



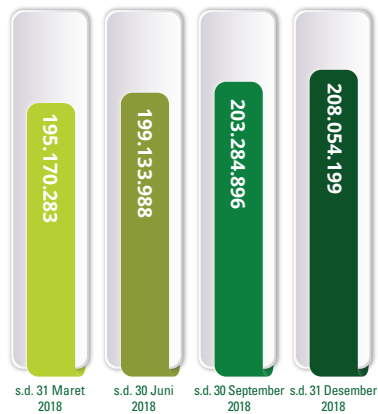
IKHTISAR KINERJA OPERASIONAL TAHUN 2018

No.	Uraian	Posisi 31 Desember 2017	Realisasi			
			s.d. 31 Maret 2018	s.d. 30 Juni 2018	s.d. 30 September 2018	s.d. 31 Desember 2018
1	2	3	4	5	6	7
A. Cakupan Kepesertaan (Jiwa)						
	1. Penerima Bantuan Iuran	92.380.352	92.273.982	92.223.790	92.244.075	92.107.598
	2. PPU Penyelenggara Negara ^{a)}	16.674.668	16.849.975	17.014.592	17.145.806	17.236.346
	3. PPU Non Penyelenggara Negara ^{b)}	28.216.374	29.235.691	30.518.901	31.436.014	32.596.749
	4. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	25.397.828	27.057.043	28.592.850	29.946.318	31.100.248
	5. Bukan Pekerja (BP)	5.008.454	5.045.372	5.083.994	5.117.777	5.139.875
	6. Penduduk yang didaftarkan oleh Pemda	20.305.273	24.708.220	25.699.861	27.394.906	29.873.383
	Total	187.982.949	195.170.283	199.133.988	203.284.896	208.054.199
B. Jumlah Faskes yang Bekerja sama:						
	1. Faskes Tingkat Pertama (termasuk FKTP Gigi)	21.763	21.843	22.252	22.634	23.298
	2. Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan	2.268	2.336	2.377	2.419	2.455
	3. Faskes Penunjang (Apotek dan Optik)	3.405	3.540	3.702	3.916	3.964
C. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan:						
	1. Jumlah Kunjungan RJTP		38.267.414	71.400.778	110.539.062	147.443.329
	2. Jumlah Rujukan		5.947.198	11.262.194	18.084.950	24.331.172
	3. Jumlah Kunjungan RJTL		13.493.045	31.479.048	54.567.907	76.776.973
	4. Jumlah Kasus RITL		1.700.518	3.912.634	6.809.033	9.659.092

Keterangan:

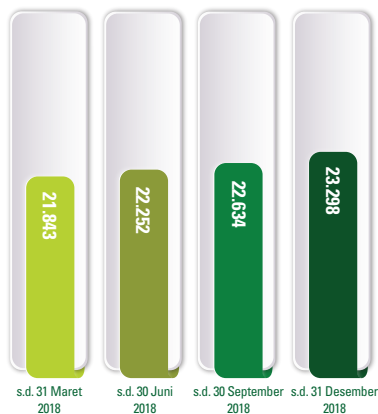
- a) PPU Penyelenggara Negara terdiri dari: PNS, TNI/POLRI/PNS Kemhan/Polri, Pejabat Negara (PN) dan Pegawai Pemerintah Non PNS.
b) PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari: Eks JPK Jamsostek, Perusahaan BUMN dan Swasta Lainnya.

Cakupan Kepesertaan (Jiwa)



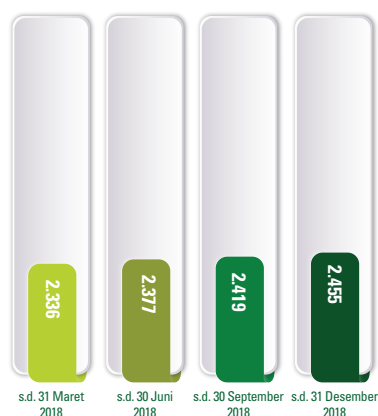
Selama periode tahun 2018, jumlah peserta terus mengalami peningkatan dengan jumlah peserta mencapai 208.054.199 jiwa atau meningkat sebesar 10,68% dari posisi akhir tahun 2017 (187.982.949 jiwa), dengan rata-rata penambahan peserta per bulan sebanyak 1.672.604 jiwa. Peningkatan jumlah peserta antara lain disebabkan semakin efektifnya program pemasaran sosial yaitu melalui kegiatan sosialisasi secara langsung (sosialisasi kepada komunitas, pekerja/pemberi kerja, tokoh masyarakat/tokoh agama/masyarakat umum, dan forum komunikasi para pemangku kepentingan utama) maupun tidak langsung (kegiatan promosi melalui berbagai media).

Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang Bekerja Sama



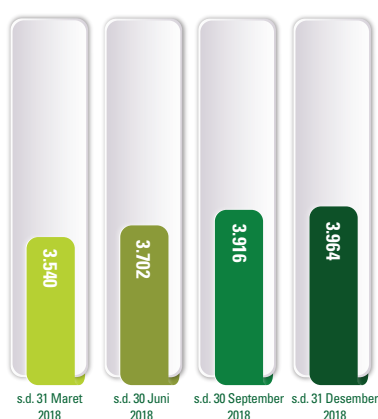
Seiring dengan bertambahnya jumlah peserta, sebagai upaya meningkatkan pelayanan kepada peserta maka terus dilakukan perluasan kerja sama dengan fasilitas kesehatan. Untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), sampai dengan 31 Desember 2018 jumlah FKTP (termasuk FKTP Gigi) yang bekerja sama sebanyak 23.298 FKTP atau meningkat sebesar 7,05% dari posisi akhir tahun 2017 (21.763 FKTP), dengan rata-rata penambahan jumlah FKTP bekerja sama per bulan sebanyak 128 FKTP. Dalam upaya meningkatkan hubungan kemitraan dengan FKTP, telah dilaksanakan beberapa program yaitu Pelaksanaan *Walk Through Audit* (WTA) Pelayanan Primer serta Pertemuan Koordinasi Pelayanan Primer.

Jumlah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang Bekerja Sama



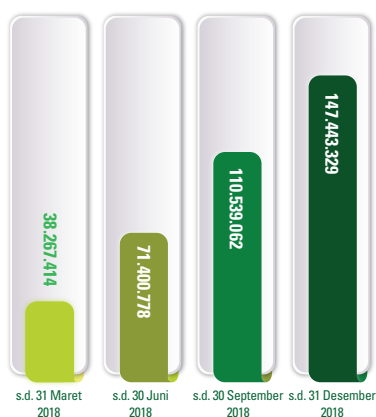
Untuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), sampai dengan 31 Desember 2018 jumlah FKRTL yang bekerja sama sebanyak 2.455 FKRTL atau meningkat sebesar 8,25% dari posisi akhir tahun 2017 (2.268 FKRTL), dengan rata-rata penambahan jumlah FKRTL bekerja sama per bulan sebanyak 16 FKRTL. Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada peserta di FKRTL, telah dilaksanakan beberapa program yaitu Program Pemantapan Kerjasama dengan FKRTL dan Pertemuan Kemitraan dengan Pemangku Kepentingan Tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Jumlah Faskes Penunjang (Apotek dan Optik) yang Bekerja Sama



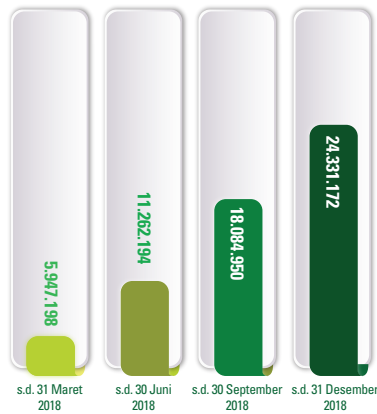
Dalam memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan penunjang, maka terus dilakukan penambahan kerja sama dengan apotek dan optik. Sampai dengan 31 Desember 2018, jumlah kerja sama dengan fasilitas penunjang sebanyak 3.964 faskes atau meningkat sebesar 16,42% dari posisi akhir tahun 2017 (3.405 faskes), dengan rata-rata penambahan jumlah faskes penunjang bekerja sama per bulan sebanyak 47 faskes. Fasilitas penunjang yang telah bekerja sama sampai dengan 31 Desember 2018 terdiri dari 2.903 apotek dan 1.061 optik.

Jumlah Kunjungan RJTP



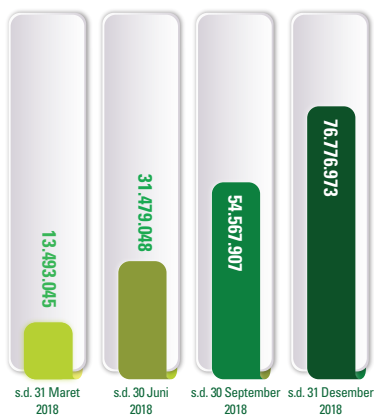
Jumlah kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) merupakan jumlah peserta yang melakukan pemeriksaan ke FKTP. Jumlah kunjungan RJTP tahun 2018 mencapai 147.443.329 kunjungan, dengan *rate* kunjungan RJTP sebesar 66,83%. Rata-rata kunjungan RJTP per bulan selama periode tahun 2018 sebanyak 12.286.944 kunjungan.

Jumlah Rujukan



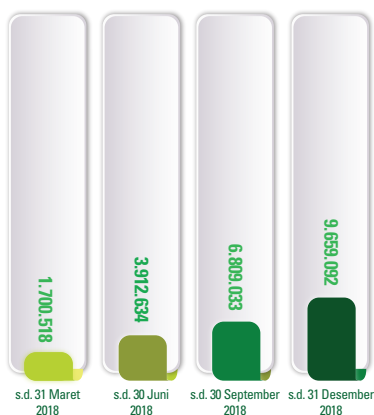
Jumlah rujukan dari FKTP ke FKRTL tahun 2018 mencapai 24.331.172 rujukan, dengan rasio rujukan sebesar 16,60% dan rata-rata jumlah rujukan per bulan sebanyak 2.027.598 rujukan.

Jumlah Kunjungan RJTL



Jumlah kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) tahun 2018 mencapai 76.776.973 kunjungan atau meningkat sebesar 19,15% bila dibandingkan realisasi pada tahun 2017 (64.438.896 kunjungan), dengan *rate* RJTL sebesar 32,25%. Rata-rata jumlah kunjungan RJTL per bulan mencapai 6.398.081 kunjungan.

Jumlah Kasus RITL



Pada tahun 2018, jumlah kasus pada Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) mencapai 9.659.092 kasus atau meningkat sebesar 10,68% bila dibandingkan realisasi pada tahun 2017 (8.726.857 kasus), dengan *rate* RITL tahun 2018 sebesar 4,06%. Rata-rata jumlah kasus RITL per bulan mencapai 804.924 kasus.

IKHTISAR KINERJA KEUANGAN DANA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TAHUN 2018

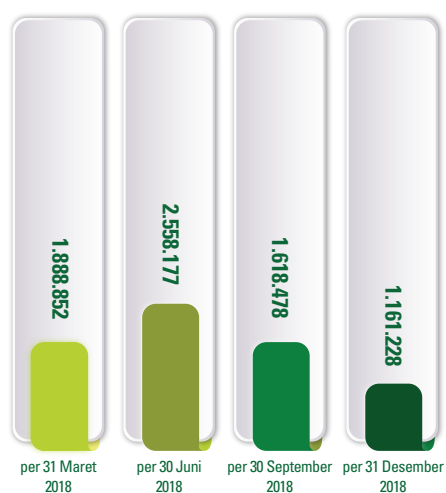
(juta rupiah)

No.	Uraian	Realisasi			
		s.d. 31 Maret 2018	s.d. 30 Juni 2018	s.d. 30 September 2018	s.d. 31 Desember 2018
1	2	3	4	5	6
A	Laporan Posisi Keuangan				
	Aset Lancar	1.888.852	2.558.177	1.618.478	1.161.228
	Total Aset	1.888.852	2.558.177	1.618.478	1.161.228
	Total Liabilitas	30.081.450	35.491.603	36.042.901	35.874.042
	Aset Neto	(28.192.598)	(32.933.426)	(34.424.423)	(34.712.814)
B	Laporan Aktivitas				
	Pendapatan Iuran	19.832.457	40.285.909	60.576.341	81.975.180
	Penerimaan Iuran	23.299.343	50.174.882	66.592.873	82.041.501
	Pendapatan Investasi	5.364	12.627	16.592	20.387
	Pendapatan Lainnya	70.527	136.735	397.820	266.600
	Beban Manfaat	22.563.009	43.300.244	68.856.349	94.296.845
	Beban Operasional	1.118.368	2.408.394	3.196.459	3.768.829
	Beban Investasi	908	1.638	2.075	2.075
	Beban Lainnya	170	312	94.874	432.885
	Perubahan Aset Neto	(6.683.523)	(9.908.174)	(11.399.171)	(11.687.562)
	Aset Neto Akhir Periode	(28.192.598)	(32.933.426)	(34.424.423)	(34.712.814)
C	Rasio Keuangan				
	Rasio Likuiditas (%) ¹⁾	6,28	7,21	4,49	3,24
	Rasio Solvabilitas (%) ²⁾	6,28	7,21	4,49	3,24

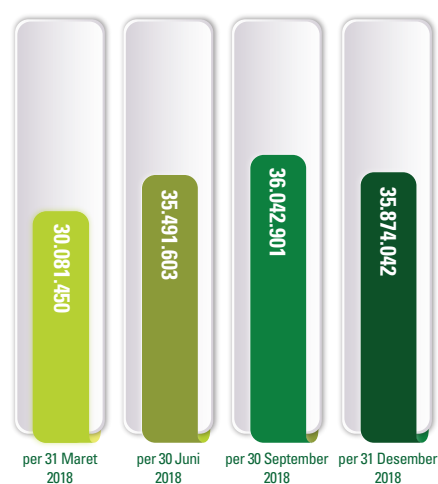
¹⁾ Rasio Likuiditas merupakan aset lancar dibagi liabilitas jangka pendek pada periode tertentu

²⁾ Rasio Solvabilitas merupakan total aset dibagi total liabilitas pada periode tertentu

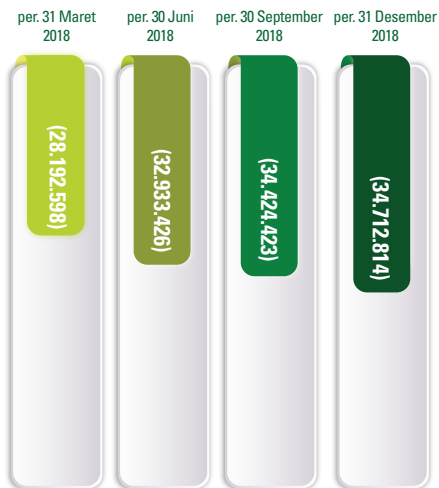
Total Aset (Juta Rupiah)



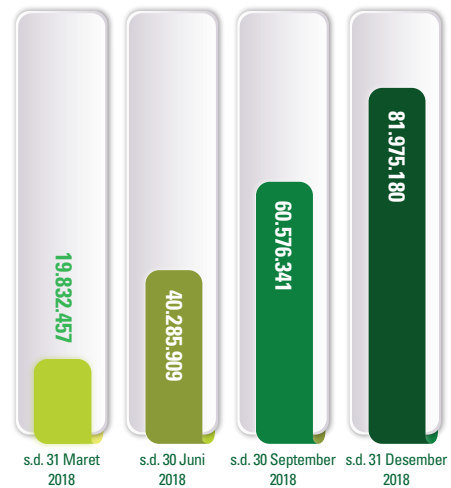
Total Liabilitas (Juta Rupiah)



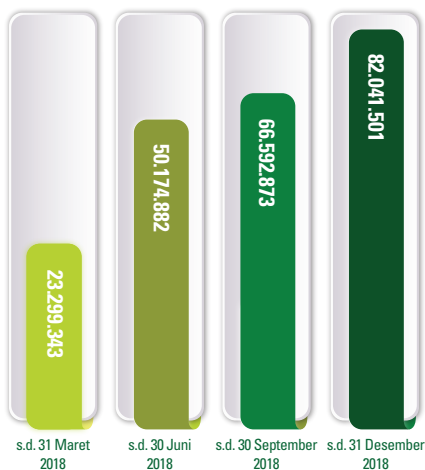
Aset Neto (Juta Rupiah)



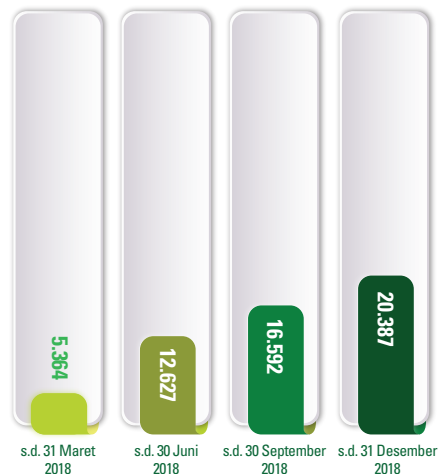
Pendapatan Iuran (Juta Rupiah)



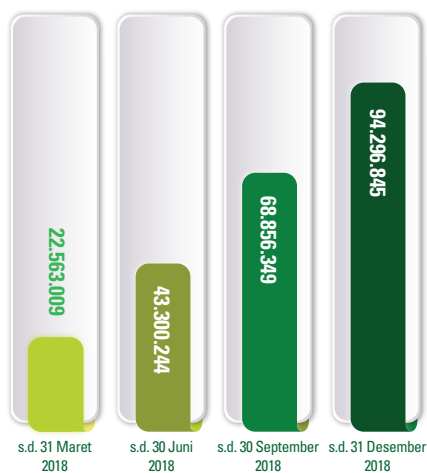
Penerimaan Iuran (Juta Rupiah)



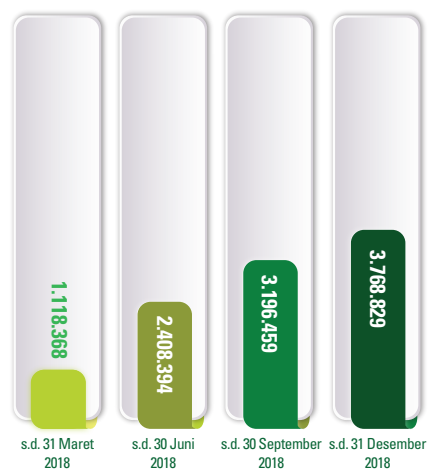
Pendapatan Investasi (Juta Rupiah)



Beban Manfaat (Juta Rupiah)



Beban Operasional (Juta Rupiah)



IKHTISAR KINERJA KEUANGAN DANA BPJS KESEHATAN TAHUN 2018

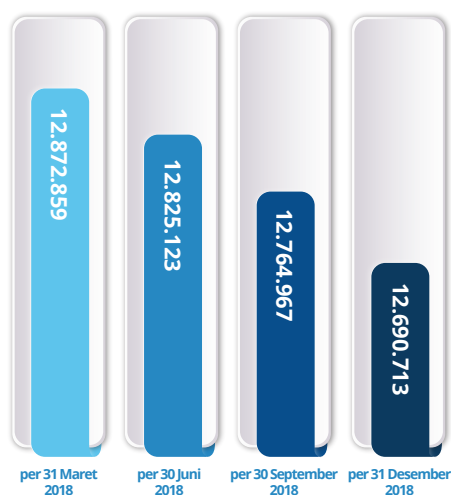
(juta rupiah)

No.	Uraian	Realisasi			
		s.d. 31 Maret 2018	s.d. 30 Juni 2018	s.d. 30 September 2018	s.d. 31 Desember 2018
1	2	3	4	5	6
A. Laporan Posisi Keuangan					
	Aset Lancar	5.634.502	6.092.920	5.913.406	5.712.865
	Total Aset	12.872.859	12.825.123	12.764.967	12.690.713
	Total Liabilitas	2.062.650	2.252.856	2.318.310	2.566.711
	Liabilitas Jangka Pendek	532.414	407.551	423.562	679.710
	Liabilitas Jangka Panjang	1.530.237	1.845.305	1.894.748	1.887.000
	Ekuitas	10.810.209	10.572.267	10.446.657	10.124.003
B. Laporan Kinerja Keuangan					
	Pendapatan Operasional	1.118.368	2.408.394	3.196.459	3.768.829
	Beban Operasional	766.315	1.875.877	2.847.165	3.977.515
	Penghasilan (Beban) Operasional	352.053	532.517	349.294	(208.686)
	Pendapatan dan Beban Non Operasional	(31.154)	(142.060)	(106.272)	103.394
	Penghasilan (Beban) Sebelum Pajak	320.900	390.457	243.022	(105.292)
	Manfaat (Beban) Pajak Penghasilan	33.539	27.459	39.820	47.959
	Penghasilan (Beban) Neto	354.438	417.916	282.842	(57.333)
	Penghasilan (Beban) Komprehensif Lain	4.913	(7.015)	2.450	19.971
	Penghasilan (Beban) Komprehensif	359.351	410.902	285.292	(37.362)
C. Rasio Keuangan					
	Rasio Likuiditas (%) ¹⁾	1.058,29	1.495,01	1.396,11	840,49
	Rasio Solvabilitas (%) ²⁾	624,09	569,28	550,62	494,43

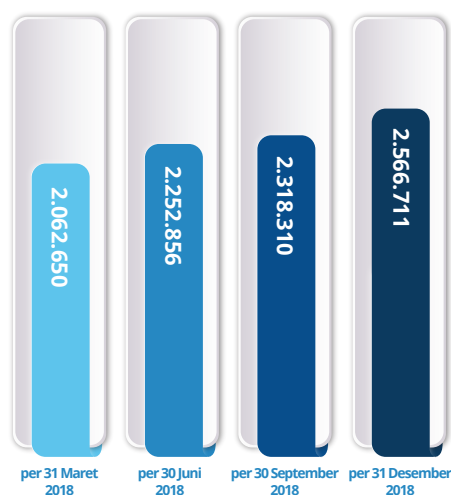
¹⁾ Rasio Likuiditas merupakan aset lancar dibagi liabilitas jangka pendek pada periode tertentu

²⁾ Rasio Solvabilitas merupakan total aset dibagi total liabilitas pada periode tertentu

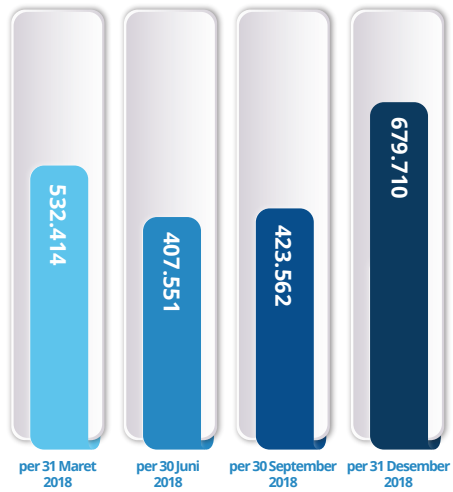
Total Aset (Juta Rupiah)



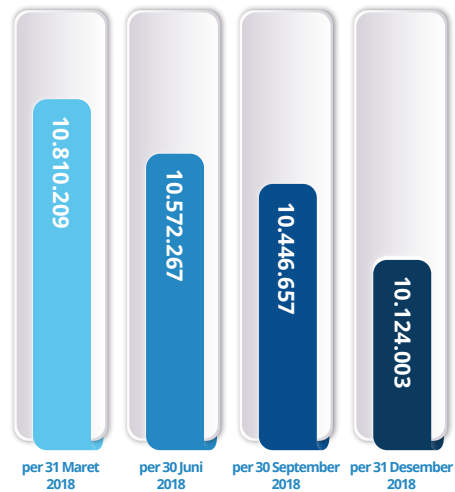
Total Liabilitas (Juta Rupiah)



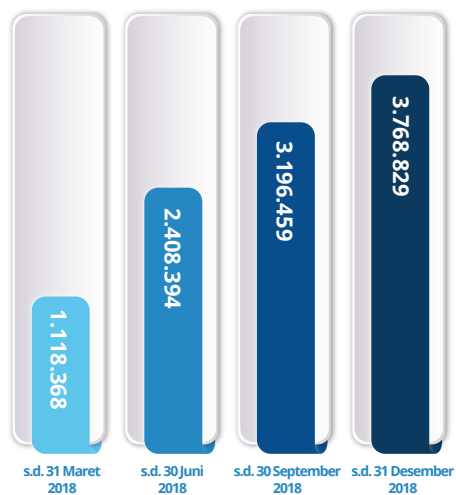
Liabilitas Jangka Pendek (Juta Rupiah)



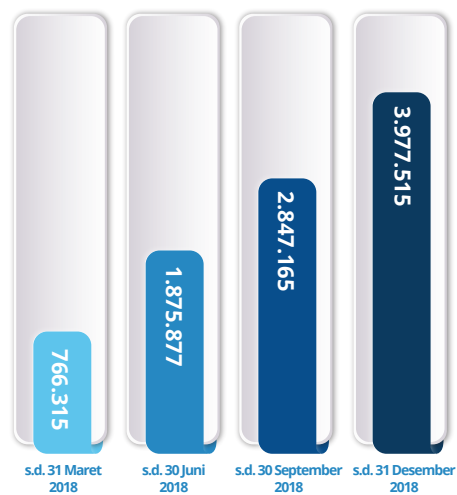
Ekuitas (Juta Rupiah)



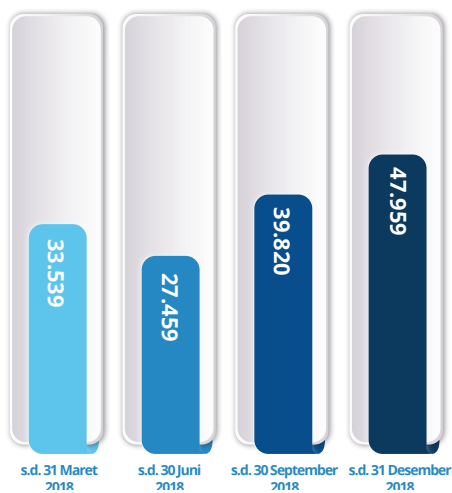
Pendapatan Operasional (Juta Rupiah)



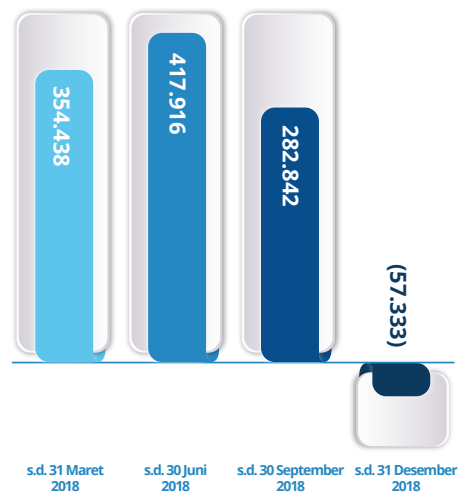
Beban Operasional (Juta Rupiah)



Manfaat (Beban) Pajak Penghasilan (Juta Rupiah)



Pendapatan (Beban) Neto (Juta Rupiah)



ANNUAL MANAGEMENT CONTRACT (AMC) TAHUN 2018

Uraian		Satuan	Bobot	RKAT 2018	Realisasi	Capaian (%)	Nilai
1	2	3	4	5	6=5/4	7=6*3	
Pemangku Kepentingan (S)			12%				12,70%
S1	Meningkatkan Efektivitas Kebijakan dan Implementasi Layanan Jaminan Kesehatan yang Berkualitas dan Berkeadilan						
S1.1	Tingkat Kepuasan Peserta	%	6%	81	79,70	98,40	5,90
S1.2	Organization Image Index	Angka Indeks	6%	72	81,60	113,33	6,80
Keuangan (F)			42%				41,54%
F1	Meningkatkan Efektivitas Pengelolaan Keuangan yang Sehat, Berkesinambungan, Transparan dan Akuntabel						
F1.1	Rasio BOPO ^{a)}	%	6%	100%	98,07%	101,97	6,12
F1.2	Rasio Likuiditas BPJS	%	6%	801%	840,49%	104,96	6,30
F1.3	Rasio Solvabilitas BPJS	%	6%	521%	494,43%	94,85	5,69
F1.4	Opini Auditor Eksternal	Poin (Predikat)	6%	WTP-PP*	WTP	125,00	7,20
F1.5	YOI BPJS	%	6%	7,76%	3,87%	49,82	2,99
F1.6	Ketepatan Waktu Persetujuan RKAT oleh Dewan Pengawas yang Dikirim ke Kemenkeu	%	6%	100%	100,73%	100,73	6,04
F1.7	Ketepatan Waktu Penerbitan Laporan Keuangan Audited	%	6%	100%	155,25%	155,25	7,20
Proses Bisnis Internal (P)			31%				32,63%
P1	Meningkatkan Efektivitas Pengelolaan Kepesertaan						
P1.1	Jumlah Peserta	Juta Jiwa	4%	197,29	208,05	105,46	4,22
P1.2	% Validitas Data Peserta	%	4%	91,50%	97,06%	106,08	4,24
P1.3	% Tindak Lanjut Pengaduan Peserta yang Tepat Waktu	%	4%	92%	99,22%	107,84	4,31
P2	Meningkatkan Efektivitas Pengelolaan Iuran						
P2.1	Rasio Kolektibilitas Iuran	%	4%	98,44%	100,08%	101,67	4,07
P2.2	YOI DJS	%	3%	-0,17%	34,09%	19739,47	3,60
P3	Meningkatkan Efektivitas Pengelolaan Fasilitas Kesehatan						
P3.1	Tingkat Kepuasan Faskes	%	4%	79%	75,8%	95,95	3,84
P3.2	% Faskes yang Bekerja sama						
	a. FKTP	%	2%	70%	79,70%	113,86	2,28
	b. FKRTL	%	2%	80%	89,76%	112,20	2,24
P4	Meningkatkan Efektivitas Pengelolaan Jaminan Pembiayaan Manfaat dan Utilisasi						
P4.1	Rasio Klaim ^{a)}	%	4%	110,07%	115,03%	95,69	3,83
Pembelajaran dan Pertumbuhan (L)			15%				15,90%
L1	Meningkatkan Produktivitas SDM						
L1.1	% SDM yang kompeten	%	3%	79	78,6	99,50	2,99
L1.2	Employee Engagement Index	Angka Indeks	3%	78	80,24	102,87	3,09
L2	Meningkatkan Dukungan TIK						
L2.1	% Ketersediaan Sistem TI	%	3%	99,4%	99,96%	100,56	3,02
L3	Meningkatkan Kehandalan Organisasi						
L3.1	Organizational Change Capacity (OCC)	Angka Indeks	3%	76	81,40	107,11	3,21
L4	Meningkatkan Tata Kelola Organisasi						
L4.1	Skor Tata Kelola Organisasi yang Baik	Poin (Predikat)	3%	Baik	Sangat Baik	125,00	3,60
Total			100%				102,78%

* WTP dengan Paragraf Penjelasan

^{a)} Indikator Rasio BOPO dan Rasio Klaim menggunakan formula Capaian=Target/Realisasi

Pelaksanaan program JKN-KIS sudah menginjak tahun ke-5. Dengan segenap manfaat yang sangat besar bagi rakyat Indonesia, tentu masih terdapat hal yang harus diperbaiki oleh seluruh pemangku kepentingan. Tahun 2018 menjadi titik yang krusial dalam menentukan kesinambungan program JKN-KIS, oleh karena itu BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara jaminan sosial kesehatan berupaya terus dalam memantapkan langkah-langkah strategis yang dituangkan dalam 3 fokus utama yang menjadi prioritas tahun 2018, yaitu:

1. Menjaga kesinambungan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), melalui:

- a. *Risk Pooling*, yaitu: meningkatkan peserta PPU, meningkatkan dan mengelola peserta integrasi Jamkesda (PBI APBD), serta meningkatkan peserta PBPU yang berisiko rendah.
- b. *Revenue Collection*, yaitu meningkatkan *Collection Ratio* dari segmen peserta PPU dan PBPU.
- c. *Purchasing*, yaitu: mengendalikan biaya manfaat dan memperkuat fungsi *strategic purchasing*.

2. Meningkatkan Kepuasan Peserta, melalui:

- a. Meningkatkan layanan administrasi.
- b. Meningkatkan kemudahan akses ke faskes dan mutu layanan di faskes.
- c. Meningkatkan layanan *customer feedback system*.

3. Efektif dan Efisien dalam Pengelolaan Program Kerja, melalui:

- a. Peningkatan produktivitas pegawai melalui kepemimpinan yang efektif pada seluruh unit kerja.
- b. Peningkatan efektivitas proses bisnis internal melalui otomasi dan inovasi proses pada seluruh unit kerja.
- c. Peningkatan efektivitas pengelolaan perubahan yang bersifat strategis pada seluruh unit kerja melalui pendampingan fungsi pengelola perubahan.

- d. Peningkatan efektivitas *monitoring* dan evaluasi secara periodik terhadap pelaksanaan program kerja. Fokus pada target kinerja yang mendorong pencapaian *outcome* organisasi.

Pencapaian kinerja BPJS Kesehatan terhadap RKAT 2018 antara lain tercapainya jumlah peserta per 31 Desember 2018 sebanyak 208.054.199 jiwa (105,46% dari RKAT 2018). Jika dirinci secara parsial dalam segmen peserta, proporsi segmen non PBI APBN telah mencapai 55,73%, hal tersebut menunjukkan upaya yang maksimal telah dilakukan dalam perluasan peserta. Jumlah fasilitas kesehatan yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sampai dengan 31 Desember 2018 adalah 23.298 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), 2.455 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dan 3.984 fasilitas kesehatan penunjang (Apotek dan Optik).

Sampai dengan 31 Desember 2018, pendapatan iuran tercatat sebesar Rp81,975 triliun (102,76% dari RKAT 2018). Pertumbuhan peserta dari segmen non PBI APBN memberikan kontribusi sebesar 68,90% (Rp56,483 triliun) dari total pendapatan iuran, hal tersebut menunjukkan pertumbuhan peserta non PBI APBN memberikan dampak positif seiring dengan peningkatan pendapatan iuran. Kolektibilitas iuran sebesar 100,08% menunjukkan bahwa upaya maksimal telah dilakukan dalam proses kolektif iuran. Realisasi biaya manfaat (termasuk biaya promotif dan preventif) sebesar Rp94,297 triliun (107,82% dari RKAT 2018), dengan rasio klaim mencapai 115,03%.

Pencapaian kinerja manajemen secara komprehensif diukur melalui indikator-indikator yang merupakan komponen *Annual Management Contract* (AMC) yang telah ditetapkan. Hasil total dari capaian masing-masing indikator terhadap target yang telah ditetapkan, menggambarkan berhasil tidaknya manajemen melaksanakan program-program yang telah disepakati dengan Dewan Pengawas selama satu tahun. Secara keseluruhan sampai dengan 31 Desember 2018, kinerja manajemen berdasarkan AMC tersebut mencapai nilai 102,78% dari target 100%.

Pencapaian indikator kinerja tahun 2018, secara terinci sebagai berikut:

1. Perspektif pemangku kepentingan sebagai upaya terwujudnya layanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berkualitas dan berkeadilan bagi seluruh rakyat Indonesia, dengan realisasi indikator tingkat kepuasan peserta dan *Brand/Organization Image Index* mencapai masing-masing 79,7 (capaian 98,40%) dan 81,60 (capaian 113,33%);
2. Perspektif finansial dalam rangka meningkatnya pengelolaan keuangan yang sehat, berkesinambungan, transparan dan akuntabel. Realisasi indikator kinerja yaitu Rasio BOPO 98,07% (capaian 101,97%), Rasio Likuiditas BPJS 840,49% (capaian 104,96%), Rasio Solvabilitas BPJS 494,43% (capaian 94,85%), Opini Auditor Eksternal memperoleh opini WTP, YOI BPJS 3,87%, ketepatan waktu persetujuan RKAT oleh Dewan Pengawas yang dikirim ke Kementerian Keuangan 100,73%, ketepatan waktu penerbitan Laporan Keuangan *Audited* (155,25%);
3. Perspektif proses bisnis internal dalam rangka meningkatkan efektivitas pengelolaan kepesertaan, efektivitas pengelolaan iuran, efektivitas pengelolaan fasilitas kesehatan, dan efektivitas pengelolaan jaminan pembiayaan manfaat dan utilisasi, sebagai berikut:
 - a. Realisasi indikator kinerja pada pengelolaan kepesertaan, yaitu: jumlah peserta 208,05 juta jiwa (capaian 105,46%), validitas data peserta 97,06% (capaian 106,08%), tindak lanjut pengaduan peserta yang tepat waktu 99,22% (capaian 107,84%).
 - b. Dalam hal meningkatkan efektivitas pengelolaan iuran, yaitu: tercapainya rasio kolektibilitas iuran sebesar 100,08% (capaian 101,67%), dan YOI DJS 34,09%.
 - c. Dalam hal pengelolaan fasilitas kesehatan, yaitu: terkait indikator tingkat kepuasan faskes sebesar 75,8% (capaian 95,95%) dan indikator % FKTP yang bekerja sama mencapai 79,70% (capaian 113,86%), dan FKRTL mencapai 89,76% (capaian 112,20%). Terkait indikator jaminan pembiayaan manfaat dan utilisasi yaitu rasio biaya pelayanan terhadap iuran terealisasi sebesar 115,03% (capaian 95,69%).
 - d. Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dalam rangka meningkatkan produktivitas SDM, persentase capaian SDM yang kompeten terealisasi sebesar 78,6% (capaian 99,50%), serta *Employee Engagement Index* sebesar 80,24% (capaian 102,87%). Dalam hal meningkatkan dukungan TI, yaitu melalui % ketersediaan sistem TI terealisasi sebesar 99,96% (capaian 100,56%). Kehandalan organisasi dapat dilihat dari indikator *Organizational Change Capacity* (OCC) yang terealisasi sebesar 81,40% (capaian 107,11%). Dalam upaya peningkatan Tata Kelola Organisasi melalui indikator Skor Tata Kelola Organisasi yang Baik, diperoleh predikat Sangat Baik (capaian 125%).

PENGHARGAAN TAHUN 2018



BPJS Kesehatan meraih penghargaan sebagai “*Top 5 Netizen Choice in Insurance Category*” yang diselenggarakan oleh Warta Ekonomi.
(Jakarta, 23 Februari 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan dari *Indonesian Corporate Secretary Communication Award (ICCA)*.
(Jakarta, 2 Maret 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan “*Obsession Awards 2018*” pada *Institution Achievers – Category: Best State Institution*, yang diselenggarakan oleh *Obsession Media Group*.
(Jakarta, 22 Maret 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan “*Top Health Insurance Product*” dalam acara *Jawara Financial Indonesia 2018*, yang diselenggarakan oleh Warta Ekonomi *Intelligent*.
(Jakarta, 29 Maret 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan “Subkategori *Website Lembaga (Silver)*”; “Subkategori *Media Sosial Lembaga (Bronze)*”; dan “Subkategori *Lembaga Departemen PR (Gold)*” pada *PR Indonesia Awards (PRIA) 2018* yang diselenggarakan oleh Majalah PR Indonesia.
(Surabaya, 29 Maret 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan “*Best of The Best Revolusi Mental Award 2018*”, yang diselenggarakan oleh *BUMN Track* bersama *Kemenko PMK*.
(Jakarta, 25 April 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan pada “*The 4th Best Outstanding Corporate Innovator (OCI) & Indonesia Most Creative Companies Award 2018*”, yang diselenggarakan oleh Majalah SWA. (Jakarta, 02 Mei 2018).



BPJS Kesehatan mendapatkan apresiasi pada acara *Dhawa Fest* yang diselenggarakan oleh Kementerian Keuangan. (Jakarta, 02 Mei 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan pada “*Top 1st Champion of Indonesia Original Brand 2018 Product Category: Health Insurance*”, yang diselenggarakan oleh Majalah SWA. (Jakarta, 15 Agustus 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan sebagai salah satu Unit Pengumpul Zakat (UPZ) Terbaik dalam *BAZNAS Award 2018*, yang diselenggarakan oleh BAZNAS. (Jakarta, 07 September 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan sebagai TOP 99 Inovasi Pelayanan Publik Tahun 2018 untuk aplikasi *Mobile JKN* yang diselenggarakan oleh Kemenpan RB. (Surabaya, 19 September 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan kategori “*Good Governance for the Open Platform Regulation Implementation: Clear Cut Presidential Instruction Monitoring*”, yang diberikan oleh ASSA (Asosiasi Jaminan Sosial ASEAN/ASEAN Social Security Association). (Vietnam, 19 September 2018).



BPJS Kesehatan meraih 9 penghargaan internasional dari *International Social Security Association (ISSA)* di Kuala Lumpur. (Malaysia, 2 Oktober 2018).

Certificates of Merit With Special Mention:

Implementation of integrated risk management in line with ISSA Guidelines to manage the National Health Social Security programme.

Involving the society to care about social health care through Kader JKN Programme.

Mobile JKN: A one-stop solution for social security health services at people's fingertips.



Certificates of Merit:

Commitment-based capitation as Indonesia's model for performance-based payment system for primary care providers: Resolving the challenges of implementing the KBK Scheme in Indonesia's National Health Social Security Program.

Customer Service Time Index and Customer Voice Integrated System (CSTI-SUPEL).



DEFRADA (Deteksi Potensi Fraud dengan Analisa Data Klaim) The Development of a fraud detection tool in hospital service. Ease of registration for National Health Social Security through Fast Track.

Health Facilities Information System (HFIS) for better contracting accountability and more effective referral system.

Implementing digital claim hospital verification in National Health Social Security in Indonesia.

Attestation:

Optimizing the principle of mutual cooperation through a family bill in the Social Health Insurance Fund.



BPJS Kesehatan meraih penghargaan kategori "*The Best IT Data Security: Data GovAi Award 2018*" yang diselenggarakan oleh ABDI (Asosiasi *Big Data* Indonesia).
(Jakarta, 18 Oktober 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan "*2nd The Best Government Insurance Indonesia 2018*" dalam kegiatan *7th Indonesia Insurance Award 2018*, yang diselenggarakan oleh *Economic Review*.
(Jakarta, 19 Oktober 2018).



BPJS Kesehatan meraih penghargaan sebagai Badan Publik "*Cukup Informatif*" Kategori Lembaga Negara dan Lembaga Pemerintah *Non* Kementerian dalam Implementasi UU Nomor 14 Tahun 2008 yang diselenggarakan oleh Komisi Informasi Pusat.
(Jakarta, 05 November 2018).



BPJS Kesehatan menerima penghargaan atas Prestasinya sebagai Top 10 Pengelola Pengaduan Pelayanan Publik Tahun 2018 yang diselenggarakan oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi.
(Jakarta, 07 November 2018).



BPJS Kesehatan menerima penghargaan *TOP IT & TELCO 2018* Kategori: "*TOP IT on Mobile BPJS Development 2018*" yang diselenggarakan oleh PT Madani Solusi Internasional.
(Jakarta, 6 Desember 2018).

DAFTAR PERISTIWA PENTING TAHUN 2018

Public Expose Awal Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Semesta Sudah di Depan Mata.
(Jakarta, 2 Januari 2018).



Direktur Utama dan Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan melakukan *spot check* penggunaan *card reader* e-KTP di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Selatan.
(Jakarta, 5 Januari 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara Dirjen Dukcapil Kementerian Dalam Negeri dengan BPJS Kesehatan tentang Pemanfaatan Data Kependudukan dan Kartu Keluarga pada KTP Elektronik dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional.
(Jakarta, 5 Januari 2018).



Audiensi bersama *Conventry University* tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan di Indonesia.
(Jakarta, 8 Januari 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintahan Provinsi DKI Jakarta tentang *Universal Health Coverage* di DKI.
(Jakarta 15, Januari 2018).



Ngopi Bareng Media membahas Instruksi Presiden Nomor 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dimana memerintahkan 11 lembaga negara untuk mengambil langkah sesuai kewenangannya dalam rangka menjamin keberlangsungan dan peningkatan kualitas Program JKN-KIS.
(Jakarta, 18 Januari 2018).





Penyelenggaraan tes *IVA* dan *Papsmear* oleh BPJS Kesehatan bekerja sama dengan Oase sebagai bentuk upaya promotif dan preventif kanker serviks.
(Gorontalo, 22 Januari 2018).



Sosialisasi tentang optimalisasi pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional sesuai Instruksi Presiden Nomor 8 tahun 2017.
(Jakarta, 31 Januari 2018).



Direktur Utama BPJS Kesehatan menghadiri Rapat Tingkat Menteri yang dipimpin oleh Menko PMK membahas tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat.
(Jakarta, 11 Februari 2018).



Ngopi Bareng Media membahas tentang BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400, Solusi Daftar JKN KIS Tanpa Antri.
(Jakarta, 14 Februari 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara Kementerian Ketenagakerjaan, BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan tentang Sinergi Perluasan Kepesertaan dan Peningkatan Kepatuhan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial.
(Jakarta, 15 Februari 2018).



Penandatanganan Nota Kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia (ISMKI) tentang Optimalisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat.
(Jakarta, 24 Februari 2018).

Kunjungan Lapangan Presiden RI, *Managing Director International Monetary Fund* (IMF), Menteri Kesehatan RI dan Direktur BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Pusat Pertamina guna meninjau pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan-Kartu Indonesia Sehat. (Jakarta, 26 Februari 2018).



Kunjungan Kerja Ketua Komisi IX DPR RI bersama Direktur Kepatuhan, Hukum dan Hubungan Antar Lembaga BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Dr. Zainoel Abidin. (Banda Aceh, 28 Februari 2018).



BPJS Kesehatan mengundang sejumlah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) untuk mengulas seluk beluk implementasi program JKN-KIS demi memastikan seluruh masyarakat memahami dengan baik soal hak, kewajiban, dan prosedur pelayanan kesehatan peserta Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat. (Jakarta, 1 Maret 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Yayasan Dompot Dhuafa tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat. (Jakarta, 2 Maret 2018).



Penandatanganan Kesepakatan Bersama dan Nota Kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Pertahanan Republik Indonesia dan Kepolisian Negara Republik Indonesia tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan di Lingkungan Kemhan, TNI dan Polri. (Jakarta, 8 Maret 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama Pendayagunaan Rumah Sakit Milik Badan Usaha milik Negara (BUMN) antara Kementerian Kesehatan dan Kementerian BUMN. (Jakarta, 22 Maret 2018).





Penandatanganan Nota Kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan Bank Negara Indonesia tentang Program Pembayaran Cicilan Tunggal bagi Peserta Bukan Penerima Upah melalui Program Tabungan Sehat.
(Jakarta, 28 Maret 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintah Aceh tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat Tahun 2018.
(Jakarta, 28 Maret 2018).



Penandatanganan Surat Edaran Bersama dengan BNI, Bank Mandiri, Bank BRI dan BCA tentang Implementasi Layanan Autodebet Untuk Pembayaran Iuran Peserta Program JKN-KIS dan MoU Perluasan Kepesertaan dan Pembayaran bagi Peserta JKN-KIS dengan Jaringan Retail Sembako Sahara.
(Jakarta, 18 April 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Perhimpunan Dokter Umum Indonesia tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat.
(Jakarta, 28 Maret 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintah Kalimantan Utara tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat.
(Bulungan, 23 April 2018).



Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan melakukan Konferensi Pers terkait Verifikasi *Digital* Klaim bagi Rumah Sakit.
(Jakarta, 26 April 2018).

Public Expose BPJS Kesehatan tentang Laporan Keuangan dan Laporan Pengelolaan Program Tahun 2017.
(Jakarta, 16 Mei 2018).



Presiden RI melaksanakan kegiatan silaturahmi dengan peserta Program JKN-KIS di Istana Negara.
(Jakarta, 23 Mei 2018).



Presiden RI memberikan penghargaan kepada perwakilan Kepala Daerah yang telah berkomitmen dalam melaksanakan *Universal Health Coverage* di wilayah masing-masing.
(Jakarta, 23 Mei 2018).



Menteri Dalam Negeri RI didampingi Direktur Utama BPJS Kesehatan menyerahkan penghargaan kepada seluruh Kepala Daerah yang telah berkomitmen dalam melaksanakan *Universal Health Coverage* di wilayah masing-masing.
(Jakarta, 23 Mei 2018).



Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan melakukan Konferensi Pers terkait Program Mudik Nyaman bersama BPJS Kesehatan.
(Jakarta, 4 Juni 2018).



Penandatanganan Nota Kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan Dewan Masjid Indonesia tentang Sinergi Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat bagi Jamaah dalam Wadah Dewan Masjid Indonesia.
(Jakarta, 6 Juni 2018).





Direktur Jaminan Layanan Kesehatan berserta Deputi Direksi Bidang Pembiayaan Kesehatan Primer dan Asisten Deputi Direksi Bidang Penanganan Keluhan TI memberikan penjelasan kepada media dan *blogger* terkait Rujukan *Online* yang akan diterapkan oleh BPJS Kesehatan kepada seluruh pesertanya pada kegiatan “Ngopi Bareng JKN” (Jakarta, 26 Juni 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Bank KEB Hana tentang Konfirmasi atas Data Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Peserta JKN-KIS kepada Fasilitas Kesehatan yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan. (Jakarta, 4 Juli 2018).



Penandatanganan *Minutes of Meeting* kerja sama di bidang Jaminan Sosial Kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan *National Health Service England West Midlands dan Coventry University*. (Jakarta, 13 Juli 2018).



Focus Group Discussion (FGD) antara BPJS Kesehatan bersama Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) tentang Penguatan Pelayanan Puskesmas Melalui Optimalisasi Pemanfaatan Data Kapitasi. (Jakarta, 26 Juli 2018).



Dalam rangka menyambut Asian Games XVIII sekaligus merayakan HUT BPJS Kesehatan yang ke-50, BPJS Kesehatan menggelar Senam Sehat Kolosal 18.8.18 Peserta JKN-KIS se-Indonesia di Lapangan Monumen Nasional (Monas) yang dihadiri oleh 18.818 peserta JKN-KIS dan diresmikan oleh Wakil Presiden RI. (Jakarta, 29 Juli 2018).



Konferensi Pers terkait Peraturan Direktur Jaminan Layanan Kesehatan Nomor 2, 3 dan 5 Tahun 2018. (Jakarta, 30 Juli 2018).

Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Dewan Masjid Indonesia tentang Sinergi Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) Bagi Jamaah dalam Wadah Dewan Masjid Indonesia dan Sosialisasi Program JKN-KIS.
(Jakarta, 6 Agustus 2018).



Penandatanganan Kerja Sama Dukungan Intensifikasi Penagihan Tunggalan Iuran Dengan Mitra BPJS Kesehatan dan Penandatanganan Nota Kesepahaman Pengumpulan Iuran dengan Bank Kesejahteraan Ekonomi.
(Jakarta, 8 Agustus 2018).



Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan memberikan penjelasan terkait *supply chain financing* (SCF) yang dapat dimanfaatkan oleh fasilitas kesehatan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan kepada rekan-rekan media dan *blogger* pada acara "Ngopi Bareng JKN".
(Jakarta, 20 Agustus 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Bank Muamalat tentang *Supply Chain Financing* (SCF).
(Jakarta, 29 Agustus 2018).



"Ngopi Bareng JKN" bersama rekan-rekan media dan *blogger* membahas finalisasi Program Rujukan *Online* bagi Peserta JKN-KIS fase-1.
(Jakarta, 3 September 2018).



Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan PT Bank Rakyat Indonesia (Persero) Tbk tentang Konfirmasi atas Data Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Peserta JKN-KIS kepada Fasilitas Kesehatan yang Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan.
(Jakarta, 24 September 2018).





BPJS Kesehatan menyelenggarakan *International Seminar* dengan tema *Big Data Analysis for Improving Health Policy* yang dihadiri peserta dan pembicara dari *The National Health Service (NHS) England*, *National Health Insurance Service (NHIS) Korea Selatan* dan *National Health Insurance Scheme (NHIS) Ghana*. (Yogyakarta, 07 November 2018).



BPJS Kesehatan turut serta dalam merayakan Hari Kesehatan Nasional ke-54 dengan memberikan pelayanan pada Pameran HKN yang diselenggarakan di ICE-BSD Serpong. (Tangerang, 10 November 2018).



Direktur Utama BPJS Kesehatan menyerahkan sumbangan dari seluruh Duta BPJS Kesehatan bagi korban gempa Palu, Sigli dan Donggala. (Palu, 11 November 2018).



Direktur Utama BPJS Kesehatan menyerahkan penghargaan kepada Walikota Tangerang Selatan atas tercapainya *Universal Health Coverage (UHC)* Kota Tangerang Selatan. (Tangerang Selatan, 14 Desember 2018).



Direktur Kepatuhan, Hukum dan Hubungan Antar Lembaga BPJS Kesehatan menyerahkan penghargaan kepada Walikota Bogor atas tercapainya *Universal Health Coverage (UHC)* Kota Bogor. (Bogor, 15 Desember 2018).



Launching Seminar dan High-Level Meeting bekerja sama dengan *National Health Insurance Service (NHIS)*. (Jakarta, 17 Desember 2018).



BAB II

ASPEK KELEMBAGAAN

ORGANISASI DAN SUMBER DAYA MANUSIA

PENGEMBANGAN ORGANISASI

Dalam penyelenggaraan operasional BPJS Kesehatan, struktur organisasi yang dikembangkan mengacu pada Peraturan Direksi Nomor 45 Tahun 2018 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 10 Tahun 2017 tentang Struktur Organisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017, yang secara ringkas meliputi:

1. Direksi
2. Kantor Pusat
 - a. Kedeputan Bidang/Sekretaris Utama/Sekretaris Dewan Pengawas/CMAT (*Change Management Action Team*)
 - b. Asisten Deputi
3. Kantor Kedeputan Wilayah
 - a. Kedeputan Wilayah
 - b. Asisten Deputi Wilayah
4. Kantor Cabang
 - a. Cabang
 - b. Bidang
5. Kantor Kabupaten/Kota

Secara lebih jelas, struktur organisasi BPJS Kesehatan disajikan dalam bentuk gambar sebagai berikut:



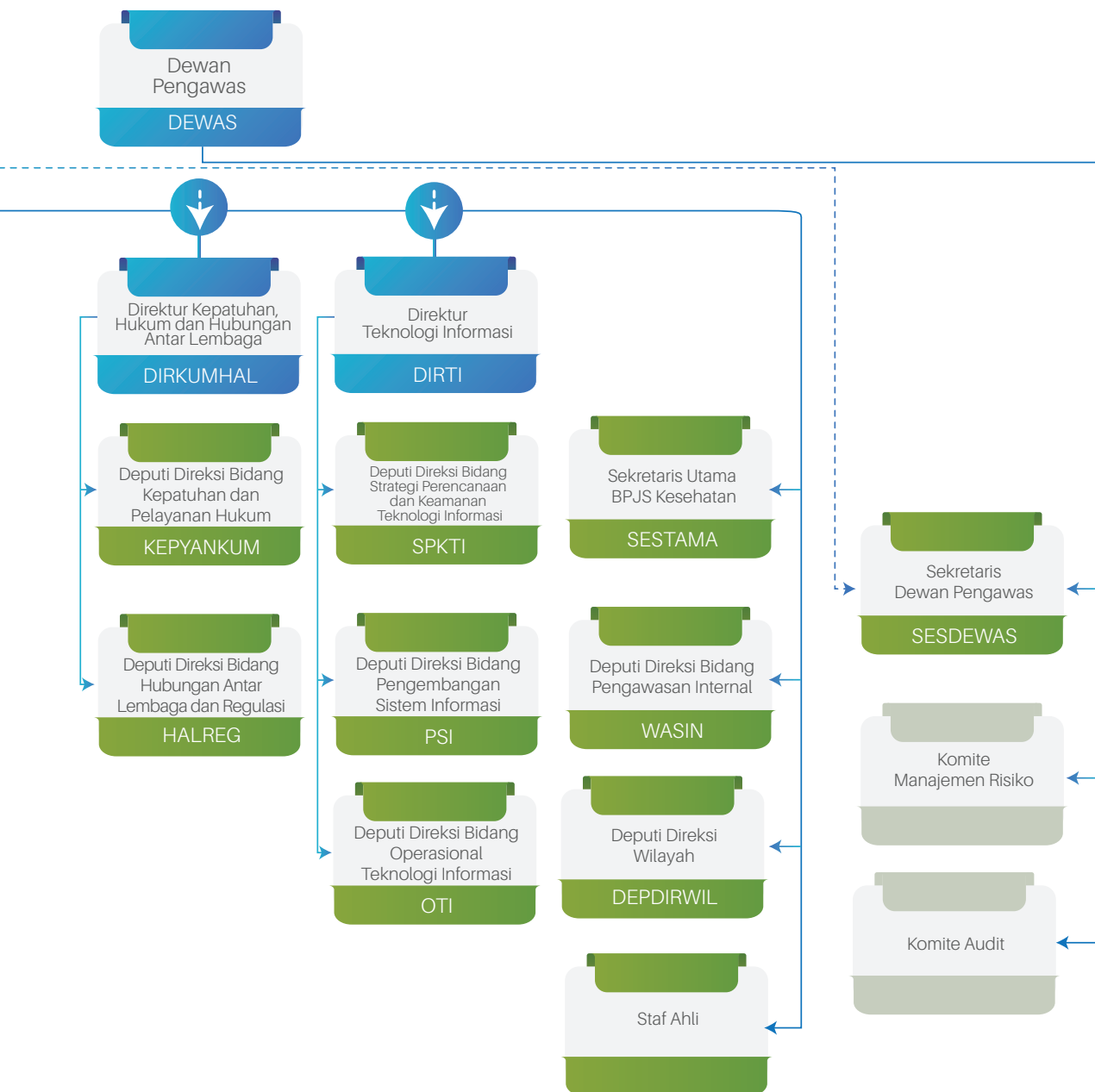
ARAHAN AWAL TAHUN
DIREKTUR UTAMA
Jakarta, 2 Januari 2018

ARAHAN AWAL TAHUN
DIREKTUR UTAMA
Jakarta, 2 Januari 2018

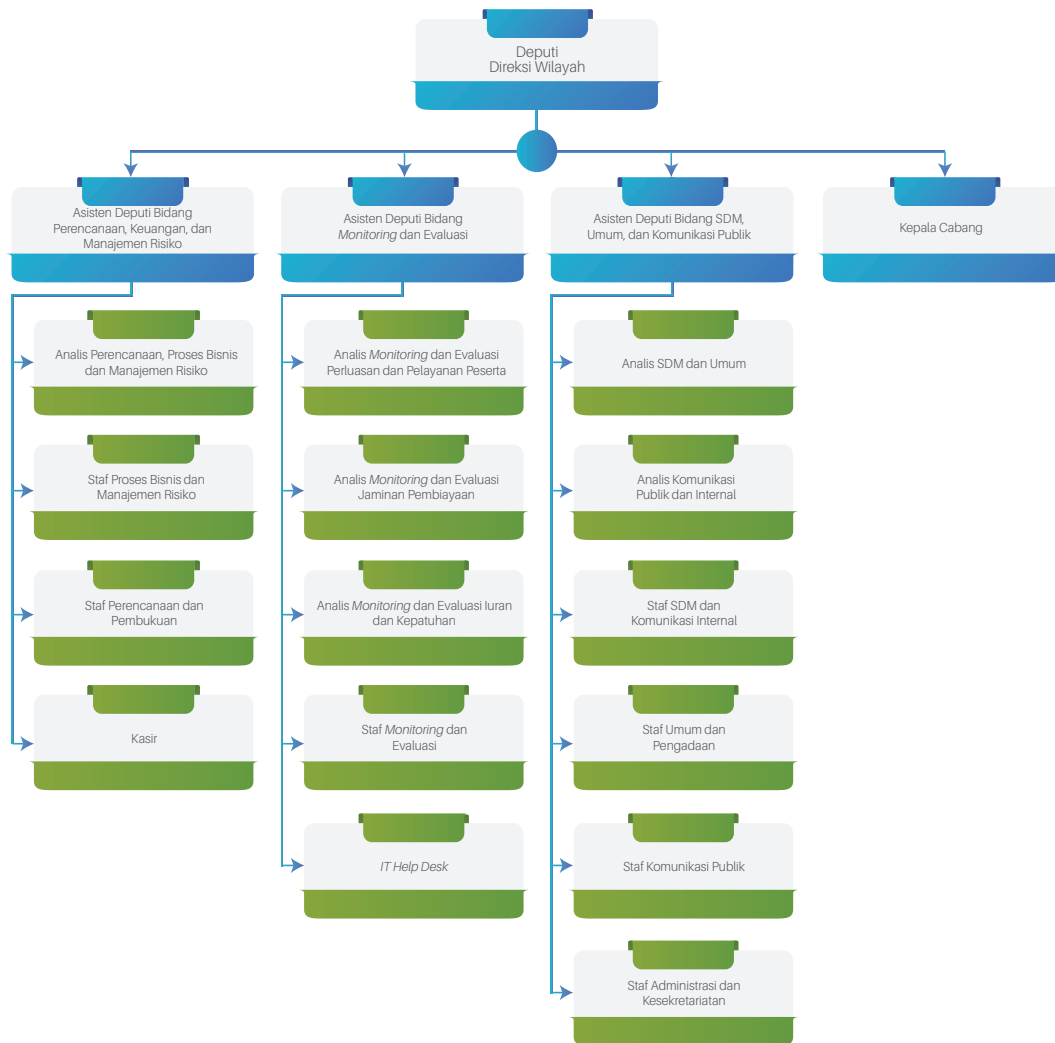


Gambar 2.1 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan





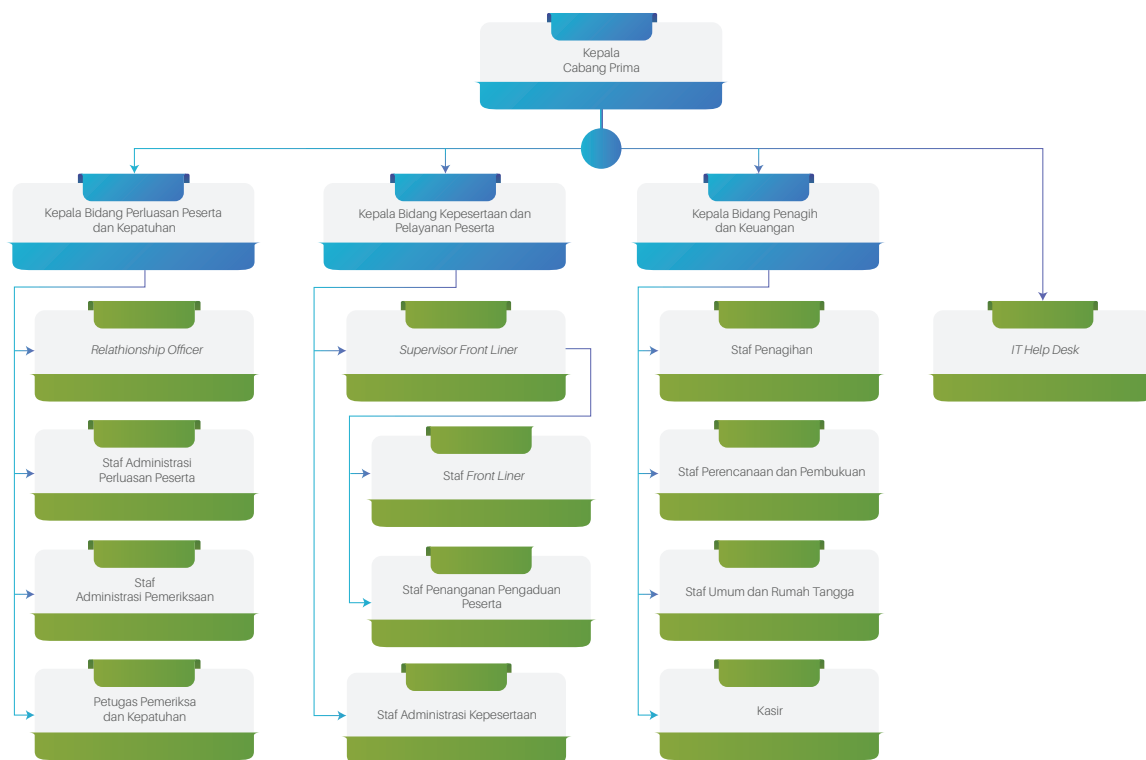
Gambar 2.2 Struktur Organisasi Kedeputian Wilayah



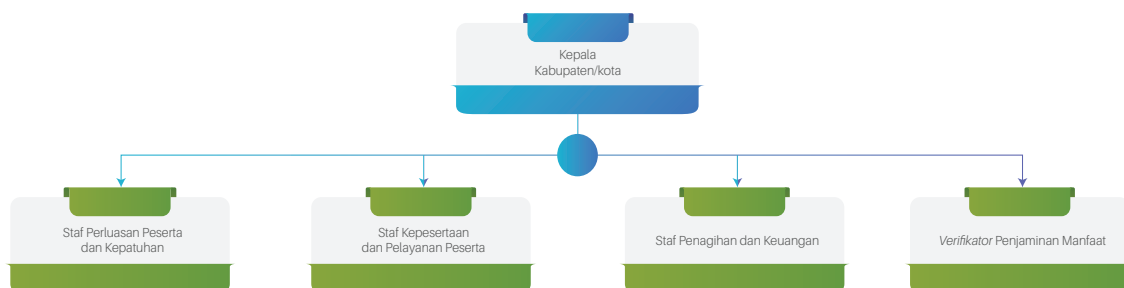
Gambar 2.3 Struktur Organisasi Kantor Cabang



Gambar 2.4 Struktur Organisasi Kantor Cabang Prima



Gambar 2.5 Struktur Organisasi Kantor Kabupaten/Kota



Untuk menunjang operasional BPJS Kesehatan, telah dikembangkan jaringan kantor yang secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2.1
Jumlah Jaringan Kantor BPJS Kesehatan
Tahun 2018

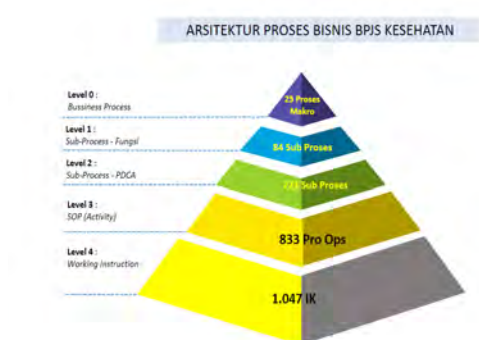
(Unit)

No	Unit Kerja	Jumlah
1	2	3
1	Kantor Pusat	1
2	Kantor Kedeputan Wilayah	13
3	Kantor Cabang	127
4	Kantor Kabupaten/Kota	388

PROSES BISNIS BPJS KESEHATAN

Sebagai salah satu upaya dalam menjaga kualitas mutu layanan, BPJS Kesehatan telah menyusun proses bisnis yang telah diselaraskan dengan strategi organisasi berupa sub proses, Prosedur Operasional (*Pro-Ops*) dan Instruksi Kerja (IK), sebagaimana tergambar dalam arsitektur proses bisnis BPJS Kesehatan sebagai berikut:

Gambar 2.6
Arsitektur Proses Bisnis BPJS Kesehatan
per 31 Desember 2018



Dengan adanya Pro-Ops dan IK menjadikan seluruh aktivitas operasional terstandar dan terjaga mutunya untuk setiap level unit kerja, sesuai dengan ruang lingkup, kewenangan dan tanggung jawab masing-masing pegawai.

Review proses bisnis BPJS Kesehatan telah dilaksanakan melalui kegiatan *improvement process bussiness* dengan pendekatan *Lean Six Sigma* di beberapa Kantor Cabang (KC).

Pada tahun 2018 telah dilakukan asesmen untuk mendapatkan tingkat kematangan proses yang diselaraskan dengan kegiatan asesmen *Governance Risk Compliance* (GRC) dan telah diperoleh hasil Tingkat Kematangan Proses Bisnis tahun 2018 sebesar 3.16 dimana tingkat kematangan proses bisnis berada pada Level *Standardize* yaitu "Proses terdefinisi dengan jelas, dapat dimengerti, dan terdokumentasi melalui format prosedur, *tools* dan metode pelaksanaan. Standar, deskripsi proses, dan prosedur disusun untuk keseluruhan proses di organisasi, dan dijalankan secara konsisten di seluruh organisasi. Variasi proses dimungkinkan jika sesuai dengan kebijakan yang berlaku. Proses dijelaskan lebih detail dan lebih ketat dimonitor dibandingkan pada kematangan tingkat 2. Proses dikelola dengan memperhatikan keterkaitan antar proses dan evaluasi kinerja proses. Proses telah dapat diuji secara kualitatif, namun secara kuantitatif belum ada pengukurannya."

INTERNALISASI TATA NILAI ORGANISASI DAN REVOLUSI MENTAL

Penguatan nilai-nilai organisasi diperlukan untuk membentuk budaya organisasi, yang kemudian tercermin dalam sikap dan perilaku Duta BPJS Kesehatan dalam menjalankan fungsi dan tugas sesuai jabatannya. BPJS Kesehatan telah menetapkan 4 tata nilai organisasi (*organization values*), yaitu:

1. Integritas, merupakan prinsip dalam menjalankan setiap tugas dan tanggung jawab melalui keselarasan berpikir, berkata dan berperilaku sesuai keadaan sebenarnya.
2. Profesional, merupakan karakter melaksanakan tugas dengan kesungguhan, sesuai kompetensi dan tanggung jawab yang diberikan.
3. Pelayanan Prima, merupakan tekad dalam memberikan pelayanan terbaik dengan ikhlas kepada seluruh peserta.
4. Efisiensi Operasional, merupakan upaya untuk mencapai kinerja optimal melalui perencanaan

yang tepat dan penggunaan anggaran yang rasional sesuai dengan kebutuhan.

Untuk memastikan tata nilai revolusi mental dipahami dan diimplementasikan dalam aktivitas Duta BPJS Kesehatan baik di lingkungan internal maupun eksternal organisasi, maka dilakukan *monitoring* evaluasi dan pengukuran efektivitas implementasi tata nilai revolusi mental BPJS Kesehatan melalui survei implementasi tata nilai organisasi BPJS Kesehatan. Pengukuran efektivitas implementasi tata nilai BPJS Kesehatan tahun 2018 telah dilaksanakan dan diperoleh hasil tingkat implementasi tata nilai organisasi secara nasional yaitu sebesar 90,13% untuk *Behavior Index* (indeks perilaku yang diharapkan) dan 4,1% untuk *Misbehavior Index* (indeks perilaku yang tidak diharapkan).

Selain itu, untuk mengukur seberapa besar penolakan Duta BPJS Kesehatan terhadap perubahan yang terjadi dalam organisasi, pada tahun 2018 telah dilakukan survei *Resistance to Change* (RTC) dan telah diperoleh hasil tingkat RTC sebesar 12,84% yang tergolong ke dalam kategori baik.

SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)

Pada tahun 2018, berdasarkan kebijakan organisasi, tidak akan dilakukan proses rekrutmen dan seleksi pegawai tetap di BPJS Kesehatan (*zero growth*). Pada tahun ini hanya akan dilakukan penataan SDM, otomasi proses bisnis, dan pengelolaan Pegawai Tidak Tetap (PTT) yang salah satunya melalui proses rekrutmen serta seleksi PTT pengganti untuk yang mengundurkan diri, atau berdasarkan hasil evaluasi diberhentikan.

Jumlah pegawai tetap BPJS Kesehatan tahun 2018 sebanyak 6.989 orang yang secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2.2
Jumlah Pegawai Tetap Berdasarkan Jabatan
Tahun 2018

(Orang)

No	Uraian	Realisasi
1	2	3
1	General Manager	38
2	Senior Manager	49
3	Manager	209
4	Asisten Manager	1.243
5	Pelaksana	5.450
Total		6.989

Komposisi pegawai tetap BPJS Kesehatan berdasarkan jabatan dan kelompok usia disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2.3
Jumlah Pegawai Tetap Berdasarkan Jabatan dan Usia
Tahun 2018

(Orang)

No	Uraian	< 50 Tahun	51-56 Tahun	Total
1	2	3	4	5=3+4
1	General Manager	20	18	38
2	Senior Manager	33	16	49
3	Manager	169	40	209
4	Asisten Manager	1.131	112	1.243
5	Pelaksana	5.384	66	5.450
Total		6.737	252	6.989

Komposisi pegawai tetap BPJS Kesehatan berdasarkan tingkat pendidikan disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2.4
Jumlah Pegawai Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2018

(Orang)

No	Uraian	Jumlah
1	2	3
1	Strata 3 (S3)	2
2	Strata 2 (S2)	381
3	Strata 1 (S1)	4.945
4	Diploma IV	31
5	Diploma III	1.495
6	Diploma II	5
7	Diploma I	4
8	SLTA	126
Total		6.989

Sedangkan untuk PTT, pada tahun 2018 adalah sebanyak 1.930 orang PTT BPJS Kesehatan.

MANAJEMEN KARIR

Sistem manajemen karir merupakan upaya pengembangan sumber daya manusia yang dilakukan secara cermat, objektif, dan berkesinambungan dengan tujuan menyeimbangkan antara aspirasi karir pegawai dengan kebutuhan organisasi dalam menyiapkan suksesor dengan prinsip SDM kompeten pada waktu dan posisi yang tepat. Sistem manajemen karir di BPJS Kesehatan disusun dalam bentuk pola karir (*career pattern*) yang terdiri atas jalur karir (*career path*), sasaran karir (*career goals*), perencanaan dan pengembangan karir (*career development*) dan tata kelola manajemen karir (*guidance*). Sistem manajemen karir BPJS Kesehatan disusun berbasis *clustering* fungsi dengan konsep penyusunan jalur karir *feeder-receiver*.

MANAJEMEN TALENTA

Manajemen Talenta merupakan proses yang dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan oleh organisasi untuk merencanakan, menarik, mengembangkan, mengevaluasi dan mempertahankan pegawai yang memiliki kompetensi dan kinerja tinggi. Implementasi

manajemen talenta BPJS Kesehatan dilaksanakan melalui 6 siklus, yaitu:

1. Arahkan strategis.
2. Identifikasi posisi kunci.
3. *Assessment* talenta berdasarkan *requirement*.
4. Pemetaan talenta.
5. Menyelaraskan talenta kunci dengan posisi kunci.
6. Perencanaan suksesi dan perpindahan karir.

Berfokus pada proses pemetaan dan perencanaan suksesi BPJS Kesehatan, maka BPJS Kesehatan mengintegrasikan sistem manajemen talenta dengan manajemen karir dan manajemen kinerja. Pegawai BPJS Kesehatan dikembangkan berdasarkan *Individual Career Plan* (ICP) dan *Individual Development Plan* (IDP) serta hasil *assessment* (penilaian kinerja dan kompetensi) melalui program pembelajaran *context learning* atau memberikan kesempatan langsung dengan teknis pekerjaan di lapangan (70%), *contact learning* atau pembelajaran dari orang lain (20%) dan *content learning* atau dilakukan untuk mempelajari teori atau konsep ideal tertentu (10%).

MANAJEMEN KINERJA

Manajemen kinerja yang dikembangkan BPJS Kesehatan mengacu pada Sistem Manajemen Kinerja Pegawai Berbasis Kompetensi (SMKPBK). Sistem manajemen kinerja setiap tahunnya dilaksanakan dan dimonitor untuk mengukur hasil kinerja pegawai dimana didalamnya terdapat pengukuran hasil kinerja dan komitmen serta 2 komponen tambahan, yaitu kejadian kritis negatif dan inovasi.

Sistem Manajemen Kinerja ini memberikan *output* poin dan predikat kinerja pegawai. Poin kinerja akan digunakan menghitung *long term performance* yang menjadi salah satu komponen *mapping* pegawai dalam *talent pool* sedangkan predikat kinerja menentukan tunjangan prestasi pegawai. Pegawai yang masuk dalam *talent pool* dalam kategori *star* menjadi kandidat untuk proses *assessment* pegawai BPJS Kesehatan. Sistem manajemen kinerja BPJS Kesehatan diimplementasikan dengan siklus meliputi: perencanaan kinerja, pemantauan kinerja, evaluasi kinerja dan tindak lanjut hasil kinerja.

PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

Pengembangan Sumber Daya Manusia melalui pemenuhan kompetensi sesuai *leveling* yang dipersyaratkan jabatan serta peningkatan kompetensi pada *leveling* yang lebih tinggi sebagai persyaratan promosi jabatan dan kemudian diperhitungkan sebagai jumlah sumber daya manusia yang berkompeten menjadi salah satu sasaran utama yang ingin dicapai organisasi.

Dalam upaya pemenuhan kompetensi tersebut, maka BPJS Kesehatan menyelenggarakan berbagai kegiatan pendidikan dan pelatihan seperti diklat peningkatan kompetensi, diklat penjenjangan, diklat luar negeri, serta diklat profesi, sertifikasi dan perguruan tinggi.

Selain kegiatan pendidikan dan pelatihan, juga telah dilakukan kegiatan *The Champ*, yaitu aktivitas-aktivitas yang bertujuan menggerakkan perubahan, menginternalisasi tata nilai dan menggiatkan fungsi *Knowledge Management* (KM) melalui *KM Enabler*. Kegiatan yang dilakukan antara lain kegiatan *assist* yang merupakan kegiatan dimana setiap individu dibantu oleh seorang mentor (individu yang lebih senior/berpengalaman) yang dapat memberikan informasi, pengetahuan dan keterampilan dalam menyelesaikan suatu permasalahan; kegiatan *practice*, dimana Duta BPJS Kesehatan dapat saling berbagi pengetahuan dan keterampilan yang mendukung aktivitas kerja sehari-hari. Kegiatan yang termasuk aktifitas dalam *Practice* adalah *Best Practice Sharing* (BPS) dan *English Course/Day*.

BPJS Kesehatan juga memiliki aplikasi SOFIA (*Sharing of Intelligence and Activities*) sebagai salah satu sarana *knowledge management* yang menyediakan berbagai pengetahuan baik teoritis maupun praktis termasuk kebijakan yang berlaku di BPJS Kesehatan. Sebagai upaya untuk mengoptimalkan fungsi aplikasi SOFIA, maka setiap bulannya akan dilakukan pemeliharaan melalui optimalisasi fitur-fitur yang ada dalam SOFIA (*KM Enabler*, *E-Track* dan *E-Library*, survei, forum komunikasi KMCC), *upload* kebijakan dan informasi terkait BPJS Kesehatan dan materi-materi pendidikan dan pelatihan.

OPINI PEGAWAI

Survei opini pegawai dilakukan setiap tahunnya untuk mengukur tingkat kepuasan pegawai, tingkat *engagement* pegawai terhadap organisasi, tingkat komitmen pegawai, serta untuk memperoleh umpan balik dari pegawai terkait kebijakan pengelolaan SDM yang selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan atau rekomendasi bagi manajemen dalam pengambilan keputusan yang terkait dengan pengelolaan kepegawaian dan pengembangan SDM. Hasil yang diperoleh dari survei opini pegawai tahun 2018 adalah sebagai berikut:

1. *Employee Satisfaction Index* (ESI) pegawai BPJS Kesehatan tahun 2018 adalah 82,25%.
2. *Employee Engagement Index* (EEI) pegawai BPJS Kesehatan 2018 adalah 80,24%.
3. *Employee Commitment Index* (ECI) pegawai BPJS Kesehatan 2018 adalah 87,59%.

SUMBER DAYA SARANA

MANAJEMEN PENGADAAN

Kegiatan pengadaan dimulai dengan pembentukan Panitia Pengadaan yang terdiri dari Panitia Lelang Barang/Jasa, Panitia Pemilihan Langsung Pengadaan Barang/Jasa, Panitia Peneliti Harga Pasar Pengadaan Barang/Jasa dan Panitia Penerima Barang/Jasa (P2BJ). Pada tahun 2018 telah dilaksanakan beberapa kegiatan pengadaan seperti lelang, penunjukan langsung dan pemilihan langsung.

MANAJEMEN ASET

Aset Tetap

Jumlah aset tetap pada tahun 2018 disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2.5
Jumlah Aset Tetap Tahun 2018

(Unit)

No	Jenis Aset	Jumlah
1	2	3
1	Tanah	223
2	Bangunan	196
3	Kendaraan	
	a. Roda 4	1.190
	b. Roda 2	894
4	Komputer	19.777

SIM Manajemen Aset dan e-Procurement

Untuk menunjang kegiatan pengadaan dan inventarisasi aset, telah dibangun dan saat ini terus dikembangkan aplikasi IMAP's (*Integrated Management Asset and Procurement System*).

Kegiatan yang dapat dilaksanakan dengan menggunakan aplikasi IMAP's adalah sebagai berikut:

1. *E-procurement*, meliputi:
 - a. Kegiatan Daftar Rekanan Terseleksi (DRT), meliputi kegiatan registrasi vendor, verifikasi vendor, usulan aktivasi vendor, dan finalisasi aktivasi vendor.
 - b. Kegiatan pengadaan dengan metode Pemilihan Langsung dan Lelang.
2. Manajemen aset, meliputi:
 - a. Pencatatan aset.
 - b. Penyusunan DIR (Daftar Inventaris Ruangan).
 - c. Mutasi aset.
 - d. Penghapusan aset.
 - e. *Inventory*.

PEKERJA ALIH DAYA (OUTSOURCE)

Pekerja alih daya merupakan pekerja dari perusahaan jasa penyedia pekerja yang dipekerjakan oleh BPJS Kesehatan, dimana perusahaan jasa penyedia pekerja tersebut telah mempunyai perjanjian penyediaan jasa pekerja antara BPJS Kesehatan dengan perusahaan penyedia jasa pekerja yang memuat hak dan kewajiban para pihak. Proses pemilihan perusahaan penyedia jasa pekerja dilaksanakan melalui proses pengadaan barang/jasa sesuai ketentuan yang berlaku di BPJS Kesehatan.

Jenis pekerja alih daya di BPJS Kesehatan meliputi pekerja pengamanan (*security*), pekerja pengemudi (*driver*), dan pekerja pemelihara kebersihan (*cleaning service*). Jumlah pekerja alih daya di BPJS Kesehatan tahun 2018 adalah sebanyak 3.657 orang dengan rincian *security* sebanyak 1.578 orang, *driver* 1.009 orang dan *cleaning service* 1.070 orang.

TEKNOLOGI INFORMASI

PERENCANAAN DAN INOVASI TEKNOLOGI INFORMASI

Peranan teknologi informasi bagi BPJS Kesehatan sangatlah penting karena sebagian besar *core business* BPJS Kesehatan sangat tergantung pada dukungan teknologi informasi. Untuk membantu teknologi informasi BPJS Kesehatan mencapai sasaran dan target yang telah disusun, diperlukan sebuah Perencanaan Strategis Teknologi Informasi (*Information Technology Strategic Plan*) yang selaras dengan Strategi Bisnis (*Business Strategic*) BPJS Kesehatan. Rencana Strategis Teknologi Informasi (merupakan alat bagi manajemen sebagai navigasi semua masalah terkait daya guna teknologi informasi sehingga secara esensial beroperasi secara efisien, dan mendukung tujuan bisnis. Dalam pengembangan teknologi informasi, dapat bersumber dari inovasi yang berupa ide, perangkat, atau proses baru yang dapat menciptakan peluang, pemanfaatan teknologi baru, serta perubahan konsep sehingga memberikan nilai tambah baik bagi internal maupun eksternal.

EFEKTIVITAS TATA KELOLA TEKNOLOGI INFORMASI

Tata Kelola Teknologi Informasi merupakan struktur kebijakan, prosedur, serta kumpulan proses yang bertujuan untuk memastikan terciptanya kesesuaian dalam penerapan teknologi informasi serta dukungannya terhadap pencapaian tujuan unit kerja dengan mengoptimalkan keuntungan yang ditawarkan oleh teknologi informasi, mengendalikan penggunaan sumber daya teknologi informasi, serta mengelola risiko-risiko yang terkait dengan teknologi informasi.

Tata Kelola Teknologi Informasi BPJS Kesehatan digunakan sebagai prinsip dan panduan bagi setiap unit kerja dalam penggunaan sumber daya teknologi informasi di unit kerja masing-masing, sehingga memenuhi asas efektivitas, efisiensi, dan akseptabilitas.

Pada tahun 2018 telah dilakukan Asesmen *IT Capability Level*/BPJS Kesehatan menggunakan kerangka kerja COBIT 5 untuk mengetahui tingkat efektivitas *IT Governance* BPJS Kesehatan. Adapun hasil Asesmen *IT Capability Level*/BPJS Kesehatan tersebut diperoleh tingkat efektivitas *IT Governance* dengan skor pencapaian 2,36. Kondisi ini artinya manajemen proses telah dilakukan dengan baik dalam Tata Kelola Teknologi Informasi BPJS Kesehatan, namun masih ada beberapa proses yang harus ditingkatkan agar Tata Kelola Teknologi Informasi menjadi lebih baik.

PENGEMBANGAN DAN PEMELIHARAAN APLIKASI

Pengembangan dan Implementasi Aplikasi

Dalam menunjang keberlangsungan kegiatan organisasi melalui kegiatan pengembangan dan implementasi aplikasi pada tahun 2018, aplikasi yang telah diimplementasikan adalah sebanyak 69 aplikasi.

Perkembangan Otomasi Proses Bisnis

Aplikasi yang telah dikembangkan untuk mendukung pencapaian fokus utama organisasi sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan
Ruang lingkup:
 - a. Pengelolaan penagihan klaim melalui Fasilitas Kesehatan.
 - b. Pengelolaan verifikasi klaim pelayanan kesehatan.
 - c. Pengelolaan data Fasilitas Kesehatan.
 - d. Pengelolaan validasi melalui *biometric* pada Fasilitas Kesehatan.
 - e. Pengelolaan pelayanan peserta JKN.

Pengguna:

Internal, Publik dan Fasilitas Kesehatan.

Tabel 2.6
Aplikasi Terkait Pelayanan Kesehatan

No	Aplikasi	Jenis Aplikasi	Fitur & Manfaat Aplikasi	Pengguna
1	Aplikasi BPJS <i>Office App</i> (BOA)	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan tagihan klaim dari FKTP, FKRTL dan <i>Provider</i> (Optik, Lab)	Internal
2	Aplikasi Luar Paket INACBG (LUPIS)	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk Verifikasi & Penerbitan Tagihan Pelayanan di luar paket INACBG's dan Pelayanan <i>Provider</i> (Optik, Lab)	Internal, Petugas <i>Provider</i> (Optik, Lab)
3	Aplikasi <i>Primary Care</i> (PCARE)	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan dan penagihan pelayanan BPJS Kesehatan non-Kapitasi pada FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
4	Aplikasi Referensi <i>Online</i>	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk pembuatan kode referensi FKTP, FKRTL, Asuransi Komersial COB dan Satuan Kerja	Internal
5	Aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP)	<i>Desktop</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk: · Penerbitan surat eligibilitas peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di FKRTL (<i>User</i> FKRTL) · Pengajuan Klaim · Verifikasi klaim FKRTL hasil luaran INACBG's (Verifikator BPJS Kesehatan di FKRTL) · Pencatatan <i>Fraud</i> (Verifikator BPJS Kesehatan di FKRTL)	Internal, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
6	Aplikasi Vclaim	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang digunakan untuk verifikasi klaim FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
7	Aplikasi Verifikasi Digital	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang digunakan untuk Verifikasi Klaim yang diajukan FKRTL	Internal
8	Aplikasi Apicare	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pencarian lokasi FKTP, FKRTL dan Kantor BPJS Kesehatan, informasi profil FKTP dan FKRTL serta informasi ketersediaan kamar inap FKRTL	Publik
9	Aplikasi HFIS (Kredensialing)	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pencatatan Data FKTP & FKRTL serta Kredensialing.	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama & Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
10	Aplikasi WTA	<i>Web Based</i>	Aplikasi untuk mengelola data yang akan digunakan untuk memberikan gambaran kepuasan peserta terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh FKTP, serta sebagai <i>feedback</i> bagi FKTP.	Internal
11	Aplikasi Sidik Jari BPJS Kesehatan	<i>Desktop</i>	Aplikasi yang berfungsi untuk perekaman profil sidik jari dan validasi profil sidik jari peserta. Perekaman sidik jari diwajibkan bagi peserta yang akan mendapatkan pelayanan HD. Aplikasi digunakan di FKRTL.	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

2. Keuangan

Ruang lingkup:

- Pengelolaan pencatatan sistem keuangan dan akuntansi.
- Pengelolaan penerimaan iuran peserta JKN.
- Pengelolaan pembayaran klaim Fasilitas Kesehatan.
- Pengelolaan penggajian, pajak dan investasi.
- Pengelolaan Kader JKN.

Pengguna:

Internal, Kader JKN dan Fasilitas Kesehatan.

Tabel 2.7
Aplikasi Terkait Keuangan

No	Aplikasi	Jenis Aplikasi	Fitur & Manfaat Aplikasi	Pengguna
1	Aplikasi Andalan	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk memberikan informasi denda pelayanan kesehatan.	Internal
2	Aplikasi Bcash	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pembayaran iuran melalui Kantor Cabang	Internal
3	Aplikasi Akuntansi	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan pembukuan akuntansi	Internal
4	Aplikasi Keuangan	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan keuangan BPJS Kesehatan & DJS	Internal
5	Aplikasi <i>Revenue Collection Management System (Revenant)</i>	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk proses rekon data FTP Bank	Internal
6	Aplikasi Autodebet	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pendaftaran peserta <i>autodebet</i> di bank	Bank Mitra
7	Aplikasi Uang Muka Kerja (UMK)	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan pengajuan Uang Muka Kerja	Internal
8	Aplikasi <i>New In-Monica</i>	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pembayaran klaim FKTP dan FKRTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama & Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
9	Aplikasi Iuran Wajib (IW)	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan premi APBD dan APBN	Internal
10	Aplikasi Investasi Kantor Pusat	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan investasi BPJS Kesehatan	Internal
11	Aplikasi <i>Payroll</i>	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk penggajian pegawai BPJS Kesehatan	Internal
12	Aplikasi Pajak	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk perhitungan pajak.	Internal
13	Aplikasi Kepatuhan (Wasrik)	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan dan <i>monitoring</i> sanksi kepada BU yang bermasalah.	Internal
14	Aplikasi Kader JKN	Mobile Android	Aplikasi yang dipergunakan untuk · Pencatatan & Pelaporan Kegiatan Kader JKN · Informasi tunggakan & riwayat pembayaran peserta binaan Kader JKN	Kader JKN
15	Aplikasi K-Rin	Web Based	Aplikasi yang digunakan untuk membantu dan memudahkan kantor cabang untuk melakukan koreksi tagihan iuran Badan Usaha dalam rangka persiapan implementasi <i>Closed Payment</i> .	Internal
16	Aplikasi Simpanan	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk melakukan manajemen cicilan iuran peserta.	Internal dan agen cicilan

3. Kepesertaan

Ruang lingkup:

- Pengelolaan administrasi sistem kepesertaan JKN.
- Pengelolaan kegiatan pemasaran.
- Pengelolaan informasi tagihan iuran peserta JKN.
- Pengelolaan administrasi pengiriman kartu JKN-KIS.

Pengguna:

Internal, *Care Center*, Agen PPOB, Peserta JKN-KIS, Badan Usaha dan Publik.

Tabel 2.8
Aplikasi Terkait Kepesertaan

No	Aplikasi	Jenis Aplikasi	Fitur & Manfaat	Pengguna
1	Mobile JKN	Mobile Android dan iOS	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pendaftaran Peserta Baru BPJU, Cek Tagihan, Riwayat Pembayaran, Pencarian Fasilitas Kesehatan, Skrining Riwayat Kesehatan.	Publik
2	Aplikasi Aktivasi	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk melakukan aktivasi peserta.	Internal
3	Aplikasi Manajemen User	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pengelolaan user aplikasi BPJS Kesehatan.	Internal
4	Aplikasi Kepesertaan	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pencatatan administrasi peserta.	Internal
5	Aplikasi Kepesertaan (Cetak e-ID Peserta BU) / BPJS Admin	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk mencetak e-ID peserta PPU BU	Badan Usaha
6	Aplikasi BPJS Admission	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pendaftaran Peserta BPJS Kesehatan via Bank.	Bank Mitra
7	Aplikasi Pendaftaran Peserta Mandiri melalui Care Center	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pendaftaran peserta BPJU & BP.	Agen Care Center & Agen PPOB
8	Aplikasi BPJS Checking	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Cek Tagihan Iuran Peserta via Website BPJS Kesehatan.	Peserta JKN-KIS
9	Aplikasi Kepesertaan (Daftar Via Website) / BPJS Online	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pendaftaran Peserta BPJS Kesehatan via Website BPJS Kesehatan	Publik
10	Aplikasi Cetak Kartu Bayi Baru Lahir	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Cetak kartu e-ID bagi bayi baru lahir di Rumah Sakit.	Internal
11	Aplikasi Pemasaran	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan kegiatan pemasaran.	Internal
12	Aplikasi Registrasi Badan Usaha	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pendaftaran Badan Usaha Menjadi Peserta BPJS Kesehatan via website BPJS Kesehatan.	Badan Usaha
13	Aplikasi Migrasi Data Badan Usaha/Mig34	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Migrasi data kepesertaan PPU dan BPJU Kolektif via file excel	Internal
14	Aplikasi e-Dabu (elektronik Data Badan Usaha)	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pencatatan dan Mutasi Data Karyawan Badan Usaha serta mengecek Tagihan Badan Usaha.	Badan Usaha
15	Aplikasi P3D-KIS	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pencatatan dan Monitoring Distribusi Kartu Indonesia Sehat (KIS)	Internal
16	Aplikasi Cetak Cepat KIS	Desktop	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencetakan kartu JKN KIS secara massal	Internal
17	Aplikasi Saluran Informasi Pengaduan Peserta (SIPP)	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk Pencatatan & Penanganan Keluhan Peserta	Publik
18	Aplikasi e-Performance	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk monitoring cakupan Tri Sukses BPJS Kesehatan.	Internal
19	Aplikasi CSTI-Supel	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk sistem antrian yang terintegrasi dengan survei kepuasan pelayanan frontdesk Kantor Cabang.	Internal
20	Aplikasi Rekonsiliasi Tagihan	Web Based	Aplikasi yang dipergunakan untuk rekon tagihan dan iuran Badan Usaha & BPJU, Pindah Kelas dan Fasilitas Kesehatan, dan berfungsi sebagai kartu digital.	Internal
21	Portal Bersama	Web Based	Portal Pendaftaran BU untuk mendaftar peserta BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.	Eksternal

4. Pendukung/*Supporting*
Ruang lingkup:
- a. Pengelolaan proses bisnis, regulasi dan anggaran internal.
 - b. Pengelolaan pencatatan & penanganan keluhan peserta JKN.
 - c. Pengelolaan tata persuratan internal.
 - d. Pengelolaan kepegawaian internal.
 - e. Pengelolaan proses pengadaan barang dan jasa.
 - f. Pengelolaan pencatatan keluhan oleh *service desk* internal.
 - g. Pengelolaan *monitoring* kinerja organisasi.
 - h. Pengelolaan pencatatan kerja sama antar lembaga.
 - i. Pengelolaan penyediaan kendaraan operasional Kantor Pusat.
- Pengguna:
Internal dan Publik

Tabel 2.9
Aplikasi Pendukung

No	Aplikasi	Jenis Aplikasi	Fitur & Manfaat	Pengguna
1	Aplikasi Absensi <i>Realtime</i>	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan absensi pegawai.	Internal
2	Aplikasi IHC	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk penilaian kinerja pegawai.	Internal
3	Aplikasi Arsip <i>Digital</i> BPJS Kesehatan	<i>Web Based</i>	Otomasi bisnis proses kearsipan BPJS Kesehatan.	Internal
4	Aplikasi Arsip <i>Digital</i> Dewas	<i>Web Based</i>	Otomasi bisnis proses kearsipan Dewan Pengawas BPJS Kesehatan.	Internal
5	Aplikasi Komunikasi Internal	<i>Web Based</i>	Media informasi yang digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk pegawai BPJS kesehatan.	Internal
6	Aplikasi RKA	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk mengelola proses perencanaan anggaran BPJS Kesehatan.	Internal
7	Aplikasi Bisnis Proses	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk mendukung proses otomatisasi pembuatan bisnis proses.	Internal
8	Aplikasi Regulasi	<i>Web Based</i>	Bank data peraturan BPJS Kesehatan.	Internal
9	Manajemen <i>User Requirement</i> (Manjur)	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan dan pengelolaan <i>user requirement</i> pengembangan Sistem Informasi.	Internal
10	Aplikasi Manajemen Tiket	<i>Web Based</i>	Pencatatan dan pengelolaan penanganan keluhan oleh <i>IT Service Desk</i> .	Internal
11	Aplikasi Manajemen Risiko	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan dan pengelolaan risiko	Internal
12	Aplikasi P2BJ	<i>Web Based</i>	Otomasi pembuatan berita acara P2BJ	Internal
13	Aplikasi <i>Monitoring</i> Pembangunan	<i>Web Based</i>	<i>Monitoring</i> proses pembangunan atau renovasi gedung BPJS Kesehatan.	Internal
14	Aplikasi KM-Portal	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk <i>Knowledge Management</i> BPJS Kesehatan.	Internal
15	Aplikasi <i>Monitoring</i> PKS & MOU	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk <i>Monitoring</i> MOU & PKS.	Internal
16	Aplikasi Mudik BPJS Kesehatan	<i>Mobile</i> Android dan iOS	Media Informasi seputar mudik BPJS kesehatan yang di dalamnya berisi informasi Kantor BPJS kesehatan, fasilitas kesehatan, tips mudik dan FAQ BPJS Kesehatan.	Publik
17	Aplikasi <i>Plan of Action</i> (PoA)	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk <i>monitoring</i> capaian kinerja organisasi.	Internal
18	Aplikasi iMaps (SIM SDS)	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk pencatatan aset BPJS Kesehatan.	Internal
19	Portal Manajemen Pelaporan (<i>Business Intelligence</i>)	<i>Web Based</i>	Aplikasi yang dipergunakan untuk menyajikan informasi dalam mendukung pengambilan keputusan.	Internal
20	Aplikasi Pengelolaan Penyediaan Kendaraan Operasional 1.0	<i>Web Based</i>	Untuk membantu Kedeputan Bidang SDS dan Umum dalam mengelola ketersediaan dan kinerja dari penyediaan kendaraan operasional di Kantor Pusat	Internal
21	Aplikasi INTAN	<i>Mobile</i> Android dan iOS	Berfungsi untuk penanaman nilai-nilai revolusi mental bagi para duta BPJS Kesehatan sehingga dapat menjalankan peran dan tanggung jawab masing-masing dalam mencapai visi dan misi BPJS Kesehatan	Internal

KEAMANAN TEKNOLOGI INFORMASI

Kontrol keamanan yang sudah diterapkan di BPJS Kesehatan adalah *administrative control*, *technical control* dan *physical control*. Dalam implementasi *administrative control*, BPJS Kesehatan telah menerapkan kebijakan penggunaan *Non-Disclosure Agreement* (NDA) apabila melakukan kerja sama dengan pihak ketiga (eksternal). Sedangkan dalam lingkungan internal telah diterapkan kebijakan bagi seluruh pegawai BPJS Kesehatan untuk taat dan patuh terhadap kode etik yang berlaku di organisasi.

Untuk implementasi *technical control*, BPJS Kesehatan telah menerapkan pengembangan perangkat keamanan untuk pencegahan terhadap ancaman/*intrusion* dari sisi *network* menggunakan *Intrusion Detection System* (IDS) dan *Intrusion Protection System* (IPS) dan juga *monitoring* terhadap perangkat *server* di DC dan DRC melalui Manajemen Konsol dari *Endpoint Protection/Antivirus* serta pengembangan sistem keamanan untuk pencegahan terhadap *advanced malware* (APT) dengan mengimplementasikan perangkat *Sandboxing* untuk pencegahan ancaman *zero-day attack* dari sisi jaringan informasi (*network*). Terkait dengan implementasi *technical control* ini, telah dibentuk *Security Incident and Response Team* (SIRT) sebagai tim khusus dalam penanganan insiden yang berhubungan keamanan informasi TI.

Dalam pengembangan sistem aplikasi telah diterapkan beberapa kebijakan keamanan untuk *secure coding* serta *awareness* terhadap pengguna (*user*) akan pentingnya menjaga keamanan data dan informasi organisasi.

Penerapan keamanan pada *physical control* sudah diterapkan BPJS Kesehatan pada pengamanan fisik mulai dari akses lingkungan kerja BPJS Kesehatan.

MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI

Tujuan dari kegiatan pengelolaan data dan informasi adalah untuk memberikan informasi dan analisa terkait dengan *monitoring* dan evaluasi dari program-program pengelolaan serta operasional dari BPJS Kesehatan dimana hasil informasi ini akan dapat mendukung pengambilan keputusan dan membuat perencanaan strategis dari manajemen BPJS Kesehatan.

Saat ini telah dilakukan pengembangan aplikasi pelaporan menggunakan teknologi *Business Intelligence*, yaitu sebuah teknologi yang mengubah data transaksional menjadi sebuah informasi yang berguna untuk pengambilan keputusan. Sebagai sebuah teknologi untuk membantu pengambilan keputusan, *Business Intelligence* membantu proses pengambilan keputusan agar lebih efektif, bukan hanya menggunakan asumsi melainkan juga berdasarkan data dan fakta.

Aplikasi *Business Intelligence* (BI) merupakan sebuah portal aplikasi yang digunakan sebagai sumber pelaporan (*reports management portal*) yang berguna untuk menyajikan informasi secara visual, baik statis maupun responsif, *analytic* hingga *self-service* yang dilakukan secara mandiri oleh pengguna. Sistem ini menyajikan kebutuhan pelaporan terhadap seluruh sistem informasi yang digunakan oleh BPJS Kesehatan sehingga hak akses pemanfaatannya disesuaikan dengan kebutuhan.

JARINGAN KOMUNIKASI DATA

Jaringan komunikasi data yang telah terpasang dan tersebar di internal BPJS Kesehatan serta beberapa mitra, secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2.10
Jumlah Koneksi Jaringan Komunikasi Data Tahun 2018

No	Lokasi	Jumlah Lokasi	Teknologi Koneksi				Total Koneksi	% Koneksi
			VPN	VSAT	Internet Publik	VPN Over GPRS		
1	2	3	4	5	6	7	8=4+5+...+7	9=8/3
1	Kantor Pusat	19	4	-	6	9	19	100,00%
2	Kedeputan Wilayah	26*	13	-	-	13	26	100,00%
3	Kantor Cabang	254**	127	-	-	127	254	100,00%
4	Ekstensi KC	12	12	-	-	-	12	100,00%
5	Kantor Kabupaten/Kota	388	281	103	-	-	384	98,97%
6	LO	7	7	-	-	-	7	100,00%
7	Pusdiklat	2	1	-	1	-	2	100,00%
8	Eksternal/Instansi Terkait	12	8	-	-	-	8	66,67%
Jumlah		720	453	103	7	149	712	98,89%

* Jumlah sebenarnya adalah 26 (13 VPN + 13 VPN GPRS)

** Jumlah sebenarnya adalah 254 (127 VPN + 127 VPN GPRS)

LAYANAN TEKNOLOGI INFORMASI

E-mail BPJS Kesehatan

Layanan *e-mail* BPJS Kesehatan dipergunakan untuk mendukung percepatan operasional pegawai (@bpjs-kesehatan.go.id).

Website

Website BPJS Kesehatan dengan alamat www.bpjs-kesehatan.go.id mulai dioperasikan pada tanggal 1 Januari 2014 dengan tujuan sebagai media informasi bagi masyarakat untuk mengetahui seluk beluk penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan. Website tersebut selain berisikan informasi-informasi terkait JKN juga dapat diakses oleh masyarakat yang ingin mendaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan.



RISET DAN PENGEMBANGAN

Kegiatan riset dan pengembangan terdiri dari kegiatan kajian dan kegiatan non kajian. Kegiatan non kajian merupakan publikasi hasil riset untuk mendukung optimalisasi hasil riset untuk menunjang pelaksanaan riset, serta kegiatan *joint research*.

KAJIAN/SURVEI RISET DAN PENGEMBANGAN

Beberapa kegiatan kajian riset yang dilakukan selama tahun 2018 antara lain:

Uji Coba Sistem Pembayaran *Global Budget* di RS Pemerintah dan Swasta di Tanah Datar dan Cilegon

Uji coba ini dilakukan dengan tujuan untuk menganalisis peluang dan hambatan pengembangan sistem pembayaran *Global Budget* di rumah sakit dan untuk mengetahui dampak uji coba sistem pembayaran *Global Budget* terhadap indikator yang telah ditetapkan. Sampai dengan saat ini, telah dilakukan uji coba perhitungan simulasi *Global Budget* tahun pertama pada tahun 2019 sesuai dengan kesepakatan tahun 2018 dengan rumah sakit terpilih.

Setelah setahun penuh melakukan komunikasi dan peningkatan kapasitas, penghitungan *global budget* dapat diterima oleh kedua rumah sakit uji coba dengan syarat besaran *global budget* dapat ditinjau setiap semester untuk memeriksa perubahan substansial yang dapat mempengaruhi pemanfaatan dan biaya pelayanan kesehatan. Tahun pertama uji coba adalah langkah awal untuk mendapatkan bukti tentang sistem pembayaran alternatif bagi rumah sakit di bawah skema JKN. Harapan ke depan uji coba berfungsi sebagai rekomendasi kebijakan kepada Pemerintah untuk pengembangan sistem pembayaran di rumah sakit yang lebih berhasil guna dengan tetap berbasis pada INA-CBG.

Dari hasil kajian, diperoleh bahwa setiap semester BPJS Kesehatan perlu mengevaluasi anggaran secara akurat dan memastikan ketersediaan anggaran yang merupakan tugas besar di tengah defisit keuangan saat ini, sedangkan rumah sakit perlu mengelola anggaran tanpa mengurangi kualitas pelayanan. Kedua pihak berkomitmen dalam menjalankan *monitoring* dan evaluasi.

Selain itu adanya potensi perluasan wilayah pelaksanaan rumah sakit uji coba selain di Kabupaten Tanah Datar diharapkan dapat memperkaya konsep dan penghitungan uji coba *global budget*.

Uji Coba Optimalisasi Peran Serta Pemerintah Daerah pada JKN-KIS

Uji coba ini dilakukan dengan tujuan untuk mengejawantahkan peran Pemerintah Daerah agar lebih optimal dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat. Hasil yang diperoleh dari uji coba ini adalah bahwa Pemda yang telah dilakukan uji coba berkomitmen dalam pelaksanaan Program JKN KIS. Penilaian indikator kinerja tahun 2018 juga menunjukkan hal positif dan bermakna pada setiap aspek yaitu perluasan peserta, pengumpulan iuran pada setiap segmen dan aspek pelayanan kesehatan setiap bulannya, meskipun masih ada yang belum mencapai target. Selain itu terdapat kendala dan tantangan dalam pelaksanaan uji coba, namun secara responsif dicarikan solusi yang terbaik dari semua pihak yang terlibat.

Beberapa rekomendasi atas hasil uji coba ini diantaranya adalah perlu dilakukan evaluasi atas indikator keberhasilan Optimalisasi Peran Pemda sehingga indikator yang sudah dipenuhi pada tahun 2018 dapat dipertajam dengan indikator-indikator baru; perlu dilakukan *roadmap* terhadap pencapaian tingkat kolektabilitas iuran peserta BPBU per tahun yang disinergikan dengan kemampuan pendanaan Pemda; perlu dilakukan pendekatan terhadap Kementerian Dalam Negeri sehingga indikator-indikator dalam uji coba dapat menjadi indikator kinerja Pemda, minimal dapat diakui sebagai bentuk prestasi Pemda; dan masih ada beberapa rekomendasi lain.

Kajian Efektivitas Sistem Pembayaran dengan Kapitasi Khusus di Daerah Terpencil dan Kepulauan

Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi khusus serta kendala dan solusinya, diketahuinya dampak kebijakan kapitasi khusus terhadap minat Pemerintah Daerah menetapkan daerah di wilayah kerjanya sebagai daerah terpencil dan kepulauan, dan rumusan rekomendasi alternatif pembayaran lain selain kapitasi khusus di daerah terpencil dan kepulauan.

Hasil yang diperoleh dari kajian ini adalah bahwa baik utilisasi dan jumlah dokter mengalami peningkatan setelah pelaksanaan kapitasi khusus. Kenaikan utilisasi cenderung tidak merata terjadi di seluruh Puskesmas penerima kapitasi khusus, sedangkan kenaikan jumlah dokter di Puskesmas penerima kapitasi khusus tidak signifikan. Kapitasi khusus tidak secara efektif meningkatkan utilisasi dan jumlah dokter di Puskesmas daerah terpencil. Untuk meningkatkan efektivitas perlu ada indikator kinerja yang diterapkan bagi Puskesmas penerima kapitasi khusus.

Kajian Pengembangan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi dalam Program JKN-KIS

Kajian ini dilakukan dengan tujuan teridentifikasinya penyebab kendala dalam pelayanan gigi yang seharusnya tuntas di FKTP namun dilaksanakan di FKRTL, skema alternatif metode pembayaran pelayanan gigi yang optimal sesuai kemampuan finansial dan terjaganya kualitas layanan dan sudut pandang *stakeholder* dan penyelenggara program.

Hasil dan rekomendasi yang diperoleh dari kajian ini antara lain sebagai berikut:

1. Melakukan tinjauan ulang pada model pembayaran kapitasi ke dokter gigi tidak saja besarnya tetapi juga mekanismenya. Beberapa alternatif sistem pembayaran dapat diuji coba untuk dipantau efektivitas dan efisiensinya.
2. Perbaikan pada aplikasi *P-Care* agar memfasilitasi input tindakan sesuai dengan kode ICD-10 untuk memudahkan perhitungan utilisasi yang dihubungkan dengan pembiayaan pelayanan gigi karena sumber daya ditentukan tidak saja oleh diagnosis namun juga oleh tindakan.
3. Merevisi perjanjian kerja sama BPJS Kesehatan dengan dokter gigi pelayanan primer.

Pengelolaan Manfaat Pelayanan Kesehatan untuk Meningkatkan Kesenambungan JKN-KIS

Kajian ini dilakukan dengan tujuan teridentifikasinya pelayanan kesehatan (manfaat) yang dapat dikenakan *waiting period*, *capping*, *cost sharing*, kuota dan diperolehnya dampak dari pengelolaan manfaat JKN-KIS.

Hasil yang diperoleh dari kajian ini antara lain konsep dan definisi operasional manfaat jaminan harus didefinisikan dan disepakati, yaitu formulasi konsep dan definisi operasional manfaat JKN-KIS harus mencakup elemen manfaat jaminan, prinsip yang digunakan dalam menentukan kriteria manfaat JKN-KIS diantaranya harus berdasarkan pada konsep dan filosofi asuransi sosial, ekuitas dan kehati-hatian, serta konsep, definisi operasional, dan prinsip dibangun melalui kesepakatan *stakeholders*. Selain itu juga ditemukan adanya indikasi pola utilisasi “abnormal” pelayanan kesehatan yang menjadi manfaat JKN-KIS.

Berdasarkan hasil di atas, diperoleh rekomendasi antara lain dengan mengurai formula dasar klaim rasio, teridentifikasi solusi sistemik defisit yang sejatinya bisa ditempuh melalui dua strategi utama, yakni mengontrol pola utilisasi kesehatan yang bersifat “abnormal” dan merasionalisasi harga layanan serta masih ada beberapa rekomendasi lain.

Analisis terhadap Pelayanan yang Berpotensi *Moral Hazard*

Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui utilisasi dan biaya untuk pelayanan katarak, fisioterapi dan *sectio caesarea*, alternatif *treatment* untuk pelayanan yang berpotensi *moral hazard* dan dampak penerapannya, serta mendapatkan rekomendasi *treatment* yang tepat untuk pelayanan yang berpotensi menimbulkan *moral hazard*. Hasil yang diperoleh dari kajian ini antara lain:

1. Kebijakan penetapan tarif sangat berperan aktif dalam mempengaruhi tingkat utilisasi sebuah layanan, dengan adanya Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan, utilisasi 3 layanan ini menurun secara signifikan.
2. Intervensi pembayaran berbasis indikator pada *provider* rumah sakit perlu diterapkan.
3. Berdasarkan survei data primer, 47% pasien Fisioterapi bersedia untuk urun biaya sebesar Rp11.000,00 (*cost sharing* 5%), 42% pasien Katarak setuju untuk urun biaya dengan besaran Rp225.000,00 (*cost sharing* 5%), dan 50% pasien katarak mau untuk urun biaya sebesar Rp650.000,00 (*cost sharing* 5%). Namun urun

biaya merupakan peluru yang tepat sasarannya jika inisiatornya adalah pasien, jika inisiator dari *provider*, intervensi iur biaya tidak tepat.

Kajian Skema Penjaminan Pelayanan Kesehatan Penyakit Katastropik

Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui utilisasi dan biaya pelayanan katastrofik, karakteristik pasien yang mendapatkan pelayanan katastrofik, skema pembiayaan pelayanan katastrofik di negara lain, persepsi *stakeholder* untuk pembiayaan pelayanan katastrofik serta mendapatkan rekomendasi untuk alternatif pembiayaan pelayanan katastrofik.

Dari hasil kajian ini diketahui bahwa ada beberapa sistem yang dipakai oleh negara-negara lain, yakni *tax-based system*, *co-payment* untuk kelompok tertentu, dan sistem jaminan kesehatan nasional yang serupa dengan Indonesia serta adanya beban yang cukup besar terkait penyakit katastrofik, khususnya untuk penyakit kanker dan pengeluaran terbesar ialah obat. Hal ini perlu mendapatkan perhatian karena akan berdampak pada keefektifan kebijakan yang akan diambil.

Efektivitas COB dalam Kendali Biaya dan Kepuasan Peserta

Kajian ini dilakukan dengan tujuan tersedianya gambaran pelaksanaan dan dampak koordinasi manfaat dan koordinasi lain serta skema koordinasi manfaat dan koordinasi lain yang paling implementatif. Hasil dari kajian ini adalah program koordinasi manfaat sebagai upaya dalam perluasan peserta dianggap kurang relevan pada tahun 2019. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan *stakeholder* bahwa Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 tahun 2016 pasal 3 dan pasal 7 ayat 1 dinilai melemahkan UU SJSN. Asumsinya menjangkit peserta JKN melalui adanya COB. Padahal menjadi peserta JKN adalah wajib bagi seluruh warga negara tanpa terkecuali dan kembali kepada UU SJSN bahwa peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari pada haknya (kelas standar), dapat meningkatkan kelasnya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan. Sedangkan menurut Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) mayoritas AKT kurang sepadan dengan Peraturan BPJS Kesehatan

Nomor 4 tahun 2016 pasal 3 dan pasal 7 ayat 1, karena dirasa memberatkan bagi AKT. Program ini dapat menjadi *shock absorber* bagi kelompok masyarakat yang tidak puas dengan pelayanan kesehatan JKN dan dapat dihilangkan setelah JKN matang. Secara teori, peserta program koordinasi manfaat yang menggunakan RS tipe B telah menyumbangkan efisiensi kepada BPJS Kesehatan karena BPJS Kesehatan membayar tarif RS tipe C. Berdasarkan hasil tersebut maka diperoleh rekomendasi sebagai berikut:

1. Bila program COB tidak dijalankan maka hubungan antara BPJS Kesehatan dengan AKT tidak perlu dengan PKS COB, AKT membayar biaya pelayanan kesehatan peserta langsung ke RS jika peserta BPJS Kesehatan naik kelas, RS membuat *billing* yang mencantumkan tanggungan BPJS Kesehatan, AKT maupun peserta dan BPJS Kesehatan sebagai *first payer*, tetap menandai peserta yang memiliki asuransi selain BPJS Kesehatan.
2. Bila program COB tetap dijalankan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 tahun 2016 pasal 3 dan pasal 7 ayat 1, dibuatkan aturan lebih rinci contoh AKT yang kerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk program COB ini wajib untuk mengikutsertakan pesertanya yang belum menjadi peserta BPJS Kesehatan, melalui program COB. Jika tidak maka perjanjian dibatalkan/sanksi; BPJS Kesehatan memberikan izin kepada FKTP yang telah dikontrak dengan bayaran kapitasi untuk memberikan layanan tambahan (*top up*) bagi peserta AKT dengan layanan kenyamanan waktu dan tambahan obat pilihan yang dijamin oleh AKT.

Kajian Reklasifikasi Ketentuan Kelas Rumah Sakit Berdasarkan Standar dan Kebutuhan Program JKN-KIS

Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi alasan kenaikan kelas rumah sakit, mengetahui kecocokan kelas rumah sakit dibandingkan ketentuan di regulasi, mendapatkan gambaran kebutuhan FKRTL berdasarkan kompetensi, potensi implikasi utilisasi dan finansial apabila kebutuhan pemenuhan rumah sakit dipenuhi serta mendapatkan gambaran implikasi kenaikan kelas rumah sakit terhadap biaya dan utilisasi.

Hasil yang diperoleh dari kajian ini antara lain bahwa kenaikan kelas rumah sakit didasari oleh arahan dari pimpinan daerah, sarana prasarana yang dianggap memenuhi kelas rumah sakit yang lebih tinggi dan adanya alasan terkait peran sebagai rumah sakit rujukan. Dari hasil studi juga diketahui bahwa terdapat perbedaan jumlah dan jenis SDM antara hasil kredensialing BPJS dengan data-data temuan. Berdasarkan hasil tersebut maka diperoleh rekomendasi bahwa perlu dilakukan *review* kembali mekanisme kredensialing dengan mengacu pada STR dan *Clinical Appointment*. Perubahan addendum dalam kontrak kerja sama rumah sakit dan BPJS Kesehatan pada rumah sakit yang berubah kelas harus didahului dengan rekredensialing disertai pengecekan langsung untuk mengetahui seberapa besar tingkat kesesuaian kondisi rumah sakit dengan persyaratan kelas rumah sakit sebagaimana dalam aturan yang ada.

Pemetaan Profil Peserta PBPB berdasarkan Kemampuan, Kemampuan dan Kepatuhan Membayar Iuran

Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran segmentasi dan *profiling* peserta PBPB dalam meningkatkan kepatuhan pembayaran iuran untuk mendukung keberlangsungan finansial program JKN-KIS. Kesimpulan yang diperoleh dari kajian tersebut antara lain model inovasi pengumpulan iuran selain menggunakan mekanisme perbankan dan PPOB dapat menerapkan agen kolektif yang bukan berasal dari kader yang menjadi konselor. Selain itu, dari hasil eksperimen diperoleh bahwa pengelolaan konselor kader JKN-KIS dilakukan secara rutin dan berkesinambungan oleh Kantor Cabang agar fungsi konselor kader JKN-KIS berjalan efektif sehingga pemahaman peserta terhadap program JKN-KIS semakin baik dan tingkat kolektabilitas iuran meningkat.

Sehubungan dengan hasil tersebut, maka direkomendasikan untuk menyusun pedoman pengelolaan program Kader JKN-KIS untuk memperkuat Kader JKN-KIS sebagai konselor, pedoman Standar Operasional Prosedur (SOP) Kader JKN-KIS untuk melakukan standarisasi operasional Kader JKN-KIS sebagai konselor, serta adanya penguatan kerja sama

dengan Kementerian/Lembaga lain untuk mendukung program Kader JKN-KIS.

Kajian Penguatan Kelembagaan Penilaian Teknologi Kesehatan

Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengkaji kelembagaan Komite Penilaian Teknologi Kesehatan (KPTK) sehingga dapat memberikan kontribusi terhadap pengendalian mutu dan biaya berbasis bukti. Hasil yang diperoleh dari kajian ini adalah bahwa dari aspek kelembagaan, pendanaan KPTK masih lebih rendah dari target yang dicanangkan pada peta jalan KPTK. Kapasitas keilmuan dan kredibilitas anggota KPTK dapat dikatakan mencukupi, namun secara ketersediaan waktu belum maksimal terutama pada sisi tenaga teknis yang bukan merupakan pegawai penuh waktu di KPTK. Selain itu, proses *capacity building* berupa pendidikan Master dan Doktoral dalam bidang yang terkait dengan PTK maupun Ekonomi Kesehatan belum berjalan sesuai rekomendasi yang ada di *roadmap* kelembagaan PTK di Indonesia.

Secara efektivitas lembaga, jumlah PTK yang dilakukan sampai saat ini masih belum sesuai target di peta jalan. Selain itu, transparansi dan akuntabilitas proses (dari penentuan topik sampai publikasi hasil PTK) masih belum maksimal. Pada sisi implementasi, KPTK tidak memiliki wewenang untuk menentukan kebijakan yang mengikat pada JKN-KIS.

Survei Kepuasan Peserta dan Fasilitas Kesehatan

Survei ini dilakukan dengan tujuan untuk mengukur tingkat kepuasan, *engagement* dan loyalitas Peserta BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan serta memberikan rekomendasi tentang langkah-langkah strategis berskala nasional yang harus dilakukan BPJS Kesehatan yang merupakan kesimpulan dari berbagai permasalahan yang ditemui di lapangan di berbagai aspek dan lokasi. Hasil yang diperoleh dari pelaksanaan survei tersebut adalah sebagai berikut:

1. Indeks Kepuasan, Loyalitas dan *Engagement* peserta tahun 2018 adalah 79,7%, 78,2% dan 78,1%.

2. Indeks Kepuasan, Loyalitas dan *Engagement* Fasilitas Kesehatan mitra BPJS Kesehatan adalah sebesar 75,8%, 76,8% dan 77,7%.

Kajian Penguatan Fungsi Kader JKN-KIS

Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk menyediakan informasi yang dapat digunakan dalam rangka penguatan fungsi dan tugas Kader JKN-KIS serta renumerasinya dalam mendukung optimalisasi pelaksanaan program JKN-KIS.

Hasil yang diperoleh dari pelaksanaan kajian tersebut adalah fungsi dan tugas kader JKN-KIS secara keseluruhan dilaksanakan oleh kader JKN-KIS. Tetapi yang cukup dominan adalah fungsi pengingat dan pengumpul iuran dan fungsi kepesertaan. Sedangkan fungsi pemasaran sosial (sosialisasi dan edukasi) dan pemberi informasi serta menerima keluhan cenderung belum optimal dalam pelaksanaannya termasuk pencatatan dan pelaporan tugas pada fungsi tersebut.

Sistem renumerasi kader saat ini dinilai tidak optimal karena belum memperhitungkan seluruh fungsi dan tugas yang melekat pada kader JKN-KIS. Komponen remunerasi kader JKN-KIS yang dihitung dalam perhitungan insentif kader adalah aktivitas pengingat, aktivitas pengumpul iuran, aktivitas pendaftaran dan aktivitas sosialisasi kelompok. Komponen terbesar adalah aktivitas pengumpulan iuran yaitu 25% dari iuran yang terkumpul sehingga hampir 95% insentif yang diperoleh kader berasal dari komponen ini.

Berdasarkan hasil tersebut maka diperoleh rekomendasi agar kader JKN-KIS tidak merangkap sebagai kader lain dengan harapan dapat fokus terhadap pelaksanaan tugas sebagai kader JKN-KIS dan perbaikan sistem komputerisasi serta sistem teknologi lainnya terkait aplikasi yang mendukung implementasi program Kader JKN-KIS, misal buku saku yang berisi informasi diintegrasikan dalam *mobile* JKN yang bersifat *offline*. Sedangkan dari sisi renumerasi, menganut remunerasi pegawai ASN yaitu *pay for people*, *pay for position* dan *pay for performance*. Komponen *pay for people* yang dinilai adalah latar belakang pendidikan, komponen *pay for position* adalah posisi jabatan kader (jika ada

tingkatan sebagai pelaksana atau koordinator), komponen *pay for performance* adalah kunjungan rumah, pengumpulan iuran, pendaftaran peserta baru, sosialisasi kelompok, jumlah akses *mobile* JKN oleh peserta binaan saat waktu sosialisasi atau edukasi kesehatan dan lain-lain. Atau dengan alternatif lain adalah *compliance based pay*, misal komponen penilaian remunerasi dinilai berdasarkan kepatuhan peserta binaan yang tidak kembali menunggak (menunggak berulang).

Kajian Efektivitas Dewan Pertimbangan Medik (DPM) dan Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) dalam Mendukung Pembiayaan Klaim INA CBG

Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk memperoleh rekomendasi pelaksanaan DPM dan TKMKB yang lebih efektif. Hasil yang diperoleh dari kajian ini adalah bahwa pelaksanaan serta pemahaman TKMKB dan DPM di daerah bervariasi dan efektivitasnya dipengaruhi oleh kapasitas SDM, independensi, dan komitmen anggotanya di tiap daerah. Selain itu juga diketahui hambatan-hambatan dalam pelaksanaannya, serta diketahui persepsi-persepsi dari *stakeholder*. Berdasarkan hasil kajian tersebut maka diperoleh rekomendasi 3 skenario sebagai berikut:

1. Skenario Eksisting dengan Perbaikan
Pada skenario ini, tidak perlu dilakukan perubahan struktur kelembagaan TKMKB, DPM, maupun DPK, yang perlu dilakukan adalah penguatan pada beberapa aspek yang terkait dengan perbaikan mekanisme kerja dan pemanfaatan hasil.
2. Skenario Moderat
Membuat suatu tim independen sebagai wadah sinkronisasi antara Faskes dan BPJS Kesehatan dalam menilai pelaksanaan kendali mutu kendali biaya.
3. Skenario Ekstrem
Membentuk lembaga independen yang terpisah dari BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan dengan tanggung jawab kendali mutu dan kendali biaya secara penuh (dari mulai penilaian teknologi kesehatan, penentuan paket manfaat, formularium, *pricing*, hingga verifikasi klaim dari *provider*). Lembaga ini diharapkan dapat mencegah konflik antara fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan, dan pasien.

Evaluasi Pemberian *Benefit* Layanan kepada Peserta dengan Indikasi Penyakit Akibat Kerja (*Occupational Disease*)

Kajian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi diagnosa yang mempunyai hubungan dengan penyakit akibat kerja, menghitung estimasi kasus akibat pemberian benefit kepada peserta dengan diagnosa penyakit akibat kerja. Sampai dengan saat ini, kajian telah selesai dilakukan dan berdasarkan analisis data klaim BPJS Kesehatan diperoleh bahwa terdapat kemungkinan sebanyak 5.43% kasus penyakit akibat kerja (PAK) yang seharusnya dijamin oleh BPJS Ketenagakerjaan namun dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan total biaya mencapai Rp71.4 milyar. Diagnosa terbesar yang menjadi indikasi PAK adalah diagnosa dengan kode A15-A19 (TBC). Hal ini menunjukkan potensi efisiensi biaya pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan, untuk itu perlu disusun alur pasien (pekerja) dengan indikasi PAK sebagai berikut:

1. Pasien/pekerja diperiksa secara klinis dengan melakukan 7 langkah diagnosis okupasi.
2. Ketujuh langkah diagnosis okupasi ini diharapkan dilaksanakan di FKTP.
3. Perlu pelatihan diagnosis okupasi pada FKTP *provider* BPJS Kesehatan sehingga dapat menegakkan diagnosa PAK dan dapat melakukan rujukan lebih lanjut kepada Spesialis Okupasi (SpOk).
4. BPJS Kesehatan perlu menyusun mekanisme rujukan berjenjang khusus penanganan PAK dimulai dari SpOK di klinik perusahaan, dokter umum di FKTP, hingga SpOk di rumah sakit.
5. Selain itu perlu disusun mekanisme rujukan antar rumah sakit mengingat sebaran SpOk yang belum merata di seluruh Indonesia.

KEGIATAN NON KAJIAN RISET DAN PENGEMBANGAN

Kegiatan non kajian Riset dan Pengembangan meliputi *joint research* serta publikasi hasil penelitian untuk mendukung optimalisasi hasil Riset dan Pengembangan serta untuk menunjang pelaksanaan penelitian.

Program *Joint Research*

Tujuan dilaksanakan *joint research* adalah membangun kerja sama dengan para Peneliti/Akademisi Perguruan

Tinggi terseleksi, untuk menghasilkan lebih banyak luaran riset kreatif yang dapat diimplementasikan bagi kemajuan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS) serta memiliki sasaran utama dalam peningkatan positif terhadap pencapaian target 2018.

Beberapa universitas yang selama ini bekerja sama dalam melakukan riset JKN-KIS dengan BPJS Kesehatan antara lain Universitas Padjajaran, Universitas Indonesia, Universitas Gadjah Mada dan Institut Teknologi Sepuluh November. Di samping itu, BPJS Kesehatan juga bekerja sama dengan beberapa lembaga internasional dalam melakukan kajian seperti NHIS, JICA, USAID, World Bank, GIZ dan lain-lain.

Publikasi Hasil Riset dan Pengembangan

Tujuan dilaksanakan publikasi adalah untuk membagikan hasil riset dan pengembangan yang telah dilakukan BPJS Kesehatan sebagai bahan referensi untuk *stakeholder* dalam pengambilan keputusan. Pada tahun 2018, telah dilakukan publikasi beberapa kajian tahun 2017 dalam bentuk *flyer* yang didistribusikan kepada beberapa instansi terkait. Beberapa *research brief* yang diterbitkan antara lain tentang Inovasi Pendanaan Defisit Program JKN-KIS melalui Pungutan Tambahan atas Rokok untuk Kesehatan (PRUK), Studi Evaluasi Penyelenggaraan Sistem Rujukan Berjenjang Era JKN-KIS, serta Dampak Program JKN-KIS terhadap Kemiskinan.

AKTUARIA DAN MANAJEMEN RISIKO

AKTUARIA

Kegiatan terkait pelaporan aktuarial yang telah dilakukan pada tahun 2018 antara lain:

Penyusunan Laporan Aktuaris Tahunan

Sesuai dengan persyaratan OJK Nomor 5/POJK.05/2013 tentang Pengawasan BPJS oleh OJK tercantum bahwa BPJS Kesehatan harus menyusun laporan aktuaris tahunan yang menggambarkan kemampuan pendanaan program di masa depan dan laporan tersebut harus direviu oleh aktuaris independen minimal 1 kali dalam

3 tahun, maka laporan aktuaris tahunan BPJS Kesehatan tahun 2017 telah disampaikan ke Otoritas Jasa Keuangan (OJK) pada tanggal 29 Juni 2018.

Perhitungan Imbalan Pasti Pasca Kerja (IPPK) dan Uji Liabilitas (*Liability Adequacy Test/LAT*)

Dalam rangka kegiatan *General Audit* tahun buku 2017, maka pada awal tahun 2018 telah dilakukan pengadaan aktuaris independen untuk melakukan perhitungan IPPK dan LAT tahun 2017.

Kajian dan Dukungan Aktuarial

Pada tahun 2018, telah dilakukan beberapa perhitungan aktuarial diantaranya perhitungan proyeksi DJS 30 tahun dan perhitungan iuran JKN, serta beberapa dukungan perhitungan aktuarial terhadap unit kerja.

MANAJEMEN RISIKO

Penyusunan Profil Risiko

Penyusunan profil risiko bertujuan untuk memberikan gambaran kepada manajemen dan para pemangku kepentingan tentang risiko yang dihadapi oleh organisasi agar upaya penanganannya dapat menjadi perhatian. Penyusunan profil risiko dilakukan secara berjenjang dengan urutan sebagai berikut:

1. Profil risiko Kantor Cabang.
2. Profil risiko Kedeputian Wilayah.
3. Profil risiko Kedeputian Bidang.
4. Profil risiko organisasi BPJS Kesehatan.

Penyusunan Kajian Risiko

Pada tahun 2018 telah dilakukan penyusunan kajian risiko terkait kebijakan-kebijakan sebanyak 106 kajian risiko.

Monitoring Penanganan Risiko

Pembahasan dan penetapan strategi perlakuan risiko dilaksanakan secara lintas unit kerja dengan observasi dan diskusi terarah dengan fungsi-fungsi terkait. Selain itu, sehubungan dengan sasaran strategis serta visi misi BPJS Kesehatan, diperlukan identifikasi risiko dan penanganan risiko terhadap sasaran strategis yang ingin dicapai. Pelaporan terhadap *monitoring* perlakuan risiko wajib disampaikan tiap bulan oleh setiap unit kerja. Mekanisme pelaporan ini telah dilaksanakan secara otomatis melalui aplikasi manajemen risiko (MARKO).

TATA KELOLA ORGANISASI

TATA KELOLA YANG BAIK (GOOD GOVERNANCE/GG)

Tata Kelola yang Baik merupakan salah satu prasyarat guna mencapai organisasi yang sehat. Implementasi prinsip-prinsip Tata Kelola yang Baik secara menyeluruh dan konsisten harus dilakukan untuk mendorong pengelolaan organisasi secara profesional, efisien dan efektif, serta mendukung pelaksanaan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) bagi seluruh Rakyat Indonesia.

Tata Kelola yang Baik telah diterapkan di lingkungan BPJS Kesehatan dengan mengacu kepada Pedoman Tata Kelola yang Baik (*Good Governance*) yang ditetapkan melalui Peraturan Direksi Nomor 33 Tahun 2016 serta Pedoman Pengukuran Tata Kelola yang Baik yang saat ini telah disempurnakan melalui Peraturan Direksi Nomor 28 Tahun 2017.

PEDOMAN UMUM TATA KELOLA YANG BAIK

Dalam Pedoman Umum Tata Kelola yang Baik, diatur tentang tujuan dan prinsip-prinsip Tata Kelola yang Baik. Prinsip-prinsip tersebut adalah Keterbukaan (*Transparency*), Akuntabilitas (*Accountability*), Responsibilitas (*Responsibility*), Independensi (*Independency*), Prediktabilitas (*Predictability*), Partisipasi (*Participation*), Kewajaran dan Kesenjangan (*Fairness*) dan Dinamis (*Dynamism*).

Saat ini sedang dilakukan penyempurnaan Pedoman Umum Tata Kelola yang Baik (*Good Governance*) sesuai dengan ketentuan *International Social Security System Association* (ISSA) bekerja sama dengan World Bank dan konsultan eksternal yang akan melakukan pendampingan Penyusunan Pedoman *Good Governance* dan Edukasi *Good Governance* di BPJS Kesehatan.

BOARD MANUAL TATA HUBUNGAN KERJA (TAHUBJA)

Board Manual Tata Hubungan Kerja adalah pedoman kerja yang mengatur pola hubungan kerja antara Direksi dan Dewan Pengawas dan merupakan naskah kesepakatan antara Direksi dan Dewan Pengawas yang bertujuan untuk:

1. Menjelaskan fungsi, tugas pokok dan tahapan aktivitas Dewan Pengawas dan Direksi secara terstruktur, sistematis agar mudah dipahami dan dapat dijalankan.
2. Menjadi rujukan/pedoman dalam mengatur hubungan kerja antara Dewan Pengawas dan Direksi agar tercipta suatu pola hubungan kerja yang lebih baik antara kedua organ BPJS Kesehatan tersebut.
3. Menerapkan prinsip-prinsip *Good Governance*, yakni keterbukaan, akuntabilitas, responsibilitas, independensi, prediktabilitas, partisipasi, kesetaraan dan kewajaran serta dinamis dalam hubungan kerja antara Dewan Pengawas dan Direksi agar pengelolaan BPJS Kesehatan dilaksanakan secara profesional, efisien, efektif dan berkualitas.
4. Menciptakan hubungan kerja antara Dewan Pengawas dan Direksi yang harmonis guna mendukung pencapaian kinerja BPJS Kesehatan, diperlukan adanya persamaan persepsi dan komunikasi antara Dewan Pengawas dan Direksi.

KODE ETIK

Kode Etik merupakan norma yang wajib ditaati oleh organisasi dan segenap jajaran dalam menjalankan kewenangan dan tanggung jawabnya secara pribadi maupun secara organisasi termasuk norma, nilai dan aturan profesional tertulis yang secara tegas menyatakan apa yang benar dan baik dan apa yang tidak benar dan tidak baik bagi profesional.

Kode Etik BPJS Kesehatan membingkai hubungan setiap Duta BPJS Kesehatan dengan sesama rekan kerja, peserta, mitra kerja organisasi, pemerintah dan masyarakat umum dalam interaksi yang berlandaskan nilai-nilai kejujuran, keadilan dan penghargaan terhadap martabat kemanusiaan. Kode Etik ini bersifat dinamis, yang dapat senantiasa diperbaharui sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan lingkungan organisasi. Kode Etik berlaku bagi seluruh Duta BPJS Kesehatan dan keluarganya, mulai dari Dewan Pengawas, Dewan Direksi, Pejabat Struktural dan Fungsional serta seluruh pegawai. Dalam rangka mendorong implementasi kode etik dan memastikan kode etik dipatuhi dan dilaksanakan dengan baik maka setiap Duta BPJS Kesehatan wajib menandatangani pernyataan komitmen untuk melaksanakan Kode Etik secara berkala setiap 1 tahun.

PENYAMPAIAN LAPORAN HARTA KEKAYAAN PENYELENGGARA NEGARA (LHKPN)

Sesuai dengan ketentuan tentang kewajiban pengisian dan penyampaian Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) bagi Dewan Pengawas, Direksi dan pejabat struktural serta pejabat fungsional di lingkungan BPJS Kesehatan, maka pengisian dan penyampaian LHKPN kepada Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) berlaku untuk:

1. Pejabat yang belum pernah menyampaikan LHKPN.
2. Pejabat yang mengalami mutasi/promosi/demosi.
3. Pejabat yang telah menduduki jabatan yang sama selama 2 tahun.

PENGAWASAN INTERNAL

PROGRAM AUDIT

Pada tahun 2018, audit rutin telah ditargetkan akan dilaksanakan pada 16 fungsi pada makro bisnis proses BPJS Kesehatan. Pada tahun 2018 telah dilakukan *Field Audit* pada 5 Kedeputan Bidang di Kantor Pusat dan *Field Audit* pada 13 Kedeputan Wilayah.

PROGRAM NON AUDIT

Pendampingan Auditor Eksternal

1. Pendampingan *General Audit* Laporan Audit atas *General Audit* KAP Tahun Buku 2018 telah diterima dengan predikat Wajar Tanpa Pengecualian (WTP).
2. Pendampingan Otoritas Jasa Keuangan (OJK)
3. Pendampingan Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia (BPK RI)
4. Pendampingan Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP)

Pengukuran Penerapan Tata Kelola yang Baik (*Good Governance/GG*)

Dalam upaya perbaikan dan peningkatan kualitas Penerapan Tata Kelola yang Baik, BPJS Kesehatan wajib melakukan pengukuran terhadap Penerapan Tata Kelola yang Baik sehingga apabila masih terdapat kekurangan dalam penerapannya, BPJS Kesehatan dapat segera menetapkan rencana tindak (*action plan*) yang meliputi tindakan korektif (*corrective action*) yang diperlukan.

Pelaksanaan Pengukuran Penerapan Tata Kelola yang Baik tahun buku 2018 dilaksanakan oleh asesor eksternal. Berdasarkan surat Direktur Badan Usaha Jasa Keuangan dan Manufaktur (BUJKM) BPKP Nomor 511/D403/1/2018 tanggal 19 Desember 2018, Pengukuran Penerapan Tata Kelola yang Baik akan dilaksanakan pada tahun 2019.

Asesmen *Quality Assurance* (QA)

Sesuai dengan Piagam Audit Internal BPJS Kesehatan, maka harus dikembangkan program penjaminan dan peningkatan kualitas (*quality assurance and improvement program*) atas seluruh aspek aktivitas audit internal. Kegiatan ini bertujuan untuk mendapatkan hasil pengukuran dan penilaian yang telah dilakukan validasi oleh asesor independen eksternal atas efektivitas audit telah dilakukan terhadap kerangka kerja konseptual sesuai standar praktik auditor internal (*International Professional Practices Model/IIA-CM*).

Pada tahun 2018, telah terbit Laporan Hasil Asesmen *Quality Assurance* Kedeputan Bidang Pengawasan Internal BPJS Kesehatan Tahun 2018. Penilaian Asesmen QA Tahun 2018 ini mencakup 8 komponen mutu yaitu infrastruktur, perencanaan, pemberian jasa audit, pemberian jasa lainnya, pengelolaan tindak lanjut, pemangku kepentingan, budaya kerja dan kinerja, dengan hasil memenuhi predikat *Integrated* dengan capaian skor 3,41 dari nilai maksimal 5 atau memiliki tingkat pemenuhan sebesar 68,24%.

Asesmen GRC (*Governance Risk and Compliance*)

Asesmen GRC merupakan integrasi dari asesmen *Enterprise Risk Management* (ERM), asesmen pengendalian internal dan asesmen bisnis proses. Telah ditunjuk Pusat Pengembangan Akuntansi dan Keuangan (PPAK) sebagai asesor independen eksternal. Asesmen GRC telah dilaksanakan dan laporan hasil asesmen GRC BPJS Kesehatan tahun 2018 telah diterima dengan hasil diperoleh kualifikasi *Repeatable* dengan capaian skor 3,18 dari 5 karakteristik level penilaian meliputi *Adhoc*, *Initial*, *Repeatable*, *Managed* dan *Leadership*.



BAB III

ASPEK PENGELOLAAN

PROGRAM

REALISASI RENCANA KERJA PROGRAM

PERKEMBANGAN KEPESERTAAN

Penyelenggaraan program kegiatan BPJS Kesehatan tahun 2018 dilaksanakan berdasarkan Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan (RKAT) Tahun 2018. Sampai dengan 31 Desember 2018, realisasi dari program kerja terkait perkembangan kepesertaan sebagai berikut:

Manajemen Perluasan Kepesertaan

Manajemen Perluasan Kepesertaan merupakan program untuk rekrutmen peserta, meningkatkan pendapatan iuran serta kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi tentang implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) tahun 2018. Untuk mengubah pemikiran, sikap dan perilaku masyarakat sehingga bersedia ikut menjadi peserta jaminan kesehatan BPJS Kesehatan dengan membayar iuran. Kegiatan perluasan kepesertaan dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Sosialisasi dan edukasi untuk membangun pemahaman masyarakat akan pentingnya jaminan kesehatan bagi diri dan keluarganya sehingga timbul kesadaran untuk bergotong royong membantu sesama dengan menjadi Peserta Program JKN-KIS.
2. Membangun tingkat pemahaman masyarakat yang belum menjadi peserta terhadap program JKN-KIS dari berbagai aspek.
3. Mengoptimalkan rekrutmen peserta.
4. Sinergi dengan kementerian/lembaga/pemerintah daerah untuk mendapatkan data potensial peserta untuk dilakukan rekrutmen.

Pelaksanaan program kegiatan perluasan kepesertaan untuk meningkatkan tingkat pemahaman masyarakat terhadap JKN-KIS, meliputi sosialisasi secara langsung maupun tidak langsung. Sosialisasi secara langsung antara lain sosialisasi kepada komunitas, pekerja/pemberi kerja, tokoh masyarakat/tokoh agama dan forum komunikasi para pemangku kepentingan utama. Sosialisasi secara tidak langsung dilakukan melalui berbagai media. Kegiatan perluasan kepesertaan yang telah dilakukan s.d. 31 Desember 2018 diuraikan sebagai berikut:

1. Promosi Melalui Berbagai Media
Kegiatan ini ditujukan untuk memberikan informasi dan sosialisasi tentang adanya program JKN-KIS kepada peserta dan masyarakat melalui kegiatan promosi melalui berbagai media, baik *above the line*, *below the line* maupun *through the line*. Media *above the line* merupakan media pemasaran produk/jasa melalui media massa dan menasar khalayak umum, seperti media televisi, radio, media cetak (koran, majalah, dan lain-lain). Sedangkan media *below the line* adalah media pemasaran yang dilakukan langsung dengan calon peserta/peserta melalui *leaflet*, poster, brosur, pameran, dan sebagainya. Adapun media *through the line* merupakan pemasaran melalui media *online*.

Kegiatan yang telah dilakukan s.d. 31 Desember 2018 dalam rangka promosi di berbagai media yaitu pemberian informasi melalui televisi sebanyak 13.701 *spot*, radio sebanyak 143.697 *spot*, surat kabar/majalah sebanyak 3.450 tayang, pemasangan baliho di 172 titik lokasi dan spanduk sebanyak 2.017 unit, serta melalui media *online*, media *leaflet*, *banner*, poster, *souvenir* dan media lainnya, baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah.

2. Kegiatan Sosialisasi dan Advokasi
Kegiatan ini meliputi sosialisasi kepada komunitas, pekerja/pemberi kerja, tokoh masyarakat dan melalui forum komunikasi para pemangku kepentingan utama. Kegiatan ini bertujuan untuk melakukan rekrutmen peserta dengan lebih mengedepankan edukasi tentang sanksi, kepatuhan membayar iuran, serta meningkatkan kesadaran masyarakat agar membiasakan hidup bergotong royong dengan sesama dan meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya jaminan kesehatan sebelum jatuh sakit.
 - a. Sosialisasi kepada Komunitas
Kegiatan sosialisasi kepada komunitas ditujukan untuk pelajar, mahasiswa, akademisi, ibu rumah tangga, pensiunan dan lainnya. Kegiatan sosialisasi di tingkat pusat dilaksanakan melalui pertemuan kepada komunitas mahasiswa (senat), komunitas

profesi, komunitas keagamaan atau lainnya dengan mempertimbangan potensi peserta sebanyak 2 kali dalam setahun.

Kegiatan sosialisasi kepada komunitas di daerah dilaksanakan melalui pemberian informasi langsung kepada komunitas yang tahun 2018 ditargetkan dilaksanakan sebanyak 1.668 kali kegiatan. Sampai dengan 31 Desember 2018 telah dilaksanakan 2.704 kali (162,11 % dari target) sosialisasi kepada komunitas di daerah. Secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 3.1
Sosialisasi kepada Komunitas di Daerah
Perbandingan Target 2018 dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Asosiasi	Komunitas	Pensiunan	Lainnya	Jumlah	%
1	2	3	4	5	6	7	8=4+...+7	9=8/3
1	Sumut dan DI Aceh	112	-	66	1	138	205	183,04
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	147	4	162	-	4	170	115,65
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	102	8	64	-	56	128	125,49
4	Jabodetabek	210	28	217	1	405	651	310,00
5	Jabar	154	34	96	9	26	165	107,14
6	Jateng dan DI Yogyakarta	160	44	280	10	2	336	210,00
7	Jatim	152	4	153	4	75	236	155,26
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	126	13	88	-	40	141	111,90
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	116	16	199	-	24	239	206,03
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	88	2	100	1	6	109	123,86
11	Bali, NTT dan NTB	123	17	63	10	13	103	83,74
12	Papua dan Papua Barat	42	4	27	3	14	48	114,29
13	Banten, Kalbar dan Lampung	136	24	124	1	24	173	127,21
Jumlah		1.668	198	1.639	40	827	2.704	162,11

- b. Sosialisasi kepada Pekerja/Pemberi Kerja
Sasaran kegiatan ini ditujukan pada pemberi kerja dan Pekerja Penerima Upah (PPU). Pelaksanaan kegiatan sosialisasi kepada satu Badan Usaha/Instansi bisa dilakukan lebih dari satu kali. Untuk sosialisasi awal disampaikan informasi meliputi regulasi, hak dan kewajiban peserta, serta manfaat pelayanan. Sosialisasi berikutnya disampaikan informasi meliputi teknis proses *entry data* dengan menggunakan aplikasi *New e-Dabu*.

Sampai dengan 31 Desember 2018 telah dilaksanakan kegiatan di tingkat pusat antara lain:

- 1) Sosialisasi formulir dan portal bersama BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan kepada calon responden *Ease of Doing Business* pada tanggal 19 April 2018 dalam rangka Program Perbaikan Kemudahan Berusaha/*Ease of Doing Business* di Indonesia.

- 2) Pertemuan dengan Kementerian Ketenagakerjaan pada tanggal 26 Juni 2018 dalam rangka tindak lanjut Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Ketenagakerjaan.
- 3) Bimbingan teknis *canvassing* dan sinergi pengawasan ketenagakerjaan bersama Kementerian Ketenagakerjaan yang dilaksanakan di Kedeputan Wilayah yang memiliki potensi peserta PPU besar.
- 4) Sosialisasi Aplikasi E-Dabu Versi 4.0, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 dan pola hidup sehat bagi PIC Badan Usaha di Kedeputan Wilayah Jabodetabek tanggal 13 November 2018.
- 5) Sosialisasi Program JKN dan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 kepada Satuan Kerja PPNPN APBD, Kepala Desa dan Perangkat Desa.
- 6) Sosialisasi pendaftaran peserta PPU BU Swasta pada Program JKN melalui *Online Single Submission* yang dilaksanakan di setiap Kantor Cabang BPJS Kesehatan dengan mengundang perwakilan APINDO, Badan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (BPTSP) dan Dinas Tenaga Kerja.
- 7) Sosialisasi Pendaftaran Peserta Pekerja Penerima Upah Badan Usaha Swasta pada Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui *Online Single Submission*, Sosialisasi Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 dan Portal BPJS kepada Badan Usaha yang dilaksanakan di Kedeputan Wilayah.

Sedangkan di tingkat daerah, telah dilaksanakan 828 kali kegiatan sosialisasi kepada 24.983 BU/Instansi yang dihadiri oleh 44.047 peserta/perwakilan dari BU/Instansi, antara lain Disnakertrans/Disperindag/Instansi, HRD Perusahaan, Serikat Pekerja dan Koperasi Usaha Mikro, Kecil dan Menengah (UMKM). Kegiatan sosialisasi di daerah disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.2
Sosialisasi kepada Pekerja Penerima Upah
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Jumlah Kegiatan	Jumlah BU/Instansi	Jumlah Peserta
1	2	3	4	5
1	Sumut dan DI Aceh	17	53	1.231
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	46	1.074	1.844
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	13	517	645
4	Jabodetabek	109	2.292	3.069
5	Jabar	52	1.936	3.908
6	Jateng dan DI Yogyakarta	150	4.634	7.737
7	Jatim	63	2.085	3.817
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	4	4	51
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	207	8.600	12.503
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	18	646	1.587
11	Bali, NTT dan NTB	26	924	2.302
12	Papua dan Papua Barat	71	1.180	2.925
13	Banten, Kalbar dan Lampung	52	1.038	2.428
Jumlah		828	24.983	44.047

- c. Sosialisasi kepada Tokoh Masyarakat/ Tokoh Agama
Sasaran kegiatan sosialisasi pada tahun 2018 yaitu kepada tokoh agama dan tokoh masyarakat di tingkat Pusat yang berpengaruh dalam perluasan kepesertaan. Kegiatan tersebut dilaksanakan melalui pertemuan dengan Kepala Daerah yang telah terintegrasi ke dalam Program JKN-KIS dalam rangka mencapai *Universal Health Coverage*. Sedangkan, kegiatan sosialisasi di tingkat daerah dilakukan baik atas inisiatif Kantor Cabang maupun dengan adanya permintaan sebagai narasumber pada berbagai kegiatan yang diadakan komunitas. Sampai dengan 31 Desember 2018 telah dilakukan 2.768 kali sosialisasi kepada tokoh masyarakat/ tokoh agama di seluruh Kedeputan Wilayah. Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.3
Sosialisasi kepada Tokoh Masyarakat/Tokoh Agama
Perbandingan Target 2018 dan Realisasi s.d. 31 Des. 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	112	250	223,21
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	147	109	74,15
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	102	379	371,57
4	Jabodetabek	210	250	119,05
5	Jabar	154	121	78,57
6	Jateng dan DI Yogyakarta	160	152	95,00
7	Jatim	152	221	145,39
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	126	386	306,35
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	116	393	338,79
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	88	50	56,82
11	Bali, NTT dan NTB	123	141	114,63
12	Papua dan Papua Barat	42	70	166,67
13	Banten, Kalbar dan Lampung	136	246	180,88
Jumlah		1.668	2.768	165,95

- d. Forum Komunikasi Para Pemangku Kepentingan Utama
Kegiatan ini dimaksudkan agar Pemerintah Daerah dapat segera mengintegrasikan Jamkesda yang dikelolanya ke dalam skema JKN-KIS, mendorong regulasi/kebijakan terkait peningkatan kepatuhan Badan Usaha dalam mendaftarkan pekerjaanya, serta menghimbau masyarakat umum untuk mendaftar sebagai peserta JKN-KIS. Kegiatan direncanakan untuk dilakukan sebanyak 1.096 kali untuk tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota. Sampai dengan 31 Desember 2018, telah dilaksanakan 1.156 kali forum komunikasi para pemangku kepentingan utama, khususnya Pemda. Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.4
Forum Komunikasi Para Pemangku Kepentingan Utama
Perbandingan Target 2018 dan Realisasi s.d. 31 Des. 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	116	120	103,45
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	106	106	100,00
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	74	98	132,43
4	Jabodetabek	30	44	146,67
5	Jabar	46	39	84,78
6	Jateng dan DI Yogyakarta	84	65	77,38
7	Jatim	78	91	116,67
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	92	99	107,61
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	124	141	113,71
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	96	84	87,50
11	Bali, NTT dan NTB	88	96	109,09
12	Papua dan Papua Barat	88	85	96,59
13	Banten, Kalbar dan Lampung	74	88	118,92
Jumlah		1.096	1.156	105,47

Manajemen Kepesertaan

BPJS Kesehatan melaksanakan program administrasi kepesertaan agar masyarakat calon peserta maupun peserta mendapat pelayanan administrasi yang cepat dan mudah sebelum peserta menggunakan haknya mendapat pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Secara rinci program-program tersebut diuraikan sebagai berikut:

1. Pengembangan Kebijakan
Sampai dengan 31 Desember 2018 telah diterbitkan hasil penyusunan/perubahan/*review* kebijakan terkait Kepesertaan, yaitu:
 - a. Peraturan Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2018 tentang Kartu Indonesia Sehat *Digital Mobile* Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan.
 - b. Surat Edaran Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta Nomor 33 Tahun 2018 tentang *Business Contingency Plan* (BCP) Penetapan Eligibilitas Peserta di Rumah Sakit.
 - c. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
 - d. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Administrasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan.
 - e. Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 69 Tahun 2018 tentang Pedoman Standar Pelayanan Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan, berlaku sejak tanggal 1 Januari 2019.
 - f. Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 70 Tahun 2018 tentang Pedoman Administrasi Kepesertaan.
2. Manajemen Administrasi Kepesertaan.
 - a. Pengelolaan Kanal Pendaftaran Peserta.
Pendaftaran peserta dapat dilakukan melalui:
 - 1) Kantor BPJS Kesehatan, yaitu Kantor Cabang (KC) dan Kantor Kabupaten/Kota (KK).
 - 2) Pihak ketiga yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, antara lain *Channel Bank* (Bank Mandiri, BNI, BRI), *Point of Service* di pusat perbelanjaan, serta Kecamatan.

- 3) *Website* BPJS Kesehatan.
- 4) Aplikasi *mobile* JKN-KIS (android dan iOS).
- 5) BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400.
- 6) *Mobile Customer Service* dan *Stand/Booth* BPJS Kesehatan.
- 7) Portal pendaftaran Badan Usaha bersama BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (www.bpjs.go.id)
- 8) Kader JKN-KIS.

Untuk mengantisipasi tingginya animo masyarakat untuk mendaftar menjadi peserta JKN-KIS, terutama calon peserta dari segmen peserta PBU dan BP, yang mengakibatkan masih terjadinya antrian pendaftaran yang cukup panjang di beberapa tempat pendaftaran, BPJS Kesehatan telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi kondisi tersebut, salah satunya dengan mengurangi waktu antrian untuk meningkatkan kenyamanan saat pendaftaran, antara lain yaitu:

- 1) Penyediaan sistem antrian yang menghasilkan luaran indeks waktu layanan kepada peserta dan waktu tunggu di seluruh Kantor Cabang serta dapat diakses datanya secara nasional.
 - 2) Pengaturan fungsi loket layanan yang dikelompokkan menjadi 4 fungsi yaitu loket pelayanan cepat (*fast track*), perubahan data dan cetak kartu, pelayanan korporasi dan loket pelayanan informasi dan pengaduan.
 - 3) Perluasan kanal pendaftaran melalui *website*, *Mobile* JKN, *Care Center* 1500 400, *Dropbox* Kecamatan dan bank mitra/PPOB. Peserta yang mendaftar diwajibkan untuk mendaftarkan seluruh anggota keluarga yang tercantum pada Kartu Keluarga.
- b. Pengelolaan Identitas Peserta
Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta. Identitas peserta memuat informasi mengenai nomor peserta, nama peserta,

tanggal lahir peserta, NIK peserta dan nama FKTP terdaftar. Dalam mengelola identitas peserta, BPJS Kesehatan mengembangkan Aplikasi Kepesertaan agar dapat melakukan perubahan data peserta untuk mengisi struktur data NIK, perbaikan nama, jenis kelamin dan tanggal lahir.

Sampai dengan 31 Desember 2018, identitas peserta yang berlaku di fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan yaitu:

- 1) Kartu Askes, yaitu kartu yang dimiliki oleh peserta eks Askes Sosial dan anggota keluarganya.
- 2) Kartu JKN BPJS Kesehatan, yaitu identitas yang diberikan kepada setiap peserta dan anggota keluarganya, sebagai bukti peserta yang sah dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku. Kartu peserta ini dicetak pada blanko kartu dengan *security printing*.
- 3) *Electronic Identity* yang selanjutnya disebut *e-ID*, yaitu identitas yang diberikan kepada setiap peserta dan anggota keluarganya sebagai bukti peserta yang sah dalam memperoleh pelayanan kesehatan. *e-ID* dapat dicetak sendiri di atas kertas biasa oleh peserta baru yang mendaftar.
- 4) Kartu Indonesia Sehat (KIS), yaitu tanda kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS) sesuai dengan Instruksi Presiden Nomor 7 tahun 2014 tentang Pelaksanaan

Program Simpanan Keluarga Sejahtera, Program Indonesia Pintar, dan Program Indonesia Sehat untuk Membangun Keluarga Produktif.

c. *Service Level Agreement* (SLA) Pelayanan Kepesertaan di KC

Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota memberikan pelayanan pada peserta yang datang berdasarkan jenis layanan. Sesuai Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 47 tahun 2017 tentang Pedoman Standar Pelayanan Peserta, untuk waktu layanan setiap fungsi pelayanan loket adalah sebagai berikut:

- 1) Pelayanan Cepat (*Fast Track*) : 3 menit
- 2) Pelayanan Perubahan Data : 7 menit
- 3) Pelayanan Korporasi : 15 menit
- 4) Pelayanan Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan : 15 menit

3. Manajemen Data Kepesertaan

a. Pengelolaan *Master File*

Pembentukan *master file* kepesertaan BPJS Kesehatan bersumber dari beberapa proses, antara lain melalui migrasi data dan *entry* data melalui aplikasi Kepesertaan. Adapun matriks mekanisme *entry* dan mutasi data per segmen peserta sebagaimana tabel berikut:

Tabel 3.5
Mekanisme Entry dan Mutasi Data Per Segmen Peserta

No	Segmen Peserta	Mekanisme Entry dan Mutasi Data			
		Migrasi Database oleh Kantor Pusat	Aplikasi Kepesertaan	Aplikasi Edabu	Aplikasi Migrasi
1 Peserta PBI-JK.					
a.	Penambahan peserta untuk pemenuhan kuota PBI-JK	√			
b.	Penonaktifan peserta karena meninggal dan validasi Kementerian Sosial	√	√		
c.	Pendaftaran bayi yang lahir tahun 2018		√		
d.	Perubahan segmen peserta PBI-JK menjadi segmen peserta lainnya yang disebabkan karena peserta menjadi PPU/PBPU		√		
2 Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah					
a.	Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta		√	√	√
b.	Selain Pemerintah Provinsi DKI Jakarta		√		√
3 PNS, TNI, Polri			√		√
4 PPU Badan Usaha			√	√	√
5 Peserta PBPU dan BP					
a.	PBPU dan BP Kolektif berbadan hukum		√		√
b.	PBPU dan BP non kolektif		√		

Proses *input* data peserta dilakukan melalui aplikasi kepesertaan berdasarkan Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang terintegrasi dengan data Administrasi Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Adminduk) Kementerian Dalam Negeri RI melalui *web service*. Apabila proses *input* data tidak ditemukan di dalam *server* Adminduk, maka proses input data dilakukan secara manual dengan memverifikasi keabsahan dan akurasi berkas pendaftaran berupa KTP/Kartu Keluarga.

- b. Pemutakhiran Data Peserta melalui Kerja Sama dengan Institusi Terkait.
 - 1) Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK).
Pendaftaran fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta PBI JK dilakukan oleh Kementerian Kesehatan ke BPJS Kesehatan berdasarkan data dari Kementerian Sosial. Perubahan terhadap data pendaftaran peserta PBI dapat dilakukan dengan penghapusan, penggantian atau penambahan yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial dan didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan. Proses perubahan melalui verifikasi dan validasi sebagaimana dimaksud dilakukan setiap saat dan penetapan dilakukan

perbulan berdasarkan SK Penetapan dari Kementerian Sosial dan pendaftaran dari Kementerian Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Merujuk pada Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Pemutakhiran data Peserta PBI JK berdasarkan Surat Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan perihal Penghapusan dan Perubahan Peserta PBI JK Tahun 2018 dan sesuai Keputusan Menteri Sosial tentang Penetapan PBI Tahun 2018 sebanyak 92.400.000 jiwa.

Per 31 Desember 2018, pemutakhiran data Peserta PBI JK berdasarkan Surat Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan nomor JP02.02/3/2574/2018 tanggal 14 Desember 2018 perihal Penghapusan dan Perubahan Peserta PBI JK Tahun 2018 Tahap Kesepuluh. Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 157/HUK/2018 tentang Penonaktifan dan Perubahan Data Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan

Kesehatan Tahun 2018 Tahap Kesepuluh. Jumlah Peserta Penerima Bantuan Iuran Tahun 2018 sebanyak 92.400.000 jiwa.

2) Peserta Non PBI

Proses pemutakhiran data bagi peserta Non PBI meliputi pemutakhiran NIK, anggota keluarga dan akurasi gaji, dilakukan melalui kerja sama dengan instansi peserta antara lain Badan Kepegawaian Negara (BKN), Badan Kepegawaian Daerah (BKD), Ditjen Dukcapil Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pertahanan, Kementerian Keuangan dan Kementerian Sosial. Pelaksanaan pemutakhiran data peserta dengan kementerian dan lembaga tersebut dilakukan minimal 1 kali setiap tahun.

Pemutakhiran data personil TNI, PNSTNI dan anggota Polri dilakukan oleh masing-masing Kantor Cabang dengan melakukan kegiatan rekonsiliasi data dengan masing-masing Satker TNI dan Polri setiap semester (minimal 2 kali per tahun), sedangkan di Kantor Pusat pemutakhiran data TNI bekerja sama dengan Mabes TNI dan Kementerian Pertahanan.

c. Penonaktifan Peserta

Penonaktifan peserta dilakukan berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan pasal 17 A.1 bahwa keterlambatan pembayaran iuran jaminan kesehatan lebih dari 1 bulan sejak tanggal 10, penjaminan peserta diberhentikan sementara. Sebagai tindak lanjut atas pemberhentian penjaminan, maka:

- 1) Tidak diperhitungkan dalam pembayaran kapitasi.
- 2) Dilakukan penghentian sementara atas pemberian pelayanan kesehatannya.
- 3) Bila peserta tersebut hendak mendapatkan pelayanan kembali maka peserta:
 - a) Membayar iuran tertunggak paling banyak untuk waktu 12 bulan dan,

- b) Membayar iuran pada bulan saat peserta ingin mengakhiri penghentian sementara jaminan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Sosial Nomor 5 Tahun 2016, untuk peserta PBI JK yang meninggal, menyatakan keluar karena mampu, dan pindah segmen dapat dilakukan Kantor Cabang. Sedangkan untuk segmen peserta non PBI JK, per tanggal 31 Agustus 2017, telah dilakukan penonaktifan antara lain:

- 1) Anak PPU yang berusia lebih dari 21 tahun dan kurang dari 25 tahun yang tidak memiliki surat keterangan sekolah.
- 2) Penonaktifan peserta pasangan PPU/BP Penyelenggara Negara yang berusia di atas 90 tahun.
- 3) Penonaktifan peserta veteran berusia lebih dari 85 tahun.
- 4) Kepesertaan PPNN yang sudah habis masa kontraknya.

MANAJEMEN INFORMASI DAN PENGADUAN

Pengembangan Kebijakan dan Sosialisasi

BPJS Kesehatan telah menyusun beberapa kebijakan yang mengatur tentang pelayanan peserta yang ditujukan kepada Kantor Kabupaten/Kota, Kantor Cabang dan Kedeputan Wilayah sebagai pedoman dalam memberikan standar pelayanan peserta, diantaranya adalah:

1. Instruksi Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta Nomor 02 Tahun 2018 tentang Percepatan Implementasi Pedoman Standar Pelayanan Peserta.
2. Surat Edaran Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta Nomor 24 Tahun 2018 tentang Optimalisasi Pemanfaatan Aplikasi *Mobile* JKN melalui Gerakan Registrasi dan Pemanfaatan (GARAP) *Mobile* JKN.
3. Keputusan Direksi Nomor 132 tahun 2018 tentang Logo Aplikasi *Mobile* JKN.
4. Surat Edaran Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta Nomor 32 Tahun 2018 tentang Kebijakan Operasional Pelayanan Peserta JKN-KIS Selama Libur Lebaran Tahun 2018.
5. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2018 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta.

6. Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 69 Tahun 2018 tentang Pedoman Standar Pelayanan Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Implementasi kebijakan tersebut di atas diikuti juga dengan kegiatan sosialisasi yaitu Pertemuan Nasional Sosialisasi Penguatan Kebijakan Tata Kelola Administrasi Kepesertaan dan Pelayanan Peserta Tahun 2018 dengan tema “Revolusi *Mindset* Pelayanan Peserta di Era *Disruptive Digital*” yang dilaksanakan pada tanggal 20-23 Februari 2018.

Dalam rangka *review* Pedoman Standar Pelayanan Peserta yang akan diimplementasikan pada tahun 2019, maka telah dilakukan Pertemuan Nasional Penguatan Kebijakan Administrasi dan Pelayanan Peserta dengan tema “*Mission is Possible: Empowering Customer Through Service Power*” yang dilaksanakan pada tanggal 21-25 November 2018.

Kanal Komunikasi bagi peserta BPJS Kesehatan

Untuk meningkatkan aksesibilitas peserta terhadap informasi dan pengaduan atas program JKN-KIS yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, telah dikembangkan beberapa sarana sebagai kanal komunikasi bagi peserta BPJS Kesehatan, yaitu:

1. Kantor BPJS Kesehatan
Pemberian informasi dan penanganan pengaduan bagi peserta yang datang langsung, dapat dilakukan di setiap unit kerja BPJS Kesehatan yaitu 388 Kantor Kabupaten/Kota, 127 Kantor Cabang, 13 Kantor Kedeputian Wilayah dan Kantor Pusat melalui Unit Penanganan Pengaduan Peserta.
2. BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400
Merupakan media layanan pemberian informasi dan penanganan pengaduan peserta yang dapat diakses melalui telepon regular maupun telepon selular. Pengaduan dan permintaan informasi yang disampaikan melalui BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400 untuk dapat dijawab dan diselesaikan, juga dapat dieskalasi ke unit kerja BPJS Kesehatan (KC-Kantor Pusat) jika membutuhkan koordinasi lebih lanjut.

BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400 juga memberikan layanan konsultasi kesehatan (*teleconsulting*), pengelolaan informasi dan pengaduan melalui media sosial (facebook dan twitter), pendaftaran peserta PBPU dan perubahan data kepesertaan (alamat domisili, nomor hp, email, kelas rawat dan perubahan faskes tingkat pertama).

3. *Mobile* JKN
Merupakan aplikasi yang dapat diunduh melalui *play store* (android) maupun *app store* (iOS) yang memberikan kemudahan bagi peserta antara lain:
 - a. Kemudahan mendaftar dan mengubah data kepesertaan.
 - b. Kemudahan mengetahui informasi data peserta dan keluarga.
 - c. Kemudahan mengetahui informasi tagihan dan pembayaran iuran.
 - d. Kemudahan mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan (KIS digital).
 - e. Kemudahan menyampaikan pengaduan dan permintaan informasi seputar JKN-KIS.
4. *Website* BPJS Kesehatan (www.bpjs-kesehatan.go.id)
Merupakan laman informasi BPJS Kesehatan yang disediakan melalui jalur internet yang menyediakan konten pemberian informasi seputar program JKN-KIS dan BPJS Kesehatan, pendaftaran peserta PBPU, penanganan pengaduan serta saran. Melalui menu ‘hubungi kami’ yang ada di *website* BPJS Kesehatan peserta dapat melakukan permintaan informasi dan penanganan pengaduan secara dua arah.
5. Media Sosial
Merupakan sarana komunikasi berupa pemberian informasi, saran dan masukan terhadap pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan, baik mengenai kebijakan pelayanan kesehatan maupun kebijakan lainnya. Saat ini media sosial yang dikelola dapat menerima pengaduan adalah twitter dan facebook yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400.
6. LAPOR! SP4N
LAPOR! SP4N merupakan sebuah aplikasi terintegrasi milik Kantor Staf Kepresidenan yang digunakan oleh masyarakat dalam menyampaikan aspirasi atau pengaduan terkait pelayanan publik. Di akhir tahun 2018, LAPOR! dikelola oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (Kemenpan RB). Sebagai badan pelayanan publik, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan Kantor Staf Kepresidenan dan Kemenpan RB dalam pemanfaatan Aplikasi LAPOR! SP4N, dalam upaya memperluas akses pengaduan peserta terhadap layanan BPJS Kesehatan, yang dapat diakses oleh seluruh Kantor Cabang dan dimonitor secara nasional.

Pemberian Informasi

Pemberian informasi kepada peserta dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung, yaitu:

1. Langsung
Metode pemberian informasi secara langsung terbagi menjadi dua, yaitu:
 - a. Perorangan, terdiri dari:
 - 1) Tatap muka, yaitu melalui kanal Unit Penanganan Pengaduan Peserta di KC dan Kantor Kabupaten/Kota, Unit Penanganan Pengaduan Peserta di RS, *Mobile Customer Service* dan Kader JKN-KIS.
 - 2) Suara, yaitu melalui kanal BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400.
 - b. Kelompok, terdiri dari:
 - 1) *Gathering*, yaitu dengan mengumpulkan peserta berdasarkan segmen.
 - 2) Sosialisasi/Pemberian Informasi Langsung, yaitu interaksi langsung oleh petugas BPJS Kesehatan dengan sasaran peserta seluruh segmen.
 - 3) *Customer Visit*, kepada peserta yang ada di Rumah Sakit yang bertujuan untuk pemberian informasi dan edukasi.
2. Tidak langsung
Metode pemberian informasi secara tidak langsung terbagi menjadi dua, yaitu:
 - a. Media Cetak, berupa poster, *leaflet*, spanduk/*banner*, dan surat kabar.
 - b. Media Elektronik, yang disampaikan melalui TV dan Radio.
 - c. Media Sosial, berupa twitter, facebook dan instagram.

Penanganan Pengaduan

1. Laporan Pengelolaan Pengaduan dan Umpan Balik Peserta
Pengaduan dari peserta atas layanan BPJS Kesehatan masuk melalui kanal pengaduan, yaitu Kantor Cabang, Unit Pengaduan di RS, *Care Center* 1500 400, *website*, media sosial dan LAPOR! SP4N.
2. SLA Penanganan Pengaduan
Sesuai dengan Peraturan Direksi Nomor 47 Tahun 2017 tentang Pedoman Standar Pelayanan Peserta bahwa SLA Penanganan Pengaduan peserta, diatur dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Pengaduan yang disampaikan secara langsung
 - 1) Pengaduan yang tidak memerlukan masukan dari unit kerja lain (level pengaduan hijau) paling lambat diselesaikan pada hari yang sama.
 - 2) Pengaduan yang memerlukan masukan dari unit kerja lain:
 - a) Level pengaduan kuning: respon awal paling lambat pada hari yang sama, penyelesaian paling lambat 3 hari kerja.
 - b) Level pengaduan merah: respon awal paling lambat pada hari yang sama sampai dengan 3 hari kerja, penyelesaian paling lambat 30 hari kerja.
- b. Pengaduan yang disampaikan secara tidak langsung
 - 1) Pengaduan yang tidak memerlukan masukan dari unit kerja lain (level pengaduan hijau) paling lambat diselesaikan dalam 3 hari kerja.
 - 2) Pengaduan yang memerlukan konfirmasi dari unit kerja lain:
 - a) Level pengaduan kuning diselesaikan paling lambat dalam 3 hari kerja.
 - b) Level pengaduan merah: respon awal paling lambat pada hari yang sama sampai dengan 3 hari kerja, penyelesaian paling lambat 30 hari kerja.

Pencatatan dan pelaporan permintaan informasi dan pengaduan dilakukan dengan menggunakan aplikasi SIPP (Saluran Informasi dan Penanganan Pengaduan) dan terkoneksi dengan seluruh Kantor BPJS Kesehatan dan RS yang bekerja sama, serta terintegrasi dengan kanal pengaduan di *website* dan *Mobile* JKN.

PENERIMAAN IURAN

Pengembangan Sistem Moda dan Sentra Pembayaran

1. Kerja Sama Pengumpulan Iuran

Sampai dengan 31 Desember 2018, BPJS Kesehatan telah menjalin kerja sama dengan berbagai instansi baik pemerintahan maupun swasta dalam proses pengumpulan iuran yang secara rinci per segmen diuraikan sebagai berikut:

a. Iuran PBI JK

Pengumpulan atau pencairan iuran PBI JK dilakukan BPJS Kesehatan bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan yang ketentuannya diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran. Per 31 Juli 2018 yang lalu, seluruh iuran PBI JK bulan Januari sampai dengan Desember 2018, telah diterima oleh BPJS Kesehatan.

b. Iuran Non PBI

1) Pekerja Penerima Upah Pemerintah (PPU P)

Pengumpulan iuran PPU Pemerintah terdiri atas PNS, Anggota TNI/Polri, Pejabat Negara dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN), baik yang menjadi kewajiban peserta sebesar 2% maupun kewajiban pemerintah sebesar 3% serta iuran Veteran dan Perintis Kemerdekaan dilakukan melalui kerja sama dengan Kementerian Keuangan sebagaimana diatur dalam:

a) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 88/PMK.05/2018 tentang Dana Perhitungan Fihak Ketiga.

b) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 205/PMK.05/2013 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Penghasilan dari Pemerintah.

Sampai dengan 31 Desember 2018 telah dilakukan koordinasi pencairan iuran melalui

mekanisme Perhitungan Fihak Ketiga (PFK) tahap I dan II serta Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) setiap bulan untuk bulan Januari s.d. Desember 2018.

2) PPU BU dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)

Pengumpulan iuran PPU BU dan PBPU dilakukan BPJS Kesehatan bekerja sama dengan 4 bank BUMN yaitu Bank Mandiri, BNI, BRI dan BTN, yang dituangkan dalam Perjanjian Kerja Sama. Koordinasi pengumpulan iuran dengan perbankan beserta seluruh *channel*, *switcher* dan *Payment Point Online Bank* (PPOB) yang ada dibawahnya dilakukan secara harian melalui pengumpulan data pembayaran iuran dalam bentuk *File Transfer Protocol* (FTP) sebagai basis pengakuan penerimaan iuran.

3) Bukan Pekerja (BP)

Pengumpulan iuran segmen peserta BP khusus untuk Penerima Pensiun PNS/TNI/Polri dilakukan melalui kerja sama dengan PT Taspen (Persero) dan PT Asabri (Persero), sebagaimana diatur dalam:

a) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 88/PMK.05/2018 tentang Dana Perhitungan Fihak Ketiga.

b) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 82/PMK.02/2015 tentang Tata Cara Perhitungan, Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Belanja Pensiun yang Dilaksanakan oleh PT Taspen (Persero) dan PT Asabri (Persero).

Sampai dengan 31 Desember 2018 telah dilakukan koordinasi pencairan iuran melalui mekanisme Perhitungan Fihak Ketiga (PFK) tahap I dan II setiap bulan untuk bulan Januari s.d. Desember 2018.

2. Sentra Penerima Iuran

Dalam upaya menyediakan moda dan saluran pembayaran iuran JKN-KIS, sampai dengan

31 Desember 2018, BPJS Kesehatan telah menjalin kerja sama pengumpulan iuran dengan berbagai jenis saluran yaitu:

a. Perbankan

Telah bekerja sama dengan 4 Bank BUMN, yaitu Bank Mandiri, BRI, BNI dan BTN. Untuk peserta PPU BU, PBPU dan Penduduk yg didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dapat melakukan pembayaran iuran melalui *channel* perbankan, yaitu:

- 1) *Teller* bank penerima setoran, di kantor cabang (termasuk Kantor Cabang Pembantu, Kantor Kas, dan Kantor Unit) 4 Bank mitra sebanyak 14.708 Kantor Cabang dengan rincian: 4.607 Kantor Cabang Bank Mandiri, 7.426 Kantor Cabang BRI, 1.908 Kantor Cabang BNI, dan 767 Kantor Cabang BTN.
- 2) Anjungan Tunai Mandiri (ATM) sebanyak 59.867 ATM dengan rincian: 17.391 ATM Bank Mandiri, 23.695 ATM BRI, 16.951 ATM BNI dan 1.830 ATM BTN.
- 3) Internet *Banking* Bank Mandiri, BNI, BRI dan BCA.

- 4) SMS *Banking* Bank Mandiri dan BRI.
- 5) Lalu Lintas Giro (LLG)/*Real Time Gross Settlement* (RTGS).
- 6) Mesin *Electronic Data Capture* (EDC) dan ATM Kartu Kasir yang tersedia di Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota.
- 7) *Auto Debit* Rekening Bank Mandiri, BRI, BNI, dan BCA.
- 8) Kartu Kredit BNI dan BCA.
- 9) *Mobile Banking* Bank Mandiri, BRI dan BNI.
- 10) Agen 46 Bank BNI dan Agen BRILink Bank BRI.

b. *Payment Point Online Bank* (PPOB)

Untuk peserta PPU BU, PBPU, BP dan Penduduk yg didaftarkan oleh Pemerintah Daerah juga dapat melakukan pembayaran iuran JKN melalui *channel* PPOB, baik pada agen tradisional maupun agen modern, serta Bank Swasta dengan 4 Bank BUMN sebagai *aggregator*. Sebagai gambaran, berikut jumlah transaksi pembayaran iuran terbanyak melalui mitra PPOB sampai dengan 31 Desember 2018:

Tabel 3.6
Transaksi Pembayaran Iuran Melalui PPOB s.d. 31 Desember 2018

No	Mitra PPOB	Jumlah Transaksi
1	2	3
1	Indomart	38.328.740
2	PT Alfamart	26.602.272
3	PT Pos Indonesia	10.834.356
4	Tokopedia	2.817.495
5	IDS	2.755.699
6	Arindo	2.446.014
7	PT Raharja Sinergi Komunikasi	1.593.215
8	VSI	1.472.021
9	MBA	1.458.775
10	BCA	1.304.604
11	PT Rura Energi	1.059.477
12	Pegadaian	997.755
13	BUEP	963.371
14	Bakoel	794.315
15	PT OCBC NISP	663.330
16	Teleanjar	658.112
17	Duta Pulsa	450.833
18	Tektaya	425.848
19	PT Multi Sarana Fasiondo	425.195
20	BPRKS	425.009

No	Mitra PPOB	Jumlah Transaksi
1	2	3
21	Axes Network	302.633
22	Kopnus	220.237
23	Jawara Multi Pembayaran	184.984
24	Garena	174.180
25	Indopratama Net	147.809
26	Venus	145.562
27	PT Lion Superindo	100.188
28	Delima Point	97.333
29	BNI Syariah	72.590
30	Mobeli	71.783
31	Muamalat	70.626
32	PT Artaguna Berkah Karya	63.137
33	PT Mandala Maya Mitra Sejahtera	54.443
34	BTPN	49.376
35	HDI	49.305
36	Permata	41.479
37	Eratel	40.946
38	PT Smart Technologies/Circle K	38.424
39	Sinarmas	28.753
40	Global Cipta	28.556

- c. Berbasis *Financial Technology (Fintech)*
Sampai dengan 31 Desember 2018, BPJS Kesehatan juga menjalin kerja sama penerimaan iuran JKN-KIS dengan mitra berbasis *Fintech* yaitu OY!, OVO, Tokopedia, Go Pay, Traveloka, Bukalapak dan JD.ID.
- d. Kader JKN-KIS
Sejak tahun 2017, BPJS Kesehatan telah mengimplementasikan Kader JKN-KIS, yaitu orang yang memiliki kapasitas sesuai dengan kriteria dan direkrut sebagai mitra oleh BPJS Kesehatan untuk melaksanakan beberapa fungsi, yaitu melakukan sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat mengenai pentingnya menjadi peserta JKN-KIS, mengedukasi untuk membayar iuran secara rutin dan tepat waktu, membantu melakukan pendaftaran menjadi peserta JKN-KIS serta pemberi informasi dan menerima keluhan peserta.

Sampai dengan 31 Desember 2018, telah terdaftar 3.930 orang Kader JKN-KIS seluruh Indonesia, yang terdiri dari 1.882 orang (48%) laki-laki dan 2.048 orang (52%) perempuan. Dari jumlah tersebut, sebanyak 2.899 orang (74%) sekaligus telah menjadi agen PPOB.

Selama tahun 2018, Kader JKN-KIS telah melakukan kunjungan edukasi membayar iuran kepada 1.126.105 keluarga. Dari hasil kunjungan edukasi tersebut, sebanyak 155.242 keluarga telah membayar tunggakan iuran dengan total tunggakan terkumpul sebesar Rp120,740 miliar. Sedangkan untuk aktivitas kepesertaan, selama tahun 2018 Kader JKN-KIS telah membantu 36.567 keluarga untuk menjadi peserta PBOB.

Sampai dengan 31 Desember 2018, jumlah *channel* pembayaran yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan menerima pembayaran iuran JKN-KIS yang meliputi jaringan perbankan (*teller* dan ATM), PBOB, Kader JKN-KIS, media *e-commerce* dan *virtual money* mencapai ±686.735 titik pembayaran.

Verifikasi dan Rekonsiliasi

Dalam upaya meningkatkan akuntabilitas data akurasi data iuran, telah dilakukan beberapa kegiatan rekonsiliasi dan upaya perbaikan data iuran yang sampai dengan 31 Desember 2018 diuraikan sebagai berikut:

1. Rekonsiliasi Rutin
 - a. Rekonsiliasi iuran dari pemberi kerja Pemerintah Pusat (DIPA) untuk peserta PNS Pusat, Pejabat Negara, TNI/Polri/PPNPN Pusat, Pensiunan PNS/TNI/Polri, Veteran dan Perintis Kemerdekaan Triwulan IV Tahun 2017 (Rekon Rampung), Triwulan I Tahun 2018 dan Triwulan II Tahun 2018 dengan Kementerian Keuangan.
 - b. Rekonsiliasi iuran dana Perhitungan Fihak Ketiga (PFK) untuk PNS Pusat, Pejabat Negara, PPNPN Pusat, dan PNS Daerah, Anggota DPRD, PPNPN Daerah dan Iuran Wajib Pemda Provinsi dan Kabupaten/Kota Triwulan IV Tahun 2017 (Rekon Rampung).
 - c. Rekonsiliasi iuran peserta Penerima Pensiun TNI/Polri Triwulan IV Tahun 2017, Triwulan I Tahun 2018, Triwulan II Tahun 2018 dan Triwulan III Tahun 2018 dengan PT Asabri (Persero) dan Kementerian keuangan RI.
 - d. Rekonsiliasi iuran peserta Penerima Pensiun PNS Triwulan IV Tahun 2017, Triwulan I Tahun 2018, Triwulan II Tahun 2018 dan Triwulan III Tahun 2018 dengan PT Taspen (Persero) dan Kementerian Keuangan RI.
 - e. Rekonsiliasi data peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Triwulan I Tahun 2018, Triwulan II Tahun 2018 dan Triwulan III Tahun 2018 dengan Kementerian Kesehatan selaku KPA.
2. Rekonsiliasi Tunggakan Iuran Pemerintah Daerah
Rekonsiliasi dengan Pemerintah Daerah atas tunggakan Pemerintah Daerah sebagai pemberi kerja PNS Daerah diselenggarakan dalam rangka menindaklanjuti Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 183/PMK.07/2017 tentang Tata Cara Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah Melalui Pemotongan Dana Alokasi Umum dan/atau Dana Bagi Hasil.

Hingga 31 Desember 2018, dari 242 Pemerintah Daerah yang memiliki potensi tunggakan, 160 Pemerintah Daerah diantaranya sudah rekonsiliasi dan menyepakati besaran tunggakan, dan 61 Pemerintah Daerah diantaranya menyepakati penyelesaian tunggakannya melalui pemotongan DAU dan/atau DBH.

Selanjutnya berdasarkan kesepakatan besaran dan penyelesaian tunggakan melalui pemotongan DAU dan/atau DBH dengan Pemerintah Daerah tersebut, BPJS Kesehatan menyampaikan usulan pemotongan DAU dan/atau DBH ke Kementerian Keuangan yang telah dilakukan dalam 4 tahap, yaitu:

- a. Tahap I tanggal 14 Februari 2018 sebesar Rp321,70 miliar atas 7 Pemerintah Daerah, yaitu Kab. Bireuen, Kab. Aceh Utara, Kab. Pidie Jaya, Kab. Simalungun, Kab. Majalengka, Kab. Sumedang dan Kab. Bangkalan.
- b. Tahap II tanggal 27 Februari 2018 sebesar Rp174,62 miliar atas 9 Pemerintah Daerah, yaitu Kab. Kuningan, Kab. Ciamis, Kab. Aceh Selatan, Kab. Nagan Raya, Kab. Nias Utara, Kab. Aceh Singkil, Kab. Alor, Kab. Bima dan Kab. Ponorogo.
- c. Tahap III tanggal 8 Mei 2018 sebesar Rp46,36 miliar atas 12 Pemerintah Daerah, yaitu Prov. Babel, Kab. Pandeglang, Kota Cilegon, Kab. Lombok Timur, Kab. Maros, Kab. Dompu, Kab. Kudus, Kab. Nias Selatan, Kab. Nias Barat, Kab. Aceh Timur, Kab. Nias dan Kab. Tapanuli Selatan.
- d. Tahap IV tanggal 5 Juni 2018 sebesar Rp35,77 miliar atas 16 Pemerintah Daerah, yaitu Kota Padang Sidempuan, Kab. Padang Lawas Utara, Kab. Pidie, Kab. Kapuas, Kab. Paser, Kab. Siak, Kab. Manokwari, Kab. Mimika, Kab. Boven Digul, Kab. Subang, Kab. Blora, Kota Kupang, Kab. Jepara, Provinsi Bengkulu, Kab. Mukomuko dan Kab. Bengkulu Tengah.

Berdasarkan usulan dari BPJS Kesehatan tersebut, mengacu pada mekanisme yang diatur dalam PMK tersebut di atas, Kementerian Keuangan

telah menetapkan pemotongan DAU dengan penjelasan sebagai berikut:

- a. Keputusan pemotongan DAU Tahap I sebesar Rp206,88 miliar sebagaimana Keputusan Menteri Keuangan Nomor 7/KM.7/2018 tanggal 28 Februari 2018 tentang Pemotongan DAU untuk Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah Tahun 2018. Penetapan tersebut lebih rendah Rp114,82 miliar dari usulan, dikarenakan adanya kekurangan dokumen atas tunggakan Kab. Majalengka sebesar Rp112,43 miliar yang kemudian telah dilengkapi dan penetapannya masuk ke Tahap II, bagian tunggakan Kab. Aceh Utara sebesar Rp2,21 miliar bersumber dari tahun 2017 sehingga belum dapat dipotong melalui DAU tahun 2018 serta tunggakan Kab. Pidie Jaya sebesar Rp188,73 juta telah dilunasi sebelum penetapan.
- b. Keputusan pemotongan DAU Tahap II sebesar Rp256,43 miliar sebagaimana Keputusan Menteri Keuangan Nomor 10/KM.7/2018 tanggal 23 Maret 2018 tentang Pemotongan DAU untuk Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah. Penetapan tersebut lebih besar Rp81,81 miliar dari usulan, dikarenakan adanya tambahan pemotongan atas Kab. Majalengka sebesar Rp112,43 miliar serta adanya pengurangan pemotongan yang disebabkan karena kekurangan dokumen atas tunggakan Kab. Ciamis sebesar Rp16,08 miliar, Kab. Bima sebesar Rp9,53 miliar dan Kab. Ponorogo sebesar Rp5 miliar yang akan masuk ke pemotongan tahap III.
- c. Selanjutnya berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan Nomor 16/KM.7/2018 tanggal 18 April 2018 tentang Pemotongan DAU untuk Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah, Kementerian Keuangan melakukan revisi besaran potongan bulanan DAU yaitu dari total Rp472,85 miliar (termasuk persetujuan atas sebagian tunggakan Kab. Bima sebesar Rp4,53 miliar

dan Kab. Ponorogo sebesar Rp5 miliar) yang sebelumnya efektif direalisasikan mulai Maret 2018 s.d. Maret 2019 menjadi Maret 2018 s.d. Oktober 2019.

- d. Keputusan Pemotongan DAU Tahap III dan IV sebesar Rp54,51 miliar sebagaimana Keputusan Menteri Keuangan Nomor 18 /KM.7/2018 tanggal 6 Juli 2018 tentang Pemotongan Dana Alokasi Umum Untuk Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah.

3. Rekonsiliasi Iuran PPU BU

Dalam upaya meningkatkan akurasi dan akuntabilitas penerimaan iuran dari peserta PPU BU, BPJS Kesehatan telah mengimplementasikan Sistem Pembayaran Tertutup (*Close Payment System*) Badan Usaha mulai 1 Februari 2018. Berdasarkan sistem ini, Badan Usaha diwajibkan untuk membayar iuran sesuai dengan jumlah tagihan. Oleh karena itu apabila BU memiliki data perhitungan iuran yang tidak sesuai dengan tagihan, maka dapat menyampaikan permohonan rekonsiliasi data kepesertaan dan iuran sebelum melakukan pembayaran iuran.

Penagihan

Kegiatan penagihan yang dilakukan sampai dengan 31 Desember 2018 yaitu:

1. Iuran PBI JK

Sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran, penagihan iuran PBI JK dilakukan BPJS Kesehatan kepada Kementerian Kesehatan c.q. Kepala Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan (PPJK) selaku Kuasa Pengguna Anggaran DIPA PBI.

BPJS Kesehatan telah melakukan penagihan iuran PBI JK bulan Januari s.d. Desember 2018 (12 bulan) kepada Kementerian Kesehatan dan seluruhnya telah diterima pada bulan Juli 2018.

2. Iuran Non PBI

a. Iuran Kewajiban Pemerintah Pusat

Penagihan iuran Pemerintah Pusat sebagai Pemberi Kerja PNS, TNI/Polri, Pejabat Negara

dan PPNPN Pusat serta Veteran dan Perintis Kemerdekaan dilakukan BPJS Kesehatan kepada Kementerian Keuangan. Dalam pelaksanaan pencairannya, penagihan ke Kementerian Keuangan juga termasuk iuran yang telah disetorkan Pemerintah Daerah melalui Kas Negara.

Hingga 31 Desember 2018 telah dilakukan penagihan iuran melalui mekanisme PFK tahap I dan II serta DIPA bulan Januari s.d. Desember 2018.

b. Iuran Kewajiban Pemerintah Daerah

- 1) Penagihan iuran yang menjadi kewajiban Pemerintah Daerah selaku pemberi kerja PNS Daerah dan PPNPN Daerah dilakukan BPJS Kesehatan setiap bulan kepada masing-masing Pemerintah Daerah. Sebagai dasar *monitoring* pembayaran iuran wajib Pemerintah Daerah yang disetor ke Kas Negara, BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan KPPN setempat yang hasilnya menjadi bahan rekonsiliasi triwulanan atas data pembayaran PFK yang diterima dari Kementerian Keuangan.
- 2) Penagihan iuran kewajiban Pemerintah Daerah atas pengelolaan Jamkesda/ PBI APBD dilakukan BPJS Kesehatan kepada masing-masing Pemerintah Daerah setelah melakukan rekonsiliasi sesuai dengan kesepakatan yang diatur dalam Perjanjian Kerja Sama.

c. Peserta PPU BU

Hingga 31 Desember 2018 telah dilakukan penagihan iuran bulan Januari s.d. 31 Desember 2018 melalui:

- 1) Penyampaian tagihan (*Billing Statement*) melalui *e-mail blast* setiap awal bulan secara otomatis dan terpusat.
- 2) Pengiriman pengingat pembayaran iuran melalui SMS kepada *contact person* BU.
- 3) Penagihan melalui telepon (*telecollecting*) oleh Staf Penagihan Kantor Cabang kepada *Person In Charge* (PIC) BU.

- 4) Pengiriman pengingat pembayaran iuran melalui surat.
 - 5) Penagihan melalui kunjungan langsung oleh Staf Penagihan Kantor Cabang kepada BU dengan tunggakan $\geq$ Rp100 Juta.
- d. Peserta PBPU
- Hingga 31 Desember 2018 telah dilakukan penagihan iuran bulan Januari s.d. 31 Desember 2018 melalui:
- 1) Penyampaian tagihan iuran melalui surat tagihan.
 - 2) *Reminder* dan penyampaian tagihan iuran melalui pesan singkat secara massal *SMS Blast*.
 - 3) Penyampaian tagihan melalui email.
 - 4) Penagihan melalui telepon (*telecollecting*) baik yang dilakukan oleh Staf Penagihan Kantor Cabang, maupun pihak eksternal yang ahli di bidang telekolekting, yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
 - 5) Penagihan melalui kunjungan langsung oleh 3.930 Kader JKN-KIS khususnya kepada peserta PBPU menunggu lebih dari 3 bulan.
 - 6) Penagihan iuran melalui agen institusi, seperti BNI 46, yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
 - 7) Penagihan iuran langsung dengan membuka *counter* di pusat keramaian dan pada waktu-waktu tertentu.
2. Menyebarkan *leaflet* tentang informasi besaran iuran, waktu pembayaran iuran, dan sanksi atas keterlambatan pembayaran iuran.
 3. Membuka *counter* edukasi dan penerimaan pembayaran iuran di pusat keramaian pada waktu-waktu tertentu.
 4. Bekerja sama dengan mitra untuk menyelenggarakan *reward program*.
 5. Sosialisasi *awareness* pembayaran iuran melalui program distribusi “Kaos Pengingat Pembayaran iuran” kepada masyarakat.

PEMBAYARAN MANFAAT PROGRAM

Manfaat berupa pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah meliputi manfaat pelayanan primer dan manfaat pelayanan rujukan. Selain penerapan sistem rujukan berjenjang, penguatan fungsi dan optimalisasi pelayanan primer merupakan kunci dari kesuksesan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Kegiatan yang dilaksanakan terkait dengan pembayaran manfaat program, sebagai berikut:

Manajemen Fasilitas Kesehatan

1. Manajemen Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
 - a. Perencanaan Faskes Tingkat Pertama
 - 1) *Mapping* Faskes
Proses *mapping* faskes tingkat pertama dengan melihat kebutuhan faskes, jumlah peserta terdaftar dan rasio peserta terhadap jumlah faskes tingkat pertama yang bekerja sama. Sampai dengan 31 Desember 2018, jumlah faskes tingkat pertama yang bekerja sama sebanyak 23.298 FKTP, dengan rincian sebagai berikut:

Selain upaya penagihan tersebut, BPJS Kesehatan juga melakukan edukasi kepada peserta khususnya segmen PPU BU dan PBPU agar rutin membayar iuran sebelum tanggal 10 setiap bulan melalui:

1. Sosialisasi peningkatan kesadaran membayar iuran melalui media elektronik, luar ruang, cetak, radio dan digital.

Tabel 3.7
Jumlah Faskes Tingkat Pertama yang Bekerja Sama per Kedeputan Wilayah
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Jumlah FKTP yang Bekerja Sama		FKTP Gigi yang Bekerja Sama	Total FKTP yang Bekerja Sama
		FKTP	Dokter Umum		
1	2	3	4	5	6=3+5
1	Sumut dan DI Aceh	1.879	4.221	17	1.896
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	1.666	3.651	80	1.746
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	1.244	1.924	58	1.302
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	1.864	6.136	18	1.882
5	Jabar	2.181	4.231	59	2.240
6	Jateng dan DI Yogyakarta	3.076	6.169	346	3.422
7	Jatim	2.508	4.998	223	2.731
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	1.403	2.411	96	1.499
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	1.696	2.423	109	1.805
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	1.050	1.631	52	1.102
11	Bali, NTT dan NTB	1.462	2.324	130	1.592
12	Papua dan Papua Barat	741	607	16	757
13	Banten, Kalbar dan Lampung	1.302	2.463	22	1.324
Total		22.072	43.189	1.226	23.298

2) *Profiling Faskes*

Profiling faskes telah dilakukan pada masing-masing Kantor Cabang BPJS Kesehatan dalam rangka analisa kebutuhan faskes sebagai dasar proses kredensialing dan rekredensialing FKTP. Sampai dengan 31 Desember 2018, telah dilakukan kredensialing terhadap 2.024 FKTP dan rekredensialing terhadap 10.290 FKTP. Perkembangan hasil kredensialing dan rekredensialing per Kedeputan Wilayah untuk FKTP, yaitu:

Tabel 3.8
Hasil Kredensialing dan Rekredensialing FKTP per Kedeputan Wilayah
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Realisasi Kegiatan													
		Kredensialing						Rekredensialing							
		DPP	Drg	PKM	Faskes TNI/Polri	Klinik	RS Type D Pratama	Total	DPP	Drg	PKM	Faskes TNI/Polri	Klinik	RS Type D Pratama	Total
1	2	3	4	5	6	7	8	9=3+...+8	10	11	12	13	14	15	16=10+...+15
1	Sumut dan DI Aceh	53	2	4	-	76	-	135	107	12	679	59	391	-	1.248
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	40	6	6	-	58	-	110	114	28	239	29	186	-	596
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	66	1	6	-	33	2	108	63	11	145	2	68	-	289
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	62	1	11	4	323	-	401	28	1	201	13	782	-	1.025
5	Jabar	92	1	5	-	121	-	219	89	11	159	8	162	-	429
6	Jateng dan DI Yogyakarta	112	13	10	-	113	-	248	584	183	465	35	381	-	1.648
7	Jatim	96	19	1	-	83	-	199	374	71	586	33	351	-	1.415
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	56	5	9	-	45	-	115	287	55	485	46	175	-	1.048
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	52	6	12	-	27	1	98	111	21	546	40	42	2	762
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	49	12	15	-	26	-	102	153	33	308	27	90	1	612
11	Bali, NTT dan NTB	103	11	6	-	22	-	142	76	3	123	-	47	-	249
12	Papua dan Papua Barat	12	3	10	-	8	2	35	42	5	180	28	23	-	278
13	Banten, Kalbar dan Lampung	40	-	9	-	63	-	112	53	4	359	17	258	-	691
Total		833	80	104	4	998	5	2.024	2.081	438	4.475	337	2.956	3	10.290

b. Manajemen Kemitraan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

1) Pelaksanaan *Walk Through Audit* (WTA) Pelayanan Primer

WTA Pelayanan Primer merupakan rangkaian kegiatan kunjungan dalam rangka melakukan *Walk Through Audit* (WTA) kepada peserta atas pelayanan yang diterimanya di FKTP tempat peserta terdaftar (melalui aplikasi) serta melakukan pertemuan dalam rangka memberikan umpan balik hasil WTA kepada FKTP. Tujuan program tersebut adalah untuk mengetahui pengalaman peserta selama menerima pelayanan kesehatan di FKTP untuk memperoleh *area of improvement* FKTP guna meningkatkan pelayanannya.

Pelaksanaan WTA tahun 2018, telah dikembangkan melalui aplikasi. Peserta dapat langsung mengisi formulir KESSAN secara otomatis pada aplikasi *mobile* JKN setelah peserta mendapatkan pelayanan di FKTP tempat peserta terdaftar. Selain itu, Kantor Cabang dapat menginput hasil isian WTA manual pada aplikasi KESSAN berbasis *website* (*user* Kantor Cabang) bagi peserta yang belum melakukan *install mobile* JKN. Diharapkan melalui pengisian WTA berbasis aplikasi dapat meningkatkan validitas data luaran WTA (yang diisi langsung oleh peserta) sehingga diperoleh luaran *area of improvement* pada setiap FKTP guna meningkatkan pelayanan kesehatan kepada peserta.

Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan WTA pelayanan primer telah dilaksanakan sebanyak 499 kali, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.9
Pelaksanaan WTA Pelayanan Primer
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedepatian Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	52	52	100,00
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	44	43	97,73
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	24	23	95,83
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	48	46	95,83
5	Jabar	36	37	102,78
6	Jateng dan DI Yogyakarta	52	52	100,00
7	Jatim	52	51	98,08
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	32	32	100,00
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	44	43	97,73
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	24	24	100,00
11	Bali, NTT dan NTB	44	44	100,00
12	Papua dan Papua Barat	24	24	100,00
13	Banten, Kalbar dan Lampung	28	28	100,00
Total		504	499	99,01

Topik pembahasan dalam kegiatan pertemuan WTA pelayanan primer antara lain:

- Umpan balik pelaksanaan WTA kepada FKTP disertai dengan penyampaian *Area of Improvement* (AoI) yang harus ditingkatkan oleh FKTP.
- Evaluasi kendala dan hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan WTA.
- Mendorong komitmen FKTP untuk mensosialisasikan kepada peserta untuk mengisi WTA setelah mendapatkan pelayanan.

- Upaya meningkatkan *awareness* peserta dalam mengisi WTA sehingga diperoleh hasil yang akurat dan menjadi perbaikan bagi FKTP.

- Pertemuan Koordinasi Pelayanan Primer
Pertemuan koordinasi pelayanan primer dilakukan bersama dengan *stakeholder* terkait guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan baik langsung maupun tidak langsung, seperti *monitoring* dan evaluasi *Utilization Review* (UR), pembahasan seleksi Faskes, atau koordinasi untuk pemantapan pelayanan FKTP. Kegiatan koordinasi diantaranya dilakukan dengan Dinas Kesehatan/ Pemerintah Daerah dan juga dengan FKTP.

Sampai dengan 31 Desember 2018, telah dilaksanakan sebanyak 324 kali pertemuan koordinasi pelayanan primer dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.10
Pertemuan Koordinasi Pelayanan Primer
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedepatian Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	30	31	103,33
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	30	30	100,00
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	18	18	100,00
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	26	28	107,69
5	Jabar	20	19	95,00
6	Jateng dan DI Yogyakarta	30	30	100,00
7	Jatim	28	29	103,57
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	24	24	100,00
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	30	30	100,00
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	20	20	100,00
11	Bali, NTT dan NTB	28	28	100,00
12	Papua dan Papua Barat	16	17	106,25
13	Banten, Kalbar dan Lampung	20	20	100,00
Total		320	324	101,25

Topik pembahasan dalam kegiatan pertemuan koordinasi pelayanan primer antara lain:

- a) *Monitoring* dan evaluasi UR.
- b) Pembahasan seleksi FKTP di tingkat Kantor Cabang.
- c) Koordinasi untuk pemantapan pelayanan (pemenuhan kebutuhan FKTP, komitmen FKTP dalam penyediaan kebutuhan SDM/tenaga kesehatan, dan sarana prasarana).

2. Manajemen Fasilitas Kesehatan Rujukan
 - a. Perencanaan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)
 - 1) Proses Pemetaan Fasilitas Kesehatan Pemetaan faskes rujukan tingkat lanjutan bertujuan untuk mendapatkan gambaran ketersediaan dan sebaran

fasilitas kesehatan pada setiap Kabupaten/Kota. Proses ini sejalan dengan perhitungan kebutuhan fasilitas kesehatan pada setiap daerah sesuai dengan pertumbuhan peserta.

Data FKRTL terus diperbaharui dengan melakukan validasi hasil pemetaan FKRTL melalui pengecekan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan referensi PPK *online* yang selanjutnya memastikan FKRTL tersebut aktif pada *database* pelayanan BPJS Kesehatan. Sedangkan bagi FKRTL yang tidak bekerja sama lagi maka FKRTL tersebut dinonaktifkan. Proses ini dilakukan rutin melalui koordinasi Kedeputan Wilayah dengan Kantor Pusat.

Tabel 3.11
Jumlah FKRTL dan Fasilitas Kesehatan Penunjang yang Bekerja Sama per Kedeputan Wilayah Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Jumlah FKRTL yang Bekerja Sama		Total FKRTL yang Bekerja Sama	Jumlah Faskes Penunjang		Total Faskes Penunjang
		Rumah Sakit	Klinik Utama		Apotek	Optik	
1	2	3	4	5=3+4	6	7	8=6+7
1	Sumut dan DI Aceh	199	13	212	197	78	275
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	174	18	192	258	126	384
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	100	9	109	130	54	184
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	334	38	372	391	84	475
5	Jabar	167	31	198	193	67	260
6	Jateng dan DI Yogyakarta	307	34	341	473	179	652
7	Jatim	299	25	324	507	197	704
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng dan Kaltara	107	12	119	203	48	251
9	Sulses, Sulbar, Sultra, dan Maluku	144	23	167	158	60	218
10	Sulut, sulteng, Gorontalo dan Maluku	99	9	108	89	45	134
11	Bali, NTT dan NTB	125	9	134	118	64	182
12	Papua dan Papua Barat	43	-	43	33	17	50
13	Banten, Kalbar dan Lampung	122	14	136	153	42	195
Total		2.220	235	2.455	2.903	1.061	3.964

2) *Profiling Faskes*

Profiling Faskes bertujuan untuk mendapatkan informasi profil dan kapasitas pelayanan dari masing-masing faskes rujukan tingkat lanjutan. Data *profiling* digunakan sebagai dasar perhitungan kapasitas FKRTL dalam melayani peserta dan sumber data perhitungan kebutuhan fasilitas kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Selain itu data *profiling* sangat bermanfaat dalam menata sistem rujukan berjenjang berbasis kompetensi. Sistem ini memberikan kemudahan bagi peserta untuk mendapatkan pilihan fasilitas kesehatan rujukan sesuai dengan kebutuhan, di sisi lain sistem ini mendukung efisiensi dalam pembiayaan yang tidak diperlukan. Informasi ketersediaan FKRTL yang bekerja sama dapat diakses secara mandiri melalui *website* BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil rekapitulasi sampai dengan 31 Desember 2018, jumlah tempat tidur rawat inap dari seluruh rumah sakit yang bekerja sama adalah 211.627 tempat tidur meliputi 41.715 tempat tidur untuk Kelas I, 55.289 tempat tidur untuk Kelas II dan 114.623 tempat tidur untuk Kelas III.

3) *Analisa Kebutuhan FKRTL*

Rasio peserta terhadap FKRTL merupakan aspek penting sebagai pertimbangan penambahan FKRTL. Penambahan kebutuhan FKRTL ditentukan oleh penambahan jumlah peserta. Referensi yang dapat digunakan dalam perhitungan kebutuhan FKRTL adalah berdasarkan *National Health Service* (NHS) bahwa rasio kecukupan FKRTL adalah 1:50.000 sampai dengan 500.000 penduduk, untuk peserta BPJS Kesehatan digunakan angka standar rasio kecukupan FKRTL yaitu 1:100.000. Perhitungan rasio peserta terhadap FKRTL dan rasio sebaran FKRTL dilakukan di masing-masing Kantor

Cabang sebagai pertimbangan terhadap pengajuan kerja sama baru dari FKRTL.

Pendekatan rasio peserta terhadap jumlah tempat tidur perawatan digunakan untuk mendapatkan perhitungan yang lebih akurat yaitu lebih mendekati kebutuhan Peserta. Standar yang digunakan adalah sesuai WHO dan Kemenkes RI yaitu 1:1.000. Pada tingkat Kantor Cabang, untuk menghasilkan analisa kebutuhan yang lebih rinci, perhitungan kebutuhan FKRTL dilakukan per kelas rawat dengan mempertimbangkan *variabel rate experience* rawat inap, jumlah kasus rawat inap dan *Bed Occupancy Ratio* (BOR), kemudian dibandingkan dengan jumlah tempat tidur perawatan yang tersedia per kelas rawat.

Upaya-upaya yang dilakukan dalam rangka menambah FKRTL adalah sebagai berikut:

- a) Melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah di tingkat Kedeputan Wilayah/Kantor Cabang dan dengan Pemerintah Pusat (Kementerian Kesehatan) di tingkat pusat untuk pemenuhan FKRTL di daerah yang kekurangan FKRTL termasuk ketersediaan tenaga dokter spesialis/sub spesialis, kebutuhan terhadap penyediaan pelayanan pemeriksaan penunjang dan fasilitas lainnya juga menjadi hal yang selalu disampaikan kepada Pemerintah Daerah untuk dipenuhi, terutama pada daerah terbatas FKRTL.
- b) Melakukan koordinasi dengan Asosiasi FKRTL (PERSI).
- c) Mengimplementasikan ketentuan masa transisi untuk persyaratan sertifikat akreditasi dalam waktu 5 tahun sejak tanggal 1 Januari 2016 sesuai ketentuan di Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015

- tentang perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- d) Menambah FKRTL dengan jumlah tempat tidur perawatan kelas I, II dan III yang lebih banyak dibandingkan kelas rawat VIP/VVIP.
- 4) Kesepakatan Tarif dengan Asosiasi Faskes Sesuai Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 pada pasal 24 ayat 1 bahwa besarnya pembayaran kepada faskes untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan Asosiasi Faskes di wilayah tersebut. Asosiasi Faskes yang akan melakukan negosiasi dengan BPJS Kesehatan dalam rangka Sistem JKN adalah Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI) dibawah koordinasi PERSI.

Hasil kegiatan tersebut berupa kesepakatan regionalisasi tarif tingkat provinsi yang telah dilaksanakan sebanyak 34 provinsi yang diatur berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua atas Permenkes Nomor 52 Tahun 2016.

- 5) Seleksi Faskes
- Seleksi faskes dilakukan untuk mendapatkan faskes yang berkualitas dan memiliki komitmen tinggi dalam rangka memberikan pelayanan yang berkualitas kepada peserta yang terdiri dari kredensialing dan rekredensialing. Kredensialing adalah proses seleksi/ penilaian awal melalui penilaian terhadap pemenuhan beberapa persyaratan bagi faskes yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Sedangkan rekredensialing adalah proses seleksi/penilaian ulang terhadap pemenuhan persyaratan dan kinerja pelayanan bagi faskes yang telah dan akan melanjutkan kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Sasaran kredensialing/ rekredensialing adalah seluruh faskes yang akan dan masih bekerja sama. Kredensialing dan rekredensialing dilaksanakan di seluruh Kantor Cabang BPJS Kesehatan oleh Tim Seleksi FKRTL. Untuk memastikan obyektivitas dalam melaksanakan proses seleksi maka BPJS Kesehatan melibatkan Dinas Kesehatan untuk melakukan seleksi dan memberikan rekomendasi kerja sama dengan FKRTL.

Sampai dengan 31 Desember 2018, realisasi kegiatan kredensialing dan rekredensialing sebagai berikut:

Tabel 3.12
Kegiatan Kredensialing dan Rekredensialing FKRTL
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Faskes	Realisasi	
		Kredensialing	Rekredensialing
1	2	3	4
1	RS Pemerintah	75	702
2	RS BUMN	12	24
3	RS Swasta	223	1.233
4	RS Milik TNI	8	90
5	RS Milik POLRI	11	37
6	Klinik Utama	61	187
Jumlah		390	2.273

- 6) Kontrak Faskes
- Fasilitas Kesehatan yang ingin memberi pelayanan bagi peserta harus terikat dalam kontrak perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan, sesuai yang diamanatkan dalam pasal 67 ayat (4) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan bahwa kerja sama dengan fasilitas kesehatan dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis. Di dalam Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN juncto Permenkes Nomor 99 Tahun 2015 bahwa kerja sama fasilitas

- kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan melalui perjanjian kerja sama.
- b. Manajemen Kemitraan Faskes Rujukan
- 1) Peningkatan Pemahaman Manajemen Fasilitas Kesehatan
- Informasi mengenai kebijakan dan prosedur pelayanan peserta BPJS Kesehatan harus dipahami dengan baik oleh faskes, yang dilakukan melalui program Peningkatan Pemahaman Manajemen Fasilitas Kesehatan baik di Tingkat Pusat, Kedeputan Wilayah dan Kantor Cabang. Kegiatan dilaksanakan melalui kunjungan langsung kepada FKRTL. Pada tingkat Kantor Cabang, sasaran program tersebut adalah seluruh FKRTL yang ada di wilayahnya. Melalui program ini Kantor Cabang melakukan sosialisasi mengenai kebijakan dan prosedur pelayanan kesehatan kepada Faskes.

Sampai dengan 31 Desember 2018, telah dilaksanakan sebanyak 2.262 kali program peningkatan pemahaman manajemen fasilitas kesehatan dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.13
Program Peningkatan Pemahaman Manajemen Faskes
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	202	203	100,50
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	179	174	97,21
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	100	97	97,00
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	331	315	95,17
5	Jabar	181	179	98,90
6	Jateng dan DI Yogyakarta	337	331	98,22
7	Jatim	288	270	93,75
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	120	120	100,00
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	152	153	100,66
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	98	100	102,04
11	Bali, NTT dan NTB	150	149	99,33
12	Papua dan Papua Barat	50	50	100,00
13	Banten, Kalbar dan Lampung	120	121	100,83
Total		2.308	2.262	98,01

Program peningkatan pemahaman manajemen fasilitas kesehatan dilakukan dalam rangka:

- a) Penegasan isi klausul PKS dan komitmen FKRTL di dalam pelaksanaan kerja sama tahun 2018.
- b) Penguatan pemahaman FKRTL terhadap alur verifikasi digital klaim.
- c) Sosialisasi Aplikasi *V-claim*.
- d) Sosialisasi *Supply Chain Finance* (SCF) kepada FKRTL.
- e) Penguatan pemahaman pelayanan rujuk balik.
- f) Pemantapan pemahaman tentang penerapan antrian elektronik *online* dan *display* tempat tidur serta ketersediaan ruang penanganan informasi dan pengaduan peserta.
- g) Optimalisasi pemahaman pelayanan rujuk balik bagi peserta JKN.
- h) Pemahaman tentang addendum PKS Tahun 2018.
- i) Pemahaman manajemen fasilitas kesehatan terhadap pelayanan rujukan berjenjang berbasis sistem informasi (rujukan *online*) bagi peserta JKN-KIS.
- j) Pemahaman klausul kontrak kerja sama tahun 2019.

Program peningkatan pemahaman manajemen fasilitas kesehatan pada tingkat pusat dilaksanakan melalui sosialisasi kepada faskes, peserta dan *stakeholder* lainnya tentang penyelenggaraan JKN juga dilakukan melalui berbagai kegiatan seperti menjadi narasumber sosialisasi, *workshop*, pertemuan koordinasi, kunjungan lapangan dan lainnya. Kegiatan yang telah dilaksanakan sampai dengan 31 Desember 2018 sebanyak 60 kali, antara lain sebagai berikut:

- a) Pembicara Simposium dalam rangka HUT ke 61 RSUP Dr Moh. Hoesin

- Palembang dengan tema *“Role of Hospital Management for National Referral Health Services Optimatization”* di Palembang pada bulan Januari 2018.
- b) Narasumber dalam seminar Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) dengan tema *Fraud* di Era JKN di Jakarta pada bulan Februari 2018.
 - c) Narasumber Penyusunan Pedoman Praktek Klinik dengan judul *“Upaya menjaga efektifitas dan efisiensi kendali mutu dan kendali biaya dalam manajemen kesehatan di Era JKN”* di Surabaya pada bulan Maret 2018.
 - d) Narasumber dalam acara Simposium Nasional I Transplantasi Hati yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan di Jakarta pada bulan April 2018.
 - e) Narasumber Pertemuan Ilmiah Tahunan Obstetri dan Ginekologi Sosial dengan tema Upaya BPJS dalam mengakomodasi Maternal Pembiayaan yang terkait dengan INA CBG di Balikpapan pada bulan Mei 2018.
 - f) Narasumber dalam kegiatan *Round Table Discussion* (RTD) oleh *Indonesian Hemophilia Society* dengan tema deteksi dini dan tata laksana Hemofilia, di Jakarta pada bulan Juli 2018.
 - g) Narasumber kongres nasional Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (Kopapdi) Tahun 2018, di Solo pada bulan Juli 2018.
 - h) Narasumber *Indonesian Public Health Forum* yang diselenggarakan oleh Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) di Jakarta pada bulan Agustus 2018.
 - i) Narasumber dalam rangka *The 4th International Conference In Nursing (Icon) 2018 Innovation and Future Direction in Chronic Care Nursing: Utilization of Research and Technology in Clinical Practice* yang diselenggarakan oleh Universitas Brawijaya Malang pada bulan September 2018.
 - j) Narasumber dalam Pertemuan Ilmiah Tahunan Perhimpunan Osteoporosis Indonesia (PEROSI) dengan topik *“Health Insurance Role in Prevention of Osteoporosis Impact on Quality of Life”* di Surabaya pada bulan Oktober 2018.
 - k) Narasumber Konferensi Nasional Promosi Kesehatan RS ke IV dengan topik *“Peran Lintas Sektor dalam Implementasi Reorientasi Pelayanan Kesehatan RS: Kebijakan dan Praktik Berbasis Data dan Fakta”* dengan judul pembahasan untuk BPJS *“Promosi Kesehatan RS di Era JKN”* yang diselenggarakan oleh Kemenkes RI di Jakarta pada bulan November 2018.
 - l) Narasumber dalam *workshop* peran perawat mendukung JKN dengan tema *“Pandangan BPJS Kesehatan terhadap Profesional Value Keperawatan”* yang diselenggarakan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada bulan Desember 2018.
- 2) Program Pemantapan Kerjasama dengan FKRTL
 Sasaran program Pemantapan Kerjasama dengan FKRTL adalah seluruh faskes tingkat lanjutan di wilayah kerja Kedeputan Wilayah/Kantor Cabang. Tujuan program ini antara lain agar tercapainya hubungan kemitraan dengan FKRTL sebagai mitra kerja dalam peningkatan pelayanan kepada

peserta dan tercapainya pemahaman yang sama atas program-program yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan.

Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan program pemantapan kerja sama dengan FKRTL sudah dilaksanakan sebanyak 2.388 kali, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.14
Program Pemantapan Kerja Sama dengan FKRTL
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	229	237	103,49
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	196	193	98,47
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	109	110	100,92
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	299	296	99,00
5	Jabar	190	196	103,16
6	Jateng dan DI Yogyakarta	362	363	100,28
7	Jatim	270	284	105,19
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	116	120	103,45
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	158	161	101,90
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	109	111	101,83
11	Bali, NTT dan NTB	131	134	102,29
12	Papua dan Papua Barat	53	54	101,89
13	Banten, Kalbar dan Lampung	130	129	99,23
Total		2.352	2.388	101,53

Topik pembahasan Program Pemantapan Kerjasama dengan FKRTL antara lain:

- Sosialisasi Surat Edaran Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan tentang Pelaksanaan Rujuk Balik.
- Best Practice Sharing* proses verifikasi digital klaim oleh RS yang sudah melaksanakan verifikasi digital klaim.
- Koordinasi hasil rekredensialing FKRTL dalam rangka persiapan pelaksanaan perpanjangan kerja sama.
- Koordinasi penjaminan pelayanan kecelakaan kerja.
- Komitmen peningkatan kualitas pelayanan faskes melalui sistem antrian elektronik.

- Koordinasi kesepakatan ruang perawatan peserta JKN.
- Koordinasi pelaksanaan penjaminan pelayanan penyakit kronis peserta JKN.
- Koordinasi pelayanan rujuk balik berbasis *Medication Therapy Management* di FKRTL.
- Koordinasi persiapan implementasi elektronik klaim.

3) Pertemuan Kemitraan dengan Pemangku Kepentingan

Pertemuan kemitraan dengan faskes, Dinkes dan instansi terkait dilakukan Tingkat Provinsi dan Tingkat Kabupaten/ Kota. Pertemuan forum kemitraan adalah sebagai bentuk koordinasi dengan lintas sektor/organisasi/lembaga terkait. Unsur-unsur yang diikutsertakan di dalam kegiatan tersebut adalah dari unsur Pemerintah maupun instansi terkait yaitu kepala pemerintahan, DPRD, sekretaris daerah, dinas kesehatan, BKD, Kepala Kesehatan Daerah Militer, Kepala Bidang Kedokteran dan Kesehatan POLDA, Direktur RS, PWRI, LVRI, Pepabri dan instansi lain sesuai kebutuhan.

Apabila ada rumah sakit swasta daerah *non provider* yang potensial untuk menjadi faskes BPJS Kesehatan dapat diikutsertakan di dalam kegiatan tersebut karena merupakan kesempatan yang sangat baik untuk mensosialisasikan program JKN dan melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah dalam hal tanggung jawab menjamin ketersediaan faskes termasuk tempat tidur rawat inap serta tenaga medis.

Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan program kemitraan dengan pemangku kepentingan Tingkat Provinsi telah dilaksanakan sebanyak 45 kali kegiatan, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.15
Program Kemitraan dengan Pemangku Kepentingan
Tingkat Provinsi
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	2	3	150,00
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	4	4	100,00
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	3	4	133,33
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	1	1	100,00
5	Jabar	1	1	100,00
6	Jateng dan DI Yogyakarta	2	2	100,00
7	Jatim	1	1	100,00
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	4	6	150,00
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	4	9	225,00
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	4	5	125,00
11	Bali, NTT dan NTB	3	4	133,33
12	Papua dan Papua Barat	2	2	100,00
13	Banten, Kalbar dan Lampung	3	3	100,00
Total		34	45	132,35

Kegiatan program kemitraan dengan pemangku kepentingan Tingkat Kabupaten/Kota telah dilaksanakan sebanyak 893 kali kegiatan, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.16
Program Kemitraan dengan Pemangku Kepentingan
Tingkat Kabupaten/Kota
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	105	105	100,00
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	98	87	88,78
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	68	62	91,18
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	30	28	93,33
5	Jabar	40	17	42,50
6	Jateng dan DI Yogyakarta	80	75	93,75
7	Jatim	76	64	84,21
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	84	81	96,43
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	100	116	116,00
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	88	77	87,50
11	Bali, NTT dan NTB	82	75	91,46
12	Papua dan Papua Barat	57	57	100,00
13	Banten, Kalbar dan Lampung	59	49	83,05
Total		967	893	92,35

Topik pembahasan program kemitraan dengan pemangku kepentingan antara lain:

- a) Koordinasi dengan *stakeholder* terkait persiapan menuju UHC serta dukungan dalam penyediaan pelayanan ambulan.
 - b) Koordinasi pemantapan fasilitas kesehatan di semua faskes serta mendorong percepatan penerbitan surat izin praktik dokter yang telah habis masa berlakunya.
 - c) Koordinasi permasalahan penerbitan NIK bagi orang dengan penyandang psikotik, disabilitas, dan gelandangan.
 - d) Koordinasi peningkatan pelayanan melalui pengelolaan sistem antrian di fasilitas kesehatan.
 - e) Koordinasi dukungan Pemerintah Daerah untuk pemasangan spanduk komitmen tanpa iur biaya di fasilitas kesehatan.
 - f) Koordinasi dukungan Pemerintah Daerah untuk pelayanan rujukan berjenjang berbasis sistem informasi (rujukan *online*) bagi peserta JKN-KIS.
 - g) Koordinasi dukungan Pemerintah Daerah untuk pelaksanaan akreditasi RS di wilayahnya.
- 4) Pengembangan dan Pemantauan Tingkat Kepatuhan Faskes terhadap Kontrak. Mekanisme pelaksanaan program:
- a) Melakukan penegakan kepatuhan faskes terhadap kontrak, fokus pada: pengelolaan sistem antrian yang efektif, *display* ketersediaan tempat tidur perawatan.
 - b) Melakukan *Walk Through Audit* (WTA) peserta yang mendapatkan pelayanan di FKRTL.
 - c) Melakukan umpan balik WTA kepada FKRTL untuk perbaikan pelayanan.

Manajemen Manfaat dan Utilisasi Pelayanan

1. Manajemen Manfaat dan Utilisasi Pelayanan Primer

Dalam mengelola manfaat pelayanan primer dilakukan pengembangan kebijakan, penguatan sistem *gate keeper*, dan pengelolaan mutu pelayanan primer yang bertujuan memberikan pelayanan primer berkualitas bagi seluruh peserta.

a. Penguatan Pelayanan Primer

1) Pelaksanaan Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya merupakan suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis. Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Pasal 38 bahwa Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya dapat melakukan kegiatan berupa:

- Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi.
- UR dan audit medis.
- Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

Selain melaksanakan tugas tersebut, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya juga terlibat aktif dalam pelaksanaan penilaian Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBK), yaitu Tim Kendali Mutu Kendali Biaya Kantor Cabang bersama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota termasuk dalam Tim Penilai untuk perhitungan capaian KBK setiap bulannya dan Tim Kendali Mutu Kendali Biaya Provinsi bersama dengan Dinas kesehatan Provinsi menjadi Tim *Monitoring* dan Evaluasi KBK.

Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan kendali mutu dan kendali biaya telah dilaksanakan sebanyak 647 kali, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.17
Pelaksanaan Kegiatan Kendali Mutu Kendali Biaya
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	17	78	458,82
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	19	44	231,58
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	12	32	266,67
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	14	40	285,71
5	Jabar	11	61	554,55
6	Jateng dan DI Yogyakarta	17	101	594,12
7	Jatim	15	59	393,33
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	16	36	225,00
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	19	49	257,89
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	14	29	207,14
11	Bali, NTT dan NTB	17	32	188,24
12	Papua dan Papua Barat	10	45	450,00
13	Banten, Kalbar dan Lampung	13	41	315,38
Total		194	647	333,51

Dalam kegiatan TKMKB, pembahasan yang dilakukan antara lain:

- Pembahasan sistem rujukan berjenjang berbasis kompetensi
- Optimalisasi pelayanan Program Rujuk Balik
- Penguatan Standar Mutu Layanan Primer dan Rujukan melalui Kemitraan Strategis
- Pembahasan UR di FKTP dan FKRTL
- FGD optimalisasi Program Rujuk Balik
- Pembahasan *peer review*
- Pertemuan optimalisasi KMKB dengan mengadakan pertemuan lanjutan antara Puskesmas, Inspektorat, Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan di Kedeputan Wilayah Papua dan Papua Barat.
- Pembahasan capaian KBK bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Pembahasan *monitoring* evaluasi KBK bersama Dinas Kesehatan Provinsi.

- j) Pembahasan persyaratan administrasi (kelengkapan SIP Dokter) dalam proses kredensialing/rekredensialing.
 - k) Pertemuan optimalisasi Layanan Faskes Mitra BPJS Kesehatan Menuju UHC.
 - l) *Update* tata laksana Asma.
 - m) Penguatan standar mutu melalui kemitraan strategis (TKMKB).
 - n) FGD *peer review* diagnosa non spesialisik.
 - o) Sosialisasi sistem rujukan berjenjang berbasis kompetensi.
 - p) Penyusunan instrumen audit medis primer DM.
 - q) *Workshop* Nasional TKMKB Primer.
 - r) Sosialisasi regulasi terbaru seperti Peraturan Presiden 82 Tahun 2018 dan sistem rujukan *online*.
 - s) Audit klaim.
 - t) Pemantauan tata laksana DM di FKTP oleh TKMKB.
 - u) FGD Monev KBK Pusat, Deteksi dan Penyelesaian Kecurangan FKTP.
 - v) Pertemuan tindak lanjut pertemuan TKMKB Pelayanan Primer.
 - w) Optimalisasi pelaksanaan PRB.
 - x) Evaluasi pelaksanaan sistem rujukan *online*.
- 2) Implementasi KBK
- Kegiatan implementasi KBK dilaksanakan berupa pertemuan dengan Tim Penilai dan Tim *Monitoring* Evaluasi dalam rangka pelaksanaan KBK, serta pertemuan *peer review* kasus non spesialisik untuk menetapkan jumlah kasus non spesialisik yang dapat ditangani di masing-masing FKTP.

Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan implementasi KBK telah dilaksanakan sebanyak 2.220 kali, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.18
Pelaksanaan Kegiatan Implementasi KBK
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	156	342	219,23
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	132	215	162,88
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	72	194	269,44
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	144	103	71,53
5	Jabar	108	99	91,67
6	Jateng dan DI Yogyakarta	156	202	129,49
7	Jatim	156	143	91,67
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	96	143	148,96
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	132	270	204,55
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	72	145	201,39
11	Bali, NTT dan NTB	132	143	108,33
12	Papua dan Papua Barat	72	111	154,17
13	Banten, Kalbar dan Lampung	84	110	130,95
Total		1.512	2.220	146,83

Topik dan hasil kegiatan implementasi KBK antara lain:

- a) Kesepakatan hasil penilaian indikator KBK per masing-masing FKTP oleh tim penilai.
 - b) Kesepakatan penyesuaian kapitasi atas hasil penilaian indikator KBK oleh tim penilai.
 - c) Hasil *monitoring* evaluasi pelaksanaan KBK oleh Tim *Monitoring* Evaluasi KBK.
 - d) Kesepakatan jumlah kasus non spesialisik yang dapat ditangani oleh FKTP.
- 3) Kegiatan Evaluasi Program Rujuk Balik (PRB)
- Kegiatan PRB dilaksanakan dalam rangka upaya BPJS Kesehatan untuk meningkatkan akses pelayanan peserta PRB baik dalam pelayanan maupun akses terhadap obat PRB, sehingga pelaksanaan PRB menjadi lebih optimal. Berdasarkan evaluasi pelaksanaan PRB selama ini terdapat beberapa kendala seperti:

- Belum adanya kriteria stabil bagi peserta PRB sehingga Peserta tidak kembali ke FKTP.
- Ketidaktersediaan obat yang dipengaruhi oleh apotek swasta yang tidak memiliki hak akses yang sama dengan faskes pemerintah untuk mendapatkan obat-obat sesuai e-katalog.
- Adanya persepsian obat di luar daftar obat PRB sehingga peserta akan kembali ke FKRTL untuk mendapatkan obat kronis.
- Terdapat beberapa industri farmasi yang tidak dapat memenuhi permintaan obat PRB secara manual.

Untuk mengoptimalkan pelayanan PRB bagi peserta JKN-KIS, akan dilakukan modifikasi pelayanan PRB dengan mengedepankan komunikasi yang efektif antara Dokter, Apoteker, Profesional Kesehatan lain serta peserta dalam melakukan pemantauan pengobatan bagi peserta PRB.

Modifikasi pelayanan PRB disebut sebagai pelayanan PRB berbasis *Medication Therapy Management* (MTM). PRB yang berfokus pada optimalisasi peran Farmasis berkoordinasi dengan IAI. *Medication Therapy Management* merupakan suatu rangkaian pelayanan kefarmasian yang terintegrasi antara Dokter, Apoteker, dan Profesional Kesehatan lainnya, dengan mengedepankan komunikasi antara Dokter, Apoteker dengan Pasien/peserta PRB sehingga diperoleh pengobatan yang berkualitas, efektif dan tepat guna bagi peserta PRB.

Upaya yang akan dilakukan BPJS Kesehatan diantaranya:

- Sosialisasi tentang PRB kepada *stakeholder* terkait.
- Berkoordinasi dengan pemangku kepentingan terkait penyediaan obat PRB maupun peningkatan akses pelayanan PRB.
- BPJS Kesehatan mendorong apotek PRB untuk melakukan registrasi pada aplikasi e-monev dan menyampaikan RKO untuk kebutuhan paling sedikit 1 tahun ke depan.

Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan Evaluasi PRB telah dilaksanakan sebanyak 605 kali dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.19
Kegiatan Evaluasi Program Rujuk Balik (PRB)
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	13	55	423,08
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	11	25	227,27
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	6	28	466,67
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	12	32	266,67
5	Jabar	9	63	700,00
6	Jateng dan DI Yogyakarta	13	113	869,23
7	Jatim	13	60	461,54
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	8	59	737,50
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	11	59	536,36
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	6	29	483,33
11	Bali, NTT dan NTB	11	21	190,91
12	Papua dan Papua Barat	6	38	633,33
13	Banten, Kalbar dan Lampung	7	23	328,57
Total		126	605	480,16

- Pengelolaan Sistem Pembayaran Pelayanan Kesehatan Primer
Sistem pembayaran pelayanan kesehatan primer yang diatur dalam Permenkes Nomor 59 Tahun 2014 adalah Kapitasi dan Non Kapitasi. Selain itu, berdasarkan Undang-Undang

Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional pasal 24 mengamanahkan BPJS Kesehatan untuk melakukan pengembangan sistem pelayanan, sistem pembayaran dan kendali mutu kendali biaya. Pengembangan sistem pembayaran pada FKTP ditindaklanjuti dengan pembayaran berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

Sampai dengan 31 Desember 2018, berdasarkan hasil validasi jumlah FKTP yang telah menandatangani kesepakatan untuk menjalankan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan sebanyak 8.712 Puskesmas.

- c. Pengelolaan Promotif dan Preventif FKTP sebagai ujung tombak pelayanan primer harus mampu memberikan pelayanan yang bermutu dan komprehensif kepada peserta baik kuratif maupun promotif dan preventif dalam upaya mencapai standar indikator kesehatan peserta.

Kegiatan promotif dan preventif yang telah dilaksanakan adalah Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) melalui:

- 1) Senam sehat telah dilaksanakan sebanyak 467 kali.
- 2) Jumlah peserta program Pengelolaan Penyakit DM (PPDM) Tipe 2 terdaftar sebanyak 392.644 peserta dan Pengelolaan Penyakit Hipertensi (PPHT) sebanyak 468.358 peserta. Jumlah klub Prolanis yang telah melaksanakan edukasi Prolanis sebanyak 13.615 klub.
- 3) Senam Peserta Prolanis telah dilaksanakan sebanyak 132.817 kali dengan jumlah peserta sebanyak 3.431.692 peserta.
- 4) Pemeriksaan Rutin Prolanis Telah dilaksanakan pemeriksaan GDP kepada 146.601 peserta, GDPP kepada

115.228 peserta, HbA1C kepada 73.251 peserta, Kolesterol LDL kepada 120.833 peserta, Kolesterol HDL kepada 120.837 peserta, Kolesterol Total kepada 120.852 peserta, Kreatinin kepada 119.206 peserta, 120.417 peserta dan pemeriksaan Ureum kepada 119.140 peserta.

- d. Manajemen Utilisasi Pelayanan Kesehatan Primer

Pemanfaatan pelayanan kesehatan tingkat pertama dapat dilihat dari data *rate* kunjungan dan rasio rujukan dari faskes yang bekerja sama. *Rate* kunjungan merupakan data jumlah kunjungan/pemeriksaan di faskes dibagi jumlah peserta terdaftar permil (%). Sedangkan rasio rujukan adalah data jumlah peserta yang mendapat rujukan ke FKRTL dibagi jumlah peserta yang berkunjung (melakukan pemeriksaan di faskes).

2. Manajemen Manfaat dan Utilisasi Pelayanan Rujukan

- a. Program Peningkatan Kualitas Implementasi Sistem Pembayaran dan Formularium Nasional (Fornas).

Program ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman faskes terkait sistem pembayaran serta dukungan untuk mematuhi ketentuan Fornas dan kebijakan lainnya. Bentuk kegiatan berupa sosialisasi atau seminar ilmiah terkait sistem pembayaran, Fornas dan kebijakan pelayanan rujukan yang dilakukan oleh Kedeputian Wilayah/Kantor Cabang pada faskes sasaran.

Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan Peningkatan Kualitas Implementasi Sistem Pembayaran dan Fornas telah dilaksanakan sebanyak 1.511 kali dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.20
Program Peningkatan Kualitas Implementasi
Sistem Pembayaran dan Fornas
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	72	116	161,11
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	66	102	154,55
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	34	76	223,53
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	138	106	76,81
5	Jabar	56	97	173,21
6	Jateng dan DI Yogyakarta	70	217	310,00
7	Jatim	90	240	266,67
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	82	177	215,85
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	34	128	376,47
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	24	42	175,00
11	Bali, NTT dan NTB	36	99	275,00
12	Papua dan Papua Barat	10	43	430,00
13	Banten, Kalbar dan Lampung	38	68	178,95
Total		750	1.511	201,47

Topik pertemuan yang disampaikan, antara lain adalah:

- 1) Tata cara pelaksanaan sistem pembayaran dengan teknis verifikasi digital klaim.
- 2) Evaluasi mekanisme Penjaminan Kecelakaan Lalu Lintas kaitannya dengan Jasa Raharja sebagai penjamin pertama kasus Kecelakaan Lalu Lintas.
- 3) Sosialisasi Instruksi Presiden Nomor 8 Tahun 2017 dan Cara Mencegah *Fraud* dalam Pelayanan Kesehatan di Era JKN.
- 4) Sosialisasi Teknis Pemberkasan, Simulasi Aplikasi *V-Claim* dan Vidi serta Aplikasi Apotek.
- 5) Sosialisasi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/659/2017 tentang Formularium Nasional.
- 6) Sosialisasi *Walk Through Audit* (WTA) dan kelengkapan berkas pengajuan klaim kolektif oleh FKRTL.
- 7) Sosialisasi petugas Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP), *Mobile* JKN dan *Bridging Aplicares* RS.

- 8) Sosialisasi Penggunaan Aplikasi Apotek *Online* BPJS Kesehatan.
- 9) Sosialisasi Rujukan *Online* dan Evaluasi Pengentrian Profil FKRTL dalam Aplikasi HFIS.
- 10) Sosialisasi Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 04 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Sistem Rujukan Berjenjang Berbasis Kompetensi Melalui Integrasi Sistem Informasi.
- 11) Pembahasan komitmen FKRTL untuk pemberian obat untuk penyakit kronis di FKRTL dan mekanisme pemberian obat di luar Formularium Nasional.
- 12) Evaluasi implementasi Aplikasi Apotek *Online* BPJS Kesehatan.
- 13) Sosialisasi Pengentrian Profil FKRTL dalam Aplikasi HFIS.
- 14) Evaluasi implementasi Sistem Rujukan *Online* Berbasis kompetensi.
- 15) Sosialisasi konsep PRB Berbasis *Medication Therapy Management* (MTM).
- 16) Sosialisasi Penjaminan Trastuzumab bagi Peserta JKN-KIS sesuai dengan Permenkes Nomor 22 Tahun 2018 tentang Petunjuk Teknis Restriksi Penggunaan Obat Trastuzumab untuk Kanker Payudara Metastatik pada Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional.
- 17) Pertemuan Koordinasi dengan Industri Farmasi Penyedia Obat Program Rujuk Balik sesuai dengan e-Katalog.
- 18) Evaluasi Implementasi Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan di RS dan Sosialisasi Mekanisme Legalisasi Rujukan antar RS dan Luar INA CBG.
- 19) Sosialisasi Pelaksanaan Pemberian Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) dan Penggunaan Aplikasi *Mobile* JKN.
- 20) Sosialisasi administrasi klaim kepada Fasilitas Kesehatan sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

- b. Penguatan Koordinasi Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan
- Pertemuan koordinasi yang dimaksud adalah pertemuan koordinasi tingkat Kedeputusan Wilayah/Cabang dalam rangka evaluasi pelaksanaan program pelayanan kesehatan rujukan dan peningkatan pemahaman terhadap kebijakan dan regulasi terkait penjaminan manfaat pelayanan kesehatan rujukan. Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan penguatan koordinasi bidang penjaminan manfaat rujukan telah dilaksanakan sebanyak 245 kali.

Topik yang dibahas kegiatan penguatan koordinasi bidang penjaminan manfaat rujukan adalah:

- 1) Sosialisasi Surat Edaran Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan Nomor 63 Tahun 2017 tanggal 27 Desember 2017 tentang Penjaminan Penyelenggaraan Pelayanan Rujuk Balik.
- 2) *Sharing session* tentang audit klaim dan manual coding.
- 3) Sosialisasi SE Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Petunjuk Teknis Kendali Biaya Pelayanan Rujukan Tahun 2018.
- 4) *Sharing session* hasil pertemuan nasional terkait strategi kendali biaya pelayanan kesehatan rujukan.
- 5) Tata cara audit klaim dan penggunaan Aplikasi *Business Intelligence*.
- 6) Sosialisasi Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 06 Tahun 2018 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- 7) Pertemuan koordinasi proses verifikasi dengan sistem vedika.
- 8) *Sharing session* langkah-langkah penurunan rate RJTL dan RITL dalam mencapai target kendali mutu dan kendali biaya.
- 9) Pembahasan fitur aplikasi vidi, yaitu aplikasi untuk melakukan verifikasi klaim rumah sakit.
- 10) Sosialisasi internal BPJS Kesehatan terkait implementasi Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 2,3 dan 5 Tahun 2018.
- 11) *Sharing session* tentang *self service utilization review* pelayanan kesehatan rujukan pada aplikasi *business intelligence*.
- 12) Mekanisme penagihan klaim COB dari asuransi kesehatan tambahan kepada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jakarta Selatan.
- 13) Sosialisasi internal penggunaan aplikasi apotek *online*.
- 14) Sosialisasi internal Peraturan Direksi Nomor 21 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Direksi Nomor 52 Tahun 2016 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan dan Pembayaran Denda.
- 15) Sosialisasi internal SE Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 25 Tahun 2018 tentang Pedoman Deteksi Kecelakaan Kerja, Penyakit Akibat Kerja (KK PAK).
- 16) Validasi Data HFIS bersama FKRTL bersama dengan Petugas Informasi dan Pelayanan Pengaduan (PIPP).
- 17) Sosialisasi internal konsep PRB Berbasis *Medication Therapy Management* (MTM).
- 18) *Sharing session* kendala implementasi sistem rujukan *online* berbasis kompetensi fase II.
- 19) Sosialisasi fitur baru pada aplikasi *V-Claim* (pembacaan rujukan *online* sesuai kapasitas pelayanan FKRTL) dan fitur baru pada aplikasi vidi (penyesuaian Berita Acara serah terima klaim sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018).
- 20) Evaluasi pelayanan alat bantu kesehatan, khususnya pelayanan kacamata.
- 21) Sosialisasi internal tentang administrasi klaim sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- 22) Sosialisasi internal Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 12 Tahun 2018 tentang Pencabutan Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 2, 3 dan 5 Tahun 2018.

- c. Penguatan Penerapan Sistem Rujukan Berjenjang Berbasis Kompetensi
- Kegiatan penguatan penerapan sistem rujukan berjenjang berbasis kompetensi yang dimaksud adalah pertemuan yang dilaksanakan oleh Kedeputan Wilayah dan Kantor Cabang dengan melibatkan pemangku kepentingan lainnya (Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten, Fasilitas Kesehatan, Asosiasi Faskes dan lainnya) guna mengevaluasi efektivitas sistem rujukan berbasis kompetensi di wilayah setempat dan meningkatkan dukungan pemangku kepentingan terhadap implementasi sistem rujukan berbasis kompetensi.

Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan penguatan penerapan sistem rujukan berjenjang berbasis kompetensi telah dilaksanakan sebanyak 113 kali, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.21
Penguatan Penerapan Sistem Rujukan Berjenjang Berbasis Kompetensi
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	2	5	250,00
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	2	8	400,00
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	2	11	550,00
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	2	2	100,00
5	Jabar	2	2	100,00
6	Jateng dan DI Yogyakarta	2	4	200,00
7	Jatim	2	18	900,00
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	2	13	650,00
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	2	17	850,00
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	2	8	400,00
11	Bali, NTT dan NTB	2	13	650,00
12	Papua dan Papua Barat	2	2	100,00
13	Banten, Kalbar dan Lampung	2	10	500,00
Total		26	113	434,62

Adapun kegiatan yang dilaksanakan dalam rangka penguatan penerapan sistem rujukan berjenjang berbasis kompetensi, antara lain:

- 1) Penguatan koordinasi bersama Dinas Kesehatan, Asosiasi Faskes dan TKMKB

- 2) Pertemuan koordinasi dengan FKRTL kerja sama untuk pengisian dan validasi data HFIS.
- 3) Sosialisasi Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi kepada FKTP dan FKRTL kerja sama.
- 4) Evaluasi implementasi Sistem Rujukan Berjenjang Berbasis Kompetensi.
- 5) Pertemuan koordinasi dengan Dinas Kesehatan dan Asosiasi Faskes terkait dalam rangka *mapping* sistem rujukan berbasis kompetensi.

- d. Penguatan Standar Mutu Melalui Kemitraan Strategis
- Kegiatan Penguatan Standar Mutu Melalui Kemitraan Strategis dilakukan melalui pertemuan Tim Kendali Mutu dan Biaya Tingkat Kedeputan Wilayah dan Tim Koordinasi Kendali Mutu dan Biaya Tingkat Cabang.

Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan Penguatan Standar Mutu Melalui Kemitraan Strategis telah dilaksanakan sebanyak 894 kali dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.22
Kegiatan Penguatan Standar Mutu Melalui Kemitraan Strategis Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	30	113	376,67
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	30	66	220,00
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	20	38	190,00
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	24	65	270,83
5	Jabar	18	45	250,00
6	Jateng dan DI Yogyakarta	26	183	703,85
7	Jatim	26	70	269,23
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	24	38	158,33
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	32	86	268,75
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	20	32	160,00
11	Bali, NTT dan NTB	26	84	323,08
12	Papua dan Papua Barat	16	32	200,00
13	Banten, Kalbar dan Lampung	20	42	210,00
Total		312	894	286,54

Adapun pembahasan dalam kegiatan Penguatan Standar Mutu Melalui Kemitraan Strategis, antara lain:

- 1) Pembahasan permasalahan dan kesepakatan penyelesaian terkait kasus bedah mulut dengan prosedur osteoplasty.
- 2) Pembahasan Implementasi SE Direktur Pelayanan Nomor 63 Tahun 2017 tentang Penjaminan Pelaksanaan Program Rujuk Balik.
- 3) Pembahasan kasus *sectio caesarea*.
- 4) FGD pelayanan penyakit akibat kerja dengan BPJS Ketenagakerjaan dan Dinas Tenaga Kerja.
- 5) Sosialisasi pencegahan kecurangan bagi Tim Teknis Kendali Mutu Kendali biaya FKRTL.
- 6) Penertiban penyediaan dan penjaminan obat TB Paru yang menjadi obat program Pemerintah bersama Dinas Kesehatan dan FKRTL.
- 7) Pembahasan Tenaga Medis Kedokteran yang berpraktik lebih dari 3 tempat bersama TKMKB dan Dinas Kesehatan.
- 8) Pertemuan dengan Dinas Kesehatan, IDI dan TKMKB setempat terkait pelayanan kesehatan rehabilitasi medik.
- 9) Pembahasan kriteria *emergency* sesuai Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2018 tentang Penilaian Kegawatdaruratan dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat bersama TKMKB.
- 10) Pembahasan *dispute* klaim bersama TKMKB dengan topik pembahasan:
 - a) *Readmisi* pada kasus Kehamilan Ektopik Terganggu dan Abortus Incomplete.
 - b) Kasus *readmisi* pada pasien anak.
 - c) Rawat Inap pada kasus hordeolum tanpa tindakan.
 - d) Kasus polifarmasi untuk pasien kronis.

- 11) Upaya pencegahan potensi *fraud* dengan optimalisasi verifikasi internal RS.
- 12) Kriteria Stabil pada penyakit Diabetes Mellitus dan Hipertensi.

e. Pengelolaan Koordinasi Manfaat

Telah disusun Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat dalam Program JKN. Koordinasi manfaat antara BPJS Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) dapat diberikan melalui:

- 1) FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk pemberian Pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) sesuai indikasi medis dan di luar kasus non spesialisik.
- 2) FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan hanya untuk kondisi gawat darurat.
Koordinasi dalam memberikan manfaat untuk peserta JKN-KIS dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan AKT yang menjual produk *indemnity*, *cash plan* dan *managed care* dengan ketentuan:
 - 1) BPJS Kesehatan sebagai penjamin pertama.
 - 2) AKT sebagai pembayar pertama.

f. Pelaksanaan Kegiatan *Utilization Review* (UR)

Pelaksanaan evaluasi atas data UR adalah kegiatan evaluasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam upaya pengendalian biaya pelayanan kesehatan dan tercapainya utilisasi pelayanan kesehatan yang rasional.

Sampai dengan 31 Desember 2018, telah dilaksanakan kegiatan evaluasi data utilisasi pelayanan kesehatan sebanyak 2.966 kali, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.23
Kegiatan Evaluasi *Utilization Review* (UR)
di Rumah Sakit
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	203	138	67,98
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	182	158	86,81
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	100	156	156,00
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	336	419	124,70
5	Jabar	183	411	224,59
6	Jateng dan DI Yogyakarta	337	529	156,97
7	Jatim	288	323	112,15
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	108	105	97,22
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	154	314	203,90
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	101	61	60,40
11	Bali, NTT dan NTB	116	141	121,55
12	Papua dan Papua Barat	42	41	97,62
13	Banten, Kalbar dan Lampung	118	170	144,07
Total		2.268	2.966	130,78

Topik yang dibahas dalam kegiatan evaluasi data utilisasi pelayanan kesehatan, antara lain:

- 1) Memberikan gambaran utilisasi pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- 2) Perbaikan kualitas pengajuan klaim rumah sakit.
- 3) Umpan balik kasus RJTL berdasarkan asal rujukan.
- 4) Umpan balik data peserta diagnosa PRB untuk dilakukan rujuk balik.
- 5) Umpan balik utilisasi implementasi rujukan *online*.

MANAJEMEN KEPATUHAN DAN PELAYANAN HUKUM

Pemberian Bantuan Hukum dan Pembuatan *Legal Opinion*

Tujuan program ini adalah memberikan bantuan hukum bagi organisasi dalam menghadapi permasalahan-permasalahan hukum yang timbul baik melalui

pendampingan hukum oleh internal/eksternal, maupun penyusunan *legal opinion* sebagai rekomendasi dalam pengambilan kebijakan untuk penyelesaian permasalahan hukum. Sampai dengan 31 Desember 2018 telah dilakukan 14 kegiatan pemberian bantuan hukum.

Penyusunan Kajian Hukum atas Potensi Litigasi pada Operasionalisasi BPJS Kesehatan

Kegiatan ini bertujuan untuk melakukan pemetaan terhadap permasalahan di BPJS Kesehatan yang memiliki potensi ke arah litigasi pada operasionalisasi BPJS Kesehatan. Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan ini telah dilaksanakan sebanyak 7 kegiatan.

Kebijakan Pengawasan dan Pemeriksaan Kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara

Dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 disebutkan bahwa pemeriksaan dapat dilakukan melalui 2 kategori, yaitu pemeriksaan rutin dan pemeriksaan khusus.

1. Pemeriksaan Rutin

Merupakan pemeriksaan yang dilaksanakan atas dasar perencanaan tahunan atau yang dikenal dengan Rencana Kegiatan Pemeriksaan Tahunan (RKPT). RKPT merupakan daftar badan usaha yang akan dijadikan sasaran pemeriksaan kepatuhan. Tata cara pemeriksaan ini melalui 2 mekanisme yaitu:

a. Pemeriksaan Data

Pada pemeriksaan data, petugas pemeriksa tidak berkunjung langsung ke tempat pemberi kerja. Pemeriksaan dilaksanakan oleh petugas pemeriksa di kantor BPJS Kesehatan dengan tahapan:

- 1) Melakukan pengumpulan data sekunder yang telah tersedia.
- 2) Analisa data.
- 3) Konfirmasi/pengujian hasil analisa data melalui konfirmasi ke entitas.
- 4) Membuat laporan pemeriksaan dan rekomendasi atas konfirmasi yang diberikan entitas.

- Konfirmasi/pengujian dugaan ketidakpatuhan dilakukan oleh petugas pemeriksa BPJS Kesehatan ke Badan Usaha melalui surat konfirmasi. Badan Usaha tersebut diberikan waktu selama 7 hari untuk memberikan konfirmasi terkait registrasi BU ke BPJS Kesehatan.
- b. Pemeriksaan Lapangan
Pada pemeriksaan lapangan, petugas pemeriksa langsung memeriksa ke lokasi pemberi kerja. Pemeriksaan dilakukan oleh petugas pemeriksa BPJS Kesehatan di tempat entitas dengan tahapan:
 - 1) Membuat surat pemberitahuan pemeriksaan lapangan.
 - 2) Mengumpulkan data primer dan sekunder.
 - 3) Melakukan analisa data.
 - 4) Melakukan pengujian data dengan langsung di tempat entitas.
 - 5) Membuat laporan pemeriksaan dan rekomendasi atas hasil pengujian yang dilaksanakan.
2. Pemeriksaan Khusus
Merupakan pemeriksaan yang dilakukan atas dasar adanya pengaduan dari masyarakat/pekerja mengenai potensi/dugaan adanya pelanggaran ketidakpatuhan. Pengaduan masyarakat yang dapat ditindaklanjuti menjadi pemeriksaan kepatuhan dengan kriteria:
 - a. Pengaduan masyarakat terkait ketidakpatuhan Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara, dilakukan secara tertulis atau tercatat pada unit pengaduan peserta Kantor Cabang.
 - b. Pemberi kerja yang akan diperiksa telah melalui proses pedoman integrasi antar fungsi yang berlaku.
 - c. Pemberi Kerja tidak termasuk dalam RKPT.
 3. Pemberian Sanksi Administratif
BPJS Kesehatan berwenang memberikan sanksi administratif bagi Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara yang tidak patuh dengan kewajibannya dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagaimana diatur oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sanksi administratif yang dikenakan oleh BPJS Kesehatan tersebut berupa teguran tertulis dan pengenaan denda. Sedangkan sanksi penghentian pelayanan publik tertentu dikenakan oleh Pemerintah/Pemerintah Daerah atas usulan dari BPJS Kesehatan.
- Sanksi administratif dikenakan secara sekuensial (berurutan) sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Sanksi administratif berupa denda 0,1 % tetap berjalan perhitungannya sampai Pemberi Kerja melaksanakan kewajibannya.
- Merujuk Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013, BPJS Kesehatan menerapkan sanksi administratif sesuai dengan Peraturan Direksi Nomor 15 Tahun 2017 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administrasi kepada Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran serta Upaya Penegakan Hukum bagi Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

MANAJEMEN HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA DAN REGULASI

Kerja Sama Strategis

Tujuan dari kerja sama strategis adalah mengakselerasi pencapaian cakupan peserta dan pertumbuhan iuran serta memperkuat operasionalisasi BPJS Kesehatan. Kegiatan yang telah dilaksanakan sampai dengan 31 Desember 2018, yaitu:

1. Penyusunan PKS antar Lembaga
Telah dilakukan kegiatan penandatanganan Perjanjian Kerja Sama maupun Nota Kesepahaman antara lain:
 - a. Penandatanganan PKS antara BPJS Kesehatan dengan Ditjen Dukcapil-Kemendagri.
 - b. Penandatanganan PKS antara Kemenaker dengan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.
 - c. Penandatanganan Nota Kesepahaman dengan Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia (ISMKI) tentang Optimalisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat.
 - d. Penandatanganan Nota Kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan Yayasan Dompot Dhuafa Republika.
 - e. Penandatanganan Nota Kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan PP Muhammadiyah.
 - f. Penandatanganan Nota Kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Pertahanan dan Kepolisian RI.
 - g. Penandatanganan Nota Kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan Perhimpunan Dokter Umum Indonesia (PDUI).
 - h. Penandatanganan PKS dengan DMI tentang Sinergi Penyelenggaraan Program JKN-KIS bagi Jamaah dalam Wadah Dewan Masjid Indonesia dan sosialisasi Program JKN-KIS.
 - i. Penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan dengan Korlantas.
 - j. Penandatanganan MoU antara BPJS Kesehatan dengan ISSA.
2. Pertemuan Koordinasi antar Lembaga
Sampai dengan 31 Desember 2018 BPJS Kesehatan telah melaksanakan kegiatan koordinasi antar lembaga, antara lain:

- a. *Talkshow* Inpres Nomor 8 Tahun 2017 di Sekretariat Kabinet.
- b. Pertemuan dengan KSPI untuk koordinasi pelaksanaan FGD tentang perluasan FKTP untuk PPU sektor swasta.
- c. Rapat Koordinasi dengan Kemenko PMK terkait tindak lanjut Inpres Nomor 8 Tahun 2017.
- d. Pertemuan Audiensi dengan NHIA Taiwan tentang sistem jaminan sosial dari masing-masing negara.
- e. Rapat konsinyasi dengan Majelis Ulama Indonesia (MUI) tentang Pemantapan *Checklist* Syariah BPJS sesuai Fatwa MUI, DSN MUI.
- f. Rapat pembahasan pedoman kerja dengan Kementerian Pertahanan RI dan TNI.
- g. Pertemuan kelembagaan *monitoring* Instruksi Presiden Nomor 8 Tahun 2017.
- h. Pertemuan dengan UNTACD (*United Nations on Trade and Development*).

Regulasi Internal dan Regulasi Eksternal

Sampai dengan 31 Desember 2018, dari target 10 penyelesaian regulasi, terdapat 19 regulasi yang diselesaikan yaitu:

1. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 140/PMK.03/2017 tentang Tata Cara Pengecualian Pemotongan Pajak Penghasilan atas Hasil Investasi atau Pengembangan Dana dari Aset Dana Jaminan Sosial.
2. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan PBI.
3. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2018 tentang Penilaian Kegawatdaruratan dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat.
4. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 225/PMK.07/2017 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 50/PMK.07/2017 tentang Pengelolaan Transfer ke Daerah dan Dana Desa.
5. Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Tata Cara Pengenaan dan Pencabutan Sanksi Administratif Tidak Mendapat Pelayanan Publik Tertentu bagi Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara.

6. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2018 tentang Unit Pengendali Mutu Pelayanan dan Penanganan Pengaduan Peserta.
 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 38 Tahun 2018 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2019.
 8. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
 9. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 128/PMK.07/2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan.
 10. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 113/PMK.02/2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan dan Pertanggungjawaban Dana Cadangan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
 11. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 141/PMK.02/2018 tentang Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan dalam Pemberian Manfaat Pelayanan Kesehatan.
 12. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Pedoman Pendaftaran Kepesertaan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah selain Penyelenggara Negara dalam Program Jaminan Kesehatan melalui Pemanfaatan Sistem Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik.
 13. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2018 tentang Perubahan Kedua Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan.
 14. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 tentang Tata Cara Penagihan, Pembayaran, dan Pencatatan Iuran Jaminan Kesehatan dan Pembayaran Denda Akibat keterlambatan Pembayaran iuran Jaminan Kesehatan.
 15. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Administrasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan.
 16. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
 17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.
 18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan.
 19. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 195/PMK.02/2018 tentang Dana Operasional BPJS Kesehatan Tahun 2019.
- Selain itu, BPJS Kesehatan mengajukan rekomendasi/masukan/usulan kebijakan strategis atas regulasi, baik secara tertulis maupun dalam rapat pembahasan, antara lain:
1. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk membahas penyusunan Perubahan Kedua Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan.
 2. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Keuangan tentang Tata Cara Pengecualian Pemotongan Pajak Penghasilan.
 3. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait untuk membahas penyusunan Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.
 4. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait untuk membahas penyusunan Peraturan Pemerintah tentang Pembiayaan Kesehatan.
 5. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait untuk membahas penyusunan Peraturan Presiden tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
 6. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Keuangan tentang Mekanisme Kontribusi Pajak Rokok dalam Program Jaminan Kesehatan.
 7. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Keuangan tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 206/PMK.02/2013 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan PBI.

8. Menyusun rancangan Peraturan BPJS Kesehatan tentang Penilaian Kegawatdaruratan, Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat dan Pelayanan Medis Dasar di Instalasi Gawat Darurat dengan terlebih dahulu berkoordinasi bersama Kementerian/Lembaga terkait.
9. Menyusun rancangan Peraturan BPJS Kesehatan tentang Penilaian Kegawatdaruratan, Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat dan Pelayanan Medis Dasar di Instalasi Gawat Darurat dengan terlebih dahulu berkoordinasi bersama Kementerian/Lembaga terkait.
10. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Keuangan tentang Mekanisme Teknis Sinergitas Penyelenggaraan Jaminan Sosial.
11. Menyusun rancangan Peraturan BPJS Kesehatan tentang Penjaminan Pelayanan Katarak, Rehabilitasi Medik dan Persalinan pada program Jaminan Kesehatan dengan terlebih dahulu berkoordinasi bersama Kementerian/Lembaga terkait.
12. BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan berkoordinasi dengan Kemenaker untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Ketenagakerjaan tentang Tata Cara Pengenaan dan Pencabutan Sanksi Administratif Tidak Mendapat Pelayanan Publik Tertentu bagi Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara.
13. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Keuangan tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Cadangan Program Jaminan Kesehatan.
14. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Dalam Negeri tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2019.
15. Menyusun rancangan Peraturan BPJS Kesehatan tentang Pedoman Pendaftaran Kepesertaan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah Selain Penyelenggara Negara Dalam Program Jaminan Sosial Kesehatan melalui Perizinan Berusaha Terintegrasi secara Elektronik dengan terlebih dahulu berkoordinasi bersama Kementerian/Lembaga terkait.
16. Menyusun rancangan Peraturan BPJS Kesehatan tentang Administrasi Kepesertaan dengan terlebih dahulu berkoordinasi bersama Kementerian/Lembaga terkait.
17. Menyusun rancangan Peraturan BPJS Kesehatan tentang Tata Cara Penagihan, Pembayaran dan Pencatatan Iuran Jaminan Kesehatan dan Pembayaran Denda Akibat Keterlambatan Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan dengan terlebih dahulu berkoordinasi bersama Kementerian/Lembaga terkait.
18. Menyusun rancangan Peraturan BPJS Kesehatan tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dengan terlebih dahulu berkoordinasi bersama Kementerian/Lembaga terkait.
19. Menyusun rancangan Peraturan BPJS Kesehatan tentang Penetapan Norma Besaran Kapitasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dengan terlebih dahulu berkoordinasi bersama Kementerian/Lembaga terkait.
20. Menyusun rancangan Peraturan BPJS Kesehatan tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dengan terlebih dahulu berkoordinasi bersama Kementerian/Lembaga terkait.
21. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan.
22. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.
23. BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk membahas penyusunan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

HUBUNGAN MASYARAKAT

Pengelolaan Hubungan Media

Tujuan dari pengelolaan hubungan dengan media yaitu meningkatkan citra organisasi yang baik dan meningkatkan hubungan kemitraan yang efektif dengan media.

1. Pengelolaan Media dan Isu/Berita
Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan yang telah dilakukan antara lain:
 - a. Wawancara di berbagai radio dan stasiun televisi nasional.
 - b. Peliputan kegiatan antara lain peliputan kunjungan kerja Dukcapil di BPJS Kesehatan KC Jakarta Selatan, peliputan kegiatan UHC di Provinsi DKI Jakarta, peliputan kegiatan *talkshow* “Penguatan Komitmen Lintas Sektor dalam Rangka Implementasi Instruksi Presiden Nomor 8 Tahun 2017” di Sekretariat Kabinet, peliputan kunjungan kerja Menteri Sosial ke BPJS Kesehatan dan Peliputan BPJS Kesehatan peduli, peliputan kegiatan Senam Kolosal 18.8.18, peliputan Sosialisasi Kegiatan Tim Bersama Penanganan Kecurangan JKN di Gedung KPK, dan peliputan penyerahan data kependudukan (NIK) oleh Dukcapil.
 - c. *Talkshow* di Metro TV, TVRI, Jawa Pos TV, IndoHCF *Expert Meeting* di Jakarta, Bens Radio dan Radio Elshinta.
2. Pemberitaan Bernada Negatif yang Tidak Benar di Media *Mainstream*
Sampai dengan 31 Desember 2018, terdapat 4 pemberitaan bernada negatif yang tidak benar di media *mainstream*. Terkait dengan hal tersebut, BPJS Kesehatan telah menyampaikan klarifikasi secara tertulis di media massa nasional.

Pengelolaan Media Internal dan Media Sosial

Pengelolaan Media Internal dan Media Sosial bertujuan menyebarkan informasi tentang program maupun kebijakan sekaligus pembentukan citra melalui *branding* BPJS Kesehatan. Pengelolaan melalui media sosial juga dilakukan sebagai sarana klarifikasi dan upaya menetralkan pemberitaan tidak benar. Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan yang telah dilakukan antara lain:

1. Pengelolaan *Website*
 - a. Penayangan *website* resmi BPJS Kesehatan dengan alamat www.bpjs-kesehatan.go.id.
 - b. Pemutakhiran informasi terkini di *website* BPJS Kesehatan.
 - c. Mengunggah 365 berita di *website* BPJS Kesehatan.
2. Pengelolaan Media Sosial
 - a. Pengelolaan media sosial BPJS Kesehatan dilakukan melalui:
 - 1) *Fanpage* Facebook dengan akun: BPJS Kesehatan RI
 - 2) Twitter dengan akun: @BPJSKesehatanRI
 - 3) Youtube dengan akun: BPJSKesehatan
 - 4) Instagram dengan akun: bpjskesehatan_ri
 - b. Pengelolaan media sosial BPJS Kesehatan berupa forum/blog, yaitu komunikasi interaktif melalui:
 - 1) Kaskus : bpjskesehatan
 - 2) Kompasiana : BPJS Kesehatan
 - c. Sampai dengan 31 Desember 2018, telah diunggah 51.907 *tweet* di *twitter*, 104 berita di Kompasiana, 86 berita/*thread* di Kaskus dan 768 *post* di Instagram.

KINERJA OPERASIONAL

PERKEMBANGAN KEPESERTAAN

Manajemen Perluasan Kepesertaan

1. Tingkat Pemahaman Masyarakat terhadap Program JKN-KIS.

Perluasan Kepesertaan dilakukan melalui kegiatan sosialisasi, edukasi dan advokasi kepada masyarakat yang ditujukan untuk mengubah pemikiran, sikap dan perilaku masyarakat sehingga bersedia turut serta menjadi peserta JKN-KIS BPJS Kesehatan dengan membayar iuran. Efektivitas dan keberhasilan kegiatan perluasan kepesertaan tersebut diukur dengan indikator tingkat pemahaman masyarakat (non peserta) dan peserta terhadap program JKN-KIS yang pada tahun 2018 ditargetkan sebesar 65% dan 77%. Berdasarkan hasil survei yang sudah dilaksanakan tahun 2018, tingkat pemahaman masyarakat (non peserta) terhadap prosedur, hak dan kewajiban adalah 81%, dan untuk tingkat pemahaman peserta terhadap prosedur, hak dan kewajiban Peserta JKN-KIS mencapai 86,4%.

2. Hasil Rekrutmen Peserta

Peserta JKN-KIS hasil program perluasan kepesertaan antara lain adalah dari segmen PPU (BUMN, BU Swasta/lainnya, PPNPN), BPBU, BP (Investor, Pemberi Kerja dan Penerima Pensiun Swasta) dan Penduduk yang didaftarkan Pemerintah Daerah.

- a. Pekerja Penerima Upah (PPU)

Peserta segmen PPU yang menjadi target perluasan kepesertaan adalah peserta BUMN, BU Swasta/lainnya (termasuk eks JPK Jamsostek) dan PPNPN.

Sampai dengan 31 Desember 2018, jumlah BUMN yang telah melakukan registrasi adalah sebanyak 145 BU. Jumlah tersebut meliputi perusahaan BUMN dan perusahaan *holding company*. Badan Usaha Swasta/ lainnya yang melakukan registrasi s.d. 31 Desember 2018 adalah sebanyak 250.836 BU terdiri atas 195.498 Badan Usaha Swasta/ lainnya dan 55.338 BU eks JPK Jamsostek.

Secara rinci jumlah peserta PPU (BUMN, BU Swasta non eks JPK Jamsostek dan PPNPN) yang tercantum dalam *master file* adalah sebanyak 25.551.580 jiwa.

Tabel 3.24
Hasil Rekrutmen Peserta PPU
(BUMN, BU Swasta non eks JPK Jamsostek dan PPNPN)
Realisasi per 31 Desember 2018

(jiwa)

No	Kedeputian Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	1.263.896	1.172.131	92,74
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	1.551.999	1.546.112	99,62
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	691.912	701.299	101,36
4	Jabodetabek	9.772.593	9.692.518	99,18
5	Jabar	2.849.282	2.888.992	101,39
6	Jateng dan DI Yogyakarta	2.689.737	2.755.580	102,45
7	Jatim	2.413.113	2.339.187	96,94
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	1.382.543	1.486.947	107,55
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	416.853	411.238	98,65
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	270.094	290.677	107,62
11	Bali, NTT dan NTB	779.288	805.072	103,31
12	Papua dan Papua Barat	159.609	167.748	105,10
13	Banten, Kalbar dan Lampung	1.274.126	1.294.079	101,57
Jumlah		25.515.045	25.551.580	100,14

Realisasi jumlah peserta BUMN, BU Swasta non eks JPK Jamsostek dan PPNN s.d. 31 Desember 2018 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.25
Jumlah Peserta BUMN, BU Swasta non eks JPK Jamsostek dan PPNN
Realisasi per 31 Desember 2018

(jiwa)

No	Kedeputan Wilayah	BUMN	BU Swasta Non eks JPK Jamsostek	PPNN	Jumlah
1	2	3	4	5	6=3+4+5
1	Sumut dan DI Aceh	182.257	895.119	94.755	1.172.131
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	60.512	1.366.030	119.570	1.546.112
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	29.303	622.030	49.966	701.299
4	Jabodetabek	753.319	8.640.279	298.920	9.692.518
5	Jabar	277.178	2.498.928	112.886	2.888.992
6	Jateng dan DI Yogyakarta	51.383	2.410.804	293.393	2.755.580
7	Jatim	90.606	2.103.740	144.841	2.339.187
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	6.758	1.356.830	123.359	1.486.947
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	15.417	347.710	48.111	411.238
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	-	255.606	35.071	290.677
11	Bali, NTT dan NTB	1.743	673.848	129.481	805.072
12	Papua dan Papua Barat	831	157.507	9.410	167.748
13	Banten, Kalbar dan Lampung	78.420	1.095.983	119.676	1.294.079
Jumlah		1.547.727	22.424.414	1.579.439	25.551.580

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan rekrutmen PPU, antara lain adalah:

- 1) Optimalisasi pencapaian target PPU BU melalui kegiatan *canvassing* yang terintegrasi dengan kepatuhan.
- 2) *Monitoring* dan evaluasi kinerja tenaga pemasar, *progress* BU Potensial pada laporan mingguan M1 dan M2, serta *progress* pendaftaran BU melalui Aplikasi Pendaftaran Terpadu (www.bpjs.go.id).
- 3) Melakukan pemadanan data potensi Badan Usaha dari Badan Pusat Statistik dan Badan Usaha Asosiasi Badan Usaha Jasa Pengamanan Indonesia (ABUJAPI) dengan *master file* BPJS Kesehatan.

- 4) Melakukan pemadanan data BPJS Ketenagakerjaan tahap ke-2 dengan *master file* BPJS Kesehatan, dengan hasil pemadanan sejumlah 2.134.760 jiwa.
- 5) Sosialisasi Program JKN-KIS dan skema COB dalam Program JKN-KIS bagi Asuransi Kesehatan Tambahan.
- 6) Sosialisasi Pendaftaran Peserta Pekerja Penerima Upah Badan Usaha Swasta pada Program Jaminan Kesehatan Nasional melalui *Online Single Submission* dengan mengundang perwakilan APINDO, BPTSP dan Dinas Tenaga Kerja.

- 7) Rapat Koordinasi Teknis Petugas Pemeriksa Nasional tahun 2018 bersama Kementerian Ketenagakerjaan, BPJS Ketenagakerjaan dan Kejaksaan.
- 8) Melakukan pepadanan data potensi PPNPN APBN dengan *master file* BPJS Kesehatan.
- 9) Pembahasan pendaftaran kepesertaan program jaminan sosial bagi PPNPN Program Keluarga Harapan Kementerian Sosial dan PPNPN Pendamping Desa Kementerian Desa bersama Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- 10) Sosialisasi Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan khususnya terkait pengaturan batas upah/gaji sebagai dasar potongan iuran Program JKN-KIS yaitu UMK.
- 11) Audiensi kepada Kementerian Dalam Negeri dan Sekretaris Kabinet untuk mendorong penerbitan Peraturan Kementerian Dalam Negeri yang mengatur tentang mekanisme pemotongan dan pembayaran iuran bagi Kepala Desa dan Perangkat Desa.

b. Peserta PBPU dan BP

Peserta segmen PBPU dan BP hasil rekrutmen peserta antara lain peserta dari PBPU/Pekerja Mandiri, Investor, Pemberi

Kerja dan Penerima Pensiun Swasta. Sampai dengan 31 Desember 2018, jumlah peserta PBPU dan BP berdasarkan *master file* secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.26
Hasil Rekrutmen Peserta PBPU dan BP
Realisasi per 31 Desember 2018

(jiwa)

No	Kedeputan Wilayah	Target	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	1.915.046	2.214.417	115,63
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	2.772.558	2.824.451	101,87
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	1.654.098	1.590.781	96,17
4	Jabodetabek	5.486.018	5.055.646	92,16
5	Jabar	3.732.009	3.928.883	105,28
6	Jateng dan DI Yogyakarta	3.634.793	4.192.870	115,35
7	Jatim	3.474.371	3.727.276	107,28
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	1.511.721	1.846.177	122,12
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	1.395.549	1.584.360	113,53
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	872.909	914.479	104,76
11	Bali, NTT dan NTB	1.042.666	1.180.742	113,24
12	Papua dan Papua Barat	288.561	193.277	66,98
13	Banten, Kalbar dan Lampung	2.330.132	2.279.741	97,84
Jumlah		30.110.431	31.533.100	104,72

Realisasi jumlah peserta PBPU/Pekerja Mandiri, Investor, Pemberi Kerja dan Penerima Pensiun Swasta s.d. 31 Desember 2018 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.27
Jumlah Peserta PBPU, Investor, Pemberi Kerja dan PP Swasta
Realisasi per 31 Desember 2018

(jiwa)

No	Kedeputan Wilayah	PBPU	Investor	Pemberi Kerja	PP Swasta	Jumlah
1	2	3	4	5	6	7=3+4+5+6
1	Sumut dan DI Aceh	2.103.781	3.301	1.437	105.898	2.214.417
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	2.803.299	3.400	1.927	15.825	2.824.451
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	1.570.128	2.100	318	18.235	1.590.781
4	Jabodetabek	4.941.843	20.510	4.010	89.283	5.055.646
5	Jabar	3.911.785	10.687	2.387	4.024	3.928.883
6	Jateng dan DI Yogyakarta	4.167.031	5.433	1.260	19.146	4.192.870
7	Jatim	3.662.900	8.507	2.144	53.725	3.727.276
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	1.844.060	1.680	305	132	1.846.177
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	1.570.709	1.018	6.050	6.583	1.584.360
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	913.714	498	204	63	914.479
11	Bali, NTT dan NTB	1.178.747	973	544	478	1.180.742
12	Papua dan Papua Barat	192.214	34	989	40	193.277
13	Banten, Kalbar dan Lampung	2.240.037	2.685	496	36.523	2.279.741
Jumlah		31.100.248	60.826	22.071	349.955	31.533.100

- c. Penduduk yang Didaftarkan oleh Pemerintah Daerah
Sampai dengan 31 Desember 2018, terdapat 499 Pemda yang pengelolaan kesehatan masyarakatnya (Jamkesda) telah terintegrasi ke JKN-KIS dengan jumlah peserta sebanyak 29.873.383 jiwa.

Manajemen Kepesertaan

1. Cakupan Peserta BPJS Kesehatan.
Target peserta JKN-KIS sesuai RKAT 2018 adalah sebesar 197.291.883 jiwa. Berdasarkan *master file* kepesertaan jumlah penduduk Indonesia yang telah menjadi peserta JKN-KIS per 31 Desember 2018 mencapai 208.054.199 jiwa (105,46% dari RKAT 2018), terdiri dari:
 - a. Peserta aktif, yaitu peserta membayar iuran sebanyak 188.422.621 jiwa, termasuk 1.401.424 jiwa anak peserta PPU dengan usia di atas 21 s.d. 25 tahun yang belum melakukan *update* surat keterangan masih menempuh pendidikan formal dan peserta dengan usia diatas 90 tahun yang belum melakukan *update* data kepesertaannya sehingga tidak dibayarkan kapitasnya.
 - b. Peserta non aktif sebanyak 19.631.578 jiwa, adalah peserta yang terdiri atas:
 - 1) Tidak membayar iuran (menunggak) lebih dari 1 bulan sejak tanggal 10 setiap bulannya.
 - 2) Peserta PPU Non Penyelenggara Negara (BU Swasta) yang telah di nonaktifkan oleh pemberi kerja dikarenakan antara lain kontrak kerja berakhir atau PHK.
 - 3) Peserta penduduk yang didaftarkan Pemda atau peserta PBPU/BP Kolektif yang masa berlaku PKS dengan BPJS Kesehatan telah habis.
 - 4) BU tidak ditemukan karena BU pindah dan tidak diketahui alamat sekarang atau BU tidak beroperasi lagi tanpa pemberitahuan ke BPJS Kesehatan.

Tabel 3.28
Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan
Perbandingan RKAT 2018 dan Realisasi per 31 Desember 2018

(Jiwa)

No	Segmen Peserta	RKAT	Realisasi			
			Aktif	Non Aktif	Jumlah	%
1	2	3	4	5	6=4+5	7=6/3
A	Penerima Bantuan Iuran	92.400.000	92.107.598	-	92.107.598	99,68
B	Bukan Penerima Bantuan Iuran					
	1a. Pekerja Penerima Upah (PPU)					
	a. PNS	12.766.296	12.695.882	62.395	12.758.277	99,94
	b. TNI/POLRI/PNS Kemhan/Polri	2.909.189	2.854.965	12.746	2.867.711	98,57
	c. Pejabat Negara (PN)	26.972	30.513	406	30.919	114,63
	d. Pegawai Pemerintah Non PNS	1.436.062	1.521.888	57.551	1.579.439	109,98
	1b. PPU Non Penyelenggara Negara					
	a. Perusahaan BUMN	1.934.934	1.465.408	82.319	1.547.727	79,99
	b. BU Swasta	29.888.645	27.607.636	3.441.386	31.049.022	103,88
	Sub Total 1	48.962.098	46.176.292	3.656.803	49.833.095	101,78
	2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPUP)	29.773.065	16.706.779	14.393.469	31.100.248	104,46
	3. Bukan Pekerja (BP)					
	a. Investor	31.501	37.322	23.504	60.826	193,09
	b. Pemberi Kerja	14.863	14.018	8.053	22.071	148,50
	c. Penerima Pensiun (PP)	4.749.726	4.724.976	38.838	4.763.814	100,30
	d. Veteran	284.728	289.769	675	290.444	102,01
	e. Perintis Kemerdekaan (PK)	2.724	2.711	9	2.720	99,85
	Sub Total 3	5.083.542	5.068.796	71.079	5.139.875	101,11
	Total B	83.818.705	67.951.867	18.121.351	86.073.218	102,69
C	Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah	21.073.178	28.363.156	1.510.227	29.873.383	141,76
	Total	197.291.883	188.422.621	19.631.578	208.054.199	105,46

Realisasi cakupan peserta per 31 Desember 2018 dijelaskan sebagai berikut:

- a) Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK)
- Berdasarkan Keputusan Menteri Sosial Nomor 157/HUK/2018 tentang Penonaktifan dan Perubahan Data Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2018 Tahap Kesepuluh serta surat Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Nomor JP.02.02/3/2574/2018 tanggal 14 Desember 2018 perihal Penghapusan dan Perubahan Peserta PBI JK Tahun 2018 Tahap Kesepuluh. Berdasarkan *master file* diperoleh data per 31 Desember 2018 sejumlah 92.107.598 jiwa, dimana hingga saat ini masih

terdapat kekurangan penerimaan data peserta PBI JK sejumlah 292.402 jiwa. Kekurangan tersebut antara lain dikarenakan peserta PBI JK yang mutasi meninggal dan keluar sebagai peserta PBI JK pada bulan Desember 2018 yang sedang diusulkan BPJS Kesehatan ke Kemensos untuk dicarikan pengganti peserta baru serta penonaktifan oleh Kementerian Sosial sesuai SK Nomor 157/HUK/2018.

Untuk meningkatkan cakupan kepesertaan PBI JK sesuai kuota, maka BPJS Kesehatan telah mengusulkan ke Kementerian Sosial agar penetapan pengganti peserta PBI JK dilakukan setiap bulan, sehingga jika ada peserta meninggal dan keluar dari peserta

PBI JK dapat diusulkan penggantinya pada bulan berikutnya.

- b) Bukan Penerima Bantuan Iuran
- (1) Pekerja Penerima Upah (PPU) Penyelenggara Negara
Terdiri dari peserta dan keluarga segmen PNS, TNI/Polri/PNS Kemhan/Polri, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non PNS. Jumlah peserta PPU Penyelenggara Negara adalah sebanyak 17.236.346 jiwa (100,57% dari RKAT 2018).
 - (2) Pekerja Penerima Upah (PPU) Non Penyelenggara Negara
Terdiri dari peserta dan keluarga segmen pegawai BUMN, Pegawai Swasta, dan WNA bekerja ≥ 6 bulan. Jumlah peserta PPU Non Penyelenggara Negara adalah sebanyak 32.596.749 jiwa (102,43% dari RKAT 2018).
 - (3) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU).
Merupakan pekerja mandiri yang mendaftar sebagai peserta JKN-KIS. Jumlah peserta PBPU adalah sebanyak 31.100.248 jiwa (104,46% dari RKAT 2018).
 - (4) Bukan Pekerja (BP)
Terdiri dari peserta Investor, Pemberi Kerja, Penerima Pensiun, Veteran dan Perintis Kemerdekaan. Jumlah peserta segmen BP adalah sebanyak 5.139.875 jiwa (101,11 % dari RKAT 2018).
- c) Penduduk yang Didaftarkan oleh Pemerintah Daerah
Jumlah penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah adalah

sebanyak 29.873.383 jiwa (141,76% dari RKAT 2018).

Apabila dirinci berdasarkan jenis kelamin dan kelas perawatan, jumlah peserta BPJS Kesehatan per 31 Desember 2018 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.29
Jumlah Peserta Berdasarkan Jenis Kelamin
Realisasi per 31 Desember 2018

(jiwa)

No	Segmen Peserta	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah
1	2	3	4	5=3+4
A	Penerima Bantuan Iuran	46.349.293	45.758.305	92.107.598
B	Bukan Penerima Bantuan Iuran			
	1a. Pekerja Penerima Upah (PPU)			
	a. PNS	6.398.569	6.359.708	12.758.277
	b. TNI/POLRI/ PNS Kemhan/Polri	1.669.211	1.198.500	2.867.711
	c. Pejabat Negara (PN)	16.953	13.966	30.919
	d. Pegawai Pemerintah Non PNS	859.413	720.026	1.579.439
	1b. PPU Non Penyelenggara Negara			
	a. Perusahaan BUMN	835.051	712.676	1.547.727
	b. BU Swasta	16.774.539	14.274.483	31.049.022
	Sub Total 1	26.553.736	23.279.359	49.833.095
	2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	15.684.115	15.416.133	31.100.248
	3. Bukan Pekerja (BP)			
	a. Investor	29.007	31.819	60.826
	b. Pemberi Kerja	11.385	10.686	22.071
	c. Penerima Pensiun (PP)	1.986.859	2.776.955	4.763.814
	d. Veteran	138.549	151.895	290.444
	e. Perintis Kemerdekaan (PK)	983	1.737	2.720
	Sub Total 3	2.166.783	2.973.092	5.139.875
	Total B	44.404.634	41.668.584	86.073.218
C	Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah	15.224.632	14.648.751	29.873.383
	Total	105.978.559	102.075.640	208.054.199

Tabel 3.30
Jumlah Peserta Berdasarkan Kelas Perawatan
Realisasi per 31 Desember 2018

(jiwa)

No	Segmen Peserta	Kelas Rawat			Jumlah
		I	II	III	
1	2	3	4	5	6=3+4+5
A	Penerima Bantuan Iuran	-	-	92.107.598	92.107.598
B	Bukan Penerima Bantuan Iuran				
	1a. Pekerja Penerima Upah (PPU)				
	a. PNS	9.904.149	2.854.128	-	12.758.277
	b. TNI/POLRI/PNS Kemhan/Polri	485.850	2.381.861	-	2.867.711
	c. Pejabat Negara (PN)	30.919	-	-	30.919
	d. Pegawai Pemerintah Non PNS	79.248	1.500.191	-	1.579.439
	1b. PPU Non Penyelenggara Negara				
	a. Perusahaan BUMN	928.735	618.992	-	1.547.727
	b. BU Swasta	6.891.306	24.157.716	-	31.049.022
	Sub Total 1	18.320.207	31.512.888	-	49.833.095
	2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPUP)	4.570.337	6.625.283	19.904.628	31.100.248
	3. Bukan Pekerja (BP)				
	a. Investor	12.522	15.168	33.136	60.826
	b. Pemberi Kerja	8.761	5.346	7.964	22.071
	c. Penerima Pensiun (PP)	2.491.570	2.223.719	48.525	4.763.814
	d. Veteran	290.444	-	-	290.444
	e. Perintis Kemerdekaan (PK)	2.720	-	-	2.720
	Sub Total 3	2.806.017	2.244.233	89.625	5.139.875
	Total B	25.696.561	40.382.404	19.994.253	86.073.218
C	Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah	-	-	29.873.383	29.873.383
	Total	25.696.561	40.382.404	141.975.234	208.054.199

Dari tabel di atas, terlihat bahwa komposisi peserta terbanyak dengan kelas perawatan 3 (68,24%), kelas perawatan 2 sebesar 19,41%, dan kelas perawatan 1 sebanyak 12,35%.

- Kartu Indonesia Sehat (KIS).
Sesuai Instruksi Presiden RI Nomor 7 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Program Simpanan Keluarga Sejahtera, Program Indonesia Pintar dan Program Indonesia Sehat untuk Membangun Keluarga Produktif, maka BPJS Kesehatan melakukan koordinasi dengan institusi terkait dalam hal pelaksanaannya khususnya untuk program Indonesia Sehat melalui distribusi Kartu Indonesia

Sehat (KIS) Penerima Bantuan Iuran (PBI). Data peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) berasal dari Basis Data Terpadu (BDT) yang telah dilakukan verifikasi dan validasi oleh Kementerian Sosial RI. Penetapan Peserta KIS PBI JK ini ditetapkan melalui Keputusan Menteri Sosial RI.

Pada tahun 2018, BPJS Kesehatan telah melakukan pencetakan (sebanyak 8 tahap) dan distribusi KIS untuk segmen peserta PBI JK. Sampai dengan 31 Desember 2018, jumlah pencetakan dan distribusi KIS PBI-JK adalah sebagai berikut:

Tabel 3.31
Distribusi KIS PBI JK s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Target Distribusi (Tahap I s.d. VIII)	Distribusi ke Pihak Ketiga		Distribusi ke End User					
			Jumlah	%	End User	%	Retur	%	Jumlah	%
1	2	3	4	5=4/3	6	7=6/3	8	9=8/3	10=6+8	11=10/3
1	Sumut dan DI Aceh	87.953	87.953	100,00	83.460	94,89	4.493	5,11	87.953	100,00
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	62.739	62.739	100,00	58.972	94,00	3.767	6,00	62.739	100,00
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	41.680	41.680	100,00	39.283	94,25	2.397	5,75	41.680	100,00
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	62.965	62.965	100,00	47.878	76,04	15.087	23,96	62.965	100,00
5	Jabar	82.676	82.676	100,00	76.027	91,96	6.649	8,04	82.676	100,00
6	Jateng dan DI Yogyakarta	150.687	150.687	100,00	144.541	95,92	6.146	4,08	150.687	100,00
7	Jatim	88.391	88.391	100,00	82.433	93,26	5.958	6,74	88.391	100,00
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	30.917	30.917	100,00	29.454	95,27	1.463	4,73	30.917	100,00
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	72.545	72.545	100,00	66.725	91,98	5.820	8,02	72.545	100,00
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	30.888	30.888	100,00	26.983	87,36	3.905	12,64	30.888	100,00
11	Bali, NTT dan NTB	30.310	30.310	100,00	28.181	92,98	2.129	7,02	30.310	100,00
12	Papua dan Papua Barat	17.791	17.791	100,00	13.225	74,34	4.558	25,62	17.783	99,96
13	Banten, Kalbar dan Lampung	34.506	34.506	100,00	33.075	95,85	1.431	4,15	34.506	100,00
Jumlah		794.048	794.048	100,00	730.237	91,96	63.803	8,04	794.040	99,999

3. Manajemen Pendaftaran Peserta

- a. Jumlah *Point of Service* Pendaftaran Peserta
- Dalam rangka meningkatkan pelayanan terhadap calon peserta, saat ini pendaftaran peserta dapat dilakukan di beberapa kanal, yaitu Kantor BPJS Kesehatan, Pihak ketiga yang bekerja sama (Bank, Lippo Mall, Kecamatan/Kelurahan), *website*, aplikasi *Mobile JKN*, serta melalui BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400. Jumlah *Point of Service* pendaftaran peserta per 31 Desember 2018 adalah:

- 1) Kantor BPJS Kesehatan, sebanyak 127 Kantor Cabang dan 388 Kantor Kabupaten/Kota.
- 2) Pihak ketiga yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, yaitu 3 *channel* Bank (Bank Mandiri, BNI, BRI), *Point of Service* Lippo mall, serta Kecamatan/Kelurahan.

- 3) *Website*, 1 *website* BPJS Kesehatan dengan alamat www.bpjs-kesehatan.go.id.
- 4) 1 aplikasi *Mobile JKN* (*android* dan *iOS*).
- 5) 106 *agent* dan 7 *supervisor* BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400.
- 6) 127 *Mobile Customer Service*.
- 7) 1 portal pendaftaran Badan Usaha bersama BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (www.bpjs.go.id).
- 8) 3.930 Kader JKN-KIS.

- b. Komposisi Peserta Berdasarkan Kanal Pendaftaran
- Bila dilihat berdasarkan kanal pendaftaran, maka jumlah peserta yang melakukan pendaftaran sampai dengan 31 Desember 2018 sebagaimana disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.32
Jumlah Peserta Mendaftar
Berdasarkan Kanal Pendaftaran
Realisasi per 31 Desember 2018

No	Kanal Pendaftaran	Jumlah
1	2	3
1	Kantor Cabang	199.375.951
2	Website	7.195.214
3	Bank	727.561
4	Care Center 1500 400	49.353
5	Kecamatan	24.047
6	Lippo Mall	31.904
7	Mobile JKN	650.169
Jumlah		208.054.199

- c. Jumlah Peserta dengan Identitas Kepesertaan JKN
Pencetakan kartu JKN (kartu BPJS Kesehatan) telah dilakukan sejak 1 Januari 2014 dan secara langsung didistribusikan kepada peserta. Sampai dengan 31 Desember 2018, telah dilakukan dan distribusi identitas JKN-KIS sejumlah 208.054.199 dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.33
Jumlah Peserta yang Telah Menerima dan Mengganti Kartu Menjadi Kartu JKN-KIS
sampai dengan 31 Desember 2018

No	Segmen Peserta	Jumlah Peserta dengan Identitas KIS	Jumlah Peserta dengan Identitas selain KIS*)	Jumlah Kepemilikan Identitas Peserta JKN-KIS	%
1	2	3	4	5	6=(3+4)/5
A	Penerima Bantuan Iuran	92.107.598	-	92.107.598	100,00
B	Bukan Penerima Bantuan Iuran				
	1a. Pekerja Penerima Upah (PPU)				
	a. PNS	7.978.974	4.779.303	12.758.277	100,00
	b. TNI/POLRI/PNS Kemhan/Polri	2.725.818	141.893	2.867.711	100,00
	c. Pejabat Negara (PN)	27.605	3.314	30.919	100,00
	d. Pegawai Pemerintah Non PNS	1.320.438	259.001	1.579.439	100,00
	1b. PPU Non Penyelenggara Negara				
	a. Perusahaan BUMN	1.381.187	166.540	1.547.727	100,00
	b. BU Swasta	26.509.399	4.539.623	31.049.022	100,00
	Sub Total 1	39.943.421	9.889.674	49.833.095	100,00
	2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	29.638.267	1.461.981	31.100.248	100,00
	3. Bukan Pekerja (BP)				
	a. Investor	54.253	6.573	60.826	100,00
	b. Pemberi Kerja	20.122	1.949	22.071	100,00
	c. Penerima Pensiun (PP)	1.828.989	2.934.825	4.763.814	100,00
	d. Veteran	65.832	224.612	290.444	100,00
	e. Perintis Kemerdekaan (PK)	444	2.276	2.720	100,00
	Sub Total 3	1.969.640	3.170.235	5.139.875	100,00
	Total B	71.551.328	14.521.890	86.073.218	100,00
C	Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah	22.202.632	7.670.751	29.873.383	100,00
Total		185.861.558	22.192.641	208.054.199	100,00

* Identitas selain KIS (Kartu Jamkesmas, Kartu eks Askes, e-ID JKN, Kartu BPJS Kesehatan laminasi)

Jumlah peserta JKN yang sudah mendapatkan identitas berupa Kartu Indonesia Sehat, baik berupa KIS maupun identitas selain KIS seperti Kartu Askes dan Kartu BPJS Kesehatan yang telah dicetak dan didistribusikan sampai dengan 31 Desember 2018 adalah sejumlah 100% dari jumlah peserta yang terdapat dalam *master file* kepesertaan, dengan keterangan:

- 1) Peserta yang menggunakan identitas kepesertaan selain KIS (Kartu Jamkesmas, Kartu eks Askes, e-ID JKN, Kartu BPJS Kesehatan laminasi) sebanyak 22.192.641 jiwa (10,67% dari seluruh peserta JKN-KIS).
- 2) Telah diterbitkan Surat Edaran Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta Nomor 42 Tahun 2017 tentang Penggantian Kartu Jamkesmas, dimana BPJS Kesehatan akan melakukan penggantian kartu Jamkesmas (hijau dan biru) secara

bertahap dan Surat Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta Nomor 10464/VII.2/0817 tanggal 25 Agustus 2017 tentang Percepatan Pemutakhiran Data dan Pencetakan KIS bagi PPU.

4. Manajemen Data Kepesertaan
 - a. Jumlah Peserta Berdasarkan Segmentasi Peserta dan Status PISA.

Sebagai wujud komitmen BPJS Kesehatan dalam menyediakan layanan prima bagi peserta, maka BPJS Kesehatan telah mengelola data peserta melalui pengelompokan peserta dan PISA (Peserta, Suami/Istri dan Anak dan lainnya). Pengelompokan tersebut tercatat dalam *master file* Kepesertaan sebagaimana disajikan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 3.34
Jumlah Peserta Berdasarkan Segmen Peserta dan PISA
per 31 Desember 2018

(Jiwa)

No	Segmen Peserta	Peserta	Istri/Suami	Anak	Lainnya	Jumlah
1	2	3	4	5	6	7=3+...+6
A	Penerima Bantuan Iuran	28.851.393	16.610.770	38.583.367	8.062.068	92.107.598
B	Bukan Penerima Bantuan Iuran					
	1a. Pekerja Penerima Upah (PPU)					
	a. PNS	4.760.506	2.608.463	5.253.996	135.312	12.758.277
	b. TNI/POLRI/PNS Kemhan/Polri	1.014.139	609.061	1.224.169	20.342	2.867.711
	c. Pejabat Negara (PN)	10.163	7.277	13.383	96	30.919
	d. Pegawai Pemerintah Non PNS	657.351	337.573	582.431	2.084	1.579.439
	1b. PPU Non Penyelenggara Negara					
	a. Perusahaan BUMN	607.141	326.345	612.397	1.844	1.547.727
	b. BU Swasta	13.255.049	6.305.817	11.220.154	268.002	31.049.022
	Sub Total 1	20.304.349	10.194.536	18.906.530	427.680	49.833.095
	2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	12.315.705	7.083.471	10.956.340	744.732	31.100.248
	3. Bukan Pekerja (BP)					
	a. Investor	22.944	13.471	22.335	2.076	60.826
	b. Pemberi Kerja	7.287	4.903	9.189	692	22.071
	c. Penerima Pensiun (PP)	2.653.130	1.719.449	388.269	2.966	4.763.814
	d. Veteran	171.074	116.893	2.409	68	290.444
	e. Perintis Kemerdekaan (PK)	1.889	790	40	1	2.720
	Sub Total 3	2.856.324	1.855.506	422.242	5.803	5.139.875
	Total B	35.476.378	19.133.513	30.285.112	1.178.215	86.073.218
C	Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah	14.948.196	3.882.428	9.128.390	1.914.369	29.873.383
Total		79.275.967	39.626.711	77.996.869	11.154.652	208.054.199

Dengan penjelasan sebagai berikut:

- 1) Peserta PBI JK yang dibiayai oleh Pemerintah Pusat, jumlah kepesertaannya ditetapkan melalui Keputusan Menteri Sosial RI dan didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.
- 2) Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah adalah peserta Jamkesda yang terintegrasi ke dalam BPJS Kesehatan.
- 3) Untuk segmen peserta PBPU dan BP, perekaman data peserta dilakukan dengan cara mengentri data peserta sesuai dengan kegiatan pendaftaran yang dilakukan oleh peserta. Dalam proses pendaftaran, data peserta sudah

diintegrasikan dengan data Kependudukan dan Catatan Sipil (Dukcapil) melalui *web service* yang dapat mengakses data kependudukan dengan mengentri Nomor Induk Kependudukan (NIK).

- 4) Peserta Lainnya adalah peserta tambahan di luar status PISA (Peserta, Istri/Suami, dan Anak), yaitu orang tua dan mertua.

- b. Jumlah Peserta Dilengkapi dengan NIK
Sampai dengan 31 Desember 2018, jumlah peserta yang telah dilengkapi dengan NIK lengkap sebesar 191.293.338 jiwa (91,94%) disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.35
Persentase Kepemilikan NIK
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

(Jiwa)

No	Segmen Peserta	NIK Lengkap	NIK Belum Lengkap	Total	%
1	2	3	4	5=3+4	6=3/5
A	Penerima Bantuan Iuran	77.948.038	14.159.560	92.107.598	84,63
B	Bukan Penerima Bantuan Iuran				
	1a. Pekerja Penerima Upah (PPU)				
	a. PNS	12.151.427	606.850	12.758.277	95,24
	b. TNI/POLRI/PNS Kemhan/Polri	2.772.097	95.614	2.867.711	96,67
	c. Pejabat Negara (PN)	29.878	1.041	30.919	96,63
	d. Pegawai Pemerintah Non PNS	1.571.388	8.051	1.579.439	99,49
	1b. PPU Non Penyelenggara Negara				
	a. Perusahaan BUMN	1.545.520	2.207	1.547.727	99,86
	b. BU Swasta	30.724.111	324.911	31.049.022	98,95
	Sub Total 1	48.794.421	1.038.674	49.833.095	97,92
	2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	31.046.503	53.745	31.100.248	99,83
	3. Bukan Pekerja (BP)				
	a. Investor	60.824	2	60.826	100,00
	b. Pemberi Kerja	22.049	22	22.071	99,90
	c. Penerima Pensiun (PP)	3.529.186	1.234.628	4.763.814	74,08
	d. Veteran	144.846	145.598	290.444	49,87
	e. Perintis Kemerdekaan (PK)	1.228	1.492	2.720	45,15
	Sub Total 3	3.758.133	1.381.742	5.139.875	73,12
	Total B	83.599.057	2.474.161	86.073.218	271
C	Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah	29.746.243	127.140	29.873.383	99,57
	Total	191.293.338	16.760.861	208.054.199	91,94

Peserta yang telah dilengkapi NIK valid sampai dengan 31 Desember 2018 mencapai 91,94% dari total peserta. Peserta yang belum dilengkapi NIK valid dilakukan upaya pengisian NIK dengan cara:

- 1) Pemadanan data kepesertaan JKN dengan data Dukcapil.
- 2) Pemadanan dengan data terkini dengan Kementerian/Lembaga pemilik data tingkat pusat maupun daerah (Provinsi/ Kabupaten/Kota) antara lain BKN/TNI/ POLIR/BKD/Satuan Kerja.
- 3) Pemutakhiran data peserta pada saat melakukan kunjungan ke Kantor Cabang atau saat pelayanan *Mobile Customer Service* (MCS).

Untuk pendaftaran peserta baru, saat ini mewajibkan menyertakan NIK pada saat proses pendaftaran, sehingga untuk peserta baru sudah terisi NIK. Ini merupakan upaya dari Kantor Cabang untuk melakukan *updating* NIK peserta serta penambahan peserta yang saat mendaftar sudah memiliki NIK yang lengkap.

MANAJEMEN PENGADUAN

Pemberian Informasi

Sampai dengan 31 Desember 2018, pemberian informasi yang disampaikan BPJS Kesehatan mencapai 1.739.170. Berdasarkan media penyampaian, jumlah pemberian informasi disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.36
Jumlah Pemberian Informasi
Berdasarkan Media Penyampaian
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Media Penyampaian	Jumlah
1	2	3
1	Tatap Muka	
	<i>Customer Service</i>	474.907
2	Tulisan	
	a. Surat	80
	b. SMS	1.391
	c. Website	114.693
	d. E-mail	144
	Sub Total 2	116.308
3	Suara	
	a. Telepon	6.102
	b. Care center 1500 400	934.323
	Sub Total 3	940.425
4	Publik	
	a. Twitter	78.826
	b. Facebook	128.704
	Sub Total 3	207.530
	TOTAL	1.739.170

Berdasarkan pokok materi, jumlah pemberian informasi terbanyak adalah terkait pelayanan administrasi dan iuran. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.37
Jumlah Pemberian Informasi
Berdasarkan Pokok Materi
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Pokok Materi Informasi	Care Center 1500400*	Media Lain	Jumlah	Proporsi %
1	2	3	4	5=3+4	6=5/25
1	Pelayanan Administrasi	783.441	250.954	1.034.395	59,48
2	Iuran	255.707	143.958	399.665	22,98
3	Pelayanan Kesehatan	101.394	201.209	302.603	17,40
4	Pelayanan Obat	1.311	1.196	2.507	0,14
	Jumlah	1.141.853	597.317	1.739.170	100,00

*1) termasuk pemberian informasi melalui twitter dan facebook yang dilayani oleh petugas Care Center

Pengelolaan Pengaduan dan Umpan Balik Peserta

Jumlah penanganan pengaduan sampai dengan 31 Desember 2018 tercatat 205.141 pengaduan. Pengaduan disampaikan peserta melalui berbagai macam media, baik melalui tatap muka, tulisan, suara maupun media publik. Secara dirinci disampaikan pada tabel berikut:

Tabel 3.38
Jumlah Pengaduan Peserta
Berdasarkan Media Penyampaian
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Media Penyampaian	Jumlah
1	2	3
1	Tatap Muka	
	<i>Customer Service</i>	73.453
2	Tulisan	
	a. Surat	2
	b. SMS	360
	c. Website	37.634
	d. E-mail	68
	Sub Total 2	38.064
3	Suara	
	a. Telepon	2.707
	b. Care center 1500 400	83.959
	Sub Total 3	86.666
4	Publik	
	a. Twitter	3.363
	b. Facebook	3.595
	Sub Total 4	6.958
	TOTAL	205.141

Berdasarkan pokok permasalahan, jumlah penanganan pengaduan terbanyak adalah terkait pelayanan administrasi dan iuran. Secara rinci jenis pengaduan berdasarkan pokok permasalahan adalah sebagaimana tabel berikut:

Tabel 3.39
Jumlah Pengaduan Peserta
Berdasarkan Pokok Permasalahan
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Pokok Materi Pengaduan	Care Center 1500400*	Media Lain	Jumlah	Proporsi %
1	2	3	4	5=3+4	6=5/25
1	Pelayanan Administrasi	57.467	52.933	110.400	53,82
2	Iuran	27.234	41.929	69.163	33,71
3	Pelayanan Kesehatan	4.981	16.982	21.963	10,71
4	Pelayanan Obat	1.235	2.380	3.615	1,76
Jumlah		90.917	114.224	205.141	100,00

*) termasuk penanganan pengaduan melalui twitter & facebook yang dilayani oleh petugas *Care Center*

Berdasarkan pokok masalah, pengaduan terbanyak yang disampaikan peserta diantaranya yaitu:

1. SMS Nomor *Virtual Account* (VA) tidak diterima calon peserta lebih dari 3 hari setelah melakukan pendaftaran.
2. Tagihan iuran belum sesuai dengan jumlah peserta terdaftar.
3. Kartu JKN-KIS belum diterima lebih dari 7 hari setelah pembayaran pertama.
4. NIK peserta tidak sesuai/ganda.
5. Nama peserta di Kartu JKN-KIS tidak sesuai dengan kartu identitas peserta seperti KTP/KK.
6. Tanggal lahir/jenis kelamin peserta tidak sesuai.
7. Antrian lama (waktu menunggu untuk dilayani).
8. Peserta non aktif karena data ganda.
9. Aplikasi tidak dapat diakses.
10. Peserta non aktif karena menunggak iuran.

SLA Penanganan Pengaduan

Penanganan pengaduan yang dilakukan sampai dengan saat ini terkait respon awal penanganan pengaduan dan pengaduan yang ditindaklanjuti. Sampai dengan 31 Desember 2018, SLA respon awal penanganan pengaduan mencapai 99,70% dan pengaduan yang disampaikan oleh peserta yang telah ditindaklanjuti mencapai 99,22%. Berikut disampaikan perkembangan penyelesaian pengaduan sampai dengan 31 Desember 2018:

Tabel 3.40
Perkembangan Penyelesaian Pengaduan s.d. 31 Desember 2018

No	Unit Kerja/ Kedeputan Wilayah	Progres Penyelesaian Pengaduan			Jumlah Pengaduan	Waktu Penyelesaian Pengaduan			Jumlah Pengaduan Selesai	%	
		Belum direspon	On Process	Selesai		1 s.d 3 hari kerja	4 s.d 5 hari kerja	> 5 hari kerja		SLA Respon Awal	Tindak Lanjut
1	2	3	4	5	6=3+4+5	7	8	9	10=7+8+9	11=(4+5)/5	12=10/5
1	Care Center	-	-	90.917	90.917	90.917	-	-	90.917	100,00	100,00
2	Kantor Pusat	-	111	816	927	644	22	150	816	100,00	88,03
3	Sumut dan DI Aceh	40	40	15.292	15.372	15.140	82	70	15.292	99,74	99,48
4	Riau, Kepri, Sumbang dan Jambi	31	21	7.198	7.250	7.086	68	44	7.198	99,57	99,28
5	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	4	30	1.384	1.418	1.367	13	4	1.384	99,72	97,60
6	Jabodetabek	224	376	28.541	29.141	27.248	754	539	28.541	99,23	97,94
7	Jabar	73	139	11.471	11.683	10.751	295	425	11.471	99,38	98,19
8	Jateng dan DI Yogyakarta	112	52	16.635	16.799	16.456	131	48	16.635	99,33	99,02
9	Jatim	55	87	7.414	7.556	7.197	151	66	7.414	99,27	98,12
10	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	6	7	3.859	3.872	3.775	67	17	3.859	99,85	99,66
11	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	22	81	4.623	4.726	4.563	29	31	4.623	99,53	97,82
12	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Malut	13	15	6.266	6.294	6.154	78	34	6.266	99,79	99,56
13	Bali, NTT dan NTB	11	11	4.958	4.980	4.819	44	95	4.958	99,78	99,56
14	Papua dan Papua Barat	10	2	1.002	1.014	982	11	9	1.002	99,01	98,82
15	Banten, Kalbar dan Lampung	14	21	3.157	3.192	3.057	60	40	3.157	99,56	98,90
Jumlah		615	993	203.533	205.141	200.156	1.805	1.572	203.533	99,70	99,22

PENERIMAAN IURAN

Sampai dengan 31 Desember 2018, Pendapatan iuran mencapai Rp81,975 triliun, telah diterima secara tunai (Penerimaan iuran) sebesar Rp82,041 triliun. Dalam Penerimaan iuran sebesar Rp82,041 triliun tersebut, termasuk di dalamnya Penerimaan iuran atas kewajiban Pemerintah Pusat/Daerah tahun 2017 hasil rekonsiliasi sementara, penerimaan iuran hasil rekonsiliasi Penerima Pensiun PNS/TNI/Polri, serta penyelesaian tunggakan Pemerintah Daerah melalui pemotongan DAU.

Dengan memperhitungkan hasil rekonsiliasi dan pemotongan DAU tersebut, maka rasio kolektibilitas iuran s.d. 31 Desember 2018 secara keseluruhan tercapai sebesar 100,08%. Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.41
Kolektibilitas iuran s.d. 31 Desember 2018

(juta rupiah)

No	Segmen Peserta	RKAT 2018			Realisasi s.d. 31 Desember 2018		
		Pendapatan	Penerimaan	Kolektibilitas	Pendapatan	Penerimaan	Kolektibilitas
1	2	3	4	5=4/3	6	7	8=7/6
A	Penerima Bantuan iuran (PBI)	25.502.400	25.502.400	100,00	25.492.043	25.492.043	100,00
B	Bukan PBI						
1.	Pekerja Penerima Upah (PPU)						
a.	PPU Pemerintah	15.083.412	14.982.958	99,33	14.498.261	14.562.970	100,45
b.	PPU Badan Usaha	23.065.079	22.488.452	97,50	24.509.485	24.639.287	100,53
	Sub Total 1	38.148.491	37.471.410	98,23	39.007.747	39.202.258	100,50
2.	Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPUP)	9.230.081	8.768.577	95,00	8.967.670	8.653.474	96,50
3.	Bukan Pekerja (BP)	1.656.999	1.656.999	100,00	1.705.307	1.704.337	99,94
	Sub Total B	49.035.571	47.896.986	97,68	49.680.723	49.560.068	99,76
C	Penduduk yang Didaftarkan Pemda	5.233.745	5.129.070	98,00	6.802.414	6.989.389	102,75
	Total A+B+C	79.771.716	78.528.456	98,44	81.975.180	82.041.501	100,08

Untuk Penerimaan iuran yang bersumber dari Badan Usaha, sampai dengan 31 Desember 2018 tercapai rasio kolektibilitas sebesar 100,53%. Hal ini tidak terlepas dari pemberlakuan Sistem Pembayaran Tertutup (*Close Payment System*) bagi Badan Usaha sejak 1 Februari 2018, dimana Badan Usaha tidak dapat melakukan pembayaran bila tidak sesuai dengan tagihan (*Billing Statement*), disamping juga upaya penagihan dan penegakan kepatuhan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Melalui ketiga upaya tersebut, BPJS Kesehatan akan terus mengupayakan agar rasio kolektibilitas Badan Usaha mencapai titik optimal mendekati yang seharusnya diterima.

PEMBAYARAN MANFAAT PROGRAM

Manajemen Fasilitas Kesehatan

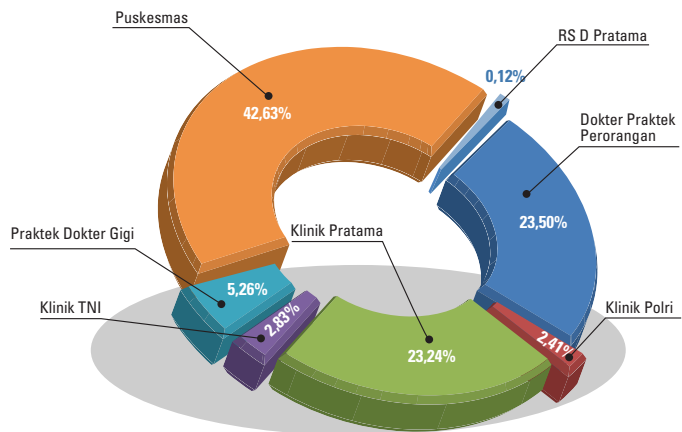
1. Manajemen Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Sampai dengan 31 Desember 2018, faskes tingkat pertama yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebanyak 23.298 faskes yang terdiri dari 22.072 FKTP dan 1.226 FKTP Gigi yang secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.42
Jaringan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Jenis Faskes	Realisasi
1	2	3
1	Dokter Praktik Perorangan	5.475
2	Klinik POLRI	562
3	Klinik Pratama	5.415
4	Klinik TNI	660
5	Praktik Dokter Gigi	1.226
6	Puskesmas	9.933
7	RS D Pratama	27
Total		23.298

Gambar 3.1
Komposisi FKTP Tahun 2018



Rincian jumlah faskes tingkat pertama yang bekerja sama disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.43
Jaringan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
per Kedeputan Wilayah
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	A. FKTP							Praktik Dokter Gigi	Total (A + B)
		Dokter Praktik Perorangan	Klinik POLRI	Klinik Pratama	Klinik TNI	Puskesmas	RS D Pratama	Total		
1	2	3	4	5	6	7	8	9=3+...+8	10	11=9+10
1	Sumut dan DI Aceh	230	60	604	59	925	1	1.879	17	1.896
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	310	55	492	52	756	1	1.666	80	1.746
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	390	39	213	27	574	1	1.244	58	1.302
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	96	40	996	65	667	-	1.864	18	1.882
5	Jabar	500	31	774	43	833	-	2.181	59	2.240
6	Jateng dan DI Yogyakarta	1.289	46	681	63	996	1	3.076	346	3.422
7	Jatim	776	46	642	79	965	-	2.508	223	2.731
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	405	52	218	59	666	3	1.403	96	1.499
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	359	59	179	63	1.031	5	1.696	109	1.805
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	279	41	83	33	609	5	1.050	52	1.102
11	Bali, NTT dan NTB	535	44	165	44	670	4	1.462	130	1.592
12	Papua dan Papua Barat	90	15	30	35	565	6	741	16	757
13	Banten, Kalbar dan Lampung	216	34	338	38	676	-	1.302	22	1.324
Total		5.475	562	5.415	660	9.933	27	22.072	1.226	23.298

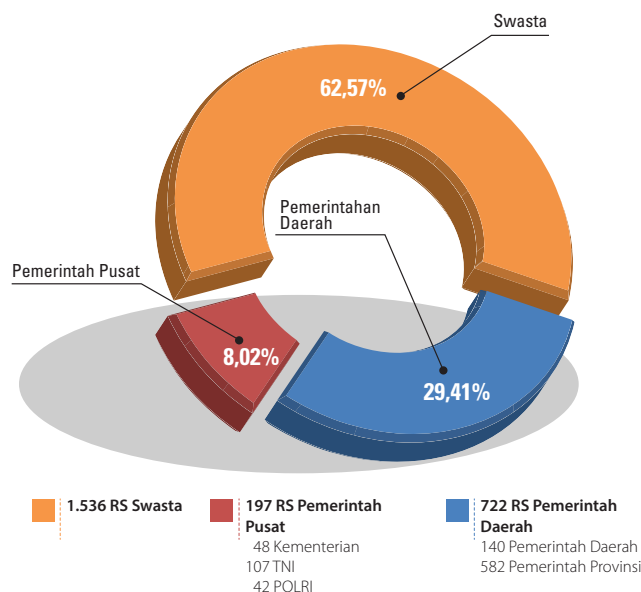
2. Manajemen Fasilitas Kesehatan Rujukan
Jumlah faskes rujukan yang bekerja sama disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.44
Jaringan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kepemilikan	Realisasi
1	2	3
1 Pemerintah Pusat		
a. Kementerian		48
b. TNI		107
c. POLRI		42
2 Pemerintah Daerah		
a. Pemerintah Provinsi		140
b. Pemerintah Kab./Kota		582
3 Swasta		
a. Laba		1.491
b. BUMN/BUMD		45
Total		2.455

Rincian jumlah FKRTL beserta faskes penunjang yang bekerja sama disajikan pada tabel berikut:

Gambar 3.2
Komposisi FKRTL Tahun 2018



Tabel 3.45
Jaringan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)
dan Fasilitas Kesehatan Penunjang
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kepemilikan	Jenis									Total FKRTL	Apotek	Optik
		RS Umum				RS Khusus				Klinik Utama			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12=3+...+11	13	14
1 Pemerintah Pusat													
a. Kementerian													
1) Kementerian Kesehatan		12	3	6	-	16	3	1	-	2	43	21	-
2) Kementerian Pendidikan		-	2	1	-	1	-	-	-	-	4	-	-
3) Kementerian Pertahanan		-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-
b. TNI													
1) Angkatan Laut		1	3	6	9	-	1	1	-	-	21	14	-
2) Angkatan Darat		1	10	27	28	-	-	1	-	1	68	54	-
3) Angkatan Udara		-	3	5	9	-	1	-	-	-	18	9	-
c. POLRI		1	4	27	10	-	-	-	-	-	42	28	-
2 Pemerintah Daerah													
a. Pemerintah Propinsi		6	35	15	27	17	19	5	-	16	140	97	3
b. Pemerintah Kab./Kota		1	125	305	127	-	4	3	2	15	582	500	1
3 Swasta													
a. Laba		1	128	520	435	1	9	194	6	197	1.491	1.804	1.057
b. BUMN/BUMD		-	3	31	7	-	-	-	-	4	45	376	-
Total		23	316	944	652	35	37	205	8	235	2.455	2.903	1.061

Secara keseluruhan, FKRTL termasuk faskes penunjang (Apotek dan Optik) yang telah bekerja sama sebanyak 6.419 faskes.

Manajemen Manfaat dan Utilisasi Pelayanan

1. Manajemen Manfaat dan Utilisasi Pelayanan Primer
 - a. Jumlah Kunjungan dan Rujukan di Faskes Tingkat Pertama
Data jumlah kunjungan dan rujukan per jenis FKTP disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.46
Jumlah Kunjungan dan Rujukan per Jenis FKTP
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Jenis Faskes	Realisasi	
		Jumlah Kunjungan	Jumlah Rujukan
1	2	3	4
1	Dokter Praktik Perorangan	16.340.644	2.484.008
2	Klinik POLRI	1.151.514	318.021
3	Klinik Pratama	45.691.694	6.383.400
4	Klinik TNI	2.104.475	634.560
5	Praktik Dokter Gigi	997.490	63.979
6	Puskesmas	81.112.958	14.439.680
7	RS D Pratama	44.554	7.524
Total		147.443.329	24.331.172

Sedangkan jumlah kasus RITP sampai dengan 31 Desember 2018, sebanyak 718.049 kasus yang dilayani di Puskesmas dan Klinik Pratama.

- b. Program Rujuk Balik (PRB)
Program Rujuk Balik merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama atas rekomendasi/rujukan dari Dokter Spesialis/Sub Spesialis yang merawat.

Terdapat 9 diagnosa yang termasuk dalam PRB meliputi Diabetes Melitus, Hipertensi,

Jantung, Asma, PPOK, Epilepsi, Skizofren, Stroke, dan Sindroma Lupus Eritromatosus. Jumlah peserta PRB sampai dengan 31 Desember 2018 sebanyak 1.027.597 jiwa disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.47
Peserta Program Rujuk Balik (PRB)
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

(Jiwa)

No	Jenis Penyakit	Realisasi
1	2	3
1	Diabetes Melitus	427.915
2	Hipertensi	445.883
3	Jantung	91.459
4	Asma	26.449
5	Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)	10.231
6	Epilepsi	8.906
7	Skizofren	5.090
8	Stroke	11.388
9	Sindroma Lupus Eritromatosus	276
Total		1.027.597

- c. Pengelolaan Promprev di Faskes Tingkat Pertama
Sampai dengan 31 Desember 2018, kegiatan yang telah dilaksanakan yaitu:
 - 1) Skrining untuk preventif primer (skrining riwayat kesehatan peserta) terhadap 558.064 peserta. Jika hasil skrining mengindikasikan peserta memiliki faktor risiko Diabetes Melitus Tipe 2 atau Hipertensi, peserta diedukasi untuk turut serta dalam Program Prolanis (Diabetes Melitus Tipe 2 atau Hipertensi).
 - 2) Skrining untuk preventif sekunder selektif yang dilaksanakan bagi peserta risiko tinggi penyakit kronis. Berdasarkan hasil skrining riwayat kesehatan, telah dilakukan kegiatan Skrining Lanjutan Pemeriksaan DM kepada 520 peserta, Skrining IVA kepada 94.709 peserta, *Pap Smear* kepada 175.241 peserta dan Krioterapi kepada 1.142 peserta.

- d. Pengelolaan Pembayaran Kapitasi
Sampai dengan 31 Desember 2018, BPJS Kesehatan telah membayar biaya kapitasi sebesar Rp13,208 triliun atau 95,51% dari RKAT 2018. Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.48
Rincian Pembayaran Kapitasi per Kedeputan Wilayah Perbandingan RKAT 2018 dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018

(Juta Rupiah)

No	Kedeputan Wilayah	RKAT	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Sumut dan DI Aceh	1.096.300	1.013.089	92,41
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	847.438	797.861	94,15
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	510.599	467.974	91,65
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	1.979.778	2.003.898	101,22
5	Jabar	1.653.231	1.556.583	94,15
6	Jateng dan DI Yogyakarta	2.081.058	2.082.197	100,05
7	Jatim	1.852.725	1.800.538	97,18
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	534.848	516.580	96,58
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	845.128	783.753	92,74
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	443.142	398.443	89,91
11	Bali, NTT dan NTB	777.019	746.345	96,05
12	Papua dan Papua Barat	350.876	270.363	77,05
13	Banten, Kalbar dan Lampung	856.506	770.606	89,97
Total		13.828.648	13.208.229	95,51

Rincian pembayaran kapitasi per jenis FKTP sampai dengan 31 Desember 2018, disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.49
Pembayaran Kapitasi per Jenis FKTP Realisasi s.d. 31 Desember 2018

(Juta Rupiah)

No	Jenis Faskes	Realisasi
1	2	3
1	Dokter Praktik Perorangan	934.113
2	Klinik POLRI	122.003
3	Klinik Pratama	2.627.470
4	Klinik TNI	181.885
5	Praktik Dokter Gigi	141.116
6	Puskesmas	9.194.989
7	RS D Pratama	6.653
Total		13.208.229

- e. Evaluasi Utilisasi
Realisasi *rate* kunjungan dan rasio rujukan peserta di FKTP sampai dengan 31 Desember 2018, disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.50
Rate Kunjungan dan Rasio Rujukan Peserta di FKTP Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Jenis Faskes	Realisasi	
		Rate Kunjungan (‰)	Rasio Rujukan (%)
1	2	3	4
1	Dokter Praktik Perorangan	140,79	15,20
2	Klinik POLRI	83,54	27,62
3	Klinik Pratama	169,71	13,97
4	Klinik TNI	107,94	30,15
5	Praktik Dokter Gigi	14,18	6,41
6	Puskesmas	47,25	17,80
7	RS D Pratama	62,65	16,89
Nasional		66,83	16,50

10 diagnosa kunjungan pada tingkat layanan RJTP dimana diagnosa terbanyak adalah Acute Upper Respiratory Infection, *Unspecified* dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.51
Sepuluh Diagnosa Kunjungan RJTP Terbanyak Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Diagnosa Kunjungan	Realisasi Kasus
1	2	3
1	Acute upper respiratory infection, unspecified	13.427.802
2	Acute nasopharyngitis (common cold)	10.593.940
3	Essential (primary) hypertension	9.842.495
4	Dyspepsia	6.291.755
5	Myalgia	5.817.286
6	Headache	4.262.745
7	Fever, unspecified	4.048.863
8	Gastritis, unspecified	3.782.007
9	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	3.575.086
10	Acute pharyngitis, unspecified	2.827.699
Total		64.469.678

10 diagnosa rujukan pada tingkat layanan RJTP dimana diagnosa rujukan terbanyak adalah Disorder of Refraction, *Unspecified* dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.52
Sepuluh Diagnosa Rujukan RJTP Terbanyak
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Diagnosa Rujukan	Realisasi Kasus
1	2	3
1	Disorder of refraction, unspecified	642.510
2	Congestive heart failure	579.522
3	Myopia	438.201
4	Low back pain	390.607
5	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	380.946
6	Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	337.211
7	Necrosis of pulp	275.237
8	Cataract, unspecified	274.710
9	Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure	263.574
10	Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure	263.505
Total		3.846.023

- f. Kendali Mutu Kendali Biaya Primer
Mengacu pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 24 ayat (3), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial diamanatkan mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan.

Dalam rangka mengembangkan sistem pembayaran pelayanan kesehatan, maka sejak tahun 2016 telah dilaksanakan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan yang dilaksanakan secara bertahap di seluruh FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memenuhi persyaratan untuk pelaksanaan KBK.

Capaian KBK Puskesmas sampai dengan 31 Desember 2018, disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.53
Capaian KBK Puskesmas
s.d. 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Realisasi		
		Rasio Angka Kontak	Rasio Peserta Prolanis Berkunjung	Rasio Rujukan Non Spesialistik (RNS)
1	2	3	4	5
1	Sumut dan DI Aceh	88,25	34,60	1,74
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	118,48	35,84	1,48
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	121,92	34,33	1,21
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	147,80	65,11	0,66
5	Jabar	101,34	31,92	1,63
6	Jateng dan DI Yogyakarta	149,15	53,55	0,64
7	Jatim	129,98	48,01	0,71
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	82,79	26,74	1,92
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	89,28	32,88	2,09
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	80,16	31,65	1,59
11	Bali, NTT dan NTB	98,89	33,97	1,80
12	Papua dan Papua Barat	33,98	34,25	2,00
13	Banten, Kalbar dan Lampung	102,98	37,44	1,47
Total		114,21	40,57	1,30

2. Manajemen Manfaat dan Utilisasi Pelayanan Rujukan
 - a. Pengelolaan Klaim
 - 1) Absensi Klaim
Pengelolaan klaim adalah proses sejak klaim diterima lengkap di Kantor Cabang hingga klaim selesai diverifikasi serta dicatat di register BOA. Penyelesaian klaim N-1 pada bulan pembebanan Desember 2018 secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.54
Absensi Klaim per 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Jumlah	Klaim >N-2			Klaim N-2		Klaim N-1	
			Jml	%		Jml	%	Jml	%
1	2	3	4	5=4/3		6	7=6/3	8	9=8/3
1	Sumut dan DI Aceh	415	169	40,72		174	41,93	72	17,35
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	370	57	15,41		121	32,70	192	51,89
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	205	30	14,63		32	15,61	143	69,76
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	685	50	7,30		203	29,64	432	63,07
5	Jabar	365	92	25,21		122	33,42	151	41,37
6	Jateng dan DI Yogyakarta	654	146	22,32		278	42,51	230	35,17
7	Jatim	626	119	19,01		197	31,47	310	49,52
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	231	90	38,96		72	31,17	69	29,87
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	317	133	41,96		106	33,44	78	24,61
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	191	83	43,46		69	36,13	39	20,42
11	Bali, NTT dan NTB	255	26	10,20		85	33,33	144	56,47
12	Papua dan Papua Barat	76	40	52,63		18	23,68	18	23,68
13	Banten, Kalbar dan Lampung	245	59	24,08		113	46,12	73	29,80
Total		4.635	1.094	23,60		1.590	34,30	1.951	42,09

- 2) Kualitas Penagihan Klaim Rumah Sakit
- Kualitas penagihan klaim rumah sakit adalah gambaran jumlah klaim yang telah ditagihkan rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Kualitas penagihan klaim rumah sakit merupakan perbandingan jumlah Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang telah diterbitkan oleh rumah sakit dengan jumlah kasus

yang telah ditagihkan kepada BPJS Kesehatan. SEP adalah surat keterangan yang menyatakan keabsahan kepesertaan sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan.

Realisasi kualitas penagihan klaim Rumah Sakit pembebanan Desember 2018, disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.55
Kualitas Penagihan Klaim Rumah Sakit
Pembebanan Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	RJTL			RITL		
		N-3 (Bupel Sept 18)	N-2 (Bupel Okt 18)	N-1 (Bupel Nov 18)	N-3 (Bupel Sept 18)	N-2 (Bupel Okt 18)	N-1 (Bupel Nov 18)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Sumut dan DI Aceh	73,72%	54,19%	11,36%	73,72%	51,94%	9,06%
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	81,46%	76,13%	38,64%	76,93%	70,67%	33,21%
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	78,64%	76,45%	58,24%	82,76%	81,15%	53,45%
4	DKI Jkt, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi	81,89%	79,80%	42,06%	79,61%	78,84%	32,28%
5	Jabar	79,20%	67,44%	30,55%	81,05%	69,71%	28,52%
6	Jateng dan DI Yogyakarta	82,86%	65,77%	29,89%	79,42%	63,72%	24,94%
7	Jatim	83,49%	76,48%	35,57%	82,59%	76,18%	30,20%
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	68,29%	42,83%	19,40%	63,57%	39,85%	17,07%
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	70,51%	49,55%	18,24%	70,43%	48,04%	13,50%
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	74,75%	58,97%	24,29%	72,97%	46,88%	17,33%
11	Bali, NTT dan NTB	89,93%	82,66%	49,85%	85,30%	86,17%	40,47%
12	Papua dan Papua Barat	36,11%	22,80%	11,01%	44,68%	29,21%	13,57%
13	Banten, Kalbar dan Lampung	77,65%	63,84%	25,08%	76,32%	60,89%	19,84%
Total		80,02%	69,29%	32,98%	77,56%	65,71%	26,03%

- b. Evaluasi Utilisasi
- 1) Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan
Data pemanfaatan pelayanan di FKRTL disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.56
Jumlah Kunjungan RJTL dan RITL
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Tingkat Layanan	Realisasi
1	2	3
1	RJTL	76.776.973
2	RITL	9.659.092
Total		86.436.065

Sampai dengan 31 Desember 2018, jumlah kasus dan biaya penyakit katastrofik disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.57
Jumlah Kasus dan Biaya Penyakit Katastrofik
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Katastrofik	Realisasi	
		Kasus	Biaya
1	2	3	4
1	Cirrhosis Hepatis	169.603	294.278.066.990
2	Gagal Ginjal	1.648.667	2.115.674.752.163
3	Haemophilia	54.416	306.918.282.930
4	Jantung	11.628.273	9.388.702.009.776
5	Kanker	1.990.091	2.978.507.340.660
6	Leukaemia	100.955	289.675.750.280
7	Stroke	1.914.455	2.271.338.949.376
8	Thalassaemia	174.740	430.902.142.615
Total		17.681.200	18.075.997.294.790

Dari total pemanfaatan pelayanan tingkat lanjutan sebanyak 86.436.065 kasus, terdapat 20,46% atau 17.681.200 kasus penyakit katastrofik. Kasus katastrofik tersebut menghabiskan biaya sebesar Rp18,076 triliun atau 22,80% dari total biaya pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (Rp79,267 triliun)

Realisasi *rate* dan *unit cost* pada pelayanan tingkat lanjutan sampai dengan 31 Desember 2018, disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.58
Rate dan Unit Cost Pelayanan di FKRTL
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Tingkat Layanan	Rate (%)			Unit Cost (Rp)		
		RKAT	Realisasi	%	RKAT	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3	6	7	8=7/6
1	RJTL	30,69	32,25	105,06	294.534	297.958	101,16
2	RITL	4,40	4,06	92,21	4.645.987	4.710.099	101,38

10 Kode CBG's terbanyak pada tingkat layanan RJTL dimana kasus terbanyak adalah Penyakit Kronis Kecil Lain-lain, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.59
Sepuluh Kode CBG's Terbanyak pada Tingkat Layanan RJTL
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kode CBGs	Nama CBGs	Realisasi	
			Jumlah Kasus	Biaya (Rp.)
1	2	3	4	5
1	Q-5-44-0	PENYAKIT KRONIS KECIL LAIN-LAIN	42.171.533	8.806.699.514.190
2	M-3-16-0	PROSEDUR THERAPI FISIK DAN PROSEDUR KECIL MUSKULOSKLETAL	5.125.154	601.590.646.800
3	N-3-15-0	PROSEDUR DIALISIS	4.357.058	3.788.835.149.200
4	Q-5-42-0	PENYAKIT AKUT KECIL LAIN-LAIN	2.802.952	542.679.045.400
5	Z-3-27-0	PERAWATAN LUKA	2.392.556	465.924.056.200
6	Z-3-12-0	PROSEDUR REHABILITASI	2.357.581	373.853.539.100
7	Z-3-25-0	PROSEDUR ULTRASOUND GINEKOLOGIK	1.951.947	605.643.550.200
8	Q-5-18-0	KONSULTASI ATAU PEMERIKSAAN LAIN-LAIN	1.861.348	259.651.699.200
9	H-3-12-0	PROSEDUR LAIN-LAIN PADA MATA	1.855.735	433.926.254.300
10	U-3-16-0	PROSEDUR PADA GIGI	1.675.239	498.567.360.000
Total			66.551.103	16.377.370.814.590

10 Kode CBG's terbanyak pada tingkat layanan RJTL menyerap biaya sebesar Rp16,377 triliun atau 59,81 % dari total realisasi biaya pelayanan RJTL (Rp27,384 triliun).

10 Kode CBG's terbanyak pada tingkat layanan RITL, dimana kasus terbanyak adalah Operasi Pembedahan Caesar (Ringan), dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.60
Sepuluh Kode CBG's Terbanyak pada Tingkat Layanan RITL
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

No	Kode CBGs	Nama CBGs	Realisasi	
			Jumlah Kasus	Biaya (Rp.)
1	2	3	4	5
1	O-6-10-I	OPERASI PEMBEDAHAN CAESAR (RINGAN)	651.610	3.575.922.289.560
2	K-4-17-I	NYERI ABDOMEN & GASTROENTERITIS LAIN-LAIN (RINGAN)	460.478	786.957.044.860
3	A-4-14-I	PENYAKIT INFEKSI BAKTERI DAN PARASIT LAIN-LAIN (RINGAN)	387.636	978.613.150.310
4	K-4-18-I	GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN LAIN-LAIN (RINGAN)	306.855	454.899.343.295
5	O-6-13-I	PERSALINAN VAGINAL (RINGAN)	304.261	534.669.204.130
6	P-8-17-I	NEONATAL, BBL > 2499 GR TANPA PROSEDUR MAYOR (RINGAN)	270.177	1.046.507.586.100
7	A-4-13-I	INFEKSI VIRAL & NON-BAKTERIAL LAIN (RINGAN)	214.984	411.782.262.910
8	J-4-16-I	SIMPLE PNEUMONIA & WHOOPING COUGH (RINGAN)	176.895	692.020.143.540
9	O-6-13-II	PERSALINAN VAGINAL (SEDANG)	167.205	342.787.292.785
10	L-1-40-I	PROSEDUR PADA KULIT, JARINGAN) BAWAH KULIT (RINGAN)	166.061	753.346.853.885
Total			3.106.162	9.577.505.171.375

10 Kode CBG's terbanyak pada tingkat layanan RITL menyerap biaya sebesar Rp9,578 triliun atau 18,50% dari total realisasi biaya pelayanan RITL (Rp51,780 triliun).

- 2) Rasio Biaya Manfaat terhadap Pendapatan Iuran
- Berdasarkan RKAT 2018, ditetapkan rasio biaya manfaat terhadap pendapatan iuran sebesar 110,07%. Sampai dengan 31 Desember 2018, rasio biaya manfaat (termasuk biaya promotif dan preventif) terhadap pendapatan iuran sebesar 115,03% disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.61
Rasio Biaya Manfaat terhadap Pendapatan Iuran
Perbandingan RKAT s.d. 31 Desember 2018 dan
Realisasi s.d. 31 Desember 2018

(Juta Rupiah)

No	Keterangan	RKAT	Realisasi	%
1	2	3	4	5=4/3
1	Pendapatan Iuran	79.771.716	81.975.180	102,76
2	Biaya Manfaat (termasuk Biaya Promprev)	87.807.020	94.296.845	107,39
Rasio Klaim (%)		110,07	115,03	

- c. Koordinasi Manfaat
- Sampai dengan 31 Desember 2018 terdapat 15 Asuransi Kesehatan Tambahan yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk koordinasi manfaat. Dari jumlah tersebut, sebanyak 8 perusahaan asuransi telah mendaftarkan pesertanya, yaitu: PT Asuransi Jiwa Mandiri Inhealth, PT Asuransi Reliance Indonesia, PT Asuransi Tugu Mandiri,

PT Asuransi Hanwha Life, PT Asuransi Sinar Mas MSIG, PT Asuransi Umum Mega, PT BNI Life Insurance dan Victoria Insurance dengan jumlah peserta sebanyak 633.976 jiwa.

KUALITAS LAYANAN

BPJS Kesehatan terus mengembangkan berbagai terobosan dan inovasi untuk meningkatkan kualitas layanan kepada peserta. BPJS Kesehatan melalui kerja sama dengan pihak eksternal melaksanakan survei kepuasan peserta dan fasilitas kesehatan. Tujuan dilaksanakan survei tersebut adalah untuk mengukur tingkat kepuasan, *engagement* dan loyalitas Peserta BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan serta memberikan rekomendasi tentang langkah-langkah strategis berskala nasional yang harus dilakukan BPJS Kesehatan yang merupakan kesimpulan dari berbagai permasalahan yang ditemui di lapangan di berbagai aspek dan lokasi. Hasil pengumpulan data kuantitatif sebagai berikut:

1. Indeks Kepuasan Peserta, Loyalitas dan *Engagement* tahun 2018 adalah 79,7%, 78,2% dan 78,1%.
2. Indeks Kepuasan Fasilitas Kesehatan, Loyalitas, dan *Engagement* Tahun 2018 adalah sebesar 75,8%, 76,8% dan 77,7%.

MANAJEMEN KEPATUHAN PEMBERI KERJA

Hasil Pemeriksaan Kepatuhan Pemberi Kerja

1. Pemeriksaan Data
- Pelaksanaan pemeriksaan data kepatuhan pemberi kerja dalam melaksanakan kewajibannya ke BPJS Kesehatan sampai dengan 31 Desember 2018 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.62
Pelaksanaan Pemeriksaan Data Kepatuhan Pemberi Kerja
dalam Melaksanakan Kewajibannya ke BPJS Kesehatan
sampai dengan 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	RKPT	Tindakan Pemeriksaan Atas Jenis Ketidakpatuhan				Patuh	Tidak Patuh	Dalam Progress Pemeriksaan	Tidak Patuh dilanjutkan ke Pemeriksaan Lapangan
			Pendaftaran	Penyampaian Data	Pembayaran Iuran	Jumlah Pemeriksaan				
1	2	3	4	5	6	7=4+5+6	8	9	10	11
1	Sumut dan DI Aceh	1.067	2	61	6	69	66	1	2	-
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	1.323	36	304	12	352	314	35	3	31
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	501	-	50	-	50	23	3	24	3
4	Jabodetabek	2.322	89	180	12	281	233	44	4	16
5	Jabar	1.203	109	15	18	142	66	50	26	6
6	Jateng dan DI Yogyakarta	1.913	241	200	4	445	413	19	13	-
7	Jatim	1.637	94	43	15	152	87	62	3	54
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	606	13	101	32	146	29	112	5	112
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	947	2	46	1	49	35	14	-	14
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	606	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Bali, NTT dan NTB	959	32	62	3	97	48	15	34	15
12	Papua dan Papua Barat	511	88	35	41	164	73	90	1	88
13	Banten, Kalbar dan Lampung	879	-	-	-	-	-	-	-	-
Jumlah		14.474	706	1.097	144	1.947	1.387	445	115	339

2. Pemeriksaan Lapangan
 Pelaksanaan pemeriksaan lapangan kepatuhan pemberi kerja dalam melaksanakan kewajibannya ke BPJS Kesehatan sampai dengan 31 Desember 2018 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.63
Pelaksanaan Pemeriksaan Lapangan Kepatuhan Pemberi Kerja
dalam Melaksanakan Kewajibannya ke BPJS Kesehatan
sampai dengan 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	RKPT	Tindakan Pemeriksaan Atas Jenis Ketidakpatuhan				Patuh	Tidak Patuh	Dalam Progress Pemeriksaan
			Pendaftaran	Penyampaian Data	Pembayaran Iuran	Jumlah Pemeriksaan			
1	2	3	4	5	6	7=4+5+6	8	9	10
1	Sumut dan DI Aceh	1.067	444	535	197	1.176	695	430	51
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	1.323	297	569	136	1.002	733	185	84
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	501	142	247	62	451	371	78	2
4	Jabodetabek	2.322	461	1.417	330	2.208	1.299	787	122
5	Jabar	1.203	402	452	103	957	718	164	75
6	Jateng dan DI Yogyakarta	1.913	593	735	133	1.461	1.058	380	23
7	Jatim	1.637	895	461	183	1.539	1.014	519	6
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	606	163	276	126	565	349	187	29
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	947	379	381	154	914	750	160	4
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	606	193	109	251	553	373	134	46
11	Bali, NTT dan NTB	959	355	312	210	877	579	281	17
12	Papua dan Papua Barat	511	212	145	78	435	312	110	13
13	Banten, Kalbar dan Lampung	879	313	372	181	866	580	256	30
Jumlah		14.474	4.849	6.011	2.144	13.004	8.831	3.671	502

3. Pemeriksaan Khusus

Sampai dengan 31 Desember 2018 telah dilakukan pemeriksaan khusus kepada 24 Badan Usaha dengan hasil, 12 Badan Usaha patuh setelah dilakukan Pemeriksaan Khusus, 8 Badan Usaha tidak patuh dan 4 Badan Usaha masih dalam progres Pemeriksaan.

Pemberian Sanksi

1. Sanksi Administratif yang Diterapkan

Sampai dengan 31 Desember 2018 BPJS Kesehatan mengenakan sanksi administratif, berupa teguran tertulis pertama dan kedua, denda administratif dan usulan tidak mendapatkan pelayanan publik tertentu, serta upaya hukum lain kepada Badan Usaha yang dinyatakan tidak patuh terkait pendaftaran, penyampaian data dan pembayaran iuran dalam melaksanakan kewajiban dalam program jaminan kesehatan nasional oleh Petugas Pemeriksa BPJS Kesehatan setelah dilakukan pemeriksaan lapangan. Adapun sanksi tersebut secara rinci disampaikan sebagai berikut:

- a. Ketidakpatuhan atas Hasil Pemeriksaan Data
Dalam hal ini pemberi kerja yang tidak memberikan tanggapan atas konfirmasi sejak permohonan surat konfirmasi diterima oleh badan usaha serta apabila terdapat hasil tanggapan surat konfirmasi tersebut ditemukan ketidakpatuhan atau kecenderungan pelanggaran ketidakpatuhan maka petugas pemeriksa menyusun Laporan Hasil Pemeriksaan Akhir (LHPA) dengan temuan tidak patuh kemudian direkomendasikan untuk ditingkatkan menjadi pemeriksaan lapangan untuk melakukan pengujian lebih lanjut. Dari hasil pemeriksaan data yang dilakukan, terdapat 339 Badan Usaha yang tidak patuh dan kemudian dilanjutkan ke pemeriksaan lapangan.
- b. Ketidakpatuhan atas Hasil Pemeriksaan Lapangan
Penaan sanksi Administrasi dan upaya hukum lain atas hasil pemeriksaan Lapangan adalah sebagai berikut:

Tabel 3.64
Pengenaan Sanksi Administratif dan Upaya Hukum Lain atas Hasil Pemeriksaan Lapangan
Perkembangan sampai dengan 31 Desember 2018

No	Kedeputan Wilayah	Tidak Patuh	Ditindaklanjuti Dengan Pengenaan Sanksi Administratif				Upaya Hukum Lain		Monitoring	
			Teguran Tertulis 1	Teguran Tertulis 2	Denda Administratif	Usulan tidak mendapat pelayanan publik tertentu	Penerbitan SKK	Sanksi Pidana Pasal 55	Patuh (melaksanakan rekomendasi)	Tidak Patuh (tidak melaksanakan rekomendasi)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Sumut dan DI Aceh	430	139	183	-	12	91	-	171	-
2	Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi	185	96	50	5	-	79	-	109	-
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu	78	41	11	-	-	43	-	65	-
4	Jabodetabek	787	301	258	17	11	187	-	525	-
5	Jabar	164	62	22	23	-	58	-	91	-
6	Jateng dan DI Yogyakarta	380	194	104	24	31	114	-	233	-
7	Jatim	519	189	104	70	56	247	-	321	-
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara	187	48	17	8	17	103	-	111	-
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku	160	49	46	12	3	47	-	89	-
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku	134	13	44	9	16	83	-	70	-
11	Bali, NTT dan NTB	281	73	44	26	8	174	-	171	-
12	Papua dan Papua Barat	110	30	15	2	-	92	-	77	-
13	Banten, Kalbar dan Lampung	256	134	46	8	-	109	-	139	-
Jumlah		3.671	1.369	944	204	154	1.427	-	2.172	-

c. Ketidakpatuhan atas Hasil Pemeriksaan Khusus

Sampai dengan 31 Desember 2018 terdapat 8 Badan Usaha yang dinyatakan tidak patuh dalam melaksanakan kewajiban (ketidakpatuhan pendaftaran, penyampaian data dan pembayaran iuran) setelah dilaksanakan Pemeriksaan khusus, sehingga dikenakan sanksi administratif maupun upaya hukum lainnya, yaitu:

- 1) 5 BU dikenakan sanksi teguran tertulis 2.
- 2) 7 BU yang dilakukan SKK (Surat Kuasa Khusus).
- 3) 4 BU patuh melakukan rekomendasi setelah sanksi administratif maupun upaya hukum litigasi/non litigasi.

PEMBAYARAN BAGI PESERTA JKN-KIS DENGAN JALAN RETAIL EMPRAK SAHARA



BAB IV

ASPEK KEUANGAN

DANA JAMINAN SOSIAL (DJS)

PENDAPATAN IURAN

Pendapatan iuran yang sudah dibukukan sampai dengan 31 Desember 2018 mencapai Rp81,975 triliun atau 102,76% dari RKAT. Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.1
Pendapatan iuran
Perbandingan Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited), RKAT 2018, dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Jenis iuran	Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
A	Penerima Bantuan iuran	25.362.816	25.502.400	25.492.043	100,51	99,96
B	Bukan PBI					
	1. Pekerja Penerima Upah (PPU)					
	a. PPU Pemerintah	13.820.774	15.083.412	14.498.261	104,90	96,12
	b. PPU Badan Usaha	21.490.531	23.065.079	24.509.485	114,05	106,26
	Subtotal 1	35.311.306	38.148.491	39.007.747	110,47	102,25
	2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	6.716.609	9.230.081	8.967.670	133,51	97,16
	3. Bukan Pekerja	1.650.705	1.656.999	1.705.307	103,31	102,92
	Subtotal B	43.678.620	49.035.571	49.680.723	113,74	101,32
C	Penduduk yang didaftarkan Pemda	5.205.205	5.233.745	6.802.414	130,68	129,97
	Total (A+B+C)	74.246.641	79.771.716	81.975.180	110,41	102,76

Dibandingkan dengan RKAT 2018, pendapatan iuran per segmen peserta dijelaskan sebagai berikut:

1. Iuran Penerima Bantuan Iuran (PBI) tercapai sebesar Rp25,492 triliun atau 99,96% dari RKAT 2018. Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan pendapatan iuran PBI yaitu pemenuhan kuota peserta PBI melalui koordinasi dan rekonsiliasi data kepesertaan dengan Kementerian Sosial dan Kementerian Kesehatan.
2. Pendapatan iuran PPU Pemerintah tercapai sebesar Rp14,498 triliun atau 96,12% dari RKAT 2018. Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan pendapatan iuran dari PPU Pemerintah antara lain melalui rekonsiliasi data dengan masing-masing satuan kerja baik di daerah maupun pusat.
3. Pendapatan iuran PPU Badan Usaha tercapai sebesar Rp24,509 triliun atau 106,26% dari RKAT 2018. Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan pendapatan iuran PPU Badan Usaha dilakukan melalui kegiatan *canvassing* serta penegakan kepatuhan Badan Usaha dalam mendaftarkan dan menyampaikan data peserta.
4. Pendapatan iuran PBPU tercapai sebesar Rp8,968 triliun atau 97,16% dari RKAT 2018.
5. Pendapatan iuran Bukan Pekerja yang terdiri dari iuran pensiunan PNS/TNI/Polri, veteran tuvet, dan perintis kemerdekaan tercapai sebesar Rp1,705 triliun atau 102,92% dari target RKAT 2018.
6. Iuran Penduduk yang didaftarkan oleh Pemda Kabupaten/Kota tercapai sebesar Rp6,802 triliun atau 129,97% dari RKAT 2018.

Piutang iuran per 31 Desember 2018 adalah sebesar Rp806,557 miliar, adapun rincian piutang iuran segmen peserta adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2
Rincian Piutang Iuran Per Segmen Peserta
Perbandingan RKAT 2018 dan Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Piutang Iuran	RKAT 2018	Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)	%
1	2	3	4	5=4/3
A	Penerima Bantuan Iuran	-	-	-
B	Bukan PBI			
	1. Pekerja Penerima Upah			
	a. PPU Pemerintah	413.086	284.645	68,91
	b. PPU Badan Usaha	1.136.973	316.271	27,82
	Sub Total 1	1.550.058	600.916	38,77
	2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	2.265.508	2.109.640	93,12
	3. Bukan Pekerja	-	15.875	-
	Sub Total B	3.815.566	2.726.431	71,46
C	Penduduk yang didaftarkan Pemda	379.595	236.868	62,40
	Piutang Iuran Bruto (A+B+C)	4.195.161	2.963.299	70,64
D	Cadangan Penurunan Nilai	(2.319.695)	(2.156.742)	92,98
	Piutang Iuran Neto (C+D)	1.875.466	806.557	43,01

BIAYA MANFAAT DAN BIAYA LAYANAN JAMINAN SOSIAL

Realisasi biaya manfaat (termasuk biaya promotif dan preventif) sampai dengan 31 Desember 2018 sebesar Rp94,297 triliun (107,39% dari RKAT 2018). Rincian biaya manfaat per jenis tingkat pelayanan disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 4.3
Biaya Manfaat
(Termasuk Biaya Promotif dan Preventif)
Perbandingan Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No.	Jenis Tingkat Pelayanan	Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
1	RJTP	12.777.198	14.579.281	13.732.264	107,47	94,19
2	RITP	894.548	1.123.339	1.102.827	123,28	98,17
3	RJTL	23.524.143	23.875.136	27.384.415	116,41	114,70
4	RITL	47.041.265	47.753.617	51.779.716	110,07	108,43
5	Promotif dan Preventif	207.709	475.647	297.622	143,29	62,57
Total		84.444.864	87.807.020	94.296.845	111,67	107,39

Realisasi komponen biaya manfaat dijelaskan sebagai berikut:

1. Biaya RJTP terealisasi sebesar 94,19% dari RKAT 2018 antara lain disebabkan oleh penambahan peserta terdaftar di FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, dan telah diimplementasikannya Kapitasi berdasarkan Komitmen Pelayanan FKTP tidak hanya pada Puskesmas melainkan juga pada FKTP swasta yaitu klinik pratama dengan ketentuan jumlah peserta terdaftar >5.000 peserta dan telah bekerja sama lebih dari 1 tahun.
2. Biaya RITP terealisasi sebesar 98,17% dari RKAT 2018 yaitu biaya perawatan rawat inap pada puskesmas dan klinik dengan ketersediaan ruang rawat inap.
3. Capaian biaya RJTL dan RITL masing-masing adalah 114,70% dan 108,43% dibandingkan RKAT 2018.
4. Biaya Promotif dan Preventif tercapai 62,57% dari RKAT 2018. Beberapa kegiatan promotif preventif yang dilakukan antara lain: skrining riwayat kesehatan, skrining sekunder selektif, dan implementasi prolans. Realisasi biaya promotif dan preventif tahun 2018 mengalami peningkatan sebesar 43,29% dibandingkan dengan tahun 2017. Peningkatan tersebut terjadi karena telah dilaksanakan beberapa upaya dalam rangka optimalisasi promotif preventif, yaitu:
 - a. Adanya perubahan kebijakan terkait pelayanan bagi peserta Prolans, sehingga pelayanan dapat optimal dilaksanakan.
 - b. *Monitoring* dan evaluasi capaian promotif preventif yang dilakukan kepada Kepala Bidang JMP dan Staf Promotif Preventif seluruh Indonesia yang dilaksanakan dalam bentuk pertemuan nasional.

- c. *Feedback* capaian promotif preventif kepada Kedeputan Wilayah dan Kantor Cabang yang dilakukan rutin per semester.
- d. Dilakukannya pengembangan aplikasi terkait *user* penagihan klaim promotif dan preventif yang disesuaikan dengan kebutuhan di lapangan.

KINERJA INVESTASI DJS

Dana Investasi

Realisasi dana investasi DJS per 31 Desember 2018 adalah sebesar Rp20,866 miliar, tercapai sebesar 99,13% dibandingkan RKAT 2018. Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.4
Dana Investasi DJS
Perbandingan Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No.	Uraian	Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
1	Deposito					
	a. Deposito <i>on Call</i>	6.170	-	-	-	-
	b. Deposito Berjangka	-	-	-	-	-
	Subtotal	6.170	-	-	-	-
2	Obligasi	147.644	21.050	20.866	14,13	99,13
	Jumlah	153.814	21.050	20.866	13,57	99,13

Profil jatuh tempo berdasarkan dana investasi DJS disajikan sebagai berikut:

Tabel 4.5
Profil Jatuh Tempo Portofolio DJS
Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No.	Jenis Investasi	< 1 Bulan	< 1 Tahun	> 1 Tahun	Total
1	2	3	4	5	6=3+4+5
1	Bank BUMN/BUMD	-	-	-	-
2	Bank Swasta/Syariah	-	-	-	-
3	SUN	-	-	-	-
4	Obligasi Korporasi	-	-	20.866	20.866
	Total Investasi DJS	-	-	20.866	20.866

Instrumen investasi berjangka waktu lebih dari satu tahun sebesar Rp20,866 miliar atau 99,13% dari RKAT 2018, dengan keseluruhan komposisi instrumen berupa obligasi korporasi. Obligasi DJS seluruhnya berasal dari pengalihan obligasi PT Askes (Persero) yang merupakan obligasi dengan kategori investasi diperdagangkan (TS). Pada tahun 2018 terjadi penurunan harga pasar obligasi korporasi sekunder seiring dengan penurunan harga/kenaikan imbal hasil Surat Utang Negara dan kenaikan suku bunga acuan. Harga pasar

obligasi DJS pada bulan Desember 2018 sebesar Rp20,866 miliar dengan selisih negatif kurs sebesar Rp451 juta.

Pendapatan Investasi dan Pendapatan Lainnya

1. Pendapatan Investasi

Sampai dengan 31 Desember 2018, hasil investasi bruto DJS adalah Rp20,387 miliar (682,29% dari RKAT 2018). Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.6
Pendapatan Investasi DJS
Perbandingan Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018 dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No.	Uraian	Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
1	Bunga Deposito	125.582	1.506	13.203	10,51	876,44
2	Diskonto/Kupon Obligasi	19.041	6.901	7.961	41,81	115,36
3	Keuntungan Pelepasan Investasi	859	-	(326)	(38,00)	-
4	Selisih Penilaian Investasi	5.459	(5.419)	(451)	(8,27)	8,33
	Hasil Investasi Bruto	150.941	2.988	20.387	13,51	682,29
5	Biaya Investasi	(28.216)	(1.388)	(2.075)	7,35	149,45
	Hasil Investasi Netto	122.725	1.600	18.312	14,92	1.144,67

Penjelasan secara rinci dapat disampaikan sebagai berikut:

- Pendapatan bunga deposito total tercapai 876,44% dari RKAT 2018 atau sebesar Rp13,203 miliar merupakan akumulasi penerimaan bunga deposito dan DOC periode berjalan.
- Diskonto/kupon obligasi tercapai 115,36% dari RKAT 2018 atau sebesar Rp7,961 miliar merupakan akumulasi penerimaan kupon periode berjalan.
- Keuntungan pelepasan investasi sebesar negatif Rp326 juta merupakan pengakuan kerugian atas selisih harga pasar obligasi terhadap nilai nominal pada saat jatuh tempo
- Selisih penilaian investasi atas harga pasar obligasi dibandingkan dengan harga pasar periode tahun sebelumnya sebesar negatif Rp451 juta. Pada tanggal pelaporan, obligasi dinilai berdasarkan harga pasar.

2. Pendapatan Lainnya

Pendapatan lainnya sampai dengan 31 Desember 2018 terealisasi sebesar Rp266,600 miliar. Pendapatan lainnya terdiri dari pendapatan jasa giro sebesar Rp16,481 miliar, dan pendapatan lain-lain sebesar Rp250,119 miliar.

Beban Investasi

Beban investasi sebesar Rp2,075 miliar atau mencapai 149,45% bila dibandingkan dengan RKAT 2018. Beban investasi ini merupakan biaya atas pajak bunga deposito sebesar 20% dan pajak kupon obligasi sebesar 15% serta biaya-biaya transaksi investasi lainnya. Berdasarkan PSAK Nomor 50 dan 55 Pendapatan Investasi dicatat secara bruto, sedangkan pajak dan biaya transaksi investasi dicatat terpisah dari pendapatan investasinya, dengan rincian sebagai berikut:

1. Pajak atas bunga deposito Rp 613 juta
2. Pajak atas kupon & *capital gain* obligasi Rp1,462 miliar

Berdasarkan PMK Nomor 140/PMK.03/2017 tentang Tata Cara Pengecualian Pemotongan Pajak Penghasilan atas Hasil Investasi atau Pengembangan Dana dari Aset Dana Jaminan Sosial. Dengan terbitnya NPWP Dana Jaminan Sosial pada tanggal 8 Februari 2018, hasil investasi atau pengembangan aset Dana Jaminan Sosial tidak dilakukan pemotongan Pajak Penghasilan oleh pihak yang membayarkan atau yang memberikan penghasilan.

Yield on Investment (YOI)

Berdasarkan posisi dana, pendapatan dan beban investasi di atas, maka *Yield on Investment* (YOI) DJS sampai dengan 31 Desember 2018 sebesar 35,22% (bruto) dan 34,09% (neto) disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.7
Yield on Investment DJS Kesehatan
Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

No	Bulan	Pend. Inv. Bruto		Pend. Inv. Neto		Rata-rata Portofolio	Realisasi YOI		Target YOI		%	
		S.d. Bln N	Bln N	S.d. Bln N	Bln N		Bruto	Neto	Bruto	Neto	Bruto	Neto
1	2	3	4	5	6	7	8=4/7	9=6/7	10	11	12=8/10	13=9/11
1	Januari	1.872	1.872	1.288	1.288	154.037	1,22	0,84	0,37	0,30	329,26	277,49
2	Februari	3.495	1.623	2.833	1.545	154.458	1,05	1,00	0,64	0,54	164,60	186,07
3	Maret	5.364	1.869	4.456	1.624	157.497	1,19	1,03	0,64	0,54	185,93	191,77
4	April	7.291	1.926	5.724	1.268	153.810	1,25	0,82	0,64	0,54	196,18	153,38
5	Mei	9.429	2.138	7.862	2.138	147.095	1,45	1,45	0,64	0,54	227,70	270,42
6	Juni	12.627	3.198	10.990	3.127	499.304	0,64	0,63	0,64	0,54	100,35	116,52
7	Juli	14.528	1.900	12.453	1.463	436.203	0,44	0,34	(5,75)	(5,85)	107,57	105,73
8	Agustus	15.741	1.213	13.666	1.213	20.759	5,85	5,85	0,64	0,54	915,06	1.086,73
9	September	16.592	851	14.518	851	21.247	4,01	4,01	0,64	0,54	627,31	745,00
10	Oktober	17.763	1.171	15.689	1.171	21.183	5,53	5,53	0,64	0,54	865,41	1.027,78
11	November	19.265	1.502	17.191	1.502	20.768	7,23	7,23	0,64	0,54	1.132,20	1.344,62
12	Desember	20.387	1.121	18.312	1.121	20.861	5,37	5,37	0,64	0,54	841,33	999,17
YOI Year to Date s.d. 31 Desember 2018 (Audited)							35,22	34,09	1,00	(0,17)	3.521,99	19.739,47

Sedangkan perhitungan YOI DJS per instrumen bulan Desember 2018 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.8
Perhitungan *Yield on Investment* (YOI) DJS per Instrumen
Bulan Desember 2018 (Audited)

No	Uraian	Portofolio Awal	Portofolio Akhir	Rata-rata Portofolio	Hasil Investasi Awal	Hasil Investasi Akhir	Selisih Hasil Investasi	YOI (%)
1	2	3	4	5	6	7	8=7-6	9=8/5
1	Deposito	-	-	-	12.260	13.203	943	-
2	Obligasi/SPH	20.855	20.866	20.861	7.794	7.961	167	0,80
3	Keuntungan Pelepasan Investasi	-	-	-	(326)	(326)	-	-
4	Selisih Penilaian Investasi	-	-	-	(462)	(451)	11	-
5	Jumlah Bruto	20.855	20.866	20.861	19.265	20.387	1.121	5,37
6	Beban Investasi	-	-	-	(2.075)	(2.075)	-	-
7	Jumlah Neto	20.855	20.866	20.861	17.191	18.312	1.121	5,37

BEBAN OPERASIONAL DAN BEBAN LAINNYA

Beban Operasional

Realisasi beban operasional sampai dengan 31 Desember 2018 sebesar Rp3,769 triliun (100,00% dari RKAT 2018). Pada tahun 2018, persentase beban operasional adalah sebesar 4,8% dari iuran yang diterima sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 209/PMK.02/2017 tentang Dana Operasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2018.

Beban Lainnya

Sampai dengan 31 Desember 2018 tercatat realisasi beban lainnya (di luar beban investasi) sebesar Rp496,613 miliar.

LAPORAN AKTIVITAS DANA JAMINAN SOSIAL

Sampai dengan 31 Desember 2018, perubahan aset neto DJS tercatat negatif Rp11,688 triliun sehingga aset neto akhir periode mengalami defisit Rp34,713 triliun (120,79% dari RKAT 2018). Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.9
Laporan Aktivitas Dana Jaminan Sosial
Perbandingan Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Uraian	Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
A	Pendapatan					
	1. Pendapatan Iuran	74.246.641	79.771.716	81.975.180	110,41	102,76
	2. Kontribusi dari BPJS	-	-	-	-	-
	3. Bantuan dari Pemerintah	3.600.000	-	10.256.466	284,90	-
	4. Pendapatan Lain-lain	506.449	212.869	969.374	191,41	455,39
	Jumlah Pendapatan	78.353.090	79.984.585	93.201.020	118,95	116,52
B	Beban					
	1. Beban Jaminan Kesehatan	84.444.864	87.807.020	94.296.845	111,67	107,39
	2. Beban Cadangan Teknis	4.113.837	989.047	6.324.221	153,73	639,43
	3. Beban Operasional BPJS	3.809.233	3.768.829	3.768.829	98,94	100,00
	4. Beban Lainnya	449.627	230.054	498.688	110,91	216,77
	Jumlah Beban	92.817.560	92.794.951	104.888.583	113,01	113,03
C	Perubahan Aset Neto	(14.464.470)	(12.810.366)	(11.687.562)	80,80	91,24
D	Aset Neto Awal Periode	(8.560.782)	(15.926.928)	(23.025.252)	268,96	144,57
E	Aset Neto Akhir Periode	(23.025.252)	(28.737.294)	(34.712.814)	150,76	120,79

Untuk mengendalikan laju negatif aset neto DJS Kesehatan, telah dilakukan berbagai upaya antara lain:

Upaya dalam Fungsi Pengumpulan Dana (Revenue Collection)

1. Meningkatkan kepastian dan kemudahan pembayaran iuran melalui perluasan jenis dan jumlah *channel* pembayaran.
2. Mengoptimalkan penagihan iuran kepada peserta dan pemberi kerja melalui berbagai cara, seperti penagihan melalui surat, telekolekting, *sms blast*.
3. Mengoptimalkan rekonsiliasi iuran dengan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
4. Membina peran aktif kader JKN-KIS melalui kemitraan pihak ketiga dengan pola kerja sama dan pertanggungjawaban yang jelas.
5. Melakukan sosialisasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat untuk membayar iuran secara rutin.

Upaya dalam Fungsi Pengumpulan Risiko (Risk Pooling)

1. Mempercepat proses rekrutmen peserta potensial khususnya dari segmen peserta PPU Badan Usaha.
2. Memobilisasi peran strategis kelembagaan baik pemerintah maupun non pemerintah untuk menggerakkan partisipasi dan peran serta masyarakat agar sadar untuk memiliki JKN.
3. Menerapkan *law enforcement* bagi peserta atau badan usaha yang melanggar ketentuan.
4. Melakukan promosi melalui berbagai media baik *above the line* maupun *below the line* yang ditujukan untuk memberikan informasi dan sosialisasi tentang implementasi JKN-KIS kepada para pemangku kepentingan.

Upaya dalam Fungsi Pembelian Manfaat (Purchasing)

Meningkatkan efektivitas dan efisiensi fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada

peserta, dilakukan berbagai upaya pengendalian pemanfaatan pelayanan kesehatan melalui berbagai program, antara lain:

1. Pada pelayanan tingkat pertama, yaitu: menurunkan angka rujukan non spesialistik, optimalisasi Program Rujuk Balik (PRB), penerapan sistem rujukan berjenjang, optimalisasi Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) dan optimalisasi persalinan di FKTP.
2. Pada pelayanan rujukan, yaitu: pengendalian *severity level* di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), peningkatan ketajaman verifikator dalam pencegahan potensi *fraud* dan optimalisasi audit medis dan audit klaim.

Untuk mengendalikan negatif aset neto tersebut, pada tahun 2018 Pemerintah telah memberikan suntikan dana dalam bentuk Dana Cadangan Program JKN (Dana JKN) sebesar Rp10,256 triliun yang dibagi dalam tiga tahap pencairan yaitu tahap pertama sebesar Rp4,993 triliun yang terealisasi pada tanggal 24 September 2018; tahap kedua sebesar Rp3 triliun yang terealisasi pada tanggal 5 Desember 2018 dan; tahap ketiga sebesar Rp2,263 triliun yang terealisasi pada tanggal 14 Desember 2018. Dana JKN tersebut telah digunakan untuk membayar tagihan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) di seluruh Indonesia.



LAPORAN POSISI KEUANGAN DANA JAMINAN SOSIAL

Per 31 Desember 2018 jumlah aset DJS mencapai Rp1,161 triliun (111,38% dari RKAT 2018). Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.10
Laporan Posisi Keuangan Dana Jaminan Sosial
Perbandingan Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	URAIAN	Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
Aset						
1	Kas dan Bank	184.716	(12.130.106)	145.427	78,73	101,20
2	Deposito	6.170	-	-	-	-
3	Piutang Iuran	818.228	1.875.466	806.557	98,57	43,01
4	Piutang COB	-	7.615	-	-	-
5	Piutang Hasil investasi	2.827	959	40	1,40	4,12
6	Piutang Kontribusi BPJS	-	-	-	-	-
7	Piutang Kepada BPJS	26.306	-	182.751	694,72	-
8	Piutang Lain	11.316	5.272	352	3,11	6,67
9	Uang Muka	4.646	11.371	5.236	112,69	46,05
10	Surat Utang Negara	-	-	-	-	-
11	Obligasi	147.644	21.050	20.866	14,13	99,13
12	Aset Lancar Lain	-	-	-	-	-
	Total Aset	1.201.852	(10.208.374)	1.161.228	96,62	111,38
Liabilitas dan Aset Neto						
1	Liabilitas					
a.	Utang Jaminan Kesehatan	5.728.819	2.674.949	10.625.233	185,47	397,21
b.	Pendapatan Diterima Dimuka	355.133	962.504	464.583	130,82	48,27
c.	Akumulasi iuran yang Belum Dapat Teridentifikasi Pesertanya	18.371	21.917	38.566	209,93	175,96
d.	Utang Kepada BPJS	3.082.000	3.082.000	3.082.000	100,00	100,00
e.	Utang Kepada Pihak Ketiga	-	-	-	-	-
f.	Utang COB	2	3.807	60	3.428,81	1,57
g.	Utang Pajak	9.435	7.055	8.535	90,46	120,99
h.	Cadangan Teknis					
-	Liabilitas Pelayanan Kesehatan Dalam Proses	4.902.897	3.383.587	4.418.919	90,13	130,60
-	Liabilitas Pelayanan Kesehatan Belum Dilaporkan	10.086.071	8.393.102	16.894.270	167,50	201,29
-	Iuran Belum Merupakan Pendapatan	-	-	-	-	-
	Jumlah Cadangan Teknis	14.988.967	11.776.689	21.313.189	142,19	180,98
i.	Utang Lain-lain	44.376	-	341.876	770,41	-
	Jumlah Liabilitas	24.227.104	18.528.920	35.874.042	148,07	193,61
2	Aset Neto	(23.025.252)	(28.737.294)	(34.712.814)	150,76	120,79
	Total Liabilitas dan Aset Neto	1.201.852	(10.208.374)	1.161.228	96,62	111,38

Beberapa komponen laporan posisi keuangan dijelaskan sebagai berikut:

1. Piutang iuran tercapai sebesar Rp806,557 miliar atau 43,01% dari RKAT 2018 merupakan piutang dari Pemerintah Daerah, Badan Usaha, PBPU dan Jamkesda yang secara terus menerus diupayakan penagihannya.
2. Piutang lain tercapai sebesar Rp352 juta atau 6,67% dari RKAT 2018 merupakan piutang lain-lain dan piutang denda yang belum diterima sampai dengan Desember 2018.
3. Utang Jaminan Kesehatan mencapai 397,21% dari RKAT 2018. Hal tersebut dikarenakan oleh besarnya tagihan dari fasilitas kesehatan yang telah ditetapkan nilai gantinya namun belum dilakukan pembayaran.
4. Liabilitas Pelayanan Kesehatan dalam Proses tercapai 130,60% dari RKAT 2018 merupakan cadangan klaim yang dalam proses penyelesaian, yang dihitung berdasarkan klaim yang telah dilaporkan namun masih dalam proses verifikasi.
5. Liabilitas Pelayanan Kesehatan Belum Dilaporkan tercapai sebesar 201,29% dari RKAT per 31 Desember 2018 merupakan cadangan klaim yang sudah terjadi namun belum dilaporkan, yang dihitung menggunakan prinsip dan metode aktuarial yang berlaku umum.

ARUS KAS DANA JAMINAN SOSIAL

Dilihat dari laporan arus kas, sampai dengan 31 Desember 2018 terjadi defisit arus kas operasi sebesar Rp10,450 triliun dan terdapat penurunan arus kas sebesar Rp45,459 miliar. Sehingga, kas dan setara kas pada akhir periode menjadi Rp145,427 miliar.

Tabel 4.11
Arus Kas Dana Jaminan Sosial
untuk Periode yang Berakhir pada 31 Desember 2018
(Audited)

(Juta Rupiah)

No	Keterangan	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)
1	2	3
I	Aktivitas Operasi	
	1. Penerimaan	83.115.906
	2. Pengeluaran	93.565.708
	Arus Kas Neto dari Aktivitas Operasi	(10.449.802)
II	Aktivitas Investasi	
	1. Penerimaan	147.877
	2. Pengeluaran	-
	Arus Kas Neto dari Aktivitas Investasi	147.877
III	Aktivitas Pendanaan	
	1. Penerimaan	10.256.466
	2. Pengeluaran	-
	Arus Kas Neto dari Aktivitas Pendanaan	10.256.466
IV	Kenaikan (Penurunan) Arus Kas	(45.459)
V	Kas dan Setara Kas Awal Periode	190.886
VI	Kas dan Setara Kas Akhir Periode	145.427
	Rincian Kas dan Bank Akhir Periode:	
	1. Kas	324
	2. Bank	145.103
	3. Deposito on Call	-
	4. Deposito	-
	Jumlah	145.427

RASIO KEUANGAN DANA JAMINAN SOSIAL

Rasio Likuiditas

Perhitungan Rasio Likuiditas disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.12
Rasio Likuiditas DJS
Perbandingan Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018 dan Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Uraian	Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)
1	2	3	4	5
A Aset Lancar				
1.	Kas dan Bank	184.716	(12.130.106)	145.427
2.	Deposito	6.170	-	-
3.	Piutang Iuran	818.228	1.875.466	806.557
4.	Piutang COB	-	7.615	-
5.	Piutang Hasil investasi	2.827	959	40
6.	Piutang Kontribusi BPJS	-	-	-
7.	Piutang Kepada BPJS	26.306	-	182.751
8.	Piutang Lain	11.316	5.272	352
9.	Uang Muka	4.646	11.371	5.236
10.	Surat Utang Negara	-	-	-
11.	Obligasi	147.644	21.050	20.866
12.	Aset Lancar Lain	-	-	-
	Jumlah Aset Lancar	1.201.852	(10.208.374)	1.161.228
B Liabilitas Lancar				
1.	Utang Jaminan Kesehatan	5.728.819	2.674.949	10.625.233
2.	Pendapatan Diterima Dimuka	355.133	962.504	464.583
3.	Akumulasi Iuran yang Belum Dapat Teridentifikasi Pesertanya	18.371	21.917	38.566
4.	Utang Kepada BPJS	3.082.000	3.082.000	3.082.000
5.	Utang Kepada Pihak Ketiga	-	-	-
6.	Utang COB	2	3.807	60
7.	Utang Pajak	9.435	7.055	8.535
8.	Cadangan Teknis			
-	Liabilitas Pelayanan Kesehatan Dalam Proses	4.902.897	3.383.587	4.418.919
-	Liabilitas Pelayanan Kesehatan Belum Dilaporkan	10.086.071	8.393.102	16.894.270
-	Iuran Belum Merupakan Pendapatan	-	-	-
9.	Utang Lain-lain	44.376	-	341.876
	Jumlah Liabilitas Lancar	24.227.104	18.528.920	35.874.042
C	Rasio Likuiditas (A/B)	4,96%	-55,09%	3,24%

Pencapaian rasio likuiditas sampai dengan 31 Desember 2018 adalah sebesar 3,24% lebih tinggi dari RKAT 2018, disebabkan oleh jumlah aset lancar yang lebih tinggi dari RKAT per 31 Desember 2018. Dalam upaya memenuhi kebutuhan likuiditas Dana Jaminan Sosial Kesehatan, BPJS Kesehatan telah:

1. Memberikan surplus BPJS Kesehatan kepada DJS sesuai dengan persetujuan Dewan Pengawas melalui surat Nomor S-069/Dewas.BPJS-Kesehatan/2015 tanggal 16 April 2015 tentang Alokasi Surplus BPJS Kesehatan Tahun 2014, BPJS telah memberikan 100% surplus Tahun 2014 (*Audited*) sebesar Rp1,071 triliun kepada DJS. Pemberian dan pemanfaatan surplus BPJS tersebut selaras dengan pengaturan dalam Pasal 15 ayat (6) PP Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan. Pembayaran surplus dilakukan bertahap dengan rincian sebagai berikut:
 - a) Tanggal 27 April 2015: Rp899 miliar
 - b) Tanggal 4 Mei 2015: Rp172 miliar
 - c) Tanggal 30 November 2015: Rp69,935 juta
2. Memberikan dana talangan kepada DJS dengan penetapan besaran dana talangan mengacu pada jumlah aset BPJS Kesehatan per 31 Desember 2014 sebesar Rp11,917 triliun. Sesuai dengan PP Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan, bahwa besaran dana talangan yang dapat diberikan maksimal 10% dari aset BPJS Kesehatan. Berdasarkan jumlah aset bulan November 2014 tersebut, maka besaran dana talangan yang dapat diberikan maksimal sebesar Rp1,192 triliun. Pencairan dana talangan tahap I sebesar Rp1,192 triliun adalah sebagai berikut:
 - a. Tanggal 23 Maret 2015: Rp885 miliar
 - b. Tanggal 25 Maret 2015: Rp144 miliar
 - c. Tanggal 27 Maret 2015: Rp100 miliar
 - d. Tanggal 1 April 2015: Rp63 miliar

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan, bahwa besaran Dana Talangan yang semula dapat diberikan maksimal 10% diubah menjadi 25% dari aset BPJS Kesehatan. Penetapan besaran Dana Talangan mengacu pada jumlah aset BPJS Kesehatan per 30 November 2015 sebesar Rp12,491 triliun, sehingga dana talangan yang dapat diberikan ke DJS Kesehatan maksimal sebesar Rp3,123 triliun. Berdasarkan ketentuan di atas, maka setelah dikurangi dengan Dana Talangan yang telah dicairkan pada Tahap I sebesar Rp1,192 triliun, maka sisa Dana Talangan yang dapat dicairkan maksimal sebesar Rp1,931 triliun.

Pencairan Dana Talangan Tahap II sebesar Rp680 miliar dilakukan pada Bulan Desember 2015. Sehingga sampai dengan akhir tahun 2015 dana talangan telah dicairkan sebesar Rp1,872 triliun.

Penetapan besaran Dana Talangan Tahap III pada tahun 2016 mengacu pada jumlah aset BPJS Kesehatan per 31 Mei 2016 sebesar Rp12,34 triliun. Dengan demikian total dana talangan maksimal yang dapat diberikan adalah Rp3,085 triliun. Sehingga dana talangan yang telah dicairkan sebesar Rp1,872 triliun, maka sisa dana talangan yang masih dapat diberikan ke DJS Kesehatan maksimal sebesar Rp1,21 triliun. Pencairan dana talangan tahap III sebesar Rp1,21 triliun adalah sebagai berikut:

- a. Tanggal 30 Agustus 2016: Rp200 miliar
- b. Tanggal 17 Oktober 2016: Rp750 miliar
- c. Tanggal 24 Oktober 2016: Rp250 miliar
- d. Tanggal 28 Oktober 2016: Rp10 miliar

Sehingga sampai dengan akhir tahun 2016 dana talangan yang telah direalisasikan sebesar Rp3,082 triliun, sedangkan pada tahun 2017 dan 2018 tidak ada dana talangan tambahan yang dicairkan.

Rasio Solvabilitas

Rasio Solvabilitas disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.13
Rasio Solvabilitas DJS
Perbandingan Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Uraian	Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)
1	2	3	4	5
A.	Total Aset	1.201.852	(10.208.374)	1.161.228
B.	Total Liabilitas	24.227.104	18.528.920	35.874.042
Rasio Solvabilitas (A/B)		4,96%	-55,09%	3,24%



BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)

PENDAPATAN OPERASIONAL

Realisasi besaran Pendapatan Operasional yang diperoleh sampai dengan 31 Desember 2018 sebesar Rp3,769 triliun (100,00% dari RKAT 2018) yang dihitung sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan RI Nomor 209/PMK.02/2017 tentang Besaran Persentase Dana Operasional BPJS Kesehatan Tahun 2018, yaitu sebesar 4,8% dari iuran yang diterima.

PENDAPATAN INVESTASI DAN PENDAPATAN LAINNYA

Dana Investasi

Per 31 Desember 2018, dana investasi BPJS mencapai Rp7,379 triliun (101,31 % dari RKAT 2018). Secara rinci disajikan pada tabel 4.14.

Tabel 4.14
Dana Investasi BPJS
Perbandingan Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Uraian	Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
A Pendapatan Tetap						
1.	Deposito					
-	Deposito on Call	4.500	-	-	-	-
-	Deposito Berjangka	2.125.000	1.927.000	2.665.000	125,41	138,30
	Subtotal	2.129.500	1.927.000	2.665.000	125,15	138,30
2.	Obligasi	3.099.000	2.293.000	2.571.000	82,96	112,12
	Jumlah A	5.228.500	4.220.000	5.236.000	100,14	124,08
B Non Pendapatan Tetap						
1.	Saham					
-	Saham Diperdagangkan	124.035	773.126	262.972	212,01	34,01
-	Saham Tersedia Dijual	62.976	56.185	58.502	92,90	104,12
	Subtotal	187.012	829.311	321.474	171,90	38,76
2.	Reksadana	1.838.340	2.225.578	1.813.168	98,63	81,47
3.	Properti Investasi	8.047	8.047	8.047	100,00	100,00
	Jumlah B	2.033.399	3.062.937	2.142.689	105,37	69,96
	Jumlah (A+B)	7.261.899	7.282.937	7.378.689	101,61	101,31

Penjelasan realisasi masing-masing instrumen dibandingkan dengan RKAT 2018, diuraikan sebagai berikut:

1. Portofolio deposito tercapai 138,30% dari RKAT 2018 atau sebesar Rp2,665 triliun. Komposisi deposito merupakan Deposito Berjangka pada Bank-bank Pemerintah (BUMN dan BUMD) sebesar Rp1,680 triliun dengan bunga 7,40%-9,75% dan penempatan Deposito pada bank

swasta dan syariah sebesar Rp985 miliar dengan bunga 6,50%-9,76%. Pelampauan instrumen deposito sebagai upaya optimalisasi hasil investasi atas ketidakpastian pasar global dan belum kondusifnya pasar modal domestik.

Rincian penempatan deposito BPJS disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.15
Rincian Penempatan Deposito BPJS
Per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Bank	Deposito Berjangka	Deposito on Call	Jumlah Deposito dan DOC	% Terhadap Portofolio
1	2	3	4	5=3+4	6
I	Bank BUMN				
1.	BNI	335.000	-	335.000	4,54
2.	Mandiri	150.000	-	150.000	2,03
3.	BTN	-	-	-	-
4.	BRI	-	-	-	-
	Jumlah	485.000	-	485.000	6,57
II	Bank BUMD				
1.	BPD Nagari	270.000	-	270.000	3,66
2.	BPD Sulut	200.000	-	200.000	2,71
3.	BPD Sumselbabel	20.000	-	20.000	0,27
4.	BPD Kaltim	75.000	-	75.000	1,02
5.	BPD Sulselbar	245.000	-	245.000	3,32
6.	BPD Maluku	145.000	-	145.000	1,97
7.	BPD Jateng	10.000	-	10.000	0,14
8.	BPD Lampung	220.000	-	220.000	2,98
9.	BPD DKI	10.000	-	10.000	0,14
	Jumlah	1.195.000	-	1.195.000	16,20
III	Bank Swasta				
1.	Panin Syariah	130.000	-	130.000	1,76
2.	Bank Muamalat	380.000	-	380.000	5,15
3.	Bukopin	165.000	-	165.000	2,24
4.	BTPN	25.000	-	25.000	0,34
5.	Sahabat Sampoerna	90.000	-	90.000	1,22
6.	Kesejahteraan Ekonomi	185.000	-	185.000	2,51
7.	Hana Bank	10.000	-	10.000	0,14
	Jumlah	985.000	-	985.000	13,35
	Jumlah Deposito	2.665.000	-	2.665.000	36,12
	Total Portofolio				7.378.689

Penempatan dana investasi dalam instrumen deposito berjangka berdasarkan pada Pasal 25 Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2015 tentang Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan, yaitu hanya diperbolehkan paling tinggi maksimal 15% dari jumlah dana investasi untuk setiap bank. Per 31 Desember 2018, penempatan deposito telah sesuai dengan ketentuan.

2. Obligasi tercapai sebesar Rp2,571 triliun atau 112,12% dari RKAT 2018 dengan kupon berkisar antara 7,75% s.d. 13,00% *p.a.* bruto. Pelampauan obligasi sebagai upaya optimalisasi hasil investasi merespon kenaikan tingkat imbal hasil surat utang.
3. Saham tercapai 38,76% dari RKAT 2018 dengan komposisi *Trading Security* 81,80% dan *Available for Sale* (AFS) 18,20%. Rendahnya capaian portofolio saham TS sebagai upaya mengurangi risiko pasar atas kondisi pasar modal yang belum kondusif. Dampak dari gejolak pasar global tersebut IHSG cenderung bergerak *sideways*. Namun demikian, masih terdapat momentum dilakukan penjualan saham untuk merealisasikan keuntungan.

4. Reksadana tercapai 81,47% dari RKAT 2018, yang terdiri atas:
 - Reksadana penyertaan terbatas Rp11,644 miliar
 - Reksadana saham Rp219,451 miliar
 - Reksadana pendapatan tetap Rp1.444,747 miliar
 - Reksadana campuran Rp137,326 miliar
 Sebagian besar Reksadana pendapatan tetap bertujuan untuk pemenuhan POJK Nomor 1 dan 36 Tahun 2016, per 31 Desember 2018 telah terpenuhi sebesar 30,00%. Namun demikian, masih terdapat momentum dilakukan *redemption* atas reksadana pasar uang untuk merealisasikan keuntungan.
5. Properti investasi berupa investasi dalam tanah dengan nilai perolehan sebesar Rp8,047 miliar terdiri dari 10 kaveling di KSB Laguna, Surabaya.

Pendapatan Investasi

Sampai dengan 31 Desember 2018, pendapatan investasi bruto mencapai Rp365,139 miliar (56,46% dari RKAT 2018). Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.16
Pendapatan Investasi BPJS
Perbandingan Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Uraian	Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
A	Pendapatan Tetap					
1.	Bunga Deposito	236.639	192.819	190.396	80,46	98,74
2.	Diskonto/Kupon Obligasi	290.237	226.399	253.139	87,22	111,81
	Jumlah A	526.876	419.218	443.535	84,18	105,80
B	Non Pendapatan Tetap					
1.	Dividen & Capital Gain	74.508	67.572	33.307	44,70	49,29
2.	Kenaikan (Penurunan) Kurs Saham	(12.895)	42.369	(40.400)	313,30	(95,35)
3.	Reksadana	85.610	117.613	(71.303)	(83,29)	(60,63)
	Jumlah B	147.223	227.553	(78.396)	(53,25)	(34,45)
	Hasil Investasi Bruto (A+B)	674.099	646.771	365.139	54,17	56,46
C	Biaya Investasi	(93.107)	(83.639)	(79.265)	85,13	94,77
	Hasil Investasi Neto (A+B+C)	580.992	563.132	285.874	49,20	50,77

Capaian komponen pendapatan investasi s.d. 31 Desember 2018 diuraikan melalui penjelasan sebagai berikut:

1. Bunga deposito tercapai lebih rendah dari RKAT 2018, yaitu 98,74% atau sebesar Rp190,396 miliar walaupun portofolio deposito tercapai 138,30% dari RKAT 2018. Pada tahun 2018, Pemerintah secara bertahap menaikkan suku bunga acuan dengan total sebesar 1,5%. Namun demikian tingkat suku bunga perbankan pada kuartal 1 sampai dengan kuartal 3 tahun 2018 masih dipertahankan rendah sehingga mempengaruhi capaian keseluruhan pendapatan bunga deposito s.d. 31 Desember 2018.
2. Diskonto/kupon obligasi tercapai 111,81% atau sebesar Rp253,139 miliar, melampaui RKAT 2018. Hal ini terjadi dikarenakan tingkat kupon obligasi yang diperoleh masih relatif tinggi dan capaian portofolio obligasi yang melampaui RKAT 2018 sebagai upaya optimalisasi hasil dan pemenuhan POJK 1 Tahun 2016 pada obligasi BUMN infrastruktur.
3. Dividen dan *capital gain* s.d. 31 Desember 2018 tercapai Rp33,307 miliar atau 49,29% dibandingkan

dengan target. Hal ini disebabkan rendahnya capaian portofolio saham TS sebagai upaya mengurangi risiko pasar atas kondisi pasar modal yang belum kondusif sebagai dampak gejolak pasar global. Pendapatan berasal dari realisasi keuntungan atas penjualan saham dan penerimaan dividen periode berjalan.

4. Terdapat penurunan kurs saham s.d. 31 Desember 2018 sebesar Rp40,400 miliar yang merupakan selisih penilaian investasi atas harga pasar saham dibandingkan dengan harga pasar periode tahun sebelumnya sebagai dampak dari penurunan kinerja pasar saham. Per 31 Desember 2018 IHSG ditutup menguat di level 6.194,50, namun demikian bila dibandingkan dengan periode tahun sebelumnya IHSG mengalami penurunan *year to date* (YTD) sebesar -2,54%.
5. Pendapatan reksadana sebesar negatif Rp71,303 miliar disebabkan oleh penurunan kinerja reksadana pendapatan tetap dan reksadana saham. Terjadi *potential loss* yang disebabkan oleh penurunan harga obligasi negara dibandingkan periode tahun sebelumnya, dan penurunan kinerja

pasar saham. Pendapatan berasal dari realisasi keuntungan atas penjualan reksadana pasar uang dan penerimaan dividen periode berjalan.

Pendapatan Lainnya

Pendapatan Lainnya s.d. 31 Desember 2018 sebesar Rp22,611 miliar, bersumber dari pendapatan sewa, pendapatan jasa giro, pendapatan bunga pinjaman pegawai, pendapatan selisih pembayaran, pendapatan denda, pendapatan denda pegawai dan pendapatan lain-lain.

Beban Investasi

Beban Investasi sebesar Rp79,265 miliar (94,77% dari RKAT 2018), merupakan biaya atas pajak bunga

deposito sebesar 20% dan pajak kupon obligasi sebesar 15% serta biaya-biaya transaksi investasi lainnya. Berdasarkan PSAK Nomor 50 dan 55 Pendapatan Investasi dicatat secara bruto, sedangkan pajak dan biaya transaksi investasi dicatat terpisah dari pendapatan investasinya, dengan rincian sebagai berikut:

1. Pajak atas bunga deposito Rp38,079 miliar
2. Pajak atas kupon obligasi Rp38,462 miliar
3. Beban transaksi saham Rp 2,724 miliar

Yield on Investment (YOI)

Berdasarkan dana dan pendapatan investasi di atas, maka YOI BPJS sampai dengan 31 Desember 2018 terealisasi sebesar 4,93% (bruto) dan 3,87% (neto).

Tabel 4.17
Yield on Investment BPJS Kesehatan
Perbandingan Target dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

No	Bulan	Pend. Inv. Bruto		Pend. Inv. Neto		Rata-rata Portofolio	Realisasi YOI		Target YOI		%	
		s.d. Bln N	Bln N	s.d. Bln N	Bln N		Bruto	Neto	Bruto	Neto	Bruto	Neto
1	2	3	4	5	6	7	8=4/7	9=6/7	10	11	12=8/10	13=9/11
1	Januari	70.432	70.432	63.951	63.951	7.294.606	0,97	0,88	0,72	0,62	134,74	142,42
2	Februari	76.978	6.547	65.757	1.806	7.404.078	0,09	0,02	0,80	0,70	11,07	3,49
3	Maret	65.265	(11.713)	45.280	(20.477)	7.442.001	(0,16)	(0,28)	0,84	0,74	(18,75)	(37,29)
4	April	67.679	2.414	41.166	(4.114)	7.552.245	0,03	(0,05)	0,51	0,40	6,32	(13,66)
5	Mei	99.907	32.228	68.094	26.929	7.651.831	0,42	0,35	0,85	0,75	49,52	46,80
6	Juni	49.466	(50.441)	9.976	(58.119)	7.548.264	(0,67)	(0,77)	0,57	0,47	(116,57)	(163,53)
7	Juli	118.270	68.804	72.210	62.235	7.441.493	0,92	0,84	1,16	1,07	79,51	78,47
8	Agustus	141.918	23.648	90.430	18.220	7.473.615	0,32	0,24	0,53	0,44	59,75	55,35
9	September	177.535	35.617	118.835	28.405	7.549.359	0,47	0,38	0,32	0,23	148,13	166,43
10	Oktober	191.541	14.005	125.555	6.720	7.454.435	0,19	0,09	1,23	1,13	15,31	7,96
11	November	320.333	128.792	248.792	123.236	7.393.503	1,74	1,67	0,32	0,23	536,97	719,87
12	Desember	365.139	44.806	285.874	37.082	7.398.646	0,61	0,50	1,07	0,99	56,58	50,47
YOI Year to Date s.d. 31 Desember 2018 (Audited)							4,93	3,87	8,92	7,76	55,29	49,82

YOI per instrumen di bulan Desember 2018 disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.18
Perhitungan *Yield on Investment* per Instrumen BPJS
Bulan Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Uraian	Portofolio Awal	Portofolio Akhir	Rata-rata Portofolio	Hasil Investasi Awal	Hasil Investasi Akhir	Selisih Hasil Investasi	YOI (%)
1	2	3	4	5	6	7	8	9=8/5
A Pendapatan Tetap								
	1. Deposito	2.428.000	2.665.000	2.546.500	171.460	190.396	18.935	0,74
	2. Obligasi/SPH	2.721.000	2.571.000	2.646.000	236.967	253.139	16.172	0,61
	Sub Total	5.149.000	5.236.000	5.192.500	408.428	443.535	35.107	0,68
B Non Pendapatan Tetap								
	1. Saham	351.665	321.474	336.569	(10.837)	(7.093)	3.744	1,11
	2. Reksadana	1.909.891	1.813.168	1.861.530	(77.259)	(71.303)	5.955	0,32
	3. Properti Investasi	8.047	8.047	8.047	-	-	-	-
	Sub Total	2.269.603	2.142.689	2.206.146	(88.095)	(78.396)	9.699	0,44
C	Total A+B (Bruto)	7.418.603	7.378.689	7.398.646	320.333	365.139	44.806	0,61
D	Beban Investasi	-	-	-	(71.541)	(79.265)	(7.724)	-
E	Total C+D (Neto)	7.418.603	7.378.689	7.398.646	248.792	285.874	37.082	0,50

BEBAN OPERASIONAL DAN BEBAN LAINNYA

Beban Operasional

Beban Operasional sampai dengan 31 Desember 2018 mencapai Rp3,978 triliun (93,57% dari RKAT 2018) yang secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.19
Beban Operasional BPJS
Perbandingan Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No.	Uraian	Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
A	Beban Personil					
1.	Pimpinan & Karyawan	2.065.216	2.288.289	2.151.077	104,16	94,00
	Subtotal A	2.065.216	2.288.289	2.151.077	104,16	94,00
B	Beban Non Personil					
1.	Administrasi	32.385	27.965	27.357	84,47	97,82
2.	Umum	456.280	418.784	437.045	95,78	104,36
3.	Komunikasi Organisasi	30.038	28.294	27.179	90,48	96,06
4.	Pembinaan Manajemen	101.279	64.339	62.071	61,29	96,47
5.	Penyusutan	272.837	481.819	281.610	103,22	58,45
6.	Penelitian & Pengembangan	21.056	21.892	19.613	93,15	89,59
7.	Pendidikan & Latihan	68.190	40.000	40.512	59,41	101,28
8.	Sistim Manajemen Mutu	6.456	4.620	4.429	68,61	95,88
9.	Imbalan Pasti Pasca Kerja	369.675	197.773	257.644	69,69	130,27
	Subtotal B	1.358.196	1.285.486	1.157.461	85,22	90,04
C	Beban Peningkatan Kapasitas Pelayanan					
1.	Administrasi Peserta	65.405	98.979	85.401	130,57	86,28
2.	Pembinaan Pelayanan	124.137	123.302	121.481	97,86	98,52
3.	Pelayanan Informasi	58.041	43.180	45.025	77,57	104,27
4.	Sosial Marketing	170.967	154.373	145.571	85,15	94,30
5.	Penagihan Premi	80.116	113.922	133.512	166,65	117,20
6.	Teknologi Informasi	126.977	143.117	137.987	108,67	96,42
	Subtotal C	625.644	676.873	668.977	106,93	98,83
	Total Biaya Operasional	4.049.056	4.250.648	3.977.515	98,23	93,57

Beban Lainnya

Beban Lainnya sampai dengan 31 Desember 2018 sebesar Rp205,092 miliar (65,62% dari RKAT 2018) yang secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.20
Beban Lainnya BPJS Kesehatan
Perbandingan Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Uraian	Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
1	Beban Insentif	285.208	294.639	166.815	58,49	56,62
2	Beban Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan	4.421	4.815	3.794	85,84	78,80
3	Beban Lain	157.522	13.091	34.483	21,89	263,41
4	Beban Atas Hibah Kepada Program DJS	135.271	-	-	-	-
Total Biaya Lainnya		582.422	312.545	205.092	35,21	65,62

Penjelasannya diuraikan sebagai berikut:

1. Beban insentif diakui proporsional secara akrual sesuai RKAT tahun 2018.
2. Beban tanggung jawab sosial dan lingkungan merupakan beban atas kegiatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada lingkungan.
3. Beban lain terdiri atas beban kerugian perusahaan, beban selisih pembayaran, keuntungan (kerugian) pelepasan aset tetap, dan beban pajak final.

LAPORAN KINERJA KEUANGAN DANA BPJS KESEHATAN

Sampai dengan 31 Desember 2018, Dana BPJS Kesehatan mencatat beban Komprehensif sebesar Rp37,362 miliar. Realisasi pendapatan operasional penyelenggaraan program jaminan kesehatan sebesar Rp3,769 triliun, mencapai RKAT 2018, dan biaya operasional terealisasi lebih rendah jika dibandingkan RKAT 2018 yaitu 93,57% atau sebesar Rp3,978 triliun. Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.21
Laporan Kinerja BPJS Kesehatan
Perbandingan Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Keterangan	Realisasi s.d. 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
I	Pendapatan Operasional					
	Pendapatan Operasional Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan	3.809.233	3.768.829	3.768.829	98,94	100,00
	Jumlah Pendapatan	3.809.233	3.768.829	3.768.829	98,94	100,00
II	Beban Operasional					
	Beban Operasional Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan	4.049.056	4.250.648	3.977.515	98,23	93,57
	Jumlah Beban Operasional	4.049.056	4.250.648	3.977.515	98,23	93,57
III	Penghasilan (Beban) Operasional (I-II)	(239.823)	(481.819)	(208.686)	87,02	43,31
IV	Pendapatan dan Beban Non Operasional					
	1. Pendapatan Investasi	674.099	646.771	365.139	54,17	56,46
	2. Pendapatan Lain-lain	170.848	1.819	22.612	13,23	1.242,77
	3. Beban Investasi	(93.107)	(83.639)	(79.265)	85,13	94,77
	4. Beban Bunga	-	-	-	-	-
	5. Beban Insentif	(285.208)	(294.639)	(166.815)	58,49	56,62
	6. Beban Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan	(4.421)	(4.815)	(3.794)	85,84	78,80
	7. Beban lain-lain	(157.522)	(13.091)	(34.483)	21,89	263,41
	8. Bagian Laba (Rugi) Entitas Asosiasi	-	-	-	-	-
	9. Beban atas Hibah Kepada Program DJS	(135.271)	-	-	-	-
	Jumlah Pendapatan dan Beban Non Operasional	169.418	252.407	103.394	61,03	40,96
V	Penghasilan (Beban) Sebelum Pajak (III+IV)	(70.405)	(229.412)	(105.292)	149,55	45,90
VI	Manfaat (Beban) Pajak Penghasilan	78.376	59.792	47.959	61,19	80,21
VII	Penghasilan (Beban) Neto (V+VI)	7.971	(169.620)	(57.333)	(719,28)	33,80
VIII	Pendapatan Komprehensif Lain					
	1. Penyesuaian Nilai Wajar Aset Keuangan Tersedia Untuk Dijual	(4.198)	4.135	6.357	(151,44)	153,75
	2. Keuntungan (Kerugian) Aktuarial Liabilitas Imbalan Pasti Pasca Kerja	(187.145)	-	13.614	(7,27)	-
	3. Bagian Penghasilan Komprehensif Lain Entitas Asosiasi	-	-	-	-	-
	Jumlah Pendapatan Komprehensif Lain	(191.343)	4.135	19.971	(10,44)	483,02
IX	Penghasilan (Beban) Komprehensif (VII+VIII)	(183.372)	(165.486)	(37.362)	20,38	22,58

LAPORAN POSISI KEUANGAN DANA BPJS KESEHATAN

Per 31 Desember 2018 jumlah aset BPJS mencapai Rp12,691 triliun (101,77% dari RKAT 2018), sedangkan jumlah liabilitas mencapai Rp2,567 triliun yang terdiri atas liabilitas jangka pendek Rp679,710 miliar dan liabilitas jangka panjang Rp1,887 triliun. Secara rinci disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.22
Laporan Posisi Keuangan BPJS Kesehatan
Perbandingan Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No.	Uraian	Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)	%	
1	2	3	4	5	6=5/3	7=5/4
1	Aset					
	a. Aset Lancar	5.164.047	5.714.003	5.712.865	110,63	99,98
	b. Aset Tidak Lancar:	-		-	-	-
	- Investasi Jangka Panjang	2.361.000	1.699.000	1.940.000	82,17	114,18
	- Piutang Talangan	2.475.617	2.606.555	2.465.033	99,57	94,57
	- Investasi Pada Entitas Asosiasi	0	0	0	100,00	100,00
	- Properti Investasi	8.047	8.047	8.047	100,00	100,00
	- Aset Tetap	1.902.763	1.823.231	1.844.951	96,96	101,19
	- Aset Tidak Berwujud	-	-	-	-	-
	- Aset Pajak Tangguhan	634.656	616.039	678.076	106,84	110,07
	- Pajak Dibayar Dimuka	-	-	-	-	-
	- Aset Tidak Lancar Lain	54.662	3.379	41.741	76,36	1.235,18
	Total Aset	12.600.792	12.470.255	12.690.713	100,71	101,77
2	Liabilitas dan Ekuitas					
	a. Liabilitas Jangka Pendek	693.009	713.557	679.710	98,08	95,26
	b. Liabilitas Jangka Panjang	1.746.418	1.678.566	1.887.000	108,05	112,42
	Jumlah Liabilitas	2.439.427	2.392.123	2.566.711	105,22	107,30
	c. Ekuitas					
	- Modal	21.479.704	21.479.704	21.479.704	100,00	100,00
	- Saldo Penyesuaian Nilai Wajar Aset Keuangan Tersedia Untuk Dijual	(34.586)	(26.838)	(28.229)	81,62	105,18
	- Saldo Selisih Kombinasi dan Pelepasan Bisnis Antar Entitas Pengendali	391.104	391.104	391.104	100,00	100,00
	- Saldo Keuntungan (Kerugian) Aktuarial Liabilitas IPPK	-	-	13.614	-	-
	- Saldo Penghasilan (Beban) Neto	(11.674.857)	(11.765.838)	(11.732.191)	100,49	99,71
	Jumlah Ekuitas	10.161.365	10.078.132	10.124.003	99,63	100,46
	Total Liabilitas dan Ekuitas	12.600.792	12.470.255	12.690.713	100,71	101,77

Capaian komponen-komponen laporan posisi keuangan yang secara umum mencapai target bahkan melampaui RKAT 2018 menyebabkan capaian total aset s.d. 31 Desember 2018 melampaui target RKAT. Sedangkan, capaian realisasi aset tidak lancar lain yang mencapai 1.235,18% dibandingkan RKAT 2018 disebabkan karena tingginya pencatatan atas pengakuan persediaan blanko kartu peserta program Jaminan Kesehatan yang merupakan tindak lanjut atas hasil audit BPK.

ARUS KAS BPJS KESEHATAN

Berdasarkan laporan arus kas BPJS Kesehatan untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2018 di bawah ini, terdapat kenaikan arus kas sebesar Rp255,253 miliar dan menyebabkan kas setara kas akhir periode menjadi Rp2,357 triliun.

Tabel 4.23
Arus Kas BPJS Kesehatan
untuk Periode yang Berakhir pada 31 Desember 2018
(Audited)

(Juta Rupiah)

No	Keterangan	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)
1	2	3
I	Aktivitas Operasi	
1.	Penerimaan	3.913.418
2.	Pengeluaran	3.860.057
	Arus Kas Neto dari Aktivitas Operasi	53.361
II	Aktivitas Investasi	
1.	Penerimaan	2.554.712
2.	Pengeluaran	2.352.820
	Arus Kas Neto dari Aktivitas Investasi	201.892
III	Aktivitas Pendanaan	
1.	Penerimaan	-
2.	Pengeluaran	-
	Arus Kas Neto dari Aktivitas Pendanaan	-
IV	Kenaikan (Penurunan) Arus Kas	255.253
V	Kas dan Setara Kas Awal Periode	2.101.297
VI	Kas dan Setara Kas Akhir Periode	2.356.550
	Rincian Kas dan Bank Akhir Periode:	
1.	Kas	894
2.	Bank	180.657
3.	Deposito on Call	-
4.	Deposito Berjangka	2.175.000
	Jumlah	2.356.550

Dilihat dari laporan arus kas untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2018, arus kas aktivitas operasi mengalami surplus sebesar Rp53,361 miliar.

RASIO KEUANGAN BPJS KESEHATAN

Rasio keuangan dalam bentuk likuiditas dan solvabilitas per 31 Desember 2018 disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.24
Rasio Keuangan BPJS Kesehatan
Perbandingan Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited),
RKAT 2018, dan Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Uraian	Realisasi per 31 Desember 2017 (Audited)	RKAT 2018	Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)
1	2	3	4	5
1.	Rasio Likuiditas			
a.	Aset Lancar	5.164.047	5.714.003	5.712.865
b.	Liabilitas Lancar	693.009	713.557	679.710
c.	Rasio (a : b)	745,16%	800,78%	840,49%
2.	Rasio Solvabilitas			
a.	Total Aset	12.600.792	12.470.255	12.690.713
b.	Total Liabilitas	2.439.427	2.392.123	2.566.711
c.	Rasio (a : b)	516,55%	521,30%	494,43%

Rasio likuiditas dana BPJS Kesehatan per 31 Desember 2018 mencapai 840,49% dan rasio solvabilitas mencapai 494,43%.

BELANJA BARANG MODAL

Belanja Barang Modal untuk tahun 2018 dialokasikan sebesar Rp287,386 miliar, dan sampai dengan bulan Desember 2018 terdapat realisasi Belanja Barang Modal sebesar Rp246,584 miliar atau 85,80% jika dibandingkan RKAT 2018. Rincian realisasi BBM s.d. 31 Desember 2018 disampaikan pada tabel berikut:

Tabel 4.25
Belanja Barang Modal
Perbandingan RKAT per 31 Desember 2018 dan
Realisasi per 31 Desember 2018 (Audited)

(Juta Rupiah)

No	Jenis Belanja Barang Modal	RKAT 2018	Realisasi s.d. 31 Desember 2018 (Audited)	%
1	2	3	4	5=3/4
1	Bangunan	89.551	84.807	94,70
2	Alat Angkutan	5.781	4.970	85,97
3	Peralatan Gedung	17.449	15.137	86,75
4	Inventaris Kantor	58.528	52.198	89,19
5	Komputer	116.077	89.472	77,08
Total		287.386	246.584	85,80



BAB V
LAPORAN TINDAK LANJUT
HASIL PENGAWASAN

PENGAWASAN DEWAN PENGAWAS

Periode Tindak Lanjut Hasil Pengawasan Dewan Pengawas	Jumlah Rekomendasi	Selesai Rekomendasi	Dalam Proses
Tahun 2018	22	22	0

No	Saran/Rekomendasi	Tindak Lanjut yang Telah Dilakukan	Status
1. Terkait dengan Aspek kelembagaan			
a. Teknologi Informasi			
1)	BPJS Kesehatan melalui Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota harus mengedukasi Puskesmas dalam hal pencatatan kunjungan pasien ke Puskesmas melalui PCare, untuk menghindari <i>input</i> data peserta yang tidak aktif tetap dilayani.	PCare sebagai <i>tools</i> dalam <i>input</i> data pelayanan kepada peserta merupakan titik awal dalam <i>monitoring</i> dan evaluasi lebih lanjut dalam pelayanan kepada peserta, dan telah disepakati oleh BPJS Kesehatan dan FKTP dalam klausul Perjanjian Kerjasama, dimana FKTP berkewajiban dalam melakukan <i>input</i> pelayanan JKN. BPJS Kesehatan juga telah melakukan sosialisasi kepada FKTP dalam pertemuan forum kemitraan terkait kedisiplinan entri data pelayanan peserta pada aplikasi PCare (termasuk pengecekan status aktif peserta saat pendaftaran di PCare) mengingat entri data pelayanan Peserta pada PCare akan tercatat sebagai data kunjungan yang berdampak pada kinerja FKTP. BPJS Kesehatan secara kontinyu melakukan perbaikan dan penyempurnaan aplikasi PCare untuk mendukung perubahan regulasi secara tersistem, salah satunya terkait pelayanan kepada peserta. Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 disebutkan bahwa Peserta adalah "setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran". Sehingga dari definisi itu maka hanya peserta aktif saja yang dilayani/dijamin oleh Program JKN. Mempertimbangkan hal tersebut, aplikasi PCare yang beberapa kali telah disempurnakan (saat ini yang digunakan yaitu versi 1.4.5) telah mengakomodir <i>flagging</i>/notifikasi peserta <i>non</i> aktif. Sehingga selanjutnya FKTP dapat mengedukasi peserta <i>non</i> aktif yang dikarenakan oleh kendala iuran yang belum terbayarkan tersebut untuk segera membayarkan tagihan iurannya.	Selesai
2)	Agar BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi secara terus menerus kepada institusi pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan terkait kemudahan pemanfaatan aplikasi <i>mobile</i> JKN yang dapat digunakan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi peserta.	Melalui surat Nomor 14335/VII.3/1117 tanggal 16 November tentang Sosialisasi <i>Mobile</i> JKN, Kedeputan Bidang Pelayanan Peserta telah memberikan instruksi kepada Kantor Cabang untuk secara masif melaksanakan sosialisasi pemanfaatan <i>Mobile</i> JKN.	Selesai
3)	Direksi agar menyusun kebijakan dan prosedur yang mempertimbangkan kesiapan <i>user</i> dan kesiapan BPJS Kesehatan dalam penerapan aplikasi terkait implementasi vedika.	Kebijakan dan prosedur dilakukan bertahap. Mulai dari hanya Rumah Sakit kelas B, C, D dan Rumah Sakit <i>non bridging</i> di tahun 2017, bertahap hingga sekarang mulai mengarah ke Rumah Sakit kelas A, B dan Rumah Sakit <i>bridging</i> dimana membutuhkan persiapan lebih lanjut untuk mengimplementasikan vedika. Terkait kebijakan dan prosedur dalam penerapan Aplikasi dan implementasi Sistem Vedika: - Direktorat IT telah menyusun <i>User Manual</i> Aplikasi Vedika. - Kedeputan OTI telah memberikan sosialisasi terkait Sistem Vedika pada <i>Training of Trainer (ToT)</i> yang diselenggarakan oleh Kedeputan JPKR sebanyak 3 Tahapan, dihadiri oleh Kabid PMR, ITHD dan Verifikator masing masing Kedeputan Wilayah. - Kedeputan OTI telah melakukan sosialisasi ke 13 Kedeputan Wilayah dengan peserta ITHD, Kabid PMR dan verifikator.	Selesai

No	Saran/Rekomendasi	Tindak Lanjut yang Telah Dilakukan	Status
b. Sumber Daya Manusia			
	1) Menambah Duta BPJS Kesehatan yang ditempatkan di Kantor Kabupaten Wakatobi sebagaimana peraturan yang berlaku di BPJS Kesehatan, sehingga pelayanan peserta BPJS Kesehatan serta pencapaian target yang telah direncanakan khususnya dalam rekrutmen peserta dapat lebih optimal.	Saat ini di Kabupaten Wakatobi terdapat 2 orang pegawai definitif. Sesuai informasi dari Kedeputian Wilayah Sulselbartramal bahwa jumlah SDM tersebut saat ini dianggap masih mencukupi, sehingga dengan pertimbangan skala prioritas dan optimalisasi SDM belum dilakukan penambahan SDM di Kabupaten Wakatobi. Namun demikian apabila di Kabupaten Wakatobi diperlukan adanya penambahan SDM untuk pencapaian target, maka kami akan berkoordinasi kembali dengan Kedeputian Wilayah mengingat berdasarkan Perdir Nomor 25 Tahun 2016 tentang Mekanisme Mutasi Pegawai Staf setingkat pelaksana dan Verifikator setingkat Asisten Manager, disebutkan bahwa Mutasi Pegawai Staf setingkat pelaksana dan Verifikator setingkat Asisten Manager menjadi kewenangan Deputi Direksi Wilayah. Terkait penambahan SDM tersebut, maka perlu dipertimbangkan terhadap Analisa Beban Kerja yang saat ini masih dalam proses penyelesaian oleh konsultan yang nantinya akan dijadikan dasar dalam pemenuhan dan mapping SDM di seluruh unit kerja termasuk di Kabupaten/Kota.	Selesai
c. Sumber Daya dan Sarana			
	1) Direksi agar mempersiapkan sarana dan prasarana termasuk memperhatikan permasalahan jaringan komunikasi data untuk mendukung keberhasilan implementasi vedika di seluruh daerah di Indonesia khususnya di daerah 3T (Terpencil, Tertinggal, dan Terluar) sesuai kebijakan Pemerintah.	Telah dilakukan koordinasi dengan Telkom dan Lintas Arta sebagai penyedia Jaringan Komunikasi Data Kantor Layanan BPJS Kesehatan. Untuk daerah yang tidak terdapat Jaringan Komunikasi Data kabel maka disediakan teknologi VSAT khususnya di wilayah 3T (Terpencil, Terluar, Tertinggal).	Selesai
2. Terkait dengan Aspek Pengelolaan Program			
a. Pelayanan			
	1) BPJS Kesehatan agar melakukan koordinasi dengan faskes untuk penguatan komite medik agar tidak timbul <i>fraud</i> yang akan merugikan keuangan negara.	Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit, Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (<i>clinical governance</i>) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis. Peran BPJS Kesehatan khususnya Kantor Cabang adalah terus menerus melakukan sosialisasi ketentuan mengenai penyelenggaraan komite medik melalui kegiatan-kegiatan kemitraan dengan Rumah Sakit maupun melalui kunjungan langsung, juga berkoordinasi dengan <i>stakeholders</i> lain misalnya Dinas Kesehatan dan Asosiasi Faskes di daerah.	Selesai
	2) BPJS Kesehatan agar mendorong Rumah Sakit untuk mensosialisasikan obat-obat Fornas kepada dokter spesialis, sehingga peresepan obat PRB sesuai dengan obat-obat yang tercantum dalam Fornas.	Sebagai upaya mendorong penggunaan obat Fornas BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi melalui kegiatan peningkatan kualitas implementasi sistem pembayaran dan Fornas yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman Faskes terkait sistem pembayaran serta dukungan untuk mematuhi ketentuan Fornas. Sampai dengan bulan Juni 2018 telah dilaksanakan sebanyak 839 kali kegiatan diseluruh Kedeputian Wilayah BPJS Kesehatan.	Selesai

No	Saran/Rekomendasi	Tindak Lanjut yang Telah Dilakukan	Status
3)	BPJS Kesehatan agar mendorong Kementerian Kesehatan berkoordinasi dengan LKPP agar segera menyelesaikan permasalahan ketersediaan obat, sehingga pelayanan peserta JKN dapat berjalan secara optimal.	Dalam rangka untuk pengaturan barang/jasa Pemerintah agar lebih efisien, efektif, dan transparan, maka dibentuk Lembaga Kajian Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 157 tahun 2014. Adanya sistem tersebut salah satunya bertujuan untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan obat yang aman, bermutu dan berkhasiat guna memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Pasal 26 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa Pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan perbekalan kesehatan, terutama obat esensial. Pada pasal 40 menyatakan bahwa Pemerintah menyusun daftar dan jenis obat yang secara esensial harus tersedia bagi kepentingan masyarakat. BPJS Kesehatan mendorong Kementerian Kesehatan untuk mendukung penyelesaian ketersediaan obat khususnya bagi peserta PRB. Telah diadakan pertemuan dengan Direktorat Pelayanan Kefarmasian melalui FGD Pelaksanaan PRB berbasis <i>Medication Therapy Management</i> (MTM) pada tanggal 28 Juni 2018 dan Pertemuan Nasional Apotek pada tanggal 11-23 Juli 2018 yang salah satu pembahasannya adalah terkait ketersediaan obat pada apotek PRB. Melalui pertemuan tersebut, Direktorat Pelayanan Kefarmasian Kementerian Kesehatan mendukung penyelesaian ketersediaan obat di apotek PRB melalui optimalisasi proses <i>e-purchasing</i> bagi apotek PRB.	Selesai
4)	BPJS Kesehatan agar mendorong keterlibatan Pemerintah Daerah dalam menghadapi potensi <i>fraud</i> yang terjadi di wilayah.	Sudah tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (<i>fraud</i>) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan pada SJSN, bahwa Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan harus menindaklanjuti setiap adanya aduan mengenai adanya tindakan kecurangan JKN. Selain itu Dinas Kesehatan juga diamanahkan untuk melakukan pembinaan dan pengawasan pencegahan kecurangan JKN sesuai dengan kewenangannya (dapat melalui advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis; pelatihan dan peningkatan kapasitas SDM; dan <i>monitoring</i> serta evaluasi. Dalam rangka pembinaan dan pengawasan tersebut, Dinas Kesehatan (baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota) dapat memberikan sanksi administratif bagi fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan yang melakukan tindakan kecurangan. Sanksi administratif yang dapat diberikan berupa: - teguran lisan; - teguran tertulis; dan/atau - perintah pengembalian kerugian akibat kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan. Selain hal tersebut di atas, sanksi administratif dapat diikuti dengan pencabutan surat izin praktek bagi tenaga kesehatan yang terbukti melakukan tindakan kecurangan.	

No	Saran/Rekomendasi	Tindak Lanjut yang Telah Dilakukan	Status
b. Kepatuhan			
	1) Perlu adanya upaya mendorong responsivitas pemimpin daerah Provinsi/Kabupaten/Kota terhadap pentingnya peningkatan kualitas RSUD yang dimilikinya, sehingga menjadi mandiri sebagai BLUD dan menjadi pusat rujukan yang layak bagi peserta JKN di sekitarnya.	BPJS Kesehatan secara rutin melakukan forum kemitraan melalui kegiatan: a) Pertemuan kemitraan dengan <i>stakeholders</i>. Kegiatan ini adalah pertemuan rutin kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL dan dengan <i>stakeholders</i> lainnya sesuai kebutuhan, misalnya Dinas Kesehatan, Asosiasi FKRTL, Organisasi Profesi, Asuransi Kesehatan Tambahan, dan lain-lain. b) Pertemuan Forum Kemitraan. Pertemuan ini dilakukan di tingkat Provinsi sebagai bentuk koordinasi dengan lintas sektor/organisasi/ lembaga terkait. c) Melalui forum tersebut dibahas terkait pengelolaan JKN di Rumah Sakit dan peningkatan kualitas sarana dan prasarana, tenaga medis dan pelayanan kesehatan yang diberikan, serta mendorong responsivitas Pemimpin Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota perubahan status RSUD di wilayahnya menjadi BLUD.	Selesai
	2) Direksi agar mendorong adanya regulasi yang mengatur pembayaran klaim Non Kapitasi FKTP yang selama ini masuk terlebih dahulu ke kas daerah.	Terkait pemanfaatan dana yang berasal dari klaim <i>non</i> kapitasi, BPJS Kesehatan telah melakukan advokasi kepada FKTP, Dinas Kesehatan dan Pemerintah Daerah dalam hal: a) Ketepatan penyusunan RKA Puskesmas yang diajukan kepada Pemda dan Dinas Kesehatan, sehingga klaim <i>non</i> kapitasi dapat mudah dimanfaatkan. b) Mengusulkan Puskesmas untuk memberikan pelatihan terkait tata cara penyusunan RKA bagi pegawai penyusun RKA Puskesmas terkait. c) Mengadvokasi Dinas Kesehatan dan Pemerintah Daerah mengeluarkan kebijakan terkait cara pemanfaatan dan pembayaran klaim <i>non</i> kapitasi bagi Puskesmasnya, seperti pengaturan lama waktu yang disepakati untuk pencairan klaim <i>non</i> kapitasi atau mekanisme pembayaran klaim <i>non</i> kapitasi agar bisa langsung ke Puskesmas.	Selesai
	3) Direksi agar meningkatkan sosialisasi dan audit kepatuhan terhadap Badan Usaha di wilayah BPJS Kesehatan Kabupaten Sleman agar tingkat kepatuhan pendaftaran dan penyampaian data Badan Usaha menjadi lebih tepat.	Saat ini Kepbid Kepyankum serta unit kerja yang berada di bawahnya sedang menyusun Rencana Kegiatan Pemeriksaan Tahunan (RKPT) dengan menetapkan 3 (tiga) Fokus pemeriksaan pada tahun 2018 adalah sebagai berikut: a) Pemeriksaan terhadap kepatuhan penyampaian data secara lengkap dan benar; b) Pemeriksaan terhadap kepatuhan pembayaran iuran; c) Pemeriksaan terhadap kepatuhan pendaftaran melalui upaya <i>canvassing</i> yang dilakukan oleh fungsi perluasan kepesertaan; Dengan memperhatikan skala prioritas pemeriksaan terhadap Badan Usaha sebagai berikut: a) Jumlah potensi pekerja; b) Jumlah potensi iuran yang dapat terkumpul melalui upaya pengawasan dan pemeriksaan kepatuhan; c) Telah ditindaklanjuti terlebih dahulu melalui upaya pengawasan yang dilakukan oleh masing-masing unit kerja terkait sesuai dengan pedoman integrasi antar fungsi yang berlaku; sehingga diharapkan upaya pengawasan dan pemeriksaan kepatuhan dapat mendukung dan berkontribusi secara langsung pada 3 (tiga) fokus organisasi tahun 2018, terutama fokus organisasi yang pertama yaitu menjaga kesinambungan program JKN-KIS. Terkait dengan saran dan masukan Dewan Pengawas, pada tahun 2018 akan diberlakukan Peraturan Direksi Nomor 33 Tahun 2017 tentang Pedoman Integrasi Antar Fungsi Untuk Penegakan Kepatuhan Dalam Perluasan Kepesertaan dan Pembayaran iuran ke seluruh Kantor Cabang, sehingga diharapkan upaya pengawasan dan pemeriksaan kepatuhan dapat lebih ditingkatkan.	Selesai

No	Saran/Rekomendasi	Tindak Lanjut yang Telah Dilakukan	Status
c. Kepesertaan			
	1) BPJS Kesehatan melalui Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota harus mendorong Pemerintah Daerah untuk melakukan verifikasi dan validasi data kepesertaan PBI untuk memastikan validitas kepesertaan.	Kedeputan Wilayah/Kantor Cabang dalam tahap awal terhadap penerbitan KIS bagi peserta PBI sebagaimana data pengganti/penambahan PBI APBN dari Kemensos sebelum pada tahap proses pencetakan KIS melakukan validasi data peserta PBI terlebih dahulu yang dikirimkan oleh Kantor Pusat dan melakukan koordinasi dengan Dinas Sosial Kabupaten/Kota. Sebagaimana tercantum dalam lampiran Permensos Nomor 5 Tahun 2016 disebutkan: a) Pelaksanaan verifikasi dan validasi perubahan data PBI Jaminan Kesehatan secara operasional dilakukan oleh Dinas Sosial Kabupaten/Kota untuk disampaikan ke Dinas Sosial Provinsi dan diteruskan ke unit kerja yang membidangi pelaksanaan fungsi pengolahan data dan informasi kesejahteraan sosial Kementerian Sosial; b) Verifikasi dan validasi perubahan data PBI Jaminan Kesehatan dilakukan oleh TKSK atau PSKS lainnya melalui: pengecekan langsung ke rumah tangga/keluarga PBI; dan musyawarah Desa/Kelurahan/ nama lain; c) Verifikasi dan validasi perubahan data PBI Jaminan Kesehatan dilakukan sesuai dengan kebutuhan; d) Verifikasi dan validasi perubahan data PBI Jaminan Kesehatan menggunakan instrumen yang sesuai dengan kebutuhan data untuk penetapan PBI Jaminan Kesehatan.	Selesai
	2) BPJS Kesehatan agar mendorong dan memastikan daerah Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku yang belum berintegrasi dengan JKN, untuk benar-benar integrasi Jamkesda per Januari 2018, dan memastikan 8 daerah yang sudah berintegrasi telah benar-benar mendaftarkan warga nya secara penuh ke dalam JKN.	Sampai dengan bulan Januari tahun 2018, seluruh Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku telah melakukan integrasi Jamkesda, yaitu sebagai berikut: a) Kabupaten Maluku Tenggara Barat telah mencapai 80,42% dengan jumlah peserta sebanyak 98.091; b) Kabupaten Maluku Tenggara telah mencapai 74,24% dengan jumlah peserta sebanyak 93.047; c) Kabupaten Maluku Tengah telah mencapai 61,52% dengan jumlah peserta sebanyak 258.886; d) Kabupaten Buru telah mencapai 76,22% dengan jumlah peserta sebanyak 99.323; e) Kota Ambon telah mencapai 69,70% dengan jumlah peserta sebanyak 261.140; f) Kabupaten Seram Bagian Timur telah mencapai 72,40% dengan jumlah peserta sebanyak 92.117; g) Kabupaten Seram Bagian Barat telah mencapai 67,89% dengan jumlah peserta sebanyak 140.805; h) Kabupaten Kepulauan Aru telah mencapai 66,74% dengan jumlah peserta sebanyak 68.052; i) Kota Tual telah mencapai 87,02% dengan jumlah peserta sebanyak 73.388; j) Kabupaten Buru Selatan telah mencapai 55,99% dengan jumlah peserta sebanyak 40.745; k) Kabupaten Maluku Barat Daya telah mencapai 85,88% dengan jumlah peserta sebanyak 53.665. Advokasi UHC terus dilakukan oleh Kedeputan Wilayah Sulselbartramal khususnya pada kegiatan Forum Para Pemangku Kepentingan Utama baik di tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota.	Selesai

No	Saran/Rekomendasi	Tindak Lanjut yang Telah Dilakukan	Status
	3) BPJS Kesehatan agar mempermudah mekanisme administrasi pendaftaran khususnya bagi BU dengan jumlah pekerja besar termasuk memastikan proses pencetakan kartunya dilakukan secara cepat.	Kemudahan pendaftaran Badan Usaha telah difasilitasi melalui: <i>Online Single Submission (OSS)</i> yaitu sistem informasi terintegrasi kemudahan pendaftaran Badan Usaha dengan pelayanan perizinan usaha; <i>Website</i> BPJS Kesehatan; - Aplikasi <i>New e-Dabu</i>; - Portal Pendaftaran Bersama BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Badan Usaha dengan jumlah pekerja besar menjadi prioritas dalam rekrutmen peserta. Untuk Badan Usaha besar yang telah terdaftar dan melakukan aktivitas mutasi tambah-kurang juga telah dipermudah melalui Aplikasi <i>New e-Dabu</i>. Seiring dengan implementasi KIS Digital yang difasilitasi melalui <i>Mobile JKN</i>, maka Peserta PPU yang telah didaftarkan oleh pemberi kerjanya dapat mengakses pelayanan kesehatan menggunakan KIS Digital. Pencetakan kartu bagi PPU Badan Usaha dilakukan sesuai SLA yang berlaku.	
3. Terkait dengan Aspek Keuangan dan Investasi			
	a. BPJS Kesehatan harus secara tepat waktu menagihkan tunggakan iuran dari segmen peserta PBP/Mandiri, honor daerah/PPNPN dengan berkomunikasi dengan Pemda terkait, selain itu apabila terjadi keterlambatan pihak BPJS Kesehatan perlu memberikan surat peringatan kepada Pemda terkait pembayaran tersebut.	Dalam upaya penagihan iuran JKN-KIS kepada peserta, BPJS Kesehatan telah dan terus melakukan upaya melalui: - PBP - Pengiriman surat tagihan melalui pos dengan sasaran peserta PBP menunggak yang alamatnya lengkap. - Pengiriman <i>SMS Blast</i> kepada peserta PBP menunggak yang nomor <i>handphone</i>-nya valid dan aktif. - Penagihan melalui telepon (<i>telecollecting</i>) kepada peserta PBP menunggak yang nomor <i>handphone</i>-nya valid dan aktif. - Penagihan melalui Kader JKN-KIS, kepada peserta PBP yang menunggak ≥ 3 bulan. - Penagihan melalui email <i>blast</i>, kepada peserta PBP menunggak yang mempunyai alamat email. - Honor Daerah/PPNPN - Pengiriman surat tagihan kepada Pemda. - Pelaksanaan rekonsiliasi secara rutin. Selain upaya penagihan di atas, BPJS Kesehatan juga melakukan edukasi kewajiban pembayaran iuran melalui berbagai media: - Radio - Televisi - Majalah dan Koran - TVC - Digital Untuk PPNPN, dalam hal terdapat penghasilan yang belum dibayarkan pada bulan-bulan sebelumnya, maka penyelesaiannya dilakukan secara rapel dengan ketentuan: - Penghasilan PPNPN yang baru pertama kali dibayarkan untuk beberapa bulan sekaligus (rapel), potongan iuran JKN-KIS pertama kali dikenakan terhadap penghasilan 1 (satu) bulan terakhir; - Pembayaran penghasilan untuk beberapa bulan sekaligus (rapel) bagi PPNPN yang pada bulan sebelumnya pernah dibayarkan oleh satuan kerja berkenaan, potongan iuran JKN-KIS dikenakan terhadap seluruh bulan penghasilan.	Selesai

No	Saran/Rekomendasi	Tindak Lanjut yang Telah Dilakukan	Status
b.	BPJS Kesehatan agar mendorong setiap Kantor Cabang mengedepankan pola hubungan komunikasi dan koordinasi secara lebih rutin, aktif dan persuasif dengan Badan Usaha setempat baik secara langsung maupun melalui Apindo setempat serta mengurangi pendekatan yang bersifat memaksa (melalui Kejaksaaan) agar setiap masalah yang timbul dapat diselesaikan dengan baik dan responsif. Mengembangkan alternatif pola pembayaran bagi BU berupa skema pola cicilan pembayaran sebagaimana telah berlaku dan berjalan bagi PBP.	Dalam rangka meningkatkan hubungan baik dengan Badan Usaha, Kedepan Bidang Manajemen Iuran telah melaksanakan program pembinaan kemitraan dengan Badan Usaha dengan sasaran Badan Usaha dengan jumlah iuran minimal Rp500.000.000 dengan maksud untuk menjalin hubungan harmonis antara BPJS Kesehatan dengan Badan Usaha sebagai mitra. Langkah-langkah yang telah dilakukan adalah sebagai berikut: 1) Mengirimkan surat berisi himbauan kepada Kantor Cabang agar melaksanakan pola hubungan komunikasi dan koordinasi sesuai dengan yang disarankan. 2) Mengembangkan pola pembayaran secara angsuran <i>non</i> pinjaman bagi Badan Usaha dengan kriteria: a) Memiliki tunggakan > 2 bulan; b) Telah menjalani pemeriksaan kepatuhan dan sudah keluar Laporan Hasil Pemeriksaan yang menunjukkan bahwa Badan Usaha terbukti memiliki tunggakan dan bersedia membayar tunggakan; c) Menyatakan diri tidak mampu membayar tunggakan iuran secara sekaligus; d) Dapat membuktikan bahwa Badan usaha tersebut kesulitan keuangan; e) Bersedia membayar iuran secara mengangsur. Pengembangan direncanakan dilaksanakan sebagai berikut: 1) Pengembangan sistem internal; 2) Pengembangan sistem terkait mitra lembaga keuangan (bank) yang bekerja sama untuk program ini; 3) Menerbitkan ketentuan terkait pemberlakuan program angsuran <i>non</i> pinjaman bagi Badan Usaha menunggak dengan kriteria sebagaimana tersebut di atas.	
c.	BPJS Kesehatan agar memastikan aktivasi kartu peserta yang sudah tercetak dan terdaftar aktif di aplikasi e-Dabu dapat langsung aktif pada aplikasi pelayanan di Faskes.	Dengan telah terimplementasinya <i>close payment</i> dalam sistem pembayaran iuran PPU BU, selama antara <i>billing</i> tagihan dengan pembayaran yang dilakukan oleh BU sesuai/tidak terdapat selisih maka KIS bagi PPU BU akan otomatis aktif di aplikasi kepesertaan, aplikasi e-Dabu maupun di aplikasi pelayanan di Faskes. Jika pembayaran mengalami proses kliring, maka proses aktivasi dapat dilakukan oleh staf Kantor Cabang dengan menggunakan <i>tools</i> bantu aplikasi aktivasi Peserta dan Badan Usaha.	

PENGAWASAN INTERNAL

Sampai dengan 31 Desember 2018 telah dilakukan pemutakhiran tindak lanjut hasil pemeriksaan Kedeputan Bidang Pengawasan Internal sebagaimana disajikan pada tabel berikut:

Tabel 5.1
Jumlah Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan

Hasil Pemantauan Tindak Lanjut									
Tahun Pemeriksaan	Hasil			Tuntas			Dalam Pemantauan		
	T	C	R	T	C	R	T	C	R
2016	1	277	1.702	0	277	1.701	1	0	1

Hasil Pemantauan Tindak Lanjut						
Tahun Pemeriksaan	Hasil		Tuntas		Dalam Pemantauan	
	T	R	T	R	T	R
2018	442	1.303	389	1.207	53	96

Keterangan:

T: Temuan
C: Catatan
R: Rekomendasi

Note:

Sesuai Perdir 36 Tahun 2018 tentang Pedoman Audit Internal, per Oktober 2018 tidak ada lagi istilah Catatan melainkan "Temuan".

Hasil pemantauan atas tindak lanjut pemeriksaan di tahun 2016 dan 2018 sampai dengan bulan Desember 2018 yaitu:

- Hasil pemeriksaan di tahun 2016 terdapat 1 temuan dan 277 catatan, dengan total rekomendasi sebanyak 1.702 rekomendasi. Sebanyak 277 catatan atau sebanyak 1.701 rekomendasi telah ditindaklanjuti, dengan prosentase 99,94%. Saat ini masih tersisa 1 temuan dengan total rekomendasi sebanyak 1 rekomendasi yang masih dalam pemantauan.
- Hasil pemeriksaan di tahun 2018 terdapat 442 temuan dengan total rekomendasi sebanyak 1.303. Sebanyak 389 temuan dengan total 1.207 rekomendasi telah ditindaklanjuti dengan prosentase 92,63%. Saat ini masih tersisa 55 temuan dengan total rekomendasi sebanyak 96 rekomendasi yang masih dalam pemantauan.

Rencana tindak lanjut atas hasil pemeriksaan Kedeputan Bidang Pengawasan Internal adalah sebagai berikut:

- Melakukan koordinasi dan konfirmasi ke Kedeputan Wilayah dan Kedeputan Bidang Kantor Pusat, terkait pemutakhiran tindak lanjut atas Laporan Hasil Audit Kedeputan Bidang Pengawasan Internal tahun 2016.
- Proses *monitoring* tindak lanjut hasil pemeriksaan rutin Kedeputan Bidang Pengawasan Internal dilakukan dengan mengirimkan *feedback* matrik tindak lanjut ke setiap Kedeputan Wilayah dan Kedeputan terkait di Kantor Pusat secara rutin.

Sesuai Surat Keputusan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 404 Tahun 2017 tentang Program Kerja Tahunan (PKT) Kedeputan Direksi Bidang Pengawasan Internal BPJS Kesehatan Tahun 2018, audit rutin ditargetkan terlaksana pada:

1. 89 Kantor Cabang;
2. 13 Kedeputusan Wilayah dan;
3. 5 Kedeputusan Bidang Kantor Pusat.

Audit rutin dilaksanakan pada 16 dari 25 fungsi pada makro bisnis proses BPJS Kesehatan yang terdiri dari:

1. Manajemen Risiko;
2. Manajemen Perluasan Kepesertaan;
3. Manajemen Pelayanan Peserta;
4. Manajemen Kolektif Iuran;
5. Manajemen Kepatuhan;
6. Manajemen Fasilitas Kesehatan;
7. Manajemen Jaminan Pembiayaan Manfaat;

8. Manajemen Utilisasi dan Pencegahan Kecurangan;
9. Hukum dan Regulasi;
10. Hubungan Masyarakat;
11. Manajemen Sumber Daya Manusia;
12. Manajemen Sumber Daya Sarana dan Prasarana;
13. Kesekretariatan Badan;
14. Teknologi Informasi dan Komunikasi;
15. Manajemen Treasuri;
16. Manajemen Akuntansi.

Sampai dengan bulan Desember 2018 telah dilakukan pemeriksaan pada unit kerja, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 5.2
Pemeriksaan Rutin Kedeputusan Bidang Pengawasan Internal
s.d. Bulan Desember 2018

No.	Kedeputusan Wilayah / Bidang	2018											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des
1	Sumut dan DI Aceh										√		
2	Riau, Kepri, Sumbang dan Jambi		√										
3	Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu			√									
4	Jabodetabek								√				
5	Jabar					√							
6	Jateng dan DI Yogyakarta										√		
7	Jatim		√										
8	Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara					√							
9	Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku							√					
10	Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku			√									
11	Bali, NTT dan NTB							√					
12	Papua dan Papua Barat				√								
13	Banten, Kalbar dan Lampung								√				
14	Kedeputusan Bidang Manajemen Iuran	√											
15	Kedeputusan Bidang Pelayanan Peserta	√											
16	Kedeputusan Bidang SDS & Umum	√											
17	Kedeputusan Bidang OTI	√											
18	Kedeputusan Bidang Kepatuhan dan Pelayanan Hukum	√											

CATATAN :

√ : Telah selesai dilaksanakan

Penjelasan atas pelaksanaan audit/pemeriksaan rutin sampai dengan bulan Desember 2018 adalah sebagai berikut:

1. Telah dilakukan tahap *Field Audit* pada 5 Kedeputan Bidang yaitu Kedeputan Bidang MIUR, Kedeputan Bidang Pelayanan Peserta, Kedeputan Bidang SDS dan Umum, Kedeputan Bidang OTI dan Kedeputan Bidang Kepatuhan dan Pelayanan Hukum;
2. Telah dilakukan *Field Audit* pada 13 Kedeputan Wilayah yaitu:
 - a. Riau, Kepri, Sumbar dan Jambi;
 - b. Jatim;
 - c. Sumsel, Kep. Babel dan Bengkulu;
 - d. Sulut, Sulteng, Gorontalo dan Maluku;
 - e. Papua dan Papua Barat;
 - f. Jabar;
 - g. Kaltim, Kalsel, Kalteng, dan Kaltara;
 - h. Bali, NTT dan NTB;
 - i. Sulsel, Sulbar, Sultra dan Maluku;

- j. Jabodetabek;
- k. Banten, Kalbar dan Lampung;
- l. Jateng dan DI Yogyakarta;
- m. Sumut dan DI Aceh.

PENGAWASAN EKSTERNAL

TINDAK LANJUT REKOMENDASI HASIL AUDIT BPK-RI

Berdasarkan Surat BPK-RI Nomor 19b/S/XIX/07/2018 tanggal 31 Juli 2018 perihal Hasil Pemantauan Tindak Lanjut Atas LHP BPK pada BPJS Kesehatan s.d. Semester I Tahun 2018 (yang baru diterima oleh Kedeputan Bidang Pengawasan Internal pada 27 November 2018), rekapitulasi status tuntas adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3
Tindak Lanjut Rekomendasi BPK RI

No.	LHP	Jumlah Temuan	Jumlah Rekomendasi	Status Tindak Lanjut			
				SR	BS	BD	TDD
1.	Pemeriksaan atas Hasil Inventarisasi Aset dan Liabilitas, Pengelolaan Data Peserta dan Biaya-biaya Umum tahun buku 2013 terkait pengalihan PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan.	13	37	34	3	0	0
2.	Pemeriksaan Kinerja atas Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada BPJS Kesehatan TA 2014 s.d. Desember I TA 2015.	11	12	12	0	0	0
3.	Pemeriksaan Kinerja atas Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada BPJS Kesehatan TA 2015 s.d. Semester I Tahun 2016.	15	26	14	12	0	0
4.	Pemeriksaan atas Pengelolaan Barang dan Jasa di BPJS Kesehatan T.A 2015 s.d. Semester I 2017 di DKI Jakarta, Jawa Barat, dan Jawa Tengah.	8	28	12	16	0	0
5.	Pemeriksaan Kinerja atas Efektivitas Pengelolaan Obat dalam Penyelenggaraan JKN Tahun 2016 s.d. Semester I Tahun 2017 pada BPJS Kesehatan.	2	9	2	7	0	0
Total		49	112	74	38	0	0

Keterangan:

SR Sesuai Rekomendasi

BS Belum Sesuai Rekomendasi

BD

TTD

Rekomendasi belum Ditindaklanjuti

Rekomendasi Tidak Dapat Ditindaklanjuti

Catatan:

1 (satu) temuan dapat terdiri dari lebih dari 1 rekomendasi, dan yang menjadi kewajiban BPJS Kesehatan dalam menindaklanjuti adalah berdasarkan jumlah Rekomendasi.

Progres sampai dengan saat ini adalah untuk sisa rekomendasi yang dinyatakan belum sesuai dengan rekomendasi BPK RI, sedang dalam persiapan tindak lanjut untuk dapat disampaikan kembali ke BPK RI.

TINDAK LANJUT MANAGEMENT LETTER KAP

Sampai dengan 31 Desember 2018, *Management Letter* pada laporan hasil pemeriksaan Mirawati Sensi Idris Tahun Buku 2017 atas program DJS dan BPJS Kesehatan yang telah ditindaklanjuti adalah sebagai berikut:

Tabel 5.4
Tindak Lanjut Management Letter KAP
Tahun 2015-2017

Tahun Pemeriksaan	Jumlah		Selesai		Dalam Pemantauan	
	Temuan	Catatan	Temuan	Catatan	Temuan	Catatan
2015 (BPJS Kesehatan)	0	4	0	4	0	0
2015 (DJS Kesehatan)	0	3	0	3	0	0
2016 (BPJS Kesehatan)	0	4	0	3	0	1
2016 (DJS Kesehatan)	0	3	0	2	0	1
2017 (BPJS Kesehatan)	0	3	0	0	0	3
2017 (DJS Kesehatan)	0	1	0	0	0	1

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa atas temuan atau catatan KAP Tahun Buku 2015 dan 2016 telah disampaikan tindak lanjut melalui surat nomor 249/L.1/0118 tanggal 8 Januari 2018. Berdasarkan hasil *review* KAP Tahun Buku 2017, atas tindak lanjut catatan pada *Management Letter* KAP Tahun Buku 2016, dari 7 catatan masih terdapat 2 catatan yang belum tuntas. Adapun 2 catatan untuk Tahun Buku 2016 (BPJS dan DJS) yang belum tuntas adalah:

1. Terkait hutang piutang yang ada pada BPJS Kesehatan yang terdiri dari:
 - a. Piutang dana talangan BPJS Kesehatan kepada DJS Kesehatan;
 - b. Hutang Insentif Dewan Pengawas dan Direksi.
2. Master Data Kepesertaan (masih terdapat kode kelas null).

Sedangkan untuk 4 catatan pada Tahun Buku 2017 (BPJS dan DJS) adalah terkait *review master data* kepesertaan (duplikasi dan validasi data peserta), perpajakan, pengendalian umum atas teknologi sistem informasi (*general control*) dan keamanan sistem operasi *Windows*. Keseluruhan tindak lanjut atas catatan tersebut telah disampaikan ke Tim KAP Tahun Buku 2018 yaitu KAP Kanaka Puradiredja Suhartono untuk selanjutnya dapat di *review* dan diberikan status.

OTORITAS JASA KEUANGAN (OJK)

Secara keseluruhan, hasil pemutakhiran tindak lanjut atas LHPF OJK adalah sebagai berikut:

Tabel 5.5
Tindak Lanjut Pemeriksaan OJK

No	LHP	Temuan dengan Rekomendasi	Jumlah Rekomendasi	Status Tindak Lanjut			
				SR	BS	BD	TDD
1	LHPF OJK No. 23/LHPF/08/2015 tanggal 10 Agustus 2015.	10	10	9	1	0	0
2	LHPLF-4/NB.211/2018 tanggal 12 Januari 2018. Diterima tanggal 25 Januari 2018.	8	24	0	0	0	0

Ket:

SR	Sesuai Rekomendasi	BD	Rekomendasi Belum Ditindaklanjuti
BS	Belum Sesuai Rekomendasi	TDD	Rekomendasi Tidak Dapat Ditindaklanjuti

Catatan:

1 (satu) temuan dapat terdiri dari lebih dari 1 rekomendasi, dan yang menjadi kewajiban BPJS Kesehatan dalam menindaklanjuti adalah berdasarkan jumlah Rekomendasi.

Atas LHPLF OJK tersebut terdapat 3 macam temuan/catatan yaitu:

1. Temuan/catatan yang tanpa rekomendasi dan saran;
2. Temuan/catatan dengan saran perbaikan;
3. Temuan/catatan yang memuat rekomendasi.

Berdasarkan hal tersebut, yang menjadi kewajiban utama untuk ditindaklanjuti oleh BPJS Kesehatan adalah temuan/catatan yang memuat rekomendasi (jumlah rekomendasi).

Penjelasan atas tindak lanjut LHPF OJK adalah sebagai berikut:

Atas LHPF (Laporan Hasil Pemeriksaan Final) OJK Nomor 23/LHPF/08/2015, terdapat sisa 1 temuan yaitu terkait Penjualan Aset Tanah KSB Pakuwon Jati, proses penyelesaiannya adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pertemuan dengan pihak PT Pakuwon Jati Tbk beserta Notaris dan pihak Badan Pertanahan Nasional pada tanggal 15-16 Maret 2018.
2. BPJS Kesehatan telah bersurat ke PT Pakuwon melalui Surat Nomor 4071/IV.2/0318 tanggal 29 Maret 2018 perihal permintaan perkiraan perhitungan simulasi biaya dalam pengalihan tanah.
3. Telah diperoleh perhitungan dari PT Pakuwon Jati melalui surat Nomor 216/PJ-PC/Adm/VI/2018 tanggal 21 Juni 2018 dengan nilai Rp6.492.571.800,- (belum termasuk biaya notaris dan PPAT), namun tentang hal ini masih menunggu perhitungan dari Kedeputian Wilayah Jawa Timur.
4. Progres penjualan KSB Pakuwon Jati dari September 2017 s/d Juni 2018 telah disampaikan kepada OJK melalui Surat Nomor 9280/I.1/0718 tanggal 27 Juli 2018.
5. Hasil simulasi perhitungan pajak berdasarkan SPPT PBB Tahun 2018 telah dilakukan oleh Notaris Mira Iriani, S.H., M.Kn, namun sesuai arahan akan dilakukan kajian dari sisi hukum terlebih dahulu terkait besaran estimasi biaya pajak yang dikeluarkan.
6. Pada 27 November 2018, BPJS Kesehatan telah melakukan konsultasi kepada Jamdatun atas tindak lanjut proses balik nama KSB Pakuwon

Jati dengan hasil Jaksa Pengacara Negara (JPN) memberikan pendapat bahwa sebaiknya dibuat pertemuan yang mengundang BPK, KPKNL, dan Kejaksaan untuk membahas hal ini.

Atas LHPLF (Laporan Hasil Pemeriksaan Langsung Final) OJK Nomor LHPLF-4/NB.211/2018 tanggal 12 Januari 2018, telah dilakukan tindak lanjut sebagai berikut:

1. Telah disampaikan Tindak Lanjut I atas beberapa Rekomendasi OJK melalui Surat Nomor 2301/I.1/0218 tanggal 22 Februari 2018.
2. Telah disampaikan Tindak Lanjut II melalui Surat Nomor 4363/I.1/0418 tanggal 6 April 2018.
3. Telah disampaikan Tindak Lanjut III melalui Surat Nomor 4730/I.1/0418 tanggal 12 April 2018.
4. Telah disampaikan Tindak Lanjut IV melalui Surat Nomor 8347/I.1/0718 tanggal 10 Juli 2018.
5. Telah disampaikan Tindak Lanjut V melalui Surat Nomor 9298/I.1/0718 tanggal 27 Juli 2018.
6. Telah disampaikan Tindak Lanjut VI melalui Surat Nomor 12547/I.1/1018 tanggal 04 Oktober 2018, penyampaian *update* Aplikasi IBNR.

Seluruh rekomendasi telah ditindaklanjuti, namun sampai dengan saat ini belum ada keterangan resmi dari OJK atas tindak lanjut rekomendasi yang telah disampaikan. Untuk sisa 1 temuan yaitu terkait penjualan aset tanah KSB Pakuwon Jati, tindak lanjut yang telah dilakukan yaitu mendorong Kedeputian Bidang Treasury dan Investasi untuk segera melakukan tindak lanjut atas KSB Pakuwon Jati sesuai dengan rekomendasi OJK.

PUBLIC EXPOSE BPJS KESEHATAN

Laporan Keuangan dan
Laporan Pengelolaan Program Tahun 2017

Jakarta, 16 Mei 2018

DENGAN GOTONG ROYONG
SEMUA TERTOLONG



BAB VI

PENUTUP

KESIMPULAN

Sampai dengan 31 Desember 2018, penyelenggaraan program BPJS Kesehatan telah terlaksana dengan baik, antara lain yaitu:

ASPEK KELEMBAGAAN

1. Untuk menunjang operasional BPJS Kesehatan, telah dikembangkan jaringan kantor yang terdiri dari 13 Kantor Kedeputan Wilayah, 127 Kantor Cabang (termasuk Kantor Cabang Prima), 388 Kantor Kabupaten/Kota.
2. Jumlah pegawai tetap BPJS Kesehatan per 31 Desember 2018 adalah 6.989 pegawai.
3. Untuk menunjang kegiatan pengadaan dan inventarisasi aset, telah dibangun aplikasi IMAP's (*Integrated Management Asset And Procurement System*) yang dipergunakan untuk:
 - a. Kegiatan Daftar Rekanan Terseleksi (DRT) meliputi kegiatan registrasi vendor, verifikasi vendor, usulan aktivasi vendor dan finalisasi aktivasi vendor.
 - b. Kegiatan pengadaan dengan metode Pemilihan Langsung dan Lelang. Proses lelang masih dilakukan secara simultan dengan proses manual.
 - c. Manajemen aset, mulai dari pencatatan aset, penyusunan daftar inventaris ruangan, mutasi aset, penghapusan aset dan *inventory*.

Sampai dengan 31 Desember 2018 telah terpasang 712 koneksi jaringan komunikasi data yang tersebar di internal BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan dan beberapa mitra.

ASPEK PENGELOLAAN PROGRAM

1. Melakukan kegiatan promosi, sosialisasi dan advokasi kepada para pemangku kepentingan serta rekrutmen dalam rangka meningkatkan cakupan kepesertaan yang per 31 Desember 2018 mencapai 208.054.199 jiwa (105,46% dari RKAT 2018), termasuk peserta PBPU sebanyak 31.100.248 jiwa.
2. Melakukan pengumpulan iuran bekerja sama dengan perbankan (*teller* dan ATM), *Payment Point Online Bank* (PPOB), mitra berbasis *Financial Technology* (*Fintech*) dan Kader JKN-KIS yang jumlahnya mencapai ± 686.735 titik pembayaran.
3. Menangani 205.141 pengaduan yang diterima melalui BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400 dan melalui media lainnya. Respon awal penanganan pengaduan yang disampaikan oleh peserta mencapai 99,70% dan pengaduan yang telah ditindaklanjuti mencapai 99,228%.
4. Menyediakan akses peserta terhadap pelayanan kesehatan melalui kerja sama dengan 23.298 Faskes Tingkat Pertama (termasuk 1.226 FKTP Dokter Gigi), 2.455 Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan dan 3.964 Faskes Penunjang.
5. Melakukan pembayaran kapitasi kepada Faskes Primer secara tepat waktu dengan ketentuan maksimal N+15 hari. Sampai dengan 31 Desember 2018 realisasi biaya manfaat (termasuk Biaya Promotif dan Preventif) sudah terserap sebesar Rp94,297 triliun (107,39% dari RKAT 2018).
6. Sampai dengan 31 Desember 2018, BPJS Kesehatan telah melakukan Pemeriksaan Data terhadap 1.947 BU dan Pemeriksaan Lapangan terhadap 13.004 Badan Usaha.

ASPEK KEUANGAN

1. Jumlah pendapatan iuran DJS sampai dengan 31 Desember 2018 sebesar Rp81,975 triliun atau 102,76% dari RKAT 2018. Realisasi dana investasi DJS adalah sebesar Rp20,866 miliar. Pendapatan Investasi bruto DJS mencapai Rp20,387 miliar (682,29% dari RKAT 2018).
2. Pendapatan operasional BPJS Kesehatan sampai 31 Desember 2018 sebesar Rp3,769 triliun atau 100,00% dari RKAT 2018. Beban operasional sebesar Rp3,978 triliun atau 93,57% dari RKAT 2018 dan beban lainnya sebesar Rp205,092 miliar atau 65,62% dari RKAT 2018. Dana investasi BPJS mencapai Rp7,379 triliun (101,31% dari RKAT 2018). Pendapatan Investasi bruto mencapai Rp365,139 miliar (56,46% dari RKAT 2018).
3. Sampai dengan 31 Desember 2018 jumlah aset DJS mencapai Rp1,161 triliun (111,38% dari RKAT 2018). Pencapaian liabilitas sebesar Rp35,874 triliun atau 193,61% dibandingkan dengan RKAT 2018.
4. Sampai dengan 31 Desember 2018 jumlah aset BPJS mencapai Rp12,691 triliun (101,77% dari RKAT 2018). Pencapaian liabilitas BPJS sebesar Rp2,567 triliun atau 107,30% dari RKAT 2018.

HAL YANG PERLU MENDAPAT PERHATIAN PEMERINTAH

Program JKN-KIS merupakan salah satu program prioritas Pemerintahan Presiden Joko Widodo yang diharapkan dapat mendukung capaian Rencana Kerja Pemerintah (RKP) tahun 2018 khususnya dalam upaya mewujudkan Pemerataan yang Berkeadilan. Secara lebih detail, pada tahun 2018 pemerintah akan terus berupaya untuk mendorong konsumsi rumah tangga dengan memperbaiki program perlindungan sosial guna meningkatkan pemerataan pendapatan dan pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat.

Program JKN-KIS telah memberikan manfaat besar dalam menjaga agar yang miskin tidak semakin miskin,

dan yang berkecukupan tidak jatuh miskin. Tantangan tahun 2019 adalah bagaimana mengatasi defisit Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan, semakin meningkatnya kasus berbiaya tinggi (katastropik), serta tuntutan publik yang semakin tinggi terhadap pelayanan program JKN-KIS, sehingga diperlukan langkah-langkah yang komprehensif dalam mengatasi tantangan tersebut demi kesinambungan program JKN-KIS.

BPJS Kesehatan telah berupaya mengoptimalkan tambahan pendanaan sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan. Penanggulangan defisit arus kas dilakukan melalui realisasi dana talangan sebesar 25% dari aset investasi Dana BPJS Kesehatan yaitu sebesar Rp3,1 triliun dan menyerahkan surplus Dana BPJS Kesehatan tahun 2015 kepada Dana Jaminan Sosial (DJS) sebesar 1,1 triliun.

Diperlukan langkah-langkah kebijakan strategis, baik yang bersifat jangka pendek maupun jangka panjang untuk menjaga kesinambungan program JKN-KIS, khususnya dalam menanggulangi defisit program JKN-KIS melalui:

1. Memastikan kecukupan dana dari pemerintah untuk menanggulangi defisit Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan.

Kami mengucapkan terima kasih atas dukungan yang diberikan oleh pemerintah demi menjaga keberlangsungan program JKN-KIS. Pemerintah melalui kementerian dan lembaga terkait, sejak tahun 2015 sampai dengan 2018 telah memberikan beberapa solusi yang berdampak positif terhadap likuiditas Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan. Namun demikian, untuk tahun 2019 kondisi keuangan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan diperkirakan masih akan mencatatkan defisit, sehingga tetap dibutuhkan dukungan pemerintah demi keberlangsungan finansial program JKN-KIS.

2. Penyesuaian iuran Peserta PBI dan Non PBI sesuai perhitungan aktuarial yang melibatkan berbagai pihak terkait berbasis *Actuarial Soundness*.

Diperlukan adanya penyesuaian terhadap iuran baik peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun

Non PBI yang melibatkan berbagai pihak, khususnya Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, dan *stakeholders* lainnya dengan tujuan untuk menjawab tantangan kesinambungan program JKN-KIS di masa yang akan datang.

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara program JKN-KIS siap terlibat aktif dalam proses perhitungan iuran, termasuk dalam memberikan data dan informasi termutakhir yang diperlukan untuk proses perhitungan iuran tersebut. Hasil perhitungan iuran tersebut dapat menjadi dasar pertimbangan untuk melakukan perubahan besaran iuran yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.

3. Implementasi iur biaya (*Cost Sharing*) berdasarkan regulasi Kementerian Kesehatan R.I.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan, telah ditetapkan pada tanggal 14 Desember 2018. Hal ini merupakan dasar hukum yang dapat menjadi pijakan untuk implementasi urun biaya pada tahun 2019 dan selanjutnya.

Tentu diperlukan dukungan dan koordinasi dari Pemerintah Pusat khususnya Kementerian Kesehatan RI sebagai regulator untuk menyusun tahap perencanaan, implementasi, serta evaluasi atas pelaksanaan regulasi tersebut. Implementasi regulasi ini diharapkan berdampak pada efektivitas dan efisiensi pengelolaan program JKN-KIS.

4. Dukungan regulasi yang memadai agar BPJS Kesehatan dapat berperan optimal sebagai *Strategic Purchaser*.

Strategic Purchasing merupakan pengembangan fungsi pembiayaan yang terdiri atas *Revenue Collection*, *Pooling*, dan *Purchasing*. Fungsi *purchasing* memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Menjamin pemerataan dalam distribusi sumber daya.
- b. Efisiensi dalam penggunaan sumber dana.

- c. Peningkatan akses untuk penggunaan pelayanan berbasis kebutuhan.
- d. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
- e. Perlindungan keuangan dari kesakitan.

BPJS Kesehatan diharapkan dapat berperan sebagai *purchaser* yang berfungsi sebagai *principal* untuk pelayanan kesehatan. BPJS Kesehatan dalam pembelian menggunakan berbagai perangkat regulasi, sistem kontrak, keuangan, dan menjalankan mekanisme *monitoring* untuk memastikan lembaga pelayanan kesehatan yang berfungsi sebagai *agent* memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan tarif yang telah disepakati.

Oleh karena itu, sangat diperlukan dukungan regulasi yang memadai dari pemerintah agar BPJS Kesehatan dapat berperan optimal sebagai *strategic purchaser* demi keberlangsungan program JKN-KIS.

5. Dukungan *Law Enforcement* Pemerintah Pusat dan Daerah terkait kepatuhan dan sanksi pelayanan publik bagi peserta PBPU yang menunggak.

Jumlah PBPU yang terindikasi menunggak adalah sebanyak 14,3 juta jiwa atau 46% dari total peserta PBPU yaitu sebanyak 31,10 juta jiwa. Hal tersebut dilihat dari status peserta PBPU yang dinon-aktifkan karena tidak melakukan kewajiban pembayaran iuran sesuai dengan yang telah ditagihkan. Berbagai upaya telah dilakukan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan peserta PBPU melalui sosialisasi tentang kemudahan akses pembayaran melalui *channel* pembayaran yang tersebar di seluruh Indonesia, program-program cicilan untuk membantu peserta yang telah menunggak tapi memiliki keterbatasan kemampuan dalam menyelesaikan tunggakan iuran, dan program lain yang bertujuan untuk mempermudah peserta dalam menyelesaikan kewajiban. Akan tetapi upaya-upaya tersebut belum menunjukkan hasil yang optimal, terlihat dari pertumbuhan peserta PBPU tidak aktif yang semakin meningkat setiap bulan.

BPJS Kesehatan dalam hal ini tidak dapat bekerja sendiri untuk meningkatkan kepatuhan peserta PBPU. Peran Pemerintah Pusat sangat sentral disini untuk mengingatkan Kementerian dan Lembaga terkait, serta Pemerintah Daerah baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota untuk mengambil peran penting dalam membuat sinergi kebijakan publik yang mengatur khusus tentang kepatuhan peserta PBPU dalam memenuhi kewajiban pembayaran iuran JKN sesuai dengan ketentuan, khususnya dalam melaksanakan penegakan hukum sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif kepada Pemberi Kerja selain Penyelenggara Negara dan setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan iuran dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

6. Koordinasi manfaat untuk jaminan sosial terkait kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja dan kecelakaan lalu lintas.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, khususnya Bagian Ketiga: Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan Pasal 53 adalah sebagai berikut:

- a. BPJS Kesehatan dapat berkoordinasi dengan penyelenggara jaminan lainnya yang memberikan manfaat pelayanan kesehatan.
- b. Penyelenggara jaminan lainnya sebagaimana dimaksud pada huruf a meliputi:
 - 1) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan, PT Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Persero), dan PT Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Persero) untuk program Jaminan Kecelakaan Kerja dan penyakit akibat kerja;
 - 2) PT Jasa Raharja (Persero) untuk program jaminan kecelakaan lalu lintas; atau
 - 3) penyelenggara jaminan lain yang memberikan manfaat pelayanan kesehatan.
- c. Dalam hal BPJS Kesehatan membayarkan terlebih dahulu biaya pelayanan kesehatan yang seharusnya dijamin oleh penyelenggara

jaminan lainnya sebagaimana dimaksud pada huruf b maka penyelenggara jaminan lainnya wajib membayar biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Pasal 54 menyatakan bahwa ketentuan lebih lanjut mengenai koordinasi antar penyelenggara jaminan diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.

Regulasi tersebut menjadi dasar perlunya sinergi guna melakukan koordinasi *benefit*, agar batasan-batasan, prosedur, dan pelaksanaan di tingkat operasional tidak menjadi hambatan untuk semua pihak yang terkait. BPJS Kesehatan telah melakukan kesepakatan dan perjanjian kerja sama dengan PT Jasa Raharja (Persero) dalam hal koordinasi manfaat penyelenggaraan Jaminan Kecelakaan penumpang angkutan umum dan lalu lintas jalan serta Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan telah melakukan perjanjian kerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan tentang koordinasi pelayanan kesehatan program Jaminan Kecelakaan dan Jaminan Kesehatan. Selain itu, BPJS Kesehatan juga telah bekerja sama dengan Kepolisian Republik Indonesia tentang pemanfaatan data *online* kecelakaan lalu lintas bagi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS).

Perwujudan dari pasal 54 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan adalah terbitnya Peraturan Menteri Keuangan Nomor 141/PMK.02/2018 tentang Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan dalam Pemberian Manfaat Pelayanan Kesehatan, yang diundangkan pada tanggal 29 Oktober 2018.

PMK ini merupakan suatu langkah pemerintah untuk mengnyinergikan Penyelenggara Jaminan BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, PT Taspen (Persero), PT Asabri (Persero), PT Jasa Raharja (Persero) dan penyelenggara lainnya sesuai peran dan filosofi program yang

diselenggarakannya berdasarkan peraturan perundang-undangan dimana selama ini pelayanan kesehatan oleh penyelenggara jaminan tersebut dinilai masih dilaksanakan secara sektoral.

Dalam PMK tersebut antara lain mempersyaratkan kepada para penyelenggara jaminan dan kementerian terkait untuk segera menyelesaikan hal-hal yang menjadi kewajibannya agar pelaksanaan koordinasi ini dapat berjalan dengan baik.

7. Dukungan Fasilitas Kesehatan dalam meningkatkan kualitas layanan dan meminimalkan potensi *Moral Hazard/Fraud*.

Fasilitas Kesehatan (Faskes) baik tingkat primer maupun rujukan saat ini berperan sebagai mitra kerja BPJS Kesehatan dan penyedia layanan kesehatan kepada peserta JKN-KIS. Kepuasan peserta merupakan salah satu indikator utama dalam keberhasilan penyelenggaraan program JKN-KIS, yang dipengaruhi oleh efektivitas pelayanan di BPJS Kesehatan dan faskes, oleh karena itu diperlukan dukungan dan komitmen yang kuat dari faskes dalam menjaga kualitas layanan kepada peserta JKN-KIS.

Selain itu, dalam menjaga prinsip transparansi serta akuntabilitas program JKN-KIS, BPJS Kesehatan memerlukan dukungan dari faskes untuk dapat meminimalkan potensi *Moral Hazard/Fraud* melalui sistem dan infrastruktur yang memadai.

8. Mendefinisikan ulang kebutuhan dasar kesehatan.

Mengingat uang tidak tak terbatas, dan tujuan dari Program JKN-KIS sebagaimana tercantum dalam Pasal 19 UU SJSN yaitu agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, maka perlu didefinisikan ulang tentang pengertian kebutuhan dasar kesehatan dimaksud. Hal ini dapat diartikan manfaat yang diberikan kepada peserta harus dihitung secara cermat berdasarkan kecukupan keuangan program yang tidak tak terbatas. Untuk itu, peran pemerintah khususnya Kementerian Kesehatan menjadi sangat vital untuk mengundang seluruh *stakeholder*, dalam hal ini organisasi pemberi layanan, asosiasi profesi, tokoh masyarakat, dan atau lembaga konsumen untuk menyepakati definisi tentang kebutuhan dasar kesehatan tersebut dengan mengacu kepada kemampuan pembiayaan.

Pada dasarnya kemampuan pembiayaan sangat bergantung kepada besaran iuran yang ditetapkan, namun menaikan iuran setinggi-tingginya sesuai hitungan ideal akan membebani masyarakat dan akan mempengaruhi kesuksesan program. Untuk itu, perlu diputuskan *treat off* antara iuran yang *afordable* dan manfaat kebutuhan dasar yang rasional.

Demikian laporan hasil kinerja program jaminan sosial kesehatan yang telah dilaksanakan sampai dengan 31 Desember 2018 serta upaya-upaya yang telah dilakukan sebagaimana penjabaran di atas. BPJS Kesehatan akan terus melakukan perbaikan operasional demi peningkatan kualitas pelayanan kepada peserta agar segera terwujud Jaminan Kesehatan Nasional yang berkualitas dan tanpa diskriminasi bagi seluruh rakyat Indonesia.





BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

BPJS Kesehatan Kantor Pusat
Jl. Letjen. Suprpto Kavling 20 No. 14
Cempaka Putih, Jakarta Pusat 10510
Telp. : 021 - 4212938 (Hunting)
Fax. : 021 - 4212940

**24
JAM**



www.bpjs-kesehatan.go.id

