

Strategi Pengembangan Asuransi Kesehatan di Era Desentralisasi¹

Hasbullah Thabrany²

Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Universitas Indonesia

1. Pendahuluan

Asuransi kesehatan merupakan suatu alat sosial untuk menggalang kegotongroyongan atau solidaritas masyarakat dalam bidang pelayanan kesehatan (dalam arti luas). Meskipun secara kultural, asuransi kesehatan bukanlah budaya bangsa Indonesia dan bukan juga budaya bangsa-bangsa lain, akan tetapi akar atau elemen asuransi kesehatan sebagai alat gotong royong sudah merupakan peradaban manusia di dunia, barangkali sejak manusia mendiami planet ini. Dalam bentuk tradisional, seluruh masyarakat bahu-membahu memberikan pertolongan semampunya untuk membantu anggota masyarakat yang sakit. Perkembangan pelayanan kesehatan modern dalam bentuk rumah sakit tidak lepas dari semangat kegotong royongan ini. Pelayanan rumah sakit pada awalnya murni sebagai ekspresi kegotong-royongan dengan memberikan pelayanan atau perawatan tanpa tuntutan imbalan, murni karitas atau sedekah. Akan tetapi karena longgarnya korehensi sosial dalam kehidupan modern dan tuntutan pendanaan yang realistik maka pelayanan rumah sakit berkembang menjadi komoditas. Namun peran rumah sakit sebagai pelayanan karitas, dalam artian sempit maupun luas-formal seperti yang disediakan oleh pemerintah, sampai saat ini dan tampaknya akan terus, tetap ada. Bentuk solidaritas sosial dalam kemasam modern, disebut asuransi kesehatan, juga berkembang mengikuti jejak pelayanan rumah sakit.

Karena sejarah perkembangan dan penyelenggaraan asuransi kesehatan yang penuh pasang surut dan tidak lepas dari praktek penyelenggaraan yang jujur dan korup atau bahkan penipuan, maka masih banyak orang yang alergi dengan istilah asuransi. Egoisme sektoral yang tumbuh subur di negeri ini juga menimbulkan berbagai sikap tentang asuransi. Ada pihak yang merasa “memiliki” asuransi atau menganggap asuransi “dimiliki” sektor tertentu dan karenanya meanggap dirinya yang paling berhak mengatur atau tidak mau menggunakan istilah asuransi karena milik orang lain. Sikap pertentangan ini di tahun 70an juga tumbuh subur di Amerika dalam rangka ‘perebutan’ lahan pengaturan dan menghindari pengaturan oleh pihak tertentu.

Asuransi kesehatan dapat dibedakan dalam dua bentuk besar yaitu asuransi kesehatan yang bersifat komersial dan yang bersifat sosial. Asuransi kesehatan komersial bertujuan memberikan perlindungan kepada penduduk atas dasar *commerce* dengan ciri hubungan transaksi yang bersifat sukarela, sebagaimana layaknya sebuah transaksi dagang. Bentuk asuransi kesehatan komersial mencakup produk Askes sukarela dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Sedangkan asuransi kesehatan sosial bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada penduduk atas dasar

¹ Disampaikan pada Pembiayaan Kesehatan dalam Era Desentralisasi se Sulawesi Selatan, tanggal 2 April 2001 di Makasar.

² Ketua Umum PAMJAKI (Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia)

penegakkan keadilan sosial sehingga sifat kepesertaanya wajib. Asuransi kesehatan sosial berkembang untuk menghindari kegagalan pasar (*market failure*) dari sistem asuransi kesehatan komersial untuk memberikan jaminan kepada penduduk secara luas dan dengan harga terjangkau. Bentuk asuransi kesehatan sosial mencakup Askes pegawai negeri, asuransi Jasa Raharja dan JPK Jamsostek, yang semuanya belum menerapkan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial secara konsisten. Dalam implementasinya kedua jenis asuransi tersebut dapat diselenggarakan dengan memberikan penggantian biaya kesehatan dalam bentuk uang ataupun dengan memberikan pelayanan kesehatan (*benefit in kind*). Karena tingginya moral hazard, maka asuransi kesehatan yang memberikan penggantian uang semakin terbatas pada kondisi tertentu dimana pemberian jaminan dalam bentuk pelayanan sulit diterapkan.

Dalam era desentralisasi dimana pemerintah kota/kabupaten memiliki kewenangan mengatur pelayanan kesehatan (bukan asuransi/jaminan kesehatan), maka pemda harus mengambil dua kebijakan utama yang akan dilaksanakannya. Apa yang diperjuangkan: tersedianya jaminan/asuransi kesehatan atau terselenggaranya bisnis asuransi kesehatan? Pemda juga harus memiliki visi yang jelas tentang asuransi kesehatan: sebagai alat politik dan manajemen pemerintah? Atau sebagai salah satu sumber pendapatan daerah? Apabila keinginan dan visi tersebut sudah jelas diambil, maka pemda dapat meneruskan langkah selanjutnya.

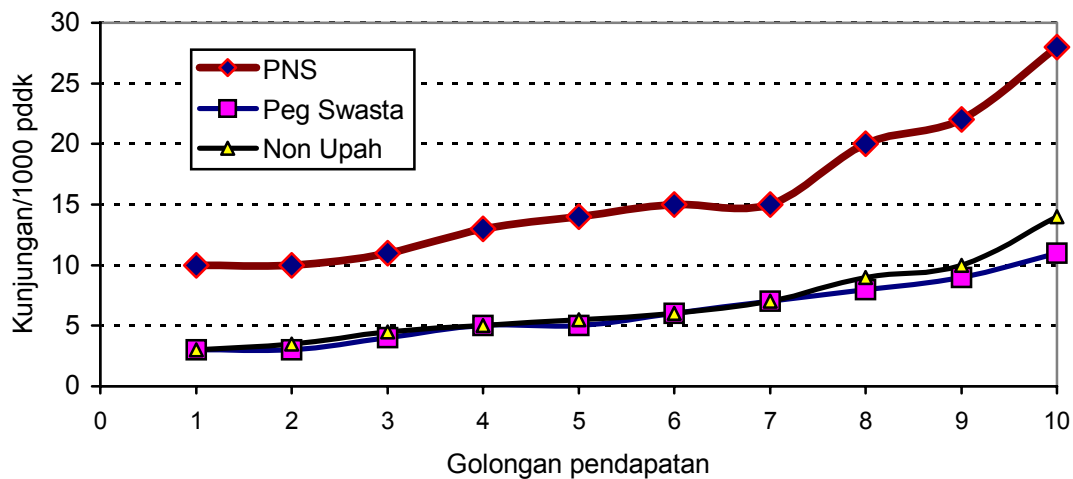
2. Masalah Akses Pelayanan Kesehatan

Pada saat ini masalah utama kesehatan kita adalah sebenarnya akses terhadap pelayanan kesehatan modern yang masih sangat terbatas. Meskipun dari sisi demokrasi tampaknya memperjuangkan akses kepada pelayanan kesehatan modern bersifat diskriminatif (kenapa akses pelayanan kesehatan tradisional tidak diperjuangkan?), tren ini secara universal telah diterima dunia dan masyarakat. Keberpihakan terhadap pelayanan kesehatan modern merupakan kosekuensi logis perkembangan budaya manusia. Di berbagai belahan dunia, khususnya masyarakat madani (*civil society*), akses terhadap pelayanan kesehatan modern telah diakui sebagai hak asasi penduduk. Deklarasi hak asasi manusia PBB tahun 1947 telah dengan jelas menyatakan bahwa setiap manusia mempunyai hak atas jaminan kesehatan manakala ia sakit. Di Indonesia akses ini juga telah diakui dalam UUD 45 dengan memberikan hak jaminan sosial kepada setiap penduduk. Dalam Amendemen UUD 45 tahun 2000 wakil rakyat telah menetapkan bahwa setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan. Hal ini merupakan landasan idiil untuk memberikan garis besar tugas kepada pemerintah agar suatu ketika hak ini dapat diberikan kepada setiap penduduk. Tentu saja untuk mendapatkan haknya, setiap penduduk mempunyai kewajiban. “Tiada hak tanpa kewajiban” begitu kata Mahatma Gandhi. Kewajiban penduduk adalah memberikan kontribusi, sesuai tingkat ekonominya.

Kondisi akses pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini masih sangat jauh tertinggal. Akses pelayanan kesehatan modern relatif hanya memadai pada kelompok 20% terkaya. Separuh penduduk Indonesia tidak memiliki akses yang memadai kepada pelayanan rumah sakit, baik untuk rawat jalan maupun rawat inap. Benar bahwa pemerintah telah memiliki puluhan ribu puskesmas dan puluhan rumah sakit umum. Namun akses pelayanan rumah sakit masih sangat kurang memadai. Akses untuk pelayanan primer di puskesmas, mesti diakui sudah cukup memadai meskipun kualitas pelayanannya masih belum mencukupi. Dokter di puskesmas jauh lebih tersedia bagi

semua golongan penduduk daripada dokter spesialis di rumah sakit. Obat-obatan di puskesmas dapat diberikan, praktis secara gratis (dulu disebut obat Inpres). Akan tetapi begitu masyarakat miskin berobat di rumah sakit, yang memerlukan biaya ekstra untuk ruangan, bahan medis, operasi, dan sebagainya, obat-obat yang dibutuhkan harus dibeli dengan harga penuh. Tidak ada obat inpres di rumah sakit. Harus diingat bahwa komponen obat dalam biaya pelayanan kesehatan dapat mencapai 40% dari total biaya perawatan. Dengan demikian, praktis penduduk miskin tidak memiliki kesempatan yang cukup untuk mendapatkan pelayanan mendasar yang bisa meringankan penyakitnya, bahkan mempertahankan hidupnya, di rumah sakit pemerintah sekalipun.

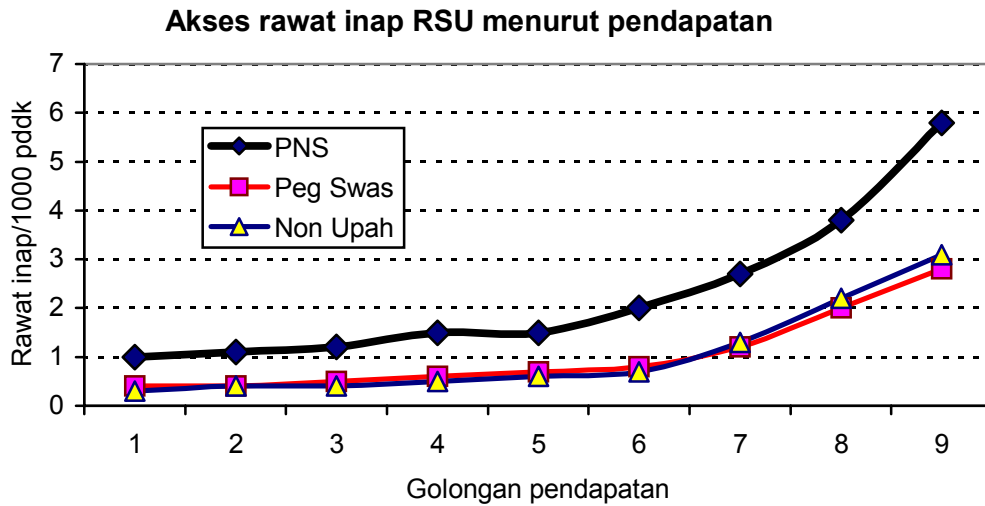
Akses rawat jalan RSU menurut golongan pendapatan



Akses penduduk miskin/miskin medis (miskin relatif terhadap kebutuhan medis yang harus dipenuhinya) sangat jelek di Indonesia. Anehnya, jika seseorang meninggal karena ia (karena hal-hal yang terkait dengan) perberbedaan pendapat, pandangan politik, etnik, atau agama dianggap pelanggaran HAM. Akan tetapi jika seorang meninggal karena perbedaan kemampuan ekonomi, tidak mampu membayar pelayanan medis yang tersedia di depan mata, tidak diakui sebagai pelanggaran HAM. Sangat ironis hal ini terjadi di negara yang mengaku religious dan penuh kegotong-royongan. Sangat ironis, bahwa usaha-usaha yang memungkinkan pelanggaran HAM karena perbedaan ekonomi ini masih sangat minimal dilakukan di Indonesia.

Jika diskusi ini diteruskan, alasan klasik yang dikemukakan adalah kendala keterbatasan dana pemerintah pusat maupun daerah. Yang terjadi sebenarnya adalah kegagalan perencanaan anggaran dan prioritas. Pendanaan rawat jalan untuk penyakit ringan yang sebagian besar dapat sembuh sendiri dibiayai publik/anggaran pemerintha. Sementara perawatan kasus-kasus berat, dimana penduduk tidak mampu membiayainya (tidak harus miskin) tidak mendapat subsidi yang memadai. Paradigma pembangunan kesehatan kita telah terjebak pada kebijakan populis bukan pada kebijakan esensial. Dari segi kebijakan makro ekonomi misalnya hal ini tampak dari masuknya minyak goreng dalam kelompok sembako sementara obat dan perawatan rumah sakit sama sekali tidak

masuk kebutuhan pokok. Kebijakan makro tersebut terjebak pada pemenuhan *demand* bukan pada pemenuhan *needs*. Akibatnya, subsidi diberikan kepada yang meminta bukan kepada yang membutuhkan. Kesalahan kebijakan makro kita pada akhirnya mengimbas kepada kebijakan kesehatan yang tidak sesuai dengan falsafah dasar keadilan sosial.



Beberapa tahun lalu seorang ibu mengalami kecelakaan di Lampung, namun sesampainya di rumah sakit keluarganya diminta membayar uang muka sebesar Rp 5 juta rupiah. Karena keluarganya tidak memiliki uang sebanyak itu, perawatan terpaksa urung. Dalam perjalanan mencari pengobatan di tempat lain, ia meninggal dunia.

Beberapa tahun yang lalu di Jakarta, Inspektur Jenderal Depkes harus meninggal dunia karena serangan jantung dan sopir yang membawanya ke rumah sakit tidak mampu meyakinkan petugas bahwa si pasien adalah pejabat tinggi di Depkes dan sopir tersebut tidak membawa uang jaminan. Bapak Inspektur mungkin tidak perlu meninggal saat itu, jika saja petugas menangani pasien tanpa harus menunggu jaminan atau persyaratan administrasi.

Beberapa tahun yang lalu, seorang anak pegawai negeri yang menderita gagal ginjal bertanya kepada dokter yang mencuci darahnya. "Apakah bulan depan ia bisa mencuci darah lagi". Pertanyaan itu disampaikan karena ia menyadari bahwa jaminan Askesnya akan habis bulan depan, karena batas usianya. Sang dokter mengangguk getir, karena ia tahu bahwa jika tidak ada lagi jaminan dan tidak ada bantuan dana, anak tersebut akan meninggal bulan depan.

Beberapa waktu yang lalu di Sulawesi Utara, seorang ibu terpaksa menjual pakaiannya untuk mengobati anaknya ke sebuah puskesmas. Anak tersebut ternyata harus dirawat di rumah sakit. Sang ibupun membawa anaknya ke sebuah rumah sakit, namun ia harus membayar uang muka Rp 40.000, sementara uang hasil jual pakaiannya hanya tersisa Rp 4.000. Ia pun terpaksa membawa kembali anaknya untuk mencari uang tambahan. Ajal memang datang tak terduga, anak tersebut meninggal sebelum bisa kembali ke rumah sakit. Setelah sang anak meninggal, ibunya memang mendapat cukup banyak uang selawat. Sayang uang itu datang satu hari terlambat. Apalah artinya uang itu sekarang, tangis sang ibu!

Kesalahan anggaran dan prioritas tidak juga ditutupi dengan kebijakan lain yang memberikan perlindungan kepada penduduk atas kasus-kasus *medical catastrophic*. Sejak tahun 1968 asuransi kesehatan telah dikembangkan untuk pegawai negeri. Namun sudah lebih dari 30 tahun, penduduk lain tidak mendapat perhatian. Seolah negara ini hanya miliknya pegawai negeri. Itulah sebabnya, cakupan asuransi kesehatan yang memadai di Indonesia masih mandeg pada angka 15% penduduk, paling banyak. Padahal negara-negara setaraf Indonesia di Asia Tenggara sudah jauh lebih maju. Filipina yang keadaan ekonominya tidak banyak berbeda dengan Indonesia telah memiliki cakupan asuransi kesehatan kepada lebih dari 50% penduduknya. Muangtai yang sedikit lebih maju sudah mencakup hampir 80% penduduknya. Tidak lama lagi kita akan dikalahkan oleh Vietnam, yang tiga tahun lalu belajar dari Indonesia, dalam hal cakupan asuransi kesehatan.

Beberapa tahun terakhir telah mulai digelar berbagai konsep dan usulan untuk memperluas cakupan asuransi kesehatan. Namun demikian, konsep-konsep seperti JPKM (yang lalu) bukanlah konsep perluasan jaminan atau asuransi kesehatan, akan tetapi konsep mempromosikan bisnis asuransi kesehatan dalam bentuk *managed care* a la

Amerika yang tidak/belum sesuai untuk Indonesia. Belakangan terdengar berbagai konsep perluasan cakupan, namun keinginannya terlalu ambisius dan tidak realistis. Keinginan yang terlalu ambisius tersebut pada akhirnya menjadi kendala internal yang menyebabkan konsep yang muluk-muluk tersebut tidak bisa dijalankan. Keinginan memberikan jaminan komprehensif pada akhirnya hanya sampai pada retorika politis yang tidak/belum pernah bisa dilaksanakan. Belakangan setelah UU No. 22/99 dikeluarkan, muncul lagi euforia desentralisasi yang juga memunculkan ide-ide yang terlalu jauh seperti keinginan mengatur sendiri segala urusan kesehatan, termasuk asuransi kesehatan.

3. Trade off antara Pool dan Desentralisasi

Penyelenggaraan asuransi membutuhkan pool besar, artinya jumlah peserta asuransi harus besar dan harus terdiri atas orang-orang dari berbagai tingkat risiko. Jumlah peserta yang besar saja akan tetapi mempunyai sebaran risiko tertentu, kelompok usia tua saja kelompok orang yang sering sakit, tidak akan membuat mekanisme asuransi berjalan. Fenomena ini disebut *adverse selection* atau anti seleksi. Jumlah orang yang ikut asuransi dari berbagai tingkat risiko tersebut disebut pool. Tergantung jaminan yang diberikan, jumlah pool yang dibutuhkan bervariasi. Prinsipnya semakin jarang dan mahal pelayanan yang ditanggung semakin besar dibutuhkan pool. Sebagai contoh, untuk pelayanan hemodialisa yang kejadian hanya sekitar tiga orang per 100.000 orang, maka jumlah peserta yang mencapai 100.000 orang saja tidak mencukupi. Itulah sebabnya, di Amerika yang liberal, semua orang yang gagal ginjal harus ditanggung asuransi kesehatan sosial (Medicare) yang dikelola oleh pemerintah Federal, bukan negara bagian apalagi pemerintah kota/kabupaten.

Jika kita perhatikan variasi pelayanan kesehatan, maka jumlahnya mencapai ribuan jenis, termasuk pemeriksaan laboratorium dan berbagai jenis obat yang dibutuhkan. Ada pelayanan kesehatan yang sering dibutuhkan seperti pelayanan kesehatan dasar dan obat-obat flu. Ada pelayanan yang sangat jarang dibutuhkan seperti hemodialisa, bedah jantung, dan kanker darah. Dari segi biaya pelayanan per kali dibutuhkan, ada yang sangat murah seperti obat flu yang biayanya sekitar ribuan rupiah sampai yang ratusan juta rupiah. Apabila asuransi kesehatan yang dikembangkan menanggung kasus yang jarang terjadi dan mahal, maka dibutuhkan biaya besar. Seringkali pengambil keputusan mengambil cara gampang bisnis asuransi untuk membatasi jaminan dan tidak menanggung biaya mahal. JPK Jamsostek misalnya tidak menanggung hemodialisa dan pengobatan kanker. Hal ini sebenarnya bertentangan dengan prinsip asuransi yang gotong royong dan bertantangan dengan HAM. Sebaliknya, jika pelayanan mahal tersebut harus ditanggung, maka jumlah peserta harus cukup besar sehingga memungkinkan tercapainya stabilitas dan solvabilitas keuangan.

Asuransi kesehatan bersifat lintas daerah, propinsi, dan bahkan negara. Asuransi kesehatan yang menanggung pelayanan kesehatan dasar saja, seperti rawat jalan dan rawat inap kasus sederhana memang dapat diselesaikan pada tingkat kota/kabupaten. Namun demikian, apabila jaminannya terbatas pada pelayanan murah tersebut, maka jaminan yang diinginkan tidak memadai dan tidak memenuhi kebutuhan masyarakat. Akibatnya, asuransi yang model ini tidak menarik dan tidak bisa bertahan lama. Untuk memenuhi seluruh kebutuhan kesehatan penduduk, tidak mungkin suatu kota/kabupaten

akan bisa memenuhinya. Apakah di tiap kota/kabupaten harus ada rumah sakit jantung, rumah sakit kanker, dan pusat-pusat hemodialisa? Kalau hal ini ingin diwujudkan, maka biayanya akan sangat mahal dan sangat tidak efisien. Akan tetapi kebutuhan akan pelayanan tersebut, meskipun probabilitasnya rendah, akan selalu ada. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, terpaksa penduduk harus mencarinya melampaui batas kota, kabupaten, propinsi, bahkan negara sekalipun.

Dalam eforia desentralisasi banyak pemerintahan kota/kabupaten merasa bahwa asuransi kesehatan juga merupakan kewenangannya dan karenanya akan mengatur sendiri. Hal ini sebenarnya tidak sesuai secara hukum dan tidak efisien karena pool yang tercipta tidak akan cukup besar. Harus disadari bahwa tidak semua kewenangan yang dimiliki daerah akan menguntungkan daerah itu sendiri. Pada banyak hal, daerah harus merjer dengan daerah lain untuk mengoptimalkan pelayanan yang akan disediakan. Bahkan kini perusahaan besar pun melakukan merjer untuk efisiensi. Tahun 1999 dan 2000 yang lalu, perusahaan-perusahaan besar di dunia melakukan akuisisi atau merjer lintas negara untuk memperkuat posisinya. Banyak negara juga membentuk aliansi regional untuk memperkuat posisinya. Hal ini harus disadari daerah.

Desentralisasi di tingkat kota/kabupaten tak memenuhi kebutuhan pool untuk pelayanan kesehatan mahal seperti perawatan intensif, pengobatan penyakit mahal seperti jantung, hemodialisa, transplantasi ginjal, dan bedah saraf. Oleh karena itu, tidak realistis mengharapkan adanya satu, apalagi lebih, lembaga atau badan penyelenggara asuransi kesehatan yang menanggung jaminan komprehensif di tiap kota/kabupaten. Badan penyelenggara kecil di tingkat kota/kabupaten hanya bisa diselenggarakan jika ada pool besar untuk wilayah lebih luas di tingkat propinsi atau nasional. Besarnya pool juga harus memperhitungkan ketersediaan pelayanan kesehatan di kota/kabupaten yang bersangkutan.

4. Perundang-undangan Nasional Versus Wewenang Daerah

Perlu disadari bahwa saat ini Indonesia masih menganut prinsip negara kesatuan dimana otoritas tertentu masih terdapat pada tingkat nasional. Selain itu, kewenangan daerah dalam mengatur atau mengelola sumber dan pelayanan di daerah harus tetap berada dalam lingkup undang-undang nasional. Oleh karenanya, berbagai kebijakan daerah yang dapat dituangkan dalam peraturan daerah tidak bisa bertentangan dengan undang-undang yang berlaku nasional. Dalam prakteknya kini sedang terjadi eforia dimana seakan undang-undang yang bersifat nasional tidak dipelukan. Pada saat bandul kembali dari titip simpang maksimum, pemerintah daerah akan mengetahui bahwa ada parameter yang bersifat nasional yang harus dipatuhi bersama. Undang-undang yang menyangkut asuransi kesehatan di Indonesia saat ini ada tiga buah undang-undang (beserta PP yang mengaturnya) dan ada satu PP yang tidak dilengkapi dengan undang-undang.

Undang-undang No 2/92 tentang asuransi mengatur usaha asuransi, reasuransi, dan penunjang asuransi. Dalam UU ini perusahaan asuransi jiwa maupun kerugian (hanya ada dua jenis usaha asuransi di Indonesia) diijinkan menjual asuransi kesehatan. Undang-undang ini tidak mengatur kontrak asuransi kesehatan, paket jaminan asuransi kesehatan, atau penduduk yang perlu atau harus membeli asuransi kesehatan. Pengaturan asuransi

kesehatan hanyalah dimaksudkan untuk perluasan usaha asuransi dengan mengizinkan lini bisnis asuransi kesehatan yang sebelumnya masuk dalam produk tumpangan (*rider*) asuransi jiwa. Undang-undang ini sebenarnya tidak tepat jika dikatakan mengatur asuransi kesehatan. Undang-undang ini sama sekali tidak mengatur asuransi kesehatan, undang-undang ini hanya membolehkan perusahaan asuransi menjual asuransi kesehatan. Bentuknya bisa saja asuransi kesehatan penuh, tumpangan, suplemen, atau berbagai bentuk asuransi kesehatan yang memberikan jaminan uang tunai, penggantian biaya, atau pelayanan, baik di dalam maupun di luar negeri.

Undang-undang No 3/92 tentang Jamsostek yang dilengkapi dengan PP 14/93 mengatur empat program jaminan sosial (JHT, JKK, JK, dan JPK). Peraturan pemerintah yang terkait dengan Jamsostek bersifat nasional tetapi lebih pada “pro bisnis” asuransi kesehatan daripada usaha memberikan jaminan kepada tenaga kerja. Akibatnya saat ini Jamsostek lebih menguntungkan perusahaan asuransi yang pada tahun 1999 mampu meraup premi asuransi kesehatan, termasuk kecelakaan diri, sebesar Rp 722 milyar sedangkan Jamsostek hanya memperoleh premi JPK sebanyak Rp 134 milyar. Kebanyakan yang terdaftar di Jamsostek adalah tenaga kerja bergaji rendah, sehingga pelayanan Jamsostek sulit dipertahankan dengan kualitas tinggi. Dengan rata-rata premi Rp 3.800 per kapita per bulan, dan harus negosiasi tarif RSU pemerintah maupun swasta, sulit bisa memberikan pelayanan sebaik asuransi kesehatan swasta dengan premi rata-rata diatas Rp 10.000 per kapita per bulan. Apalagi mengharapkan JPK Jamsostek menjamin hemodialisa, bedah jantung, dan pengobatan kanker yang di dalam peraturannya sudah tidak ditanggung. Artinya peraturan ini lebih menguntungkan pihak perusahaan asuransi ketimbang memberikan jaminan yang memadai bagi tenaga kerja.

Peraturan Pemerintah No. 69/91 tentang JPK bagi pegawai negeri sivil juga bersifat nasional dan dari segi cakupan lebih baik dari JPK Jamsostek karena tidak ada opt out. Disini dimungkinkan pool yang besar sehingga 13,8 juta pegawai negeri dan keluarganya dapat dikelola oleh satu badan sehingga dengan rata-rata premi diterima sebesar Rp 2.500 per orang, pelayanan yang diberikan mencakup hemodialisa dan bedah jantung. Askes inipun akan sulit memberikan pelayanan yang memuaskan karena rendahnya premi diterima. Program cost-sharing yang sedang dijalankan akan menjadikan beban biaya peserta tidak banyak berbeda dengan jika peserta harus bayar sendiri. Jika cost-sharing lebih besar dari 60% biaya, seperti telah dikeluhkan oleh beberapa peserta, maka misi asuransi untuk gotong royong dan meringankan beban finansial peserta tidak bisa berfungsi baik.

Dua peraturan diatas, Jamsostek dan Askes, sifatnya sudah given berlaku nasional. Ruang gerak untuk pemerintah daerah, misalnya ingin menyelenggarakan sendiri askes untuk pegawai negerinya, dalam lingkup negara kesatuan akan sangat terbatas. Pemerintah daerah dapat melakukan kontrak dengan Askes untuk peningkatan pelayanan dengan membayarkan premi tambahan (program *upgrade*).

Undang-undang No 23/92 menyatakan bahwa pemerintah mendorong dan mengembangkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dan peraturan rinci JPKM diatur oleh peraturan pemerintah. Akan tetapi sampai saat ini (setelah 9 tahun UU tersebut dikeluarkan) PP dimaksud belum pernah ada. Peraturan JPKM yang ada sekarang didasarkan beberapa Permenkes tahun 1993. Dari segi hukum berbagai Permenkes tentang JPKM tidak kuat dan cacat hukum untuk mengatur JPKM karena tidak ada landasan PPnya. Lagi pula dalam hirarki hukum Indonesia, jika tidak salah,

peraturan menteri mempunyai kekuatan yang lebih rendah dari Peraturan Daerah. Apabila ini benar, maka Perda yang mengatur sebuah jaminan yang berbeda dengan Permenkes dapat dibuat. Seperti UU asuransi, berbagai permenkes tersebut tidak mengatur bagaimana masyarakat akan mendapat jaminan, akan tetapi mengatur bisnis jaminan kesehatan dalam bentuk JPKM. Jadi peraturan permenkes sebenarnya bukan pengaturan yang pro publik, dalam artian bagaimana memberikan jaminan kepada penduduk, tetapi pengaturan pro bisnis jaminan.

PP 25/2000 yang mengatur lebih lanjut tentang desentralisasi menyerahkan pengaturan jaminan kesehatan oleh pusat yang penyelenggaraannya bisa saja oleh daerah. Namun demikian, kebijakan JPKM yang mengatur bagaimana memberikan perlindungan bagi masyarakat belum menjadi produk hukum. Yang ada barulah draft UU yang akan mengatur jaminan. Seberapa jauh draft ini akan menjadi UU, masih banyak kendala di tingkat nasional. Sementara itu, otonomi daerah memberikan kewenangan kepada daerah untuk mengatur kesehatan, bukan jaminan kesehatan. Daerah memang dapat mengatur penyelenggaraan pelayanan seperti puskesmas, dokter, dan rumah sakit.

Jika JPKM ke depan dapat berhasil lolos sebagai bentuk asuransi sosial, maka pengaturannya memang harus terpusat karena sifat jaminan yang berlaku lintas kota/kabupaten dan propinsi. Di negara manapun, kesatuan maupun federal, pengaturan asuransi sosial kesehatan ada pada tingkat pusat/federal. Bahkan di Amerikapun, pengelola Medicare masih tetap ada di tangan kekuasaan pemerintah federal. Akan tetapi penyelenggaraan asuransi sosial dapat saja dilakukan secara terdesentralisasi apabila syarat pool dapat terpenuhi. Hal ini hendaknya dipahami benar oleh semua pihak.

5. Strategi Pengembangan Asuransi Kesehatan di Daerah

Pada umumnya daerah dan juga pemerintah pusat tidak memiliki dana yang memadai atau tidak memberikan prioritas membiayai kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari kecilnya anggaran sektor kesehatan di tingkat nasional maupun di tingkat daerah, sehingga produktifitas penduduk masih sangat rendah. Ascobat Gani misalnya menghitung besarnya anggaran pemerintah dan dana masyarakat untuk kesehatan sebagai tampak dalam tabel berikut (dalam US \$). Menurut laporan WHO dari sumber data resmi pemerintah, pengeluaran kesehatan per kapita Indonesia tahun 1999 adalah US\$ 18. Dibandingkan dengan pengeluaran biaya kesehatan per kapita menurut harga nilai tukar berlaku tahun 1999 di Thailand sebesar US\$ 133, Vietnam US\$ 17, Filipina US\$ 40, dan Malaysia US\$ 110, masih sangat rendah. Oleh karenanya, mobilisasi dana melalui mekanisme asuransi harus dipercepat agar produktifitas penduduk dapat ditingkatkan dan mampu bersaing dalam era global dan era AFTA yang mulai berlaku tahun depan. Tentu saja Pemda juga harus meningkatkan investasinya dalam bidang SDM dengan mengalokasikan dana sektor kesehatan yang lebih besar lagi.

Tabel: Pengeluaran kesehatan per kapita (US \$) di beberapa Propinsi Indonesia, 2000

Propinsi	Sumber pemerintah	Sumber masyarakat	Total
Sumut	1,60	3,40	5,00
NTT	2,20	2,20	4,40
Sultra	2,22	1,80	4,02
Sumsel	0,90	2,20	3,10

Jabar	1,71	4,89	6,60
-------	------	------	------

Strategi saat ini harus dalam koridor hukum yang berlaku, jika masih diakui, dan faktanya masih, bahwa Indonesia masih merupakan NKRI. Artinya, kebijakan yang dapat diambil daerah pada saat ini, dimana kebijakan nasional asuransi kesehatan masih belum menjadi produk hukum, maka upaya perluasan asuransi kesehatan di daerah masih tetap dibatasi oleh koridor hukum yang berlaku. Artinya, usaha untuk misalnya mengelola sendiri askes pegawai negeri tidak sesuai dengan koridor hukum yang berlaku sekarang. Demikian juga mewajibkan pegawai swasta yang bertentangan dengan peraturan Jamsostek tidak konsisten dengan kerangka hukum yang ada. Akan tetapi, apabila daerah ingin memperluas pertanggungungan atau meningkatkan mutu pelayanan dengan melakukan negosiasi dengan Askes misalnya, dapat saja dilakukan.

Daerah dapat bekerja dalam lingkup kewenangannya: menggalang asuransi kesehatan sosial lokal sebagai persiapan bagian dari suatu sistem nasional. Anggota koperasi, penduduk lanjut usia, dan mendorong pegawai swasta/pemerintah yang bukan pegawai negeri dapat masuk dalam sistem jaminan. Akan tetapi, pada saat terdapat kebijakan nasional nanti, badan penyelenggara harus siap melebur sesuai dengan undang-undang yang berlaku.

Jika strategi diatas yang akan dilakukan, hendaknya paket jaminan yang ditanggung dimulai dengan pelayanan yang esensial/vital tetapi berat dipikul sendiri. Prinsip gotong royong/asuransi adalah berat sama dipikul. Rawat inap, pembedahan, pengoatan mahal, dan rawat intensip merupakan area pelayanan yang membutuhkan mekanisme asuransi kesehatan. Paket jaminan yang terbatas ini akan lebih mudah disesuaikan dengan memperluas jaminan menjadi paket komprehensif daripada sebaliknya. Paket jaminan yang akan diatur di tingkat pusat tidak akan lebih dari komprehensif. Dengan strategi ini, daerah dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang menjadi beban berat penduduknya tanpa harus mendapat kesulitan beradaptasi dengan peraturan yang akan dilahirkan kelak. Selain itu, menanggung paket jaminan yang terbatas akan lebih dirasakan manfaatnya dan diperlukan biaya yang jauh lebih murah.

Secara sederhana dapat diambil contoh sebagai berikut. Biaya perawatan rumah sakit hanya mengambil porsi sebesar sepertiga dari total biaya kesehatan. Sementara probabilitas kejadian rawat inap hanya seper enam dari kejadian rawat jalan. Maka untuk menjamin rawat inap saja hanya dibutuhkan premi murni fair paling besar hanya 20% dari premi yang dibutuhkan untuk jaminan komprehensif. Tentu saja, biaya tetap untuk mengelola jaminan terbatas (*loading factor*) masih harus ditambahkan dari biaya premi murni. Apabila untuk paket standar plus Askes sukarela diperlukan premi sebesar Rp 20.000,- maka premi yang diperlukan untuk jaminan rawat inap dan biaya medis katastrofik lainnya hanya sekitar Rp 4.000 per bulan per orang. Dengan premi sebesar itu, peserta sudah dapat dirawat di kelas I di rumah sakit pemerintah. Dengan paket jaminan perawatan di kelas I, maka kepuasan peserta akan tinggi dan karenanya loyalitas untuk tetap menjadi peserta wajib akan tetap tinggi.

Faktor manajemen dan moral hazard merupakan dua faktor penting yang harus dipertimbangkan dalam menyelenggarakan jaminan. Perlu disadari bahwa asuransi kesehatan tradisional yang memberikan penggantian biaya (*reimbursement*) akan mengundang moral hazard yang tinggi meskipun jaminan yang diberikan hanya rawat inap atau kasus katastrofik. Sebaliknya, apabila jaminan diberikan dalam bentuk

pelayanan, maka moral hazard menjadi lebih mudah dilokalisir daripada memberikan jaminan komprehensif. Oleh karenanya manajemen jaminan terbatas ini akan jauh lebih mudah dan lebih terkendali. Apabila strategi ini yang diterapkan untuk asuransi wajib sementara (sambil menunggu UU), maka dua ancaman besar kegagalan asuransi (*adverse selection* dan *moral hazard*) sudah dapat diatasi.

6. Kesimpulan

Kebutuhan asuransi kesehatan di Indonesia pada saat ini sudah mendesak untuk merealisasikan fungsi pemerintah memenuhi hak asasi penduduknya. Keterbatasan dana pemerintah akibat kesalahan prioritas yang telah kronik dapat diatasi dengan secara gradual menyelenggarakan asuransi/jaminan kesehatan. Dalam era desentralisasi, pemerintah daerah memiliki kewenangan mengatur pelayanan kesehatan akan tetapi pengaturan jaminan/asuransi kesehatan merupakan wewenang pusat. Namun demikian, dalam era masih terdapat kekosongan pengaturan pusat, daerah dapat berbuat sesuatu dengan mengatur jaminan untuk penduduk, bukan mengatur bisnis jaminan, secara bertahap mulai dari kelompok berpenghasilan tetap/penerima upah. Paket jaminan juga harus diberikan secara bertahap dengan jaminan rawat inap dan biaya medis mahal. Namun semuanya itu dilakukan dalam rangka antisipasi keluarnya undang-undang asuransi/jaminan oleh pemerintah pusat. Sehingga bentuk yang akan dibentuk daerah harus disiapkan agar bisa disesuaikan, diantisipasi, dengan peraturan pusat. Keinginan memiliki badan penyelenggara sendiri di tingkat kabupaten yang mandiri dan menjamin kasus-kasus mahal tidak realistis karena, pada tingkat tertentu, tidak memenuhi syarat asuransi (pool yang memadai). Selain itu, asuransi bersifat lintas daerah dan karenanya tidak, sulit, atau mahal jika dilakukan dalam pool kota/kabupaten yang kecil.

BAHAN BACAAN

- _____ Kumpulan Peraturan Perundangan Jamsostek, PT Jamsostek, Jakarta, 1996
- _____ Kumpulan Peraturan Perasuransian, Direktorat Asuransi, Depkeu, Jakarta, 1993
- _____ Kumpulan Peraturan tentang JPKM, Dirat PSM, Depkes, Jakarta 1999.
- _____ Peraturan Pemerintah No 25/2000 tentang Otonomi Daerah, Jakarta 2000
- Thabrany, H. Dkk. Telah Komprehensif Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, YPKMI, Jakarta, 2000
- Thabrany, H. Health Insurance and the Demand for Medical Care in Indonesia. Disertasi, University of California at Berkeley, USA. 1995
- Gani, Ascobat. Pembiayaan Kesehatan. Makalah disampaikan pada Seminar Pembiayaan Pelayanan Kesehatan dalam Era Otonomi Daerah. Pemda Sumsel, 10 Januari 2001.
- Laporan WHO. World Health Report 2000. WHO, Geneva, Switzerland, 2000