

# Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN<sup>1</sup>

Hasbullah Thabrany<sup>2</sup>

## **Abstrak:**

*Indonesia adalah satu dari sedikit negara berkembang yang mengalami masalah sosial-ekonomi besar karena kekeliruan mendasar dalam praktik peran pemerintah. Empat bidang yang seharusnya menjadi pilar pelayanan pemerintah yaitu kesehatan, pendidikan, hukum/pengadilan, dan keamanan dijadikan komoditas pasar malah 'diperdagangkan'. Kekeliruan ini telah menimbulkan risiko sosial-ekonomi rakyat (insecurity) menjadi tinggi. Dalam kondisi tingginya risiko tersebut, wajarlah jika masing-masing orang mencari jalannya sendiri-sendiri (meskipun tidak bisa ditolerir) untuk memastikan (to secure) kehidupannya dan keluarganya di masa datang. Reformasi kebijakan sosial yang menjamin rakyat dapat memenuhi kebutuhan dasar, khususnya dalam bidang kesehatan, sesungguhnya telah dimulai melalui implementasi awal pengembangan Jaminan/Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pengalaman penyelenggaraan Askes, secara Nasional, selama 40 tahun sudah lebih dari cukup untuk memperluas cakupan AKN secara Nasional. Hanya saja, kerja keras berbagai pihak masih diperlukan untuk memastikan bahwa pengambil keputusan, akademisi, politisi, dan pengawas sosial tidak memikirkan kepentingan jangka pendek yang merusak fondasi dan tatanan sosial yang kuat yang berkesinambungan. Untuk 10 tahun ke depan, strategi utama perluasan AKN adalah memperluas cakupan kepada penduduk yang saat ini belum memiliki jaminan kesehatan dari sumber manapun. Sementara yang kini telah memperoleh jaminan kesehatan, misalnya dari perusahaan yang membeli asuransi kesehatan swasta, dapat berpindah ke sistem AKN yang jauh lebih murah setiap saat mereka merasa lebih diuntungkan. Untuk mencapai hal tersebut, maka status badan hukum badan penyelenggara yang kini PT Persero harus diubah menjadi BPJS, suatu badan hukum publik milik seluruh peserta, dengan tetap menggunakan style manajemen perusahaan untuk efisiensi dan efektifitas. Pengelolaan korporat yang baik merupakan syarat esensial untuk mendapat kepercayaan publik.*

## **Abstract:**

*Indonesia is one of few developing countries that have serious problems in social and economic sector due to malpractices of the roles of the government. Four sectors that have to be pillars of the government services which are health services, education, law/justice, and security have been mistreated as become "market commodities and traded". These malpractices have resulted in higher risks of the people (insecurity) in facing their social and economic conditions in the future. In facing the insecurity, it is plausible (though it is not acceptable) that many people are trying their own ways to secure their future and their family. Reforms of social*

<sup>1</sup> Disampaikan pada Diskusi RPJMN Bappenas 29 April 2008. Makalah ini merupakan versi penyesuaian dari makalah yang disajikan dalam Konperensi Prakarsa bulan Juni 2007 di Jakarta.

<sup>2</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Kontak: Kampus FKMUI, Depok 16424, telepon 021 786 3471 email: [hasbullah.thabrany@ui.edu](mailto:hasbullah.thabrany@ui.edu) atau kunjungi [www.fkm.ui.ac.id](http://www.fkm.ui.ac.id)

*policies, especially in health sector, have been started by implementing the first step of universal coverage (National Health Insurance, NHI) under the National Social Security System (SJSN). Experiences in the implementation of social health insurance (Askes) for 40 years Nationally has been more than enough to expand NHI coverage Nationally. However, hard works by all of us remain the challenges in convincing policy makers, academicians, politicians, and social watchers not to think short term gains that destroy future solid and sustainable social infrastructures. The main strategies to expand health insurance is to cover the uninsured under the SJSN law and lets the currently covered by various schemes to join SJSN any time in the next ten years. In the mean time, to obtain necessary trust from the public, current administration by state own enterprises (Askes and Jamsostek) must be changed into a Trust Fund Corporation, a not for profit public corporation, using the existing management style of BUMN. Evidences of good corporate governance of the new BPJS Askes and Jamsostek are essential to ensure the successful implementation of NHI under SJSN law.*

## **Pendahuluan**

Status kesehatan penduduk Indonesia selama 30 tahun pembangunan kesehatan, mengalami kemajuan yang cukup berarti. Namun demikian, angka kematian bayi dan angka kematian ibu masih jauh tertinggal jika dibandingkan dengan status kesehatan penduduk negara-negara tetangga. Laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2005<sup>1</sup> menunjukkan bahwa angka kematian bayi di Indonesia masih 46 per 1.000 kelahiran hidup, sementara di Muangtai 29, Filipina 36, Srilanka 18, dan Malaysia 11 per 1.000 KLH. Berbagai studi menunjukkan bahwa rendahnya angka kematian bayi berkorelasi kuat dengan kinerja sistem kesehatan, khususnya pendanaan kesehatan. Kinerja sistem kesehatan Indonesia berada pada urutan ke-92, yang jauh lebih rendah dari kinerja sistem kesehatan negara tetangga seperti Malaysia (urutan ke 49), Muangtai (urutan ke 47) dan Filipina yang berada pada urutan ke 60 (WHO, 2000)<sup>2</sup>.

Rendahnya kinerja sistem kesehatan kita sangat berkorelasi dengan rendahnya belanja kesehatan yang hanya naik dari 2,9% Produk Domestik Bruto (PDB) di tahun 1999 menjadi 3,1% PDB di tahun 2003. Sementara di Cina belanja kesehatan naik dari 4,9% PDB di tahun 1999 menjadi 5,6% PDB di tahun 2003, dan di India turun sedikit dari 5,1% menjadi 4,8% PDB. Yang menarik adalah bahwa pada periode tersebut, Pemerintah China membelanjakan antara 9,7% - 12,5% anggaran pemerintah untuk kesehatan dan Filipina menghabiskan 4,9% - 7,1%, dan pemerintah Indonesia hanya membelanjakan 3,8% - 5,1% anggaran pemerintah untuk kesehatan (WHO, 2006)<sup>3</sup>. Rendahnya belanja kesehatan Indonesia merupakan salah satu indikator rendahnya komitmen pemerintah dan lemahnya kebijakan sosial bidang kesehatan.

Di sisi lain, sistem kesehatan Indonesia sangat tidak memihak kepada rakyat. Hal ini tercermin dari sistem pembayaran jasa per pelayanan (*fee for service*) yang diterapkan Indonesia, meskipun pelayanan tersebut di sediakan di RS publik. Artinya, rakyat Indonesia

menghadapi ketidak-pastian (*uncertainty*) dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Di rumah sakit publik sekalipun, rakyat tidak tahu berapa biaya yang harus dibayarnya jika ia atau seorang keluarganya dirawat, sampai ia keluar dari rumah sakit. Tidaklah mengherankan, jika akhirnya rakyat mencari pengobatan tradisional atau tidak berobat karena ketiadaan uang, yang berakhir dengan tingginya angka kematian dan rendahnya usia harapan hidup.

### ***Sadikin: Sakit Sedikit Menjadi Miskin***

Laporan WHO tahun 2006 menunjukkan bahwa kontribusi pemerintah, dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah, untuk belanja kesehatan selama tahun 1999-2003 berkisar antara 28,1% - 35,9% sementara kontribusi pemerintah Muangtai pada kurn waktu yang sama berkisar antara 54,8% - 61,6% dari belanja kesehatan rakyatnya. Di berbagai negara maju, pembiayaan kesehatan bersumber dana publik mengambil porsi yang lebih besar. Di Inggris, Prancis, Australia, dan Taiwan pembiayaan publik untuk pelayanan kesehatan mencapai lebih dari 80% dari biaya kesehatan total. Di Indonesia sebaliknya, lebih dari 70% biaya kesehatan harus ditanggung sendiri oleh tiap keluarga (*out of pocket* -OOP) yang sangat bersifat regresif. Penelitian Thabrany, dkk (2000)<sup>4</sup> menunjukkan bahwa 10% rumah tangga termiskin harus menghabiskan 230% penghasilannya sebulan untuk membiayai sekali rawat inap anggota keluarganya. Sementara keluarga 10% terkaya hanya menghabiskan 120% penghasilan keluarga sebulan untuk membiayai satu kali rawat inap anggota keluarganya. Akibatnya akses terhadap pelayanan rumah sakit menjadi sangat tidak adil, karena penduduk miskin tidak mampu membiayai perawatan. Penelitian yang dilakukan Thabrany dan Pujiyanto (2000)<sup>5</sup> menunjukkan bahwa penduduk 10% terkaya mempunyai akses rawat inap di rumah sakit yang 12 kali lebih besar dari penduduk 10% termiskin.

Sampai saat ini, jelas sekali bahwa sistem kesehatan di Indonesia sangat jauh dari cita-cita keadilan sosial bagi seluruh rakyat. Rakyat kecil sangat terbebani dengan sistem kesehatan yang diperdagangkan. Rakyat yang membayar lebih banyak mendapat pelayanan yang lebih banyak atau lebih baik mutunya, *you get what you pay for*. Di bulan Februari 2005, Televisi 7 menayangkan program realita dimana seorang bayi anak petugas kebersihan Universitas Indonesia terpaksa meninggal dunia karena tidak punya uang. Bayinya yang menderita radang paru-paru tidak dapat dirawat di RS Pasar Rebo, milik Pemda DKI yang baru saja diubah menjadi Perseroan Terbatas (PT, yang tentu saja berorientasi dagang – cari untung dari rakyat yang sakit), karena tidak punya uang muka. Pemda DKI juga tidak bisa menggunakan dana jaminan kesehatan bagi penduduk miskin,

karena orang tua pasien bukan penduduk DKI. Jika saja ada dana dan program Askeskin sudah berjalan, maka nyawa si bayi hampir pasti dapat diselamatkan. Puluhan ribu rakyat meninggal di Indonesia, yang mengaku Pancasila, hanya kerana keluarga mereka tidak memiliki uang. Di negeri kapitalis sekalipun, hal itu tidak boleh terjadi. Mahliil Rubi (2007)<sup>6</sup> dalam disertasinya menemukan bahwa 83% rumah tangga mengalami pembayaran katastropik<sup>3</sup> ketika satu anggota rumah tangga membutuhkan rawat inap. Artinya, sebuah rumah tangga akan jatuh miskin (*sadikin, sakit sedikit jadi miskin*), karena harus berhutang atau menjual harta benda untuk biaya berobat di RS, bahkan di rumah sakit publik. Padahal, di seluruh dunia, prinsip keadilan yang merata (*setara*) atau *equity* yang digunakan adalah *equity egalitarian*, yang pada prinsipnya menjamin bahwa setiap penduduk mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya (*you get what you need*), dan bukan sesuai kemampuannya membayar (Thabrany, 2005<sup>7</sup>; Wagsatff and Doorslair, 2000<sup>8</sup>)

Berbagai Penelitian menunjukkan bahwa kesenjangan pelayanan (*inequity, ketidakadilan/ketidak-setaraan*) hanya dapat diperkecil dengan memperbesar porsi pendanaan publik, baik melalui APBN (*tax funded*) maupun melalui sistem asuransi kesehatan sosial. Sayangnya, seperti disampaikan dimuka, pendanaan kesehatan bersumber pemerintah sangat kecil dan cakupan asuransi kesehatan yang *sustainable* di Indonesia masih sangat rendah yaitu berkisar pada 9% penduduk tidak mengalami kenaikan berarti sejak tahun 70an (Thabrany, 2002)<sup>9</sup>. Kini alhamdulillah program Askeskin sudah mulai berjalan yang meningkatkan cakupan jaminan kesehatan menjadi lebih dari 40% penduduk. Walaupun di tahun 2008 terjadi perubahan program Askeskin menjadi Jamkesmas dan polemik yang dimunculkan mengesankan ada salah urus dalam program Askeskin, faktanya sampai hari ini belum ada bukti salah urus. Hal ini akan segera dapat dibuktikan. Padahal pada tahun 2003 hampir 100% penduduk (kecuali yang tinggal di luar negeri atau didusun sangat terpencil) Muangtai sudah memiliki jaminan kesehatan dari pemerintah (Tangcharoensathien, dkk, 2005<sup>10</sup>; Thangcharoensathien, 2003)<sup>11</sup>. Rendahnya pendanaan kesehatan dan cakupan asuransi kesehatan sosial di Indonesia sangat dipengaruhi oleh ketidak-tahuan dan ketidak-pedulian pemerintah dalam melindungi penduduknya dari proses pemiskinan karena mahalnnya biaya kesehatan.

Rakyat Indonesia boleh iri dengan rakyat di negara tetangga. Di Sri Lanka yang juga negara berkembang, bahkan tergolong miskin, pelayanan kesehatan dan pendidikan disediakan gratis kepada semua penduduknya. Penduduk Muangtai juga tidak perlu pusing memikirkan biaya perawatan di rumah sakit. Para pegawai mendapatkan jaminan kesehatan melalui program pemerintah atau jaminan sosial. Penduduk lain seperti nelayan dan petani,

---

<sup>3</sup> Pembayaran katastropik adalah pembayaran biaya perawatan yang melebihi 40% kapasitas membayar. Kapasitas membayar 100% adalah sisa penghasilan rumah tangga setelah dikurangi belanja kebutuhan dasar hidup seperti makan, sandang dan perumahan.

tanpa memandang mereka miskin atau kaya, tidak lagi membayar jika dirawat di rumah sakit. Penduduk Muangtai terbebas dari rasa takut dan tidak perlu *ngebon* kepada majikan jika istrinya melahirkan atau anaknya masuk rumah sakit. Di Malaysia, penduduk juga boleh tenang berfikir dan berkonsentrasi belajar dan bekerja. Jika mereka perlu rawat inap, maka tarifnya hanya RM 3 (sekitar Rp 6.000) sehari, termasuk segalanya; meskipun mereka harus masuk ICU atau menjalani operasi yang mahal. Bahkan penduduk Malaysia tidak perlu khawatir jika mereka harus menjalani operasi jantung, yang di Indonesia dapat menghabiskan lebih dari Rp 150 juta, di RS Pemerintah!! Di Malaysia, pemerintah sudah menjaminkannya. Indikator kesehatan dan pendidikan menunjukkan bahwa orang Sri Lanka, Muangtai, dan Malaysia jauh lebih sehat, lebih pintar dan lebih jarang korup dibanding orang Indonesia. Mengapa? Ya, mereka bisa berkonsentrasi untuk belajar dan bekerja, tanpa harus sibuk cari pinjaman, korupsi, atau kasak-kusuk mengembangkan pungli untuk menutupi biaya pendidikan atau berobat di rumah sakit.

## **Jaminan/Asuransi Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (AKN)**

Berita yang cukup menggembirakan terjadi di tahun 2000 dan 2002. Untuk pertama kalinya kata-kata “kesehatan” masuk dalam pasal 28H UUD 45 hasil amendemen tahun 2000 “...**setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan**”. Pencantuman hak terhadap pelayanan kesehatan bertujuan untuk menjamin hak-hak kesehatan yang fundamental sesuai dengan deklarasi Hak Asasi Manusia oleh PBB di tahun 1947. Penjaminan hak tersebut diperkuat dengan amendemen UUD 45 tanggal 11 Agustus 2002 pasal 34 ayat 2 “**Negara mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat...**” dan ayat 3 “**Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan...**”. Dengan amendemen tiga pasal tersebut, tugas pemerintah harus makin jelas yaitu secara eksplisit menempatkan kesehatan sebagai bagian utama dari pembangunan rakyat yang harus tersedia secara merata bagi seluruh rakyat. Dengan kata lain, prinsip ekuitas telah ditancapkan dalam UUD 45 sehingga pemerintah pusat dan daerah kini tidak bisa lagi menghindar dari penyediaan anggaran yang lebih besar bagi sektor kesehatan atau mengembangkan sebuah sistem jaminan kasihan bagi seluruh rakyat.

Untuk melaksanakan amanat pengembangan jaminan sosial tersebut, Presiden Megawati telah mengeluarkan Kepres No. 20 tahun 2002 yang membentuk Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diketuai oleh almarhumah Prof. Yaumil Agus Achir, pada waktu itu bertugas Deputy Wakil Presiden untuk Kesejahteraan Sosial dan kemudian Kepala

BKKBN. Sebelum dikeluarkan Keppres tersebut, tim sudah dibentuk dibawah SK Menko Kesra dan kemudian SK Sekretaris Wakil Presiden yang pada waktu itu masih dijabat oleh Megawati Seokarnoputri. Setelah Prof Yaumil meninggal dunia, Dr. Sulastomo, MPH, AAK ditugasi menjadi Ketua Tim SJSN dengan Kepres Nomor 110/2003. Penulis sendiri termasuk sebagai anggota Tim dan bertugas sebagai Sekretaris Sub Tim Jaminan Kesehatan dan menjadi tulang punggung dalam penyusunan Naskah Akademik dan RUU SJSN sampai RUU disampaikan ke DPR. Sejak dibentuknya Tim, empat orang yang berperan penting dalam pengembangan SJSN yaitu Prof. Indra Hattari, FSAI (aktuaris dan ahli jaminan pensiun), Prof Sentanoe (ahli jamanian sosial), Prof Yaumil A. Achir, dan Drs. A Mungid telah meninggal dunia sebelum menyaksikan hasil karya besar bangsa. Suatu pengorbanan yang mahal.

### ***Konsep Dasar***

Dalam merumuskan konsep jaminan sosial untuk Indonesia Tim menyepakati suatu sistem jaminan sosial harus dibangun diatas tiga pilar yaitu:

Pilar pertama yang dibawah 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 praktiknya, bantuan sosial ini diwujudkan dengan bantuan iuran oleh pemerintah agar mereka yang miskin dan tidak mampu dapat tetap menjadi peserta SJSN.

Pilar kedua adalah pilar asuransi sosial yang merupakan suatu sistem asuransi yang wajib diikuti bagi semua penduduk yang mempunyai penghasilan (diatas garis kemiskinan) dengan membayar iuran yang proporsional terhadap penghasilannya/upahnya. Pilar satu dan pilar kedua ini merupakan fondasi SJSN untuk memenuhi *kebutuhan dasar hidup* yang layak yang harus diikuti dan diterima oleh seluruh rakyat (pilar jaminan sosial publik).

Pilar ketiga adalah pilar tambahan atau suplemen bagi mereka yang *menginginkan* jaminan yang lebih besar dari jaminan kebutuhan standar hidup yang layak dan mereka yang mampu membeli jaminan tersebut (pilar jaminan swasta/privat yang berbasis sukarela/dagang). Pilar ini dapat diisi dengan membeli asuransi komersial (baik asuransi kesehatan, pensiun, atau asuransi jiwa), tabungan sendiri, atau program-program lain yang dapat dilakukan oleh perorangan atau kelompok seperti investasi saham, reksa dana, atau membeli properti sebagai tabungan bagi dirinya atau keluarganya.

Pada pilar ketiga jaminan kesejahteraan, yang akan dipenuhi adalah *keinginan* (*want, demand*) sedangkan pada dua pilar pertama yang dipenuhi adalah *kebutuhan* (*need*). Setelah melalui proses panjang, akhirnya UU SJSN (Nomor 40/2004) diundangkan Presiden Megawati pada hari terakhir beliau berada di Istana, sebagai simbol warisan yang ditinggalkan. Substansi jaminan sosial yang disetujui dalam UU tersebut mencakup jaminan

kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Semula disiapkan Jaminan Penanggulangan Pemutusan Hubungan Kerja (JPPHK), namun karena keterlambatan selesainya konsep SJSN dan UU Nomor 13/2003 tentang Ketenaga-Kerjaan sudah mewajibkan majikan membayar pesangon apabila terjadi PHK, maka JPPHK dihilangkan dari UU SJSN. Tim juga bersepakat untuk memperbaiki sistem jaminan sosial yang ada (yang dikelola oleh PT ASABRI, PT Askes, PT Jamsostek, dan PT Taspen) agar nantinya menjadi jaminan yang seragam/setara bagi seluruh rakyat, tanpa membedakan status pekerjaan penduduk. Proses sinkronisasi dan harmonisasi seluruh sistem jaminan akan diatur oleh suatu lembaga Tri Partit yang disebut Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) yang berfungsi sebagai pengambil kebijakan umum dan pengawasan.

### ***Esensi AKN dalam SJSN***

Apa sebenarnya esensi RUU SJSN? Orang-orang yang mau berfikir jernih dan mempelajari dengan seksama akan menemukan bahwa UU SJSN sesungguhnya mengatur perbaikan dan perluasan sistem jaminan sosial di Indonesia. Undang-undang ini mengatur program jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, jaminan hari tua termasuk pensiun, dan jaminan kematian yang lebih adil dan merata bagi seluruh rakyat.

Esensi pertama konsep SJSN merupakan upaya membuat *platform* yang sama bagi pegawai negeri, pegawai swasta, dan pekerja di sektor informal (yang tidak menerima upah dari pihak lain, tetapi menghasilkan sendiri) dalam menghadapi risiko sosial ekonomi di masa depan. Undang-undang SJSN mengatur agar setiap penduduk (nantinya, mungkin 10-20 tahun mendatang) memiliki jaminan hari tua/pensiun, termasuk di kala ia menderita disabilitas ataupun jaminan bagi ahli waris jika seorang pencari nafkah meninggal dunia. Saat ini, hanya pegawai negeri dan kurang dari satu juta pegawai swasta yang memiliki jaminan pensiun. Sementara tenaga kerja yang aktif bekerja akan mendapat jaminan kesehatan yang sama, tanpa memandang status kepegawaiannya apakah ia bekerja pada majikan swasta ataupun pemerintah. Nantinya, tenaga kerja atau pensiunan tidak perlu bingung mencari uang untuk membayar biaya berobat karena sakit kanker, jantung, atau cuci darah, yang kini tidak dijamin oleh Jamsostek. Penyediaan jaminan yang adil dan merata itulah yang akan dicapai oleh SJSN.

Esensi kedua dari SJSN adalah mengubah status badan hukum Badan Penyelenggara yang ada sekarang, PT Taspen, PT ASABRI, PT Askes dan PT Jamsostek, menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang tidak bertujuan mencari laba (*not for profit*) untuk kas negara. Bukan berarti BPJS akan merugi, tetapi seluruh nilai

tambah (surplus—yang selama ini disebut laba) harus dikembalikan kepada peserta, bukan ke pemegang saham (dalam hal ini, pemerintah). Hakikatnya UU SJSN meluruskan kekeliruan pengelolaan jaminan sosial selama ini, yang menurut UU No 2/1992 tentang Asuransi harus dikelola oleh BUMN. Mengapa tidak swasta? Pengalaman di seluruh dunia membuktikan bahwa swasta gagal menyelenggarakan jaminan kesehatan yang adil dan merata (*equity*) karena memang terjadi *market failure* yang diakibatkan oleh informasi asimetri dan *adverse selection*.

Esensi ketiga dari SJSN adalah memastikan bahwa dana yang terkumpul dari iuran dan hasil pengembangannya dikelola HANYA untuk kepentingan peserta. Iuran, akumulasi iuran, dan hasil pengembangannya adalah dana titipan peserta (Dana Amanat, *trust fund*) dan bukan penerimaan (*revenue*) atau aset badan penyelenggara.

Esensi keempat adalah memastikan agar pihak kontributor atau pengiur atau tripartit (yaitu tenaga kerja, majikan, dan pemerintah) memiliki kendali kebijakan tertinggi yang diwujudkan dalam bentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional (semacam Majelis Wali Amanat atau lembaga tripartit) yang diwakili 2 orang serikat pekerja, 2 orang serikat pemberi kerja, 5 orang wakil pemerintah, dan 6 orang wakil tokoh masyarakat/ahli. Organ DJSN ini akan memastikan agar pengelolaan program jaminan sosial steril dari pengaruh politik pemerintah.

Esensi kelima adalah bahwa program jaminan harus bersekala nasional untuk menjamin portabilitas dan seluruh penduduk Indonesia (di daerah manapun ia tinggal) memperoleh jaminan. Mobilitas penduduk Indonesia lintas kota/provinsi sangat tinggi dan akan semakin tinggi. Dalam masa hidupnya, ia bisa tinggal di berbagai provinsi/kota atau bepergian ke berbagai tempat. Jaminan harus portabel, tidak boleh hilang ketika ia berada di luar kota tempat tinggalnya. Jika jaminan bersifat lokal, kedaerahan, maka akan timbul masalah kesulitan mendapatkan jaminan ketika ia berada di daerah lain baik untuk perjalanan dinas maupun perjalanan wisata. Kini setiap bulan tidak kurang dari 28 juta penduduk Indonesia yang bepergian.

Dalam hal Jaminan/Asuransi Kesehatan, UU SJSN menggariskan penyelenggaraan jaminan/asuransi kesehatan bagi seluruh rakyat, dan karenanya dapat disebut sebagai Asuransi Kesehatan Nasional (AKN). Rancangan SJSN mempersiapkan jaminan kesehatan yang sama antara pegawai swasta, pegawai negeri maupun yang bekerja mandiri beserta anggota keluarganya. Jaminan kesehatan tidak lagi dibatasi sampai anak kedua atau ketiga, karena pada hakikatnya setiap penduduk Indonesia mempunyai hak yang sama. Guna mempercepat cakupan kepada seluruh penduduk, UU menggariskan bahwa seorang tenaga kerja dapat menjamin orang tuanya bahkan pembantunya dengan menambah iuran yang dipotong dari gajinya. Dengan paket jaminan pelayanan medis yang sama untuk semua orang, UU SJSN akan sangat memudahkan dokter dan fasilitas kesehatan memahami

berbagai aspek administrasi dan jaminan kesehatan. Hal ini akan menghemat tenaga dan waktu bagi para dokter dan fasilitas kesehatan lain.

## Mengapa Tidak Diserahkan ke Swasta?

Bapel atau perusahaan asuransi swasta diberikan peluang untuk menjual produk asuransi kesehatan/JPKM sebagai suplemen atau asuransi tambahan. Tetapi untuk paket dasar, harus dikelola oleh Badan Nirlaba yang disebut BPJS. Penjelasan berikut akan memudahkan kita memahami mengapa harus badan pemerintah atau semi pemerintah yang nirlaba.

Karena sifat *unverainty* mengundang usaha asuransi, maka kini banyak pemain baru. Kolusi antara dokter-rumah sakit dan perusahaan farmasi menyebabkan harga pelayanan kesehatan terus semakin mahal. Risiko sakit perorangan semakin mahal, maka demand baru terbentuk; membeli asuransi kesehatan. Bagaimana pentaripan asuransi? Tidak bisa dilepaskan dari harga harga dokter, rumah sakit, obat, laboratorium, dan alat-alat medis lainnya. Bisakan asuransi mendapatkan harga yang pantas (*fair*)? Sulit! Meskipun perusahaan asuransi/bapel JPKM dapat memperoleh harga yang lebih murah, mereka juga punya interes untuk mendapatkan untung. Sementara fasilitas kesehatan masih tetap memiliki *market power* yang kuat. Tidak banyak pilihan bagi perusahaan asuransi, kecuali mengeruk keuntungannya dari pihak pasien/konsumen. Tentu saja sebagai perantara perusahaan asuransi/bapel JPKM akan mencari untung dari kedua pihak, pihak peserta/pemegang polis dan pihak fasilitas kesehatan (*provider*). Maka kini, seorang pasien/konsumen/peserta mendapatkan pelaku baru yang juga melirik kantong mereka, yaitu perusahaan asuransi/bapel dengan menawarkan berbagai produk asuransi kesehatan yang menarik, tetapi belum tentu dibutuhkan peserta.

Akankah konsumen mampu untuk memilih produk asuransi dan harga sesuai kebutuhannya? Hampir tidak mungkin! Karena disini juga terjadi informasi asimetri. Konsumen tidak mengetahui tingkat risiko dirinya dan hampir tidak mungkin mengetahui apakah harga premi yang dibelinya pantas, terlalu murah, atau terlalu mahal. Sementara penjual (perusahaan asuransi/bapel JPKM) dapat menciptakan produk dan cara pemasaran yang menggiurkan sampai menakutkan sehingga konsumen, jika ia mempunyai kemampuan keuangan, memilih untuk membeli. Bagaimana dengan konsumen yang tidak mampu? Sejauh pasar belum jenuh, asuradur akan memusatkan pada perhatian kepada pasar yang mampu membeli dan *profitable*. Karena dalam pasar asuransi (swasta/sukarela) asuradur akan menetapkan premi atas dasar risiko yang akan ditanggung (paket jaminan), atau disebut *risk-based premium*, maka besarnya premi tidak dapat disesuaikan dengan daya

beli seseorang. Maka sudah dapat dipastikan bahwa penduduk yang miskin atau pekerja ekonomi lemah tidak akan mampu membeli premi. Oleh karenanya, asuransi kesehatan swasta/sukarela/komersial tidak akan mampu mencakup seluruh penduduk. Keinginan mencakup seluruh penduduk dengan mekanisme asuransi kesehatan swasta (apakah itu perusahaan asuransi atau bapel JPKM) hanyalah sebuah impian belaka. Hal ini dapat dibuktikan di Amerika, yang menghabiskan lebih dari US\$ 5.000 per kapita per tahun, akan tetapi lebih dari 50 juta penduduknya (17%) tidak memiliki asuransi.

Dengan terbatasnya pasar dan persaingan yang tinggi, volume penjualan tidak bisa mencapai jumlah yang besar. Persaingan antara asuradur (persusahaan asuransi atau bapel) akan memaksa asuradur membuat produk spesifik yang juga menyebabkan *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). Bapel JPKM boleh menarik biaya *loading* sampai 30%.<sup>12</sup> Asuradur swasta di Indonesia memiliki rasio klaim yang bervariasi antara 40-70%, tergantung jenis produknya, sehingga menyebabkan biaya tambahan bagi konsumen sebesar 30-60%. Dari berbagai skenario dan fakta yang terjadi, sudah dapat dipastikan bahwa asuransi kesehatan swasta tidak bisa menurunkan biaya pelayanan kesehatan (meskipun dengan konsep *managed care*) dan tidak akan mampu mencakup seluruh penduduk.

Jelaslah ketergantungan pada sistem asuransi kesehatan swasta/komersial (termasuk disini sistem JPKM yang pernah berlaku, tetapi tidak diakui secara hukum oleh Mahkamah Konstitusi ketika UU SJSN diuji materi) akan 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 cakupan universal. Oleh karenanya, jika kedua komponen tujuan, universal dan efisiensi makro, ingin dicapai; maka rancangan asuransi kesehatan swasta/komersial akan gagal mencapai tujuan tersebut. Sebaliknya, rancangan asuransi kesehatan sosial yang terdapat dalam sebuah sistem jaminan sosial, dimanapun di dunia, akan mampu mencakup seluruh penduduk dengan biaya yang jauh lebih efisien.

Semua negara-negara maju telah meratifikasi konvensi PBB tentang hak asasi manusia dan Konvensi ILO nomor 152 tentang jaminan sosial serta menempatkan pelayanan kesehatan sebagai salah satu hak dasar penduduk (*fundamental human right*). Sebagai konsekuensi peletakkan 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 kesehatan publik yang diatur oleh suatu undang-undang.

Pembiayaan publik dimaksudkan adalah pembiayaan oleh negara dari dana APBN atau didanai oleh sistem asuransi kesehatan sosial yang didasarkan oleh undang-undang. Seringkali sistem asuransi kesehatan sosial ini adalah sebuah sistem jaminan sosial (*social security*). Penyelenggara pendanaan publik dapat suatu badan pemerintah dapat pula badan swasta yang nirlaba. Penyediaan pelayanan kesehatan publik adalah penyediaan rumah sakit, klinik, pusat kesehatan, dan sebagainya yang disediakan oleh negara yang dapat diselenggarakan secara otonom (terlepas dari birokrasi pemerintahan) ataupun tidak otonom.

Dengan menempatkan salah satu atau kedua faktor pendanaan dan atau penyediaan oleh publik (*public not for profit corporation*), suatu badan yang dikelola seperti layaknya perusahaan, tetapi pemegang sahamnya adalah seluruh peserta, 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. Di Indonesia, banyak orang mengkhawatirkan penempatan kesehatan sebagai hak asasi akan menyebabkan beban pemerintah menjadi sangat berat. Pada hakikatnya, pendanaan maupun penyediaan pelayanan dapat dilakukan oleh pemerintah bersama swasta yang secara umum dapat dilihat dari gambar-1 .

**Gambar 1.**  
Matriks Pendanaan dan Penyediaan (*delivery*) Pelayanan Kesehatan

Penyediaan	Pendanaan	
	Publik	Swasta
Publik	Inggris, Malaysia, Hongkong, Australia, dll	Indonesia dan negara berkembang lainnya
Swasta	Kanada, Jerman, Jepang dan Taiwan	Amerika

*\* Jepang dan Jerman menyerahkan sebagian besar pendanaan 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 pendanaan diserahkan kepada sektor publik, yang bersifat sosial atau nirlaba, maka terdapat dua pilihan utama yaitu pendanaan dari penerimaan pajak (*general tax revenue*) atau APBN seperti yang dilakukan Inggris dan Malaysia dan pendanaan melalui mekanisme asuransi sosial seperti yang dilakukan Kanada, Taiwan, Jepang, Jerman, Korea, Muangtai, Filipina, dll. Kanada, Korea, Filipina, Muangtai, Australia dan

Taiwan memberlakukan sistem monopoli Propinsi atau Negara dengan hanya menggunakan satu badan penyelenggara. Sementara Jerman dan Jepang menggunakan undang-undang wajib asuransi sosial kesehatan 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, program JPK PNS/Askes dan program JPK Jamsostek, diselenggarakan oleh perusahaan publik yang berbentuk badan hukum berorientasi laba PT (Persero) sehingga menimbulkan *conflict of interest*. Hal ini menyebabkan semakin kecaunya pemahaman asuransi sosial. Distorsi pemahaman ini menyebabkan sulitnya usaha-usaha mengusahakan suatu sistem asuransi sosial yang konsisten. Itulah sebabnya RUU SJSN meluruskan distorsi ini.

Asuransi sosial adalah asuransi yang diselenggarakan atau diatur oleh pemerintah yang melindungi golongan ekonomi lemah dan yang tidak lemah yang menjamin keadilan yang merata (*equity*). Untuk mencapai tujuan tersebut, maka suatu asuransi sosial haruslah didasari pada suatu undang-undang dengan pembayaran iuran/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 iuran/premi ditetapkan oleh undang-undang/peraturan pemerintah, umumnya proporsional terhadap pendapatan/gaji, dan (c) paketnya ditetapkan sama untuk semua golongan pendapatan, yang biasanya sesuai dengan kebutuhan medis (Thabrany, 1999)<sup>13</sup>. Dengan mekanisme ini, maka dimungkinkan tercapainya keadilan sosial yang egaliter.

Dari segi pendanaan, 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 (Depkes Taiwan, 1997)<sup>14</sup>. Program Medicare di Amerika hanya menghabiskan biaya administrasi sebesar 3-4% sementara asuransi komersial swasta di Amerika menghabiskan rata-rata 12% (Shalala dan Reinhardt, 1999)<sup>15</sup>

## **Asuransi Sosial Kesehatan di Berbagai Negara dan Berbagai Indikator Makro Kesehatan**

Seperti telah disampaikan diatas, negara-negara yang lebih konsisten mencari 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 diatas tidak cukup meyakinkan tanpa adanya data empirik. Data empirik yang menyajikan cakupan universal dan efisiensi makro saja, juga tidak cukup meyakinkan manfaat asuransi sosial kesehatan. Oleh karena itu kita harus juga 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 dan umur harapan hidup. Memang kedua indikator ini 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 diolah dari karya Anderson dan Paullier, 1999<sup>16</sup>.

**Tabel 1**  
**Perbandingan model asuransi, cakupan, biaya dan status kesehatan di berbagai negara maju (dengan data tahun 1996-1997).**

Negara	Askes dominan	% penddk dijamin ASK	Biaya RI per hari (US\$), 1996	Biaya Kes per kapita (US\$), 1997	IMR, 1996	LE, perempuan /pria, 1996
Amerika	Komersial	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
Jepang	Sosial	100	83	1.741	3,8	83,6/77,0
Jerman	Sosial	92,2	228	2.339	5,0	79,9/73,6
Kanada	Nasional	100	489	2.095	6,0	81,5/75,4
Korea	Sosial	100	110	587	9,0	77,4/69,5

Negara	Askes dominan	% penddk dijamin ASK	Biaya RI per hari (US\$), 1996	Biaya Kes per kapita (US\$), 1997	IMR, 1996	LE, perempuan /pria, 1996
Luksemburg	Sosial	100	180	2.340	4,9	80,0/73,0
Norwegia	Sosial	100	123	1.814	4,0	81,1/75,4
Perancis	Sosial	99,5	284	2.051	4,9	82,0/74,1
Portugal	Sosial	100	249	1.125	6,9	78,5/71,2
Selandia Baru	Nasional	100	254	1.352	7,4	79,8/74,3
Spanyol	Sosial	99,8	343	1.168	5,0	81,6/74,4
Turki	Sosial	66	73	260	42,2	70,5/65,9
Yunani	Sosial	100	144	974	7,3	80,4/75,1

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

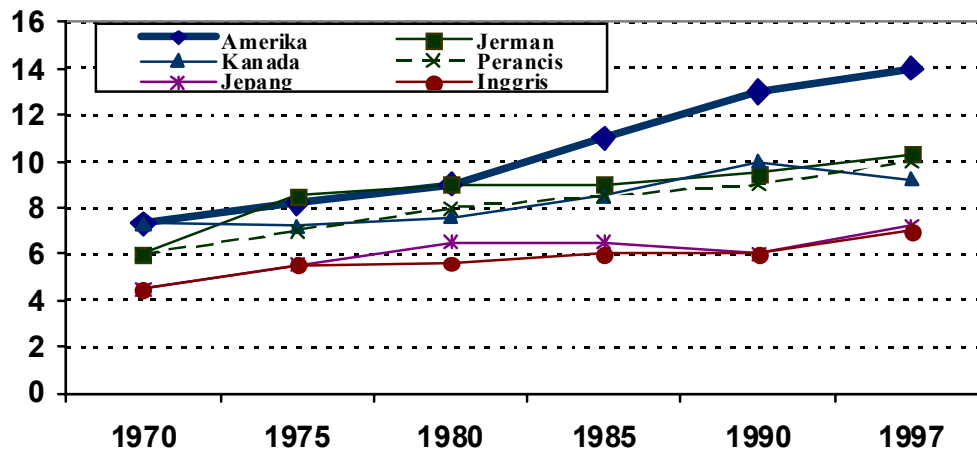
Dari tabel tersebut dapat kita lihat bahwa Amerika yang merupakan satu-satunya negara maju yang menggantungkan sistem asuransinya pada asuransi komersial mempunyai kinerja keuangan yang sangat mahal, hampir dua kali biaya termahal di negara lain, dan lebih dari dua kali dari biaya kesehatan di Jepang dan Jerman yang sama-sama memiliki banyak badan penyelenggara asuransi kesehatan. Bahkan biaya rawat inap perhari di Amerika mencapai 5-10 kali lebih mahal dibandingkan negara-negara maju lainnya yang memiliki pendapatan per kapita yang 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 diatas menunjukkan angka-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 angka-angka nilai nominal dolar tersebut dengan keadaan di Indonesia. Negara yang kaya memang akan mengeluarkan biaya besar karena memang biaya hidup 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 (1999)<sup>17</sup>. Hasil penelitian tersebut disajikan pada Gambar-2.

Penelitian kedua orang tersebut menunjukkan bahwa Amerika secara konsisten menghabiskan biaya kesehatan sebagai prosentasi terhadap PDB yang terus meningkat tak

terkendali. Dibandingkan dengan Jepang dan Inggris yang memiliki sistem pembiayaan dan penyediaan kesehatan yang terkendali (bukan *managed care*) ternyata Amerika menghabiskan jauh lebih besar, baik dalam nilai nominal dolar maupun dalam prosentase terhadap PDB. Dari enam negara yang dibandingkan, hanya Amerikalah yang menggantungkan pembiayaan kesehatan yang 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



## Askeskin: Implementasi Awal

Tanpa menyadari adanya UU SJSN, Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari meminta PT Askes untuk mengelola program jaminan kesehatan bagi 36,4 juta penduduk miskin di seluruh Indonesia dengan SK Menkes 1241 bulan Desember 2004. Tetapi keputusan Menteri mendapat protes dari mereka yang sebelumnya mendapat bagian untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan di propinsi/kota/kabupaten (lazim disebut pra bapel dan bapel di lingkungan sektor kesehatan) yang dananya diberikan oleh Depkes, sebagai kompensasi kenaikan harga BBM. Di masa Kabinet sebelumnya, program serupa dilaksanakan dengan pinjaman Bank Pembangunan Asia yang diberi nama Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan, JPSBK. Karena hampir semua pra bapel gagal, maka program

berikutnya diberikan langsung ke puskesmas dan rumah sakit. Karena tingkat keberhasilan yang juga tidak memadai, maka dibuat lagi uji coba di beberapa provinsi dengan menggunakan bapel/prabapel, tidak lagi masif di seluruh kota/kabupaten seperti sebelumnya. Ketika uji coba dilakukan, sesungguhnya draf awal RUU SJSN sudah memberi indikasi akan terjadi perubahan mendasar. Konsep awal yang diajukan Prof Azrul Azwar, sebagai Dirjen Binkesmas Depkes dan anggota Tim SJSN, memperjuangkan dibentuknya BPJS khusus untuk menangani jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. Menkes Achmad Sujudi secara resmi berkirim surat ke Pansus RUU SJSN di tahun 2004. Namun demikian, karena bukti-bukti menunjukkan bahwa bapel/prabapel tersebut bukanlah Badan hukum Penyelenggara Jaminan Sosial dan tidak ada bukti kuat tentang kesinambungan dan keberhasilan pra-bapel/bapel, maka upaya itu kandas. Jalan keluar yang diputuskan Pansus dan kemudian disetujui Pleno DPR tanggal 28 September 2004 adalah dengan membuka peluang, yaitu pasal 5 ayat 4 UU SJSN (sebelum keputusan MK) yang mengatur jika diperlukan BPJS baru yang berbunyi "*Dalam hal diperlukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial selain dimaksud pada ayat (3)—yaitu yang empat, dapat dibentuk yang baru dengan Undang-Undang*". Pasal ini digugat oleh bapel (yang kemudian menggunakan tangan DPRD Jatim) sebagai pembatas hak daerah dalam membentuk BPJS, tanpa menyadari ketentuan Pasal 23A UUD45 yang mengatur bahwa semua pungutan yang bersifat memaksa (iuran SJSN bersifat wajib/memaksa) harus diatur dengan UU.

Karena kekecewaan tidak mendapatkan bagian dana untuk mengelola jaminan kesehatan bagi penduduk miskin, bapel-bapel tersebut mengajukan uji materi UU SJSN. Pasalnya, dalam penunjukan PT Askes Menteri Kesehatan menggunakan amanat UU SJSN. Pada tanggal 1 Februari 2005, secara resmi permohonan tersebut disampaikan ke Mahkamah Konstitusi (MK) dan proses uji materi UU SJSN berjalan cukup cepat. Bulan Juli 2005, seluruh proses uji materi telah selesai, dimana Penulis menjadi salah seorang saksi ahli Pemerintah dan membuat berbagai argumen atau jawaban yang diajukan pemohon. Saksi ahli Pemerintah lainnya adalah Bapak Hot Bonar Sinaga (Ketua Dewan Asuransi Indonesia ketika itu), Bapak Muryono (mantan anggota Pansus RUU SJSN di DPR), Prof Hikmahanto dari Fakultas Hukum UI, dan Prof Benyamin Husein (ahli otonomi daerah) dari FISIP UI. Sebagai anggota Tim Kepres 101/2003 yang bertugas menyusun RUU SJSN, yang juga mengikuti proses pembahasan di DPR, maka tidak sulit bagi penulis untuk memberikan jawaban dan makna setiap kalimat yang ada dalam UU SJSN.

Pada tanggal 31 Agustus 2005, Mahkamah Konstitusi mengeluarkan Keputusan yang 'terasa dimenangkan' oleh pemohon akan tetapi sesungguhnya tidak ada perubahan berarti dalam UU SJSN, kecuali MK memberi ketegasan bahwa pemerintah daerah dapat

membentuk BPJS di tingkat daerah, selain BPJS Nasional. Program jaminan sosial yang bersekala Nasional yang diselenggarakan oleh ke-empat BPJS, tetap sah/berlaku. Apabila akan dibentuk badan baru, maka hal itu harus dibentuk dengan UU (permohonan agar Pasal 5 ayat 1 dibatalkan DITOLAK MK). Dengan keputusan MK tersebut, maka program penjaminan 60 juta penduduk termiskin oleh Pemerintah (Depkes) mendapat kekuatan hukum. Akan tetapi pihak pemohon, sampai saat ini, masih bersikeras untuk menjadikan program Jaminan Kesehatan didesentralisasi. Sesungguhnya keputusan membuat program bersekala Nasional merupakan keputusan hukum dan keputusan politik, yang sudah final dan sudah jadi UU SJSN, yang harus diterima oleh mereka yang semula tidak mendukung sekalipun. Inilah hakikat demokrasi.

Pemahaman menyeluruh tentang Keputusan MK sangat menentukan besar-kecilnya hambatan implementasi awal UU SJSN. Keputusan Mahkamah Konstitusi mengabulkan sebagian tuntutan pemohon dan menolak sebagian lagi. Mahkamah Konstitusi sama sekali menolak permohonan pemohon I dan II (yaitu Satpel JPKM<sup>4</sup> Rembang dan Perbapel JPKM) dengan alasan bahwa keduanya tidak memiliki kedudukan hukum (*legal standing*). Artinya, keberadaan Satpel dan bapel JPKM, sebagai badan hukum yang mempunyai hak mengajukan uji materi (*judicial review*) ke MK, tidak diakui negara. Ini mempunyai konsekuensi penting, sebab dalil yang dikemukakan para pemohon dan saksi ahli adalah bahwa satpel dan bapel JPKM adalah badan penyelenggara jaminan sosial yang telah ada. Sesungguhnya memang, selain empat BPJS yang disebutkan, tidak pernah ada badan jaminan sosial yang diakui secara hukum Indonesia. Bapel JPKM adalah sesungguhnya alternatif penjual asuransi kesehatan yang bukan perusahaan asuransi, yang ingin dikembangkan Depkes di masa lalu. Model bapel JPKM mengambil model HMO di Amerika yang bukan perusahaan asuransi akan tetapi mendapat lisensi dari Departemen Asuransi.

Putusan MK menerima permohonan pemohon I (DPRD Jatim, yang sesungguhnya dipinjam oleh Bapel JPKM Jawa Timur) yang memang mempunyai kedudukan hukum dengan membatalkan pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) yang disambut gembira oleh para pemohon. Namun demikian, MK sesungguhnya hanya membatalkan 'bunyi' pasal-pasal tersebut, tetapi tidak membatalkan isi atau substansi pasal-pasal tersebut. Pada halaman 270 Keputusan MK, dijelaskan bahwa pembatalan pasal 5 ayat (2), (3) dan (4) tersebut

---

<sup>4</sup> JPKM adalah singkatan dari Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, suatu konsep dagang asuransi kesehatan komersial yang dijual oleh sebuah badan yang disebut Bapel dan ijinnya diberikan oleh Departemen Kesehatan. Ketentuan ini sesungguhnya melanggar UU Asuransi yang menetapkan ijin usaha asuransi harus diberikan oleh Menteri Keuangan, yang memahami seluk-beluk bisnis asuransi, termasuk asuransi kesehatan.

"karena materi yang terkandung di dalamnya telah tertampung dalam Pasal 52 yang apabila dipertahankan keberadaannya akan menimbulkan multitafsir dan ketidakpastian hukum." Dengan demikian, maka keempat BPJS tersebut tetap syah menyelenggarakan program jaminan sosial tingkat nasional.

Lalu bagaimana dengan badan penyelenggara di daerah? Keputusan MK menegaskan hak daerah menyelenggarakan jaminan sosial, tidak eksklusif. Tuntutan agar pengelolaan jaminan kesehatan didesentralisasikan atau sepenuhnya merupakan hak dan kewajiban daerah, sebagaimana dituntut pemohon, dinilai MK sebagai melanggar UUD45. Secara tegas keputusan MK menolak hak eksklusif daerah seperti tercantum dalam Hal 265 putusan KM yang berbunyi:

*"Pemohon yang mendalilkan kewenangan untuk mengembangkan sistem jaminan sosial secara eksklusif merupakan kewenangan Daerah" ..  
"Mahkamah tidak sependapat dengan dalil Pemohon tersebut, sebab jika jalan pikiran demikian diikuti, maka di satu pihak, besar kemungkinan terjadi keadaan di mana hanya daerah-daerah tertentu saja yang mampu menyelenggarakan sistem jaminan sosial dan itu pun tidak menjamin bahwa jaminan sosial yang diberikan tersebut cukup memenuhi standar kebutuhan hidup yang layak antara daerah yang satu dengan daerah yang lain, serta di lain pihak, jika karena alasan tertentu seseorang terpaksa harus pindah ke lain daerah, tidak terdapat jaminan akan kelanjutan penikmatan hak atas jaminan sosial orang yang bersangkutan setelah berada di daerah lain. Keadaan demikian akan bertentangan dengan maksud Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang menghendaki hak atas jaminan sosial itu harus dapat dinikmati oleh setiap orang atau seluruh rakyat;"*

Dalam Keputusan MK tersebut, Pasal 52 yang mengharuskan ke-empat BPJS secara bertahap menyesuaikan diri dengan UU SJSN tetap berlaku dan karenanya program nasional dapat terus dijalankan. Dalam Keputusan MK hal 269 dapat dibaca

*"Mahkamah berpendapat bahwa ketentuan Pasal 52 UU SJSN tersebut justru dibutuhkan untuk mengisi kekosongan hukum (rechtsvacuum) dan menjamin kepastian hukum (rechtszekerheid) karena belum adanya badan penyelenggara jaminan sosial yang memenuhi persyaratan agar UU SJSN dapat dilaksanakan. Dengan demikian permohonan Pemohon sepanjang menyangkut Pasal 52 UU SJSN, tidak cukup beralasan."*

Dalam hal 267, MK juga jelas menyatakan hal itu dengan kalimat yang berbunyi

*"bahwa selama belum terbentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1), badan-badan sebagaimana disebutkan pada ayat (3) di atas diberi hak untuk bertindak sebagai badan penyelenggara jaminan sosial, maka hal itu sudah cukup tertampung dalam Ketentuan Peralihan pada Pasal 52 UU SJSN."*

Hal tersebut sesuai dengan argumen MK dalam keputusannya di halaman 269-270

*"Sedangkan Pasal 5 ayat (1) yang berbunyi "Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan undang-undang" tidak bertentangan dengan UUD 1945 asalkan ditafsirkan bahwa yang dimaksud oleh ketentuan tersebut adalah pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial tingkat nasional yang berada di Pusat. Dengan demikian permohonan Pemohon sepanjang mengenai Pasal 5 ayat (1), sebagaimana halnya Pasal 52 UU SJSN, juga tidak cukup beralasan."*

Dalam Keputusan MK Hal 268-269 dapat dibaca kalimat

*"sementara di pihak lain keberadaan undang-undang yang mengatur tentang pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial nasional di tingkat pusat merupakan kebutuhan, maka Pasal 5 ayat (1) UU SJSN cukup memenuhi kebutuhan dimaksud dan tidak bertentangan dengan Undang-Undang Dasar sepanjang ketentuan dalam Pasal 5 ayat (1) UU SJSN tersebut ditafsirkan semata-mata dalam rangka pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial nasional di tingkat pusat."*

Tantangan implementasi awal UU SJSN, khususnya dalam bidang jaminan kesehatan, masih belum reda meskipun lebih dari setahun setelah MK menetapkan keputusan yang sesungguhnya memperkuat UU SJSN. Perbedebatan masih diteruskan oleh pihak yang tidak setuju dengan SJSN tingkat nasional dengan menyimpulkan bahwa ke-4 BPJS yang diatur Pasal 5 ayat 3 dibatalkan oleh MK seperti yang aktif disuarakan oleh Ghufron (2006).<sup>18</sup> Mereka mendaulat seolah ke-4 BPJS tersebut tidak lagi memegang hak/amanat UU SJSN dan karenanya daerah bebas mengembangkan BPJSD. Faham ini semata-mata hanya melihat pasal yang dibatalkan MK, TANPA melihat pasal-pasal lain dan argumen MK dalam mebatalkan pasal tersebut, yang **semata-mata dapat multi-tafsir**. Kaedah hukum mentapkan bahwa setelah ke-4 Badan Penyelenggara yang ada menyesuaikan Peraturan Pemerintah dan peraturan lainnya sesuai dengan UU SJSN, maka ke-4 badan tersebut syah menjadi BPJS menurut UU SJSN (Salim, 2006)<sup>19</sup>. Tafsir ahli hukum ini telah penulis konfirmasi dengan menanyakan langsung, secara pribadi, kepada Ketua MK dan hakim konstitusi tentang perlunya menyusun UU untuk membentuk ke-4 badan penyelenggara yang ada menjadi BPJS. Jawabannya sederhana, "Undang-undang baru diperlukan jika akan dibentuk BPJS yang baru", sedangkan ke-empat BPJS sudah ada sudah dibentuk dengan UU SJSN dan apabila ke-empatnya telah menyesuaikan diri dengan aturan UU SJSN.

Perebutan peran pemda pada hakikatnya adalah perebutan kendali uang! Dalam Seminar di Hotel Sari Pacific tanggal 9 Agustus 2006 yang diselenggarakan oleh Universitas Gajah Mada atas sponsor Asia Foundation, mengemukakan harapan agar program Askeskin diserahkan kepada daerah, oleh mereka yang mengklaim atas nama daerah. Jika benar, mereka mengklaim atas nama daerah, mengapa hanya bapel/perbapel JPKM, dan kini asosiasi jamkesda yang menuntut? Sementara kemampuan/ kinerja bapel/perbapel tersebut sangat jauh dari memadai. Tidak satupun dari bapel yang memiliki modal lebih dari Rp 1 milyar. Bagaimana mungkin mereka mampu mengelola dana puluhan, ratusan milyar bahkan triliunan rupiah. Bandingkan dengan PT Askes yang memiliki modal disetor Rp 400 milyar dan cadangan lebih dari Rp 1 triliun. Kantor-kantor cabang PT Askes di daerah-daerah juga dikelola oleh orang daerah, bukan orang pusat yang dikirim ke daerah.

Memang UU 32/2004 Pasal 22 ayat 1 huruf h berbunyi "Pemda wajib *mengembangkan sistem jaminan sosial*". Dalam penjelasan pasal tersebut, tercantum "*cukup jelas*". Apakah kata "jaminan sosial" yang tercantum dalam UU 32/2004 sama artinya dengan kata 'jaminan sosial' dalam UU SJSN? Dengan melihat konteks dan pemahaman pembuat UU 32/2004, sesungguhnya dapat dipastikan bahwa kata "jaminan sosial" dalam UU Otda tersebut bersifat umum dan berbeda dengan makna yang dirumuskan oleh UU SJSN yang bersifat khusus *lex specialis*. Makna 'jaminan sosial' dalam UU 32/2004 bersifat umum yang difahami masyarakat seperti mengurus anak terlantar, penduduk jompo, pengangguran, korban PHK, gelandangan, korban bencana alam, dan sebagainya. Kata jaminan sosial yang menjadi kewajiban Pemda adalah pelayanan sosial yang bersifat sementara dan lokal. Sementara UU SJSN hanya mengatur lima program jaminan yang bersifat jangka panjang, yang berlaku seumur hidup bagi seluruh rakyat secara nasional.

Kata 'jaminan sosial' dalam UU Otda tersebut tidaklah dimaksudkan 'jaminan kesehatan', sebab klausul yang menyangkut kesehatan sudah diatur, sebagai kewajiban Pemda dalam Pasal yang sama huruf f "*Pemda wajib menyediakan fasilitas kesehatan*". Kata 'fasilitas kesehatan', menurut berbagai literatur, mencakup juga pendanaan, peralatan, dan sumber daya manusia (Thabrany, 2003)<sup>20</sup>. Dengan demikian, maka dapat dipastikan bahwa kata 'jaminan sosial', yang hanya muncul dua kali dalam UU 32/2004 sama sekali tidak dimaksudkan sama dengan 'jaminan sosial' yang didefinisikan secara lugas dalam UU SJSN. Oleh karenanya, menggunakan UU 32/2004 untuk mengklaim bahwa UU tersebut memberikan kewenangan kepada Pemda untuk mengembangkan jaminan sosial, untuk program-program sebagaimana diatur dalam UU SJSN, sama sekali tidak kuat dan tidak berdasar. Tidak ada pertentangan antara UU 32/2004 dan UU 40/2004 ttg SJSN, karena kewenangan yang diatur kedua UU tersebut berbeda.

## **Manfaat Askes bagi Masyarakat Miskin Telah Jelas**

Evaluasi program Askeskin, sebagai implementasi awal program asuransi kesehatan nasional dalam UU SJSN, menunjukkan bahwa program ini sangat bermanfaat bagi rakyat banyak. Bahkan, kinerja Menkes dalam Polling Kompas awal Agustus 2006 yang mencapai 59,4% dihasilkan dari kenyataan bahwa Depkes telah mengembangkan program yang dirasakan bermanfaat bagi orang banyak. Laporan PT Askes pada bulan Maret 2006 menunjukkan bahwa 54 juta kartu peserta Askeskin telah didistribusikan.<sup>21</sup> Dengan kartu peserta di tangan, maka ada kepastian bahwa penduduk miskin tersebut berhak mendapatkan pelayanan kesehatan komprehensif, termasuk hemodialisa/cuci darah yang bernilai sekitar Rp 4 juta per bulan. Dalam prakteknya, masih terjadi penarikan biaya oleh oknum fasilitas kesehatan yang kurang memahami perannya sebagai pelayan publik.

Pada tahap awal implementasi program Askeskin, banyak keluhan dan ketidak-tepatan identifikasi penduduk yang berhak menerima subsidi iuran (elijibilitas). Hal ini karena perhitungan jumlah orang miskin di suatu daerah didasarkan pada sensus Badan Pusat Statistik dan penetapan nama-nama orang miskin oleh Pemda yang metoda dan kriterianya bervariasi antar satu daerah dengan daerah lain. Meskipun demikian, evaluasi Badan Litbangkes Depkes RI dengan melakukan verifikasi di lapangan menunjukkan bahwa akurasi sasaran cukup tinggi. Hanya 6% penerima kartu Askeskin yang ternyata tidak termasuk miskin menurut kriteria penerima bantuan langsung tunai. Hal ini sesungguhnya tidak bermasalah, karena kriteria miskin untuk makan memang berbeda dengan miskin terhadap kebutuhan medis.

**Tabel 2**  
Tingkat Kesamaan "Kriteria Miskin BLT" dengan Askeskin  
(BaLitbangkes, 2006)

Kriteria SLT vs Askeskin	Tempat Evaluasi				
	Karang Asem	Padang	Ende	Lebak	Total
Tidak miskin	6.9%	5.6%	5.0%	6.6%	6.0%
Hampir miskin	5.9%	6.1%	6.5%	10.2%	7.2%
Miskin	7.9%	18.7%	8.0%	17.8%	13.1%
Sangat Miskin	79.2%	69.7%	80.4%	65.5%	73.7%

Dari segi pendanaan, sebagaimana diatur dalam UU SJSN, program jaminan kesehatan dikelola secara nirlaba. Artinya, apabila terjadi surplus dana, maka surplus tersebut tidak boleh dibukukan sebagai laba PT Askes, tetapi harus diakumulasi untuk pendanaan program tahun berikutnya. Inilah hakikat Dana Amanat, dana yang diamanatkan hanya untuk pendanaan program. Secara rinci penggunaan dana diatur dalam pedoman menurut SK Menkes nomor 56/2005. Askes hanya menerima *management fee* sebesar 5% dari dana.

Besar dana yang semula dikucurkan Depkes ke Askes sebesar Rp 2,3 triliun dengan perhitungan iuran Rp 5.000 per orang per bulan untuk 36,4 juta orang miskin. Terdapat sisa anggaran yang belum diserap di tahun 2005 sebesar Rp 1,12 Triliun. Sisa dana terjadi karena masih ada luncturan dana program JPSBK tahun 2004 yang masih terdapat di fasilitas kesehatan dan di daerah-daerah yang harus digunakan di tahun 2005. Dana sisa tersebut diluncurkan ke dalam mata anggaran tahun 2006. Depkes kemudian menambahkan dana Rp 2,6 triliun untuk tahun 2006 sehingga jumlah dana tahun 2006 berjumlah Rp 3,7 triliun. Akan tetapi di akhir tahun 2006, ternyata terjadi defisit karena terjadi maturitas program.<sup>15</sup> Diperkirakan, penyerapan dana yang lebih stabil, *ultimate risks*, baru dicapai setelah tahun ke-3.

Sebuah hasil studi di RS Gunung Jati, yang dimiliki Pemda Kota Cirebon, menunjukkan bahwa program Askeskin telah meningkatkan akses yang jauh lebih baik dari program PKSBBM/JPSBK atau PDPSE dua tahun sebelumnya, yang dananya diserahkan langsung ke daerah/rumah sakit. Tampak pada tabel di bawah bahwa jumlah pasien rawat inap tahun 2005, baik yang bertempat tinggal di Kota Cirebon maupun di luar kota Cirebon meningkat lebih dari 100% dibandingkan dua tahun sebelumnya. Bahkan jumlah pasien yang bertempat tinggal di luar Kota Cirebon meningkat lebih dari 300%, dari tertinggi 683 pasien di tahun 2003 menjadi 2.320 pasien di tahun 2005, yang menunjukkan bahwa akses masyarakat miskin untuk mendapatkan perawatan rujukan luar kota/kabupaten jauh lebih baik.<sup>22</sup> Hal ini menunjukkan bahwa program bersekala Nasional, sebagai mana telah diantisipasi dalam penyusunan program jaminan kesehatan dalam UU SJSN, telah terbukti memiliki portabilitas dan memudahkan pasien mendapat pelayanan di luar batas administrasi pemerintahan.

**Tabel 3.**  
**Jumlah Pasien Rawat Inap Kelas III RS Gn Jati Menurut Tahun dan Tempat Tinggal Pasien**  
**(yang Dijamin Program untuk Masyarakat Miskin)**

No	Asal Wilayah	2003	2004	2005
1	Kota Cirebon	1.383	1.495	<b>1.993</b>
2	Kabupaten Cirebon	459	147	<b>1.776</b>
3	Kabupaten Kuningan	31	8	<b>97</b>
4	Kabupaten Indramayu	107	14	<b>235</b>
5	Kabupaten Majalengka	56	19	<b>205</b>
6	Luar Wilayah III	30	25	<b>7</b>
	<b>Luar Kota Cirebon</b>	<b>683</b>	<b>313</b>	<b>2.320</b>
Total		<b>2.066</b>	<b>1.708</b>	<b>4.313</b>

Sumber: Susilawati, LA, 2006

Laporan Askes semester I tahun 2006<sup>23</sup> menunjukkan bahwa untuk melayani 60 juta target peserta, sampai akhir tahun 2006 telah didistribusikan 39,5 juta kartu peserta Askeskin (65% target). Selebihnya tetap dilayani di rumah sakit dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), sebagai *safety net* bagi keluarga yang belum memiliki kartu peserta, tetapi tidak mampu mendanai perawatan. Surat keterangan tersebut dikeluarkan oleh Pemda (biasanya cukup sampai lurah) dengan asumsi bahwa Pemdalah yang mengetahui kondisi rumah tangga. Disinyalir banyak sekali kasus penyalah-gunaan SKTM, namun penelitian khusus belum dilakukan. Untuk melayani masyarakat miskin tersebut, Askes telah melakukan kontrak pelayanan dengan 7.651 puskesmas, 446 rumah sakit pemerintah, 130 rumah sakit swasta, dan 619 apotik. Di tahun 2006, 515 ribu ibu hamil telah dilayani, 6,9 juta kasus rawat jalan dan 1,6 juta kasus rawat inap di rumah sakit telah diklaim ke Askes dengan total biaya yang diklaim sebesar Rp 2,53 triliun, diluar biaya perawatan primer di puskesmas.

Perlu disajikan disini manfaat yang sebelumnya tidak pernah terjadi yaitu kemampuan program dalam mencegah kematian penderita penyakit terminal seperti gagal ginjal. Sebelum ada program skeskin, banyak penduduk miskin (bahkan yang tidak miskin sekalipun) yang meninggal karena tidak mampu membayar biaya cuci darah (hemodialisa) yang paling sedikit harus dilakukan dua kali seminggu dengan biaya paling murah Rp 450

ribu per kali. Artinya, seseorang yang menderita gagal ginjal harus membayar paling sedikit Rp 3,6 juta sebulan. Mudah difahami, mereka yang bergaji Rp 4 juta sebulan pun tidak mampu hidup lebih lama, tanpa jaminan. Sejak program Askeskin diluncurkan, sebanyak 4.862 kasus hemodialisa ditangani, 380 operasi jantung, dan 780 operasi kanker telah dilaksanakan. Jika tidak ada program Askeskin, ribuan penduduk miskin (dan tidak mampu—dengan SKTM yang longgar persyaratannya) tersebut hampir dapat dipastikan telah meninggal dunia. Itu artinya, lebih dari 13 pesawat jumbo jet penuh penumpang telah jatuh dan menewaskan seluruh penumpangnya sebelum ada Askeskin. Tetapi, Indonesia dan dunia tetap tenang, tidak ada berita atau kepanikan. Tetapi jika ada satu pesawat jatuh dan beberapa penumpangnya meninggal, maka seluruh media cetak dan elektronik memberitakan kejadian 'tragis' itu. Apakah nyawa dinilai dari kepemilikan uang?

### ***Tantangan***

Data penyerapan dana dan naiknya tingkat penggunaan tempat tidur kelas III mencapai 100% di hampir semua rumah sakit menunjukkan bahwa program Askeskin, yang cukup heboh pada awalnya dan kontroversial, telah memberikan manfaat cukup berarti bagi penduduk miskin. Akan tetapi beberapa LSM bahkan lembaga internasional sering mengkritik program ini dengan alasan monopolistik dan kekhawatiran terjadi penyimpangan dana dan mungkin juga hal itu timbul karena adanya persepsi bahwa pelayanan Askes untuk selama ini dinilai kurang baik. Penilaian tersebut tentu saja sangat relatif karena sering kali kritik disampaikan tidak didasarkan atas bukti obyektif tetapi berdasar teori-teori dan 'dengar-dengar'. Sebagai program asuransi sosial, memang umumnya tingkat kepuasan terhadap pelayanan tidak akan setinggi tingkat kepuasan pada program asuransi komersial. Akan tetapi, hal itu sejalan dengan efisiensi (rendahnya premi/iuran relatif terhadap manfaat asuransi) yang dicapai oleh suatu program asuransi sosial. Fenomena ini memang juga terjadi di berbagai negara. Oleh karenanya sering kita dengar suara yang tidak setuju (umumnya oleh mereka dalam kelas sosial ekonomi atas) dengan sistem asuransi sosial/publik, karena kualitas manfaat yang disediakan relatif di bawah harapan mereka.

Salah satu kekhawatiran banyak pakar, seperti misalnya yang dikemukakan Gani dan Trisnantoro dalam Kongres PAMJAKI 2006, adalah bahwa pola SJSN yang diterapkan awalnya dengan Askeskin akan menimbulkan *two-tier system* yang kurang menguntungkan atau akan mengorbankan mutu layanan kepada pasien Askeskin. Hal ini tampaknya tidak didukung oleh fakta adanya pelayanan diskriminatif. Data Badan Litbangkes tentang kepuasan, yang bisa menjadi salah satu indikator diterima atau tidaknya pelayanan Askeskin di fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa 84,2% penerima kartu merasakan bahwa

kartu tersebut bermanfaat (lihat gambar). Selanjutnya studi yang dilakukan Chalydianto (2006) dari UNAIR juga menunjukan tingkat kepuasan penerimaan pelayanan yang melebihi 75%<sup>24</sup>. Hal ini menunjukkan bahwa program ini bermanfaat bagi rakyat miskin yang menerima kartu Askeskin. Banyak teori tentang tidak memadainya program Askeskin dan rancangan SJSN bersandar pada penggunaan indikator sekarang, tahun 2006, untuk mengukur tujuan akhir, yang akan dicapai 20-30 tahun yang akan datang. Tentu saja, hal itu tidak tepat. Salah waktu. Oleh karenanya, para kritikus SJSN seharusnya menilai apakah arah implementasi sekarang sejalan dengan apa yang dicapai nanti. Data yang ditemukan sekarang, seharusnya menjadi data dasar (*base line*) untuk menilai kemajuan, bukan untuk mengukur apakah rancangan tujuan SJSN tercapai. Memang belum.

**Gambar 3**  
**Persepsi Tentang Manfaat Kartu Askeskin. Balitbangkes Depkes, 2006**



**Tabel 4**  
**Distribusi Tingkat Kepuasan Pasien Askeskin di RS. Chalydianto, dkk. 2006**

No.	Aspek	Jumlah	Persentase
1	Reliabilitas		
	Puas	473	88,7
	Tidak Puas	60	11,3
2	Assurance		
	Puas	512	96,1
	Tidak Puas	21	3,9
3	Tangible		
	Puas	465	87,2
	Tidak Puas	68	12,8
4	Emphaty		
	Puas	479	89,9
	Tidak Puas	54	10,1
5	Responsiveness		
	Puas	510	95,7
	Tidak Puas	23	4,3
6	<b>Total Kepuasan</b>		
	<b>Puas</b>	<b>403</b>	<b>75,6</b>
	<b>Tidak Puas</b>	<b>130</b>	<b>24,4</b>

## **Askes Sosial Pegawai Negeri (ASKES): 40 Tahun Pengalaman Berharga**

Banyak pihak meragukan kemampuan sistem asuransi kesehatan sosial, khususnya mereka yang jarang atau tidak pernah belajar berbagai sistem asuransi kesehatan maupun sistem NHS di berbagai negara. Sesungguhnya hal itu wajar saja. Akan tetapi, jika seorang ahli yang kurang belajar dari fakta di Indonesia maupun di berbagai negara berkomentar miring tentang kemampuan sistem asuransi kesehatan sosial, maka hal itu dapat merugikan sistem AKN ke depan. Paling tidak, hal itu akan mendorong perdebatan yang kurang produktif, hanya buang waktu. Kita sering juga mendengar kritik UU SJSN mengapa mengarah ke single payer, monopolistik, tidak meniru model Jerman atau Jepang. Kritik

tersebut tidak atau kurang memandang konteks perkembangan sistem tersebut di berbagai negara. Memang di Jepang dan di Jerman, sistem asuransi sosial berkembang mulai dari grass root, yang pluralistik dan kecil-kecil. Sistem ini tidak efisien dan banyak menimbulkan overlap. Secara bertahap mereka melakukan merger dan bergabung untuk efisiensi dan efektifitas program. Bahkan dunia komersial juga sering melakukan merger untuk penguatan dan efisiensi. Tetapi, Indonesia memulai dengan sistem asuransi sosial untuk pegawai negeri 40 tahun lalu secara nasional dengan single payer. Selama perjalanannya, tidak ada bukti-bukti yang menunjukkan bahwa program Askes gagal total. Bahkan, ketika PT Askes diserahkan mengurus 76,4 juta peserta tambahan, tidak ada bukti kegagalan total yang mengharuskan perombakan total. Peserta pegawai negeri dan pensiunan pegawai negeri melebihi 14 juta jiwa. Ditambah program Askeskin, yang merupakan tambahan 76,4 juta jiwa lagi, menjadikan pengalaman PT Askes yang terbesar dengan jumlah peserta yang dilayani mencapai 90 juta jiwa secara nasional. Dengan pengalaman tersebut, tidaklah sukar untuk memperluas cakupan, karena fasilitas kantor dan sistemnya memang sudah beroperasi secara nasional. Hanya diperlukan polesan disana-sini untuk membuat penyelenggaraan lebih efisien dan lebih efektif. Yang kita dapatkan memang ada keluhan-keluhan dan kekurangan-kekurangan teknis, yang terkait dengan sistem lain, yang hanya perlu perbaikan. Itulah sebabnya, UU SJSN bertujuan memperluas sistem jaminan sosial tanpa harus membentuk yang baru, untuk efisiensi, penyeragaman, dan kemudahan bagi peserta/penduduk.

Yang krusial dan esensial dari penyelenggaraan Askes adalah bentuk badan penyelenggara yang PT Persero, yang secara legal merupakan Perseroan Terbatas yang bertujuan mencari laba bagi pemegang saham. Ini keajaiban dunia. Karenanya, UU SJSN merombak bentuk badan penyelenggara menjadi BPJS yang nirlaba. Tugas BPJS kan hanya mengumpulkan iuran wajib, yang kasarnya direksi duduk saja juga uang akan masuk. Beda dengan BUMN yang lain, yang harus kerja keras memasarkan produknya dan bersaing dengan BUMN lain dan atau dengan perusahaan lain.

Yang paling banyak dikhawatirkan adalah kesinambungan program dan akuntabilitas penggunaan dana dari iuran yang terkumpul. Jika kita analisis kinerja keuangan PT Askes selama data tersedia, dari tahun 1986, maka tampak sekali keadaan keuangan PT Askes selalu sehat. Jika ditemukan penyalah gunaaan, maka seharusnya sudah kita dengar direksi yang dipenjarakan. Mungkin ada dan tidak diketahui, tetapi kemungkinannya kecil. Gambar di bawah ini menunjukkan bagaimana PT Askes telah mampu mengendalikan keuangan antara iuran yang diterima dan pengeluaran biaya medis di RS, puskesmas, dan untuk obat. Dengan model DPHO, PT Askes telah mampu mengendalikan belanja obat dengan

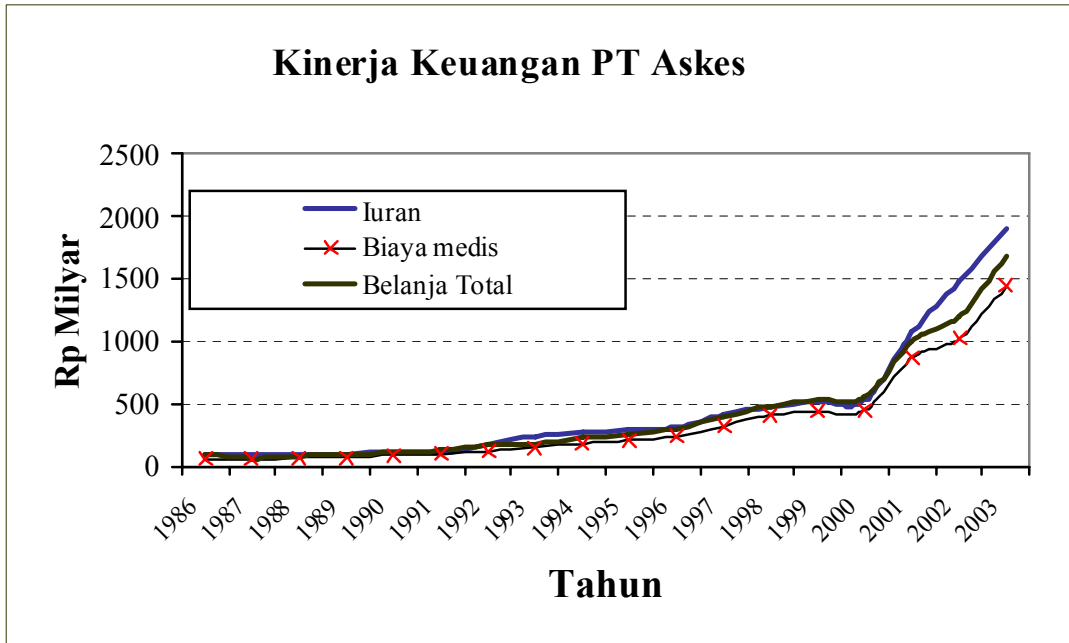
signifikan. Prof Iwan Darmansyah, seorang ahli kunci dalam pengembangan DPHO memperkirakan bahwa PT Askes bisa selamat dari kesulitan finansial karena konsep DPHO menghemat lebih dari 30% belanja obat PT Askes. Hal itu sudah berjalan puluhan tahun, yang belum pernah dimiliki oleh perusahaan asuransi manapun di Indonesia. Jumlah peserta yang dikelola, di seluruh Indonesia-jadi sudah bersekala Nasional sejak 40 tahun lalu, merupakan yang terbesar.

Dengan cakupan peserta yang terbesar, belanja kesehatan dan belanja obat yang terbesar, suatu ketika AKN akan mampu mengendalikan biaya kesehatan. Hal ini sudah ditunjukkan di negara lain yang menggunakan AKN. Kecilnya iuran yang dibantu dengan kendali harga pelayanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak Askes, tidak membuat kinerja keuangan Askes jatuh. Inflasi belanja Askes bisa dikendalikan. Kinerja keuangan (rasio keuangan) PT Askes dalam lima belas tahun terakhir ternyata tetap terkendali. Tabel di bawah memperlihatkan rasio Belanja Total (Rasio BT/I, belanja pelayanan kesehatan plus biaya manajemen/administrasi) yang dapat dikendalikan di bawah 1 (satu), titik *break even*. Rasio lebih besar dari 1 (satu) menandakan program defisit sedangkan rasio di bawah nilai 1 menunjukkan surplus penerimaan. Meskipun rasio belanja total terhadap iuran diterima menunjukkan defisit ( $>1$ ) di beberapa tahun, secara keseluruhan PT Askes belum merugi karena defisit tersebut ditutupi dari hasil investasi (bunga SBI dan pendapatan investasi lain) Dana Cadangan Teknis yang kini jumlahnya sekitar Rp 1 Triliun (satu Triliun Rupiah). Sementara itu, rasio Belanja Medis (rasio BM/I) dibandingkan dengan iuran yang diterima dapat dipertahankan pada rasio di bawah 1. Artinya, belum pernah terjadi biaya medis melebihi iuran yang diterima. Rasio tertinggi terjadi di tahun 1992 yaitu sebesar 93,3%. Artinya, 93,3% iuran yang diterima habis untuk membayar biaya medis. Rasio biaya manajemen/Administrasi (rasio A/I) juga dapat dikendalikan selalu di bawah 20% dari iuran yang diterima. Tidak ada satupun perusahaan asuransi komersial yang mampu mencapai kinerja biaya administrasi di bawah 20%. Kesimpulannya, fakta-fakta kinerja PT Askes menunjukkan bahwa penyelenggaraan askes sosial PN selalu solven, sustainabel, dan terkendali. Ini pelajaran dan pengalaman sangat berharga.

Akan tetapi, untuk ukuran asuransi sosial yang nirlaba, rasio biaya administrasi terhadap iuran (Rasio A/I) tersebut masih terlalu besar. Target AKN dalam sepuluh tahun ke depan rasio A/I haruslah di bawah 10% dan setelah itu harus bisa dipertahankan menjadi di bawah 5%. Dengan rasio seperti itu, maka para majikan dan pegawai yang diwajibkan mengiur akan memperoleh manfaat terbesar, dibandingkan dengan mereka mengurus sendiri atau membeli dari perusahaan asuransi komersial.

Gambar 4

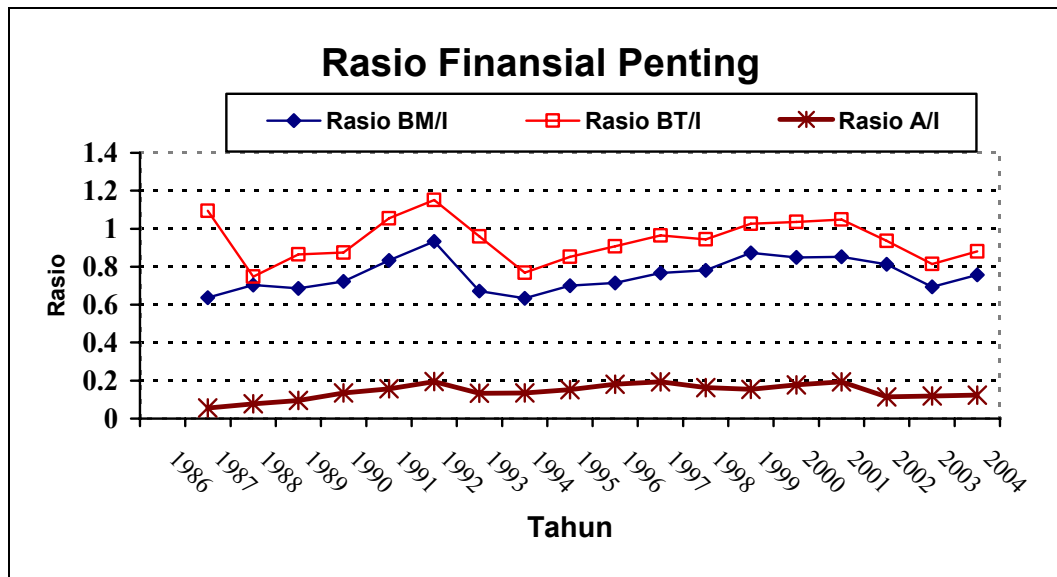
Perkembangan Kinerja Keuangan PT Askes, Nilai Milyar Harga Berlaku: 1986-2003



Data diolah dari berbagai laporan tahunan PT Askes

Gambar 5

Rasio Finansial Sebagai Kinerja PT Askes: 1986-2004

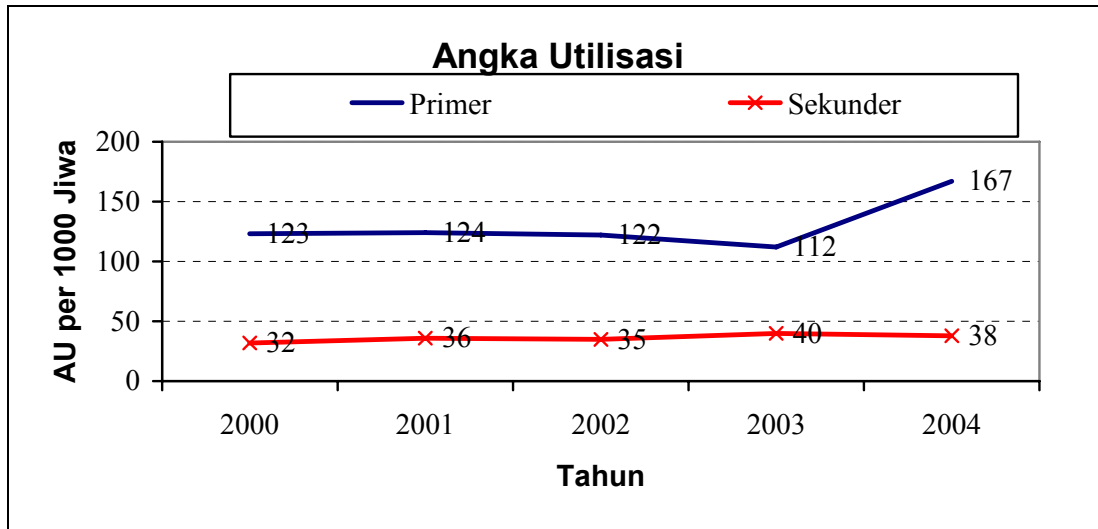


BM/I=Biaya Medis/Iuran, BT/I=Biaya Total/Iuran, A/I=Biaya Administrasi/Iuran

Data diolah dari berbagai laporan tahunan PT Askes

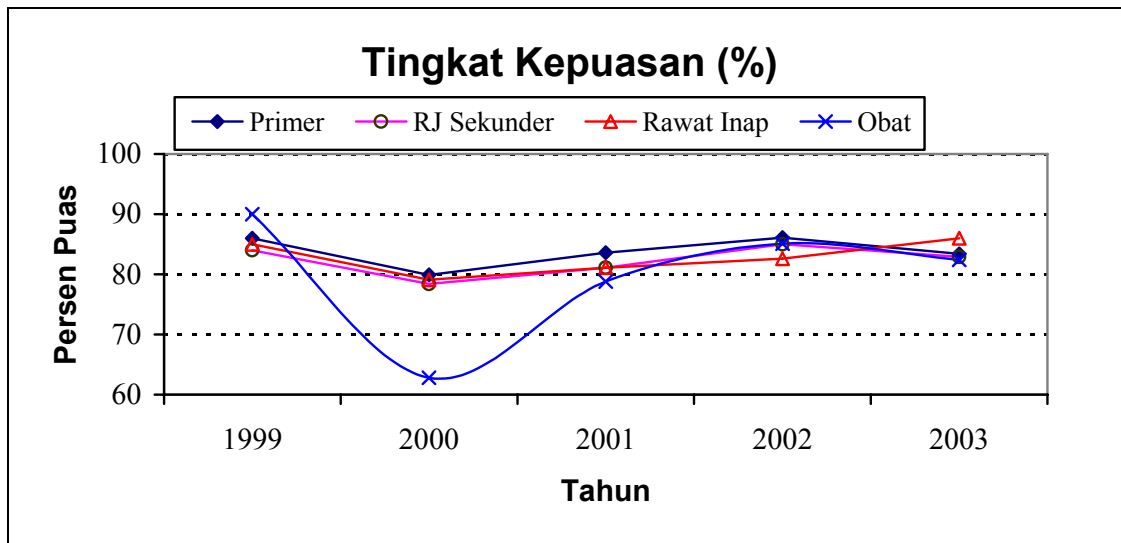
Tentu saja bisa diperdebatkan bahwa dalam rangka menjaga tingkat solvabilitas dan profitabilitas, PT Askes mengorbankan pelayanan sehingga Angka Utilisasi (*utilization rates*) selalu rendah, yang secara obyektif diukur dengan jumlah peserta (jiwa) yang menggunakan pelayanan untuk setiap 1.000 jiwa. Faktanya tidak demikian. Grafik di bawah menggambarkan perkembangan angka utilisasi pelayanan primer (di puskesmas) dan pelayanan sekunder (di RS) yang tetap, bahkan terjadi kenaikan pada tahun-tahun terakhir. Angka utilisasi saja tidak cukup, harus dinilai juga dengan tingkat kepuasan. Ternyata, tingkat kepuasan sudah mencapai 80%, merupakan angka yang sangat baik untuk program asuransi sosial. Tingkat kepuasan peserta Jamsostek di tahun 2008 mencapai 73%, juga baik untuk suatu program asuransi sosial. Memang ada sekitar 20% peserta yang tidak puas, yang umumnya adalah peserta pegawai negeri golongan III dan IV, yang memang seharusnya membeli asuransi tambahan/suplemen karena selera mereka lebih tinggi. Perlu difahami bahwa asuransi sosial menjamin kebutuhan dasar. Kebutuhan dasar dalam jaminan kesehatan adalah kebutuhan medis, bukan kebutuhan selera seperti perawatan di ruang VIP atau dengan obat bermerek mahal yang memberi rasa puas lebih. Yang dijamin adalah obat yang efektif, bukan yang mahal atau bergengsi. Begitu juga ruang perawatan dan dokter yang melayani. Pilihan dokter subspesialis (konsultan) yang sudah beken, atau yang terkenal, bukanlah kebutuhan dasar medik. Pilihan itu merupakan pilihan selera kepuasan yang sifatnya subyektif. Jika hal itu yang dicari, maka dana yang digunakan haruslah dana privat, dari kantong sendiri atau dari asuransi komersial, bukan dari dana publik (asuransi sosial). Tetapi, kebutuhan cuci darah, bedah jantung, dan pengobatan kanker di kelas standar oleh dokter yang kompeten (mungkin tidak terkenal) merupakan kebutuhan dasar medik yang harus dijamin dalam asuransi sosial.

**Gambar 6**  
**Angka Utilisasi Pelayanan Medis Primer dan Sekunder Peserta Askes Pegawai Negeri Tahun 2000-2004**



Data diolah dari berbagai laporan tahunan PT Askes

**Gambar 7.**  
**Perkembangan Tingkat Kepuasan Peserta Askes Pegawai Negeri Menurut Jenis Pelayanan Medis: 2000-2004**



Data diolah dari berbagai laporan tahunan PT Askes

Dari informasi kinerja program Askes Pegawai Negeri diatas, dengan tidak mengenyampingkan beberapa kekurangan teknis, tidak ada alasan kuat untuk membongkar atau merobohkan penyelenggaraan yang ada sekarang. Misalnya, upaya untuk meminta program AKN dikelola oleh Pemda atau perusahaan swasta. Upaya itu sama-sekali tidak beralasan untuk kepentingan peserta. Tetapi, upaya itu mungkin beralasan untuk memberi kesempatan kepada pihak-pihak tertentu mengambil keuntungan. Program jaminan sosial **bukan**lah upaya dagang yang memungkinkan seseorang atau suatu pihak mengambil keuntungan. Program jaminan sosial, AKN, merupakan program yang harus memberi manfaat terbesar kepada penduduk, bukan sekelompok orang atau sekelompok pengusaha. Mereka yang ingin mengambil keuntungan dapat mengembangkan fasilitas kesehatan yang akan dibayar sama. Apabila fasilitas kesehatan, yang boleh milik publik atau milik swasta, mampu berproduksi efisien, yang berarti dengan bayaran yang sama dan dengan kualitas yang sama dengan biaya produksi yang lebih murah, maka mereka mendapat laba. Silahkan.

## Peran Pemda

Ali Gufron dkk (2005)<sup>25</sup> dan Gufron (2006)<sup>26</sup> yang juga diikuti oleh DPRD Provinsi Jawa Timur menggugat bahwa penyelenggaraan JKN/dan jaminan sosial lain harusnya didesentralisasi ke daerah sebagai hak dan kewajiban pemerintah daerah. Oka Mahendra (2006)<sup>27</sup>, mantan Dirjen Hukum dan Perundang-undangan Departemen Hukum dan HAM—ketika itu, mengatakan bahwa keputusan MK tidak signifikan terhadap penyelenggaraan SJSN. Sesungguhnya Keputusan MK memperkuat UU SJSN dengan pernyataan MK bahwa “UU SJSN sudah cukup memadai menjawab amanat UUD45 Pasal 34 ayat 2” karena UU SJSN telah mengatur sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Pasal 19 ayat 1 UU SJSN yang berbunyi “*Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas*” tetap berlaku, tidak dibatalkan oleh MK. Dengan penyelenggaraan secara nasional, maka amanat UUD45, untuk menjamin seluruh rakyat, bisa diwujudkan. Karenanya, memang program JKN harus diselenggarakan secara Nasional, tidak dipecah-pecah per daerah.

Perdebatan tentang penyelenggaraan Pusat dan Daerah sesungguhnya hanya terletak pada keinginan untuk mengelola dana oleh daerah dengan usulan pembentukan BPJSD. Sesungguhnya, jika yang dikedepankan kepentingan rakyat, perdebatan tersebut menjadi tidak signifikan. Sebab, rancangan BPJS adalah rancangan badan milik seluruh pemangku kepentingan (*stakeholders*) sehingga tidak ada kepemilikan Pemerintah ataupun

Pemda. Penyelenggaraan Nasional oleh ke-empat BPJS semata-mata didasarkan pada pertimbangan portabilitas dan ekuitas. Jaminan yang sifatnya seumur hidup haruslah portable, harus bisa dinikmati oleh seluruh rakyat ke daerah manapun ia bekerja, tinggal, atau berkunjung untuk tujuan jangka pendek. Selain itu, jaminan yang diberikan haruslah sesuai dengan kebutuhan medis, meskipun di suatu daerah belum tersedia suatu pelayanan medis tertentu, maka peserta yang membutuhkan pelayanan medis tertentu itu dapat dirujuk ke daerah lain, tanpa harus mengalami kesulitan administratif karena badan penyelenggaranya tidak memiliki kerja sama dengan rumah sakit di daerah lain. Inilah prinsip ekuitas yang menjadi pertimbangan, tidak bisa lain, bahwa program jaminan sosial yang diatur SJSN haruslah bersekala Nasional. Alhamdulillah, Keputusan MK memperkuat hal ini. Kalau pemda ingin membentuk BPJSD untuk menyelenggarakan program lain (komplemen) atau memberikan jaminan tambahan (suplemen) tentu saja dapat dilakukan oleh Pemda. Akan tetapi, jika pemda membuat BPJSD untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang sama dan untuk orang yang sama, dengan menarik iuran dari orang yang sama dengan yang diselenggarakan secara Nasional (duplikasi program), maka akan terjadi pemborosan yang tidak perlu. Dengan demikian, jika niatnya tulus untuk kepentingan rakyat di suatu daerah, maka program yang bersekala Nasional telah memadai untuk penduduk di daerah dan tidak akan membahayakan rakyat di daerah. Kecuali, barangkali, beberapa orang di daerah tidak mendapat apa yang diinginkan, bukan untuk rakyatnya. Toh, praktik selama ini menunjukkan bahwa lebih lebih dari 90% pegawai BPJS di daerah-daerah adalah orang daerah. Hanya kepala cabang yang sering bertukar antar daerah.

Pendekatan yang rasional dalam merumuskan hak dan kewajiban Pemerintah Pusat dan Daerah sesungguhnya harus dilihat dalam dimensi kepentingan rakyat banyak, bukan dalam dimensi pembagian kekuasaan atau wewenang yang sering kali ujung-ujungnya "duit". Undang-undang SJSN sesungguhnya telah jelas mengatur bahwa pengelolaan jaminan TIDAKlah diserahkan kepada Pemerintah atau Pemda, tetapi dikelola secara terpisah dari pemerintahan. Penggugatan UU SJSN dengan UU Otoda (UU 32/1004) sesungguhnya juga tidak tepat, karena rezim hukum pengaturannya berbeda sekali. Undang-undang 40/2004 mengatur program jaminan, BUKAN mengatur urusan pemerintahan, sedangkan UU 32/2004 mengatur pembagian kekuasaan yang merupakan urusan pemerintahan.

Fakta sekarang menunjukkan bahwa pengelola kantor cabang/regional/wilayah badan penyelenggara yang ada sekarang adalah orang-orang di daerah. Tidak pernah terjadi orang Jakarta pulang-pergi setiap hari ke Bandung, Yogyakarta, atau Palembang untuk bekerja di kantor cabang Askes, Jamsostek, atau Taspen. Hampir semua pekerja di kantor

tersebut adalah orang daerah. Pembayaran tagihan rumah sakit di suatu daerah juga diproses dan dibayarkan oleh kantor BPJS di daerah, tidak pernah diverifikasi dan ditentukan pembayarannya oleh kantor di Jakarta. Lalu, yang memperebutkan atau menggugat bahwa BPJS harus didaerahkan, sesungguhnya menggugat untuk siapa? Jika gugatan untuk orang daerah, hal itu sudah terjadi dan akan terus terjadi. Jika gugatan itu untuk dirinya sendiri, karena sekarang ini tidak menjadi bagian dari BPJS, maka sebuah undang-undang memang sama sekali tidak akan mempertimbangkan tuntutan pribadi semacam itu. Tetapi, rancangan RUU BPJS akan memberikannya peluang untuk menjadi pegawai atau pimpinan BPJS di daerah, jika ia memiliki kompetensi yang disyaratkan. Apa sulitnya??

Yang jelas, UU SJSN mengatur pendanaan untuk kesehatan dan program jaminan sosial lain. Dana (uang/fiskal) akan bekerja lintas daerah dan tidak terbatas di suatu daerah. Karena eksternalitas lintas daerah itulah, maka pengelolaan dana yang terbatas oleh daerah akan mempersempit kemudahan untuk rakyat. Jika ada yang menggugat bahwa program nasional terlalu besar karena Indonesia terlalu besar, sesungguhnya pandangan itu terlalu sempit dan tidak mempertimbangkan kemajuan teknologi. Pengelolaan jaminan kesehatan secara nasional pada hakikatnya tidak banyak berbeda dengan pengelolaan kartu kredit, Visa atau Mastercard (kecuali bahwa dana tidak dibatasi dan kartu jaminan hanya dapat digunakan untuk “belanja pelayanan kesehatan”. Bukankah setiap orang yang memegang kartu Visa atau Mastercard dapat dengan mudah belanja di mana saja, bahkan di seluruh dunia, dengan jutaan *merchant* yang melayani. Bukankah sangat mudah untuk melayani peserta jaminan kesehatan di mana saja ia sedang berada (tinggal, bepergian dinas, atau sedang wisata). Setiap orang yang memegang kartu jaminan dapat menggunakannya di fasilitas kesehatan yang pasang logo “Terima peserta AKN”. Disini BPJS menetapkan dan mengontrak puskesmas, klinik, rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, yang jumlahnya tidak mencapai 100 ribu, dimana setiap pemegang kartu dapat “membeli pelayanan kesehatan” dan tagihannya dikirim langsung oleh fasilitas kesehatan ke BPJS. Prinsip ini merupakan perwujudan dari prinsip kerja *money follow patient*. Sangat memudahkan untuk rakyat dimanapun. Jangan lupa, bahwa yang diurus oleh BPJS adalah uangnya, pembayarannya, sama seperti yang diurus oleh pengelola kartu kredit. Dengan kartu kredit, kemanapun, di dunia !!!, kita pergi; kita dapat berbelanja. Tidak ada alasan negara kita luas, penduduknya besar, dan berpulau-pulau sehingga tidak mungkin dikelola oleh satu badan. Pemegang kartu kredit Visa misalnya, yang kini berjumlah lebih dari 500 juta orang di seluruh dunia, dapat berbelanja dan memenuhi kebutuhannya dimana saja di dunia, *no boundary*. Begitulah nanti sistem AKN kita. Bedanya, dalam AKN kita tidak perlu memikirkan limit pinjaman seperti di kartu kredit. Berapapun besar biaya berobat, sejauh pengobatan itu secara medis dibutuhkan dan RS tempat kita berobat kompeten, maka dengan kartu peserta

AKN—peserta akan dilayani. Rumah sakit tidak perlu khawatir *bed debt*, atau minta uang muka, karena sejauh mereka memenuhi prosedur—biaya berobat akan dibayar BPJS. Inilah prinsip *money follow patient*. Dengan kartu peserta AKN, kemanapun kita berobat di tanah air, NKRI, baik di RS publik maupun RS swasta, kita tidak perlu memikirkan ada atau tidak uang tunai. Cukup membayar iuran rutin bulanan.

Bayangkan, jika masing-masing pengelola diserahkan ke daerah sendiri-sendiri, betapa runyamnya kontrak dan administrasi tagihan antar daerah dan antar fasilitas kesehatan yang jumlahnya lebih dari 100 ribu dengan pemda yang jumlahnya semakin besar, mungkin lebih dari 500 kota/kabupaten dalam beberapa tahun mendatang. Jadi, jika urusan dana dipecah-pecah, maka rakyatlah yang dipersulit. Akan tetapi, fasilitas kesehatan tidak memiliki eksternalitas tinggi dan karenanya lebih baik diserahkan ke masing-masing fasilitas (lebih dari desentralisasi ke tingkat kota/kabupaten) untuk mengatur dan mengelola fasilitas secara otonomi penuh.

## **Perkembangan Terakhir**

Sebagaimana dijelaskan diatas, segera setelah UU SJSN ditempatkan dalam lembaran negara, Pemerintahan SBY memulai program penjaminan penduduk miskin yang kini dikenal dengan Askeskin. Meskipun, harus diakui, bahwa inisiatif tersebut awalnya bukan untuk implementasi UU SJSN, tetapi nafasnya sama. Karenanya, pengaturan dan pembahasan pengaturan Askeskin kemudian dikaitkan dengan UU SJSN dan peraturan pelaksanaan yang tentang program bantuan iuran, sebagaimana diatur UU SJSN diterapkan dalam Askeskin, sedang disiapkan Kantor Menko Kesra. Undang-undang mengamanatkan bahwa pengaturan lebih lanjut tentang penerima bantuan iuran diatur dengan PP. Kantor Menko Kesra telah membentuk Pokja penyelesaian PP dan Perpres yang sekarang dalam proses.

Sementara itu, Kepres pengangkatan ketua dan anggota DJSN yang terbaru telah pula dikirimkan Kantor Menko Kesra kepada Presiden akhir April 2007 dan revisinya telah dikirim tanggal 3 April 2008. Perlu diketahui bahwa rekrutmen calon anggota DJSN telah dilakukan awal tahun 2005 melalui proses uji kelayakan dan kepatutan (untuk wakil masyarakat dan ahli) serta usulan Menteri untuk lima Departemen (Kesehatan, Sosial, Nakertrans, Hankam, dan Keuangan). Sedangkan usul calon anggota dari pekerja dan pemberi kerja disampaikan oleh masing-masing organisasi terkait. Pengangkatan calon anggota terhambat karena dua hal, yaitu uji materi UU SJSN di tahun 2005 dan adanya kesulitan administratif penetapan kantor sekretariat DJSN yang didanai dari dana APBN. Selain itu, dalam perjalannya terjadi beberapa penggantian karena pejabat pemerintah yang

diusulkan mencapai usia 60 tahun, sebelum Kepres turun. Penggantian terakhir terjadi ketika Hot Bonar Sinaga, ahli asuransi dan mantan Ketua Dewan Asuransi Indonesia, yang semula masuk jadi anggota DJSN kemudian diangkat menjadi Dirut PT Jamsostek. Sebagaimana diatur dalam UU SJSN, untuk pertama kali, instansi yang bertanggung-jawab menyelesaikan peraturan pelaksanaan dan kelengkapan lainnya berada pada Kantor Menko Kesra. Selanjutnya, setelah DJSN terbentuk, maka DJSN akan mengambil kendali UU SJSN.

Sebagaimana diatur dalam UU SJSN, tugas utama DJSN adalah:

"Pasal 7

- (1) *Dewan Jaminan Sosial Nasional bertanggung jawab kepada Presiden.*
- (2) *Dewan Jaminan Sosial Nasional berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional.*
- (3) *Dewan Jaminan Sosial Nasional bertugas :*
  - a. *melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial;*
  - b. *mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional; dan*
  - c. *mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah.*
- (4) *Dewan Jaminan Sosial Nasional berwenang melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial."*

Fungsi DJSN dalam pengambilan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN merupakan fungsi yang berat mengingat ketika UU SJSN dibahas, terjadi resistensi dari manajemen badan penyelenggara yang ada, yang merasa khawatir atas perubahan penyelenggaraan. Karena alotnya pembahasan UU untuk mengubah ketiga esensi utama, sebagaimana dibahas dimuka, maka diputuskan agar perubahan dilakukan secara bertahap dan DJSN ditugaskan untuk mengawal perubahan tersebut. Meskipun seharusnya para pimpinan badan penyelenggara yang ada menjalankan amanat UU SJSN, karena mereka hanyalah pegawai atau orang-orang yang diangkat untuk menjalankan peraturan dan bukan pemilik badan penyelenggara, tetapi untuk Indonesia hal itu tidak mudah. Hal ini terkait budaya pejabat yang memang masih belum memihak kepentingan rakyat banyak. Inilah tugas terberat DJSN dalam waktu 5-10 tahun ke depan, dimana masa transisi diharapkan selesai dengan sedikit gejolak.

Untuk keberhasilan penerapan UU SJSN, perlu perubahan pola pikir dan pola tindak (*mind set* dan *action programs*) para politisi, akademisi, pejabat di pusat dan daerah yang harus mengedepankan manfaat bagi rakyat/publik daripada kepentingan mereka. Suatu negara yang kuat hanya dapat terjadi jika para pemimpinnya mengutamakan kepentingan

publik daripada kepentingan kelompok atau dirinya. Inilah tantangan terbesar. Perubahan tersebut hanya, menurut pandangan pribadi saya, bisa terlaksana apabila terjadi kontrol publik (*public pressure*) yang kuat. Prilaku birokrasi, politisi, bahkan akademisi yang lebih berorientasi kepada kekuasaan dan kepentingan kelompok yang telah tertanam puluhan tahun memang sulit diubah dalam waktu singkat, tanpa adanya kontrol publik yang kuat. Sayangnya, kontrol publik di Indonesia juga masih lemah.

## Strategi Ke Depan

Meskipun banyak pihak tidak yakin dengan UU SJSN, sesungguhnya UU SJSN telah diundangkan dan Mahkamah Konstitusi telah menyatakan bahwa rancang-bangun UU SJSN telah memenuhi amanat UUD45 Pasal 34 ayat 2. Oleh karenanya, semua warga negara Indonesia dan Pemerintah terikat untuk melaksanakan UU SJSN. Apa yang dirumuskan dalam UU SJSN adalah pilihan terbaik dari berbagai pilihan rancangan yang dibahas dan ditawarkan dalam proses perumusan UU selama tiga tahun. Kantor Menko Kesra telah mengirimkan nama-nama calon Ketua dan anggota DJSN kepada Presiden yang berjumlah 15 orang yang terdiri atas 5 orang wakil Pemerintah, 2 orang wakil serikat pekerja, 2 orang wakil pemberi kerja, dan 6 orang wakil masyarakat dan ahli jaminan sosial. Untuk itu, strategi umum yang paling rasional dalam tahun 2009-2014 adalah sebagai berikut:

1. Diharapkan tahun ini DJSN dilantik Presiden dan mulai bekerja untuk menghasilkan peraturan perundangan (cukup dua peraturan pemerintah dan dua perpres). Draft PP dan Perpres sesungguhnya sudah dirumuskan dan hampir selesai.
2. Dalam lima tahun ke depan, program Askes PNS, Jaminan Kesehatan Jamsostek, dan jaminan kesehatan penduduk miskin harus diharmonisasikan dan disinkronkan agar manfaatnya (benefit) sama. Dalam hal pemenuhan kebutuhan pelayanan medis, tidak boleh ada diskriminasi antar kelompok penduduk. Seluruh penduduk harus mendapat jaminan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya. Inilah perwujudan dari Sila Keadilan Sosial. Penyelenggara masih tetap BPJS Askes dan BPJS Jamsostek.
3. Kedua BPJS, yang kini PT Persero, harus segera dikonversi menjadi BPJS yang nirlaba. Rakor para menteri terkait yang dipimpin Menko Kesra Abu Rizal Bakries tanggal 12 Maret 2008, telah menyepakati bahwa BPJS tidak lagi berbentuk BUMN, tetapi badan khusus. Perubahan status badan hukum PT Persero menjadi Badan Khusus Jaminan Sosial dilakukan secara seketika. Seluruh aset, sistem, dan pegawai seketika pindah dari PT Persero menjadi Badan Khusus.

Tidak perlu likuidasi, rasionalisasi pegawai, atau perubahan manajemen seperti yang diusulkan oleh sebagian orang yang tidak setuju perubahan ini. Draft RUU BPJS telah selesai disusun dan dapat diakses di [//sjsn.menkokesra.go.id](http://sjsn.menkokesra.go.id). Hal ini merupakan langkah esensial untuk mendapatkan kepercayaan (*trust*) dari publik. Agar tidak terjadi perebutan pusat-daerah, perlu difahami bahwa BPJS bukan instansi Pemerintah atau Pemda. Oleh karenanya, penggunaan UU 32/2004 atau perubahannya untuk mengadu konsep BPJS dan UU otda, tidak relevan. Program SJSN dirancang dikelola oleh badan quasi publik atau parastatal, BPJS, yang bukan instansi pemerintah dan bukan pula perusahaan swasta. UU SJSN mengamanatkan agar penyesuaian Badan Penyelenggara harus selesai pada tanggal 19 Oktober 2009. Selama lima tahun ke depan, semua pihak harus mengawasi dan mendorong terselenggaranya pengelolaan yang baik (*good corporate governance*) oleh BPJS. Pegawai BPJS harus tetap mendapatkan remunerasi dan insentif produksi sebagaimana mereka terima ketika mereka masih menjadi pegawai PT Persero. Hanya saja, dasar pemberian insentif (indikator kinerja) berubah dari perolehan laba menjadi pencapaian kinerja khusus seperti pengendalian biaya medis dan tingkat kepuasan peserta. Apabila hal itu sudah dicapai, maka kepercayaan publik dapat diraih dan otomatis banyak majikan yang akan segera mendaftarkan karyawannya dan dukungan Pemda akan semakin kuat.

4. Dalam lima tahun ke depan, penegakan hukum harus dilakukan kepada organisasi pemberi kerja, baik pemerintah maupun swasta, yang belum menjamin karyawannya (beserta anggota keluarganya). Sementara itu, perusahaan atau badan hukum lain yang telah menjamin karyawannya dengan membeli asuransi kesehatan swasta, tidak perlu dipaksa bergabung pada sistem AKN-SJSN. Mereka diberikan kesempatan untuk memantau kinerja AKN SJSN, yang pasti akan lebih efisien dan lebih menjamin karyawan mereka. Sementara itu, tata kelola BPJS harus terus ditingkatkan sampai terpercaya (*good corporate governance*). Selama periode ini (RPJMN 2009-2014), BPJS harus menunjukkan berbagai kelebihan manfaat program AKN-SJSN, yang tidak mungkin disediakan oleh perusahaan dan atau asuransi kesehatan komersial.
5. Program Askeskin diteruskan dalam lima tahun ke depan harus diteruskan dengan perbaikan dan perhitungan iuran yang layak dan wajar. Pendanaannya ditanggung bersama antara Pemerintah dan Pemda, sesuai kapasitas fiskal Pemda. Sementara dana pemerintah pusat mungkin belum cukup memadai dan Pemda yang mampu, dapat membayar iuran bagi penduduk potensi miskin (yang bisa Sadikin) yang tidak bekerja sebagai pegawai. Bahkan Pemda yang lebih

kaya, seperti sudah dilakukan oleh Kabupaten Musi Banyuasin, dapat membayar iuran bagi semua penduduk yang tidak dijamin oleh Askes dan Jamsostek sekarang.

6. Agar pelayanan di fasilitas kesehatan dapat memuaskan peserta, maka fasilitas kesehatan pemerintah harus dikonversi menjadi BLU Fasilitas Kesehatan Daerah. Bisa digabungkan antara Puskesmas dan RSUD agar terjadi kesinambungan pelayanan. Pembayaran BPJS kepada fasilitas kesehatan dilakukan secara prospektif, besarnya ditentukan dimuka, dengan besaran *at reasonable market economic costs*. Besaran pembayaran tersebut, harus cukup memadai dalam memberikan kepastian penghasilan yang layak bagi tenaga kesehatan di BLU faskesda. Besaran pembayaran juga harus sama untuk fasilitas kesehatan swasta. Hanya saja, peserta yang memilih fasilitas kesehatan swasta (yang tidak ada investasi pemerintah) wajib membayar *surcharge*, maksimum 30% dari tarif yang dibayar BPJS ke BLU Faskesda. Dengan rancangan ini, maka akan terjadi kompetisi kualitas pelayanan antara fasilitas kesehatan publik dan atau swasta. Rancangan ini juga *fairness*, penduduk yang ingin berobat di fasilitas kesehatan swasta, yang dia yakini lebih baik kualitasnya, mereka harus bayar tambahan (*out of pocket*). Itu pilihan. Jika mereka tidak punya uang, mereka berobat ke fasilitas kesehatan publik.
7. Setelah lima tahun (RPJMN berikutnya), harus dijamin bahwa biaya administrasi AKN (setara dengan *loading factor*, biaya manajemen) harus tidak lebih dari 5% iuran yang terkumpul. Sebagai pembanding, biasanya perusahaan asuransi komersial menghabiskan biaya manajemen, termasuk laba, antara 35-50% dari premi yang diterima. Jadi, sangat mahal. Belum lagi, program asuransi komersial tidak akan menjamin pensiunan (baik pegawai negeri, pegawai swasta, atau pekerja yang tidak menerima upah) karena risiko tinggi. Mereka juga tidak menjamin tindakan mahal seperti pengobatan kanker, cuci darah, dan bedah jantung. Saya yakin dengan cara ini, perusahaan besar swasta akan dengan senang hati mengikutkan karyawannya dalam AKN, meskipun secara legal hal itu merupakan kewajiban. Fakta ini ditunjukkan dalam sistem AKN di Korea dan Taiwan.

Dengan strategi besar seperti itu, maka AKN akan berkembang dengan baik, memberikan jaminan yang memadai (bukan sekedar janji kesehatan gratis—

tetapi hanya di puskesmas seperti yang banyak dijanjikan gubernur/bupati/walikota sekarang ini).

## Kesimpulan

Pemerintah Indonesia sampai saat ini belum mampu memberikan perlindungan kepada seluruh rakyatnya dalam menghadapi risiko penyakit yang berdampak pada kerugian finansial yang sangat besar bagi rumah tangga. Bahkan, hampir di seluruh pemerintah daerah, sistem yang diberlakukan adalah sistem jual-beli pelayanan rumah sakit dengan mengharuskan rakyat yang sakit membayar berbagai pelayanan yang tarifnya ditetapkan dengan suatu Perda. Akibatnya, seluruh rakyat tidak memiliki kepastian bisa berobat apabila ia sakit. Di tahun 2004 sebagian besar (83%) rakyat yang membutuhkan perawatan mengalami gangguan finansial rumah tangga karena harus membayar biaya perawatan di rumah sakit di luar kapasitasnya membayar. Sementara di negara tetangga seperti Malaysia, Srilanka, dan Muangtai seluruh penduduknya telah terbebas dari beban finansial ketika musibah sakit menimpa mereka.

Reformasi sistem jaminan sosial telah menetapkan arah ke depan Indonesia dengan mengharuskan negara mengembangkan jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan untuk seluruh rakyat. Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional telah dikukuhkan MK dalam penyediaan lima program jaminan yaitu jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, hari tua, pensiun, dan kematian. Tahap awal perluasan jaminan kesehatan telah dimulai tahun 2005 melalui program yang dikenal dengan Askeskin, tetapi diubah tahun 2008 karena konflik kepentingan. Mahkamah Konstitusi menetapkan bahwa UU SJSN sudah sesuai dengan amanat Pasal 34 ayat 2 UUD 45. Program SJSN bersekala nasional, dan bukan dikelola oleh Pemerintah atau Pemda—tetapi dikelola oleh BPJS, suatu badan khusus kuasi pemerintah atau parastatal. Dengan rancangan ini, manfaat terbesar dan kemudahan akan diterima oleh rakyat di seluruh tanah air. Pemda dapat mengembangkan program jaminan sosial tambahan atau komplemen program nasional. Selain itu, pemda mempunyai kewajiban dan kewenangan penuh dalam mengatur, membangun dan menyediakan fasilitas kesehatan. Rumah sakit tersebut dapat menarik pasien dari kota atau provinsi lain yang pembayarannya dilakukan oleh BPJS nasional (*money follow patient*). Pemda tidak perlu membangun BPJS sendiri yang eksklusif, karena hal itu tidak praktis dan tidak memberi kemudahan bagi peserta di daerah itu sendiri.

Meskipun telah ada keputusan MK, tantangan ketidak-fahaman pengambil keputusan, akademisi, pelaku bisnis, bahkan aktifis berbagai organisasi kemasyarakatan merupakan pekerjaan rumah yang harus dihadapi dalam menuju cakupan universal. Sayangnya memang, karena DJSN belum terbentuk, maka upaya intensif penyamaan

persepsi belum berjalan. Saat ini Kantor Menko Kesra sudah mengusulkan 15 orang nama-nama calon Anggota DJSN kepada Presiden. Dalam 2-3 tahun ke depan, penataan sistem jaminan sosial seperti sinkronisasi perbedaan manfaat (benefit) antara program maupun penyelenggaraan JPK Jamsostek dan Askes PNS harus sudah bisa dimulai. Bersamaan dengan itu, status badan hukum BPJS harus sudah diubah menjadi suatu badan khusus, untuk menggalang kepercayaan publik. Penduduk miskin akan terus dijamin melalui program bantuan iuran, dengan iuran yang dibayar bersama antara Pemerintah dan Pemda. Pemda yang mampu dapat memperluas cakupan universal dengan membayar iuran bagi penduduk sektor informal. Sementara penduduk di sektor formal yang kini dijamin melalui upaya sendiri (self-insured) atau membeli asuransi masih dapat meneruskan cara itu sampai majikan menyadari bahwa sistem AKN lebih murah dan lebih menguntungkan karyawannya.

- 
- <sup>1</sup> WHO, The World Health Report 2005. Make Every Mother and Child Count. Geneva, 2005
  - <sup>2</sup> WHO, The World Health Report 2000. Health Systems, Improving Performance. Geneva, 2000
  - <sup>3</sup> WHO, The World Health Report 2006. Working Together for Health. www.who.int.
  - <sup>4</sup> Thabrany, dkk. Telaah Komprehensif Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Indonesia. YPKMI, Jakarta, 2000
  - <sup>5</sup> Thabrany, H dan Pujiyanto. MKI, YANI, tolong lengkapi ini, lihat makalah saya di MKI yang lalu
  - <sup>6</sup> Rubi, Mahliil. Hubungan Belanja Kesehatan Katastropik Dengan Belanja Protein, Pendidikan, Dan Pemiskinan Di Indonesia, Tahun 2004. Disertasi. FKMUI, Januri, 2007
  - <sup>7</sup> Thabrany, H. Dalam Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Masyarakat. Rajagrafindo, Jakarta, 2005
  - <sup>8</sup> Wagsaff A and Doorslair, V.D. Equity in Health Care Financing and Delivery. In Culyer AJ and Newhouse JP (Ed) Handbook of Health Economics, Vol IB. Elsevier Science, BP. Amsterdam, the Netherland, 2000
  - <sup>9</sup> Thabrany, 2002. Current health insurance coverage in Indonesia. Paper presented in the Asia-Pacific Summit on Health Insurance and Managed Care, Jakarta May 22-26, 2002.
  - <sup>10</sup> Tangcharoensathien, dkk. Thailand. Dalam Than Sein in Social Health Insurance in Selected Asian Countries. New Delhi, 2005.
  - <sup>11</sup> Thangcharoensathien, V. Social Health Insurance in South-East Asia. Makalah disajikan pada Regional Expert Group Meeting on Social Health Insurance, New Delhi, Maret 2003.
  - <sup>12</sup> Depkes RI. Pembinaan Bapel JPKM: Kumpulan Materi. Depkes RI, Jakarta, 1995.
  - <sup>13</sup> Thabrany, H. Introduksi Asuransi Kesehatan. Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta, 1999.
  - <sup>14</sup> Depkes Taiwan. Public Health in Taiwan, ROC. Taipei, 1997
  - <sup>15</sup> 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
  - <sup>16</sup> Anderson, GF. And Paullier, JP. *Health Spending, Access, and Outcomes: Trends in Industrialized Countries*. Health Affairs, 18(3):178-192
  - <sup>17</sup> Ikegami, N dan Campbell, JC. *Health Care Reform in Japan: The Virtue of Muddling Through*. Health Affairs 18(3):56-75.
  - <sup>18</sup> Ghufron. A. Peran Pemerintah Daerah dalam Mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Makalah disajikan dalam Munas ke-3 PAMJAKI. Jakarta 29-31 Agustus 2006
  - <sup>19</sup> Salim, Zafrullah. Makalah Workshop SJSN, Juni 06
  - <sup>20</sup> Thabrany, H. Makna Fasilitas Kesehatan. Makalah disajikan dalam Diskusi Majelis Pelayanan Kesehatan, Ditjen Yanmed, Depkes, Jakarta 2003.
  - <sup>21</sup> PT Askes. Laporan Askes kepada Rapat Kerja Dewan Jaminan Sosial Nasional, Jakarta 16 Mei 2007

- 
- <sup>22</sup> Susilawati. Lucy Agung, 2006. Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Tingginya Biaya Obat Alat Medis non-DPHO di RS Gn Jati Cirebon. Tesis, FKMUI, 2006
- <sup>23</sup> PT Askes. Laporan Penyelenggaraan Program Askeskin 2006. Jakarta, 2007
- <sup>24</sup> Chalydinato, dkk. **Studi Peningkatan Efisiensi Dan Efektivitas Manajemen Administrasi Dan Keuangan PJKMM, Cisarua, 14 Juni 2006**
- <sup>25</sup> Gufron, Saksi Ahli. Keputusan MK. 2005
- <sup>26</sup> Ali Gufron, dkk. Laporan Studi PJKMM- Program Magister Kesehatan FKUGM-Badan Litbangkes, Web Depkes.go.id. 2006
- <sup>27</sup> Oka Mahendra. Dirjen Hukum dan Perundang-undangan. Penjelasan dan Arti Keputuasn MK yang disampaikan dalam Loka Karya SJSN di Jakarta, Maret 2006