

# Asuransi Kesehatan Nasional Implementasi Jaminan Sosial Kesehatan di Indonesia



© 2025 PAMJAKI

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Diterbitkan tahun 2025

Dicetak di Indonesia

## KATA PENDAHULUAN

---

Buku ini diterbitkan oleh Perkumpulan Ahli Manajemen Asuransi dan Jaminan Kesehatan (PAMJAKI).

PAMJAKI adalah asosiasi profesi yang anggotanya berasal dari berbagai pemangku kepentingan seperti kalangan industri asuransi jiwa, asuransi umum, pialang asuransi, BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, lembaga pemerintah dan pendidikan serta pelatihan.

Tujuan kami adalah untuk:

- Meningkatkan dan mengembangkan mutu profesionalisme para pelaku jaminan dan asuransi kesehatan.
- Meningkatkan pemahaman dan kesadaran akan jaminan dan asuransi kesehatan masyarakat Indonesia.
- Mempromosikan dan mengembangkan penerapan jaminan dan asuransi kesehatan di Indonesia yang profesional.
- Mengupayakan peningkatan peran industri jaminan dan asuransi kesehatan dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Program Pendidikan dan Pelatihan serta Sertifikasi Profesi PAMJAKI bertujuan untuk menjadi pemimpin dalam menyediakan materi dan layanan pendidikan dan pelatihan bermutu tinggi bagi industri asuransi kesehatan dan bidang perawatan kesehatan.

Untuk mencapai misi ini, program ini berupaya untuk memenuhi tujuan berikut:

- menyediakan alat bagi anggota untuk digunakan dalam meningkatkan kualitas dan efisiensi layanan kepada publik;
- menyediakan sarana pengembangan karier bagi karyawan dan profesional industri perawatan kesehatan lainnya; dan
- meningkatkan pemahaman umum tentang peran dan kontribusi industri asuransi kesehatan dalam pembiayaan, administrasi, dan penyediaan layanan perawatan kesehatan.

Program Pendidikan dan Pelatihan serta Sertifikasi Profesi PAMJAKI menyediakan layanan berikut:

- kursus studi komprehensif tentang dasar-dasar asuransi kesehatan, asuransi biaya medis, asuransi kesehatan suplemen, asuransi perawatan jangka panjang, asuransi disabilitas pendapatan, managed care, kecurangan perawatan kesehatan, asuransi biaya medis, program-program SJSN, dan layanan pelanggan di lingkungan asuransi dan perawatan kesehatan;
- pencapaian pendidikan melalui ujian untuk semua kursus dan sertifikasi profesi; dan
- pengembangan materi pendidikan, instruksional, pelatihan, dan informasi yang terkait dengan industri asuransi kesehatan dan perawatan kesehatan.

### **PAMJAKI**

Rasuna Office

Jakarta Selatan 12960

[www.pamjaki.org](http://www.pamjaki.org)

Email:[sekretariat@pamjaki.org](mailto:sekretariat@pamjaki.org)

## KATA PENGANTAR

---

Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) yang menerapkan prinsip asuransi sosial diimplementasikan di Indonesia dalam bentuk program jaminan sosial kesehatan yang dikenal dengan nama program Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam pada itu, dunia kesehatan Indonesia telah mengalami transformasi yang signifikan dengan hadirnya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak 1 Januari 2014. Program ini telah mengubah lanskap pelayanan kesehatan di negeri ini, memberikan akses yang lebih luas bagi masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas. Dalam kurun waktu satu dekade, banyak sekali perubahan yang terjadi pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan, baik dari sisi kebijakan atau perubahan regulasi maupun implementasi di lapangan berupa perkembangan teknologi serta tuntutan masyarakat yang semakin tinggi.

Dalam edisi tahun 2025 buku AKN hadir sebagai respons atas kebutuhan akan informasi terkini mengenai implementasi Asuransi Kesehatan Nasional dalam program jaminan sosial kesehatan di Indonesia, meliputi Konsep dan jenis jaminan sosial kesehatan; Sejarah, konsep, jenis asuransi kesehatan; Asuransi kesehatan sosial; Konvergensi skema jaminan kesehatan; Implementasi asuransi kesehatan nasional dan tantangan menuju Universal Health Coverage (UHC). Dengan demikian, buku ini menjadi referensi yang berharga bagi para profesional asuransi dan kesehatan, para praktisi yang ingin memperdalam pengetahuannya, dan bagi mereka yang sedang mempersiapkan diri untuk meraih kualifikasi sebagai Ahli Asuransi Kesehatan. Selain itu, buku ini juga ditujukan bagi masyarakat umum yang ingin memahami pentingnya perlindungan kesehatan melalui JKN. Dengan pemahaman yang baik, diharapkan masyarakat dapat secara aktif berperan dalam mewujudkan keberhasilan program JKN.

Semoga buku ini dapat menjadi inspirasi bagi kita semua untuk terus berupaya mewujudkan cita-cita Indonesia yang sehat dan sejahtera. Buku ini terbuka untuk segala bentuk kritik dan saran yang konstruktif demi perbaikan di masa mendatang. Masukan Anda sangat berharga bagi kami untuk menyempurnakan edisi selanjutnya.

**Tim Penyusun Naskah**

Desember 2024

1. Prof.Dr.Atikah Adyas, SKM, MDM, MHP, AAK (Koordinator)
2. Dr. dr. Andi Afdal, MBA, AAK
3. Drg. Yulita Hendrartini, M.Kes, AAK
4. Muttaqien, M.PH, AAK
5. Dr. dr. Ari Dwi Aryani, M.KM, AAK
6. Budi Setiawan, SE.M.Si.,CHIA
7. Ni Ketut Sri Budiani, SKM, M.H, AAK

**Asuransi Kesehatan Nasional: Implementasi Jaminan Sosial Kesehatan di Indonesia**

Buku panduan ini disusun sebagai sumber belajar bagi para profesional yang ingin mengembangkan kompetensinya di bidang-bidang terkait. Isi buku ini merupakan opini pribadi penulis dan tidak mencerminkan kebijakan resmi PAMJAKI. Pembaca disarankan untuk berkonsultasi dengan ahli hukum atau keuangan terkait penerapan materi dalam buku ini.



# DAFTAR ISI

---

<b>KATA PENDAHULUAN</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>BAB 1 - KONSEP DAN JENIS JAMINAN SOSIAL KESEHATAN</b> .....	1
1. Sejarah Jaminan Sosial di Eropa dan Amerika.....	2
2. Prinsip Dasar Jaminan Sosial .....	5
3. Jenis-Jenis Jaminan Sosial .....	9
4. Jaminan Sosial Kesehatan .....	11
5. Jaminan Sosial Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Nasional dari Perspektif Skema Finansial.....	13
6. Simpulan.....	28
<b>BAB 2 - SEJARAH, KONSEP, JENIS ASURANSI KESEHATAN</b> .....	29
1. Sejarah Asuransi Kesehatan.....	29
2. Konsep Asuransi Kesehatan.....	37
3. Kontrak Asuransi .....	49
4. Perbedaan Konsep Asuransi Kesehatan Sosial dan Komersial .....	51
5. Konsep Asuransi Kesehatan di Indonesia .....	72
6. Simpulan.....	81
<b>BAB 3 - ASURANSI KESEHATAN SOSIAL</b> .....	83
1. Pilar Jaminan Kesehatan Sosial .....	84
2. Perencanaan Sistem Asuransi Kesehatan Sosial .....	88
3. Urgensi Asuransi Kesehatan Sosial.....	93

4. Kepesertaan .....	95
5. Penyusunan Paket Manfaat .....	96
6. Penyusunan Besaran Iuran .....	101
7. Sistem Pembayaran Fasilitas Kesehatan .....	103
8. Tantangan dan Peluang.....	139
9. Simpulan.....	140
<b>BAB 4 - KONVERGENSI SKEMA JAMINAN KESEHATAN .....</b>	<b>141</b>
1. Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan 1968.....	141
2. Perusahaan Umum Husada Bhakti 1984-1991.....	142
3. PT Askes (Persero) 1992 – 2013 .....	143
4. BPJS Kesehatan 2014 – Sekarang.....	144
5. Simpulan.....	146
<b>BAB 5 - ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DAN TANTANGAN MENUJU UNIVERSAL HEALTH COVERAGE .....</b>	<b>147</b>
1. Regulasi Asuransi Kesehatan Nasional .....	147
2. Konsep Universal Health Coverage (UHC).....	150
3. Desain Operasional Jaminan Kesehatan Nasional .....	154
4. Kepesertaan Wajib .....	158
5. Penetapan Iuran dan Peran Pemerintah Daerah.....	165
6. JKN dengan Manfaat Jaminan Kesehatan Komprehensif.....	169
7. Jaringan Pelayanan dan Kredensialing .....	173
8. Sistem Pembayaran Provider .....	175
9. Quality Assurance dan Utilization Review .....	179
10. Tantangan Pelaksanaan JKN.....	180
11. Simpulan.....	182
<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>183</b>

## Konsep dan Jenis Jaminan Sosial Kesehatan

1. Sejarah Jaminan Sosial di Eropa dan Amerika .....	2
Sejarah Jaminan Sosial di Eropa .....	2
Sejarah Jaminan Sosial di Amerika .....	5
2. Prinsip Dasar Jaminan Sosial.....	5
Prinsip Dasar Jaminan Sosial di Indonesia .....	7
3. Jenis-Jenis Jaminan Sosial.....	9
a. Jaminan Kesehatan .....	9
b. Jaminan Kecelakaan Kerja .....	10
c. Jaminan Hari Tua .....	10
d. Jaminan Pensiun.....	10
e. Jaminan Kematian.....	10
f. Jaminan Kehilangan Pekerjaan .....	11
4. Jaminan Sosial Kesehatan.....	11
Model Beveridge.....	11
Model Bismarck .....	12
Model National Health Insurance (NHI).....	12
Model Asuransi Kesehatan Swasta .....	12
Model Out of Pocket .....	12
Model Community Based Health Insurance (CBHI) .....	13
Model Medisave .....	13
5. Jaminan Sosial Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Nasional dari Perspektif Skema Finansial .....	13
a. Jaminan Sosial Kesehatan di Berbagai Negara .....	15
b. Asuransi Kesehatan Nasional di Berbagai Negara .....	18
c. Indikator Makro Kesehatan pada Berbagai Negara.....	24
6. Simpulan .....	28

Salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak adalah jaminan sosial (*social security*). Jaminan sosial adalah hak asasi dan alat penting untuk mencegah dan mengurangi kemiskinan. Melalui pengelolaan yang baik, jaminan sosial meningkatkan produktivitas dengan memberikan jaminan pendapatan, layanan sosial dan pelayanan kesehatan. Bab berikut menjelaskan tentang sejarah, konsep dan jenis jaminan sosial kesehatan di berbagai negara.

## 1. SEJARAH JAMINAN SOSIAL DI EROPA DAN AMERIKA

---

### SEJARAH JAMINAN SOSIAL DI EROPA

Pasca dimulainya gerakan revolusi industri di Inggris sekitar tahun 1776 (ditandai dengan penemuan mesin uap), model perekonomian negara-negara di dunia terbelah menjadi dua, yaitu model dengan pendekatan kapitalisme dan pendekatan sosialisme. Model dengan pendekatan kapitalisme ditandai dengan faktor-faktor produksi yang digerakkan secara penuh oleh dunia swasta, sedangkan pendekatan sosialisme ditandai dengan kegiatan produksi yang digerakkan sepenuhnya oleh negara.

Kesadaran akan perlunya jaminan sosial semakin berkembang dengan munculnya konsep *welfare state*, di mana negara memiliki tanggung jawab utama dalam menjamin kesejahteraan warganya. Konsep ini bertujuan untuk mengurangi ketergantungan individu terhadap mekanisme pasar dan memastikan akses terhadap layanan dasar seperti kesehatan, pendidikan, dan perlindungan sosi.<sup>1</sup> Esping-Andersen dalam bukunya *The Three Worlds of Welfare Capitalism (1990)* membagi model *welfare state* menjadi tiga tipe utama: Liberal, Konservatif, dan Sosial-Demokratik.<sup>2</sup> Model Liberal, yang dianut oleh negara seperti Amerika Serikat, lebih mengandalkan pasar dengan intervensi negara yang minimal. Model Konservatif, seperti yang diterapkan di Jerman dan Prancis, menitikberatkan pada kontribusi sosial berbasis pekerjaan. Sementara itu,

---

<sup>1</sup> Edi Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*, Alfa Beta, Bandung, 2009, hlm. 58.

<sup>2</sup> Gøsta Esping-Andersen, *Welfare States and Welfare State Theory*, Center for Comparative Welfare Studies, 2012

model Sosial-Demokratik, yang diterapkan di negara-negara Skandinavia, menjamin layanan sosial secara universal tanpa membedakan status ekonomi warga negaranya.<sup>3</sup>

Penerapan *welfare state* di Eropa berkembang pesat pada abad ke-20, terutama setelah Perang Dunia II, ketika banyak negara mulai menyadari pentingnya stabilitas sosial dan ekonomi bagi kesejahteraan masyarakat.<sup>4</sup> Sistem jaminan sosial tidak lagi dipandang sebagai beban negara, melainkan sebagai investasi dalam pembangunan sumber daya manusia. Prinsip dekomodifikasi, yakni kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan dasar tanpa sepenuhnya bergantung pada pasar, menjadi elemen kunci dalam kebijakan kesejahteraan.<sup>5</sup> Melalui redistribusi kekayaan, sistem perpajakan progresif, dan layanan sosial yang inklusif, *welfare state* di Eropa berperan dalam mengurangi kesenjangan ekonomi serta meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.<sup>6</sup>

Dalam perkembangannya, berbagai negara Eropa mengadopsi sistem yang berbeda dalam penyelenggaraan jaminan sosial mereka. Misalnya, National Health Service (NHS) di Inggris yang beroperasi berdasarkan model Beveridge, di mana layanan kesehatan didanai dari pajak dan diberikan secara gratis kepada seluruh warga.<sup>7</sup> Di sisi lain, Jerman menerapkan model Bismarck, di mana asuransi kesehatan sosial dibiayai dari kontribusi pekerja dan pemberi kerja, dengan skema perlindungan berbasis pekerjaan.<sup>8</sup> Keberhasilan berbagai model ini menunjukkan bahwa *welfare state* tidak hanya meningkatkan taraf hidup masyarakat, tetapi juga menciptakan sistem perlindungan sosial yang berkelanjutan dan adaptif terhadap perubahan ekonomi serta demografi.<sup>9</sup>

Dalam kurun waktu selanjutnya, muncullah model ekonomi pasar sosial (*social market economy*) yang berkembang sebagai rezim kesejahteraan (*welfare regime*) Sosial-Demokratik di Jerman, sekaligus sebagai upaya koreksi atas pendekatan kapitalisme yang dianggap gagal meratakan kesejahteraan bagi warga negara. Model ekonomi pasar

---

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Lankers, C., *The German Health Care System*, Makalah disajikan pada Kunjungan Tim SJSN di Berlin, 2003.

<sup>5</sup> WHO, *World Health Report 2000*, Geneva, 2000.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Kementerian Sekretariat Negara RI, *JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional*, Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, Jakarta, 2015, hlm. 72-83.

<sup>8</sup> Stierle, F., *German Health Insurance System*, Makalah disajikan pada Seminar Asuransi Kesehatan Sosial, Jakarta, 2001.

<sup>9</sup> WHO, *The World Report: Health System Financing - The Path to Universal Coverage*, 2010, hlm. 12

sosial ini secara sederhana bekerja melengkapi model kapitalisme dengan seperangkat kebijakan yang menyentuh aspek sosial dari warga negara, termasuk jaminan sosial.

Instrumen utama dari kebijakan sosial tersebut adalah pengembangan sistem jaminan sosial (*social security system*). Sistem inilah yang dilahirkan sebagai bentuk perlindungan oleh negara kepada kaum rentan (*vulnerable group*) seperti; anak-anak, orang tua, kaum wanita tanpa kepala keluarga, serta kaum miskin dan kurang mampu, atas kondisi tidak mendapatkan apa-apa dari gegap gempita gerakan kapitalisme negara.

Kesadaran ini muncul seiring dengan mulai dijalankannya sistem jaminan sosial di negara Jerman pada tahun 1883 oleh kanselir Otto von Bismark berbentuk asuransi bagi pekerja dan disahkan Undang-Undang Asuransi Kesehatan yang memberikan perawatan medis maupun tunjangan tunai selama masa sakit kepada pekerja, yang dibayarkan dari kontribusi pekerja dan pemberi kerja. Sebagian besar pekerja Jerman dilindungi oleh mekanisme asuransi sosial pada tahun 1913. Selama beberapa dekade selanjutnya, Undang-Undang tersebut diperluas dengan asuransi kecelakaan (1884), asuransi cacat (1889), dan asuransi pengangguran (1927). Austria mengikuti sebagian contoh Jerman pada tahun 1888, Italia pada tahun 1893, dan Swedia serta Belanda pada tahun 1901.

Sistem jaminan sosial pada prinsipnya adalah kemanfaatan yang disiapkan oleh masyarakat kepada individu ataupun rumah tangga, melalui upaya-upaya bersama untuk menjamin tersedianya standar hidup minimal (seperti gizi, perumahan, kesehatan dan pendidikan) serta untuk melindungi mereka dari penurunan standar hidup yang disebabkan oleh risiko atas kejadian tertentu (seperti tidak bekerja, kecacatan, tua dan kematian).

Yang dimaksudkan melalui upaya-upaya bersama disini adalah adanya pengumpulan dana dari masyarakat (*collective funds*) untuk beberapa tujuan khusus tersebut yang akhirnya dapat menjadi benteng pertahanan terakhir bagi individu dan rumah tangga yang rentan sebagai dampak dari roda perekonomian sebuah negara. Salah satu bentuk pengumpulan dana kolektif dari masyarakat itu khususnya untuk tujuan penyediaan jaminan sosial bagi aspek kesehatan adalah melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*).

## SEJARAH JAMINAN SOSIAL DI AMERIKA

Jaminan sosial (*social security*) yang kini dikenal di dunia dan mencakup salah satu program asuransi kesehatan sosial dikembangkan di Amerika di tahun 1935 setelah terjadi krisis ekonomi besar (*great depression*) di tahun 1932. Akan tetapi pada waktu pertama kali undang-undang jaminan sosial diundangkan tahun 1935, program asuransi kesehatan belum masuk dalam sistem jaminan sosial Amerika. Program yang masuk pada awalnya adalah jaminan hari tua dan disabilitas yang dikenal dengan OASDI (*Old Age, Survivor benefit, and Disability Income*). Baru pada tahun 1965 Amerika menambahkan program jaminan kesehatan yang terdiri atas Medicare (asuransi kesehatan wajib bagi penduduk lanjut usia atau lansia, penderita cacat dan penderita gagal ginjal) dan Medicaid (program bantuan pemerintah pusat dan daerah dalam jaminan kesehatan bagi penduduk miskin). Setelah tahun 1965, program jaminan sosial Amerika dikenal dengan OASDHI (*Old Age, Survivor benefit, Disability, and Health Insurance*). Seluruh program jaminan sosial tersebut dikelola oleh pemerintah federal (pusat) bukan oleh pemerintah negara bagian.

## 2. PRINSIP DASAR JAMINAN SOSIAL

---

Jaminan Sosial atau *social security* berasal dari kata *social* dan *security*. Kata *social* pada istilah masyarakat atau orang banyak (*society*), sedangkan *security* berasal dari bahasa latin “*securus*” yang memiliki makna “*se*” (pembebasan atau *liberation*) dan “*curus*” yang berarti kesulitan / *unesasiness*, sehingga secara harafiah jaminan sosial memiliki arti pembebasan kesulitan masyarakat/atau upaya untuk membebaskan masyarakat dari kesulitan.<sup>10</sup>

Jaminan Sosial (*social security*) adalah intervensi melembaga yang dirancang oleh pemerintah maupun sektor swasta untuk melindungi masyarakat dari berbagai risiko yang timbul dari dirinya (kecelakaan, sakit, meninggal dunia), maupun dari lingkungannya (PHK, bencana sosial).<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Emir Soendoro, *Jaminan Sosial Solusi Bangsa Indonesia Berdikari*, DInov ProGRESS Indonesia, Jakarta, 2009, hlm. 50.

<sup>11</sup> Edi Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*, Alfa Beta, Bandung, 2009, hlm. 58.

Jaminan sosial merupakan salah satu manifestasi dari negara kesejahteraan (*welfare state*), yang bertujuan untuk menciptakan masyarakat yang lebih adil dan sejahtera. Negara kesejahteraan atau *welfare state* adalah sebuah konsep di mana negara memiliki peran aktif dalam menjamin kesejahteraan khususnya dalam memenuhi kebutuhan dasar warganya. Konsep ini berakar pada gagasan bahwa negara memiliki tanggung jawab untuk memberikan perlindungan sosial kepada seluruh warganya, terutama bagi warga yang membutuhkan. Negara menyediakan berbagai program dan layanan sosial untuk melindungi warganya dari risiko-risiko sosial seperti kemiskinan, penyakit, pengangguran, dan usia tua.

Kembali, Gøsta Esping-Andersen, seorang sosiolog politik kelahiran Denmark, berpendapat bahwa *Welfare State* merupakan negara yang memiliki kekuasaan dalam membentuk kebijakan dengan tujuan:<sup>12</sup>

1. memastikan setiap warga negara beserta keluarganya memperoleh pendapatan minimum sesuai dengan standar kelayakan;
2. memberikan layanan sosial bagi setiap permasalahan yang dialami warga negara (karena sakit, tua atau menganggur), serta kondisi lain semisal krisis ekonomi;
3. memberikan setiap warga negara mendapatkan hak-haknya tanpa memandang perbedaan status, kelas ekonomi, dan perbedaan lain.

Dalam implementasinya, negara kesejahteraan atau *welfare state* sangat erat kaitannya dengan kebijakan sosial (*social policy*), mencakup strategi dan upaya pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan warganya, terutama melalui perlindungan sosial (*social protection*), mencakup pula jaminan sosial dalam bentuk bantuan sosial maupun asuransi sosial, serta jaring pengaman sosial (*social safety nets*).<sup>13</sup>

Dalam Deklarasi Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) tentang Hak Asasi Manusia (HAM) Tahun 1948 dan Konvensi International Labour Organization (ILO) Nomor 102 Tahun 1952, Jaminan Sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial yang

---

<sup>12</sup> Gøsta Esping-Andersen, *Welfare States and Welfare State Theory*, Center for Comparative Welfare Studies, Working Paper, 2012.

<sup>13</sup> Gøsta Esping-Andersen and Walter Korpi. *From Poor Relief to Institutional welfare states: The Development of Scandinavian Social Policy*, *International Journal of Sociology*, Fall, 1986 - Winter, 1987, Vol. 16, No. 3/4, *The Scandinavian Model: welfare states and Welfare Research* (Fall, 1986 - Winter, 1987), pp. 39-74.

diselenggarakan negara, guna menjamin hak warga negaranya untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.

International Labour Organization (ILO) pada tahun 1998 mendefinisikan Jaminan Sosial sebagai perlindungan yang diberikan oleh masyarakat untuk masyarakat melalui seperangkat kebijaksanaan publik terhadap tekanan-tekanan sosial ekonomi, bahwa jika tidak diadakan sistem jaminan sosial akan menimbulkan hilangnya sebagian pendapatan sebagai akibat sakit, persalinan, kecelakaan kerja, sementara tidak bekerja, hari tua, kematian dini, perawatan medis, termasuk pemberian subsidi bagi anggota keluarga yang membutuhkan.

### **PRINSIP DASAR JAMINAN SOSIAL DI INDONESIA**

Indonesia merupakan salah satu negara yang menganut negara kesejahteraan atau *welfare state*. Dalam alinea keempat Pembukaan UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dinyatakan :

*"....melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk **memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa** dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan **keadilan sosial**....."*

Tujuan negara Indonesia dalam "**memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan keadilan sosial**" sangat sejalan dengan konsep negara kesejahteraan. Ini menunjukkan bahwa para pendiri bangsa telah memiliki visi untuk membangun sebuah negara yang tidak hanya merdeka, tetapi juga memberikan kesejahteraan bagi seluruh rakyatnya.

Alinea keempat Pembukaan UUD 1945 merupakan landasan konstitusional bagi pembangunan negara kesejahteraan di Indonesia. Tujuan untuk memajukan kesejahteraan umum menjadi komitmen negara dalam memberikan perlindungan sosial bagi seluruh rakyatnya.

Berdasarkan amanat dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh, Indonesia mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia yang diatur dalam Undang-

Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat.

Pelaksanaan jaminan sosial di Indonesia merujuk pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dengan penyelenggaraan jaminan sosial nasional menganut prinsip-prinsip berikut:

#### 1) PRINSIP KEGOTONG-ROYONGAN

Prinsip ini merupakan ciri khas Indonesia dalam penyelenggaraan jaminan sosial melalui mekanisme gotong royong peserta kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat Indonesia. Prinsip kegotong-royongan memastikan peningkatan pertumbuhan kepesertaan dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

#### 2) PRINSIP NIRLABA

Tujuan utama dalam pelaksanaan jaminan sosial untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta dan pengelolaan dana tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba), hasil pengembangan pengelolaan dana dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

#### 3) PRINSIP KETERBUKAAN

Dana yang dikelola dalam penyelenggaraan jaminan sosial merupakan milik peserta sehingga akses informasi yang lengkap, benar dan jelas bagi peserta harus dipermudah.

#### 4) PRINSIP KEHATI-HATIAN

Pengelolaan dana jaminan sosial dilaksanakan secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

#### 5) PRINSIP AKUNTABILITAS

Pengelolaan keuangan dana jaminan sosial dilaksanakan secara akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

#### 6) PRINSIP PORTABILITAS

Jaminan sosial dilaksanakan untuk memberi jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal.

#### 7) PRINSIP KEPESERTAAN BERSIFAT WAJIB

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap dapat terlindungi.

#### 8) PRINSIP DANA AMANAT

Dana jaminan sosial yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana amanat dari peserta kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya untuk mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

#### 9) HASIL PENGELOLAAN DANA UNTUK KEPENTINGAN PESERTA

Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

### 3. JENIS-JENIS JAMINAN SOSIAL

---

Jenis jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional di Indonesia diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Peraturan Pemerintah Nomor 37 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kehilangan Pekerjaan. Adapun jenis jaminan sosial terdiri dari :

#### A. JAMINAN KESEHATAN

Jaminan kesehatan dilaksanakan secara nasional dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Jaminan kesehatan diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan diberikan pada fasilitas kesehatan milik

Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

### **B. JAMINAN KECELAKAAN KERJA**

Jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja. Jaminan kecelakaan kerja dilaksanakan dengan prinsip asuransi sosial dan secara nasional. Manfaat jaminan kecelakaan kerja berupa pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya dan mendapatkan manfaat berupa uang tunai apabila terjadi cacat total tetap atau meninggal dunia. Manfaat berupa uang tunai diberikan sekaligus kepada ahli waris pekerja yang meninggal dunia atau pekerja yang cacat sesuai dengan tingkat kecacatan.

### **C. JAMINAN HARI TUA**

Jaminan hari tua dilaksanakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib dengan tujuan untuk menjamin agar peserta menerima uang tunai apabila memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia. Manfaat jaminan hari tua berupa uang tunai dibayarkan sekaligus pada saat peserta memasuki usia pensiun, meninggal dunia, atau mengalami cacat total tetap.

### **D. JAMINAN PENSIUN**

Jaminan pensiun diselenggarakan dilaksanakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib, untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak pada saat peserta kehilangan atau berkurang penghasilannya karena memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap. Jaminan pensiun diselenggarakan dengan manfaat pasti. Manfaat jaminan pensiun dibayarkan kepada peserta yang telah mencapai usia pensiun sesuai formula yang ditetapkan.

### **E. JAMINAN KEMATIAN**

Jaminan kematian dilaksanakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dengan tujuan untuk memberikan santunan kematian yang dibayarkan kepada ahli waris peserta yang meninggal dunia. Manfaat jaminan kematian berupa uang tunai dibayarkan

paling lambat 3 (tiga) hari kerja setelah klaim diterima dan disetujui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan.

#### **F. JAMINAN KEHILANGAN PEKERJAAN**

Jaminan Kehilangan Pekerjaan merupakan jaminan yang diberikan kepada Pekerja/Buruh yang mengalami pemutusan hubungan kerja, bertujuan untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak pada saat Pekerja kehilangan pekerjaan. Pekerja dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak saat terjadi risiko akibat pemutusan hubungan kerja seraya berusaha mendapatkan pekerjaan kembali. Manfaat Jaminan Kehilangan Pekerjaan berupa uang tunai, akses informasi pasar kerja dan pelatihan kerja.

## **4. JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**

---

Terdapat beberapa model jaminan sosial kesehatan berdasarkan penyediaan pembiayaan layanan kesehatan. Ada beberapa cara pengumpulan pendapatan untuk pembiayaan layanan kesehatan, yaitu pendapatan umum (perpajakan); asuransi kesehatan sosial; asuransi kesehatan sukarela atau swasta dan pembayaran *out-of-pocket*. Setiap negara menerapkan cara yang berbeda untuk mengumpulkan pendapatan.

#### **MODEL BEVERIDGE**

Model Beveridge didirikan tahun 1948 dan dinamakan sesuai nama William Beveridge yang merancang National Health Service (NHS) di Inggris dengan layanan kesehatan disediakan dan dibiayai oleh pemerintah melalui pembayaran pajak. Model NHS menyediakan pelayanan kesehatan secara gratis atau hampir gratis kepada seluruh penduduk ketika mereka sakit. Model NHS didanai dari pajak penghasilan ketika penduduk sehat dan produktif (menerima gaji). Model Beveridge menekankan kesehatan sebagai hak asasi manusia. Oleh karena itu, cakupan universal disediakan oleh pemerintah dan siapa pun yang menjadi warga negara diberikan cakupan dan akses ke perawatan kesehatan. Fasilitas kesehatan berupa rumah sakit dan klinik yang memberikan layanan kesehatan dimiliki oleh pemerintah, dan staf medis, termasuk dokter, dipekerjakan oleh pemerintah. Pemerintah menentukan jenis layanan kesehatan

yang diberikan dan biaya layanan kesehatan. Negara-negara yang menerapkan kebijakan model Beveridge antara lain Inggris, Italia, Spanyol, Denmark, Swedia, Norwegia, Selandia Baru.

### **MODEL BISMARCK**

Model Bismarck disebut juga model Asuransi Kesehatan Sosial dan pertama kali diperkenalkan oleh Otto von Bismarck pada tahun 1883. Model ini dengan sistem pembiayaan kesehatan berasal dari kontribusi dari pemberi kerja dan pekerjanya untuk mendanai cakupan kesehatan universal untuk semua warga negara dan memastikan memiliki akses ke layanan kesehatan. Model Bismarck melibatkan beberapa lembaga penyelenggara dalam menyediakan layanan kesehatan, di Jerman disebut dengan “*sickness funds*”. Pelayanan kesehatan disediakan oleh dokter dan rumah sakit swasta yang biayanya dibayar oleh lembaga penyelenggara atau perusahaan asuransi. Model ini dilaksanakan di Jerman, Perancis, Belgia, Belanda, Jepang, dan Swiss.

### **MODEL NATIONAL HEALTH INSURANCE (NHI)**

Model Nasional Health Insurance atau Asuransi Kesehatan Nasional merupakan perpaduan model antara model Beveridge dan model Bismarck. Dalam model ini, pemerintah mendanai layanan kesehatan yang dibayar melalui pajak, mirip dengan model Beveridge. Namun, penyediaan layanan kesehatan disediakan sebagian besar melalui organisasi swasta, mirip dengan model Bismarck.

### **MODEL ASURANSI KESEHATAN SWASTA**

Model Asuransi Kesehatan Swasta atau *Private Health Insurance* memiliki ciri dengan cakupan manfaat asuransi dihitung berdasarkan risiko individu atau memiliki rencana asuransi berbasis pekerjaan dengan premi yang dihitung berdasarkan basis kelompok. Layanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta.

### **MODEL OUT OF POCKET**

Model ini hanya menyediakan sedikit atau bahkan tidak menyediakan layanan kesehatan dari pemerintah. Digunakan oleh sebagian besar negara, termasuk Tiongkok. Mereka yang mampu membayar perawatan akan mendapatkannya dan mereka yang tidak mampu membayar perawatan umumnya tidak menerima perawatan

### **MODEL COMMUNITY BASED HEALTH INSURANCE (CBHI)**

Model *Community Based Health Insurance* (CBHI) atau asuransi kesehatan berbasis masyarakat merupakan model yang dilaksanakan sebagai cara untuk mengatasi tantangan penyediaan akses layanan kesehatan bagi masyarakat miskin di negara-negara berkembang tanpa memperburuk situasi ekonomi masyarakat. Rwanda telah sukses mengimplementasikan CBHI yang dikenal sebagai *mutuelles de santé* dan melibatkan masyarakat miskin dalam pengambilan keputusan.

### **MODEL MEDISAVE**

Model Medisave merupakan model tabungan medis yang diselenggarakan secara nasional di Singapura dengan skema membantu setiap masyarakat menyisihkan sebagian dari pendapatan mereka untuk membayar rawat inap, rawat jalan, dan biaya rawat jalan tertentu, serta kebutuhan perawatan kesehatan di masa tua.

## **5. JAMINAN SOSIAL KESEHATAN DAN ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DARI PERSPEKTIF SKEMA FINANSIAL**

---

Karakteristik utama jaminan sosial kesehatan dari perspektif skema finansial adalah didanai oleh iuran berbasis upah (dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja) dan penyelenggaraannya oleh badan “kuasi-publik” yang independen. Pengumpulan pendapatan bergantung pada iuran jaminan sosial.

Awalnya konsep asuransi kesehatan tidak dimaksudkan untuk menjamin seluruh penduduk. Namun, perkembangan zaman membuktikan bahwa konsep asuransi sosial yang diselenggarakan di suatu negara untuk seluruh penduduknya menjadi konsep yang handal. Maka berkembanglah konsep Asuransi Kesehatan Nasional. Istilah Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) atau National Health Insurance (NHI) kini semakin banyak digunakan di dunia.

Merujuk beberapa literatur yang telah dipublikasikan dalam dekade terakhir, AKN telah muncul dan terkonsolidasi sebagai pengaturan pembiayaan kesehatan yang independen dalam tipologi yang baru. Namun masih terdapat perbedaan substansial mengenai definisi dan batasan yang diusulkan oleh berbagai penulis untuk AKN.

AKN dilaksanakan dalam berbagai model pembiayaan kesehatan yang memungkinkan untuk menuju *Universal Health Coverage* (UHC), memastikan akses yang adil terhadap layanan kesehatan, memperkuat pengelolaan dan meningkatkan efisiensi sistem. Dalam penyelenggaraan AKN perlu dipahami karakteristik utama dari model AKN, yang muncul baru-baru ini dan menerima perhatian yang relatif lebih sedikit dalam literatur khusus dibandingkan dengan model *National Health Service* (NHS) dan *Social Health Insurance* (SHI). Selain itu, masih terdapat ketidakkonsistenan substansial dalam penggunaan konsep AKN untuk menggambarkan sistem kesehatan yang sangat berbeda. Sebagai contoh, di beberapa negara, istilah AKN digunakan untuk menyebut asuransi kesehatan publik di antara beberapa asuransi kesehatan, sementara di negara lain istilah ini digunakan untuk menyebut lembaga yang bertindak sebagai pembayar tunggal atau program vertikal dengan cakupan yang sempit untuk penyakit-penyakit tertentu di tingkat nasional. Selain itu, bahkan ketika AKN dikonseptualisasikan sebagai pembayar tunggal, perbedaan lebih lanjut muncul dalam hal karakteristik utama seperti pengumpulan pendapatan dan kepemilikan penyedia layanan.

Berikut karakteristik Asuransi Kesehatan Nasional atau National Health Insurance (NHI) menurut Pan American Health Organization (PAHO) terdiri dari :<sup>14</sup>

Karakteristik	Asuransi Kesehatan Nasional
Cakupan	Universal
Penyelenggaraan	Peraturan negara dengan tingkat representasi masyarakat tertentu
Pengumpulan iuran ( <i>revenue collection</i> )	Bersumber dari pajak dan kontribusi iuran
<i>Pooling</i>	Penyelenggara tunggal ( <i>single fund</i> ) yang tidak terintegrasi secara vertikal dengan penyedia layanan kesehatan.
<i>Purchasing</i>	Pembayar tunggal ( <i>Single payer</i> ) Adanya perjanjian / kontrak untuk penyediaan layanan dengan provider publik/pemerintah dan privat / swasta
<i>Providers</i>	<i>Mixed</i> (Publik dan Privat)
Integrasi vertikal	Pemisahan yang ketat antara pembayar dan penyedia layanan

<sup>14</sup> Cuadrado, et al. *National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies*. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 2019, 123(7), 621-629.

Merujuk adanya konsep asuransi kesehatan sosial atau *Social Health Insurance* (SHI) yang digunakan dalam jaminan sosial kesehatan dan konsep AKN atau *National Health Insurance* (NHI) yang sama-sama bertujuan mencapai UHC, berikut disampaikan implementasi jaminan sosial kesehatan dan AKN di berbagai negara.

### **A. JAMINAN SOSIAL KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA**

Jaminan sosial kesehatan di berbagai negara dibentuk berdasarkan kondisi ideologi, ekonomi, sistem politik di masing-masing negara.

#### **JAMINAN SOSIAL KESEHATAN DI AMERIKA SERIKAT**

Kebijakan dan reformasi kesehatan dimulai pada tahun 1912 di Amerika Serikat, ketika Partai Progresif dan Teddy Roosevelt mendukung asuransi kesehatan sosial sebagai bagian dari model mereka. Amerika Serikat telah lama bergelut untuk mewujudkan sebuah Asuransi Kesehatan Nasional (AKN). Pada saat ini, AS dapat dikatakan mempunyai asuransi kesehatan rawat inap untuk penduduk di atas 65 tahun saja (lansia) yang disebut Medicare Part A. Karena asuransi kesehatan di Amerika Serikat hanya berlaku bagi penduduk lansia, tidak semua penduduk Amerika yang berjumlah sekitar 300 juta jiwa memiliki asuransi kesehatan. Sekitar 50 juta penduduk AS yang berusia di bawah 65 tahun (sekitar 25% penduduk usia produktif) tidak memiliki asuransi kesehatan. Ini merupakan suatu bukti kegagalan mekanisme pasar dalam bidang kesehatan, karena Amerika Serikat memang didominasi oleh asuransi kesehatan komersial. Dengan belanja kesehatan per kapita kini lebih dari US\$ 5.000 per tahun, AS adalah satu-satunya negara maju yang tidak mampu memiliki asuransi kesehatan nasional.

Di Amerika di tahun 1970an, terdapat 15 usulan RUU (Bill) AKN yang semuanya kandas akibat banyaknya interes bisnis dan politik sehingga kepentingan publik tidak terlindungi dengan baik.<sup>15</sup> Di kala itu, 23% penduduk AS tidak memiliki asuransi kesehatan, sedangkan pada tahun 2013 angka tersebut masih berkisar 18%. Dalam masa hampir 40 tahun, sejak Medicare diluncurkan, AS tidak mampu meningkatkan perluasan penduduk yang dicakup asuransi. Pada tahun 2022, Medicare menanggung sekitar 65 juta jiwa

---

<sup>15</sup> Keintz RM. *National Health Insurance and Income Distribution*. D.C. Health and Company, Lexington, USA, 1976.

dengan total pengeluaran sebesar \$905 miliar dan diharapkan dapat menanggung lebih dari 80 juta penerima manfaat dengan biaya sekitar \$1,5 triliun pada tahun 2030.<sup>16</sup> Berbagai reformasi sistem asuransi kesehatan yang dilakukan Amerika, misalnya dengan UU Portabilitas Asuransi dan berbagai UU lain yang bertujuan memperluas cakupan asuransi secara parsial, tanpa AKN, tidak mampu mencapai cakupan universal. Inilah salah satu bukti Kegagalan Pasar (*market failure*) dalam pencapaian cakupan universal asuransi kesehatan. Sesungguhnya di AS telah diusulkan puluhan model pendanaan dan penyelenggaraan yang dapat digolongkan menjadi tiga model yaitu (1) kombinasi kontribusi wajib (*payroll taxes*) dan anggaran pemerintah seperti model Inggris, (2) perluasan program Medicare dengan kontribusi wajib kepada seluruh penduduk seperti model umum di negara maju lain, dan (3) bantuan premi dari pemerintah untuk penduduk miskin dan tidak mampu. Upaya terakhir untuk mewujudkan AKN di Amerika dilakukan oleh Presiden Bill Clinton di tahun 1993, yang juga gagal karena kekuatan perusahaan asuransi, yang takut kehilangan pasar dan memiliki dana lebih besar, lebih mampu mempengaruhi rakyat Amerika dan anggota Kongres untuk menolak usulan Clinton. Kegagalan AS dalam mengembangkan AKN, yang lebih mementingkan kepentingan pebisnis asuransi, merupakan pelajaran yang harus dicermati untuk dapat dihindari.

#### JAMINAN SOSIAL KESEHATAN DI JERMAN

Jerman dipandang sebagai negara pertama yang memperkenalkan asuransi kesehatan sosial di jaman Otto von Bismarck di tahun 1883. Pada masa lalu, jumlah badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial (*sickness funds*), yang seluruhnya bersifat nirlaba, berjumlah sekitar lima ribuan. Namun demikian, karena dorongan efisiensi dan portabilitas, banyak *sickness funds* yang merjer sehingga sampai dengan tahun 2023 jumlahnya menjadi 96 saja dan mencakup 89% dari populasi penduduk Jerman.<sup>17</sup> Penyusutan jumlah badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial di Jerman ini menunjukkan bahwa usaha dengan *pool* kecil tidak mampu bertahan (*sustainable*) dan tekanan ekonomi serta tuntutan portabilitas mengharuskan merjer. Kini asuransi kesehatan sosial terbesar dipegang oleh badan yang bernama AOK yang mengelola

---

<sup>16</sup> Kalainov, et al. *Medicare in the 21 st Century : Understanding the Program to Promote Improvements*, 2024.

<sup>17</sup> <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/germany>

hampir 70% peserta asuransi kesehatan sosial di Jerman. Semua penduduk dengan penghasilan di bawah EUR 3.375 per bulan wajib membayar kontribusi untuk asuransi kesehatan yang mencapai 14% dari upah sebulan. Penduduk yang berpenghasilan di atas itu, boleh tidak menjadi peserta *sickness funds*, akan tetapi sekali mereka memilih keluar dari sistem (*opt out*) dengan membeli asuransi kesehatan komersial, mereka tidak diperkenankan lagi ikut asuransi sosial. Akibatnya, hanya 10%.<sup>18 19 20 21</sup> Penduduk Jerman yang membeli asuransi kesehatan komersial memang tidak memiliki satu lembaga asuransi kesehatan yang secara khusus dirancang untuk menjamin seluruh penduduk secara nasional karena sejarah perkembangan negara yang sejak awal terpecah-pecah dalam negara bagian (*lander*). Namun demikian, Jerman telah menjamin seluruh penduduknya dengan biaya separuh dari yang dikeluarkan Amerika karena sistemnya didominasi asuransi kesehatan sosial. Hanya karena jumlah badan penyelenggara asuransi sosial yang banyak dan paket jaminan yang sangat liberal, maka sistem asuransi kesehatan Jerman hanya sedikit efisien dibandingkan dengan sistem asuransi kesehatan Amerika yang didominasi oleh usaha asuransi kesehatan komersial.

#### JAMINAN SOSIAL KESEHATAN DI BELANDA

Karena hubungan sejarah dengan Jerman, sistem asuransi kesehatan di Belanda sedikit banyak mengikuti pola-pola Jerman dengan modifikasi. Belanda sesungguhnya juga memberlakukan jaminan kesehatan dengan *pooling* risiko biaya medis yang besar (*exceptional medical expenses*) yang dikelola oleh satu badan berskala nasional yang dikenal dengan nama AWBZ. Pelayanan kesehatan yang tidak mahal dikelola oleh berbagai badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial yang bersifat nirlaba yang diatur oleh UU *Sickness Funds Act* (ZFW). Sebagian penduduk berpenghasilan tinggi dibolehkan (*opt out*) untuk membeli asuransi kesehatan komersial.<sup>22 23 24</sup> Dengan model

---

<sup>18</sup> Dixon A and Mossialos E. *Health system in eight countries: trends and challenges*. The european observatory on health care systems. London, 2002.

<sup>19</sup> Stierle. F. *German Health Insurance System*. Makalah disajikan pada Seminar Asuransi Kesehatan Sosial, Jakarta 2001.

<sup>20</sup> Rucket, P. *Universal coverage and equitable access to health care: The European and German experience*. Makalah disajikan pada Asia Pacific Summit on Health Insurance and Managed Care. Jakarta, 22-24 Mei, 2002.

<sup>21</sup> Lankers, C. *The German health care system*. Makalah disajikan pada Kunjungan Tim SJSN di Berlin, 24 Juni 2003.

<sup>22</sup> Schoultz F. *Competition in the Dutch health care system*. Rotterdam, 1995.

<sup>23</sup> Dixon and Mossialos. Op Cit

<sup>24</sup> Roemer MI. *Health system of the world. Vol II*. Oxford university press. Oxford, UK. 1993.

yang hampir sama dengan Jerman, sistem asuransi kesehatan di Belanda memiliki pendanaan yang berskala nasional untuk kasus-kasus katastrofik dan pendanaan lokal untuk kasus-kasus medis yang berbiaya relatif kecil.

### JAMINAN SOSIAL KESEHATAN DI JEPANG

Sebagai sekutu Jerman dalam Perang Dunia II di Asia, Jepang memiliki pola sistem asuransi kesehatan yang mengikuti pola Jerman dengan berbagai modifikasi. Di Jepang istilah AKN (*Kokuho, Kokumin Kenko Hoken*) digunakan untuk penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pekerja mandiri (*self-employed*), pensiunan swasta maupun pegawai negeri, dan anggota keluarganya. Penyelenggara AKN diserahkan kepada pemerintah daerah. Sementara asuransi kesehatan bagi pekerja aktif di sektor formal diatur dengan UU asuransi sosial kesehatan secara terpisah. Jepang telah memulai mengembangkan asuransi sosial kesehatan sejak tahun 1922 dengan mewajibkan pekerja di sektor formal untuk mengikuti program asuransi kesehatan sosial. Akan tetapi, mewajibkan asuransi kesehatan bagi pekerja sektor formal saja tidak bisa menjamin penduduk di sektor informal dan penduduk yang telah memasuki usia pensiun mendapatkan asuransi kesehatan. Untuk memperluas jaminan kesehatan kepada seluruh penduduk (*universal coverage*), Jepang kemudian memperluas cakupan asuransi kesehatan dengan mengeluarkan UU AKN. Dalam sistem asuransi kesehatan di Jepang, peserta dan anggota keluarganya harus membayar urun biaya (*cost sharing*) yang besarnya bervariasi antara 20-30% dari biaya kesehatan di fasilitas kesehatan. Bagian urun biaya inilah yang menjadi pangsa pasar asuransi kesehatan komersial.<sup>25 26 27</sup>

## B. ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DI BERBAGAI NEGARA

### ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DI KANADA

Di Kanada sistem asuransi kesehatan yang menjamin akses kepada pelayanan komprehensif berkembang sejak lebih dari 60 tahun yang lalu. Sebelum tahun 1940an,

---

<sup>25</sup> Yoshikawa A, Bhattacharya J, Vogt WB. *Health economics of Japan*. University of Tokyo Press, Tokyo, 1996

<sup>26</sup> Okimoto DI dan Yoshikawa A. *Japan's health system: Efficiency and effectiveness in universal care*. Faulkner & Gray Inc. New York, USA, 1993.

<sup>27</sup> Nitayarumphong S. *Universal coverage of health care: Challenges for developing countries*. paper presented in workshop of Thailand universal coverage. 2002.

penduduk Kanada mendapatkan pelayanan kesehatan dengan cara membayar dari kantong sendiri (*out of pocket*) sesuai dengan kemampuannya masing-masing. Penduduk yang mampu bisa membeli asuransi kesehatan komersial, tetapi sebagian besar penduduk tidak mampu membelinya. Hal itu menimbulkan banyak masalah akses dan kemanusiaan akibat penduduk tidak mampu membayar pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Usaha menyediakan jaminan kesehatan kepada semua penduduk dimulai tahun 1947 ketika provinsi Saskatchewan memulai penyelenggaraan asuransi kesehatan wajib/sosial, yang sering juga disebut asuransi kesehatan publik, untuk pelayanan rumah sakit saja.

Sepuluh tahun kemudian, pemerintah federal tertarik untuk memperluas sistem jaminan yang diberikan oleh provinsi Saskatchewan. Pada tahun 1956, pemerintah federal merangsang provinsi lain untuk menyelenggarakan jaminan perawatan rumah sakit dengan memberikan kontribusi sebesar 50% dari dana yang dibutuhkan provinsi. Pada tahun 1961 seluruh provinsi dan dua daerah teritorial telah menyetujui untuk memberikan paling tidak jaminan rawat inap. Sampai dengan tahun tersebut, pelayanan rawat jalan pada praktek dokter, baik yang praktek mandiri maupun kelompok, masih harus dibayar sendiri oleh penduduk.

Provinsi Saskatchewan melihat hal tersebut sebagai beban penduduk yang harus dipikul bersama, sehingga pemerintah provinsi memulai perluasan manfaat asuransi kesehatan publik dengan menanggung pelayanan rawat jalan dokter di luar rumah sakit. Pemerintah federal Kanada melihat manfaat asuransi kesehatan komprehensif bagi penduduk dan pertumbuhan ekonomi di provinsi itu.

Meskipun AKN mempunyai kesamaan prinsip dan tujuan di berbagai negara, namun penyelenggaraannya di dunia sangat bervariasi. Kanada memperkenalkan AKN yang kini disebut Canadian Medicare di tahun 1961 dengan prinsip dasar menjamin akses universal, portabel, paket jaminan yang sama bagi semua penduduk dan dilaksanakan secara otonom di tiap provinsi. Pendanaan AKN merupakan kombinasi dari kontribusi wajib dan subsidi anggaran pemerintah pusat. Pada awalnya, hanya rawat inap yang dijamin oleh AKN. Pada tahun 1972, paket jaminan diperluas dengan rawat jalan untuk semua penduduk. Kini seluruh penduduk Kanada menikmati pelayanan kesehatan komprehensif tanpa harus memikirkan berapa besar biaya yang harus mereka keluarkan dari kantong sendiri bahkan untuk penyakit berat sekalipun. Beberapa jenis pelayanan

rumah sakit dan obat yang tidak termasuk klasifikasi esensial, dijamin AKN. Inilah yang menjadi pangsa pasar asuransi kesehatan komersial.<sup>28 29 30</sup>

Tampak jelas bahwa peran usaha asuransi kesehatan komersial terbatas pada menjamin hal-hal yang tidak dijamin AKN atau dikenal dengan asuransi tambahan/suplemen. Pembagian peran ini dimaksudkan untuk menghindari terjadinya seleksi bias (*adverse selection* atau *favorable selection*) dalam asuransi kesehatan komersial yang bersifat sukarela. Orang yang mau membeli asuransi kesehatan adalah orang yang sering sakit atau berisiko tinggi untuk sakit (*adverse selection*). Sebaliknya, perusahaan asuransi berusaha mencari orang yang berisiko rendah untuk mendapat keuntungan yang besar (*favorable selection*).

Pendanaan program Medicare tersebut sejak 1956 ditanggung bersama oleh pemerintah provinsi dan pemerintah federal, masing-masing sama besar. Pada tahun 1977 pendanaan tidak lagi menggunakan sistem proporsional biaya yang dibutuhkan, melainkan pemberian Dana Alokasi Khusus *block grant* per kapita dari pemerintah federal kepada pemerintah provinsi. Bentuk *block grant* itu memberikan keleluasaan kepada pemerintah provinsi menggunakan dana tersebut untuk membiayai program kesehatan lain, seperti tambahan paket obat bagi lansia dan perawatan gigi bagi anak-anak.

Tahun 1979, sebuah telaah sistem kesehatan Kanada menunjukkan bahwa sistem kesehatan di Kanada merupakan salah satu yang terbaik di dunia. Pada telaah yang sama ditemukan pula bahwa banyak dokter yang menarik biaya konsultasi tambahan langsung kepada pasien di samping yang telah dibayar oleh pemerintah provinsi. Fakta itu mengancam akses penduduk karena ada beban tambahan untuk membiayai biaya pelayanan kesehatannya. Dalam Undang-Undang Kesehatan Kanada tahun 1984, pemerintah federal menjatuhkan denda kepada pemerintah provinsi sebesar jumlah biaya yang ditarik oleh dokter di provinsi itu yang dikurangkan dari pendanaan pusat, jika provinsi mengizinkan dokter menarik biaya tambahan dari penduduk yang ditengarai

---

<sup>28</sup> Tuohy CH. *The costs of constraint and prospects for health care reform in Canada*. Health affairs: 21(3): 32-46, 2002.

<sup>29</sup> Vayda E dan Deber RB. *The Canadian health—care system: A developmental overview* dalam Naylor D. Canadian health care and the state. McGill—Queen’s University Press. Montreal, Canada, 1992

<sup>30</sup> Roemer MI. Op Cit

akan memberatkan penduduk dan merusak sistem nasional. Kebijakan ini ditujukan agar seluruh penduduk Kanada terbebas dari beban biaya besar jika ia atau anggota keluarganya sakit.

#### ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DI AUSTRALIA

Australia mengeluarkan UU Asuransi Kesehatan Nasionalnya di tahun 1973 dengan memberikan jaminan pelayanan komprehensif kepada seluruh penduduk Australia, baik yang berada di Australia maupun yang berada di beberapa negara tetangga seperti di Selandia Baru dan warga negara beberapa negara Eropa yang tinggal di Australia. Asuransi, yang juga disebut Medicare dikelola oleh Health Insurance Commissioners di tingkat negara Federal. Sejak tahun 1973, seluruh penduduk Australia tidak perlu memikirkan biaya perawatan jika mereka sakit. Karenanya penyakit tidak akan membuat mereka jatuh miskin. Reformasi sistem Asuransi Kesehatan Nasional Australia terjadi pada tahun 1990an dengan merangsang penduduk untuk membeli asuransi kesehatan komersial. Begitu baiknya pengelolaan Medicare ini sehingga diperlukan perangsang khusus bagi penduduk yang ingin membeli asuransi kesehatan.<sup>31 32 33</sup> Namun swasta dengan cara memberikan pengurangan kontribusi asuransi wajib, ternyata jumlah penduduk Australia yang memilih membeli asuransi kesehatan komersial semakin hari semakin sedikit.

#### ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DI TAIWAN

Negara Asia yang pertama kali secara eksplisit menggunakan istilah AKN dengan melakukan *pooling* nasional adalah Taiwan. Komitmen Presiden yang sangat kuat dibuktikan dengan lahirnya UU AKN pada tahun 1995 dengan sistem yang dikelola oleh Biro NHI, suatu Biro di dalam Depkes Taiwan, sebagai satu-satunya pengelola. Sistem AKN di Taiwan ini dimulai dengan menggabungkan penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri, pegawai swasta, petani dan pekerja di sektor informal, yang sebelumnya dikelola secara terpisah oleh badan penyelenggara masing-masing, seperti sistem di Indonesia dengan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Penggabungan

---

<sup>31</sup> [www.health.gov.au](http://www.health.gov.au).

<sup>32</sup> Hall JIourenco RA and Viney R. Carrots and Sticks- *The fall and fall of private health insurance in Australia*. Health econ 8 (8)2653-660, 1999.

<sup>33</sup> Dixon A and Mossialos E. Op Cit.

tersebut telah meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan yang menjamin akses yang sama kepada seluruh penduduk. Paket jaminan komprehensif yang sama meningkatkan kepuasan peserta dengan tingkat kepuasan lebih dari 70%. Sistem AKN di Taiwan merupakan salah satu sistem yang menanggung pengobatan tradisional Cina dalam paket jaminan yang diberikan kepada pesertanya.<sup>34 35 36 37 38</sup> Karena sistemnya yang cukup memuaskan penduduk, asuransi kesehatan komersial tidak banyak berkembang di Taiwan.

### ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DI KOREA SELATAN

Korea Selatan memulai asuransi sosial pada Desember 1963 dengan mewajibkan perusahaan yang mempekerjakan 500 karyawan atau lebih menyediakan asuransi kesehatan bagi karyawannya. Kewajiban itu ditingkatkan sampai kepada perusahaan yang mempekerjakan satu orang karyawan. Cakupan asuransi kesehatan untuk pekerja mandiri sudah diuji coba sejak tahun 1981 dan pada tahun 1989 seluruh penduduk telah memiliki asuransi. Suatu prestasi yang luar biasa, karena dalam waktu relatif singkat Korea telah mampu mencapai cakupan universal. Tetapi penyelenggaraannya masih dikelola oleh lebih dari 300 badan asuransi kesehatan yang bersifat nirlaba yang dikelola oleh kelompok pekerja atau pemerintah daerah. Mengingat mobilitas penduduk yang tinggi dan rendahnya efisiensi pengelolaan program AKN, maka dilakukan reformasi menuju satu sistem AKN. Sejak tahun 2000, AKN di Korea Selatan dikelola oleh satu badan nasional dengan iuran maksimum 8% dari upah, ditanggung bersama antara pekerja, pemberi kerja dan subsidi pemerintah.<sup>39 40 41</sup>

---

<sup>34</sup> Lee YC, Chang HJ dan Lin PF. *Global budget payment system: Lesson from Taiwan*. Makalah disajikan dalam Summit.2002.

<sup>35</sup> BNHI. *National health insurance profile 2001*. BNHI, Taipei 2002.

<sup>36</sup> Liu CS. *National health insurance in Taiwan*. Makalah disajikan pada Seminar Menyongsong Asuransi Kesehatan Nasional, Jakarta 3-5 Maret 2004.

<sup>37</sup> Rachel Lu J and Hsiao WC. *Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan*. Health affairs: 22(3): 77-88, 2003

<sup>38</sup> Cheng TM. *Taiwan's new national health insurance: Genesis and experience so far*. Health affairs: 22(3):61-76.

<sup>39</sup> Am-Gu. *National health insurance in Korea*. Makalah disajikan dalam lokakarya sistem jaminan sosial di Bali, 10-17 Februari 2004.

<sup>40</sup> Thabrany, H. *Universal coverage in Korea and Thailand*. Laporan kepada proyek social health insurance, Uni Eropa. Oktober 2003

<sup>41</sup> Park. *National health insurance in Korea*. Research division, NHIC. Memograph presented for an Indonesian delegate.2002.

## ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DI THAILAND

Penyelenggaraan AKN di Thailand diusulkan sejak tahun 1996. Program AKN di negara seribu pagoda itu sudah mencakup seluruh penduduk, namun saat itu masih dikelola oleh 3 badan penyelenggara. Usulan penyelenggaraan AKN di Thailand menggabungkan konsep satu Badan Nasional sebagai pengelola dengan desentralisasi pembayaran kepada fasilitas kesehatan (*area purchasing board*).<sup>42</sup> Asuransi Kesehatan Nasional di Thailand saat ini diselenggarakan oleh National Health Security Office (NHSO). NHSO adalah lembaga pemerintah yang bertanggung jawab atas pengelolaan sistem asuransi kesehatan universal di Thailand. Lembaga ini didirikan dengan tujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang merata kepada seluruh penduduk Thailand. Asuransi kesehatan di Thailand terdiri atas sistem jaminan kesehatan pegawai negeri yang paket jaminannya amat royal dan menjamin tidak saja anggota keluarga pegawai, tetapi juga mencakup orang tua dan mertua pegawai.

Seluruh pegawai swasta mendapat jaminan kesehatan komprehensif melalui Badan Jaminan Sosial yang dikelola oleh Depnakernya Thailand. Sedangkan pekerja informal memperoleh jaminan melalui National Health Security Office, sebuah lembaga independen yang mengelola sistem yang dulu disebut sistem 30 Baht. Dengan sistem 30 Baht, seluruh penduduk di luar pegawai swasta dan pegawai negeri berhak mendapat pelayanan kesehatan komprehensif dengan hanya membayar 30 Baht (kurang lebih Rp 9.000) sekali berobat atau dirawat, termasuk perawatan intensif dan pembedahan.<sup>43 44 45</sup>

<sup>46</sup> Kini keharusan membayar 30 Baht ditiadakan karena diprotes oleh RS yang telah dibayar secara kapitasi. Pihak RS menyatakan bahwa keharusan membayar 30 Baht tiap kali berobat atau dirawat menyebabkan penduduk menunda pengobatan. Akibatnya, mereka datang ke klinik/RS sudah terlambat dan memerlukan biaya yang lebih banyak. Maka mereka menuntut dihilangkan keharusan membayar 30 Baht. Sistem itu kini dikenal dengan *Universal Health Coverage* (UHC) saja. Dengan demikian, seluruh

---

<sup>42</sup> Pongpisut. *Achieving universal coverage of health care in Thailand through 30 Baht Policy*. Makalah disampaikan pada SEAMIC Conference, Chiang Mai, Thailand, 14-17 Januari 2002

<sup>43</sup> Siamwalla A. *Implementing universal health insurance*. Dalam pramualratana P dan Wibulpopprasert S. *Health insurance systems in Thailand*. HSRI, Nonthaburi, Muangthai, 2002.

<sup>44</sup> Tangchareonsathien V, Teokul, W dan Chanwongpaisal L. *Thailand health financing system*. Makalah disajikan pada Lokakarya social health insurance, Bangkok, 7-9 Juli 2003.

<sup>45</sup> SSO. *Social health insurance scheme in Thailand*. SSO, Bangkok 2002.

<sup>46</sup> WHO/SEARO. *Social health insurance: Report of a regional consultation*. WHO, New Delhi, 2003

penduduk Thailand kini juga telah terbebas dari ancaman menjadi miskin bila jatuh sakit sejak tahun 2002.

Sistem *Universal Health Coverage* (UHC) di Thailand patut ditiru oleh Indonesia karena sistemnya yang sederhana dan mengena. Pemerintah Thailand mempunyai komitmen yang kuat menjamin penduduknya dengan kualitas yang layak. Sejak awal diperkenalkan, Pemerintah Thailand membayar (semacam Penerima Bantuan Iuran (PBI) di Indonesia) sebesar 1.200 Baht per orang per bulan. Di Tahun 2012 Pemerintah Thailand membayar sekitar 2.600 Baht per orang per bulan, atau sekitar Rp 80.000 per orang per bulan (Pongpisut, 2012, Treerutkuarkul, 2012).

#### ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DI FILIPINA

Filipina merupakan negara berkembang seperti Indonesia, yang memiliki penduduk tersebar di lebih dari 7.000 pulau, yang bertekad memantapkan AKN di akhir Millennium kedua. Pada tahun 1995, Filipina berhasil mengeluarkan UU AKN yang menggabungkan penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan pegawai swasta yang sebelumnya dikelola terpisah menjadi satu badan AKN. Sebagai negara berkembang yang mempunyai pendapatan per kapita sedikit di atas US\$ 1.000, Filipina merupakan negara berkembang yang mengembangkan AKN dengan target mencapai cakupan universal. Saat ini cakupan program AKN baru mencapai sekitar 60% penduduk, namun seluruh pekerja di sektor formal telah menjadi peserta, termasuk tenaga kerja yang bekerja di luar Filipina. Meskipun paket jaminannya belum komprehensif, Filipina sudah mampu meniadakan ancaman pemiskinan akibat sakit bagi sebagian besar penduduknya.<sup>47 48 49</sup>

### C. INDIKATOR MAKRO KESEHATAN PADA BERBAGAI NEGARA

Seperti telah disampaikan di atas, negara-negara yang lebih konsisten mengupayakan cakupan universal dan efisiensi makro (biaya kesehatan nasional yang rendah) tidak menggantungkan sistemnya pada asuransi kesehatan swasta, baik dalam bentuk

---

<sup>47</sup> Novales MA dan Alcantara MO. *National health insurance program in Philippines*. Makalah disampaikan pada Summit Jakarta

<sup>48</sup> EkaPutri. A. *National health insurance program in decentralized government in archipelago Country: Lesson from the Philippine*. Makalah Studi. Asian Scholarship Foundation, 2003.

<sup>49</sup> WHO/SEARO. *Social Health Insurance*. Op Cit.

tradisional-indemnitas maupun dalam bentuk *managed care* (HMO, PPO, maupun POS). Tentu saja kesehatan teoritis yang dikemukakan di atas tidak cukup meyakinkan tanpa adanya data kesehatan. Data kesehatan yang menyajikan cakupan universal dan efisiensi makro saja, juga tidak cukup meyakinkan manfaat asuransi sosial. Oleh karena itu kita juga harus melihat kesehatan *outcome* (keluaran) secara makro. Tujuan cakupan universal dan efisiensi saja tidak memadai jika pelayanan yang diberikan tidak cukup berkualitas. Untuk menentukan pelayanan yang berkualitas, antara lain, kesehatan melihatnya dari keluaran yaitu status kesehatan. Pengukuran status kesehatan yang lazim digunakan adalah angka kematian bayi (AKB) dan umur harapan hidup. Memang kedua kesehatan tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh kesehatan, akan tetapi berbagai analisis menunjukkan bahwa kesehatan tersebut mempunyai korelasi yang kuat terhadap keluaran status kesehatan. Dalam Tabel-1 disajikan perbandingan data kesehatan yang di olah dari Data OECD at Glance 2019.<sup>50</sup>

**Tabel 1**  
**Perbandingan Model Asuransi, Cakupan, Biaya dan Status Kesehatan di Berbagai Negara Maju.**

Negara	Asuransi Kesehatan Dominan	% Penduduk dijamin Asuransi Kesehatan	Biaya Kes per Kapita (USD), 2019	IMR, 2017	Life expectancy, 2019
Amerika	Komersial	90.8	10,586	4.8	78.6
Australia	Sosial	100	5,005	2.4	82.6
Austria	Sosial	99.9	5,395	2.4	81.7
Belanda	Sosial	99.9	5,288	3.7	81.8
Belgia	Sosial	98.7	4,944	3.1	81.6
Ceko	Sosial	100	3,058	2.3	79.1
Denmark	Sosial	100	5,299	3.0	81.2
Finlandia	Sosial	100	4,228	1.9	81.7
Inggris	Negara, NHS	100	4,070	2.8	81.3
Islandia	Sosial	100	4,349	1.8	82.7
Itali	Sosial	100	3,428	2.7	83

Sumber: Diolah dari OECD.Health at Glance 2019.

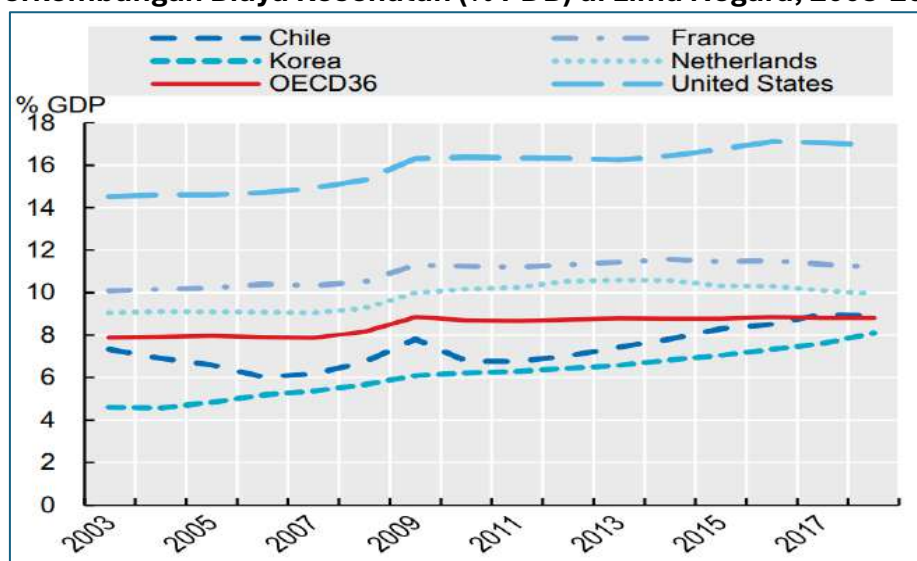
Dari tabel tersebut dapat kita lihat bahwa Amerika yang merupakan satu-satunya negara maju yang menggantungkan sistem asuransinya pada asuransi komersial menunjukkan biaya kesehatan yang harus ditanggung asuransi, hampir dua kali biaya termahal di

<sup>50</sup> OECD. *Health at Glance 2019*.p.81

negara lain, dan lebih dari dua kali dari biaya kesehatan di Jepang dan Jerman yang sama-sama memiliki banyak badan penyelenggara asuransi kesehatan. Jika dilihat cakupan asuransinya, Amerika masih memiliki 9,2% penduduk yang belum mempunyai jaminan (*uninsured*). Sementara indikator makro kesehatan, IMR dan LE, tidak menunjukkan status yang lebih baik dari negara maju lainnya.

Data di atas menunjukkan angka *cross sectional* yang dapat menunjukkan bias waktu. Apakah tingginya biaya kesehatan di Amerika konsisten dari waktu ke waktu? Berbagai literatur ekonomi kesehatan menunjukkan konsistensi tersebut. Tentu saja, kita tidak bisa membandingkan nilai nominal dolar tersebut dengan keadaan di Indonesia. Negara yang kaya memang akan mengeluarkan biaya besar karena biaya hidupnya tinggi. Suatu ukuran yang dapat memantau beban finansial adalah besarnya biaya kesehatan dibandingkan dengan produk domestik bruto (PDB). Perkembangan persentase biaya kesehatan terhadap PDB di lima negara OECD, 2003-2017 disajikan pada Grafik1 yang menunjukkan persentase biaya kesehatan terhadap PDB Amerika secara konsisten terus meningkat tak terkendali. Amerika menghabiskan biaya jauh lebih besar, baik dalam nilai nominal dolar maupun dalam persentase terhadap PDB dibandingkan dengan empat negara lainnya yakni Korea, Cili, Belanda dan Perancis. Dari lima negara yang dibandingkan, hanya Amerikalah yang menggantungkan pembiayaan kesehatan dominan kepada mekanisme pasar asuransi kesehatan komersial/swasta, termasuk berbagai bentuk *managed care* seperti HMO, PPO, dan POS.

**Grafik 1**  
**Perkembangan Biaya Kesehatan (% PDB) di Lima Negara, 2003-2017**



Suatu mekanisme pasar dapat dikatakan alamiah bila pelaku ekonomi, pembeli dan penjual, dapat bebas bergerak sesuai dengan kapasitasnya masing-masing. Peningkatan kapasitas pembeli (*demand*) tanpa adanya peningkatan kapasitas penjual (*supply*) menyebabkan harga naik. Sebaliknya peningkatan suplai barang/jasa tanpa adanya peningkatan *demand* akan menyebabkan harga barang turun. Mekanisme tersebut adalah mekanisme yang sangat lazim terjadi pada pasar. Hasil (*outcome*) dari mekanisme ini adalah tercapainya efisiensi. Semakin tinggi tingkat persaingan, peningkatan suplai, semakin rendah harga suatu barang/jasa, dan sebaliknya. Jadi konsumen akan diuntungkan. Akan tetapi di dalam asuransi kesehatan dan pelayanan kesehatan, dampak persaingan yang menghasilkan efisiensi tinggi ini selalu dipertanyakan. Apakah benar dengan mekanisme pasar, pelayanan kesehatan akan lebih murah dan lebih berkualitas? Suatu barang atau jasa pelayanan kesehatan dapat saja tidak lebih murah akan tetapi kualitasnya lebih baik. Jadi terjadi efisiensi juga. Selain efisiensi yang merupakan keluaran umum yang diharapkan dari suatu mekanisme pasar, di dalam pelayanan kesehatan seringkali dipertanyakan aspek *equity* (pemerataan).

Aspek *equity* sangat terkait dengan golongan ekonomi lemah atau distribusi pendapatan. Dalam sektor jasa, salon kecantikan misalnya, para ahli ekonomi dan kebijakan publik tidak perlu mengkhawatirkan aspek pemerataan. Orang miskin yang tidak sanggup ke salon, tidak menjadi soal terlepas dari apakah pasar jasa salon kecantikan itu efisien atau tidak. Pemerintah manapun tidak pernah ikut campur untuk menurunkan atau mengatur tarif salon kecantikan. Biarlah mekanisme pasar yang bekerja. Akan tetapi dalam pasar bahan makanan pokok, misalnya beras, para ahli tentu sangat peduli jika harga beras terlalu tinggi sehingga golongan tidak mampu mungkin dapat menjadi kelaparan. Harga beras terlalu rendah dapat menyebabkan petani beralih menanam tanaman lain yang lebih menguntungkan. Oleh karenanya seringkali pemerintah melakukan intervensi dengan menjual barang di bawah harga pasar atau memberikan subsidi khusus kepada orang miskin atau petani.

## 6. SIMPULAN

---

Setiap negara menerapkan model jaminan sosial kesehatan dengan cara yang berbeda-beda sesuai dengan cara pengumpulan pendapatan untuk pembiayaan layanan kesehatan. Konsep AKN (*National Health Insurance/NHI*) diterapkan dengan model pembiayaan kesehatan yang memungkinkan untuk menuju *Universal Health Coverage* (UHC). Konsep ini bertujuan untuk mencapai cakupan kepesertaan universal dengan penyelenggaraan diatur melalui peraturan negara setempat dengan penyelenggara tunggal dan pengumpulan iuran dapat berasal dari pajak dan kontribusi iuran. Konsep AKN di berbagai negara diterapkan untuk memastikan akses yang adil terhadap layanan kesehatan, memperkuat pengelolaan dan meningkatkan efisiensi sistem.

# Sejarah, Konsep, Jenis Asuransi Kesehatan

1. Sejarah Asuransi Kesehatan.....	29
Sejarah Asuransi Kesehatan di Dunia.....	30
Sejarah Asuransi Kesehatan di Indonesia .....	34
2. Konsep Asuransi Kesehatan .....	37
a. Rasional Asuransi .....	37
b. Risiko.....	39
c. Manajemen Risiko.....	41
d. Risiko yang Dapat Diasuransikan .....	43
e. Persyaratan Terkait Teknis Asuransi .....	47
3. Kontrak Asuransi .....	49
1) Bersifat Kondisional .....	49
2) Bersifat Unilateral.....	50
3) Bersifat Aleatory .....	50
4) Bersifat Adhesi .....	51
4. Perbedaan Konsep Asuransi Kesehatan Sosial dan Komersial .....	51
a. Asuransi Sosial .....	51
b. Asuransi Komersial .....	67
5. Konsep Asuransi Kesehatan di Indonesia .....	72
6. Simpulan .....	81

## 1. SEJARAH ASURANSI KESEHATAN

---

Pada pembahasan sejarah asuransi kesehatan, harus disepakati terlebih dahulu apa yang dimaksud dengan asuransi kesehatan. Di banyak buku teks asuransi, asuransi kesehatan mencakup produk asuransi kesehatan sosial maupun komersial. Asuransi

kesehatan sosial adalah asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk (misalnya pegawai), premi atau iurannya bukan nilai nominal tetapi persentase upah yang wajib dibayarkan, dan manfaat asuransi (*benefit*) ditetapkan peraturan perundangan yang relatif sama untuk semua peserta. Sedangkan asuransi kesehatan komersial adalah asuransi yang dijual oleh perusahaan atau badan asuransi lain, sifat kepesertaannya sukarela tergantung kesediaan orang atau perusahaan untuk membeli dan preminya ditetapkan dalam bentuk nominal sesuai manfaat asuransi yang ditawarkan. Karena itu premi dan manfaat asuransi kesehatan komersial sangat bervariasi dan tidak sama untuk setiap peserta.

Domain asuransi kesehatan mencakup berbagai program atau produk asuransi yaitu penggantian uang atau pemberian pelayanan kesehatan, yang kebutuhannya timbul karena adanya kejadian sakit, kecelakaan kerja, atau kecelakaan diri selain kecelakaan kerja. Badan asuransi komersial (asuradur) dapat juga menyediakan jaminan dalam bentuk penggantian penghasilan yang hilang akibat seseorang menderita sakit atau mengalami kecelakaan. Obyek asuransi kesehatan sangat luas mencakup kejadian sakit, kecelakaan, kehilangan penghasilan, pembayaran cicilan hutang ketika tertanggung menderita sakit.

### **SEJARAH ASURANSI KESEHATAN DI DUNIA**

Sejak 1.000 tahun sebelum Masehi masyarakat kuno telah mengenal prinsip dasar asuransi yaitu yang dikenal dengan istilah “Hukum Laut”. Dalam konsep hukum laut di jaman kuno, perahu-perahu mengalami kesulitan mendarat akibat malam yang gelap gulita dan karenanya dapat hilang. Untuk mengatasi hal itu masyarakat sepakat mengupayakan penerangan dengan cara melemparkan sesuatu benda bercahaya ke laut, sehingga laut menjadi terang dan hasilnya dapat dinikmati para nelayan. Karena penerangan yang dihasilkan oleh upaya itu dinikmati bersama oleh para nelayan, maka disepakati untuk menanggung bersama upaya itu. Dengan kata lain “Segala yang dikorbankan untuk manfaat bersama harus dipikul (kontribusi) bersama”. Hukum kuno tersebut menjadi dasar dari prinsip asuransi, bukan hanya asuransi kesehatan, tetapi semua asuransi “*a common contribution for the common good*” (HIAA, 1994).<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> HIAA. *Group life and health insurance. Part A*. HIAA, Washington DC, 1994.

Di kalangan masyarakat China kuno juga sudah dikenal konsep asuransi kesehatan yaitu masyarakat memberikan dana secara rutin kepada *shinse* tanpa memperhatikan apakah mereka sakit atau tidak. Di zaman sekarang, model ini dikenal dengan pembayaran secara kapitasi. Ketika salah seorang anggota keluarga masyarakat sakit, mereka membawa si sakit ke *shinse* tanpa membayar lagi. Di Timur Tengah, konsep asuransi juga sudah berkembang sejak jaman Mesir kuno yang tumbuh di kalangan pedagang yang berbisnis lintas daerah (kini lintas negara). Berdagang di gurun pasir luas dari Yaman di Selatan sampai Suriah di Utara atau dari Libia di Barat sampai Iran di Timur, mempunyai risiko kehilangan arah karena luasnya gurun pasir dan timbulnya badai pasir. Seorang kafilah dapat hilang dan keluarga mereka menderita kesulitan ekonomi. Untuk menghindari beban ekonomi para keluarga kafilah yang hilang tersebut, para kafilah bersepakat mengumpulkan dana yang akan digunakan untuk memberikan santunan kepada anggota keluarga kafilah yang hilang atau meninggal dalam perjalanan bisnisnya.

Asuransi modern berkembang luas di Eropa pada pertengahan abad ke 19 pasca revolusi industri. Masa itu tumbuh harapan kehidupan baru yang baik, namun di sisi lain terjadi peningkatan risiko dalam kehidupan rumah tangga. Kehidupan tradisional berbasis pertanian lebih menjanjikan kestabilan dan kepastian pendapatan jangka panjang dibandingkan dengan kehidupan di era industri. Ketidakpastian itu memicu tumbuhnya perkumpulan (asosiasi, *societies*, *club*, dan sebagainya) yang bertujuan menanggung bersama berbagai risiko yang menimpa anggota suatu kelompok akibat industrialisasi tersebut. Perkumpulan itu kemudian berkembang pesat di beberapa negara, seperti Jerman, Denmark, Swedia, Norwegia, Swiss, dan Belanda yang ditandai dengan pembentukan berbagai klub yang melakukan upaya bersama untuk menghadapi anggota perkumpulan yang menderita sakit. Perkumpulan itu disebut *sick clubs*, *mutual benefit funds*, *cooperatives*, atau *societies*. Di Inggris dikenal *Friendly Societies* dan *Saturday Funds* yaitu asosiasi para pedagang untuk mengatasi berbagai risiko dalam menjalankan usahanya.

Dilihat dari keanggotaan dan bentuk perkumpulannya, dikenal beberapa variasi kelompok atau perkumpulan seperti serikat pekerja usaha dagang, industri kecil, pekerja di berbagai sektor, pengrajin, pengusaha (waktu itu masih kecil atau menengah), dokter secara perorangan, asosiasi dokter, kelompok keagamaan, dan perusahaan asuransi. Jenis asuransi yang umum berjalan di abad ke-19 adalah *mutual aid societies* yaitu

bentuk gotong-royong informal yang mengumpulkan iuran dari para anggota perkumpulan dan menjanjikan memberikan uang tunai (*cash benefit*) ketika seorang anggota mengalami cacat (hilang kemampuan, *disable*) yang disebabkan oleh kecelakaan atau penyakit, yang menyebabkan anggota itu tidak mampu berdagang atau kehilangan penghasilan.

Konsep asuransi sosial, yang bersifat wajib karena diatur oleh pemerintah atau penguasa, mulai berkembang di Eropa pada tahun 1883 ketika Kanselir Otto von Bismarck mewajibkan seluruh pekerja untuk bergabung dalam Dana Sakit (*sickness fund, zieken fond*). Bismarck berpendapat bahwa setiap penduduk harus mendapatkan haknya pada masa-masa sulit seperti ketika ia jatuh sakit. Hak tersebut diatur melalui suatu mekanisme khusus yang berasal dari kontribusinya sendiri, bukan sumbangan orang.

Negara harus menjamin agar hak tersebut terpenuhi dengan cara mewajibkan pekerja membayar iuran untuk dirinya sendiri. Sebagai konsekuensinya, ketika seorang pekerja mengalami kegagalan mendapatkan upah akibat sakit, orang tersebut berhak mendapatkan penggantian kehilangan upah. Jadi manfaat yang diberikan bukan biaya pengobatan atau perawatan, akan tetapi pengganti upah yang hilang karena tidak mampu bekerja (tuna karya sementara) akibat suatu penyakit. Pada awalnya, kewajiban ini hanya dikenakan kepada pekerja kelas atas (*white collar*), kemudian diperluas hingga pekerja kasar, pelajar, mahasiswa, dan petani. Seperti juga yang terjadi di berbagai belahan dunia, penghimpunan dana secara tradisional yang bersifat sukarela oleh *friendly societies* - semacam upaya dana sehat atau koperasi di Indonesia- tidak bisa berkembang secara optimal.

Tradisi solidaritas di Jerman berkembang melalui pembentukan kelompok usaha yang terdiri atas pedagang, pengusaha kecil dan pengrajin (*guilds*). Bismarck menerapkan sistem asuransi kesehatan wajib menggunakan pendekatan tradisi tersebut. Oleh karenanya sistem asuransi wajib (asuransi sosial) dikembangkan untuk tiap kelompok kerja atau di lingkungan suatu usaha/perusahaan. Ada tiga kunci kebijakan Jerman di akhir abad ke 19 tersebut, yaitu setiap pekerja wajib mengikuti program dana sakit, dana yang terkumpul dikelola sendiri oleh kelompok yang bersangkutan, dan sumber dana berasal dari pekerja itu sendiri, bukan dari pemerintah (Stierle, 1998). Model asuransi sosial inilah yang kemudian berkembang dan menjadi dasar penyelenggaraan

asuransi/jaminan sosial (*social security*) di seluruh dunia dengan berbagai variasi penyelenggaraan.

Pada pertengahan abad ke 19 (tahun 1851), di Amerika, tepatnya di San Francisco terbentuk *voluntary mutual protection associations* seperti La societe Francaise de Beienfaisance Mutuelle. Asosiasi tersebut barangkali setara dengan perkumpulan dana sehat, JPKM di Indonesia tahun 1990an. Asosiasi tersebut selanjutnya mendirikan rumah sakit di tahun 1852 untuk melayani perawatan bagi anggotanya. Tahun 1875, *establishment funds* (Dana Bersama) di Amerika mulai banyak terbentuk. Dana bersama tersebut merupakan *mutual benefit associations*, semacam serikat pekerja, dari suatu firma (*employer*) yang dapat berbentuk perusahaan atau bentuk badan hukum lainnya. Umumnya dana yang terkumpul berasal dari para karyawan, hanya sedikit Dana Bersama yang ikut dibiayai oleh majikan. Manfaat yang diberikan Dana Bersama umumnya berbentuk dana kematian dan disabilitas (pengganti upah yang hilang karena sakit) dalam jumlah yang relatif kecil. Di akhir abad ke 19, gerakan penghimpunan Dana Bersama tersebut dinilai tidak memadai karena terbatasnya jumlah peserta yang memenuhi syarat ikut serta karena sifat kepesertaan yang sepenuhnya sukarela. Hambatan lain adalah iuran yang rendah sehingga dana yang terkumpul tidak mencukupi untuk membayar santunan yang dijanjikan. Ketidacukupan peserta dan dana ini merupakan fenomena umum yang sampai sekarang terjadi di banyak negara berkembang. Akibatnya peserta tidak merasakan manfaat bergabung ke dalam Dana Bersama dan memilih berhenti, sehingga jumlah peserta yang sudah sedikit semakin sedikit akibat berkurangnya jumlah peserta yang tetap bergabung. Akhirnya Dana Bersama ini bubar/bangkrut. Pola yang sama juga terjadi di Indonesia ketika Kementerian Kesehatan mendorong pembentukan pra-Bapel Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) setelah krisis nilai tukar di akhir tahun 1990an.

Sampai tahun 1917, asuransi kesehatan yang berkembang berbentuk asuransi disabilitas pendapatan (*disability income insurance*) yang membayar manfaat ketika peserta sakit, yang bukan karena kecelakaan kerja atau penyakit akibat pekerjaan-yang dijamin oleh pemerintah melalui UU Kecelakaan Kerja tahun 1908. Asuransi kesehatan swasta ketika itu merupakan satu-satunya jenis asuransi kesehatan yang ditawarkan perusahaan asuransi. Pasar asuransi kesehatan penggantian upah ini tidak mengalami perkembangan berarti di Amerika sampai 40 tahun kemudian. Di tahun 1940an, empat

negara bagian Amerika (Rhode Island-1942, California-1946, New Jersey-1948, dan New York-1949) mewajibkan asuransi disabilitas pendapatan jangka pendek (*short term disability income insurance*) di negara bagian tersebut.

Jaminan sosial (*social security*) yang kini dikenal di dunia dan mencakup salah satu program asuransi kesehatan sosial dikembangkan di Amerika di tahun 1935 setelah terjadi krisis ekonomi besar (*great depression*) di tahun 1932. Akan tetapi pada waktu pertama kali undang-undang jaminan sosial diundangkan tahun 1935, program asuransi kesehatan belum masuk dalam sistem jaminan sosial Amerika. Program yang masuk pada awalnya adalah jaminan hari tua dan disabilitas yang dikenal dengan OASDI (*Old Age, Survivor benefit, and Disability Income*). Baru pada tahun 1965 Amerika menambahkan program jaminan kesehatan yang terdiri atas Medicare (asuransi kesehatan wajib bagi penduduk lanjut usia atau lansia, penderita cacat dan penderita gagal ginjal) dan Medicaid (program bantuan pemerintah pusat dan daerah dalam jaminan kesehatan bagi penduduk miskin). Setelah tahun 1965, program jaminan sosial Amerika dikenal dengan OASDHI (*Old Age, Survivor benefit, Disability, and Health Insurance*). Seluruh program jaminan sosial tersebut dikelola oleh pemerintah federal (pusat) bukan oleh pemerintah bagian. Pengelolaan jaminan sosial oleh Pemerintah, bukan oleh suatu badan kuasi pemerintah seperti di Filipina, di Korea Selatan dan di Indonesia merupakan fenomena baru.

### **SEJARAH ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA**

Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia berjalan sangat lambat dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di beberapa negara tetangga di ASEAN. Penelitian yang seksama tentang faktor yang memengaruhi perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia tidak cukup tersedia. Secara teoritis beberapa faktor penting dapat dikemukakan sebagai penyebab lambatnya pertumbuhan asuransi kesehatan di Indonesia, di antaranya deman (*demand*) dan pendapatan penduduk yang rendah, kurangnya kemauan pemerintah, budaya berasuransi, yang belum naik, dan buruknya kualitas pelayanan kesehatan serta tidak adanya kepastian hukum di Indonesia.

Lambatnya perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia dipengaruhi berbagai faktor. Penduduk Indonesia pada umumnya merupakan *risk taker* untuk kesehatan dan kematian. Sakit dan mati dalam kehidupan masyarakat Indonesia yang religius

merupakan takdir Tuhan dan karenanya banyak anggapan yang tumbuh menentang takdir. Hal itu menyebabkan rendahnya kesadaran penduduk untuk membeli atau mempunyai asuransi kesehatan.

Selanjutnya, keadaan ekonomi penduduk Indonesia yang sejak merdeka sampai tahun 2023 masih mempunyai pendapatan per-kapita sekitar \$ 4.919 AS per tahun tetapi tidak merata. Hanya sebagian kecil berpendapatan tinggi, sehingga tidak memungkinkan penduduk Indonesia menyisihkan dana untuk membeli asuransi kesehatan. Rendahnya *demand* dan daya beli tersebut mengakibatkan tidak banyak perusahaan asuransi yang menawarkan produk asuransi kesehatan. Selain itu, fasilitas kesehatan sebagai faktor yang sangat penting untuk mendukung terlaksananya asuransi atau mengembangkan asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat luas kesehatan juga tidak berkembang secara baik dan distribusinya tidak merata. Sedangkan dari sisi regulasi, pemerintah Indonesia relatif lambat memperkenalkan konsep asuransi kepada masyarakat melalui kemudahan asuransi sosial, perizinan asuransi komersial, dan kepastian hukum dalam berbisnis asuransi.

Di Indonesia, konsep asuransi kesehatan telah dimulai sejak Askes PNS diperkenalkan di tahun 1968. Setelah itu, berbagai program dana sehat, pengumpulan dana untuk kesehatan, baik dengan kontribusi uang atau beras atau bahan lain dikembangkan di banyak desa. Namun, upaya dana sehat tersebut bernasib sama dengan Dana Bersama di Amerika. Undang-undang Kesehatan yang dikeluarkan tahun 1992 (UU Nomor 23 Tahun 1992) menggariskan agar Pemerintah mendorong pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang diambil dari konsep HMO (*Health Maintenance Organization*) di Amerika yang merupakan salah satu bentuk asuransi kesehatan komersial. Para pengembang JPKM di Kemenkes-pun (Depkes ketika itu), tidak banyak yang memahami bahwa HMO dan JPKM sesungguhnya merupakan bentuk asuransi komersial yang tidak sesuai dengan tujuan dan cita-cita bangsa mewujudkan sistem kesehatan yang berkeadilan (*egaliter*). Produk yang dijual merupakan produk inferior yang orang dengan berpendapatan rendahpun tidak mau membeli. Ada beberapa usaha yang mengembangkan JPKM dengan moda bisnis yang agak baik, yang mencapai jumlah 24 badan pelaksana (Bapel) di awal tahun 2000an, tetapi mereka tidak berkembang menjadi besar karena modal yang sangat kecil untuk ukuran bisnis asuransi. Akibatnya program JPKM tidak bisa membuktikan keandalannya sampai 10

tahun setelah diatur dalam UU Kesehatan. Beruntunglah kita, setelah UU SJSN 2004 dan UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009, konsep JPKM telah dihapus dalam sistem kesehatan Indonesia.

Pengembangan program asuransi sosial untuk pegawai swasta (program JPK Jamsostek yang diatur dalam UU Nomor 3 Tahun 1992) juga mengadopsi fitur JPKM, menggunakan istilah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Sayangnya, konsep JPK Jamsostek yang lebih tepat untuk Indonesia mendapat intervensi keliru yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 1993 yaitu memberikan opsi keluar (*opt out*). Perusahaan yang dapat memberikan jaminan lebih baik, boleh tidak ikut JPK Jamsostek. Anehnya lagi, layanan kesehatan yang mahal, yang justru tidak sanggup ditanggung sendiri oleh pegawai seperti cacat bawaan, pengobatan kanker, pengobatan jantung, dan cuci darah (hemodialisa) tidak dijamin. Jadilah program JPK Jamsostek bersifat produk inferior, tidak cukup menarik bagi mereka yang berpenghasilan menengah ke atas. Hal itu tampaknya memang dibuat demikian demi mendorong berkembangnya asuransi kesehatan komersial yang diatur dalam UU Nomor 2 Tahun 1992 tentang Asuransi. Akibatnya, asuransi kesehatan sosial di Indonesia tidak berkembang dengan baik sampai tahun 2014, meskipun UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) telah lahir di tahun 2004. Kelahiran UU SJSN menempatkan Indonesia setahun lebih awal dari dorongan WHO untuk menjamin semua penduduk. Hal itu dijalankan Pemerintah mulai tahun 2014.

Pada tanggal 7-9 Maret 2005, WHO kantor regional Asia Pasifik, Asia Tenggara, dan Timur Tengah berkumpul di Manila untuk menggariskan kebijakan dan pedoman pengembangan asuransi kesehatan sosial di wilayah Asia-Pasifik dan Timur Tengah. Berbagai ahli dalam bidang asuransi kesehatan atau pendanaan kesehatan (*health financing*) diundang untuk perumusan tersebut. Karena sistem pendanaan di Asia yang ada ketika itu sangat bervariasi, maka disepakati tujuan pengembangan asuransi kesehatan sosial yaitu mewujudkan akses universal layanan kesehatan (*universal health coverage*). Selain asuransi kesehatan sosial, sistem pendanaan melalui pajak (sering disebut konsep *National Health Service* (NHS) dengan menyediakan pelayanan kesehatan secara gratis atau hampir gratis kepada seluruh penduduk ketika mereka sakit menjadi andalan sistem kesehatan egaliter. Sistem kesehatan egaliter adalah sistem yang menjamin setiap penduduk memperoleh layanan kesehatan sesuai

kebutuhan medisnya, terlepas dari status sosial, ekonomi, maupun politik penduduk tersebut. Model NHS didanai dari pajak penghasilan ketika penduduk sehat dan produktif (menerima gaji). Model pendanaan NHS mirip juga dengan model Askesos (Asuransi kesehatan sosial) yaitu bersumber dari iuran wajib/pajak. Model NHS dijalankan di Malaysia, Sri Lanka, dan Thailand. Pada bulan Mei 2005 Pertemuan Tahunan WHO (*General Assembly*) mengadopsi konsep *Universal Health Coverage* untuk diterapkan di semua negara anggota.

## 2. KONSEP ASURANSI KESEHATAN

---

### A. RASIONAL ASURANSI

Dalam kamus atau perbendaharaan kata bangsa Indonesia, tidak dikenal kata asuransi. Yang dikenal adalah istilah “jaminan” atau “tanggung”. Itulah sebabnya, kita juga menggunakan istilah ‘jaminan’ dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) agar mudah dipahami rakyat. Kata asuransi berasal dari bahasa Inggris *insurance*, dengan akar kata *in-sure* yang berarti “memastikan”. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan kantongnya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatan orang tersebut. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut *insurer* atau dalam UU Asuransi disebut asuradur. Asuransi merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (*uncertainty*) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat didanai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan transfer risiko kepada *insurer* atau asuradur, ataupun badan penyelenggara jaminan.

Sebagai ilustrasi, pertimbangkan keadaan di suatu kota dengan satu juta penduduk dan setiap tahun terdapat 3.000 orang yang dirawat di rumah sakit. Tidak ada satu orang pendudukpun yang tahu pasti siapa yang akan masuk rumah sakit pada suatu tahun atau suatu hari tertentu. Misalkan setiap perawatan di rumah sakit menghabiskan biaya berobat sebesar Rp 5 juta (tidak sanggup dibayar oleh keluarga tukang ojek). Apa yang bisa dilakukan? Apakah setiap hari kita harus meminta sumbangan untuk keluarga tukang ojek. Tentu hal itu bisa dilakukan, akan tetapi bagaimana kita menjamin bahwa

setiap hari terkumpul sumbangan yang memadai untuk mendanai kebutuhan perawatan di rumah sakit jika setiap hari ada 7-10 orang yang sakit. Artinya dibutuhkan Rp 35-50 juta dana terkumpul setiap hari. Masyarakat pun tentu akan bosan mengumpulkan atau memberikan sumbangan terus menerus. Pada situasi lain, beban biaya rumah sakit sebesar rata-rata Rp 5 juta itu bukan beban yang berat bagi seorang direktur bank yang bergaji Rp 100 juta sebulan. Namun direktur bank tersebut akan mengalami kesulitan bila biaya perawatan mencapai Rp 250 juta. Beruntung bagi seorang direktur bank, beban biaya berobat itu biasanya ditanggung oleh bank, karena umumnya perusahaan menyediakan fasilitas penggantian biaya atau asuransi kesehatan untuk pegawai dan keluarganya.

Secara statistik dapat dihitung bahwa setiap orang memiliki probabilitas 0,003 (yaitu 3.000 orang dibagi 1.000.000 penduduk kota) untuk masuk rumah sakit. Jika rata-rata tagihan rumah sakit untuk tiap perawatan adalah Rp 5 juta, maka setiap tahun dibutuhkan dana sebesar 3.000 (orang) X Rp 5 juta atau sama dengan Rp 15 milyar. Walikota setempat cukup cermat mengamati masalah tersebut. Menurut sang Walikota, dari pada setiap orang was-was memikirkan biaya perawatan setiap ada warga yang sakit, atau setiap kali penduduk itu minta sumbangan Walikota, maka ia kembangkan sistem asuransi. “Nanti saya yang atur”, ujar sang Walikota. Jika kebutuhan biaya Rp 15 milyar dibagi rata kepada satu juta penduduk, maka tiap kepala cukup membayar Rp 15.000 setahun (Rp 15 milyar dibagi 1.000.000 penduduk). Bukankah membayar Rp 15.000 per orang per tahun merupakan beban ringan! Tukang ojek pun sanggup mengiur uang sebesar itu. Setelah dana Rp 15 milyar terkumpul, tidak ada lagi penduduk yang kesulitan membayar tagihan rumah sakit. Jika ada yang sakit, kaya atau miskin, sang Walikota mengambil dana dari uang yang terkumpul dalam pundi (*pool*) hasil iuran seluruh penduduk. Beres? Teorinya begitu.

Dalam praktek, tidak semudah itu. Sebab, selalu saja ada orang yang tidak mau bayar iuran meskipun hanya Rp 15.000 per orang per tahun. Bagaimana dengan biaya administrasi? Bagaimana jika terjadi peningkatan biaya pelayanan? Dan masih banyak masalah lainnya. Masalah-masalah itulah yang dibahas dalam buku ini.

Ilustrasi di atas memperlihatkan sifat ketidakpastian (*uncertainty*) dalam hal waktu dan besaran biaya berobat yang diperlukan. Tukang ojek atau keluarganya dapat saja menderita penyakit yang memerlukan biaya sampai Rp 500 juta, walaupun kemampuan

membayarnya sangat rendah. Biaya pengobatan kanker dapat dengan mudah mencapai setinggi itu. Hampir dapat dipastikan bahwa si tukang ojek akan terpaksa tidak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan berisiko meninggal atau cacat seumur hidup, sehingga akan menjadi beban masyarakat juga. Bulan Februari 2013, media cetak dan elektronik ramai membahas kasus Dera dan Zahra, dua anak yang meninggal karena tidak mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan. Kedua layanan itu berbiaya mahal, meskipun penyebabnya bervariasi. Di Indonesia, begitu ada sekitar 100 juta orang yang berpenghasilan rendah yang tidak sanggup membayar biaya berobat. Tetapi, mereka tidak tergolong miskin, sehingga mereka tidak mendapatkan fasilitas Jamkesmas atau Jamkesda. Beberapa provinsi seperti DKI Jakarta, Aceh dan Sumatera Selatan telah menyediakan jaminan bagi seluruh penduduknya, dengan mekanisme kombinasi model asuransi dan model NHS.

Dari ilustrasi di atas, dapat diambil kesimpulan bahwa asuransi adalah suatu mekanisme gotong royong yang dikelola secara formal dengan hak dan kewajiban yang disepakati secara jelas. Mekanisme iuran sebesar Rp 15.000 per tahun per penduduk, membuat semua yang sakit mendapat kepastian mendapat biaya berobat. Bentuk kegotongroyongan tersebut, di dalam asuransi dikenal juga dengan istilah *risk sharing*. Dari segi dana yang terkumpul (*pool*) disebut sebagai suatu mekanisme *risk pooling* dalam teori asuransi. Dana yang terkumpul dari masing-masing penduduk digunakan untuk kepentingan seluruh penduduk yang mengiur. Oleh karenanya, asuransi dapat juga disebut suatu mekanisme hibah bersama karena dana terkumpul tersebut merupakan hibah dari masing-masing penduduk yang akan digunakan untuk kepentingan bersama. Dengan demikian iuran atau premi yang telah dibayar dari masing-masing anggota, jelas bukan tabungan dan karenanya tiap-tiap anggota tidak berhak meminta kembali dana yang sudah dibayarkan atau diiurkan, meskipun ia tidak pernah sakit sehingga tidak pernah menggunakan dana itu.

## **B. RISIKO**

### PEMAHAMAN TENTANG RISIKO

Di Indonesia banyak orang menggunakan istilah resiko, bukan risiko. Meskipun dalam kamus bahasa Indonesia hanya dikenal risiko, banyak orang membedakan makna antara resiko dan risiko. Banyak pakar asuransi berpandangan istilah “resiko” digunakan untuk

hal-hal yang sifatnya spekulatif. Sebagai contoh, seorang berdagang mobil mempunyai resiko rugi apabila ia tidak hati-hati mengelola usahanya atau tidak mengikuti perkembangan pasar mobil. Sedangkan istilah “risiko” digunakan dalam asuransi untuk kejadian-kejadian yang dapat diasuransikan yang sifatnya bukan spekulatif. Risiko ini disebut juga *pure risk* atau risiko murni. Dalam bahasa Indonesia memang kita tidak memiliki istilah asal atau akar kata tentang risiko. Sebab risiko diterjemahkan dari bahasa Inggris *risk*. Akan tetapi kalau kita pelajari benar, sesungguhnya *risk* berkaitan dengan bahasa Arab *rizk* yang kita terjemahkan dalam bahasa Indonesia menjadi rejeki. Keduanya mempunyai aspek ketidakpastian, yang seringkali kita nyatakan bahwa hal itu merupakan Takdir Tuhan. Risiko bersifat tidak pasti (*uncertain*), demikian juga rejeki. Asuransi sesungguhnya merupakan suatu cara mengelola risiko dan dapat dinyatakan sebagai upaya preventif (sebelum terjadinya sakit) dalam rangka mencegah ketidakmampuan penduduk membiayai pelayanan medis yang mahal.

Dalam buku Asuransi Kesehatan di Indonesia, Thabrany (2001)<sup>52</sup> telah membahas dasar-dasar asuransi kesehatan. Dalam bab ini, dasar-dasar tersebut disajikan kembali dengan modifikasi untuk memudahkan memahaminya. Fokus perhatian dunia asuransi adalah risiko yang terkait dengan kerugian baik berupa materiil maupun berupa kehilangan kesempatan berproduksi akibat menderita penyakit berat. Dilihat dari ketidakpastiannya, risiko mengandung kesamaan dengan kata rejeki yang menurut kepercayaan orang Indonesia, hanya Tuhan yang mengetahui dengan pasti jumlah, waktu dan cara perolehannya. Jadi risiko dan rizki/rejeki mempunyai kesamaan yaitu ketidakpastian, namun keduanya berbeda konotasi. Risiko berkonotasi negatif (tidak diharapkan), sedangkan rizki berkonotasi positif (diharapkan). Asuransi membatasi areanya pada risiko yang berkonotasi negatif karena tidak diharapkan oleh siapapun, jadi asuransi bukanlah mekanisme untuk untung-untungan, untuk mendapatkan rizki/rejeki.

Dalam setiap langkah kehidupan kita, selalu saja ada risiko, baik kecil seperti terjatuh akibat tersandung kerikil sampai yang besar seperti kecelakaan lalu lintas yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan. Beruntung Tuhan telah memberikan sifat alamiah manusia yang selalu menghindarkan diri dari berbagai risiko. Setiap orang

---

<sup>52</sup> Thabrany, Hasbullah. *Asuransi Kesehatan di Indonesia*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Depok 2001.

mempunyai cara tersendiri untuk menghindarkan dirinya dari berbagai risiko. Secara umum, cara-cara menghindarkan diri dari berbagai risiko hidup disebut sebagai manajemen risiko yang dikelompokkan menjadi empat kelompok besar, akan dibahas berikut ini.

### C. MANAJEMEN RISIKO

Dalam ilmu manajemen risiko atau *risk management*, kita mengenal beberapa teknik menghadapi risiko yang dapat terjadi pada semua aspek kehidupan. Teknik-teknik tersebut adalah (Vaughan, 2003)<sup>53</sup>, Rejda<sup>54</sup>:

#### 1. MENGHINDARKAN RISIKO (RISK AVOIDANCE).

Kalau kita merokok, ada risiko terkena penyakit kanker paru atau penyakit jantung (kardiovaskuler). Salah satu Cara menghindari terjadinya risiko terkena penyakit paru atau jantung tersebut adalah menjauhi bahan-bahan karsinogen (yang menyebabkan kanker) yang terkandung dalam rokok. Kalau kita tidak ingin mendapat kecelakaan pesawat terbang, jangan pernah naik pesawat terbang. Banyak orang melakukan teknik manajemen ini untuk risiko besar yang kasat mata. Seseorang akan menghindari naik gunung yang terjal tanpa alat pengaman, karena risiko jatuh ke jurang dapat dilihat langsung oleh mata. Tetapi banyak orang tidak menyadari bahwa risiko tersebut dapat muncul 20-30 tahun seperti yang terjadi pada risiko kanker paru atau kelainan jantung akibat merokok, sehingga kebiasaan itu dianggap tidak berisiko atau berisiko rendah. Kesadaran tentang risiko jangka panjang itu yang harus disosialisasikan kepada masyarakat supaya mereka mampu mengantisipasinya. Tidak semua orang mampu mengenali, merasakan dan menghindari risiko. Ada kelompok yang hanya mampu mengenali dan merasakan, namun tidak mampu menghindarinya. Karenanya manajemen risiko dengan cara menghindari saja tidak cukup untuk melindungi seseorang dari risiko yang akan terjadi.

---

<sup>53</sup> Vaughan, E. J., & Vaughan, T. *Fundamentals of Risk and Insurance*. John Wiley & Sons. 2008

<sup>54</sup> Redja, George E. *Principles of Risk Management and Insurance*. Pearson Education, Inc. USA. 2008

## 2. MENGURANGI RISIKO (RISK REDUCTION).

Jika upaya menghindari risiko tidak mungkin dilakukan, manajemen risiko dapat dilakukan dengan cara mengurangi risiko (*risk reduction*). Contohnya, kita membuat jembatan penyeberangan atau lampu khusus penyeberangan untuk mengurangi jumlah orang yang menderita kecelakaan lalu lintas. Dengan demikian, pengemudi kendaraan akan berhati-hati. Atau jika ada jembatan penyeberangan, maka risiko tertabrak mobil akan menjadi lebih kecil, tetapi tidak meniadakan sama sekali. Seorang pengendara sepeda motor diwajibkan memakai helm karena tidak ada satu orangpun yang bisa terhindar seratus persen dari kecelakaan berkendara sepeda motor. Jika helm digunakan, maka beratnya risiko (*severity of risk*) dapat dikurangi, sehingga seseorang dapat terhindar dari kematian atau gegar otak yang memerlukan biaya perawatan sangat besar. Perawatan intensif selama 7 (tujuh) hari di rumah sakit bagi penderita gegar otak di tahun 2005 ini dapat mencapai lebih dari Rp 20 juta. Tetapi, bagi kebanyakan pengendara sepeda motor, yang belum pernah menyaksikan betapa dahsyatnya akibat gegar otak dan berapa mahal biaya perawatan akibat gegar otak, tidak menyadari hal itu. Kalaupun mereka mengenakan helm, seringkali sekedar untuk menghindari dari tekanan penalti akibat pelanggaran (tilang) peraturan lalu lintas oleh polisi yang sesungguhnya merupakan risiko kecil (yang hanya sebesar ratusan ribu rupiah saja). Imunisasi terhadap penyakit hepatitis (radang hati), yang dapat berkembang menjadi kanker hati yang memerlukan perawatan dengan biaya mahal serta dapat mematikan pada usia muda, merupakan suatu upaya pengurangan risiko. Karena perilaku manusia yang tidak selalu menyadari risiko besar itu, maka mekanisme menurunkan risiko saja tidak memadai. Imunisasi hepatitis tidak menjamin seratus persen setiap orang yang telah diimunisasi pasti tidak terhindar dari penyakit kanker hati. Masih diperlukan manajemen risiko yang lain.

## 3. MEMINDAHKAN RISIKO (RISK TRANSFER).

Sebaik apapun upaya mengurangi risiko yang telah kita lakukan tidak menjamin 100% kita akan terbebas dari segala risiko. Karena itu kita perlu melindungi diri kita dengan tameng lapis ketiga dari manajemen risiko yaitu mentransfer risiko diri kita ke pihak lain. Kita dapat memindahkan seluruh atau sebagian risiko kepada pihak lain (yang dapat berupa perusahaan asuransi, badan penyelenggara jaminan sosial, pemerintah, atau badan sejenis lain) dengan membayar sejumlah premi atau iuran, baik dalam jumlah

nominal tertentu maupun dalam jumlah relatif berupa persentase dari gaji atau harga pembelian (transaksi). Dengan teknik manajemen risiko ini, risiko yang ditransfer hanyalah risiko finansial, bukan seluruh risiko. Ada sebagian risiko yang tidak bisa ditransfer, misalnya rasa sakit atau perasaan kehilangan yang dirasakan oleh penderita. Ini merupakan prinsip yang sangat fundamental di dalam asuransi. Kebanyakan orang tidak menyadari bahwa setiap saat sesungguhnya ada risiko kematian dan risiko kematian itu yang berpotensi menyebabkan ketiadaan dana bagi ahli warisnya untuk menjalani hidup sehari-hari atau untuk membiayai pendidikan anak, dapat ditransfer dengan membeli asuransi jiwa. Itulah sebabnya, kebanyakan orang di negara berkembang tidak membeli asuransi jiwa, karena banyak orang tidak melihat kematian sebagai suatu risiko finansial bagi ahli warisnya.

#### 4. MENGAMBIL RISIKO (RISK ASSUMPTION).

Jika risiko tidak bisa dihindari, tidak bisa dikurangi, dan tidak dapat ditransfer akibat ketidakmampuan seseorang atau tidak ada perusahaan yang dapat menerima transfer risiko tersebut, maka alternatif terakhir adalah mengambil atau menerima risiko (sebagai takdir).

Tidak semua orang bersikap rasional dengan menerapkan prinsip-prinsip manajemen risiko tersebut di atas. Ada orang yang tidak peduli dengan risiko yang dihadapinya dan dia mengambil atau menerima suatu risiko apa adanya. Orang yang berperilaku demikian disebut pengambil risiko (*risk taker*). Apabila semua orang bersikap sebagai pengambil risiko, maka usaha asuransi tidak akan pernah ada. Sebaliknya, jika seseorang bersikap sebagai penghindar risiko (*risk averter*) maka ia akan berusaha menghindari, mengurangi, atau mentransfer risiko yang mungkin terjadi pada dirinya. Apabila banyak orang bersikap menghindari risiko, maka *demand* terhadap usaha asuransi akan tumbuh.

#### D. RISIKO YANG DAPAT DIASURANSIKAN

Di atas telah dijelaskan empat kelompok besar manajemen risiko yang memperlihatkan asuransi sebagai cara terakhir sebelum kita memutuskan menerima atau mengambil risiko tersebut. Tidak semua risiko dapat diasuransikan, ada persyaratan risiko untuk dapat diasuransikan (*insurable risks*). Risiko yang terlalu kecil seperti terserang pilek

atau kehilangan sebuah pensil, tidak dapat diasuransikan. Beberapa syarat risiko untuk dapat diasuransikan adalah sebagai berikut:

### 1. RISIKO TERSEBUT HARUSLAH BERSIFAT MURNI (PURE).

Menurut sifat kejadiannya, risiko dapat timbul benar-benar sebagai suatu kebetulan atau *accidental* dan dapat timbul karena suatu perbuatan spekulatif. Risiko murni adalah risiko yang spontan, tidak dibuat-buat, tidak disengaja, atau dicari-cari bahkan tidak dapat dihindari dalam jangka pendek. Orang berdagang mempunyai risiko rugi, tetapi risiko rugi tersebut dapat dihindari dengan manajemen yang baik, belanja dengan hati-hati, dan sebagainya. Risiko rugi akibat suatu usaha dagang merupakan risiko spekulatif yang tidak dapat diasuransikan. Oleh karenanya tidak ada asuransi yang menawarkan pertanggungan kalau suatu perusahaan merugi. Suatu risiko yang timbul akibat suatu tindakan kesengajaan, karena ingin mendapatkan santunan asuransi misalnya, tidak dapat diasuransikan. Contoh, seseorang mempunyai asuransi kematian sebesar satu milyar rupiah, dapat saja dibunuh oleh ahli warisnya guna mendapatkan manfaat/jaminan asuransi sebesar satu milyar rupiah tersebut. Kematian yang disebabkan karena kesengajaan seperti itu tidak dapat ditanggung. Seseorang yang sengaja mencoba bunuh diri dengan meminum racun serangga dan gagal sehingga perlu perawatan di rumah sakit tidak berhak atas jaminan perawatan, karena risiko sakitnya bukanlah risiko murni. Contoh risiko murni adalah penyakit kanker. Sakit kanker, yang membutuhkan perawatan yang lama dan mahal, tidak pernah diharapkan oleh si penderita dan karenanya penyakit kanker merupakan risiko murni yang dapat diasuransikan atau dijamin oleh asuransi.

### 2. RISIKO BERSIFAT DEFINITIF.

Pengertian definitif artinya risiko dapat ditentukan kejadiannya secara pasti dan jelas serta dipahami berdasarkan bukti kejadiannya. Risiko sakit dan kematian dibuktikan dengan surat keterangan dokter. Risiko kecelakaan lalu lintas dibuktikan dengan surat keterangan polisi. Risiko kebakaran dibuktikan dengan berita acara dan bukti-bukti lain seperti foto kejadian.

### 3. RISIKO BERSIFAT STATIS.

Pengertian statis artinya probabilitas kejadian relatif statis atau konstan tanpa dipengaruhi perubahan politik dan ekonomi suatu negara. Hal tersebut berbeda dengan risiko bisnis yang bersifat dinamis karena sangat dipengaruhi stabilitas politik dan ekonomi. Tentu saja, risiko yang benar-benar statis dalam jangka panjang tidak banyak. Risiko seseorang terserang kanker atau gagal jantung akan relatif statis, tidak dipengaruhi keadaan ekonomi dan politik, namun dalam jangka panjang risiko serangan jantung dipengaruhi keadaan ekonomi. Di negara maju, yang relatif kaya dan penduduk cenderung mengkonsumsi makan enak dengan kandungan tinggi lemak, memperlihatkan probabilitas serangan jantung lebih tinggi dibandingkan dengan negara miskin.

### 4. RISIKO BERDAMPAK FINANSIAL.

Setiap risiko mempunyai dampak finansial dan non finansial. Risiko yang dapat diasuransikan adalah risiko yang mempunyai dampak finansial, karena yang dapat diperhitungkan adalah kerugian finansial. Transfer risiko dilakukan dengan Cara membayar premi atau kontribusi kepada perusahaan asuransi, yang akan memberikan penggantian bila terjadi dampak finansial suatu risiko yang telah terjadi. Suatu kecelakaan diri misalnya mempunyai dampak finansial berupa biaya perawatan dan atau kehilangan kesempatan untuk mendapatkan penghasilan. Selain berdampak finansial, suatu kecelakaan juga menimbulkan rasa nyeri dan beban psikologis jika kecelakaan tersebut menimbulkan kematian atau kecacatan, sehingga risiko tersebut menimbulkan dampak yang besar. Dari semua dampak yang terjadi, hanya risiko finansial berupa biaya perawatan dan kehilangan penghasilan akibat kehilangan jiwa atau kecacatan. Dampak rasa nyeri dan perasaan kehilangan tidak dapat diasuransikan karena ukurannya sangat subyektif. Manfaat yang dapat ditawarkan asuransi untuk mengganti dampak finansial tersebut adalah penggantian biaya pengobatan dan perawatan (baik dalam bentuk uang atau pelayanan) maupun uang tunai sebagai pengganti kehilangan penghasilan akibat kematian atau kecacatan tersebut.

### 5. RISIKO MEASURABLE ATAU QUANTIFIABLE.

Syarat lain adalah besarnya kerugian finansial akibat risiko tersebut dapat diperhitungkan secara akurat. Kalau seorang sakit, harus dapat diterangkan lokasi

terjadinya penyakit, waktu kejadian, jenis penyakit, tempat perawatan (nama dan lokasi rumah sakit), dan biaya yang dibutuhkan untuk perawatan yang dijalani. Misalnya, Tn Budi mengalami serangan jantung di Bogor, tanggal 5 September 2018 dan dirawat di RS. Anu di kota Bogor. Biaya yang diperlukan untuk perawatan Tn Budi adalah Rp. 120 Juta. Jadi yang dapat dimasukkan ke dalam skema asuransi hanyalah biaya perawatan. Adapun rasa sakit sangat sulit diukur, meskipun kita punya berbagai instrumen, karena rasa sakit bersifat sangat subyektif. Besar penggantian biaya perawatan harus disepakati oleh pemegang polis dan asuradur yang dituangkan dalam kontrak pertanggungan/jaminan/ polis. Khusus untuk asuransi jiwa, besar kerugian finansial akibat kematian umumnya ditawarkan dalam jumlah tertentu, mengingat kesulitan mengukur besar kerugian finansial akibat suatu kematian. Jumlah tersebut ditawarkan oleh perusahaan asuransi dan disepakati oleh pemegang polis. Penentuan jumlah tertentu ini disebut *quantifiable* (dapat ditetapkan jumlahnya) yang dijadikan dasar perhitungan premi yang harus dibayarkan oleh pemegang polis.

#### 6. DERAJAT RISIKO HARUS BESAR (LARGE ATAU SEVERE).

Derajat risiko (*severity*) memang relatif dan dapat berbeda dari satu tempat ke tempat lain dan dari satu waktu ke waktu lain. Risiko yang dapat ditanggung oleh asuransi komersial harus memenuhi syarat derajat. Derajat risiko (misalnya biaya pengobatan/*severity* per kasus yang kecil, misalnya pengobatan flu saja yang bernilai cukup Rp 50.000 tidak menarik untuk diasuransikan. Penduduk yang menilai mampu membayar biaya pengobatan flu tidak akan mau membeli premi asuransi untuk pengobatan flu saja. Sebaliknya, risiko biaya rawat inap sebesar Rp 25 juta bisa dinilai besar dan karenanya penduduk akan berminat membeli asuransi untuk menghindari biaya perawatan sebesar itu. Sebuah sistem asuransi harus secara cermat menilai kelompok risiko yang akan diasuransikan. Kecenderungan asuransi kesehatan di dunia (khususnya asuransi sosial) adalah menjamin pelayanan kesehatan secara komprehensif karena ada kaitan antara risiko dengan biaya kecil dan pelayanan yang memerlukan biaya mahal. Sebagai contoh kasus demam berdarah yang berkunjung ke dokter, mengandung risiko menjadi fatal bila pengobatan lanjutannya tidak ditanggung, karena ada kemungkinan orang tersebut tidak meneruskan pelayanannya karena kendala biaya. Jadi menjamin pelayanan kesehatan secara komprehensif merupakan kombinasi penurunan risiko (*risk reduction*) dan transfer risiko. Suatu skema asuransi

yang hanya menanggung risiko yang kecil, misalnya hanya pengobatan di Puskesmas seperti yang dulu dipraktikkan dengan skema dana sehat atau JPKM, tidak memenuhi syarat asuransi. Oleh karena itu, di manapun di dunia, model asuransi mikro seperti itu tidak memiliki sustainabilitas (kesinambungan) jangka panjang. Umumnya skema semacam itu berusia pendek dan tidak menjadi besar.

#### **E. PERSYARATAN TERKAIT TEKNIS ASURANSI**

Selain persyaratan sifat atau jenis risiko di atas, ada beberapa persyaratan terkait dengan teknis asuransi dan kelayakan suatu risiko diasuransikan. Kelayakan dalam konteks ini diartikan kelayakan dalam aspek ekonomis. Suatu produk asuransi yang preminya terlalu mahal tidak bisa dijual atau tidak menarik bagi masyarakat untuk ikut asuransi tersebut. Harga premi atau besaran iuran yang menghabiskan 30% penghasilan seseorang, tidak layak untuk dikembangkan. Persyaratan teknis asuransi adalah besarnya probabilitas kejadian, besar populasi yang terkena risiko kejadian tersebut dan volume *pool* yang dapat dikumpulkan. Syarat yang terkait dengan teknis asuransi adalah:

##### **1. PROBABILITAS KEJADIAN RISIKO YANG AKAN DIASURANSIKAN RELATIF KECIL.**

Ukuran probabilitas besar dan kecil juga relatif. Akan tetapi suatu kejadian yang lebih dari 50% kemungkinan terjadinya (dalam bahasa statistik disebut probabilitas  $>0,5$ ) akan menyebabkan premi menjadi besar dan tidak menarik untuk diasuransikan. Kejadian gagal ginjal yang membutuhkan hemodialisis atau cuci darah 2 kali seminggu mempunyai probabilitas sangat kecil, yaitu kurang dari satu kejadian per 1.000 orang ( $p < 0,001$ ), demikian pula kejadian kecelakaan pesawat terbang jauh lebih kecil lagi yaitu kurang dari satu per 100.000 penerbangan. Probabilitas yang kecil tersebut menghasilkan besaran premi atau iuran yang juga kecil, sehingga menarik untuk diasuransikan.

##### **2. KERUGIAN TIDAK BOLEH MENIMPA PESERTA DALAM JUMLAH BESAR YANG MENIMBULKAN BIAYA SANGAT BESAR ATAU KATASTROFIK (CATASTROPHIC) BAGI ASURADUR.**

Katastrofik adalah biaya sangat besar yang harus dikeluarkan akibat banyak orang yang mengalami kerugian pada waktu bersamaan. Contohnya, kerugian yang terjadi akibat perang atau bencana alam besar seperti Tsunami di Aceh tahun 2004 yang mengenai penduduk dalam jumlah banyak dengan kerugian yang mencapai triliunan rupiah.

Kerugian besar itu tidak dijamin oleh asuransi karena praktis suatu usaha asuransi akan bangkrut bila mengganti kerugian sebesar itu. Suatu penyakit yang menjadi wabah, mengenai banyak orang, tidak dijamin asuransi, namun akan dijamin pemerintah melalui suatu undang-undang wabah. Perusahaan asuransi tidak menanggung, atau mengecualikan (*exception*), segala bentuk perawatan rumah sakit atau dokter akibat bencana alam besar, peperangan ataupun suatu wabah. Katastropik juga dapat berarti risiko biaya yang ditanggung terlalu besar atau terlalu mahal. Dalam bidang kesehatan, biaya perawatan di ruang intensif yang lebih dari satu tahun pasti membutuhkan biaya yang bisa mencapai milyaran rupiah. Batasan biaya medis yang dapat dikelompokkan sebagai katastropik bervariasi sesuai dengan kemampuan ekonomi suatu negara. WHO memberikan definisi biaya medis katastropik bagi rumah tangga jika biaya pengobatan atau perawatan menghabiskan lebih dari 40% penghasilan rumah tangga (WHO, 2000). Akan tetapi biaya medis yang bersifat katastropik bagi rumah tangga ini justru merupakan suatu persyaratan untuk diasuransikan. Dalam buku-buku teks asuransi kesehatan, biaya perawatan yang mahal sering disebut kasus *major medicals* (berbiaya medis mahal).

### 3. POPULASI HARUS CUKUP BESAR DAN HOMOGEN YANG AKAN DIKUTSERTAKAN DALAM SKEMA ASURANSI.

Jika suatu asuransi hanya diikuti oleh sepuluh orang, padahal risiko yang dipertanggungjawabkan dapat bervariasi dari seribu rupiah sampai satu milyar rupiah, maka iuran atau premi dari peserta asuransi yang sepuluh orang ini tidak akan mampu menutupi kebutuhan dana apabila risiko yang diasuransikan terjadi. Risiko yang diperoleh dari sepuluh orang tersebut tidak bisa dijadikan patokan untuk menghitung besarnya risiko yang akan timbul, karena populasinya terlalu kecil. Semakin besar populasi, semakin tinggi tingkat akurasi prediksi biaya yang dibutuhkan untuk menjamin risiko, sehingga akan semakin kuat kemampuan finansial sebuah perusahaan asuransi. Persyaratan besarnya jumlah peserta atau pemegang polis merupakan suatu aplikasi hukum matematika yang disebut hukum angka besar (*law of the large number*). Hukum ini menyebabkan semakin banyak usaha asuransi yang melakukan merger (bergabung) agar lebih kuat bersaing dan mampu mengendalikan biaya. Sehingga akan dapat dicapai pelayanan dengan tingkat efisiensi yang tinggi. Program asuransi kesehatan sosial selalu memenuhi hukum angka besar ini karena sifat kepesertaannya wajib. Sebaliknya usaha

asuransi kesehatan komersial seringkali bangkrut karena tidak mampu memiliki jumlah peserta atau pemegang polis yang cukup besar.

### **3. KONTRAK ASURANSI**

---

Mekanisme asuransi merupakan hubungan kontraktual yang mengatur kewajiban dan hak para pihak. Peserta wajib membayar premi, dan berhak mendapatkan manfaat asuransi, sedangkan asuradur berhak menerima pembayaran premi dan wajib membayarkan manfaat dalam bentuk uang langsung kepada peserta atau membayarkan manfaat tersebut kepada pihak ketiga yang memberikan pelayanan kepada peserta, seperti bengkel mobil atau fasilitas kesehatan. Namun demikian, dibandingkan dengan hubungan kontraktual lainnya, kontrak asuransi memiliki ciri khas yang secara bersama-sama tidak dimiliki oleh hubungan kontraktual lainnya. Karena kekhasan kontrak asuransi inilah, maka pengelolaan atau bisnis asuransi diatur sangat ketat atau dilaksanakan langsung oleh pemerintah. Hanya saja, asuransi yang dikelola Pemerintah atau badan khusus yang dibentuk Pemerintah menggunakan peraturan perundangan sebagai pengganti kontrak. Pada hakikatnya, isi peraturan perundangan juga sama dengan kontrak yang mengatur hak dan kewajiban peserta dan badan penyelenggara. Sementara dalam asuransi komersial, karena variasi paket manfaat dan premi, pengaturan hak dan kewajiban diatur dalam kontrak asuransi yang disebut polis asuransi. Ciri khas kontrak asuransi tersebut adalah sebagai berikut:

#### **1) BERSIFAT KONDISIONAL**

Dalam kontrak asuransi, kewajiban asuradur baru akan terjadi jika kondisi yang telah ditentukan (misalnya sakit atau kehilangan harta benda) terjadi pada diri tertanggung. Apabila tertanggung tidak mengalami kejadian tersebut, maka tidak ada kewajiban asuradur memberikan manfaat. Ciri tersebut tidak akan ditemukan dalam kontrak lain, seperti kontrak pembelian barang atau sewa gedung. Oleh karena itu, dalam kontrak asuransi seperti asuransi kesehatan pegawai negeri, pegawai yang lebih dari 20 tahun tidak pernah sakit sedangkan ia terus membayar iuran (karena bersifat wajib dan langsung dipotong dari gajinya), tidak berhak menuntut pengembalian uang iurannya. Berbeda dengan kontrak tabungan hari tua (yang disebut Dana Pensiun Lembaga Keuangan-DPLK) di bank, penabung atau ahli warisnya berhak mendapatkan kembali

uang yang disimpannya secara rutin tiap bulan (ditambah hasil pengembangannya) pada suatu Waktu tertentu atau setelah penabung meninggal dunia.

## 2) BERSIFAT UNILATERAL

Pada umumnya kontrak bersifat bilateral yaitu masing-masing pihak mempunyai kewajiban dan hak yang dapat dituntut jika salah satu pihak tidak melaksanakan kewajibannya. Dalam kontrak asuransi, pihak yang dapat dituntut karena tidak memenuhi kewajibannya hanyalah pihak asuradur. Apabila tertanggung tidak memenuhi kewajibannya, tidak membayar premi misalnya, ia tidak dapat dituntut, akan tetapi haknya otomatis hilang atau kontrak otomatis terputus (yang dalam istilah asuransi komersial disebut *lapse*). Kontrak unilateral ini merupakan padanan (*offset*) dari sifat kondisional yaitu asuradur tidak selalu wajib membayarkan manfaat.

## 3) BERSIFAT ALEATORY

Kontrak pada umumnya mempunyai keseimbangan nilai tukar (*economic value*) antara kewajiban dan hak bagi pihak pertama maupun pihak kedua. Namun kontrak asuransi memberikan nilai manfaat jauh lebih besar dibandingkan kewajiban premi yang harus dibayarkan oleh peserta. Sebagai contoh, seseorang yang menjadi peserta asuransi kesehatan membayar premi sebesar Rp 250.000 tiap bulan. Baru saja empat bulan ia membayar premi ia terkena serangan jantung dan memerlukan pembedahan yang memakan biaya (nilai tukar) Rp 150 juta. Asuradur akan memberikan manfaat tersebut, walaupun premi yang dibayarkan baru Rp. 1 juta (4 X Rp 250.000), karena dalam kontrak asuransi tersebut pembedahan jantung ditanggung penuh. Tanpa kontrak yang bersifat aleatori, tidak mungkin peserta yang membayar premi Rp. 1 juta, mendapatkan manfaat Rp 150 juta. Dalam hal ini, peserta tersebut tidak berhutang Rp 149 juta ke perusahaan asuransi. Jika saja ia berhenti menjadi peserta setelah itu, peserta tidak mempunyai kewajiban membayar premi lagi, sebaliknya peserta tersebut juga tidak mempunyai hak mendapatkan manfaat lagi dan juga tidak akan dituntut untuk melunasi selisih biaya sebesar Rp 149 juta. Sebaliknya, seorang peserta atau pemegang polis yang telah membayar premi sebesar Rp 250.000 per bulan selama 10 tahun (total 10 x 12 x Rp.250.000 atau Rp 30 juta, tanpa perhitungan bunga), akan tetapi ia tidak pernah sakit, sehingga tidak pernah mengklaim manfaat asuransi. Peserta itu tidak berhak sama sekali atas manfaat asuransi (menerima hak senilai Rp 0 rupiah), karena tidak ada

kondisi yang memenuhi ketentuan kontrak (sifat kondisional). Asuradur tetap berhak menerima Rp 30 juta (plus bunga) tanpa kewajiban membayar apapun kepada tertanggung.

#### **4) BERSIFAT ADHESI**

Dalam ikatan kontrak pada umumnya kedua belah pihak mempunyai informasi yang relatif seimbang tentang nilai tukar dan kualitas barang atau jasa yang diatur dalam kontrak. Namun pada kontrak asuransi, pihak peserta atau pemegang polis, khususnya pada asuransi individual, tidak memiliki informasi yang seimbang dengan informasi yang dimiliki asuradur. Asuradur tahu lebih banyak tentang probabilitas terjadinya sakit dan biaya-biaya pengobatan yang diperlukan untuk mengobati sakit tersebut, sedangkan pihak peserta tidak mengetahuinya dengan baik. Akibatnya, sulit bagi peserta untuk menilai apakah premi yang dibebankan kepada mereka itu murah, wajar, atau terlalu mahal. Dengan kata lain, peserta berada pada posisi yang lemah (*ignorance*). Itulah sebabnya, dalam industri asuransi di manapun di dunia, pemerintah selalu mengatur dan mengawasi secara ketat berbagai aspek penyelenggaraan asuransi baik dalam hal paket jaminan dan ketentuan polis menyangkut isi, bahasa, dan bahkan ukuran huruf dalam polis, dan berbagai persyaratan asuradur yang menjamin peserta akan menerima haknya, jika obyek asuransi terjadi. Dalam dunia asuransi, kontrak semacam ini sering disebut sebagai kontrak *take it or leave it*.

## **4. PERBEDAAN KONSEP ASURANSI KESEHATAN SOSIAL DAN KOMERSIAL**

---

### **A. ASURANSI SOSIAL**

Banyak pihak di Indonesia yang mempunyai pengertian keliru tentang asuransi sosial. Kebanyakan orang beranggapan bahwa asuransi sosial adalah suatu program asuransi untuk masyarakat miskin atau kurang mampu. Pada berbagai kesempatan interaksi dengan masyarakat di kalangan sektor kesehatan, banyak yang beranggapan bahwa Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang diperkenalkan Departemen Kesehatan atau Depkes (saat ini disebut Kementerian Kesehatan) juga merupakan program jaminan untuk masyarakat miskin. Hal ini barangkali terkait dengan program

JPKM dalam rangka Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) di mana Depkes memberikan insentif kepada organisasi di kabupaten yang disebut pra Bapel (badan penyelenggara) untuk mengembangkan JPKM. Program JPSBK ini memberikan dana Rp 10.000 per tahun untuk tiap keluarga miskin (gakin) kepada pra Bapel yang berjumlah 354 di seluruh Indonesia. Dana tersebut digunakan untuk membiayai administrasi pra Bapel sebesar Rp.800, dan sisanya untuk membiayai pelayanan kesehatan peserta yang dikelolanya. Diharapkan setelah dua tahun program berjalan, pra Bapel dapat membuat produk JPKM dan menjualnya kepada masyarakat selain gakin. Mungkin dengan program inilah maka terbentuk pemahaman bahwa program JPKM adalah program asuransi sosial. Sebenarnya, konsep JPKM adalah konsep asuransi komersial yang dilandasi oleh kepesertaan sukarela.

Dalam Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Asuransi disebutkan bahwa program asuransi sosial adalah program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu undang-undang, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat. Dalam UU tersebut disebutkan bahwa program asuransi sosial hanya dapat diselenggarakan oleh Badan Usaha Milik Negara (Pasal 14). Namun demikian, tidak ada penjelasan lebih rinci tentang asuransi sosial dalam UU tersebut. Untuk lebih menjelaskan tentang apa, mengapa dan bagaimana asuransi sosial dilaksanakan, berikut ini akan dijelaskan berbagai rasional dan contoh- contoh program asuransi sosial di dunia dan di Indonesia.

Mengapa harus diwajibkan? Apakah pada era digitalisasi ini masih perlu mewajibkan setiap tenaga kerja atau setiap penduduk untuk menjadi peserta asuransi kesehatan seperti halnya asuransi kesehatan pegawai negeri? Mengapa harus dikelola secara terpusat oleh satu badan penyelenggara pemerintah? Monopolikah itu namanya? Bukankah kini jamannya privatisasi? Mengapa tidak dilepaskan kepada mekanisme pasar karena pasar begitu kuat dan mampu mengatasi berbagai masalah? Bukankah kini jamannya otonomi daerah sehingga seharusnya daerah diberi kewenangan mengurus daerahnya masing-masing?. Pertanyaan seperti itu kerap muncul di berbagai kesempatan.

Perbedaan paling mendasar antara pola asuransi sosial (*social insurance*) dan pola asuransi komersial (*commercial insurance*) adalah terletak pada metode perhitungan iuran atau preminya. Pada pola asuransi kesehatan sosial, besaran iuran dihitung secara

berkelompok di masyarakat (*community rating*). Contoh sederhananya adalah suatu kelompok warga terdiri dari seratus orang, di mana pada tahun lalu biaya pelayanan kesehatan dari semua orang tersebut adalah Rp 50 Juta (sudah termasuk di dalamnya biaya tindakan, biaya obat, biaya akomodasi dan sebagainya). Mengacu pada jumlah biaya tersebut, maka ditetapkanlah besaran iuran bagi masing-masing orang untuk tahun ini sebesar Rp 50 Juta ditambahkan faktor penyesuaian untuk inflasi dan lain-lain misalkan sebesar 10%, dibagikan untuk seratus orang dan untuk selama dua belas bulan atau iuran sebesar Rp 45.833 per orang per bulan. Dengan cara perhitungan iuran seperti ini membuat besaran iuran relatif lebih murah dibandingkan dengan asuransi swasta. Di samping itu, dengan cara perhitungan tersebut juga yang mendasari mengapa dalam asuransi sosial ini keikutsertaannya bersifat wajib, untuk menghindari terjadinya defisit pembiayaan bagi kelompok masyarakat tersebut.

Di atas sudah dijelaskan bahwa pelayanan kesehatan memiliki ciri ketidakpastian (*uncertainty*). Akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan hak asasi setiap penduduk. Deklarasi PBB tahun 1948 telah jelas menyebutkan bahwa setiap penduduk berhak atas jaminan kesehatan mana kala ia sakit. Apakah setiap orang memiliki visi dan kesadaran akan risiko yang dihadapinya di kemudian hari? Meskipun banyak orang menyadari akan risiko tersebut, pada umumnya kita tidak mempunyai kemauan dan kemampuan yang memadai untuk mencukupi kebutuhan menutup risiko sakit yang terjadi di masa depan. Orang-orang muda akan mengambil risiko (*risk taker*), terhadap masa depannya karena pengalamannya menunjukkan bahwa mereka jarang sakit. Ancaman sakit 10-20 tahun ke depan dinilainya terlalu jauh untuk dipikirkan sekarang. Pada umumnya mereka tidak akan membeli, secara sukarela dan sadar, asuransi untuk masa jauh ke depan tersebut meskipun mereka mampu membeli. Sebaliknya, orang-tua dan sebagian orang yang punya penyakit kronik, bersedia membeli asuransi karena pengalamannya membayar biaya berobat yang mahal, namun penghasilan mereka sudah jauh berkurang. Meskipun penghasilannya cukup, biaya pengobatan sudah jauh lebih besar dari penghasilannya. Orang-orang seperti ini mau membeli asuransi, akan tetapi jika hanya orang-orang tersebut yang mau membeli, perusahaan asuransi/Badan penyelenggara (Bapel) akan menarik premi sangat besar untuk menutupi biaya berobat yang tinggi. Atau mereka tidak bersedia menjamin orang-orang yang risikonya sub standar (di atas rata-rata). Akibatnya kelompok berisiko tersebut tidak bisa dijamin.

Bagi penderita penyakit menular yang tidak mampu berobat, akan mengalami kesulitan untuk sembuh dari sakitnya, karena tidak sanggup berobat dan tidak ada perusahaan asuransi/Bapel yang mau menjaminnya. Penderita tersebut akan mengancam orang di sekitarnya, karena penyakitnya dapat menular kepada orang lain (eksternalitas).

Meskipun tidak menderita penyakit menular, bantuan dari banyak pihak masih diperlukan, bila ada anggota masyarakat yang menderita penyakit sangat parah. Inilah peri kemanusiaan yang beradab. Tidak ada satupun tempat di dunia yang membiarkan orang-orang seperti itu tanpa bantuan. Kendala yang terjadi jika bantuan diberikan secara sukarela adalah jumlahnya yang seringkali tidak memadai. Padahal ancaman sakit seperti itu dapat menimpa siapa saja, tua maupun muda, kaya maupun miskin, karenanya diperlukan jaminan agar orang tidak tambah menderita akibat tidak memiliki dana yang memadai untuk mengatasi masalah kesehatannya. Bentuk jaminan itu adalah asuransi yang bersifat wajib bagi semua penduduk. Jika tidak diwajibkan, maka yang sakit-sakitan akan membeli asuransi sebagai alat gotong royong atau solidaritas sosial, sementara yang sehat dan muda tidak akan membeli asuransi karena tidak merasa memerlukannya, sehingga tidak mungkin tercapai kegotong-royongan antara kelompok kaya-miskin dan kelompok sehat dan sakit. Itulah yang mendasari diperlukannya asuransi sosial.

Asuransi sosial bertujuan untuk menjamin akses semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan tanpa mempedulikan status ekonomi atau usianya. Prinsip itulah yang disebut sebagai keadilan sosial (*social equity, social justice*) yang menjadi falsafah hidup semua orang di dunia. Asuransi sosial memiliki fungsi redistribusi hak dan kewajiban antara berbagai kelompok masyarakat: kaya-miskin, sehat-sakit, muda-tua, risiko rendah-risiko tinggi, sebagai wujud hakikat peradaban manusia. Oleh karenanya, tidak ada satu negarapun di dunia, baik negara liberal seperti Amerika Serikat, maupun negara yang lebih dekat ke sosialis, yang tidak memiliki sistem asuransi sosial atau jaminan langsung oleh negara. Di Amerika misalnya, semua orang tanpa kecuali, yang mempunyai penghasilan harus membayar premi Medicare. Medicare adalah program asuransi sosial kesehatan untuk orang tua/pensiunan (usia 65 tahun ke atas) dan orang-orang yang menderita penyakit terminal (penyakit yang tidak bisa sembuh). Setiap yang berpenghasilan otomatis dipotong sebesar 1,45% penghasilannya untuk premi Medicare. Pekerja yang membayar kontribusi/premi untuk Medicare tersebut baru akan

mendapatkan manfaat setelah berusia 65 tahun. Kewajiban membayar kontribusi/premi Medicare tidak hanya untuk pekerja, melainkan juga untuk majikannya (pemberi kerja), yang juga wajib membayar kontribusi/premi sebesar 1,45% dari gaji/penghasilan karyawannya, sehingga total premi Medicare adalah 2,9% dari gaji/upah/bulan.

Negara-negara Eropa yang lebih kuat ikatan sosialnya atau negara-negara Asia seperti Jepang, Korea, Taiwan, Filipina, dan Muangthai; juga menyelenggarakan sistem asuransi sosial. Ada yang digabungkan dengan sistem jaminan sosial (*social security*), namun ada pula negara yang membuat undang-undang asuransi sosial khusus untuk kesehatan seperti Taiwan, Filipina, Kanada, dan Jerman. Tanpa diwajibkan, maka tidak semua orang akan ikut serta. Cina yang komunis juga menyelenggarakan sistem asuransi sosial untuk rakyatnya.

Jika dilihat dari latar belakang mewajibkan penduduk ikut serta dalam asuransi sosial, maka kewajiban itu bukan pemerkosaan hak seseorang, melainkan upaya memenuhi hak asasi manusia melalui pembiayaan secara kolektif. Kondisi tersebut sama dengan kewajiban membayar pajak yang dilakukan di seluruh negara di dunia. Kewajiban tersebut jelas bukan pelanggaran hak asasi manusia (HAM), karena kalau hal itu dikatakan pelanggaran, maka seluruh negara di dunia adalah pelanggar HAM. Begitu pula dengan kewajiban memiliki kartu penduduk atau paspor yang berlaku di seluruh negara di dunia, tidak dapat dikatakan sebagai pelanggaran HAM. Jadi penyelenggaraan asuransi yang bersifat wajib tidaklah bertentangan dengan fitrah manusia madani (*civilized society*). Justru masyarakat madani memiliki banyak sekali kewajiban individu terhadap masyarakat secara kolektif sebagai perwujudan kehidupan berbudaya.

Sesuatu yang sifatnya wajib harus diatur oleh yang paling kuasa. Dalam kehidupan bernegara, yang paling kuasa adalah undang-undang yang dibuat oleh wakil rakyat. Itulah sebabnya, sebuah asuransi sosial yang memenuhi syarat haruslah diatur berdasarkan undang-undang. Di Indonesia, penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai salah satu bentuk jaminan sosial diatur Undang-Undang yakni UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang mengatur tentang penyelenggaraan BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

### MEKANISME ANTI SELEKSI (ADVERSE SELECTION).

Dalam asuransi sosial, manfaat/paket jaminan yang ditetapkan oleh UU adalah sama atau relatif sama bagi seluruh peserta karena tujuannya untuk memenuhi kebutuhan para anggotanya. Manfaat tersebut seringkali disebut paket dasar. Dalam asuransi putus kerja atau pensiun, manfaatnya relatif kecil/rendah karena tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan minimum hidup yaitu cukup untuk makan, transportasi, perumahan, dan pendidikan. Di Indonesia, umumnya pemahaman tentang asuransi kesehatan adalah menjamin pelayanan kesehatan berbiaya murah. Sehingga yang dijamin hanya kasus ringan dan sederhana, sedangkan kasus berat dan mahal justru tidak dijamin. Pemahaman itu tentu tidak sesuai dengan prinsip asuransi yaitu berat sama dipikul. Definisi kebutuhan dasar hakekatnya adalah mempertahankan hidup seseorang, sehingga orang tersebut mampu memproduksi. Upaya yang diperlukan seringkali justru pelayanan operasi atau perawatan intensif di rumah sakit yang memerlukan biaya besar. Karena itu di negara-negara lain yang memiliki keterbatasan, maka umumnya asuransi sosial dimulai dengan menjamin pelayanan rawat inap saja, bukan rawat jalan yang murah. Hal itu sejalan dengan tujuan penyelenggaraan asuransi sosial yaitu terpenuhinya kebutuhan penduduk, atau populasi tertentu, yang tanpa asuransi sosial kemungkinan besar mereka tidak mampu memenuhinya sendiri. Bila pemenuhan kebutuhan itu diharapkan secara sukarela (komersial) dengan cara membeli asuransi, maka ada kemungkinan mereka tidak mampu atau tidak disiplin untuk membeli asuransi tersebut.

Dalam asuransi sosial, premi umumnya proporsional terhadap pendapatan/upah dan besarnya ditetapkan oleh peraturan. Karakteristik asuransi sosial yang mengatur paket jaminan manfaat asuransi yang sama dan premi yang proporsional terhadap upah memfasilitasi terjadinya equity egaliter (keadilan yang merata). Secara singkat equity egaliter berarti *you get what you need* yang lebih pas untuk kesehatan. Prinsip equity egaliter menjamin seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya dan membayar kontribusi sesuai kemampuan ekonominya. Itulah sebabnya peserta diharuskan membayar berdasarkan persentase tertentu dari upahnya.

Hal tersebut memungkinkan pemerintah memenuhi hak asasi penduduk terhadap pelayanan kesehatan seperti yang termaktub dalam UUD RI Pasal 28H dan merupakan

penjabaran lebih lanjut dari sila keadilan sosial dalam Pancasila. Seluruh negara maju dan sedang berkembang di kelompok menengah menggunakan prinsip asuransi sosial ini, baik yang terintegrasi dengan jaminan sosial (*social security*) lainnya maupun yang dikelola tersendiri.

Jenis *equity* lain adalah *equity liberter* yang menggambarkan pelayanan kesehatan sebagaimana yang umum berlaku di Indonesia saat ini. Seorang manajer yang sakit tifus masuk rumah sakit dan memilih perawatan di kelas VIP dengan membayar biaya perawatan per hari Rp 250.000,- plus jasa dokter, obat, pemeriksaan penunjang medis, dst. Ia mendapat perawatan dari suster yang cantik, dokternya berkunjung paling sedikit sekali dalam sehari (argo dokter jalan terus), dan mendapat pilihan makanan yang enak. Ketika pulang, total biaya perawatan yang harus dibayar adalah Rp 5 juta. Adilkah (*equity* kah)? Tentu adil, sebab dia membayar mahal sehingga ia mendapatkan pelayanan baik sesuai dengan yang ia bayar.

Di tempat lain, seorang pedagang sayur gendongan yang juga menderita sakit tifus, tidak dapat dirawat di RS Swasta karena tidak mampu membayar uang muka yang diminta, lalu dengan menahan rasa sakit dan panas, ia harus pergi ke RS pemerintah yang mau menerimanya tanpa uang muka. Selanjutnya si tukang sayur tersebut di rawat di kelas IIIB dengan bangsal yang berisi banyak tempat tidur, kamar mandi bersama, kebersihan ruangan yang tidak terjaga dan aroma bau yang membuat suasana terasa kurang nyaman, ditambah dengan makanan yang tidak menerbitkan selera. Dokter memeriksanya tiga hari sekali dan perawatnya kurang ramah, karena perawat yang ditugaskan di bangsal adalah perawat baru yang mendapat gaji sesuai Upah Minimum Regional (UMR). Setelah dirawat 10 hari, biaya yang harus dibayar oleh si tukang sayur adalah Rp 500.000,-. Adilkah? Cukup adil. Sebab kemampuannya hanya untuk pelayanan yang seperti itu.

Seorang tukang ojek yang menderita tifus tetapi takut ke rumah sakit karena informasi yang dia peroleh dari tetangga dan kenalannya bahwa biaya perawatan di rumah sakit dapat menghabiskan ratusan ribu sampai jutaan rupiah. Setelah berusaha mengobati sendiri dengan berbagai obat penurun panas, penyakit tak kunjung sembuh bahkan akhirnya tukang ojek tersebut pingsan akibat komplikasi perforasi (kebocoran) usus. Akhirnya oleh tetangganya ia di bawa ke rumah sakit dan terpaksa menjalani pembedahan dan dirawat intensif di *Intensive Care Unit* (ICU). Ia beruntung karena

diberikan dispensasi untuk membayar uang muka seadanya. Setelah perawatan selesai, ia harus membayar Rp 5 juta, karena biaya perawatan di ICU selama dua hari menghabiskan Rp 3,5 juta. Biaya tersebut ia peroleh dari pinjaman para tetangga yang bersimpati padanya. Karena berhutang, ia harus menjual motornya dan masih meminjam uang dari sanak keluarga untuk melunasi tagihan rumah sakit tersebut. Dia tidak lagi memikirkan sumber nafkah setelah sembuh dari sakit tersebut, karena motor yang menjadi satu-satunya modal telah dilego untuk membayar hutang. Kelangsungan kehidupan keluarganya menjadi tidak pasti. Adilkah? Menurut pandangan liberter, adil. Sebab ia memang bernasib buruk dan berperilaku buruk dengan takut berobat sejak dini, sehingga penyakitnya jadi sangat parah.

Seorang tukang ojek lainnya yang juga menderita tifus dengan perforasi dan harus masuk ICU tetapi bernasib kurang baik, karena rumah sakit yang didatanginya meminta uang muka Rp 3 juta dan ia tidak memilikinya. Akhirnya ia terpaksa pulang dengan menandatangani surat “pulang paksa” yang berarti risiko setelah pulang menjadi tanggung jawabnya sendiri. Dua hari kemudian ia meninggal dunia. Adilkah? Menurut pandangan liberter murni, adil! Sebab memang ia tidak mampu membayar.

Pandangan egaliter menilai bahwa *equity liberter* baik untuk hal-hal di luar kesehatan. Untuk kesehatan sangat tidak adil dan tidak manusiawi jika seorang yang hanya karena tidak mempunyai uang, harus kehilangan mata pencaharian dan menyengsarakan hidup keluarganya atau meninggal dunia akibat sakit yang dideritanya, seperti dua kasus terakhir. Pandangan *equity egaliter* dalam pelayanan kesehatan menilai bahwa kedua orang pada contoh terakhir seharusnya mendapat pengobatan paling tidak seperti tukang sayur gendong. Pasien harus mendapatkan pengobatan sesuai dengan kondisi medisnya dan tidak tergantung pada kemampuannya membayar, apalagi sampai meninggal dunia.

Untuk menghindari kondisi sebagaimana digambarkan di atas, harus diselenggarakan asuransi sosial yang membuat baik si manajer maupun si tukang sayur atau tukang ojek membayar premi di muka sebesar, misalnya 5% dari penghasilannya. Mungkin sang manajer membayar premi Rp 250.000 per bulan sedangkan si tukang sayur membayar Rp 10.000 sebulan dan tukang ojek membayar Rp 20.000 sebulan untuk seluruh keluarganya. Pada waktu mereka sakit, rumah sakit tidak perlu meminta uang muka. Pasien tidak harus takut berobat ke rumah sakit karena ia telah memiliki jaminan

dan mengetahui bahwa ia tidak perlu membayar rumah sakit, kecuali sejumlah iur biaya yang besarnya terjangkau, termasuk obat-obatan dan biaya ICU jika diperlukan. Hak perawatannya mungkin di kelas II atau kelas III sesuai ketentuan program. Inilah yang disebut equity egaliter. Sang manajer yang ingin dirawat di ruang VIP harus membayar selisih biaya antara kamar perawatan yang menjadi haknya dan biaya di VIP. Tambahan biaya yang harus dikeluarkan si manajer mungkin hanya Rp 1-2 juta saja, jauh lebih kecil dibandingkan dia harus membayar keseluruhannya.

Pada prinsipnya premi asuransi sosial mirip pajak, bedanya pajak umumnya progresif, sedangkan premi asuransi tidak, bahkan cenderung regresif. Dalam peraturan pajak, mereka yang berpenghasilan tinggi dikenakan pajak dengan persentase yang tinggi pula. Ini berlaku di seluruh dunia. Di Indonesia kalau kita berpenghasilan Rp 1 juta sebulan, maka pajak penghasilan yang harus dibayar adalah 5% dari penghasilan kena pajak. Tetapi jika penghasilan kita mencapai Rp 100 juta sebulan, maka pajak penghasilan yang harus kita bayar mencapai 35% dari penghasilan di atas Rp 200 juta setahun. Dalam asuransi sosial, justru seringkali diberlakukan batas maksimum. Misalnya premi asuransi sosial adalah 5% dari penghasilan sampai batas Rp 5 juta. Artinya, jika penghasilan kita Rp 1 juta sebulan, maka kita membayar premi sebesar Rp 50.000 sebulan untuk sekeluarga. Sedangkan jika penghasilan kita sebesar Rp 10 juta sebulan, premi yang harus kita bayar adalah 5% X Rp 5 juta (batas maksimal) atau hanya sebesar Rp 250.000. Jika penghasilan kita Rp 100 juta sebulan, maka premi yang kita bayar juga hanya Rp 250.000. Perbedaan lain dengan pajak adalah penggunaannya. Pada asuransi sosial, penggunaan dana hanya terbatas untuk kegiatan atau *benefit* yang telah ditetapkan. Tidak bisa lain. Sementara penerimaan pajak dapat digunakan untuk berbagai program yang tidak ditentukan di muka. Itulah sebabnya, premi asuransi sosial atau jaminan sosial sering disebut sebagai *social security tax*, jadi sangat mirip dengan *ear-marked tax*.

Karena sifatnya yang wajib dan mirip dengan pengenaan pajak, maka pengelolaan asuransi sosial haruslah secara *not for profit* (nirlaba). Pengertian nirlaba harus dipahami yang tidak mencari laba adalah badan atau lembaga pengelolanya. Hal itu tidak juga mengharamkan lembaga mempunyai sisa dana. Dulu istilah nirlaba dalam bahasa Inggris disebut *non profit* (tidak ada laba atau sisa hasil usaha). Belakangan istilah itu telah diluruskan menjadi *not for profit* artinya usaha yang dilakukan sama

sekali bukan untuk mencari untung seperti layaknya perusahaan. Tetapi usaha atau upaya yang dilakukan bertujuan memberikan kesejahteraan sebesar-besarnya bagi anggota. Jadi mirip dengan pengelolaan negara yang tidak menari laba, akan tetapi jika ada kelebihan anggaran, maka anggaran itu dapat digunakan untuk tahun fiskal berikutnya atau untuk cadangan, maka jika lembaga pengelola asuransi sosial memiliki Sisa Hasil Usaha (SHU), pemerintah tidak menarik PPh (pajak penghasilan) badan. Sisa hasil usaha tersebut harus digunakan untuk kepentingan peserta, seperti halnya negara yang menggunakan kelebihan untuk kepentingan rakyat. Penggunaan SHU jika ada, dapat digunakan untuk perbaikan pelayanan, perluasan paket jaminan, atau dikembalikan dalam bentuk potongan iuran pada periode berikutnya. Harus diingat bahwa meskipun lembaga atau organisasi penyelenggara jaminan atau asuransi sosial bersifat nirlaba, pegawai badan tersebut bersifat *for profit*. Setiap pegawai tetap wajib membayar PPh 21, karena pegawai bersifat *for profit*. Jadi tidak ada alasan pegawai penyelenggara asuransi sosial digaji rendah.

Atas dasar peran dan sifat pengelolaan itu, maka di banyak negara penyelenggara asuransi sosial adalah badan pemerintah atau quasi pemerintah yang disebut Trust Fund atau dalam bahasa Indonesia dapat diterjemahkan sebagai Dana Amanat. Dana Asuransi sosial sering disebut sebagai asuransi publik (*public insurance*), untuk membedakannya dengan asuransi swasta (*private insurance*) yang umumnya bersifat komersial dan *for profit*. Ada banyak bentuk asuransi swasta yang dapat bertujuan mencari laba atau tidak mencari laba (nirlaba) untuk dibagikan sebagai dividen. Program asuransi mikro sukarela dengan variasi premi dan manfaat yang dikelola oleh komunitas di mana surplus tidak dibagikan sebagai dividen merupakan contoh asuransi komersial nirlaba. Di Amerika, Kaiser Health Plan dikembangkan oleh yayasan (Kaiser Health Foundation) dengan tujuan meningkatkan kesehatan pesertanya dan dikelola secara nirlaba. Hasil surplus tidak dibagikan kepada pemegang saham, karena memang Kaiser (Pendiri Yayasan) tidak mengharapkan uangnya kembali, tetapi semua surplus dikembalikan kepada komunitas.

#### PRINSIP-PRINSIP PENYELENGGARAAN

Dalam penyelenggaraannya, mekanisme pembiayaan pelayanan kesehatan dengan pola asuransi sosial mempunyai beberapa prinsip-prinsip penyelenggaraan yang hampir berlaku sama di seluruh dunia, di antaranya adalah sebagai berikut:

### **1. Kepesertaan Bersifat Wajib (Mandatory)**

Prinsip kepesertaan yang bersifat wajib (*mandatory*) ini diterapkan dalam asuransi kesehatan sosial untuk menghindari hanya orang-orang yang mempunyai risiko tinggi atau yang tidak sehat dan kelompok masyarakat yang berpenghasilan rendah saja yang mendaftar menjadi peserta asuransi kesehatan sosial. Dengan adanya kepesertaan bersifat wajib maka tercapai kepesertaan yang besar, yang secara statistik akan sesuai dengan hukum bilangan besar (*law of large number*) sehingga tingginya risiko defisit pendanaan dapat ditanggulangi. Setiap orang yang mempunyai risiko rendah dan tinggi, orang yang sehat dan sakit, orang kaya maupun miskin akan mendapat perlindungan pendanaan yang sama atas risiko sakit.

### **2. Besaran Iuran Ditetapkan oleh Pemerintah**

Dalam asuransi kesehatan sosial, besaran premi ditetapkan oleh regulasi pemerintah dikumpulkan secara terpusat oleh badan penyelenggara. Sumber iuran utamanya berasal dari segmen pekerja formal melalui kontribusi wajib dari pemberi kerja dan pekerja yang besarnya berupa persentase proporsional terhadap pendapatan atau upah (*wage-related premium*) yang mempertimbangkan batas minimum atau batas bawah upah, dan batas atas upah. Selanjutnya kontribusi iuran juga bersumber dari kelompok masyarakat mampu, di mana besaran iuran tidak dipengaruhi oleh risiko kesehatan individu (kondisi yang sudah ada sebelumnya, usia, kecacatan dan lain-lain). Pemerintah akan menyediakan subsidi iuran khususnya bagi masyarakat tidak mampu.

### **3. Paket Manfaat Ditetapkan Sama**

Penyelenggaraan asuransi kesehatan sosial bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan dasar bagi warga negara tanpa pengecualian. Paket manfaat ditetapkan dengan mempertimbangkan kemungkinan kebutuhan medis dari seluruh peserta, dan besarnya penggantian biaya pelayanan kepada fasilitas kesehatan. Hal yang perlu digarisbawahi disini adalah bahwa ruang lingkup paket manfaat yang diberikan sama untuk seluruh peserta dan diberikan hanya sebatas untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

#### 4. Tidak Mencari Keuntungan (Not For Profit)

Prinsip berikutnya dari asuransi kesehatan sosial adalah tidak bertujuan untuk mencari keuntungan (*not for profit*), di mana seluruh dana iuran yang terkumpul digunakan sepenuhnya untuk pembiayaan bagi peserta. Apabila dalam pembiayaan pelayanan kesehatan masih terdapat sisa anggaran maka akan digunakan kembali pada tahun berikutnya untuk membayar biaya perawatan peserta di fasilitas kesehatan.

#### 5. Peran Pemerintah Sangat Besar

Peran pemerintah sangat besar dalam menentukan besaran premi, paket manfaat atau ruang lingkup program, dan besaran penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan. Pelaksanaan asuransi kesehatan sosial sebuah negara diselenggarakan oleh organisasi independen atau badan penyelenggara yang berbadan hukum dan bersifat tidak mencari keuntungan, yang ditunjuk oleh pemerintah dengan peraturan perundang-undangan.

### KEUNGGULAN ASURANSI SOSIAL

Penyelenggaraan asuransi sosial mempunyai banyak keunggulan mikro dan makro yang antara lain dapat dijelaskan di bawah ini.

#### 1. Tidak Terjadi Seleksi Bias.

Seleksi bias, khususnya *adverse selection* atau anti seleksi, 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. Dalam asuransi sosial yang mewajibkan semua orang, paling tidak dalam suatu kelompok tertentu seperti pegawai negeri atau pegawai swasta untuk ikut, tidak akan terjadi anti seleksi. Semua orang harus ikut, sehingga orang yang memiliki risiko standar, sub standar, maupun di atas standar ikut serta pada program tersebut, dengan demikian memungkinkan sebaran risiko yang merata sehingga perkiraan klaim/biaya dapat dihitung lebih akurat.

## **2. Redistribusi/Subsidi Silang Luas (Equity Egaliter).**

Karena semua orang dalam suatu kelompok wajib ikut; baik yang kaya maupun yang miskin, yang sehat maupun yang sakit, dan yang muda maupun yang tua; maka pada asuransi sosial memungkinkan terjadinya subsidi silang yang luas. Yang kaya memberi subsidi kepada yang miskin, yang sehat memberi subsidi kepada yang sakit, dan yang muda memberi subsidi kepada yang tua. Dalam asuransi komersial hanya terjadi subsidi antara yang sehat dengan yang sakit.

## **3. Pool Besar.**

Suatu mekanisme asuransi pada prinsipnya merupakan suatu *risk pool*, suatu upaya menggabungkan risiko perorangan atau kumpulan kecil menjadi risiko bersama dalam sebuah kumpulan yang jauh lebih besar. Semua anggota kelompok tanpa kecuali harus ikut dalam asuransi sosial. Akibatnya *pool* atau kumpulan anggota menjadi besar atau sangat besar. Sesuai dengan hukum angka besar, semakin besar anggota semakin akurat prediksi berbagai kejadian. Ini hukum alam. 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**

Dapat menyumbang pertumbuhan ekonomi dengan penempatan dana premi/iuran dan dana cadangan pada portofolio investasi seperti obligasi, deposito, maupun saham. Pada umumnya portofolio investasi dana jaminan sosial/asuransi sosial dibatasi agar tidak mengganggu likuiditas dan solvabilitas program.

## **5. Administrasi Sederhana.**

Asuransi sosial biasanya mempunyai produk tunggal yaitu sama untuk semua peserta, tidak seperti asuransi komersial yang produknya sangat beragam. Akibatnya administrasi asuransi sosial jauh lebih sederhana dan tidak membutuhkan kemampuan sekomples yang dibutuhkan asuransi komersial. Oleh karenanya pada umumnya negara yang kurang memiliki sumber daya manusia yang paham berbagai seluk-beluk asuransi sekalipun mudah menerapkan asuransi sosial.

### **6. Biaya Loading (termasuk Biaya Pemasaran, Komisi, Biaya Manajemen) Murah.**

Selain produk dan administrasi sederhana, asuransi sosial tidak membutuhkan rancangan paket terus-menerus, biaya pengumpulan, analisis data yang mahal, dan biaya pemasaran yang bisa menyerap 50% premi di tahun pertama. Oleh karenanya biaya *loading* asuransi sosial di negara-negara maju pada umumnya kurang dari 5% dari total premi yang diterima. Bandingkan dengan asuransi komersial yang paling sedikit menghabiskan sekitar 12%, bahkan tidak sedikit yang menghabiskan sampai 50% dari premi yang diterima.

### **7. Pengaturan Tarif Fasilitas Kesehatan Lebih Seragam.**

Karena *pool* yang besar, asuransi sosial besar kemungkinan dapat melakukan pengaturan tarif fasilitas kesehatan secara seragam sehingga semakin memudahkan administrasi dan menciptakan keseimbangan antara dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tarif yang seragam ini memungkinkan juga penerapan standar mutu tertentu yang menguntungkan peserta.

### **8. Memungkinkan Pengendalian Biaya Dengan Buying Power.**

Berbeda dengan mitos model organisasi managed care (seperti HMO di Amerika dan Bapel JPKM di Indonesia) yang membayar kapitasi dan pelayanan terstruktur yang konon dapat mengendalikan biaya, asuransi sosial dapat mengendalikan biaya lebih baik tanpa harus membayar dokter atau fasilitas kesehatan dengan sistem risiko, seperti kapitasi. Meskipun lembaga asuransi sosial membayar fasilitas kesehatan per pelayanan (*fee for services*) yang disenangi dokter, asuransi sosial masih mampu mengendalikan biaya lebih baik dari model organisasi managed care. Ini dapat dilakukan melalui pendekatan negosiasi, karena asuransi sosial mempunyai kekuatan membeli (*buying power*) yang kuat, sehingga berbagai tarif dan harga dapat dinegosiasikan dengan pemberi pelayanan.

### **9. Memungkinkan Peningkatan dan Pemerataan Pendapatan Dokter/Fasilitas Kesehatan.**

Asuransi sosial mempunyai *pool* yang besar dan menjamin lebih banyak orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Akibatnya lebih banyak orang yang dapat berobat. Dengan kemampuan menerapkan tarif standar kepada fasilitas

kesehatan, asuransi sosial akan mampu pemeratakan pendapatan para fasilitas kesehatan yang bersedia memenuhi standar pelayanan dan tarif yang ditetapkan. Apabila asuransi sosial telah mencakup lebih dari 60% penduduk, maka sebaran fasilitas kesehatanpun dapat lebih merata tanpa perlu peraturan yang mewajibkan dokter bekerja di daerah.

### **10. Memungkinkan Semua Penduduk Tercakup.**

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah memasukkan faktor cakupan asuransi kesehatan sebagai salah satu indikator kinerja sistem kesehatan negara-negara di dunia. Organisasi ini juga menganjurkan perluasan cakupan hingga tercapai cakupan universal, semua penduduk terjamin. Hal ini hanya mungkin jika asuransi yang diselenggarakan adalah asuransi sosial yang mewajibkan semua penduduk menjadi peserta, tentunya secara bertahap. Asuransi sosial memungkinkan terselenggaranya solidaritas sosial maksimum atau memungkinkan terselenggaranya keadilan sosial (*social justice*). Pendekatan asuransi komersial tidak mungkin mencakup seluruh penduduk dan memaksimalkan solidaritas sosial.

## **KELEMAHAN ASURANSI SOSIAL**

Selain berbagai keuntungan yang dapat dinikmati masyarakat baik secara mikro maupun secara makro, asuransi sosial tidak lepas dari berbagai kelemahan. Kelemahan-kelemahan tersebut antara lain:

### **1. Pilihan Terbatas.**

Karena asuransi sosial mewajibkan penduduk dan pengelolanya yang merupakan suatu badan pemerintah atau kuasi pemerintah, maka masyarakat tidak memiliki pilihan asuradur. Para ahli umumnya berpendapat bahwa hal ini tidak begitu penting, karena pilihan yang lebih penting adalah pilihan fasilitas kesehatannya. Asuransi sosial memungkinkan peserta bebas memilih fasilitas kesehatan yang diinginkan. Itu dimungkinkan karena fasilitas kesehatan dapat dibayar secara FFS atau cara lain yang tidak mengikat. Berbeda dengan konsep HMO/JPKM kini, yang memberikan pilihan asuradur tetapi setelah itu pilihan fasilitas kesehatan terbatas pada yang telah mengikat kontrak. Bagi peserta tentu akan lebih menguntungkan adanya kebebasan memilih

fasilitas kesehatan dengan biaya murah dibandingkan memilih asuradur tetapi pilihan fasilitas kesehatan terbatas.

## **2. Manajemen Kurang Kreatif/Responsif.**

Karena asuransi sosial mempunyai produk yang seragam dan biasanya tidak banyak berubah, maka tidak ada motivasi pengelolaan untuk berusaha merespons keinginan (*demand*) peserta. Apabila askes sosial dikelola oleh pegawai yang kurang selektif dan tidak memberikan insentif pada yang berprestasi, maka manajemen cenderung kurang memuaskan peserta. Hal lain adalah karena penyelenggaranya tunggal, tidak ada tantangan untuk bersaing, sehingga respons terhadap tuntutan peserta kurang cepat.

## **3. Pelayanan Seragam.**

Pelayanan yang seragam bagi semua peserta menyebabkan penduduk kelas menengah atas kurang memiliki kenangan khusus. Kelompok ini pada umumnya ingin berbeda dari kebanyakan penduduk, sehingga kelompok ini biasanya kurang suka dengan sistem asuransi sosial. Pelayanan yang seragam juga sering menyebabkan waktu tunggu yang lama sehingga kurang menarik bagi penduduk kelas atas. Namun demikian, lamanya waktu tunggu yang tidak bisa diterima oleh kelas atas tertentu tidak bisa dijadikan alasan untuk membubarkan sistem asuransi sosial yang dinikmati lebih dari 90% penduduk. Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah biasanya memberikan kesempatan kepada mereka untuk membeli asuransi suplemen/tambahan seperti yang dikenal dengan MediSup/MediGap di Amerika. Atau penduduk kelas atas dibiarkan tidak menggunakan haknya dalam asuransi sosial atau jaminan pemerintah dan menggantinya dengan membeli asuransi komersial seperti yang terjadi di Inggris dan Australia.

## **4. Penolakan Fasilitas Kesehatan.**

Profesional dokter seringkali merasa kurang bebas dengan sistem asuransi sosial yang membayar mereka dengan tarif seragam atau model pembayaran lain yang kurang memaksimalkan keuntungan dirinya. Pada umumnya fasilitas kesehatan lebih senang melayani orang yang membayar langsung dengan tarif yang ditentukannya sendiri. Tetapi perlu dipahami bahwa semua negara maju, kecuali Amerika, menerapkan sistem asuransi sosial sebagai satu-satunya sistem atau sebagai sistem yang dominan di negaranya.

## B. ASURANSI KOMERSIAL

Seperti telah dijelaskan di muka, asuransi komersial berbasis pada kepesertaan sukarela. Kata komersial berasal dari bahasa Inggris *commerce* yang berarti berdagang. Dalam berdagang tentu tidak boleh ada paksaan. Dasarnya adalah pedagang menawarkan barang atau jasanya dan sebagian masyarakat yang merasa memerlukan barang atau jasa tersebut akan membelinya. Tidak ada paksaan bahwa seseorang harus membeli barang/jasa tersebut. Agar seorang pedagang atau suatu perusahaan dapat menjual barang atau jasanya, maka ia harus bekerja keras memperoleh informasi tentang barang/jasa apa yang diminati (ada *demand*) masyarakat. Kalau seorang pedagang menjual barang yang tidak diminati masyarakat, maka barang atau jasa yang dijualnya tidak akan laku dan pedagang tersebut akan merugi. Sebaliknya jika pedagang tersebut sangat jeli melihat minat masyarakat calon konsumennya, maka ia dapat menjual barang/jasanya dalam jumlah besar dan memperoleh laba yang besar pula. Oleh karena itu model pedagang perorangan atau perusahaan *for profit* sangat cocok terjun di dunia komersial tersebut. Dasar inilah yang membedakan sistem asuransi komersial yang berbasis pasar dengan asuransi sosial yang berbasis regulasi, bukan pasar. Asuransi komersial merespons *demand* (permintaan) masyarakat sedangkan asuransi sosial merespons terhadap *needs* (kebutuhan) masyarakat.

Tujuan utama penyelenggaraan asuransi kesehatan komersial ini adalah pemenuhan keinginan (*demand*) perorangan yang beragam. Dengan demikian, perusahaan akan merancang berbagai produk, bahkan dapat mencapai ribuan jenis produk, yang sesuai dengan permintaan masyarakat. Secara teoritis bahkan dapat dibuat lebih dari satu juta produk, apabila variasi *demand* masyarakat memang sebanyak itu. Hal itu akan menimbulkan pemborosan, tidak efisien karena untuk dapat menjual produk yang sangat bervariasi tersebut dibutuhkan biaya besar. Biaya besar tersebut dibutuhkan untuk riset pasar, perancangan produk, pengembangan sistem informasi, penjualan, komisi agen atau broker, dan keuntungan perusahaan. Jangan heran jika ada perusahaan asuransi yang mematok biaya pelayanan sebesar 50% dari premi yang dijual. Artinya, setiap 100 rupiah premi yang diterima, hanya Rp 50 saja yang akan dibayarkan sebagai manfaat/*benefit* peserta/pemegang polis.

Motif utama pengelola atau asuradur adalah mencari laba. Itulah sebabnya asuransi model ini dikenal sebagai asuransi komersial karena biasanya memang bertujuan

dagang atau mencari untung. Namun ada pula lembaga swasta yang nirlaba, seperti yayasan atau perhimpunan masyarakat seperti Nahdatul Ulama, Muhammadiyah, perhimpunan Katolik dll., menyelenggarakan model asuransi komersial. Namun organisasi itu tidak mencari laba yang akan dibagi dalam bentuk dividen kepada pemegang sahamnya, melainkan untuk disumbangkan kepada yang tidak mampu dalam berbagai bentuk seperti rabat harga premi atau bahkan pengobatan gratis.

Dalam asuransi kesehatan komersial, besaran premi dihitung secara individual (*individual rating*) berdasarkan latar belakang semua faktor risiko sakit dari masing-masing individu. Seseorang dengan riwayat sakit jantung, memiliki faktor keturunan berpenyakit gula, serta dengan kebiasaan merokok secara aktif akan dikenakan premi yang lebih besar dibandingkan seseorang dengan kondisi sebaliknya yang lebih sehat. Perusahaan asuransi pada pola asuransi komersial ini dapat juga mengenakan sejumlah margin keuntungan di atas premi yang ditetapkan mengingat pola ini sifatnya komersial atau mengejar keuntungan. Dengan pendekatan ini, sifat keikutsertaan adalah sukarela di mana yang menjadi pelanggan adalah orang-orang yang mau dan mampu membayar premi saja.

Premi untuk asuransi ini disesuaikan dengan paket jaminan atau manfaat asuransi yang ditanggung. Jadi asuransi komersial dimulai dari penyusunan paket yang diperkirakan diminati pembeli, lalu dilakukan perhitungan premi untuk dijual. Di Indonesia paket-paket yang dijual sangat bervariasi dari yang hanya menjamin penyakit tertentu seperti penyakit kanker atau gagal ginjal hingga paket komprehensif dengan paket platinum, emas, perak, perunggu, plastik, dan mungkin kertas atau daun. Semakin tinggi atau luas jaminan dan semakin luas jaminan paket yang dijual semakin mahal harga preminya. Asuransi ini memfasilitasi *equity liberter (you get what you pay for)*. Mereka yang miskin sudah pasti tidak bisa membeli paket yang luas-misalnya menanggung pengobatan kanker, jantung, atau hemodialisa - karena harga preminya tidak terjangkau, namun jika mereka sakit kanker, terpaksa asuransi tidak menjaminnya.

Sifat kontrak adhesi, di mana asuradur tahu jauh lebih banyak dari pemegang polis atau peserta, khususnya perorangan, sangat kuat. Peserta dapat saja membeli paket yang jauh lebih mahal dari yang seharusnya. Agen asuransi dengan mudah dapat mengarahkan atau bahkan menggiring orang membeli produk tertentu yang kurang sesuai dengan kondisinya. Perusahaan yang kurang bertanggung jawab dapat saja lalai

atau menghilang setelah menerima premi yang cukup besar. Begitu pula dengan perusahaan yang hanya memikirkan keuntungan, dapat saja menghentikan atau tidak memperpanjang asuransi orang-orang yang ternyata memiliki penyakit kronik setelah beberapa tahun menjadi peserta. Itulah sebabnya, jika sistem komersial tersebut yang dipilih sebagai program yang dominan seperti di Amerika, maka akan banyak sekali peraturan yang mengikat perusahaan dan praktisi asuransi guna melindungi peserta yang berada pada posisi lemah. Tahun 1997 misalnya, di Amerika terdapat lebih dari 1,000 usulan peraturan di bidang asuransi kesehatan. Peraturan yang dikeluarkan pemerintah federal dan negara bagian Amerika, bukan hanya mengatur solvensi perusahaan, akan tetapi juga mencakup pengaturan kontrak. Di Indonesia pengaturan kontrak asuransi kesehatan sama sekali belum ada. Tahun 1997 pemerintah federal Amerika mengeluarkan peraturan yang menyangkut portabilitas asuransi dan batasan pemberlakuan *pre-existing conditions*. Pada polis asuransi perorangan ada peraturan tentang polis *non cancellable*, yaitu perusahaan asuransi tidak boleh menghentikan/membatalkan polis bahkan menaikkan premi jika seorang peserta menderita suatu penyakit kronis.

#### KEUNGGULAN ASURANSI KOMERSIAL

##### **1. Pemenuhan Kebutuhan Unik Seseorang atau Sekelompok Orang.**

Karena sifat asuransi komersial yang memenuhi *demand*, maka perusahaan asuransi akan bereaksi cepat terhadap perubahan *demand* atau terhadap *demand* dari sekelompok orang. Oleh karenanya asuransi kesehatan komersial akan lebih sesuai dengan permintaan kelompok tertentu yang khususnya ingin mendapatkan pelayanan yang nyaman dan bergengsi. Asuransi kesehatan komersial juga dapat memberikan pelayanan khusus kepada suatu kelompok, misalnya perusahaan besar, dengan membuat paket khusus (*tailor made*) yang sesuai dengan permintaan pembeli.

##### **2. Merangsang Pertumbuhan Perdagangan/Ekonomi.**

Besarnya keuntungan yang dapat dijanjikan oleh asuransi kesehatan dapat merangsang investor terjun menanam modalnya di sektor ini. Meskipun jika dibandingkan dengan asuransi jiwa mungkin asuransi kesehatan relatif kurang menguntungkan, tetapi penjualan asuransi kesehatan oleh perusahaan asuransi jiwa akan menambah efisiensi perusahaan. Dana yang terkumpul dari premi asuransi kesehatan juga dapat ditanam

dalam berbagai portofolio investasi sehingga dapat juga menyumbang pada pertumbuhan ekonomi.

### **3. Kepuasan Peserta Relatif Lebih Tinggi.**

Karena asuransi komersial sangat fleksibel dalam menyusun paket jaminan dan banyaknya pelaku menimbulkan persaingan, maka asuransi komersial dapat memenuhi selera pesertanya/pemegang polisnya dengan cepat. Karenanya, dibandingkan dengan asuransi sosial, kepuasan peserta pada umumnya lebih tinggi pada asuransi komersial. Namun demikian harus disadari bahwa kepuasan yang lebih tinggi tersebut harus dibayar dengan premi yang lebih mahal.

### **4. Produk Sangat Beragam Sehingga Memberikan Pilihan bagi Konsumen.**

Dalam asuransi kesehatan komersial, setiap perusahaan atau Bapel akan merancang produk yang diharapkan dapat memenuhi permintaan calon konsumennya (prospeknya). Bahkan setiap perusahaan dapat menawarkan banyak produk. Akibatnya akan banyak sekali tersedia produk yang dapat dipilih oleh prospek sesuai persepsi kebutuhannya dan sesuai juga dengan kemampuan keuangannya.

## **KELEMAHAN ASURANSI KOMERSIAL**

### **1. Pool Relatif Kecil.**

Bagaimanapun hebatnya perusahaan asuransi komersial, *pool* jumlah peserta tidak akan mampu menyamai *pool* asuransi sosial. Bahkan karena sifatnya yang komersial atau usaha dagang maka usaha asuransi komersial terkena undang-undang antimonopoli sehingga pelakunya akan banyak. Dengan pelaku yang banyak, maka kepesertaan penduduk akan tersebar di berbagai perusahaan asuransi yang menyebabkan skala ekonomi bisa tidak tercapai.

### **2. Produk Sangat Beragam Dan Manajemen Kompleks.**

Beragamnya produk asuransi kesehatan, yang secara teoritis dapat mencapai jutaan jenis, selain memberikan pilihan bagi konsumen juga menuntut manajemen yang kompleks. Administrasi kepesertaan harus dibuat berdasarkan basis data perorangan. Apalagi jika tiap tertanggung dikenakan biaya awal (*deductible*), *coinsurance*, dan batas

maksimum yang berbeda-beda. Maka untuk mengelolanya diperlukan kecermatan tersendiri yang lebih kompleks dari manajemen nasabah bank.

### **3. Menyediakan Equity Liberter.**

Bagi masyarakat yang tidak suka memberikan bantuan kepada pihak yang lebih lemah atau kepada pihak lain, maka asuransi komersial menyediakan fasilitas bagi mereka. Premi yang dibayar asuransi kesehatan komersial disesuaikan dengan risiko kelompok di mana seseorang berada (bukan risiko tiap orang). Di sinilah terjadi *you get what you pay for*. Peserta yang membeli paket platinum dapat pelayanan yang spesial yang sesuai dengan pakatnya. Sementara yang membeli paket standar harus puas dengan pelayanan yang sesuai dengan harga premi yang dibayarnya.

### **4. Biaya Administrasi Tinggi.**

Karena kompleksnya produk asuransi komersial, maka biaya administrasi (*loading*) menjadi relatif jauh lebih besar dibandingkan dengan sistem asuransi sosial. Perusahaan asuransi komersial harus menyewa aktuaris, melakukan riset pasar, melakukan berbagai upaya pemasaran dan penjualan, dan harus membayar dividen atas laba yang ditargetkan pemegang saham. Seluruh biaya-biaya tersebut pada akhirnya harus dibayar oleh pemegang polis/peserta.

### **5. Tidak Mungkin Mencapai Cakupan Universal.**

Seperti telah dijelaskan di atas, penduduk/kelompok kecil yang meskipun memiliki *demand* akan tetapi tidak memiliki uang, tidak akan membeli asuransi. Akibatnya tidak mungkin seluruh penduduk tercakup asuransi kesehatan. Maka di banyak negara asuransi kesehatan komersial hanya bisa dijual sebagai produk suplemen atau asuransi tambahan terhadap asuransi sosial kepada mereka yang ingin mendapat pelayanan yang lebih memuaskan.

### **6. Secara Makro Tidak Efisien.**

Dominasi asuransi kesehatan komersial, bukan sebagai produk suplemen, akan menyebabkan pada akhirnya biaya kesehatan tidak terkendali, meskipun mayoritas produk yang dijual dalam bentuk managed care (bentuk JPKM sekarang). Hal ini disebabkan oleh pertama, tingginya biaya administrasi. Kedua, tidak mungkinnya penduduk miskin membeli asuransi kesehatan yang mengakibatkan pemerintah tetap

harus mengeluarkan anggaran khusus untuk penduduk miskin. Ketiga, berbagai pelayanan yang secara medis tidak esensial tetapi penting untuk menarik konsumen untuk membeli dimasukkan dalam paket.

## 5. KONSEP ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA

---

Sesungguhnya, Pemerintah Indonesia sudah mulai memperkenalkan prinsip asuransi sejak tahun 1947, dua tahun setelah Indonesia merdeka. Seperti juga yang berkembang di negara maju, asuransi kesehatan berkembang dimulai dengan asuransi sosial dalam bidang kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Pada waktu itu Pemerintah mewajibkan semua perusahaan untuk mengasuransikan karyawannya terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Namun demikian, karena situasi keamanan dalam negeri pasca kemerdekaan yang masih belum stabil akibat adanya berbagai pemberontakan dan upaya Belanda untuk kembali merebut Indonesia, maka upaya tersebut belum memungkinkan untuk terlaksana dengan baik.

Setelah kestabilan politik relatif tercapai, di tahun 1960 pemerintah mencoba memperkenalkan lagi konsep asuransi kesehatan melalui undang-undang Pokok Kesehatan tahun 1960 yang meminta Pemerintah mengembangkan ‘dana sakit’ dengan tujuan untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan untuk seluruh rakyat. Akan tetapi karena berbagai kondisi sosial ekonomi seperti disampaikan di muka belum kondusif, maka perintah undang-undang tersebut sama sekali tidak bisa dilaksanakan. Pada tahun 1967, Menteri Tenaga Kerja (Menaker) mengeluarkan Surat Keputusan untuk mendirikan Dana mirip dengan konsep Health Maintenance Organization (HMO) atau Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang berkembang kemudian guna mewujudkan amanat undang-undang kesehatan tahun 1960 tersebut. Menteri menetapkan iurannya sebesar 6% upah yang ditanggung majikan sebesar 5% dan karyawan 1%. Sayangnya SK Menaker tersebut tidak mewajibkan perusahaan, karena memang SK Menteri tidak cukup kuat untuk mewajibkan, pengusaha untuk membayar iuran tersebut. Akibatnya SK tersebut tidak berfungsi dan skema asuransi kesehatan tersebut tidak pernah terwujud.

Sampai tahun 1968, tidak ada perkembangan yang berarti dalam bidang asuransi kesehatan di Indonesia. Beberapa perusahaan besar dan Pemerintah memang telah

menyediakan jaminan kesehatan secara tradisional dengan asuransi sendiri (*self-insured*) dengan cara mengganti biaya kesehatan yang telah dikeluarkan oleh karyawan. Upaya pengembangan asuransi kesehatan sosial yang lebih sistematis mulai diwujudkan di tahun 1968 ketika Menteri Tenaga Kerja (Menaker), Awaludin Djamin, mengupayakan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri. Upaya menyediakan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan keluarganya ini merupakan skema asuransi kesehatan sosial pertama di Indonesia. Asuransi kesehatan sosial adalah asuransi kesehatan yang mempunyai ciri wajib diikuti oleh sekelompok penduduk (misalnya pegawai negeri), manfaat atau paket pelayanan kesehatan yang dijamin ditetapkan oleh peraturan dan sama untuk semua peserta, dan iuran/preminya ditetapkan dengan persentase upah atau gaji. Pada awalnya asuransi kesehatan pegawai negeri, yang lebih dikenal dengan Askes, mewajibkan iuran sebesar 5% dari upah, namun pada perkembangan selanjutnya, iuran diturunkan menjadi 2% yang harus dibayar oleh pegawai negeri, sementara pemerintah sebagai majikan tidak membayar iuran. Baru pada tahun 2004, ketika UU SJSN disusun, Pemerintah memulai mengiur sebesar 0,5% dari gaji yang secara bertahap akan dinaikkan menjadi 2%, sehingga total iuran asuransi kesehatan bagi pegawai negeri menjadi 4%.

Program asuransi kesehatan pegawai negeri ini awalnya dikelola oleh suatu badan di Departemen Kesehatan yang dikenal dengan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Badan tersebut sebagaimana badan lain yang berada di dalam birokrasi tidak memiliki fleksibilitas cukup untuk merespons tuntutan peserta dan fasilitas kesehatan. Administrasi keuangan di Departemen umumnya lambat dan birokratis sehingga tidak mendorong manajemen yang baik dan memuaskan pemangku kepentingan (*stakeholders*). Oleh karenanya asuransi kesehatan kemudian dikelola secara korporat dengan mengonversi BPDPK menjadi Perusahaan Umum (Perum) yang dikenal dengan Perum Husada Bakti (PHB) di tahun 1984. Perubahan menjadi PHB membuat pengelolaan asuransi kesehatan, yang pada waktu itu dikenal juga dengan istilah Kartu Kuning, dapat dikelola secara lebih fleksibel. Istilah Kartu Kuning dikenal sejak program dikelola oleh BPDPK karena kartu peserta berwarna kuning.

Namun demikian, status Perum yang merupakan konsep penyelenggaraan tugas operasional pemerintah dinilai kurang leluasa untuk pengembangan asuransi kesehatan kepada pihak di luar pegawai negeri. Perkembangan selanjutnya PHB dikonversi menjadi

PT Persero dengan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 dan namanya berubah menjadi PT. Asuransi Kesehatan (Persero) yang sering disebut PT Askes saja. Nama Askes sengaja digunakan untuk memudahkan peserta mengenal dan memahami program yang menjadi haknya. Ketika masih dikelola oleh PHB, Kartu Kuning sudah dikenal juga sebagai Kartu Askes (Asuransi Kesehatan). Dengan status Persero, PT Askes (Persero) mempunyai keleluasaan yang lebih dalam pengelolaan aset dan memperluas kepesertaan kepada sektor swasta. Setelah menjadi PT Persero, PT Askes telah memperluas produk asuransi yang dikelola dengan menjual produk asuransi kesehatan komersial berbentuk produk managed care (JPKM/HMO) kepada perusahaan swasta maupun BUMN. Sampai tahun 2004, jumlah peserta asuransi komersial telah mencapai 1,5 juta jiwa, sedangkan jumlah peserta asuransi kesehatan sosial yaitu pegawai negeri, pensiunan pegawai negeri, dan pensiunan angkatan bersenjata beserta anggota keluarganya, mencapai hampir 14 juta jiwa. Setelah UU SJSN diundangkan, PT Askes mempersiapkan diri menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang konsisten, tidak menjual asuransi komersial. Maka didirikanlah anak perusahaan untuk mengelola asuransi komersial yang bernama PT InHealth, berbentuk perusahaan asuransi jiwa. Setelah UU BPJS lahir, PT InHealth harus dijual agar tidak terjadi konflik kepentingan.

Di tahun 1971, upaya asuransi sosial dalam bidang kecelakaan kerja juga dimulai dengan didirikannya Perusahaan Asuransi Sosial Tenaga Kerja (Astek). Astek pada awalnya hanya menangani asuransi kecelakaan kerja. Upaya perluasan program asuransi sosial menjadi program jaminan sosial yang lebih lengkap dimulai dengan uji coba Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja (JPK Jamsostek) di lima provinsi yang mencakup sekitar 70.000 tenaga kerja di tahun 1985. Uji coba selama lima tahun dimaksudkan untuk menilai kelayakan memperluas asuransi kesehatan sosial ke sektor swasta yang memiliki ciri berbeda dengan sektor publik (Askes). Di sektor swasta, sifat perusahaan sangat dinamis, baik dari segi jumlah tenaga kerja, masa kerja di suatu perusahaan, besaran upah, jumlah perusahaan/majikan dan kemampuan finansial untuk membayar iuran. Proses pembayaran iuranpun tidak mudah karena tidak ada satu mekanisme sentral, seperti pada sektor publik, yang lebih menjamin terkumpulnya dana secara memadai dan teratur. Akhirnya setelah uji coba selama lima tahun, program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja dinilai layak untuk masuk dalam program jaminan sosial.

Di bulan Februari 1992, undang-undang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) disetujui DPR dan diundangkan. Undang-undang Jamsostek ini mencakup empat program jaminan sosial yaitu Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK), Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT), dan Jaminan Kematian. Program JPK merupakan program asuransi sosial yang jaminannya diberikan juga kepada anggota keluarga karyawan, sedangkan ketiga program jaminan sosial lainnya hanya diberikan kepada karyawan. Program JHT, di lain pihak, merupakan program tabungan, bukan program asuransi. Asuransi sosial kesehatan pegawai swasta memiliki kekuatan hukum yang lengkap dibandingkan dengan Askes PNS yang tidak didukung sebuah UU.

Dalam perkembangannya, program JPK ternyata tidak dijalankan secara konsisten, karena pada Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 1993 dibolehkan firma tertentu keluar atau tidak ikut JPK Jamsostek (*opt out*). Dalam PP tersebut perusahaan (baca firma atau badan usaha karena termasuk juga yayasan atau badan lain yang mempekerjakan 10 karyawan atau lebih) yang telah atau akan memberikan jaminan yang lebih baik dari program JPK Jamsostek boleh membeli asuransi swasta. Paket jaminan JPK Jamsostek pun dikebiri dengan tidak menjamin hemodialisa, pengobatan kanker, bedah jantung dan kelainan bawaan. Padahal, justru pengobatan yang mahal tersebut yang dibutuhkan karyawan. Klausul pasal inilah yang menyebabkan cakupan peserta program JPK Jamsostek tidak pernah besar dan sampai pada tahun 2012 hanya sekitar 2 juta tenaga kerja atau beserta sekitar 6 juta tertanggung yang mendapatkan perlindungan JPK Jamsostek. Sementara, tiga program lainnya mencakup lebih banyak pekerja yaitu sekitar 9 juta pekerja dan secara akumulatif mencapai hampir 20 juta tenaga kerja. Karena dinamika perusahaan, jumlah peserta Jamsostek di tiga program lainnya juga mengalami fluktuasi dan belum pernah mencapai seluruh tenaga kerja di sektor formal selama 20 tahun beroperasi. Kendala besar yang dihadapi program Jamsostek adalah seringnya karyawan berpindah dari satu perusahaan ke perusahaan lain, sehingga menyulitkan pendataan peserta. Sistem informasi dengan identitas tunggal juga belum berjalan dengan baik, sehingga sulit melacak karyawan yang berhenti bekerja, bekerja lagi di perusahaan lain, tetapi tidak melapor. Kendala lain adalah tidak adanya kewenangan penegakan hukum pada PT (Persero) Jamsostek membuat program Jamsostek tidak berfungsi seperti yang diharapkan. Sebagai perusahaan (meskipun persero) yang berbasis hukum privat, kewenangan penegakan hukum memang tidak

dibenarkan. Penegakan hukum hanya boleh dimiliki badan hukum publik. Itulah sebabnya, UU BPJS mengubah PT (Persero) Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan.

Dana sehat dapat dilihat sebagai upaya penghimpunan (*pooling*) dana masyarakat dalam bentuk yang paling sederhana. Usaha dana sehat tidak bisa dikatakan murni sebagai kearifan (*ide*) bangsa Indonesia karena upaya yang sama juga terjadi di negara-negara maju di Eropa maupun Amerika di masa lampau. Namun demikian, semua inisiatif serupa dana sehat, baik di Indonesia maupun di Barat, memang tidak berkembang menjadi sebuah asuransi besar. Di awal tahun 1970an, mulai muncul ide dana sehat, misalnya di kecamatan Karang Kobar, Klampok di mana dr. Agus Swandono, kepala Puskesmas mengumpulkan dana untuk biaya obat dan pengelolaan sanitasi. Peran Yayasan Indonesia Sejahtera (YIS) di Jawa Tengah ketika itu cukup menentukan. Di Kupang dan Bali juga berkembang upaya sama yang didorong oleh pemerintah daerah/dinas kesehatan guna meningkatkan kesadaran masyarakat untuk membiayai kesehatan dirinya sendiri. Upaya pengembangan dana sehat memang banyak didorong oleh pemerintah dengan harapan terlalu besar, namun kenyataannya tidak berkembang menjadi besar. Ribuan dana sehat di tingkat kelurahan, kecamatan, bahkan yang setingkat provinsi seperti Raraeongan Sarupi di Jawa Barat telah dikembangkan, akan tetapi kemudian mati dalam usia muda. sampai saat ini tidak ada satupun Dana Sehat yang bertahan hidup apalagi berkembang.

Bisnis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang mempunyai dukungan struktural yang lebih kuat, karena tercantum dalam UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Meskipun tidak sesuai perintah UU yang mengharuskan pengaturan lebih lanjut oleh Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Menteri Kesehatan menyodok kekosongan PP. Bisnis JPKM juga tidak berkembang seperti yang diharapkan. Bisnis JPKM yang mengambil ide Health Maintenance Organization (HMO) di Amerika sering dicampur-adukan dengan dana sehat. Pada awal tahun 1990, Depkes mengeluarkan buku pedoman untuk menumbuh-kembangkan dana sehat menjadi JPKM. Upaya-upaya mengembangkan dana sehat menjadi JPKM, yang dinilai sebagai tingkatan yang lebih tinggi, tidak memperoleh hasil yang memadai. Di daerah-daerah, pejabat di lingkungan dinas kesehatan tidak bisa membedakan antara dana sehat dan JPKM.

Upaya memperluas dan mengembangkan JPKM, setelah keluar UU Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan, dilakukan antara lain dengan meminjam dana dari Bank

Dunia misalnya pada Proyek Kesehatan IV (HP IV) di Kaltim, Kalbar, Sumbar dan NTB. Proyek lain adalah pinjaman dana Asian Development Bank (ADB) juga dilakukan di daerah lain. Kebanyakan proyek itu mengembangkan JPKM dengan pola pikir (*mindset*) dana sehat sehingga upaya-upaya menjual produk JPKM dilakukan kepada penduduk yang berpenghasilan rendah dengan target penjualan ke rumah tangga. Dengan tidak adanya pengetahuan, pengalaman, dan bimbingan dari profesional yang memahami asuransi kesehatan, upaya yang dilakukan tidak membuahkan hasil. Kekurangan dukungan profesional asuransi kesehatan dipersulit dengan anggapan yang terus dipertahankan untuk waktu lama bahwa JPKM bukan asuransi.

Ketika Indonesia menderita krisis nilai tukar rupiah pada bulan Juli 1997, yang membuat rupiah terpuruk dari nilai sekitar Rp 2.300 per USD 1 menjadi sampai Rp 15.000 untuk USD 1, menyebabkan harga barang dan jasa menjadi sangat mahal. Obat yang bahan bakunya hampir 100% impor menjadi sangat mahal dan akses pelayanan kesehatan menjadi sangat rendah. Pemerintah dan pihak internasional sangat khawatir terjadi penurunan derajat kesehatan masyarakat dan semakin buruknya akses pelayanan. Upaya mencegah terjadinya kerusakan sistem yang sudah dibangun berwujud dengan Jaring Pengaman Sosial, JPS, (*social safety net*) untuk berbagai bidang, termasuk bidang kesehatan. Upaya jaring pengaman di bidang kesehatan dikenal dengan istilah program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) yang ditumpangi dengan keinginan mengembangkan JPKM. Upaya JPSBK didanai dari pinjaman ADB sebesar US\$ 300 juta untuk masa lima tahun dengan program pemberian dana ke Puskesmas, kepada bidan di desa untuk menangani ibu hamil berisiko tinggi, pembelian Vaksin, dan pemberian jaminan kesehatan melalui suatu badan yang disebut pra Bapel JPKM. Tidak kurang dari 280 pra Bapel dikembangkan di seluruh kabupaten dengan diberikan dana Rp 10.000 per kepala keluarga penduduk miskin per tahun. Pra Bapel diberikan dana tersebut dengan biaya manajemen sebesar 8% dengan kewajiban (dari dana manajemen tersebut) mengembangkan bisnis JPKM kepada masyarakat non-miskin. Upaya tersebut tidak membuahkan hasil.

Berbagai kontroversi tentang pengembangan JPKM, yang sesungguhnya merupakan konsep asuransi komersial dengan produk managed care, berlanjut cukup lama. Pada tahun 2002, program tersebut akhirnya diganti dengan pemberian dana langsung ke Puskesmas dan ke rumah sakit. Kritik juga muncul dari besarnya dana pinjaman untuk

kebutuhan JPS sementara pemerintah memberikan subsidi harga bahan bakar minyak yang besarnya mencapai lebih dari Rp 56 triliun setahun. Sampai tahun 2013 Pemerintah masih memberi subsidi BBM, yang tidak lazim di negara lain, dengan nilai di atas Rp 200 Triliun, tergantung harga minyak dunia. Padahal untuk menjamin seluruh penduduk atau membebaskan biaya kesehatan bagi seluruh penduduk, diperlukan hanya diperlukan paling banyak 25% dari subsidi BBM tersebut. Dengan kritik yang keras, akhirnya pemerintah di tahun 2005 menyepakati mengurangi subsidi BBM yang berakibat naiknya harga minyak dan mengalihkan dana subsidi tersebut untuk program kesehatan, pendidikan, beras miskin, dan beberapa program lain dengan nama Program Dana Pengalihan Subsidi Energi (PDPSE) dan kemudian berganti nama dengan Program Kompensasi Pengalihan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM). Di bidang kesehatan, pengalihan subsidi BBM tersebut sesungguhnya hanya basa-basi karena jumlahnya kurang dari Rp 1 triliun per tahun. Akibatnya, hampir 10 tahun dana alokasi pengalihan subsidi yang berkembang menjadi dana Jamkesmas tidak mampu mendongkrak indikator kesehatan. Sebab utamanya adalah kecilnya dana (semacam dosis obat) yang disediakan, di bawah dosis minimum. Yang terjadi adalah penyakit kronis ketidakcukupan pendanaan kesehatan dalam sistem kesehatan Indonesia.

Di tahun 1999, Uni Eropa sangat prihatin melihat hancurnya sistem sosial di Indonesia setelah krisis nilai tukar yang berlanjut dengan krisis ekonomi. Negara-negara Eropa tersebut menawarkan bantuan untuk memperkuat sektor sosial, antara lain sistem jaminan sosial. Di tahun 2000 Kepala Biro Kesehatan dan Gizi menugaskan tim Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang dipimpin oleh Hasbullah Thabrany untuk melakukan telaah (*review*) komprehensif tentang jaminan kesehatan di Indonesia. Dalam telaah ini diungkapkan rendahnya cakupan asuransi kesehatan di Indonesia dan rendahnya pendanaan kesehatan. Kajian merekomendasikan berbagai alternatif pengembangan jaminan kesehatan dengan mengembangkan sistem asuransi sosial bidang kesehatan menuju cakupan universal. Beberapa bulan kemudian Kementerian Koordinator Perekonomian (Menko Ekuin) juga meminta Lembaga Pranata Pembangunan Universitas Indonesia (LPPUI) yang dipimpin oleh Hasbullah Thabrany untuk melakukan telaah sistem jaminan sosial di Indonesia. Tim yang juga beranggotakan Edi Purwanto dari Kementerian Koordinator Perekonomian dan Odang Mochtar dari PT Jamsostek menghasilkan dokumen yang merekomendasikan reformasi sistem jaminan sosial di Indonesia. Konsep tiga pilar dalam SJSN lahir dari kajian ini.

Sementara itu, upaya-upaya pengalihan subsidi dinilai sebagai upaya yang tidak konsisten dengan amanat UUD 1945 yang mengharuskan pemerintah bertanggungjawab menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Di tahun 2000, Sidang Umum Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) berhasil melakukan amandemen UUD 1945 dengan menambahkan Pasal 28H ayat (1) yang berbunyi “Setiap orang berhak atas hidup layak...serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Pada tahun 2001 Sidang Umum MPR juga mengeluarkan Ketetapan MPR Nomor X/2001 yang menugaskan Presiden Megawati untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pada tahun yang sama, Sekretaris Wakil Presiden, Bambang Kesowo, menerbitkan Surat Keputusan membentuk Tim Peninjau Sistem Jaminan Sosial. Amandemen selanjutnya yang disetujui Sidang Umum MPR tanggal 11 Agustus 2002, yaitu Pasal 34 ayat (2), menugaskan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Pada tahun yang sama, Presiden Megawati menerbitkan Kepres nomor 20/2002 yang membentuk Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan tugas menyusun naskah akademik dan Rancangan UU (RUU) SJSN. Tim ini merupakan satu-satunya tim penyusun UU dalam sejarah Indonesia yang dibentuk dengan Keputusan Presiden (Kepres) dan beranggotakan lima Departemen/Kementerian yaitu Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Keuangan, Sosial, Kesehatan, dan Tenaga Kerja. Pada tahun 2003 Kepres tersebut diubah menjadi Kepres Nomor 101/2003 untuk menampung lebih banyak perwakilan, termasuk akademisi dan organisasi seperti PAMJAKI (Perkumpulan Ahli Manajemen dan Jaminan Kesehatan Indonesia).

Dengan perjuangan keras, di bawah ancaman dari Kamar Dagang Internasional untuk menarik investasi dari Indonesia jika UU SJSN diundangkan dan banyak serikat pekerja terprovokasi bahwa Jamsostek akan dibubarkan berdemo menolak UU SJSN. Pada akhirnya, tanggal 19 Oktober 2004 UU SJSN ditandatangani Presiden Megawati pada hari terakhir beliau berada di Istana, karena beliau tidak terpilih lagi menjadi Presiden. Penandatanganan UU SJSN dengan upacara khusus di Istana, mengundang sejumlah menteri dan Tim SJSN tampaknya merupakan simbol pewarisan Megawati. Mungkin, karena itu pula di masa Kabinet Presiden Susilo Bambang Yudoyono (SBY) UU SJSN tidak dijalankan.

Ketika Kabinet SBY menjalankan program Askeskin, dengan peraturan Menteri Kesehatan yang menyebutkan salah satu alasannya adalah UU SJSN, Perhimpunan

Bapel JPKM (Perbapel JPKM) yang mengajak DPRD Jawa Timur menguji materi UU SJSN. Karena status hukum yang tidak jelas, *legal standing* Perbapel tidak diakui Mahkamah Konstitusi. Tetapi, DPRD Jawa Timur memiliki *legal standing* dan karenanya uji materi diproses. Uji Materi yang diputuskan melalui Keputusan MK No 007 PU III tanggal 31 Agustus 2005 memutuskan menerima sebagian uji materi dengan menyatakan bahwa pasal 5 ayat 2,3, dan 4 tidak mengikat. Namun MK menolak uji materi penghapusan pasal 5 ayat 1 yang berbunyi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) harus dibentuk dengan undang-undang dan menolak penghapusan Pasal 52 yang mewajibkan 4 (empat) BUMN penyelenggara jaminan sosial menyesuaikan diri dengan UU SJSN paling lambat dalam waktu lima tahun (yaitu tanggal 19 Oktober 2009). Dengan demikian, putusan MK tersebut sama sekali tidak mengubah substansi UU SJSN.

Karena sampai batas 19 Oktober 2009 UU SJSN tidak juga dijalankan dan naskah UU BPJS juga tidak diusulkan Pemerintah ke DPR, maka Komite Aksi Jaminan Sosial (KAJS) yang dipimpin Surya Tjandra dan Said Iqbal menggugat Pemerintah dan DPR atas kelalaian menjalankan UU SJSN ke Pengadilan Negeri Jakarta Pusat. Usulan pembahasan UU BPJS akhirnya diambil alih oleh Komisi IX DPR, karena Pemerintah tidak mau mengusulkan UU BPJS. Sementara itu, KAJS yang didukung 66 organisasi serikat pekerja, lembaga swadaya masyarakat, dan badan eksekutif mahasiswa terus melancarkan aksi menuntut dijalanannya UU SJSN dan disahkannya UU BPJS. Upaya mengundang UU BPJS dengan berbagai unjuk rasa juga mendapat dukungan dari anggota DPR, Rieke Diah Pitaloka. Pada bulan Juli 2011 akhirnya Pengadilan Negeri Jakarta Pusat memutuskan bahwa Pemerintah dan DPR lalai menjalankan UU SJSN dan karenanya Pemerintah dan DPR “dihukum” untuk menjalankan UU SJSN dan mensahkan UU BPJS agar SJSN dapat dijalankan. Sesungguhnya, tanpa “dihukum” Presiden sudah mengangkat sumpah untuk melaksanakan UUD dan semua UU yang telah disetujui.

Perjuangan panjang rakyat menuntut dijalanannya tujuan negara mensejahterakan rakyat, antara lain dengan SJSN sebagaimana diperintahkan UUD 1945 akhirnya mulai tampak bersinar dengan diundangkannya UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tanggal 25 November 2011.

Dalam perubahan Askeskin ke Jamkesmas, untuk menjaga agar dana Jamkesmas cukup, Kemenkes menerapkan aturan ketat. Hanya yang memiliki kartu Jamkesmas, sesuai kuota sebanyak 76,4 juta jiwa, yang dijamin Jamkesmas. Sebelumnya, ketika

masih program Askeskin, penduduk yang tidak miskin tetapi tidak mampu membayar biaya pengobatan, yang memang bisa jauh lebih tinggi dari pendapatan mereka, dapat dijamin dengan Surat Keterangan Tidak Mampu. Surat Keterangan itulah yang menimbulkan ketidakpastian kecukupan dana Askeskin yang hanya dianggarkan Rp 5.000 per orang per bulan selama lima tahun. Untuk menjaga kecukupan dana tersebut, Kemenkes tidak menjamin penduduk dengan SKTM. Kemenkes meminta Pemerintah Daerah menjamin penduduk di luar kuota tersebut, yang biasa dengan SKTM. Maka berkembanglah program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), seperti di Jakarta dikenal dengan JPK Gakin yang kemudian berganti nama di tahun 2012 dengan Kartu Jakarta Sehat (KJS). Di Aceh, program Jamkesda mencakup seluruh penduduk di tahun 2010 dengan konsep yang lebih konsisten dengan UU SJSN dengan nama Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) dengan iuran awal diusulkan Rp 17.000 per orang per bulan. Program JKA menjamin penduduk yang belum memiliki Jamkesmas, Askes PNS, dan JPK Jamsostek. Program tersebut dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan provinsi Aceh bersama PT Askes Indonesia dan dibantu perumusannya oleh Hasbullah Thabrany dan Mahlil Ruby. Di Tahun 2013, program JKA dan KJS menjadi salah satu uji coba penerapan Jaminan Kesehatan Nasional dengan pembayaran kapitasi dan CBG.

## **6. SIMPULAN**

---

Dalam penyelenggaraan asuransi sosial, peran pemerintah sangat besar dalam menetapkan besaran iuran, paket manfaat dan besaran penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan. Penerapan asuransi kesehatan sosial mewajibkan seluruh penduduk menjadi peserta sehingga memungkinkan tercapai cakupan universal.

Halaman ini sengaja dikosongkan

# Bab 3

## Asuransi Kesehatan Sosial

1. Pilar Jaminan Kesehatan Sosial .....	84
a) Pilar Bantuan Sosial .....	84
b) Pilar Asuransi Sosial.....	84
c) Pilar Suplemen .....	85
2. Perencanaan Sistem Asuransi Kesehatan Sosial .....	88
1. Pengumpulan Iuran (Revenue Collection).....	89
2. Perlindungan Peserta Asuransi (Protection Of The Members) .....	90
3. Pembayaran Layanan Kesehatan (Purchasing).....	90
4. Administrasi dan Kelembagaan.....	90
5. Menuju Universal Health Coverage (Uhc).....	91
3. Urgensi Asuransi Kesehatan Sosial.....	93
4. Kepesertaan .....	95
5. Penyusunan Paket Manfaat.....	96
Jaminan Uang (Cash Benefits) .....	97
Jaminan Manfaat (In Kind Benefits) .....	100
6. Penyusunan Besaran Iuran .....	101
Perhitungan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional .....	102
7. Sistem Pembayaran Fasilitas Kesehatan.....	103
a. Dilema Biaya Kesehatan .....	103
b. Faktor yang Mempengaruhi Kenaikan Biaya Kesehatan.....	105
c. Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan .....	108
8. Tantangan dan Peluang.....	139
9. Simpulan .....	140

## 1. PILAR JAMINAN KESEHATAN SOSIAL

---

Dalam merumuskan konsep jaminan sosial untuk Indonesia, Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dibentuk dengan Keputusan Presiden Nomor 20 Tahun 2002 menyepakati suatu sistem jaminan sosial harus dibangun di atas tiga pilar (Tim SJSN, 2003), yaitu:

### A) PILAR BANTUAN SOSIAL

Pilar pertama yang terbawah adalah Pilar Bantuan Sosial (*social assistance*) bagi mereka yang miskin dan tidak mampu atau tidak memiliki penghasilan tetap yang memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Dalam UU SJSN, bantuan sosial diwujudkan dengan bantuan iuran oleh Pemerintah (Pusat) agar mereka yang miskin dan tidak mampu dapat tetap menjadi peserta jaminan kesehatan nasional. Keharusan Pemerintah (Pusat) membayar iuran bagi penduduk miskin dan tidak mampu, dalam UU SJSN penerima subsidi iuran disebut Penerima Bantuan Iuran (PBI), memfasilitasi redistribusi beban Pemda. Karena iuran PBI dibayar ke BPJS, maka dengan sendirinya iuran tersebut merupakan dana dekonsentrasi ke daerah. Sebab peserta PBI tersebar di seluruh Indonesia. Daerah yang memiliki penduduk miskin dan tidak mampu akan mendapat subsidi iuran PBI lebih banyak. Dana dekonsentrasi, mirip dengan Dana Alokasi Khusus (DAK), lebih pasti sampai ke penduduk miskin dan tidak mampu dibanding dana DAK yang disalurkan ke Dinas Kesehatan atau ke Rumah Sakit Umum milik Daerah (RSUD).

### B) PILAR ASURANSI SOSIAL

Pilar kedua adalah Pilar Asuransi Sosial yang merupakan suatu sistem pengumpulan dana (*pooling of risk*) dengan mekanisme asuransi yang wajib diikuti oleh semua penduduk yang mempunyai penghasilan (di atas garis kemiskinan) dengan membayar iuran yang proporsional terhadap penghasilannya/upahnya. Konsep asuransi wajib (sosial) dan asuransi sukarela (komersial) dibahas dalam bab terdahulu. Pilar ini merupakan tulang punggung dari SJSN.

Beberapa pihak ada yang menginginkan bahwa asuransi sosial menjadi pilar tambahan sebagai bagian tunjangan pegawai (*employment benefit*). Sementara pilar satu hanya berbentuk layanan sosial (*Social Service*) yang didanai dari pajak. Hal itu sah saja sebagai suatu opsi. Tidak ada salah atau benar. Namun, kesepakatan politik kita

menginginkan pilar satu dan pilar dua dipadukan. Bahkan di banyak negara kesejahteraan (*welfare states*), pilar satu yang didanai pajak mencakup tunjangan pengangguran, layanan lansia, dan pendidikan gratis sampai tingkat doktoral. Hanya saja, pilihan terakhir ini diikuti dengan sistem pajak penghasilan dengan besaran sampai 50% gaji pekerja di negeri itu.

Kesepakatan politik memutuskan bahwa pilar satu dan pilar kedua merupakan fondasi sumber dana SJSN untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak yang harus diikuti (transaksi wajib) dan diterima oleh seluruh rakyat (pilar jaminan sosial/asuransi publik). Meskipun pilar pertama masuk (terintegrasi) dalam SJSN, diharapkan di masa depan pilar pertama semakin kecil perannya dalam SJSN. Ketika hampir semua pekerja mengikatkan diri dalam hubungan kerja dengan menerima upah atau gaji, maka semua pekerja dalam hubungan kerja (sering disebut pekerja formal) akan mengiur untuk SJSN/Jaminan Kesehatan Nasional. Hal ini akan tercapai jika sistem pungutan pajak kita telah bersih dan kuat. Penarikan iuran SJSN dalam dipadukan dengan penarikan pajak penghasilan pekerja sebagaimana dilakukan di banyak negara maju.

### **c) PILAR SUPLEMEN**

Pilar ketiga adalah Pilar Tambahan atau Pilar Suplemen bagi mereka yang menginginkan (*demand*) jaminan yang lebih besar atau lebih memuaskan dari jaminan kebutuhan standar hidup yang layak dan/atau bagi mereka yang mampu membeli jaminan tersebut. Pilar ini dapat diisi dengan membeli asuransi komersial (baik asuransi kesehatan, pensiun, atau asuransi jiwa), tabungan sendiri, membeli saham, membeli surat berharga, menyimpan emas murni, atau program-program lain. Pilar ketiga dapat dilakukan oleh perorangan atau lembaga usaha (pemberi kerja) sebagai bagian dari tunjangan pegawai. Pilar ketiga merupakan jaminan kesejahteraan luas (bukan lagi jaminan sosial atau jaminan dasar) memenuhi keinginan (*want, demand*) seseorang. Sedangkan dua pilar pertama memenuhi kebutuhan (*need*), yang bersifat absolut. Kebutuhan (*need*) tidak bisa dikompromikan atau dibahas secara demokratis. Kebutuhan dasar adalah syarat biologis suatu makhluk hidup dapat berfungsi normal, hidup layak atau produktif seperti mencari makan, belajar, bekerja, dan bergerak untuk keperluan sosial minimal. Kebutuhan dasar tidak ditentukan oleh orang per orang seperti keinginan (*demand*). Kebutuhan dasar ditentukan oleh para ahli berdasarkan ukuran obyektif. Sebagai contoh, seorang dengan tinggi badan dan berat badan tertentu

memerlukan 2.100 kalori (yang digunakan untuk mengukur kebutuhan fisik minimum di Indonesia) untuk bisa belajar atau bekerja 8 (delapan) jam sehari. Untuk hidup normal, setiap orang membutuhkan rumah seluas 8 m<sup>2</sup>, salah satu standar yang digunakan di Indonesia untuk mengukur tingkat kemiskinan oleh Badan Pusat Statistik. Apa kebutuhan dasar kesehatan?

Kebutuhan dasar kesehatan berbeda dengan kebutuhan dasar lain karena adanya sifat ketidakpastian (*uncertainty*) yang tidak bisa diukur sama untuk semua orang. Kebutuhan makan/kalori dan kebutuhan perumahan dasar yang memungkinkan seseorang berproduksi (berjalan, bergerak, belajar, bekerja, atau bersosialisasi) bisa diukur dan alam hampir memastikan kebutuhan tersebut. Kebutuhan dasar makan untuk berproduksi telah dihitung oleh ahli gizi medik sebanyak minimal 2.100 kalori. Jika orang yang kebutuhannya dasarnya 2.100 kalori makan dengan jumlah kalori melebihi dari itu, maka dia akan jadi gemuk (obesitas), karena kalori yang masuk dalam tubuhnya tidak digunakan untuk berfungsi normal. Kalori tersebut disimpan dalam bentuk lemak (gemuk).

Kebutuhan perumahan pada dasarnya adalah kebutuhan berteduh dan beristirahat, duduk, tidur dll. Para ahli kita, dengan status ekonomi negara sekarang, telah mengukur dan menetapkan bahwa setiap orang yang memiliki ruang privat seluas 8 m<sup>2</sup> telah cukup memenuhi kebutuhan dasar perumahan. Semua kebutuhan dasar tersebut bersifat pasti diperlukan tiap hari dan dapat diukur. Karenanya, nilai rupiahnya juga dapat dihitung. Semakin tinggi tingkat penghasilan dan tingkat pendidikan rakyat suatu negara, semakin tinggi juga standar kebutuhan dasar. Di negara maju, standar kebutuhan dasar 2.100 kalori dan perumahan 8 m<sup>2</sup> dinilai terlalu rendah. Di masa depan, batas garis kemiskinan di Indonesia juga akan berubah.

Kebutuhan dasar layanan kesehatan tiap orang tidak dapat dihitung di muka dan tidak dapat diseragamkan untuk semua orang. Penyebab utamanya adalah ketidakpastian akan kebutuhan layanan kesehatan pada tingkat perorangan tiap hari. Namun, hukum bilangan besar memungkinkan kita mengetahui kebutuhan dasar bagi sekelompok besar penduduk. Kita dapat saksikan misalnya beban belanja kesehatan peserta Askes PNS yang menjamin sekitar 16,5 juta orang hampir dapat diprediksi secara akurat tiap tahun. Kita juga saksikan tren belanja kesehatan peserta Askes PNS relatif stabil dalam 10 tahun terakhir (lihat laporan tahun PT Askes). Kebutuhan kesehatan juga bukan

merupakan keinginan seseorang. Bahkan semua orang tidak menginginkan sakit dan karenanya tidak menginginkan layanan kesehatan. Konsep keinginan/*want* yang menjadi dasar timbulnya *demand*/permintaan, tidak relevan untuk kesehatan. Ada orang yang tidak pernah membutuhkan layanan kesehatan dalam 30 tahun terakhir kehidupannya, karena ia tidak pernah sakit tetapi ada juga orang yang perlu makan obat terus menerus dalam 30 tahun terakhir kehidupannya, karena ia menderita penyakit tekanan darah tinggi atau kencing manis. Jumlah dana yang dihabiskan untuk mempertahankan ia terbebas dari gejala penyakitnya selama 30 tahun dapat melebihi nilai Rp 1 (satu) milyar. Ada orang yang kemarin masih tampak segar bugar, tiba-tiba terkena serangan jantung dan menurut dokter (penilai profesional) perlu perawatan intensif 30 hari dan pembedahan jantung yang pada akhirnya menghabiskan biaya (tagihan rumah sakit) lebih dari Rp 500 juta. Kebutuhan biaya Rp 500 juta tersebut adalah kebutuhan untuk memungkinkan ia hidup normal kembali, bisa berjalan, belajar, bekerja dan bersosialisasi. Jadi, nilai uang Rp 500 juta tersebut merupakan nilai yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Pemerintah Inggris sudah sejak 1948 (ketika itu ekonomi Inggris jauh lebih jelek dari ekonomi Indonesia saat ini) menyediakan layanan kesehatan gratis (ketika sakit) untuk seluruh penduduknya, termasuk orang asing yang legal bermukim di negeri itu. Sesungguhnya tidak ada layanan kesehatan gratis. Yang ada adalah layanan kesehatan gratis ketika seseorang sakit, tetapi sesungguhnya ia telah membayarnya ketika ia sehat dan produktif sebelumnya. Layanan kesehatan gratis (ketika sakit) di Inggris mencakup bedah jantung, pengobatan kanker, bahkan transplantasi organ seperti ginjal dan hati. Konstitusi Inggris mengharuskan semua orang (bukan hanya warga negaranya) mendapat layanan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya, terlepas dari asal-usul orang tersebut, tingkat ekonomi keluarga, atau pekerjaannya. Dari mana sumber dananya? Dana untuk layanan kesehatan tersebut berasal dari pajak dan pajak jaminan sosial ketika mereka sehat dan berproduksi (mendapatkan penghasilan). Karena pemungutan pajak penghasilan dan pajak jaminan sosial disatukan, banyak orang Indonesia mengira Inggris menyediakan layanan kesehatan gratis dan menggugat bahwa SJSN bertentangan dengan hak asasi rakyat. Mereka menuntut Pemerintah menyediakan layanan kesehatan gratis bagi semua penduduk tanpa harus membayar iuran.

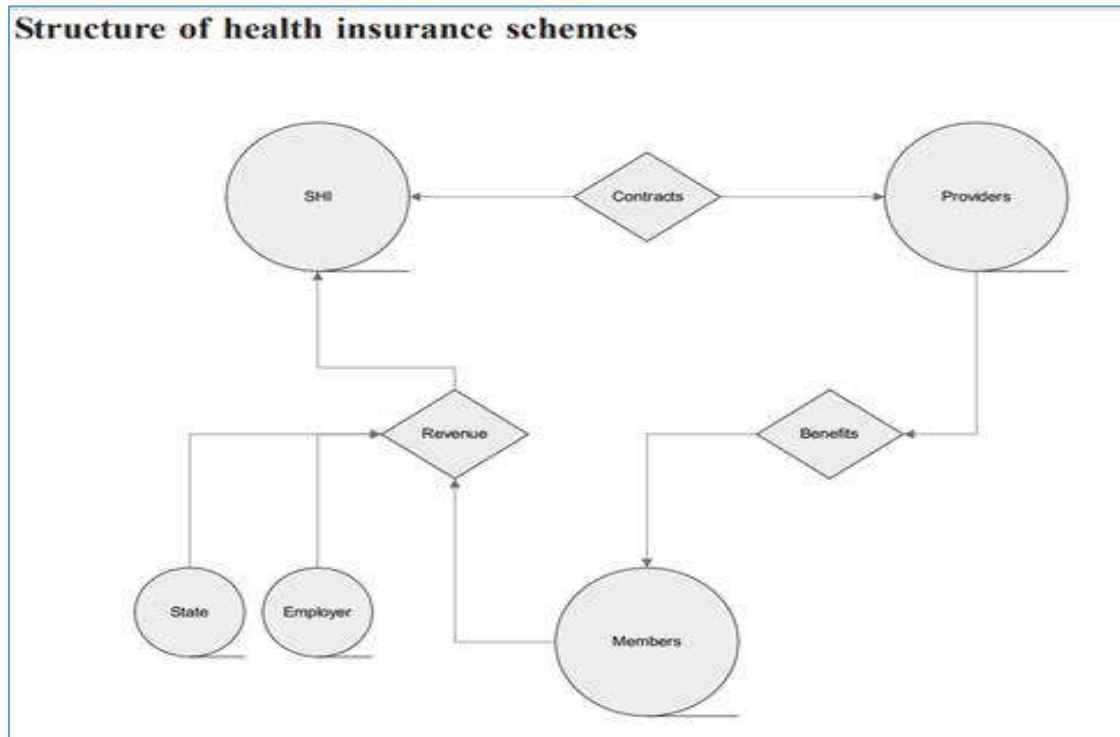
Amerika mempunyai sistem Medicare yang menjamin semua penduduk lansia (usia > 65 tahun) dan bukan lansia yang memiliki penyakit terminal. Penyakit terminal adalah penyakit yang mematikan, misalnya gagal ginjal, jika tidak diobati, padahal teknologi pengobatannya tersedia. Medicare di Amerika menjamin yang berhak (*beneficiaries*) tanpa memandang tingkat ekonomi, ras, dan bahkan status kewarganegaraan penduduk Amerika. Jika negara kapitalis saja menjamin layanan kesehatan yang mahal yang memiskinkan atau mematikan jika tidak diobati, sangatlah memalukan dan melanggar hak asasi manusia jika Indonesia tidak menjamin layanan kesehatan yang mahal. Alasan ketidakmampuan fiskal Indonesia sama sekali tidak bisa diterima, karena semua negara yang menjamin layanan kesehatan komprehensif tidak pernah bangkrut dan sudah memulainya ketika ekonomi negara tersebut lebih jelek dari ekonomi Indonesia di tahun 2000. Apalagi di tahun 2013, di mana Pemerintah mensubsidi rakyat kaya (yang memiliki sepeda motor dan mobil) sampai lebih dari Rp 300 Triliun di tahun 2012. Padahal, jika semua penduduk yang sakit diobati dan ditambah dengan dana promosi serta pencegahan kesehatan, jumlah dana yang dibutuhkan paling banyak dibutuhkan Rp 150 Triliun setahun.

## 2. PERENCANAAN SISTEM ASURANSI KESEHATAN SOSIAL

---

Dalam hal sebuah negara ingin mengimplementasikan asuransi kesehatan sosial sebagai metode pembiayaan pelayanan kesehatannya, maka perlu disusun rancangan sistem asuransi kesehatan sosial yang mempertimbangkan gambaran sejarah negara tersebut, pola budaya, sistem politik dan ekonomi, sehingga sistem asuransi kesehatan sosial tersebut diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dan keadaan khusus negara tersebut, tidak hanya serta merta diimpor dan menduplikasi contoh dari negara lain.

Dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan, terdapat struktur segitiga para pihak yang terdiri dari badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial sebagai pembeli manfaat atau *benefit* pelayanan kesehatan bagi pesertanya (*purchasing*), fasilitas kesehatan sebagai penyedia pelayanan kesehatan (*providers*) yang dalam hal ini melakukan perikatan Kerjasama dengan badan penyelenggara, dan pihak atau individu-individu peserta asuransi, para pemberi kerja dan negara yang ke semuanya membayarkan kontribusi iuran kepada badan penyelenggara (*revenues*).



Sumber: Normand, Charles, and Axel Weber, "Social Health Insurance: A Guidebook for Planning. WHO, 1994.

Tanpa mengabaikan fungsi-fungsi teknis pendukung operasional lain, maka terdapat empat fungsi utama yang dijalankan dalam skema asuransi kesehatan sosial, yaitu:

### 1. PENGUMPULAN IURAN (REVENUE COLLECTION)

Dalam hal pengumpulan iuran ini beberapa isu yang mesti menjadi perhatian penting adalah; iuran yang ditetapkan berdasarkan upah untuk segmen pekerja formal; bagaimana tingkat kemampuan membayar iuran dari warga negara selain pekerja formal; sejauh mana iuran yang ditetapkan dapat mencukupi pembiayaan pelayanan kesehatan; seberapa banyak rumah tangga yang menanggung beban pembiayaan pelayanan kesehatan untuk penyakit menahun yang menimbulkan biaya besar atau katastrofik; serta sejauh mana kemampuan keuangan negara untuk menanggung iuran warga tidak mampu.

Di samping itu, juga terdapat beberapa isu yang berkaitan dengan kepesertaan dari warga negara yang juga akan berdampak kepada aspek pengumpulan iuran, di antaranya; apakah asuransi kesehatan sosial akan mencakup seluruh populasi atau diperlukan penahapan; bagaimana upaya untuk mewajibkan kepesertaan kepada sektor informal dengan tingkat ketidakpastian usaha cukup tinggi; bagaimana pengaturan

kewajiban pendaftaran bagi seluruh populasi dengan segmen yang berbeda-beda; apakah dimungkinkan juga kepesertaan yang sifatnya tidak wajib untuk golongan tertentu (*opt-out*), bagaimana memastikan seluruh anggota keluarga dapat wajib menjadi peserta.

## **2. PERLINDUNGAN PESERTA ASURANSI (PROTECTION OF THE MEMBERS)**

Beberapa hal penting dalam fungsi perlindungan bagi peserta ini adalah; apakah terdapat segmen warga tertentu yang akan diprioritaskan menjadi peserta skema asuransi Kesehatan sosial; bagaimana agar skema tersebut tidak hanya dimanfaatkan oleh warga negara yang sedang sakit saja (*adverse selection*); apakah penyelenggaraan asuransi kesehatan sosial akan dijalankan secara terpusat oleh satu badan atau dengan banyak badan penyelenggara, misalkan pada masing-masing daerah; bagaimana memastikan kesamaan perlindungan bagi peserta pada penyelenggaraan asuransi kesehatan sosial dengan banyak badan penyelenggara.

## **3. PEMBAYARAN LAYANAN KESEHATAN (PURCHASING)**

Fungsi *purchasing* pada asuransi kesehatan sosial lebih berhubungan dengan segala hal terkait kerjasama antara badan penyelenggara dengan pihak fasilitas kesehatan sebagai penyedia pelayanan kesehatan (*healthcare providers*). Beberapa isu penting dalam pelaksanaan fungsi ini adalah; pelayanan apa saja yang dijamin atau tidak dijamin melalui paket manfaat asuransi kesehatan sosial; bagaimana kontrak kerjasama antara badan penyelenggara dengan fasilitas kesehatan dikelola dan diawasi, termasuk negosiasi harga; seberapa biaya-efektif pola pembayaran dari badan penyelenggara kepada fasilitas kesehatan; apa saja dampak yang mungkin ditimbulkan oleh pola pembayaran terhadap mutu pelayanan kesehatan; bagaimana insentif dan disinsentif serta mekanisme penjaminan mutu pelayanan kesehatan kepada peserta asuransi.

## **4. ADMINISTRASI DAN KELEMBAGAAN**

Untuk fungsi administratif dan kelembagaan ini beberapa isu penting yang harus disikapi adalah; bagaimana mekanisme kontrol biaya penyelenggaraan oleh badan penyelenggara; elemen biaya apa saja yang menjadi pokok penyelenggaraan asuransi kesehatan sosial; bagaimana prinsip-prinsip tata Kelola yang baik (*good governance*)

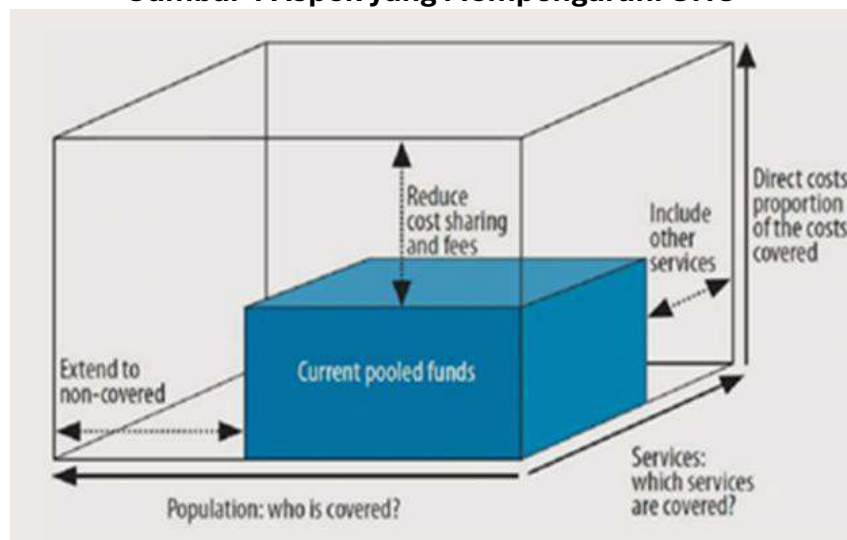
dijalankan oleh badan penyelenggara; siapa atau lembaga apa yang akan ditetapkan menjadi badan penyelenggara; seberapa independen badan penyelenggara; bagaimana mekanisme kontrol operasional dari badan penyelenggara; bagaimana peluang terlaksananya kerjasama pemerintah-swasta (*public-private partnership*) dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan sosial.

Menurut pakar asuransi kesehatan sosial dunia, Normand dan Weber (1994), pokok-pokok penting dalam menjalankan fungsi-fungsi asuransi kesehatan sosial tersebut di atas, merupakan rekomendasi kebijakan bagi Pemerintah sebuah negara untuk mulai mendesain dan merencanakan penerapan model asuransi kesehatan sosial sebagai bagian dari sistem jaminan sosial negara.

## 5. MENUJU UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC)

WHO menyatakan bahwa UHC adalah kondisi di mana semua orang memiliki akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan, tanpa menghadapi hambatan finansial atau geografis.

**Gambar 1 Aspek yang Mempengaruhi UHC**



Sumber: WHO. The World Report. Health System Financing: The Path to Universal Coverage, WHO, 2010 p.12

*Universal Health Coverage* (UHC) adalah strategi yang dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, sekaligus memberikan perlindungan finansial, terutama dari risiko penyakit katastropik yang membutuhkan biaya besar.

Menurut WHO, dalam mewujudkan UHC dipengaruhi oleh 3 aspek antara lain:

### 1) PERLINDUNGAN FINANSIAL (FINANCIAL PROTECTION)

UHC bertujuan untuk memberikan perlindungan finansial dari biaya kesehatan yang tidak terduga yang meliputi perlindungan biaya pelayanan kesehatan yang tinggi, penyakit kronis, perawatan medis yang lama. Sistem kesehatan harus memiliki mekanisme yang melindungi masyarakat agar tidak jatuh miskin akibat biaya kesehatan. Skema kesehatan ini meliputi pembiayaan kesehatan yang adil, pengaturan tarif layanan yang rasional. UHC menekankan pada pentingnya layanan kesehatan yang terjangkau (*affordability*). Perlindungan finansial yang diberikan dalam UHC akan mendorong masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan sehingga meningkatkan cakupan layanan kesehatan di seluruh populasi.

### 2) POPULASI (POPULATION)

UHC bertujuan untuk menjangkau seluruh masyarakat atau populasi untuk mendapatkan akses layanan kesehatan tanpa memandang status sosial, ekonomi atau geografis. Jumlah populasi yang tercakup dalam UHC akan mempengaruhi jenis dan layanan yang perlu disediakan, misal populasi dengan angka kematian ibu yang tinggi membutuhkan layanan prenatal dan *postnatal* yang lebih komprehensif.

### 3) LAYANAN (SERVICES)

UHC menekankan pada kualitas layanan yang diberikan dan meliputi layanan promotif (promosi kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (pengobatan), rehabilitatif (rehabilitasi medis) dan perawatan paliatif. UHC menekankan pemberian layanan kesehatan yang berkelanjutan dan pemberian layanan primer yang fokus utamanya untuk mencegah penyakit dan peningkatan kesehatan masyarakat. Cakupan layanan yang komprehensif dan kualitas layanan kesehatan akan berdampak pada biaya layanan kesehatan yang tinggi, sehingga sistem perlindungan finansial dalam UHC harus dapat menanggulangi biaya-biaya tersebut agar layanan kesehatan tetap terjangkau bagi masyarakat.

### 3. URGENSI ASURANSI KESEHATAN SOSIAL

---

Asuransi kesehatan sosial sebagai mekanisme pendanaan pelayanan kesehatan telah banyak digunakan di seluruh dunia, karena keandalan sistem ini dalam upaya memenuhi kebutuhan kesehatan rakyat suatu negara. Membahas asuransi kesehatan sosial tidak akan lepas dari pengertian dan prinsip asuransi sosial yang sudah dibahas pada bab sebelumnya. Asuransi sosial bertujuan untuk melindungi dan menjamin keadilan yang merata (*equity*) bagi seluruh warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka suatu asuransi sosial harus didasari pada regulasi perundang-undangan sebuah negara, dengan pembayaran premi dan penyusunan paket jaminan manfaat yang memungkinkan terjadinya pemerataan kesempatan.

Pada pola asuransi kesehatan sosial, besaran iuran dihitung secara berkelompok di masyarakat (*community rating*). Contoh sederhananya adalah suatu kelompok warga terdiri dari seratus orang, di mana pada tahun lalu biaya pelayanan kesehatan dari semua orang tersebut adalah Rp 50 Juta (sudah termasuk di dalamnya biaya tindakan, biaya obat, biaya akomodasi dan sebagainya). Mengacu pada jumlah biaya tersebut, maka ditetapkanlah besaran iuran bagi masing-masing orang untuk tahun ini sebesar Rp 50 Juta ditambahkan faktor penyesuaian untuk inflasi dan lain-lain misalkan sebesar 10%, dibagikan untuk seratus orang dan untuk selama dua belas bulan atau iuran sebesar Rp 45.833 per orang per bulan. Dengan cara perhitungan iuran seperti ini membuat besaran iuran relatif lebih murah dibandingkan dengan asuransi swasta. Di samping itu, dengan cara perhitungan tersebut juga yang mendasari mengapa dalam asuransi sosial ini keikutsertaannya bersifat wajib, untuk menghindari terjadinya defisit pembiayaan bagi kelompok masyarakat tersebut.

Dalam pembiayaan pelayanan kesehatan terdapat beberapa kondisi khusus yang mutlak memerlukan keberadaan pola pembiayaan kolektif sebagai jawaban untuk memastikan seluruh warga negara mendapatkan penjaminan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan. Setidaknya terdapat empat kondisi khusus tersebut, yaitu sebagai berikut:

- a. Mekanisme pasar tidak bekerja dalam pelayanan kesehatan (*market failure*), di mana tidak berjalannya hukum permintaan dan penawaran normal pada pelayanan

kesehatan. Banyaknya rumah sakit yang beroperasi pada sebuah daerah tidak serta merta menyebabkan harga pelayanan kesehatan di daerah tersebut menjadi turun atau lebih murah.

- b. Terdapatnya unsur ketidakpastian (*uncertainty*) yang tinggi dalam pelayanan kesehatan. Kapan kondisi sakit akan terjadi, berapa lama waktu sakit seseorang dan berapa jumlah biaya yang akan dikeluarkan oleh seseorang saat sakit, adalah bentuk-bentuk ketidakpastian dimaksud.
- c. Adanya kondisi ketidakseimbangan informasi (*asymmetric information*) antara para pemberi pelayanan kesehatan dengan para penderita sakit. Dengan kata lain, para pemberi pelayanan kesehatan lebih mengetahui seluk beluk penyembuhan penyakit dari pada pasiennya, di mana kondisi ini bila tanpa pengawasan yang mencukupi akan berpotensi pada munculnya penyalahgunaan (*moral hazard*) dalam pelayanan kesehatan.
- d. Seiring dengan perkembangan peradaban, juga terjadi perkembangan pesat teknologi pelayanan kesehatan, baik dari sisi metode penyembuhan, teknologi obat-obatan serta alat kesehatan penunjang.

Semua kondisi khusus tersebut di atas dipercaya menjadi penyebab utama tingginya biaya dalam pelayanan kesehatan. Besaran inflasi bidang kesehatan selalu berada di atas besaran inflasi pada umumnya. Hal ini lah yang menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi sangat eksklusif di mana hanya warga masyarakat yang mampu saja yang bisa mendapatkan pelayanan kesehatan baik di tingkat pertama seperti klinik-klinik swasta atau dokter praktik perorangan, maupun di tingkat lanjutan seperti Rumah Sakit. Terdapat perumpamaan yang beredar di masyarakat tentang SADIKIN (sakit sedikit menjadi miskin) atau JAMILA (jadi miskin lagi) bila sudah berhadapan dengan permasalahan pelayanan Kesehatan yang membutuhkan biaya yang sangat banyak.

Oleh sebab itu Pemerintah sebuah negara perlu menyiapkan sistem pembiayaan untuk pelayanan kesehatan yang dapat memastikan seluruh warga mendapatkan kesempatan yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan (*universal health coverage*). Sistem pembiayaan publik atau pembiayaan bersama, telah terbukti dapat bekerja dengan baik membuat pelayanan kesehatan tetap menjadi barang publik (*public goods*) yang dapat dinikmati secara bersama oleh semua elemen warga masyarakat tanpa membedakan status ekonomi.

Mengantisipasi hal tersebut, Indonesia melalui kesepakatan yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, telah memulai penerapan sistem jaminan sosial bidang kesehatan melalui pola asuransi kesehatan sosial. Dengan tujuan untuk mengatasi permasalahan tentang kecenderungan tingginya biaya pelayanan kesehatan, serta guna memastikan seluruh warga mendapatkan hak atas pelayanan Kesehatan, maka melalui Undang-undang tersebut ditetapkanlah bahwa Program Jaminan Kesehatan Nasional (Program JKN) menjadi sesuatu yang wajib bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, termasuk warga negara asing yang berdomisili sekurangnya enam bulan. Sehingga diharapkan melalui sistem ini akan tercipta sebuah gerakan gotong-royong masif secara nasional, yang dapat memastikan seluruh penduduk bisa mendapatkan pelayanan kesehatan.

## 4. KEPESERTAAN

---

Tujuan utama implementasi asuransi kesehatan sosial adalah untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage / UHC*), yang berarti seluruh penduduk, tanpa terkecuali, harus terdaftar dan mendapatkan akses layanan kesehatan. Asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kepesertaan wajib, artinya setiap orang diwajibkan untuk terdaftar dalam asuransi kesehatan sosial.

Jenis kepesertaan dalam asuransi kesehatan sosial meliputi:

### a. Kepesertaan Pekerja Formal

Kepesertaan ini terdiri dari pekerja di sektor formal, seperti pegawai negeri dan pekerja swasta, yang diwajibkan untuk berpartisipasi dalam sistem asuransi kesehatan sosial. Kontribusi iuran berasal dari pemberi kerja dan pekerja dengan perhitungannya dari persentase tertentu.

### b. Kepesertaan Pekerja Informal

Kepesertaan pekerja informal meliputi pedagang kecil, petani, atau pekerja lepas, mekanisme kepesertaan bisa lebih fleksibel. Mereka dapat memilih untuk ikut serta atau tidak, tergantung pada sistem yang diterapkan.

### **c. Kepesertaan Kelompok Rentan**

Kepesertaan ini meliputi masyarakat miskin, anak-anak, ibu hamil, penyandang disabilitas, dan lansia yang mendapat subsidi penuh atau bantuan iuran dari pemerintah, untuk memastikan mereka dapat mengakses layanan kesehatan tanpa hambatan finansial.

Dalam pengelolaan kepesertaan, pemerintah memiliki peran yang besar dalam menetapkan aturan-aturan tentang siapa yang harus terdaftar dalam asuransi kesehatan sosial, berapa besaran iuran yang harus dibayar, serta apa saja hak dan kewajiban peserta. Pengelolaan kepesertaan dalam asuransi kesehatan sosial meliputi:

#### **1) Pendaftaran dan Pencatatan Peserta**

Setiap negara biasanya memiliki prosedur pendaftaran yang jelas untuk memastikan semua orang terdaftar. Di banyak negara, pendaftaran dilakukan melalui lembaga asuransi kesehatan atau badan pemerintah yang mengelola jaminan sosial kesehatan, seperti BPJS Kesehatan di Indonesia.

#### **2) Verifikasi dan Validasi Data Peserta**

Sistem asuransi kesehatan sosial harus memastikan bahwa hanya orang yang berhak yang terdaftar sebagai peserta. Untuk itu, penting untuk dilaksanakan verifikasi dan validasi secara berkala untuk memastikan bahwa data peserta valid dan tidak ada penyalahgunaan sistem.

#### **3) Penyampaian Informasi kepada Peserta**

Dalam mengelola sistem kepesertaan dengan baik, pemerintah menyediakan informasi yang jelas mengenai cara mendaftar, manfaat yang diperoleh, cara membayar iuran, dan hak-hak peserta. Program penyuluhan dan edukasi kepada masyarakat menjadi bagian penting dari pengelolaan kepesertaan.

## **5. PENYUSUNAN PAKET MANFAAT**

---

Dari segi pemberian atau pembayaran manfaat, dapat dibagi menjadi dua bagian besar, yaitu pemberian manfaat dalam bentuk uang/ penggantian uang dan dalam bentuk pelayanan. Dalam asuransi kesehatan, pembayaran dalam bentuk uang dikenal dengan

nama asuransi kesehatan tradisional yang dapat memberikan penggantian uang *lumpsum*, sejumlah tertentu (indemnitas) atau sesuai dengan tagihan (*reimbursement*). Sedangkan manfaat yang diberikan dalam bentuk pelayanan dikenal dengan istilah populer di Amerika sebagai *managed care* (pelayanan terkendali). Pemberian jaminan dalam bentuk uang ataupun pelayanan dapat diberikan baik oleh penyelenggara asuransi kesehatan sosial.

### JAMINAN UANG (CASH BENEFITS)

Tradisi asuransi, termasuk asuransi kesehatan, adalah memberikan penggantian uang. Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Asuransi di Indonesia juga mempunyai definisi yang sama. Dalam asuransi kesehatan di masa lalu, di mana provider belum cukup banyak dan *moral hazard* belum meluas, jaminan uang berjalan cukup baik. Dalam praktik, pemberian jaminan uang sering bermasalah karena mudahnya terjadi *moral hazard* dan kesulitan teknis menentukan kebutuhan yang sebenarnya. Asuransi mobil di Indonesia juga seringkali memberikan jaminan dalam bentuk pelayanan jika mobil yang diasuransikan rusak karena kecelakaan. Perusahaan asuransi biasanya mengirim mobil yang rusak ke bengkel tertentu. Prinsip yang sama digunakan dalam pelayanan kesehatan. Pasien harus mendapat pengobatan atau perawatan di provider tertentu di rumah sakit atau klinik. Bukan hanya Bapel JPKM yang melakukan hal itu, perusahaan asuransi juga melakukan hal yang sama. Pengelolaan asuransi kesehatan yang memberikan manfaat dalam bentuk uang akan lebih rumit karena kebutuhan tidak selalu sesuai dengan uang jaminan, padahal kebutuhan pelayanan medis tidak dapat ditunda. Akibatnya permainan kuitansi atau pelayanan mudah “disesuaikan” yang mengakibatkan peningkatan premi. Penggantian dengan kwitansi membuka peluang lebih besar *moral hazard*.

### Ilustrasi asuransi kesehatan komersial dan sosial

#### Contoh asuransi kesehatan sosial.

Pegawai negeri golongan IA bergaji Rp 500.000 per bulan dan membayar premi sebesar 2% dari gajinya atau Rp  $(2/100) \times \text{Rp } 500.000 = \text{Rp } 5.000,-$  sebulan untuk satu keluarganya, satu istri dan dua anak. Jadi premi per bulan per orang menjadi hanya sebesar Rp 1.250. Jika salah seorang anggota keluarganya harus dirawat inap atau harus menjalani cuci darah, maka Askes menjaminkannya (dengan tambahan iur biaya saat ini).

Pegawai negeri lain bergolongan IV C dengan gaji sebesar Rp 1.500.000 per bulan. Pegawai ini membayar premi 2% atau  $(2/100) \times \text{Rp } 1.500.000,-$  atau = Rp 30.000 per keluarga per bulan. Karena anaknya sudah besar ia hanya menanggung istrinya. Jika salah seorang dari keduanya harus rawat

inap atau harus hemodialisa, maka Akses menanggung pelayanan hemodialisa (saat ini dengan iur biaya) yang sama besarnya seperti pegawai golongan IA tadi.

Contoh di atas menunjukkan adanya subsidi silang antara yang lebih kaya kepada yang lebih miskin atau dari golongan IVC kepada golongan IA.

**Contoh Asuransi Komersial (contoh ini adalah produk yang dijual di Jakarta dan Jawa Barat tanpa menyebutkan nama perusahaannya).**

Sebuah perusahaan asuransi menjual paket standar perawatan kelas III dengan premi Rp 22.500 per orang per bulan dan TIDAK menanggung hemodialisa. Seorang pegawai atau pedagang bergaji Rp 700.000 dan memiliki dua anak tidak akan mampu membeli paket ini karena ia harus membayar 4 X Rp 22.500 = Rp 90.000 per bulan.

Ini sama dengan 13% penghasilannya sebulan. Kalau anggota keluarga ini perlu rawat inap atau hemodialisa, maka ia harus bayar sendiri. Jika ia tidak memiliki uang, maka ya mungkin nyawa mengancam jiwanya karena tidak ada yang menanggung.

Seorang pengusaha kecil berpenghasilan Rp 5.000.000 sebulan merasa perlu memiliki asuransi dan membeli paket standar di atas. Dia memiliki dua anak dan satu istri juga, maka dia mampu membayar Rp 90.000,- yang merupakan 1,8% dari penghasilannya.

Pemberian jaminan dalam bentuk uang dalam asuransi kesehatan mempunyai berbagai kelebihan dan kekurangan seperti:

#### KELEBIHAN

1. **Tidak perlu ada kontrak atau kerja sama dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan (fasilitas kesehatan, provider).** Pada asuransi indemnitas, peserta dapat mengajukan klaim berdasarkan kwitansi biaya berobat di rumah sakit dan tidak diperlukan kontrak khusus antara perusahaan asuransi dengan provider. Pada umumnya produk indemnitas di Indonesia hanya menanggung biaya rumah sakit.
2. **Pilihan fasilitas kesehatan luas.** Akibat tidak adanya kontrak dengan fasilitas kesehatan, maka peserta atau tertanggung mempunyai kebebasan memilih fasilitas kesehatan sebagai tempat mendapatkan pengobatan. Pilihan yang luas ini sangat disukai orang-orang yang menghendaki pelayanan yang sesuai dengan selera. Pada umumnya golongan ekonomi menengah atas, apalagi yang mobilitasnya tinggi, sangat menyukai asuransi model ini. Pilihan bebas ini dapat diberikan oleh usaha asuransi komersial maupun asuransi sosial pada asuransi kecelakaan kerja (*workers' compensation, occupational injury, dll.*).

3. **Pembayaran fasilitas kesehatan Fee For Service (FFS).** Karena manfaat diberikan dalam bentuk uang sejumlah tertentu atau *reimbursement* dan tanpa ada kontrak dengan provider, maka pembayaran fasilitas kesehatan dilakukan sesuai dengan jasa yang diberikan (*fee for service*). Cara pembayaran ini sangat disukai oleh fasilitas kesehatan karena mereka tidak perlu menanggung risiko finansial.
4. **Kepuasan peserta lebih tinggi.** Kepuasan peserta tinggi karena mereka tidak harus mendapatkan pelayanan dari fasilitas kesehatan yang belum mereka kenal. Apabila mereka mendapatkan fasilitas kesehatan yang kurang baik pelayanannya, peserta tidak bisa menyalahkan asuradur.
5. **Kepuasan fasilitas kesehatan lebih tinggi.** Pembayaran jasa per pelayanan dan pilihan bebas fasilitas kesehatan memberikan kepuasan tinggi kepada fasilitas kesehatan karena tidak ada risiko finansial. Provider yang mampu memberikan pelayanan baik dan memuaskan akan mendapat pasien lebih banyak.

#### KEKURANGAN

1. Pemberian manfaat dalam bentuk uang mudah menimbulkan fraud atau kecurangan dan abuse atau pemakaian berlebihan sangat tinggi. Baik peserta maupun fasilitas kesehatan tidak memiliki insentif untuk mengendalikan penggunaan pelayanan, sehingga terjadi overutilisasi. Peserta berpendapat semakin banyak pelayanan semakin baik, karena mereka tidak perlu membayar.
2. Pengendalian mutu dan utilisasi fasilitas kesehatan sulit dilakukan dan tidak relevan dengan hubungan tanpa kontrak. Di Indonesia asuransi yang memberikan jaminan dalam bentuk uang diberikan oleh perusahaan asuransi, baik yang langsung atau melalui kartu kredit. Mereka menawarkan asuransi biaya perawatan dan pembedahan kepada pemegang kartu kredit, selain kepada kumpulan seperti perusahaan. Asuransi Kecelakaan Jasa Raharja dan Jaminan Kecelakaan Kerja Jamsostek juga memberikan jaminan dalam bentuk penggantian uang sejumlah uang tertentu. Sebagian program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek maupun JPK bagi pegawai negeri juga dapat memberikan penggantian uang, khususnya untuk pelayanan yang bersifat gawat darurat dan penggantian alat/bahan yang digunakan peserta seperti kacamata, *plate and screw*, dll.

### JAMINAN MANFAAT (IN KIND BENEFITS)

Jaminan manfaat atau *in kind benefits* merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan langsung kepada peserta asuransi dalam bentuk fasilitas atau layanan kesehatan tertentu. Sederhananya, bukan berupa uang tunai, melainkan berupa tindakan medis yang bisa langsung diterima oleh peserta. Dalam implementasinya, terdapat beberapa hal yang menjadi perhatian antara lain:

1. Perlu kerja sama/kontrak dengan fasilitas kesehatan. Untuk bisa memberikan manfaat dalam bentuk pelayanan, maka diperlukan sebuah ikatan kerja sama atau kontrak dengan fasilitas kesehatan. Tentu saja tidak semua fasilitas kesehatan dapat dikontrak. Untuk itu ada proses kredensialing.
2. Mengurangi *moral hazard* dari sisi peserta/pemegang polis. Pemberian manfaat melalui fasilitas kesehatan yang dikontrak mempunyai dua keuntungan. Pertama, peserta digiring pada pelayanan yang biaya/tarifnya sudah disepakati atau diketahui sehingga lebih mudah memperkirakan biayanya. Kedua, dapat dilakukan pengendalian biaya dan *moral hazard*. Penggunaan formularium yang disepakati misalnya, akan dapat mengendalikan biaya obat-obatan. Kontrak dengan fasilitas kesehatan, harus disadari, tidak menjamin tidak terjadinya *moral hazard* oleh fasilitas kesehatan itu sendiri.
3. Pembayaran fasilitas kesehatan dapat bervariasi. Dengan melakukan kontrak dengan fasilitas kesehatan, maka terbuka kemungkinan berbagai cara pembayaran kepada fasilitas kesehatan. Cara pembayaran dapat dilakukan per jasa pelayanan yang disukai fasilitas kesehatan baik dengan rabat tertentu atau tanpa rabat. Cara pembayaran lain adalah dengan tarif paket tertentu baik itu per hari rawat, per tindakan, per diagnosis (di Indonesia belum berkembang), maupun dengan pembayaran tanggung risiko yang disebut kapitasi.
4. Pilihan fasilitas kesehatan terbatas. Kontrak dengan fasilitas kesehatan tentu tidak bisa dilakukan terhadap semua fasilitas kesehatan yang ada di suatu kota. Akibatnya pilihan fasilitas kesehatan tidak seluas pemberian manfaat dalam bentuk uang atau penggantian biaya. Tertanggung harus memilih pelayanan pada jaringan fasilitas kesehatan tertentu, walaupun kadang-kadang fasilitas itu tidak dikenalnya dengan baik. Untuk itu diperlukan insentif agar tertanggung mau menggunakan jaringan

fasilitas kesehatan yang dikontrak. Jika tidak ada insentif finansial, maka sistem kontrak pelayanan tidak akan berfungsi.

5. Kepuasan peserta rendah. Kontrak fasilitas kesehatan yang mengakibatkan pilihan fasilitas kesehatan terbatas mempunyai potensi keluhan dan ketidakpuasan peserta. Apabila ada sedikit saja pelayanan yang kurang berkenan, maka peserta akan mengeluh atau bahkan mengadukan hal tersebut.
6. Perlu kendali mutu. Karena kontrak fasilitas kesehatan memberikan pilihan fasilitas kesehatan terbatas, maka calon peserta harus diyakinkan bahwa fasilitas kesehatan yang dikontrak mempunyai standar mutu tertentu. Hal ini menimbulkan keharusan asuradur melakukan berbagai upaya kendali mutu. Kendali mutu melalui fasilitas kesehatan ini amat berguna untuk keperluan pemasaran, kepuasan peserta, dan kepatuhan fasilitas tersebut terhadap standar yang disepakati. Kendali mutu ini berlaku untuk semua asuradur yang melakukan kontrak pelayanan. Jadi kendali mutu bukanlah monopoli organisasi managed care/bentuk JPKM.
7. Pada pembayaran tertentu, misalnya kapitasi, perlu ada telaah utilisasi (*utilization review*). Apabila pembayaran fasilitas kesehatan dilakukan dengan sistem yang berdasarkan risiko seperti kapitasi, maka terdapat potensi fasilitas kesehatan mengorbankan mutu pelayanan atau mengurangi jumlah pelayanan yang seharusnya diterima oleh tertanggung. Oleh karenanya, cara pembayaran kapitasi secara intrinsik mengharuskan adanya telaah utilisasi.

## 6. PENYUSUNAN BESARAN IURAN

---

Besaran iuran dalam skenario SJSN terdiri dari dua pola iuran yaitu (1) persentase upah untuk pekerja penerima upah atau yang sering dikenal dengan sektor formal. Yang ke (2) besaran nominal untuk pekerja bukan penerima upah yang memiliki penghasilan dari surplus jualan eceran, jualan hasil tani, jualan hasil nelayan, upah kerja tidak tetap, dll. Dalam pelaksanaannya, kedua cara iuran tersebut harus berada pada nilai nominal aktuarial yang setara agar terjadi keadilan dan tidak terjadi subsidi ekstrim dari pekerja penerima upah dan bukan penerima upah. Untuk penerima bantuan iuran, yang iurannya dibayar oleh Pemerintah besaran iuran harus berbasis pada nilai estimasi aktuarial per orang atau per keluarga.

Formula besarnya iuran:

$$X = \frac{E(c) \times K + E}{U} \times 100\%$$

di mana:

$X$  = besarnya iuran terhadap upah dalam prosentase

$E(c)$  = estimasi besarnya biaya kesehatan (biaya klaim) secara keseluruhan, bukan per perusahaan atau kelompok kerja

$K$  = rata-rata besarnya keluarga pekerja

$E$  = biaya operasional BPJS

$U$  = rata-rata upah setahun

### **PERHITUNGAN IURAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

Untuk pertama kalinya, perhitungan besaran iuran menjadi penting karena perbedaan manfaat, prosedur, dan besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan. Salah satu cara paling rasional adalah menghitung besaran iuran berdasarkan data klaim (semacam *experience rating*) untuk seluruh peserta berbasis pengalaman klaim Askes, Jamsostek dan Jamkesmas. Program Askes, Jamsostek, dan Jamkesmas hampir sama namun biaya klaim sangat berbeda. Perbedaan biaya klaim antara Jamsostek dan Askes tidak begitu berarti karena kedua program tersebut telah lama dijalankan dan telah mencapai maturitas klaim. Akan tetapi, angka utilisasi (klaim) Jamkesmas umumnya hanya seperlima dari klaim Askes/Jamsostek. Hal ini patut diduga bahwa peserta Jamsostek dan Askes cukup memahami hak-haknya sedangkan peserta Jamkesmas belum semua memiliki pemahaman dan akses yang mendorong mereka menggunakan hak-haknya. Selain itu besaran penggantian atau pembayaran ke fasilitas kesehatan yang berbeda menyebabkan perhitungan masing-masing menjadi berbeda.

Perhitungan iuran JKN mempertimbangkan beberapa faktor antara biaya kesehatan, jumlah peserta per segmen, pendapatan per kapita dan daya beli masyarakat, kebijakan pemerintah yang dipengaruhi oleh aspek ekonomi dan sosial, rasio antara total klaim yang dibayarkan dibandingkan dengan iuran yang terkumpul (*claim ratio*).

## 7. SISTEM PEMBAYARAN FASILITAS KESEHATAN

---

Dalam suatu sistem asuransi kesehatan, swasta maupun publik, cara pembayaran manfaat asuransi menjadi bagian yang tidak terpisahkan. Asuransi kesehatan swasta mengumpulkan dana yang bervariasi besarnya. Dalam beberapa kondisi, sebuah perusahaan asuransi swasta dapat memiliki volume peserta dan dana yang besar. Besarnya dana yang terkumpul, hasil *pooling*, yang besar sekali dapat digunakan untuk mengendalikan biaya kesehatan. Perusahaan dapat bernegosiasi tarif, membayar fasilitas kesehatan yang efisien, dan cara pembayaran dengan transfer risiko. Dalam sebuah jaminan kesehatan nasional, dana terkumpul akan menjadi kekuatan yang sangat besar dalam menjamin seluruh anggota/penduduk dan dalam mengendalikan biaya kesehatan. Baik asuransi kesehatan komersial maupun sosial, pengendalian biaya adalah keharusan untuk menjamin agar dana yang terkumpul selalu memadai untuk membayar manfaat. Sekarang ini tidak ada lagi sebuah sistem asuransi kesehatan yang membayar begitu saja semua tagihan layanan kesehatan yang memungkinkan sistem bangkrut. Banyak orang yang tidak memahami berbagai upaya sebuah jaminan kesehatan nasional sering mengkritisi bahwa sistem jaminan kesehatan nasional akan membuat negara bangkrut. Hal itu belum pernah terjadi. Kritik tersebut hanyalah sebuah ketakutan tanpa pengetahuan. Oleh karenanya semua pelaku jaminan kesehatan nasional harus memahami dengan baik seluk beluk cara pembayaran kepada fasilitas kesehatan.

### A. DILEMA BIAYA KESEHATAN

Pelayanan medis, khususnya di rumah sakit, mempunyai dilema yang tidak dimiliki oleh pelayanan lain seperti pada pelayanan hotel, bengkel mobil, dan pelayanan restoran. Pelayanan medis di rumah sakit merupakan pelayanan yang dibutuhkan setiap orang di era modern, paling sedikit sekali dalam masa hidupnya. Pelayanan medis di rumah sakit bersifat tidak pasti (*uncertain*) (Feldstein, 2012)<sup>55</sup>, baik waktu, tempat, maupun besar biaya yang dibutuhkan (Thabrany, 2012)<sup>56</sup>. Karena sifat kebutuhan pelayanan yang tidak pasti waktu dan banyaknya, maka tidak semua orang siap dengan uang yang dibutuhkan

---

<sup>55</sup> Feldstein. *Handbook of Health Economics*, 2012

<sup>56</sup> Thabrany, Hasbullah. 2009. *Sakit, Pemiskinan dan MDGs*. Kompas. Jakarta, 2009.

untuk membiayai pelayanan tersebut. Di lain pihak, rumah sakit yang tidak mendapat pendanaan sepenuhnya dari pemerintah mengalami dilema harus menutupi biaya-biaya yang dikeluarkan seperti gaji/jasa dokter, gaji paramedis, bahan medis habis pakai, sewa alat medis, biaya listrik, biaya pemeliharaan gedung, dan biaya-biaya modal atau investasi lainnya. Rumah sakit di Indonesia sering mengeluh *bad debt*, biaya berobat yang tidak bisa ditagih, karena pasien tidak mampu dan pelayanan tidak bisa ditolak. Dalam bahasa akuntansi di Indonesia hal itu dapat disebut sebagai piutang tidak lancar. Piutang RS yang tidak bisa ditagih. Dalam sistem perbankan jika ada kredit macet yang memang tidak bisa ditagih lain ada mekanisme penghapusan (*write off*). Anehnya, dalam sistem kesehatan hal itu tidak terjadi. Bahkan, banyak RS Pemerintah mendapat instruksi pemeriksa keuangan untuk menagih kepada pasien.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dengan tegas melarang RS publik maupun RS swasta menolak pasien dalam keadaan darurat. Jika pasien tidak mampu, siapa yang harus membayar? Agar rumah sakit bisa terus menyediakan pelayanan, besarnya *bad debt* harus dikompensasi dengan penerimaan lain, yang seringkali dibebankan, baik secara eksplisit maupun diperhitungkan dalam rencana perhitungan penarifan, kepada pasien lain yang mampu membayar atau yang dibayar oleh majikan pasien atau oleh asuransi. Model pembebanan kepada pihak lain ini di Amerika disebut *balance billing*, yang sesungguhnya tidak *fair*. Tetapi, kini di Amerika, banyak piutang tidak lancar tersebut dibayar oleh negara bagian. Apalagi dengan Obama Care, yang untuk pertama kalinya Amerika berkomitmen menjamin seluruh penduduknya (*Universal Health Coverage*) atau cakupan universal. Di California misalnya, dana yang mereka sebut *uncompensated care* itu dibayar dari cukai rokok khusus. Sayangnya di Indonesia, penerimaan cukai rokok, yang di tahun 2012 mencapai Rp 77 Triliun, tidak digunakan untuk menolong rakyat yang sakit dan RS swasta yang sudah mengerjakan tugas negara tetapi harus menanggung sendiri piutang tidak lancar itu.

Maka jangan heran jika di banyak RS, pimpinan RS terpaksa menaikkan tarif untuk menjaga agar RS tidak merugi. Maka beban biaya rumah sakit dirasakan oleh yang membayar terus naik, relatif tetap tinggi meskipun jumlah suplai RS terus bertambah.

Namun, kenaikan biaya dan dilema biaya kesehatan bukan hanya dipengaruhi oleh sifat ketidakpastian dan piutang tidak lancar. Di seluruh dunia, biaya pelayanan kesehatan

terus meningkat, baik secara nominal maupun secara proporsional terhadap Pendapatan Domestik Bruto (PDB).

## **B. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KENAIKAN BIAYA KESEHATAN**

Pada garis besarnya, biaya pelayanan kesehatan terus meningkat dari tahun ke tahun di negara manapun. Menurut Donald F Beck (1984)<sup>57</sup> dan Feldstein (2012) peningkatan biaya pelayanan medis bersumber dari dua kelompok utama yaitu inflasi biaya normal dan biaya pelayanan yang baru yang lebih baik. Komponen inflasi biaya kesehatan berkontribusi dua per tiga kenaikan biaya dan sedangkan sepertiga kenaikan biaya kesehatan bersumber dari teknologi baru yang lebih baik dan lebih mahal. Howard Smith dan Myron Fottler (1985)<sup>58</sup> menemukan di Amerika ketika bahwa inflasi biaya kesehatan selalu lebih tinggi dari inflasi biaya umum. Hal itu terjadi di Amerika karena dalam banyak hal di akhir abad ke 20 pimpinan fasilitas kesehatan tidak punya kendali.

Namun, ketika sebagian besar penduduk Amerika dijamin dalam sistem asuransi kesehatan komersial yang menerapkan teknik-teknik kendali biaya (teknik managed care), ternyata belanja kesehatan di Amerika terus naik. Hal itu terjadi karena sistem pasar dalam pendanaan dan pelayanan (delivery) yang tidak efisien karena adanya Kegagalan Pasar (*market failure*). Selain fasilitas kesehatan, kebijakan pemerintah, pembayar pihak ketiga seperti asuransi, perilaku tenaga kesehatan, dan perilaku masyarakat yang tidak memiliki insentif untuk kendali biaya berkontribusi terhadap kenaikan biaya kesehatan.

Apa yang disampaikan oleh para ahli di Amerika dapat tampak jelas kita amati di Indonesia. Sampai saat ini masih berlaku Peraturan Menteri Kesehatan yang menggariskan tarif pelayanan rumah sakit dan peraturan daerah tentang tarif fasilitas kesehatan dengan biaya satuan (*unit cost*). Berbagai buku pedoman dan pelatihan-pelatihan yang diberikan di berbagai perguruan tinggi telah menerjemahkan biaya satuan dalam satuan terkecil seperti konsultasi dokter, biaya imunisasi, biaya pasang pen, dan sebagainya. Karena dokter dibayar untuk tiap konsultasi, bukan untuk satu episode

---

<sup>57</sup> Beck, Donald F. *Principles of Reimbursement in Health Care*. Aspen Publication. Rockville, MD. USA. 1984. p 12

<sup>58</sup> Smith, Howard L. dan Fottler, Myron D. *Prospective Payment*. Aspen Publication. Rockville, MD. USA. 1985. p 2

pengobatan sampai pasien sembuh, maka dokter akan senang memberikan konsultasi atau *visite* yang lebih banyak. Semakin banyak dokter *visite* kepada pasien yang dirawat, semakin banyak penghasilannya. Di sisi lain, pasien menilai bahwa dokter yang sering *visite* adalah dokter yang baik dan pasien lebih senang jika dokter lebih sering *visite*. Jika pasien harus membayar sendiri, hampir tidak pernah terjadi pasien menolak *visite* dokter karena menyadari bahwa biayanya akan tambah mahal. Pasien juga tidak mampu mengetahui apakah dokter perlu sesering itu atau cukup sekali dalam sehari.

Tarif RS dihitung berdasarkan biaya satuan. Banyak orang memahami biaya satuan sebagai satuan terkecil seperti konsultasi, pemeriksaan hemoglobin, suntik dll. Padahal biaya satuan dapat juga berupa biaya per diagnosis, biaya per hari rawat, atau per episode pengobatan. Namun, sampai saat ini pemahaman biaya satuan tradisional masih mendominasi pimpinan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan.

Alhamdulillah, sejak Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan dan diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 hingga Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, kemudian diatur secara teknis melalui Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan sudah mengatur bahwa BPJS Kesehatan membayar rawat jalan rujukan dan rawat inap dengan cara Casemix Based Group.

Apabila perawatan pasien dibayar oleh majikan atau asuransi dengan cara jasa per pelayanan (*fee for service*) per satuan biaya terkecil seperti yang masih mendominasi layanan RS di Indonesia, pasien tambah senang dengan semakin banyak dokter, karena tidak ada beban biaya yang akan dikeluarkannya. Hatinya semakin tenang dan menilai bahwa dokter tersebut baik sekali. Sang dokter pun semakin senang, karena penghasilannya akan bertambah. Maka terjadilah kolusi sempurna yang menyebabkan biaya perawatan terus meningkat. Sebagian peningkatan tersebut merupakan belanja yang layanan kesehatan yang tidak perlu secara medis (bukan atas indikasi medis). Layanan ini yang dalam Jaminan Kesehatan Nasional tidak dijamin.

Kolusi dokter-pasien dalam sebuah sistem di mana pasien tidak membayar sendiri mendapat pupuk yang subur dari kemajuan teknologi. Teknologi sinar rontgen, sinar gama, teknologi nuklir medis, dan bahkan gelombang suara telah digunakan dalam

diagnosis suatu penyakit seperti CTScan, PET Scan, MRI, Gama Knife, dan USG empat dimensi. Dokter semakin suka dengan teknologi baru yang banyak mengandung unsur *entertainment* karena banyak hal yang dahulu tidak bisa diketahui kini bisa diketahui dengan lebih akurat dan pasien senang mengetahuinya. Harus disadari bahwa teknologi baru, termasuk obat *personalized* atau *targeted therapy*, mahal harganya. Riset penemuan teknologi baru dapat mencapai satu milyar dolar atau Rp 10 Triliun. Marjin keuntungan penjualan alat-alat canggih relatif tinggi karena volume yang kecil dan layanan purna jual yang relatif lama. Dokter tidak bertepuk sebelah tangan, karena pasien yang mendapat layanan teknologi canggih yang bisa didemonstrasikan di hadapannya juga merasa senang. Seorang ibu hamil akan sangat senang diperlihatkan tampilan pemeriksaan USG empat dimensi. Pasien yang membayar sendiri dan mampu tidak ada masalah. Setiap kesenangan tentu ada biayanya. Namun, jika biaya layanan tersebut dibebankan kepada pihak ketiga, maka di situ terjadi masalah besar. Asuransi seharusnya tidak menjamin harga yang harus dibayar atas kesenangan diri pasien dan kesenangan dokter yang menggunakan alat tersebut. Secara pasti jaminan kesehatan nasional tidak akan menjamin teknologi seperti itu, kecuali memang telah dibuktikan dengan *Health Technology Assessment* (HTA) bahwa layanan teknologi baru tersebut memang layak dijamin. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 telah mencantumkan keharusan itu. Hal ini merupakan era baru bagi Sistem Kesehatan di Indonesia.

Selain faktor-faktor di atas, belanja layanan kesehatan terus naik karena terjadinya *ageing*, penuaan penduduk. Usia harapan hidup penduduk Indonesia ketika lahir tahun 2009 sudah meningkat mencapai 71 tahun. Empat puluh tahun lalu, usia harapan hidup penduduk Indonesia masih berada pada kisaran 50 tahun. Sementara usia harapan hidup penduduk negara maju seperti Jepang sudah mencapai 83 tahun pada 2009.<sup>59</sup> Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS)<sup>60</sup> tahun 2023, usia harapan hidup penduduk Indonesia mencapai 70,17 tahun untuk laki-laki dan 74,18 tahun untuk perempuan. Semakin tua semakin banyak penyakit kronis yang diderita seseorang dan pengobatan penyakit kronis memakan biaya yang lebih mahal. Kenaikan penghasilan penduduk juga mengubah selera seseorang dalam mengkonsumsi layanan kesehatan.

---

<sup>59</sup> Bank Dunia. 2012

<sup>60</sup> <https://www.bps.go.id/id/statistics-table/2/NTAxIzI=/angka-harapan-hidup--ahh--menurut-provinsi-dan-jenis-kelamin.html>

Penduduk yang lebih kaya akan membayar teknologi baru, pemeriksaan berulang, dan standar ruangan atau standar kualitas yang semakin tinggi.

Jadi, secara ringkas, belanja kesehatan akan terus meningkat karena faktor-faktor *demand (demand pull)* akibat usia semakin tua, semakin banyak penyakit menular, dan kenaikan penghasilan penduduk. Biaya kesehatan juga naik karena berkembangnya teknologi baru yang mahal (*cost push*), standar kualitas yang lebih tinggi, spesialisasi dan biaya spesialis yang semakin mahal. Selain itu, faktor sistem juga berpengaruh, sistem yang memangkas *moral hazard* dan penggunaan layanan yang tidak perlu, seperti tidak dijamin dalam JKN dan dengan sistem pembayaran prospektif dapat menekan laju kenaikan biaya kesehatan.

### C. CARA PEMBAYARAN FASILITAS KESEHATAN

Secara umum, sistem pembayaran pelayanan rumah sakit dapat berbentuk satu atau lebih dari pilihan berikut (Kongstvedt, 1996, Feldstein 2012).

1. Sesuai tagihan, biasanya secara retrospektif dan sesuai jasa per pelayanan
2. Sesuai tagihan akan tetapi dengan negosiasi diskon/rabat khusus
3. *Diagnostic Related Group (DRG)*
4. Kapitasi
5. Per kasus
6. *Per diem*
7. *Bed leasing* (sewa tempat tidur)
8. *Performance based incentives*
9. *Global budget*

Secara garis besar, sistem pembayaran fasilitas kesehatan dapat dibagi menjadi dua kelompok besar dengan mengacu pada waktu terjadinya layanan kesehatan. Secara tradisional, ketika setiap orang harus membayar layanan kesehatan dari kantongnya sendiri, maka otomatis sistem yang berlaku adalah sistem jasa per pelayanan (*fee for service*) yang otomatis bersifat setelah layanan diberikan (retrospektif). Sistem pembayaran yang nilainya disepakati sebelum terjadinya layanan untuk sekumpulan layanan disebut sistem pembayaran di muka/prospektif (*pre-payment, prospective payment*). Pembayaran dapat dilakukan sebelum layanan diberikan dan dapat juga setelah layanan diberikan.

### 1) SISTEM PEMBAYARAN RETROSPEKTIF

Pembayaran retrospektif sesuai namanya berarti bahwa besaran biaya dan jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien atau pihak pembayar, misalnya asuransi atau perusahaan majikan pasien, ditetapkan setelah pelayanan diberikan. Kata retro berarti di belakang atau ditetapkan belakangan setelah pelayanan diberikan. Cara pembayaran retrospektif merupakan cara pembayaran yang sejak awal pelayanan kesehatan dikelola secara bisnis, artinya pihak fasilitas kesehatan menetapkan tarif pelayanan. Oleh karenanya cara pembayaran ini disebut juga dengan cara pembayaran tradisional atau *fee for service* (jasa per pelayanan). Di Indonesia, cara pembayaran jasa per pelayanan sering disebut dengan istilah cara pembayaran *out of pocket* (dari kantong sendiri).

Dalam banyak kegiatan, sering orang mencampur-adukkan dua istilah pembayaran *out of pocket* dan *fee for service*. Penggunaan dua istilah cara pembayaran dari kantong sendiri (DKS, *out of pocket*) untuk cara pembayaran jasa per pelayanan (JPP, *fee for service*) sebagai satu hal yang sama sesungguhnya tidak tepat. Cara pembayaran jasa per pelayanan adalah cara fasilitas kesehatan menagih biaya yang dirinci menurut pelayanan yang diberikan, misalnya biaya untuk tiap *visite* dokter, pemasangan infus, biaya perawatan harian, biaya tiap merek obat yang diberikan, tiap jenis pemeriksaan laboratorium, dsb. Sedangkan DKS merupakan sumber dana untuk membayar secara JPP. Pembayaran DKS dapat berbentuk JPP dan dapat juga berbentuk sejumlah uang tetap. Misalnya di Malaysia, seorang pasien yang berobat di RS publik (RS pemerintah) hanya membayar 3 RM per hari (setara kira-kira Rp 11,100 di tahun 2024) untuk setiap hari perawatan, terlepas dari perawatan sakit ringan maupun perawatan untuk transplantasi organ. Jumlah pembayaran DKS itu sudah termasuk obat-obatan dan segala macam tindakan yang diberikan kepada pasien. Di banyak program HMO di Amerika, pasien hanya membayar sejumlah tetap (*copayment*) per episode pengobatan. Jadi cara pembayaran JPP tidak selalu sama dengan cara pembayaran DKS. Selain DKS, pembayaran JPP dapat dilakukan oleh sebuah perusahaan atau perusahaan asuransi yang menjamin layanan kesehatan seseorang. Bahkan dulu Bapel Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dan HMO di Amerika banyak yang membayar fasilitas kesehatan dengan cara pembayaran JPP. Kekeliruan paham tersebut dapat dipahami karena lebih dari 70% pelayanan rumah sakit di Indonesia masih dibayar sebagian atau sepenuhnya oleh pasien bersumber DKS (Risksdas 2007). Cara

pembayaran JPP akan tetap subur pada lingkungan di mana sebagian besar pasien tidak memiliki asuransi.

Dari sisi pengendalian biaya, cara pembayaran JPP memberi insentif kepada fasilitas kesehatan maupun dokter untuk memberikan pelayanan lebih banyak. Baik karena indikasi ringan, indikasi berat, maupun tanpa indikasi. Jangan heran kalau pada beberapa rumah sakit, lima atau enam dokter spesialis berbeda melakukan *visite* kepada seorang pasien yang sama setiap hari. Begitu juga dengan jenis tindakan diagnosis seperti laboratorium atau prosedur lainnya. Padahal *visite* atau pemeriksaan berulang-ulang mungkin tidak memberikan manfaat pada pasiennya. Kondisi seperti itu dapat berupa *moral hazard* atau *abuse*. *Moral hazard* dilakukan tanpa niat buruk menggerogoti sumber uang pasien, baik DKS maupun yang dijamin majikan atau asuradur. Sedangkan *abuse* atau *fraud* menyangkut adanya niat (*intention*) untuk menggasak dana pasien dengan menyadari bahwa pemeriksaan tersebut tidak berindikasi medis.

Kesulitan besar pengendalian biaya dengan pembayaran JPP adalah bahwa pasien tidak memahami perlu-tidaknya layanan yang diberikan. Cara pembayaran retrospektif mempunyai potensi besar pemborosan dan inflasi biaya kesehatan tinggi. Di seluruh dunia, pembayar (asuradur maupun pemerintah) mengendalikan biaya dengan melakukan cara pembayaran prospektif. Pembayaran retrospektif yang pada umumnya berbentuk pembayaran JPP dapat bersumber dari:

1. Uang pasien atau keluarga pasien (DKS)
2. Uang majikan pasien
3. Uang asuradur atau badan jaminan sosial
4. Uang pemerintah yang mengganti biaya seorang pasien misalnya pada korban teror atau korban bencana alam
5. Uang lembaga donor seperti Dompot Duafa, Dana Kemanusiaan, dll
6. Uang kerabat pasien yang menyumbang untuk pengobatan seorang pasien

## 2) SISTEM PEMBAYARAN PROSPEKTIF

Seperti telah disinggung di muka, kini hampir tidak ada pembayar jaminan sosial atau asuransi kesehatan nasional yang membayar layanan kesehatan dengan JPP/FFS. Untuk sebagian manfaat, pembayaran retrospektif JPP masih digunakan seperti pada layanan

gawat darurat. Selain itu, pembayaran prospektif dengan plafon nilai nominal tertentu untuk penggantian alat bantu dengar (*hearing aids*), protesa, atau kaca mata masih dilakukan. Namun, manfaat dengan frekuensi kebutuhan yang relatif tinggi dan dilakukan di fasilitas kesehatan yang dikontrak biasanya dibayar dengan cara prospektif.

Pembayaran prospektif (*prepayment*) tidak selalu berarti pembayaran di muka. Ada dua jenis pembayaran prospektif yaitu yang benar-benar dibayar sebelum layanan kesehatan diberikan dan yang dibayar setelah layanan kesehatan diberikan tetapi besaran dan paket layanan yang dibayar ditetapkan atau disepakati sebelumnya. Pembayaran yang benar-benar dibayar di muka adalah pembayaran kapitasi dan *budget global*. Dalam UU SJSN, pembayaran prospektif merupakan pilihan Nasional sebagaimana tercantum dalam penjelasan pasal 24 yang menyebut contoh pembayaran kapitasi. Dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 secara eksplisit disebutkan pembayaran kapitasi untuk layanan primer dan pembayaran CBG-Casemix Based Group untuk layanan rujukan. Dengan demikian, jaminan kesehatan nasional akan menggunakan dominasi pembayaran prospektif, kecuali di daerah tertentu (misalnya di daerah terpencil) yang cara pembayaran prospektif akan menjadi tidak efektif karena volume peserta yang kecil. Dalam uraian selanjutnya akan dijelaskan teori dan cara perhitungan kedua pembayaran utama tersebut.

### **Pembayaran Kapitasi**

Pembayaran kapitasi sesuai namanya merujuk pada kata kapita atau kepala atau orang. Cara pembayaran ini berbeda dengan cara pembayaran FFS/JPP yang sesuai namanya merujuk pada kata servis/layanan sebagai satuan biaya. Pembayaran kapitasi menggunakan satuan orang/kapita, yang karena sifat layanan kesehatan per orang mempunyai sifat ketidakpastian, maka pembayaran kapitasi mengandung unsur ketidakpastian. Pihak yang dibayar dengan satuan kapita akan menanggung ketidakpastian tersebut. Oleh karenanya pembayaran kapitasi sering dikenal sebagai *risk-based payment*, pembayaran yang menempatkan pihak yang dibayar menanggung risiko.

Dalam konsep ekonomi, pembayaran yang mencakup risiko fluktuasi biaya riil (aktual) yang dihabiskan bukanlah barang baru. Di Indonesia kita sering bernegosiasi dengan pihak hotel untuk membayar paket pertemuan dengan satuan per orang per malam,

termasuk menginap dan makan. Di restoran kita sering berurusan dengan pembayaran paket per orang (makan buffet), besar-kecil tubuh orang, makan sedikit atau makan banyak bayarnya sama saja. Risiko biaya aktual, jumlah porsi makanan yang dimakan menjadi risiko pemilik restoran. Dalam bidang kesehatan, cara pembayaran prospektif seperti kapitasi merupakan cara pembayaran yang telah lama dilaksanakan.

Berbeda dengan pemahaman banyak orang saat ini, pembayaran kapitasi merupakan pembayaran mekanisme pasar yang terkendali (*regulated market*). Pembayaran kapitasi hanya efektif jika pihak yang dibayar mendapat dampak risiko jika ia atau institusi yang dibayar tidak menanggulangi risiko-risiko. Hal itu hanya terjadi dalam konteks “pasar” layanan kesehatan. Pihak yang dibayar akan merugi jika penggunaan (utilisasi) layanan yang menjadi tanggung-jawabnya tinggi. Dokter praktik, klinik atau rumah sakit swasta cocok dibayar secara kapitasi. Akan tetapi, Puskesmas dan rumah sakit pemerintah tidak cocok dibayar secara kapitasi. Tenaga kesehatan (dokter, perawat, dll.) yang bekerja di fasilitas kesehatan publik tidak memiliki fasilitas tersebut.

Cara pembayaran kapitasi sesungguhnya sudah lama digunakan di Eropa, jauh sebelum HMO (*Health Maintenance Organization*) - yang kita coba tiru di Indonesia dengan nama JPKM, menggunakan pembayaran kapitasi di Amerika. Sistem asuransi kesehatan sosial di Belanda telah lebih dahulu membayar dokter keluarga dengan cara kapitasi. Di Jerman, asosiasi asuransi kesehatan sosial sesungguhnya membayar kapitasi kepada asosiasi dokter di suatu wilayah. Dalam sistem pembayaran kapitasi di Jerman, asosiasi dokter (semacam ikatan dokter) mendapat dana dari badan asuransi kesehatan sosial berdasarkan jumlah orang yang akan dilayani di suatu wilayah. Misalnya, di wilayah X ada 200.000 orang dan disepakati bahwa tiap orang mendapat pembayaran kapitasi, €1.000 setahun. Maka sekumpulan dokter akan mendapatkan dana  $200.000 \times €100$  atau €20 juta per tahun. Dana €20 juta tersebut dikelola asosiasi dokter untuk para anggotanya dengan sistem poin. Yang mengendalikan dana bukan asuradur, tetapi para dokter itu sendiri. Tiap kunjungan atau tindakan memiliki sejumlah poin. Nilai satu poin adalah hasil bagi dana kapitasi dengan jumlah total poin setahun. Karena jumlah kapitasi tetap dan pembagi (poin) dapat berubah-ubah, maka nilai satu poin dapat berubah. Jika ada dokter yang mengakali (*abuse*) dengan meningkatkan pemeriksaan USG misalnya, maka jumlah poin akan naik. Nilai poin akan turun. Dengan begitu, maka seluruh anggota akan

merugi. Mekanisme kendali sendiri oleh asosiasi ini bisa dilakukan jika ada disiplin kuat para dokter.

Di Amerika, upaya asuransi kesehatan didominasi dengan sistem asuransi kesehatan komersial, baik dalam bentuk managed care seperti HMO maupun dalam bentuk asuransi kesehatan tradisional. Di Amerika pembayaran kapitasi baru dikenal setelah Amerika mengeluarkan UU HMO di tahun 1973 yang mendorong pembayaran kapitasi dari HMO kepada dokter dalam praktek grup dan perorangan (HIAA, MC A; Kongsvedt, 1996; Bolan, 1993). Namun demikian, pembayaran kapitasi kepada perorangan dokter praktek tidak dominan di Amerika, karena jumlah orang yang membeli produk HMO tidak banyak. Pembayaran kapitasi yang berjalan baik hanya pada HMO grup. Jumlah peserta HMO grup juga tidak banyak. Meskipun hampir semua asuransi kesehatan di Amerika kini menerapkan satu atau lebih teknik managed care, belanja kesehatan di Amerika tetap melangit dan menghabiskan lebih dari USD 7.000 per kapita per tahun atau lebih dari 17% PDB per tahun.

### **Hakikat Pembayaran Kapitasi**

Pembayaran kapitasi merupakan suatu cara kendali biaya dengan menempatkan fasilitas kesehatan atau dokter pada posisi menanggung risiko, seluruhnya atau sebagian. Itulah sebabnya, cara pembayaran ini disebut *risk based payment*. Namun, biasanya risiko yang ditanggung fasilitas kesehatan terbatas pada fluktuasi kecil karena secara prinsip fasilitas kesehatan bukanlah organisasi penanggung risiko (*risk pooled organization* seperti asuradur). Di Amerika, ada keharusan bahwa HMO harus menjadi penanggung risiko akhir (*ultimate risk pooled*). Kapitasi penuh (*full capitation*) kepada fasilitas kesehatan tidak berarti bahwa fasilitas kesehatan akan menanggung segala risiko biaya katastropik. Ada mekanisme *stop loss* dalam kontrak kapitasi penuh. Artinya, kalau ternyata jumlah orang yang berobat jauh lebih tinggi dari tingkat yang disepakati di muka, maka HMO/asuradur yang menanggung. Meskipun di Indonesia, secara eksplisit hal ini belum diatur, mengingat sifat alamiah fasilitas kesehatan bukanlah *risk bearer*, maka mekanisme *stop loss* haruslah juga berlaku.

Pembayaran kapitasi ini merupakan cara kendali biaya dalam mekanisme pasar. Dalam mekanisme pasar terdapat persaingan dan pelaku pasar (fasilitas kesehatan) yang efisien akan bertahan. Pada situasi pasar kompetitif, pelaku pasar akan memasang

tarif/harga sama dengan harga rata-rata di pasar yang mendekati biaya rata-rata produksi yang hampir sama (*average market cost*). Dalam kata lain, pelaku pasar menjadi *price taker*, dipaksa memproduksi dengan harga bersaing. Kita bisa buktikan hal itu dari penjualan gajet yang harganya hampir sama di berbagai toko. Kita juga bisa dapatkan hal itu dalam jasa perhotelan atau restoran. Meskipun ada variasi, perbedaannya tidak banyak. Pelaku pasar berusaha membuat variasi harga dengan variasi layanan, bahan atau asesori untuk menarik pembeli. Dalam kondisi tanpa asuransi dominan, seperti pembayar tunggal, mekanisme pasar efisien tidak terjadi dalam pelayanan kesehatan. Kita bisa saksikan di Indonesia, tarif dokter dan rumah sakit bervariasi sangat besar. Hal itu terjadi karena kegagalan mekanisme pasar. Dalam prakteknya, jika tidak ada pengaturan pemerintah, fasilitas kesehatan berada dalam kondisi pasar monopoli/oligopoli.

Pembayaran kapitasi tidak cocok dilakukan kepada Puskesmas atau fasilitas kesehatan milik Pemerintah di mana uang yang diterima tidak bisa langsung digunakan untuk tenaga yang melayani. Hampir di semua Puskesmas, pendapatan Puskesmas harus disetor ke kas Pemda dulu, baru bisa digunakan. Selain itu, Puskesmas terikat pada aturan Perda tarif, yang umumnya masih mencantumkan harga per jenis layanan (JPP). Maka pembayaran kapitasi ke Puskesmas dapat menimbulkan masalah administrasi keuangan. Puskesmas juga bukan badan hukum yang boleh menerima kontrak pembayaran kapitasi. Pembayaran kapitasi harus dilakukan dengan suatu kontrak, karena di situ ada hak dan kewajiban masing-masing pihak. Dokter praktik perorangan secara hukum sama dengan suatu badan hukum, boleh mengikat kontrak dengan BPJS Kesehatan. Oleh karenanya, kontrak Puskesmas dengan BPJS tidak sah secara hukum. Puskesmas adalah organ dari suatu badan hukum publik yaitu pemerintah daerah. Jadi, untuk Puskesmas, kontrak dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan Pemda (bisa diwakili Dinas Kesehatan). Kontrak hanya boleh dilakukan oleh badan hukum dan atau perorangan. Maka, pembayaran kapitasi ke Puskesmas menjadi semakin kurang efektif.

Di banyak negara Eropa, Asia, Amerika, dan Australia pemerintah yang menentukan tarif untuk melindungi pembeli dalam kondisi kegagalan mekanisme pasar. Pada pasar monopoli atau oligopoli, fasilitas kesehatan dapat menetapkan harga jauh di atas biaya produksi. Penjual, dokter atau fasilitas kesehatan, menentukan harga dan pembeli (pasien) tidak mampu menawar, menunda pembelian, atau mencari pesaing penjual

(dokter atau fasilitas kesehatan). Begitulah perilaku pasar monopolistik. Untuk mengatasi sifat alamiah pasar monopolistik, maka harus ada kekuatan monopsoni (pembeli tunggal). Inilah yang dirancang di Indonesia dengan BPJS Kesehatan, sebagai pembeli tunggal. Di Inggris, pembeli tunggal adalah Pemerintah. Di Korea Selatan dan Taiwan, pembeli tunggal adalah badan jaminan kesehatan nasional seperti BPJS Kesehatan. Jika BPJS Kesehatan membayar dengan kapitasi atau CBG, fasilitas kesehatan menjadi *price taker*, menerima harga yang ditetapkan. Hal itu setara atau sama dengan kondisi pasar pada komoditas lain, seperti telepon genggam atau makanan di restoran.

Langkah-langkah menghitung biaya kapitasi adalah sebagai berikut:

1. Menetapkan jenis-jenis layanan yang akan dibayar secara kapitasi yang sesuai dengan kompetensi dokter dan layanan penunjang lain (termasuk lab sederhana, obat-obatan, gaji/upah apoteker, perawat, dll). Jenis layanan yang dibayar kapitasi tidak boleh mencakup layanan kesehatan masyarakat seperti pembersihan sarang nyamuk dan air bersih.
2. Menghitung angka utilisasi dalam satuan jumlah pengguna per 1.000 populasi yang dibayar secara kapitasi. Yang terbaik, angka utilisasi harus dihitung berbasis pengalaman klaim dari program yang sama. Pengalaman klaim di klinik Puskesmas tidak cukup akurat untuk digunakan dalam perhitungan kapitasi di praktik dokter atau klinik swasta.
3. Mendapatkan rata-rata biaya per jenis layanan untuk suatu wilayah yang struktur dan ongkos hidup relatif sama. Misalnya, biaya hidup di Jakarta berbeda dengan biaya hidup di Jayapura. Maka besaran satuan biaya tidak boleh sama dan besaran kapitasi juga tidak sama.
4. Menghitung biaya per kapita per bulan untuk tiap jenis layanan
5. Menjumlahkan biaya per kapita per bulan untuk seluruh pelayanan.
6. Melakukan penyesuaian untuk tujuan tertentu. Misalnya, untuk mendorong redistribusi dokter ke daerah/kabupaten kecil, maka besaran kapitasi di daerah itu dapat dikalikan dengan faktor 1,2 - 1,5 dibanding besaran kapitasi di kota besar.

Untuk kejelasan pembayaran kapitasi, di bawah ini disajikan suatu contoh perhitungan di mana diasumsikan sebuah Klinik Pratama dipilih oleh 12.500 orang sebagai layanan primer (*gate keeper*). Klinik ini bersedia dan dikontrak BPJS Kesehatan untuk melayani

layanan primer, termasuk persalinan dan penanganan penyakit kronis. Skala jenis layanan primer sebanyak ini memang belum lazim, tetapi layak dilakukan. Maka perhitungan besaran kapitasi dimulai dari langkah pertama yaitu pengelompokan jenis layanan yang dijamin sebagaimana tercantum dalam kolom satu. Pengelompokan ini sedapat-dapatnya dilakukan dengan distribusi biaya per kelompok layanan yang tidak besar, misalnya dengan standar deviasi yang kurang dari 5%. Sedangkan dalam kolom dua disajikan jumlah layanan dalam kelompok tersebut berdasarkan pengalaman tahun sebelumnya. Kolom ketiga disajikan langkah ketiga yaitu menghitung *rate* (angka utilisasi) atau probabilitas peserta menggunakan layanan dalam kelompok di kolom pertama. Langkah berikutnya adalah menghitung rata-rata biaya suatu kelompok berdasarkan pengalaman. Langkah terakhir adalah menghitung besaran kapitasi untuk layanan untuk satu kelompok. Dengan menjumlah besaran kapitasi untuk tiap kelompok layanan, didapatkan besaran kapitasi yang layak untuk seluruh layanan (baris dan kolom terakhir), yaitu sebesar Rp 26.848 per kapita per bulan.

Tentu saja, perhitungan yang layak di suatu daerah tidak didasarkan pada perhitungan satu klinik. Perhitungan yang menjadi dasar negosiasi asosiasi fasilitas kesehatan (dalam hal ini yang paling tepat dan memang sejak disusunnya UU SJSN dimaksudkan adalah Ikatan Dokter Indonesia, IDI) adalah angka utilisasi dan rata-rata biaya di semua klinik di suatu wilayah. Pendekatan wilayah adalah pendekatan pasar, di mana di suatu wilayah tersebut ongkos produksi layanan relatif sama. Sebagai contoh, wilayah Jabodetabek dapat dijadikan suatu kesatuan wilayah karena ongkos produksi/ongkos biaya hidup relatif sama. Wilayah tersebut mencakup tiga provinsi DKI Jakarta, Banten dan Jawa Barat. Wilayah Surabaya Sidoarjo Gresik dapat menjadi satu wilayah tetapi berisi beberapa kota/kabupaten dalam satu provinsi. Persaingan fasilitas kesehatan primer dalam suatu wilayah terjadi pada penurunan angka utilisasi dan penurunan biaya rata-rata per kelompok layanan. Satuan fasilitas kesehatan dapat berbeda sesuai kompetensi fasilitas kesehatan tersebut seperti dokter praktik perorangan, Klinik Pratama dan Puskesmas.

**Tabel 2 Contoh Perhitungan Kapitasi dari Suatu Klinik Pratama.**

Jenis layanan yang dibayar secara kapitasi, sesuai kompetensi dokter dan tim	Jumlah kunjungan/ layanan per bulan	Angka utilisasi per jenis/biaya layanan	Rata-rata biaya per layanan (Rp)	Komponen kapitasi per orang per bulan
a.	b.	d. (b:12.500)	d.	e. (d x c)
Kunjungan rawat jalan	2.438	0,20	5.000	975
Pemeriksaan lab sederhana	625	0,05	25.000	1.250
Obat	2.875	0,23	20.000	4.600
Kunjungan balik asuhan perawatan	250	0,02	12.000	240
Pemeriksaan hamil (oleh bidan)	104	0,01	15.000	125
Persalinan (oleh bidan)	24	0,00	150.000	288
Bedah ringan (ektirpasi, dll)	125	0,01	120.000	1.200
Rawat pulang hari yang sama ( <i>one day care</i> )	75	0,01	250.000	1.500
Imunisasi anak dan suntikan	375	0,03	25.000	750
Penanganan pasien prolansis	1.250	0,10	25.000	2.500
Kunjungan rumah, periksa sanitasi lingkungan	469	0,04	75.000	2.813
Penyuluhan kesehatan di klinik	52	0,00	150.000	624
<b>Beban tenaga dan kantor (per bulan)</b>				
Dokter (4 orang)*	4 x Rp 12,5 juta	4.000	50.000.000	4.000
Apoteker (1 orang) *	1 x Rp 10 jt	800	10.000.000	800
Perawat (5 orang)*	5 x Rp 5 juta	2.000	25.000.000	2.000
Bidan (2 orang)*	2 x Rp 5 juta	800	10.000.000	800
Asisten apoteker (3 orang)*	3 x Rp 3 jt	720	9.000.000	720
Tenaga pemunjang (4 orang)*	3 x Rp 2,3 juta	552	6.900.000	552
Biaya bangunan/sewa klinik dan biaya alat-alat / <i>monthly annualized investment cost</i>	9 juta	720	9.000.000	720
Biaya utilitas (listrik, air, telepon)	3,4 juta	272	3.400.000	272
Biaya Alat Tulis Kantor/surat-surat	1,5 juta	120	1.500.000	120
<b>TOTAL Biaya Kapitasi per orang per bulan (tanpa penyesuaian risiko)</b>				<b>26.848</b>

*\*) besaran gaji tenaga kesehatan tersebut adalah gaji kotor, termasuk pajak penghasilan (PPH21) dan iuran jaminan sosial yang diperkirakan 8% (separuh) dari gaji bulanan*

Dalam berbagai berita, cetak atau elektronik, banyak disampaikan besaran kapitasi yang bervariasi luas. Banyak dokter yang menuntut besaran kapitasi antara Rp 15.000 - 20.000 per orang per bulan. Besaran iuran Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang diusulkan TNP2K (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan) di kantor Wapres mengusulkan tertinggi Rp 22.100, termasuk usulan kapitasi Rp 6.000. Bagaimana bisa berbeda dengan hitungan di atas? Jumlah layanan yang dijamin, target gaji/pendapatan dokter/tenaga kesehatan dan angka utilisasi mungkin berbeda. Angka (*rate*) utilisasi di atas relatif tidak banyak bervariasi. Yang berbeda adalah biaya satuan yang diperhitungkan atau yang benar-benar dikeluarkan. Sebagai contoh, biaya obat dalam setiap kunjungan ke dokter dalam hitungan di atas digunakan Rp 20.000 per kunjungan. Besaran biaya obat itu

cukup rendah, harga obat generik atau obat generik berlogo. Peserta dari kelas menengah atas yang biasa menggunakan obat bermerek apalagi obat inovator akan tidak puas dengan obat itu. Dalam simulasi di atas juga dihitung penghasilan dokter praktik umum, bekerja penuh waktu di klinik tersebut, dengan rata-rata pendapatan Rp 12,5 juta per bulan, sudah termasuk pajak penghasilan dan iuran jaminan sosial. Selain itu, besaran kapitasi di atas termasuk persalinan, program Prolanis, kunjungan rumah, imunisasi, dll.

### **Penyesuaian Risiko (Risk-Adjusted Capitation).**

Pembayaran kapitasi dengan pilihan bebas peserta dapat merugikan fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan yang memuaskan. Orang yang sering sakit, karena usia, keturunan, atau lingkungan yang buruk akan memilih fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan baik. Karena mereka sering membutuhkan layanan. Hal ini tidak adil bagi fasilitas kesehatan. Bisa jadi satu klinik dipilih oleh peserta sama-sama 10.000 orang. Tetapi, klinik A memperoleh 60% lansia (usia 60 tahun ++ ) sedangkan klinik B memperoleh hanya 20% lansia. Maka, jika besaran kapitasi sama besar, maka klinik A menderita anti seleksi/*adverse selection*.

Penyesuaian risiko harus dilakukan berdasarkan profil risiko peserta terdaftar. Faktor risiko yang penting dipertimbangkan adalah komposisi usia peserta, komposisi jender, komposisi jenis pekerjaan, dan komposisi tingkat penghasilan. Selain itu, peserta yang menderita penyakit kronis yang memerlukan pengobatan rutin terus menerus seperti penderita diabetes mellitus dan hipertensi harus diperhitungkan terpisah. Bagi penderita penyakit kronis ini, pembayaran kapitasi tidak relevan dibebankan ke fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan harus dibayar berdasarkan program layanan penyakit kronis (Prolanis dalam istilah jaminan kesehatan nasional sekarang). Pembayaran kapitasi menyangkut kejadian yang tidak pasti, sama dengan transfer risiko dalam asuransi. Bedanya, pada asuransi komersial - penyakit yang sudah terjadi biasanya dikecualikan (tidak dijamin). Pada jaminan kesehatan nasional penyakit tersebut tetap dijamin, karena tujuannya adalah melindungi kesehatan, bukan cari laba. Tetapi, tanggung jawab risiko akhir (*ultimate risks*) ada pada BPJS Kesehatan, bukan fasilitas kesehatan.

### Reaksi Positif Pembayaran Kapitasi

Setiap aksi ada reaksi. Pembayaran kapitasi adalah suatu aksi dalam sistem jaminan kesehatan nasional untuk mengendalikan biaya kesehatan. Fasilitas kesehatan akan bereaksi sesuai kepentingan mereka. Reaksi yang positif, baik untuk sistem kesehatan dan baik untuk peserta adalah:

1. Fasilitas kesehatan memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi, dengan menegakkan diagnosis yang tepat dan memberikan pengobatan atau tindakan yang tepat. Dengan pelayanan yang baik ini, pasien akan cepat sembuh dan tidak kembali ke fasilitas kesehatan untuk konsultasi atau tindakan lebih lanjut yang menambah biaya. Syarat utama fasilitas kesehatan berperilaku seperti ini adalah jika ada harapan bahwa peserta terdaftar akan terus terdaftar dan dibayar kapitasi pada fasilitas kesehatan tersebut untuk jangka panjang. Hal ini tidak akan terjadi pada sistem banyak pembayar (multipayer). Sistem ini akan berhasil dengan pembayar tunggal, seperti BPJS Kesehatan.
2. Fasilitas kesehatan aktif mengelola pelayanan promotif dan preventif untuk mencegah insiden kesakitan. Apabila angka insiden menurun, maka peserta tentu tidak sering berobat dan biaya pelayanan menjadi lebih kecil. Strategi ini dilakukan oleh fasilitas kesehatan untuk mendapatkan keuntungan jangka panjang. Strategi ini hanya bisa dilakukan pada situasi pembayar tunggal.
3. Fasilitas kesehatan memberikan pelayanan yang pas, tidak lebih dan tidak kurang, untuk mempertahankan efisiensi operasional dan sebagai *income security*.
4. Pada sistem jaminan kesehatan nasional, fasilitas kesehatan berusaha memuaskan peserta agar peserta tidak pindah ke fasilitas kesehatan lain. Dalam kondisi pasar kompetitif (banyak pilihan dokter praktik dan atau klinik primer), maka akuisisi (perolehan) peserta menjadi mahal. Fasilitas kesehatan yang cerdas akan menjaga peserta yang baik untuk tetap pada dirinya.

### Reaksi Negatif Pembayaran Kapitasi

Reaksi negatif yang merugikan sistem bervariasi tergantung dari kelompok layanan yang dibayarkan secara kapitasi, besaran kapitasi, dan kompetensi layanan yang dimiliki/diizinkan dalam suatu fasilitas kesehatan.

1. Jika kapitasi yang dibayarkan terpisah-pisah (parsial) antara pelayanan rawat jalan primer, rawat jalan rujukan dan rawat inap rujukan dan tanpa diimbangi dengan insentif yang memadai angka rujukan dapat tinggi. Dengan merujuk, waktu untuk memeriksa menjadi lebih cepat dan risiko finansial fasilitas kesehatan primer menjadi lebih kecil. Dengan demikian, fasilitas kesehatan primer dan sekunder dapat mengantongi surplus jangka pendek yang dikehendaki.
2. Reaksi negatif juga terjadi jika porsi pasien yang dibayar kapitasi dengan pasien yang dibayar atau membayar secara JPP relatif kecil. Fasilitas kesehatan dapat mempercepat waktu layanan pasien kapitasi untuk melayani pasien non jaminan atau yang dibayar dengan JPP. Mutu pelayanan dapat dikorbankan dengan waktu pelayanan yang lebih singkat. Pengorbanan waktu dan mutu layanan dapat dengan mudah terjadi jika besaran bayaran kapitasi yang di bawah ongkos rata-rata produksi di suatu wilayah. Jika hal tersebut terjadi BPJS Kesehatan akhirnya memikul biaya lebih besar karena efek akumulatif biaya layanan rujukan sekunder dan tersier yang lebih mahal.
3. Fasilitas kesehatan menekan jumlah kunjungan pasien kapitasi. Hal ini sangat mudah terjadi jika besaran kapitasi di bawah harga keekonomian, yaitu di bawah ongkos produksi rata-rata untuk layanan berkualitas tertentu. Perilaku tersebut akan lebih mudah terjadi jika porsi jumlah pasien kapitasi jauh lebih rendah dibanding porsi pasien dengan bayaran Jasa Per Pelayanan/JPP (fee for service). Hal tersebut akan menimbulkan tingginya keluhan anggota atas pelayanan yang tidak memuaskan. Untuk jangka pendek cara tersebut berhasil menambah surplus kepada fasilitas kesehatan, tetapi untuk jangka panjang hal itu akan merugikan fasilitas kesehatan itu sendiri.

Salah satu cara untuk mengevaluasi berbagai reaksi negatif perilaku fasilitas kesehatan yang dibayar secara kapitasi dan yang mendapatkan pembayaran JPP adalah dengan mengevaluasi utilisasi biaya, status kesehatan, dan kepuasan pasien. Di Amerika, pada awal perkembangan HMO di mana keluhan atas rendahnya kualitas pelayanan HMO sangat tinggi, penelitian eksperimental dilakukan oleh Rand Corporation. Hasilnya tidak menunjukkan adanya penurunan mutu pelayanan pada HMO yang membayar kapitasi akan tetapi terdapat efisiensi sampai 30% (Rand, 1993). Hanya saja, besaran kapitasi yang digunakan dalam eksperimen tersebut adalah besaran harga keekonomian yang

dihitung berdasarkan data utilisasi dan harga pasar yang sah (*valid*) dan terpercaya (*reliable*).

Keseimbangan informasi antara fasilitas kesehatan dan badan asuransi merupakan kunci sustainability pembayaran kapitasi. Transfer risiko tidaklah berarti bahwa fasilitas kesehatan harus menanggung rugi karena informasi yang tidak memadai. Transfer risiko dengan pembayaran kapitasi menempatkan fasilitas kesehatan pada risiko fluktuasi utilisasi yang bukan katastrofik dan memberikan insentif kepada fasilitas kesehatan untuk menghindari *moral hazard*. Karena rentang risiko kapitasi bagi fasilitas kesehatan adalah fluktuasi normal dan pemberian insentif kepada fasilitas kesehatan untuk melakukan usaha-usaha pencegahan guna mendapatkan laba yang memadai, maka informasi utilisasi dan harga rata-rata pasar haruslah diketahui dan digunakan bersama. Artinya, keterbukaan data utilisasi antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan harus menjadi dasar. Ketika penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan, maka sesuai dengan UU Keterbukaan Informasi Publik, semua data harus menjadi domain publik. Hal itu juga sesuai dengan persyaratan UU SJSN yang antara lain dilaksanakan dengan prinsip keterbukaan. Akan tetapi, harus disadari juga ada prinsip kehati-hatian (*prudence*) yang harus dipahami semua pemangku kepentingan. Sejak tahun 2019 BPJS Kesehatan telah meluncurkan data sampel JKN yang dapat diunduh pada *website* resmi BPJS Kesehatan. Data sampel dapat digunakan untuk penelitian sesuai periode waktu yang diinginkan yang terdiri dari: data kepesertaan dan pelayanan kesehatan yang telah distandarisasi dan diekstrak.

Dalam sistem pembayaran kapitasi, telaah utilisasi (*utilization review*) mutlak diperlukan untuk dua hal. Pertama, telaah utilisasi memberikan informasi kepada badan penyelenggara asuransi dan fasilitas kesehatan tentang apakah pelayanan yang diberikan selama ini sudah pas, pada titik optimal, atau belum. Utilisasi di bawah optimal menunjukkan mutu pelayanan yang tidak memenuhi standar. Sementara utilisasi yang berlebihan merugikan fasilitas kesehatan. Telaah utilisasi dilakukan pada fasilitas kesehatan yang dibayar secara kapitasi dan fasilitas kesehatan rujukan. Dengan demikian dapat dipantau fasilitas kesehatan mana yang rajin merujuk dan mana yang kurang merujuk. Telaah utilisasi ini juga sangat penting untuk mengukur tingkat kepuasan/keluhan peserta terhadap kualitas layanan di fasilitas kesehatan primer.

Kedua telaah utilisasi diperlukan untuk memberikan insentif (*reward*) dan denda (sanksi) pada fasilitas kesehatan yang memberikan layanan berkualitas. Insentif dapat diberikan dengan memberikan bonus atas dana ditahan (*withhold*) jika hal itu sudah diberlakukan atau atas dana jaga mutu yang dialokasikan badan penyelenggara asuransi. Selain itu, insentif juga dapat dilakukan dengan memberikan donasi/hibah alat atau kelengkapan fasilitas layanan primer. Sementara sanksi dapat dilakukan dengan tidak membayarkan dana ditahan, mengurangi plafon jumlah peserta, dan hal-hal lain yang dapat dikembangkan sesuai dengan kondisi.

Keterbukaan dan saling percaya merupakan faktor yang sangat penting yang secara periodik dikomunikasikan. Telaah utilisasi membutuhkan keterbukaan, sehingga BPJS dan fasilitas kesehatan sama-sama mengetahui distribusi dan besarnya risiko yang ditransfer dari badan asuransi ke fasilitas kesehatan. Pembayaran kapitasi yang ditetapkan sepihak tidak akan menghasilkan status kesehatan yang optimal seperti cita-cita UU SJSN dan merupakan ancaman kelangsungan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dalam mengkomunikasikan data utilisasi, BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan harus sama-sama menyadari bahwa terjadi variasi di dalam fasilitas kesehatan dan di luar fasilitas kesehatan. Di dalam suatu fasilitas kesehatan terjadi variasi utilisasi dari waktu ke waktu dan antara suatu kelompok peserta dengan kelompok peserta lain. Sementara di antara berbagai fasilitas kesehatan terjadi juga variasi yang sama. Besaran pembayaran kapitasi dihitung berdasarkan rata-rata utilisasi semua fasilitas kesehatan di suatu wilayah, bukan hanya variasi yang terjadi di dalam suatu fasilitas kesehatan. Besarnya pembayaran kapitasi dengan penyesuaian risiko yang harus ditanggung oleh suatu fasilitas kesehatan (*adjusted capitation rate*) dapat dilakukan untuk lebih menjamin keadilan di antara fasilitas kesehatan. Penyesuaian tersebut tidak didasarkan pada variasi utilisasi di dalam suatu fasilitas kesehatan, akan tetapi atas dasar variasi risiko kelompok yang berbeda dengan risiko rata-rata di suatu wilayah.

### **Diagnostic Related Group (DRG)**

Pengertian DRG dapat disederhanakan dengan cara pembayaran dengan biaya satuan per diagnosis, bukan biaya satuan per jenis pelayanan medis maupun non medis yang selama ini menjadi cara pembayaran dominan di Indonesia. Cara pembayaran DRG

dapat juga dikatakan cara pembayaran borongan atau paket diagnosis. Cara pembayaran ini menempatkan risiko spekulatif, pemborosan yang tidak perlu, pada fasilitas kesehatan. Oleh karenanya cara pembayaran DRG masuk kategori *risk based payment*. Fasilitas kesehatan, umumnya RS akan merugi jika staf dan dokter berperilaku tidak efisien. Dalam pembayaran JPP misalnya, jika seorang perawat memasang abboeath pada seorang pasien yang memerlukan infus gagal dan abboeath diganti dengan yang baru, maka beban biaya abboeath tersebut ditanggung pasien/penjamin. Hal tersebut tidak adil. Sebab, kesalahan ada pada staf fasilitas kesehatan namun beban biaya kesalahan ditanggung pasien atau penjamin. Dengan pembayaran DRG, beban tersebut menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan yang akan mendapat pembayaran borongan DRG. Dengan demikian, maka pimpinan fasilitas kesehatan akan dipaksa efisien dan meningkatkan mutu layanan agar pemborosan tidak terjadi.

Sebagai contoh, jika seorang pasien menderita demam berdarah (DBD) yang dibayar per DRG, maka pembayaran ke rumah sakit untuk setiap kasus demam berdarah, tanpa memperhatikan berapa hari pasien dan jenis rumah sakitnya sama besar.

Pembayaran dilakukan berdasarkan diagnosis keluar pasien. Besaran pembayaran kasus DBD tersebut dihitung berdasarkan rata-rata biaya/tarif berbagai rumah sakit di wilayah yang sama. Misalnya, di Jakarta terdapat 10 ribu kasus demam berdarah di tahun 2012 dan hasil kajian menghasilkan rata-rata biaya per kasus Rp 4 juta. Maka setiap rumah sakit di Jakarta akan dibayar Rp 4 juta untuk setiap pasien DBD. Itulah satuan biaya baru yang akan digunakan dalam jaminan kesehatan nasional. Konsep biaya satuan sering dipahami keliru hanya sebagai biaya satuan per jenis pelayanan, yang di masa lalu dihitung dengan metode distribusi sederhana atau ganda. Biaya satuan dapat diwujudkan dalam berbagai satuan kesepakatan. Perhitungan biaya suatu rumah sakit juga tidak selalu yang paling akurat. Sebab, besaran biaya satuan sangat tergantung satuan biaya *input* (misal gaji pegawai atau dokter) yang diinginkan. Oleh karenanya, perhitungan besaran DRG yang cepat dan sederhana dapat didasarkan dari rata-rata tagihan (*average charges*). Dalam situasi pasar kompetitif, sebuah firma akan mematok tarif (harga/tagihan) sebesar rata-rata biaya produksi. Tentu saja, penyesuaian dapat dibuat dengan simulasi dan analisis sensitivitas. Dalam praktiknya, karena komposisi pasien dan volume pasien bervariasi, besaran DRG disesuaikan dengan berbagai faktor yang akan dikupas lebih lanjut.

### Sejarah Singkat Konsep DRG

Menghadapi dilema biaya kesehatan di rumah sakit di Amerika yang tidak terkontrol di tahun 1970an, upaya pengendalian biaya rumah sakit dilakukan banyak pihak. Smith dan Fottler (1985) menyampaikan bahwa upaya mendapatkan rata-rata biaya per diagnosis telah dilakukan oleh RS akademik Yale-New Haven oleh Robert Fetter dan John Thomson. Riset kedua ahli tersebut dimulai di tahun 1970 dengan tujuan untuk memperbaiki proses telaah utilisasi. Telaah utilisasi adalah upaya untuk menilai apakah berbagai tindakan medis, baik untuk diagnosis maupun untuk terapi, memang wajar dan diperlukan pasien. Awalnya konsep DRG yang dikembangkan di Yale tersebut terdiri atas pengelompokan yang luas yang berdasarkan klasifikasi ICD-8 CM (*Clinical Modification*). Data yang digunakan mencakup data rumah sakit di tiga negara bagian Amerika yaitu New Jersey, Connecticut, dan South Carolina dengan menghasilkan 83 kategori besar (*major*) diagnosis. Upaya pengelompokan dilakukan atas dasar tiga prinsip yaitu (1) pengelompokan pengelolaan klinis (*clinical or medical management*) yang mencakup klasifikasi anatomis dan fisiologis; (2) jumlah kasus yang cukup banyak untuk menghasilkan distribusi statistik yang ramping dan signifikan; dan (3) mencakup berbagai diagnosis dalam ICD-8-CM tanpa adanya tumpang tindih (*overlap*). Menggunakan algoritma interaktif, mereka melakukan pengelompokan lebih lanjut dengan memperhitungkan diagnosis sekunder, prosedur pembedahan, usia pasien, dan pelayanan khusus. Setelah pengelompokan akhir, dihasilkanlah 383 DRG pada generasi pertama DRG.

Generasi kedua DRG dikembangkan di tahun 1981 untuk menyesuaikan DRG generasi pertama dengan pengelompokan diagnosis dalam ICD-9-CM. Pada generasi kedua, data yang digunakan untuk menyusun DRG adalah data nasional dari 332 rumah sakit yang mencakup lebih dari 400.000 rekam medis pasien yang keluar rumah sakit (*discharged*). Pada generasi kedua ini dihasilkan 23 kelompok mayor yang berkaitan dengan sistem tubuh yang terkena penyakit, misalnya sistem pernafasan dan sistem pencernaan. Generasi kedua menghasilkan 467 DRG yang mencakup ada tidaknya pembedahan dan komplikasi atau ko-morbiditas. Komplikasi adalah penyulit suatu penyakit yang terjadi karena perjalanan penyakit yang sudah lanjut akibat terlambat diagnosis, pengobatan, atau ikut terganggunya sistem lain. Perforasi usus merupakan suatu komplikasi penyakit tifus. Sedangkan ko-morbiditas adalah adanya penyakit penyerta (diagnosis lain yang

tidak terkait dengan penyakit utama tetapi terjadi bersamaan waktunya). Sebagai contoh, seorang yang menderita tifus kebetulan juga menderita diabetes mellitus.

Secara formal, sistem pembayaran DRG digunakan oleh pemerintah Amerika Serikat dalam program Medicare mulai tanggal 1 Oktober 1983 (Beck, 1984; Smith dan Fottler, 1985). Program Medicare adalah program asuransi sosial di Amerika yang dananya dikumpulkan dari iuran wajib pekerja sebesar 1,45% gaji ditambah 1,45% lagi iuran wajib dari pemberi kerja. Namun demikian, dana yang terkumpul tersebut hanya digunakan untuk membiayai perawatan rumah sakit dan perawatan jangka panjang (long term care) bagi penduduk berusia 65 tahun ke atas dan penduduk yang menderita penyakit terminal (penyakit yang tidak bisa lagi disembuhkan) seperti gagal ginjal tanpa memperhatikan usia penderita. Sistem ini disebut pendanaan berbasis *pay as you go* sama seperti pembayar pajak di mana pembayar dan penikmat pajak tidak berkaitan langsung. Jadi program Medicare merupakan program “anak” mendanai “orang tua” secara nasional, ada atau tidak ada orang tua yang ditanggung-semua pekerja wajib iur. Dana yang terkumpul, juga bersifat Dana Amanat, dikelola oleh Social Security Administration pemerintah Federal Amerika.

Kini cara pembayaran DRG digunakan dalam program Medicare di Australia, Jerman, program Medicare di Taiwan, program jaminan sosial di Muangthai, dan banyak negara lain. Berbeda dengan program Medicare di Amerika, program Medicare di Australia, Kanada, Taiwan, di Indonesia merupakan program Asuransi Kesehatan Nasional yang didanai dari kombinasi iuran wajib dan subsidi iuran oleh Pemerintah. Di Muangthai, negara yang tidak jauh berbeda dengan Indonesia, pembayaran DRG sudah dimulai tahun 1993 dalam sistem jaminan sosial bagi pekerja swasta.

Di Indonesia, pembayaran DRG sudah dimulai tahun 2008 ketika Askeskin diubah menjadi Jamkesmas. Awalnya bernama INA-DRG. Namun, kelakuan seseorang yang tidak pantas, mendaftarkan istilah INA-DRG dan ketidaktahuan petugas mereka di Kementerian Hukum dan HAM menjadikan istilah INA-DRG sebagai “merek dagang” orang tersebut. Maka istilah INA-DRG tidak lagi digunakan. Sistem yang sama kemudian diganti menjadi INA-CBG (*casemix based group*). Sistem ini dikembangkan oleh United Nation University (UNU) di bawah pimpinan Prof Syed Aljunid yang dikontrak Kemenkes. Tim UNU mengembangkan UNU *grouper*, sebuah perangkat lunak untuk mengelompokkan layanan medis yang diberikan sebuah RS kepada pasien menjadi

kelompok CBG untuk keperluan tagihan ke Jamkesmas, yang mulai tahun 2014 merupakan cara tagihan ke BPJS. Penerapan cara bayar CBG memang tidak perlu ditunda lagi karena cara bayar sekarang yang masih didominasi JPP/FFS sudah tidak banyak lagi dianut di dunia. Sebabnya adalah tingginya *moral hazard* dan bahkan kecurangan dalam cara pembayaran JPP.

### **Sekilas Tentang INA-CBG**

Perdebatan dan keinginan Pemerintah untuk menerapkan cara bayar CBG telah berkembang beberapa tahun sebelum DRG diterapkan Jamkesmas. Penerapan pembayaran prospektif tidak akan berjalan dalam lingkungan penjamin/pembayar yang banyak dan kumpulan (*pooled*) yang kecil. Tidak mungkin sebuah rumah sakit akan menagih pasien dengan CBG jika pasien membayar sendiri biaya perawatan. Pembayaran CBG juga tidak mungkin bisa dilaksanakan pada pasien-pasien yang dijamin asuransi atau perusahaan yang volume atau kumpulannya kecil. Maka penerapan CBG baru bisa dilaksanakan ketika Jamkesmas memaksakannya. Tentu saja, pada awalnya penerapan CBG berjalan baik di RS publik milik pemerintah. Sejumlah RS publik nirlaba milik swasta dan sebagian RS swasta (*pencari laba, for profit*) kemudian bersedia mengikuti Jamkesmas. Data Kemenkes menunjukkan bahwa pada tahun 2009 sebanyak 945 RS melayani peserta Jamkesmas yang terdiri atas 635 RS milik pemerintah dan 310 RS milik swasta. Di tahun 2012, jumlah RS yang menjalin kerja sama dengan program Jamkesmas meningkat menjadi 1.144 RS yang terdiri atas 718 RS milik pemerintah dan 426 RS milik swasta.

Dalam berbagai eksplorasi yang dilakukan penulis, ternyata banyak RS milik swasta yang berupaya berpartisipasi dalam program Pemerintah, namun kesulitan dalam memenuhi komitmen menerima pembayaran CBG. Bahkan banyak RS milik Pemerintah maupun milik Pemda dan TNI/POLRI yang mengeluhkan ‘merugi’ melayani pasien Jamkesmas. Kendala utama adalah persepsi tentang kerugian yang dialami RS yang menghitung untung-rugi secara sederhana dengan membandingkan bayaran CBG dengan “tarif RS”. Reaksi atas persepsi merugi tersebut berbeda-beda. Ada RS swasta yang menolak pasien secara halus dengan merujuk pasien ke RS milik pemerintah. Ada RS pemerintah tipe C dan D yang merujuk pasien ke RS tipe B atau A, yang bayaran CBG nya lebih besar. Pada beberapa kasus dilaporkan bahwa dokter yang melakukan tindakan di RS tipe B atau di RS swasta adalah dokter yang sama dengan yang menangani pasien di RS tipe C

atau D. Hal tersebut merupakan reaksi dari penetapan besaran CBG yang tidak realistis dengan tarif CBG untuk RS tipe C dan D yang jauh lebih kecil dibandingkan dengan tarif CBG untuk RS tipe B dan A. Seharusnya, untuk kasus (kelompok dan tingkat keparahan yang sama), besaran CBG tidak berbeda antar tipe RS.

Menurut pemantauan National Casemix Center (NCC) Kementerian Kesehatan, dalam pembayaran CBG tahun 2012 dan sebelumnya, pada umumnya RS menerima surplus dalam melayani pasien rawat jalan dan rawat inap tanpa pembedahan. Sedangkan untuk kasus-kasus dengan pembedahan dan kasus-kasus katastrofik seperti perawatan intensif dan obat-obat khusus, RS melaporkan defisit (merugi). Perbandingan besaran CBG dengan tarif RS berdasar tarif tiap layanan sesungguhnya tidak tepat untuk menghitung surplus/untung atau defisit/rugi. Perhitungan surplus-defisit seharusnya didasarkan atas biaya riil (real cost) yang dikeluarkan RS. Dalam praktik yang berlaku sekarang, dokter dibayar secara JPP dan di banyak RS dokter melakukan *visite* sangat sering. Hal ini menimbulkan pemborosan. Namun, banyak pimpinan RS yang tidak berani merombak. Maka banyak pimpinan RS meminta NCC menetapkan persentase jasa medis untuk tiap CBG. Penetapan persentase ini tidak sejalan dengan UU SJSN yang menjelaskan bahwa pembagian hasil penerimaan pembayaran CBG merupakan hak dan kewenangan pimpinan/Direktur RS. Secara manajerial juga pembagian oleh pimpinan RS merupakan pendekatan yang sehat dan realistis. Pimpinan RS lah yang paham beban kerja dan kinerja masing-masing tenaga.

Masalah besar yang dihadapi dalam INA-CBG yang berlaku di tahun 2013 dan yang sering dijadikan patokan oleh banyak pimpinan RS atau dokter adalah besaran yang tidak realistis. Pada tahap awal, penetapan CBG ditetapkan berdasarkan data catatan medik dan besaran biaya dari RS tipe A dan tipe B yang sangat terbatas. Hal ini dikoreksi dalam CBG tahun 2013 dan dikoreksi lagi untuk besaran CBG 2014. Masalah terbesar dalam CBG yang berlaku sekarang adalah besaran bayaran CBG untuk kasus yang sama dan tingkat kesulitan sama berbeda untuk RS tipe A, B, C, D. Seharusnya besaran CBG sama untuk kasus yang sama. Perbedaan lebih lengkap antara INA DRG (sebelum tahun 2011) dan INA CBG (mulai tahun 2011) dapat dilihat dalam tabel berikut.

**Tabel 3 Perbandingan Dasar Pengembangan Tarif INA-DRG dan INA CBG**

Komponen Dasar Pengembangan	Tarif INA-DRG	Tarif INA-CBG
Jumlah rekam medik	127.554	1.048.475
Jumlah RS sebagai sumber data biaya	15 RS	100 RS
Data biaya yang digunakan	Th 2006	Th 2010
Tipe RS	A & B	A, B, C, D & Khusus
Distribusi data	Tidak Normal	Tidak Normal
Dasar penetapan tarif	Rata-rata ( <i>Mean</i> )	Median
Jumlah Grup	759 (604 RI, 155 RJ)	833 (635 RI, 198 RJ)
Akurasi data	Akurat	Lebih Akurat

Sumber: Wibowo B, NCC, 2012.

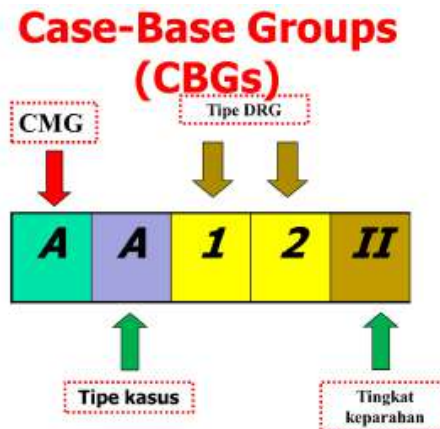
Catatan: RI = rawat inap, RJ = rawat jalan.

Dalam perbaikannya, pembayaran CBG dilengkapi dengan pemisahan penyakit perawatan jangka panjang seperti kasus-kasus penyakit jiwa, obat tertentu yang mahal, dan prosedur khusus yang ditambahkan. Komponen INA CBG yang digunakan oleh *Groupier* UNU terdiri atas delapan kelompok kasus (Aljunid, 2013) yakni:

1. Akut
2. Sub akut
3. Kronik
4. Prosedur khusus
5. Protesa khusus
6. Obat khusus
7. Investigasi khusus
8. Paket rawat jalan

Aljunid menjelaskan bahwa dalam INA-CBG yang dikembangkan UNU, biaya untuk masing-masing komponen tersebut dikelompokkan lagi menjadi 1.220 tarif yang mengacu pada International Classification of Disease Versi 10 (ICD-10). Proses klasifikasi CBG Indonesia disusun berdasarkan 4 (empat) komponen besar yaitu Casemix Main Group (CMG) yang ditandai dengan kode huruf A-Z, tipe kasus, tipe DRG, dan tingkat penggunaan sumber daya. Kode BBG tersebut disusun dalam kode yang terdiri atas 5 (lima digit), di mana digit pertama adalah kode CMG, digit kedua tipe kasus,

digit ketiga dan keempat kode DRG, dan digit kelima tingkat penggunaan sumber daya atau tingkat keparahan penyakit (lihat gambar di bawah). Kode CMG ekuivalen dengan ICD-10 yang berkaitan dengan anatomi/fisiologi tubuh yang terdiri atas 31 kelompok. Dari 31 kelompok tersebut dirinci menjadi 22 kelompok perawatan akut (*acute care*), dua kelompok rawat jalan, dua kelompok rawatan subakut dan kronik, satu kelompok rawat khusus, dan satu kelompok *error*.



Tipe kasus dalam CBG dikelompokkan menjadi 11 kelompok. Kelompok tersebut mencakup rawat inap, rawat pulang hari (*one day care*), klinik spesialis, rawat darurat, rawat jalan umum, rehabilitasi, kemoterapi dan radioterapi, penyakit jiwa, kasus kronik, rawat lama (*long staying patients*), dan grup paket khusus. Grup paket khusus ini terdiri atas paket rawat jalan, protesa, obat, prosedur khusus, dan investigasi khusus.

Namun demikian, perhitungan tarif CBG tidak didasarkan pada perhitungan biaya pengobatan (termasuk perawatan) rata-rata atau median yang dihitung satu per satu kasus, akan dihitung berdasarkan biaya operasional kelompok tipe RS. Beban biaya operasional tersebut kemudian diurai untuk menghasilkan nilai CBG tiap kasus berdasarkan beberapa teknik penguraian. Tarif CBG mencakup seluruh biaya (pemeriksaan diagnostik sampai obat) yang dihitung berdasarkan belanja operasional RS yang diurai dan diberi bobot (*cost weight*). Perhitungan tarif CBG yang kompleks berbasis uraian belanja RS tidak mudah dipahami oleh banyak pihak. Untuk kejelasan kompleksitas perhitungan tarif CBG yang berlaku sekarang, di bawah ini dijelaskan langkah-langkah penyusunan sebagaimana dijabarkan oleh tim UNU (Aljunid, 2011).

Berbeda dengan tarif DRG sebelumnya, tarif CBG yang mulai digunakan tahun 2013 memiliki kelebihan sebagai berikut:

1. Lebih objektif dan lebih transparan
2. Tarif disusun berdasarkan biaya standar
3. Tarif disusun untuk mendorong agar kasus berat dikelola sebagai rawat inap dan kasus lebih ringan dikelola sebagai rawat jalan
4. Tarif disusun untuk mendorong RS meningkatkan kualitas layanan

Dasar penyusunan tarif INA CBG yang mulai digunakan tahun 2013 disusun dengan formula berikut:

$$\text{Tarif} = \text{Tarif dasar RS} \times \text{Bobot} \times \text{Faktor penyesuaian}$$

Penyusun tarif CBG didasarkan biaya median untuk tiap kelompok DRG/CBG yang dihitung berbasis *top down costing/modeling*. Dalam formulasi tarif CBG, data biaya ekstrim dibuang dan faktor pendorong tarif sangat melekat dengan lama perawatan.

Untuk menghitung tarif CBG suatu kasus, dilakukan pembobotan yang merupakan nilai relatif penggunaan sumber daya (biaya) suatu kasus dalam satu kategori/kelompok dibandingkan dengan rata-rata biaya kasus tersebut di seluruh RS yang datanya dikumpulkan. Oleh karenanya bobot biaya (*cost weight*) ini disebut juga bobot intensitas sumber daya atau biaya relatif. Sebagai contoh, rata-rata biaya apendektomi adalah Rp 5 juta sedangkan rata-rata agregat (seluruh) biaya adalah 3 juta, maka bobot biaya adalah 5:3 sama dengan 1,67. Untuk tiap rumah sakit dikembangkan indeks *case-mix* (*Case Mix Index*, CMI) yang dihitung berdasarkan rumus jumlah bobot biaya dikali jumlah kasus dibagi total kasus di sebuah rumah sakit. Indeks ini menggambarkan posisi produksi relatif suatu RS dibandingkan seluruh RS di suatu wilayah. Rumus CMI dapat dilihat di bawah ini.

$$CMI = \frac{\sum(\text{Bobot biaya} \times \text{Jumlah kasus})}{\text{Total jumlah kasus untuk RS}}$$

$$\text{Indeks Dasar RS} = \frac{\text{Bobot total}}{\text{Jumlah total suatu kasus} \times CMI}$$

Karena tarif CBG dikembangkan berbasis uraian belanja rumah sakit, untuk meningkatkan akurasi tarif CBG, maka dilakukan koreksi tarif dengan faktor penyesuaian (*adjustment factor*, AF). Faktor penyesuaian bertujuan untuk:

1. Menutup biaya-biaya yang tidak termasuk dalam CBG, yaitu
  - a) Biaya pendidikan pada RS pendidikan
  - b) Biaya riset dalam RS pendidikan
2. Mendorong efisiensi
  - a) Mendorong layanan preventif
  - b) Mendorong rawat pulang hari
3. Menutup biaya khusus, tarif tambahan, untuk kasus-kasus
  - a) Perawatan yang rata-rata memerlukan waktu lama
  - b) Kasus khusus misalnya, transplantasi
4. Mengoreksi perbedaan biaya di wilayah berbeda (tarif CBG disusun untuk 4 (empat) wilayah berbeda)
  - a) Perbedaan tingkat inflasi
  - b) Perbedaan indeks harga konsumen

Dalam proses penyesuaian tarif CBG, faktor-faktor yang diperhitungkan adalah faktor inflasi biaya medis, BOR standar, dana pemerintah ke RS, pembelian obat di luar rumah sakit, penyediaan insentif bagi dokter untuk mau bekerja di daerah kecil, perbedaan fasilitas fisik RS, dan biaya-biaya tenaga lainnya.

Menurut penulis, karena pengembangan tarif CBG berdasarkan permodelan tersebut, maka dapat terjadi perbedaan tarif untuk satu kasus (lebih atau kurang) jika dibandingkan dengan perhitungan total tagihan berbasis tarif suatu RS. Ada tarif CBG yang lebih besar dan ada yang lebih kecil. Sehingga, perbandingan satu CBG saja tidak cukup beralasan untuk menyatakan tarif CBG lebih tinggi atau lebih rendah dari harga keekonomian suatu kasus. Jadi, untuk menilai kecukupan pembayaran CBG perlu dihitung penerimaan RS secara keseluruhan (global), bukan kasus per kasus. Kajian perbedaan biaya CBG kasus per kasus dengan satuan biaya riil per kasus di RS diperlukan untuk mengoreksi tarif CBG yang disusun berdasarkan permodelan. Secara bertahap, besaran CBG akan semakin mendekati biaya riil per kasus yang kompetitif sebagaimana konsep pembayaran DRG dikembangkan.

Idealnya, memang besaran CBG didasarkan pada praktik perawatan dengan standar klinik yang baku (*clinical pathway*) dengan variasi pilihan obat dan bahan medis habis pakai (BMHP). Para tim dokter di berbagai rumah sakit akan berlomba dengan aturan main yang sama dan pilihan obat yang bervariasi. Tim yang memiliki kecerdasan untuk

menegakkan diagnosis dan perkiraan reaksi obat yang cermat di suatu RS akan berproduksi merawat pasien dengan diagnosis yang sama secara lebih efisien. Karena efisiensi, maka RS tersebut akan menerima surplus. Kerja tim adalah kunci keberhasilan persaingan RS dalam era JKN dengan pembayaran CBG.

### **Arti Pembayaran CBG**

Dalam pembayaran DRG (secara konsep) atau CBG (aplikasi dengan modifikasi), sebuah rumah sakit maupun pihak pembayar tidak perlu lagi merinci tagihan dalam satuan unit terkecil (*line item*) layanan. Rumah sakit cukup menyampaikan lima digit kode CBG pasien waktu pulang. Kode tersebut sudah menggambarkan besaran pembayaran kepada sebuah RS. Proses klaim ini saja sudah menghemat banyak dana di RS maupun di pihak asuradur/BPJS Kesehatan. Sebuah RS lain di wilayah yang sama yang menangani pasien dengan diagnosis dan tingkat kesulitan yang sama akan mendapat bayaran yang sama besarnya. Maka dengan demikian, masing-masing RS di suatu wilayah harus bekerja keras agar besaran CBG secara rata-rata (bukan tiap kasus) melebihi biaya riil (bukan tarif) yang dikeluarkan RS. Dengan kata lain, sebuah RS akan surplus jika RS tersebut mampu mengendalikan biaya.

Dalam praktiknya sebuah RS dapat mengurangi pembayaran CBG dengan mengubah kode CBG agar uang yang diterimanya lebih besar (*up coding*). Tindakan ini merupakan sebuah kecurangan (*fraud*) yang kerap terjadi dalam pembayaran DRG/CBG. Oleh karenanya, setiap pembayaran prospektif harus diikuti oleh telaah utilisasi (*utilization review*). Dalam praktik terdahulu, karena sistem pembayaran DRG belum dipahami penuh oleh program Jamkesmas dan oleh RS, banyak ditemukan kasus di mana seorang pasien dipulangkan secara administrasi. Dalam daftar tarif DRG yang lalu tercantum ALOS (*average length of stay*) yang tanpa digit dan diartikan sebagai jumlah hari maksimum oleh pimpinan RS. Banyak pasien, “dipulangkan” dan “dimasukkan” kembali (readmisi) untuk ditagih satu kode CBG baru, padahal pasien tidak pulang. Sesungguhnya secara fisik pasien tersebut tidak pulang. Hal itu merupakan tindakan kecurangan juga. Lama hari dirawat dalam kolom ALOS adalah patokan rata-rata. Seharusnya, jika pasien belum sembuh pada jumlah hari tersebut, maka RS yang merawat menanggung risiko biaya yang lebih besar. Meskipun pasien dirawat dengan LOS yang dua kali lebih banyak, RS akan mendapatkan bayaran yang sama. Dengan demikian, manajemen RS harus memantau setiap kasus yang dibayar CBG agar tidak

boros. Sayangnya, banyak verifikator Jamkesmas juga tidak memahami esensi pembayaran DRG/CBG dan tidak memiliki kompetensi yang cukup untuk menilai ada tidaknya kecurangan. Sampai tahun 2013, pembayaran CBG di Indonesia belum secara konsisten dengan prinsip pengendalian biaya.

Pada tahun 2016, Kementerian Kesehatan menetapkan Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016. Pedoman ini disusun untuk menyesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Masalah lain dalam CBG di Indonesia adalah perbedaan besaran CBG yang berbeda besar antar tipe RS. Lihat contoh tabel di bawah. Seharusnya hal itu tidak terjadi, seperti DRG yang diterapkan di Australia yang disajikan dalam tabel lain di bawah. Alasan pihak penyusun adalah bahwa selama ini standar layanan di tiap RS belum terwujud. Hal ini sesungguhnya menjadi masukan untuk pemerintah yang belum optimal memantau dan memaksa RS melayani dengan standar yang baik. Program akreditasi RS yang kini dijalankan, selain belum mencakup seluruh RS, tidak secara konsisten mengukur kualitas layanan. Program akreditasi masih lebih banyak formalitas, sebagai usaha awal mengendalikan mutu layanan dan upaya perlindungan rakyat dari layanan substandar. Akan tetapi, jika pembayaran CBG ditetapkan berbeda jauh, maka justru tidak terjadi insentif bagi RS tipe kecil (C dan D) untuk melayani dengan baik. Insentif merujuk kasus dari RS tipe C atau tipe D ke RS tipe B atau A, bisa jadi di RS tipe A atau B dokter yang sama yang menanganinya. Inilah tantangan terbesar penerapan CBG bagi JKN.

**Tabel 4 Contoh DRG dan besaran tarif DRG di Australia, 2004**

DRG	Nama kelompok DRG	ALOS (Hari)	Rata-rata Tarif/DRG (\$)		
			Total	Biaya Langsung	Biaya OHC
A01Z	Liver Transplant	31,46	91.078	71.051	20.027
A02Z	Multiple Organs Transplant	18,28	41.703	35.417	6.286
A03Z	Lung Transplant	22,47	73.945	63.706	10.238
A04Z	Bone Marrow Transplant	22,34	29.427	23.743	5.685
A05Z	Heart Transplant	19,62	60.568	51.615	8.953
A06Z	Tracheostomy Any Age Any Condition	29,76	52.976	40.678	12.298
A40Z	Ecmo - Cardiac Surgery	16,14	48.748	37.440	11.308
A41Z	Intubation Age<16	7,37	12.219	8.742	3.477
B01Z	Ventricular Shunt Revision	5,85	6.458	4.737	1.721
B02A	Craniotomy + Ccc	20,02	23.327	17.913	5.414
B02B	Craniotomy + Smcc	11,10	12.757	9.771	2.986
B02C	Craniotomy – Cc	7,88	9.947	7.609	2.338
B03A	Spinal Procedures + Csc	14,88	15.119	11.492	3.627
B03B	Spinal Procedures – Csc	5,38	6.960	5.346	1.614
B04A	Extracranial Vascular Pr +Csc	8,11	9.006	6.733	2.273

OHC = *overhead cost*, biaya-biaya non medisSumber: *Website Department of Family Service Australia, 2004*

### Ilustrasi Besaran Tarif CBG - 2013 untuk Kasus Prosedur Apendik berdasarkan Tingkat Keparahan dan Tipe RS, dalam Rupiah

Kode CBG/tk keparahan	K-1-13-i Ringan	K-1-13-ii Sedang	K-1-13-iii Berat
<b>Tipe RS</b>			
D	1.627.393	2.842.588	3.040.045
C	2.115.611	3.695.364	3.952.059
B non pendidikan	2.755.252	4.812.633	5.146.938
B Pendidikan	2.755.252	4.812.633	5.146.938
A	3.588.200	6.267.554	6.702.923

Sumber: *NCC, Kemenkes, 2013*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa besaran tarif CBG yang berlaku di Indonesia bervariasi menurut tipe RS yang belum konsisten dengan tujuan pemberian insentif redistribusi dokter. Rumah sakit tipe D dan C yang umumnya berada di daerah mendapat pembayaran yang jauh lebih kecil untuk prosedur/operasi apendik ringan, sedang maupun berat. Variasi besaran CBG untuk RS terkecil di kabupaten, tipe D, hanya sekitar separuh dari besaran CBG untuk RS terbesar tipe A di kota besar. Dengan besaran CBG sebesar itu, maka dokter bedah akan lebih didorong bermigrasi dari kabupaten ke kota besar. Jika penetapan tarif CBG bertujuan untuk meredistribusi dokter, seharusnya justru terbalik. Paling tidak, besaran tarif CBG sama besar untuk tingkat keparahan yang sama, baik di RS tipe D, C maupun A. Untuk kota-kota besar di mana terdapat berbagai tipe RS, besaran CBG yang sama lebih berkeadilan. Namun, pengaturan yang paling adil adalah jika tidak ada tarif CBG kasus ringan di RS tipe A. Apabila besaran tarif mau dibedakan antara tipe RS, maka pengaturan yang paling logis adalah menetapkan tarif CBG ringan lebih kecil di RS tipe D dan C. Untuk kasus-kasus tertentu, sesuai

kompetensi spesialis konsultan, tarif CBG tingkat keparahan sedang hanya boleh dilakukan di RS tipe B dan tarif CBG tingkat keparahan berat hanya boleh dilakukan di RS tipe B dan A. Jika di seluruh kota besar telah ada RS tipe A, maka bisa diatur untuk pelaksanaan tingkat keparahan berat kasus CBG tertentu hanya boleh dilakukan di RS tipe A. Pembagian besaran tarif CBG dikaitkan dengan kompetensi tenaga spesialis dan kelengkapan RS yang seharusnya terkait dengan tipe RS.

Suka atau tidak suka, banyak terjadi permintaan Pemda untuk menaikkan tipe RS dari tipe C ke tipe B yang sedikit-banyak terkait dengan upaya mendapatkan pembayaran CBG yang lebih besar dan tunjangan jabatan/eselon yang lebih tinggi. Hal ini dapat dicegah dengan pengaturan besaran pembayaran CBG yang lebih berkeadilan sebagaimana diuraikan di atas.

Pembayaran dengan cara CBG, jika dijalankan dengan konsisten, mempunyai keutamaan sebagai berikut:

1. Memudahkan administrasi pembayaran bagi rumah sakit dan BPJS Kesehatan.
2. Memudahkan pasien memahami besaran biaya yang dihabiskan untuk meningkatkan pemahaman kegunaan asuransi.
3. Memudahkan penghitungan pendapatan (*revenue*) rumah sakit.
4. Memberikan insentif kepada rumah sakit dan tenaga kesehatan untuk bekerja tim dan menggunakan sumber daya seefisien mungkin.
5. Memudahkan sosialisasi/pemasaran pemahaman pasien/peserta dalam melakukan pelayanan rumah sakit. Misalnya dengan menyampaikan bahwa rata-rata sembuh pasien dengan kasus tertentu yang lebih pendek dari rata-rata lama rawat (sampai sembuh) di RS lain.
6. Memberikan surplus yang lebih besar kepada rumah sakit yang lebih efisien. Dengan demikian pembayaran CBG akan mendorong rumah sakit bekerja lebih profesional dan lebih efisien.

Selain memberikan keutamaan, pembayaran CBG mempunyai kelemahan sebagai berikut:

1. Penerapannya membutuhkan pembayar pihak ketiga (BPJS) yang dominan. Hal ini telah terpenuhi dalam disain JKN.

2. Penerapannya membutuhkan sistem informasi kesehatan, khususnya rekam medik yang akurat dan komprehensif. Rekam medik yang lengkap memudahkan pihak RS memantau dan mengelola perawatan dengan efisien.
3. Dalam kondisi belum semua penduduk tercakup dalam JKN, sebagian pasien yang belum dijamin dan menderita kasus ringan mungkin tidak sanggup membayar cara CBG dan RS tidak punya insentif untuk menerapkannya.
4. Pembayaran CBG memerlukan telaah utilisasi yang cermat dan penegakan sanksi finansial sampai pidana bagi RS yang melakukan kecurangan seperti *up coding* atau penurunan mutu layanan.

### 3) CARA PEMBAYARAN LAINNYA

Selain dua pembayaran prospektif di atas, yaitu kapitasi dan CBG yang menjadi pembayaran dominan di Indonesia mulai tahun 2014, masih terdapat cara pembayaran lainnya. Cara pembayaran lainnya masih bisa diterapkan di berbagai RS selama jaminan kesehatan belum mencakup seluruh penduduk. Selain itu, cara pembayaran lainnya bisa digunakan untuk sebagian kasus bagi pasien yang tidak mau menggunakan haknya dalam JKN, karena kepentingan eksistensi diri.

#### **Pembayaran Per Kasus/Paket**

Sistem pembayaran per kasus (*case rates*) banyak digunakan untuk membayar rumah sakit dalam kasus-kasus tertentu. Pembayaran per kasus ini mirip dengan pembayaran DRG, yaitu dengan mengelompokkan berbagai jenis pelayanan menjadi satu kesatuan (Kongstvedt, 1996). Pengelompokan ini harus ditetapkan dulu di muka dan disetujui kedua belah pihak, yaitu pihak rumah sakit dan pihak pembayar. Sebagai contoh, kelompok pelayanan yang disebut per kasus misalnya pelayanan persalinan normal, persalinan dengan *sectio*, pelayanan ruang intensif dll yang sifatnya tindakan atau prosedur khusus. Akan tetapi pembayaran per kasus tidak berdasarkan diagnosis penyakit. Rumah sakit akan menerima pembayaran sejumlah tertentu atas pelayanan suatu kasus, tanpa mempertimbangkan berapa banyak dan berapa lama suatu kasus ditangani. Tanpa ada pembayar tunggal (BPJS) sekalipun, sebagian RS sudah menawarkan pembayaran per kasus. Sebagai contoh yang umum adalah persalinan normal oleh dokter spesialis kebidanan, misalnya Rp 5 juta per persalinan normal. Rumah sakit akan mendapat pembayaran sebesar Rp 5 juta, meskipun suatu persalinan

ada persalinan yang memerlukan infus, partus lama, ada perdarahan lebih dari normal, dirawat satu hari atau empat hari-sama saja. Bahkan sebagian rumah sakit sudah menawarkan paket antenatal sampai persalinan.

Pembayaran per kasus sudah digunakan pada kasus pembedahan mikro, bedah kecil, bedah sedang, bedah besar, bedah khusus, perawatan satu hari (*one day care*) dan sebagainya. Yang belum terjadi di Indonesia adalah tarif yang sama untuk kasus yang sama di berbagai rumah sakit. Akibatnya, pasien perorangan yang harus membayar sendiri tidak mempunyai pilihan yang paling murah dan tidak selalu dapat memilih tarif per kasus yang sesuai dengan kantongnya.

### **Pembayaran Per Diem**

Pembayaran *per diem* merupakan pembayaran yang dinegosiasi dan disepakati di muka yang didasari pada pembayaran per hari perawatan, tanpa mempertimbangkan biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit (Kongstvedt, 1996). Misalnya suatu badan asuransi atau pemerintah membayar per hari perawatan di kelas III sebesar Rp 250.000 per hari untuk kasus apapun yang sudah mencakup biaya ruangan, jasa konsultasi/*visite* dokter, obat-obatan, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Sampai dengan tahun 2013, Askes menggunakan pembayaran *per diem* yang mencakup sebagian tindakan diagnosis dan pengobatan yang berbiaya kecil. Seharusnya sebuah rumah sakit yang efisien dapat mengendalikan biaya perawatan dengan memberikan obat yang paling *cost-effective*, memeriksa laboratorium hanya untuk jenis pemeriksaan yang memang diperlukan, memiliki dokter yang dibayar gaji bulanan dan bonus, serta berbagai penghematan lainnya. Akan tetapi, pola pikir dan pola tindak seperti itu belum terjadi di kebanyakan RS di Indonesia. Sebab, pasar layanan RS di Indonesia masih didominasi peran dokter spesialis. Peran manajemen RS masih lemah.

Pemerintah Malaysia mengatur besaran ‘retribusi’ per hari perawatan di RS pemerintah sebesar RM 3 (tiga Ringgit Malaysia) atau sekitar Rp 11.100 di tahun 2024. Meskipun pasien dirawat di ruang perawatan intensif atau memerlukan pembedahan, pasien hanya dibebani RM 3 per hari. Apa yang terjadi di Malaysia bukanlah sistem pembayaran berbasis mekanisme pasar. Yang dibayar penduduk Malaysia setara dengan konsep copayment dalam HMO, yaitu sekedar ada bayaran untuk memberi kesan ada bayaran. Karena sesungguhnya biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit bisa jadi lebih dari RM

5.000-10.000 per hari. Pemerintah Malaysia yang menanggung hampir seluruh biaya RS publik/milik Pemerintah. Seorang Direktur RS Sungai Buloh yang belum lama dibangun menjelaskan bahwa secara keseluruhan penerimaan dari pasien merupakan kurang dari 1% (satu persen) belanja RS. Semua penerimaan dari pasien tersebut disetorkan ke kas negara. Tidak ada masalah, sebab negara mendanai 100 kali lebih banyak yang disalurkan langsung ke RS untuk memenuhi segala kebutuhan, termasuk gaji dokter yang mencapai 10-20 kali gaji dokter PNS di RS pemerintah di Indonesia.

Pembayaran *per diem* yang berbasis pasar dapat juga dimodifikasi dengan melakukan kombinasi kasus atau jenis tindakan (Kongstvedt, 1996). Sebagai contoh, RS dapat negosiasi untuk mendapatkan pembayaran *per diem* untuk kasus pembedahan yang berbeda dengan pembayaran *per diem* untuk kasus tanpa pembedahan. Demikian juga RS dapat bernegosiasi untuk mendapatkan pembayaran *per diem* dengan atau tanpa perawatan intensif. Modifikasi lain juga dapat dilakukan dengan *sliding scale per diem*. Dalam cara pembayaran ini, asuradur membayar sejumlah tertentu hari rawat, misalnya kurang dari 1.000 hari rawat per tahun, akan membayar sedikit lebih mahal per hari dibandingkan dengan asuradur yang membayar lebih dari 3.000 hari rawat per tahun. Modifikasi *per diem* dapat juga dilakukan dengan tarif *per diem diferensial*. Pada pembayaran *per diem diferensial*, rumah sakit akan dibayar dengan tarif *per diem* yang lebih tinggi pada beberapa hari pertama dan tarif *per diem* yang lebih rendah pada hari tertentu (misalnya hari ke lima) dan seterusnya.

### **Global Budget**

*Global budget* (anggaran global) untuk RS banyak dilakukan di Eropa (Sandier, dkk, 2002)<sup>61</sup> dan juga di Malaysia (Aljunid, 2011). Sesungguhnya *global budget* merupakan cara pendanaan rumah sakit oleh pemerintah atau BPJS di mana RS mendapat dana untuk membiayai seluruh kegiatannya untuk masa satu tahun. Alokasi dana ke RS tersebut diperhitungkan dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan tahun sebelumnya, kegiatan lain yang diperkirakan akan dilaksanakan, dan kinerja RS tersebut. Manajemen RS mempunyai keleluasaan mengatur dana anggaran global tersebut untuk gaji dokter, belanja operasional, pemeliharaan RS, dll. Sistem ini pada umumnya

---

<sup>61</sup> Sandier, et al. *France Health Care System*. Dalam *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*. European Observatory Health Care System. 2002.

dilaksanakan di negara-negara dengan sistem National Health Service (NHS) di mana penduduk berhak mendapat pelayanan rumah sakit tanpa harus membayar atau membayar sedikit copayment. Sesungguhnya sistem NHS tidak sama dengan layanan kesehatan gratis. Sistem NHS didanai dari pajak yang ditarik dari setiap penduduk yang bekerja ketika mereka sehat.

Sebelum pendanaan dilakukan dengan anggaran global, rumah sakit mendapat anggaran rutin dalam bentuk gaji pegawai, belanja pemeliharaan, belanja investasi dan sebagainya. Dengan model belanja seperti APBN/APBD Indonesia tersebut, manajemen rumah sakit sering tidak efisien atau korup. Untuk memberi insentif kepada manajemen RS agar lebih efisien, maka manajemen RS diberikan sejumlah dana atau anggaran global dengan target jumlah dan kualitas layanan tertentu ditetapkan oleh Pemerintah. Dengan cara demikian, maka anggaran akan lebih terkendali. Namun, sistem tersebut tidak berjalan di Indonesia karena tingkat komitmen pejabat dalam melaksanakan tata kelola pemerintah yang baik belum terjadi.

## 8. TANTANGAN DAN PELUANG

Implementasi asuransi kesehatan sosial dapat dilaksanakan dengan sistem sentralisasi yaitu dikelola oleh pemerintah pusat dan sistem desentralisasi yang mengoptimalkan sumber daya pada pemerintah daerah. Asuransi kesehatan sosial dengan sistem sentralisasi dan desentralisasi memiliki tantangan masing-masing dari aspek pembiayaan, aksesibilitas, koordinasi, efisiensi administrasi yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tantangan	Sentralisasi	Desentralisasi
<b>Pembiayaan</b>	Ketergantungan pada dana pemerintah pusat	Keterbatasan pembiayaan di daerah dengan pendapatan lebih rendah
<b>Akses dan Kualitas Layanan</b>	Kesulitan mengatasi perbedaan kebutuhan di tiap daerah	Potensi ketidakmerataan kualitas layanan antara daerah
<b>Koordinasi</b>	Lebih mudah mengkoordinasikan kebijakan dan pengelolaan	Koordinasi antar daerah sulit dan bisa menyebabkan fragmentasi
<b>Efisiensi Administratif</b>	Potensi birokrasi yang tinggi dan pengelolaan yang lambat	Pengelolaan yang lebih fleksibel tetapi bisa kurang efisien di daerah-daerah tertentu

Sedangkan penerapan sentralisasi atau desentralisasi dalam sistem asuransi kesehatan sosial memiliki peluang yang dapat dimanfaatkan sesuai dengan konteks dan tujuan negara:

Sentralisasi menawarkan peluang untuk koordinasi yang lebih baik, pengelolaan yang efisien, pengawasan yang kuat, dan distribusi layanan yang lebih merata di seluruh wilayah.

Disisi lain, desentralisasi memberikan fleksibilitas dalam penyesuaian kebijakan dengan kebutuhan lokal, meningkatkan partisipasi daerah dan masyarakat, serta memungkinkan inovasi lokal yang lebih responsif terhadap masalah kesehatan spesifik.

## **9. SIMPULAN**

---

Penerapan asuransi kesehatan sosial dapat berjalan secara efektif apabila didukung dengan keikutsertaan masyarakat secara universal dan bergantung pada prinsip solidaritas di mana iuran peserta yang lebih mampu membantu yang lebih membutuhkan. Pengelolaan iuran yang adil dan transparan sangat krusial untuk memastikan bahwa sistem tetap dapat berjalan tanpa defisit. Akses yang adil dan kualitas pelayanan kesehatan menjadi kunci dari keberhasilan sistem asuransi kesehatan sosial. Semua peserta harus dapat mengakses layanan kesehatan yang sesuai dengan standar, dan ada koordinasi yang baik antara pihak-pihak terkait untuk memastikan layanan yang efektif. Pemerintah perlu memastikan bahwa sistem ini terkelola dengan baik dengan meningkatkan transparansi dalam pengelolaan iuran dan layanan agar peserta merasa dihargai dan sistem tetap berkelanjutan.

## Konvergensi Skema Jaminan Kesehatan

1. Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan 1968 .....	141
2. Perusahaan Umum Husada Bhakti 1984-1991.....	142
3. PT Askes (Persero) 1992 – 2013 .....	143
4. BPJS Kesehatan 2014 – Sekarang.....	144
5. Simpulan .....	146

Jaminan kesehatan di Indonesia sudah ada sejak zaman kolonial Belanda. Paska kemerdekaan Republik Indonesia, upaya menjamin kebutuhan layanan kesehatan bagi pegawai negeri beserta keluarganya tetap dilanjutkan. Menteri Kesehatan Prof. G.A. Siwabessy pada tahun 1949 mengajukan gagasan untuk menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta di Indonesia yang pada saat itu diterapkan di berbagai negara maju.

### **1. BADAN PENYELENGGARA DANA PEMELIHARAAN KESEHATAN**

#### **1968**

---

Dalam konteks Indonesia yang tengah membangun pasca kemerdekaan, Prof. G.A. Siwabessy, Menteri Kesehatan dan seorang tokoh kesehatan yang visioner, melihat pentingnya akses kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat. Beliau menyadari bahwa biaya kesehatan yang tinggi seringkali menjadi penghalang bagi banyak orang untuk mendapatkan perawatan yang layak.

Berangkat dari kesadaran tersebut, Prof. Siwabessy menggagas pembentukan sebuah sistem yang dapat meringankan beban masyarakat dalam menanggung biaya kesehatan. Gagasan ini kemudian dituangkan dalam bentuk kebijakan yang melahirkan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) pada tahun 1968 melalui penerbitan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968. Melalui Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968, Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Penerima

Pensiun (PNS dan ABRI) beserta keluarganya. Menteri Kesehatan Prof. G.A. Siwabessy menyatakan pembentukan BPDPK di lingkungan Departemen Kesehatan saat itu sebagai embrio Asuransi Kesehatan Semesta di Indonesia.

BPDPK didirikan dengan tujuan utama untuk memberikan jaminan kesehatan bagi pegawai negeri dan pensiunan. Melalui mekanisme asuransi kesehatan kolektif, peserta BPDPK dapat memperoleh akses ke berbagai layanan kesehatan dengan biaya yang lebih terjangkau. Dengan demikian, BPDPK tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan peserta, tetapi juga untuk meningkatkan produktivitas tenaga kerja dan pembangunan nasional secara keseluruhan.

Seiring berjalannya waktu, BPDPK terus mengalami perkembangan dan transformasi. Awalnya fokus pada pegawai negeri, cakupan peserta BPDPK kemudian diperluas. Namun, seiring dengan dinamika sosial dan ekonomi yang terus berubah, BPDPK juga menghadapi berbagai tantangan.

Untuk menjawab tantangan tersebut, pada tahun 1984 BPDPK berubah status menjadi Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti. Perubahan ini dilakukan untuk memberikan fleksibilitas yang lebih besar dalam pengelolaan dan pengembangan program.

## **2. PERUSAHAAN UMUM HUSADA BHAKTI 1984-1991**

---

Sebagai upaya pengelolaan yang lebih profesional dan untuk meningkatkan kualitas serta cakupan program jaminan kesehatan bagi pegawai negeri, pensiunan, dan anggota keluarganya, pemerintah Indonesia pada tahun 1984 menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi PNS, penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta keluarganya. Kemudian terbit Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984 tentang perubahan status BPDPK dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi BUMN, yaitu, Perum Husada Bhakti (PHB) yang memberikan jaminan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS), pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan dan anggota keluarganya. Perubahan ini bertujuan agar program jaminan kesehatan dapat dikelola secara lebih profesional dan efisien. Selanjutnya, pada tahun 1991 cakupan peserta Perum Husada Bhakti diperluas lagi. Tidak hanya pegawai negeri dan pensiunan, tetapi juga para veteran dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya dapat menjadi peserta. Bahkan, perusahaan swasta

dan badan usaha lainnya pun diberi kesempatan untuk ikut serta dalam program ini secara sukarela. Dengan demikian, semakin banyak masyarakat Indonesia yang dapat menikmati manfaat dari program jaminan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah.

### **3. PT ASKES (PERSERO) 1992 – 2013**

---

Pada tahun 1992, PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah No. 6 Tahun 1992 dan menjangkau karyawan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dengan program Askes Komersial. Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) PT Askes (Persero) merupakan salah satu calon Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bidang kesehatan.

Pada tahun 2004, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) dengan penugasan mengelola kepesertaan dan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Pada tahun 2008 Pemerintah mengubah nama PJKMM menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 112/Menkes/II/2008, PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk melaksanakan manajemen kepesertaan program Jamkesmas meliputi tata laksana kepesertaan, pelayanan dan organisasi & manajemen.

Untuk mempersiapkan PT Askes (Persero) bertransformasi menjadi BPJS, pada tahun 2008 dilakukan pemisahan pengelolaan Askes Sosial dan Askes Komersial dengan membentuk anak perusahaan bernama PT Asuransi Jiwa InHealth Indonesia yang mulai operasional pada 1 April 2009.

Pada tahun 2009, PT Askes (Persero) juga ditugaskan untuk mengelola jaminan kesehatan bagi para menteri dan pejabat tertentu melalui program Jamkesmen.

Sesuai Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), manajemen PT Askes (Persero) diberikan tugas menyiapkan operasional BPJS Kesehatan untuk program jaminan kesehatan termasuk menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) menjadi BPJS Kesehatan.

## 4. BPJS KESEHATAN 2014 – SEKARANG

---

PT Askes (Persero) resmi bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014 dengan diluncurkannya program Jaminan Kesehatan Nasional. Pembentukan BPJS Kesehatan dilandasi dengan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Transformasi tersebut diikuti dengan pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai dan hak & kewajiban. Sejak dilaksanakan program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan, PT Jamsostek (Persero) yang bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Kementerian Pertahanan, Tentara nasional Indonesia dan Kepolisian Republik Indonesia juga tidak lagi menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi pesertanya.

Pemerintah Indonesia baru mulai secara sistematis mengembangkan asuransi kesehatan sosial dalam pemenuhan hak kesehatan masyarakat sejak tahun 2014 melalui program jaminan kesehatan yang diselenggarakan BPJS Kesehatan. Dalam UUD 1945 hasil amandemen Pasal 28H ayat (1) disampaikan bahwa “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Dalam memenuhi hak atas kesehatan dan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, negara memiliki kewajiban dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi warganya yang berpedoman pada UUD 1945 Pasal 34 ayat (2) yaitu “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.

Untuk melaksanakan amanat konstitusi tersebut, maka lahirlah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam Pasal 19 ayat (1) UU SJSN, menyebutkan “Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas”. UU SJSN tersebut telah jelas mengamanatkan untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan dengan prinsip asuransi sosial yang kepesertaannya wajib bagi sekelompok atau seluruh penduduk. Hal ini menjawab pertanyaan masyarakat mengapa menjadi peserta BPJS Kesehatan wajib.

Mengacu kepada Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Meskipun saat ini dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan sosial di Indonesia melalui Program JKN masih menyisakan tantangan besar dalam pendefinisian kembali dan penetapan tentang apa yang dimaksud dengan kebutuhan dasar kesehatan yang akan berdampak pada keberlangsungan program, namun paling tidak pelaksanaan program ini telah memberikan dampak untuk beberapa hal sebagai berikut (hasil kajian LPEM Universitas Indonesia tahun 2020):

- a. Mencegah kemiskinan terhadap peserta Program JKN yang sakit dari 1,16 juta jiwa tahun 2016 menjadi 8,1 juta jiwa pada tahun 2019.
- b. Menggerakkan roda ekonomi berupa peningkatan produk domestik bruto per kapita dari Rp 1 juta pada tahun 2016, menjadi Rp 1,1 juta di tahun 2019.
- c. Meningkatkan utilisasi pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan sebesar 3,6% dan rawat inap sebesar 3,2% di rumah sakit pada tahun 2019, dibandingkan periode tahun-tahun sebelumnya.
- d. Meningkatkan penciptaan lapangan kerja dari 2,09 juta jiwa pada tahun 2016 dengan nilai kapitalisasi sebesar Rp 139 triliun, menjadi 3,17 juta jiwa di tahun 2019, dengan nilai kapitalisasi sebesar Rp 212 triliun.
- e. Meningkatkan angka harapan hidup 2,1 tahun pada tahun 2019, dibandingkan dengan periode sebelumnya.
- f. Menurunkan porsi pengeluaran rumah tangga secara *out of pocket* untuk biaya sakit dari 47% pada tahun 2013 menjadi sebesar 31,9% pada tahun 2018.

Pelaksanaan asuransi kesehatan sosial memang berjalan belum terlalu lama di Indonesia, namun hasil-hasil yang positif bagi per kehidupan bangsa telah mulai kelihatan. Walaupun di sana-sini masih terdengar ungkapan-ungkapan mempertanyakan keberadaan Program JKN ini, mudah-mudahan dengan pemahaman yang semakin meluas di tengah-tengah masyarakat akan peran penting asuransi kesehatan sosial di tengah pelayanan kesehatan yang mahal, akan dapat melancarkan jalan untuk membuat bangsa kita menjadi lebih sehat.

Bung Karno sebagai *founding father* pernah menyampaikan bahwa bila Pancasila harus diperas menjadi eka sila maka hal itu adalah gotong-royong. Asuransi kesehatan sosial merupakan bentuk penerapan nilai luhur bangsa Indonesia tersebut dalam bentuk gotong royong sosial, untuk memastikan seluruh penduduk mendapatkan hak kemanusiaan yang sama dalam pelayanan kesehatan... Insya Allah.

## 5. SIMPULAN

---

Perjalanan panjang sejarah jaminan kesehatan di Indonesia sejak era BPDPK sampai dengan era BPJS Kesehatan menunjukkan upaya yang berkelanjutan dalam mewujudkan cakupan kesehatan semesta bagi seluruh rakyat Indonesia. Berawal dari program jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil atau pekerja sektor formal hingga lahir program JKN yang menjangkau seluruh rakyat Indonesia yang menunjukkan evolusi sistem kesehatan di Indonesia. Tantangan yang dihadapi ke depan adalah menjaga keberlanjutan program JKN dan meningkatkan kualitas layanan yang adil dan merata bagi rakyat Indonesia.

# Asuransi Kesehatan Nasional dan Tantangan Menuju Universal Health Coverage

1. Regulasi Asuransi Kesehatan Nasional .....	147
2. Konsep Universal Health Coverage (UHC) .....	150
3. Desain Operasional Jaminan Kesehatan Nasional .....	154
4. Kepesertaan Wajib .....	158
5. Penetapan Iuran dan Peran Pemerintah Daerah .....	165
6. JKN dengan Manfaat Jaminan Kesehatan Komprehensif .....	169
7. Jaringan Pelayanan dan Kredensialing .....	173
8. Sistem Pembayaran Provider .....	175
9. Quality Assurance dan Utilization Review .....	179
10. Tantangan Pelaksanaan JKN .....	180
11. Simpulan .....	182

## 1. REGULASI ASURANSI KESEHATAN NASIONAL

---

Cita-cita kemerdekaan bangsa Indonesia yang tertuang dalam UUD NRI Tahun 1945 bertujuan untuk melindungi rakyatnya, meningkatkan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut menjaga perdamaian dunia. Amanat dalam UUD NRI Tahun 1945 tersebut ditransformasikan melalui penyelenggaraan jaminan sosial.

Pelaksanaan asuransi kesehatan di Indonesia yang merupakan implementasi dari konsep jaminan sosial kesehatan diatur oleh berbagai peraturan perundang-undangan yang kompleks, dengan tujuan utama untuk memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) UUD NRI Tahun 1945 mengatur hak warga negara atas layanan kesehatan, hak kewajiban negara mengembangkan jaminan sosial untuk seluruh warga negara. Pada Pasal 28H ayat (3)

menyatakan bahwa “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”. Hal ini menegaskan bahwa sebagai sebuah negara hukum, Indonesia berkewajiban untuk menjamin terpenuhinya hak setiap warga negara atas jaminan sosial. Konsep negara kesejahteraan mengharuskan negara untuk memberikan perlindungan sosial kepada seluruh warganya. Hal ini berarti negara bertanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memiliki kehidupan yang layak dan sejahtera. Melalui sistem jaminan sosial nasional, negara berkomitmen untuk memenuhi hak setiap warga negara atas kesejahteraan sosial.

Awal tahun 2014 menandai babak baru dalam sejarah pelayanan kesehatan di Indonesia dengan diluncurkannya asuransi kesehatan nasional di Indonesia dengan nama program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini hadir dengan harapan mampu memberikan akses layanan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat, tanpa terkecuali. Awalnya, JKN disambut antusias karena dianggap sebagai langkah besar dalam mewujudkan akses kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Namun, seiring berjalannya waktu, muncul berbagai tantangan dan permasalahan yang menuntut penyesuaian kebijakan dan regulasi.

Regulasi yang mengatur asuransi kesehatan nasional di Indonesia terutama mengacu pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang merupakan tonggak sejarah penting dalam pembangunan kesejahteraan sosial di Indonesia. Undang-Undang ini menggantikan UU Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 menjadi payung hukum bagi penyelenggaraan program jaminan sosial yang komprehensif dan berkelanjutan bagi seluruh rakyat Indonesia. Tujuan utama dari SJSN adalah untuk memberikan kepastian perlindungan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak dan meningkatkan kualitas hidupnya. Dengan kata lain, SJSN bertujuan untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang adil dan sejahtera. Pelaksanaan SJSN masih menghadapi berbagai tantangan, seperti: pembiayaan program jaminan sosial membutuhkan dana yang sangat besar; kualitas pelayanan kesehatan yang belum merata di seluruh wilayah Indonesia; koordinasi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan penyelenggara jaminan sosial perlu terus ditingkatkan.

Untuk mencapai tujuan sistem jaminan sosial nasional, dibentuklah sebuah badan hukum publik yang memiliki prinsip-prinsip tertentu, seperti gotong royong, nirlaba, dan akuntabilitas. Badan ini bertanggung jawab atas pengelolaan dana jaminan sosial dan memastikan bahwa dana tersebut digunakan semata-mata untuk kepentingan peserta. Ketentuan mengenai badan penyelenggara ini diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja. Dalam kurun waktu 13 (tiga belas) tahun keberlakuannya (Tahun 2011-Tahun 2025), UU BPJS pernah dilakukan pengujian materiil di Mahkamah Konstitusi. Adapun terdapat 3 (tiga) putusan yang mengabulkan pasal dan/atau ayat dalam UU BPJS, yaitu Putusan MK Nomor 82/PUUX/2012 yang mengabulkan ketentuan Pasal 15 ayat (1) UU BPJS secara inkonstitusional bersyarat, Putusan MK Nomor 72/PUU-XVII/2019 yang membatalkan Pasal 57 huruf f dan Pasal 65 ayat (2) UU BPJS, dan Putusan MK Nomor 6/PUU-XVIII/2020 yang membatalkan Pasal 57 huruf e dan Pasal 65 ayat (1) UU BPJS. Ketiga putusan tersebut berdampak terhadap substansi dalam UU BPJS.

UU BPJS ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban. Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan yang merupakan transformasi dari PT Askes (Persero) menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan PT Jamsostek bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Sebagai salah satu bentuk jaminan sosial, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai asuransi kesehatan nasional di Indonesia juga diatur dalam peraturan pelaksana seperti Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden (Perpres) dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). JKN dirancang untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan setiap peserta, sehingga mereka dapat pulih dan berkontribusi kembali pada masyarakat.

Bersama dengan program jaminan sosial lainnya, JKN bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Pelaksanaan JKN yang dimulai sejak 1 Januari 2014, diperkuat implementasinya melalui Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 101 Tahun 2013 yang merupakan peraturan pelaksana UU SJSN yang mengatur lebih rinci mengenai pengelolaan dan penyelenggaraan JKN, termasuk mekanisme pendanaan, penyelenggaraan program, dan pengawasan. Melalui Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, pemerintah telah memberikan mandat kepada seluruh kementerian dan lembaga untuk secara aktif terlibat dalam optimalisasi pelaksanaan program JKN. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah dalam meningkatkan cakupan dan kualitas layanan kesehatan bagi masyarakat.

Sebagai bentuk amanat dari UU SJSN dan UU BPJS, maka dibentuk lembaga non struktural dengan nama Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) yang berperan dalam melakukan pengawasan, monitoring, evaluasi sesuai dengan yang tertuang dalam UU SJSN. DJSN merupakan pengawas eksternal dari BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan program JKN.

Peraturan pelaksana lainnya berupa Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 yang mengubah Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020, Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019, dan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Besaran iuran peserta Jaminan Kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan standar tarif pelayanan kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 3 Tahun 202 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan.

## **2. KONSEP UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC)**

---

Cakupan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) didefinisikan oleh World Health Organization (WHO) yaitu memastikan semua orang memiliki akses ke berbagai layanan kesehatan berkualitas yang mereka butuhkan, kapan dan di mana pun mereka membutuhkannya, tanpa kesulitan keuangan. Cakupan kesehatan universal (UHC) mencakup seluruh rangkaian layanan kesehatan esensial, mulai dari promosi

kesehatan hingga pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan paliatif di seumur hidup.

UHC telah menjadi tujuan utama reformasi kesehatan di banyak negara dan menjadi tujuan prioritas WHO. Awal mula dikemukakan UHC pada 12 Desember 2012 saat the United Nations General Assembly mengesahkan resolusi terkait kebijakan luar negeri berkaitan dengan kesehatan global yang mendorong negara-negara anggota untuk mempercepat kemajuan menuju UHC.

Negara-negara yang tergabung dalam United Nations High – Level Meeting on Universal Health Coverage pada bulan September 2019 berkomitmen menjadikan UHC sebagai rencana besar PBB pada tahun 2030 (World Health Organization, 2021). Setiap negara diharapkan mampu membentuk sistem jaminan kesehatan yang merata bagi rakyatnya tanpa terkecuali dari berbagai kalangan.

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menjelaskan bahwa tidak ada sebuah sistem yang baku terkait dengan bentuk implementasi UHC. Negara-negara yang terlibat dan meratifikasi UHC diberikan kebebasan untuk menentukan sebuah sistem jaminan kesehatan terbaik di wilayahnya selama memenuhi beberapa aspek terkait UHC.

Indonesia merupakan salah satu dari 84 negara yang terlibat untuk meratifikasi *Universal Health Coverage* (UHC) dan salah satu dari empat negara di Asia Tenggara yang mengimplementasikan program *Universal Health Coverage* (UHC) selain Myanmar, Vietnam, dan Thailand (Cipto Rizki, 2022).

Aspek-aspek UHC di antaranya adalah *quality efficiency, equity, accountability, sustainability and resilience* (World Health Organization, 2016) dengan penjelasan sebagai berikut :

- a) *Quality* dijelaskan bahwa pada prakteknya, kualitas pelayanan kesehatan merupakan aspek penting yang harus diberikan kepada masyarakat.
- b) *Efficiency* yakni dalam penerapannya, negara-negara juga diharapkan memaksimalkan arsitektur skema jaminan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
- c) *Equity* berarti kesetaraan yang didapat oleh semua masyarakat tanpa adanya diskriminasi berdasarkan faktor-faktor sosial, ekonomi, demografis serta geografis.

- d) *Accountability* berarti *stakeholder* terkait di masing-masing negara mampu memberikan informasi serta alasan terkait pengambilan keputusan serta kebijakan yang berkaitan dengan UHC.
- e) *Sustainability and resilience* berarti negara didorong untuk menciptakan sistem kesehatan yang berkelanjutan dan memiliki jangka yang panjang sehingga mampu memenuhi kebutuhan saat ini dan masa depan (World Health Organization, 2016).

UHC masuk dalam Agenda Sustainable Development Goals (SDG) yaitu pada SDG poin 3.8 dalam *Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development* (United Nation, 2015).

Upaya pencapaian *universal coverage* dapat dilakukan dengan prioritas perluasan penduduk yang dijamin dengan layanan terbatas atau dengan porsi biaya layanan yang dijamin terbatas. Penahapan cakupan universal sangat dipengaruhi oleh kemauan politik Pemerintah, konsensus penduduk, dan kemampuan keuangan suatu negara.<sup>62</sup> Terdapat 3 tantangan fundamental dalam pendanaan biaya kesehatan untuk mencapai UHC:

1. Menggalang dana yang cukup untuk kesehatan;
2. Memastikan/mempertahankan perlindungan risiko finansial, yaitu memastikan bahwa hambatan finansial tidak menghalangi seseorang menggunakan layanan kesehatan yang dibutuhkan atau menyebabkan kesulitan keuangan ketika memanfaatkan layanan kesehatan;
3. Meminimalkan ketidakefisienan dan ketidakadilan dalam menggunakan sumber daya, dan untuk menjamin transparansi dan akuntabilitas.

WHO memiliki visi dan rencana strategis untuk mencapai UHC secara global pada tahun 2030 dengan UHC2030. Hal ini bertujuan untuk memastikan semua orang memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau dan berkelanjutan tanpa mengalami kesulitan finansial. Untuk mencapai UHC2030 dibutuhkan strategi yang komprehensif dan terintegrasi yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, dengan strategi kunci meliputi:

---

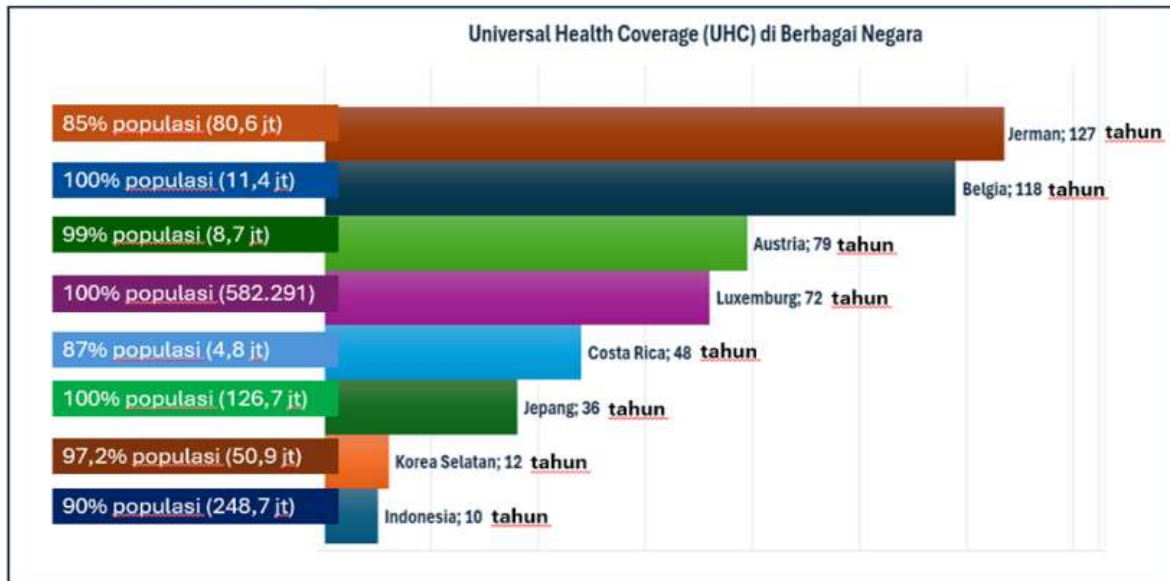
<sup>62</sup> *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*

- peningkatan pendanaan masyarakat melalui investasi sektor kesehatan, menerapkan sistem pembiayaan yang adil dan efisien dengan kontribusi yang seimbang dari pemerintah, masyarakat dan sektor swasta
- reformasi sistem kesehatan dengan memperkuat sistem kesehatan primer, meningkatkan kualitas tenaga kesehatan, meningkatkan akses terhadap obat dan teknologi medis
- meningkatkan gaya hidup sehat dengan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan, mendorong pola makan yang sehat dan aktivitas fisik, mengendalikan faktor risiko, seperti merokok, konsumsi alkohol, polusi udara.
- kemitraan dan kolaborasi antar sektor pendidikan, kesehatan, organisasi masyarakat dan membangun aliansi global.
- pentingnya keadilan dan kesetaraan, UHC harus menjangkau kelompok rentan meliputi anak-anak, ibu hamil, lansia dan penyandang disabilitas.
- monitoring dan evaluasi secara berkala tentang kemajuan menuju UHC dan menyiapkan akuntabilitas untuk memastikan sumber daya digunakan secara efisien dan efektif.

Sejak awal tahun 2014 dan sampai pertengahan bulan Juli 2014, BPJS Kesehatan telah mengelola sekitar 125 juta peserta.<sup>63</sup> Data UHC di berbagai negara memperlihatkan bahwa dalam kurun waktu 10 tahun, Indonesia mampu mewujudkan UHC.

---

<sup>63</sup> Kementerian Sekretariat Negara RI. JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan; 2015.72-83 p.



Sumber : Lancet 2012; 380: 924-32 : Political and Economic Aspects of The Transition to Universal Health Coverage

Merujuk Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial Kesehatan sampai dengan 30 November 2024 pada laman *website* BPJS Kesehatan, cakupan peserta program JKN mencapai 277.859.856 peserta atau sebesar 98,37% dari total penduduk Indonesia sebanyak 282.477.584 jiwa pada semester pertama tahun 2024.

### 3. DESAIN OPERASIONAL JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Awal tahun 2014, jaminan kesehatan nasional mulai dilaksanakan dengan sistem satu pembayar (*single payer system*) untuk menjamin kebutuhan dasar seluruh penduduk dengan prinsip-prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas sebagaimana diatur dalam Pasal 19 ayat 1 UU SJSN. Setelah UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) disetujui Pemerintah dan DPR pada tanggal 28 Oktober 2011 dan semua pemangku kepentingan bergerak mempersiapkan diri. Penetapan UU BPJS pada tanggal 28 Oktober tersebut bukan secara kebetulan. Penetapan UU pada hari ulang tahun Sumpah Pemuda itu memang dimaksudkan untuk menambah “Satu” dalam Sumpah Pemuda, satu bangsa, satu bahasa, satu tanah air, dan Satu Pembayar. Pengesahan UU BPJS termasuk unik karena pengesahan ini sempat tertunda-tunda karena pihak Pemerintah berencana menunda. Namun demikian, desakan pemangku kepentingan utama yaitu serikat pekerja-yang mengawal dengan demo besar lebih dari 30.000 pekerja di depan kantor DPR dan menutup jalan tol kedua arah-akhirnya berbuah

hasil. Oleh karenanya, draf awal UU BPJS yang disetujui pada tanggal 28 Oktober tersebut bukanlah draf bersih. Masih ada coretan-coretan dan catatan untuk koreksi. Sehingga pada bulan pertama timbul desas-desus yang menyatakan bahwa UU BPS belum tuntas.

Sesungguhnya UU BPJS tidak mengatur produk, manfaat dan iuran jaminan kesehatan nasional, akan tetapi UU BPJS mengatur bagaimana jaminan kesehatan nasional, diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Pengaturan produk, manfaat yang dijamin dan iuran, diatur dalam UU SJSN tujuh tahun sebelumnya. Dalam konsep yang diatur UU SJSN, manfaat JKN adalah manfaat dasar atau standar. Manfaat tambahan (*top up/suplementer*) yang merespons terhadap demand diserahkan UU Nomor 2 Tahun 1992 tentang Asuransi.

BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan berbentuk badan hukum publik berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), menjamin paket layanan dasar/standar yang diterjemahkan lebih rinci dalam Peraturan Presiden (PerPres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Karena program JKN menjamin paket jaminan dasar, untuk memberikan ruangan bagi asuransi swasta menjual produk tambahan, maka definisi paket dasar menjadi isu penting. Perusahaan asuransi dapat menyediakan paket jaminan tambahan. Harus dibedakan antara kebutuhan dasar, pelayanan dasar dan jaminan dasar. Kebutuhan dasar adalah kebutuhan minimum seseorang untuk bisa berfungsi secara normal. Pelayanan dasar adalah konsep manajemen yang membagi layanan kesehatan dengan layanan dasar (selanjutnya disebut layanan primer), dulu sering disebut layanan Pemberi Pelayanan Tingkat I (PPK I) seperti layanan di Puskesmas, Klinik Pratama, dan dokter/dokter gigi praktik umum. Jika dibutuhkan layanan rujukan spesialis, maka pasien akan dirujuk ke spesialis untuk pengobatan tingkat lanjut di rumah sakit atau klinik utama (yang memiliki praktik spesialis). Konsep layanan dasar tidak ada hubungannya dengan kebutuhan dasar. Tidak semua kebutuhan dasar dapat dilayani di fasilitas kesehatan layanan primer (PPK I). Sementara paket dasar

adalah paket jaminan asuransi kesehatan yang dijamin program publik, yang harus memenuhi kebutuhan dasar kesehatan sesuai indikasi medis. Kebutuhan dasar sesuai indikasi medis tidak bisa dikurangi. Namun tingkat kenyamanan bukan kebutuhan dasar, misalnya perawatan di ruang VIP, dapat saja dikurangi atau ditambah. Tingkat kenyamanan bukan kebutuhan (*need*) tetapi permintaan (*demand*).

Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) kemudian disempurnakan melalui Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 dan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 yang mengatur adanya perubahan iuran, ruang lingkup layanan kesehatan sehingga secara komprehensif dapat memberikan perlindungan kesehatan agar pesertanya memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.

Tujuan utama program JKN yaitu untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat dari risiko finansial akibat biaya kesehatan serta menjamin akses universal dan adil terhadap layanan kesehatan berkualitas. Penyelenggaraan program JKN dilandasi oleh prinsip asuransi sosial yakni adanya kegotong-royongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah; kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif; iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan; dan bersifat nirlaba. Sedangkan prinsip adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya. Kesamaan memperoleh pelayanan adalah kesamaan jangkauan finansial ke pelayanan kesehatan.

Gambar 2 Desain Operasional Jaminan Kesehatan Nasional



Sumber : [www.jpkm-online.net](http://www.jpkm-online.net)

Skema pembiayaan program JKN didanai melalui iuran peserta baik dibayar oleh peserta sendiri maupun iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Peserta program JKN terdiri dari dua kelompok yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non Penerima Bantuan Iuran (non PBI).

Mekanisme pengelolaan program JKN sesuai desain operasional JKN pada gambar 2 dengan BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden atas pengelolaan seluruh program JKN yang meliputi perluasan peserta, pengumpulan iuran dan pembayaran klaim. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program JKN melalui kerjasama dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/RJTP (Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter praktik perorangan), Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan / FKRTL (Rumah Sakit, Klinik Utama). Pengembangan program JKN dilaksanakan melalui peningkatan kualitas layanan kesehatan di fasilitas kesehatan dan mendorong penggunaan teknologi medis, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan di daerah terpencil, pengembangan sistem informasi agar lebih efisien dan transparan.

Pengelolaan jaminan kesehatan didasari oleh 3 unsur penting meliputi pengumpulan risiko (*risk pooling*), pengumpulan iuran atau dana (*revenue collection*), penggunaan dana untuk penyediaan layanan kesehatan (*strategic purchasing*). Sesuai amanat UU

SJSN dan UU BPJS, pengumpulan risiko (*risk pooling*) dalam JKN berdasarkan prinsip kegotongroyongan dengan iuran peserta dikumpulkan (*pool*) dalam satu dana amanat yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Dalam pengumpulan iuran atau dana (*revenue collection*), dana dikumpulkan dari iuran peserta atau berasal dari pajak yang dikumpulkan dari rumah tangga, pemberi kerja, pemerintah/atau organisasi lain. Dana atau iuran yang dikumpulkan harus dapat mencukupi untuk membayar biaya layanan kesehatan dan berkelanjutan. Dalam JKN, Indonesia memilih mekanisme asuransi sosial dengan mewajibkan setiap penduduk yang menerima upah untuk membayar iuran, sementara bagi penduduk yang belum mampu (miskin atau tidak mampu) mendapat bantuan iuran dari Pemerintah, baik Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah. Mekanisme asuransi sosial ini lebih menjamin kecukupan dana atau iuran dalam membeli layanan kesehatan dibandingkan dengan mekanisme pajak. Penggunaan dana atau iuran yang terkumpul sebagai dana amanat untuk membeli layanan kesehatan (*strategic purchasing*) dipengaruhi oleh jenis *benefit* (manfaat)/ layanan kesehatan yang dijamin, cara pembayaran ke fasilitas kesehatan yang memberikan layanan kesehatan kepada peserta, dan pembiayaan sistem administrasi. Semakin luas/komprehensif manfaat jaminan kesehatan maka semakin banyak dana yang dibutuhkan untuk membeli layanan kesehatan. Amanat dalam SJSN merumuskan cara pembayaran layanan kesehatan yang efektif dan efisien melalui pembayaran prospektif dengan kapitasi dan berbasis diagnosis (Case Based Group/CBG) sebagai sistem pembayaran dalam JKN. Keberhasilan implementasi program JKN dapat dievaluasi melalui beberapa indikator antara lain: indikator kepesertaan, iuran, fasilitas kesehatan maupun indikator akses.

#### **4. KEPESERTAAN WAJIB**

---

Merujuk pada Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dijabarkan pengertian Peserta dalam program JKN merupakan setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan yang terdiri dari peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non PBI.

Selanjutnya pada Pasal 6 Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 diatur bahwa setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan yang

dilaksanakan dengan cara mendaftar atau didaftarkan kepada BPJS Kesehatan dan peserta berhak menentukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang diinginkannya serta dapat mengganti FKTP tempat peserta terdaftar setelah jangka waktu tiga bulan dengan persyaratan : peserta pindah domisili dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan setelah terdaftar, peserta dalam penugasan dinas atau pelatihan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan.

Peserta PBI merupakan fakir miskin dan orang tidak mampu sedangkan peserta non PBI terdiri dari peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) yaitu setiap orang yang bekerja pada Pemberi Kerja dengan menerima Gaji atau Upah; Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri atau sering disebut peserta Mandiri; dan peserta Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.

Sebagaimana diatur dalam UU SJSN, perluasan kepesertaan dilakukan secara bertahap sesuai dengan kemampuan keuangan negara dan kemampuan manajemen. Praktik di berbagai negara juga demikian. Itulah konsekuensi sistem asuransi kesehatan sosial yang memang tidak bisa berlaku untuk semua penduduk sekaligus. Kesepakatan nasional sebagaimana telah dirumuskan dalam Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional dan telah dituangkan sebagian dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 adalah sebagai berikut:

1. Seluruh peserta jaminan kesehatan yang berasal dari Askes Sosial/PNS, Jamkesmas, JPK Jamsostek, TNI/POLRI dan sebagian Jamkesda (diperkirakan dalam Peta Jalan mencakup sekitar 121,6 juta jiwa) dikelola oleh BPJS Kesehatan mulai 1 Januari Tahun 2014;
2. Semua peserta tersebut yang tadinya berkartu atau bernama Askes PNS, peserta Jamkesmas, peserta JPK Jamsostek akan berganti nama menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagian peserta Jamkesda, misalnya peserta program Kartu Jakarta Sehat (KJS) yang sejak April 2013 dikelola oleh PT Askes (Persero) juga akan menjadi peserta JKN.
3. Penduduk miskin dan tidak mampu (peserta Jamkesmas dan sebagian peserta Jamkesda) yang mendapat bantuan iuran dari Pemerintah yang tadinya dikelola oleh Kemenkes atau oleh Pemda diserahkan pengelolaannya kepada BPJS Kesehatan

sebagai peserta PBI. Peserta PBI tidak membayar iuran, tetapi mendapat bantuan iuran dari Pemerintah (sesuai Pilar Satu) yang dibayarkan Pemerintah kepada BPJS.

4. Seluruh pegawai negeri anggota TNI dan POLRI yang kini dijamin oleh Dinas Kesehatan masing-masing angkatan akan diserahkan ke dan dikelola oleh BPJS Kesehatan.
5. Pemberi kerja swasta yang sebelumnya mendaftarkan diri dan pekerjanya ke PT (Persero) Jamsostek, mulai tanggal 1 Januari 2014 mendaftarkan ke BPJS Kesehatan.
6. Dalam Peraturan Presiden tidak secara spesifik disebutkan peserta lainnya harus masuk tahun berapa, hanya disebutkan bahwa peserta lainnya harus masuk dalam JKN paling lambat tahun 2019. Dalam Peta Jalan secara spesifik disebutkan target yang harus dicapai BPJS Kesehatan setiap tahun. Hal itu didasari pada pertimbangan kemampuan manajemen, pengurangan resistensi pekerja yang kini telah dijamin melalui berbagai program (asuransi) sendiri maupun asuransi kesehatan komersial. Secara prinsip, meskipun tidak semua memiliki paket jaminan yang sama, tidaklah terlalu urgen untuk masuk ke BPJS Kesehatan. Penegakan hukum bagi pemberi kerja agar menjamin kesehatan pekerjanya (beserta anggota keluarganya) melalui BPJS Kesehatan akan dilakukan secara bertahap sampai tahun 2019. Dalam periode tersebut akan terjadi penambahan peserta yang dikelola oleh BPJS Kesehatan dengan tahapan berikut:
  - a. Peserta Jamkesda (baik yang kini dikelola oleh PT Askes dengan nama (program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) seperti peserta Kartu Jakarta Sehat (KJS) di Jakarta ataupun yang dikelola dengan skema lain harus bergabung menjadi peserta BPJS Kesehatan paling lambat akhir tahun 2016.
  - b. Penegakan hukum (dengan sanksi administratif dan sanksi layanan publik) akan dilakukan secara bertahap. Penegakan hukum ditujukan terlebih dahulu kepada pemberi kerja dengan jumlah karyawan besar yang belum menjamin karyawan/pekerjanya. Sementara pemberi kerja yang kini telah menyediakan jaminan kesehatan melalui asuransi komersial atau menjamin sendiri (asuransi sendiri, *self-insured*) mendapat masa tunggu (*wait and see*) sampai awal tahun 2019. Pemberi kerja ini dapat mendaftarkan pekerjanya kapan saja (*any time*) selama tahun 2014-2019. Penegakan hukum dilakukan secara sistematis mulai dari pemberi kerja dengan jumlah pekerja lebih dari 100 orang, menyusul pemberi kerja dengan jumlah pekerja 50-100 orang, dan seterusnya sampai

pemberi kerja dengan pekerja satu orang (termasuk rumah tangga) mendaftarkan pekerjaanya kepada BPJS Kesehatan di tahun 2019. Penahapan seperti ini dilakukan dengan sukses di Korea Selatan.

7. Pekerja mandiri (bukan penerima upah) yang mendapatkan penghasilan dari usaha sendiri mendaftarkan diri kapan saja (*any time*) selama tahun 2014-2019.
8. Pada tahun 2019, tidak boleh lagi ada pekerja yang tidak terdaftar dalam BPJS Kesehatan.

Penahapan sistematis tersebut mendapat kritik atau tanggapan dari tiga kelompok berbeda. Kelompok Pertama menginginkan JKN dilaksanakan sekaligus untuk seluruh penduduk. Kelompok ini berargumen bahwa UUD tidak memerintahkan penahapan. Hak orang terhadap jaminan sosial sudah berlaku sejak UUD diamendemen. Karenanya JKN tidak boleh mengatur penahapan. Kelompok ini memahami bahwa sebagian orang mungkin tidak mau bergabung, sebab mereka tidak percaya, masih mampu mendanai sendiri atau dengan alasan masih ada jaminan lain. Namun secara hukum mereka menolak pengaturan eksplisit cakupan peserta secara bertahap. Kelompok ini mendapat dukungan dari ElKape (LSM yang menyoroti kebijakan pekerja) dan BPJS Watch, para aktivis mantan Kesatuan Aksi Jaminan Sosial (KAJS), pendukung terkuat RUU BPJS. Kelompok Kedua menginginkan tidak ada penahapan dengan argumen pemahaman bahwa sistem JKN yang berbasis asuransi sosial keliru. Mereka berpendapat bahwa seluruh rakyat berhak atas layanan kesehatan dan karenanya tidak boleh diminta membayar iuran. Mereka menuntut (bahkan sudah tiga kali uji materi UU SJSN yang menguji pasal yang mewajibkan membayar iuran. Kelompok ini antara lain mendapat dukungan dari Hizbut Tahrir Indonesia dan Dewan Kesehatan Rakyat yang didukung oleh Mantan Menteri Kesehatan Siti Fadillah Supari. Kelompok Ketiga justru sebaliknya. Mereka menilai bahwa target mencakup seluruh peserta dalam lima tahun (2019) sebagai utopis. Sebab, argumen mereka, Jerman saja mencapai cakupan universal dalam waktu lebih dari 100 tahun. Mereka menilai bahwa fasilitas kesehatan di Indonesia belum tersedia. Tidaklah adil meminta orang membayar iuran padahal fasilitas kesehatan belum tersedia. Pendukung kelompok ini antara lain Prof Ascobat Gani dan Prof Laksono Trisnantoro.

Ketentuan umum Peserta dalam program JKN meliputi:

- a) Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah.
- b) Peserta program JKN terdiri atas 2 kelompok yaitu: Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan.
- c) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
- d) Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan kesehatan adalah Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, serta bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

Penetapan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) menjadi kewenangan Menteri Sosial. Setiap individu yang ditetapkan sebagai PBI berhak atas seluruh manfaat yang diberikan oleh program Jaminan Kesehatan Nasional. Penduduk yang belum termasuk sebagai peserta JKN dapat diikutsertakan peserta JKN oleh pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten/kota.

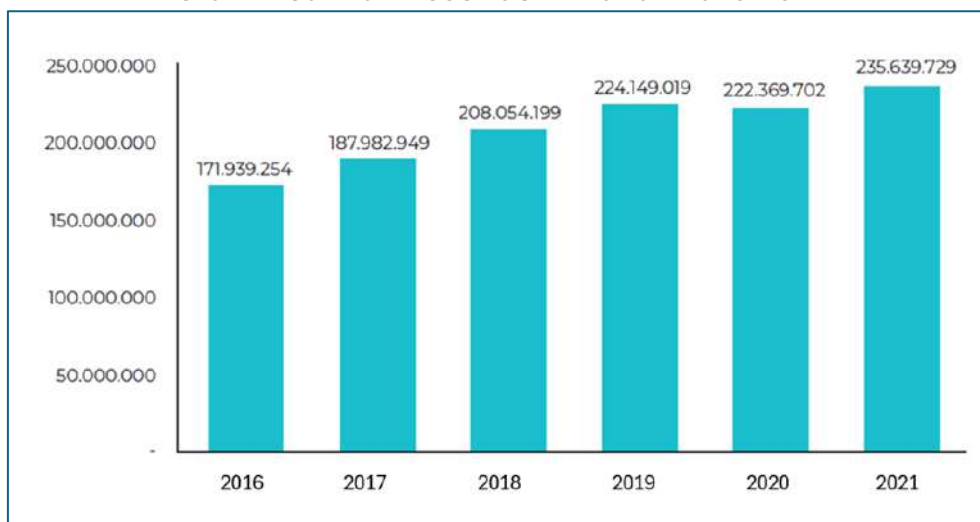
Untuk Peserta Bukan PBI, Pemberi Kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja yang bersangkutan dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan. Sedangkan peserta Pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan. Pendaftaran peserta dilakukan untuk seluruh anggota keluarga. Prosedur pendaftaran peserta dan tata cara perubahan daftar susunan keluarga/mutasi kepesertaan diatur dalam Panduan Teknis Kepesertaan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan.

Peserta JKN diberikan nomor identitas tunggal oleh BPJS Kesehatan berupa Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang terintegrasi dengan NIK yang ada di Dukcapil, sehingga dapat mencegah duplikasi data; mempermudah dan mempercepat pelayanan kesehatan, meningkatkan akurasi data peserta, serta memudahkan akses layanan administrasi kepesertaan. Dengan diberlakukannya Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai identitas tunggal peserta JKN, peserta tidak diwajibkan lagi mencetak kartu fisik. Peserta

dapat mengakses layanan kesehatan dengan hanya menunjukkan e-KTP atau melalui aplikasi Mobile JKN.

Kepesertaan JKN sampai dengan Desember 2021 telah mencakup 235 juta peserta atau telah mencakup 86,55% penduduk Indonesia (Proyeksi Penduduk Tahun 2021 adalah 272 juta jiwa). Angka ini masih jauh dari target kepesertaan yang ditetapkan dalam RPJMN yaitu 98% dari penduduk di tahun 2024. Peningkatan total kepesertaan di tahun 2021 adalah sebesar 37% dibandingkan dengan jumlah peserta pada tahun 2016. Kepesertaan JKN pada tahun 2020 mengalami penurunan sekitar 1,7 juta jiwa dan kembali mengalami peningkatan pada tahun 2021 sebesar 5,97% (13 juta jiwa).<sup>64</sup> Sampai dengan 30 November 2024, capaian cakupan peserta JKN mengalami peningkatan 277.859.856 peserta atau sebesar 98,37% dari total penduduk Indonesia sebanyak 282.477.584 jiwa pada semester pertama tahun 2024.

**Grafik 2 Jumlah Peserta JKN Tahun 2016-2021**



Sumber : Buku Statistik JKN 2016-2021. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Jakarta.2022.p:14.

Pada periode 2016-2021, peserta JKN pada segmen PBI APBN mendominasi dengan proporsi tertinggi pada tahun 2016. Namun, terjadi penurunan proporsi peserta PBI APBN secara bertahap hingga tahun 2021. Sebaliknya, proporsi peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) terus meningkat selama periode tersebut. Menariknya, jumlah peserta dari segmen Pekerja Bukan Penerima Upah dan peserta yang dibiayai APBD

<sup>64</sup> DJSN. *Buku Statistik JKN 2016-2021*. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Jakarta.2022.p:14.

justru mengalami penurunan yang signifikan pada tahun 2019 dan 2020. Data peserta JKN per segmen dapat dilihat pada Tabel 5.

**Tabel 5 Jumlah Peserta JKN Menurut Segmen Peserta Tahun 2016-2021**

Segmen	Jumlah Peserta					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PBI APBN	91.099.279	92.380.352	92.107.598	96.516.666	96.600.414	99.947.748
PBI APBD	15.415.288	20.305.273	29.873.383	38.842.476	36.164.198	40.423.747
PPU	41.027.229	44.891.042	49.833.095	53.529.136	55.062.746	59.977.437
PBPU	19.336.531	25.397.828	31.100.248	30.248.656	30.434.645	30.909.789
BP	5.060.927	5.008.454	5.139.875	5.012.085	4.107.699	4.381.008
<b>Total</b>	<b>171.939.254</b>	<b>187.982.949</b>	<b>208.054.199</b>	<b>224.149.019</b>	<b>222.369.702</b>	<b>235.639.729</b>

Sumber : DJSN Buku Statistik JKN 2016-2021. Dewan Jaminan Sosial Nasional Jakarta.2022.p:15.

Pemberi kerja pada segmen peserta PPU wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya kepada BPJS Kesehatan. Dalam hal Pemberi Kerja belum mendaftarkan dan membayar iuran bagi Pekerja kepada BPJS Kesehatan, Pemberi Kerja wajib bertanggung jawab pada saat Pekerja membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan Manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Apabila pasangan suami istri yang masing-masing merupakan Pekerja maka keduanya wajib didaftarkan sebagai Peserta PPU oleh masing-masing Pemberi Kerja dan membayar iuran. Kebijakan pembayaran iuran ganda bagi pasangan suami istri yang sama-sama PPU memang menimbulkan perdebatan. Namun, kebijakan ini didasarkan pada prinsip keadilan, solidaritas, dan mekanisme pembiayaan JKN yang berlaku. Suami, istri dan anak dari Peserta PPU berhak memilih kelas perawatan tertinggi.

Warga negara yang menjadi Peserta JKN memiliki hak dan kewajiban yaitu : peserta berhak mendapatkan nomor identitas tunggal peserta; memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai yang diinginkan dan perpindahan fasilitas kesehatan tingkat pertama selanjutnya dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan; serta mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam JKN. Sedangkan kewajibannya meliputi: mendaftarkan diri dan membayar iuran, kecuali Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan pendaftaran dan pembayaran iurannya dilakukan oleh Pemerintah; mentaati prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan; melaporkan perubahan data

kepesertaan kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili, pindah kerja, menikah, perceraian, kematian, kelahiran dan lain-lain.

Dalam mengoptimalkan pelayanan kepada peserta, BPJS Kesehatan melaksanakan transformasi mutu pelayanan agar lebih mudah, cepat dan setara melalui program sentralisasi administrasi kepesertaan, perluasan dan pelayanan peserta. Terdapat 5 program yang dilaksanakan sentralisasi antara lain: PANDAWA (Sentralisasi, Edukasi dan Penanganan Pengaduan (SENADA), Sentralisasi Layanan Administrasi Kepesertaan (SELARAS), Liason Officer BPJS Kesehatan Care Center (LOCC) 165 dan Jenis Layanan Rekrutmen dan Reaktivasi Peserta (JELITA). Layanan PANDAWA dapat diakses melalui nomor WhatsApp (WA) Pandawa 0811 8165 165 dengan layanan yang dapat diakses 24 jam.

## **5. PENETAPAN IURAN DAN PERAN PEMERINTAH DAERAH**

---

Iuran Program JKN adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/ atau Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah untuk program JKN. Setiap peserta wajib membayar iuran yaitu bagi Peserta PBI dibayar oleh Pemerintah Pusat sedangkan iuran bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayar oleh Pemerintah Daerah. Iuran bagi Peserta PPU dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja dan iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP dibayar oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta. Bayi dari Peserta program JKN dijamin sejak bayi tersebut lahir dan iurannya dibayarkan oleh Peserta atau pihak lain atas nama Peserta pada saat mendaftar paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.

Untuk menjaga kualitas dan kesinambungan program JKN, kebijakan pendanaan jaminan kesehatan termasuk kebijakan iuran disinergikan dengan kebijakan keuangan negara secara proporsional dan berkeadilan. Dalam perjalanan implementasi program JKN selama satu dekade, pengelolaan JKN tidak terlepas dari sinergi berbagai pihak dalam ekosistem JKN meliputi: BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, peserta sebagai pengguna layanan dan pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Sesuai dengan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan bertugas untuk melakukan/menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran peserta dan pemberi kerja, menerima bantuan iuran dari

pemerintah, mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, membayarkan manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan hingga memberikan informasi mengenai penyelenggara program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Penyelenggaraan JKN mengalami defisit yang diprediksi sejak awal program JKN berjalan. Setidaknya ada beberapa penyebab terjadinya defisit JKN antara lain: adanya ketidakseimbangan antara besaran pemasukan dengan pengeluaran iuran untuk biaya pelayanan kesehatan. Besaran iuran yang diterima oleh BPJS Kesehatan di bawah perhitungan aktuarial, yang mengakibatkan pemasukan yang diterima tidak mampu memenuhi biaya pelayanan kesehatan dalam JKN. Di sisi lain, beban pembiayaan kesehatan semakin meningkat seiring dengan kemudahan akses yang diterima peserta sehingga utilisasi pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan meningkat, khususnya penyakit katastropik yang membutuhkan biaya tinggi. Rendahnya penerimaan iuran salah satunya disebabkan oleh batasan atas gaji/upah per bulan sebesar Rp 8.000.000 yang dipergunakan sebagai dasar perhitungan besaran persentase iuran bagi peserta PPU. Seiring dengan peningkatan pendapatan per kapita, perlu dilakukan penyesuaian batas atas gaji yang digunakan sebagai dasar perhitungan iuran peserta Pekerja Penerima Upah (PPU). Kenaikan batas gaji ini akan berdampak pada peningkatan besaran iuran yang harus dibayarkan.

Tahun 2014-2019 gap antara beban dan pendapatan semakin melebar, menunjukkan bahwa defisit semakin besar.<sup>65</sup> Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) memproyeksikan defisit JKN terus bertambah dari 28 triliun rupiah pada tahun 2019 dan akan naik menjadi 86 triliun rupiah pada tahun 2024 (Mundiharno, Němec, Rabovskaja, & Spatz, n.d).

Untuk menjamin keberlanjutan JKN sebagai asuransi sosial dengan prinsip gotong royong, kenaikan iuran harus tetap dilakukan pemerintah. Meskipun kenaikan iuran dinilai memberatkan, namun manfaat yang didapatkan oleh masyarakat dari JKN cukup tinggi. Penentuan besaran iuran program JKN telah mengalami beberapa kali perubahan sampai dengan yang terakhir diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 64 tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang

---

<sup>65</sup> Djamhari, Eka Afrina, dkk. *Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?*. Perkumpulan PRAKARSA: Jakarta. 2022

Jaminan Kesehatan, yang mengatur sejak 1 Agustus 2019 besaran iuran bagi peserta PBI sebesar Rp. 42.000,- per orang yang dibayar oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berkontribusi dalam membayar iuran peserta PBI sesuai kapasitas fiskalnya untuk menjamin keberlangsungan dan kesehatan keuangan program JKN. Iuran bagi peserta PPU sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan 4% (empat persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 1% (satu persen) dibayar oleh peserta. Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambah iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara berkala. Batas paling tinggi gaji atau upah per bulan digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran bagi peserta PPU yaitu sebesar 12 juta dan batas paling rendah gaji atau upah per bulan sebesar upah minimum kabupaten / kota atau upah minimum provinsi jika Pemerintah Daerah tidak menetapkan upah minimum kabupaten/kota. Ketentuan batas paling rendah gaji atau upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran bagi peserta PPU tidak berlaku bagi pemberi kerja selain penyelenggara negara yang mendapatkan penangguhan dari kewajiban membayarkan gaji atau upah sesuai upah minimum provinsi/kabupaten/kota yang ditetapkan oleh Pemerintah setempat.

Besaran iuran bagi peserta PBPU dan BP dibedakan menjadi tiga manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas yaitu kelas I, II dan III dengan besaran iuran untuk kelas I sebesar Rp. 150.000,- per orang per bulan, kelas II sebesar Rp. 100.000,-per orang per bulan dan kelas III sebesar Rp. 42.000,- per orang per bulan dengan Rp. 35.000,-per orang per bulan dibayarkan oleh Peserta PBPU dan BP dan sisanya sebesar Rp. 7.000,- per orang per bulan dibayarkan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

Data penerimaan iuran JKN periode 2016-2021 menunjukkan peningkatan yang signifikan, kecuali pada segmen PBI APBN yang mengalami penurunan sebesar Rp 1.627.937 juta pada tahun 2021. Selain itu, segmen BP Penyelenggara Negara juga mengalami penurunan penerimaan iuran sebesar Rp 28.953 juta pada tahun 2018. Data lebih lengkap dapat dilihat pada tabel 6.

**Tabel 6 Penerimaan iuran berdasarkan Segmen Peserta Tahun 2016-2021\***

Segmen	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PBI APBN	24.814.984	25.362.816	25.492.043	35.777.143	48.624.945	46.997.008
PBI APBD	3.574.147	4.872.268	6.989.389	13.115.221	13.471.122	14.274.128
PPU	31.670.094	35.015.106	39.202.258	45.305.518	55.117.480	60.664.474
PBPU dan BP	5.290.609	7.415.598	8.653.474	9.889.392	10.647.344	11.608.846
BP Penyelenggara Negara	1.916.617	1.733.290	1.704.337	1.890.302	1.964.152	2.052.932
<b>Total</b>	<b>67.266.451</b>	<b>74.399.078</b>	<b>82.041.501</b>	<b>105.977.576</b>	<b>129.825.043</b>	<b>135.597.388</b>

*\*) dalam juta rupiah*

Sumber : DJSN. Buku Statistik JKN 2016-2021. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Jakarta. 2022. p:19.

Kesadaran masyarakat untuk mendaftar sebagai peserta JKN yang masih rendah juga turut menjadi penyebab terjadinya defisit JKN. Umumnya peserta mandiri mendaftarkan diri menjadi peserta JKN jika sudah sakit berat dan membutuhkan biaya yang banyak. Kecenderungan yang terjadi di masyarakat, peserta PBPU yang telah menerima pelayanan tidak membayar lagi iurannya. Di samping itu, cakupan kepesertaan PPU belum optimal akibat keengganan peserta mematuhi alur pelayanan kesehatan berjenjang, rendahnya kepercayaan badan usaha terhadap kualitas layanan JKN dan belum maksimalnya sanksi dan penegakan hukum bagi badan usaha yang menunggak dan yang tidak mendaftarkan pekerjanya menjadi peserta JKN.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah daerah sangat memiliki peran dalam menjamin keberlangsungan dan kesehatan keuangan program JKN melalui pemberian bantuan iuran bagi peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan ruang perawatan kelas III. Dalam JKN, Pemerintah Daerah wajib mengintegrasikan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ke dalam program JKN sehingga dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan kontribusi bersama dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Di samping itu, bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, Pemerintah Daerah wajib mendaftarkan dan membayar iuran sebagai peserta PBPU Pemda. Pemerintah Daerah juga wajib mendaftarkan dan membayar iuran bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pemda, Pegawai formal BUMD sesuai dengan yang telah diatur dalam Perpres Nomor 64 Tahun 2020.

Iuran bagi peserta PBPU dan BP kelas III sebesar Rp. 42.000,- per orang per bulan dengan Rp. 35.000,- per orang per bulan dibayarkan oleh Peserta PBPU dan BP dan sisanya sebesar Rp. 7.000,- per orang per bulan dibayarkan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah merupakan bentuk kontribusi Pemda dalam JKN.

Setelah ditetapkannya Perpres Nomor 64 Tahun 2020, defisit JKN dapat teratasi dan BPJS Kesehatan dapat membayarkan klaim dengan lancar kepada fasilitas kesehatan. Sejak pertengahan tahun 2020, BPJS Kesehatan dapat membayar klaim dengan tepat waktu dan tidak ada hutang klaim di fasilitas kesehatan. Kolektibilitas iuran JKN pada tahun 2023 mencapai 98,62%. Pendapatan iuran mengalami peningkatan 111 Triliun dari 40,71 Triliun naik menjadi 151,69 Triliun. Akumulasi pendapatan iuran periode 2014-2023 sebesar 1.011,2 Triliun. Sampai dengan Desember 2023, terdapat 960.515 kanal pembayaran iuran yang meliputi bank BUMN, bank BUMD, bank swasta, jaringan ritel, jaringan gerai tradisional, *e-commerce*, *autodebit* dan program REHAB.<sup>66</sup> Program Rencana Pembayaran Bertahap (REHAB) adalah program yang diperuntukkan bagi peserta PBPU / mandiri yang memiliki minimal tunggakan 3 bulan. Program ini digagas BPJS Kesehatan untuk meringankan peserta yang memiliki tunggakan iuran sehingga dapat melakukan pembayaran melalui cicilan atau angsuran dengan maksimal waktu 12 bulan. Pendaftaran program REHAB dapat dilakukan melalui kanal layanan online dengan menu Rehab pada aplikasi Mobile JKN.

## 6. JKN DENGAN MANFAAT JAMINAN KESEHATAN KOMPREHENSIF

---

Definisi manfaat dalam program JKN adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/ atau anggota keluarganya. Manfaat jaminan kesehatan yang diberikan kepada peserta program JKN bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

Manfaat jaminan kesehatan program JKN terdiri dari manfaat medis yang diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar pelayanan serta tidak diberikan berdasarkan besaran iuran peserta, dan manfaat non medis diberikan berdasarkan besaran iuran

---

<sup>66</sup> BPJS Kesehatan. *Laporan Pengelolaan Program Tahun 2023 dan laporan Keuangan Tahun 2023 (Auditan)*.2024

peserta. Manfaat jaminan kesehatan berlaku bagi bayi baru lahir dari peserta program JKN paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.

Manfaat jaminan kesehatan yang komprehensif dalam program JKN terdiri atas:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan nonspesialistik yang mencakup: administrasi pelayanan; pelayanan promotif dan preventif; pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis; tindakan medis nonspesialistik, baik operatif maupun non operatif; pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis;
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup: administrasi pelayanan; pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar di unit gawat darurat; pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik; tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis; pelayanan obat, alat kesehatan (dalam rangka penyembuhan), dan bahan medis habis pakai; pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis; rehabilitasi medis; pelayanan darah; pemulasaran jenazah Peserta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan; pelayanan keluarga berencana (tidak termasuk pelayanan keluarga berencana yang telah dibiayai oleh Pemerintah Pusat); perawatan inap nonintensif; dan perawatan inap di ruang intensif;
- c. Pelayanan ambulans darat atau air, yang merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar Fasilitas Kesehatan disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan: penyuluhan kesehatan perorangan; imunisasi rutin; keluarga berencana; skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu; dan peningkatan kesehatan bagi Peserta penderita penyakit kronis.

Manfaat nonmedis berupa akomodasi layanan rawat inap terdiri dari ruang perawatan kelas III, II dan I. Peserta dapat meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari haknya termasuk rawat jalan eksekutif dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau

membayar selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan pelayanan.

Selain manfaat tersebut di atas, terdapat pelayanan kesehatan yang tidak dijamin dalam program JKN antara lain :

- a. pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- c. pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat Kecelakaan Kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan Kecelakaan Kerja atau menjadi tanggungan Pemberi Kerja;
- d. pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat Peserta;
- e. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- f. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- g. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- h. pelayanan meratakan gigi atau ortodonsi;
- i. gangguan kesehatan/ penyakit akibat ketergantungan obat dan/ atau alkohol;
- j. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- k. pengobatan komplementer, alternatif, dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
- l. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen;
- m. alat dan obat kontrasepsi, kosmetik;
- n. perbekalan kesehatan rumah tangga;
- o. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- p. pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah;
- q. pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial;

- r. pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- s. pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia;
- t. pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan; atau
- u. pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain.

Manfaat yang dijamin dalam JKN diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan diubah kedua kalinya dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, kemudian diubah ketiga kalinya dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Dalam Perpres Nomor 59 Tahun 2024 diatur fasilitas perawatan pada pelayanan rawat inap yang berdasarkan kelas rawat inap standar dilaksanakan secara menyeluruh untuk rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan paling lambat 30 Juni 2025. KRIS atau Kelas Rawat Inap Standar adalah standar minimum pelayanan rawat inap yang berhak diterima setiap orang yang membayar iuran jaminan kesehatan. Terdapat 12 kriteria fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan KRIS, yaitu:<sup>67</sup>

- 1) komponen bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi;
- 2) ventilasi udara;
- 3) pencahayaan ruangan;
- 4) kelengkapan tempat tidur;
- 5) nakas per tempat tidur;
- 6) temperatur ruangan;

---

<sup>67</sup> Pasal 46A ayat (1) Perpres Nomor 59 Tahun 2024

- 7) ruang rawat dibagi berdasarkan jenis kelamin, anak atau dewasa, serta penyakit infeksi atau non infeksi;
- 8) kepadatan ruang rawat dan kualitas tempat tidur;
- 9) tirai/partisi antar tempat tidur;
- 10) kamar mandi dalam ruangan rawat inap;
- 11) kamar mandi memenuhi standar aksesibilitas; dan
- 12) *outlet* oksigen.

Penerapan fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan KRIS sebagaimana disebutkan di atas tidak berlaku untuk: pelayanan rawat inap untuk bayi atau perinatologi; perawatan intensif; pelayanan rawat inap untuk pasien jiwa; dan ruang perawatan yang memiliki fasilitas khusus. Saat ini KRIS sedang dilakukan uji coba dan hasil evaluasi penerapan KRIS akan menjadi dasar untuk menentukan manfaat, tarif, dan iuran yang dibebankan kepada masyarakat.

Untuk mendeteksi risiko penyakit tertentu pada peserta JKN, sesuai Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 BPJS Kesehatan menyediakan layanan skrining kesehatan yang mencakup 14 jenis penyakit, seperti diabetes melitus, hipertensi, stroke, jantung, kanker serviks, kanker payudara, TBC, anemia, kanker paru, kanker usus, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), talasemia, hipotiroid kongenital, dan skrining hepatitis.

BPJS Kesehatan menyelenggarakan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) bagi peserta JKN yang menderita penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi untuk meningkatkan kualitas hidup peserta dengan biaya yang efektif dan efisien. PROLANIS memberikan layanan konsultasi dengan dokter di FKTP; kegiatan senam PROLANIS untuk meningkatkan kebugaran; penyuluhan kesehatan tentang penyakit kronis dan gaya hidup sehat, diet, nutrisi; pemeriksaan kesehatan rutin seperti cek tekanan darah dan gula darah; pemberian obat sesuai resep dokter; dan edukasi kelompok peserta untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan.

## **7. JARINGAN PELAYANAN DAN KREDENSIALING**

---

Dalam pelaksanaan program JKN, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab dalam memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan. BPJS Kesehatan menjalin kerja sama dengan fasilitas kesehatan baik negeri maupun swasta untuk

memberikan layanan kesehatan bagi peserta. Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sedangkan fasilitas kesehatan swasta tidak diwajibkan.

Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta selama Peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya. Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meliputi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri dari Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter Praktik Perorangan (DPP) dan Dokter Gigi. Sedangkan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat lanjutan (FKRTL) terdiri dari Rumah Sakit dan Klinik Utama. BPJS Kesehatan juga bekerja sama dengan Laboratorium dan Apotek atau Instalasi Farmasi di Rumah Sakit dalam penyediaan obat dan bantuan alat kesehatan.

Untuk menjaga kualitas layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan melaksanakan seleksi dan kredensialing bagi fasilitas kesehatan yang akan bekerja sama dan rekredensialing bagi fasilitas kesehatan yang telah bekerja sama dan ingin melanjutkan kerja sama.

Proses kredensialing diawali dengan *self assessment* oleh calon fasilitas kesehatan kemudian dilanjutkan dengan proses kredensialing oleh BPJS Kesehatan. Apabila dinyatakan lulus proses kredensialing maka fasilitas kesehatan dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan perjanjian kerja sama.

Sejak implementasi awal Januari 2014, jumlah FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan primer kepada peserta naik 28,22% (2014-2023) yakni pada tahun 2014 FKTP sebanyak 18.437 FKTP dan pada akhir 2023 sebanyak 23.639 FKTP. Jumlah FKTP yang bekerja sama tahun 2024 terus meningkat sesuai data per 30 November 2024 yang dirilis dalam laman *website* BPJS Kesehatan (LPP BPJS Kesehatan per 30 November 2024), dengan jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebanyak 23.492 FKTP.

**Tabel 7 FKTP Kerjasama dengan BPJS Kesehatan per 30 November 2024**

No.	FKTP	Jumlah	%
1	Puskesmas	10,111	43.13%
2	Klinik Pratama	6,396	27.28%
3	Klinik TNI	571	2.44%
4	Klinik Polri	568	2.42%
5	Dokter Praktek Perorangan	4,601	19.63%
6	Praktek Dokter Gigi	1,195	5.10%
<b>Jumlah FKTP</b>		<b>23,442</b>	<b>100.00%</b>

Sumber : LPP BPJS Kesehatan per 30 November 2024

Sejalan dengan jumlah FKTP yang bekerja sama, jumlah FKRTL juga mengalami peningkatan sejak tahun 2014 sebanyak 1.681 FKRTL, meningkat pada tahun 2023 hampir 100% sebanyak 3.120 FKRTL. Pada tahun 2024, data BPJS Kesehatan per 30 November menunjukkan FKRTL yang bekerja sama sebanyak 3.156 RS/Klinik Utama dan 5.707 Apotek/Optik.

**Tabel 8 FKRTL Kerjasama dengan BPJS Kesehatan per 30 November 2024**

No.	FKRTL	Jumlah	%
1	RS Pemerintah Pusat- Kementerian	56	1.77%
2	RS Pemerintah Pusat- TNI	115	3.64%
3	RS Pemerintah Pusat- Polri	51	1.62%
4	RS Pemerintah Daerah	845	26.77%
5	RS Swasta	2,089	66.19%
<b>Jumlah FKRTL</b>		<b>3,156</b>	<b>100.00%</b>

Sumber : LPP BPJS Kesehatan per 30 November 2024

BPJS Kesehatan memperluas akses layanan kesehatan dengan menyediakan fasilitas kesehatan di daerah terpencil khusus di Daerah Belum Tersedia Fasilitas Kesehatan yang Memenuhi Syarat (DBTFMS). Peserta yang berada di DBTFMS diberikan kompensasi pelayanan kesehatan.

## 8. SISTEM PEMBAYARAN PROVIDER

Sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam program JKN dilaksanakan secara pra upaya atau kapitasi pada FKTP dan secara Indonesian Case Based Group pada FKRTL. Kapitasi dibayarkan kepada FKTP berdasarkan peserta terdaftar di FKTP. Cara pembayaran dengan Case Based Group pada FKRTL dilaksanakan sesuai kelas rumah sakit.

Untuk standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL ditetapkan dan ditinjau paling cepat setiap 2 (dua) tahun oleh Pemerintah melalui Menteri Kesehatan dengan mendapatkan masukan dari BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan dan mempertimbangkan ketersediaan fasilitas kesehatan, indeks harga konsumen dan indeks kemahalan daerah. Standar tarif tersebut selanjutnya digunakan oleh BPJS Kesehatan sebagai besaran pembayaran ke fasilitas kesehatan. Peninjauan standar tarif dilakukan dengan memperhitungkan kecukupan iuran dan kesinambungan program yang dilakukan bersama dengan BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.

Standar tarif pelayanan kesehatan pada program JKN diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam

Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dengan ketentuan meliputi: standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP dengan cara bayar Kapitasi dan Non Kapitasi; dan standar tarif pelayanan kesehatan di FKRTL dengan cara bayar INA-CBG dan Non INA-CBG.

Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per kapita per bulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sedangkan Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Untuk di FKRTL, klaim pelayanan kesehatan dibayarkan dengan Tarif Indonesian-Case Based Group yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis. Sedangkan Tarif Non INA-CBG merupakan tarif di luar tarif paket INA-CBG untuk beberapa jenis pelayanan tertentu dengan proses pengajuan klaim dilakukan secara terpisah dari tarif INA-CBG.

Standar Tarif Kapitasi mencakup pelayanan: a. administrasi pelayanan; b. promotif dan preventif perorangan; c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis; d. tindakan medis non spesialisik; e. kesehatan gigi non spesialisik; f. obat dan bahan medis habis

pakai; g. pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pratama; h. pelayanan kesehatan melalui pemanfaatan teknologi komunikasi dan informasi, meliputi telekonsultasi, promotif, dan preventif antara FKTP dan peserta terdaftar; i. pelayanan Keluarga Berencana mencakup konseling, pemberian pil, dan kondom; j. imunisasi rutin; k. pemeriksaan fisik balita untuk *stunting* dan *wasting*; dan l. skrining kesehatan. Standar Tarif Kapitasi ditetapkan per jenis FKTP dan besaran tarif mempertimbangkan kriteria teknis yang meliputi: sumber daya manusia; kelengkapan sarana dan prasarana; lingkup pelayanan; dan komitmen pelayanan. Pada Puskesmas besaran tarif kapitasi per peserta per bulan sebesar Rp3.600,00 s/d Rp9.000,00; rumah sakit Kelas D Pratama, klinik pratama, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp9.000,00 s/d Rp16.000,00; praktik mandiri dokter atau praktik dokter layanan primer sebesar Rp8.300,00 s/d Rp15.000,00 dan praktik mandiri dokter gigi sebesar Rp3.000,00 s/d Rp4.000,00.

BPJS Kesehatan wajib membayar kapitasi kepada FKTP paling lambat tanggal 15 setiap bulan berjalan dan untuk klaim non kapitasi (layanan rawat inap dan layanan lainnya di FKTP) dibayar oleh BPJS Kesehatan berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas klaim dinyatakan lengkap. Dalam hal BPJS Kesehatan membayar klaim non kapitasi melebihi 15 (lima belas) hari kerja maka BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKTP yaitu sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

Tarif Non Kapitasi diberlakukan untuk pelayanan yang mencakup: pelayanan ambulans; pelayanan obat program rujuk balik; pelayanan pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis; skrining kesehatan; pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim; pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis; pelayanan kebidanan dan neonatal, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya; pelayanan kontrasepsi; pelayanan gawat darurat pada FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; dan pelayanan protesa gigi.

Tarif INA-CBG mencakup tarif untuk pelayanan: administrasi pelayanan; pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar di unit gawat darurat; pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis dan subspesialis; tindakan

medis spesialistik, baik bedah maupun non-bedah sesuai dengan indikasi medis; pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, termasuk untuk pemberian sekurang-kurangnya 7 (tujuh) hari obat penyakit kronis; pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis; rehabilitasi medis; rehabilitasi psikososial sesuai indikasi medis dengan terapi medis; pelayanan darah, termasuk kantong darah; pelayanan pemulasaran jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan, tidak termasuk peti jenazah; pelayanan kontrasepsi meliputi: *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD), untuk pemasangan pertama; perawatan inap non-intensif; dan perawatan inap di ruang intensif.

Pada tarif INA-CBG terdapat pembayaran tambahan (*top up payment*) pada *Special Casemix Main Groups* (CMG) terdiri dari: *special procedure*; *special drugs*; *special investigation*; *special prosthesis*; *subacute cases*; dan *chronic cases*. Tarif INA-CBG terdiri atas tarif rawat jalan dan tarif rawat inap, dengan 5 (lima) kelompok tarif sesuai kelas rumah sakit pemerintah dan swasta dan tarif berdasarkan 5 regional yakni regional 1 sampai dengan regional 5.

Untuk tarif Non INA-CBG merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu meliputi: *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD); pelayanan imunohistokimia untuk kanker payudara dan limfoma non hodgkin; pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) untuk kanker paru; obat penyakit kronis; PET scan; obat kemoterapi; obat alteplase; kantong darah; ambulans; dan alat bantu kesehatan. BPJS Kesehatan juga memberikan subsidi alat bantu kesehatan seperti kacamata, alat bantu dengar, protesa alat gerak, protesa gigi, korset tulang belakang, penyangga leher dan kruk.

Untuk klaim di FKRTL, BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melaksanakan pembayaran sesuai ketentuan tersebut, maka BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL yaitu sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

## 9. QUALITY ASSURANCE DAN UTILIZATION REVIEW

---

*Quality assurance* dalam program JKN merupakan proses berkelanjutan yang dibutuhkan dalam menjamin kualitas layanan kesehatan bagi seluruh peserta program JKN. Untuk meningkatkan efektifitas penyelenggaraan program JKN maka dikembangkan sistem kendali mutu dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan pada program JKN.

Pada program JKN dilaksanakan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan dilaksanakan secara efisien. Sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan. Standar mutu yang digunakan meliputi: standar *input* pada fasilitas kesehatan, standar proses pelayanan kesehatan dan standar luaran kualitas kesehatan peserta.

Dalam penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan menerapkan strategi pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan baik di FKTP dan FKRTL melalui pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya; pembentukan dewan pertimbangan medik; peningkatan kerjasama Fasilitas Kesehatan; dan penerapan pembayaran berbasis kinerja.

BPJS Kesehatan juga membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya dalam penyelenggaraan program JKN yang terdiri dari tim koordinasi dan tim teknis baik di tingkat pusat, wilayah dan cabang. Tim Koordinasi terdiri dari : organisasi profesi, akademisi dan pakar klinis. Sedangkan tim teknis terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Untuk menjamin mutu layanan kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan *utilization review* yang dilakukan secara *prospective*, *concurrent* dan *retrospective*. Manfaat dari *utilization review* adalah mengevaluasi ketepatan penggunaan pelayanan kesehatan agar menghilangkan dan mengurangi hal-hal yang tidak perlu serta risiko potensial pasien (Aden, 2013). *Utilization review* dilaksanakan untuk menjamin layanan kesehatan yang diberikan sesuai kebutuhan pasien dan standar medis dan mencegah penggunaan sumber daya yang tidak efisien.

*Utilization review* secara *prospective* dilaksanakan sebelum layanan kesehatan diberikan dengan tujuan untuk mencegah penggunaan layanan yang tidak diperlukan, sedangkan *concurrent* dilaksanakan selama layanan kesehatan diberikan untuk memantau penggunaan layanan selama perawatan dan memastikan ketepatan pengobatan dan prosedur yang diberikan. Untuk *retrospective utilization review* dilakukan setelah layanan kesehatan diberikan yang bertujuan menganalisis pola penggunaan layanan kesehatan oleh pasien dan fasilitas kesehatan sehingga dapat memperbaiki sistem dan prosedur layanan kesehatan.

Dari tahun ke tahun, pemanfaatan JKN kian meningkat. Hal ini menunjukkan makin banyak masyarakat yang tertolong dan dapat mengakses pelayanan kesehatan yang memadai. Pada tahun 2023 BPJS Kesehatan melayani 1,7 juta layanan per hari kepada peserta jika diakumulasi dalam 1 tahun 606,7 juta pemanfaatan. Angka ini melonjak signifikan jika dilihat dari tahun 2014 hanya sebesar 92,3 juta pemanfaatan per tahun atau 252 ribu pemanfaatan per hari. Hal ini mengalami kenaikan sebanyak 557,26% (2014-2023). Pada tahun 2023, sebanyak 25% biaya layanan di tingkat lanjutan digunakan untuk membayar pelayanan kesehatan penyakit berbiaya katastropik. BPJS Kesehatan mengeluarkan Rp34,7 triliun untuk membayar pelayanan kesehatan 29,7 juta kasus penyakit berbiaya katastropik.<sup>68</sup> Akumulasi beban jaminan kesehatan (2014-2023) sebesar Rp. 912,4 Triliun terdiri dari pelayanan promotif preventif, Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL).<sup>69</sup>

## 10. TANTANGAN PELAKSANAAN JKN

---

Dalam satu dekade ini, penyelenggaraan program JKN menghadapi banyak tantangan dari berbagai aspek meliputi aspek finansial, sistem kesehatan dan sosial budaya. Mulai tahun 2017 sampai dengan pertengahan tahun 2020, BPJS Kesehatan mengalami defisit sejalan dengan meningkatnya jumlah peserta dan biaya layanan kesehatan serta rendahnya kontribusi iuran. Untuk mengatasi defisit tersebut, Pemerintah mengatur

---

<sup>68</sup> Siaran Pers BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan *Prediksi Aset Bersih DJS Kesehatan tahun 2024 Masih Positif*. BPJS Kesehatan.2024.

<sup>69</sup> LPP BPJS Kesehatan Tahun 2023, op.cit.

perubahan besaran iuran program JKN dengan diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Setelah terbitnya Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tersebut, BPJS Kesehatan berangsur-angsur mulai dapat membayar biaya pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan sehingga sejak Juni 2021 BPJS Kesehatan dapat membayar klaim dengan tepat waktu. Meningkatnya biaya layanan kesehatan seiring dengan meningkatnya jumlah peserta dalam mencapai UHC merupakan tantangan dari aspek finansial yang harus dihadapi dalam penyelenggaraan program JKN. Peran pemerintah dalam kesinambungan finansial sangat penting baik Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah. Perlu ada peningkatan investasi dalam sektor kesehatan untuk memenuhi kebutuhan program JKN.

Tantangan kedua adalah cakupan kepesertaan menuju *Universal Health Coverage* (UHC). Mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk atau jaminan kesehatan semesta adalah sesuai amanat Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pemerintah telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 dengan target bahwa kepesertaan semesta sehingga diatur setiap individu wajib menjadi peserta dan terlindungi dalam program ini. Kesadaran masyarakat untuk mau menjadi peserta dan membayar iuran secara rutin merupakan tantangan dalam program ini. Peningkatan cakupan peserta akan sejalan dengan peningkatan biaya layanan kesehatan sehingga dalam pengelolaannya perlu strategi dan kehati-hatian sehingga tidak timbul defisit finansial dalam pelaksanaan program ini.

Tantangan ketiga adalah akses layanan kesehatan yang mudah dan merata. Secara geografis masyarakat di daerah terpencil sulit mengakses layanan kesehatan. Peningkatan infrastruktur dan transportasi sangat dibutuhkan untuk meningkatkan akses layanan. Faktor sosial budaya seperti kepercayaan, budaya, dan keterjangkauan layanan kesehatan dapat menghambat akses layanan kesehatan. BPJS Kesehatan dalam menyediakan akses layanan kesehatan di daerah terpencil bekerja sama dengan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit apung dan BPJS Kesehatan juga memberikan kompensasi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta di daerah terpencil.

Tantangan keempat yang dihadapi dalam program JKN adalah kualitas pelayanan. Memastikan standar dan kualitas layanan kesehatan merata di seluruh wilayah baik di

rumah sakit pemerintah maupun swasta masih menjadi tantangan besar dalam program JKN. Ketersediaan tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil menjadi kendala dalam memberikan layanan kesehatan yang berkualitas. Perlu ada upaya sinergi dengan semua pemangku kepentingan dalam meningkatkan jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan.

Tantangan kelima program JKN adalah kepuasan peserta. Perlu upaya untuk meningkatkan kualitas layanan dan komunikasi dengan peserta melalui sosialisasi program secara masif untuk meningkatkan kepuasan peserta program JKN.

Tantangan terakhir adalah penguatan tata kelola. Penguatan ini diperlukan untuk meningkatkan transparansi dan memperkuat akuntabilitas dalam penyelenggaraan program JKN oleh BPJS Kesehatan.

## **11. SIMPULAN**

---

Penyelenggaraan asuransi kesehatan nasional di Indonesia melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan implementasi dari konsep jaminan sosial kesehatan yang dirancang untuk memberikan akses kesehatan yang merata, terjangkau, dan berkeadilan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Meskipun sudah membawa perubahan signifikan dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan, tantangan besar dalam pengelolaan dana, kualitas pelayanan, dan kesadaran masyarakat masih perlu diatasi untuk memastikan keberlanjutan dan keberhasilan program ini dalam jangka panjang. Melalui kerja sama antara pemerintah, BPJS Kesehatan, dan penyedia layanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya, sistem ini memiliki potensi untuk menjadi lebih efisien dan inklusif, sambil tetap menjaga prinsip dasar solidaritas sosial atau gotong royong dan keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia.

# Daftar Referensi

1. Adyas Atikah, Ahmad Jet Alamin and Hasbullah Thabrany. 2023. Perspective Chapter: Including the Private Sector to Achieve Universal Health Coverage. Health Insurance Across Worldwide Health Systems. DOI: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1002874Am-Gu>. 2004.
2. Adyas Atikah. 2021. The Indonesian Strategy to Achieve Universal Health Coverage through National Health Insurance System: Challenges in Human Resources: *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*. 16 (4): 221-227. DOI: 10.21109/kesmas.v16i4.5440.
3. Aljunid, Syed. 2013. Pengembangan INA CBG. Bahan presentasi Rapat Kerja INA CBG, National Casemix Center Kemenkes.
4. Bank Dunia. 2012.
5. Beck, Donald F. 1984. Principles of Reimbursement in Health Care. Aspen Publication. Rockville, MD. USA. p 12.
6. BNHI. National health insurance profile 2001. BNHI, Taipei 2002.
7. Bolan, Peter. 1993. Making Managed Healthcare Work: A Practical Guide to Strategies and Solutions. Aspen Publication, Gaithersburg, MD. USA.
8. BPJS Kesehatan. 2024. Laporan Pengelolaan Program Tahun 2023 dan Laporan Keuangan Tahun 2023 (Audit).  
Keuangan Tahun 2023 (Audit).
9. Cheng TM. 2003. Taiwan's new national health insurance: Genesis and experience so far. *Health affairs*: 22(3):61-76.
10. Cuadrado, C., Crispi, F., Libuy, M., Marchildon, G., & Cid, C. 2019. *National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies*. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 123(7), 621-629.
11. Deklarasi PBB - Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia Tahun 1948.
12. Depkes RI. 1985. Almanak Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
13. Depkes RI. 1995. Pembinaan Bapel JPKM: Kumpulan Materi. Depkes RI, Jakarta.
14. Depkes Taiwan. 1997. Public Health in Taiwan, ROC. Taipei.
15. Dixon A and Mossialos E. 2002. Health system in eight countries: trends and challenges. The european observatory on health care systems. London.
16. Djamhari, Eka Afrina, dkk. 2020. Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya?. Perkumpulan PRAKARSA: Jakarta.

17. DJSN dan Kementerian Lainnya. 2012. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 Edisi Ringkas. Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional.
18. DJSN. 2012. Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional, Jakarta.
19. DJSN. 2022. Buku Statistik JKN 2016-2021. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Jakarta
20. Djumaldji. 1993. Himpunan peraturan perundangan ketenagakerjaan bidang jaminan sosial. Citra aditya bakti. Bandung.
21. Edi Suharto. 2009. Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan, Alfa Beta, Bandung, hlm. 58.
22. Eka Putri. A. 2003. National health insurance program in decentralized government in archipelago Country: Lesson from the Philippine. Makalah Studi. Asian Scholarship Foundation.
23. Feldstein. 2012. Handbook of Health Economics.
24. Friedlander WA and Apte RZ. 1980. Introduction to social welfare. Prentice Hall. Englewood, New Jersey, USA.
25. Gøsta Esping-Andersen and Walter Korpi. 1987. From Poor Relief to Institutional welfare states: The Development of Scandinavian Social Policy, International Journal of Sociology , Fall, 1986 - Winter, 1987, Vol. 16, No. 3/4, The Scandinavian Model: welfare states and Welfare Research. Fall, 1986 – Winter. pp. 39-74.
26. Gøsta Esping-Andersen. 2012. Welfare States and Welfare State Theory, Center for Comparative Welfare Studies, Working Paper.
27. Hall Jlourenco RA and Viney R. 1999. Carrots and Sticks- The fall and fall of private health insurance in Australia. Health econ 8 (8)2653-660.
28. Health Insurance Association of America (HIAA). 1999. Source Book of Health Insurance Data. HIAA, Washington D.C.
29. HIAA. 1994. Group life and health insurance. Part A. HIAA, Washington DC.
30. HIAA. 1997. Group health insurance. Part A. HIAA, Washington DC.
31. HIAA. 1997. Managed Care part B. Washington, D.C.
32. HIAA. 1997. Managed Care: Integrating Delivery and Financing of Health Care, Part A. Washington, DC, USA.
33. HIAA. 2000. Health Insurance Premier, Washington, D.C.
34. <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/germany>

35. <https://news.detik.com/berita/d-6968712/efektifkan-layanan-bpjs-kesehatan-sentralisasi-5-program-kepesertaan>
36. <https://www.bps.go.id/id/statistics-table/2/MTk3NSMy/jumlah-penduduk-pertengahan-tahun--ribu-jiwa-.html>
37. Ikegami, N dan Campbell, JC. 1999. Health Care Reform in Japan: The Virtue of Muddling Through. *Health Affairs* 18(3):56-75.
38. ILO.1952. Konvensi ILO Nomor 102 Tahun 1952 Konvensi ILO Nomor 102 Tahun 1952 Mengenai (Standar Minimal) Jaminan Sosial.
39. Kalainov, David M. ; Barnard, Cynthia ; Walradt, Jessica. 2024. Medicare in the 21 st Century : Understanding the Program to Promote Improvements. *J Am Acad Orthop Surg*. Apr 9;32(10):427–438
40. Keintz RM. 1976. *National Health Insurance and Income Distribution*. D.C. Health and Company, Lexington, USA.
41. Kementrian Sekretariat Negara RI. JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan; 2015. 72-83 p
42. Kongsvedt, Peter R. 1996. *The Managed Health Care Handbook*. 3rd Ed. Aspen Publication. Gaithersburg, MD, USA.
43. Lankers, C. 2003. *The German Health Care System*, Makalah disajikan pada Kunjungan Tim SJSN di Berlin.
44. Laporan WHO 2000.
45. Lee YC, Chang HJ dan Lin PF. 2002. Global budget payment system: Lesson from Taiwan. Makalah disajikan dalam Summit.
46. Liu CS. 2004. National health insurance in Taiwan. Makalah disajikan pada Seminar Menyongsong Asuransi Kesehatan Nasional, Jakarta.
47. Merritt Publishing, 1996. *Glossary of insurance terms*, Santa Monica, CA, USA.
48. Mundiharno, Thabrany H. 2012. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*. Jakarta; 3 p.
49. Nitayarumphong S. 2002. Universal coverage of health care: Challenges for developing countries. paper presented in workshop of Thailand universal coverage.
50. Normand, Charles, and Axel Weber, 1994, "Social Health Insurance: A Guidebook for Planning. WHO

51. Novales MA dan Alcantara MO. 2002. National health insurance program in Philippines. Makalah disampaikan pada Summit Jakarta.
52. OECD. 2019. OECD at Glance 2019. [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/11/health-at-a-glance-2019\\_f58fa178/4dd50c09-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/11/health-at-a-glance-2019_f58fa178/4dd50c09-en.pdf)
53. Okimoto DI dan Yoshikawa A. 1993. Japan's health system: Efficiency and effectiveness in universal care. Faulkner & Gray Inc. New York, USA.
54. Park. National health insurance in Korea, 2002. Research division, NHIC. Memograph presented for an Indonesian delegate.
55. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
56. Peraturan Pemerintah Nomor 37 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kehilangan Pekerjaan.
57. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
58. Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018.
59. Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
60. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
61. Pongpisut, 2012. Universal Health Coverage Scheme in Thailand. Presentasi Seminar JamKesNas, Jakarta.
62. Pongpisut. 2002. Achieving universal coverage of health care in Thailand through 30 Baht Policy. Makalah disampaikan pada SEAMIC Conference, Chiang Mai, Thailand.
63. Rachel Lu J and Hsiao WC. 2003. Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health affairs*: 22(3): 77-88.
64. Redja, George E. 2008. Principles of Risk Management and Insurance. Pearson Education, Inc. USA.
65. Rejda, GE. 1988. Social insurance and economic security. 3rd Ed. Prentice hall, New Jersey, USA.
66. Riset Kesehatan Dasar. 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia

67. Roemer MI. 1993. Health system of the world. Vol II. Oxford university press. Oxford, UK.
68. Rubin, HW. 2000. Dictionary of insurance terms. 4<sup>th</sup> Ed. Barron's Educational Series, Inc. Hauppauge, NY, USA.
69. Rucket, P. 2002. Universal coverage and equitable access to health care: The European and German experience. Makalah disajikan pada Asia Pacific Summit on Health Insurance and Managed Care. Jakarta, 22-24.
70. Sandier, Simon; Polton, Dominique; Paris, Valerie; and Thomson, Sarah. 2002. France Health Care System. Dalam Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges. European Observatory Health Care System.
71. Savedoff, W.D., et al. 2012. Political and Economic Aspects of the Transition to Universal Health Coverage. The Lancet, 380, 924-932.
72. Schoultz F. 1995. Competition in the Dutch health care system. Rotterdam.
73. Shalala, DE dan Reinhardt UE. 1999. Interview: Viewing the US Health Care System from Within: Candid Talk from HHS. Health Affairs 18(3): 47-55.
74. Siamwalla A. 2002. Implementing universal health insurance. Dalam pramualratana P dan Wibulpopprasert S. Health insurance systems in Thailand. HSRI, Nonthaburi, Muangthai.
75. Siaran Pers BPJS Kesehatan.2024. BPJS Kesehatan Prediksi Aset Bersih DJS Kesehatan tahun 2024 Masih Positif. BPJS Kesehatan. Jakarta.
76. Smith, Howard L. dan Fottler, Myron D.1985. Prospective Payment. Aspen Publication. Rockville, MD. USA.p 2.
77. Soendoro, Emir.2009.Jaminan Sosial Solusi Bangsa Indonesia Berdikari. Jakarta : DInov ProGRESS Indonesia, 50.
78. SSO. 2002. Social health insurance scheme in Thailand. SSO, Bangkok.
79. Stierle, F. 2001.German Health Insurance System, Makalah disajikan pada Seminar Asuransi Kesehatan Sosial, Jakarta.
80. Stierle. F. 2001.German Health Insurance System. Makalah disajikan pada Seminar Asuransi Kesehatan Sosial, Jakarta.
81. Suharto, Edi. 2009. Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan. Bandung : Alfa Beta, Bandung, 58.

82. Tangchareonsathien V, Teukul, W dan Chanwongpaisal L. 2003. Thailand health financing system. Makalah disajikan pada Lokakarya social health insurance, Bangkok.
83. Thabrany, H. 1999. *Introduksi Asuransi Kesehatan*. Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta.
84. Thabrany, H. 2003. Universal coverage in Korea and Thailand. Laporan kepada proyek social health insurance, Uni Eropa.
85. Thabrany, Hasbullah. 2001. *Asuransi Kesehatan di Indonesia*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Depok.
86. Thabrany, Hasbullah. 2009. *Sakit, Pemiskinan dan MDGs*. Kompas. Jakarta.
87. Treerutkuarkul A (Ed). 2012. *Universal Health Coverage: Case Studies from Thailand*. Health System Research Institute, Bangkok.
88. Tuohy CH. 2002. The costs of constraint and prospects for health care reform in Canada. *Health affairs*: 21(3): 32-46.
89. Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
90. Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
91. Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
92. Vaughan, E. J., & Vaughan, T. 2008. *Fundamentals of Risk and Insurance*. John Wiley & Sons.
93. Vayda E dan Deber RB. 1992. The Canadian health—care system: A developmental overview dalam Naylor D. *Canadian health care and the state*. McGill—Queen’s University Press. Montreal, Canada.
94. Website BPJS Kesehatan <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/>
95. WHO, *World Health Report 2000*, Geneva, 2000.
96. WHO. 2001. *World Health Report 2000*. Geneva.
97. WHO. 2010. *The World Report. Health System Financing: The Path to Universal Coverage*, WHO, p.12.
98. WHO/SEARO. 2003. *Social health insurance: Report of a regional consultation*. WHO, New Delhi.
99. Wibowo, B. 2012. *Presentasi INA CBG untuk Tahun 2013*. National Casemix Center (NCC). Jakarta.
100. [www.health.gov.au](http://www.health.gov.au).

101. [www.jpkm-online.net](http://www.jpkm-online.net)
102. Yoshikawa A, Bhattacharya J, Vogt WB. 1996. Health economics of Japan. University of Tokyo Press, Tokyo.

Halaman ini sengaja dikosongkan



**PAMJAKI**

Perkumpulan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia