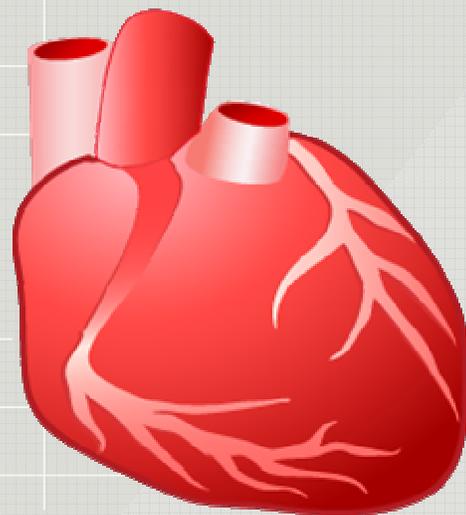
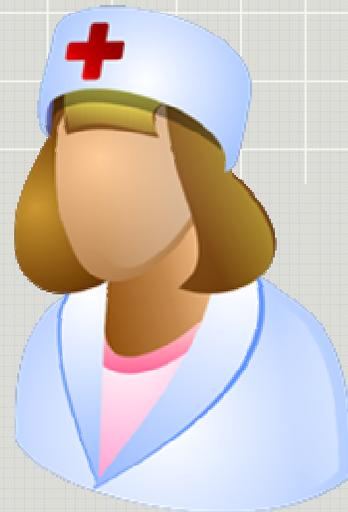


Asuransi Kesehatan Nasional



Daftar Isi

Daftar Isi.....	i
Pengantar.....	iv
Bab I	1
Sejarah dan Rasional Asuransi Kesehatan	1
1. Tujuan Umum Pembelajaran	1
2. Pendahuluan	1
Sejarah Asuransi Kesehatan di Dunia.....	2
Askes Komersial di Amerika	4
3. Asuransi Kesehatan Nasional di Beberapa Negara	6
AKN di Kanada.....	7
AKN di Amerika Serikat	9
AKN di Jerman	9
AKN di Belanda.....	10
AKN di Australia	10
AKN di Jepang	11
AKN di Taiwan	11
AKN di Korea Selatan	11
AKN di Thailand.....	12
AKN di Filipina	13
4. Sejarah Asuransi Kesehatan di Indonesia	13
Asuransi Sosial.....	13
Dana Sehat/JPKM/Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin	16
Asuransi Komersial.....	20
5. Penutup.....	22
Bab II	23
Konsep dan Jenis Asuransi Kesehatan	23
1. Tujuan Umum Pembelajaran	23
2. Pendahuluan	23
3. Rasional Asuransi	24
4. Risiko dan Risiko Sakit.....	26
Pemahaman tentang Risiko	26

Manajemen Risiko.....	26
Risiko yang dapat diasuransikan	28
5. Jenis Asuransi	32
Kontrak Asuransi	33
Pembayaran Premi.....	35
6. Asuransi sosial.....	35
Mekanisme Anti Seleksi (adverse selection).....	38
Keunggulan	41
Kelemahan	43
7. Asuransi Komersial.....	44
Kekuatan	46
Kelemahan	46
Kegagalan pasar asuransi komersial/swasta.....	47
8. Asuransi Sosial bidang Kesehatan di Berbagai Negara dan Indikator Makro Kesehatan	50
9. Pemberian Benefit/Manfaat Asuransi	53
Jaminan Uang.....	53
Jaminan/manfaat Dalam Bentuk Pelayanan.....	55
10. Penutup.....	56
Bab III	59
Manfaat dan Iuran JamKesNas	59
1. Tujuan Umum Pembelajaran	59
2. Program yang Tertunda	59
Pilar Jaminan Sosial Indonesia	60
Kebutuhan Dasar dan Kebutuhan Dasar Kesehatan	62
3. Manfaat Standar Nasional Layanan Kesehatan	63
Paket Standar Nasional Jaminan Kesehatan	63
Perluasan Kepesertaan	67
Konsistensi Pengaturan.....	69
4. Besaran Iuran	90
Formula besarnya iuran	90
Perhitungan Iuran JamKesNas	91
5. Penutup.....	91
Bab IV	92
Pembayaran ke Fasilitas Kesehatan.....	92

1. Tujuan Umum Pembelajaran	92
2. Dilema Biaya Kesehatan.....	92
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kenaikan biaya kesehatan	93
4. Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan	96
Sistem Pembayaran Retrospektif.....	96
Sistem Pembayaran Prospektif	98
Pembayaran Kapitasi.....	98
Diagnostic Related Group (DRG).....	107
Cara Pembayaran Lainnya.....	118
5. Penutup.....	120
Daftar Referensi	122

Pengantar

Tahun ini para profesi bidang kesehatan sedang mengalami kesibukan puncak dalam mempersiapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JamKesNas). Tanggal 31 Desember 2013, hampir tengah malam, PT Askes Indonesia akan dinyatakan bubar sesuai perintah UU nomor 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Beberapa saat kemudian, BPJS akan lahir dan mulai melaksanakan jaminan kesehatan untuk pegawai negeri sipil maupun non sipil, penduduk miskin dan tidak mampu yang kini dijamin melalui Jamkesmas dan sebagian Jamkesda, ex peserta JPK Jamsostek, dan peserta baru pegawai swasta yang akan mendaftar ke BPJS tahun 2014. Secara keseluruhan, sekitar 130 juta orang akan dijamin melalui BPJS tahun 2014 dan direncanakan akan selesai menjamin seluruh penduduk melalui BPJS pada tahun 2019.

Namun demikian, tahun depan diperkirakan hampir separuh penduduk Indonesia masih belum memiliki kepastian dari mana mereka harus mendanai perawatan di rumah sakit, apabila ada salah seorang anggota keluarganya menderita sakit berat. Tahun depan, sebagian penduduk yang tidak dijamin via BPJS masih dijamin melalui berbagai skema jaminan, baik langsung oleh majikan atau melalui asuransi kesehatan komersial. Penduduk tetangga, Malaysia, Singapura, Muangthai, dan Srilanka sudah tidak perlu memikirkan dana untuk berobat, karena negara sudah menjamin, baik langsung maupun melalui sistem asuransi kesehatan. Tugas kita adalah mengejar ketertinggalan Indonesia. Semakin banyak yang paham tentang ketertinggalan kita dan proses-proses yang perlu dilalui, semakin cepat kita menjamin seluruh penduduk.

Buku ringkas ini dipersiapkan untuk ujian PAMJAKI bagi pemula maupun bagi anggota PAMJAKI yang ingin mengkinikan (updating) pengetahuannya tentang JamKesNas. Tentu saja masih banyak kekurangan disana sini. Masukan tertulis dari pembaca melalui email hasbullah.thabrany@ui.edu sangat diharapkan.

Semoga bermanfaat.

Hasbullah Thabrany

Jakarta, Mei 2013

Bab I

Sejarah dan Rasional Asuransi Kesehatan

1. Tujuan Umum Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, pembaca harus mampu

- a. Menjelaskan sejarah berkembangnya asuransi/jaminan kesehatan di dunia dan di Indonesia
- b. Mampu menjelaskan secara garis besar berbagai implementasi asuransi/jaminan kesehatan di beberapa negara besar/maju
- c. Mampu menjelaskan mengapa Indonesia mengambil model Asuransi Kesehatan Nasional, bukan model Layanan Kesehatan Nasional (*National Health Service*).

2. Pendahuluan

Asuransi kesehatan di Indonesia merupakan hal yang relatif baru bagi kebanyakan penduduk Indonesia karena istilah asuransi kesehatan belum menjadi perbendaharaan kata umum. Pemahaman tentang asuransi kesehatan masih sangat beragam sehingga tidak heran - misalnya di masa lampau- banyak orang yang menyatakan bahwa Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) bukanlah asuransi kesehatan-hanya karena namanya memang sengaja dipilih tidak menggunakan kata-kata asuransi. Dalam dua tahun terakhir, ada dua kelompok masyarakat yang menguji materi UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) karena prinsip yang diambil adalah prinsip asuransi. Mereka menuding bahwa sistem asuransi akan memperkaya orang Asing dan ada yang menuding bahwa SJSN akan merampok uang rakyat atas nama jaminan sosial.

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 prosentase 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)¹.

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 42 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*). Von 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)². 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 Bienfaisance 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 *finna* (*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 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 pengganti 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.

Askes Komersial di Amerika

Perkembangan asuransi kesehatan komersial di Amerika maju dengan pesat setelah Pemerintah Federal mengeluarkan UU asuransi wajib kecelakaan kerja di tahun 1908 yang

diikuti dengan negara bagian Wisconsin di tahun 1911. Upaya asuransi kesehatan komersial yang dianggap sebagai cikal bakal keberhasilan usaha asuransi kesehatan secara korporat di Amerika dimulai ketika di tahun 1910 Dana Bersama bagi pegawai Montgomery Ward, yang memberikan jaminan kematian dan penggantian upah (*disability income benefit*) sebesar \$5 sampai \$10 per minggu, ditelaah (studi kelayakan) untuk dikontrakkan ke perusahaan asuransi. Studi ini dipicu oleh rendahnya kepesertaan yang hanya mencakup sekitar 15% pegawai, evaluasi program yang jarang dilakukan, dan manfaat asuransi (*benefit*) yang tidak memadai. Akhirnya, setelah negosiasi yang alot, jaminan penggantian upah ini dikontrakkan kepada *London Guarantee and Accident Company*, di New York tahun 1911. Kontrak asuransi kesehatan kumpulan pertama, yang jaminannya bukan pelayanan kesehatan atau penggantian biaya perawatan, mengharuskan waktu tunggu (*waiting period*) selama tiga hari, manfaat asuransi sebesar 50% upah mingguan bagi pekerja berusia di bawah 70 tahun dengan manfaat minimum sebesar \$5 dan manfaat maksimum sebesar \$28,25 per minggu. Manfaat diberikan sampai pekerja sembuh dan dapat bekerja kembali, tanpa ada batas waktu (HIAA, 1994).

Seperti dijelaskan di atas, beberapa negara bagian mewajibkan perusahaan untuk mengasuransikan disabilitas pendapatan jangka pendek bagi karyawannya. Kewajiban tersebut membuat perusahaan asuransi berupaya mencari pasar baru dengan menawarkan asuransi sejenis tetapi bersifat jangka panjang (*long-term*) yang memberikan manfaat sampai lima tahun. Akan tetapi, asuransi ini hanya ditawarkan kepada pekerja dengan upah yang tinggi seperti penyelia dan manajer.

Dalam hal asuransi kesehatan komersial, pemerintah Amerika menyerahkan pengaturannya kepada negara bagian. Asuransi kesehatan komersial berkembang pesat pasca terjadinya krisis besar di Amerika dan pasca penerapan Medicare dan Medicaid di tahun 1965. Hal tersebut merupakan suatu bukti bahwa asuransi kesehatan komersial berkembang karena dipicu oleh asuransi kesehatan sosial. Hal yang sama terjadi juga di negara-negara Eropa Barat seperti di Inggris, Jerman dan Belanda.

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 23/1992) 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 kehandalannya sampai 10 tahun setelah diatur dalam UU Kesehatan. Beruntunglah kita, setelah UU SJSN 2004 dan UU Kesehatan nomor 36/2009, konsep JPKM telah dihapus dalam sistem kesehatan Indonesia.

Pengembangan program asuransi sosial untuk pegawai swasta (program JPK Jamsostek yang diatur dalam UU nomor 3/1992) juga mengadopsi fitur JPKM, menggunakan istilah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Sayangnya, konsep JPK Jamsostek yang lebih tepat untuk Indonesia mendapat intervensi keliru yang diatur dalam PP 14/1993 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 2/1992 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. Sayangnya, Kabinet SBY tidak menaruh minat kuat menjalankan UU SJSN. Kelahiran UU SJSN menempatkan Indonesia setahun lebih awal dari dorongan WHO untuk menjamin semua penduduk. Sayangnya, hal itu tidak dijalankan Pemerintah sampai 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.

3. Asuransi Kesehatan Nasional di Beberapa Negara

Perkembangan asuransi kesehatan komersial dan asuransi kesehatan sosial terjadi karena kenyataan manusia, secara sosial-bersama sama, membutuhkan kepastian dan pemenuhan kebutuhan hidup. Awalnya konsep asuransi kesehatan tidak dimaksudkan untuk menjamin

seluruh penduduk. Namun, perkembangan zaman membuktikan bahwa konsep asuransi sosial luas 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. Inggris merupakan negara pertama yang memperkenalkan AKN di tahun 1911.³ Sistem kesehatan di Inggris kini lebih dikenal dengan istilah *National Health Service* (NHS) suatu sistem kesehatan yang didanai pajak penghasilan dan dikelola oleh pemerintah secara nasional (tidak terdesentralisasi). Sesungguhnya sifat pengelolaannya merupakan sistem AKN yang sebagian dibiayai dari kontribusi wajib oleh tenaga kerja (termasuk di sektor informal) dan pemberi kerja. Tetapi pemungutan iuran wajib dipadukan dengan pemungutan pajak penghasilan sehingga penduduk Inggris tidak merasakan ada perbedaan. Sistem di Inggris tersebut disebut NHS karena penyaluran dananya melalui anggaran belanja negara yang sebagian besar bersumber pajak umum (*tax-funded*). Pembayaran pajak yang tidak memisahkan secara khusus dana untuk kesehatan seperti yang sebelumnya terjadi menjadikan sistem di Inggris tersebut lebih dikenal dengan istilah NHS dibanding AKN. Cakupan kepesertaan dengan NHS adalah universal yaitu seluruh penduduk karena kepesertaan tidak dikaitkan dengan iuran oleh masing-masing peserta. Banyak negara lain di Eropa yang juga memiliki Cakupan kesehatan universal menggunakan sistem NHS yang mengikuti pola Inggris.⁴ Hakekatnya baik NHS maupun AKN mempunyai tujuan yang sama yaitu menjamin bahwa seluruh penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis tanpa mempertimbangkan kemampuan ekonomi orang per orang. Perbedaan NHS dan AKN terletak pada mekanisme pendanaan. AKN lebih bertumpu pada kontribusi khusus yang bersifat wajib (yang ekuivalen dengan pajak) dan dikelola secara terpisah dari anggaran belanja negara, baik dikelola langsung oleh pemerintah maupun oleh suatu badan kuasi pemerintah yang otonom, seperti BPJS di Indonesia.^{5 6 7 8 9}

AKN di Kanada

Di Kanada Sistem asuransi kesehatan yang menjamin akses kepada pelayanan komprehensif berkembang sejak lebih dari 60 tahun yang lalu. Sebelum tahun 1940an, 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 propinsi 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 propinsi Saskatchewan. Pada tahun 1956, pemerintah federal merangsang propinsi lain untuk menyelenggarakan jaminan perawatan rumah sakit dengan memberikan kontribusi sebesar 50% dari dana yang dibutuhkan propinsi. Pada tahun 1961 seluruh propinsi 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.

Propinsi Saskatchewan melihat hal tersebut sebagai beban penduduk yang harus dipikul bersama, sehingga pemerintah propinsi 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 propinsi 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 propinsi. 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.^{10 11 12}

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 propinsi 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 propinsi 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 propinsi. 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 propinsi sebesar jumlah biaya yang ditarik oleh dokter di propinsi

itu yang dikurangkan dari pendanaan pusat, jika propinsi mengizinkan dokter menarik biaya tambahan dari penduduk yang ditengarai 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.

AKN di Amerika Serikat

Negara tetangga Kanada (Amerika Serikat) telah lama bergelut untuk mewujudkan sebuah AKN. Pada saat ini, AS dapat dikatakan mempunyai asuransi kesehatan nasional rawat inap untuk penduduk di atas 65 tahun saja (lansia) yang disebut *Medicare part A*. Karena AKN 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 AS 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.¹³

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.¹⁴ Di kala itu, 23% penduduk AS tidak memiliki asuransi kesehatan, sedangkan saat ini angka tersebut masih berkisar 18%. Dalam masa hampir 40 tahun, sejak Medicare diluncurkan, AS tidak mampu meningkatkan perluasan penduduk yang dicakup asuransi. 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.¹⁵ 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 cermati untuk dapat dihindari.

AKN 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 kini jumlahnya sudah menyusut menjadi 270

saja. 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 merger. Kini asuransi kesehatan sosial terbesar dipegang oleh badan yang bernama AOK yang mengelola 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 kini 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%.^{16 17 18 19} Jerman saja 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.

AKN di Belanda

Karena hubungan sejarah dengan Jerman, sistem asuransi kesehatan di Belanda sedikit banyak mengikuti pola-pola Jerman dengan modifikasi. Belanda sesungguhnya juga memberlakukan AKN 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.^{20 21 22} Dengan model 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.

AKN 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 Commissioner* 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.^{23 24 25} Namun swasta dengan cara memberikan pengurangan kontribusi

asuransi wajib, ternyata jumlah penduduk Australia yang memilih membeli asuransi kesehatan komersial semakin hari semakin sedikit.

AKN 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.^{26 27 28}

AKN 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 Askes dan Jamsostek. Penggabungan 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.^{29 30 31 32 33} Karena sistemnya yang cukup memuaskan penduduk, asuransi kesehatan komersial tidak banyak berkembang di Taiwan.

AKN 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 askes 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.^{34 35 36}

AKN di Thailand

Penyelenggaraan AKN di Thailand diusulkan sejak tahun 1996. Program AKN di negara seribu pagoda itu sudah mencakup seluruh penduduk, namun dikelola oleh 3 badan penyelenggara. Saat ini sedang berlangsung proses penggabungan tiga badan penyelenggara tersebut menjadi satu badan pengelola yang akan mengelola seluruh program AKN. Usulan penyelenggaraan AKN di Muangthai menggabungkan konsep satu Badan Nasional sebagai pengelola dengan desentralisasi pembayaran kepada fasilitas kesehatan (*area purchasing board*).³⁷ 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.^{38 39 40 41} 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 penduduk Thailand kini juga telah terbebas dari ancaman menjadi miskin bila jatuh sakit sejak tahun 2002. Artinya, jika Indonesia menargetkan cakupan universal tercapai tahun 2019, maka kita ketinggalan hampir 20 tahun dibanding Muangthai.

Sistem UHC di Muangthai patut ditiru oleh Indonesia karena sistemnya yang sederhana dan mengena. Pemerintah Muangthai mempunyai komitmen yang kuat menjamin penduduknya dengan kualitas yang layak. Sejak awal diperkenalkan, Pemerintah Muangthai membayar (semacam PBI di Indonesia) sebesar sekitar 1.200 Baht per orang per bulan. Di Tahun 2012 Pemerintah Muangthai membayar sekitar 2.600 Baht per orang per bulan, atau sekitar Rp 80.000 per orang per bulan (Pongpisut, 2012, Treerutkuarkul, 2012).^{42 43} Bandingkan dengan “kemauan” Menteri Keuangan Indonesia yang hanya bersedia mengalokasikan Rp 15.500 per orang per bulan. Padahal, biaya hidup dan standar hidup di Muangthai dan di Indonesia tidak banyak berbeda.

AKN 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.^{44 45 46}

4. Sejarah Asuransi Kesehatan di Indonesia

Di atas telah disinggung secara singkat sejarah perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia. Disini, sejarah tersebut diperdalam untuk memberikan pemahaman utuh tentang 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 mempengaruhi perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia tidak cukup tersedia. Searah teoritis beberapa faktor penting dapat dikemukakan sebagai penyebab lambatnya pertumbuhan asuransi kesehatan di Indonesia, diantaranya *deman (demand)* dan pendapatan penduduk yang rendah, terbatasnya jumlah perusahaan asuransi, dan buruknya kualitas fasilitas 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 di kalangan masyarakat Indonesia bahwa membeli asuransi berkaitan sama dengan menentang takdir. Hal ini menyebabkan rendahnya kesadaran penduduk untuk membeli atau mempunyai asuransi kesehatan. Selanjutnya, keadaan ekonomi penduduk Indonesia yang sejak merdeka sampai saat tahun 2013 mempunyai pendapatan per kapita sekitar USD 4.000 AS per tahun tetapi tidak merata. Hanya sebagian kecil berpendapatan tinggi, sehingga tidak memungkinkan sebagian besar penduduk Indonesia membeli asuransi kesehatan. Selain itu, fasilitas kesehatan sebagai faktor yang sangat penting untuk mendukung terlaksananya asuransi 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 perijinan dan kepastian hukum dalam berbisnis asuransi atau mengembangkan asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat luas.

Asuransi Sosial

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.⁴⁷ 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%.⁴⁸ 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 prosentase upah atau gaji. Pada awalnya asuransi kesehatan pegawai negeri, yang kini 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 merespon tuntutan peserta dan fasilitas kesehatan.

Administrasi keuangan di Departemen umumnya lambat dan birokratis sehingga tidak mendorong manajemen yang baik dan memuaskan pemangku kepentingan (*stake holders*). Oleh karenanya Askes kemudian dikelola secara korporat dengan mengkonversi BPDPK menjadi Perusahaan Umum (Perum) yang dikenal dengan Perum Husada Bakti (PHB) di tahun 1984. Perubahan menjadi PHB membuat pengelolaan Askes, 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 6/1992 dan namanya berubah menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia 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. Kini, 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 propinsi 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 14/1993 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 dikediri 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/JPKM/Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin

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 dimana 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 propinsi 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 23/1992 tentang Kesehatan. Meskipun tidak sesuai perintah UU yang mengharuskan pengaturan lebih lanjut oleh 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, sampai kini, hampir 10 tahun dana alokasi pengalihan subsidi yang kini 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 ketidak-cukupan 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 UUD45 yang mengharuskan pemerintah bertanggungjawab menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Di tahun 2000, Sidang Umum Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) berhasil melakukan amandemen UUD45 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 Kepres dan beranggotakan lima Departemen/kementerian yaitu Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Keuangan, Sosial, Kesehatan, dan Tenaga Kerja. Belakangan, di tahun 2003 Kepres tersebut diubah menjadi Kepres Nomor 101/2003 untuk menampung lebih banyak perwakilan, termasuk akademisi dan organisasi seperti PAMJAKI (Perhimpunan 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 (BPJ S) 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 dijalkannya UU SJSN dan disahkannya UU BPJS. Upaya mengundangkan 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 dijalkannya tujuan negara mensejahterakan rakyat, antara lain dengan SJSN sebagaimana diperintahkan UUD 45 akhirnya mulai tampak bersinar dengan diundangkannya UU Nomor 24/2011 tentang 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 JamKesNas dengan pembayaran kapitasi dan CBG.

Asuransi Komersial

Asuransi komersial kesehatan telah ditawarkan di kota-kota besar di awal tahun 1970an oleh perusahaan asuransi multinasional yang memiliki kantor cabang atau unit usaha di Indonesia. Perkembangan penjualan asuransi komersial yang dijual oleh perusahaan asuransi sebelum tahun 1992 tidak mengalami pertumbuhan yang berarti karena landasan hukumnya

tidak jelas. Asuransi komersial dengan obyek kesehatan kala itu umumnya dijual sebagai produk tumpangan (*rider*) yang dijual oleh perusahaan asuransi kerugian, karena memang asuransi kesehatan merupakan asuransi kerugian. Perusahaan asuransi jiwa tidak jelas apakah dapat menjual asuransi kesehatan atau tidak.

Di tahun 1992, UU nomor 2/1992 tentang Asuransi diundangkan dan mengatur bahwa perusahaan asuransi jiwa boleh menjual produk asuransi kesehatan. Awalnya banyak pihak yang menganggap bahwa hanya perusahaan asuransi jiwa yang diijinkan untuk menjual asuransi kesehatan, karena dalam bidang asuransi kerugian tidak disebutkan perusahaan asuransi kerugian boleh menjual asuransi kesehatan. Sesungguhnya sifat alamiah usaha asuransi jiwa bukan asuransi kerugian karena besarnya kehilangan jiwa tidak bisa diukur dan karenanya prinsip indemnitas atau penggantian kerugian tidak dapat dijalankan. Dalam asuransi jiwa pemegang polis dapat memilih nilai nominal pertanggungan yang diasuransikan apabila tertanggung meninggal. Dengan keluarnya UU asuransi tersebut, maka baik perusahaan asuransi jiwa maupun asuransi kerugian dapat menjual produk asuransi kesehatan dan derivatnya. Pertumbuhan pasar asuransi kesehatan mendapat percepatan dengan dimanipulasinya UU Jamsostek melalui PP 14/1993 tentang Jamsostek yang membolehkan *opt out*. Opsi keluar JPK Jamsostek tersebut memudahkan banyak perusahaan membeli asuransi kesehatan dari perusahaan asuransi. Namun, ternyata sampai tahun 2012, Volume bisnis asuransi kesehatan tidak mencapai 3% dari Volume bisnis asuransi kerugian. Dengan kata lain, opsi keluar tersebut tidak membuahkan hasil perluasan jaminan kesehatan. Jumlah penduduk yang dijamin, termasuk anggota keluarga di tahun 2012 diperkirakan hanya 7 (tujuh) juta orang.⁴⁹

Percepatan pasar asuransi kesehatan juga dinikmati oleh badan pelaksana (Bapel) JPKM, yang bukan dikelola oleh swasta yang menjual produk asuransi kesehatan di kota besar. Dengan iming-iming bahwa JPKM menerapkan teknik-teknik *managed care* yang menghemat biaya dan menawarkan pelayanan yang lebih bermutu, beberapa Bapel JPKM mampu menjual produknya. Akan tetapi karena pengalaman yang kurang dan tidak memahami bisnis asuransi kesehatan, beberapa Bapel tidak mampu berkembang dan bahkan mengalami kebangkrutan. Kebangkrutan Bapel *International Health Benefit of Indonesia* (IHBI) di tahun 1999, merupakan suatu contoh kegagalan Bapel JPKM yang kurang pengalaman dalam bisnis asuransi. Di tahun itu, IHBI tidak mampu membayar klaim-klaim rumah sakit yang, konon-karena hanya informasi lisan yang diperoleh, mencapai Rp 7 milyar, sementara dana modal (yang menjadi cadangan klaim) yang disimpan dalam rekening Menteri Kesehatan hanyalah Rp 150 juta. Kasus IHBI tersebut menimbulkan kehilangan kepercayaan pihak rumah sakit terhadap industri asuransi secara keseluruhan, bukan hanya timbul ketidakpercayaan kepada Bapel JPKM. Setelah kejadian tersebut, banyak rumah sakit yang meminta agar perusahaan asuransi menempatkan uang muka untuk dua minggu ke depan, apabila pesertanya hendak dilayani di rumah sakit tersebut.

Bisnis Bapel JPKM masih terus berlangsung sampai SJSN diundangkan di tahun 2004. Dalam penggantian Pemerintahan, ketika program Askeskin dijalankan Kemenkes bersama PT Askes Indonesia di tahun 2005, bapel-bapel JPKM yang terhimpun dalam suatu perhimpunan (Perbapel) menguji materi UU SJSN. Penyebabnya, dalam program Askeskin

yang diserahkan kepada PT Askes, Bapel JPKM sama sekali tidak dilibatkan. Sesungguhnya Perbapel JPKM tidak memiliki status hukum untuk menguji materi sebagaimana diputuskan MK tanggal 31 Agustus 2005. Sebagian Bapel JPKM merasa menang dengan keputusan MK dan mengembangkan Jamkesda mulai tahun 2008 karena Kementerian Kesehatan kemudian mengambil alih program Askeskin menjadi program Jamkesmas. Kontroversi tentang JPKM dan Jamkesda terus mengemuka sampai tahun 2011. Kontroversi JPKM mulai kehilangan dukungan hukum setelah UU nomor 36 tahun 2009 diundangkan yang tidak lagi memuat JPKM. Dengan demikian, mulai tahun 2009 secara resmi konsep JPKM telah dihapus dari sistem kesehatan Indonesia. Setelah diundangkannya UU nomor 24/2011 tentang BPJS, semakin jelaslah bahwa Indonesia akan menuju sistem pembayar tunggal (*single payer*) yaitu satu BPJS untuk seluruh Indonesia.

5. Penutup

Asuransi kesehatan berkembang dimulai dengan solidaritas bersama yang sifatnya kumpulan kecil semacam dana sehat, dana sakit, dan sebagainya. Usaha yang kecil-kecil ini umumnya tidak memadai untuk berkembang karena sifatnya yang sukarela, tidak memenuhi hukum bilangan besar, dan besaran premi/iuran yang tidak dihitung secara memadai. Untuk mengatasi kegagalan sistem asuransi kecil dan bersifat lokal terdapat dua modus besar yaitu pengelolaan secara komersial dengan tingkat profesional yang tinggi, Volume yang memenuhi hukum bilangan besar, dan pengelolaan secara asuransi sosial yang bersifat wajib diikuti oleh semua orang dalam suatu golongan. Model asuransi sosial berkembang pesat di Eropa, dimulai di Jerman, dan menyebar luas ke seluruh dunia. Sementara sistem asuransi kesehatan komersial lebih berkembang di Amerika Serikat karena Amerika membatasi tumbuhnya asuransi sosial untuk kecelakaan kerja dan asuransi kesehatan bagi orang tua saja. Dalam pemerintahan Obama, Amerika pada akhirnya juga memulai cakupan universal dan melepaskan diri dari ketergantungan penuh pada asuransi komersial. Perkembangan asuransi komersial sesungguhnya didukung dengan adanya asuransi sosial. Di Indonesia, perkembangan asuransi kesehatan dimulai dengan asuransi sosial yaitu asuransi kesehatan pegawai negeri diikuti oleh asuransi sosial kecelakaan kerja, dan dilanjutkan dengan asuransi sosial kesehatan bagi pegawai swasta. Karena peraturan perundangan distortif yang membolehkan *opt out* bagi pekerja swasta, asuransi kesehatan sosial bagi pekerja swasta tidak berkembang sampai Sistem Jaminan Sosial Nasional (Asuransi Kesehatan Nasional) diundangkan melalui UU BPJS. Program AKN akan mulai terwujud di Indonesia di tahun 2014. Hanya saja, kualitas pelayanan yang diberikan masih harus diuji dengan kecukupan iuran dan pembayaran fasilitas kesehatan yang layak. Asuransi sosial menjamin 100% terpenuhinya syarat asuransi yaitu hukum bilangan besar.

Bab II

Konsep dan Jenis Asuransi Kesehatan

1. Tujuan Umum Pembelajaran

Dalam bab ini, pembaca diharapkan memahami konsep dasar asuransi dan asuransi kesehatan sehingga pembaca akan mudah memahami rancang bangun JamKesNas yang telah menjadi keputusan politik bangsa Indonesia. Pemahaman akan konsep dan jenis asuransi kesehatan akan memudahkan pembaca untuk belajar modul-modul asuransi kesehatan komersial sebagai asuransi tambahan dan teknik-teknik kendali biaya (*managed care*).

2. Pendahuluan

Dalam beberapa tahun terakhir, media ramai memberitakan protes Dewan Kesehatan Rakyat yang didukung oleh Mantan Menkes Siti Fadilah Supari atas sistem SJSN yang berbasis asuransi. Mereka mengklaim bahwa sistem asuransi akan menyebabkan dana jaminan sosial dibawa perusahaan asuransi ke luar negeri. Rakyat miskin nanti akan dipaksa membayar premi asuransi. Hal itu merupakan satu contoh kecil bahwa kata asuransi masih dipahami secara keliru sesuai dengan pengalaman mereka membeli asuransi. Asuransi juga masih dipahami sama dengan judi dan masih banyak ulama yang mengharamkan asuransi, tanpa memahami hakikat konsep asuransi.

Dahulu banyak yang menganggap bahwa JPKM bukan asuransi kesehatan, apalagi memahami bahwa JPKM adalah sesungguhnya konsep asuransi kesehatan komersial. Perkembangan selanjutnya menyebutkan JPKM sebagai asuransi sosial karena dijual kepada masyarakat miskin di daerah-daerah. Padahal dilihat dari definisi dan jenis programnya, JPKM jelas bukan asuransi kesehatan sosial. Asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) adalah suatu mekanisme pendanaan pelayanan kesehatan yang semakin banyak digunakan di seluruh dunia karena kehandalan sistem ini menjamin kebutuhan kesehatan rakyat suatu negara. Namun di Indonesia pemahaman tentang asuransi kesehatan sosial masih sangat rendah karena sejak lama kita hanya mendapatkan informasi yang bias tentang asuransi kesehatan yang didominasi dari paham asuransi kesehatan komersial di Amerika. Literatur yang mengupas asuransi kesehatan sosial juga sangat terbatas. Kebanyakan dosen maupun mahasiswa di bidang kesehatan, ekonomi, sosial, politik bahkan kebijakan publik tidak memahami asuransi sosial. Pola pikir (*mindset*) kebanyakan sarjana kita sudah terarah kepada segala sesuatu yang bersifat komersial, termasuk dalam pelayanan rumah sakit. Sehingga, setiap kata “sosial”, seperti “asuransi sosial” dan “fungsi sosial rumah sakit” hampir selalu dipahami sebagai pelayanan atau program untuk orang miskin. Sesungguhnya asuransi sosial bukanlah asuransi untuk orang miskin. Fungsi sosial bukanlah fungsi untuk orang miskin.

Dalam bab ini pembahasan akan dipusatkan pada pemahaman tentang asuransi dan asuransi kesehatan sosial. Karena luasnya masalah asuransi kesehatan sosial, bab ini membatasi pembahasan pada garis-garis besar asuransi kesehatan sosial. Pembaca yang ingin

mengetahui lebih dalam tentang praktek-praktek asuransi kesehatan sosial dapat membaca buku lain atau mencari literatur dari laman internet yang kini banyak menyediakan berbagai literatur.

3. 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 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/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. Masyarakatpun 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 ojekpun 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 mendapatkan 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.

4. Risiko dan Risiko Sakit

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)⁵⁰ telah membahas dasar-dasar asuransi kesehatan. Dalam bab ini, dasar-dasar tersebut disajikan kembali dengan modifikasi untuk memudahkan mahasiswa 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 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.

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)⁵¹, Rejda⁵²:

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.
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 prosentase 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.

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 pertanggunganaan 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 2006 dan dirawat di RS. Anu di kota Bogor. Biaya yang diperlukan untuk perawatan Tn Budi adalah Rp. 20 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 30.000 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 5 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, dimanapun di dunia, model asuransi mikro seperti itu tidak memiliki sustainabilitas (kesinambungan) jangka panjang. Umumnya skema semacam itu berusia pendek dan tidak menjadi besar.

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:

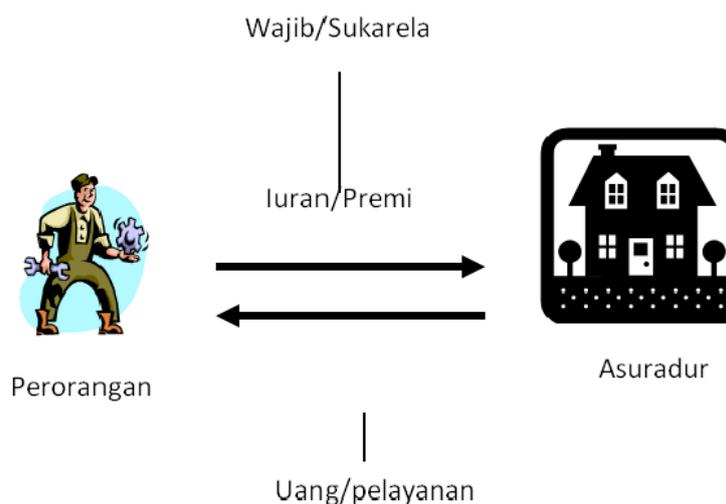
1. Probabilitas kejadian risiko yang akan diasuransikan relatif kecil. Ukuran probabilitas besar dan kecil juga relatif. Akan tetapi suatu kejadian yang lebih dari 50% kemungkinan terjadinya (dalam bahasa statistik disebut probabilitas $>0,5$) akan menyebabkan premi menjadi besar dan tidak menarik untuk 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. Katastrofik 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 katastrofik bervariasi sesuai dengan kemampuan ekonomi suatu negara. WHO memberikan definisi biaya medis katastrofik bagi rumah tangga jika biaya pengobatan atau perawatan menghabiskan lebih dari 40% penghasilan rumah tangga (WHO, 2000).⁵³ Akan tetapi biaya medis yang bersifat katastrofik 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 diikutsertakan 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* (*the 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.

5. Jenis Asuransi

Telah dibahas sebelumnya bahwa asuransi adalah manajemen risiko, dimana seseorang atau sekelompok kecil orang (yang disebut pemegang polis/*policy holder* atau peserta/*participant*) melakukan transfer risiko yang dihadapinya kepada pihak asuransi (yang disebut asuradur/*insurer* atau badan penyelenggara asuransi) dengan membayar sejumlah premi (iuran atau kontribusi). Bila pemegang polis atau peserta adalah perseorangan, maka ia akan menjamin dirinya sendiri dan atau termasuk anggota keluarganya. Dalam hal pemegang polis atau peserta bersifat kelompok kecil (misalnya suatu perusahaan atau instansi), maka yang dijamin biasanya anggota kelompok tersebut (karyawan dan anggota keluarganya). Dengan pembayaran premi/iuran tersebut, maka segala risiko biaya yang terjadi akibat kejadian yang terjadi pada pemegang polis atau peserta sesuai kesepakatan yang tercantum dalam perjanjian/ kontrak akan menjadi kewajiban asuradur. Peserta yang termasuk dalam daftar yang dijamin sesuai ketentuan dalam kontrak atau peraturan disebut tertanggung atau *insured*. Risiko yang harus ditanggung asuradur disebut benefit atau “manfaat” asuransi, yang cakupan (*scope*) dan besarnya telah ditetapkan di muka dalam kontrak atau peraturan. Dalam asuransi kesehatan, manfaat ini sering disebut paket jaminan (*benefit package*) karena manfaat asuransi kesehatan pada umumnya berbentuk pelayanan kesehatan yang dijamin oleh asuradur, sedangkan manfaat asuransi jiwa atau kerugian umumnya dalam bentuk nilai nominal uang,

Secara sederhana pengertian asuransi dapat digambarkan dengan ilustrasi berikut.



Dari ilustrasi di atas dapat dilihat ada dua elemen utama terselenggaranya asuransi yaitu ada pembayaran premi/iuran dan *benefit/manfaat*. Kedua elemen itulah yang mengikat kedua pihak (para pihak), peserta dan asuradur. Pada hakikatnya dalam asuransi, secara umum, para pihak memiliki hak dan kewajiban sebagaimana layaknya sebuah kontrak. Tertanggung merupakan orang yang mempunyai kewajiban membayar premi. Dalam program Jamsostek,

Askes dan JPKM, yang semuanya nanti akan diatur dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, bertanggung disebut peserta-tanpa membedakan siapa yang membayar iuran. Di dalam asuransi kesehatan tradisional/konvensional yang dijual oleh perusahaan asuransi, manfaatnya ditetapkan atau dibatasi dengan nilai jumlah uang tertentu dan pesertanya disebut pemegang polis (*policy holder*) dan anggota keluarga yang dijamin disebut tertanggung. Dalam asuransi kesehatan yang dikelola oleh bukan perusahaan asuransi di Amerika (yang biasa dikenal di Indonesia dengan *managed care*) tertanggung disebut anggota atau *member*. Pemegang polis atau peserta berkewajiban membayar premi/iuran sedangkan tertanggung tidak selalu merupakan orang yang harus membayar premi. Asuradur adalah orang atau badan yang telah menerima premi dan karenanya mempunyai kewajiban membayar atau menanggung risiko yang diasuransikan dengan membayarkan manfaat bila risiko terjadi. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 571/572 tahun 1993 tentang JPKM, asuradur ini disebut Badan Penyelenggara JPKM yang disingkat Bapel. (di masa mendatang, JPKM hanya akan menjual manfaat tambahan)

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:

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.

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.

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.

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 dimanapun 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*.

Pembayaran Premi

Menurut sifat kepesertaannya, asuransi dapat dibagi menjadi dua golongan besar yaitu kepesertaan yang bersifat wajib dan sukarela. Sifat kepesertaan itu terkait dengan kewajiban membayar premi yang juga bersifat wajib dan sukarela (lihat ilustrasi di halaman sebelumnya). Asuransi dengan kepesertaan wajib disebut asuransi sosial, sedangkan asuransi yang kepesertaannya sukarela, digolongkan sebagai asuransi komersial karena tidak ada kewajiban seseorang untuk ikut atau membeli asuransi. Sifat membeli merupakan suatu transaksi sukarela dalam perdagangan (*commerce*). Banyak pihak di Indonesia yang mengasosiasikan asuransi sosial sebagai asuransi bagi kelompok masyarakat ekonomi lemah (miskin), sehingga pada awalnya JPKM dinyatakan bukan sebagai asuransi komersial. Padahal dengan sifat kepesertaan yang sukarela, asuransi itu sudah dapat dikelompokkan menjadi asuransi komersial.

6. 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 (Depkes) juga merupakan program jaminan untuk masyarakat miskin. Hal ini barangkali terkait dengan program JPKM dalam rangka Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) dimana 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. Diskusi lebih lanjut tentang hal ini dibahas lebih lanjut dalam bab asuransi komersial.

Dalam Undang-Undang No 2/92 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 globalisasi 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 di daerah ketika penulis mempresentasikan konsep asuransi sosial.

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/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 disekitarnya, 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 memperdulikan status ekonomi atau usianya. Prinsip itulah yang disebut sebagai keadilan sosial (*sosial equity/sosial 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 (*sosial 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, salah satu contoh asuransi sosial yang diatur UU adalah jaminan pemeliharaan kesehatan dalam Undang-undang No. 3/1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek).

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 prosentase 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 *sosial 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). Jadi tidak tepat kalau Jamsostek dan Askes pegawai negeri dikelola oleh PT Persero yang berorientasi laba (*for profit*). Kondisi tersebut merupakan keunikan yang patut dicermati. 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 Amanat ini dimiliki oleh seluruh peserta, mirip dengan model Usaha Bersama (*mutual*) pada Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera yang pemegang sahamnya adalah seluruh peserta/pemegang polis. Tetapi produk asuransi yang dijual Bumiputera bersifat komersial, bukan asuransi sosial. 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 dimana 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.

Keunggulan

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 dimana 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 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 sekompleks 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) yang 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.⁵⁴ 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 (*sosial justice*). Pendekatan asuransi komersial tidak mungkin mencakup seluruh penduduk dan memaksimalkan solidaritas sosial.

Kelemahan

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 merespon 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.

7. 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 merespon demand (permintaan) masyarakat sedangkan asuransi sosial merespon 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.

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 luks 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 menjaminnnya.

Sifat kontrak adhesi, dimana 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.⁵⁵ 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.⁵⁶

Kekuatan

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 akan 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

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 dimana seseorang berada (bukan risiko tiap orang). Disinilah terjadi *you get what you pay for*. Peserta yang membeli paket platinum dapat pelayanan yang spesial yang sesuai dengan paketnya. 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 mungkin 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.

Kegagalan pasar asuransi komersial/swasta

Karena sifat *uncertainty* yang membuka peluang usaha asuransi, maka kini banyak pemain baru yang muncul meramaikan pasar asuransi kesehatan. Kolusi antara dokter-rumah sakit dan perusahaan farmasi menyebabkan harga pelayanan kesehatan semakin mahal. Risiko sakit semakin mahal, maka demand baru terbentuk yaitu membeli asuransi kesehatan. Bagaimana dengan tarif asuransi? Tarif atau premi asuransi tidak bisa dilepaskan dari tarif dokter, rumah sakit, harga obat, harga laboratorium, dan alat-alat medis lainnya. Dapatkah asuransi mendapatkan harga yang pantas (*fair*)? Pengalaman dari praktisi asuransi, harga yang pantas itu sulit diperoleh. Meskipun perusahaan asuransi/Bapel JPKM/HMO dapat memperoleh harga yang lebih murah berkat kemampuan mereka bernegosiasi dengan rumah sakit, namun karena mereka juga punya interest untuk mendapatkan untung, maka harga yang akhirnya menjadi beban konsumen tetap tinggi. Sementara itu *provider* masih tetap memiliki

market power yang kuat sehingga lebih mempunyai peluang menetapkan marjin keuntungan yang besar pula. Kedua mekanisme pasar asuransi kesehatan dan *provider* (penyelenggara pelayanan kesehatan), maka harga akhir yang dibebankan kepada konsumen akan tetap tinggi. Hal ini dibuktikan dengan tingginya biaya kesehatan dan premi asuransi kesehatan di Amerika Serikat, yang menganut paham mekanisme pasar, jika dibandingkan dengan biaya kesehatan di negara maju lainnya, seperti terlihat pada tabel 1.

Akankah konsumen mampu untuk memilih produk asuransi dengan harga yang sesuai kebutuhannya? Sulit! Karena adanya informasi asimetri antara asuradur dan konsumen (pembeli asuransi). Konsumen tidak mengetahui dengan tepat tingkat risiko yang dihadapinya, sehingga sulit mengetahui apakah harga premi yang dibelinya pantas, terlalu murah, atau terlalu mahal. Sementara penjual (perusahaan asuransi/Bapel JPKM/HMO) dapat menciptakan produk dan cara pemasaran yang sedemikian rupa sehingga konsumen yang memiliki kemampuan keuangan akan memilih untuk membeli produk tersebut. Bagi konsumen yang tidak mampu, hampir tidak ada produk yang ditawarkan pasar, karena sejauh pasar belum jenuh, asuradur akan memusatkan perhatian pada pasar yang mampu membeli dan *profitable*. Penetapan premi oleh asuradur (swasta/sukarela) didasarkan atas risiko yang akan ditanggung (paket jaminan), maka besarnya premi tidak dapat disesuaikan dengan kemampuan membeli seseorang. Penetapan premi dengan pendekatan di atas, disebut *risk based premium*. Hampir dapat dipastikan penduduk yang miskin tidak akan mampu membeli premi. Karenanya, asuransi kesehatan swasta/sukarela/komersial tidak akan mampu mencakup seluruh penduduk. Keinginan mencakup seluruh penduduk dengan mekanisme asuransi kesehatan swasta hanyalah sebuah impian belaka. Hal ini dapat dibuktikan di Amerika, yang menghabiskan lebih dari US\$ 4.000 per kapita per tahun (tahun 2005 diperkirakan Amerika menghabiskan lebih dari US\$ 2 triliun), akan tetapi lebih dari 40 juta penduduknya (16%) tidak memiliki asuransi.⁵⁷

Dengan terbatasnya pasar dan persaingan yang tinggi, volume penjualan tidak bisa besar. Persaingan antara asuradur akan memaksa asuradur membuat produk spesifik yang mengakibatkan *pool* tidak optimal untuk mencakup berbagai pelayanan. Persaingan menjual produk spesifik dan volume penjualan untuk masing-masing produk yang relatif kecil menyebabkan *contingency* dan *profit margin* yang relatif besar. Perusahaan asuransi Amerika menghabiskan rata-rata 12% faktor *loading* (biaya operasional, laba, dan berbagai biaya non medis lainnya) (Shalala dan Reinhart, 1999). Departemen Kesehatan RI membolehkan Bapel menarik biaya *loading* sampai 30%.⁵⁸ Asuradur swasta di Indonesia memiliki rasio klaim yang bervariasi antara 40-70%, tergantung jenis produknya, sehingga biaya tambahan di luar pelayanan kesehatan yang harus ditanggung konsumen adalah sebesar 30-60%. Gambaran di atas memperlihatkan asuransi swasta tidak akan mampu menurunkan biaya kesehatan dan premi, sehingga mampu terjangkau oleh semua penduduk. Sehingga asuransi swasta tidak akan mampu mencakup seluruh penduduk.

Jelaslah ketergantungan pada sistem asuransi kesehatan swasta/komersial (termasuk disini sistem JPKM yang sekarang berlaku) gagal menciptakan cakupan universal dan mencapai efisiensi makro. *Trade off* antara *risk pooling* dan biaya yang ditanggung konsumen tidak seimbang. Sementara itu, hampir semua negara menginginkan tercapainya cakupan universal.

Untuk mencapai cakupan universal dan efisiensi makro, tidak akan mungkin diperoleh melalui asuransi swasta/komersial.

Semua negara maju telah meratifikasi konvensi PBB tentang hak asasi manusia dan menempatkan pelayanan kesehatan sebagai salah satu hak dasar penduduk (*fundamental human right*). Sebagai konsekuensi peletakan hak dasar ini pemerintah mengusahakan suatu sistem kesehatan yang mampu mencakup seluruh penduduk (universal) secara adil dan merata (*equity*). Negara-negara maju pada umumnya mewujudkan peran serta masyarakat dalam pembiayaan dan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan publik yang diatur oleh suatu undang-undang. Pembiayaan publik dimaksudkan adalah pembiayaan oleh negara atau oleh sistem asuransi sosial yang didasarkan oleh undang-undang. Penyelenggara pembiayaan publik adalah badan pemerintah atau badan swasta yang nirlaba. Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan publik adalah penyediaan rumah sakit, klinik, pusat kesehatan, dan sebagainya yang disediakan oleh negara dan dapat diselenggarakan secara otonom (terlepas dari birokrasi pemerintahan) ataupun tidak otonom.

Dengan menempatkan salah satu atau kedua faktor pembiayaan dan atau penyediaan oleh publik (*public not for profit enterprise*) memungkinkan terselenggaranya cakupan universal dan pemerataan yang adil. Penempatan kesehatan sebagai hak asasi tidak selalu berarti bahwa pemerintah harus menyediakan seluruh pelayanan dengan cuma-cuma. Yang dimaksud pendanaan oleh publik adalah pendanaan oleh pemerintah dalam bentuk anggaran belanja negara atau oleh penyelenggara asuransi sosial atau jaminan sosial. Asuransi/jaminan sosial dapat dikelola langsung oleh organisasi birokrasi pemerintah atau oleh badan/*agency* yang dibentuk pemerintah yang otonom, tidak dipengaruhi birokrasi pemerintah. Di Indonesia, banyak orang mengkhawatirkan penempatan kesehatan sebagai hak asasi akan menyebabkan beban pemerintah menjadi sangat berat. Pada hakikatnya, pembiayaan maupun penyediaan pelayanan dapat dilakukan oleh pemerintah bersama swasta yang secara umum dapat dilihat dari gambar 1.

Tabel
Matriks Pembiayaan dan Penyediaan (*delivery*) pelayanan kesehatan

Penyediaan pelayanan kesehatan	Pembiayaan	
	Publik	Swasta
Publik	Inggris	Indonesia dan Negara berkembang lainnya
Swasta	Kanada, Jerman, Jepang, Korea, Taiwan, dan negara-negara maju lainnya	Amerika

* *Jepang dan Jerman menyerahkan sebagian besar pembiayaan dan penyediaan kepada sektor swasta, akan tetapi bersifat sosial (nirlaba) yang diatur oleh pemerintah, sementara Amerika menyerahkan kepada mekanisme pasar (for profit dan not for profit).*

Apabila pembiayaan diserahkan kepada sektor publik, yang bersifat sosial atau nirlaba, maka terdapat dua pilihan utama yaitu pembiayaan dari penerimaan pajak (*general tax revenue*) seperti yang dilakukan Inggris dan pembiayaan melalui asuransi sosial seperti yang

dilakukan Kanada, Taiwan, Jepang dan Jerman. Kanada dan Taiwan memberlakukan sistem monopoli Propinsi dan Negara dengan hanya menggunakan satu badan penyelenggara, yang sering dikenal Asuransi Kesehatan Nasional. Sementara Jerman dan Jepang menggunakan undang-undang wajib asuransi sosial dengan banyak penyelenggara dari pihak swasta yang nirlaba.

Di Indonesia, pengertian *asuransi sosial* sangat sering disalah-artikan dengan pengertian *derma* atau pelayanan *cuma-cuma*. Sementara penyelenggaraan asuransi sosial kesehatan yang sudah ada seperti program JPK PNS/Askes dan program JPK Jamsostek, diselenggarakan oleh perusahaan publik yang berbentuk badan hukum persero berorientasi laba. Hal ini menyebabkan semakin kacaunya pemahaman asuransi sosial. Distorsi pemahaman ini menyebabkan sulitnya upaya menuju suatu sistem asuransi sosial yang konsisten.

Asuransi sosial adalah asuransi yang diselenggarakan atau diatur oleh pemerintah yang melindungi golongan ekonomi lemah dan menjamin keadilan yang merata (*equity*). Untuk mencapai tujuan tersebut, maka suatu asuransi sosial haruslah didasarkan pada suatu undang-undang dengan pembayaran premi dan paket jaminan yang memungkinkan terjadinya pemerataan. Dalam penyelenggaraannya, pada asuransi sosial mempunyai ciri (a) kepesertaan wajib bagi sekelompok atau seluruh penduduk, (b) besaran premi ditetapkan oleh undang-undang, umumnya proporsional terhadap pendapatan/gaji, dan (c) paketnya ditetapkan sama untuk semua golongan pendapatan, yang biasanya sesuai dengan kebutuhan medis.⁵⁹ Dengan mekanisme ini, maka dimungkinkan tercapainya keadilan sosial yang *egaliter*.

Dari segi pembiayaan, asuransi sosial mempunyai keunggulan dalam mencapai efisiensi makro karena tidak memerlukan biaya perancangan produk, pemasaran, dan pencapaian skala ekonomi yang optimal. Taiwan misalnya hanya menghabiskan kurang dari 3% premi untuk biaya administrasi.⁶⁰ Program Medicare di Amerika hanya menghabiskan biaya administrasi sebesar 3-4% sementara asuransi komersial swasta di Amerika menghabiskan rata-rata 12%.⁶¹

8. Asuransi Sosial bidang Kesehatan di Berbagai Negara dan Indikator Makro Kesehatan

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 tradisional-indemnitas maupun dalam bentuk *managed care* (HMO, PPO, maupun POS). Tentu saja argumen teoritis yang dikemukakan di atas tidak cukup meyakinkan tanpa adanya data empirik. Data empirik yang menyajikan cakupan universal dan efisiensi makro saja, juga tidak cukup meyakinkan manfaat asuransi sosial. Oleh karena itu kita juga harus melihat indikator *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, kita bisa melihatnya dari keluaran yaitu status kesehatan. Pengukuran status kesehatan yang lazim digunakan adalah angka kematian bayi

(AKB) dan umur harapan hidup. Memang kedua indikator tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh sistem kesehatan, akan tetapi berbagai analisis menunjukkan bahwa sistem tersebut mempunyai korelasi yang kuat terhadap keluaran status kesehatan. Dalam Tabel-1 disajikan perbandingan data empirik yang di olah dari karya Anderson dan Paullier.⁶²

Tabel 1
Perbandingan model asuransi, cakupan, biaya dan status kesehatan di berbagai negara maju.

Negara	Askes domi- nan	% penddk dijamin ASK	Biaya RI per hari (US\$), 1996	Biaya Kes per kapita (US\$), 1997	IMR, 1996	LE, wnt/pria, 1996
Amerika	Komers	33,3	1.128	3.925	7,8	79,4/72,7
Australia	Sosial	100	242	1.805	5,8	81,1/75,2
Austria	Sosial	99	109	1.793	5,1	80,2/73,9
Belanda	Sosial	72	225	1.838	5,2	80,4/74,7
Belgia	Sosial	99	263	1.747	6,0	81,0/74,3
Ceko	Sosial	100	75	904	6,0	77,2/70,5
Denmark	Sosial	100	632	1.848	5,2	78,0/72,8
Finlandia	Sosial	100	168	1.447	4,0	80,5/73,0
Inggris	Negara, NHS	100	320	1.347	6,1	79,3/74,4
Islandia	Sosial	100	192	2.005	5,5	80,6/76,2
Itali	Sosial	100	339	1.589	5,8	81,3/74,9

Catatan: RI: rawat inap, IMR: infant mortality rate, LE: life expectancy.

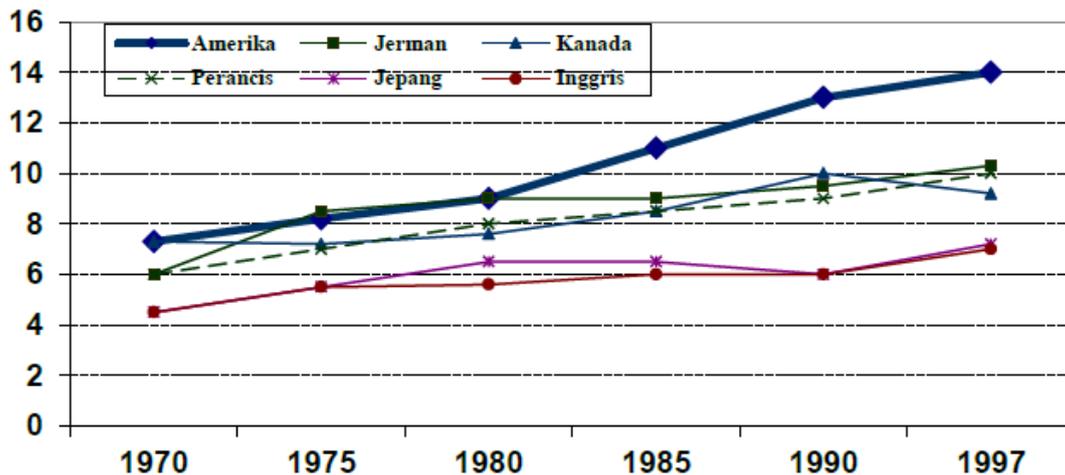
Dari tabel tersebut dapat kita lihat bahwa Amerika yang merupakan satu-satunya negara maju yang menggantungkan sistem asuransinya pada asuransi komersial menunjukkan biaya kesehatan yang harus ditanggung asuransi, hampir dua kali biaya termahal di negara lain, dan lebih dari dua kali dari biaya kesehatan di Jepang dan Jerman yang sama-sama memiliki banyak badan penyelenggara asuransi kesehatan. Bahkan biaya rawat inap per hari di Amerika mencapai 5-10 kali lebih mahal dibandingkan negara maju lain yang memiliki pendapatan per kapita tidak jauh berbeda. Jika dilihat cakupan asuransinya, Amerika masih memiliki 17% penduduk (43 juta jiwa) yang tidak mempunyai jaminan (uninsured). Sementara indikator makro kesehatan, IMR dan LE, tidak menunjukkan status yang lebih baik dari banyak negara atau dari tetangganya Kanada.

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 enam negara OECD, 1970-1997 telah dilakukan oleh Ikegami dan Campbell.⁶³ Hasil penelitian tersebut disajikan pada Gambar-2.

Penelitian kedua orang tersebut mendapatkan data bahwa prosentasi biaya kesehatan terhadap PDB Amerika secara konsisten terus meningkat tak terkendali. Dibandingkan dengan Jepang dan Inggris yang memiliki sistem pembiayaan dan penyediaan kesehatan yang terkendali (bukan *managed care*), Amerika menghabiskan biaya jauh lebih besar, baik dalam nilai nominal dolar maupun dalam prosentase terhadap PDB. Dari enam 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.

Gambar-2
Perkembangan Biaya Kesehatan (% PDB) di Enam Negara Maju, 1970-1997



Disusun dari data Health Affairs

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,⁶⁴ 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.

9. Pemberian Benefit/Manfaat Asuransi

Dari segi pemberian atau pembayaran manfaat kita dapat membagi jaminan asuransi menjadi dua bagian besar, yaitu pemberian manfaat dalam bentuk uang/ penggantian uang dan dalam pelayanan. Dalam asuransi kesehatan, pembayaran dalam bentuk uang dikenal dengan nama asuransi kesehatan tradisional yang dapat memberikan penggantian uang *lump sum*, sejumlah tertentu (indemnitas) atau sesuai dengan tagihan (*reimbursement*). Sedangkan manfaat yang diberikan dalam bentuk pelayanan kini dikenal dengan istilah populer di Amerika sebagai *managed care* (pelayanan terkendali). Pemberian jaminan dalam bentuk uang ataupun pelayanan dapat diberikan baik oleh asuransi kesehatan sosial maupun asuransi kesehatan sosial.

Jaminan Uang

Tradisi asuransi, termasuk asuransi kesehatan, adalah memberikan penggantian uang. Undang-undang No.2/92 tentang Asuransi di Indonesia juga mempunyai definisi yang sama. Dalam asuransi kesehatan di masa lalu, dimana *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 $Rp (2/100) \times Rp 500.000 = Rp 5.000,-$ 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 $(2/100) \times Rp 1.500.000,-$ 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 $4 \times Rp 22.500 = Rp 90.000$ 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 ia 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 indemnitatis, peserta dapat mengajukan klaim berdasarkan kwitansi biaya berobat di rumah sakit dan tidak diperlukan kontrak khusus antara perusahaan asuransi dengan *provider*. Pada umumnya produk indemnitatis 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 Dalam Bentuk Pelayanan

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.

10. Penutup

Setelah berbagai model asuransi kesehatan dibahas di atas, maka di bawah ini disajikan ringkasan berbagai aspek yang dapat dihasilkan dari jenis asuransi kesehatan tersebut dan contoh-contoh yang ada di Indonesia dan di dunia.

Berbagai aspek yang dapat dihasilkan atau difasilitasi oleh asuransi kesehatan sosial dan komersial

Aspek \ Asuransi	Sosial (Wajib)	Komersial (Sukarela)
Sifat gotong royong antar golongan	Tua-muda Kaya-miskin Sehat-sakit	Sehat-sakit
Seleksi bias	Tidak ada	<i>Adverse</i> atau <i>favorable</i> , tergantung keahlian bapel/asuradur
Premi	<i>Not risk-related</i> Biasanya proporsional (%) terhadap upah	<i>Risk-related</i> Biasanya dalam jumlah harga tertentu
Paket	Sama untuk seluruh peserta	Bervariasi sesuai pilihan peserta
Keadilan/ equity	Egaliter, sosial	Liberter, individual
Pilihan bapel/asuradur	Biasanya tidak ada atau terbatas	Banyak
Pilihan provider	Umumnya sangat luas. Pada penerapan teknik <i>managed care</i> , pilihan jadi terbatas	Pada model tradisional, umumnya sangat luas Pada model <i>managed care</i> , pilihan terbatas
Kemampuan pengendalian biaya	Sangat tinggi	Sangat rendah
Kompetisi bapel/asuradur	Umumnya kecil/rendah	Umumnya tinggi
Response pelayanan medis	Pemenuhan kebutuhan medis (<i>medical needs</i>)	Pemenuhan permintaan (<i>demand</i>)
Badan penyelenggara	Pemerintah atau quasi pemerintah Bersifat nirlaba	Bebas (pemerintah atau swasta) Bersifat pencari laba/nirlaba
Pembayaran fasilitas kesehatan	Bervariasi dari kapitasi sampai <i>fee for service</i>	Bervariasi dari kapitasi sampai <i>fee for service</i>

Contoh badan asuransi/asuradur dan pemberian manfaat asuransi

Asuransi Manfaat	Asuransi Sosial (wajib)	Asuransi Komersial (sukarela)
Uang (indemnitas/ reimbursement)	Jasa Raharja, JKK Jamsostek, Medicare di AS	Produk Lippo, Metlife, ING, Aetna, Jiwasraya, Bringin, Kartu kredit, dll. Askes tradisional di AS
Pelayanan <i>/managed care</i>	Askes wajib, JPK Jamsostek, AKN Kanada, AKN Taiwan, AKN Filipina, AKN Korea, AKN Muangtai, dan askes semua negara maju lainnya di dunia	Produk Askes komersial PT Askes, PT Allianz <i>managed care</i> , dan bapel JPKM Di Amerika: Blue Cross/Blue Shield, HMO, PPO, POS <i>(managed care organizations)</i>

AKN= Asuransi Kesehatan Nasional

Matriks Pembiayaan dan Penyediaan (*delivery*) pelayanan kesehatan yang dilaksanakan berbagai negara di dunia

Penyediaan pelayanan	Pembiayaan	
	Publik	Swasta
Publik	Inggris	Indonesia dan negara berkembang lainnya
Swasta	Kanada, Jerman, Jepang dan Taiwan	Amerika

- Jepang dan Jerman menyerahkan sebagian besar pembiayaan dan penyediaan kepada sektor swasta, akan tetapi bersifat sosial (nirlaba) yang diatur oleh pemerintah, sementara Amerika menyerahkan kepada mekanisme pasar (for profit dan not for profit).
- Yang dimaksud dengan pembiayaan publik adalah pembiayaan dari dana pemerintah atau asuransi sosial/jaminan sosial

Bab III

Manfaat dan Iuran JamKesNas

1. Tujuan Umum Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, pembaca harus memahami

- a. Konsep kebutuhan dasar dan kebutuhan dasar layanan kesehatan dan ketidakmampuan perorangan memenuhi kebutuhan layanan kesehatan
- b. Rincian manfaat layanan kesehatan yang dijamin JamKesNas
- c. Prinsip perhitungan iuran dan beberapa usulan perhitungan iuran yang telah dilakukan untuk JamKesNas

2. Program yang Tertunda

Awal tahun 2014, setelah ditunggu hampir 10 tahun, JamKesNas akan mulai dilaksanakan dengan sistem satu pembayar (*single payer system*) untuk menjamin kebutuhan dasar seluruh penduduk. Setelah UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) disetujui Pemerintah dan DPR pada tanggal 28 Oktober 2011, 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, draft awal UU BPJS yang disetujui pada tanggal 28 Oktober tersebut bukanlah draft 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 JamKesNas, akan tetapi UU BPJS mengatur bagaimana JamKesNas diselenggarakan oleh BPJS. Pengaturan produk, manfaat yang dijamin dan iuran, diatur dalam UU SJSN tujuh tahun sebelumnya. Dalam konsep yang diatur UU SJSN, manfaat JamKesNas adalah manfaat dasar atau standar. Manfaat tambahan (*top up/suplementer*) yang merespon terhadap *demand* diserahkan kepada UU Asuransi, yang pada tahun 2013 revisi UU No 2/1992 tentang Asuransi sedang dibahas. Program JamKesNas menjamin paket layanan dasar/standar yang diterjemahkan lebih rinci dalam Peraturan Presiden (PerPres) No 12/2013. Karena program JamKesNas menjamin paket jaminan dasar, untuk memberikan ruangan bagi asuransi swasta menjual produk tambahan, maka definisi paket dasar menjadi isu penting. Selain perusahaan asuransi, Pemda yang mampu juga 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 spesialistik, 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*).

Dalam bab terdahulu telah disajikan bahwa jaminan kesehatan publik (asuransi sosial) menyediakan manfaat (*benefit*) kesehatan untuk memenuhi kebutuhan (*need*) dasar kesehatan yang obyektif yang sering disebut kebutuhan dasar. Untuk memahami kebutuhan, dalam bagian ini akan dibahas pemahaman kebutuhan dasar kesehatan yang berbeda dengan kebutuhan dasar lainnya. Sedangkan asuransi kesehatan swasta lebih menitikberatkan pada pemenuhan keinginan (*demand*) yang diwujudkan dari pilihan dan kemampuan membeli suatu paket jaminan/asuransi kesehatan. Dalam konsep asuransi kesehatan komersial kebutuhan dasar bukan faktor penting akan tetapi dikenal paket dasar (*basic benefits*). Paket dasar dalam asuransi kesehatan komersial adalah *medical, surgical and hospitalization*, yaitu layanan kesehatan yang mahal yang tidak mampu dibayar sendiri oleh sebuah rumah tangga. Sedangkan layanan kesehatan rawat jalan yang murah, seperti pengobatan pilek dan diare, umumnya tidak dijamin oleh asuransi kesehatan komersial. Atau, jika hal itu dijamin, maka paket layanan tersebut dikenal dengan paket komprehensif (*comprehensive health benefits*). Untuk kejelasan, bagian ini akan membahas lebih lanjut perbedaan kebutuhan dasar dan paket dasar jaminan.

Pilar Jaminan Sosial Indonesia

Dalam merumuskan konsep jaminan sosial untuk Indonesia, Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dibentuk dengan Kepres nomor 20 tahun 2002 menyepakati suatu sistem jaminan sosial harus dibangun di atas tiga pilar (Tim SJSN, 2003)⁶⁵, yaitu:

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 JamKesNas. 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).

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/JamKesNas. 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.

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 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 m², salah satu standar yang digunakan di Indonesia untuk mengukur tingkat kemiskinan oleh Badan Pusat Statistik. Apa kebutuhan dasar kesehatan?

Kebutuhan Dasar dan 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 memproduksi (berjalan, bergerak, belajar, bekerja, atau bersosialisasi) bisa diukur dan alam hampir memastikan kebutuhan tersebut. Kebutuhan dasar makan untuk memproduksi 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 m² 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 m² 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 pecah 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 ketidak-mampuan 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 ini, dimana Pemerintah memboroskan uang rakyat untuk mensubidi 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.

3. Manfaat Standar Nasional Layanan Kesehatan

Paket Standar Nasional Jaminan Kesehatan

Jumlah layanan kesehatan yang dibutuhkan seseorang sangat bervariasi sesuai penyakitnya. Karena banyaknya layanan yang harus diterima peserta, maka dalam JamKesNas disepakati bahwa sejumlah layanan tertentu harus diberikan kepada peserta

JamKesNas yang sakit. Sejumlah layanan tersebut dibayar oleh BPJS dengan satu tarif. Oleh karenanya istilah yang digunakan sering disebut paket manfaat (*benefit packages*).

Paket jaminan kesehatan yang telah berlaku di Indonesia dikenal sebagai paket jaminan komprehensif, artinya, seluruh layanan atas indikasi medis dijamin. Dalam literatur internasional hal ini sering disebut *'first dollar coverage and sky is the limit'*. Masih banyak komentar pejabat dan akademisi yang menyatakan bahwa negara tidak akan sanggup mendanai seluruh layanan tersebut. Negara akan bangkrut. Ada bukti empirik di dunia? Pelajari bagaimana Inggris yang menyediakan layanan komprehensif tersebut justru menghabiskan belanja kesehatan kurang dari separuh yang dihabiskan Amerika. Di tahun 2009 Inggris hanya menghabiskan 9,8% PDB untuk kesehatan sementara Amerika menghabiskan 17,6% PDB untuk kesehatan (WHO, 2012).⁶⁶ Sudah lebih dari 50 tahun Inggris menyediakan layanan komprehensif tersebut. Sementara Amerika, sampai sekarang belum mampu menyediakan layanan komprehensif bagi semua penduduknya. Sistem pasar layanan kesehatan di Amerika yang menjadi sumber pemborosan dan ancaman kebangkrutan negara, bukan jaminan kesehatan komprehensif.

Pemahaman mengenai jaminan kesehatan harus terus disosialisasikan secara benar kepada pengambil keputusan dan pihak-pihak yang berpengaruh seperti akademisi dan tokoh nasional di negeri ini. Banyak pejabat, akademisi dan politisi yang bersuara menakutkan, negara akan bangkrut, tanpa ada dasar empirik. Kebanyakan pernyataannya hanya atas dasar asumsi. Celakanya, banyak yang sekedar ikut-ikutan, tanpa mempelajarinya dengan seksama. Jaminan kesehatan masih jadi komoditas politik para calon kepala daerah. Banyak pihak tidak memahami konsepsi jaminan kesehatan komprehensif. Bahkan di Inggris, penduduk yang tinggal jauh dari rumah sakit mendapat uang transpor dari rumah sakit agar mereka bisa memenuhi kebutuhan dasar. Tontonlah film "Sicko" yang menjelaskan secara gamblang layanan komprehensif tersebut.

Mereka yang menolak paket layanan standar nasional komprehensif dan berkeberatan dengan masuknya layanan mahal seperti pengobatan kanker hanya termakan ucapan orang lain. Bisa jadi mereka membawa kepentingan perusahaan asuransi atau ingin agar penduduk Indonesia sakit-sakitan dan tidak produktif agar biaya tenaga kerja tetap murah, atau sekedar menjatuhkan lawan politik. Sikap penolakan SJSN juga terjadi pada mereka yang tidak memahami baik sistem jaminan kesehatan di negara lain dan hanya memahami jaminan kesehatan dalam konteks asuransi kesehatan komersial yang sangat berbeda dengan konsep Jaminan/Asuransi Kesehatan Nasional (Publik).

Fakta layanan komprehensif sebagai paket standar nasional dapat bertahan dan tidak membuat bangkrut sudah terbukti dengan tetap sehatnya indikator keuangan PT Askes yang telah berjalan 45 tahun. Memang, sebagian pimpinan RS dan dokter mengeluhkan rendahnya pembayaran Askes ke RS dan dokter. Hal ini bisa dikoreksi dengan menaikkan iuran dan mengubah PT Askes dari pencari laba menjadi BPJS yang bukan pencari laba. Negara-negara yang menyediakan layanan kesehatan nasional seperti di Inggris, Australia, Spanyol, Italia, Hong Kong, Malaysia, dan Sri Lanka sejak lebih dari setengah abad yang lalu tidak pernah bangkrut. Mengapa demikian?

Jaminan/manfaat layanan komprehensif yang disediakan dalam bentuk layanan, bukan penggantian uang, dapat mengendalikan biaya atau *moral hazard* dari kedua sisi, yaitu sisi demand maupun sisi suplai. Kendali sisi *demand* (keinginan peserta atau penduduk yang berhak atas jaminan kesehatan) misalnya dengan menyediakan layanan di fasilitas tertentu, misalnya Puskesmas, rumah sakit publik, rumah sakit swasta yang bersedia kontrak, dan membatasi kelas perawatan di rumah sakit. Konsep ini diklaim oleh pimpinan Askes sebagai konsep *managed care*. Sesungguhnya klaim tersebut kurang tepat. Yang lebih tepat adalah menggunakan teknik-teknik *managed care*. Jelas, di dalam sistem Askes PNS, tidak semua peserta Askes menggunakan haknya. Banyak peserta (khususnya pejabat) yang merasa mampu tidak menggunakan fasilitas publik yang seringkali dengan antrian panjang (juga merupakan salah satu kendali). Tidak masalah. Jika ia punya uang sendiri dan ia tidak mau menggunakan haknya, maka hal tersebut merupakan hak seseorang. Namun, suatu ketika peserta Askes sakit berat dan uangnya terbatas, dia tetap berhak mendapat layanan yang mutlak dibutuhkan. Keluhan pejabat yang menilai layanan Askes tidak bagus memang harus menjadi perhatian dalam rancangan JamKesNas. Anehnya, banyak pejabat, khususnya di Kementerian Keuangan dan Bappenas yang tidak setuju kenaikan iuran, padahal mereka tahu jaminan Askes belum memadai.

Secara konstitusional dan secara medis, semua penduduk Indonesia berhak atas perlindungan negara agar ia terhindar dari ancaman nyawa atau cacat akibat penyakit yang tidak diobati. Suatu program nasional, apapun programnya, tidak boleh menjamin “kepuasan atau kenyamanan” semua penduduk, seperti subsidi BBM. Kenyamanan atau kepuasan merupakan hak privilege seseorang, yaitu hak yang harus diupayakan atau dibayar sendiri dengan prestasi, dengan biaya sendiri, atau prestasi jabatan (hanya pejabat tingkat tertentu yang mendapat fasilitas kenyamanan). Tidak realistis seluruh penduduk diberikan fasilitas “kenyamanan” sebagaimana yang dinikmati pejabat tinggi publik maupun swasta dan yang memiliki kendaraan bermotor. Hal ini merupakan praktik lazim yang berlaku di seluruh dunia. Tampaknya kebijakan publik Indonesia memang aneh. Jaminan kesehatan yang di negara lain menjadi prioritas, di Indonesia malah ditunda 10 tahun. Selama 10 tahun terakhir, Indonesia telah menghabiskan lebih dari RP 2.000 Triliun untuk subsidi BBM. Suatu bukti bangsa yang amat boros dan mubazir.

Kendali biaya sisi suplai dapat dilakukan dengan layanan terstruktur merupakan teknik yang juga lazim digunakan di seluruh dunia. Istilah lain kendali biaya, untuk menjamin kecukupan dana dan keterjangkauan dana kelompok disebut *rationing*. *Rationing* sisi suplai yang paling banyak digunakan adalah menggunakan obat generik, obat yang dipersaingkan secara terbuka (e-catalog yang sudah dimulai di Indonesia), dan alat medis standar, yang tetap efektif, namun tidak harus yang termahal. Obat generik adalah obat yang efektif namun tidak menggunakan nama dagang penemu obat yang sering secara keliru disebut obat paten. Obat paten adalah obat yang hanya diproduksi oleh satu perusahaan obat, penemu obat tersebut. Karena perusahaan telah melakukan riset yang mahal, yang mencapai biaya 1-10 Triliun rupiah untuk satu jenis obat, maka perusahaan tersebut secara konvensi internasional diberikan hak monopoli menjual obat tersebut selama 20 tahun. Selama 20 tahun perusahaan lain tidak boleh menjual obat tersebut dan diperhitungkan bahwa seluruh investasi dan hasil

investasi yang memadai telah dimiliki oleh perusahaan penemu. Setelah itu, hak paten habis dan obat atau zat aktif bahan baku obat tersebut boleh diproduksi oleh perusahaan apa saja. Inilah yang disebut obat generik. Ketika hak paten obat itu habis, maka obat generik menjadi murah karena banyaknya perusahaan yang bersaing menjual obat. Jadi, obat generik bukanlah obat murah dan tidak efektif seperti disalahpahami banyak orang.

Di Indonesia dikenal istilah Obat Generik Berlogo (OGB). Obat jenis ini bernama generik tetapi dicantumkan nama dan logo perusahaan pembuatnya. Juga dikenal obat *mee too* atau *copy* yaitu obat generik yang dijual dengan nama tertentu, merek dagang. Apapun namanya, generik, OGB, atau *mee too*, semuanya adalah obat generik. Obat yang masa patennya telah habis. Penggunaan OGB dan *meet too* yang sering dikenal atau diperkenalkan salah di Indonesia dengan istilah “obat paten” atau obat bermerek adalah taktik dagang perusahaan. Sayangnya, taktik dagang perusahaan ditiru oleh sebagian pejabat, akademisi atau spesialis yang membuat rakyat salah paham dan terpaksa membeli obat lebih mahal yang tidak perlu. Hanya karena nama dagang. Di Amerika, hampir 80% obat yang digunakan adalah obat generik, dalam arti termasuk *mee too*.

Rationing penggunaan alat standar juga memiliki prinsip yang sama dengan rationing obat generik. Untuk memeriksa patah tulang atau memeriksa bayi masih hidup dalam kandungan tidak diperlukan alat USG berwarna dan empat dimensi. Alat rontgen biasa yang harganya jauh lebih murah sudah cukup untuk sebagian besar kasus. Pemeriksaan CT Scan dengan 64 *slices* sudah cukup untuk lebih dari 95% kasus, tidak perlu CT Scan yang 256, apalagi 512 *slices*. Manfaat marjinal sangat sedikit, tidak sebanding dengan harga marjinal. Layanan dengan obat dan alat standar yang efektif tetapi murah (*cost-effective*) inilah yang disebut Paket Standar Nasional. Untuk obyektifitas, PerPres nomor 12/tahun 2013 telah mencantumkan keharusan Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assessment*) sebagai syarat untuk menetapkan suatu layanan diagnosis, terapi obat atau tindakan medis dijamin atau tidak dijamin dalam JamKesNas.

Banyak alat mahal sesungguhnya digunakan oleh para penjual untuk menarik pembeli, bukan karena alat tersebut dibutuhkan. Sebagai contoh, untuk transportasi kita cukup memiliki mobil yang berfungsi baik dan jika perlu dengan pengatur udara (AC), standar. Perlengkapan kendaraan standar dapat berubah sesuai dengan tingkat kemampuan ekonomi suatu masyarakat atau negara. Kita tidak mutlak membutuhkan musik stereo, televisi, alat kendali otomatis, dan sebagainya. Semua itu disebut asesori. Tetapi sebagian orang senang beli model mewah yang harganya beberapa kali lebih mahal dari harga mobil standar untuk keperluan transportasi. Hal ini menunjukkan bahwa kenyamanan itu mahal dan paket standar jauh lebih murah dari paket kenyamanan. Kenyamanan atau asesori boleh saja dibeli oleh setiap orang yang memiliki uang dan ia dengan senang hati membelinya. Akan tetapi paket asesori tidak layak disediakan untuk semua orang, karena selera orang berbeda-beda dan penyediaan asesori bagi semua orang merupakan pemborosan yang tidak perlu. Hal itu sama saja memberikan tiket pesawat bisnis dan kamar hotel suit bagi seluruh pegawai. Tidak pernah terjadi di seluruh dunia. Akan tetapi, setiap pegawai yang harus bepergian dinas disediakan tiket pesawat ekonomi dan kamar standar merupakan hal biasa. Inilah konsep paket standar.

Paket standar, namun komprehensif, inilah yang dijamin untuk semua penduduk Indonesia (termasuk warga negara asing yang tinggal/bekerja di Indonesia) agar semua kebutuhan medis atau penyakit dapat diobati. Karena program nasional merupakan hak semua rakyat, maka JamKesNas harus diatur sedemikian rupa agar dana yang terkumpul digunakan secara efisien guna mencukupi kebutuhan medis semua penduduk. Paket layanan atau manfaat jaminan yang berlaku untuk semua orang disebut Paket Standar Nasional. Paket standar nasional harus menjamin kebutuhan dasar kesehatan dan disepakati boleh berbeda antara peserta PBI dan peserta pembayar iuran sebagaimana dirumuskan dalam Peta Jalan JamKesNas 2012 (DJSN, 2012)⁶⁷ dan telah diatur dalam Pasal 6 PerPres 12/2013.

Perluasan Kepesertaan

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 JamKesNas dan telah dituangkan sebagian dalam PerPres nomor 12/2013 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 JamKesNas. Sebagian peserta Jamkesda, misalnya peserta program Kartu Jakarta Sehat (KJS) yang sejak April 2013 dikelola oleh PT Askes Indonesia juga akan menjadi peserta JamKesNas.
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 PerPres tidak secara spesifik disebutkan peserta lainnya harus masuk tahun berapa, hanya disebutkan bahwa peserta lainnya harus masuk dalam JamKesNas paling lambat tahun 2019. Dalam Peta Jalan secara spesifik disebutkan target yang harus dicapai BPJS tiap 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 urgent untuk masuk ke BPJS. Penegakan hukum bagi pemberi kerja agar menjamin kesehatan pekerjanya (beserta anggota keluarganya) melalui BPJS 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 KJ S 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 (pekerja)nya. 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 pekerjanya kepada BPJS di Tahun 2019. Pentahapan 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. Di Tahun 2019, tidak boleh lagi ada pekerja yang tidak terdaftar dalam BPJS Kesehatan.

Pentahapan sistematis tersebut mendapat kritik atau tanggapan dari tiga kelompok berbeda. Kelompok Pertama menginginkan JamKesNas dilaksanakan sekaligus untuk seluruh penduduk. Kelompok ini berargumen bahwa UUD tidak memerintahkan pentahapan. Hak orang terhadap jaminan sosial sudah berlaku sejak UUD diamendemen. Karenanya JamKesNas tidak boleh mengatur pentahapan. 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 aktifis mantan Kesatuan Aksi Jaminan Sosial (KAI S), pendukung terkuat RUU BPJS.

Kelompok Kedua menginginkan tidak ada pentahapan dengan argumen pemahaman bahwa sistem JamKesNas 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.

Sesungguhnya Indonesia telah menjalankan asuransi sosial sejak 45 tahun yang lalu, sejak tahun 1968 dan seharusnya proses panjang yang dialami Jerman tidak perlu terulang. Indonesia mendapat keuntungan dari kemajuan teknologi komunikasi, informasi, dan pembayaran. Teknologi komunikasi memungkinkan semua orang memahami JamKesNas via internet, televisi, radio, media sosial dll dalam waktu sangat singkat, yang tidak tersedia 50 tahun lalu. Teknologi komunikasi dan komputer memungkinkan layanan informasi on line di seluruh Indonesia Via satelit. Teknologi pembayaran memungkinkan fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia dibayar secara *on line* dalam hitungan detik. Bahkan di seluruh dunia, kita bisa berbelanja dengan kartu kredit dalam kurang dari satu menit telah terbayar. Dengan kemajuan teknologi tersebut, sangatlah memalukan jika kita masih mematok target waktu puluhan tahun.

Konsistensi Pengaturan

Kontroversi dalam sebuah peraturan bukanlah tabu dan sesungguhnya hal itu merupakan indikasi demokrasi. Namun demikian, kontroversi yang tidak berlandaskan pada Undang-undang merupakan pelajaran buruk dalam demokrasi. Oleh karenanya di bawah ini disajikan pasal-pasal yang mengatur pelaksanaan JamKesNas dan yang telah terumuskan dalam PerPres No 12/2013. Urutan penyajian dipisahkan dalam paragraf pertama *Nomor pasal dan kalimat dalam UU SJSN, kemudian penjelasan UU SJSN* dan terakhir konsekuensi pengaturan serta pengaturan yang dirumuskan dalam PerPres.

Pasal 13 (1) Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti.

Pasal ini bertujuan mengubah kewajiban pilihan (opt out) yang diatur Peraturan Pemerintah No 14/ 1993 dan turunannya. Sesungguhnya UU nomor 3/1992 tentang Jamsostek tidak mencantumkan opt out program JPK. Hanya saja dalam PP 14/1993 terjadi manipulasi. Ketika itu baru saja juga diundangkan UU nomor 2/1992 tentang asuransi yang memberikan peluang bagi perusahaan asuransi untuk menjual asuransi kesehatan. Dapat dipahami jika terjadi “permainan” dalam PP untuk memberi peluang asuransi komersial menjual asuransi kesehatan. Faktanya, setelah 20 tahun diberi kesempatan, Volume peserta askes komersial hanya menjamin kurang lebih 7 juta orang, termasuk istri dan anak (tidak mencapai 5% jumlah tenaga kerja penerima upah). Oleh karenanya dalam Peta Jalan dan PerPres JamKesNas tidak ada lagi ‘opt out’.

Pasal 13 (2) Penahapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur lebih lanjut dengan Peraturan Presiden.

Sudah diatur dalam PerPres 12/2013 Pasal 14 (1) Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Frasa “secara bertahap” dalam ketentuan ini dimaksudkan agar memperhatikan syarat-syarat kepesertaan dan program yang dilaksanakan dengan memperhatikan kemampuan anggaran negara, seperti diawali dengan program jaminan kesehatan.

Ada dua pentahapan:

Tahap Pertama. Peserta yang mendapat bantuan iuran HANYA program JamKesNas. Program lain belum dibantu Pemerintah. Peserta PBI pertama sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012 yang miskin DAN TIDAK MAMPU. Pentahapan Kedua adalah pentahapan jumlah peserta yang mendapat bantuan iuran. Bisa saja tahap pertama hanya yang fakir miskin dan anak terlantar. Namun, PP 101/2012 telah menetapkan tahap I di tahun 2014 (seharusnya di tahun 2005) yang dijamin adalah seharusnya penduduk 40% termiskin. Hal itu sesuai dengan Pendataan BPS tahun 2011 dan kajian Komite Ekonomi Nasional yang menyampaikan bahwa penduduk miskin dan rentan berjumlah kira-kira 100 juta orang.⁶⁸ Dapat saja di masa datang, seluruh pekerja penerima upah (dan anggota keluarganya) yang bergaji di bawah PTKP (Penghasilan Tidak Kena Pajak-yang tergolong tidak mampu) dan keluarga pekerja mandiri (bukan penerima upah) menjadi peserta PBI. Pemerintah punya cukup dana, hanya saja terjadi malpraktik anggaran dengan menggunakan dana tersebut untuk subsidi BBM yang sangat tidak kena sasaran penduduk miskin/tidak mampu.

Pasal 14 (2) Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.

Atas dasar pasal ini, Pemerintah dapat memberikan bantuan sosial untuk membayar iuran kepada yang tidak miskin secara ekonomis. Frasa ‘orang tidak mampu’ dimuat sesuai dengan kenyataan bahwa orang yang masih mampu makan, tidak mampu berobat atau membayar rumah sakit, karena ketidakpastian besaran biaya yang harus dibayarkan. Dalam PP 101/2012 frasa tidak mampu dirumuskan sebagai “Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar Iuran bagi dirinya dan keluarganya”

Pasal 14 (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.

Telah dirumuskan dalam PP 101/2012.

Pasal 15 (1) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan nomor identitas tunggal kepada setiap peserta dan anggota keluarganya.

Ayat ini disusun dengan antisipasi bahwa UU Administrasi Kependudukan akan mengatur Nomor Induk Kependudukan (NIK). Dengan demikian, nomor identitas tunggal TIDAK BERARTI berbeda dengan NIK. Ketika UU SJSN disusun, NIK belum diundangkan tetapi penyusun telah memahami bahwa NIK akan diatur dalam sebuah UU. Dikandung maksud menggunakan NIK dan berlaku nasional semacam *Social Security Number* di Amerika Serikat.

Pasal ini sekaligus mengindikasikan bahwa JKN paket dasar komprehensif harus diselenggarakan secara Nasional dan BUKAN terpecah-pecah per daerah. Dengan identitas tunggal inilah, portabilitas antar propinsi/kabupaten dengan mudah dapat dijamin dan dilakukan dengan mudah. Sayangnya UU 24/2011 dan PP 101/2014 yang lahir setelah UU Administrasi Kependudukan masih menggunakan istilah nomor identitas tunggal, tidak eksplisit NIK. Seolah pembuat peraturan tidak memahami adanya NIK.

Pasal 15 (2) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan informasi tentang hak dan kewajiban kepada peserta untuk mengikuti ketentuan yang berlaku.

Frasa ini mengharuskan BPJS untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan secara transparan dan aktif melakukan sosialisasi. Sampai dalam waktu dekat, tidak ada peserta yang tidak memahami dan tidak menggunakan haknya. Hal ini sangat penting dipahami oleh para majikan, asosiasi pengusaha, dan akademisi yang selama ini masih menduga bahwa JKN nanti tidak akan dimanfaatkan optimal oleh mereka yang telah membayar iuran. Dengan frasa ini, jika pengelola tidak melakukannya, maka peserta dapat menuntut ke pengadilan.

Pasal 16 Setiap peserta berhak memperoleh manfaat dan informasi tentang pelaksanaan program jaminan sosial yang diikuti.

Lihat bahasan pasal 15 ayat 2 di atas

Pasal 17 (1) Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu.

Ayat ini secara tegas mengharuskan pegawai yang menerima gaji/upah tetap bulanan, mingguan, harian, atau periodik lain (biasanya disebut sektor formal) wajib membayar iuran proporsional (%) terhadap upah untuk menjamin ekuitas. Dalam layanan kesehatan, ekuitas berarti “*you pay according to your income and you get what you need*”. Artinya terjadi subsidi silang. Yang berupah kecil membayar secara nominal lebih kecil, persentasenya sama. Tetapi, ketika peserta sakit, maka jaminan layanan medis tidak dibedakan antara yang berupah rendah dan yang berupah tinggi. Namun demikian, pekerja yang bukan penerima upah (pekerja mandiri atau yang sering disebut sektor informal) harus membayar iuran dengan nilai nominal jumlah tertentu. Hal itu terpaksa dilakukan karena sulit menentukan nilai pendapatan secara periodik. Pekerja mandiri seperti pedagang memperoleh pendapatan dari selisih penerimaan penjualan dikurangi biaya produksi. Pekerja mandiri pertanian atau nelayan mendapatkan penghasilan dari nilai hasil jual produksi atau tangkapan dikurangi ongkos-ongkos produksi. Besarnya nilai nominal yang ideal harus dibagi dalam beberapa kategori untuk mewakili rata-rata pendapatan pekerjaan pekerja mandiri. Misalnya iuran untuk tukang ojek/bajaj/sopir angkot milik sendiri mungkin hanya 75% dari besaran iuran sopir taksi milik sendiri.

Ayat ini telah diuji materi ke Mahkamah Konstitusi (MK) oleh sebagian orang dan Dewan Kesehatan Rakyat (dibentuk ketika ibu Siti Fadilah Supari menjadi Menkes) serta Perkumpulan Serikat Rakyat Miskin Kota. Mereka menggugat kewajiban membayar iuran

dan meminta MK membatalkan ayat ini dengan pertimbangan hak rakyat untuk mendapat layanan kesehatan tanpa membayar iuran. Rakyat sudah membayar pajak. Mereka tidak memahami bahwa sistem PPh kita adalah sistem residual, tidak inklusif layanan kesehatan. Uji materi mereka ditolak MK dalam putusan. Nomor 50/PUU-VIII/2010. Dengan demikian, maka kewajiban membayar iuran jaminan kesehatan sah.

Dalam draft PerPres awal sesungguhnya sudah dicantumkan nilai iuran pekerja penerima upah sebesar 5% upah yang dibagi (*sharing*) 3% oleh pemberi kerja dan 2% oleh pekerja. Banyak pekerja memprotes kewajibannya dan menuntut hanya majikan yang membayar karena selama ini hanya majikan yang membayar iuran JPK Jamsostek. Padahal, manfaat dalam JamKesNas lebih luas dan lebih baik. Sikap sebagian pekerja tersebut kurang menunjukkan tanggung-jawab bagi dirinya dan keluarganya dan mengurangi daya tawar pekerja dalam mengawasi BPJS. Berbeda dengan pajak penghasilan (PPH 21) yang bersifat progresif, iuran JamKesNas tidak progresif. Bahkan berlaku batas atas (*ceiling*) yang diusulkan sebesar 3 (tiga) kali PTKP keluarga dengan satu anak (K 1). Jika untuk tahun 2014 batas PTKP masih tetap Rp 24 juta per tahun, atau sama dengan Rp 2 juta per bulan, maka batas upah untuk penetapan iuran adalah $3 \times \text{Rp } 2 \text{ juta} = \text{Rp } 6 \text{ juta}$ (plus PTKP istri/suami dan 1 anak yang kira-kira Rp 400 ribu/bulan. Total batas atas upah adalah Rp 6,4 juta. jadi, jika besaran iuran 5% sesuai perhitungan minimal aktuarial, karyawan bergaji Rp 10 juta akan membayar iuran sebesar $2\% \times \text{Rp } 6,4 \text{ juta}$ (bukan Rp 10 juta) = Rp 128 ribu. Majikan akan membayar $3\% \times 6,4 \text{ juta} = \text{Rp } 192 \text{ ribu}$, sehingga jumlah total $5\% \times \text{Rp } 6,4 \text{ juta} = \text{Rp } 320 \text{ ribu}$ untuk satu keluarga dengan maksimum jumlah anak 3 (tiga) orang. Demikian juga kewajiban pemberi kerja dan besarnya potongan iuran tambahan untuk anak $1 < e-4$ dan seterusnya atau untuk menjamin orang tua/mertua/pembantu/orang lain yang ingin disumbang pekerja.

Sementara iuran PBI diusulkan Kemenkes dalam 3 (tiga) opsi, yaitu sebesar Rp 19 ribuan, Rp 22 ribuan (keduanya hasil perhitungan Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, TNP2K, Kantor Wakil Presiden) dan Rp 27 ribu yang merupakan usulan DJSN. Namun, seperti yang dapat dibaca di liputan berbagai media, Menteri Keuangan memaksa hanya mau menganggarkan Rp 15.500 (seperti kopi surat dalam lampiran). Alasan Menteri Keuangan tentang belum memadainya fasilitas kesehatan dan kapasitas fiskal sesungguhnya tidak Valid. Iuran sebesar itu akan menjadikan JamKesNas produk inferior. Tidak jelas apakah ada kolusi penetapan iuran serendah itu dengan industri asuransi. Jika JamKesNas berkualitas rendah, sebagian besar pengusaha akan membeli asuransi suplemen. Pemerintah Muangthai membayar iuran PBI sebesar hampir Rp 80.000 per orang per bulan di tahun 2012.

Pasal 17 (2) Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara berkala.

Yang dimaksud pembayaran iuran secara berkala dalam ketentuan ini adalah pembayaran setiap bulan atau setiap kali pembayaran gaji. Frasa ini merupakan Reformasi UU Jamsostek yang hanya mewajibkan tenaga kerja menjadi serta dan iurannya dibayar penuh oleh Pemberi

Kerja. Majikan/Direksi tidak disertakan. Dalam banyak kondisi, seperti dalam BUMN, Direksi dan Dewan Komisaris bukanlah tergolong pekerja/pegawai, sehingga mereka tidak menjadi peserta JPK Jamsostek, meskipun karyawannya didaftarkan menjadi peserta. Pasal ini mengharuskan majikan juga membayar iuran bagi dirinya. Sebab, JKN dalam UU SJSN-sebagaimana amanat UUD, mengharuskan jaminan sosial bagi seluruh rakyat.

Majikan harus membayar iuran tiap bulan atau tiap periode pembayaran upah. Jika upah dibayar tiap dua minggu, maka besaran iuran yang diperhitungkan dalam upah adalah upah bulanan. Dalam PerPres diatur bahwa pemberi kerja wajib membayar iuran ke BPJS paling lambat tanggal 10 bulan berjalan. Apabila pemberi kerja terlambat membayar iuran, maka pemberi kerja didenda sebesar 2(dua) *person* per bulan.

Peninjauan iuran dan besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan, agar terjadi keseimbangan dana untuk sustainabilitas, dilakukan paling lama tiap dua tahun. PerPres telah mencantumkan hal itu. Hal ini penting dipahami berbagai pihak bahwa rancangan JamKesNas adalah rancangan yang sustainable (berkesinambungan) untuk seumur Indonesia. Dengan iuran berbasis prosentasi upah, maka dengan sendirinya setiap kali upah naik-biasanya tiap tahun ada kenaikan upah untuk mengoreksi inflasi-, maka dengan sendirinya iuran ke BPJS akan naik. Ongkos-ongkos produksi layanan kesehatan juga akan naik. Maka besaran pembayaran kapitasi dan CBG akan naik juga. Berapa kenaikannya? Hal itu harus dikaji secara adil (*fair*) oleh Kemenkes untuk menjamin bahwa peserta mendapat layanan yang berkualitas. Selain itu, untuk keseimbangan kekuatan monopsoni (kekuatan pembeli tunggal) BPJS, maka UU SJSN telah mengatur bahwa besaran pembayaran merupakan hasil negosiasi asosiasi fasilitas kesehatan dengan BPJS di suatu wilayah. Untuk menjamin keadilan, maka biaya operasional BPJS (biaya manajemen, gaji pegawai, iuran jaminan sosial pegawai BPJS, dll) harus dibatasi maksimum 5% dari total iuran yang diterima yang dihitung atas dasar hitungan aktuarial untuk kualitas layanan yang baik dan memenuhi kebutuhan medis. Selain itu, BPJS tidak perlu mematok surplus/laba dan tidak perlu membayar pajak penghasilan badan. Semua dana yang terkumpul (Dana Amanat) digunakan langsung untuk seluruh rakyat, tidak perlu mengalir melalui pajak lagi. Dengan demikian, sistem JamKesNas akan sangat efisien. Sebab, perusahaan asuransi komersial yang menjual produk kesehatan dapat menghabiskan antara 35-50% premi yang diterima untuk biaya operasional (komisi penjualan, biaya modal, belanja pegawai, belanja pemasaran, dan keuntungan perusahaan).

Pasal 17 (3) Besarnya iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

Frasa ini memberikan indikasi bahwa besaran iuran, dengan prosentase upah maupun dengan jumlah nominal, harus dinaikkan sesuai dengan naiknya biaya layanan maupun kualitas manfaat. Hal ini biasa dilakukan di berbagai negara. Misalnya iuran pertama 5% upah sebulan setelah evaluasi utilisasi, peningkatan kualitas layanan, inflasi dan perluasan manfaat, maka dua tahun kemudian iuran dinaikkan menjadi 5,5%. Dalam PerPres 12/2013 telah disebutkan bahwa iuran dan pembayaran kepada fasilitas kesehatan disesuaikan paling lambat tiap dua tahun. Jika tarif jalan toll, yang tidak membahayakan penduduk selalu

dinaikkan tiap dua tahun, sesuai PerPres, maka iuran JamKesNas harus lebih dari itu. Sebab, UUD dan UU SJSN mengharuskan jaminan yang layak. Dalam sistem penggajian pegawai sudah diatur besaran Upah Minimum Provinsi sesuai standar KHL (Kebutuhan Hidup Layak). Seharusnya dalam JamKesNas juga dirumuskan KLL (Kualitas Layanan Layak).

Untuk 4 (empat) program Jaminan Sosial lain juga harus ditetapkan besaran iuran yang layak. Disinilah semua pemangku kepentingan harus cermat dan sensitif menilai ketetapan Pemerintah (dalam PerPres) agar iuran tidak ditetapkan seadanya. Dalam banyak hal, seperti penetapan iuran PBI, Menteri Keuangan (Pemerintah) tidak mempertimbangkan standar layanan yang layak, tetapi sekedar “kemauan” sebagian pejabat. Bukan juga karena ketidakmampuan fiskal. Sebab, jika saja Pemerintah konsisten, Pemerintah dapat mengembalikan seluruh cukai rokok yang Rp 77 Triliun di tahun 2012 untuk iuran PBI dan perluasan PBI kepada pekerja dengan upah di bawah PTKP. Hal seperti itu dilakukan Inggris, Australia dan Taiwan.

Pasal 17 (4) Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah.

Fakir miskin dan orang yang tidak mampu dalam ketentuan ini adalah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang telah dirumuskan dalam UU 13/2011 tentang Penanganan Fakir Miskin. Dalam JamKesNas ketentuan PBI telah diatur dalam PP tentang PBI no 101/2012

Sama dengan keterangan konsekuensi pasal 14 ayat 2. Pemerintah dapat membayar 100% iuran untuk orang miskin dan dapat membayar kurang dari 100% nilai iuran, bagi penduduk keluarga pekerja bukan penerima upah (sektor informal) dan atau penerima upah dengan upah di bawah PTKP. Di beberapa provinsi, UMP berada di bawah PTKP. Pemerintah dapat mensubsidi 50% iuran (yang dihitung secara aktuarial) pekerja bukan penerima upah atau 50% kewajiban pekerja penerima upah di bawah PTKP sedangkan sebagian 50% lagi dibayar sendiri oleh pekerja.

Pasal 17 (5) Pada tahap pertama, iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dibayar oleh Pemerintah untuk program jaminan kesehatan.

Frasa ini mengamanatkan bahwa Pemerintah bisa saja suatu saat nanti membayar iuran jaminan kematian dan/atau jaminan pensiun bagi penduduk miskin dan tidak mampu. Tetapi, tahap awal, sesuai kemampuan keuangan Pemerintah, prioritas PBI diberikan untuk jaminan kesehatan. Sebab, kesehatan merupakan hak paling mendasar semua penduduk. Tanpa kesehatan penduduk tidak mampu belajar, bekerja, atau menikmati hidup layak.

Pasal 17 (6) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.

Ketentuan ini telah diatur dalam PP nomor 101/2012, delapan tahun tertunda karena Pemerintahan SBY lalai menjalankan UU SJSN, sebagaimana diputuskan oleh Pengadilan Negeri Jakarta Pusat

Pasal 19 (1) Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

Prinsip asuransi sosial meliputi :

- a. kegotongroyongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah;*
- b. kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif;*
- c. iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan;*
- d. bersifat nirlaba.*

Prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.

Frasa ini merupakan prinsip yang tidak bisa ditawar harus secara Nasional, tidak parsial per provinsi/wilayah. Hal tersebut telah diperkuat dengan UU BPJS yang hanya membentuk satu BPJS untuk jaminan kesehatan. Dengan mengacu prinsip asuransi secara nasional, maka sangat beralasan jika sistem pendanaan kesehatan Indonesia adalah sistem Asuransi Kesehatan Nasional. Dengan demikian BPJS memfasilitasi kegotongroyongan, solidaritas sosial dan keadilan sosial di seluruh tanah air. Sekaligus terjadi juga kegotongroyongan antar daerah karena besarnya upah bervariasi antar daerah dan kemampuan ekonomi daerah juga bervariasi. Dengan prinsip asuransi sosial, maka tidak ada alasan penduduk yang tinggal di daerah miskin tidak mendapatkan layanan komprehensif, termasuk pengobatan kanker atau bedah jantung. Dengan besaran iuran berupa persentase upah, JamKesNas tidak memberatkan penduduk berupah rendah. Hal ini memfasilitasi prinsip ekuitas. Dalam prinsip ekuitas ini, terlepas dari besaran upah/penghasilan, orang yang sakit jantung harus mendapat pengobatan jantung. Inilah wujud keadilan sosial dan kemanusiaan yang adil dan beradab dalam Pancasila. Penggunaan frasa penghasilan dimaksudkan agar pekerja bukan penerima upah (sektor informal) yang mampu secara ekonomis (di atas penghasilan tertentu) harus juga mengiur relatif proporsional terhadap penghasilannya. Akan tetapi penarikan iuran harus menimbang teknologi administrasi yang efisien dan efektif. Jika lebih efisien dan lebih efektif iuran dibayarkan oleh Pemerintah/Pemda, maka (meskipun tidak wajib, tetapi tidak dilarang) Pemda membayar iuran bagi pekerja bukan penerima upah dan bagi anggota keluarganya. Toh semua mereka membayar pajak pertambahan nilai dan PBB. Nanti, ketika mereka sudah terdaftar resmi sebagai pengusaha dan membayar pajak penghasilan, maka mereka membayar iuran JamKesNas sebagai tambahan membayar pajak penghasilan.

Pasal 19 (2) - Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Frasa ini mengindikasikan paket manfaat harus mencakup juga upaya promotif (pemeliharaan) - preventif (perlindungan) dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Namun, upaya promotif-preventif tersebut bersifat perorangan, bukan upaya kesehatan masyarakat seperti pembersihan sarang nyamuk atau polusi. Disini ditekankan bahwa manfaat yang dijamin untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan adalah kebutuhan yang

memungkinkan seseorang hidup produktif. bukan pelayanan yang berbiaya murah atau yang bisa dilayani di Puskesmas atau di tempat dokter praktik/klinik. Jika peserta sakit jantung atau gagal ginjal, ia harus diobati agar bisa hidup produktif (bekerja dan berinteraksi sosial dengan keluarga). Inilah esensi paket jaminan komprehensif nasional.

Pasal 20 (1) Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Pasal ini meniadakan sistem jaminan berbasis pajak (*tax based*) seperti yang dilakukan di Malaysia dan di Inggris atau yang sering disalah-artikan sebagai negara kesejahteraan. Jelas, pilihan Indonesia adalah sistem Asuransi Kesehatan Nasional. Setiap orang wajib iur. Jika ia belum mampu iur, untuk sementara pemerintah membayar/memberi subsidi iuran. Nanti, setelah ia bekerja, ia wajib bayar iuran. jadi, kita tidak menganut sistem pelayan gratis (*tax-funded*) pada saat butuh pelayanan, tanpa adanya iuran khusus. Sesungguhnya iuran wajib JamKesNas dapat disebut *ear-marked tax* atau di Amerika disebut *social security tax*. Sistem asuransi sosial ini lebih *sustainable* dan *feasible* ketika penduduk yang bayar pajak hanya sebagian kecil seperti yang terjadi sekarang ini.

Pasal 20 (2) Anggota keluarga peserta berhak menerima manfaat jaminan kesehatan. Anggota keluarga adalah istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.

Frasa ini membatasi 5 (lima) orang karena kekhawatiran penduduk tidak lagi peduli dengan pembatasan anak (keluarga berencana). Sementara membatasi hanya dua orang anak seperti yang sekarang dijamin dalam Askes PNS tidak lagi dapat diterima. Program JPK Jamsostek menjamin sampai tiga anak. Namun demikian, hal ini tidak berarti bahwa anak ke-4 dan seterusnya tidak dijamin. Setiap orang berhak memiliki anak banyak, namun ia harus bertanggung jawab atas pilihannya. Oleh karenanya, jika ia memilih memiliki anak lebih dari 3 (tiga), maka ia wajib membayar iuran tambahan 1% untuk tiap orang.

Pasal 20 (3) Setiap peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain yang menjadi tanggungan dengan penambahan iuran.

Yang dimaksud dengan anggota keluarga yang lain dalam ketentuan ini adalah anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua.

Untuk mengikutsertakan anggota keluarga yang lain, pekerja memberikan Surat kuasa kepada pemberi kerja untuk memotong iuran dari upah/gajinya per bulan. Potongan gaji tersebut diserahkan oleh pemberi kerja kepada BPJS tiap bulan. Hak peserta yang iurannya dibayarkan oleh pekerja adalah sama dengan pekerja itu sendiri.

Pasal ini juga memfasilitasi agar anak menjamin orang tua/termasuk mertua untuk dijamin dengan cara membayar iuran tambahan. Kita tidak ingin, seorang anak baru babak belur mencari dana berobat ketika anak ke-4 dst atau orang tua/mertua sakit. Hal ini akan memberatkan ekonomi keluarga. Jika mereka mengiur 1% upah per tambahan orang, secara rutin tiap bulan, maka beban itu tidak terasa. Majikan tidak membayar iuran untuk tambahan anggota keluarga ini. Disinilah sila keadilan sosial diwujudkan!

Pasal 21(1) Kepesertaan jaminan kesehatan tetap berlaku paling lama 6 (enam) bulan sejak seorang peserta mengalami pemutusan hubungan kerja.

Ketentuan ini memungkinkan seorang peserta yang mengalami pemutusan hubungan kerja dan keluarganya tetap dapat menerima jaminan kesehatan hingga 6 (enam) bulan berikutnya tanpa mengiur.

Pasal ini menambah jaminan JPK Jamsostek yang jika pekerja terkena pemutusan hubungan kerja (PHK), jaminan terputus. Hilangnya jaminan pekerja dan anggota keluarganya, meskipun sementara tidak bekerja melanggar UUD. Karena pekerja dijamin ketika dia kena PHK, maka wajar jika ia juga ikut membayar iuran. Hal itu merupakan koreksi atas UU Jamsostek yang hanya mewajibkan pemberi kerja. Disini seharusnya pekerja menyadari dan mau membayar iuran, tidak seperti yang diberitakan dimana pekerja mengancam mogok jika mereka dipaksa membayar iuran. Pekerja yang bertanggung jawab atas diri dan keluarganya tidak perlu menolak kewajiban membayar iuran. Sebab, membayar iuran adalah melindungi diri dan keluarganya sendiri.. Kewajiban pekerja ikut mengiur selama ini sering dilontarkan sebagai lebih memberatkan dibandingkan UU Jamsostek yang sekarang. Hal itu, khususnya digembar-gemborkan oleh orang yang tidak setuju dengan UU SJSN. Kewajiban mengiur itu juga untuk tambahan jaminan dari yang dijamin oleh sistem JPK Jamsostek, seperti cuci darah, pengobatan kanker, dan bedah jantung yang tidak dijamin dalam sistem JPK Jamsostek. Meskipun PT Jamsostek berupaya untuk mengoreksi dengan mengubah PP, sebelum UU BPJS diundangkan, namun dalam praktiknya koreksi tersebut belum dilaksanakan penuh sampai tahun 2013..

Pasal 21 (2) Dalam hal peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah 6 (enam) bulan belum memperoleh pekerjaan dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Pengaturan ini merupakan konsekuensi logis. Ketentuan ini telah diatur lebih lanjut dalam pasal 7 PerPres 12/2013. Seorang pekerja yang berupah rendah tidak akan sanggup bertahan enam bulan tanpa upah. Ia dan keluarganya akan masuk menjadi penduduk miskin atau tidak mampu membayar iuran, karena tidak ada upah tetap. Maka ia dan anggota keluarganya, meskipun beranak lebih dari tiga orang, akan masuk menjadi peserta PBI.

Diharapkan dalam enam bulan, seseorang yang terkena PHK sudah dapat pekerjaan baru. Jika masih belum bekerja, Pemerintah wajib menjamin mereka dengan memberikan subsidi iuran, agar jaminan kesehatan mereka dan anggota keluarganya tidak hilang. Namun, pekerja harus menerima konsekuensi bahwa jaminan non medisnya tidak lagi di kelas II atau kelas I, jika mereka dirawat. Demikian juga rawat jalan dilakukan di Puskesmas, tidak lagi di dokter praktik/klinik swasta.

Pasal 21 (3) Peserta yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Kenyataan pekerja yang mendapat cacat total tetap, seperti buta atau tuli sehingga tidak bisa bekerja lagi hampir pasti di-PHK oleh majikan. Hal ini sekaligus juga memudahkan

majikan melakukan PHK bagi yang tidak mungkin lagi produktif, tanpa khawatir akan kelangsungan hidup pekerja dan keluarganya. Sebab, ketika musibah sosial-ekonomi itu terjadi, maka tanggung-jawab sudah ditransfer ke SJSN. Jika seseorang tidak produktif karena cacad total tetap (seumur hidup), sudah dapat dipastikan ia tidak bisa bekerja. Bersama dengan Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Pensiun, kelak pekerja yang menderita cacad total tetap akan mendapat uang santunan tidak mampu bekerja dan atau uang pensiun bulanan. Pemerintah wajib memberi subsidi iuran seumur hidupnya, kecuali ia memiliki warisan banyak, maka ia dapat mengiur sendiri. Ketentuan ini telah diatur dalam pasal 8 PerPres 12/2013

Pasal 21 (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Presiden.

Ketentuan tentang jaminan setelah PHK dan jaminan bagi penderita cacad total tetap telah diatur dalam pasal 7 dan pasal 8 PerPres 12/2013.

Pasal 22 (1) 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.

Yang dimaksud pelayanan kesehatan dalam pasal ini meliputi pelayanan dan penyuluhan kesehatan, imunisasi, pelayanan Keluarga Berencana, rawat jalan, rawat inap, pelayanan gawat darurat dan tindakan medis lainnya, termasuk cuci darah dan operasi jantung. Pelayanan tersebut diberikan sesuai dengan pelayanan standar, baik mutu maupun jenis pelayanannya dalam rangka menjamin kesinambungan program dan kepuasan peserta. Luasnya pelayanan kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan peserta yang dapat berubah dan kemampuan keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Hal ini diperlukan untuk kehati-hatian.

Pasal ini dengan jelas mengharuskan bahwa JKN hanya menjamin pelayanan perorangan TIDAK menjamin Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang manfaatnya bersifat komunitas. Pelayanan perorangan tersebut termasuk upaya promotif- preventif perorangan, termasuk pelayanan keluarga berencana dan medical checkup yang kini sudah dilakukan Askes untuk PNS yang berusia 40 tahun ke atas . Dalam PerPres tidak secara eksplisit disebut medical checkup, tetapi disebut layanan skrining. Artinya, untuk sementara, karena besaran iuran belum memadai, prioritas diberikan pada skrining sebagai upaya preventif dalam pengobatan penyakit yang biaya pengobatannya mahal. Untuk menegaskan bahwa pelayanan dasar komprehensif termasuk yang berbiaya mahal, maka dinyatakan disini termasuk cuci darah dan operasi jantung yang biayanya dapat mencapai ratusan juta rupiah. Tampaknya memang mahal untuk satu orang, tetapi jika ditanggung bersama, maka tanggungan masing-masing orang menjadi ringan. Misalnya, biaya pasang stent bagi penderita penyempitan pembuluh darah jantung dapat mencapai Rp 200 juta, tetapi kebutuhan pasang stent per bulan hanya terjadi pada 2 (tiga) dari 100.000 orang. Maka beban iuran masing-masing hanyalah 2 x Rp 200.000.000 dibagi 100.000 = Rp 4.000 per orang. Ringan bukan. Inilah hakikat gotong royong.

Sebagaimana telah diuraikan sebelumnya, layanan kesehatan atas indikasi medis atau sesuai kebutuhan medis dijamin dalam JamKesNas. Karena jumlah layanan, obat, tindakan, dan perawatan atas indikasi medis ribuan jumlahnya, maka tidak praktis mencantumkan layanan tersebut satu per satu. Banyak pihak yang terbiasa dengan informasi asuransi komersial mengkritik bahwa JamKesNas tidak jelas menjamin apa. Hal itu disebabkan karena mereka tidak paham yang dimaksud indikasi medis. Indikasi medis adalah setiap layanan yang oleh ilmu kedokteran dinilai harus diberikan kepada pasien yang sakit. Dokterlah, yang telah belajar bertahun-tahun bahkan puluhan tahun, yang mengetahui layanan atas indikasi medis. Untuk mencegah agar dokter tidak seenaknya menentukan indikasi medis untuk keuntungan dirinya (*moral hazard*), maka ada upaya telaah utilisasi. Pembayaran pra upaya (kapitasi dan CBG) memaksa dokter harus efisien, tetapi dokter tidak boleh mengorbankan kepentingan pasien. Untuk itulah dilakukan telaah utilisasi sebagaimana diatur dalam PerPres.

Dalam pasal ini diindikasikan bahwa jenis layanan yang dijamin dapat diperluas, sesuai kemampuan keuangan BPJS. Artinya, harus ada evaluasi pengalaman rasio klaim dan perkembangan teknologi kedokteran. Suatu ketika dapat saja tersedia teknologi baru misalnya pencegahan/pengobatan kanker leher rahim dengan bahan kimia atau obat tertentu, maka layanan tersebut dapat dijamin. Untuk menjaga agar penambahan atau pengurangan layanan atau pengobatan yang dijamin bersifat obyektif, maka PerPres telah mengatur keharusan Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assessment*, HTA) dalam pasal 26. Penilaian tersebut merupakan teknologi baru dengan menganalisis tingkat efektifitas suatu teknologi medis/farmasi dan besarnya biaya yang dibutuhkan.

Banyak orang yang kurang paham sistem asuransi mengkritik bahwa JamKesNas hanya mengurus kuratif. Hal itu benar sebagian karena mereka tidak baca UU SJSN dengan baik. Pelayanan yang bersifat komunitas menjadi tanggung jawab Kemenkes dan Dinas Kesehatan. Sistem JamKesNas tidak menggantikan Sistem Kesehatan Nasional (SKN), tetapi hanya bagian dari SKN.

Dalam PerPres dirumuskan layanan kesehatan yang dijamin dalam pasal Karena jumlah dan jenis layanan yang dijamin sesuai kebutuhan medis sangat banyak (melebihi 1.000 *item*), maka tidak perlu diurai secara spesifik seperti pada asuransi komersial. Pada asuransi komersial, jumlah dan jenis yang tidak dijamin bisa jadi lebih banyak, maka asuransi komersial sering mencantumkan layanan yang dijamin (*positive list*). Selain untuk menarik pembeli, hal itu juga lebih mudah. Sementara pada asuransi sosial yang menjamin semua layanan atas indikasi medis, lebih praktis mencantumkan layanan yang tidak dijamin (*negative list*). Dalam PerPres 12/2013 Pasal 25 mencantumkan Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi

- a. pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
- b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali untuk kasus gawat darurat;

- c. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- d. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- e. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetika;
- f. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- g. pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
- h. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
- i. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- j. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupuntur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment);
- k. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
 - l. alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
 - l. perbekalan kesehatan rumah tangga;
- m. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah; dan
- n. biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

Beberapa hal yang perlu dijelaskan atas layanan/bahan yang tidak dijamin antara lain karena layanan atau bahan tersebut telah dijamin dalam program lain, seperti alat kontrasepsi yang disediakan oleh program keluarga berencana, jaminan kecelakaan kerja, layanan akibat bencana, dsb. Selain itu, yang tidak dijamin adalah layanan atau bahan yang bukan atas indikasi medis, tetapi sering diminta oleh pasien/peserta seperti makanan bayi, kosmetik, dan atau yang secara medis ilmiah belum dibuktikan efektifitasnya.

Sementara layanan kesehatan di luar negeri, di negara tetangga yang berbiaya sama atau lebih murah dari harga/biaya di dalam negeri akan lebih baik dijamin. Hal itu khususnya akan sangat membantu peserta yang tinggal di daerah perbatasan yang lebih dekat ke luar negeri. Namun demikian, para pejabat yang memiliki kewenangan pengaturan tampaknya lebih mengutamakan proteksi fasilitas kesehatan di dalam negeri, ketimbang kepentingan peserta di daerah perbatasan.

Pasal 22 (2) Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya.

Jenis pelayanan yang dimaksud adalah pelayanan yang membuka peluang moral hazard (sangat dipengaruhi selera dan perilaku peserta), misalnya pemakaian obat-obat suplemen, pemeriksaan diagnostik, dan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan medik.

Urun biaya harus menjadi bagian upaya pengendalian, terutama upaya pengendalian dalam menerima pelayanan kesehatan. Penetapan urun biaya dapat berupa nilai nominal atau persentase tertentu dari biaya pelayanan, dan dibayarkan kepada fasilitas kesehatan pada saat peserta memperoleh pelayanan kesehatan.

Ayat ini merupakan reformasi jaminan kesehatan yang selama ini dikelola oleh Askes dan Jamsostek yang mengandalkan pengendalian dengan pembayaran maksimum ke RS. Dengan UU SJSN, dimungkinkan paket manfaat untuk layanan tertentu (yang berpotensi *moral hazard*) dikenakan urun biaya nominal (biasa disebut *co-payment*) atau persentase biaya (biasa disebut *co-insurance*). Misalnya, untuk tiap bedah persalinan (*sectio caesaria*) yang berpotensi terjadi *moral hazard*, setiap peserta harus urun biaya sebesar Rp 500.000 atau 20% dari besaran biaya yang dibayarkan oleh BPJS. Moral hazard adalah tindakan dokter, perawat atau tertanggung/peserta yang memungkinkan terjadinya klaim yang lebih tinggi, tetapi BUKAN tindakan melawan hukum atau penipuan (*fraud*). Namun sesungguhnya dalam rumusan penjelasan UU SJSN terdapat pernyataan yang kurang tepat seperti obat suplemen. Obat suplemen seharusnya tidak dijamin, karena bukan merupakan kebutuhan medis.

Dengan urun biaya, maka terjadi kendali tindakan bedah dari sisi demand (tertanggung). Tertanggung akan menahan diri untuk dilakukan *sectio* karena ada beban biaya. Besarnya urun biaya harus diperhitungkan yang efektif mengontrol utilisasi/layanan tetapi tidak memberatkan secara ekonomis atau membuat peserta jatuh miskin. Pengenaan urun biaya untuk bedah sesar berpotensi menimbulkan penolakan peserta atas bedah sesar yang dapat membahayakan bayi atau ibu. Oleh karenanya, jika bedah sesar dikenakan urun biaya, maka urun biaya tersebut harus tidak berlaku bagi penerima PBI. Urun biaya pemeriksaan USG ketiga dst dalam satu kehamilan masih dapat dibenarkan.

Kendali biaya pada sisi suplai (dokter/RS) dilakukan dengan pembayaran kapitasi dan INA-CBG. Namun, untuk mencegah fasilitas kesehatan mengendalikan biaya terlalu ketat yang membahayakan peserta, BPJS harus melakukan telaah utilisasi (*utilization review*) oleh tenaga profesional dan diikuti oleh denda atau pemutusan kontrak jika ditemukan banyak moral hazard.

Pasal 22 (3) Ketentuan mengenai pelayanan kesehatan dan urun biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

Ketentuan tentang urun biaya dan moral hazard tidak diatur secara khusus dalam PerPres karena fasilitas kesehatan sudah dibayar secara pra upaya (*risk based payment*) yang memaksa fasilitas kesehatan menangkal *moral hazard*, baik dari sisi dokter maupun dari sisi peserta.

Pasal 23 (1) Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

(Penjelasan). Fasilitas kesehatan meliputi rumah sakit, dokter praktek, klinik, laboratorium, apotek dan fasilitas kesehatan lainnya. Fasilitas kesehatan memenuhi syarat tertentu apabila fasilitas kesehatan tersebut diakui dan memiliki izin dari instansi Pemerintah yang bertanggung jawab di bidang kesehatan.

Ayat ini membutuhkan penetapan yang bijak karena bisa menimbulkan multi tafsir. Pasal ini bisa ditafsirkan keharusan yang dapat bertentangan dengan pasal 24 ayat 2 yang

memungkinkan BPJS membayar RS secara kapitasi atau DRG yang sudah mencakup laboratorium dan obat. Dapat juga ditafsirkan bahwa pasal ini memungkinkan BPJS mengontrak laboratorium atau apotek secara terpisah. Yang paling bijak adalah BPJS melakukan kontrak dengan fasilitas kesehatan publik maupun swasta dengan membayar kapitasi dan DRG/CBG. Akan tetapi, di beberapa daerah atau untuk beberapa pelayanan tertentu, yang tidak memungkinkan pembayaran kapitasi/CBG dilakukan kontrak parsial untuk beberapa jenis layanan tertentu dengan laboratorium/apotik. Artinya, kontrak dengan laboratorium atau apotik bukanlah suatu keharusan, tetapi suatu pilihan. Frasa “yang menjalin kerja sama” menunjukkan bahwa kontrak ke fasilitas kesehatan tersebut BUKAN suatu kewajiban.

Hal tersebut di atas telah diakomodir dalam PerPres 12/2013 yang mewajibkan fasilitas kesehatan milik pemerintah untuk melayani peserta BPJS dan fasilitas kesehatan milik swasta dapat melakukan kontrak. Pembayaran juga secara spesifik disebutkan kapitasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama (dokter praktik, klinik, Puskesmas) dan CBG untuk rawat jalan rujukan maupun rawat inap. PerPres juga mendorong kontrak ke klinik dan RS sebagai *one stop service*. Dokter atau dokter gigi praktik diwajibkan membangun jejaring dengan lab-klinik dan apotik agar dokter bisa menyerahkan obat, tetapi bukan *dispensing*. Begitu juga RS diwajibkan untuk menyediakan obat, menjamin ketersediaan obat dan BMHP. Pengaturan tersebut bertujuan untuk mengoreksi masalah-masalah dalam layanan Askes yang menggunakan DPHO. Seringkali pasien diresepkan obat DPHO dan obat diambil di apotik terpisah dan obat tidak tersedia. Atau dokter meresepkan obat di luar DPHO kemudian ditolak di apotik. Ketentuan pembayaran kapitasi dan CBG termasuk obat juga menghindari praktik kurang sehat yang selama ini masih terjadi dimana apotik penyedia obat Askes dimiliki badan usaha yang masih memiliki kaitan dengan pegawai atau pensiunan PT Askes.

Yang menjadi bahan rebutan tampaknya hak negosiasi atau penentu kesepakatan tarif. Kini bermunculan asosiasi fasilitas kesehatan yang bertujuan untuk memanfaatkan peluang. Ketika UU SJSN disusun, yang dimaksudkan (tidak tertulis) “asosiasi” ketika itu adalah Ikatan Dokter Indonesia, Perhimpunan Dokter Gigi Indonesia, Ikatan Apotik Indonesia (ketika itu bernama Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia), dan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia. Sampai tahun 2013, hanya PERSI yang telah secara formal mendeklarasikan bahwa PERSI menjadi organisasi/asosiasi yang mewakili seluruh jenis atau pemilik RS dalam bernegosiasi dengan BPJS. Deklarasi tersebut diumumkan pada Konferensi dan Seminar Nasional RS di Jakarta, November 2012. Dalam bidang klinik, ada asosiasi dan perhimpunan yang didirikan untuk memanfaatkan negosiasi tersebut. Ada juga yang menggugat bahwa IDI, IAI, dan PDGI bukanlah asosiasi (memang kata asosiasi hanya digunakan dalam bahasa Inggris). Ada pula yang mengatakan bahwa jika IDI dan PDGI bernegosiasi tarif, maka IDI, IAI, dan PDGI bukan organisasi profesi akan tetapi serikat “pekerja”. Kontroversi tersebut masih akan tetap menjadi topik hangat dalam beberapa tahun ke depan.

Pasal 23 (2) Dalam keadaan darurat, pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Ayat ini memberikan kemudahan kepada peserta dan menyadari bahwa dalam waktu dekat, tidak semua fasilitas kesehatan menjalin kerja sama dengan BPJS. Dalam keadaan darurat, tidak mungkin seorang peserta harus mencari lokasi fasilitas kesehatan yang dikontrak, yang mungkin jauh atau tidak teridentifikasi dengan jelas. Peserta harus mendapat layanan segera di fasilitas kesehatan terdekat (mungkin ketika seorang peserta bepergian di luar tempat tinggalnya). Mekanisme dan kendali biaya pelayanan darurat ini harus ditetapkan dan dituangkan dalam prosedur yang jelas dan membutuhkan kendali administrasi dan kejujuran peserta. Definisi “darurat” sangat subyektif. Di Amerika, definisi darurat dalam polis asuransi komersial yang diputuskan pengadilan adalah persepsi “darurat” menurut peserta. Keputusan pengadilan Amerika tersebut memihak peserta atau pemegang polis. Sebab peserta tidak memahami mana yang darurat menurut definisi medis-teknis. Layanan darurat pada fasilitas yang tidak menjalin kerja sama mengharuskan peserta membayar terlebih dahulu dan kemudian mendapat penggantian (reimbursement) penuh atau sebagian. Keputusan politik diambil dan dituangkan dalam PerPres mengharuskan fasilitas kesehatan manapun di Indonesia melayani peserta dalam keadaan darurat. Fasilitas kesehatan tersebut dapat mengklaim biaya pelayanannya kepada BPJS sesuai tarif standar yang ditentukan oleh Menteri Kesehatan.

Pasal 23 (3) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan kompensasi.

(Penjelasan). Kompensasi yang diberikan pada peserta dapat dalam bentuk uang tunai, sesuai dengan hak peserta.

Ayat ini dimuat untuk menjawab kritik dari berbagai pihak yang menilai bahwa pengembangan JamKesNas berpotensi menimbulkan ketidak-adilan karena manfaat JamKesNas hanya akan dinikmati oleh mereka yang tinggal di perkotaan dimana fasilitas kesehatan tersedia. Dalam draft awal, dicantumkan contoh kompensasi lain seperti di perusahaan pertambangan atau perusahaan kayu di pedalaman Kalimantan atau Papua yang pimpinannya telah membayar iuran, maka BPJS dapat menempatkan dokter/dokter spesialis disana secara bergantian, semacam kontrak dokter untuk pengeboran minyak *off shore*. Jika penempatan dokter/dokter spesialis tidak efisien, maka BPJS dapat memberikan manfaat indemnitas, mengganti biaya berobat ke fasilitas kesehatan yang ada atau mau melayani populasi terpencil. BPJS juga dapat melakukan kontrak khusus dengan fasilitas kesehatan yang mau melayani peserta di daerah terisolir atau terpencil. Di suatu daerah yang tidak ada fasilitas hemodialisa dapat BPJS dapat membeli perangkat hemodialisa, melatih dokter operator dan mengontrak dokter konsultan untuk menyelyainya. Dengan cara itu, maka peserta yang telah membayar iuran tidak akan dirugikan.

Pasal 23 (4) Dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar.

(Penjelasan). Peserta yang menginginkan kelas yang lebih tinggi dari pada haknya (kelas standar), dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau

membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.

Ayat ini dengan jelas mengindikasikan rancangan JamKesNas untuk semua penduduk, tanpa kecuali-termasuk majikan. Dipahami bahwa mereka yang berada di kelas menengah ke atas memerlukan layanan kesehatan dengan tingkat kenyamanan/kepuasan lebih tinggi. Berbeda dengan model JamKesNas di Belanda maupun JamKesNas di Jerman yang membolehkan kelas atas tidak mengikuti JamKesNas, di Indonesia kita menginginkan semua penduduk (termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia) mengikuti JamKesNas. Mereka yang ingin mendapat pelayanan lebih nyaman, dapat membeli asuransi kesehatan tambahan (suplemen, *top up*) yang membayar selisih tarif untuk kelas perawatan di ruang VIP/VVIP dengan tarif CBG yang menjadi kewajiban BPJS. Dengan demikian, UU SJSN menempatkan BPJS sebagai asuradur primer dan perusahaan asuransi sebagai asuradur sekunder. Dalam PerPres 12/2013 telah dicantumkan keharusan koordinasi manfaat yang prosedur rincinya diatur oleh BPJS.

Ruang perawatan kelas standar idealnya sama bagi semua penduduk. Namun demikian, mengingat kondisi Indonesia yang belum cukup maju dan pengalaman kelas standar peserta Askes PNS dibagi menjadi dua yaitu kelas II untuk PNS golongan I-II dan kelas I bagi PNS golongan III-IV, maka sesuai konsensus, yang telah dirumuskan dalam Peta Jalan JamKesNas yang diterbitkan DJSN, hal itu dipertahankan.

Pasal 23 (5) lanjut dalam Peraturan Presiden.

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dan ayat (4) diatur lebih Peraturan presiden no 12/2013 telah menetapkan bahwa PNS dan keluarga anggota TNI/POLRI yang pangkatnya setingkat mendapatkan kelas standar kelas II dan kelas I. Pegawai swasta yang bergaji (yang diperhitungkan dalam iuran) 2 (dua) kali PTKP (Penghasilan Tidak Kena Pajak) keluarga K+1 mendapat hak di kelas II. Pegawai yang bergaji di atas itu mendapat hak di kelas I. Jika dihitung berdasarkan batas PTKP tahun 2012, maka batas besaran gaji/upah adalah Rp 3,7 juta rupiah. Kira-kira batas itu setara dengan gaji pokok plus tunjangan tetap tertinggi bagi PNS golongan II. Penduduk miskin dan tidak mampu (Penerima Bantuan Iuran, PBI) mendapatkan hak perawatan di kelas III. Dengan demikian, terdapat insentif bagi penduduk untuk mengiur. Dalam draft PerPres iuran, penduduk bukan penerima upah membayar iuran sesuai pilihan 3 (tiga) kelas perawatan (kelas standar) yang diinginkannya dan sesuai dengan kemampuannya membayar. Ketika buku ini ditulis, besaran iuran yang diusulkan untuk standar perawatan di kelas II adalah Rp 40.000 per orang per bulan dan untuk standar perawatan di kelas I adalah Rp 50.000 per orang per bulan. Namun, kepastian besaran iuran tersebut sampai bulan Mei 2013 belum putus. Seharusnya, besaran iuran sudah masuk dalam PerPres 12/2013.

Dalam hal seorang peserta memilih naik kelas perawatan, maka peserta membayar tambahan biaya non medis atas pilihan sendiri. Jika peserta tersebut membeli asuransi tambahan, atau majikan peserta membelikan asuransi tambahan, maka selisih biaya akibat naik kelas perawatan akan dibayar oleh asuransi komersial. Hal ini merupakan langkah awal

untuk mengoreksi kekeliruan nasional perbedaan jasa medis dan biaya pemeriksaan medis karena beda kelas.

Pasal 24 (1) Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut.

Ayat ini mereformasi sistem pembayaran yang selama ini dipraktekkan oleh Askes dan Jamsostek. Selama ini Askes membayar fasilitas dengan tarif maksimum (*ceiling*) yang diatur dengan SK Bersama Menkes. Di lapangan, Askes bernegosiasi kepada masing-masing RS dan membayar tarif kesepakatan dengan RS. Sehingga, tarif pemasangan stent di satu RS dengan RS lain di Jakarta besarnya berbeda. Askes memanfaatkan kesempatan tersebut untuk membesarkan laba. Sementara Jamsostek membayar berdasar tarif kelas II RS tanpa negosiasi se wilayah.

Frasa untuk setiap wilayah sengaja dimasukkan untuk mengakomodir perbedaan kelengkapan fasilitas dan biaya produksi RS. Konsep wilayah disini adalah konsep “pasar”, yang bisa berada di satu provinsi atau lintas provinsi. Yang menjadi patokan adalah biaya produksi layanan kesehatan. Ayat ini sekaligus juga mengindikasikan bahwa BPJS harus menerapkan kebijakan desentralisasi atau otonomi kantor wilayah agar mampu bernegosiasi dengan asosiasi fasilitas kesehatan. Banyak debat dan penafsiran keliru selama ini muncul. Ketika UU ini disusun, yang dimaksudkan dengan negosiasi dengan asosiasi fasilitas adalah dimaksudkan untuk mendapatkan harga keekonomian (harga pasar) yang merupakan harga rata-rata dari semua fasilitas. Jadi untuk pembayaran kapitasi layanan medis primer, BPJS bernegosiasi dengan IDI di suatu wilayah (bukan berarti pengurus wilayah menurut definisi IDI) dan atau dengan asosiasi Dinkes untuk besaran kapitasi ke Puskesmas di wilayah itu. Begitu juga untuk rawat inap dan rawatan spesialistik, BPJS bernegosiasi dengan PERSI di suatu wilayah. Tidak dimaksudkan negosiasi sendiri-sendiri dengan satu asosiasi saja, misalnya dengan ARSADA yang dapat menyebabkan besaran CBG berbeda di satu kota antara RS publik milik Pemda dengan RS publik milik TNI/POLRI.

Dalam PerPres 12/2013, ketentuan tentang negosiasi untuk mendapatkan kesepakatan tarif didelegasikan ke Peraturan Menteri Kesehatan. Menteri Kesehatan juga diberi kewenangan mengatur tarif kapitasi dan CBG yang sifatnya sebagai pagu nasional dimana tarif final di suatu wilayah yang sama untuk semua RS publik disepakati bersama BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan. Seharusnya, tarif kapitasi ke Puskesmas berbeda dengan tarif kapitasi untuk dokter praktik dan untuk klinik karena ruang lingkup dan biaya produksi yang berbeda. Demikian juga tarif CBG untuk RS publik dan RS swasta harus dibedakan untuk menggambarkan perbedaan biaya produksi dan telah digunakannya dana APBN/APBD. Alternatif lain yang adil adalah membayar RS swasta atau dokter praktik swasta sama besar dengan bayaran di fasilitas kesehatan milik pemerintah, akan tetapi fasilitas kesehatan swasta diberi hak menarik tambahan ongkos tambahan dari peserta/pasien. Tentu ada kelebihan dan kekurangan disini. Yang pasti, membayar dengan besaran kapitasi atau CBG yang sama antara fasilitas kesehatan milik pemerintah dan fasilitas kesehatan milik swasta tidaklah adil.

Pasal 24 (2) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima.

(Penjelasan) Ketentuan ini menghendaki agar Badan Penyelenggara Jaminan Sosial membayar fasilitas kesehatan secara efektif dan efisien. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dapat memberikan anggaran tertentu kepada suatu rumah sakit di suatu daerah untuk melayani sejumlah peserta atau membayar sejumlah tetap tertentu per kapita per bulan (kapitasi). Anggaran tersebut sudah mencakup jasa medis, biaya perawatan, biaya penunjang, dan biaya obat-obatan yang penggunaan rincinya diatur sendiri oleh pimpinan rumah sakit. Dengan demikian, sebuah rumah sakit akan lebih leluasa menggunakan dana seefektif dan seefisien mungkin.

Ayat ini juga mereformasi sistem pembayaran Askes/Jamkesmas/Jamsostek yang membayar dengan misalnya mencantumkan bagian (prosentase) jasa medis atau membayar dengan unit satuan layanan yang masuk kelompok *fee for service*. Jelas, ayat ini mendorong pembayaran prospektif. Dalam PerPres 12/2013 telah ditetapkan pembayaran kapitasi untuk layanan primer (rawat jalan tingkat pertama) dan pembayaran CBG untuk layanan sekunder dan tersier. Layanan primer kapitasi seharusnya sudah dibayar di muka, paling tidak tanggal 1 bulan berjalan. Selama ini Askes belum mampu membayar kapitasi benar-benar di muka untuk layanan primer fasilitas kesehatan swasta.

Pembayaran rawat jalan rujukan dan rawat inap di RS telah ditetapkan dengan cara CBG. Pembayaran cara CBG mengharuskan sebuah RS mengajukan klaim, hanya saja tidak berbasis item-item jenis layanan. BPJS harus membayar klaim paling lama 15 hari kerja setelah klaim bersih diterima. Hal ini perlu untuk menjamin likuiditas dan arus kas (cash flow) RS yang sehat. Kelak, tidak ada alasan bagi sebuah RS yang dikontrak BPJS untuk meminta pasien menebus obat di luar fasilitas kesehatan tersebut. Dalam PerPres sudah disyaratkan agar RS menyediakan obat dan bahan habis pakai sesuai kebutuhan medis peserta. Jika sebuah RS tidak memiliki pemeriksaan suatu prosedur lab, maka RS wajib mengirim pasien ke lab di RS lain, yang lebih lengkap, atas biaya RS. Pasien tidak boleh dibebani pembayaran lain, kecuali pasien meminta pindah kelas perawatan ke kelas yang lebih tinggi.

Pasal 24 (3) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas jaminan kesehatan.

(Penjelasan). Dalam pengembangan pelayanan kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menerapkan sistem kendali mutu dan kendali biaya termasuk menerapkan iur biaya untuk mencegah penyalahgunaan pelayanan kesehatan.

Frasa ini sering disalah-artikan sebagai UU SJSN akan mengatur sistem yang menjadi kewenangan Depkes/Dinkes. Keliru! BPJS dapat mengembangkan sistem kendali mutu dan kendali biaya hanya untuk menjamin peserta BPJS. Cara pembayaran kapitasi atau DRG merupakan sistem kendali biaya dan sekaligus kendali mutu. Telaah utilisasi juga merupakan

alat kendali mutu dan kendali biaya. Yang dijelaskan di atas adalah alat kendali biaya dari sisi suplai. Besaran urun/iur biaya untuk mencegah moral hazard juga merupakan alat kendali biaya dari sisi demand (peserta). BPJS jelas punya kewenangan mengembangkan kendali biaya untuk menerapkan prinsip kehati-hatian ('prudent buyer'). BPJS harus menjamin semua peserta dengan dana yang sudah ditetapkan dalam PerPres dan karenanya BPJS harus mencegah pemborosan. Klaim yang mengandung *moral hazard* harus ditolak. Klaim yang menetapkan sendiri harga layanan oleh fasilitas kesehatan harus ditolak.

Pasal 25. Daftar dan harga tertinggi Obat-Obatan, serta bahan medis habis pakai yang dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

(Penjelasan). Penetapan daftar dan plafon harga dalam ketentuan ini dimaksudkan agar mempertimbangkan perkembangan kebutuhan medik, ketersediaan, serta efektifitas dan efisiensi obat atau bahan medis habis pakai.

Ayat ini memang dapat menciptakan kebingungan. Di satu sisi, BPJS membayar prospektif termasuk obat (Pasal 24 ayat 2) dan disini disebut harga tertinggi obat ditetapkan terpisah, semacam DPHO Askes. Mulai tahun 2013, Pemerintah telah menerapkan E-catalog, untuk obat generik. Tahun berikutnya e-catalog akan mencakup obat non-generik dan alat medis. E-catalog adalah instrumen persaingan tender dengan kerangka harga (framework prices) sebagaimana diatur dalam PerPres tentang pengadaan barang/jasa publik. Perusahaan farmasi dan alkes mengajukan penawaran melalui internet jumlah dan harga obat yang akan disuplai per provinsi. Harga penawaran terendah untuk jumlah tertentu akan masuk dalam daftar harga obat (semacam DPHO Askes) dimana Dinkes dan RSUD dapat membeli obat dan alkes tanpa harus melakukan tender. Proses tender sudah dilakukan secara elektronik. Dengan demikian hal ini mengubah cara tender obat dan alkes dan sekaligus menghemat proses. Rumah sakit swasta yang tidak terkena aturan tender dapat juga membeli obat dengan harga tersebut. Tergantung negosiasi RS dengan pihak pabrikan farmasi dan atau alat kesehatan.

Untuk masa transisi, penetapan harga obat dan bahan habis pakai oleh Menkes sebagai pedoman (begitu bunyi PerPres) untuk pembelian obat oleh fasilitas kesehatan dan perhitungan kapitasi/CBG. Untuk obat-obat tertentu yang jarang digunakan atau yang volume kebutuhannya sedikit, proses tender e-catalog tidak mampu menampung. Untuk itu, masih diperlukan daftar harga obat yang berdasarkan formularium nasional. Formularium nasional adalah daftar obat-obatan (tanpa nama dagang dan tanpa harga) yang oleh profesi medis dinilai sebagai esensial, harus ada di Indonesia untuk menangani kasus-kasus penyakit yang ada di Indonesia. Dari formularium ini dibukalah tender elektronik (e-catalog) yang mencantumkan nama dagang dan harga obat.

Pasal 26 Jenis-jenis pelayanan yang tidak dijamin Badan Penyelenggara Jaminan Sosial akan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

Jelas, tidak semua layanan dijamin oleh BPJS. Layanan yang tidak dijamin yang dirumuskan dalam PerPres adalah layanan yang bertujuan kosmetika, layanan yang terkait

penggunaan narkoba, layanan yang sudah dijamin oleh Pemerintah dalam program lain, layanan yang sudah dijamin dalam program jaminan sosial lain seperti pengobatan pada kecelakaan kerja, dan layanan yang tidak mengikuti prosedur. Sayangnya PerPres masih tidak menjamin layanan di luar negeri, tanpa pengecualian. Seharusnya layanan di luar negeri, sejauh lebih murah, dijamin. Penjaminan layanan kesehatan di luar negeri akan memudahkan penduduk yang tinggal dekat dengan perbatasan. Faktanya, biaya berobat di Malaysia lebih murah dibandingkan dengan biaya berobat prosedur mahal di Jakarta bahkan di beberapa RS publik.

Pasal 27 (1) Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta penerima upah ditentukan berdasarkan persentase dari upah sampai batas tertentu, yang secara bertahap ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja.

Ayat ini mengatur praktik universal pendanaan kesehatan, yaitu sharing iuran antara pekerja dan pemberi kerja yang totalnya merupakan prosentase upah. Ayat ini Dimasukkan frasa ‘bertahap’ untuk desensitisasi pekerja karena selama ini, dalam UU Jamsostek yang bayar iuran JPK hanyalah pemberi kerja. Sementara UU SJSN (lagi, ini indikasi revisi UU Jamsostek) iuran dibayar bersama. Untuk tahap awal, misalnya 3 tahun pertama, pekerja mungkin sharing 1% dari upahnya, tiga tahun kemudian bisa dinaikkan sharing 2%, dan seterusnya. Sehingga suatu ketika sharing-nya 50:50 sebagaimana praktik lazim di dunia. Sebagaimana dapat disaksikan dalam berbagai pemberitaan, serikat pekerja menolak membayar kewajibannya yang diusulkan sebesar 2% upah sebulan. Penolakan tersebut terjadi karena kurang-pahaman, terkena hasutan sebagian orang, dan karena sebelumnya mereka tidak ikut mengiur.

Seharusnya besaran iuran ini sudah masuk dalam PerPres. Namun, karena alotnya pembahasan besaran iuran PBI, yang diusulkan DJSN sebesar Rp 27.000 dan usulan tertinggi Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) sebesar Rp 22.100, maka PerPres dikeluarkan tanpa iuran. Seperti banyak diberitakan, Menteri Keuangan hanya mau mengalokasikan sebesar Rp 15.500 per orang per bulan. Padahal harga keekonomian (dimana fasilitas kesehatan swasta dapat melayani peserta PBI dengan ongkos produksi tertutupi) adalah sekitar Rp 50.000 per orang per bulan.

Pasal 27 (2) Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta yang tidak menerima upah ditentukan berdasarkan nominal yang ditinjau secara berkala.

Ayat ini mengindikasikan dan sekaligus menyadari bahwa suatu ketika, pekerja bukan upah (yang umum disebut sektor informal) harus membayar iuran. Karena penghasilan tidak tetap dari bulan ke bulan, maka tidak mungkin menarik iuran prosentase upah dari pekerja bukan penerima upah. Idealnya, besaran iuran nominal adalah sebesar “*expected market costs*” dari *benefit* atau “*expected average contribution*” dari sektor penerima upah. Dalam usulan PerPres telah banyak dibahas iuran untuk hak perawatan di kelas II adalah Rp 40.000 per orang per bulan dan untuk perawatan di kelas I sebesar Rp 50.000 per orang per bulan. Namun, hal tersebut belum definitif sampai akhir Mei 2013. Masalah terbesar dari penarikan iuran pekerja bukan penerima upah adalah keberlanjutan pembayaran iuran rutin. Problem

anti seleksi sangat besar. Sebetulnya Pemerintah dapat membayari iuran pekerja bukan penerima upah, seperti dipraktikkan di Muangthai, karena tidak efisiennya proses pengumpulan iuran. Alternatif lain, Pemda dapat memberikan bantuan iuran bagi pekerja bukan penerima upah yang dalam PerPres diatur menjadi kewajiban perorangan.

Pasal 27 (3) Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk penerima bantuan iuran ditentukan berdasarkan nominal yang ditetapkan secara berkala.

Pengertian secara berkala dalam ketentuan ini adalah jangka waktu tertentu untuk melakukan peninjauan atau perubahan sesuai dengan perkembangan kebutuhan. Dalam PerPres, besaran bayaran kapitasi dan CBG disesuaikan paling lambat tiap dua tahun. Jika PerPres bisa mengatur tarif jalan tol, yang ketika jalan tol sering macet sekalipun, naik tiap dua tahun agar pengelola jalan tol tidak merugi, seharusnya PerPres iuran jaminan kesehatan dan konsekuensinya pembayaran ke fasilitas kesehatan disesuaikan tiap dua tahun. Jika tidak, maka fasilitas kesehatan akan mengalami kesulitan menutupi ongkos-ongkos produksi.

Iuran harus didasari pada perhitungan yang cermat untuk menjamin prinsip kecukupan (*adequacy*) dalam membayar manfaat yang seharusnya dibayar sesuai harga keekonomian (*at market costs*). Jika tidak mempertimbangkan market costs, maka program JamKesNas tidak akan berjalan baik (*sustainable* dan memuaskan). Kasus mundurnya 16 RS dari program Kartu Jakarta Sehat (KJS) yang dikelola PT Askes bulan Mei 2013, karena besaran CBG yang terlalu rendah, merupakan pelajaran berharga untuk JamKesNas. Besaran iuran lebih mendesak untuk disesuaikan secara berkala adalah iuran dengan nilai nominal untuk peserta PBI dan pekerja bukan penerima upah. Sedangkan iuran berupa prosentase upah dengan sendirinya akan naik karena tiap tahun upah minimum provinsi disesuaikan dengan Kebutuhan Hidup Layak (KHL) yang ditetapkan Pemda.

Pasal 27 (4) Batas upah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditinjau secara berkala.

Disini jelas disebutkan batas tertentu, ceiling, yang harus disesuaikan tiap tahun atau paling lama tiap dua tahun. Praktik batas upah Rp 1 juta yang berlaku untuk J PK Jamsostek sejak 1993 sampai dengan 2012 jelas menunjukkan ketidakpedulian atau kegagalan Pemerintah dan atau pimpinan Jamsostek dulu untuk menyesuaikan iuran secara berkala untuk menyesuaikan biaya berobat yang naik tiap tahun. Ayat ini merupakan reformasi sistem Jamsostek yang mengindikasikan revisi UU Jamsostek. Batas upah yang lama, dalam UU Jamsostek/PP 14/1993, yang lebih memihak pemberi kerja agar membayar iuran lebih murah karena batas upah yang tidak berubah selama 16 tahun. Dalam berbagai diskusi batas upah ada dua usulan yang mengemuka yaitu usulan batas upah dengan nilai nominal tertentu, misalnya Rp 7,5 juta dan batas upah dengan nilai relatif yaitu 3 x PTKP (K1). Batas upah relatif akan naik sesuai dengan kenaikan PTKP. Hanya saja, batas relatif berbahaya jika Kementerian Keuangan tidak menyesuaikan besaran PTKP lebih dari dua tahun. Sementara inflasi biaya kesehatan akan tinggi selama dua tahun.

Pasal 27 (5) Besarnya iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3), serta batas upah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

Sampai dengan bulan Mei 2013 Peraturan Presiden telah menampung berbagai keharusan dalam UU SJSN, kecuali untuk besaran iuran dan batas upah dalam penarikan iuran.

Pasal 28 (1) Pekerja yang memiliki anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang dan ingin mengikutsertakan anggota keluarga yang lain wajib membayar tambahan iuran.

Ayat ini merupakan cara perluasan cakupan yang dipilih untuk tidak membatasi jumlah anak, tetapi mewajibkan mereka yang memilih jumlah anak lebih banyak harus membayar iuran tambahan dari upahnya. Jelas ayat ini mereformasi UU/PP Jamsostek dan PP 69/1991 yang mengatur Askes PNS. Dalam peraturan asuransi sosial sebelumnya jaminan JPK Jamsostek sampai anak ketiga dan Askes hanya sampai anak kedua. Karena JamKesNas bertujuan untuk menjamin seluruh penduduk (*universal health coverage*), maka batasan anak tidak lagi relevan. Setiap orang boleh memiliki anak banyak, akan tetapi ia harus bertanggung jawab atas pilihan hidupnya itu. Hal itu diatur dengan mewajibkan pekerja membayar iuran tambahan untuk anak keempat dan seterusnya. Selain itu, tambahan iuran dapat dilakukan untuk anggota keluarga lain, sebagai sumbangan iuran oleh pekerja. Orang tua dan mertua atau mungkin saudara kandung yang tidak memiliki pekerjaan dapat dijamin oleh seorang pekerja dengan membayar iuran tambahan. Ayat ini juga merupakan proses yang ringan bagi anak menanggung orang tua atau mertuanya dengan otorisasi kepada pemberi kerja untuk memotong tambahan iuran 1% untuk tiap tambahan anggota. Hak manfaat anggota keluarga yang iurannya dibayar oleh seorang pekerja mengikuti hak pekerja tersebut.

Pasal 28 (2) Tambahan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

Hal ini sudah tercantum dalam PerPres. Dengan demikian, perluasan cakupan jaminan kesehatan akan lebih cepat dan lebih adil dibanding mengandalkan Pemerintah/Pemda membayar 100% subsidi iuran untuk pekerja bukan penerima upah.

4. Besaran Iuran

Besaran iuran dalam skenario SJSN terdiri dari dua pola iuran yaitu (1) prosentase 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. Jika manfaat sudah menjadi satu untuk semua, diperkirakan mulai tahun 2020, 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

$$X = ((E(c)(K)+E)/U) 100\%$$

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 JamKesNas

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.

Sampai dengan akhir Mei 2013, perhitungan ulang sedang dilakukan untuk mendapatkan angka yang paling aman untuk BPJS, namun tidak terlalu memberatkan pemberi kerja, pekerja maupun pemerintah

5. Penutup

Berbagai rincian JamKesNas sampai akhir Mei 2013 masih dalam proses penyusunan yang dikoordinasikan oleh Kemenkes. Namun demikian, beberapa hal penting telah dirumuskan dalam PP tentang Penerima Bantuan Iuran dan dalam PerPres tentang Jaminan Kesehatan. Rincian dan pedoman pelaksanaan rinci akan dibahas dalam pengkinian (*updating*) buku ini.

Bab IV

Pembayaran ke 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 JamKesNas, 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 JamKesNas sering mengkritisi bahwa sistem JamKesNas akan membuat negara bangkrut. Hal itu belum pernah terjadi. Kritik tersebut hanyalah sebuah ketakutan tanpa pengetahuan. Oleh karenanya semua pelaku JamKesNas harus memahami dengan baik seluk beluk cara pembayaran kepada fasilitas kesehatan.

1. Tujuan Umum Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, petugas memahami berbagai alternatif sistem pembayaran dan mampu melakukan pengelompokan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien guna menyesuaikan sistem informasi kesehatan dengan kebutuhan asuransi kesehatan dan pengendalian biaya kesehatan.

Secara lebih spesifik, setelah membaca bab ini, petugas

1. Mampu menjelaskan definisi dan pengertian masing-masing sistem pembayaran
2. Mampu menjelaskan keuntungan dan kekurangan masing-masing sistem pembayaran ditinjau dari sisi pembayar maupun dari sisi rumah sakit
3. Mampu mengelompokkan pelayanan medis sesuai dengan sistem pembayaran yang akan diterima oleh rumah sakit
4. Mampu menyediakan informasi rata-rata dan tren pembayaran kesehatan menurut berbagai kelompok pelayanan medis yang dibayar dengan berbagai sistem pembayaran

2. 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),⁶⁹ baik waktu, tempat, maupun besar biaya yang dibutuhkan (Thabrany, 2012).⁷⁰ Karena sifat kebutuhan pelayanan yang tidak pasti waktu dan banyaknya, maka tidak semua orang siap dengan uang yang dibutuhkan 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 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 No. 44/2009 tentang RS 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 pentarifan, 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).

3. Faktor-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)⁷¹ 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)⁷² 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 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.

Bahkan UU RS menyebut tarif RS 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, PerPres nomor 12/2013 sudah mencanangkan bahwa BPJS membayar rawat jalan rujukan dan rawat inap dengan cara *Casemix Based Group*. Pusat Casemix Nasional (*National Casemix Center, NCC*) di Kemenkes juga telah terbentuk untuk menyusun besaran pembayaran dengan satuan CBG sebagai moda pembayaran di masa depan.

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 JamKesNas tidak dijamin.

Kolusi dokter-pasien dalam sebuah sistem dimana 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 CT Scan, 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. Margin 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 disitu terjadi masalah bear. Asuransi seharusnya tidak menjamin harga yang harus dibayar atas kesenangan diri pasien dan kesenangan dokter yang menggunakan alat tersebut. Secara pasti JamKesNas 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 12/2013 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 2009.⁷³ 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. 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 spesialisasi

yang semakin mahal. Selain itu, faktor sistem juga berpengaruh. sistem yang memangkaskan *moral hazard* dan penggunaan layanan yang tidak perlu, seperti tidak dijamin dalam JamKesNas dan dengan sistem pembayaran prospektif dapat menekan laju kenaikan biaya kesehatan.

4. 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*
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*). Pembayarannya dapat dilakukan sebelum layanan diberikan dan dapat juga setelah layanan diberikan.

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 9.000 di tahun 2013) untuk setiap hari perawatan, terlepas dari perawatan sakit ringan maupun perawatan untuk transplantasi organ. Jumlah pembayaran DKS sendiri 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 dimana 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

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 bujet global. Dalam UU SJSN, pembayaran prospektif merupakan pilihan Nasional sebagaimana tercantum dalam penjelasan pasal 24 yang menyebut contoh pembayaran kapitasi. Dalam PerPres nomor 12 tahun 2013 secara eksplisit disebutkan pembayaran kapitasi untuk layanan primer dan pembayaran CBG-*Casemix Based Group* untuk layanan rujukan. Dengan demikian, JamKesNas 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 apalagi kapitasi merupakan Cara pembayaran yang belum lazim disini. Bahkan cenderung dinilai sebagai Cara pembayaran yang tidak adil karena praktik pembayaran kapitasi oleh Askes, Jamkesmas, maupun Jamsostek yang tidak sesuai dengan konsep- konsep murni pembayaran kapitasi.

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.

Sejarah singkat

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, 1996⁷⁴; Bolan, 1993).⁷⁵ 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 Kapatitasi

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 asuransi). 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 katastrofik.⁷⁶ 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/asuransi 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. Karena dalam PerPres 12/2013 belum diatur rinci, maka Permenkes atau peraturan BPJS harus menerapkan prinsip *stop loss*.

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 gadget 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 asesoris 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 dimana 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 disitu ada hak dan kewajiban masing-masing pihak. Perorangan dokter praktik secara hukum sama dengan suatu badan hukum, boleh mengikat kontrak dengan BPJS. 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 dengan Pemda (bisa diwakili Dinkes). Kontrak hanya boleh dilakukan oleh badan hukum dan atau perorangan. Maka, pembayaran kapitasi ke Puskesmas menjadi semakin kurang efektif. Oleh karenanya, jangan heran jika banyak pasien Askes, Jamkesmas, dan Jamsostek yang sering mengirim saja rujukan yang diminta oleh peserta. Tidak ada insentif dan sanksi finansial bagi mereka untuk

menolak, jika ada pasien jaminan meminta surat rujukan. Mereka juga tidak berkepentingan dengan besaran kapitasi rawat jalan primer.

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 kita rancang di Indonesia dengan BPJS, sebagai pembeli tunggal. Di Inggris, pembeli tunggal adalah Pemerintah. Di Korea Selatan dan Taiwan, pembeli tunggal adalah badan JamKesNas seperti BPJS. Jika BPJS 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.

Cara menghitung besaran kapitasi tidaklah sulit. Hanya saja, untuk Indonesia saat data akurat dan layak pasar masih sangat terbatas. Memang ada pengalaman Askes, Jamsostek dan Jamkesmas tentang pembayaran kapitasi dan utilisasinya. Namun, penggunaan pembayaran kapitasi pada program tersebut belum berbasis harga keekonomian yang layak. Tambahan, banyak fasilitas kesehatan (*health care provider*) juga tidak memiliki informasi yang cukup untuk menghitung besar kapitasi yang efektif mendorong pencegahan. Yang memiliki data besar, seperti Askes tidak mau berbagi karena kekeliruan bentuk badan hukum PT yang memang bersifat tertutup. Besaran pembayaran kapitasi Askes ke Puskesmas yang Rp 2.000 per orang per bulan untuk Puskesmas dengan satu dokter, Rp 4.000 orang per bulan untuk Puskesmas dengan dua dokter, dan Rp 5.500 - 6.500 untuk dokter praktik swasta sangatlah tidak memadai. Oleh karenanya, perlu dilakukan usaha bersama untuk menghimpun informasi yang akurat, agar fasilitas kesehatan maupun BPJS, bersama-sama, dapat berperan efektif memperbaiki sistem. Jika besaran kapitasi ditetapkan sepihak dan jauh di bawah harga yang layak, akan banyak timbul konflik yang mengancam kesinambungan JamKesNas.

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 dimana diasumsikan sebuah klinik Pratama dipilih oleh 12.500 orang sebagai layanan primer (*gate keeper*). Klinik ini bersedia dan dikontrak BPJS 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, dimana 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, klinik utama, dan Puskesmas.

Tabel:
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 (ekstirpasi, 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 prolans	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
Beban tenaga dan kantor (per bulan)				
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 penunjang (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
TOTAL Biaya Kapitasi per orang per bulan (tanpa penyesuaian risiko)				26.848

*) 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 Askes 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 JamKesNas penyakit tersebut tetap dijamin, karena tujuannya adalah melindungi kesehatan, bukan cari laba. Tetapi, tanggung jawab risiko akhir (*ultimate risks*) ada pada BPJS, bukan fasilitas kesehatan.

Reaksi Positif Pembayaran Kapitasi

Setiap aksi ada reaksi. Pembayaran kapitasi adalah suatu aksi dalam sistem JamKesNas 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, BPJS.
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 BPJS ke depan, fasilitas kesehatan akan 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

Reaksi negatif yang merugikan sistem bervariasi tergantung dari kelompok layanan yang dibayarkan secara kapitasi, besaran kapitasi, dan kompetensi layanan yang dimiliki/diijinkan 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 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 JPP. 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 Indonesia, belum ada evaluasi yang efektif dan terpercaya pada pembayaran kapitasi karena besaran kapitasi yang terlalu rendah. 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).⁷⁷ 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 sustainabilitas 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 dan fasilitas kesehatan harus menjadi dasar. Di masa PT Askes dan PT Jamsostek masih berbentuk BUMN, keterbukaan penuh tidak terjadi. Perilaku pengelola untuk mendapatkan laba justru menyembunyikan sebagian informasi. Sayangnya perilaku tersebut belum berubah ketika kedua BUMN tersebut dalam masa transisi dan tidak lagi membayar dividen kepada Pemerintah. Ketika kedua BUMN tersebut menjadi BPJS, sebuah badan hukum publik, 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.

Dalam sistem pembayaran kapitasi, telaah utilisasi (*utilization review*) mutlak diperlukan untuk dua hal. Pertama, telaah utilisasi memberikan informasi kepada BPJS 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 BPJS. 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 JamKesNas.

Dalam mengkomunikasikan data utilisasi, BPJS 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. Banyaknya keluhan dokter tentang pembayaran Jamkesmas, Askes, maupun JPK Jamsostek yang sering terekam dalam seminar merupakan indikasi belum terjadi keseimbangan informasi. 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 JamKesNas. Konsep biaya satuan sering dipahami keliru hanya sebagai biaya satuan per jenis pelayanan, yang di masa lalu dihitung dengan metoda 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 sensitifitas. Dalam praktiknya, karena komposisi pasien dan volume pasien bervariasi, besaran DRG disesuaikan dengan berbagai faktor yang akan dikupas lebih lanjut.

Sejarah Singkat

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.¹ Sistem ini disebut pendanaan berbasis *pay as you go* sama seperti pembayar pajak dimana 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 merek 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

¹ Tanggal 9 Mei dilaporkan TV One bahwa seorang penderita gagal ginjal di kota Solo yang sebelumnya terdaftar dan dijamin Jamkesmas tidak lagi dijamin di tahun 2013 karena ada perubahan daftar penerima Jamkesmas yang disatukan dengan penerima bantuan lain oleh TNP2K. Tampaknya hal tersebut merupakan exclusion error. Maka kini dia ditolak mendapat layanan hemodialisa yang sebelumnya sudah diterimanya lebih dari satu tahun. Sangat disayangkan komentar petugas Dinkes kota Solo hanya berkomentar mekanik, “ya mungkin dia tidak miskin lagi atau dari pusat salah identifikasi”.

Tanpa hemodialisa dalam dua minggu 99% pasien tersebut akan mati. Seharusnya Dinkes menjamin dari dana APBD atau megoreksi daftar Jamkesmas. Jika tidak, maka kematian si pasien dapat dikategorikan sebagai kebijakan pembunuhan berencana.

INA-CBG² (*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 sudah tidak banyak lagi dianut di dunia. Penyebabnya 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.⁷⁸

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).

² Untuk selanjutnya, istilah yang digunakan dalam buku ini adalah CBG yang digunakan di Indonesia. Secara konsep CBG berkembang dari konsep DRG.

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 katastropik 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 prosentase jasa medis untuk tiap CBG. Penetapan prosentase ini tidak sejalan dengan UU SJ SN 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 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

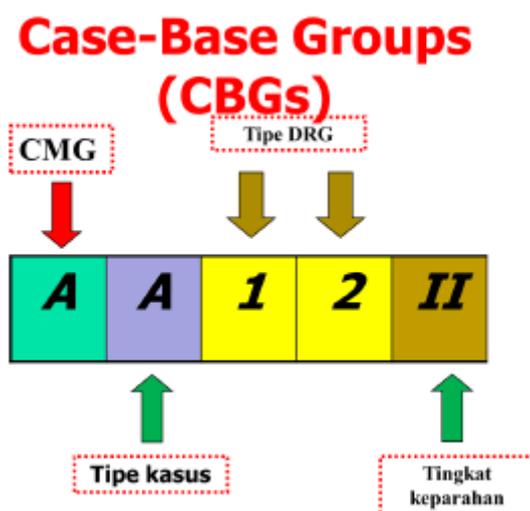
Sumber: Wibowo B, NCC, 2012.

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 Grouper UNU terdiri atas delapan kelompok kasus (Aljunid, 2013)⁷⁹

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), dimana 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:

$$\text{Tarif} = \text{tarif dasar RS} \times \text{bobot} \times \text{faktor penyesuai}$$

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.

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

$$\text{Indek Dasar RS} = \frac{\text{Biaya total}}{\text{Jumlah total suatu kasus} \times \text{CMI}}$$

Karena tarif CBG dikembangkan berbasis uraian belanja rumah sakit, untuk meningkatkan akurasi tarif CB G, 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 CB G, 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 memproduksi 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 JamKesNas dengan pembayaran CBG. Akan tetapi menunggu adanya standar rinci tiap kasus

secara nasional mungkin akan menunda implementasi JamKesNas. Secara praktis, tiap RS sudah memiliki ‘standar lokal’. Hanya saja, pilihan obat dan BMHP oleh para dokter sekarang belum efisien karena umumnya pasien membayar atau dibayar secara JPP.

Kasus KJS (Kartu Jakarta Sehat) yang dikelola PT Askes, dalam rangka persiapan menuju BPJS dengan membayar CBG telah memancing berita hangat. Pasalnya, pada pertengahan 17-18 Mei 2013 Kompas memberitakan bahwa 11 RS swasta mengundurkan diri dari KJS. Banyak komentar pro kontra muncul. Hal itu tidak lepas dari metoda perumusan CBG yang belum pas untuk seluruh diagnosis, pemahaman dokter dan pimpinan RS yang masih rendah, dan kurangnya perhitungan antisipatif dari PT Askes. Pihak dokter di RS swasta umumnya masih bekerja dengan pola JPP sehingga tidak ada insentif bagi mereka untuk efisien. Kerugian yang dikemukakan 11 RS di Jakarta, bisa jadi hanya karena tim dokter di RS itu tidak efisien. Bisa jadi juga karena kebetulan kasus yang ditangani yang hitungan CBG-nya belum pas. Ketika surplus, biasanya RS tidak mengeluh. Sesungguhnya, jika diperhatikan pembayaran KJS kepada PT Askes sebesar Rp 23 ribu per orang per bulan, besaran CBG dapat ditingkatkan. Sebab, perhitungan CBG yang digunakan tahun 2013 masih berdasarkan alokasi dana Jamkesmas yang hanya sekitar Rp 8.000 per orang per bulan. Sudah barang tentu, angka utilisasi di Jakarta dalam program KJS pasti tidak sama dengan angka utilisasi Jamkesmas secara nasional. Meskipun demikian, perhitungan CBG untuk program JKS harusnya bisa diantisipasi dengan penyesuaian besaran. Sebab, penolakan beberapa RS, meskipun belum tentu pihak RS tersebut yang benar, dapat menimbulkan reaksi negatif atas tingkat kepercayaan publik terhadap BPJS.

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. 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 dimana 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. Oleh karenanya dalam era JamKesNas perlu perubahan pedoman, kompetensi Verifikator, telaah utilisasi, dan penerapan sanksi bagi RS yang nakal.

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 merupakan aib pemerintah yang tidak mampu 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 JamKesNas.

Tabel:
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 medis

Sumber: *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
Type RS			
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 tahun 2013 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 redistribusi 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 dimana 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, kini 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
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 JamKesNas.
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 JamKesNas, 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.

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 JamKesNas belum mencakup seluruh penduduk. Selain itu, cara pembayaran lainnya bisa digunakan untuk sebagian kasus bagi pasien yang tidak mau menggunakan haknya dalam JamKesNas, 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 antenata 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 9.000 di tahun 2013. 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)⁸⁰ dan juga di Malaysia (Aljunid, 2011). Sesungguhnya *global budget* merupakan cara pendanaan rumah sakit oleh pemerintah atau BPJS dimana 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 dilaksanakan di negara-negara dengan sistem *National Health Service* (NHS) dimana 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.

5. Penutup

Layanan kesehatan, khususnya pelayanan di rumah sakit, bukanlah layanan yang memenuhi syarat berlakunya hukum pasar seperti layanan servis atau perbaikan mobil maupun jasa layanan hotel. Masalah utama dari tidak berlakunya hukum pasar adalah informasi yang tinggi dalam layanan rumah sakit. Mekanisme pasar yang dapat mengendalikan biaya dan meningkatkan mutu tidak terjadi dalam layanan rumah sakit. Biaya perawatan di RS terus meningkat dari tahun ke tahun meskipun jumlah dokter dan jumlah

rumah sakit semakin banyak. Biaya layanan rumah sakit terus meningkat karena inflasi, jenis layanan baru, kualitas layanan dengan teknologi baru, dan usia tua yang menghasilkan penyakit kronis yang mahal pengobatannya. Upaya pengendalian biaya layanan kesehatan tidak bisa dihindari. Cara pembayaran tradisional yang jumlah ditentukan setelah pelayanan diberikan (retrospektif) justru mendorong pemborosan yang menyebabkan layanan RS semakin mahal.

Para ahli ekonomi kesehatan mengembangkan berbagai cara pembayaran prospektif, yaitu pembayaran yang jumlahnya sudah disepakati di muka, meskipun pembayarannya dilakukan kemudian. Dua cara pembayaran prospektif (kapitasi dan CBG) akan menjadi cara pembayaran dominan dalam JamKesNas di Indonesia sesuai PerPres 12/2013. Cara kapitasi akan diterapkan untuk layanan primer dimana fluktuasi risiko sakit menjadi beban layanan primer (dokter dan klinik). Cara pembayaran CBG akan diberlakukan untuk layanan rawat jalan rujukan dan rawat inap. Indonesia telah menerapkan CBG sejak tahun 2008, namun besaran CBG yang dihitung berdasarkan penguraian belanja RS belum akurat untuk setiap jenis CBG. Selain itu, besaran CBG yang berbeda antara tipe RS tidak mendorong terwujudnya efisiensi dan redistribusi tenaga kesehatan. Revisi besaran CBG akan dilaksanakan dalam proses implementasi JamKesNas. Dalam hal ini, masukan dan kontribusi RS swasta sangat dibutuhkan.

Daftar Referensi

- ¹ HIAA. Group life and health insurance. Part A. HIAA, Washington DC, 1994.
- ² Stierle, Friedeger. Social health insurance in Germany. Makalah disajikan dalam Seminar Asuransi Kesehatan Nasional, Jakarta, 1998.
- ³ HIAA. Group health insurance. Part A. HIAA, Washington DC. 1997.
- ⁴ Dixon A and Mossialos E. Health system in eight countries: trends and challenges. The european observatory on health care systems. London, 2002.
- ⁵ Henderson JW. Op Cit.
- ⁶ Rejda, GE. Social insurance and economic security. 3rd Ed. Prentice hall, New Jersey, USA. 1988.
- ⁷ Friedlander WA and Apte RZ. Introduction to social welfare. Prentice Hall. Englewood, New Jersey, USA, 1980.
- ⁸ Keintz RM. NHI and income distribution. D.C. health and company, Lexington, USA, 1976.
- ⁹ Merritt Publishing, Glossary of insurance terms, Santa Monica, CA, USA 1996.
- ¹⁰ Tuohy CH. The costs of constraint and prospects for health care reform in Canada. Health affairs: 21(3): 32-46, 2002.
- ¹¹ 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.
- ¹² Roemer MI. Health system of the world. Vol II. Oxford university press. Oxford, UK. 1993.
- ¹³ Thabrany, H. Kegagalan Pasar. Op Cit.
- ¹⁴ Keintz RM. National Health Insurance and Income Distribution. D.C. Health and Company, Lexington, USA, 1976.
- ¹⁵ Rubin, HW. Dictionary of insurance terms. 4th Ed. Barron’s Educational Series, Inc. Hauppauge, NY, USA 2000.
- ¹⁶ Dixon and Mossialos. Op Cit.
- ¹⁷ Stierle. F. German Health Insurance System. Makalah disajikan pada Seminar Asuransi Kesehatan Sosial, Jakarta 2001.
- ¹⁸ 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.
- ¹⁹ Lankers, C. The German health care system. Makalah disajikan pada Kunjungan Tim SJSN di Berlin, 24 Juni 2003.
- ²⁰ Schoultz F. Competition in the Dutch health care system. Rotterdam, 1995.
- ²¹ Dixon and Mossialos. Op Cit
- ²² Roemer, Milton I. Op Cit.
- ²³ www.health.gov.au.
- ²⁴ Hall Jlourenco RA and Viney R. Carrots and Sticks- The fall and fall of private health insurance in Australia. Health econ 8 (8)2653-660, 1999.
- ²⁵ Dixon A and Mossialos E. Op Cit.
- ²⁶ Yoshikawa A, Bhattacharya J, Vogt WB. Health economics of Japan. University of Tokyo Press, Tokyo, 1996.
- ²⁷ Okimoto DI dan Yoshikawa A. Japan’s health system: Efficiency and effectiveness in universal care. Faulkner & Gray Inc. New York, USA, 1993.
- ²⁸ Nitayarumphong S. Universal coverage of health care: Challenges for developing countries. paper presented in workshop of Thailand universal coverage. 2002.
- ²⁹ Lee YC, Chang HJ dan Lin PF. Global budget payment system: Lesson from Taiwan. Makalah disajikan dalam Summit.
- ³⁰ BNHI. National health insurance profile 2001. BNHI, Taipei 2002.
- ³¹ Liu CS. National health insurance in Taiwan. Makalah disajikan pada Seminar Menyongsong Asuransi Kesehatan Nasional, Jakarta 3-5 Maret 2004.
- ³² Rachel Lu J and Hsiao WC. Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. Health affairs: 22(3): 77-88, 2003.
- ³³ Cheng TM. Taiwan’s new national health insurance: Genesis and experience so far. Health affairs: 22(3):61-76.
- ³⁴ Am-Gu. National health insurance in Korea. Makalah disajikan dalam lokakarya sistem jaminan sosial di Bali, 10-17 Februari 2004.

- ³⁵ Thabrany, H. Universal coverage in Korea and Thailand. Laporan kepada proyek social health insurance, Uni Eropa. Oktober 2003.
- ³⁶ Park. National health insurance in Korea, 2002. Research division, NHIC. Memograph presented for an Indonesian delegate.
- ³⁷ 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.
- ³⁸ Siamwalla A. Implementing universal health insurance. Dalam pramuallratana P dan Wibulpopprasert S. Health insurance systems in Thailand. HSRI, Nonthaburi, Muangthai, 2002.
- ³⁹ Tangchareonsathien V, Teokul, W dan Chanwongpaisal L. Thailand health financing system. Makalah disajikan pada Lokakarya social health insurance, Bangkok, 7-9 Juli 2003.
- ⁴⁰ SSO. Social health insurance scheme in Thailand. SSO, Bangkok 2002.
- ⁴¹ WHO/SEARO. Social health insurance: Report of a regional consultation. WHO, New Delhi, 2003.
- ⁴² Pongpisut, 2012. Universal Health Coverage Scheme in Thailand. Presentasi Seminar JamKesNas, Jakarta Oktober 2012.
- ⁴³ Treerutkuarkul A (Ed). Thailand. Universal Health Coverage: Case Studies from Thailand. Health System Research Institute, Bangkok, 2012.
- ⁴⁴ Novales MA dan Alcantara MO. National health insurance program in Philippines. Makalah disampaikan pada Summit Jakarta.
- ⁴⁵ EkaPutri. A. National health insurance program in decentralized government in archipelago Country: Lesson from the Philippine. Makalah Studi. Asian Scholarship Foundation, 2003.
- ⁴⁶ WHO/SEARO. Social HI. Op Cit.
- ⁴⁷ Depkes RI. Almanak Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta, 1985.
- ⁴⁸ Djumialdji. Himpunan peraturan perundangan ketenagakerjaan bidang jaminan sosial. Citra aditya bakti. Bandung, 1993.
- ⁴⁹ Hasil olahan penulis dari buku laporan kegiatan asuransi sampai dengan buku laporan tahun 2012.
- ⁵⁰ Thabrany, Hasbullah. Asuransi Kesehatan di Indonesia. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Depok 2001.
- ⁵¹ Vughan. Principle of ..
- ⁵² Rejda. Principle ..
- ⁵³ WHO. World Health Report 2000. Geneva, 2001.
- ⁵⁴ Laporan WHO 2000.
- ⁵⁵ HIAA. Managed Care part B. Washington, D.C., 1997.
- ⁵⁶ HIAA. Health Insurance Premier, Washington, D.C., 2000
- ⁵⁷ Health Insurance Association of America (HIAA). Source Book of Health Insurance Data. HIAA, Washington D.C., 1999.
- ⁵⁸ Depkes RI. Pembinaan Bapel JPKM: Kumpulan Materi. Depkes RI, Jakarta, 1995.
- ⁵⁹ Thabrany, H. Introduksi Asuransi Kesehatan. Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta, 1999.
- ⁶⁰ Depkes Taiwan. Public Health in Taiwan, ROC. Taipei, 1997.
- ⁶¹ Shalala, DE dan Reinhardt UE. *Interview: Viewing the US Health Care System from Within: Candid Talk from HHS*. Health Affairs 18(3): 47-55, 1999.
- ⁶² Anderson, GF. And Paullier, JP. *Health Spending, Access, and Outcomes: Trends in Industrialized Countries*. Health Affairs, 18(3):178-192
- ⁶³ Ikegami, N dan Campbell, JC. *Health Care Reform in Japan: The Virtue of Muddling Through*. Health Affairs 18(3):56-75.
- ⁶⁴ *Pelayanan kesehatan disini adalah berbagai lingkup pelayanan kesehatan mulai dari promotif sampai rehabilitatif, termasuk obat dan alat medis.*
- ⁶⁵ Tim SJSN, Kantor Wakil Presiden. Naskah Akademik RUU Sistem Jaminan Sosial Nasional, Jakarta 2003.
- ⁶⁶ World Health Report 2012. www.who.int. Diakses tanggal 11 Maret 2013.
- ⁶⁷ DJSN. Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional, Jakarta, November 2012.
- ⁶⁸ Komite Ekonomi Nasional. Bahan Penyajian Kepada Presiden tahun 2012.
- ⁶⁹ Feldstein. Handbook of Health Economics, 2012.
- ⁷⁰ Thabrany, Hasbullah. 2009. Sakit, Pemiskinan dan MDGs. Kompas. Jakarta, 2009.
- ⁷¹ Beck, Donald F. 1984. Principles of Reimbursement in Health Care. Aspen Publication. Rockville, MD. USA. p 12.
- ⁷² Smith, Howard L. dan Fottler, Myron D. 1985. Prospective Payment. Aspen Publication. Rockville, MD. USA. p 2.

-
- ⁷³ Bank Dunia. 2012.
- ⁷⁴ Kongsvedt, Peter R. 1996. The Managed Health Care Handbook. 3rd Ed. Aspen Publication. Gaitersburg, MD, USA.
- ⁷⁵ Bolan, Peter. Making Managed Healthcare Work: A Practical Guide to Strategies and Solutions. 1993. Aspen Publication, Gaitersburg, MD. USA.
- ⁷⁶ HIAA. 1997. Managed Care: Integrating Delivery and Financing of Health Care, Part A. Washington, DC, USA.
- ⁷⁷ Rand Corporation. Free for All.
- ⁷⁸ Wibowo, B. Presentasi INA CBG untuk Tahun 2013. National Casemix Center (NCC). Jakarta 2012.
- ⁷⁹ Aljunid, Syed. Pengembangan INA CBG. Bahan presentasi Rapat Kerja INA CBG, National Casemix Center Kemenkes, April 2013.
- ⁸⁰ 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.



Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia