

**JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN (JPK)  
SEBAGAI SISTEM PENDANAAN KESEHATAN  
MASYARAKAT DI MASA DEPAN**

**Oleh:**

**HENNI DJUHAENI**

**SEMINAR JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT**

**KABUPATEN BANDUNG**

**Januari 2007**

## **Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (Jpk) Sebagai Sistem Pendanaan Kesehatan Masyarakat Di Masa Depan**

**Henni Djuhaeni**

### **I. Pendahuluan**

Pada tahun 1999, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia berada pada peringkat 103 dari 191 negara (WHO, 2000; UNDP, 2004) dan turun menjadi peringkat ke-112 pada saat ini. IPM ditentukan oleh tiga indikator yaitu *pertama*, indikator kesehatan yang diukur dari umur harapan hidup (UHH), angka kesakitan serta angka kematian ibu (AKI), kematian bayi dan anak bawah lima tahun (AKB), *kedua*, indikator pendidikan yang diukur dari angka melek huruf dan tingkat pendidikan serta *ketiga* adalah indikator ekonomi yang diukur dari pendapatan perkapita. Walaupun telah terjadi penurunan AKI dan AKB serta peningkatan UHH namun Indonesia masih jauh tertinggal bila dibandingkan dengan beberapa negara Asia lainnya. Tingkat kesehatan masyarakat diperburuk oleh adanya krisis multidimensi; khusus dalam bidang kesehatan antara lain terjadi transisi epidemiologis yang menyebabkan Indonesia mengalami “beban ganda penyakit” atau *double burden of diseases*, yaitu saat masalah penyakit infeksi belum hilang, sudah muncul masalah penyakit degeneratif misalnya penyakit jantung yang memerlukan biaya besar, sementara di pihak lain, pembiayaan kesehatan masih tetap merupakan masalah yang belum terselesaikan.

Ada dua masalah pembiayaan kesehatan di Indonesia yang merupakan isu penting pada saat ini dan sangat dirasakan akibatnya oleh masyarakat yaitu di satu pihak biaya kesehatan semakin mahal, di pihak lain adanya keterbatasan anggaran pemerintah untuk kesehatan. Dengan demikian sebagian besar biaya kesehatan (70 %) ditanggung oleh masyarakat dan dari biaya tersebut 85 % dibayar secara langsung oleh masyarakat dari kantong sendiri dan hanya sebagian kecil (sekitar 15 %) saja dibayar melalui asuransi. Akibatnya

masyarakat harus menyediakan dana tunai apabila mereka memerlukan pemeliharaan kesehatan dan bagi yang tidak mampu menyediakan dana tunai, mereka tidak akan akses atau mendapatkan pelayanan kesehatan. Dampaknya adalah meningkatnya kejadian sakit yang diikuti kematian. Hal ini berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat yaitu menjadi semakin buruk, Sumber Daya Manusia yang dihasilkan sangat lemah, padahal keberhasilan pembangunan suatu Negara sangat ditentukan oleh Sumber Daya Manusia (SDM) yang merupakan asset atau modal pembangunan. Sumber daya alam yang melimpah tidak akan berarti apa-apa tanpa SDM yang sehat, handal, mandiri dan mampu bersaing di era global.

Dinegara maju khususnya Jerman, Inggris, Belanda, Kanada, Amerika dan beberapa negara di Asia misalnya Jepang, pembiayaan melalui asuransi merupakan jalan keluar dari masalah pembiayaan kesehatan yang ada. Dibanding dengan negara maju lainnya, asuransi kesehatan di Amerika Serikat boleh dikatakan kurang berhasil karena hanya mencakup 70% penduduk. Hal ini terjadi karena asuransi kesehatan yang dilaksanakan bersifat komersial dan membuka peluang persaingan diantara berbagai perusahaan asuransi yang jumlahnya banyak, sehingga partisipasi masyarakat terpecah-pecah, akibatnya hukum jumlah besar tidak tercapai. Sistem di Inggris dan Kanada lebih ideal, namun tampaknya akan sulit dijalankan di Indonesia karena peran pemerintah sangat besar sedangkan saat ini keadaan keuangan negara belum memungkinkan. Asuransi kesehatan sosial seperti yang dijalankan di Jerman lebih memungkinkan untuk diterapkan di Indonesia karena premi dibayar secara proporsional berdasarkan persentase pendapatan dan akan lebih cocok dengan budaya gotong royong masyarakat Indonesia. Di Asia, walaupun cakupan belum 100% namun beberapa negara telah menunjukkan peningkatan cakupan asuransi seperti Filipina (48 %) dan Thailand (65 %), sedangkan Indonesia dalam kurun waktu lebih dari 30 tahun baru mencapai 14,8 % (DepKes 2000). Keadaan ini belum jelas apakah disebabkan karena faktor daya beli atau masyarakat belum mau untuk ikut dalam

program asuransi kesehatan, apapun penyebabnya, keadaan ini harus menjadi pemikiran kita semua.

## **II. Fenomena Asuransi Kesehatan di Kabupaten Bandung**

Menurut laporan tahunan Kabupaten Bandung dari tahun ketahun persentase anggaran Pemerintah Daerah (PEMDA) Kabupaten Bandung fluktuatif walaupun cenderung mengalami kenaikan, yaitu 5,8% (2002), 4,38% (2004) dan 7,04% (2004). Jika dilihat dari aspek sumberdana, sebagian besar (90,01%) masyarakat mendanai sendiri kesehatannya dan hanya sebagian Kecil (9,99 %) melalui asuransi. Dipihak lain, berkembangnya teknologi tinggi dalam bidang kesehatan dan kedokteran menyebabkan biaya kesehatan semakin mahal sehingga tidak terjadi akses terhadap pelayanan kesehatan dan masyarakat terlambat mendapatkan pertolongan karena tidak mempunyai dana tunai yang cukup, akibatnya angka kejadian penyakit yang dapat dicegah dan dibatipun dalam kurun waktu 3 tahun hampir tidak berubah. Sebagai contoh: penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Bandung dari tahun 2003 (47,7%) hanya menurun sebesar 8,45 % pada tahun 2005 (39,25%), bahkan untuk kasus gizi kurang 10,94% (2003) meningkat menjadi 11,27% (2005) serta gizi buruk meningkat dari 0,67% (2003) menjadi 0,91% (2005), boleh dikatakan relatif tetap dan cenderung meningkat. Oleh karena itu perlu dilakukan berbagai upaya tindak lanjut sebagai salah satu jalan pemecahan masalah yang ada.

## **III. Upaya Tindak Lanjut**

Sebagai upaya tindak lanjut penyelesaian masalah, perlu dilakukan beberapa langkah kegiatan serta pengenalan dan pemahaman Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang akan diterapkan di Indonesia sebagai berikut:

### **1. Pemilihan Sasaran**

Sasaran ditentukan terlebih dahulu sehingga tidak terjadi duplikasi anggaran serta akan lebih efisien. Dengan demikian, kita bagi masyarakat menjadi masyarakat miskin yang harus ditanggung pemerintah, masyarakat

pekerja "informal" serta masyarakat yang mampu mendanai sendiri kesehatannya.

## **2. Kebijakan Pemerintah**

Pemerintah telah mengeluarkan Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang pelaksanaannya akan dilakukan secara bertahap dalam kurun waktu 30 tahun, dimulai dengan asuransi kelompok (Thabrany, 2004). Dengan adanya undang-undang ini, asuransi kesehatan akan dilaksanakan secara wajib dan bagi masyarakat yang mampu dapat juga mengikuti asuransi kesehatan lainnya yang sifatnya komersial. Saat ini sebetulnya Pemerintah sedang menjalankan sistem asuransi melalui program dana subsidi Bahan Bakar Minyak (subsidi BBM) bagi masyarakat miskin, namun sosialisasinya kurang begitu tepat sehingga masyarakat mempunyai anggapan pengobatan gratis. Keadaan ini justru meningkatkan jumlah "angka " masyarakat miskin dalam waktu singkat, contohnya: jumlah masyarakat miskin di Kota Bandung pada bulan Desember 2006 adalah 11 % meningkat tajam pada menjadi 15% pada bulan Januari 2007 setelah Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) diterima oleh daerah yang mana tercantum dana bagi masyarakat miskin tersebut yang perhitungannya berdasarkan jumlah masyarakat miskin di suatu daerah.

## **3. Tiga pilar Pembangunan dari SJSN**

Tiga Pilar Pembangunan pada hakekatnya merupakan jenis asuransi, jenis jaminan serta sasaran yang kesemuanya itu bertujuan untuk memenuhi kebutuhan yang layak akan kesehatan seperti yang akan dijelaskan berikut ini:

- Pilar yang pertama adalah bantuan sosial (*social assistance*) yang ditujukan (sasaran) bagi masyarakat miskin/ tidak mampu/ berpenghasilan tidak tetap. Diharapkan dengan adanya pendanaan ini, kebutuhan dasar yang layak ditinjau dari kaca mata pemerintah maupun penyelenggara kesehatan (*need*) dapat dipenuhi secara optimal.

- Pilar yang kedua adalah asuransi sosial (*social health insurance*) yang merupakan asuransi wajib dengan sasaran seluruh penduduk yang berpenghasilan. Pilar ini juga bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak ditinjau dari segi penyelenggara pelayanan kesehatan.
- Pilar yang ketiga adalah suplemen dengan jaminan kesejahteraan yang lebih besar dan lengkap serta bersifat "private" serta bertujuan untuk pemenuhan kebutuhan sesuai keinginan dan kemampuan keuangannya.

#### **4. Asuransi Kesehatan Sosial**

Undang-undang SJSN menyebutkan bahwa, asuransi yang akan dijalankan merupakan asuransi sosial yaitu asuransi yang bersifat wajib, dengan iuran premi berdasarkan persentase pendapatan sedangkan bagi masyarakat miskin, preminya dbayar oleh pemerintah yang merupakan perwujudan Pembukaan Undang-undang Dasar tahun 45 yaitu masyarakat miskin dibiayai oleh Negara. Badan penyelenggara (Bapel) harus perusahaan yang *not for profit* , tetapi bukan berarti tidak boleh mengambil keuntungan sama sekali, karena keuntungan yang diperoleh dapat digunakan untuk pengembangan Bapel serta peningkatan mutu layanan asuransi kesehatan.

Prinsip dasar dari asuransi sosial diambil dari prinsip *solidarity* dari German yaitu yang kaya membantu yang miskin; yang muda membantu yang tua; yang sehat membantu yang sakit serta keluarga kecil membantu keluarga besar. Dalam hal ini terjadi azas keadilan serta subsidi silang dalam pendanaan kesehatan karena masyarakat dilayani dengan pelayanan kesehatan yang sama. Dengan demikian, kesejahteraan seluruh masyarakat dapat tercapai secara optimal.

#### **5. Landasan Hukum**

Ada beberapa landasan hukum yang digunakan dalam penyusunan undang-undang SJSN, yaitu:

- a. UUD 1945 amandemen Pasal 28H

- ayat 1: setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan
- ayat 3: setiap penduduk berhak atas jaminan sosial
- b. UUD 1945 amandemen Pasal 34 ayat 2 bahwa Negara mengembangkan jaminansosial bagi seluruh rakyat
- c. UUD 1945 amandemen pasal 34 ayat 3 bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan yang layak
- d. UU Nomor 3/ 1992 tentang Jamsostek
- e. PP 69/ 1991 tentang JPK PNS
- f. UU Nomor 23/ 1992 tentang Kesehatan, khususnya pasal 66
- g. UU Nomor 43/ 1999 tentang Pegawai Negeri Sipil
- h. PP Nomor 28/ 2003 tentang asuransi kesehatan Pegawai Negeri

Semua landasan hukum diatas mendukung upaya-upaya penyusunan dan pelaksanaan Undang-undang SJSN.

## 6. Tujuan dan Manfaat SJSN

SJSN memperluas cakupan penduduk yang memiliki jaminan kesehatan yang memenuhi kebutuhan dasar medis yang mana kebutuhan dasar medis ini memungkinkan seseorang hidup dan berproduksi. Dengan demikian, penduduk menjadi produktif dan keadaan ini akan berdampak pada peningkatan pendapatan negara melalui pajak.

## 7. Prinsip dasar dan Prinsip tambahan

Dua macam prinsip yang berlaku dalam pelaksanaan SJSN yaitu:

### a. Prinsip dasar yang terdiri dari:

- Prinsip Solidaritas, yaitu suatu prinsip adanya saling membantu diantara dua segmen yang berbeda sehingga terjadi subsidi silang seperti yang kaya membantu yang miskin, yang muda membantu yang tua, yang sehat membantu yang sakit serta keluarga kecil membantu keluarga besar. Dengan prinsip tersebut memungkinkan perluasan cakupan terhadap seluruh penduduk.

- Prinsip Efisiensi , prinsip ini memungkinkan pelayanan menjadi terkendali karena pelayanan yang diberikan hanya pelayanan yang dibutuhkan saja. Selain itu terjadi juga urun biaya, sehingga tidak dirasakan terlalu berat bagi yang tidak mampu.
- Prinsip Ekuitas yang berarti bahwa, setiap penduduk harus memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan dan kemampuannya.
- Prinsip Portabilitas yang menunjukkan bahwa, seseorang tidak boleh kehilangan jaminan/ perlindungan.
- Prinsip nirlaba, tidak mengambil untung namun bukan berarti harus merugi tetapi azas manfaat bagi seluruh pelaku asuransi kesehatan (Bapel, Peserta, Pemberi pelayanan kesehatan serta Pemerintah karena mempunyai penduduk yang sehat dan produktif).

**b. Prinsip Tambahan** yang terdiri dari:

- Prinsip Responsif yaitu responsif terhadap tuntutan peserta sesuai standar kebutuhan hidup sehingga sifatnya lebih dinamis.
- Prinsip koordinasi manfaat, dengan adanya prinsip ini diharapkan tidak akan terjadi duplikasi sehingga lebih efisien.

**8. Persyaratan agar SJSN berhasil**

Beberapa persyaratan agar SJSN dapat dilaksanakan secara optimal antara lain sebagai berikut:

- a. Mendapat dukungan dari pemberi kerja dan organisasi tenaga kerja sehingga program tersebut akan bermanfaat dalam meningkatkan produksi.
- b. Manfaat cukup layak, jumlah memadai dan bermutu.
- c. Jumlah iuran cukup memadai.



## V. Kesimpulan dan Rekomendasi

### 1. Kesimpulan:

- Sistem pendanaan kesehatan masih menjadi kendala dalam upaya meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) termasuk di Kabupaten Bandung.
- Sebagian besar pendanaan kesehatan, berasal dari masyarakat.
- Sebagian besar dana masyarakat dalam bentuk *out of pocket* , sehingga harus selalu tersedia dana tunai apabila membutuhkan pelayanan kesehatan. Dengan demikian bila seseorang tidak mempunyai dana tunai maka yang bersangkutan tidak dapat akses terhadap pelayanan kesehatan (*no money, no access*), akibatnya angka kesakitan dan kematian tetap tinggi sehingga target IPM sulit dicapai.
- Perhatian pemerintah sudah ada yaitu melalui pelayanan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin (askeskin).
- Reformasi pendanaan kesehatan harus dijalankan dengan tujuan seluruh masyarakat dapat akses terhadap pelayanan kesehatan.

### 2. Rekomendasi

- Lakukan pemutahiran data : angka kesakitan, angka kematian, umur harapan hidup, proporsi sasaran, potersi pendanaan masyarakat untuk asuransi (misal *ability to pay* dan *willingness to pay* untuk iuran/ premi jaminan kesehatan) dan lain sebagainya.
- Persiapkan infrastruktur diseluruh pelaku pendanaan kesehatan
- Pelaksanaan dilakukan secara bertahap dimulai dari masyarakat yang terorganisir

## VI. Daftar Pustaka

Azwar Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta : Binarupa Aksara.

Basa. R. 2002. *Social Health Insurance System in Phillipine*. Executive meeting on Development of Social Health Insurance in Indonesia. Jakarta.

Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI. 2001. *Profil Perkembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Tahun 2000*. Jakarta : Direktorat

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI.

Departemen Kesehatan RI. 2000. JPKM : Pembinaan, Pengembangan dan Pendorongan JPKM. Jakarta.

HIAA Health Insurance Association of America, Part A. 1997. *Fundamental of Health Insurance*, Washington: The association.

Kabupaten Bandung. 2003-2005. *Laporan Tahunan*.

Murti Bhisma. 2000. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Jakarta: Kanisius.

Pongpingsut Yongudomsuk. 2002 . *Thailand Health Insurance System*; Executive meeting on Development of Social Health Insurance in Indonesia. Jakarta.

Stierle F. 2002. *Social Health Insurance, Concept – Advantages – Prerequisites*. Executive meeting on Development of Social Health Insurance in Indonesia. Jakarta.

Sulastomo. 2002. *Asuransi Kesehatan Sosial : Sebuah Pilihan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada. 9.

Thabrany Hasbullah. 2003. *Social Health Insurance Implementation in Indonesia*. Executive meeting on Development of Social Health Insurance in Indonesia. Jakarta.

Thabrany Hasbullah. 2005. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. Ed. 1. Jakarta: RajaGrafindo Persada.

UNDP. 2004. Human Development Report. (Online) <http://www.hdr.Undp.org/Statistic/data/Chy/Chy-f-idn.html>.

World Health Organization. 2000. *The World Health Report*. Health Systems : Improving Performance. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2005. *Health Situation in the South-east Asia region, 1998-2000*. (online) Available from [http://w3.whosea.org/health\\_situt\\_98-00/c4n14.htm](http://w3.whosea.org/health_situt_98-00/c4n14.htm): 4 (accessed 30 August 2005).