggung kepada penanggung. Sehingga kewajiban penanggung adalah memberikan pelayanan (biaya) perawatan kesehatan kepada tertanggung apabila sakit. Di mana sistem asuransi kesehatan bertujuan untuk melindungi masyarakat dari kesulitan (ekonomi) dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Pengertian asuransi menurut Pasal 246 KUHD dan Pasal 1 (1) UU No. 2/1992 merupakan perjanjian antara tertanggung dengan penanggung, sehingga berlaku syarat-syarat syahnya perjanjian dan asas-asas hukum perjanjian yang melahirkan asuransi sukarela. Namun, selain asuransi berdasarkan perjanjian juga dikenal adanya asuransi berdasarkan peraturan perundang-undangan yaitu asuransi sosial/wajib.

Lain halnya tentang jaminan pemeliharaan asuransi kesehatan yang diatur menurut Undang-undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (UU No. 3/1992). Adapun yang dimaksud tenaga kerja adalah setiap orang yang mampu melakukan pekerjaan baik di dalam maupun di luar hubungan kerja, guna menghasilkan jasa atau barang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat (Pasal 1 (2) UU No. 3/1992). UU No. 3/1992 selain memberikan jaminan pemeliharaan asuransi kesehatan, juga memberikan: Jaminan Kecelakaan Kerja; Jaminan Kematian; dan Jaminan Hari Tua (Pasal 6 (1) UU No. 3/1992).

Pemerintah Indonesia berkomitmen memperluas akses layanan kesehatan yang berkualitas terutama kepada masyarakat miskin dan hampir miskin melalui

program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pengenalan JKN berdampak pada restrukturisasi besar sistem asuransi kesehatan publik dengan menggabungkan semua jenis skema asuransi kesehatan publik ke JKN, termasuk penggabungan manfaat di antaranya perawatan antenatal, persalinan, dan pasca melahirkan. Tujuan utama JKN adalah perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak. *Out of Pocket (OOP)* lazim digunakan untuk mengukur beban keuangan ibu atau keluarga dalam mendapatkan pelayanan kesehatan (Dorjdagva, Batbaatar, Svensson, Dorjsuren, & Kauhanen, 2016; Karan, Selvaraj, & Mahal, 2014; Qosaj, Froeschl, Berisha, Bellaqa, & Holle, 2018).

Beban keuangan terutama pada masyarakat tidak mampu dapat menurunkan penggunaan pelayanan di fasilitas kesehatan dengan akibat penurunan status kesehatan (Bonu, Bhushan, Rani, & Anderson, 2009). *OOP* yang terlampaui tinggi meningkatkan risiko rumah tangga mengalami kondisi katastrofik (Qosaj et al., 2018). Belum banyak literatur yang mengangkat topik tentang kejadian katastrofik akibat persalinan (*Catastrophic Delivery Expenditure-CDE*) di Indonesia, meski topik tersebut telah banyak diteliti di negara-negara Asia (Berman, Ahuja, & Bandhari, 2010; Bonu et al., 2009; Goli, Rammohan, & Pradhan, 2016). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa JKN memiliki peran dalam mengurangi *OOP* di Indonesia dengan hasil yang bervariasi (Nugraheni & Hartono, 2017; Tarigan & Suryati, 2017). Salah satu studi menyatakan banyak pasien JKN masih mengeluarkan biaya tinggi (Dewi, Satibi, & Puspendari, 2015). Namun, studi lain menyatakan kebalikannya, pemanfaatan asuransi pemerintah (embrio JKN) mengurangi pembayaran *OOP* (Aji, Mohammed, & Haque, 2017).

## **METODE PENELITIAN**

Model yang digunakan dalam karya ini adalah tinjauan literatur, di mana informasi yang cocok untuk masalah yang diselidiki dicari dari berbagai referensi dan sumber. Berikut pemilihan artikel ilmiah: Pemilihan artikel ilmiah dilakukan dengan mencari di database PubMed, ScienceDirect, dan Google Scholar untuk artikel relevan yang diterbitkan pada periode 2019-2023. Artikel yang dipilih harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan. Penentuan Kriteria Inklusi dan Eksklusi: Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini meliputi artikel tentang "Analisis efektivitas asuransi kesehatan dalam mengurangi beban finansial pasien" dan studi yang dilakukan di tingkat provinsi atau nasional. Kriteria eksklusi adalah artikel yang tidak memenuhi kriteria inklusi, artikel yang tidak berhubungan dengan topik penelitian, dan artikel yang diterbitkan sebelum tahun 2019. Setelah memilih artikel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, kedua peneliti membaca abstrak artikel secara terpisah untuk menentukan apakah artikel tersebut memenuhi kriteria inklusi atau tidak. Informasi yang digali meliputi informasi tentang penulis, tahun publikasi, metode penelitian, dan hasil penelitian. Hasil analisis data diinterpretasikan dan disajikan dalam bentuk tabel. Selain itu, kesimpulan penelitian ini dirumuskan berdasarkan hasil analisis data.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Tingkat efisiensi dan efektivitas JKN dijaga melalui penerapan pembiayaan prospektif, obat berdasarkan formularium nasional, penekanan penggunaan alat medis, pengawasan tim kendali mutu dan kendali biaya. Hal tersebut dilakukan agar tidak terdapat pemborosan, selain itu pembayaran prospektif dapat meningkatkan keuntungan rumah sakit (Hsia & Ahern, 1992). Pembiayaan prospektif memiliki tujuan dapat mendorong pelayanan kesehatan agar tetap bermutu dan sesuai dengan standar dan pengendalian biaya dengan pengawasan pelayanan kesehatan (Istianisa & Oktamianti, 2017).

Prinsip kendali mutu dan kendali biaya diterapkan di fasilitas kesehatan untuk mengendalikan inefisiensi sehingga dapat memberikan kesinambungan JKN dan kesetaraan dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan, maka JKN bekerja sama dengan fasilitas kesehatan untuk selalu efektif, efisien, rasional, sesuai dengan kebutuhan pasien dan bersinergis dengan pemerintah daerah untuk melakukan pengawasan dan pembinaan. Efektifitas juga dilakukan dengan pengendalian rujukan secara berjenjang serta pengendalian obat dan lama perawatan.

Salah satu tujuan dari implementasi program asuransi kesehatan sosial adalah untuk mengurangi beban finansial masyarakat ketika mengakses pelayanan kesehatan. Tujuan program BPJS Kesehatan adalah meringankan biaya pengobatan dan rawat inap bagi seluruh masyarakat, dengan cara bergotong-royong sesama anggota masyarakat dalam bentuk asuransi kesehatan massal, tetapi karena program BPJS Kesehatan menjadi monopoli badan usaha milik negara maka tampak pelayanannya kurang profesional dan apa adanya. Seperti yang nampak pada pengurusan di loket BPJS Kesehatan pada rumah-rumah sakit ketika akan mengambil berkas yang diperlukan dalam urusan rawat inap. Perihal obat-obatan yang disediakan oleh Pihak BPJS Kesehatan semuanya adalah obat generik yang sesuai dengan DPHO yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan dan tidak ada obat-obat paten, sehingga ketika pasien memerlukan obat yang tidak masuk dalam DPHO terpaksa harus membeli sendiri di apotik-apotik dengan harga yang cukup memberatkan keluarga pasien, yang seharusnya BPJS Kesehatan harus bisa menyediakan obat-obat paten yang harganya terjangkau oleh seluruh peserta BPJS Kesehatan. Berdasarkan data gabungan Susenas 2018-2020, terlihat masih terdapat *out-of-pocket* yang dikeluarkan oleh masyarakat untuk kebutuhan medis (pelayanan kuratif, obat-obatan, dan biaya layanan preventif). Berdasarkan kelompok kesejahteraan, OOP terbesar secara jelas berada pada kelompok masyarakat terkaya (Rp1.836.937). OOP ini hampir lima kali lipat pengeluaran biaya kesehatan kantung pribadi oleh kelompok masyarakat miskin kuintil 1 sebesar Rp363.769 dan kuintil 2 sebesar Rp517.489. Jika dilihat berdasarkan wilayah, perbedaan OOP antar wilayah tidak terlalu jauh dengan OOP terbesar berada di wilayah Jawa (Rp1.118.300) dan Kalimantan (Rp881.351).

Kepesertaan program JKN, khususnya PBI pada rumah tangga miskin mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Selain itu, konsentrasi kepemilikan asuransi kesehatan sosial pada rumah tangga miskin mengalami perubahan dari lebih dari lima puluh persen tidak memiliki asuransi kesehatan pada 2011 menjadi lebih

banyak yang memiliki asuransi kesehatan sosial pada tahun 2020. Berdasarkan jenis kepesertaan asuransi per tahun. Persentase rumah tangga miskin yang tidak memiliki asuransi kesehatan apapun menurun dari 59,02% di tahun 2012 menjadi 26,12% pada tahun 2020. Hal ini dibarengi dengan kenaikan jumlah rumah tangga miskin yang tergabung dalam asuransi kesehatan sosial menjadi 63,15% pada tahun 2020. Selain asuransi kesehatan sosial, sebagian kecil rumah tangga miskin juga tergabung dalam asuransi kesehatan swasta maupun asuransi dari perusahaan meskipun jumlahnya <10% dalam sepuluh tahun terakhir.

Sebuah studi menjelaskan, rata-rata total biaya akibat penyakit hipertensi di Kota Jambi Rp148.436, pada rentang Rp0, sampai Rp1.060.000, selama satu tahun. Terdapat perbedaan signifikan rerata biaya langsung medis, biaya langsung nonmedis dan total biaya akibat hipertensi antara pasien hipertensi pengguna JKN dengan pasien hipertensi yang mengeluarkan biaya sendiri. Perbedaan rerata biaya yang dikeluarkan pasien hipertensi yang memanfaatkan JKN berdampak pada penurunan beban ekonomi keluarga terutama pada komponen biaya langsung medis sebesar 97,8%.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa JKN memiliki peran dalam mengurangi OOP di Indonesia dengan hasil yang bervariasi (Nugraheni & Hartono, 2017; Tarigan & Suryati, 2017). Salah satu studi menyatakan banyak pasien JKN masih mengeluarkan biaya tinggi (Dewi, Satibi, & Puspandari, 2015). Namun, studi lain menyatakan kebalikannya, pemanfaatan asuransi pemerintah (embrio JKN) mengurangi pembayaran OOP (Aji, Mohammed, & Haque, 2017). Studi yang lain lagi menyatakan penggunaan jaminan kesehatan embrio JKN dapat mengurangi pembayaran OOP rumah tangga sebesar 12,97% pada tahun 2012 (Situmeang & Hidayat, 2018).

Hasil studi di beberapa daerah juga menunjukkan masih ada praktik biaya tambahan yang masih dikeluarkan oleh pasien dengan kepesertaan JKN, baik untuk layanan rawat jalan ataupun rawat inap. Biaya tambahan terbesar untuk rawat inap biasanya adalah untuk akomodasi naik kelas kamar rawat. Ada pasien yang dengan sadar konsekuensi yang harus ditanggung jika naik kelas perawatan, namun ada juga pasien yang terkejut saat harus melunasi biaya tambahan naik kelas perawatan. Hal ini dimungkinkan terjadi saat di awal penerapan JKN. Selain itu, beban biaya tambahan terbesar juga disebabkan oleh tambahan obat/obat tidak ditanggung BPJS, tambahan peralatan kesehatan, dan pelayanan poli (Gultom & Jaya, 2015; Intiasari, Hendrartini, & Trisnantoro, 2016; Made, Rahayu, & Indrayathi, 2019). Kasus lain menunjukkan adanya pasien dengan kepesertaan JKN namun tidak memanfaatkan JKN dengan pertimbangan tertentu dengan alasan ingin mendapatkan pelayanan lebih cepat (Rathomi, Yulianto, & Romadhona, 2018).

Studi di daerah Jakarta, Bogor, Tangerang, dan Bekasi (Jabotabek) tahun 2015 menunjukkan biaya tambahan terbesar yang masih dikeluarkan oleh pasien adalah untuk biaya obat yang tidak ditanggung Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Di mana beban ini juga dialami oleh peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) (Gultom & Jaya, 2015). Temuan ini didukung oleh survei pada pengguna layanan BPJS yang

melakukan pembelian obat di apotik. Di mana masih ditemukan obat yang ditebus tidak ditanggung oleh BPJS (Yuniar & Handayani, 2016).

Hasil penelitian ini membuktikan JKN mampu menurunkan OOP secara signifikan dan JKN memiliki kontribusi paling kecil dalam kejadian katastrofik dibandingkan asuransi kesehatan lain. Upaya perluasan kepesertaan JKN harus dioptimalkan agar seluruh penduduk Indonesia segera tercover asuransi kesehatan JKN. Perlu upaya mengubah pola pikir atau mindset masyarakat untuk menyikapi klausul “wajib” dalam Undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menjadi sebuah “kebutuhan”. Sosialisasi dan edukasi publik terkait keberadaan dan seluk beluk JKN harus dilakukan terus menerus untuk membangun mindset tersebut (Hidayat, 2016). Hal ini juga penting dilakukan, mengingat temuan penelitian menunjukkan bahwa JKN baru dimanfaatkan sebesar 25% oleh masyarakat miskin.

Pasien JKN masih mengeluarkan OOP disebabkan adanya kenaikan kelas perawatan yang diusulkan oleh pasien. Hal ini disebabkan oleh berbagai sebab di antaranya dari aspek regulasi di mana JKN masih memperbolehkan pasien pindah kelas perawatan ke kelas yang lebih tinggi dengan biaya tidak lebih dari 75% dari biaya ruangan perawatan. Aspek lain disebabkan adanya ketersediaan fasilitas perawatan pasien misalnya jumlah bed penuh sehingga pasien dengan terpaksa harus pindah kelas perawatan di atas jaminan yang seharusnya dia terima. Kedua aspek tersebut mengakibatkan terjadinya pengeluaran OOP. Kebijakan yang diusulkan adalah adanya perubahan regulasi JKN dengan tidak adanya opsi kenaikan kelas perawatan atas inisiatif pasien peserta JKN. Selain itu, perlu adanya kebijakan penyediaan fasilitas perawatan di luar jaminan dengan biaya nol rupiah bagi pasien peserta JKN ketika kondisi ruang perawatan yang menjadi haknya telah penuh.

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

Jaminan kesehatan nasional identik dengan moral hazard dalam pelayanan kesehatan baik yang dilakukan oleh pasien, tenaga kesehatan, atau rumah sakit. Perawatan kesehatan sulit untuk dianalisis dibandingkan dengan pembelian sebuah barang, karena perawatan kesehatan merupakan sebuah kebutuhan bukan masalah ekonomi atau sosial, akan tetapi kesehatan dapat memengaruhi ekonomi dan sosial. Jika seseorang melakukan manajemen pencegahan pengendalian penyakit maka tingkat kesehatan masyarakat akan lebih baik. Hal ini secara otomatis akan mengurangi pemanfaatan pelayanan kesehatan, sehingga peserta JKN akan sedikit menggunakan manfaat asuransi kesehatan.

Sejak diterapkannya JKN, banyak pasien datang ke rumah sakit untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Penyebabnya dikarenakan masyarakat telah memperoleh kemudahan yang mana mereka biasanya tidak dapat mengakses

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

Penentuan jumlah iuran dilakukan pemerintah, bukan BPJSK sebagai penyelenggara. Pemerintah menentukan besaran iuran dengan mempertimbangkan kemampuan masyarakat. Besaran iuran tidak dihitung berdasarkan tingkat risiko. Klasifikasi besaran iuran ditentukan berdasarkan kemampuan. Karena itu, bisa dipahami bahwa saat ini besaran iuran masih di bawah perhitungan aktuarial. Karena wajib dan targetnya semua warga, tidak ada proses seleksi, apakah seseorang memiliki penyakit atau tidak. Orang yang sudah jelas-jelas memiliki penyakit pun diterima sebagai peserta dan iurannya tidak lebih besar dari yang masih sehat, untuk kelas yang sama.

Hambatan Tarif Fasilitas Kesehatan Bekerja sama dengan Jaminan Kesehatan. Permasalahan dalam penyelenggaraan JKN khususnya permasalahan tarif fasilitas kesehatan masih terdapat keluhan terlebih sudah lima tahun belum ada kenaikan akan tetapi tuntutan selalu meningkat. Permasalahan ini lebih dikeluhkan oleh fasilitas kesehatan swasta, karena segala beban operasional yang harus ditanggung. Terpenuhinya kepuasan pasien menunjukkan sempurnanya kualitas pelayanan yang diberikan. Fasilitas kesehatan berfungsi melakukan pelayanan kesehatan yang komprehensif termasuk pelayanan penunjang. Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan dalam Pasal 81 menyebutkan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek pelayanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien serta efisiensi biaya.

Hasil estimasi IV Regression dalam Riset BPJS Kesehatan menunjukkan pola yang konsisten di mana peserta JKN-KIS kelompok 20% te memiliki pengeluaran kesehatan lebih rendah sebesar Rp25.079/kapita/bulan. Hasil yang didapatkan pada estimasi IV-Regression menunjukkan bahwa JKN-KIS memberikan kontribusi positif dengan mengurangi pengeluaran biaya kesehatan oleh masing-masing kuantil rumah tangga. Dampak JKN-KIS dalam menurunkan pengeluaran biaya kesehatan rumah tangga menjadi lebih besar pada tahun 2016 dibandingkan tahun 2015 secara konsisten pada kelompok pendapatan Rp100.000-Rp400.000.

JKN-KIS dapat berkontribusi dalam mengurangi pengeluaran biaya kesehatan rumah tangga adalah dampak dari prosedur pemanfaatan JKN-KIS terhadap perilaku rumah tangga. Sistem JKN-KIS mendorong masyarakat untuk tertib dalam menggunakan layanan kesehatan. Hal ini ternyata berdampak pada perubahan perilaku masyarakat yang sebelumnya langsung menuju ke layanan kesehatan sekunder, sekarang menuju layanan kesehatan primer terlebih dahulu.

Kepesertaan JKN bagi keluarga miskin juga ditemukan secara signifikan berhubungan dengan pengurangan beban biaya OOP sebesar 23,6% (Rp41.817). Pengaruh kepesertaan JKN keluarga miskin terhadap pengurangan OOP lebih besar dan signifikan di wilayah pedesaan, yakni sebesar 30,1% (Rp50.026). Selain itu, OOP pada keluarga miskin yang mengikuti kepesertaan JKN juga lebih rendah di wilayah Sulawesi dan MalukuPapua, berturut-turut sebesar 21,4% dan 19,4%. Uniknya, studi ini juga menemukan secara signifikan adanya peningkatan OOP medis pada peserta JKN dari keluarga miskin di wilayah Sumatra sebesar 12%.

Kajian Grup Kemiskinan dan Perlindungan Sosial LPEM FEB UI, Teguh Dartanto mengatakan JKN-KIS memiliki dampak yang bersifat berkelanjutan, baik dampak jangka pendek maupun jangka panjang. "Program JKN-KIS akan meningkatkan angka harapan hidup sebesar 2,9 tahun. Program JKN-KIS berkontribusi sebesar 0.84% dari total PDB Indonesia, kenaikan 1 % kepesertaan JKN-KIS setara dengan peningkatan pendapatan masyarakat sebesar Rp1 juta/tahun/kapita," paparnya. Dia mengatakan program JKN-KIS berkontribusi terhadap penciptaan lapangan kerja sebesar 1,45 juta orang pada tahun 2016, dan diproyeksikan akan meningkat menjadi 2,56 juta orang per tahun hingga 2021. Dia mengatakan seiring dengan banyaknya rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan juga dapat terus menambah dampak positif dari program tersebut.

Dari berbagai hasil studi yang telah ditinjau, ditemukan hasil bahwa JKN sangat berperan penting dalam mengurangi beban finansial pasien menggunakan fasilitas kesehatan. Iuran yang telah dibayarkan akan membantu pasien dalam menggunakan fasilitas kesehatan, baik pada saat menjalankan pengobatan dikarenakan penyakit ataupun untuk pemeriksaan kesehatan biasa. Hanya saja masih banyak masyarakat yang kurang menyadari pentingnya menggunakan JKN. Faktor lainnya, yaitu disebabkan pendapatan keluarga hanya cukup untuk kebutuhan sehari-hari.

Evaluasi program JKN menunjukkan hasil yang positif bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, baik dari segi utilisasi pelayanan kesehatan maupun dari peningkatan proteksi finansial. Kepesertaan program JKN pada masyarakat miskin dan tidak mampu ditemukan dapat meningkatkan probabilitas pemanfaatan pelayanan rawat inap dan rawat jalan di fasilitas kesehatan. Dari sisi perlindungan sosial ditemukan bahwa kepesertaan rumah tangga miskin dalam program JKN mampu menurunkan beban OOP dibandingkan dengan keluarga miskin yang tidak tercakup dalam program JKN. Namun, masih ditemukan kendala dalam implementasi Program JKN yang secara tidak langsung menyebabkan rendahnya utilisasi pelayanan kesehatan, masih adanya OOP bagi masyarakat miskin, serta beban OOP nonmedis

(biaya transportasi dan biaya akomodasi) yang lebih besar dan menghalangi keputusan masyarakat miskin untuk mengakses layanan kesehatan.

#### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Prinsip kendali mutu dan kendali biaya diterapkan di fasilitas kesehatan untuk mengendalikan inefisiensi sehingga dapat memberikan kesinambungan JKN dan kesetaraan dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan, maka JKN bekerja sama dengan fasilitas kesehatan untuk selalu efektif, efisien, rasional, sesuai dengan kebutuhan pasien dan bersinergis dengan pemerintah daerah untuk melakukan pengawasan dan pembinaan. Terdapat perbedaan signifikan rerata biaya langsung medis, biaya langsung nonmedis dan total biaya akibat hipertensi antara pasien hipertensi pengguna JKN dengan pasien hipertensi yang mengeluarkan biaya sendiri. Perbedaan rerata biaya yang dikeluarkan pasien hipertensi yang memanfaatkan JKN berdampak pada penurunan beban ekonomi keluarga terutama pada komponen biaya langsung medis sebesar 97,8%.

Ada pasien yang dengan sadar konsekuensi yang harus ditanggung jika naik kelas perawatan, namun ada juga pasien yang terkejut saat harus melunasi biaya tambahan naik kelas perawatan. Hal ini disebabkan oleh berbagai sebab di antaranya dari aspek regulasi di mana JKN masih memperbolehkan pasien pindah kelas perawatan ke kelas yang lebih tinggi dengan biaya tidak lebih dari 75% dari biaya ruangan perawatan.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Aji, B., M. S., & H. A. (2017). The dynamics of catastrophic and impoverishing health spending in indonesia: how well does the indonesian health care financing system perform? *Asia Pacific Journal of Public Health*.
- Dartanto, T., Dharmawan, G. F., Setyonugroho, L. D., Dewi, L. R., Martiningsih, D., Baros, W. A., & Dhanalvin, E. (2017). Dampak Program JKN-KIS terhadap Kemiskinan. Ringkasan Riset JKN-KIS.
- Dewi, D. A. P. S., Satibi, & Puspendari, D. A. (2015). analisis biaya obat pada era jkn dan faktor-faktor yang memengaruhi di fasilitas penunjang kesehatan daerah. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmas*, 291-300.
- Dorjdagva, J., Batbaatar, E., Svensson, M., Dorjsuren., B, & Kauhanen, J. (2016). Catastrophic health expenditure and impoverishment in Mongolia. *International Journal for Equity in Health*, 1-9.
- Goli, S., Rammohan, A., & Pradhan, J. (2016). High Spending on Maternity Care in India: What Are the Factors Explaining It? *PLoS One*, 1-17.
- Gultom, N. B., & Jaya, C. (2015). Survei pendahuluan biaya tambahan peserta bpjs kesehatan padarumah sakit faskes bpjs kesehatan di jabodetabek. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 3-10.
- Hsia, D. C., & Ahern, C. A. (1992). Good quality care increases hospital profits under prospective payment. *Health Care Financing Review*, 13(3).

- Kurniawati, W., & Rachmayanti, R. D. (2018). identifikasi penyebab rendahnya kepesertaan jkn pada pekerja sektor informal di kawasan pedesaan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 33-39.
- Nugraheni, W. P., & Hartono, R. K. (2017). Determinan pengeluaran kesehatan katastrofik rumah tangga indonesia pada tahun pertama implementasi program jkn. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 27-36.
- Nugraheni, W., Mubasyiroh, R., & Kusuma, R. (2019). Peran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Mengurangi Beban Keuangan pada Perawatan Persalinan. Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI.
- Nurfiani, A., & Sihaloho, E. D. (2019). Pengaruh perekonomian keluarga terhadap penggunaan bpjs kesehatan desa cileles jatinangor. *Journal of Economics and Business*, 81-90.
- Pratiwi, Suri Herlina, Carla Raymondalexas Marchira, and Julita Hendrartini. (2017). "Faktor-faktor yang memengaruhi rawat inap ulang pasien skizofrenia pada era jaminan kesehatan nasional di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Pemda DIY." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI* 6.1: 20-28.
- Qosaj, F. A., Froeschl, G., Berisha, M., Bellaqa, B., & Holle, R. (2018). Catastrophic expenditures and impoverishment due to out of pocket health payments in Kosovo. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 1-12.
- Saputri, N. S., & Murniati, S. (2022). KAJIAN DAMPAK BANTUAN IURAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN PADA MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU. LAPORAN PENELITIAN SMERU.
- Solida, A., Noerjoedianto, D., Mekarisce, A. A., & Widiastuti, F. (2022). Analisis Cost of Illnes dan Dampak Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional dalam Mengurangi Beban Ekonomi Pasien Hipertensi. ARTIKEL PENELITIAN - SEMINAR NASIONAL PENELITIAN DAN PENGABDIAN.
- Supriyanto, Stefanus. (2018). Sistem Pembiayaan & Asuransi Kesehatan.
- Thabrany, Hasbullah. (2012). "Sejarah Asuransi Kesehatan." *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*: 1.
- Wijaya, S. (2017). Analisis implementasi program jaminan kesehatan nasional berdasarkan anggota kepesertaan bpjs (studi di puskesmas wiyung, kota surabaya tahun 2017). *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 78-82.