

ASURANSI KESEHATAN SOSIAL SEBAGAI MODEL PEMBIAYAAN KESEHATAN MENUJU JAMINAN SEMESTA (UNIVERSAL COVERAGE)

Yohanes Budi Sarwo

Fakultas Hukum Unika Soegijapranata,
Jln. Pawiyatan Luhur IV/1 Bendan Duwur Semarang, 50234., Telp. 8441555.
email : budisarwo@yahoo.com

Abstract

UUD 1945 menegaskan "setiap warga negara berhak untuk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan dan negara bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh warga negaranya". Dalam Pasal 19 ayat (1) UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, disebutkan "jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas". Melalui asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib kepesertaannya, dapat menghimpun sumber dana dari masyarakat sebagai modal pembiayaan kesehatan, mengurangi sistem pembayaran langsung (out of pocket) dan dapat meningkatkan sistem pra upaya (pre paid system) sehingga cakupan jaminan kesehatan semesta (universal coverage) dapat diwujudkan.

Key words : Hak Kesehatan, Asuransi kesehatan sosial, Cakupan semesta.

Abstrak

Indonesian constitution, UUD 1945, asserts that every citizen has the right to have an access to health care and the State is responsible for providing health care for all citizens. The Article 19 paragraph (1) of the Act nr. 40/2004 on National Social Security System mentions that health insurance is nationally organized and is based on the social insurance and equity principles. Social health insurance having compulsory membership will be able to collect public fund as a source of health financing capital, to out of pocket system, and to improve pre paid system so that universal health insurance coverage can be realized.

Kata Kunci: Rights to health, Social health insurance, Universal coverage.

A. Pendahuluan

Dalam UUD 1945 ditegaskan bahwa : "Setiap orang berhak hidup sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan" (Pasal 28 H angka (1) dan "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak" (Pasal 34 angka (3). Berdasarkan amanah konstitusi ini, maka telah diundangkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dalam Pasal 19 ayat (1) ditegaskan bahwa "Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas".

Ketentuan tersebut di atas, menunjukkan bahwa kesehatan sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, bagi peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa dalam pembangunan nasional. Hal ini sebagaimana ditegaskan dalam penjelasan umum Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang antara lain menyebutkan bahwa : "Upaya untuk pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya pada mulanya berupa upaya penyembuhan penyakit, kemudian secara berangsur-angsur berkembang kearah keterpaduan untuk peningkatan derajat kesehatan yang optimal atau setinggi-tingginya.

Berdasarkan analisis dan kecenderungan perkembangan berbagai aspek dalam pencapaian dan kinerja Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia, aspek pembiayaan kesehatan belum dapat dilaksanakan secara optimal, hal ini sebagaimana ditemukan data dalam SKN, bahwa¹:

Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu hanya rata-rata 2,2 % dari Produk Domestik Bruto (PDB) atau rata-rata antara US\$ 12-18 perkapita pertahun. Presentasi ini masih sangat jauh dari anjuran Organisasi Kesehatan Dunia yakni paling sedikit 5% dari PDB pertahun, 30% dari pembiayaan tersebut bersumber dari pemerintah dan sisanya sebesar 70% bersumber dari masyarakat termasuk swasta, yang sebagian besar masih digunakan untuk pelayanan kuratif. Jumlah masyarakat yang memiliki jaminan masyarakat masih terbatas, yakni kurang dari 20% penduduk.

Berdasarkan data tersebut di atas, dapat diketahui bahwa pengalokasian dana yang bersumber dari pemerintah yang dikelola oleh sektor kesehatan sampai saat ini belum efektif, karena banyak dialokasikan pada upaya kuratif dan sementara itu besarnya dana yang dialokasikan untuk upaya promotif dan preventif sangat terbatas. Penggunaan dana pemerintah seperti ini dirasakan belum cukup adil untuk mengedepankan upaya kesehatan masyarakat dan bantuan untuk keluarga miskin, karena mobilisasi sumber pembiayaan kesehatan dari masyarakat masih terbatas serta bersifat perorangan (*out of pocket*). Pembayaran kepada penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagian besar masih dilakukan secara tunai (*fee for service*) sehingga mendorong penyelenggaraan dan pemakaian pelayanan kesehatan secara berlebihan serta meningkatnya biaya kesehatan.

Di samping itu, pembiayaan kesehatan di Indonesia juga belum mengacu pada ketentuan Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU. SJSN), sehingga masih terbatasnya masyarakat Indonesia yang mendapat perlindungan jaminan sosial kesehatan. Hal ini sebagaimana ditemukan dalam data yang menunjukkan lebih dari 70 %

pelayanan kesehatan dibayar melalui *out of pocket* secara individu, sehingga sangat rentan terhadap perubahan kondisi keuangan individu/keluarga dan fluktuasi ekonomi baik nasional maupun global.

Pembayar yang teroganisir, apalagi dalam bentuk badan asuransi sosial/jaminan sosial kesehatan masih relatif kecil, berdasarkan data yang ada, cakupan beberapa skema jaminan sosial kesehatan masih sangat rendah. Pada saat ini penduduk Indonesia baru terdapat 50,8 persen yang mempunyai jaminan kesehatan; terdiri dari peserta Jamkesmas/Jamkesda 37,5 persen, peserta Askes sosial 6,6 persen, peserta Askes komersial 1 persen, Jaminan Kesehatan dalam Jamsostek 2 persen, Asabri 0,9 persen, dan asuransi lain 2,9 persen. Cakupan kepesertaan program jaminan sosial kesehatan ini masih terlalu sedikit (sekitar 20%) bila dibanding dengan negara lain yang rata-rata sudah mencapai 80%.²

Cakupan asuransi kesehatan sosial masih sekitar 16 %, meskipun meningkat menjadi kurang lebih 21 %, namun peningkatan ini lebih disebabkan dimasukkannya kelompok keluarga miskin yang mendapatkan bantuan kesehatan dari program Jamkesmas. Perkembangan pengobatan dengan penerapan teknologi canggih dan perubahan pola penyakit sebagai akibat meningkatnya umur harapan hidup akan mendorong pula meningkatnya biaya kesehatan. Pembiayaan kesehatan semakin meningkat dari waktu ke waktu dan dirasakan berat baik oleh pemerintah, dunia usaha terlebih-lebih masyarakat pada umumnya. Untuk itu berbagai negara memilih model sistem pembiayaan kesehatan bagi rakyatnya, yang diberlakukan secara nasional.

Kondisis tersebut tentu saja kurang menguntungkan, baik bagi individu sebagai konsumen kesehatan yang tidak memiliki kepastian sumber dana jika jatuh sakit, tetapi *bergaining power* merekapun lemah karena tidak adanya perlindungan jaminan sosial kesehatan yang komprehensif, dan belum adanya sistem hukum yang menyeluruh sehingga tidak ada pihak atau organisasi yang memiliki *power*, untuk bertindak sebagai *pressure group* atau katalisator yang mampu mengendalikan sistem jaminan sosial kesehatan di Indonesia.

1 Departemen Kesehatan RI pada tahun 2009

2 Pusat Pembiayaan dan Jaminan Departemen Kesehatan RI. Tahun 2009.

Indonesia adalah salah satu negara dari sedikit negara-negara di dunia, yang belum memiliki sistem pembiayaan kesehatan melalui asuransi kesehatan sosial, pada hal kita telah merdeka lebih dari 67 tahun, sedangkan di sisi lain banyak negara yang merdeka setelah Indonesia, justru telah memiliki sistem pembiayaan kesehatan yang lebih stabil, sehingga perlu segera ditemukannya "model" yang dapat diberlakukan secara nasional (*universal coverage*), sehingga dampaknya akan menjadi jelas terkait dengan kemampuan menyediakan dana kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

B. Pembahasan

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, merupakan penjabaran dari amanat konstitusi, sehingga harus terwujud dalam kemauan politik para pemimpin bangsa, guna memberikan kepastian perlindungan jaminan sosial dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui implementasi UU SJSN ini, diharapkan setiap rakyat dapat memenuhi salah satu kebutuhan dasar hidup yang layak dalam bidang kesehatan. Penerapan SJSN tidak mungkin dilakukan secara "serentak" namun memerlukan proses panjang dan kerja keras; dimulai bertahap dengan meningkatkan kepesertaan, perluasan jenis jaminan sosial dan kualitas/besaran santunan yang dapat dinikmati rakyat sehingga tercipta sistem jaminan sosial yang berkeadilan. Adapun tahapan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan UU SJSN, antara lain :

- 1) Pemerintah harus konsisten dengan menyelenggarakan pembuatan Peraturan Pemerintah sebagai petunjuk pelaksanaan teknis dari UU SJSN
- 2) Badan Penyelenggara jaminan sosial yang telah ada antara lain PT. Jamsostek, PT. Askes, PT. Taspen dan PT. Asabri, harus melebur dalam sistem dan menjadi bagian dalam penyelenggaraan SJSN.
- 3) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) antara lain perusahaan-perusahaan asuransi swasta harus menyesuaikan dan mengambil bagian dalam sistem ini, sebagaimana telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS.

- 4) Dibentuk lembaga khusus untuk melakukan pembaharuan pelaksanaan sistem jaminan sosial yang telah ada, baik dari aspek kelembagaan maupun prinsip - prinsip yang selayaknya di terapkan dalam penyelenggaraan seluruh sistem jaminan sosial. Lembaga ini memerlukan *power* yang kuat, sehingga UU SJSN mengarahkan pembentukan Dewan Jaminan Sosial Nasional yang harus bertanggung Jawab Langsung Kepada Presiden.

Langkah penyatuan dari sisi asuransi harus dimulai, kendati perkiraan kepesertaan masyarakat yang terjamin asuransi kesehatan sosial belum mencapai 20 % penduduk, namun dengan berbagai cara diharapkan mampu meningkatkan jumlah kepesertaan masyarakat dalam asuransi kesehatan sosial. Melalui penerapan program asuransi kesehatan sosial, diharapkan dapat menumbuhkan sumber daya manusia yang tangguh sebagai modal pembangunan nasional. Cakupan jamiminan sosial kesehatan melalui asuransi kesehatan sosial pada saat ini baru dilaksanakan melauai program kesehatan yang diselenggarakan oleh PT. Askes (Persero) dan PT. Jamsostek (Persero). Bagi kelompok pekerja informal dan masyarakat yang tidak mampu, hampir seluruhnya belum tercakup dalam program jaminan sosial yang utuh kecuali saat ini baru terlaksana secara kasus per kasus ditangani oleh program Jamkesmas maupun Jamkesda.

2. Model Asuransi Kesehatan

Pembiayaan pelayanan kesehatan, semakin meningkat dari waktu ke waktu dan dirasakan berat baik oleh pemerintah, dunia usaha terlebih masyarakat pada umumnya, untuk itu, sebagian besar negara memilih model pembiayaan kesehatan bagi rakyatnya, yang diberlakukan secara nasional, berbagai model yang dominan implementasinya disesuaikan dengan keadaan di negara masing-masing. Beberapa model yang dominan adalah:³

- a. Model asuransi kesehatan sosial (*Social Health Insurance*). Model ini dirintis sejak Jerman dibawah Bismarck pada tahun 1882. Model inilah yang berkembang di beberapa Negara

3 Ali Ghufroon Mukti dan Moertjahjo, 2007, *Sistem Jaminan Kesehatan : Konsep Desentralisasi Terintegrasi*, Yogyakarta, PT. Karya Husada Mukti (KHM), hlm. 9.

- Eropa, Jepang (sejak 1922) dan kemudian ke Negara-negara Asia lainnya yakni Philipina, Korea, Taiwan dll. Kelebihan sistem ini memungkinkan cakupan 100% penduduk dan relatif rendahnya peningkatan biaya pelayanan kesehatan
- b. Model asuransi kesehatan komersial (*Commercial/Private Health Insurance*). Model ini berkembang di AS. Namun sistem ini gagal mencapai cakupan 100% penduduk. Sekitar 38% penduduk tidak tercakup dalam sistem. Selain itu terjadi peningkatan biaya yang amat besar karena terbukanya peluang moral hazard. Sejak tahun 1993; oleh Bank Dunia direkomendasikan pengembangan *model Regulated Health Insurance* dimana kepesertaan berdasarkan kelompok dengan syarat jumlah minimal tertentu sehingga mengurangi peluang *moral hazard*
 - c. Model NHS (*National Health Services*) yang dirintis pemerintah Inggris sejak usai perang dunia kedua. Model ini juga membuka peluang cakupan 100% penduduk. Namun pembiayaan kesehatan yang dijamin melalui anggaran pemerintah akan menjadi beban yang berat.

Diantara berbagai model itu, asuransi kesehatan sosial menjadi pilihan di banyak Negara. Penggunaan istilah asuransi dalam program ini adalah karena adanya aspek pengalihan risiko (ekonomi) karena sakit dan syarat hukum *the law of the large number*. Kecenderungan (*universal*) dari implementasi asuransi kesehatan sosial adalah:⁴

- 1) Bahwa program asuransi kesehatan sosial dimulai dari kelompok formal, tenaga kerja, untuk kemudian berkembang pada kelompok

non-formal dan *self employed*. Program bagi masyarakat miskin seringkali dikembangkan menjadi bagian dari kelompok non formal, atau dikembangkan secara tersendiri bergantung kepada kebijakan negara. Program asuransi kesehatan sosial di berbagai negara menunjukkan terjadinya peningkatan akses seluruh penduduk ke fasilitas kesehatan serta terjadinya pengendalian biaya.

- 2) Di berbagai negara, program ini dimulai dengan beberapa badan penyelenggara akan tetapi jumlah tersebut semakin menurun. Dimulai dengan kerjasama/koordinasi diantara berbagai badan penyelenggara, selanjutnya terjadi merger sehingga akhirnya menjadi satu badan penyelenggara yang menyelenggarakan program secara nasional (contoh; Taiwan, Korea Selatan). Dengan demikian *bargaining power* badan penyelenggara semakin besar, sementara hukum *the law of the large number* juga semakin besar.

Perkembangan asuransi kesehatan sosial di berbagai negara telah mengubah konsep asuransi kesehatan tradisional, dimana selanjutnya asuransi kesehatan sosial tidak hanya dianggap sebagai sistem pembiayaan tetapi juga sistem pemeliharaan kesehatan. Karena itu, dalam konsep asuransi kesehatan sosial modern, program asuransi kesehatan mendasarkan kerjanya pada dua hal penting yakni; integrasi sistem pembiayaan (*financing of healthcare*) dan sistem pelayanan (*delivery of healthcare*) yang efisien dan efektif. Adapun konsep dan perbedaan jenis-jenis asuransi tersebut dapat dibedakan sebagai berikut :

Tabel : Perbandingan Berbagai Model Asuransi Kesehatan

Aspek	Asuransi Kesehatan Sosial (<i>Social Health Insurance</i>)	Asuransi Kesehatan Komersial (<i>Commercial/ Private Health Insurance</i>)	Asuransi Kesehatan Komersial dengan regulasi (<i>Regulated Health Insurance</i>)
1. Kepesertaan	wajib /pokok	Sukarela/ Perorangan/ kelompok	Sukarela/ kelompok
2. Perhitungan premi	<i>group rating/ community rating</i>	<i>Rating by class, sex, age dll</i>	<i>Community rating</i>
3. Santunan / <i>Benefit</i>	Menyeluruh/ komprehensif	Sesuai kontrak	Sesuai kontrak
4. Premi/ iuran	Persentasi gaji	Angka absolute	Angka absolut
5. Kegotong-royongan (solidaritas sosial)	- Kaya - miskin - Sehat - sakit - Tua - muda - <i>High risk - low risk</i>	Sehat - sakit	- Sehat - sakit - <i>High risk - low risk</i> - Tua - muda
6. Kenaikan biaya	+	+++	++
7. Peran pemerintah	+++	+	++
8. Pengelolaan	<i>Not for profit / nirlaba</i>	<i>For profit / laba</i>	<i>For profit /laba</i>

Sumber : www.jaminan-sosial-pdf.html, download 1 Februari 2009

4 Thabrany dkk., dalam Sulastomo, Mencari Model Sistem Pembiayaan Kesehatan, Kompas, Rabu 7 November 2001.

Tabel di atas, menunjukkan bahwa dalam asuransi kesehatan sosial kepesertaannya bersifat wajib bagi seluruh lapisan masyarakat, sehingga cakupan kepesertaannya jauh lebih cepat menuju pada kepesertaan semesta (*universal coverage*). Di samping itu dari aspek pendanaan juga terjadi suatu bentuk gotong royong antara yang kaya dan yang miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan yang muda, dan dana dikelola secara nirlaba (*not for profit*), sehingga setiap "keuntungan" yang diperoleh dari hasil "*risk pooling*" dapat digunakan sepenuhnya untuk keperluan pelayanan kesehatan bagi semua *stakholder*, untuk meningkatkan manfaat maupun sarana prasarana sesuai dengan perkembangan yang ada.

Di samping itu, dalam perlindungan sosial dapat dibagi menjadi tiga pilar, yaitu: perlindungan sosial, jaminan sosial yang bertumpu pada asuransi sosial dan tabungan wajib merupakan prioritas dalam mengembangkan perlindungan sosial secara menyeluruh. Pengalaman berbagai negara menunjukkan bahwa, program jaminan sosial kesehatan selain dapat memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat, jaminan kesehatan sosial juga menjadi penggerak pembangunan ekonomi. Akhir-akhir ini bermunculan kesadaran baru yang membuktikan bahwa jaminan sosial kesehatan, makin diperlukan mengingat kondisi perekonomian global maupun nasional sedang mengalami berbagai krisis yang mengancam kesejahteraan dan produktivitas rakyat. Hal ini juga berdampak pada ketidak mampuan masyarakat, terutama masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan pada saat sakit, bahkan banyak masyarakat menjadi jatuh miskin setelah sakit, karena untuk membayar biaya pengobatan harus menjual harta kekayaan yang dimilikinya. Krisis ini telah mengakibatkan masyarakat kehilangan pekerjaan, berkurangnya pendapatan, dan kehilangan kesejahteraan yang menjadi haknya.

Di samping itu, penghasilan masyarakat akan berkurang karena menderita penyakit atau memasuki usia lanjut, jaminan sosial dapat diandalkan sebagai upaya penyelamat dari berbagai risiko tersebut bagi rakyat secara individu dan bagi negara. Adanya perlindungan terhadap risiko sosial

ekonomi melalui asuransi sosial dapat mengurangi beban negara (APBN) dalam penyediaan dana bantuan sosial yang dapat digunakan untuk menyediakan sarana dan program yang lebih produktif. Melalui prinsip kegotong-royongan, mekanisme asuransi sosial merupakan sebuah instrumen negara yang kuat dan digunakan di seluruh negara maju dalam menanggulangi risiko sosial ekonomi yang setiap saat dapat terjadi pada setiap warga negaranya.

Dalam aspek ekonomi makro, program jaminan sosial nasional adalah suatu instrumen yang efektif untuk memobilisasi dana masyarakat dalam jumlah besar dan berlangsung terus-menerus, yang sangat bermanfaat untuk membiayai program pembangunan dan kesejahteraan bagi masyarakat itu sendiri. Selain memberikan perlindungan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial, dana jaminan sosial yang terkumpul dapat menjadi sumber dana investasi yang memiliki daya ungkit besar bagi pertumbuhan perekonomian nasional. Dilihat dari aspek dana, program ini merupakan suatu gerakan tabungan nasional yang berlandaskan prinsip solidaritas sosial atau kegotong-royongan. Banyak negara memulai penyelenggaraan jaminan sosial setelah mengalami krisis ekonomi yang berat dimana kebutuhan kegotong-royongan sangat dibutuhkan.

Sebagai pembandingan, Amerika Serikat telah mengembangkan jaminan sosial pada masa pemerintahan presiden Roosevelt (1935) setelah negara tersebut mengalami depresi ekonomi yang sangat hebat pada tahun 1932, demikian juga Jerman telah memperkenalkan asuransi sosial semasa pemerintahan Otto Von Bismarck⁵ (1883) dimana perlindungan tenaga kerja sangat dibutuhkan untuk menjamin produksi berjalan lancar di era awal industrialisasi Jerman. Kedua negara maju tersebut memperoleh manfaat besar dari penyelenggaraan jaminan sosial yang dikembangkan pada waktu kedua negara tersebut sedang menghadapi resesi ekonomi. Manfaat besar dari dana yang terhimpun juga dinikmati negara berkembang yang telah menyelenggarakan jaminan sosial secara konsisten dan mencakup seluruh pekerjaan sektor formal. Malaysia telah berhasil

5 Sulastomo, berpendapat bahwa dengan konsep asuransi kesehatan sosial, sebagaimana diletakkan oleh Otto von Bismarck pada permulaan abad XIX, adalah sebuah program asuransi kesehatan yang dibiayai secara gotong royong oleh pesertanya (dan tempat kerjanya/majikan) dengan iuran sesuai persentase pendapatan. Dengan demikian, kegotong-royongan yang terjadi adalah sangat menyeluruh, antara kaya-miskin, sehat-sakit, tua-muda, dengan kepesertaan wajib, hlm. 99.

memupuk Tabungan Nasional dari Dana Jaminan Sosial (*Employee Provident Fund*, EPF) senilai US\$ 90 miliar. Kekuatan dana asuransi sosial inilah, antara lain, yang menyelamatkan Malaysia dari krisis mata uang pada tahun 1998.

Prinsip asuransi kesehatan sosial meliputi kepesertaan yang bersifat wajib dan non diskriminatif bagi kelompok formal, iuran berdasar persentase pendapatan menjadi beban bersama antara pemberi dan penerima kerja sampai batas tertentu, sehingga ada kegotong-royongan antara yang kaya-miskin, risiko sakit tinggi-rendah, tua-muda dengan manfaat pelayanan medik yang sama (prinsip ekuitas), dan pelayanan dapat diakses secara nasional (*portabilitas*), bersifat komprehensif, dengan manfaat pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai. Pengelolaannya dilakukan dengan prinsip kehati-hatian, nirlaba, transparansi dan akuntabilitas yang tinggi, serta dana program merupakan dana amanat yang digunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Kekhususan program JK dalam SJSN adalah bahwa Badan Penyelenggara harus mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi jaminan kesehatan. Penyelenggaraan jaminan kesehatan menerapkan prinsip-prinsip *managed healthcare concept*, misalnya penerapan konsep dokter keluarga, konsep rujukan, konsep wilayah serta pembayaran prospektif (*Prospective Payment System*) misalnya kapitasi, *tariff paket*, dan DRG's (*Diagnosis Related Groups*). Pelayanan obat diberikan sesuai dengan daftar dan harga tertinggi obat-obatan, serta bahan medis habis.

Di Indonesia sebenarnya telah ada beberapa program jaminan sosial yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial dan tabungan sosial, namun kepesertaan program tersebut baru mencakup sebagian kecil dari masyarakat yang bekerja di sektor formal. Sebagian besar lainnya, belum memperoleh perlindungan sosial karena berbagai faktor seperti kesadaran pengusaha, penegakan hukum, kesadaran pegawai, manajemen yang belum meyakinkan, dan kondisi makro ekonomi, hukum dan sosial yang belum menunjang. Selain itu, program-program

tersebut belum sepenuhnya mampu memberikan perlindungan yang adil bagi peserta dan manfaat yang diberikan kepada peserta masih belum memadai untuk menjamin kesejahteraan mereka.

Di sektor informal, penyelenggaraan jaminan sosial formal memang sulit dilakukan, karenanya, tidak heran jika saat ini program jaminan sosial formal belum menyentuh penduduk di sektor informal, seperti nelayan, petani dan pedagang sayur, kios, pedagang sate, baso, gado-gado, warteg, tukang ojek dll, sampai saat ini belum tercover dalam sistem perlindungan jaminan sosial kesehatan. Hanya sebagian kecil dari mereka yang telah memperoleh perlindungan sosial dalam bentuk bantuan sosial, baik melalui program Jamkesmas maupun Program Jamkesda, yang keberlangsungannya masih diragukan karena ketergantungan terhadap APBN maupun APBD.

3. Kelembagaan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan

Dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial, mutlak diperlukan lembaga yang berwibawa dan dipercaya berupa Badan Jaminan Sosial. Bentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, adalah yang memperoleh perlakuan khusus, bersifat nirlaba dan memperoleh perlakuan khusus dalam perpajakan. Badan Penyelenggara jaminan sosial yang telah ada, yaitu PT Jamsostek, PT. Askes, PT. Asabri dan PT. Taspen tetap melaksanakan tugasnya sesuai dengan perundangan yang melandasinya, dengan ketentuan secara bertahap menyesuaikan diri dengan UU SJSN. Akhir dari masa transisi ini akan ditetapkan dengan undang - undang, untuk sinkronisasi dan menetapkan kebijakan umum penyelenggaraan SJSN, dibentuk sebuah lembaga Dewan Jaminan Sosial yang diketuai oleh seorang pejabat setingkat Menteri, dengan anggota dari unsur pemerintah, pemberi kerja dan pekerja, profesi terkait dan bidang-bidang usaha terkait.

Melalui sistem ini, Dewan tersebut diharapkan akan mampu melakukan, "*enforcement*" UU SJSN dan diberikan kewenangan menetapkan sanksi administratif maupun tindakan pidana untuk ditegakkan, agar semangat dan penerapan UU SJSN dapat berjalan "*on the track*" untuk memenuhi amanat konstitusi. Penyelenggaraan jaminan sosial bagi kelompok informal, maupun pemerintah daerah

tetap diberikan peluang membantu dan memfasilitasi penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional dengan membentuk lembaga jaminan sosial di daerah yang harus terintegrasi dan terkoordinasi dengan badan penyelenggara jaminan sosial secara nasional.

A. Simpulan

UUD 1945, menegaskan bahwa setiap warga negara berhak untuk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Di samping itu juga ditegaskan bahwa negara bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh warga negaranya tanpa kecuali, termasuk masyarakat miskin. Amanah konstitusi ini, menuntut tanggung jawab negara untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan biaya terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat dan pelayanan yang bermutu. Ketentuan ini mempunyai arti yang sangat penting, guna memperluas kepesertaan melalui model asuransi kesehatan sosial, sehingga dapat mengurangi sistem pembayaran langsung (*out of pocket*) yang tidak efektif dan efisien dan meningkatkan cakupan sistem pra upaya (*pre paid system*). Model asuransi kesehatan sosial yang kepesertaannya bersifat wajib ini, akan mendukung kepesertaan yang semakin banyak (*universal coverage*), dan bermanfaat dalam upaya menghimpun sumber dana dari masyarakat sebagai modal pembiayaan kesehatan. Semakin banyaknya modal yang terhimpun, maka mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan melalui sistem terkelola (*managed care*).

Saran

Guna mencapai terwujudnya jaminan semesta (*universal coverage*), maka pemerintah dan Badan Pengelola Jaminan Sosial bidang kesehatan (BPJS I), perlu segera diatur dalam pelaksanaannya, dengan mengedepankan kendali biaya melalui model asuransi kesehatan sosial dan kendali mutu pelayanan dengan sistem terkelola (*managed care*) yang telah banyak berhasil diterapkan oleh negara lain di dunia ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 1999, Indonesia Sehat 2010 : *Visi Baru, Misi, Kebijakan dan Strategi Pembangunan Kesehatan*, Jakarta
- Gotama Indra, Pardede Donald, 2010, *Reformasi Jaminan Sosial Kesehatan (Pembiayaan Kesehatan dan Isu-Isu Jaminan Kesehatan)*, Jakarta, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI,
- Husada Bhakti, 2008, *Mengapa Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Diperlukan?*, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Deprtemen Kesehatan RI, Jakarta, diakses dari <http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com>, 29 Juni 2010.
- Mukti, Ali Ghufro dan Moertjahjo, 2007, *Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*, Yogyakarta, Penerbit Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada,
- Mukti, Ali Ghufro dan Moertjahjo, 2008, *Sistem Jaminan Kesehatan : Konsep Desentralisasi Terintegrasi*, Yogyakarta : PT. Karya Husada mukti (KHM).
- Murti Bhisma, *Asuransi Kesehatan Berpola Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Era Desentralisasi Menuju Cakupan Semesta*, Makalah disampaikan pada Seminar Nasional "Revitalisasi Manajemen Puskesmas di Era Desentralisasi" di Universitas Sebelas Maret, Surakarta, 26 April 2011.
- Sulastomo, 2007, *Manajemen Kesehatan*, Jakarta: PT. Gramedia Pusaka Utama.
- Thabrany, Hasbullah, 1999, *Introduksi Asuransi Kesehatan*, Jakarta, Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia.
- Thabrany, Hasbullah dkk. 2000, *Telaah Komprehensif Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Indonesia*, Jakarta : YPKMI.
- Thabrany, Hasbullah, (editor), 2005, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, Jakarta, PT Raja Grafindo Persada.
- Thabrany, Hasbullah, 2005, *Dalam Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Masyarakat*, Jakarta : Rajagrafindo,

Thabrany, Hasbullah, 2010, *Sejarah Asuransi Kesehatan*, Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Universitas Indonesia.

JURNAL, SIMPOSIUM, ARTIKEL DAN LAINNYA

Departemen Kesehatan. *Naskah Akademik Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat*, Depkes, 2000.

Widjajarta, Marius, *Kedudukan Konsumen Kesehatan di Bidang Jasa Pelayanan Kesehatan Asing di Daerah*, Semarang: Makalah dalam Seminar Nasional Jasa Pelayanan Kesehatan Asing di Daerah dan Implikasinya, FH Universitas 17

Agustus 1945 Semarang dan YPKKI Perwakilan Jawa Tengah, 10 Oktober 2001.

Sistem Kesehatan Nasional, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1982.

http://id.wikipedia.org/wiki/Keadilan_sosial
http://www.pdat.co.id/hg/newbooks_pdat/2005/12/27.

http://id.wikipedis.org/wiki/Keadilan_sosial.
www.jaminan-sosial-pdf.html, download, 1 Februari 2009.

<http://id.wikipedia.org/wiki/Keadilan>.