

Mengukur Kemampuan Mengiur untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2021 di Indonesia

Andhika Nurwin Maulana^{125*}, Farah Purwaningrum¹³, Yuli Fitrianti⁴, Farida Tri Hartini⁴,
Hasbullah Thabrany¹²

¹ USAID-Health Financing Activity,

²ThinkWell LLC.

³School of Social Sciences, Universiti Sains Malaysia

⁴Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan, Kementerian Kesehatan

⁵Sekolah Tinggi Ilmu Syariah (STIS) Al Wafa, Indonesia

Email: nurwin01@yahoo.com

Abstract: The purpose of this study is to conduct measurements of the ability-to-contribute of Indonesians in the National Health Insurance (JKN) in 2020-2021. Indonesia, as of now, implements a national health insurance service since 2014. It is expected that JKN will expand its coverage to achieve universal health coverage (UHC) in Indonesia. BPJS Kesehatan (BPJS-K) was appointed as the administrator of JKN and had experienced deficit until 2019. One of the weaknesses of JKN in revenue collection is the absence of cross subsidy and pegged contribution in certain level of income that makes the contribution very low for the rich and vice versa for the poor. Considering this, the current study is to increase public awareness that JKN is a cross-subsidy between the rich and the poor in order to produce a more sustainable JKN, better healthcare coverage, and better quality. The methods used in the study are quantitative and qualitative analyses using expenditure data from SUSENAS (National Socio-Economic Survey) data in March 2021 and income analysis from SAKERNAS (National Labor Survey) data in March 2021 to measure the ability to contribute to JKN proportional to their spending and income. In this study several simulations were used to calculate potential contributions based on the percentile distribution of accumulated income levels and expenditure levels of the poorest (0%) and richest (100%). The result of this study shows that 75% of the population had the ability to contribute JKN above the class 3 (informal workers) percapita per month premium (Rp. 42,000,-), 40% of the population has the ability to contribute more than Rp. 100,000, - percapita per month (class 2 informal workers contribution), and the richest 10% of the population has the ability to contribute above Rp. 215,000, - percapita per month. The results of this study demonstrate that some people have the ability to contribute more to JKN, thus making JKN to have a better sustainable financial capacity.

Keywords: ability-to-contribute; JKN; income level; spending; increasing rate

Abstrak: Tujuan kajian ini adalah menghitung kemampuan mengiur (*ability-to-contribute*) penduduk Indonesia untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2020-2021. Indonesia mengimplementasikan sistem jaminan sosial sejak 2014 yang diharapkan ke depannya JKN tersebut akan lebih luas cakupannya untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage/UHC*). Namun BPJS Kesehatan (BPJS-K) yang ditunjuk sebagai penyelenggara JKN masih mengalami defisit hingga pada tahun 2019. Salah satu kelemahan JKN dalam pengumpulan iuran adalah masih kurangnya subsidi silang dan kontribusi dipatok pada pendapatan tertentu membuat kontribusi sangat rendah bagi si kaya dan sebaliknya bagi si miskin. Maka kajian ini untuk meningkatkan kesadaran penduduk untuk meningkatkan kontribusinya ke JKN dengan subsidi silang antara si kaya dan si miskin agar dapat menciptakan JKN yang lebih berkesinambungan, cakupan kepesertaan yang lebih luas, dan perbaikan mutu layanan. Metode yang digunakan dalam kajian ini adalah metode kuantitatif dan kualitatif dengan analisis pengeluaran menggunakan data SUSENAS (Survei Sosial-Ekonomi Nasional) Maret 2021 dan analisis pendapatan menggunakan data SAKERNAS (Survei Tenaga Kerja Nasional) Maret 2021 untuk mengukur kemampuan individu dalam membayar iuran JKN sebagai proporsi dari pengeluaran dan pendapatan mereka. Dalam kajian ini beberapa simulasi digunakan untuk menghitung kontribusi potensial berdasarkan persentil distribusi akumulasi tingkat pendapatan dan tingkat pengeluaran penduduk dari termiskin (0%) dan terkaya (100%). Hasil dari kajian ini adalah sebanyak 75% penduduk mempunyai kemampuan mengiur iuran JKN lebih besar dari iuran peserta bukan penerima upah (PBPU) kelas 3 per orang per bulan (Rp. 42.000,-), 40% penduduk mempunyai kemampuan mengiur lebih besar dari Rp. 100.000,- per orang per bulan (setara iuran PBPU kelas 2 per orang per bulan), dan 10% penduduk terkaya mempunyai kemampuan mengiur lebih besar dari Rp. 215.000,- per orang per bulan. Dari hasil kajian ini ditemukan bahwa sebagian orang mempunyai kemampuan mengiur untuk berkontribusi lebih untuk JKN, sehingga JKN dapat mempunyai kapasitas keuangan berkelanjutan yang lebih baik.

Kata kunci: kemampuan mengiur; iuran JKN; tingkat pendapatan; pengeluaran; kenaikan iuran

PENDAHULUAN

Sejak tahun 2004 Indonesia telah mengimplementasikan sistem jaminan kesehatan nasional yang kemudian pada tahun 2014 semua program jaminan sosial kesehatan diintegrasikan menjadi Program Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes No. 28, 2014). Program JKN dikelola oleh BPJS-K yang merupakan entitas publik yang ditetapkan oleh Undang-Undang BPJS No. 24/2011 (UU No. 24, 2011). Konsep asuransi kesehatan nasional didirikan dan disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) pada tahun 2004 sebagaimana diatur oleh undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional atau SJSN (UU No. 40, 2004). Namun dalam beberapa tahun sebelum 2020 kondisi pendanaan JKN selalu mengalami defisit. Hal ini lebih banyak disebabkan oleh kecukupan pendanaan yang masih kurang. Sementara itu, implementasi JKN ini diharapkan dapat mencapai sistem jaminan sosial UHC, dengan cakupan yang luas, dan pelayanan yang lebih berkualitas.

Salah satu penyebab masih kurangnya pendanaan adalah karena masih minimnya besaran iuran. Jenis iuran menurut Peraturan Presiden Nomor 64 tahun 2020 (Perpres No. 64, 2020) antara lain dibedakan atas penerima upah dan bukan penerima upah. Untuk pekerja penerima upah (PPU) iuran yang dikenakan adalah lima persen (5%) yang rinciannya satu persen (1%) ditanggung oleh pekerja, dan sisanya empat persen (4%) ditanggung oleh pemberi kerja. Sedangkan pekerja bukan penerima upah (PBPU) iuran dibayar berdasarkan kelas, di mana kelas 3 iurannya sebesar Rp. 42.000, -; kelas 2 sebesar Rp. 100.000, -; dan kelas 1 sebesar Rp. 150.000, -. Penduduk tidak mampu hanya terdapat pada kelas 3 dengan iuran disubsidi atau disebut penerima bantuan iuran (PBI). Untuk PBPU setiap orang akan membayar besaran yang sama berdasarkan kelas yang dipilih, namun PPU akan membayar sesuai proporsi yang sama dari penghasilannya per orang tiap bulan.

Banyak implementasi JKN di negara lain menggunakan proporsi dari pendapatan masyarakatnya. Bahkan negara maju seperti Jerman menggunakan proporsi besaran iuran mengikuti perhitungan risiko dari kemungkinan penyakit yang akan diderita oleh kelompok masyarakat (Busse *et al.*, 2017). Sehingga negara Jerman tidak menggunakan batasan atas dalam besaran iuran JKN, namun tergantung dari kemungkinan risiko kesehatan. Namun di Indonesia masih banyak pertimbangan yang harus diperhitungkan dalam penentuan besaran iuran, sehingga masih menggunakan batas atas untuk proporsi iuran dari penghasilan. Maka dibutuhkan besaran iuran yang tidak lagi dengan batas atas agar potensi untuk biaya yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan yang lebih luas dan lebih baik dapat tercukupi.

Istilah kemampuan mengiur dalam kajian ini adalah kemampuan ekonomi penduduk berdasarkan pendapatan per orang per bulan untuk berkontribusi ke dalam JKN. Perhitungan kemampuan mengiur (*ability-to-contribute*) menggunakan asumsi lima persen (5%) dari pendapatan. Asumsi tersebut berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya dari Steven Russel

(1996), Arjen Hussem (2016), dan yang terbaru adalah Muttaqien (2020) yang menunjukkan bahwa pengeluaran kesehatan di negara-negara berkembang adalah sekitar 2%-5% dari pendapatan per orang per bulan. Maka dengan asumsi yang sama, kajian ini akan menghitung kemampuan mengiur per orang per bulan dari data pengeluaran rumah tangga di SUSENAS dan pendapatan di SAKERNAS dengan distribusi akumulasi persentil dari termiskin (0%) hingga terkaya (100%).

Peningkatan kontribusi kemampuan mengiur dalam kajian ini diartikan sebagai peningkatan kemampuan untuk membayar per orang per bulan berdasarkan pendapatan atau pengeluaran mereka. Kajian ini akan memberikan temuan sejauh mana kontribusi harus dinaikkan berdasarkan peningkatan kemampuan pendapatan dan pengeluaran. Kenaikan iuran ini akan membuat JKN lebih berkelanjutan dan memperluas layanan serta cakupan kesehatan yang komprehensif. Beberapa simulasi kemampuan mengiur yang berbeda menggunakan pendapatan dan pengeluaran per orang untuk menilai potensi kontribusi iuran.

Keterbatasan dari kajian ini adalah bahwa kajian ini menggunakan data SUSENAS dan SAKERNAS dari Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia dengan sampel nasional di 34 provinsi di Indonesia. Kekuatan analisis dari data BPS ini adalah memiliki representasi yang baik dari pengeluaran dan pendapatan penduduk nasional dan dapat dibuat analisis trennya dengan metodologi yang sama sehingga dapat dianalisis secara konsisten setiap tahunnya. Dalam kajian ini, SUSENAS digunakan untuk menganalisis pengeluaran, dan SAKERNAS digunakan untuk menganalisis pendapatan. Sedangkan keterbatasan dari kajian ini adalah proses pengumpulan data pengeluaran dan pendapatan data SUSENAS dan SAKERNAS menggunakan metode penilaian sendiri (*self-assessment*). BPS tidak memiliki verifikasi ke sumber data yang lain untuk akurasi data penilaian diri pengeluaran di rumah tangga dan anggota rumah tangganya. Sedangkan untuk pendapatan seperti upah/gaji dan penghasilan lainnya BPS tidak melakukan verifikasi akurasi penilaian diri dengan slip gaji atau catatan/data pendapatan lainnya. Penilaian diri yang dilakukan BPS terkadang membuat data pengeluaran dan pendapatan menjadi bias. Selain itu, sampel data pengeluaran dan sampel data pendapatan tidak dapat dibandingkan secara langsung dari data masing-masing SUSENAS dan SAKERNAS karena pengamatan berdasarkan sampel observasi individu dan rumah tangga yang berbeda. Sehingga penyempurnaan data akan selalu dilakukan oleh BPS untuk menghasilkan analisis pengeluaran dan pendapatan individu dan rumah tangga yang lebih baik.

Dari kajian ini akan disimpulkan apakah terjadi peningkatan yang cukup atas kemampuan ekonomi penduduk Indonesia hingga tahun 2021. Asumsinya adalah bahwa orang dengan kemampuan ekonomi rendah dapat disubsidi dan orang dengan kemampuan ekonomi tinggi dapat membayar lebih tinggi secara proporsional dari pendapatannya. Dengan demikian, iuran dapat ditingkatkan dan dapat berkontribusi lebih untuk kecukupan pendanaan JKN yang lebih kuat.

Kajian ini disusun mengikuti struktur sebagai berikut: bagian berikutnya adalah penjelasan tentang sumber data dan metode kuantitatif secara rinci dalam menghitung kemampuan mengiur; kemudian bagian berikutnya yaitu penjelasan tentang hasil temuan utama dari perhitungan simulasi kemampuan mengiur berdasarkan kemampuan pengeluaran dan pendapatan; bagian berikutnya adalah bagian pembahasan dari temuan utama kemampuan mengiur iuran pada JKN; bagian terakhir adalah simpulan untuk memberikan ringkasan dari keseluruhan kajian tentang kemampuan mengiur tersebut.

METODE

Kajian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif dilakukan untuk menghitung kemampuan mengiur per orang per bulan pada tahun 2021. Kemudian menggunakan simulasi dari pengeluaran, pendapatan, dan kemampuan mengiur dapat dikelompokkan kontribusi pada Program JKN berdasarkan tingkat iuran tinggi, rendah, hingga disubsidi oleh pemerintah. Secara khusus kajian ini menganalisis distribusi akumulasi pendapatan per orang dan per bulan menggunakan data SAKERNAS. Metode analisis kualitatif dilakukan dengan menggunakan kajian literatur, dokumen, dan artikel media massa yang berkualitas pada periode tahun 2018-2022 untuk mendapatkan informasi dari pemegang kunci utama dalam penentuan kebijakan iuran Program JKN.

Dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, kajian ini melakukan beberapa simulasi sebesar lima persen (5%) dari pendapatan individu, simulasi iuran per orang per bulan sebesar Rp. 42.000, -, Rp. 100.000.-, dan Rp. 215.000, -. Besaran tersebut merupakan asumsi proporsi dari pengeluaran kesehatan rata-rata di negara berkembang (Russell, 1996) sebagai kemampuan mengiur untuk iuran kesehatan dengan rumus/formula sebagai berikut:

$$\text{kontribusi} = 5\% * \text{pendapatan} \quad (1)$$

kontribusi adalah besaran iuran yang diharapkan, dan pendapatan adalah besaran penghasilan per orang per bulan. Kemudian juga menggunakan simulasi untuk pembayaran mandiri iuran JKN berdasarkan besaran iuran kelas 3 yaitu Rp. 42.000, -, iuran kelas 2 yaitu Rp 100.000, -, dan simulasi besaran iuran yang dihitung dari kemampuan membayar 10% orang terkaya di Indonesia pada tahun 2021. Dari hasil simulasi tersebut diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat bahwa iuran yang lebih besar tidak akan memberatkan pada masyarakat yang mempunyai pendapatan yang lebih besar. Maka kebutuhan peningkatan iuran proporsional dengan pendapatannya dibuktikan berdasarkan hasil bukti empiris atau fakta data dan analisis.

Dari data 2021 tersebut perhitungan pengeluaran (SUSENAS) dan pendapatan (SAKERNAS) individu atau perkapita dapat diketahui yang dilanjutkan dengan perhitungan pengeluaran atau

pendapatan menggunakan aturan distribusi akumulatif persentil (Lind, Marchal and Wathen, 2019) dengan rumus sebagai berikut:

$$P_i = Tb \left(\frac{\frac{i}{100}n + f_k}{f_i} \right) p \quad (2)$$

di mana P_i adalah persentil ke- i , Tb adalah tepi bawah kelas persentil, i adalah bilangan bulat persentil kurang dari 100 (1, 2, 3, ..., 99), n adalah jumlah seluruh frekuensi, f_i adalah jumlah frekuensi kelas persentil, f_k adalah jumlah frekuensi sebelum kelas persentil, dan p adalah panjang kelas interval. Kemampuan ekonomi penduduk dapat diketahui dari pengeluaran perkapita dari yang paling rendah (termiskin 0%) hingga yang paling tinggi (terkaya 100%) dengan distribusi akumulasi pendapatan persentil sebagaimana tercantum di persamaan (1) di atas. Sehingga penduduk dapat mempunyai kontribusi lebih tinggi untuk iuran JKN secara proporsional sesuai pendapatannya.

Kajian ini juga membandingkan kemampuan mengiur dengan besaran iuran JKN dan biaya JKN per peserta per bulan/*per member per month* (PMPM) dari *Center for Health Economics and Policy Studies*, Universitas Indonesia atau CHEPS-UI. Basis iuran adalah rata-rata pendapatan iuran per orang per bulan yang dikumpulkan, sedangkan biaya JKN adalah rata-rata biaya yang diklaim per peserta per bulan oleh fasilitas kesehatan (**Error! Reference source not found.**). Penghitungan basis iuran JKN dan biaya JKN berdasarkan asumsi historis dan implementasi JKN pada tahun 2014 sampai dengan 2019, dengan tambahan estimasi tahun 2020 hingga tahun 2024 (Hidayat, 2021). Basis iuran dan biaya ini juga akan dibandingkan dengan simulasi kemampuan mengiur untuk mendapatkan titik potong kemampuan penduduk pada titik kemampuan ekonomi secara persentil.

Tabel 1. Basis Iuran JKN dan Biaya JKN dengan Aturan yang Berlaku dan Estimasi, 2014-2024

Basis per peserta per bulan (PMPM)	Tahun	Iuran JKN (Rupiah)	Biaya JKN (Rupiah)
Berlaku	2014	27,411	28,387
	2015	30,522	33,757
	2016	35,266	33,757
	2017	36,759	43,495
	2018	38,726	44,775
	2019	46,464	44,408
Estimasi	2020	48,788	40,125
	2021	51,227	44,716
	2022	59,788	44,738
	2023	56,478	45,269
	2024	59,302	45,657

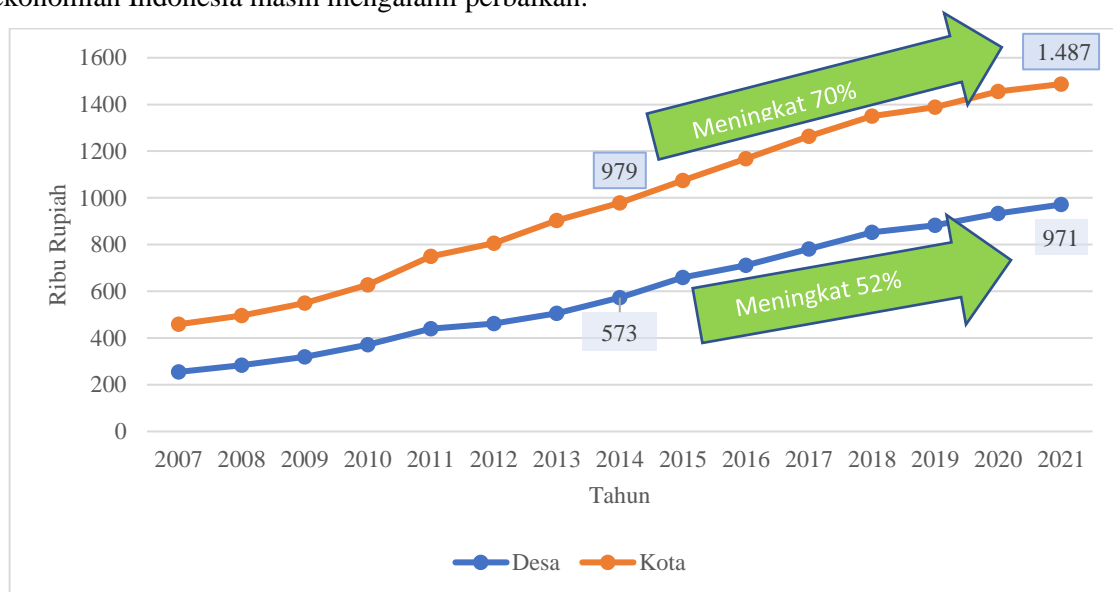
Sumber: Budi Hidayat, 2021

Hasil simulasi perhitungan lima persen dari pendapatan per peserta per bulan menggambarkan kemampuan kontribusi atau kemampuan mengiur yang proporsional terhadap pendapatan. Dengan metodologi tersebut estimasi kontribusi dari pendapatan masyarakat termiskin hingga terkaya untuk Program JKN dapat diketahui sehingga dapat ditemukan tingkat persentil optimal di mana individu dapat berkontribusi dan terjangkau sesuai dengan Perpres yang berlaku.

HASIL

Peningkatan Kemampuan Ekonomi Merupakan Potensi Berkontribusi Lebih untuk JKN

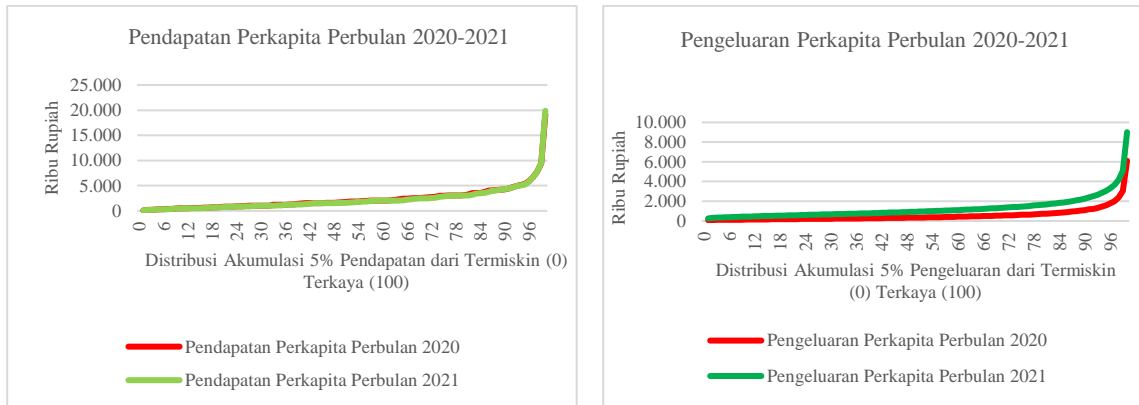
Perekonomian Indonesia membaik secara umum dari tahun 2007 hingga tahun 2021. Perekonomian Indonesia membaik kembali dengan laju pertumbuhan kumulatif Produk Domestik Bruto (PDB) positif pada tahun 2021 (3,69%) setelah pertumbuhan tersebut negatif pada tahun 2020 (-2,07%) (BPS, 2022). Walaupun Indonesia memasuki tahun kedua masa pandemi namun kondisi perekonomian Indonesia masih mengalami perbaikan.



Gambar 1. Tren Pengeluaran Nominal Perkapita Bulanan Kota dan Desa, 2007-2021

Sumber: BPS, data diolah Januari 2022.

Hasil perhitungan menunjukkan adanya kenaikan pengeluaran perkapita sejak tahun 2007 hingga tahun 2014 (Gambar 1). Data pengeluaran perkapita di kota meningkat dari awal implementasi JKN sebesar Rp. 979 ribu (tahun 2014) menjadi Rp. 1,5 juta (tahun 2021). Sedangkan di desa terjadi peningkatan dari Rp 573 ribu (tahun 2014) menjadi Rp 971 ribu (tahun 2021). Artinya baik di kota dan di desa terjadi peningkatan pengeluaran walaupun peningkatan tersebut lebih besar di kota sebesar 70% dibandingkan di desa sebesar 52%. Sementara peningkatan pengeluaran perkapita dari tahun 2007 hingga tahun 2021 rata-rata sebesar empat sampai dengan enam persen di kota dan desa setiap tahunnya.

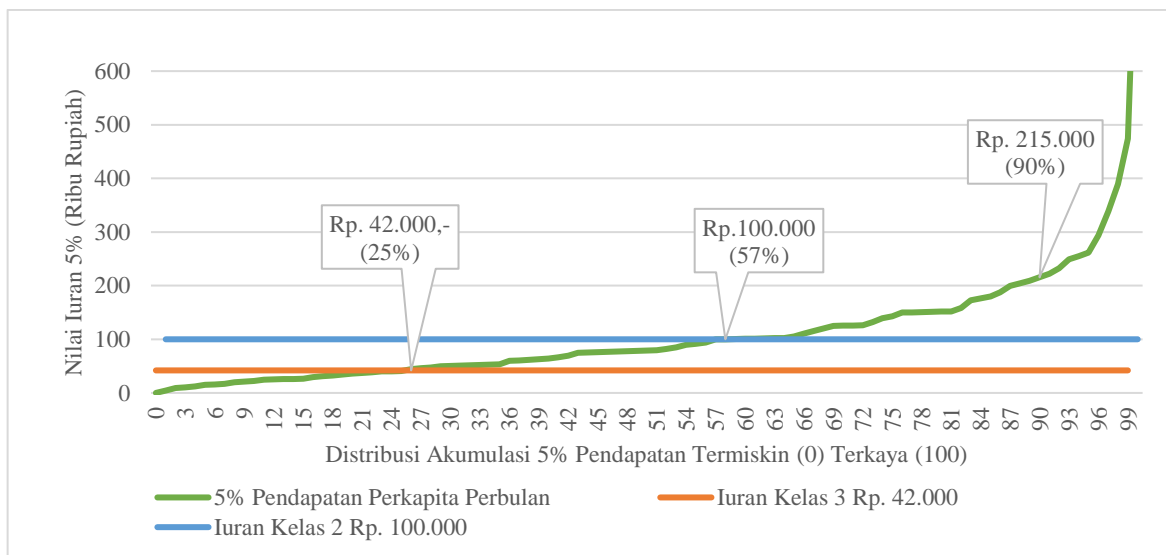


Gambar 2. Perbandingan Pendapatan dan Pengeluaran Perkapita Perbulan 2020-2021

Sumber: BPS, SAKERNAS dan SUSENAS data diolah 2020-2021

Penentuan Besaran Kemampuan Mengiur Berdasarkan Simulasi Pendapatan Tahun 2021

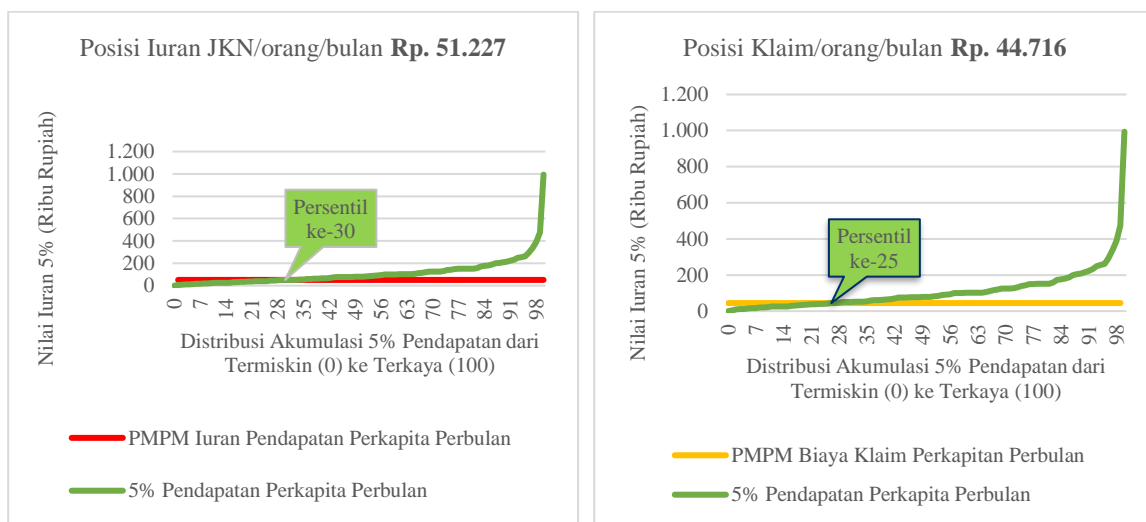
Peningkatan pengeluaran perkapita perbulan lebih tinggi dibandingkan peningkatan pendapatan perkapita 2020-2021. Di tengah pandemi (tahun 2020-2021) perubahan pendapatan perkapita perbulan tidak signifikan, namun pengeluaran perkapita perbulan meningkat cukup signifikan (Gambar 2). Peningkatan tersebut lebih disebabkan karena meningkatnya konsumsi rumah tangga pada tahun 2021 (BPS, 2022). Namun dari analisis pengeluaran dan pendapatan tersebut (Gambar 2) terdapat konsistensi peningkatan yang tajam pada orang terkaya 10% (persentil 90%) yang merupakan potensi untuk peningkatan iuran berdasarkan proporsi penghasilan mereka. Dengan demikian 10% penduduk terkaya tersebut mempunyai kontribusi lebih untuk pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas.



Gambar 3. Perbandingan Iuran dengan 5% Pendapatan Perkapita Perbulan 2021

Sumber: BPS, SAKERNAS data diolah 2022.

Perhitungan menggunakan proporsi lima persen dari pendapatan dibandingkan dengan besaran iuran kelas 3 (Rp. 42 ribu), kelas 2 (Rp. 100 ribu), dan 10% orang terkaya pada tahun 2021 (Gambar 3). Untuk iuran kelas 3 terletak pada persentil ke-25 yang artinya adalah 25% penduduk Indonesia tidak mempunyai kemampuan mengiur sebesar Rp. 42 ribu per orang per bulan. Kemudian iuran kelas 2 terletak pada persentil ke-57 yang artinya adalah lebih dari 40% penduduk Indonesia mampu mengiur Rp. 100 ribu per orang per bulan atau setara dengan iuran kelas 2. Sedangkan 10% penduduk terkaya di Indonesia mampu mengiur lebih besar dari Rp. 215 ribu per orang per bulan. Dari hasil simulasi tersebut ditemukan bahwa lebih dari tiga perempat penduduk Indonesia (75%) mempunyai kemampuan mengiur lebih dari iuran minimal yaitu Rp. 42 ribu per peserta per bulan dan bisa menjadi potensi kenaikan iuran berdasarkan proporsi pendapatan penduduk tersebut sebagai kontribusi yang lebih terhadap JKN.



Gambar 4. Posisi Iuran JKN dan Klaim JKN terhadap 5% pendapatan per orang per bulan, 2021

Sumber: BPS dan Budi Hidayat, 2021, data diolah

Kajian ini juga membandingkan simulasi lima persen pendapatan dengan posisi iuran JKN dan biaya JKN melalui basis PMPM yang berlaku pada tahun berjalan dan estimasi dari tahun 2020 (Hidayat, 2021) (Gambar 4). Perbandingan antara lima persen pendapatan dan rata-rata besaran iuran JKN seluruh peserta JKN mempunyai titik potong pada persentil ke-30, yang artinya adalah 70% orang masih mampu mengiur di atas Rp51.000, -. Sedangkan perbandingan antara lima persen pendapatan dan rata-rata biaya klaim peserta JKN (Rp45.000, -) menghasilkan titik potong pada persentil ke-25 atau lebih rendah lima persen dari titik potong berdasarkan rata-rata iuran seluruh peserta JKN. Artinya tiga perempat penduduk Indonesia mempunyai kemampuan untuk mengiur di atas Rp45.000, -. Agar JKN kuat dan berkelanjutan maka rata-rata besaran iuran per orang per bulan seluruh penduduk Indonesia harus di atas Rp45.000, - agar pemasukannya bisa menutupi rata-rata

biaya per orang per bulan yang dikeluarkan oleh JKN dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Dari hasil analisis, sebagian penduduk memiliki kemampuan mengiur lebih dari besaran iuran JKN kelas 1 (tertinggi) yang belum dipungut oleh pemerintah pusat sebagai sumber potensi pendanaan JKN. Potensi yang belum terpungut terutama pada penduduk kemampuan ekonomi tinggi atau penduduk kaya itu merupakan kerugian sumber pendanaan yang belum terkumpul atau dikenal sebagai *welfare loss* (Culyer and Newhouse, 2000). Potensi pemungutan iuran tersebut sangat bermanfaat bagi kecukupan sumber dana JKN apabila bisa dikumpulkan dan membuat pendanaan JKN lebih kuat.

Potongan iuran JKN sebesar lima persen dari upah dibatasi sampai upah maksimal sebesar 12 juta rupiah per bulan. Sementara terdapat potensi iuran dari upah di atas 12 juta rupiah per bulan. Bila diambil contoh pada 10% penduduk terkaya atau persentil 90%, mereka mempunyai penghasilan Rp. 4,3 juta per orang per bulan. Iuran Rp 120 ribu hanya memiliki proporsi sebesar 2,78% dari upah per bulan orang tersebut. Artinya proporsi 2,78% tersebut lebih kecil dari proporsi 5% dari penduduk yang upahnya lebih rendah dari Rp. 12 juta per bulan. Sehingga ketika seseorang mempunyai penghasilan di atas Rp 12 juta per bulan, maka proporsi kontribusinya mengecil atau regresif.

PEMBAHASAN

Program JKN yang dikelola oleh BPJS-K mengalami defisit karena kontribusi iuran untuk peserta PPU dibatasi batas atas upah per orang per bulan (Perpres No. 75, 2019). Kondisi surplus JKN yang terjadi pertama kali pada 2020 salah satunya disebabkan kebijakan peningkatan iuran, selain pandemi COVID-19 yang mengurangi masyarakat akses pelayanan kesehatan ke fasilitas kesehatan (Pratama, 2021). Implementasi asuransi sosial di negara-negara Eropa dan Australia menunjukkan bahwa besaran iuran kesehatan publik menggunakan proporsi pendapatan yang sangat konsisten dan pengawasan yang ketat untuk menghindari asuransi kesehatan nasional mereka mengalami defisit (Jakubowski and Richard, 2013).

Beberapa negara juga mengalami penolakan dari beberapa kelompok masyarakat ketika terdapat upaya untuk meningkatkan iuran asuransi kesehatan nasionalnya. Negara-negara seperti Nigeria, India, Kolombia, dan Thailand telah banyak melakukan strategi untuk mengatasi penolakan kelompok masyarakat untuk penguatan pendanaan dalam asuransi sosial di negara mereka (Dutta, 2013). Di Indonesia peningkatan iuran JKN pada tahun 2019 (Perpres No. 75, 2019) pernah dibatalkan oleh Mahkamah Agung (Putusan MA 7, 2020). Namun diterbitkan aturan perubahan kedua untuk JKN untuk peningkatan iuran kembali pada tahun 2020 (Perpres No. 64, 2020).

Beberapa negara dengan kondisi ekonomi yang mirip dengan Indonesia di sekitar kawasan Asia mempunyai proporsi iuran asuransi kesehatan nasional yang lebih tinggi dari Indonesia, terutama untuk PPU. Filipina dalam sistem kesehatan nasional mereka *Social Security System* (SSS) mempunyai besaran iuran 11%, dari gaji per bulan mereka dengan pembagian porsi sebesar 7,4% dibayarkan oleh pemberi kerja dan sisanya 3,6% dibayar oleh pekerja. Sedangkan untuk pekerja informal membayar iuran penuh sebesar 11% (Bredenkamp and Buisman, 2015). Korea Selatan dalam sistem kesehatan nasional mereka memiliki *National Health Insurance* yang mempunyai besaran iuran 6,86% untuk para pekerja formal. Sedangkan untuk pekerja informal iuran dihitung berdasarkan indeks kemakmuran rumah tangga (NHIS, 2021). Negara Taiwan dalam sistem kesehatan *Taiwan National Health Insurance* (NHI) mempunyai besaran iuran dengan standar minimal 4,69% per bulan untuk kategori masyarakat pekerja formal yang mempunyai pendapatan paling rendah atau dengan istilah "*Population Category Status 1*" (Wu, Majeed and Kuo, 2010). Sedangkan untuk pekerja informal, iuran dihitung berdasarkan kategori status pekerja di negara tersebut (*Ministry of Health and Welfare Taiwan*, 2022). Maka bila dibandingkan dengan negara-negara di Kawasan Asia dengan kondisi ekonomi yang tidak jauh beda, besaran iuran asuransi kesehatannya mempunyai persentase potongan upah yang lebih tinggi.

Kajian ini merespon implementasi dari Perpres 64/2020 untuk meningkatkan kontribusi JKN. Meskipun dalam kondisi pandemi, Indonesia masih mengalami kondisi pertumbuhan ekonomi dengan peningkatan pengeluaran per kapita dalam 14 tahun terakhir (tahun 2007-2021) baik di kota dan di desa. Sehingga besaran iuran masih berpotensi untuk ditingkatkan terutama bagi penduduk yang mempunyai pendapatan yang lebih tinggi dan sangat tinggi

Iuran yang berlaku saat ini (Perpres No. 64, 2020) masih lebih rendah dari kemampuan membayar untuk penduduk 10% terkaya. Untuk PBPU semakin besar penghasilannya maka akan semakin kecil proporsi iurannya bila dibandingkan dengan penghasilannya yang tinggi. Untuk PPU yang mempunyai pendapatan di atas Rp. 12 juta per bulan proporsi iuran tersebut juga akan mengecil dibandingkan dengan penghasilannya atau regresif.

Peningkatan iuran tidak akan memiskinkan penduduk jika besarnya dihitung secara proporsional dan komprehensif berdasarkan penghasilan orang tersebut. Salah satu kendala dalam ketidakberlanjutannya masyarakat mengiur adalah karena mereka statusnya adalah PBPU dan tidak mempunyai pendapatan yang pasti (Muttaqien *et al.*, 2021). Hal ini disebabkan para PBPU adalah pekerja informal yang tidak mempunyai penghasilan yang tetap. Ketika mereka mempunyai penghasilan yang rendah maka mereka akan merasa terbebani dari iuran tersebut. Jika iuran dihitung berdasarkan proporsi pendapatan, maka rendah atau tingginya besaran iuran tidak akan membebani penduduk tersebut selama proporsi iuran dihitung secara komprehensif masih terjangkau.

Informasi tentang tingkat pemanfaatan yang meningkat dan status pembayaran kepada penyedia layanan kesehatan perlu dipublikasikan secara transparan dan teratur. Publikasi yang transparan tersebut selama ini masih belum sepenuhnya terlaksana semenjak lebih dari 50 tahun implementasi asuransi kesehatan nasional di Indonesia. Tanpa informasi yang cukup, reaksi masyarakat akan cenderung berkeberatan ketika ada kebijakan yang mengarah kepada peningkatan besaran iuran tanpa latar belakang pengetahuan yang cukup atas keberatan tersebut.

Kajian ini menganalisis rasionalitas dari besaran iuran untuk ditingkatkan. Transparansi yang melatarbelakangi peningkatan besaran iuran sangat penting untuk mengurangi reaksi dan keberatan masyarakat pada penentuan kebijakan tersebut. Fakta ini menjelaskan bahwa pengeluaran per kapita penduduk Indonesia tetap meningkat walaupun di tengah pandemi COVID-19. Dengan peningkatan iuran JKN bahkan tidak akan membebani anggaran negara karena iuran tersebut bersumber dari kontribusi masyarakat. Pada akhir tahun 2022 atau awal tahun 2023 diharapkan kemampuan ekonomi penduduk Indonesia akan lebih baik lagi, dan peningkatan kontribusi tersebut akan lebih memungkinkan.

SIMPULAN

Temuan dari kajian ini adalah kemampuan mengiur akan meningkatkan kecukupan dana untuk JKN dan penyesuaian besaran iuran tidak akan memiskinkan penduduk. Pengeluaran per kapita selalu meningkat selama 14 tahun terakhir (2007-2021), meskipun data SAKERNAS peningkatan pendapatan dari tahun 2020 ke tahun 2021 tidak meningkat signifikan seperti data peningkatan pengeluaran SUSENAS di tahun yang sama.

Jika dihitung berdasarkan persentil dari data pengeluaran dan pendapatan penduduk yang dihasilkan BPS, maka terdapat titik peningkatan curam yang sama, yaitu pada penduduk 10% terkaya (persentil 90%). Dengan demikian, peningkatan besaran iuran tidak akan memiskinkan penduduk, terutama dalam implementasi Perpres 64/2020. Peningkatan besaran iuran akan membantu pemasukan JKN dalam menyeimbangkan biaya yang dikeluarkan kepada penerima manfaat dan membuat cakupan pelayanan lebih luas dan berkualitas.

Ketika Pemerintah Indonesia menentukan besaran iuran JKN maka diperlukan perhitungan yang komprehensif dalam mengukur kemampuan mengiur penduduknya. Untuk masyarakat yang menduduki persentil ke-25 penduduk termiskin, maka iurannya dapat disubsidi oleh pemerintah. Bahkan mereka tidak perlu membayar iuran sama sekali (subsidi penuh oleh Pemerintah). Untuk masyarakat ekonomi kelas menengah (persentil ke-25 hingga ke-60), maka iurannya dapat disubsidi sebagian oleh pemerintah. Sedangkan untuk masyarakat ekonomi tinggi (di atas persentil ke-60) harus membayar iuran sesuai proporsi dari pendapatan mereka. Besaran proporsi iuran untuk

kelompok ini juga tidak menggunakan batas atas, sehingga besaran proporsi dari penghasilannya akan selalu sama dari kelompok ekonomi rendah, menengah, dan atas.

Pentingnya transparansi informasi tentang manfaat pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat kepada publik. Keberatan terhadap peningkatan iuran JKN serta kekhawatiran akan dampaknya dapat memiskinkan penduduk Indonesia dapat dijawab dengan bukti bahwa pengeluaran per kapita penduduk Indonesia selalu meningkat dan juga iuran dihitung dari proporsi penghasilan. Diharapkan dengan pertumbuhan pengeluaran perkapita tersebut di akhir tahun 2022 atau awal tahun 2023 perekonomian Indonesia akan membaik dan besaran iuran tersebut akan lebih terjangkau bagi mayoritas penduduk Indonesia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kajian ini disusun atas kerja sama antara Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Kementerian Kesehatan, *ThinkWell* LLC, dan United States Agency for International Development (USAID). Terima kasih kepada Pemerintah Amerika Serikat-USAID di bawah dana hibah 72049719C00002. Kami juga berterima kasih atas masukan dan *review* dari Prof. Saidatul Akmal (*School of Social Sciences*, Universiti Sains Malaysia) yang telah membantu proses dalam kajian ini.

DAFTAR PUSTAKA

BPS (2022) *Beberapa Laporan BPS*.

Bredenkamp, C. and Buisman, L. (2015) ‘Universal Health Coverage in the Philippines: Progress on Financial Protection Goals’, *World Bank Policy Research Working Paper* [Preprint], (7258). doi:10.1596/1813-9450-7258.

Busse, R. *et al.* (2017) ‘Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition’, *The Lancet*, 390(10097), pp. 882–897. doi:10.1016/S0140-6736(17)31280-1.

Culyer, A.J. and Newhouse, J.P. (2000) *Handbook of Health Economics IA*. Volume 1A. Elsevier B.V.

Dutta, A. (2013) *Scaling Up National Health Insurance in Nigeria Learning from Case Studies of India, Colombia, and Thailand*. doi:10.13140/RG.2.1.4994.4566.

Hidayat, B. (2021) ‘Translate JKN Policies into JKN Financial Modeling (JFM) and Investigate Their Impact’, in *USAID-Health Financing Activity*, p. 32.

Jakubowski, E. and Richard, S.B. (2013) ‘The Changing National Role in Health System Governance’, *The European Observatory on Health Systems and Policies*, 29, pp. 1–74. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/187206/e96845.pdf.

- Lind, D.A., Marchal, Wi.G. and Wathen, S.A. (2019) *Basic Statistics for Business & Economics*. Ninth Edit. McGraw-Hill.
- Ministry of Health and Welfare Taiwan (2022) *Taiwan National Health Insurance Administration*. Available at: <https://www.nhi.gov.tw/English/> (Accessed: 24 February 2022).
- Muttaqien, M. *et al.* (2021) 'Why did informal sector workers stop paying for health insurance in Indonesia? Exploring enrollees' ability and willingness to pay', *Plos One*, 16(6), p. e0252708. doi:10.1371/journal.pone.0252708.
- NHIS (2021) *Korea NHIS Contribution*. Available at: <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02500m01.do> (Accessed: 25 June 2021).
- Permenkes No. 28 (2014) 'Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN', p. 48.
- Perpres No. 64 (2020) *Tentang Jaminan Kesehatan*.
- Perpres No. 75 (2019) *Perpres No. 75 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Perpres No. 82/2018 Tentang Jaminan Kesehatan*. Available at: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/e277a92bde56b8d855c9d8cc9cefa2ab.pdf>.
- Pratama, W.P. (2021) *BPJS Kesehatan Surplus untuk Pertama Kali, Ini Sebabnya*, 8 February. Available at: <https://finansial.bisnis.com/read/20210208/215/1353812/bpjs-kesehatan-surplus-untuk-pertama-kali-ini-sebabnya> (Accessed: 23 February 2022).
- Putusan MA 7 (2020) 'Putusan MA No. 7 P/HUM'.
- UU No. 24 (2011) 'Tentang BPJS', p. 20.
- UU No. 40 (2004) *Tentang SJSN*.
- Wu, T.-Y., Majeed, A. and Kuo, K.N. (2010) 'An overview of the healthcare system in Taiwan', *London Journal of Primary Care* 2010, p. 5.