



Jurusan Akuntansi Masyarakat Akuntansi Multiparadigma Indonesia



Jurnal Akuntansi Multiparadigma

www.jamal.ub.ac.id



## KONSEP PENGELOLAAN DANA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERBASIS NOSARARA NOSABATUTU

Dian Purnama Sari<sup>1</sup>, Sri Rahayu<sup>2</sup>, Yudi<sup>2</sup>

Universitas Katolik Widya Mandala, Jl. Kalisari Selatan No.1, Surabaya 60112

Universitas Jambi, Jl. Raya Jambi - Muara Bulian Km. 15, Jambi 36122

Surel: dianpurnama1985@yahoo.com, rahayu\_supardi@yahoo.com, yudi\_fe@unja.ac.id

Volume 11  
Nomor 1  
Halaman 89-108  
Malang, April 2020  
ISSN 2086-7603  
e-ISSN 2089-5879

Tanggal Masuk:  
**15 Oktober 2019**  
Tanggal Revisi:  
**07 April 2020**  
Tanggal Diterima:  
**30 April 2020**

### Kata kunci:

biaya,  
dana,  
gotong royong,  
jaminan kesehatan  
nasional



**Abstrak: Konsep Pengelolaan Dana Jaminan Kesehatan Nasional Berbasis Nosarara Nosabatutu.** Penelitian ini bertujuan menawarkan sebuah pembaharuan dari “akar” pengelolaan dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Filosofi *Nosarara Nosabatutu* digunakan sebagai metode untuk membangun sebuah landasan baru yang lebih holistik dalam memenuhi kebutuhan semua pihak yang berkepentingan. Penelitian ini menghasilkan delapan komitmen dalam filosofi *Nosarara Nosabatutu* menjadi alat membangun sistem pengelolaan dana JKN yang baru. Diharapkan, JKN berbasis filosofi *Nosarara Nosabatutu* menghasilkan sebuah konsep pengelolaan dana yang baru sehingga jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat dalam semangat persaudaraan dan persatuan.

**Abstract: National Health Insurance Fund Management Concept Based on Nosarara Nosabatutu.** This study aims to offer a renewal of the “roots” of managing the National Health Insurance (NHI) fund. *Nosarara Nosabatutu’s* philosophy is used as a method for building a new foundation that is more holistic in meeting the needs of all interested parties. This research resulted in eight commitments in the *Nosarara Nosabatutu* philosophy to be a tool to build a new NHI fund management system. It is hoped that NHI based on the philosophy of *Nosarara Nosabatutu* will produce a new concept of fund management so that health insurance for all citizens in brotherhood and unity.

**Mengutip ini sebagai:** Sari, D. P., Rahayu, S., & Yudi. (2020). Konsep Pengelolaan Dana Jaminan Kesehatan Nasional Berbasis Nosarara Nosabatutu. *Jurnal Akuntansi Multiparadigma*, 11(1), 89-108. <https://doi.org/10.21776/ub.jamal.2020.11.1.06>

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah banyak menuai pro dan kontra dalam pelaksanaannya sejak tahun 2014. Terdapat masalah-masalah dalam implementasi JKN. JKN di Indonesia dikelola oleh lembaga BPJS Kesehatan. Salah satu sorotan tajam adalah masalah tunggakan pembayaran oleh manajemen BPJS kesehatan ke rumah sakit yang menjadi rujukan pasien BPJS kesehatan. Tahun 2018 temuan defisit BPJS Kesehatan mencapai Rp9,1T dan manajemen BPJS Kesehatan memperkirakan defisit BPJS Kesehatan tahun 2019 dapat menca-

pai Rp16.5T, yang diungkapkan saat rapat dengan Kementerian Keuangan dan DPR RI. Tingginya defisit yang terjadi menunjukkan adanya permasalahan dalam pengelolaan dana di dalam tubuh BPJS Kesehatan sebagai pengelola JKN. Ratnawati & Kholis (2019) dan Rolindrawan (2015) menjelaskan bahwa pengeluaran BPJS Kesehatan di Indonesia untuk layanan kesehatan telah lebih dari 100%. Menurut kaedah asuransi sosial, apabila klaim rasio sudah di atas 90% maka kondisi sudah tidak ideal. Salah satu penyebab tingginya klaim dari rumah sakit

(RS) adalah kurangnya kualitas pelayanan di tingkat fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) sehingga tingkat rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) cukup tinggi. Kementerian Kesehatan (2015) mencatat bahwa biaya pelayanan kesehatan di FKTP dengan sistem kapitasi adalah 17% atau sekitar Rp10,543 M.

Keluhan para pegawai kesehatan di RS dan sarana dan prasarana kesehatan juga dipandang sebagai masalah dalam program BPJS kesehatan. Tarif kapitasi dan *Case Base Group* (CBG) yang ditetapkan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) masih jauh dari harga keekonomian untuk kualitas yang diharapkan. Djamhuri & Amirya (2015) dan Kartini (2018) menemukan bahwa BPJS Kesehatan memang merepresentasikan “kuasa” kepada rumah sakit. Kuasa tersebut dipraktikkan mengimplementasikan ukuran-ukuran yang lebih ketat dalam hal biaya ataupun kualitas (Fiondella et al., 2016; Sari et al., 2015). Kurangnya kajian ekonomi JKN menyebabkan potensi fiskal dan kemampuan pekerja serta pemberi kerja yang membayar pajak belum terungkap. Tentunya hal ini akan berdampak pada tidak adanya perencanaan serta strategi yang matang. Dalam pelaksanaannya baik pemerintah pada tingkat pusat, daerah, maupun pihak pengelola lembaga kesehatan dan masyarakat akan membuat keputusan sendiri-sendiri sehingga rakyatlah yang akan menjadi korban. Timbullah berbagai ketidakadilan dalam upaya mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas sesuai kebutuhan medis.

Masyarakat pengguna BPJS kesehatan juga tidak kurang mengeluh. Peserta BPJS Kesehatan seringkali merasakan ketidaknyamanan pelayanan dari sisi sarana ataupun prasarana kesehatan. Administrasi baik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti Puskesmas atau klinik keluarga, maupun di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) seringkali dirasa pasien masih berbelit-belit dari sisi administrasi. Namun, tidak sedikit kehadiran Program ini juga dirasakan sangat membantu masyarakat menghadapi permasalahan kesehatan mereka. BPJS termasuk “asuransi” kesehatan masyarakat yang mencakup berbagai jenis penyakit. Namun, rupanya kesadaran masyarakat dalam membayar iuran BPJS kesehatan masih sangat kurang. Banyak masyarakat yang hanya membayar iuran pada saat membutuhkan layanan kesehatan, kemudian “menghilang”

dari pembayaran iuran saat sudah sembuh dari sakitnya. Kurangnya kesadaran masyarakat ini juga membuat semangat “gotong royong” yang menjadi tulang punggung BPJS menjadi hilang. Belum lagi dengan rencana pemerintah di tahun 2020 akan menaikkan iuran BPJS Kesehatan hingga 100% lebih tinggi. Semangat untuk “gotong royong” tidak mustahil akan semakin menghilang apabila masyarakat sudah tidak mampu lagi memenuhi tuntutan iuran pembayaran BPJS Kesehatan.

Kesehatan, pendidikan, dan ekonomi yang stabil memang menjadi salah satu indikator capaian/*performance* keberhasilan Negara/pemerintah (Sari & Saraswati 2019; Sari et al., 2016). Kesehatan merupakan kebutuhan primer bagi manusia. Seluruh jenjang pemerintahan wajib menyediakan layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Pelaksanaan layanan kesehatan menjadi kebutuhan dasar manusia dalam kehidupannya. JKN adalah usaha pemerintah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan seluruh masyarakat Indonesia. Namun, dengan pengelolaan dana yang belum tepat, kondisi JKN juga dalam “bahaya”. Bintang et al. (2019) dan Fahlevi (2016) mengungkapkan bahwa program JKN ini dianalogikan seperti mobil Mercedes. Sopirnya, yaitu BPJS, tidak paham dengan program yang dijalanannya. Bensinnya juga kualitasnya rendah, bukan sekelas Pertamina. Sementara itu, ban mobilnya yaitu *provider* termasuk dokter, tekanan anginnya kurang karena bayarnya kurang. Akan tetapi penumpangnya, yaitu masyarakat rewel karena bayar sedikit tapi ingin layanan yang terbaik dan malas mengantri. Itu sebabnya pelaksanaan program JKN banyak masalah. Pokok permasalahan JKN harus diselesaikan mulai dari dasarnya. Penulis berupaya menawarkan sebuah pembaharuan dari “akar” JKN. Penelitian seperti ini belum banyak dilakukan mengingat penelitian mengenai “konsep” masih jarang dilakukan. Padahal, konsep akan mendasari seluruh sepak terjang suatu organisasi termasuk pengelolaan dana yang menjadi permasalahan dasar JKN yang dikelola BPJS Kesehatan.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan filosofi *Nosarara Nosabatutu* sebagai metode penelitian. Filosofi *Nosarara Nosabatutu* digunakan sebagai metode karena filosofi ini tidak hanya menawarkan akar semangat gotong ro-

**Tabel 1. Data Informan**

<b>Nama</b>	<b>Status</b>
Hograd	Bekerja di RS swasta yang melayani peserta BPJS dan di RS yang tidak melayani peserta BPJS
Yula	Bekerja di RSUD
Hosena	Mengikuti BPJS Kesehatan karena “terpaksa” dari kantor
Tarni	Mengikuti BPJS Kesehatan dengan “setengah” sukarela (anak terkena penyakit)
Widodo	Mengikuti BPJS Kesehatan dengan sukarela
Riya	Mengikuti BPJS Kesehatan karena menderita sakit
Harno	Mengikuti BPJS Kesehatan dengan sukarela
Sis	Belum mengikuti BPJS Kesehatan

yang, tetapi memperbaharui dari berbagai sisi yang sesuai untuk pembaharuan sistem BPJS kesehatan masyarakat di Indonesia. *Nosarara Nosabatutu* merupakan ungkapan kata yang dapat dijumpai pada sosial budaya masyarakat *to kaili*, sangat mudah untuk ditemukan pada hampir dialog keseharian bahasa Kaili. *Nosarara* merupakan dua kata awalan dan dasar. Kata awalan ini selalu dirangkai dengan kata benda. *Nosarara Nosabatutu* memiliki makna kita semua terikat dalam persaudaraan. Simbol ini menjadi pegangan sehingga dapat menghilangkan perbedaan dalam masyarakat (Carlsson-Wall et al., 2016; Edgley, 2014; Mulawarman & Kamayanti, 2018). Ratu et al. (2019) dan Septiwiharti et al. (2019) menuliskan simbol atau konsep ini dapat dijadikan sebuah sistem sehingga personalistas, perilaku, dan perbuatan akan mengikuti nilai-nilai yang terkandung di dalamnya. Ini yang harus ditekankan dalam JKN.

Empat komitmen yang harus dilaksanakan dari prinsip *Nosarara* yaitu komitmen terhadap kekuatan persaudaraan, komitmen persatuan yang erat, komitmen kebersamaan yang erat, dan komitmen kekeluargaan yang utuh (Anriani et al., 2019; Ratu et al., 2019). Selanjutnya, kata *Nosabatutu* memiliki nilai komitmen, yaitu rasa senasib sepenanggungan, menghargai dan memelihara aset yang dimiliki baik alam, lingkungan, maupun milik pribadi, kerahasiaan, dan kewaspadaan. Nilai komitmen konsep *Nosarara Nosabatutu* menjadi nilai falsafah leluhur. Konsep ini dapat dijadikan pedoman untuk pembangunan peradaban yang kuat, kebudayaan yang tangguh, dan pembentukan karakter. Delapan komitmen

dalam filosofi *Nosarara Nosabatutu* inilah yang menjadi alat analisis data dalam penelitian ini. Dari pemaparan tersebut, filosofi *Nosarara Nosabatutu* sangat sesuai untuk membangun sebuah konsep pengelolaan dana kesehatan masyarakat.

Data diperoleh berdasarkan wawancara dengan beberapa informan, meliputi tenaga medis yang bekerja di lembaga kesehatan seperti RS yang menerima dan melayani masyarakat peserta BPJS. Tabel 1 menunjukkan jumlah informan dalam penelitian.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Dokter: ujung tombak layanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).** JKN memang merupakan program kerja pemerintah yang masih mendapat banyak kritik karena dipandang sistemnya sekarang masih carut marut. BPJS Kesehatan mengklaim bahwa terjadi defisit antara pemasukan dengan dana yang harus dikeluarkan. Akar masalah terbesar ada pada ketidakcukupan dana dari iuran, baik penerima bantuan iuran (PBI) maupun bukan PBI. Perhitungan PBI tidak ditetapkan berdasarkan perhitungan realistis tapi berdasarkan “maunya kami”. Pemerintah masih terbelenggu pada belanja kesehatan yang minimalis. Tekanan demi tekanan dirasakan oleh tenaga medis dan fasilitas kesehatan (Lapsley & Miller, 2019; Rusmin et al., 2014; Sjögren & Fernler, 2019). Salah satu surat tertulis dari seorang dokter spesialis di daerah berikut ini menunjukkan betapa beratnya tenaga medis menyingkap program JKN. Surat ini sempat viral yang ditujukan pada Bapak Bupati Penajam Paser Utara pada bulan Maret 2018. Dokter tersebut menghitung jasa pelayanan pasien BPJS

**Tabel 2. Penerimaan seorang dokter spesialis ortopedik yang viral di media sosial**

Bulan	Jumlah Pasien Operasi	Jumlah Pasien Poliklinik	Jasa Pelayanan yang Diterima
Juli	15 Pasien	160 Pasien	Rp3.433.000,00
Agustus	22 Pasien	233 Pasien	Rp2.097.000,00
September	11 Pasien	128 Pasien	Rp2.030.000,00

Kesehatan yang didapat oleh dokter spesialis ortopedik traumatologi RSUD PPU. Hal ini dapat ditelaah pada Tabel 2.

Data pada Tabel 2 berlanjut dengan tulisan hitungan sederhana dari dokter tersebut. Hitungan sederhana jika dibagi berdasarkan layanan per pasien, ambil contoh pelayanan di bulan Agustus dengan jumlah pasien poli 233 pasien, anggaplah per pasien poli misalnya dihargai di bawah harga sebiji permen Rp1.000,00 (seribu rupiah, fantastis) per pasien, maka alokasi jasa pelayanan yang diperoleh dari pasien poli adalah sebesar Rp233.000,00 Alokasi jasa pelayanan operasi menjadi Rp1.864.000,00 (Rp2.097.000,00 – Rp233.000,00). Jika dibagi rata-rata per pasien per operasi adalah sebesar Rp84.727,00 (lebih fantastis lagi). Dokter tersebut melanjutkan mirisnya kehidupan dokternya dengan menuliskan:

“Saya tidak bisa bayangkan betapa tidak berharganya seorang dokter di RSUD PPU. Dengan segala kesulitan, meng-*handle* organ dan nyawa orang (risiko tuntutan perdata dan pidana), operasi berdarah-darah berjam-jam dibayar tidak layak. Sangat tidak layak dan tidak manusiawi” (Hogard).

Hitungan pada kasus tersebut menunjukkan betapa “mengerikan” beban kerja yang diberikan kepada tenaga medis tetapi tidak dibarengi dengan balas jasa yang seimbang dengan hasil pekerjaan mereka. Surat ini menjadi “viral” karena banyak dokter pula yang merasakan hal yang kurang lebih sama. Beban pekerjaan yang berat dengan pasien yang jumlahnya meningkat namun tidak dibarengi dengan balas jasa yang seimbang. Bahkan di bawah nilai kewajaran. Mungkin tidak separah dengan kasus di atas, banyak pula dokter yang menjerit dengan ketidakmampuan BPJS Kesehatan untuk membayar jasa pelayanan medis dengan layak sesuai dengan tuntutan peker-

jaan yang harus dihadapi. Hograd dan Yula mengatakan:

“Sekarang jumlah pasien di RS yang menerima BPJS memang cenderung banyak dibanding yang tidak. *Wong* di RS “ABC” (swasta) yang *nggak* menerima BPJS langsung terasa dampaknya. Jumlah pasien jauh berkurang dibanding sebelum ada BPJS, meskipun masih relatif ramai dibanding swasta-swasta lain karena namanya masih dipercaya masyarakat sini. Coba di RS “XYZ” yang menerima BPJS, jumlah pasiennya lebih banyak meskipun termasuk RS tipe C dan di daerah yang jauh lebih kecil daripada RS “ABC” yang tipe B dan di kota besar” (Hogard).

“Jasa pelayanan terakhir yang dibayar baru bulan Desember (2017), aku terimanya Januari (2018). *Mboh* ini sampai sekarang (Mei 2018) belum terima lagi.” Dokter Yula merupakan dokter tetap di RSUD Jawa Timur dan RS “XYZ” (Yula).

Jasa pelayanan yang dipermasalahkan adalah yang dari RSUD. Padahal jasa pelayanan adalah hak bagi petugas medis yang memang telah melaksanakan tugasnya. Pembayaran yang ditunda-tunda sudah biasa terjadi. Bahkan, ketika jasa pelayanan sudah dibayar, ada pula yang merasa jumlahnya sangat minim bahkan tragis.

Dokter adalah ujung tombak dalam pelaksanaan program JKN. Profesi ini adalah penyedia layanan medis bagi seluruh peserta JKN, baik di Puskesmas maupun klinik keluarga yang berada di posisi FKTP maupun Rumah sakit baik swasta maupun milik pemerintah yang berada di posisi FKRTL (RS baik tipe A, B, C dan D). Sering-

kali yang terjadi, apabila kekurangan dana untuk kepentingan medis pasien, dokterlah yang menjadi sasaran. Contoh paling mudah, apabila dana operasi mepet maka jasa untuk dokter serta petugas lain yang bekerja di kegiatan operasi tersebut juga mengalami pemangkasan tarif jasa.

Contoh lain keberadaan dokter sebagai ujung tombak pelayanan medis, misalnya adalah program pendidikan dokter layanan primer (DLP). Program ini masih diperdebatkan oleh berbagai pihak. Program pendidikan DLP ini memang menjadi salah satu rangkaian program BPJS Kesehatan untuk meningkatkan jumlah pasien yang dapat dirawat di FKTP tanpa harus merujuk ke RS. Tentu saja tujuan program pendidikan ini untuk mengurangi defisit BPJS Kesehatan yang mayoritas berasal dari biaya di RS. Bayangkan, 74% kewajiban biaya yang dibebankan ke BPJS atas biaya pasien di rumah sakit, dan di FKTP hanya 17%. Namun, program ini masih menuai pro dan kontra karena disinyalir hanya untuk memenuhi (baca: menancapkan) “kekuasaan” BPJS di FKTP. Istilahnya “dokter BPJS”, dokter yang akan memenuhi semua kebijakan BPJS Kesehatan (Dwidienawati & Abidinagoro, 2018; Sari et al, 2015). Program Pendidikan DLP ini menjadi polemik karena dokter sendiri masih banyak yang menolak. Padahal, kalau sasaran program ini adalah dokter dan dokter menolak maka tentu program ini tidak dapat dilaksanakan. Ini adalah contoh nyata dokter masih menjadi ujung tombak dalam pelayanan BPJS Kesehatan.

Realitas tersebut menunjukkan “mau tidak mau, suka tidak suka”, dokter dan BPJS Kesehatan harus mau saling bekerja sama untuk melayani pasien peserta BPJS Kesehatan. Dokter memang harus mengikuti aturan-aturan dari BPJS Kesehatan selama BPJS Kesehatan juga memenuhi kewajibannya. Yang menjadi masalah adalah seringkali BPJS Kesehatan seakan memaksakan kehendak dalam memberikan kebijakan dan “menekan” dokter yang seharusnya menjadi “*partner*” kerjanya, termasuk dalam pengelolaan dana. Dokter seharusnya memiliki kuasa penuh atas jenis pemeriksaan ataupun obat yang digunakan oleh pasien yang dirawat. Namun, dengan keterbatasan BPJS Kesehatan, tidak semua obat dapat digunakan oleh dokter untuk membantu penyembuhan kesehatan pasien pemegang kartu BPJS.

### **Rumah sakit: tempat layanan medis dengan kondisi miris.**

Rumah sakit menjadi lembaga layanan medis lanjutan penerima rujukan dari FKTP seperti puskesmas ataupun klinik. Rumah sakit pun memiliki tingkatan yaitu RS tipe C dan D, kemudian naik ke RS tipe B dan akhirnya RS tipe A. RS masuk kategori tipe A dari sisi fasilitas karena memiliki peralatan dan fasilitasnya paling lengkap. Sistem rujukan BPJS Kesehatan juga menganut sistem berjenjang. Aturan yang berlaku sejak bulan September 2018 juga menyebabkan beberapa masalah. RS tipe C dan D memang memperoleh lebih banyak pasien, hanya kemudian RS tipe C dan D mulai dibatasi jumlah dokter spesialisnya sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 (meskipun sementara ini masih ditangguhkan dengan dikeluarkannya Surat Edaran Nomor HK.02.01/MENKES/606/2019. Maka tingkat jumlah pasien yang tinggi menyebabkan rumah sakit juga kesulitan dalam mengatur dokter, peralatan, tenaga kesehatan lainnya serta persediaan obat. Padahal, biasanya RS yang masuk kategori tipe C dan D ini adalah RS yang belum terlalu besar. Rumah sakit tujuan rujukan pun mulai ditentukan. Tidak hanya itu, BPJS Kesehatan juga mengetatkan sistem rujukan balik.

Artinya, setelah pasien telah melewati fase penyembuhan di rumah sakit, fase rehabilitasi diharapkan dapat dilakukan kembali di FKTP. Yang menjadi masalah adalah FKTP belum terlampaui siap untuk menerima pasien dalam fase rehabilitasi karena kurangnya pasokan obat, peralatan, laboratorium, dan sebagainya. Rumah sakit menjadi serba salah antara mau merujuk balik pasiennya ke FKTP atau tidak. Kalau tidak dirujuk balik, maka rumah sakit pun khawatir akan penilaian *fraud* dari BPJS Kesehatan.

Yang tak kalah miris bagi rumah sakit adalah tarif INA-CBGs. Mungkin kita tidak terlalu familiar dengan istilah tarif INA-CBGs. Tarif INA-CBGs merupakan jumlah besaran klaim yang dibayarkan oleh BPJS kepada RS selaku Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas layanan dalam bentuk paket berdasarkan pada pengelompokan prosedur penanganan dan diagnosis penyakit. Jadi, tarif INA CBGs ini merujuk kepada sistem penentuan tarif standar yang dipakai sebagai rujukan biaya klaim oleh RS ke pemerintah.

Pemerintah di sini berada pada posisi sebagai penanggung jawab utama pengelola dana BPJS. Masalahnya, tarif ini terkadang dirasa sangat mepet (kalau tidak mau dibilang kurang) untuk pelayanan suatu penyakit. Hal ini dipicu oleh landasan untuk menentukan tarif klaim atas suatu penyakit, yang tentu saja sudah mencakup berbagai hal, misalnya kamar rawat inap, jasa dokter, laboratorium, obat, layanan medis lainnya, bahkan operasi. Tenaga medis biasanya harus memutar otak, tidak hanya untuk menyelamatkan pasien, tetapi juga untuk mencukupkan biaya agar tidak melebihi standar BPJS Kesehatan. Hograd mengungkapkan:

“Kalau operasi itu kadang-kadang sampai benang jahit itu kita simpan-simpan, kalau ada pasien lain yang butuh, kita bisa kasih. Kadang kita sampai irit-irit pakainya. Soalnya kalau kelebihan dari kuota, yang dipotong ya jasa tenaga medisnya. Kalau masih kurang lagi ya rumah sakitnya yang kena. Rumah sakit mana mau kan rugi-rugi banget, pasti tenaga medisnya yang ditekan duluan” (Hograd).

RS Swasta lebih merasakan beratnya tarif ini karena untuk RS Pemerintah memang masih ada subsidi. Tarif INA-CBGs masih di bawah nilai keekonomian sehingga dapat membebani fasilitas kesehatan (Budiono et al., 2018). Dana kapitasi yang diterima RS dari Pemerintah juga terlalu rendah. Keterlibatan para pemangku kepentingan sangat penting dalam perbaikan tarif dan dana kapitasi (Harlez & Malagueño, 2016; Szczesny & Ernst, 2016; Oppi et al., 2019). Pada sisi lainnya, RS swasta menghadapi masalah JKN yang intinya terkait dengan tarif yang berhubungan dengan kecukupan pembiayaan (Djamhuri & Amirya, 2015). Harapan RS swasta belum terakomodasi pada Tarif INA-CBGs saat ini. Terdapat perbedaan tarif antara RS swasta dan RS pemerintah, walaupun sedikit. Kisaran selisih tarif hanya sebesar 2% hingga 3%. Namun perlu dipertimbangkan, RS pemerintah mendapatkan subsidi dan tidak ada subsidi untuk RS swasta. Banyak pihak yang mengkhawatirkan dampak kenaikan INA-CBGs terhadap standar layanan RS. Tarif yang terlalu

rendah akan mempersulit pihak RS untuk menjaga kendali mutu fasilitas kesehatan (Gebreiter, 2015; Phiri, 2017).

Biaya pelayanan di fasilitas kesehatan di Rumah Sakit selaku FKRTL mencapai 74% atau sekitar Rp 45.535 M (Kementerian Kesehatan, 2015). Perbedaan mencolok antara biaya fasilitas kesehatan di FKTP dan FKRTL menyebabkan BPJS kesehatan harus berbenah. Budiono et al. (2018) dan Dewi et al. (2018) menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan di FKTP dinilai belum dapat diaplikasikan dengan baik karena fasilitas kesehatan yang kurang memadai bahkan terkadang tidak ada. Di samping itu, juga terdapat masalah lain yaitu antara lain ketepatan dan kecepatan pembayaran, kontinuitas layanan kepada peserta, dan alternatif pembiayaan lainnya. Saat ini terjadi tunggakan pembayaran dari klaim biaya oleh RS ke BPJS. Masa tunggakan bisa selama 3 bulan hingga 4 bulan yang akhirnya akan mempengaruhi arus kas rumah sakit. Hal ini tentu berdampak kepada operasional dan pemeliharaan fasilitas layanan di RS.

Permasalahan yang dihadapi RS atas skema BPJS Kesehatan tentu menimbulkan kemirisan. Miris, karena di satu sisi, layanan kesehatan yang optimal kepada seorang pasien harus disediakan oleh RS, mulai dari kualitas dokter, kamar perawatan, laboratorium penunjang, obat-obatan dan tindakan-tindakan kesehatan lain yang menunjang kesembuhan sang pasien. Namun, di sisi lain, BPJS Kesehatan yang mengelola sistem JKN belum mampu memberikan pemenuhan kebutuhan rumah sakit untuk dapat terus menyediakan layanan yang maksimal bagi seluruh konsumennya khususnya peserta BPJS. Tarif minimalis, keterlambatan pembayaran, aturan yang seringkali berubah, dan banyaknya aturan-aturan yang diterapkan BPJS Kesehatan, seakan menekan rumah sakit untuk melaksanakan pelayanan kesehatannya berdasarkan aturan BPJS Kesehatan. Padahal, rumah sakit juga merupakan organisasi yang membutuhkan “keuntungan” dalam kegiatan operasionalnya. Tenaga kerja di rumah sakit tidak hanya dokter, tetapi ada perawat, tenaga farmasi, tenaga administrasi, tenaga pembersih, dan lain sebagainya. Miris tapi inilah potret rumah sakit di era BPJS Kesehatan.

**Pasien: BPJS Kesehatan, jangan menambah penyakit di orang sakit.** Pasien sebagai “konsumen” juga tak kalah men-

caci program JKN. Pelayanan yang lama, kewajiban untuk bolak balik, pembatasan macam-macam tindakan dan obat serta sekarang yang sedang masih hangat dibi-cayakan adalah ukuran kegawatdaruratan yang dicanangkan BPJS Kesehatan menjadi polemik baru di kalangan medis dan pasien serta RS rujukan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah dalam hal ini pengelola BPJS.

Aturan-aturan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan tidak hanya merugikan tenaga medis maupun fasilitas kesehatan, tetapi juga pasien. Pasien seringkali harus “berputar-putar” untuk akhirnya dapat merasakan pelayanan medis dengan menggunakan BPJS kesehatan. Banyak pasien yang mengeluhkan repotnya penggunaan BPJS Kesehatan. Hosena dan Tarni meng-unjapkan:

“Antriannya kalo pake BPJS ya ampun lamanya. Masak ngan-tri mulai pagi sampai siang gak mari-mari. Padahal kaki ini sakit, tapi nunggu e lama, ngantri e ya buanyak. Jauh lebih mending pake \*\*\* (asuransi lainnya)” (Hosena).

“Lha iya, mosok mau ngamar sesuai kelas e dibilang penuh semua. Harus naik kelas, padahal kalo naik kelas, nambah e uakeh. Rugi pokok e” (Tarni).

Keluhan-keluhan semacam ini muncul dari pengguna BPJS Kesehatan dari waktu ke waktu. Namun, tidak sedikit pula pasien yang merasa tertolong dengan adanya BPJS Kesehatan. Pasien-pasien yang membutuhkan obat dalam jangka waktu lama, seperti diabetes ataupun penyakit jantung, ditanggung sepenuhnya oleh BPJS Kesehatan. Pasien yang membutuhkan operasi, meskipun sampai ratusan juta, tetap ditanggung sepenuhnya oleh BPJS Kesehatan. Tindakan berkelanjutan juga ditanggung oleh BPJS Kesehatan, misalnya cuci darah akibat sakit ginjal. Bahkan, sakit yang terkesan se-pele juga tetap ditanggung BPJS, misalnya panas, flu ataupun sakit gigi.

Keluhan terkait BPJS tidak hanya di-ungkapkan oleh Hosena dan Tarni. Widodo dan Riya juga mengungkapkan hal serupa, seperti kutipan berikut ini.

“Saya memang pengguna BPJS. Mulai dari hanya sakit gigi sampai kemarin sempat operasi di rumah sakit \*\*\*\*\* semuanya gratis. Ya cuma bingung fotokopi-fotokopi ma nyiapin surat-surat rujukan. Istri saya sampe sudah ahli nyiap-nyiapinnya. Yang bikin capek itu kalo harus bolak balik perik-sanya. Kan boleh 1 hari langsung periksa darah atau foto. Harus besoknya lagi balik. Periksa dokter juga sama. Hari ini ke dokter sini, besok baru bisa ke dokter satunya. Nggak bisa langsung sekalian... kalau sakit gigi ini sudah puluhan kali ke dokter giginya. Istri juga sama. Sampai sungkan sendiri nggak pernah bayar. Kadang dok-ternya tak bawain kue” (Widodo).

“Kulo biasa nukang. Ngak pernah mikir ikut koyok kuwi. Pun melu BPJS soal e kencing manis. Iso njaluk obat saben Minggu di pus-kesmas” (Riya).

Widodo dan Riya adalah peserta BPJS yang setia membayar iuran BPJS Kesehatan setiap bulan. Widodo telah mengikuti pro-gram BPJS sejak tahun 2015, sedangkan Riya baru mengikuti program BPJS Kese-hatan sejak akhir 2017, setelah merasakan sakit diabetes. Kedua informan ini memiliki latar yang berbeda dalam mengikuti BPJS Kesehatan. Widodo mengikuti BPJS Kese-hatan atas keinginan pribadinya, sedangkan Riya baru mengikuti program BPJS Kesehat-an setelah merasakan sakit. Program BPJS Kesehatan nyatanya masih menjadi salah satu jawaban atas masalah kesehatan ma-syarakat.

Pada sisi lain, terdapat pula keluh-an dari pasien BPJS secara sukarela dan mandiri. Harno, sebagai salah satu peserta BPJS Kesehatan secara mandiri dan sukare-la mengungkapkan:

“Ya saya anggap gotong royong-lah. Pokok penghasilan saya ma-sih cukup. Masih bisa bayar iuran untuk saya sama istri dan dua anak saya, Biasanya dipake kalo ke puskesmas-puskesmas saja. Tapi saya bersyukur belum pernah pake buat sakit yang berat.

Tapi kalau ini BPJS jadi beneran naik *ya nggak* tahu saya *tetep* bayar apa *nggak*. Naiknya *krasa* sekali soalnya. *Mbok ya* jangan naik iurannya. Ini masyarakat kecil yang sudah niat-niat bayar BPJS Kesehatan jadi akhirnya milih *nggak* bayar lagi, *nggak kuat e'* (Harno).

Harno menyesalkan rencana kenaikan BPJS Kesehatan. Hal ini wajar karena selama ini Harno sudah meniat-niatkan untuk membayar iuran BPJS Kesehatan mekipun belum pernah untuk rawat inap. Harno juga mengungkapkan:

“*Wong* orang yang di atas-atas itu kan pinter-pinter. *Mbok ya* cari cara yang berat lain gitu *lho*. Mosok yang berat rakyat kecil lagi. Cari sumbangan *kek*, darimana gitu. Dulu, masih inget *nggak*, Mbak? Kita sering diminta iuran PMI mulai Rp100,00 naik terus Rp500,00 bahkan sampai Rp2.000,00 *Toh* banyak yang mau bayar. Dulu malah kalau mau nonton bola, semua penonton disodori untuk beli. Ya bayar-bayar saja tuh. Kalau untuk kepentingan bersama *kan* pasti masih ada yang mau bayar” (Harno).

Usulan dari Harno ini menarik dengan melihat dari kacamata peserta BPJS Kesehatan yang selama ini telah taat membayar iuran BPJS Kesehatan. Harno menawarkan cara lain tapi yang tidak memaksa seperti menaikkan iuran, tapi mengajak urunan yang lebih tidak memaksa, dapat membantu BPJS Kesehatan dalam menghimpun dana.

Sis meskipun belum menjadi peserta BPJS Kesehatan tapi sudah *aware* masalah BPJS Kesehatan. Dalam usianya yang sudah 71 tahun, Sis mengungkapkan,

“Sebenarnya yang mau-mau saja, Bu. Tapi buat sehari-hari saja sudah mepet. Saya takutnya kalau *nggak* ikut BPJS nanti beneran *nggak* boleh bikin SIM dan lain-lain *tah*, Bu? *Lha* ini mata pencaharian saya. Dulu kakak saya ikut, tapi ini sudah berapa bulan

*nggak* bayar iuran karena penghasilannya *nggak* cukup. Apalagi dengan penghasilan saya” (Sis).

Sis merupakan contoh nyata bahwa banyak masyarakat yang sebenarnya ingin-ingin saja ikut BPJS Kesehatan. Namun, ketakutan tidak mampu membayar menjadi momok yang membayangi Sis. Sis juga keberatan apabila BPJS Kesehatan menjadi syarat dalam pembuatan surat-surat negara lainnya. BPJS Kesehatan memang melakukan banyak cara untuk menghimpun dana. Namun, sekali lagi, jangan sampai masyarakat kecil yang akhirnya dapat menjadi korban kembali.

Kenyataan menunjukkan masih banyak masyarakat yang bergantung pada BPJS Kesehatan. Hograd mengatakannya pada kutipan berikut ini.

“*Kalo* buat pasien, BPJS itu *bener e* menguntungkan. Tapi *kalo* buat dokter *e* ampun-ampun. Buat pasien yang butuh kateter jantung yang sekali tindakan puluhan juta juga ditanggung *lho*. Biasanya *kalo* ada pasien yang harus rutin cuci darah atau harus terus dapet obat, pasti *tak saranno* segera *ngurus* BPJS” (Hograd).

Hograd sebagai tenaga medis saja mengakui bahwa BPJS sebenarnya membantu pasien dalam memperoleh layanan kesehatan. Kondisi ini juga diakui, baik secara implisit maupun eksplisit oleh Hosena, Tarni, Widodo, dan Riya. Widodo adalah contoh pengguna BPJS Kesehatan yang memperoleh layanan kesehatan pada saat membutuhkan, yaitu operasi. Riya adalah contoh pengguna BPJS yang memperoleh layanan kesehatan secara rutin untuk penyakitnya. Hosena mau tidak mau mengakui bahwa meskipun harus antre sekian lama, dengan BPJS Kesehatan sakit yang dideritanya juga dapat diobati. Tarni mengatakan suaminya juga menggunakan BPJS Kesehatan meski dengan terpaksa harus naik kelas dan menyebabkan Tarni harus tetap membayar pengobatan suaminya.

Peserta BPJS Kesehatan akhirnya tetap menggunakan layanan kesehatan berbasis JKN meskipun masalah-masalah masih melingkupinya. Sebab, penyakit tentu saja



datang tidak diundang, tidak tahu kapan akan datang dan tidak tahu penyakit apa yang akan menghampiri. JKN menjadi salah satu “penjamin” agar masyarakat seluruh Indonesia dapat menerima layanan kesehatan yang layak di kala penyakit menghampiri. Keluarga yang mendampingi pun seharusnya dapat berkonsentrasi terhadap kesembuhan pasien dan tidak pusing memikirkan biaya yang akan mereka bayar setelah sembuh. Inilah tujuan dasar JKN, penjamin layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

**Realita JKN: disayang tapi juga dicerca.** Inilah fenomena yang dihadapi oleh BPJS Kesehatan. Keberadaannya memang sangat dibutuhkan oleh banyak masyarakat. Namun, kekurangan-kekurangan yang ada tetap menyertai. Dokter, rumah sakit serta pasien masih banyak yang mengeluhkan aturan BPJS Kesehatan. Dokter dan rumah sakit harus memutar otak agar dapat melayani pasien secara optimal, tetapi tetap dapat memenuhi kuota yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Pasien banyak mengeluhkan lama waktu untuk memperoleh pengobatan, ataupun “kecurangan” dari pihak rumah sakit untuk meminta pasien bolak-balik karena tidak melebihi kuota sehari bagi pasiennya, ataupun kenaikan kelas agar pasien tetap harus membayar. BPJS Kesehatan memang harus memberikan aturan-aturan yang jelas bagi pasien untuk memperoleh layanan kesehatan, tetapi aturan tersebut juga harus mempertimbangkan kenyamanan pasien dan kebutuhan tenaga medis serta tempat layanan kesehatan. BPJS Kesehatan hendaknya mengingat asal dan muasal BPJS didirikan. Salah satunya adalah visi awal didirikannya BPJS Kesehatan.

Visi yang ingin dicapai dalam jangka panjang oleh lembaga kesehatan ini, adalah “Terwujudnya Jaminan Kesehatan (JKN-KIS) yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh Penduduk Indonesia pada tahun 2019 berlandaskan gotong royong yang berkeadilan melalui BPJS Kesehatan yang andal, unggul, dan terpercaya.”, harus diimplementasi dalam setiap sudut pelaksanaan BPJS Kesehatan. Nyatanya, “gotong royong” yang menjadi landasan utama BPJS Kesehatan sekarang tidak meresap dalam setiap sanubari *stakeholder* BPJS Kesehatan. Pada semester I tahun 2017 jumlah tunggakan pembayaran iuran BPJS Kesehatan mencapai kurang lebih 10 juta

peserta. Belum lagi dengan rencana pemerintah di tahun 2020 akan menaikkan iuran BPJS Kesehatan hingga 100% lebih tinggi. Bukan tidak mungkin tunggakan dari masyarakat akan semakin tinggi. Tahun 2017 sendiri, BPJS Kesehatan mengalami defisit hingga Rp 9 triliun. Bukannya semakin turun, tetapi malah semakin naik. Tahun 2018 temuan defisit BPJS Kesehatan mencapai Rp9.1T dan manajemen BPJS Kesehatan memperkirakan defisit BPJS Kesehatan tahun 2019 dapat mencapai Rp16.5T, yang diungkapkan saat rapat dengan Kementerian Keuangan dan DPR RI. Rasa gotong royong yang digadang-gadang melalui visi awal BPJS Kesehatan akan semakin sulit terwujud apabila pasien dipaksa untuk membayar melebihi kemampuan mereka. Prinsip “Keadilan” yang digadang-gadang oleh BPJS Kesehatan juga patut dipertanyakan karena banyak tenaga medis dan rumah sakit masih mengeluh dengan sistem pembayaran BPJS Kesehatan. Visi BPJS Kesehatan tentulah sudah dipertimbangkan masak-masak. Namun, kekurangan-kekurangan yang ada juga harus diperhatikan. Pengelolaan dana serta aturan-aturan yang mengitarinya akan berpusat dari visi dan filosofi awal BPJS Kesehatan. Penulis menyarankan perubahan filosofi BPJS Kesehatan dengan menggunakan filosofi *Nosarara Nosabatutu* supaya berdampak pada pengelolaan dana BPJS Kesehatan.

**BPJS Kesehatan: bagaimana pengelolaan dana yang kau lakukan?** Konsep pengelolaan dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi salah satu pokok kebutuhan demi “keberhasilan” JKN. “Keberhasilan” di sini memang masih “*ambiyar*”, karena belum ada pengukuran keberhasilan JKN, baik dari segi keuangan maupun nonkeuangan.

Konsep pengelolaan dana yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dimulai dari menghimpun dana dari masyarakat yang disebut dengan iuran BPJS Kesehatan. Iuran BPJS Kesehatan terdiri dari 3 tingkatan, yaitu kelas satu, kelas dua dan kelas tiga. Sebenarnya, kelas ini menunjukkan keterkaitan antara kelas di RS dengan tingkatan kelompok yang dimiliki oleh peserta.

Saat seseorang membayar iuran kelas 3 di BPJS Kesehatan, maka kamar perawatan yang diperoleh adalah di kelas 3. Saat iuran yang dibayarkan adalah kelas 3 dan peserta BPJS Kesehatan meminta kenaikan kelas, maka selisih biaya atas kenaikan kelas tersebut harus ditanggung oleh peserta

BPJS Kesehatan itu sendiri. Namun, ini hanya berlaku saat peserta BPJS Kesehatan harus dirawat inap. Saat peserta BPJS Kesehatan hanya rawat jalan, maka layanan kesehatan yang diperoleh adalah sama untuk semua kelas iuran.

Perbedaan kelas iuran ini sebenarnya juga menunjukkan adanya gotong royong pada setiap peserta BPJS Kesehatan. Peserta yang memiliki kemampuan keuangan yang lebih tinggi menjadi peserta kelas 1 dengan jumlah iuran yang lebih besar dibandingkan peserta kelas 2 dan 3. Gotong royong juga ditunjukkan dengan kemauan peserta BPJS Kesehatan yang tidak sakit, menyumbang kepada peserta BPJS Kesehatan yang mengalami sakit sehingga harus mendapatkan layanan kesehatan. Penghimpun dana telah dimulai dengan nilai gotong royong.

Tidak hanya peserta BPJS Kesehatan, tenaga medis dan rumah sakit yang melayani juga harus menekankan tolong menolong sebagai salah satu kunci dalam pelayanannya. BPJS Kesehatan sebagai pengelola BPJS Kesehatan juga harus memperlakukan peserta BPJS Kesehatan dan tenaga medis serta rumah sakit sebagai saudara dan bahu membahu dalam meningkatkan pelayanan kepada peserta BPJS Kesehatan. Seluruh elemen harus bersatu untuk mewujudkan tujuan mulia JKN, yaitu mewujudkan Indonesia yang sehat, berkualitas, dan bahagia bersama-sama.

Dana yang telah dihimpun kemudian mulai dikelola oleh BPJS Kesehatan. Dana dikelola dan diberikan mulai dari Puskesmas dan klinik sebagai FKTP hingga Rumah sakit sebagai FKRTL. FKTP dibayar menggunakan sistem kapitasi. Sistem kapitasi memungkinkan BPJS Kesehatan membayar FKTP sejumlah daftar peserta yang memilih atau ditetapkan untuk mendapatkan layanan di FKTP tersebut.

Tarif kapitasi telah ditetapkan standarnya yaitu mulai dari Rp3.000,00 sampai Rp6.000,00 untuk puskesmas dan lembaga layanan kesehatan lainnya yang setara, serta Rp8.000,00 sampai Rp10.000,00 untuk klinik pratama, praktik dokter, RS kelas D pratama dan lembaga layanan kesehatan lainnya yang setara. Tarif ini bergantung pada kelengkapan sarana dan prasarana, sumber daya manusia, lingkup layanan, dan komitmen layanan bagi pasien.

Jumlah dana kapitasi yang diperoleh FKTP adalah tarif kapitasi sesuai standar yang dapat diterima dikalikan dengan jum-

lah peserta yang ditetapkan dilayani di lembaga kesehatan tersebut. FKTP harus mampu mengelola dana yang berasal dari BPJS Kesehatan untuk melayani peserta BPJS Kesehatan yang berobat pada bulan tersebut.

Selain membayar FKTP, BPJS Kesehatan juga harus mengelola dana untuk pembayaran FKRTL, dengan menggunakan tarif INA CBGs. Tarif INA CBGs akan bergantung pada jenis penyakit dan tindakan yang perlu dilakukan serta tarif kelasnya, karena peserta BPJS Kesehatan yang dirujuk ke FKRTL biasanya membutuhkan penanganan lebih lanjut bahkan rawat inap. FKRTL juga melayani peserta BPJS Kesehatan yang membutuhkan dokter spesialis, yang biasanya tidak tersedia di FKTP. FKRTL harus mampu “mencukupkan” biaya yang diberikan oleh BPJS Kesehatan untuk pesertanya sehingga dapat menyisihkan untuk membayar dokter, biaya operasional lainnya serta “keuntungan” bagi FKRTL tersebut. Selain FKTP dan FKRTL yang harus mampu mengelola dana, BPJS Kesehatan sebagai empunya pengelolaan dana tentu harus mampu mengelola dana mulai dari menghimpun dana sampai dengan menyerahkan dana ke FKTP dan FKRTL. Ini yang seringkali disesalkan saat BPJS Kesehatan selalu berkoar-koar bahwa mengalami defisit. Defisit yang dialami juga tidak semakin menurun tetapi malah semakin naik. Oleh karena itu, pengelolaan dana BPJS Kesehatan harus ditinjau ulang.

FKTP dan FKRTL juga harus mendukung berjalannya JKN dengan mengelola pendanaan dari BPJS Kesehatan dengan baik dan tanpa melakukan “kenakalan” agar memperoleh dana dengan lebih besar. Tenaga medis dan tempat pelayanan kesehatan harus bahu membahu sebagai mitra bagi BPJS Kesehatan maupun peserta BPJS Kesehatan. Seluruh kegiatan JKN tidak akan berjalan tanpa kerja sama FKTP dan FKRTL serta tenaga medis yang bekerja di dalamnya. Seluruh elemen dalam JKN harus saling menolong serta bahu membahu dengan perannya masing-masing.

Pengelolaan dana BPJS Kesehatan tidak berhenti sampai di sini. Setelah membayar, baik kepada FKTP maupun FKRTL, BPJS Kesehatan harus “mengaudit” laporan, terutama dari FKRTL. Proses ini merupakan bagian dari pengelolaan dana JKN. Pada proses ini BPJS Kesehatan harus mempertimbangkan kondisi keuangan BPJS Kesehatan tanpa mengurangi hak peserta BPJS

Kesehatan ataupun tenaga medis dan tempat pelayanan kesehatan. BPJS Kesehatan harus memperhatikan seluruh kebutuhan *stakeholder*-nya. Pemeriksaan dari BPJS Kesehatan juga merupakan usaha pengendalian dari BPJS Kesehatan.

Proses pengelolaan dana ini akan berakhir dengan pelaporan kepada seluruh *stakeholder*, baik pemerintah maupun masyarakat Indonesia yang mayoritas adalah peserta BPJS Kesehatan. Transparansi dan akuntabilitas diperlukan di sini. Proyeksi defisit BPJS Kesehatan tinggi tentu mengundang tanda tanya dari seluruh *stakeholder*, khususnya aspek pengelolaan.

Jika merujuk laporan keuangan 2018 BPJS Kesehatan yang telah dipublikasikan, realisasi pendapatan selama tahun 2018 mencapai Rp93.201.020.000.000,00 (setara dengan 93 triliun lebih) dengan beban jaminan kesehatan yang harus dibayarkan adalah sebesar Rp94.296.845.000.000,00 (setara dengan 94 triliun lebih), jadi total defisit mencapai Rp1.95.825.000.000,00 (setara dengan 1 triliun lebih) untuk biaya kesehatannya. Ditambah dengan beban cadangan teknis (tidak dijelaskan contoh beban yang termasuk dalam bagian ini) Rp6.324.221.000.000,00 (setara dengan 6 triliun lebih) serta beban operasional BPJS (meliputi beban personil, yaitu gaji pimpinan dan karyawan, beban nonpersonil serta beban peningkatan kapasitas pelayanan), mencapai Rp3.768.829.000.000,00 (setara dengan 3 triliun lebih) serta Beban lainnya (meliputi beban insentif, CSR dan beban lain) mencapai Rp498.688.000,00. Laporan aktivitas dana jaminan sosial ini, yang termasuk dalam laporan pengelolaan/pelaksanaan program dan laporan keuangan (LK) Jaminan Sosial Kesehatan untuk Tahun 2018, menunjukkan bahwa telah terjadi defisit sebesar Rp11.687.563.000.000,00. Jumlah defisit ini tergolong besar. Besarnya defisit ini menunjukkan bahwa pengelolaan dana JKN oleh BPJS Kesehatan masih perlu pembenahan.

Inilah fakta pengelolaan dana yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Idealnya, visi misi mendasar harus diterapkan dalam seluruh aspek BPJS Kesehatan, termasuk pengelolaan dana. Namun, dalam pelaksanaannya, banyak terjadi permasalahan dalam pengelolaan dana oleh BPJS Kesehatan. Misalnya, yang banyak disoroti adalah Insentif untuk direksi dan dewan pengawas. Rencana Kerja Anggaran (RKA) Tahun

2019, BPJS Kesehatan mengusulkan anggaran beban insentif bagi direksi sejumlah Rp32,88M. Perhitungan kasar, apabila dana tersebut dibagikan ke 8 orang anggota, maka setiap orang akan mendapatkan insentif Rp4,11M. Jika dihitung per bulan, maka setiap anggota direksi memperoleh insentif Rp342.560.000,00 per bulan. Belum lagi tujuh dewan pengawas yang memperoleh anggaran Rp17,73M, yang bila dibagi maka setiap anggota dewan pengawas memperoleh Rp2,55M atau Rp211.140.000,00 per bulan. Melihat besarnya jumlah biaya operasional direksi dan dewan pengawas tentu mengundang pertanyaan. BPJS Kesehatan adalah organisasi yang seharusnya "*non profit oriented*" tentu juga mengajak seluruh *stakeholder* untuk menjadi saudara yang erat sehingga tidak hanya menguntungkan dirinya sendiri, terutama *shareholder* yang berada di dalam internal BPJS Kesehatan.

Pimpinan dan karyawan BPJS tentu layak sejahtera. Meskipun demikian kesejahteraan tersebut harus dengan memperhitungkan kondisi internal BPJS Kesehatan. Kondisi defisit tentu saja tidak diinginkan oleh siapa pun. Namun, dengan kondisi defisit, tentu BPJS Kesehatan dapat menekan beban-beban yang "kurang bermanfaat" dan menekankan pada kebutuhan-kebutuhan yang penuh manfaat. Lain masalah kalau BPJS Kesehatan telah dapat mencapai *Break Even Point* atau malah memperoleh selisih lebih atas beban.

Masalah lain yang paling ramai di awal tahun 2020 adalah potensi kenaikan iuran BPJS Kesehatan sebagai usaha penghimpunan dana BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan berusaha untuk mengurangi defisit dengan menaikkan iuran peserta BPJS Kesehatan, yang bahkan telah disetujui oleh Presiden dengan munculnya Peraturan Presiden Nomor 75 tahun 2019. Kenaikan ini tentu memberatkan kalangan peserta BPJS Kesehatan. Namun, dengan defisit BPJS Kesehatan, tentu kenaikan iuran ini menjadi salah satu opsi. Masalah yang mungkin terjadi adalah semakin berkurangnya peserta BPJS Kesehatan yang selama ini dengan rela hati bergotong royong untuk membayar iuran kepesertaan mereka di BPJS Kesehatan karena tingginya iuran bagi mereka. Masalah lain adalah ramai-ramainya peserta BPJS Kesehatan meminta penurunan kelas. Penurunan kelas akan berdampak pada penurunan total iuran BPJS Kesehatan sehingga dana yang diharapkan terkumpul

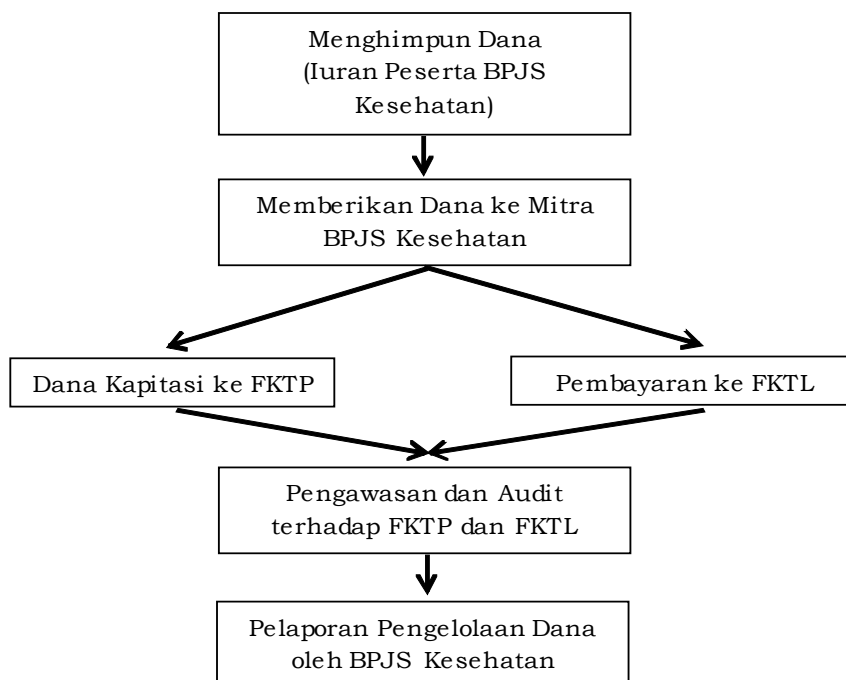
bisa lebih rendah dari anggaran dan ekspektasi awal. Masalah yang terakhir dengan kenaikan iuran BPJS Kesehatan adalah penerima bantuan yang ditanggung oleh APBN juga akan mengalami kenaikan sehingga dana APBN juga menanggung lebih besar. Tentu saja kenaikan iuran BPJS Kesehatan akan menimbulkan banyak masalah dalam pengelolaan dana apabila tidak disikapi dengan baik.

Masalah-masalah pengelolaan dana BPJS Kesehatan tidak hanya berada saat menghimpun dana. Proses pengurusan BPJS Kesehatan di FKTP dan FKRTL juga memiliki keruwetannya sendiri-sendiri. Pada FKTP “*keruwetan*” mencakup bagaimana mencukupkan dana kapitasi dengan biaya operasional yang terkadang cukup tinggi terutama klinik swasta yang seluruh pembiayaan dilakukan secara mandiri. FTKL lebih “*ruwet*” lagi di mana harus menjamin keberlangsungan pelayanan kesehatan dengan memenuhi kuota tiap pasien secukupnya, tanpa membuat rumah sakit rugi. Pengelolaan dana di sini harus bertujuan untuk kebaikan semua pihak, yaitu peserta BPJS Kesehatan, tempat pelayanan kesehatan, dan seluruh sumber daya manusianya serta BPJS Kesehatan. Konsep dasar ini yang harus diimplementasikan dalam

pengelolaan dana di dalam FKTP dan FKRTL.

BPJS juga melakukan pengawasan dengan melaksanakan “audit”. Bahkan, BPJS Kesehatan juga melakukan pengecekan terhadap jenis-jenis penyakit yang memang bisa ditanggung BPJS Kesehatan ataupun tidak. Namun, yang perlu diingat, bahwa FKTP dan FKRTL adalah mitra kerja BPJS Kesehatan yang harus sama-sama berjalan beriringan. BPJS Kesehatan tidak boleh “menekan” FKTP dan FKRTL harus memenuhi semua keinginan BPJS Kesehatan tetapi merugikan peserta BPJS Kesehatan. FKTP dan FKRTL juga tidak boleh merugikan peserta BPJS Kesehatan dengan memberikan pelayanan di bawah standar yang ada atau menolak pasien yang merupakan peserta BPJS Kesehatan, kecuali merujuk jika memang dibutuhkan pelayanan kesehatan lebih lanjut. BPJS Kesehatan juga harus memperhatikan kebutuhan FKTP dan FKRTL sebagai mitra kerjanya.

Akhirnya, pengelolaan dana BPJS Kesehatan diakhiri dengan laporan kepada publik sebagai salah satu syarat transparansi dan akuntabilitas. Laporan keuangan tahunan memang telah dipublikasikan oleh BPJS Kesehatan. Namun, tentu laporan keuangan tidak bermanfaat apabila tidak dilakukan evaluasi terhadap apa yang telah



**Gambar 1. Mekanisme Pengelolaan Dana oleh BPJS Kesehatan**

terjadi. Evaluasi terhadap seluruh kegiatan BPJS Kesehatan, termasuk dalam kegiatan pengelolaan dana. Secara skematik, mekanisme pengelolaan dana BPJS Kesehatan dapat digambarkan pada Gambar 1.

Gambar 1 menunjukkan kondisi pengelolaan dana yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Pengelolaan dana yang dilakukan seharusnya selalu berdasar pada dasar BPJS Kesehatan, yaitu visi dan misi BPJS Kesehatan. Penelitian ini berusaha memperbaharui konsep pengelolaan dana, dengan menggunakan filosofi *Nosarara Nosabatutu*.

**Filosofi *Nosarara Nosabatutu*: usaha pembaharuan BPJS Kesehatan.** Indonesia memiliki beraneka budaya sebagai salah satu bentuk keberagaman dan kekayaan negeri ini. Filosofi budaya sebenarnya dapat digunakan untuk landasan pengembangan sistem bagi suatu lembaga baik itu swasta maupun pemerintah. Salah satu filosofi yang dapat digunakan adalah *Nosarara Nosabatutu* yang merupakan simbol persatuan dengan nilai-nilai persaudaraan dan tanpa memandang perbedaan dalam kehidupan. Artinya, ketika filosofi *Nosarara Nosabatutu* digunakan sebagai sistem maka personalitas, sikap, dan tindak tanduk harus tunduk dan taat asas. Ratu et al. (2019) dan Septiwiharti (2019) menuliskan bila filosofi *Nosarara Nosabatutu* diterapkan dalam aspek ekonomi, konsep ini dapat memiliki peran untuk pembangunan dan pengembangan sistem ekonomi komunal (bersatu dalam mengisi pundi-pundi). Dengan konsep satu dalam kebersamaan menjadi modal dalam membangun perekonomian yang pada gilirannya dapat melahirkan kesejahteraan (*batutu*).

Konsep ini sangat sesuai jika diterapkan dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Seluruh penduduk Indonesia bersatu padu untuk saling tolong dengan mengumpulkan dana demi kesehatan seluruh penduduk Indonesia kembali. Defisit anggaran serta ketidakadilan dalam sistem BPJS Kesehatan akan dapat mereda. Terdapat delapan komitmen yang dapat diterapkan untuk mendukung Jaminan Kesehatan Nasional berbasis filosofi *Nosarara Nosabatutu*, yaitu komitmen persaudaraan yang kuat, komitmen persatuan yang erat, komitmen kebersamaan yang erat, komitmen kekeluargaan yang utuh, komitmen rasa senasib dan sepenanggungan, komitmen memelihara

dan menghargai kekayaan/aset yang ada, komitmen kerahasiaan, dan komitmen kewaspadaan.

Komitmen yang pertama adalah komitmen persaudaraan yang kuat. Komitmen persaudaraan yang kuat, artinya setiap warga merupakan bagian dari satu keluarga besar sebagai orang-orang yang memiliki hubungan/tali persaudaraan atau bersatu asal kejadian/satu leluhur. Sesama anggota masyarakat tidak boleh memiliki rasa atau anggapan bukan bersaudara. Seluruh penduduk Indonesia bersatu padu dan merupakan keluarga besar. Rasa cinta kasih sebagai keluarga harus dirasakan oleh setiap penduduk Indonesia sehingga keikhlasan dalam berbagi dan bersatu padu membangun sistem JKN bersama-sama menjadi nyata dalam kehidupan bersama di Indonesia. Harno menjadi contoh adanya komitmen persaudaraan yang erat dalam BPJS Kesehatan. Harno berusaha untuk menyisihkan pendapatannya untuk tetap dapat membayar BPJS Kesehatan, tidak tahu iurannya dapat berguna untuk siapa dan di mana. Harno hanya yakin, iuran BPJS Kesehatan yang dibayarkannya akan dapat membantu "saudara"-nya sebangsa dan setanah air Indonesia. Komitmen ini sangat penting dalam JKN karena ini adalah inti dari JKN, yaitu saling membantu sebagai sebuah keluarga besar, Indonesia.

Komitmen yang kedua adalah komitmen persatuan yang erat. Gotong royong yang merupakan budaya keseharian masyarakat Indonesia menjadi cerminan dari komitmen ini. Setiap kegiatan dalam masyarakat harus melibatkan seluruh warganya, sehingga tidak ada yang merasa ditinggalkan, semua harus bersatu padu dalam kebersamaan. Memiliki rasa persaudaraan yang kuat akan membangun rasa persatuan sehingga keikhlasan dalam tolong menolong di antara warga masyarakat melahirkan sifat gotong royong yang merasuk ke dalam sanubari (Hermawan, 2013; Jovanović et al., 2019; Zeidan & Khumawala, 2014). Pasien, tenaga medis, rumah sakit, fasilitas kesehatan, pemerintah, dan BPJS Kesehatan harus menjadi satu kesatuan sehingga tujuan JKN dapat tercapai. Jangan sampai kasus-kasus seperti dokter di RSUD PPU ataupun dokter Yula terulang terus menerus. Ataupun kasus-kasus pasien harus naik kelas, berbelit-belit dalam mengurus administrasi

saat mau berobat. Komitmen ini menunjukkan bahwa dibutuhkan komitmen persatuan yang erat seluruh *stakeholder*.

Pasien sebagai penerima manfaat harus juga mau berkontribusi dengan membayar iuran tepat waktu dan tidak “menghilang” begitu saja setelah memperoleh manfaat. Tenaga medis harus mau memberikan kemampuannya yang optimal dalam melayani pasien yang berasal dari BPJS Kesehatan. Rumah sakit harus mampu mengatur pengelolaan dana sesuai dengan aturan BPJS Kesehatan tetapi juga harus menerima hak yang wajar dari BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai pengelola aturan dan dana harusnya melaksanakan kewajibannya dengan baik. Pemerintah juga harus memfasilitasi kebutuhan pelayanan medis serta kebutuhan pasien melalui BPJS Kesehatan. Persatuan antara seluruh *stakeholder* di bidang JKN akan meningkatkan keberhasilan pengelolaan dana JKN.

Komitmen yang ketiga adalah kebersamaan yang erat. Teguh memegang komitmen bersama memiliki makna bahwa tidak ada perbedaan bagi setiap warga masyarakat. Semua harus berpartisipasi dalam mengatasi segala masalah. Status sosial, pangkat, kedudukan dan sebagainya menjadi lebur di tengah masyarakat sehingga bukan menjadi alasan untuk munculnya perbedaan. Jadi yang dilihat di sini semua sama tanpa ada perbedaan. Misalnya, JKN memang memberikan 3 kelas yang dapat dipilih oleh masyarakat. Setiap kelas membayar jumlah iuran yang berbeda-beda setiap bulan. Pilihan kelas yang diberikan oleh BPJS Kesehatan bukan hanya sekadar perbedaan jumlah iuran saja, tetapi harus dipandang sebagai usaha untuk menyalurkan “kelebihan” dari masyarakat yang berkecukupan kepada masyarakat yang lebih berkekurangan. Perbedaan kelas tidak menjadikan perbedaan perlakuan kepada pasien BPJS Kesehatan. Perlakuan kepada semua warga masyarakat yang mengikuti BPJS Kesehatan sama, hanya berbeda kelas inap saat membutuhkan rawat inap.

Sebagai peserta BPJS Kesehatan, baik Hosena, Tarni, Widodo, Riya, maupun Harno berada di kelas-kelas yang berbeda. Namun, mereka semua adalah peserta BPJS Kesehatan yang memiliki kesamaan hak untuk mendapatkan layanan kesehatan dari puskesmas ataupun rumah sakit. Tenaga medis yang melayani juga tidak boleh membedakan pasien berdasarkan perbedaan

kelas mereka. BPJS Kesehatan juga harus memperhatikan bagaimana perbedaan kelas menjadi sesuatu yang tidak penting lagi dan harus diabaikan, sehingga setiap pasien yang menjadi peserta BPJS harus optimal dilayani tanpa memandang perbedaan kelas mereka. BPJS Kesehatan juga harus mampu mengelola dana yang diserahkan oleh peserta kelas 1, 2, ataupun 3 untuk dapat saling menutupi kebutuhan dana secara global. Inilah komitmen ketiga yang harus dipegang oleh seluruh *stakeholder* BPJS Kesehatan.

Komitmen yang keempat adalah kekeluargaan yang utuh. Komitmen ini melihat bahwa Indonesia merupakan suatu keluarga besar sehingga setiap warga masyarakat menjadi anggota keluarganya. Semua tergabung dalam satu ikatan atau kewargaan yang besar sehingga sangat wajar bila ada seorang warga masyarakat yang merupakan anggota keluarga besar ditimpa bencana, seluruh anggota masyarakat harus membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi anggota keluarga tersebut. Inilah komitmen keempat yang harus dipegang dalam sistem JKN. Sistem JKN mempersiapkan setiap warga masyarakat siap siaga apabila ada masalah dalam sistem kesehatan di dalam keluarga yang kecil ataupun seluruh warga masyarakat secara keseluruhan. Di dalam keluarga tidak ada hitungan untung atau rugi. Masyarakat Indonesia merupakan satu keluarga yang utuh. Satu peserta dengan peserta yang lain adalah satu keluarga yang saling menolong. Saat yang lain sakit, maka iuran dari peserta lain dapat memenuhi kebutuhan si sakit. Begitu seterusnya sehingga kesehatan masyarakat Indonesia dapat terjamin melalui JKN. Komitmen kekeluargaan yang utuh juga harus merasuk di BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan harus ingat bahwa tujuan utama mereka bukanlah mencari untung. BPJS Kesehatan bukanlah BUMN. Tujuan utama BPJS Kesehatan adalah mengelola JKN termasuk pengelolaan dana, agar program JKN dapat bermanfaat bagi seluruh peserta dan tenaga yang terlibat dalam operasional JKN. Filosofi awal ini yang harus kembali di-komitmen-kan, salah satunya dengan komitmen sebagai keluarga yang utuh. JKN ada demi kemaslatan seluruh penduduk Indonesia, bukan mengambil keuntungan dari pihak lain.

Komitmen yang kelima adalah rasa senasib dan sepenanggungan. Makna komitmen ini antara lain penempatan dan kesadaran diri setiap anggota masyarakat

sebagai anggota masyarakat dengan rasa bahwa memiliki kesamaan nasib. Apabila satu orang menghadapi kesulitan maka kesulitan tersebut juga juga harus dihadapi oleh seluruh anggota masyarakat lainnya. Tidak ada perasaan bahwa beban hidup seseorang hanya ditanggung oleh dirinya sendiri, karena juga menjadi beban hidup bagi yang lainnya. Hal ini menjadi semakin optimal apabila dikaitkan pula dengan masalah hidup dan kehidupan lainnya. Saat seseorang membayar iuran BPJS Kesehatan pada saat tidak sakit, sebenarnya ia sedang membantu "saudara"-nya yang sedang sakit dan membutuhkan layanan kesehatan. Riya yang telah menerima bantuan kesehatan setiap bulannya merasakan bagaimana dirinya tertolong oleh JKN. Namun, Harno yang belum pernah menggunakan BPJS Kesehatan-nya untuk rawat inap juga mengungkapkan bahwa dirinya rela membayar iuran BPJS Kesehatan meskipun belum pernah menggunakannya untuk rawat inap. Harno merasa bahwa dengan membayar iuran BPJS Kesehatan, dirinya bisa membantu orang lain yang sedang dalam masa kesusahan, yaitu dalam masa-masa sakit. Ini yang dimaksud dengan komitmen rasa senasib dan sepele tanggung. Sistem JKN baru dapat berjalan dengan baik apabila setiap masyarakat anggota BPJS Kesehatan menyadari dan memahami komitmen ini.

Komitmen yang keenam adalah menghargai dan memelihara kekayaan/aset. Kekayaan/aset di sini harus dilihat dari berbagai aspek baik kekayaan alam/lingkungan maupun kekayaan pribadi). Oleh karena itu, masyarakat desa, kampung, kota merupakan pemilik bersama atas kekayaan yang ada di sekitar lingkungan mereka.

Hal ini bukan berarti tidak menghargai pengakuan atas kekayaan pribadi. Komitmen ini akan meningkatkan rasa kepedulian dan kesadaran serta rasa memiliki di setiap individu. Kebersamaan akan muncul dalam melestarikan dan memelihara kekayaan bersama serta digunakan kepentingan bersama pula. Rasa memiliki akan menciptakan rasa tanggung jawab bersama atas milik masyarakat.

Sistem JKN memastikan setiap penduduk Indonesia memiliki rasa aman apabila memiliki masalah kesehatan. Setiap fasilitas kesehatan juga disediakan untuk melayani seluruh peserta BPJS Kesehatan. Karena itu, hendaknya pemerintah dan BPJS Kese-

hatan mengoptimalkan sarana dan prasarana untuk dapat melayani kebutuhan kesehatan masyarakat secara maksimal. Tenaga medis, fasilitas kesehatan, dan masyarakat juga hendaknya turut serta dalam menjaga dan merawat sarana dan prasarana tersebut. Seluruh sarana dan prasarana yang telah disiapkan oleh pemerintah dan BPJS menjadi kekayaan bersama. Sarana dan prasarana tersebut adalah milik bersama dan digunakan untuk kebutuhan bersama.

Komitmen ketujuh adalah komitmen kerahasiaan. Implikasi dari komitmen kerahasiaan ini adalah munculnya beban moral kerahasiaan terhadap milik pribadi maupun milik bersama. Anggota masyarakat memiliki kesadaran diri untuk menjaga rahasia bersama, dan tidak diizinkan untuk berbagi atau membuka rahasia tersebut kepada orang dan pihak-pihak lain yang tidak bertanggung jawab. Rahasia yang dimaksud di sini dapat berkaitan dengan kerahasiaan individu, masyarakat, maupun pemerintah yang ada dalam lingkungan masyarakat. Kerahasiaan di sini lebih mengarah kepada setiap penyakit yang diderita masyarakat hanya diketahui oleh perorangan, fasilitas kesehatan, serta BPJS Kesehatan. Pihak-pihak lain tidak dapat mengakses penyakit ataupun rekam medis masyarakat. Data setiap anggota BPJS Kesehatan juga adalah rahasia. Kerahasiaan ini penting untuk menjaga kepercayaan warga masyarakat kepada BPJS Kesehatan.

Komitmen kedelapan adalah komitmen kewaspadaan. Komitmen kewaspadaan berkaitan dengan pentingnya setiap anggota masyarakat waspada terhadap hal-hal negatif yang dapat merugikan masyarakat. Semua berpartisipasi dalam mencegah risiko di tengah masyarakat seperti penyalahgunaan hak dan kewajiban, pencurian, dan perampokan.

BPJS Kesehatan harus melaporkan kondisi keuangannya secara transparan kepada masyarakat luas yang menjadi penggunaannya serta kepada tenaga medis dan fasilitas kesehatan mengenai dana yang harus dibayarnya. Jangan sampai terjadi, BPJS Kesehatan yang menggawangi sistem JKN, malah blunder dan mencari keuntungan semata, atau lebih buruk lagi memperkaya golongan tertentu. Pemerintah dan peserta BPJS Kesehatan memang seharusnya hanya menjadi pengawas BPJS Kesehatan sebagai penyalur dana serta memastikan sistem JKN berjalan dengan seharusnya.

Inilah delapan komitmen dalam membangun filosofi serta konsep pengelolaan dana JKN. Delapan komitmen ini akan membantu seluruh *stakeholder* JKN untuk melaksanakan perannya masing-masing sehingga JKN akan benar-benar menjadi penjamin kesehatan nasional. Delapan komitmen ini harus merasuk ke dalam sanubari seluruh *stakeholder* agar JKN dapat berhasil menyejahterakan seluruh masyarakat Indonesia dan memberikan rasa aman saat mereka membutuhkan pelayanan kesehatan.

**Konsep pengelolaan dana JKN berbasis *Nosarara Nosabatutu*.** Pengelolaan dana yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan sekarang masih menuai banyak masalah. Mulai dari menghimpun dana, mendistribusikan dana ke FKTP dan FKRTL, mengawasi penggunaan dana sampai pada pelaporan keuangan. Penghimpunan dana bukanlah perkara mudah. Beragam masalah juga melingkupinya. Banyak peserta yang hanya membayar di kala mereka membutuhkan pelayanan kesehatan dan saat sudah sembuh tidak kembali membayar iuran tersebut. Penanaman konsep dasar JKN berbasis filosofi *Nosarara Nosabatutu* harus dilakukan. Para peserta BPJS Kesehatan harus paham bahwa sistem JKN adalah sistem gotong royong di mana seluruh peserta BPJS Kesehatan harus merasa sebagai saudara yang erat sehingga memiliki rasa persatuan.

Nilai gotong royong ini harus muncul dalam pengelolaan dana JKN. Kemauan untuk bergotong royong akan muncul apabila seluruh penduduk Indonesia mau merasa sebagai saudara yang erat dan kekeluargaan yang utuh. Saat seseorang memiliki saudara yang erat, maka tentu dengan ikhlas hati akan saling menolong. Rasa persatuan dengan saudara atau bahkan teman juga akan menimbulkan rasa saling menolong. Nilai-nilai ini yang perlu dibangun dalam setiap hati para peserta BPJS Kesehatan. Ikatan yang kuat antarpeserta BPJS Kesehatan sebagai satu keluarga besar sehingga keinginan untuk saling membantu dalam bentuk iuran sebagai bentuk gotong royong akan tercapai dengan komitmen senasib dan sepenanggungan antara mereka yang sehat dan yang sakit.

Apabila nilai-nilai ini telah mendarah daging di dalam hati peserta BPJS Kesehatan, maka tidak ada peserta BPJS Kesehatan yang hanya mendaftar apabila sedang dirundung sakit, sehingga dapat mendapat

pelayanan kesehatan meski sebelumnya tidak pernah membayar iuran. Lebih parahnya, setelah sembuh peserta kemudian tidak membayar iuran lagi. Maka, nilai gotong royong tidak muncul dalam nilai JKN. Nilai persaudaraan dan persatuan yang kuat dalam penghimpunan dana ini akan meningkatkan JKN yang lebih “berhasil” mengatasi defisit.

Pengelolaan dana yang kedua ada pada pendistribusian dana ke FKTP dan FKRTL. Distribusi dana oleh BPJS Kesehatan akan diikuti dengan pengelolaan dana oleh FKTP dan FKRTL. FKTP dan FKRTL harus mendalami komitmen persatuan yang erat yang membuat persatuan seluruh *stakeholder* yang berkepentingan, mulai dari peserta, tenaga medis, rumah sakit, BPJS Kesehatan, serta pemerintah. FKTP dan FKRTL akan bahu membahu untuk membantu peserta BPJS Kesehatan yang membutuhkan layanan kesehatan. FKTP dan FKRTL tidak boleh membeda-bedakan kelas peserta, tetapi memberikan layanan sesuai dengan kebutuhan pasiennya sesuai dengan komitmen kebersamaan yang erat. Sebaliknya, komitmen persatuan yang erat tidak akan memunculkan kecurangan-kecurangan yang mungkin terjadi sehingga BPJS Kesehatan harus mengaudit atau bahkan sampai ditangkap pidana karena ada kasus korupsi di dalam pengelolaan dana BPJS Kesehatan. Komitmen persatuan yang erat akan memusnahkan kecurangan-kecurangan yang mungkin timbul. Selain itu, komitmen kerahasiaan juga menjadi komitmen penting yang harus dijaga oleh FKTP dan FKRTL dalam menjaga data pribadi para pasien yang merupakan peserta BPJS Kesehatan.

Pengelolaan dana di FKTP dan FKRTL juga melibatkan kebutuhan alat dan tentu saja bahan-bahan yang digunakan untuk melayani peserta BPJS Kesehatan. Pengelolaan ini juga melibatkan BPJS Kesehatan. Contohnya, BPJS Kesehatan sempat berjanji untuk membelikan alat-alat pemeriksaan primer yang dibutuhkan oleh FKTP apabila ada dokter yang memiliki spesialisasi Dokter Layanan Primer (DLP) senilai puluhan juta (meskipun masalah ini belum benar-benar jelas dikarenakan masih pro kontranya program spesialisasi Dokter Layanan Primer). Seluruh dana serta kekayaan yang diperoleh dari perputaran dana BPJS Kesehatan haruslah dirawat dan dipergunakan sebaik-baiknya sesuai dengan komitmen



menghargai dan memelihara kekayaan yang ada, terutama oleh FKTP dan FKRTL yang memperoleh bahan-bahan atau alat yang digunakan untuk kebutuhan peserta BPJS Kesehatan. FKTP dan FKRTL merupakan pihak yang harus bersama-sama memegang teguh penghargaan dan pemeliharaan atas kekayaan yang ada. Meskipun tentu saja, peserta BPJS Kesehatan juga harus turut serta menghargai dan memelihara seluruh peralatan kesehatan yang ada di FKTP maupun FKRTL. Hal ini juga berhubungan dengan komitmen persatuan, bahwa sumber daya adalah milik bersama sehingga seluruh pihak harus turut membantu menjaga dan merawat.

Pengelolaan dana dilanjutkan dengan pengawasan dari BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan harus memiliki komitmen kewaspadaan agar dapat melakukan pengawasan dengan baik. Pengawasan yang baik tetap diperlukan meskipun komitmen persaudaraan yang kuat dan kekeluargaan yang utuh telah membuat ikatan yang kuat antar-*stakeholder* BPJS Kesehatan sebagai satu keluarga besar. Namun, tetap saja terdapat oknum-oknum tertentu yang dapat melakukan kecurangan. Misalnya, kasus korupsi yang dilakukan oleh Mantan Kepala RSUD Lembang dan bendaharannya yang melakukan penggelapan sebesar Rp7,7M. Namun, komitmen kewaspadaan juga harus diterapkan dalam tahap pelaporan keuangan oleh BPJS Kesehatan. Komitmen kewaspadaan dibutuhkan agar seluruh pengelolaan dana baik di BPJS Kesehatan maupun di FKTP dan FKRTL semuanya hanya ditujukan untuk kepentingan seluruh masyarakat Indonesia. Seluruh masyarakat Indonesia dan peserta BPJS Kesehatan khususnya, harus turut mengawasi seluruh laporan yang dipublikasikan BPJS Kesehatan sampai dengan laporan keuangannya.

Delapan komitmen akan menyertai filosofi *Nosarara Nosabatutu* dalam membangun sebuah sistem JKN yang memperhatikan seluruh kebutuhan semua pihak yang berkepentingan. JKN berbasis filosofi *Nosarara Nosabatutu* dapat membantu BPJS Kesehatan berkomitmen dalam mengelola JKN dengan lebih kekeluargaan dan menyeluruh. JKN berbasis filosofi *Nosarara Nosabatutu* menghasilkan sebuah jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia dalam suatu persaudaraan dan persatuan yang erat, saling menolong sebagai saudara dalam sebuah keluarga, serta bahu membahu de-

ngan perannya masing-masing sehingga terwujudlah Indonesia yang sehat, berkualitas, dan bahagia bersama-sama. Seluruh *stakeholder* BPJS Kesehatan harus menanamkan konsep dasar ini dalam diri masing-masing sehingga dapat bekerja bersama-sama demi keberlangsungan BPJS Kesehatan.

Pengelolaan dana Jaminan Kesehatan Nasional berdasarkan filosofi yang baru akan menghasilkan konsep yang berbeda. Pengelolaan dana yang pertama bersumber dari peserta BPJS Kesehatan. Komitmen persaudaraan yang kuat dan kekeluargaan yang utuh akan membuat ikatan yang kuat antarpeserta BPJS Kesehatan sebagai satu keluarga besar sehingga keinginan untuk saling membantu dalam bentuk iuran sebagai bentuk gotong royong akan tercapai dengan komitmen senasib dan sepenanggungan antara mereka yang sehat dan yang sakit. Komitmen persatuan yang erat akan membuat persatuan seluruh *stakeholder* yang berkepentingan, mulai dari peserta, tenaga medis, rumah sakit, BPJS Kesehatan, hingga pemerintah (Cardinaels & Soderstrom, 2013; Dossi et al., 2017; Malmrose & Fouladi, 2019). Pengelolaan dana dari persatuan ini akan jelas, mulai dari sumbernya (peserta dan pemerintah), kemudian dikelola oleh BPJS Kesehatan, disalurkan kepada RS dan pegawai yang memberikan layanan medis. Tidak lupa, BPJS Kesehatan serta RS dan pegawai medis tidak boleh membedakan kelas peserta tetapi memberikan layanan sesuai dengan kebutuhan pasiennya sesuai dengan komitmen kebersamaan yang erat.

Komitmen kerahasiaan mengingatkan pula untuk selalu menjaga data-data yang memang tertutup bagi kepentingan umum, seperti data peserta, kelas peserta, ataupun data rekam medis peserta BPJS Kesehatan, agar kepercayaan peserta BPJS Kesehatan juga semakin tinggi kepada BPJS Kesehatan. Seluruh dana yang dikelola BPJS Kesehatan harus diawasi sesuai dengan komitmen kewaspadaan sehingga seluruhnya dan memang ditujukan hanya untuk kepentingan seluruh masyarakat Indonesia. Jangan lupa, seluruh dana serta kekayaan yang diperoleh dari perputaran dana BPJS Kesehatan haruslah dirawat dan dipergunakan sebaik-baiknya sesuai dengan komitmen menghargai dan memelihara kekayaan yang ada. Pengelolaan dana yang meliputi seluruh komitmen *Nosarara Nosabatutu* akan menghasilkan pengelolaan dana yang holistik

dan bertujuan untuk terpenting-pentingnya seluruh masyarakat Indonesia.

Delapan komitmen filosofi *Nosarara Nosabatutu* membangun konsep pengelolaan dana yang baru. JKN berbasis filosofi *Nosarara Nosabatutu* menghasilkan sebuah jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia dalam suatu persaudaraan dan persatuan yang erat, saling menolong sebagai saudara dalam sebuah keluarga serta bahu membahu dengan perannya masing-masing sehingga terwujudlah Indonesia yang sehat, berkualitas, dan bahagia bersama-sama. JKN berbasis filosofi *Nosarara Nosabatutu* akan menghasilkan sebuah jaminan kesehatan nasional yang benar-benar terjamin.

### SIMPULAN

Sistem JKN yang dikelola BPJS Kesehatan masih memiliki banyak kelemahan. Sifat gotong royong yang menjadi landasan utama nyatanya tidak mampu memeluk dan meresap di sanubari setiap pihak dalam JKN. Keluhan muncul dari berbagai pihak terkait sistem pengelolaan dana BPJS kesehatan. RS dan para tenaga medis merasa tidak menerima secara wajar atas layanan yang diberikan. Jumlah tagihan RS kepada BPJS yang masih terus bermasalah. Para peserta merasa belum optimalnya layanan yang diterima dari lembaga kesehatan yang telah ditetapkan. Kenaikan jumlah iuran yang dibayar, selain dianggap tambahan beban juga belum dibarengi dengan sarana, prasarana dan kualitas layanan yang baik bagi peserta. Permasalahan yang muncul menjadi seperti lingkaran yang tidak memiliki ujung penyelesaian, sehingga beberapa pihak merasa sangat kecewa. Munculnya banyak masalah dalam konsep pengelolaan dana oleh BPJS Kesehatan menunjukkan bahwa konsep dasar JKN perlu diperbaharui.

Penelitian ini menawarkan solusi pembaharuan dari sisi filosofi JKN dan tentu berdampak pada pengelolaan dana JKN berbasis *Nosarara Nosabatutu*. Sistem JKN berbasis filosofi *Nosarara Nosabatutu* diharapkan dapat mengubah sistem dan pola yang telah ada menjadi sebuah sistem jaminan kesehatan yang baru dan dapat mencapai tujuan mulia. Delapan komitmen filosofi *Nosarara Nosabatutu* membangun konsep pengelolaan dana yang baru bagi JKN. JKN berbasis filosofi *Nosarara Nosabatutu* menghasilkan sebuah konsep pengelolaan dana yang baru sehingga jaminan kesehatan bagi

seluruh penduduk Indonesia dalam suatu persaudaraan dan persatuan yang erat, saling menolong sebagai saudara dalam sebuah keluarga serta bahu membahu dengan perannya masing-masing sehingga terwujudlah Indonesia yang sehat, berkualitas, dan bahagia bersama-sama.

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah bahasan dalam JKN berbasis *Nosarara Nosabatutu* masih dalam tataran konsep. Konsep ini masih dapat dikembangkan untuk pengelolaan dana yang aplikatif. Pembahasan secara aplikatif masih dapat didiskusikan dalam penelitian-penelitian berikutnya. Delapan konsep tersebut dapat diturunkan menjadi konstruk ataupun dimensi baru untuk dikembangkan lebih lanjut dan dapat digali lebih mendalam. Selain itu, penelitian ini juga memberikan tambahan pemahaman bagi para akademisi di Indonesia, bahwa kekayaan budaya Indonesia dengan berbagai filosofi yang murni berasal dari masyarakat, dapat digunakan sebagai konsep dalam pembangunan sistem pengelolaan keuangan lainnya di organisasi pemerintah. Dengan demikian, diharapkan akan lahir konsep akuntansi yang memiliki nilai-nilai budaya Indonesia.

### DAFTAR RUJUKAN

- Anriani, H. B., Lampe, I., Rosmawati, & Halim, H. (2019). *Nosarara Nosabatutu dalam Multikulturalisme*. Yayasan Inteligencia Indonesia.
- Bintang, S., Mujibussalim, & Fikri. (2019). Decentralization of Indonesia Social Health Insurance, *International Journal of Law and Management*, 61(2), 310-327. <https://doi.org/10.1108/IJLMA-07-2018-0143>
- Budiono, A., Absori, Ngestingrum, A. H., & Nugroho, H. S. W. (2018). Pseudo National Security System of Health in Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9(10), 556-560. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.01404.3>
- Cardinaels, E., & Soderstrom, N. (2013). Managing in a Complex World: Accounting and Governance Choices in Hospitals. *European Accounting Review*, 22(4), 647-684. <https://doi.org/10.1080/09638180.2013.842493>
- Carlsson-Wall, M., Kraus, K., Lund, M., & Sjögren, E. (2016). 'Accounting Talk' through Metaphorical Representations: Change Agents and Organisational

- Change in Home-Based Elderly Care. *European Accounting Review*, 25(2), 215-243. <https://doi.org/10.1080/09638180.2014.992921>
- Dewi, M. W., Kusuma, I. L., & Saputra, A. F. (2018). Effect of BPJS (Social Insurance Administration Organization) Receivables Management and Inaction of BPJS Claim Repayment on Private Hospital Financial Funds Flow in Surakarta. *International Journal of Economics, Business and Accounting Research*, 2(3), 1-10. <https://doi.org/10.29040/ijebar.v2i3.308>
- Djamhuri, A., & Amirya, M. (2015). Indonesian Hospital under the "BPJS" Scheme: A War in a Narrower Battlefield. *Jurnal Akuntansi Multiparadigma*, 6(3), 341-349. <https://doi.org/10.18202/jamal.2015.12.6027>
- Dossi, A., Lecci, F., Longo, F., & Morelli, M. (2017). Hospital Acquisitions, Parenting Styles and Management Accounting Change: An Institutional Perspective. *Health Services Management Research*, 30(1), 22-33. <https://doi.org/10.1177/0951484816682394>
- Dwidienawati, D., & Abdinagoro, S. B. (2018). Generosity's Antecedents and Outcomes - A Proposed Relationship between Generosity and Intention in Indonesia's BPJS Kesehatan. *Journal of Business and Retail Management Research*, 12(2), 48-54. <https://doi.org/10.24052/JBRMR/V12IS02/GAAOAPRBGAIIBK>
- Edgley, C. (2014). A Genealogy of Accounting Materiality. *Critical Perspectives on Accounting*, 25(3), 255-271. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2013.06.001>
- Fahlevi, H. (2016). Understanding Why the Role of Accounting is Unchanged in Indonesian Public Hospitals. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 12(2), 203-222. <https://doi.org/10.1108/JAOC-03-2014-0020>
- Fiondella, C., Macchioni, R., Maffei, M., & Spanò, R. (2016). Successful Changes in Management Accounting Systems: A Healthcare Case Study. *Accounting Forum*, 40(3), 186-204. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2016.05.004>
- Gebreiter, F. (2015). Hospital Accounting and the History of Health-Care Rationing. *Accounting History Review*, 25(3), 183-199. <https://doi.org/10.1080/21552851.2015.1086559>
- Harlez, Y. D., & Malagueño, R. (2016). Examining the Joint Effects of Strategic Priorities, Use of Management Control Systems, and Personal Background on Hospital Performance. *Management Accounting Research*, 30, 2-17. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2015.07.001>
- Hermawan, S. (2013). Praktik Kotor Bisnis Industri Farmasi dalam Bingkai Intellectual Capital dan Teleology Theory. *Jurnal Akuntansi Multiparadigma*, 4(1), 40-54. <https://doi.org/10.18202/jamal.2013.04.7181>
- Jovanović, T., Dražić-Lutilsky, I., & Vašiček, D. (2019). Implementation of Cost Accounting as the Economic Pillar of Management Accounting Systems in Public Hospitals—The Case of Slovenia and Croatia. *Economic Research*, 32(1), 3754-3772. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2019.1675079>
- Kartini. (2018). Developing Fraud Prevention Model in Regional Public Hospital in West Sulawesi Province. *International Journal of Law and Management*, 60(2), 210-220. <https://doi.org/10.1108/IJLMA-04-2017-0095>
- Lapsley, I., & Miller, P. (2019). Transforming the Public Sector: 1998–2018. Accounting, *Auditing & Accountability Journal*, 32(8), 2211-2252. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-06-2018-3511>
- Malmose, M., & Fouladi, N. (2019). Accounting Facilitating Sociopolitical Aims: The Case of Maryland Hospitals. *Financial Accountability and Management*, 35(4), 413-429. <https://doi.org/10.1111/faam.12220>
- Mulawarman, A. D., & Kamayanti, A. (2018). Towards Islamic Accounting Anthropology: How Secular Anthropology Reshaped Accounting in Indonesia. *Journal of Islamic Accounting and Business Research*, 9(4), 629-647. <https://doi.org/10.1108/JIABR-02-2015-0004>
- Oppi, C., Campanale, C., Cinquini, L., & Vagnoni, E. (2019). Clinicians and Accounting: A Systematic Review and Research Directions. *Financial Accountability and Management*, 35(3), 290-312. <https://doi.org/10.1111/faam.12195>
- Phiri, J. (2017). Stakeholder Expectations of Performance in Public Healthcare Services: Evidence from a Less Developed Country. *Meditari Accountancy Research*, 25(1), 136-157. <https://doi.org/10.1108/JIABR-02-2015-0004>

- org/10.1108/MEDAR-08-2016-0070
- Ratnawati, A., & Kholis, N. (2019). Measuring the Service Quality of BPJS Health in Indonesia: A Sharia Perspective. *Journal of Islamic Marketing*, 10(1), 1-23. <https://doi.org/10.1108/JIMA-07-2018-0121>
- Ratu, B., Misnah, & Amirullah, M. (2019). Peace Education Based on Local Wisdom Nosarara Nosabatutu. *Journal of Multicultural Studies in Guidance and Counseling*, 3(2), 106-118. <https://doi.org/10.17509/jomsign.v3i2.20958>
- Rolindrawan, D. (2015). The Impact of BPJS Health Implementation for the Poor and Near Poor on the Use of Health Facility. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 211, 550-559. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.073>
- Rusmin, Astami, E. W., & and Scully, G. (2014). Local Government Units in Indonesia: Demographic Attributes and Differences in Financial Condition. *Australasian Accounting, Business and Finance Journal*, 8(2), 88-109. <https://doi.org/10.14453/aabfj.v8i2.7>
- Sari, D., & Saraswati, E. (2019). Dampak Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien Rumah Sakit (Analisis Pengukuran Kinerja Nonkeuangan). *Jurnal Akuntansi dan Teknologi Informasi*, 12(2), 1-18. <https://doi.org/10.24123/jati.v12i2.2270>
- Sari, D., Triyuwono, I., Rosidi, Kamayanti, A. (2015). Human's Behavior towards Income in the Perspective of Mother Teresa. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 211, 977-983. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.130>
- Sari, D., Triyuwono, I., Rosidi, Kamayanti, A. (2016). Signification of Income in a Doctor's Life Theater. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 219, 676-681. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.050>
- Szczesny, A., & Ernst, C. (2016). The Role of Performance Reporting System Characteristics for the Coordination of High-Cost Areas in Hospitals. *European Accounting Review*, 25(4), 635-660. <https://doi.org/10.1080/09638180.2016.1210525>
- Septiwiharti, D., Maharani, S., & Mustansyir, R. (2019). The Concepts of Nosarara Nosabatutu in the Kaili Community: Inspiration for Religious Harmony in Indonesia. *Wawasan: Jurnal Ilmiah Agama dan Sosial Budaya*, 4(2), 222-231. <https://doi.org/10.15575/jw.v4i2.6622>
- Sjögren, E., & Fernler, K. (2019). Accounting and Professional Work in Established NPM Settings. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 32(3), 897-922. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-06-2015-2096>
- Zeidan, R., & Khumawala, S. (2014). Price Management in Nonprofit Hospitals. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 26(1), 50-80. <https://doi.org/10.1108/JPBAFM-26-01-2014-B002>