

EFEKTIVITAS PENGGUNAAN PAJAK ROKOK DAN *INTERCEPT* DANA ALOKASI UMUM DALAM MENGURANGI DEFISIT DANA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

Effectiveness of Using Cigarette Taxes and Intercept General Allocation Funds in Reducing Deficit of Health Social Security Fund

Niar Afdhal Luthfi¹

Info Artikel

Direktorat Jenderal Anggaran,
Jakarta, Indonesia,
Niar_luthfi@kemenkeu.go.id

Riwayat Artikel :

Diterima 15-10-2019

Direvisi 20-11-2019

Disetujui 09-12-2019

Tersedia online 12-12-2019

JEL Classification: H51,
H55, H75, I18

Abstract

The deficit experienced by Health Social Security Fund (Dana Jaminan Sosial/DJS) Kesehatan encourages the Government to look forward to the alternative policies that are focused on efforts to strengthen DJS Kesehatan revenues and expenditure efficiency. In 2018, the Government implemented policies of the obligation to use the Cigarette Tax and General Allocation Fund (DAU) intercept (for local government who have National Health Security (JKN) arrears to cover the DJS Kesehatan deficit. The purpose of this study is to see the effectiveness of the obligation to use cigarette tax and DAU intercept in reducing the DJS Kesehatan deficit. The method used is a comparative descriptive method with a quantitative approach using secondary data and information from BPJS Kesehatan. From the analysis, we found that the policy of using cigarette tax and DAU intercept is not effective enough in overcoming the DJS

Kesehatan deficit. The other impact is the potency to increase the number of Regional Health Security (Jamkesda) participants registered within the regional government and increase the compliance of regional governments in paying JKN contributions.

Keywords: BPJS Kesehatan, Cigarette Tax, DJS Kesehatan Deficit, Intercept DAU

Abstrak

Defisit yang dialami oleh DJS Kesehatan mendorong Pemerintah untuk mencari alternatif kebijakan yang dititikberatkan pada upaya penguatan pendapatan DJS Kesehatan dan efisiensi pengeluaran. Pada tahun 2018, Pemerintah menerapkan kebijakan kewajiban penggunaan Pajak Rokok dan intercept DAU (bagi pemda yang memiliki tunggakan JKN) untuk mengurangi beban defisit DJS Kesehatan. Tujuan dari kajian ini adalah untuk melihat efektivitas dari kewajiban penggunaan pajak rokok dan *intercept DAU* dalam pengurangan beban defisit DJS Kesehatan. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif komparatif dengan pendekatan kuantitatif menggunakan data sekunder dan informasi dari FGD dengan BPJS Kesehatan. Dari hasil analisis diperoleh bahwa kebijakan penggunaan pajak rokok dan intercept DAU tidak cukup efektif dalam mengatasi defisit DJS Kesehatan. Namun, dampak lainnya adalah berpotensi meningkatkan jumlah peserta Jamkesda yang didaftarkan pemda serta meningkatkan kepatuhan pemda dalam membayar iuran JKN.

Kata kunci: BPJS Kesehatan, Defisit DJS Kesehatan, *Intercept DAU*, Pajak Rokok

1. PENDAHULUAN

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kartu Indonesia Sehat (KIS) pada tahun 2014 memberikan harapan baru bagi masyarakat Indonesia. Jaminan pelayanan kesehatan tidak lagi menjadi hak istimewa masyarakat kelas pertama saja, tetapi menjadi hak seluruh warga negara tanpa terkecuali. Dengan diimplementasikannya Program JKN-KIS, Indonesia berhasil menerapkan sistem jaminan kesehatan yang terintegrasi (*single purchaser system*) setelah jatuh bangun berupaya diterapkan sejak tahun 2004. Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pemerintah berkewajiban secara bertahap mendaftarkan masyarakat miskin dan tidak mampu untuk menjadi peserta kepada BPJS Kesehatan, demikian juga setiap pemberi kerja secara bertahap berkewajiban mendaftarkan pekerjanya kepada BPJS Kesehatan.

Pada tahun 2014 saat pertama kali program JKN-KIS diimplementasikan, peserta BPJS Kesehatan adalah sebesar 133,4 juta jiwa atau 53 persen penduduk Indonesia. Selang empat tahun berjalan, jumlah peserta BPJS Kesehatan telah meningkat menjadi 207,8 juta jiwa atau 78 persen penduduk Indonesia pada Desember 2018. Seiring dengan peningkatan jumlah peserta tersebut, jumlah pemanfaatan pelayanan kesehatan juga meningkat dari 92,3 juta pada tahun 2014 menjadi 223,4 juta pada tahun 2017 (BPJS Kesehatan, 2017). Hal ini mengindikasikan bahwa keberadaan program JKN-KIS membuat layanan kesehatan semakin mudah diakses dan masyarakat semakin sadar tentang pentingnya pemanfaatan layanan kesehatan. Selain itu, pada tahun 2016, kontribusi program JKN-KIS terhadap perekonomian Indonesia diperkirakan sebesar Rp152,2 triliun, penciptaan lapangan kerja sebesar 1,45 juta orang, serta meningkatkan angka harapan hidup sebesar 2,9 tahun¹.

Dibalik pencapaian tersebut, Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan mengalami tantangan yang sangat krusial. Sejak beroperasi di tahun 2014, DJS Kesehatan mengalami defisit yang berkelanjutan. Pada awal-awal pelaksanaan BPJS Kesehatan, terjadi antusiasme yang tinggi dari masyarakat untuk menjadi peserta terutama dari segmen mandiri, namun dalam keadaan sakit (*adverse selection*) sehingga menyebabkan biaya manfaat yang dikeluarkan lebih besar dari iurannya. Menurut Thabrany (1999), seleksi bias khususnya *adverse selection* atau anti seleksi, merupakan keadaan yang paling merugikan pihak asuradur. Endartiwi (2015) menemukan bahwa *adverse selection* memang terjadi pada pasien peserta mandiri JKN yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul. Hal ini ditunjukkan dengan selisih tanggal cetak kartu BPJS Kesehatan dengan tanggal Surat Eligibilitas Peserta (SEP) pasien masuk ke rumah sakit yang berjarak hanya 0-3 bulan. Untuk mengatasi hal tersebut, pada bulan Desember 2014 BPJS Kesehatan menerapkan *waiting period* 7 hari. Dampaknya, jumlah pasien peserta mandiri yang mempunyai selisih tanggal cetak kartu dengan tanggal SEP 0-3 bulan sudah mulai berkurang dan pada bulan Agustus 2015 setelah diterapkan *waiting period* selama 14 hari jumlahnya jauh lebih berkurang lagi.

Selain itu, berdasarkan hasil temuan BPK Tahun 2018 tentang Dana Cadangan Program JKN tahun 2017, defisit yang dialami oleh DJS Kesehatan terutama disebabkan oleh

¹ Hasil Penelitian Lembaga Penyidikan Ekonomi dan Masyarakat Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia (LPEM FEB UI) yang dilansir pada tanggal 15 Agustus 2017.

besaran iuran program JKN dalam kondisi *underprice*. Berdasarkan penjelasan Deputy Direksi Bidang Manajemen Iuran BPJS Kesehatan, Perhitungan aktuarial untuk kelas III adalah Rp36.000 namun ditetapkan pemerintah Rp25.500, sementara itu perhitungan aktuarial untuk kelas II adalah Rp62.000 namun ditetapkan pemerintah Rp51.000. Penyebab berikutnya adalah besarnya jaminan untuk penyakit katastropik. Pada tahun 2017, biaya layanan untuk penyakit jantung mencapai 51 %, kanker 17 %, dan stroke 12 persen dari total biaya (BPK, 2018).

Untuk menjaga kesinambungan program JKN-KIS tersebut, Pemerintah pusat-melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) sebagai *the last resort*-terus memberikan dukungan suntikan dana baik berupa Penyertaan Modal Negara (PMN) maupun melalui mekanisme belanja APBN. Total suntikan dana yang diberikan pemerintah sejak tahun 2015 adalah Rp25,8 T. Defisit tahun 2014 diatasi dengan menggunakan pengalihan sebagian aset PT Askes ke Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan. Defisit tahun 2015 dan 2016 diatasi dengan bantuan APBN melalui mekanisme PMN masing-masing sebesar Rp5 T dan Rp6,8 T. Sementara defisit tahun 2017 diatasi dengan bantuan APBN melalui mekanisme belanja sebesar Rp3,6 T.

Pemerintah bersama-sama dengan BPJS dalam beberapa tahun terakhir telah melakukan serangkaian pembahasan terkait penanganan defisit DJS Kesehatan. Kebijakan dititikberatkan pada upaya penguatan pendapatan DJS Kesehatan dan efisiensi pengeluaran. Dalam rangka penguatan pendapatan DJS Kesehatan, kebijakan yang ditempuh di tahun 2018 diantaranya adalah: (1) kewajiban pemda untuk mengalokasikan pajak rokoknya untuk program JKN, dan (2) pemotongan DAU (*intercept*) bagi pemda yang menunggak. Kebijakan penggunaan pajak rokok tersebut diperkirakan dapat menyumbang *fresh money* yang cukup besar. Dari 50 persen pajak rokok yang di *earmark* untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat, 75 persen akan dialokasikan untuk mendukung pelaksanaan program JKN. Sehingga diperoleh prediksi awal, Pajak Rokok untuk JKN tahun 2018 adalah sebesar Rp5,56 triliun. Sementara itu, berdasarkan data awal yang dicatat BPJS Kesehatan, terdapat 242 daerah yang memiliki tunggakan dengan jumlah sebesar Rp751,74 miliar. Pemotongan DAU di awal (*intercept*) tersebut diharapkan dapat menambah pendapatan DJS Kesehatan dan mengurangi beban defisit DJS Kesehatan.

Kondisi keuangan DJS Kesehatan tahun 2018 dan seterusnya sangat bergantung pada keberhasilan pelaksanaan bauran kebijakan tersebut. Tujuan utama dari kajian ini adalah untuk melihat (1) Dampak kebijakan kewajiban pajak rokok untuk menutup defisit DJS Kesehatan, dan (2) Dampak pemotongan DAU daerah yang menunggak iuran JKN dalam mengurangi defisit DJS Kesehatan.

2. TINJAUAN PUSTAKA

Asuransi kesehatan merupakan suatu instrumen sosial untuk menjamin bahwa seseorang (anggota) dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi orang tersebut pada waktu terjadinya kebutuhan pelayanan kesehatan. Pada negara-negara yang mampu menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduknya, asuransi kesehatan sama sekali tidak dibutuhkan. Asuransi kesehatan dibutuhkan jika negara tidak menyediakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan penduduknya atau negara hanya mampu menyediakan sebagian dari kebutuhan pelayanan kesehatan tersebut. Indonesia termasuk negara berkembang yang tidak menyediakan

pemenuhan seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan, akan tetapi juga tidak sama sekali menyerahkan kepada masyarakat (Thabrany, 2003).

Thabrany (1999) mengestimasi bahwa jumlah penduduk yang tercakup dalam jaminan kesehatan di Indonesia baru sekitar 15 persen atau sekitar 27-30 juta jiwa. Jumlah cakupan jaminan kesehatan sebesar itu sudah termasuk pegawai negeri dan keluarganya, pensiunan ABRI, karyawan swasta dan keluarganya yang sudah menjadi peserta Jamsostek dan sebagian kecil dalam bentuk asuransi kesehatan konvensional. Mundiharno 1999 dalam Thabrany (2003), dari hasil pengolahan data IFLS I (Indonesia Family Life Survey 1993) juga menemukan bahwa proporsi penduduk yang memiliki jaminan kesehatan adalah sekitar 13 persen.

Masih sedikitnya jumlah penduduk yang tercakup dalam jaminan kesehatan merupakan suatu tantangan serius dalam pembiayaan kesehatan penduduk di Indonesia mengingat: pertama, diduga akan banyak penduduk yang mengalami kesulitan dalam pembiayaan kesehatan dengan pola pembiayaan tunai (*out of pocket*). Kedua, akibat kesulitan dalam pembiayaan kesehatan maka derajat kesehatan penduduk juga menjadi rendah (Thabrany, 2003).

2.1. Kegagalan Pasar

Perbedaan utama dari kebijakan makro pelayanan kesehatan adalah visi dasar/fundamental tentang pelayanan kesehatan sebagai *public goods* (*private goods*) dan pengakuan pelayanan kesehatan sebagai hak asasi manusia. Kebijakan publik makro tersebut dapat dibagi menjadi dua yaitu dengan menggunakan mekanisme pasar dan regulasi. Suatu mekanisme pasar dapat dikatakan sebagai suatu mekanisme alamiah dimana pelaku ekonomi, pembeli dan penjual, dapat bebas bergerak sesuai dengan kapasitasnya masing-masing. Hasil (*outcome*) dari mekanisme ini adalah tercapainya efisiensi. Untuk mencapai efisiensi tersebut harus ada prasyarat pasar yaitu informasi simetri (*perfect information*). Akan tetapi dokter sebagai tenaga kunci/utama dalam pelayanan kesehatan berfungsi sebagai agen ganda (*double agent*) yang berfungsi sebagai konsultan pasien dan sekaligus penjual jasa kepada pasien tersebut. Dengan demikian, *demand* terhadap pelayanan kesehatan bukan ditentukan oleh pasien/konsumen, akan tetapi oleh produsen. Disinilah mekanisme pasar gagal di dalam pelayanan kesehatan, karena adanya informasi asimetri yang sangat besar (Thabrany, 2003).

Sementara itu, di dalam pelayanan kesehatan yang diakui dunia sebagai hak asasi sangat mempertimbangkan aspek *equity* (pemerataan). Aspek *equity* sangat terkait dengan golongan ekonomi lemah atau distribusi pendapatan golongan ekonomi lemah. Aspek *equity* menjadi pertimbangan mutlak karena adanya informasi asimetri, hak asasi, dan kemanusiaan (*humanity*). Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan dari perspektif sebagai hak asasi manusia, umumnya pembiayaannya diserahkan kepada sektor publik, yang bersifat sosial atau nirlaba, di mana pembiayaannya terdiri dari dua pilihan utama yaitu pembiayaan dari penerimaan pajak (*general tax revenue*) seperti yang dilakukan Inggris dan pembiayaan melalui asuransi sosial seperti yang dilakukan Kanada, Taiwan, Jepang dan Jerman (Thabrany, 2003).

2.2. Asuransi Kesehatan Sosial

Asuransi Kesehatan Sosial adalah asuransi yang diselenggarakan atau diatur oleh pemerintah yang melindungi golongan ekonomi lemah dan menjamin keadilan yang merata (*equity*). Untuk mencapai tujuan tersebut, maka suatu asuransi sosial haruslah didasari pada suatu undang-undang dengan pembayaran premi dan paket jaminan yang memungkinkan terjadinya pemerataan. Dalam penyelenggaraannya, pada asuransi sosial mempunyai ciri (a) kepesertaan wajib bagi sekelompok atau seluruh penduduk, (b) besaran premi ditetapkan oleh undang-undang, umumnya proporsional terhadap pendapatan/gaji, dan (c) pakatnya ditetapkan sama untuk semua golongan pendapatan, yang biasanya sesuai dengan kebutuhan medis (Thabrany, 1999).

Sebagian besar sistem jaminan kesehatan negara maju (seperti *Medicaid* di Amerika, *NHS—National Health Service* di Inggris, dan *Medicare* di Australia) sangat bergantung pada keuangan yang didanai pajak, sehingga pembiayaan AKS ini biasanya terkoneksi dengan sistem perpajakan (khususnya pajak penghasilan), walaupun ada juga beberapa negara yang mengaturnya secara terpisah. Oleh karena itu, kebijakan asuransi jaminan kesehatan memiliki keterkaitan yang erat juga dengan kebijakan pada sektor ketenagakerjaan dan fiskal. Sebaliknya, sebagian besar negara berkembang membiayai pengeluaran perawatan kesehatan masyarakat mereka dari sumber daya publik (pajak) yang sedikit sehingga ada beban yang tidak adil bagi orang miskin. Meskipun ada upaya untuk memberikan subsidi kepada orang miskin, seringkali ini gagal. Hal ini dapat dimengerti karena sebagian besar negara berkembang tidak memiliki pendapatan yang cukup dari perpajakan umum (Setiyono, 2018).

Menurut Thabrany (1999) keunggulan dari penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Sosial memiliki keunggulan: (1) Tidak terjadi seleksi bias. Seleksi bias, khususnya *adverse selection*, merupakan keadaan yang paling merugikan pihak asuradur. Pada anti seleksi terjadi keadaan di mana orang-orang yang risiko tinggi atau di bawah standar saja yang menjadi atau terus melanjutkan kepesertaan. Hal ini terjadi pada asuransi yang sifatnya sukarela/komersial; (2) Redistribusi/subsidi silang luas (*equity egaliter*); (3) *Pool* besar. Asuransi sosial memungkinkan terjadinya *pool* yang sangat besar, sehingga prediksi biaya misalnya dapat lebih akurat. Oleh karenanya, kemungkinan lembaga asuransi sosial bangkrut adalah jauh lebih kecil dibandingkan dengan lembaga asuransi komersial; (4) Menyumbang pertumbuhan ekonomi dengan penempatan dana premi/iuran dan dana cadangan pada portofolio investasi seperti obligasi, deposito, maupun saham; (5) Administrasi sederhana dan murah; (6) Pengaturan tarif fasilitas kesehatan lebih seragam; (7) Memungkinkan pengendalian biaya dengan *buying power*; Memungkinkan peningkatan dan pemerataan pendapatan dokter/fasilitas kesehatan; (8) Memungkinkan semua penduduk tercakup (*Universal Health Coverage*).

Namun di sisi lain, Asuransi Kesehatan Nasional memiliki kelemahan: (1) Pilihan terbatas. Karena asuransi sosial mewajibkan penduduk dan pengelolanya yang merupakan suatu badan pemerintah atau kuasa pemerintah, maka masyarakat tidak memiliki pilihan asuradur; (2) Manajemen kurang kreatif/responsif; (3) Pelayanan seragam; (4) Penolakan fasilitas kesehatan. Pada umumnya fasilitas kesehatan lebih senang melayani orang yang membayar langsung dengan tarif yang ditentukannya sendiri (Thabrany, 1999).

2.3. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Indonesia

Asuransi kesehatan sosial di Indonesia sesungguhnya sudah dirintis sejak tahun 1968 melalui PT Askes, PT Asabri, dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, tentara, polisi, veteran, dan pegawai swasta (Setiyono, 2018). Akan tetapi cakupan layanan mereka masih sangat terbatas. Sehingga pada masa awal reformasi, muncul gagasan penyediaan jaminan layanan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di tingkat pusat dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di tingkat daerah. Walaupun demikian, program dan skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi dalam berbagai macam instansi yang tidak terkoneksi satu sama lain. Besaran biaya asuransi kesehatan, standar mutu pelayanan, dan cakupan subsidi pembayaran menjadi sangat bervariasi dan sulit terkendali (Setiyono, 2018).

Baru pada tahun 2014, dalam rangka pelaksanaan jaminan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia dalam bidang kesehatan, pemerintah melakukan transformasi terhadap PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan. Kehadiran UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) membuat pemerintah harus membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan hal tersebut diwujudkan melalui pengesahan UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, di mana PT Askes (Persero) Persero resmi dibubarkan tanpa likuidasi dan menjadi BPJS Kesehatan Per 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan ini kemudian menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia, seperti yang tercantum dalam UU No. 24 tahun 2011 yang menyebutkan bahwa Jaminan Sosial Nasional dikelola oleh BPJS, untuk Jaminan Kesehatan Nasional secara khusus diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan (Humas BPJS, 2013)

Pelaksanaan program JKN yang dimulai pada tanggal 1 Januari tahun 2014 telah memberikan andil yang cukup besar terhadap reformasi sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan di Indonesia. Untuk mendapatkan jaminan tersebut, besaran iuran yang harus dibayar relatif kecil. Untuk masyarakat tidak mampu, iuran dibayar oleh pemerintah. Untuk kelompok pekerja, iuran dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja itu sendiri. Sementara untuk sektor informal bisa mendaftar secara mandiri dengan pilihan kelas sesuai kemampuan.

2.4. Tantangan Likuiditas

Sejak pertama kali beroperasi, DJS Kesehatan menghadapi tantangan yang cukup serius, yaitu masalah likuiditas atau defisit pendanaan. Penting untuk dicatat bahwa yang mengalami defisit adalah DJS Kesehatan, bukan BPJS Kesehatan sebagaimana yang sering dipersepsikan masyarakat selama ini. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan, BPJS Kesehatan mengelola aset Jaminan Sosial Kesehatan yang terdiri atas dua aset, yaitu aset BPJS Kesehatan dan aset Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan (dana wali amanat/*trusts*).



Sumber: Laporan Keuangan BPJS Kesehatan (Proyeksi berdasarkan realisasi s.d Nov 2018)

Gambar 1. Perkembangan Defisit DJS Kesehatan 2014 s.d 2018 (triliun Rupiah)

Sumber aset BPJS Kesehatan terdiri dari modal awal dari Pemerintah yang merupakan kekayaan negara yang dipisahkan dan tidak terbagi atas saham, hasil pengalihan aset BUMN yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (PT. Askes dan PT. Jamsostek), hasil pengembangan aset BPJS Kesehatan, dana operasional yang diambil dari Dana Jaminan Sosial Kesehatan, dan sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sementara itu, aset DJS Kesehatan merupakan dana wali amanat (*trusts*) yang sumber utamanya berasal dari iuran yang dibayarkan oleh seluruh peserta. Adapun biaya manfaat yang harus dikeluarkan untuk membayar kapitasi puskesmas dan klaim rumah sakit diambil dari DJS Kesehatan tersebut. Namun, karena biaya manfaat yang dikeluarkan tidak sebanding dengan iuran yang diterima, maka DJS Kesehatan mengalami defisit atau sering disebut dengan ketidaksesuaian (*mismatch*).

Besarnya biaya manfaat yang harus dibayar dibanding iuran yang diterima oleh BPJS Kesehatan (*mismatch*) tersebut terutama disebabkan oleh:

- a. Struktur iuran yang ditetapkan pemerintah berada di bawah hitungan aktuarial. Pada tahun 2015, DJSN sudah mengusulkan besaran iuran yang ideal bagi peserta JKN per kelas pelayanan yang disusun berdasarkan pendekatan aktuarial. Namun dengan beberapa pertimbangan politis dan ekonomis, Pemerintah menetapkan besaran iuran di bawah hitungan ideal aktuarial (Abdillah, 2017). Program DJS Kesehatan berada dalam kondisi financial *distress* kategori *economic failure*, yaitu merupakan suatu keadaan ekonomi dimana pendapatan yang ada tidak dapat menutup total beban (biaya) (Mas'udin, 2017). Iuran yang diterima pada tahun 2015 rata-rata hanya mencapai Rp27.000 per orang per bulan (POP) sementara klaim yang harus dibayar rata-rata mencapai Rp33.000 POP. Berdasarkan angka tersebut, terjadi defisit Rp. 6.000 POP.
- b. Dalam tahun-tahun pertama pelaksanaan JKN-KIS, hal yang menggembirakan sekaligus menjadi permasalahan bagi BPJS Kesehatan adalah tingginya animo masyarakat untuk bergabung menjadi peserta BPJS Kesehatan. Kelompok masyarakat yang antusias dimaksud adalah kelompok masyarakat sektor informal atau segmen peserta bukan penerima upah (PBP) namun dalam kondisi sakit (*adverse selection*). Sampai dengan 31 Desember 2015, jumlah peserta program JKN-KIS mencapai 156,79 juta jiwa. Dari jumlah tersebut, sebanyak

9,54 persen (14,96 juta jiwa) yang mendaftar dalam kondisi sakit berat (*adverse event*) yang ditengarai menjadi penyebab utama membengkaknya defisit DJS Kesehatan. Peserta-peserta tersebut memberikan kontribusi premi sebesar Rp4,68 triliun (8,86 persen dari total iuran), namun menyerap beban pelayanan kesehatan sebesar Rp16,68 triliun (29,22 persen dari total beban pelayanan kesehatan dengan rasio klaim 356,75 persen dari pendapatan iuran PBPU (Humas BPJS Kesehatan, 2016). Pada satu sisi, hal ini menunjukkan bahwa keberadaan BPJS Kesehatan langsung dirasakan manfaatnya oleh masyarakat, namun pada sisi lain kondisi ini juga menjadi ancaman terhadap kesinambungan program pada masa yang akan datang.

- c. Selain mendaftar dalam keadaan sakit, peserta informal juga menjadi kelompok yang tidak patuh dalam membayar iuran. Hal ini disebabkan karena kelompok informal pada umumnya adalah kelompok menengah yang tidak tergolong sebagai masyarakat miskin (tidak mendapat bantuan/subsidi pemerintah) tetapi juga rentan menjadi miskin. Selain itu peserta kerap kurang memiliki kesadaran akan konsep asuransi sosial, di mana iuran yang dibayarkan untuk membantu masyarakat yang lain. Pada tahun 2014, jumlah peserta informal yang terdaftar mencapai 9,05 juta jiwa, namun yang aktif membayar iuran hanya sebanyak 8,2 juta jiwa. Tahun 2017, jumlah peserta informal yang terdaftar mencapai 25,39 juta jiwa, namun yang aktif membayar iuran hanya sebanyak 13,79 juta jiwa atau 45,7 persen peserta informal yang menunggak (BPJS Kesehatan, 2016).
- d. Beban pembiayaan terbesar salah satunya berasal dari penyakit katastrofik. Hal tersebut disebabkan belum ada ketentuan yang mengatur pembatasan manfaat kesehatan yang diterima oleh peserta, dalam hal ini sepanjang layanan medis dibutuhkan maka BPJS Kesehatan wajib membayar (kecuali kosmetik). Pada tahun 2017, total biaya katastrofik mencapai Rp14,9 triliun, dimana 51 persen untuk membiayai penyakit jantung, 17 % untuk penyakit kanker, 12 persen untuk gagal ginjal, dan 12 % untuk storke (BPK, 2017).

2.5. Upaya Penanganan Defisit DJS Kesehatan

Dalam rangka mendukung keberlangsungan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dukungan pemerintah terus meningkat melalui; (i) pembayaran iuran JKN kelompok Pekerja Penerima Upah Pemerintah (PNS, TNI, Polri), (ii) pembayaran iuran kelompok masyarakat miskin (Penerima Bantuan Iuran/PBI), dan (iii) memberikan bantuan atau suntikan dana untuk menutup defisit DJS Kesehatan.



Sumber: Kementerian Keuangan

Gambar 2. Dukungan Pemerintah untuk Mendukung Pelaksanaan Program JKN (triliun rupiah)

Dalam rangka menyetatkan keuangan DJS Kesehatan yang mengalami defisit dalam dua tahun perjalanannya, pada tahun 2016 pemerintah menerbitkan perubahan kedua dan ketiga atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, yang dituangkan dalam Perpres Nomor 19 dan 28 Tahun 2016. Dalam perubahan kedua dan ketiga tersebut, antara lain mengatur perubahan besaran iuran. Namun, penyesuaian besaran iuran yang dilakukan di tahun 2016 nampaknya tidak dapat secara langsung memecahkan persoalan defisit yang dialami DJS Kesehatan. hal tersebut disebabkan karena penyesuaian besaran iuran tahun 2016 tidak murni mengacu pada hasil perhitungan aktuarial, melainkan pada kemampuan masyarakat membeli iuran JK-SJSN khususnya segmen PBPU.

Sampai dengan tahun 2018, pemerintah tetap pada keputusan tidak menaikkan iuran JKN. Dampaknya, pemerintah harus mencari opsi lain untuk menutup defisit DJS Kesehatan. Setelah melalui diskusi yang panjang antar Kementerian Menko PMK, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan dan BPJS Kesehatan, serta pihak-pihak terkait, diputuskan kebijakan-kebijakan yang harus dilakukan baik oleh Pemerintah maupun BPJS Kesehatan yang dituangkan dalam delapan bauran kebijakan.

- a. Peningkatan peran pemerintah daerah melalui kewajiban penggunaan pajak rokok dan *intercept* DAU bagi pemda yang memiliki tunggakan JKN.
- b. Efisiensi dana operasional BPJS Kesehatan dengan menerbitkan PMK 209 Tahun 2017 tentang Besaran Persentase Dana Operasional.
- c. Peningkatan efisiensi dan efektifitas layanan kesehatan dengan Menerbitkan peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018: Perbaikan manajemen klaim fasilitas kesehatan, Perbaikan sistem rujukan dan rujuk balik, Pelaksanaan *strategic purchasing*.
- d. Sinergitas dengan penyelenggara Jaminan Sosial lainnya seperti BPJS Ketenagakerjaan, PT Jasa Raharja, PT Taspen, dan PT Asabri. Dasar hukum dari kebijakan ini sedang dalam proses finalisasi.
- e. Percepatan pencairan dana iuran PBI dengan menerbitkan PMK Nomor 10 Tahun 2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran.
- f. Bantuan Pemerintah untuk penanganan defisit DJS Kesehatan dengan menerbitkan PMK 113 Tahun 2018 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Cadangan Program JKN.

2.6. Peningkatan Kontribusi Pemerintah Daerah Terhadap Pelaksanaan JKN

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Pasal 43, terdapat peluang untuk mendapatkan dana DJS Kesehatan dari sumber lain yang sah. Dalam Pasal tersebut, diatur bahwa aset DJS Kesehatan bersumber dari iuran jaminan sosial termasuk bantuan iuran, hasil pengembangan Dana Jaminan Sosial, hasil pengembangan aset program jaminan sosial yang menjadi hak peserta dari BUMN yang menjalankan program Jaminan Kesehatan, dan sumber lain yang sah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2.6.1. Pajak Rokok

Dalam Undang-undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Undang-

undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai, diatur bahwa cukai adalah pungutan negara yang dikenakan terhadap barang-barang tertentu yang mempunyai sifat atau karakteristik: konsumsinya perlu dikendalikan, peredarannya perlu diawasi, pemakaiannya dapat menimbulkan dampak negatif bagi masyarakat atau lingkungan hidup, atau pemakaiannya perlu pembebanan pungutan negara demi keadilan dan keseimbangan. Di Indonesia, cukai hanya dikenakan terhadap tiga produk yaitu etil alkohol atau etanol, minuman yang mengandung etil alkohol dalam kadar beberapapun, dan hasil tembakau yang meliputi sigaret, cerutu, rokok daun, tembakau iris, dan hasil pengolahan tembakau lainnya. Selain digunakan untuk mengendalikan konsumsi dan mengawasi peredarannya, pengenaan cukai kepada barang kena cukai tersebut juga diharapkan dapat mengurangi atau bahkan menghentikan konsumsi masyarakat terhadap produk tersebut.

Cukai pemerintah terutama cukai rokok terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Hal ini disebabkan karena kenaikan tarif cukai itu sendiri dan produksi rokok yang naik sangat tinggi. Pada Tahun 2010, penerimaan cukai dari tembakau hanya mencapai Rp63 T, dan pada tahun 2017 mengalami kenaikan lebih dari dua kali lipatnya menjadi Rp147,7 T. Penerimaan cukai tembakau sebagian besar dipergunakan oleh pemerintah untuk membiayai berbagai kegiatan pembangunan. Dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 diatur bahwa penerimaan cukai tembakau digunakan oleh Pemerintah Pusat sebesar 98 persen dan dibagikan kepada pemerintah daerah sebesar 2 persen.

Sejak tahun 2014, pemerintah daerah juga menerima pajak rokok sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (PDRD). Berdasarkan UU tersebut semua provinsi dan kabupaten/kota di Indonesia menerima pajak rokok sesuai dengan proporsi jumlah penduduk. Meskipun merupakan pajak rokok provinsi, namun pemungutan pajak rokok ini dilakukan oleh bea cukai kepada pabrik rokok bersamaan dengan saat pabrik rokok mengajukan pembayaran cukai rokok. Tarif pajak rokok adalah 10 persen dari cukai rokok pada tahun berjalan. Jadi, jika dalam satu bungkus rokok harganya Rp20.000 yang didalamnya sudah termasuk cukai, misalnya tarif cukai Rp10.000, maka rokok tersebut akan dikenakan pajak rokok sebesar Rp1000 ($10\% \times Rp10.000$). Jadi harga jual per batang menjadi Rp21.000.

Dalam UU PDRD, paling sedikit 50% pajak rokok digunakan untuk pelayanan kesehatan dan penegakan hukum, sisanya bisa dipakai untuk keperluan pembangunan yang lainnya. Mekanisme transfer pajak rokok ke provinsi adalah realisasi penerimaan pajak rokok yang masuk di Kas Negara akan disetor/ditransfer ke Provinsi secara triwulanan melalui rekening umum daerah sesuai proporsi pembagian yang dihitung berdasarkan persentase penduduk provinsi terhadap penduduk nasional. Provinsi wajib membagi pajak rokok yang diterima kepada seluruh kabupaten/kota sebesar 70% dari total penerimaan pajak rokok tahun berjalan. Mekanisme pembagian didasarkan pada Peraturan Daerah (Perda) di masing-masing provinsi.

Untuk memberikan panduan bagi daerah dalam menggunakan pajak rokok dalam bidang kesehatan, Kementerian Kesehatan melalui Permenkes No. 40 tahun 2016 mengeluarkan "Petunjuk Teknis Penggunaan Pajak Rokok untuk Pendanaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat". Menurut Juknis tersebut pemerintah daerah dapat menggunakan pajak rokok tersebut untuk kegiatan sebagai berikut: a. penurunan faktor risiko penyakit tidak

menular, b. penurunan faktor risiko penyakit menular termasuk imunisasi, c. peningkatan promosi kesehatan, d. peningkatan kesehatan keluarga, e. peningkatan gizi, f. peningkatan kesehatan lingkungan, g. peningkatan kesehatan kerja dan olah raga, h. peningkatan pengendalian konsumsi rokok dan produk tembakau lainnya, dan i. pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Berdasarkan aturan tersebut di atas, terbuka jalan bagi pemerintah untuk menggunakan pajak rokok sebagai sumber penerimaan DJS Kesehatan lainnya sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 43 Ayat (1) huruf d Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Sebagai bentuk dukungan terhadap pelaksanaan program Jaminan Kesehatan, pemerintah menerbitkan dua Peraturan Menteri Keuangan, yaitu:

- a. PMK Nomor 222 tahun 2017 tentang Penggunaan, Pemantauan, dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau. Dalam PMK ini diatur bahwa DBH CHT diprioritaskan untuk mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional paling sedikit 50 persen dari alokasi DBH CHT yang diterima tiap daerah. Namun demikian, kebijakan penggunaan DBH CHT diutamakan untuk mendukung *supply side* (pembangunan infrastruktur fisik dan SDM).
- b. PMK Nomor 128 Tahun 2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan. Dalam upaya mengatasi defisit DJS Kesehatan, pemerintah mengeluarkan Kebijakan untuk meningkatkan kontribusi pemda dalam mendukung pelaksanaan program JKN melalui pemotongan pajak rokok. Kebijakan ini khusus untuk mendukung sisi permintaan (*demand side*) dengan memperkuat pendapatan BPJS Kesehatan. Mekanisme pemotongan Pajak Rokok untuk disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - i. apabila anggaran kontribusi Jaminan Kesehatan pemerintah provinsi/kabupaten/kota yang tercantum dalam kompilasi berita acara yang diserahkan oleh pemerintah provinsi, sebesar 37,5% atau lebih, tidak dilakukan pemotongan Pajak Rokok;
 - ii. apabila anggaran kontribusi Jaminan Kesehatan pemerintah provinsi/kabupaten/kota yang tercantum dalam kompilasi berita acara yang diserahkan oleh pemerintah provinsi, kurang dari 37,5%, pemotongan Pajak Rokok dilakukan sebesar selisih kurang dari 37,5%; atau
 - iii. apabila pemerintah provinsi tidak menyampaikan kompilasi berita acara kesepakatan dikenakan pemotongan Pajak Rokok sebesar 37,5%.

2.6.2. Intercept Tunggakan Iuran Pemda

Latar belakang dari pemotongan DAU atas tunggakan iuran BPJS Kesehatan adalah terdapat tunggakan pembayaran iuran jaminan kesehatan dari pemda dari tahun 2004 s.d 2017 yang jumlahnya diperkirakan mencapai Rp1,3 T. Di sisi lain BPJS mengalami kesulitan untuk melakukan penagihan ke Pemda. Berdasarkan ketentuan Pasal 107 ayat (1) huruf e dan ayat (1A) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 50/PMK.07 /2017 tentang Pengelolaan Transfer ke Daerah dan Dana Desa sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 112/PMK.07 /2017 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 50/PMK.07/2017 tentang Pengelolaan Transfer ke Daerah dan Dana Desa, pemotongan penyaluran Transfer ke Daerah dapat dilakukan dalam hal terdapat daerah selaku pemberi kerja tidak dan/atau kurang membayar iuran jaminan kesehatan, yang tata cara pemotongannya diatur dengan Peraturan Menteri Keuangan. Oleh karena itu, untuk

mempermudah proses penagihan kepada pemda, Kementerian Keuangan mengeluarkan Peraturan Menteri Keuangan Peraturan Menteri Keuangan 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.

Dalam PMK Nomor 138 Tahun 2018 diatur penentuan besaran tunggakan dilakukan melalui rekonsiliasi oleh pemerintah daerah dengan BPJS Kesehatan dan disepakati berdasarkan bukti-bukti yang dimiliki oleh masing-masing pihak. Tunggakan merupakan tunggakan yang telah melampaui lebih dari satu tahun. Apabila terdapat pemda yang tidak bersedia melakukan rekonsiliasi dan/atau tidak menyetujui sebagian atau seluruh jumlah Tunggakan, BPJS Kesehatan dapat meminta Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan untuk melakukan audit atas besaran tunggakan pemerintah daerah.

3. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Studi ini menggunakan metode deskriptif komparatif dengan pendekatan kuantitatif. Metode analisis deskriptif merupakan suatu metode yang berkaitan dengan pengumpulan dan penyajian suatu kumpulan data hingga dapat memberikan informasi yang berguna (Walpole, 1995). Penelitian komparatif adalah penelitian yang membandingkan keberadaan satu variabel atau lebih sampel yang berbeda, atau pada waktu yang berbeda (Sugiyono, 2006). Pendekatan kuantitatif dipakai untuk menguji suatu teori, untuk menyajikan suatu fakta atau mendeskripsikan statistik, untuk menunjukkan hubungan antar variabel, dan ada juga yang bersifat mengembangkan konsep, mengembangkan pemahaman atau mendeskripsikan banyak hal (Subana dan Sudrajat, 2005).

3.2. Objek Penelitian

Objek dari penelitian ini adalah target dan realisasi pajak rokok dan potongan (*intercept*) DAU yang diterima oleh BPJS Kesehatan untuk mengurangi beban defisit DJS Kesehatan tahun 2018.

3.3. Data

Studi ini menggunakan data sekunder berjenis kuantitatif berupa (i) data target dan realisasi pajak rokok tahun 2018 yang di- *earmark* untuk BPJS Kesehatan dan (ii) data target dan realisasi pemotongan (*intercept*) DAU bagi pemda yang menunggak iuran JKN.

3.4. Pengolahan Data dan Analisis

Pengolahan data dilakukan dengan cara membandingkan (komparasi) antara realisasi dari kebijakan penggunaan pajak rokok dan *intercept* DAU dengan target yang ditetapkan di awal. Analisis didasarkan pada literatur dan informasi yang diperoleh dari *focus group discussion* (FGD) dengan BPJS Kesehatan.

4. HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN

4.1. Kebijakan Penggunaan Pajak Rokok Untuk Program JKN

Penerimaan cukai dari hasil tembakau merupakan penerimaan cukai terbesar dibanding dengan penerimaan cukai dari barang kena cukai lainnya. Rata-rata penerimaan cukai hasil tembakau selama 5 tahun terakhir mencapai 96 persen dari total penerimaan cukai.

Tabel 1. Penerimaan Cukai dan Pajak Rokok 2014 s.d 2018 (Triliun Rupiah)

Uraian	2014	2015	2017	2017	2018
Cuka (Pusat)	112,5	139,5	138,0	147,7	148,2
Pajak Rokok (daerah)	11,3	14,0	13,8	14,8	14,8
Total Pungutan Cukai (Pusat dan daerah)	123,8	153,5	151,8	162,5	163,1

Sumber: Kementerian Keuangan

Dari pajak rokok tersebut, 30 persen merupakan bagian dari provinsi dan 70 persen merupakan bagian dari kabupaten kota. Penerimaan Pajak Rokok baik bagian provinsi maupun bagian kabupaten/kota dialokasikan (*earmarked*) paling sedikit 50 persen untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat dan penegakan hukum oleh aparat yang berwenang dan 50 persen untuk lain-lain.

Pada awal-awal pembahasan delapan bauran kebijakan penanganan defisit DJS Kesehatan, kebijakan penggunaan pajak rokok tersebut diperkirakan dapat menyumbang *fresh money* yang cukup besar. Dari 50 persen pajak rokok yang di- *earmark* untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat, 75 persen akan dialokasikan untuk mendukung pelaksanaan program JKN. Sehingga diperoleh prediksi awal, Pajak Rokok untk JKN tahun 2018 adalah sebesar Rp5,56 triliun

Angka tersebut merupakan angka yang cukup signifikan dan merupakan salah satu sumber utama pendanaan DJS Kesehatan dalam bauran kebijakan penanganan defisit DJS Kesehatan yang ditetapkan pemerintah.

4.1.1. Tantangan Pelaksanaan Kebijakan Pajak Rokok untuk Program JKN

Pada dasarnya sebagian besar pemda bersedia mengalokasikan pajak rokoknya untuk kesehatan atau mendukung program JKN, karena dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa besaran anggaran kesehatan pemerintah daerah dialokasikan minimal 10 persen dari APBD. Tahun 2017, dari 542 daerah provinsi, kabupaten, dan kota di seluruh Indonesia, daerah yang telah memenuhi kewajiban minimal 10 persen anggaran kesehatan baru 177 daerah.

Namun, berdasarkan informasi yang diperoleh dari Deputi Direksi Bidang Manajemen Iuran BPJS Kesehatan pada FGD yang dilaksanakan pada tanggal 28 November 2018 di Ruang Rapat Direktorat PAPBN Lantai 14 Dirjen Anggaran Kementerian Keuangan, reaksi penolakan muncul dari pemerintah daerah karena pajak rokok tersebut merupakan kontribusi yang sifatnya *on top* dari premi PBI APBD atau Jamkesda kepada BPJS Kesehatan. Kontribusi yang bersifat *on top* akan menambah beban anggaran pemda dan berdampak pada kegiatan atau alokasi belanja pemda yang bersifat prioritas. Yang dimaksud pajak rokok untuk program JKN oleh pemerintah daerah adalah dana pajak rokok digunakan untuk membayar premi peserta yang terdaftar pemda (PBI APBD) atau Jamkesda yang terintegrasi dengan program JKN, bukan dana tambahan diluar premi PBI APBD/Jamkesda.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah, pajak rokok merupakan jenis pajak provinsi yang penggunaannya merupakan wewenang dari pemerintah daerah. Oleh karenanya pemerintah menetapkan bahwa pemerintah daerah wajib mengalokasikan pajak rokoknya sebesar 75 persen dari 50

persen anggaran yang di-*earmark* untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat atau ekuivalen dengan 37,5 persen dari pajak rokok dimana didalamnya sudah termasuk premi PBI APBD/Jamkesda. Bagi pemerintah daerah yang Jamkesda-nya belum terintegrasi dengan Program JKN-KIS tetap diwajibkan mengalokasi 35,7 persen pajak rokoknya untuk program JKN. Dengan demikian, selisih kelebihan masih dimungkinkan apabila ada pemda yang mengalokasikan PBI APBD/Jamkesda lebih kecil dari 37,5 persen pajak rokok. Kebijakan ini diatur dalam PMK Nomor 128 Tahun 2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan.

4.1.2. PENGGUNAAN PAJAK ROKOK TAHUN 2018

Pemotongan Pajak Rokok untuk mendukung program Jaminan Kesehatan tahun 2018, sebagaimana sudah diatur dalam PMK Nomor 128 Tahun 2018, berlaku ketentuan sebagai berikut:

- a. pemotongan Pajak Rokok diberlakukan mulai periode penyetoran triwulan ketiga;
- b. pemotongan Pajak Rokok memperhitungkan Jaminan Kesehatan Daerah yang terintegrasi dengan BPJS Kesehatan termasuk memperhitungkan Jaminan Kesehatan Daerah yang belum terintegrasi sampai dengan Desember 2018;
- c. besaran pemotongan Pajak Rokok untuk triwulan ketiga sebesar 37,5% (tiga puluh tujuh koma lima persen) dari realisasi penyetoran Pajak Rokok;
- d. dalam hal terdapat selisih kurang Jaminan Kesehatan Daerah, selisih tersebut diperhitungkan pada saat pemotongan triwulan keempat; dan
- e. potongan Pajak Rokok untuk triwulan keempat dilakukan dengan memperhitungkan selisih sebagaimana dimaksud dalam huruf c, dan dilakukan setelah kompilasi berita acara kesepakatan dibuat sesuai dengan format sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri ini dan disampaikan kepada Menteri Keuangan c.q. Direktur Jenderal Perimbangan Keuangan paling lambat akhir bulan November

Dengan dasar hukum PMK tersebut di atas, sebanyak 34 provinsi sudah menandatangani Berita Acara dengan BPJS Kesehatan periode Juli s.d November 2018. Secara agregat, gap antara 37,5 persen pajak rokok dengan anggaran jamkesda ke 34 provinsi tersebut sebesar RpRp629,02 miliar. Sementara itu, pajak rokok yang telah dipotong oleh Kementerian Keuangan untuk triwulan III sebesar Rp1.364,5 miliar. Dengan demikian, terdapat kelebihan sebesar Rp735,5 miliar.

Tabel 2. Hasil Mapping Gap Pajak Rokok dengan Jamkesda Periode Triwulan III (Juli s.d November 2018) dalam juta Rupiah

Kepwil	Provinsi	Iuran Jamkesda (Juli sd Nov 2018)	Pajak Rokok (Juli sd Nov 2018)	Gap (selisih kurang)	Pajak Rokok Trw III/2018	Kelebihan (Kekurangan)
1	Aceh	231.460.201.000	46.047.374.018	-	28.132.430.050	28.132.430.050
2	Sumatera Utara	144.075.841.000	131.293.261.906	- 32.677.709.637	80.392.340.995	47.714.631.358
3	Jambi	14.214.394.000	31.001.830.886	- 18.019.720.642	18.940.425.103	920.704.461
4	Kepulauan Riau	21.295.663.776	16.740.003.908	- 5.301.858.925	10.227.227.915	4.925.368.990
5	Sumatera Barat	75.238.395.800	48.870.338.363	- 2.225.193.123	29.856.081.791	27.630.888.668
6	Bengkulu	12.343.226.000	17.533.272.884	- 8.370.190.703	10.711.871.925	2.341.681.222
7	Kep. Bangka Belitung	26.152.288.000	11.930.876.062	- 54.315.373	7.272.455.428	7.218.140.055
8	Sumatera Selatan	156.027.458.828	68.441.314.478	- 5.007.717.973	44.509.111.823	39.501.393.850
9	Banten	45.396.607.000	31.514.795.009	- 10.063.452.506	19.276.210.275	9.212.757.769
10	DKI Jakarta	620.697.159.000	91.106.057.278	-	56.418.557.278	56.418.557.278
11	Jawa Barat	657.338.223.110	389.807.545.447	- 70.946.577.433	240.434.710.182	169.488.132.749
12	D.I YOGYAKARTA	48.517.650.166	32.225.030.739	-	19.687.733.393	19.687.733.393
13	JAWA TENGAH	287.988.048.182	326.192.138.623	-107.064.168.171	194.975.850.060	87.911.681.889
14	Jawa Timur	278.504.379.870	364.332.245.924	-175.675.324.794	217.703.846.989	42.028.522.195
15	Kalimantan Selatan	35.719.831.247	35.291.237.901	- 17.861.889.211	21.457.391.039	3.595.501.828
16	Kalimantan Tengah	53.275.291.000	23.352.348.531	- 6.110.861.666	13.663.226.734	7.552.365.068
17	Kalimantan Timur	29.390.541.364	31.449.449.737	- 14.126.254.357	18.949.449.737	4.823.195.380
18	Provinsi Kalimantan Utara	12.201.270.000	5.541.059.710	- 103.905.381	3.416.562.830	3.312.657.449
19	Maluku	15.231.221.000	16.468.869.809	- 6.870.588.881	10.061.579.792	3.190.990.911
20	Sulawesi Barat	34.269.793.000	13.727.074.151	-	8.386.492.424	8.386.492.424
21	Sulawesi Selatan	263.602.236.400	84.753.648.544	- 549.398.876	51.988.555.067	51.439.156.191
22	Sulawesi Tenggara	36.404.555.500	23.001.548.685	- 2.284.083.583	14.039.564.246	11.755.480.663
23	Gorontalo	40.141.601.000	10.342.120.279	-	6.318.470.521	6.318.470.521
24	Maluku Utara	29.920.976.000	11.401.116.935	-	6.965.459.628	6.965.459.628
25	Sulawesi Tengah	38.564.321.457	25.721.869.134	- 8.964.767.096	15.721.869.134	6.757.102.038
26	Sulawesi Utara	52.374.472.000	24.128.873.960	- 8.941.837.705	14.260.905.210	5.319.067.505
27	Bali	105.281.142.997	37.800.700.951	- 1.349.340.881	23.094.163.305	21.744.822.424
28	NTB	50.714.331.087	50.062.296.046	- 16.461.500.264	28.484.303.330	12.022.803.066
29	NTT	55.971.904.710	29.815.869.644	- 6.093.766.865	18.162.351.899	12.068.585.034
30	Papua	102.627.933.602	27.933.374.166	- 6.101.251.738	10.622.876.652	4.521.624.914
31	Papua Barat	21.898.668.000	9.075.145.733	- 301.658.819	5.544.418.286	5.242.759.467
32	Banten	31.406.385.000	61.266.398.173	- 29.860.013.173	37.408.030.407	7.548.017.234
33	Kalimantan Barat	29.581.772.000	51.962.783.583	- 28.865.937.993	31.746.422.147	2.880.484.154
34	Lampung	59.985.552.000	68.441.352.305	- 38.769.003.320	45.661.596.339	6.892.593.019
Total		3.717.813.335.096	2.248.573.223.502	-629.022.289.088	1.364.492.541.934	735.470.252.847

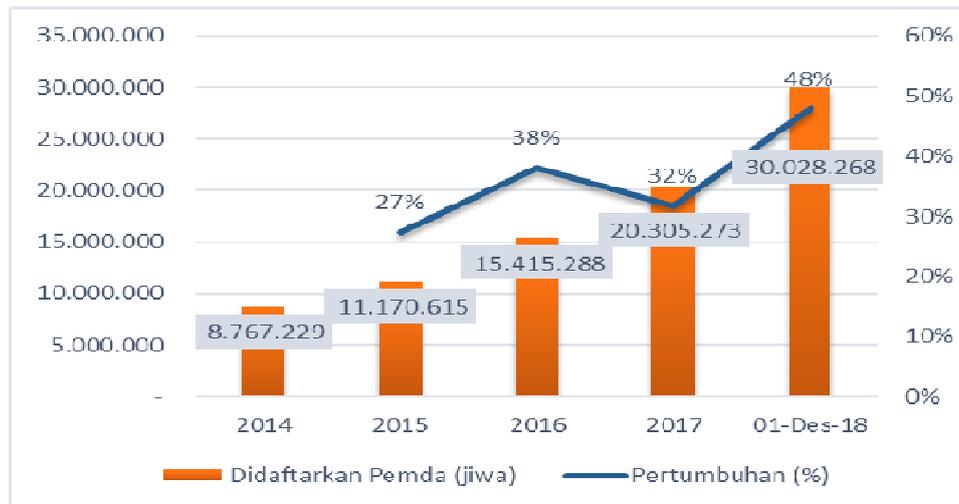
Sumber: BPJS Kesehatan

Bagi provinsi yang alokasi Jamkesda-nya lebih kecil dari 37,5 persen pajak rokok (selisih kurang), maka kekurangannya akan dipotong pada triwulan ke IV Tahun 2018. Sementara provinsi yang anggaran Jamkesda-nya lebih besar dari 37,5 persen pajak rokok (selisih lebih), akan diperhitungkan sebagai kompensasi tahun berikutnya (pembayaran tunggakan tahun 2018 dan iuran tahun 2019).

4.1.3. DAMPAK PENGGUNAAN PAJAK ROKOK TERHADAP PENANGANAN DEFISIT DJS KESEHATAN

Tambahan dana/*fresh money* (di luar iuran PBI APBD/jamkesda) dari kebijakan penggunaan pajak rokok berasal dari provinsi yang alokasi Jamkesda-nya masih di bawah 37,5 persen pajak rokoknya. Namun demikian, *fresh money* tersebut jauh di bawah rencana awal kebijakan pajak rokok dimana diperkirakan mencapai Rp5 triliun di tahun 2018. Hal ini dikarenakan pajak rokok tersebut memperhitungkan Jamkesda/PBI APBD masing-masing provinsi. Untuk tahun 2018, penggunaan pajak rokok baru dapat dilakukan di triwulan III karena menunggu Perpres dan aturan pelaksanaannya (Perpres Nomor 82 Tahun 2018 dan PMK Nomor 128 Tahun 2018) yang baru disahkan di akhir triwulan II. Dari rekonsiliasi yang dilakukan provinsi dan BPJS Kesehatan pada triwulan III, terdapat pemda yang anggaran iuran jamkesdanya lebih rendah dari kewajiban 37,5 persen, dengan total Rp629,02 miliar yang kemudian diperhitungkan sebagai kontribusi pemda terhadap program JKN. Sementara itu, terdapat juga pemda yang iuran Jamkesda-nya lebih besar dari kewajiban 37,5 persen, sehingga terjadi kelebihan potongan Rp735,5 miliar. Namun demikian, kompensasi dari

kelebihan dari pajak rokok tersebut dapat diperlakukan ke dalam beberapa bentuk yaitu menambah jumlah peserta PBI/Jamkesda, dikompensasikan dengan iuran Jamkesda Triwulan IV tahun 2018, diperhitungkan sebagai Jamkesda tahun 2019, Sebagai bantuan/hibah dari pemerintah daerah, atau dikembalikan ke pemda. Dengan demikian, kebijakan penggunaan pajak rokok tidak memiliki dampak yang signifikan dalam menutup defisit DJS Kesehatan. Di samping karena memperhitungkan iuran Jamkesda, kelebihan dari pajak rokok tersebut dapat dijadikan kompensasi pembayaran iuran bulan atau tahun berikutnya dan juga menambah peserta Jamkesda.



Sumber: BPJS Kesehatan

Gambar 3. Perkembangan Peserta yang Didaftarkan Pemda 2014 s.d 2018

Namun demikian, berdasarkan hasil FGD dengan Deputi Direksi Bidang Manajemen Iuran BPJS Kesehatan pada FGD yang dilaksanakan pada tanggal 28 November 2018 di Ruang Rapat Direktorat PAPBN Lantai 14 Dirjen Anggaran Kementerian Keuangan, diperoleh informasi bahwa kebijakan penggunaan pajak rokok berpotensi memberikan dampak lain yaitu:

- Membuat pemda menjadi lebih disiplin dalam membayar iuran Jamkesda-nya, sehingga tunggakan iuran sebagaimana yang terjadi sebelumnya dapat dihindari.
- Menambah jumlah peserta PBI/Jamkesda. Pemda yang alokasi Jamkesda-nya di bawah 37,5 persen, diperkirakan akan menambah jumlah peserta Jamkesda-nya hingga mencapai 37,5 persen dari pajak rokoknya. Sementara pemda yang Jamkesda-nya belum terintegrasi dengan BPJS Kesehatan, diperkirakan akan segera melakukan integrasi, karena pemotongan 37,5 persen pajak rokok diberlakukan kepada seluruh pemda baik yang Jamkesda-nya terintegrasi dengan BPJS Kesehatan maupun yang tidak. Peningkatan peserta yang didaftarkan pemda (PBI APBD/Jamkesda) tersebut sudah dapat terlihat di tahun 2018. Pertumbuhan peserta Jamkesda dari tahun 2017 ke 1 Desember 2018 mencapai 48 persen, sementara di tahun-tahun sebelumnya hanya sekitar 32 persen (Grafik 4.1).

4.2 *Intercept* Tunggakan Iuran Pemda

Berdasarkan data awal yang dicatat BPJS Kesehatan, terdapat 242 daerah yang memiliki tunggakan dengan jumlah tunggakan sebesar Rp751,74 miliar. Setelah melakukan

rekonsiliasi dengan pemda, daerah yang menunggak tersisa 127 daerah dengan jumlah tunggakan Rp593,27 miliar. Selisih data tunggakan BPJS dengan hasil kesepatan dengan pemda tersebut disebabkan belum tuntasnya proses rekonsiliasi antara BPJS dan Pemda. Selanjutnya, berdasarkan hasil kesepakatan dengan pemda tersebut, BPJS Kesehatan kemudian mengajukan surat permintaan pemotongan DAU dan/atau DBH sebagai penyelesaian tunggakan kepada Direktur Jenderal Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan. Nilai penyelesaian tunggakan yang diajukan BPJS Kesehatan sebesar Rp578,45 miliar terhadap 45 daerah. Selisih Hasil Kesepakatan Pemda dengan Pengajuan BPJS ke DJPK disebabkan belum lengkapnya dokumen sesuai PMK 183/2017.

Atas usulan pemotongan BPJS Kesehatan tersebut, DJPK melakukan verifikasi dan menetapkan jumlah tunggakan yang akan dipotong sebesar Rp527,35 miliar terhadap 42 daerah. Selisih Pengajuan BPJS ke DJPK dengan Hasil Verifikasi DJPK disebabkan belum sesuai kriteria penagihan dengan PMK 183/2017, antara lain umur tunggakan belum melebihi satu tahun.

Pemotongan DAU pemda yang menunggak tersebut dilakukan dalam dua tahap. Pemotongan tahap pertama dilakukan di tahun 2018 sebesar Rp264,00 miliar dan tahap kedua akan dilakukan di tahun 2019 sebesar Rp263,35 miliar.

Tabel 3. Jumlah Tunggakan Hasil Rekonsiliasi BPJS Kesehatan dengan Pemda dan Persetujuan Pemotongan oleh Kementerian Keuangan

No.	Pemda	Jumlah Tunggakan	Tanggal Tanda Tangan BA	Persetujuan Pemotongan
1	2	3	4	5
A.	Pengusulan Pemotongan Tahap I, 14 Februari 2018			
1	Kab Biruen	37.473.367.562	22-Des-17	37.473.367.562
2	Kab Aceh Utara	13.482.301.154	15-Jan-18	11.275.698.228
3	Kab Simalungun	53.013.294.746	11-Jan-18	53.013.294.746
4	Kab Majalengka	112.425.733.740	18-Jan-18	112.425.733.740
5	Kab Sumedang	74.369.072.883	25-Jan-18	74.369.072.883
6	Kab Bangkalan	30.751.787.240	18-Des-18	30.751.787.240
7	Kab Pidie Jaya	188.733.475	08-Jan-18	-
	Sub Total A	321.704.290.800		319.308.954.399
B.	Pengusulan Pemotongan Tahap II, 28 Februari 2018			
1	Kab Kuningan	89.006.096.070	13-Feb-18	89.006.096.070
2	Kab Ciamis	42.523.649.397	09-Feb-18	26.445.479.588
3	Kab Aceh Selatan	13.617.433.415	01-Feb-18	13.617.433.415
4	Kab Nagan Raya	13.380.928.910	14-Feb-18	13.380.928.910
5	Kab Nias Utara	498.490.892	30-Jan-18	498.490.892
6	Kab Aceh Singkil	773.256.373	13-Feb-18	773.256.373
7	Kab Alor	281.905.855	16-Jan-18	281.905.855
8	Kab Bima	9.531.574.497	19-Jan-18	4.531.574.497
9	Kab Ponorogo	5.002.647.189	15-Feb-18	5.002.647.189
	Sub Total B	174.615.982.598	388.216	153.537.812.789
C.	Pengusulan Pemotongan Tahap III, 8 Mei 2018			
1	Prop. Kep Babel	238.043.191	02-Feb-18	238.043.191
2	Kab Pandeglang	725.963.945	26-Feb-18	725.963.945
3	Kota Cilegon	653.292.037	01-Mar-18	653.292.037
4	Kab Lombok Timur	27.621.975.599	20-Feb-18	
5	Kab Maros	11.024.586.173	08-Mar-18	11.024.586.173
6	Kab Dompu	990.112.390	21-Mar-18	990.112.390
7	Kab Kudus	654.182.228	09-Mar-18	654.182.228
8	Kab Nias Selatan	236.206.464	14-Mar-18	236.206.464
9	Kab Nias Barat	528.641.583	21-Feb-18	528.641.583
10	Kab Aceh Timur	132.307.413	29-Mar-18	132.307.413
11	Kab Nias	1.447.844.470	14-Feb-18	1.444.217.834
12	Kab Tapanuli Selatan	2.108.448.330	03-Apr-18	2.108.448.330
	Sub Total C	46.361.603.823		18.736.001.588
D.	Pengusulan Pemotongan Tahap IV, 15 Mei 2018			
1	Kota Padang Sidempuan	546.210.823	17-Apr-18	546.210.823
2	Kab Padang Lawas Utara	14.040.985	25-Apr-18	14.040.985
3	Kab Pidie	28.406.677.320	26-Apr-18	28.406.677.320
4	Kab Kapuas	211.259.785	28-Mar-18	211.259.785
5	Kab Paser	87.340.037	09-Mar-18	87.340.037
6	Kab Siak	29.748.548	14-Mar-18	29.748.548
7	Kab Manokwari	3.482.322.370	21-Feb-18	3.482.322.370
8	Kab Mimika	404.237.300	29-Mar-18	404.237.300
9	Kab Boven Digoel	1.239.229.400	14-Feb-18	1.236.514.246
10	Kab Subang	173.962.375	03-Apr-18	173.962.375
11	Kab Blora	71.652.969	09-Mar-18	71.652.969
12	Kota Kupang	179.839.459	14-Mar-18	179.839.459
13	Kab Jepara	22.275.313	21-Feb-18	22.275.313
14	Prop Bengkulu	560.686.581	29-Mar-18	560.686.581
15	Kab MukoMuko	309.188.377	14-Feb-18	309.188.377
16	Bengkulu Tengah	33.473.473	03-Apr-18	33.473.473
	Sub Total D	35.772.145.115		35.769.429.961
	Total A+B+C+D	578.454.022.336		527.352.198.737

Sumber: BPJS Kesehatan

4.2.1 Dampak Pemotongan DAU Terhadap Penanganan Defisit DJS Kesehatan

Pemotongan DAU bagi pemda yang menunggak iuran memberikan tambahan dana kepada BPJS Kesehatan sebesar Rp246.002 juta di tahun 2018 dan 263.350 juta di tahun 2019. Berdasarkan data awal BPJS Kesehatan, tunggakan pemda mencapai Rp751.741 juta mulai dari tahun 2004 s.d 2017. Namun setelah melalui rekonsiliasi, tunggakan yang dapat diselesaikan hanya mencapai Rp527.352 juta. Salah satu tantangan utama yang dihadapi dalam pelaksanaan kebijakan ini adalah sulitnya memperoleh data rincian perhitungan tunggakan pemerintah daerah dari periode PT Askes (Persero) khususnya untuk tahun 2004 s.d 2007, bahkan setelah berkoordinasi dengan KPPN dan SITP Kementerian Keuangan. Selain dampak finansial, dampak utama dari kebijakan pemotongan DAU adalah meningkatkan kepatuhan pemda dalam membayar iuran JKNnya. Setelah kebijakan ini diterapkan, sebagian besar pemda semakin patuh dalam membayar iuran. Peningkatan kepatuhan ini juga didukung oleh kewajiban mengalokasikan pajak rokok sebesar 37,5 persen untuk mendukung program JKN.

5. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1. KESIMPULAN

Dari uraian dan analisis yang disajikan di atas, dampak dari kebijakan penggunaan pajak rokok dan intercept DAU sebagai dukungan daerah terhadap pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional dapat disimpulkan sebagai berikut:

5.1.1. Tidak Cukup Efektif Dalam Menutup Defisit DJS Kesehatan

Berdasarkan estimasi awal, kebijakan penggunaan pajak rokok diperkirakan dapat berkontribusi sebesar Rp5,5 triliun, dengan asumsi 75 persen dari 50 persen pajak rokok yang di- *earmark* untuk kesehatan masing-masing daerah (ekuivalen 37,5 persen pajak rokok) bersifat *on top* (di luar iuran Jamkesda). Akan tetapi, dalam perkembangannya, terdapat penolakan dari daerah apabila penggunaan pajak rokok bersifat *on top*. Oleh karena itu, penggunaan pajak rokok sebagaimana diatur dalam PMK Nomor 128 Tahun 2018 tentang 2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan sudah memperhitungkan iuran peserta yang didaftarkan pemda (Jamkesda). Dampaknya, karena baru dapat dilaksanakan di triwulan ke III tahun 2018, pajak rokok tahun 2018 yang diterima BPJS Kesehatan hanya sebesar Rp1,36 triliun. Dari rekonsiliasi yang dilakukan provinsi dan BPJS Kesehatan pada triwulan III, terdapat pemda yang anggaran iuran jamkesdanya lebih rendah dari kewajiban 37,5 persen, dengan total Rp629,02 miliar yang kemudian diperhitungkan sebagai kontribusi pemda terhadap program JKN. Sementara itu, terdapat juga pemda yang iuran Jamkesda-nya lebih besar dari kewajiban 37,5 persen, sehingga terjadi kelebihan potongan Rp735,5 miliar. Kelebihan tersebut kemungkinan besar akan dikompensasi oleh pemda menjadi beberapa bentuk yaitu: dikompensasikan dengan iuran Jamkesda Triwulan IV tahun 2018, diperhitungkan sebagai Jamkesda tahun 2019, atau dikembalikan ke pemda.

Untuk tahun-tahun berikutnya, besar kemungkinan pemda akan memaksimalkan penggunaan pajak rokoknya sebesar 37,5 persen untuk membayar iuran Jamkesda-nya. Bagi daerah yang Jamkesda-nya belum mencapai 37,5 persen pajak rokok diperkirakan akan menambah peserta Jamkesda-nya hingga setara dengan 37,5 persen pajak rokok. Sehingga,

penggunaan pajak rokok sebagai dana segar (*on top*) untuk menutup defisit DJS Kesehatan tidak memiliki dampak yang signifikan.

Sementara itu, kebijakan *intercept* tunggakan iuran pemda dapat berjalan cukup efektif. Dari Rp751.741 juta tunggakan pemda (data awal BPJS Kesehatan), sebesar Rp527.352 juta yang akan diselesaikan melalui proses pemotongan DAU, yaitu Rp246.002 juta di tahun 2018 dan Rp263.350 di tahun 2019. Akan tetapi dana tersebut merupakan piutang atau hak dari BPJS Kesehatan sehingga tidak bisa dikatakan sebagai dana segar untuk menutup DJS Kesehatan.

5.1.2. Berpotensi Menambah Jumlah Peserta Jamkesda

Dengan adanya aturan pemotongan pajak rokok bagi pemda yang anggaran kontribusi jaminannya kurang dari 37,5 pajak rokok sebagaimana diatur dalam PMK Nomor 128 Tahun 2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan, akan berdampak pada: berpotensi menambah jumlah peserta PBI/Jamkesda pemda. Dibanding memberikan hibah atau bantuan kepada BPJS Kesehatan, pemda yang alokasi Jamkesda-nya di bawah 37,5 persen pajak rokoknya diperkirakan akan menambah jumlah peserta Jamkesda-nya hingga mencapai 37,5 persen dari pajak rokoknya. Sementara pemda yang Jamkesda-nya belum terintegrasi dengan BPJS Kesehatan, diperkirakan akan segera melakukan integrasi, karena pemotongan 37,5 persen pajak rokok diberlakukan kepada seluruh pemda baik yang Jamkesda-nya terintegrasi dengan BPJS Kesehatan maupun yang tidak. Peningkatan peserta yang terdaftar pemda (PBI APBD/Jamkesda) tersebut sudah dapat terlihat di tahun 2018. Pertumbuhan peserta Jamkesda dari tahun 2017 ke Desember 2018 mencapai 48 persen, sementara di tahun-tahun sebelumnya hanya sekitar 32 persen. Berdasarkan prognosis RKAT BPJS Kesehatan tahun 2018, jumlah peserta Jamkesda diperkirakan mencapai 25.160.431 jiwa, namun sampai dengan Desember 2018 jumlah Jamkesda sudah mencapai 30.028.268 jiwa.

5.1.3. Meningkatkan Kepatuhan Pemda dalam Membayar Iuran Jamkesda

Dampak utama dari kebijakan pemotongan DAU adalah meningkatkan kepatuhan pemda dalam membayar iuran JKN-nya. Setelah kebijakan ini diterapkan, sebagian besar pemda semakin patuh dalam membayar iuran. Peningkatan kepatuhan ini juga didukung oleh kewajiban pemda mengalokasikan pajak rokoknya sebesar 37,5 persen untuk mendukung program JKN. Dengan kebijakan ini, kolektabilitas segmen PBI APBD/Jamkesda diharapkan meningkat dari 98 persen menjadi 100 persen.

5.2. Keterbatasan

Penelitian ini masih memiliki kekurangan dan keterbatasan: (i) Studi ini dilaksanakan di akhir tahun 2018 di mana kebijakan penggunaan pajak rokok dan *intercept* DAU baru pertama kali dilaksanakan dan belum sepenuhnya berjalan dalam satu tahun anggaran, sehingga data realisasi yang digunakan merupakan data berjalan (*on progress*), bukan data satu tahun anggaran. (ii) informasi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi efektifitas kebijakan ini hanya diperoleh dari BPJS Kesehatan sebagai pengelola program JKN dan pemerintah pusat, bukan dari pemda sebagai pihak yang memberikan kontribusi.

5.3. Rekomendasi

Kebijakan penggunaan pajak rokok dan *intercept* tunggakan iuran pemda tidak cukup efektif sebagai sumber dana untuk mengurangi beban defisit DJS Kesehatan. Kebijakan tersebut lebih efektif dalam upaya meningkatkan jumlah peserta Jamkesda yang didaftarkan pemda dan juga meningkatkan kepatuhan pemda dalam membayar iurannya. Menggunakan pajak rokok sebagai sumber pendanaan defisit DJS Kesehatan menjadi sulit karena pajak rokok merupakan hak dan wewenang dari pemerintah daerah. Apabila pemerintah ingin menjadikan tembakau sebagai sumber pendanaan JKN dengan dasar untuk mengendalikan konsumsi tembakau dan dananya diarahkan untuk mengatasi dampak kesehatan dari konsumsi barang tersebut, *earmarking* cukai hasil tembakau dapat menjadi kebijakan alternatif. Penggunaan cukai rokok untuk mendukung program JKN sudah di atur dalam PMK Nomor 222 Tahun 2017 tentang Penggunaan, Pemantauan, dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakai, namun pengaturan tersebut juga ditujukan kepada dana bagi hasil cukai tembakau milik daerah dan khusus untuk mendanai *supply side*, sehingga tidak bisa dijadikan dasar hukum *earmarking* untuk menutup defisit DJS Kesehatan.

Sebagai langkah awal yang dapat dilaksanakan adalah membuat kajian terkait penggunaan cukai hasil tembakau dalam mendukung pelaksanaan program JKN, potensi pendanaan, aspek hukumnya, dan mekanisme pemungutan dan penyalurannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahsan. A, 2017. Inovasi Pendanaan Defisit Program Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) melalui Pungutan (Tambahan) atas Rokok untuk Kesehatan (PRUK). Jakarta: PT Nagakusuma Media Kreatif.
- BPJS Kesehatan, 2016. Kajian Usulan Suntikan Dana Pemerintah untuk DJS Kesehatan 2016. Jakarta.
- BPJS Kesehatan. Laporan Pengelolaan Program. Berbagai Tahun.
- Endartiwi, S. S. (2015). Indikasi Adverse Selection Pada Peserta Non PBI Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RS Rajawali Citra Bantul Yogyakarta. Jurnal Kebidanan dan Keperawatan, Vol. 11, No. 2.
- BPK. (2018). Laporan Temuan Pemeriksaan pada BA 999.08 Tahap I. BPK RI.
- Friedrich-Ebert-Stiftung, DJSN, 2014. Buku Saku Paham Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Jakarta: CV Komunitas Pejaten Mediatama
- Kementerian Keuangan. Nota Keuangan beserta Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. berbagai tahun.
- Notoatmodjo Soekidjo, 2008. Kesehatan dan Pembangunan Sumber Daya Manusia, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 2, No. 5.
- Mas'udin, 2017. Identifikasi Permasalahan Finansial pada Jaminan Sosial Kesehatan Nasional. Jurnal Info Artha Vol. 1, No. 2. <http://jurnal.pknstan.ac.id/index.php/JIA/article/view/142>
- Republik Indonesia, 2004. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sekretariat Negara. Jakarta.
- Republik Indonesia, 2009. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Sekretariat Negara. Jakarta.

- Republik Indonesia, 2011. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Sekretariat Negara. Jakarta.
- Republik Indonesia, 2011. Undang-undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah . Menteri hukum dan hak asasi manusia. Jakarta.
- Republik Indonesia, 2012. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PP PBI). Menteri hukum dan hak asasi manusia. Jakarta.
- Republik Indonesia, 2013. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Menteri hukum dan hak asasi manusia. Jakarta.
- Republik Indonesia, 2013. Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Pertama, Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua, Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Sekretariat Negara. Jakarta.
- Republik Indonesia, 2013. Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan. Menteri Keuangan. Jakarta
- Republik Indonesia, 2017. PMK Nomor 183 tahun 2017 tentang Tata Cara Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah Melalui Pemotongan Dana Alokasi Umum dan atau Dana Bagi Hasil. Menteri Keuangan. Jakarta
- Republik Indonesia, 2017. PMK Nomor 222 tahun 2017 tentang Penggunaan, Pemantauan , dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau. Kebijakan ini khusus untuk mendukung *supplly side*. Menteri Keuangan. Jakarta.
- Republik Indonesia, 2018. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Menteri hukum dan hak asasi manusia. Jakarta.
- Republik Indonesia, 2018. PMK Nomor 128 Tahun 2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan. Menteri Keuangan. Jakarta
- Thabrany, H. (2003). Tinjauan Akademis Tentang Asuransi Kesehatan Nasional. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Universitas Indonesia.
- Thabrany, H. (1999). *Introduksi Asuransi Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia.
- Yusmal, M. (2011) *The Scenario Impact of Local Cigarette Tax To Govenrment 's Fiscal And Economic*. Widyariset, Vol. 14 No.1 No. 1, 2011. <https://www.coursehero.com/file/38089477/388-761-1-SMpdf/>