

INDEKS SUBJEK**A**

Analisa kointegrasi	79, 86, 89, 90
Analisa korelasi	79, 80, 85, 89
Asuransi pertanian	45, 46, 47, 48, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61

E

Economic growth	27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 39, 40, 41
-----------------	--

H

HDI (Human Development Index)	27, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42
-------------------------------	--

I

Infrastructure	27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42
Integrasi pasar modal	79, 80, 81, 82, 83, 90

J

Jaminan Kesehatan Semesta	63, 64, 67, 68, 69, 71, 75, 77
---------------------------	--------------------------------

K

Kedaulatan pangan	1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 27
Ketahanan pangan	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23

P

Politik fiskal	1, 2, 3, 7, 9, 16, 17, 19, 20, 21
Politik pangan	1, 2, 3, 4, 9, 10, 11
Poverty	27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42

S

Swasembada pangan	1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24
Subsidi premi	45, 46, 47, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61

V

Visual inspection	79, 80, 83, 84, 86, 88, 90
-------------------	----------------------------

**ANALISA DESAIN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DALAM RANGKA
MENUJU JAMINAN KESEHATAN SEMESTA**

***Analysis of National Health Insurance Towards
A Universal Health Insurance***

Ferry Afi Andi

Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan

Jl. Dr. Wahidin Raya No. 1, Jakarta Pusat

Email : ferry.afiandi@gmail.com

Naskah diterima: 15 November 2014

Naskah direvisi: 15 Januari 2015

Disetujui diterbitkan: 11 Februari 2015

Abstract

As the implementation of Indonesian constitutional duty to provide the right for social security for all citizens, government of Republic of Indonesia provides the national health insurance program since January 1st 2014 which is operated by BPJS Kesehatan. The national insurance program is aimed to be a universal health insurance. There are some aspects that need to be analyzed to make this health insurance system to be a universal health insurance. Using meta analysis and to compare the implementation and the expected result of the program using secondary data obtained from previous iteratures, This research is trying to look at the prospect of national health insurance to be a universal health insurance. The reasearh found that the concept of National Health System has already met the criteria of a universal health insurance. However, the implementation of the concept still needs to be improved . The government needs to set a mechanism to accelerate and to ensure the participation of the people the program. Besides that the infrastructure of health service facilities need to be improved to ensure the provision of health care to the participants. The significance of this research is to bring some outlook that can be considered for improvement of the national health insurance program

Keywords: Universal Health Insurance, Indonesia health insurance, BPJS Kesehatan

Abstrak

Sebagai pelaksanaan amanat UUD 1945 untuk memberikan hak jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, pemerintah menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai 1 Januari 2014 yang dilakukan oleh sebuah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program JKN pada akhirnya ditujukan untuk menjadi sebuah jaminan kesehatan semesta. Ada beberapa aspek dalam desain program JKN yang menarik untuk diteliti lebih lanjut dalam rangka menuju sebuah sistem jaminan kesehatan semesta. Penelitian dilakukan dengan meta analisis pelaksanaan dan ekspektasi pencapaian dengan menggunakan data sekunder yang diperoleh dari literatur yang dijadikan referensi. Penelitian ini mencoba melihat prospek program JKN menjadi sebuah Jaminan Kesehatan Semesta yang melindungi seluruh rakyat Indonesia. Kesimpulan yang didapatkan adalah konsep JKN telah memenuhi syarat untuk membangun sebuah sistem Jaminan Kesehatan Semesta walaupun dalam tataran pelaksanaannya masih memerlukan perbaikan. Untuk memastikan keberlangsungan pembiayaan program JKN, pemerintah perlu menetapkan sebuah mekanisme untuk mempercepat dan memastikan kepesertaan masyarakat umum dalam program JKN. Untuk memasrikan pencapaian tujuan program JKN, persiapan sarana dan prasarana fasilitas layanan kesehatan perlu ditingkatkan untuk memastikan ketersediaan layanan bagi peserta. Penelitian ini penting untuk memberikan suatu pandangan untuk perbaikan sistem JKN.

Kata kunci : Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan, Jaminan Kesehatan Semesta

JEL Clasification: I13, I18

I. PENDAHULUAN

Sebagai bentuk pelaksanaan amanah Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H, pemerintah mempersiapkan suatu sistem jaminan sosial nasional. Pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional dilakukan oleh Badan Pelaksanaan Jaminan Sosial (BPJS). BPJS terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan suatu langkah untuk memberikan kepastian akan tersedianya perlindungan dan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia. Penelitian ini akan membahas BPJS Kesehatan sebagai pelaksana program jaminan kesehatan.

BPJS Kesehatan bertugas untuk menjalankan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk itu perlu ditetapkan tahapan-tahapan untuk melaksanakan program jaminan kesehatan. Tahapan pertama pemberian jaminan kesehatan bagi rakyat Indonesia telah dimulai pada 1 Januari 2014. Pada tahap pertama para Penerima Bantuan Iuran, peserta ASKES, Jamsostek serta TNI dan POLRI beserta keluarganya menjadi prioritas untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Tahapan kedua adalah pendaftaran peserta BPJS kesehatan bagi mereka yang bukan sebagai pekerja penerima upah atau bukan pekerja. Tahapan kedua akan dirampungkan pada tanggal 1 Januari 2019. Dengan rampungnya tahapan kedua, maka akan tercipta suatu jaminan kesehatan semesta bagi seluruh rakyat Indonesia. Hal ini tentunya menjadi suatu langkah yang besar bagi bangsa Indonesia dalam meningkatkan kesejahteraan rakyatnya.

Pelaksanaan tahapan pemberian jaminan sosial tentunya bukan tanpa permasalahan. Beberapa kondisi berpotensi menghambat pelaksanaan program jaminan kesehatan semesta. Permasalahan – permasalahan dapat timbul dari sisi peserta, pelaksana program, dukungan dari pihak-pihak terkait, maupun permasalahan pendanaan.

Pada sisi peserta, permasalahan pelaksanaan jaminan kesehatan berasal dari *asymmetric information* yang dapat mengakibatkan *adverse selection* dan *moral hazard* dari kepesertaan program. Hal tersebut dapat mengakibatkan banyaknya peserta yang lebih rentan kondisi kesehatannya. Selain itu juga adanya jaminan kesehatan dapat membuat perilaku seseorang kurang berhati-hati dengan kesehatannya.

Durán *et al.* (2012) menyebutkan bahwa program jaminan kesehatan yang telah disiapkan dapat juga menemui tantangan politis. Hal ini dapat berupa kurang jelasnya tujuan dari pelaksanaan program jaminan kesehatan. Terkadang tujuan program yang telah dirumuskan mengandung unsur kepentingan politik dari mereka yang merumuskan. Akibatnya beberapa *outcome* yang terlihat bagus dalam rumusan belum tentu dapat dilaksanakan.

Kesiapan dari prasarana pendukung juga dapat menjadi suatu permasalahan dalam penerapan program jaminan kesehatan. Melonjaknya peserta asuransi kesehatan yang disediakan oleh BPJS dapat mengakibatkan penyedia layanan kesehatan kebanjiran pasien yang ingin mendapatkan pelayanan. Kurangnya jumlah fasilitas kesehatan akan memberikan kesan yang buruk pada reformasi sistem kesehatan yang sebenarnya bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap seluruh lapisan masyarakat. Selain itu, Pradiptyo *et al.* (2014) mengemukakan bahwa tidak meratanya sebaran fasilitas penyedia layanan kesehatan diseluruh wilayah Indonesia berpotensi memunculkan masalah keadilan terhadap mereka yang tinggal di daerah yang fasilitas kesehatannya masih kurang baik.

Pelaksanaan jaminan kesehatan ini juga tidak lepas dari isu *sustainability*. Besarnya dana yang dibutuhkan dan perilaku dari para peserta asuransi kesehatan dapat mengancam keberlangsungan dari program jaminan kesehatan. Perumusan besaran iuran merupakan hal yang penting dalam pelaksanaan asuransi kesehatan. Permasalahan dari asuransi kesehatan sosial yang dijalankan oleh pemerintah salah satunya adalah besaran iuran. Penetapan jumlah iuran yang terlalu besar akan

mengakibatkan keengganan untuk menjadi peserta. Iuran terlalu rendah akan memberikan tekanan terhadap APBN karena walaupun program JKN dibiayai oleh iuran peserta, pada akhirnya jika Program JKN mengalami masalah maka negara yang akan mengambil alih tanggung jawab pendanaan.

Penelitian tentang JKN pernah dilakukan oleh sebelumnya, akan tetapi penelitian terdahulu lebih menitik beratkan kepada masalah-masalah dari pelaksanaan JKN. Sedangkan penelitian ini selain menelaah masalah-masalah penerapan JKN, telaah mengenai potensi penerapan jaminan sosial juga akan dilakukan. Hal ini akan lebih memberikan pandangan yang lebih lengkap akan pelaksanaan JKN.

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisa desain program jaminan kesehatan sebagaimana tertera pada peraturan dan perundang-undangan yang mengaturnya. Analisa desain yang dimaksud adalah analisa tentang konsepsi dan implementasi Program JKN dibandingkan dengan teori yang berlaku. Selain itu kebijakan tentang pelaksanaan Program JKN juga akan dianalisa. Kebijakan dapat berupa Undang-Undang, Peraturan Pemerintah dan turunannya. Penelitian ini juga akan menganalisa dampak dari program JKN yang berupa respon masyarakat dan juga pelayanan fasilitas kesehatan terhadap masyarakat.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

Rahayu (2014) menyatakan bahwa tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat. Dengan begitu dapat tercapai taraf kesehatan masyarakat dan kualitas hidup yang optimal yang ditandai dengan membaiknya indikator harapan hidup, turunnya angka kematian ibu dan anak, dan meningkatnya jumlah dan mutu pelayanan kesehatan yang lebih merata. Sementara itu Sommers *et al.* (2012) menemukan bahwa ekspansi pelayanan kesehatan sosial di Amerika Serikat menurunkan tingkat kematian secara keseluruhan, meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dan peningkatan taraf kesehatan. Miller (2012) juga menemukan bahwa ekspansi jangkauan jaminan kesehatan dapat berakibat positif bagi efisiensi pelayanan kesehatan. Dalam literatur lain, Card *et al.* (2013) menemukan bahwa kepesertaan pada jaminan kesehatan sosial meningkatkan penggunaan fasilitas kesehatan pada masyarakat berpenghasilan rendah.

Grubber (2010) mengemukakan dalam mendesain asuransi kesehatan semesta (*universal health insurance*) ada tiga kondisi yang saling terkait atau dinamakan "*three-legged stool*". Yang pertama adalah sebuah perusahaan asuransi tidak boleh menolak calon peserta karena kondisi bawaannya (*pre-existing condition*). Namun kondisi pertama ini berpotensi menyebabkan *adverse selection* dimana hanya orang-orang yang berisiko tinggi yang akan mendaftar asuransi kesehatan, sedangkan yang memiliki risiko rendah akan enggan mendaftar asuransi. Untuk itu diperlukan kondisi lainnya.

Kondisi kedua adalah mewajibkan semua orang untuk memiliki atau ikut serta dalam asuransi kesehatan. Dengan adanya kondisi kedua maka problem *adverse selection* dapat ditangani. Tetapi permasalahannya adalah tidak semua orang mampu membeli asuransi sehingga berpotensi kegagalan dalam sistem. Untuk itu diperlukan kondisi ketiga yang dapat mengatasi masalah tersebut.

Kondisi ketiga yang diperlukan adalah adanya campur tangan pemerintah untuk memberikan subsidi premi bagi mereka yang tidak mampu membayar asuransi. Dengan adanya kondisi ketiga maka semua orang dapat terbantu dalam memiliki asuransi kesehatan yang menjadi perlindungan mereka dalam mencapai kesejahteraan sosial.

Arrow (1963) mengidentifikasi beberapa hal yang patut dipertimbangkan dalam penyediaan jaminan kesehatan. Beberapa hal itu antara lain adalah sifat dari kebutuhan layanan kesehatan, perilaku dari penyedia layanan kesehatan, ketidakpastian dari produk layanan, kondisi suplai jasa kesehatan.

Sifat dari kebutuhan pelayanan kesehatan adalah tidak regular dan tidak pasti. Layanan kesehatan hanya diperlukan pada saat seseorang terserang penyakit. Dengan mempunyai jaminan kesehatan, dalam hal ini asuransi kesehatan, seseorang dapat terlindungi dari risiko-risiko pengeluaran biaya yang besar pada saat sakit. Seseorang yang sakit bukan hanya terpapar pada risiko biaya yang harus dikeluarkan, namun mereka juga dihadapkan pada risiko akan kehilangan kemampuan untuk bekerja dan menghasilkan.

Perilaku dari penyedia jasa layanan kesehatan juga patut mendapat perhatian. Keberadaan *asymmetric information* antara konsumen dan penyedia layanan kesehatan berpotensi menimbulkan *moral hazard* dari penyedia layanan kesehatan yang cenderung memberikan pelayanan melebihi dari kebutuhan pasien untuk mendapatkan penghasilan yang lebih besar. Diperlukan kepercayaan yang besar dari seorang pasien kepada penyedia layanan kesehatan akan layanan yang diterimanya. Penyedia layanan juga kesehatan diharuskan memiliki kesadaran untuk mendahulukan kepentingan dari pasien daripada bertindak sebagai agen penjualan dari jasa dan produk yang mereka tawarkan.

Ketidakpastian hasil dari produk layanan kesehatan juga menjadi hal yang penting. Hal ini disebabkan oleh tidak bisanya produk layanan kesehatan dicoba terlebih dahulu oleh pasien sebelum dikonsumsi. Selain itu kesembuhan dan pemulihan dari sakit juga bervariasi antara satu pasien dengan pasien lainnya. Pengaruh dari penanganan penyakit yang telah diterima oleh pasien-pasien sebelumnya tidak dapat mutlak menjadi acuan untuk memastikan keberhasilan dari pengobatan. Hubungan antara dokter dan pasien terbangun atas dasar kepercayaan yang berasal dari ketimpangan pengetahuan tersebut.

Suplai jasa kesehatan formal dibatasi oleh perijinan yang harus dimiliki para penyedia layanan kesehatan. Secara ekonomi, hal ini menciptakan *entry barrier* yang dapat membuat biaya dari pelayanan kesehatan menjadi mahal. Di sisi lain perijinan memang diperlukan untuk memastikan standar kualitas dari layanan kesehatan.

Palmer (2014) menyatakan bahwa universalitas dari sebuah sistem asuransi kesehatan sosial terletak pada kemampuannya untuk mengikutsertakan dan mengumpulkan iuran dari orang yang non-miskin, dan kemampuan pemerintah untuk memberikan subsidi iuran untuk orang miskin dan hampir miskin.

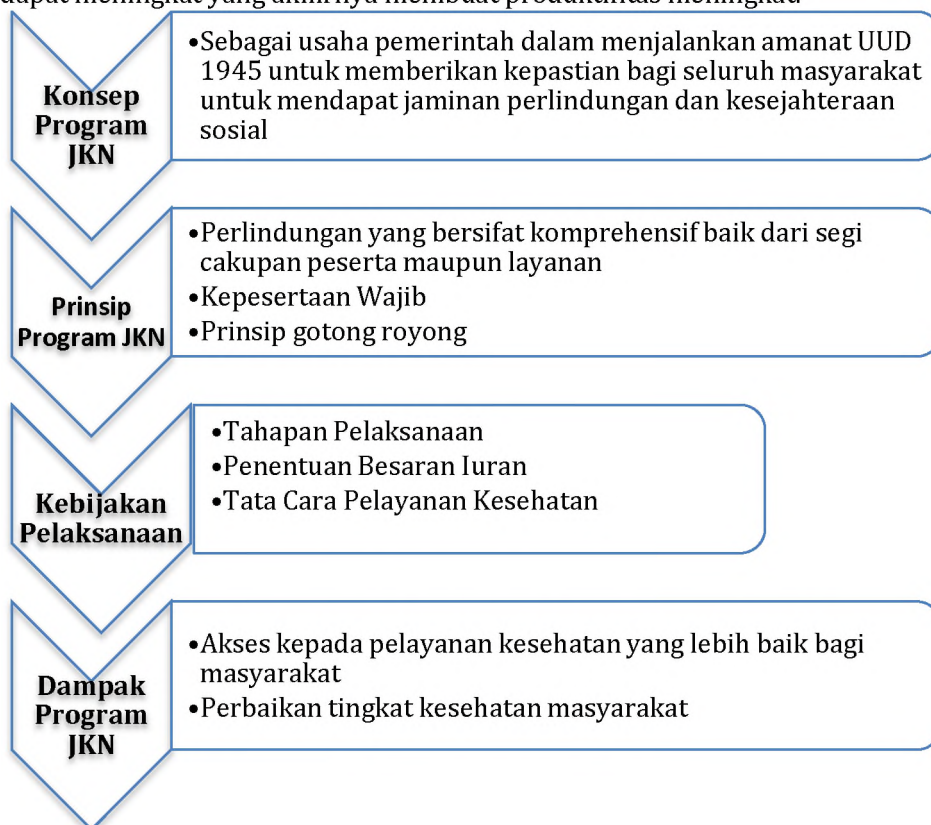
2.2. Kerangka Pikir Penelitian

Undang Undang Dasar 1945 mengamanatkan negara untuk memberikan hak warga negara berupa jaminan sosial dan menyelenggarakan suatu sistem jaminan sosial dengan memberdayakan warga negara yang lemah dan tidak mampu. Oleh karena itu dibentuklah suatu Sistem Jaminan Sosial Nasional dengan dibentuknya Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dengan adanya SJSN diharapkan ada kepastian jaminan bagi masyarakat untuk mendapat perlindungan dan kesejahteraan sosial.

Untuk pelaksanaan SJSN dibentuklah sebuah badan untuk melaksanakan sistem tersebut. Dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, maka Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dibentuk. BPJS terbagi atas dua yaitu BPJS Kesehatan yang melaksanakan program JKN yang melaksanakan program perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat, dan BPJS Ketenagakerjaan yang menjalankan program sosial ketenagakerjaan. Penelitian ini akan membahas pelaksanaan program JKN yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan dan kesesuaiannya dengan teori-teori tentang pelaksanaan jaminan kesehatan.

Pelaksanaan program JKN ini dijabarkan dengan Peraturan Pemerintah Nomor 101 tentang Penerima Bantuan Iuran yang mengatur pelaksanaan pemberian bantuan iuran program JKN kepada fakir miskin dan pihak-pihak lain yang berhak seperti yang diamanatkan oleh UUD 1945. Sedangkan pelaksanaan program JKN lebih lanjut diatur oleh Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dan perubahannya yaitu Perpres Nomor 111 tahun 2013. Beberapa hal yang diatur dalam Perpres ini antara lain tentang kewajiban kepesertaan, tahap pelaksanaan program JKN, besaran iuran, tata cara pendaftaran, dan siapa-siapa saja yang harus mendaftarkan ke BPJS Kesehatan. Untuk petunjuk pelaksanaan pelayanan kesehatan melalui JKN diatur lebih lanjut oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.

Dengan adanya program JKN ini diharapkan semua masyarakat memiliki akses layanan kesehatan dan mendapatkan fasilitas pelayanan yang memadai. Karena program JKN ini berdasarkan pada asas gotong royong dimana yang sehat membantu yang sakit, diharapkan semua lapisan masyarakat segera menjadi peserta program ini agar sistem subsidi silang dapat berlangsung dengan lancar. Dengan kelancaran program JKN maka tingkat kesehatan masyarakat dapat meningkat yang akhirnya membuat produktifitas meningkat.



Gambar 2.1. Kerangka pikir penelitian.

III. METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan analisa deskriptif yang mencoba menginterpretasikan data yang diperoleh berdasarkan teori dan hasil penelitian terdahulu. Penelitian akan dilakukan melalui meta analisis berdasarkan informasi pelaksanaan dan ekspektasi capaian dari pelaksanaan JKN serta kesesuaiannya dengan teori dan *best practice* dari negara-negara lain. Selanjutnya penelitian akan menawarkan beberapa usulan perbaikan program JKN agar dapat menjadi sebuah Jaminan kesehatan Semesta pada tahun 2019.

Data penelitian adalah data sekunder yang diperoleh dari referensi mengenai jaminan kesehatan serta pelaksanaan asuransi kesehatan. Selain itu data yang tersaji dapat berupa Undang-undang dan peraturan yang melandasi pelaksanaan JKN.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN.

4.1. Konsep dan Implementasi Program JKN.

Menurut Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 definisi dari jaminan kesehatan adalah *"Jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah"*.

Melihat dari definisi diatas maka disimpulkan bahwa jaminan kesehatan yang dimaksud berupa asuransi kesehatan yang mengharuskan pembayaran iuran sebagai prasyarat untuk menerima manfaat pemeliharaan kesehatan.

Kepesertaan dari jaminan kesehatan terbagi atas dua kategori yaitu Penerima Bantuan Iuran jaminan kesehatan, yang selanjutnya disebut sebagai PBI Jaminan Kesehatan, dan bukan PBI jaminan kesehatan yang harus membayarkan iuran sendiri dari penghasilannya. Peserta yang termasuk PBI jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu serta mereka yang memiliki cacat tetap yang merupakan peserta program jaminan kesehatan. PBI Jaminan Kesehatan dan beserta asuransi kesehatan tertentu lainnya menjadi prioritas untuk menjadi peserta jaminan kesehatan pada tahapan pertama yang dimulai pada 1 Januari 2014.

Tahapan pertama adalah paling sedikit mendaftarkan secara otomatis:

- (i) anggota TNI/ Pegawai Negeri Sipil dilingkungan kementerian pertahanan beserta keluarganya,
- (ii) anggota Polri/Pegawai Negeri sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya,
- (iii) peserta asuransi kesehatan perusahaan persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia dan anggota keluarganya,
- (iv) peserta Jaminan Kesehatan Perusahaan persero (Persero) Jaminan Sosial tenaga Kerja (Jamsostek) dan anggota keluarganya, dan
- (v) Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.

Tahapan kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan paling lambat 1 Januari 2019.

Menurut Grubber (2011) Jaminan Kesehatan Semesta (*universal health insurance*) pada prinsipnya dapat dilaksanakan baik melalui ekspansi pemerintah maupun swasta. Program jaminan kesehatan nasional dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan sebagai badan yang diamanatkan oleh Undang-Undang. Badan ini diberikan wewenang untuk menarik iuran dan mengelola iuran atau premi asuransi kesehatan. Oleh karena itu program ini dapat disebut sebagai asuransi kesehatan sosial.

Jika melihat desain kepesertaan JKN, maka jalan untuk menjadi *universal health insurance* telah menemukan jalur yang sesuai. Jika kriteria *"three-legged stool"* yang dipakai sebagai ukuran, maka kriteria pertama yang melarang pelaksana program jaminan kesehatan untuk menolak peserta dengan kondisi bawaan (*pre-existing condition*) telah terpenuhi dengan penunjukan suatu badan untuk melaksanakan program JKN. Dengan begitu semua orang akan lebih terjamin kepesertaannya dalam program JKN.

Sementara itu, Zweifel dan Manning (2000) menyatakan bahwa kesehatan bukanlah satu-satunya yang dianggap penting, masih banyak hal lain di dunia yang dianggap berharga untuk dijadikan prioritas. Karena keterbatasan sumber daya yang dimiliki, seorang individu akan menimbang insentif dari kepemilikan jaminan kesehatan dibandingkan hal lainnya. Untuk itu ada

kemungkinan seseorang tidak mendaftarkan diri dalam program JKN. Mereka yang memiliki risiko kesehatan yang tinggi tentu akan segera mendaftarkan diri untuk menjadi peserta sedangkan yang merasa rendah risiko kesehatannya cenderung memilih untuk menunda untuk mendaftarkan diri pada program JKN. Dalam hal ini diperlukan kondisi kedua untuk menutup kekurangan ini.

Kondisi kedua yang dipersyaratkan dalam menyusun program jaminan kesehatan adalah menjadikan kepesertaan program JKN sebagai kewajiban untuk semua orang. Hal ini akan membuat semua orang 'dipaksa' untuk menjadi peserta program jaminan kesehatan Walaupun pada tahap pertama belum semua diharuskan untuk mendaftarkan diri pada program JKN, tetapi pada tahap kedua atau selambatnya 1 Januari 2019, semua orang diharuskan menjadi peserta program JKN.

Kondisi pertama dan kedua saja belum cukup untuk memastikan keberlangsungan dari sebuah program JKN. Kedua persyaratan mungkin akan memberatkan sebagian orang yang tidak mampu membayar iuran JKN. Tidak semua orang memiliki kapasitas keuangan yang memadai untuk membayar iuran jaminan kesehatan. Bagi orang yang berada dibawah maupun diambang garis miskin, pengeluaran untuk iuran jaminan kesehatan tentu akan memberatkan. Untuk itu diperlukan kondisi ketiga sebagai solusi untuk menutup kekurangan tersebut.

Kondisi ketiga adalah campur tangan pemerintah dalam membantu mereka yang tidak mampu membayar iuran. Pemerintah telah menetapkan bahwa fakir miskin dan mereka yang memiliki cacat tetap merupakan peserta jaminan kesehatan yang menerima bantuan. Hal ini menutup kekurangan dari dua kondisi untuk *universal health insurance* seperti disebut diatas. Dengan adanya bantuan iuran kepada fakir miskin maka semua lapisan masyarakat akan dapat dijangkau oleh program JKN. Dengan begitu pada tanggal 1 Januari 2019 semua orang akan mempunyai perlindungan jaminan kesehatan. Dengan kata lain, dari sisi kepesertaan, Indonesia akan memiliki Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Insurance*).

Dari segi pelayanan, JKN merupakan suatu sistem kesehatan yang memberikan pelayanan menyeluruh. JKN menyediakan layanan kesehatan yang bersifat preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Seluruh pelayanan tidak dipengaruhi oleh jumlah iuran yang diberikan. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam mendapat pelayanan. Jadi JKN adalah pelayanan kesehatan yang bersifat komprehensif dalam pelayanannya.

Untuk mendapat gambaran tentang penerapan Jaminan Kesehatan di negara-negara lain. Tabel 4.1. menunjukkan bagaimana penerapan jaminan kesehatan dilakukan oleh Negara-negara yang telah lebih dulu menerapkan jaminan kesehatan sosial. Dari Tabel 4.1. dapat dilihat bagaimana perjalanan panjang dari berbagai negara untuk mengimplementasikan sistem JKS. Negara maju seperti Jerman membutuhkan waktu 127 tahun untuk dapat menerapkan sebuah sistem JKS. Dapat dilihat penerapan JKS di beberapa negara maju dimulai dengan tahapan mewajibkan kepemilikan asuransi bagi para pekerja. Sejarah pembentukan BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan ditandai dengan keluarnya Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968 yang mengatur pemeliharaan kesehatan PNS, ABRI, dan Penerima Pensiun beserta anggota keluarganya. Sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan tersebut dibentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Badan ini yang kemudian menjadi PT. Askes (Persero) yang melayani asuransi kesehatan sosial bagi PNS dan juga sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM/ASKESKIN).

Pada era sebelum BPJS, masyarakat yang tidak tercakup dalam jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh PT. ASKES boleh memilih sendiri penyelenggara asuransinya. Jadi mekanisme pasar mempengaruhi pengadaan asuransi di Indonesia. Pada era BPJS Kesehatan, kepesertaan yang diwajibkan bagi semua orang akan berimplikasi pada peralihan tanggung jawab

pengadaan asuransi kesehatan dari mekanisme pasar kepada BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara program JKN.

Tabel 4.1. Proses Negara Maju Menuju Sistem JKS

Negara	Jangka Waktu JKS	Tahapan Sistem JKS
Jerman	1854-1988 (127 tahun)	1. Pengembangan dana suka rela untuk kesehatan dibentuk (awal abad ke-19) 2. Keanggotaan wajib pada asuransi kesehatan (1843); diterapkan untuk lapangan kerja sektor tertentu (1849) 3. UU pertama yang mewajibkan seluruh pegawai tambang memiliki asuransi kesehatan di seluruh negeri (1854) 4. <i>Social Health Insurance</i> (SHI) memiliki cakupan nasional dan komprehensif (1883), secara bertahap (hingga 1988)
Austria	1888-1967 (79 tahun)	1. Lembaga pengawas pemberi kerja (pertengahan abad ke-19) 2. Asosiasi pengumpulan dana kesehatan (1867) 3. Skema asuransi kesehatan dan kecelakaan (1887-88), dengan peningkatan cakupan (hingga 1967)
Belgia	1851-1969 (118 tahun)	1. Dana kesehatan untuk beberapa jenis pekerjaan (1851) 2. Dana kesehatan disubsidi oleh pemerintah bersama dengan serikat kerja nasional (1894) 3. Asuransi kesehatan diwajibkan untuk seluruh pegawai resmi/berupah (1944), asuransi kesehatan diwajibkan hingga seluruh masyarakat secara bertahap (1964-69)
Luksemburg	1901-1973 (72 tahun)	1. Asuransi kesehatan diwajibkan untuk pekerja pada sektor industri (1901) 2. Kewajiban asuransi kesehatan diperluas hingga mencakup pensiunan dan pegawai negeri (1952), diperluas hingga pekerja dari seluruh sektor (1958-64).
Israel	1911-1995 (84 tahun)	1. Asuransi kesehatan -Kupat Holim Clalif – untuk pekerja pada sektor pertanian (1911) 2. Tiga asuransi kesehatan dibentuk untuk mencakup hampir seluruh pegawai (1995)
Kosta Rika	1941-1961 (20 tahun)	1. Asuransi sosial - CCSS – untuk penduduk perkotaan dan area perkebunan kopi (1941) 2. Rumah tangga diwajibkan memiliki asuransi (1956) 3. Kontribusi asuransi dan pelayanan ditingkatkan (1960) 4. Asuransi diwajibkan mencakup seluruh populasi (1961) 5. Asuransi berjalan secara komprehensif dan efektif (1991)
Jepang	1922-1958 (36 tahun)	1. Asuransi kesehatan untuk komunitas atau <i>Community Health Insurance</i> (CHI) dikembangkan (awal abad ke-19) 2. Pegawai pada sektor tertentu diwajibkan memiliki asuransi kesehatan (1922) 3. CHI, dikembangkan hingga cakupan nasional (1930), dengan prioritas keluarga kurang mampu, penduduk pedesaan, petani, wiraswasta, dan pegawai pada perusahaan mikro dan kecil (1938) 4. Cakupan kesehatan yang terasuransi diperluas (1944-58)
Korea Selatan	1963-1989 (26 tahun)	1. Aturan asuransi kesehatan diterbitkan (1963), diikuti pendirian beberapa perusahaan asuransi (1963-77) 2. Asuransi kesehatan diwajibkan untuk setiap pekerja yang berkerja pada perusahaan: dengan jumlah pekerja 500 keatas (1977), jumlah pekerja 100 keatas (1981); jumlah pekerja 16 keatas (1983) 3. Asuransi kesehatan mencakup seluruh penduduk (hingga 1989)

Sumber: Pradiptyo *et al.* (2014)

4.2. Kebijakan Program JKN

Sesuai dengan UU BPJS, kepesertaan BPJS Kesehatan didasari asas gotong royong dan kepesertaan yang diwajibkan dimana semua saling membantu. Kunci utama keberhasilan dari program JKN adalah kepesertaan semua orang kedalam program ini. Dengan kepesertaan seluruh rakyat pada program JKN maka keberlangsungan program JKN dapat terjaga. Terhimpunnya dana dari semua orang maka pendanaan program dapat lebih mandiri.

Pada Tabel 4.2. dapat dilihat penetapan jumlah iuran untuk pekerja bukan penerima didasarkan pada kelas pelayanannya. Hal ini tentu dapat dikritisi karena dalam asuransi praktek yang lazim adalah penetapan jumlah iuran didasarkan pada risiko dari sekelompok orang. Risiko kesehatan berhubungan dengan sejarah kesehatan, perilaku hidup sehat, usia dan sebagainya.

Penentuan risiko individu berdasarkan penyakit yang diderita mungkin sulit dilaksanakan mengingat besarnya jumlah peserta jaminan kesehatan. Hal ini disebabkan oleh *asymmetry of information* tentang kondisi kesehatan dari para peserta. Grubber (2011) menyebutkan bahwa kelompok umur dan konsumsi rokok dapat dijadikan sebagai kriteria untuk menentukan kelompok risiko dari peserta Jaminan Kesehatan Semesta. Penggunaan kriteria untuk menentukan tingkat risiko lebih mencerminkan ekspektasi biaya yang akan dikeluarkan untuk memberikan layanan kesehatan. Hal ini juga akan menjaga keberlangsungan (*sustainability*) dari program JKN.

Tabel 4.2. Skema iuran program BPJS Kesehatan

Jenis Peserta	Kelompok	Iuran	Keterangan
PBI		Rp19.225	
Pekerja Penerima Upah	PNS, TNI/Polri, pejabat negara, pegawai pemerintah non-PNS	5% dari upah	3% dibayar pemberi kerja; 2% dibayar peserta
	Pekerja penerima upah lain	4,5% dari upah	4% dibayar pemberi kerja; 0,5% dibayar peserta (efektif 1 Januari 2014 - 30 Juni 2015)
	Pekerja penerima upah lain	5% dari upah	4% dibayar pemberi kerja; 1% dibayar peserta
Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja	Anggota keluarga	1% dari gaji	
	Peserta Kelas III	Rp25.500	
	Peserta Kelas II	Rp42.500	
	Peserta Kelas I	Rp59.500	
	Penerima Pensiun	5% dari besaran pensiun pokok dan tunjangan keluarga per bulan	3% dibayar pemerintah; 2% dibayar penerima pensiun
	Veteran/Perintis Kemerdekaan dan janda/duda/yatim-piatunya	5% dari 45% gaji pokok PNS Golongan III/a per bulan	

Sumber : Diolah dari Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013.

Pelayanan yang diterima antara kelas yang satu dengan yang lain pada hakekatnya adalah sama. Perbedaannya terletak pada fasilitas rawat inap yang diterima. Berikut adalah pembagian ruang kelas rawat inap dalam program BPJS:

- a. ruang perawatan kelas III diperuntukkan kepada:
 1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemda;

2. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk manfaat kelas III;
- b. ruang perawatan kelas II diperuntukkan kepada:
 1. PNS dan penerima pensiun PNS gol I dan gol II beserta anggota keluarganya;
 2. Anggota TNI/Polri dan penerima pensiun anggota TNI/Polri yang setara PNS gol I dan II beserta anggota keluarganya;
 3. Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan Gaji dan Upah sampai dengan 1,5 kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 anak beserta anggota keluarganya;
 4. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk manfaat kelas II;
- c. ruang perawatan kelas I diperuntukkan kepada:
 1. Pejabat Negara dan keluarganya;
 2. PNS dan penerima PNS gol III dan IV beserta keluarganya;
 3. Anggota TNI/Polri dan penerima pensiun Anggota TNI/Polri yang setara dengan PNS gol III dan gol IV beserta anggota keluarganya;
 4. Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
 5. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari veteran dan Perintis Kemerdekaan;
 6. Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan Gaji dan Upah di atas 1,5-2 kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 anak beserta anggota keluarganya;
 - dan 7. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk manfaat pelayanan kelas I.

Untuk kebijakan subsidi iuran, pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah nomor 101 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Dan untuk pelaksanaan Jaminan kesehatannya Pemerintah mengeluarkan Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Pada Perpres tersebut disebutkan bahwa subsidi iuran dibayarkan oleh pemerintah dari Anggaran Penerimaan Dan Belanja negara. Dengan begitu pemerintah telah melakukan tugasnya untuk memberikan perlindungan sosial kepada mereka yang tidak mampu.

Untuk mengurangi beban biaya pada peserta BPJS Kesehatan, sistem yang dipakai adalah sistem *prepayment* berdasarkan kapitasi pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Hal ini berbeda dengan sistem *reimbursement* yang mensyaratkan peserta asuransi untuk membayarkan terlebih dulu biaya yang dibutuhkan untuk kemudian dimintakan pengembalian kepada perusahaan asuransi. Pelaksanaan sistem kapitasi yaitu dengan membayarkan biaya pelayanan kesehatan menurut jumlah peserta yang terdaftar pada fasilitas kesehatan pertama yang bersangkutan. Sedangkan untuk tingkat rujukan biaya pelayanan kesehatan ditanggung sesuai dengan *Indonesia Case Based Group (INA-CBG)* yang menjadi standar biaya pelayanan kesehatan. Penerapan sistem ini diperlukan untuk mencegah *moral hazard* dari sisi pemberi layanan kesehatan. Jika tidak melalui sistem kapitasi dan standarisasi biaya dikhawatirkan akan terjadi pemberian layanan yang berlebihan kepada peserta program JKN dan akhirnya meningkatkan biaya pada BPJS Kesehatan. Bukan tidak mungkin hal ini akan berdampak pada meningkatnya jumlah iuran yang dipersyaratkan oleh BPJS Kesehatan di kemudian hari. Kemungkinan lainnya adalah pemerintah yang harus menanggung beban dari lonjakan biaya kesehatan akibat layanan kesehatan yang berlebihan.

Jika membutuhkan perlindungan tambahan, setiap orang dapat membeli perlindungan non-medis tambahan dari asuransi lainnya sebagai pelengkap asuransi kesehatan dari BPJS Kesehatan dengan skema *Coordination of Benefit (CoB)*. Melalui mekanisme CoB, peserta BPJS Kesehatan yang

membeli asuransi kesehatan tambahan dari Penyelenggara Program Asuransi Kesehatan Tambahan atau badan penjamin lainnya yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat menikmati layanan kelas perawatan lebih tinggi dan mendapatkan *benefit* lain yang tidak tercakup dalam JKN, serta mendapatkan perawatan lanjutan yang eksklusif dan dapat diterima di rumah sakit swasta yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, jika dalam keadaan gawat darurat.

4.3. Dampak program JKN

Penyelenggaraan program JKN diharapkan akan meningkatkan aksesibilitas masyarakat kepada layanan kesehatan. Setiap warga Negara akan mendapat jaminan pelayanan pada fasilitas kesehatan. Pada akhirnya akan terjadi peningkatan taraf kesehatan di Indonesia.

Dalam Tabel 4.3. kita bisa melihat sampai dengan semester pertama tahun 2014 kepesertaan BPJS Kesehatan mencapai 124,53 juta jiwa. Jumlah PBI Jaminan Kesehatan sebanyak 86,40 juta jiwa dan non PBI sebanyak 39,13 juta jiwa.

Tabel 4.3. Jumlah Peserta pada BPJS Kesehatan

No	Uraian	Jumlah Peserta Per 30 Juni 2014
A.	Penerima Bantuan Iuran	86.400.000
B.	Bukan Penerima Bantuan iuran	
1	Pekerja Penerima Upah	
a.	PNS	11.390.402
b.	TNI/POLRI/PNS Kemhan/Polri	2.486.424
c.	Pejabat Negara (PN)	8.749
d.	Pegawai Pemerintah Non-PNS	68.170
e.	Pegawai Swasta/BUMN/Lainnya	9.807.882
f.	Pekerja Penerima Upah Lainnya	-
g.	WNA bekerja > 6 Bulan	-
Sub total 1		23.761.627
2	Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	
a.	Pekerja Mandiri (PM)	3.565.240
b.	PBPU selain PM	-
Sub total 2		3.565.240
3	Bukan Pekerja (BP)	
a.	Investor	52
b.	Pemberi Kerja	931
c.	Penerima Pensiun (PP) Eks Askes Sosial	4.459.306
d.	Veteran	444.702
e.	Perintis Kemerdekaan (PK)	2.746
f.	BP mampu bayar lainnya	14.384
Sub total 3		4.992.121
Total B		32.248.988
C	Jamkesda dan PJKMU Askes (Transisi)	5.904.052
Total		124.553.040

Sumber : BPJS Kesehatan

Merujuk pada Nota Keuangan Republik Indonesia tahun 2015, jumlah dana yang dianggarkan pemerintah untuk membantu PBI sebesar Rp19,9 triliun untuk tahun 2014. Diharapkan dengan banyaknya kepesertaan BPJS Kesehatan, maka dana yang dihimpun BPJS akan meningkat dan mencukupi untuk membiayai program JKN. Peningkatan pelayanan BPJS Kesehatan hanya dimungkinkan jika dana yang dikumpulkan dari masyarakat cukup memadai. Oleh karena diperlukan sosialisasi yang baik mengenai program jaminan kesehatan ini agar masyarakat memiliki pemahaman yang benar mengenai jaminan kesehatan.

Pada Tabel 4.4. kita dapat melihat sepanjang semester pertama tahun 2014, jumlah iuran yang telah dikumpulkan oleh BPJS Kesehatan sebesar Rp18,41 triliun rupiah. Jumlah Bantuan Iuran kepada PBI sebesar Rp9,97 triliun dan iuran dari non PBI sebesar Rp8,84 triliun. Sedangkan jumlah klaim yang dibayarkan pada semester pertama adalah sebesar 16,415 triliun.

Untuk menjaga keberlangsungan (*sustainability*) dari program JKN, maka perlu disegerakan keikutsertaan dari seluruh masyarakat. Dengan begitu dana yang masuk kedalam program akan mencukupi kebutuhan untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diberikan. Selain menjangkau kepesertaan masyarakat, pemerintah perlu memikirkan cara untuk menjaga ketaatan pembayaran iuran dari para peserta. Apabila peserta tidak taat dalam membayar iuran maka keberlangsungan dari program ini dapat terancam.

Pada awal pemberlakuan program JKN terjadi banyak lonjakan permintaan layanan kesehatan. Hal ini disebabkan euforia masyarakat tidak mampu tentang layanan kesehatan “gratis” yang disediakan oleh pemerintah. Jika tidak diimbangi dengan kepesertaan sukarela yang meningkat maka akan terjadi defisit dana pada BPJS Kesehatan. Dampak lainnya adalah ketidaksiapan dari fasilitas layanan kesehatan untuk menampung masyarakat yang ingin mendapat layanan kesehatan. Untuk itu perlu dukungan dari berbagai pihak untuk memperbaiki dan memperbanyak fasilitas layanan kesehatan.

Tabel 4.4. Iuran yang Diterima BPJS

No	Jenis Iuran	Jumlah Iuran
A	Penerima Bantuan Iuran	9.966.240
B	Eks Askes Sosial	
1	Premi Peserta Premi Pemerintah	
	Iuran Wajib PNS & TNI/POLRI (PFK)	1.689.657
	Iuran Penerima Pensiun	572.955
Sub Total 1		2.262.612
2	Premi Pemerintah	
	Iuran Pemda (PFK)	1.563.460
	Iuran Pemerintah Pusat (DIPA)	1.564.658
Sub Total 2		3.128.108
3	Iuran Veteran Non TUVET (DIPA)	380.500
	Sub total Eks Askes Sosial	5.771.220
C	Eks TNI / POLRI	
	Iuran Pemerintah Pusat (DIPA)	349.181
Sub Total Eks TNI / POLRI		349.181
D	Formal / Badan Usaha	1.567.137
E	Warga asing bekerja > 6 Bulan	-
F	Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU)	324.642
G	Jamkesda dan PJKMU Askes (transisi)	433.837
Total		18.412.255

Sumber : BPJS Kesehatan

Perbaikan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat khususnya mereka yang termasuk golongan tidak mampu akan meningkatkan kesempatan untuk memperoleh kehidupan yang lebih baik. Memperoleh layanan kesehatan bukan hanya masalah membayarkan biayanya, melainkan juga merelakan kesempatan untuk menghasilkan pemasukan. Dengan kesehatan yang lebih baik maka orang mendapatkan kesempatan untuk bekerja lebih banyak. Subsidi bagi orang yang tidak mampu akan meringankan beban mereka dalam hal biaya kesehatan.

Dampak utama yang paling diharapkan adalah akses masyarakat terhadap penyelenggara kesehatan, dan pada akhirnya akan meningkatkan status/derajat kesehatan masyarakat. Beberapa

hal yang menjadi penanda perbaikan kesehatan antara lain adalah meningkatnya kemampuan untuk bertahan hidup dengan indikator umur harapan hidup; kemampuan untuk lebih menikmati hidup sehat dengan indikator angka kesakitan; meningkatnya kesempatan untuk menambah tingkat pendidikan dengan indikator literasi dan tingkat pendidikan; serta kemampuan untuk meningkatkan taraf hidup sejahtera dengan indikator pendapatan per kapita.

V. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN

5.1 Kesimpulan

Konsep program JKN adalah memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Selain itu, pelayanan yang diberikan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. sehingga dapat disimpulkan bahwa secara desain program JKN telah memenuhi syarat sebagai *universal health insurance* atau *social health insurance* yang menjamin akses pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk menjamin keberhasilan dan keberlangsungan program ini maka perlu dilakukan perbaikan pada tataran pelaksanaannya.

Permasalahan utama yang dihadapi adalah keberlangsungan pembiayaan dari program Jaminan Kesehatan Nasional. Formulasi dari besaran iuran dan pengelompokan risiko masih perlu diperbaiki. Hal ini untuk mewujudkan sebuah jaminan kesehatan yang tidak hanya bersifat sosial tetapi juga efektif dan efisien dalam pelaksanaannya. Jumlah iuran yang terlalu kecil akan mengancam keberlangsungan pembiayaan program ini. Iuran yang terlalu besarpun mempunyai risiko penolakan karena sifat dari program yang mewajibkan semua orang untuk menjadi peserta. Penting juga untuk memastikan kelancaran pembayaran iuran dari para peserta untuk menjaga keberlangsungan dari program Jaminan Kesehatan ini.

Sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan primer dilakukan melalui sistem kapitasi untuk mencegah *moral hazard* dari sisi pemberi layanan. Sistem kapitasi dapat menghindarkan masalah pemberian pelayanan yang melebihi keperluan dari pasien. Sedangkan untuk fasilitas kesehatan lanjutan diharuskan melalui rujukan dari fasilitas kesehatan primer kecuali untuk kasus gawat darurat. Untuk perhitungan biaya, dipakai standar biaya INA-CBG sebagai dasar pembayaran tagihan biaya kesehatan. BPJS Kesehatan harus membangun sebuah sistem yang memungkinkan pencairan tagihan dilakukan tepat waktu. Kelancaran sistem pembayaran merupakan faktor penting kelancaran pelayanan kepada pasien.

Masalah kesenjangan infrastruktur fasilitas kesehatan perlu juga segera diatasi. Jika negara mewajibkan semua warga negara untuk ikut serta dalam program JKN, maka wajib pula bagi negara untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang dapat diakses bagi seluruh rakyat Indonesia. Negara harus membuat kesetaraan pelayanan fasilitas kesehatan bagi masyarakat di seluruh wilayah Indonesia. Tidak adil jika semua orang diharuskan membayar iuran yang sama besar tetapi hanya beberapa kelompok yang dapat menikmati fasilitas kesehatan secara maksimal. Belajar dari pengalaman Thailand dalam menerapkan *universal health insurance*, kunci keberhasilan dari program jaminan kesehatan semesta terletak pada kekuatan infrastruktur fasilitas kesehatan di daerah-daerah pedesaan (Li *et al.*, 2011). Perlu diprioritaskan unruk menambah fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Perbaikan ini membutuhkan dukungan dari pemerintah daerah yang juga dipersyaratkan mengalokasikan dana kesehatan.

Program JKN adalah sebuah langkah dari pemerintah untuk memberikan perlindungan dan jaminan pelayanan kesehatan bagi penduduk. Program JKN dilakukan demi meningkatkan taraf kesehatan masyarakat yang akhirnya memberikan kesempatan kepada semua penduduk untuk mendapatkan kehidupan yang layak dan berkeadilan sosial.

5.2 Rekomendasi Kebijakan

Agar program JKN dapat berjalan dengan baik dan efektif, pemerintah harus dapat menyusun kebijakan yang efektif untuk menjangkau keikutsertaan semua masyarakat dalam program JKN. Hal ini untuk menjamin keberlangsungan (*sustainability*) dari program JKN. Kebijakan tersebut meliputi sosialisasi dan pemberdayaan aparatur pemerintah. Sebagai tindakan nyata perlu disusun aturan yang mewajibkan semua orang untuk memiliki bukti kepesertaan jaminan kesehatan nasional dalam mengurus surat-surat dan administrasi kependudukan. Perlu juga disusun mekanisme untuk secara otomatis mendaftarkan bayi baru lahir dalam program jaminan kesehatan. Dengan begitu percepatan kepesertaan dalam jaminan kesehatan nasional dapat dilakukan. Diperlukan juga kampanye mengenai program ini untuk memberikan persepsi yang benar mengenai program JKN. Selain itu untuk menjaga keberlangsungan program Jaminan Kesehatan Nasional, perlu juga disusun sebuah mekanisme untuk memastikan ketaatan para peserta dalam membayar iuran. Mengintegrasikan Iuran JKN pada pembayaran tagihan yang bersifat berkala dapat menjadi salah satu alternatif.

Penyusunan dan penetapan jumlah iuran agar lebih mencerminkan risiko kesehatan dari peserta. Beberapa variabel kesehatan perlu dimasukkan dalam menentukan besaran iuran bagi masing-masing kelompok peserta BPJS. Tingkat umur dan konsumsi tembakau, dalam hal ini rokok, dapat menjadi indikator kondisi kesehatan. Orang-orang yang memasuki usia lanjut mempunyai kecenderungan lebih besar untuk mengalami gangguan kesehatan. Informasi ini dapat menjadi salah satu pertimbangan untuk menentukan besaran premi. Orang yang mengkonsumsi tembakau tentu mempunyai risiko yang lebih besar terkait kesehatannya, oleh karena itu harus dibebankan premi yang lebih besar. Hal ini dapat mempromosikan gaya hidup sehat dan kampanye agar orang menjauhi diri dari mengkonsumsi rokok.

Dalam hal pelaksanaan pemberian layanan kepada masyarakat, diperlukan sebuah sistem yang mencegah *moral hazard* dari sisi peserta maupun dari sisi penyedia layanan kesehatan. Sosialisasi cara hidup sehat dan cara memelihara kesehatan perlu dilakukan agar penduduk tidak selalu bergantung pada penyedia layanan kesehatan setiap mengalami keluhan kesehatan. Agar tidak terjadi pemberian layanan yang berlebihan dari fasilitas pemberi layanan kesehatan, diperlukan sistem kapitasi yang lebih baik pada level layanan primer dan penyusunan standar biaya kesehatan yang lebih memadai pada level fasilitas layanan kesehatan lanjutan. Penelaahan terhadap INA-CBGs harus dilakukan secara berkala untuk mendapat besaran biaya standar yang lebih tepat. Perlu juga dijaga ketertiban pencairan tagihan dari fasilitas kesehatan kepada BPJS untuk menjaga kelancaran pelayanan terhadap peserta. Pengawasan dan evaluasi terhadap fasilitas layanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan perlu dilakukan untuk memastikan mereka memberikan layanan yang sesuai dengan standar mutu dan memberikan layanan yang tidak berlebihan kepada pasien.

Pembangunan infrastruktur layanan kesehatan umum diperlukan untuk mendukung keberhasilan program JKN. Dalam hal ini dukungan dari pemerintah daerah mutlak diperlukan. Pemerintah daerah dapat lebih aktif dalam menyediakan fasilitas layanan kesehatan di daerahnya agar masyarakat memiliki akses pelayanan dan dapat memanfaatkan asuransi kesehatan. Hal ini untuk memastikan keadilan bagi mereka yang ikut membayar iuran jaminan kesehatan. Jika seseorang yang membayar iuran tidak dapat menggunakan layanan kesehatan, maka akan terjadi ketidakadilan dalam program jaminan kesehatan nasional. Selain itu peran pemerintah daerah juga penting untuk menjamin pemerataan mutu layanan kesehatan diseluruh daerah.

Selain itu pemerintah daerah dapat berperan aktif dalam kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat preventif dan promotif. Penyuluhan tentang cara hidup sehat perlu digalakkan. Selain itu

program imunisasi dan penambahan sarana sanitasi juga perlu diprioritaskan. Untuk itu koordinasi dengan kementerian atau lembaga yang terkait diperlukan untuk mencapai sinergi dan efektifitas kegiatan. Dengan begitu, sebuah program Jaminan Kesehatan Semesta bagi Indonesia dapat terlaksana. Pada akhirnya dapat menjamin hak warga negara untuk mendapatkan jaminan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Arrow, K. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*.
- Card, D., et al. (2008). The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare. *American Economic Review* , 98:5, 2242-2258
- Durán, A., et al. (2012). Understanding Health Systems: Scope, Functions And Objectives. Dalam: Figueras J. dan Martin McKee, 2012. *Health System, Health, Wealth and Societal Well-Being*. Open University Press.
- Grubber, J. (2010). *Health Care Reform Is a "Three-Legged Stool": The Cost of Partially Repealing the Affordable Care Act*. Center for American Progress. Diakses melalui <http://www.americanprogress.org/issues/healthcare/report/2010/08/05/8226/health-care-is-a-three-legged-stool/> diakses tanggal 1 Oktober 2014
- Grubber, J. (2011). The Impact of Affordable Care Act : How Reasonable Are The Projections?. *Working Paper 17168*. National Bureau of Economic Research
- Li, C., Xuan Yu, James RG Butler, Vasoontara Yiengprugsawan, dan Min Yuet al. (2011). Moving towards universal health insurance in China: Performance, issues and lessons from Thailand. *Social Science and Medicine* 73. 359-366
- McKee, J., Judith Healy, dan Jane Falkingham. (2002). *Health Care in Central Asia*. Open University Press: Buckingham
- Miller S. (2012). The effect of insurance on emergency room visits: An analysis of the 2006 Massachusetts health reform. *Journal of Public Economics*, 96, 893–908
- Palmer, M.G. (2014). Inequalities in Universal Health Coverage: Evidence from Vietnam, *World Development* ,64,384-394
- Pradiptyo, R., A. Winotomo., Y. H. Permana., K. Ash Shidiqi., R.M. Hilman., T.H. Partohap, (2014). Laporan Penelitian Menuju Jaminan Kesehatan Semesta Indonesia 2019. *Makalah dalam Focused Group Discussion Menuju Jaminan Kesehatan Semesta tanggal 11 September 2014*. Jakarta:Badan Kebijakan Fiskal
- Rahayu S.L. (2014). *Dinamika Kebijakan Pendanaan Bidang Kesehatan*. Jakarta:Fokus Media
- Sommers, BD., Kathrine Baicker, dan Arnold M. Epsteinl. (2012). Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions. *New England Journal of Medicine* ,367,1025-1034
- Zweifel, P dan WG. Manning.(2000). Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care. Dalam: Culyer,AJ dan J.P Newhouse *Handbook of Health Economics*; 409-455. Elsevier Science BV.
- Republik Indonesia, 2013. Peraturan Presiden 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. *Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29*. Jakarta : Sekretariat Kabinet Republik Indonesia

Republik Indonesia, 2013. Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013. *Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255* Jakarta: Sekretariat Kabinet Republik Indonesia

Republik Indonesia. (2011). Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116*. Jakarta

Republik Indonesia, 2014. Peraturan Presiden 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Program Jaminan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. *Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81*. Jakarta : Sekretariat Kabinet Republik Indonesia

Kementerian Keuangan Republik Indonesia.(2014). *Nota Keuangan Republik Indonesia 2015*. Jakarta.

<http://bpjs-kesehatan.go.id>