

BERBAGAI MODEL ALTERNATIF SISTEM PENYELENGGARAAN ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA

VARIOUS ALTERNATIVE MODELS OF HEALTH INSURANCE SCHEME IN INDONESIA

Ali Ghufron Mukti

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada/
Magister Manajemen Asuransi Kesehatan dan JPKM

ABSTRACT

Background: In recent years, reformation on health care financing in Indonesia is becoming an important issue at local as well as national level. It is not only the effect of globalization in which many developing countries are searching and debating to look for an appropriate health care financing system. It is also because significant changes on mechanism, allocation and balance of finance between central and local government are happening in Indonesia. The issue is becoming more important by the fact that many Indonesians are having limited access to health care worsen by the economic and political crisis. This article is trying to present various alternatives-financing systems their strength and weaknesses. It is hoped that the policy makers will be already well informed when choosing the best option.

Results: The health insurance scheme run by multi-payers at district level seem to be the most inefficient and most likely that cross-subsidy mechanism will not be working. A single payer at provincial level and oligo-payer seem to be the most efficient model.

Keywords: health insurance scheme, health care financing, Indonesia

PENGANTAR

Seperti terjadi di banyak negara lain, Indonesia menghadapi masalah yang cukup pelik dalam mengatasi biaya pelayanan kesehatan. Biaya ini meningkat dengan tajam dari waktu-ke waktu. Pada tahun 1984/85 total biaya kesehatan diperkirakan baru sekitar 1.89 triliun rupiah, tahun 1988/89 meningkat menjadi sekitar 2.80 triliun dan pada tahun 1994/95 naik lagi menjadi 7.03 triliun¹. Terlihat dalam kurun waktu 10 tahun sebelum krisis ekonomi biaya kesehatan di Indonesia meningkat hampir 4 kali lipat, tentunya pada saat krisis ekonomi ini biaya kesehatan di Indonesia meningkat lebih tinggi lagi². Dalam rangka mengendalikan biaya, meningkatkan akses pelayanan dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia berbagai upaya telah dilakukan. Upaya ini bisa dilihat sejak tahun 1968 dengan berdasarkan

Keppres No.230 tahun 1968 dibentuk suatu badan dengan nama Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun beserta keluarganya dengan kepesertaannya yang bersifat wajib. Badan ini akhirnya pada tahun 1992 berubah menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (PT Askes)³.

Sedangkan upaya perlindungan kesehatan bagi tenaga kerja umum selain pegawai negeri sipil diupayakan dengan diundangkannya UU Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja⁴. Sementara itu bagi masyarakat pada umumnya jaminan kesehatan diupayakan melalui konsep DUKM (Dana Upaya Kesehatan Masyarakat) sejak tahun 1982 dan akhirnya berkembang menjadi JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) sejak diundangkannya

UU No.23 tahun 1992 yang dikenal dengan UU Kesehatan⁵. Upaya pembiayaan kesehatan di atas di luar sumber pembiayaan kesehatan dari Pemerintah baik yang bersifat *budgeter* atau *non-budgeter* serta di luar biaya kesehatan yang langsung dikeluarkan masyarakat dari sakunya.

Seberapa jauh upaya di atas telah membuahkan hasil. Secara mudah dapat dinilai dari besar cakupan masyarakat yang telah menjadi peserta asuransi kesehatan atau jaminan pemeliharaan kesehatan. Pada tahun 1997 diperkirakan hanya sekitar 18 juta penduduk (9%) yang dicakup sistem pembiayaan pra-upaya, meskipun ada yang memperkirakan angka tersebut mencapai sekitar 27-30 juta atau sebesar 14% jumlah penduduk⁶. Dari jumlah ini sebagian besar yaitu 13.060.934 adalah peserta PT Askes wajib⁷, 700.000 peserta Askes Sukarela, 2.500.000 peserta PT Jamsostek dan hanya sekitar 800.000 peserta JPKM. Penelitian oleh Ascobat dkk. menunjukkan bahwa di semua Bapel JPKM yang sudah berijin (15 Bapel) hanya terdapat 771.463 anggota⁸. Terlihat bahwa cakupan upaya pembiayaan melalui mekanisme asuransi atau jaminan pemeliharaan kesehatan berjalan lambat, terutama JPKM. Untuk itulah perlu dilakukan reformasi sistem pembiayaan kesehatan khususnya asuransi kesehatan di Indonesia. Jika arah reformasi ini tidak tepat maka permasalahan yang terkait dengan pembiayaan kesehatan di Indonesia akan memakan waktu lama untuk dapat dikendalikan.

Permasalahan di Indonesia

Permasalahan kelambatan perkembangan asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia dapat dilihat dari aspek masyarakat, penyedia layanan kesehatan, organisasi penyelenggara asuransi kesehatan atau JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) dan Pemerintah.

Dari aspek masyarakat dapat dilihat bahwa meskipun diakui pembangunan kesehatan nasional telah berhasil dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat akan tetapi Indonesia masih menghadapi berbagai permasalahan mendasar seperti tingkat pengetahuan kesehatan masyarakat

yang masih jauh dari cukup, kesehatan masih bukan merupakan prioritas utama masyarakat, budaya masyarakat dalam menghadapi risiko sakit yang masih kurang menguntungkan dan diperparah dengan keterbatasan kondisi kemampuan ekonomi masyarakat.

Sebagian besar masyarakat khususnya golongan ekonomi lemah dan kelompok rentan mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan hak dasarnya untuk upaya kesehatan terutama kebutuhan pelayanan medis di rumah sakit. Sekali penduduk Indonesia harus dirawat di rumah sakit, mereka harus mengeluarkan biaya yang besarnya melebihi pendapatannya selama dua bulan⁹. Di samping itu pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia masih belum optimal yang menyebabkan kerugian ekonomi bangsa oleh karena keadaan sakit di Indonesia masih cukup tinggi¹⁰.

Dari aspek pemberi layanan kesehatan dapat dilihat bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia masih belum efisien, komitmen para pemberi layanan kesehatan masih belum memuaskan dan mutu pelayanan kesehatan masih dipertanyakan¹¹.

Dari aspek organisasi asuransi kesehatan/JPKM belum ditemukan rancangan besar tentang jumlah, sifat dan bentuk badan penyelenggara asuransi kesehatan/JPKM yang lebih efisien dan efektif dalam memberikan jaminan pelayanan kesehatan masyarakat yang sekaligus mempercepat dalam mendorong pertumbuhan ekonomi bangsa¹².

Sementara itu hubungan antara masyarakat, pemberi layanan kesehatan dan badan penyelenggara asuransi kesehatan/JPKM masih menghadapi kendala. Tata-hukum yang mengatur ketiga pihak tersebut masih belum jelas, perlindungan hukum bagi peserta asuransi kesehatan masih belum memuaskan, adanya keanekaragaman dan duplikasi peraturan hukum yang terkait dengan asuransi kesehatan, dijumpainya permasalahan-permasalahan di lapangan yang timbul oleh karena interpretasi hukum dan perundangan yang ada yang sebenarnya dapat dihindari¹³. Untuk itulah maka upaya yang mengarah pada reformasi sistem pelayanan kesehatan khususnya sistem pembiayaan pelayanan

kesehatan perlu dilakukan. Pertanyaannya adalah arah sistem pembiayaan seperti apa yang tepat bagi Indonesia. Untuk itu perlu diketahui aspek-aspek penentunya.

Aspek Penentu Kebijakan Sistem Pembiayaan di Suatu Negara

Aspek historis, politis dan teknis di suatu negara akan mempengaruhi pemilihan model sistem asuransi kesehatan atau pembiayaan kesehatan di suatu negara. Aspek historis seperti negara-negara yang dahulu dijajah Inggris akan berbeda dengan negara yang tidak pernah dijajah atau dijajah oleh Belanda seperti Indonesia. Aspek politis apakah partai politik di pemerintahan lebih percaya pada mekanisme pasar atau lebih pada sosial. Paling tidak penentuan sistem secara politis akan dipengaruhi kecenderungan politis pembuat kebijakan yang terkait dengan pembiayaan kesehatan. Apakah pembuat kebijakan lebih mengarah pada *equity egaliter* (adil dan merata tanpa memandang perbedaan status ekonomi) atau *equity libertarian* (adil sesuai dengan kemampuan membayar). Aspek teknis termasuk infrastruktur, persentase penduduk yang bekerja secara formal, rata-rata pendapatan penduduk di suatu negara, kesiapan sumberdaya manusia, faktor kultur dan budaya masyarakat juga akan menentukannya.

Unsur Penting dalam Reformasi Sistem Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Indonesia

Dalam pengembangan arah sistem pembiayaan kesehatan khususnya asuransi kesehatan di Indonesia maka harus diperhatikan beberapa unsur penting seperti efisiensi, kualitas, keterjangkauan (*affordability*), keberlanjutan (*sustainability*), subsidi silang, keadilan yang merata (*equity*), portabilitas dan desentralisasi. Unsur portabilitas berarti jika penyelenggaraan asuransi kesehatan dilakukan oleh lebih dari satu badan penyelenggara, peserta yang pindah kota tidak boleh kehilangan jaminannya. Desentralisasi oleh karena nuansa

reformasi di Indonesia mengarah pada pemerintah daerah. Hanya menjadi pertimbangan di sini desentralisasi untuk pembiayaan kesehatan sebaiknya tidak pada tingkat kabupaten oleh karena secara teknis perasuransian hukum bilangan banyak sulit tercapai.

Model Alternatif Penyelenggaraan Sistem Asuransi Kesehatan di Indonesia

Terdapat beberapa model alternatif pengembangan sistem penyelenggaraan asuransi atau jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia. Pertama adalah *single payer*, yaitu hanya ada satu pengumpul premi dan sekaligus berfungsi sebagai badan penyelenggara (Bapel) jaminan pemeliharaan kesehatan tunggal di tingkat propinsi atau nasional yang melakukan kontrak dan pembayaran pada pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Kedua adalah *oligo payer* yaitu hanya ada beberapa badan penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan di tingkat nasional. Pada prinsipnya merupakan pengembangan lebih lanjut dari program PT. Askes untuk kelompok pegawai negeri sipil, PT Jamsostek untuk kelompok pekerja dan barangkali ada badan penyelenggara untuk kelompok lain seperti petani, kelompok tidak mampu dan lainnya. Ketiga adalah *multi payer* yaitu terdapat banyak badan penyelenggara yang jumlahnya tidak terbatas baik di tingkat propinsi maupun nasional. Badan penyelenggara tersebut berfungsi sebagai pengumpul premi dan sekaligus berfungsi sebagai Bapel pada umumnya. Variasi *multi payer* ini bisa berupa *single collector multi payer* dimana pemerintah di tingkat nasional berfungsi sebagai pengumpul premi lalu disalurkan pada banyak Bapel. Variasi lain adalah banyak Bapel di tingkat kabupaten.

Kerugian dan Keuntungan Alternatif Sistem Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan

Untuk dapat menjelaskan keuntungan dan kerugian alternatif sistem pembiayaan kesehatan di atas dapat di lihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Alternatif Badan Penyelenggara Asuransi Kesehatan atau Jaminan Pemeliharaan Kesehatan *

Unsur	Single payer Nasional	Single payer propinsi	Oligo Payer	Single collector, multi payer	Multi Payer (Dati I)	Multi payer (Dati II)
Efisiensi	+++++	++++	+++	++	++	+/-
Kualitas Konsumen	+	++	++	++++	++++	++++
PPK	++++	+++	+++	+++	+	+/-
Keterjangkauan	+++++	++++	+++	++	++	+/-
Keberlanjutan	+++++	++++	+++	+++	++	+/-
Subsidi silang	+++++	++++	++++	++++	+	+/-
Keadilan dan pemerataan	+++++	++++	+++	++++	++	+/-
Portabilitas	+++++	++++	++++	+++	++	+/-
Desentralisasi	+/-	+++	+/-	++	++++	+++++

* Hal ini pernah dibahas di dalam workshop "Kajian Menyeluruh JPKM yang diselenggarakan oleh Yayasan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia bulan Mei tahun 2000 di Jakarta".

Terlihat dari Tabel 1 bahwa alternatif *single payer* tampaknya mendapat skor positif yang terbanyak. Akan tetapi alternatif ini tidak sejalan dengan arah desentralisasi. *Single payer* di tingkat propinsi mendapat skor yang cukup bagus, akan tetapi jika basis desentralisasi di posisikan pada pemerintah daerah tingkat II maka alternatif ini masih kurang sejalan. *Oligo payer* juga mendapat skor bagus tetapi sekali lagi tidak sejalan dengan iklim desentralisasi. *Single collector multi payer* juga mendapatkan skor bagus akan tetapi kurang efisien dibanding tiga alternatif sebelumnya. *Multi payer* di tingkat propinsi apalagi di tingkat II mendapat skor paling rendah meskipun sangat sesuai dengan semangat desentralisasi. Hal ini disebabkan *multi payer* di tingkat II sangat tidak efisien disamping subsidi silang dan portabilitas sulit tercapai.

Memang skor di atas belum menjelaskan secara mudah untuk mengambil keputusan. Tetapi telah memberi gambaran yang jelas bahwa pilihan *multi payer* di pemerintah daerah tingkat II paling tidak baik. Oleh karena itu beberapa faktor lain harus dipertimbangkan seperti jika *single payer* menjadi pilihan maka harus pula dikembangkan sistem akuntabilitas sosial yang baik. Jika pilihan

berupa *single payer* di tingkat propinsi maka harus dipikirkan untuk dikembangkan sejenis badan reasuransi di tingkat nasional. Pada alternatif *single payer* ini berarti kompetisi bukan pada Bapel tetapi pada PPK dan lebih pada kualitas pelayanan karena harga dan jenis paket pelayanan sudah terstandarisasi. Pada *single payer* kekuatan bukan pada PPK akan tetapi lebih pada Bapel.

Alternatif di atas baru pada titik berat asuransi kesehatan sosial yang sifat kepesertaannya wajib. Belum banyak dibahas bagaimana pelaksanaan wajib tersebut. Tentunya dapat menjadi kenyataan jika pelaksanaannya secara bertahap. Hanya menjadi permasalahan di sini mengenai pengertian dan operasionalisasi konsep bertahap. Bertahap yang berarti secara vertikal yaitu tergantung pada kelompok pekerjaan ataukah bertahap secara horisontal yang tergantung pada wilayah atau bertahap yang tergantung pada paket pelayanan. Jika bertahap menurut paket pelayanan maka apakah paket rawat inap dan katastrofik ataukah paket promosi, prevensi, rawat jalan dan hanya rawat inap terbatas yang didahulukan. Sedangkan untuk paket tambahan dapat dikembangkan oleh asuransi kesehatan komersial yang berorientasi profit.

PENUTUP

Dari uraian di atas tampak jelas bahwa tidak mudah menentukan arah dan pilihan dari berbagai alternatif sistem penyelenggaraan asuransi kesehatan di Indonesia. Tetapi yang jelas sistem asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan yang sifatnya sukarela serta berbasis *multi payer* di tingkat pemerintah daerah tingkat II merupakan pilihan yang kurang tepat. Untuk itu sistem asuransi atau jaminan pelayanan kesehatan sebaiknya bersifat wajib kepesertaannya dan tidak berbasis pada kabupaten. Sedangkan di sisi lain pilihan *single payer* di tingkat nasional tidak sejalan dengan era desentralisasi, maka pilihan yang ada tinggal apakah *single payer* di tingkat propinsi, *oligo payer* atau *single collector multi payer*. Jika memiliki hak untuk memilih penulis lebih cenderung memilih dua di antara satu yaitu *single payer* di tingkat propinsi atau *oligo payer*. Tentunya masih banyak persyaratan, alasan dan penjelasan yang perlu dikemukakan untuk mendukung pilihan tersebut.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih ditujukan pada Yayasan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia yang memberi kesempatan pada penulis untuk berpartisipasi dan berdiskusi pada Kajian Menyeluruh JPKM yang mendorong penulisan artikel ini.

KEPUSTAKAAN

1. Malik R, Trihandoyo B, Syaiful R, Handayani D, Vianti D. Pengamatan Sepuluh Tahun 1985-1995 Pendanaan dan Pembiayaan Kesehatan di Indonesia. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 1997.
2. Departemen Kesehatan. Naskah Akademik Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, Depkes, 2000.
3. Roesma S. Penerapan Asuransi Kesehatan dalam Praktek Dokter Keluarga. Makalah disajikan dalam Seminar Pembangunan Keluarga Sejahtera melalui Pengembangan Praktek Dokter Keluarga di DKI, Jakarta, FK-UI, 6 Mei, 1995.
4. PT Astek. Himpunan Peraturan Perundangan-Undangan Republik Indonesia Tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja. Tanpa tahun, PT Astek, Jakarta.
5. Gani A., Ilyas Y, Fikri M. Laporan Studi Pelaksanaan Peraturan JPKM oleh Badan Penyelenggara JPKM, Yayasan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia dan Direktorat Binkesmas RI, Jakarta, 1998.
6. Thabrany H. Asuransi Kesehatan Pilihan Kebijakan Nasional, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Jakarta, 1998.
7. Thabrany, dkk. Analisa Data SUSENAS 1998 tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peserta Wajib PT Askes. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, 1999.
8. Thabrany dkk. Hasil Sementara Diskusi Kajian Menyeluruh JPKM untuk Mengembangkan Skema Asuransi Kesehatan yang Berkelanjutan. Workshop di Jakarta, Mei, 2000 (Unpublished).
9. Trisnantoro L, Poernomo dan Mukti AG. Naskah Akademik Usulan UU Asuransi Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, 1997.