

MENUJU JAMINAN AKSES KESEHATAN UNIVERSAL DI INDONESIA: PERBANDINGAN MODEL DAN KELEMBAGAAN SISTEM JAMINAN KESEHATAN DI DAERAH

Adenantera Dwicaksono¹ dan Ari Nurman²

Abstract

DESPITE the limited government's budget, universal healthcare access insurance service – as a mean of alleviating poverty – is possible to develop in Indonesia. This argument is supported by examples of policy and practical innovation of Social Security System in seven districts/municipalities. There are three types of Social Security System according to its funding sources and that mechanism, namely: 1) operational subsidy of basic healthcare service; 2) subsidized public health insurance service; and 3) co-funding between government and public. Comparative analysis on the three systems above, along with review on the available constitutional apparatus, and on universal healthcare insurance models concluded that integrated-decentralized model are more appropriate to be implemented in Indonesia.

(Keywords: Innovation, Health universalizing, Social security)

Pendahuluan

KESEHATAN adalah hak bagi setiap warga masyarakat tanpa memperhatikan status sosial, ekonomi, jender, ras, dan agama. Seperti yang telah dinyatakan dalam Deklarasi Alma-Ata tahun 1978, bahwasanya kesehatan merupakan hak asasi yang paling mendasar dari

setiap manusia di dunia. Deklarasi ini memperkuat Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa (1948) yang menyebutkan bahwa “*setiap orang memiliki hak atas standar kehidupan yang layak untuk kesehatan dan kesejahteraan untuk dirinya dan keluarganya, termasuk pangan, sandang, papan, dan pelayanan kesehatan maupun layanan*

¹⁾ Adenantera Dwicaksono, M.Dev.St, Kepala Divisi Reformasi Kebijakan Publik Perkumpulan INISIATIF, lulus dari Master of Development Studies, the University of Melbourne

²⁾ Ari Nurman, M.Sc., Kepala Divisi Pengelolaan Sumber Daya dan Pengetahuan Perkumpulan INISIATIF, Master of Science in Engineering and Policy Analysis dari TU-Delft dan Postgraduate diploma Universalization of Socio-economic Security for the Poor dari Institute of Social Studies.

sosial lainnya, serta hak atas perlindungan terhadap pengangguran, sakit, ketidakmampuan (disability), perceraian, lanjut usia, dan kehilangan penghidupan lainnya dalam kondisi di luar kendali dirinya”.

Dalam konstitusi Indonesia, Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945 Perubahan Kedua pasal 28H disebutkan bahwa *”Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.* Pasal ini menunjukkan adanya kewajiban negara untuk menjamin penyediaan layanan kesehatan bagi warga negara. Oleh karenanya, dalam mendorong penyediaan layanan kesehatan para penyelenggara negara ini perlu memperhatikan bahwa kesehatan merupakan salah satu hak dasar warga, sehingga dalam setiap aspek penyelenggaraan pelayanan kesehatan tetap dalam kerangka pemenuhan hak dasar warga negara.

Selain menempatkan kesehatan sebagai hak dasar manusia, Bloom dan Canning (2001) menekankan kesehatan sebagai tujuan sosial yang vital dan prasyarat penting bagi kesuksesan ekonomi. Dalam upaya pengentasan kemiskinan, Freedman (2005) menekankan kesehatan sebagai sesuatu yang berharga dan merupakan instrumen untuk mengentaskan kemiskinan. Sen (1999) menegaskan kesehatan membuat seseorang mempunyai “kapabilitas” untuk berusaha dan mencapai tujuan pembangunan sebenarnya. Kajian yang dilakukan Narayan (Narayan, 2001) juga menghasilkan kesimpulan yang sama yaitu bahwa kesehatan dan badan yang sehat bagi orang miskin hampir merupakan segalanya karena

mereka mengandalkan kemampuan fisiknya sebagai sumber penghidupannya.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak dan negara berkewajiban untuk memastikan bahwa layanan kesehatan dapat diperoleh dan dimanfaatkan oleh semua warga negara secara berkeadilan. Namun demikian, pada pelaksanaannya negara belum dapat menyediakan layanan atau menjamin akses warga negara terhadap layanan kesehatan secara merata dan berkeadilan.

Artikel ini bertujuan menguraikan perkembangan inovasi kebijakan kesehatan di Indonesia dan prospek penerapan prinsip penjaminan akses kesehatan dasar universal kepada warga masyarakat di Indonesia. Pendekatan penjaminan akses kesehatan yang layak secara universal merupakan bentuk realisasi kewajiban negara untuk memberikan perlindungan dan pelayanan kesehatan sesuai dengan amanat konstitusi. Pembahasan dalam artikel ini akan dibagi menjadi lima bagian. Pada bagian pertama akan dibahas sistem penyediaan layanan kesehatan bagi warga negara. Pembahasan ini akan dilanjutkan dengan elaborasi konsep penjaminan kesehatan untuk mewujudkan sistem layanan kesehatan universal. Bagian berikutnya adalah deskripsi inovasi-inovasi kebijakan kesehatan di tujuh daerah di Indonesia yang akan diperbandingkan pada bagian berikutnya dalam kaitannya dengan mewujudkan universalisasi cakupan pelayanan kesehatan. Artikel ini akan ditutup dengan kesimpulan yang juga menjelaskan prospek implementasi sistem jaminan kesehatan universal di Indonesia.

Sistem Penyediaan Layanan Kesehatan bagi Warga Negara

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, pada dasarnya memperoleh pelayanan kesehatan yang layak merupakan hak setiap warga negara; dan tanggung jawab untuk menjamin pemenuhan hak warga negara atas pelayanan kesehatan berada pada institusi negara. Namun pada pelaksanaannya, bentuk konkret negara untuk menjamin akses warga negara terhadap pelayanan publik berbeda-beda antara negara yang satu dengan negara lain dan sangat dipengaruhi oleh paradigma dalam memandang peran negara dan pa sar dalam menyediakan layanan publik, termasuk kesehatan.

Sistem penyediaan layanan kesehatan di dunia saat ini dapat diibaratkan sebagai sebuah kontinum yang menempatkan sistem *institusional-universal* di satu titik dengan *residual-selektif* di titik yang lain. Dalam sistem pelayanan kesehatan yang bersifat *institusional-universal*, setiap warga negara dapat memperoleh layanan kesehatan kapan pun, di mana pun dalam negara bersangkutan, serta pada situasi apa pun dari individu bersangkutan (Suharto, 2005). Dalam sistem ini, seseorang tidak harus melalui serangkaian uji eligibilitas (misalnya, uji kemiskinan) untuk mendapatkan bantuan pelayanan kesehatan. Selama individu yang bersangkutan adalah warga negara dari negara bersangkutan maka hak dirinya untuk memperoleh pelayanan kesehatan dilindungi oleh hukum dan konstitusi. Sistem penyediaan layanan kesehatan *institusional-universal* banyak dianut oleh negara-negara di Eropa Utara, Inggris, serta Cuba.

Inggris menerapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan universal untuk semua warganya yang dikenal dengan sistem National Health Service (NHS) (British Council, 2003). Dalam skema NHS, pelayanan kesehatan adalah hak untuk warga negara dan orang-orang yang telah lama tinggal di Inggris (*permanent resident*). Pelayanan kesehatan diberikan kepada setiap orang berdasarkan kebutuhannya bukan berdasarkan kemampuannya untuk membayar atas pelayanan tersebut. Dalam NHS, prinsip yang dijunjung adalah bahwa pelayanan kesehatan yang tuah dan bebas biaya untuk semua orang berdasarkan kebutuhan tanpa melihat pendapatannya (British Council, 2003). NHS merupakan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang didanai oleh pemerintah dan merupakan salah satu dari prioritas teratas pemerintah. Pada sistem ini, siapa pun bisa mengakses layanan kesehatan tanpa harus menunggu hingga dirinya jatuh miskin atau tidak mampu membayar lagi layanan kesehatan.

Berbeda dengan sistem *institusional-universal*, dalam sistem penyediaan layanan kesehatan *residual-selektif* peran negara untuk memberikan bantuan pelayanan kesehatan bersifat minimalis. Penyediaan layanan kesehatan kepada mayoritas populasi warga negara didorong melalui mekanisme pasar. Intervensi negara baru diberikan kepada individu ketika individu bersangkutan tidak lagi dapat memenuhi kebutuhan hidupnya melalui kekuatannya sendiri maupun dengan dukungan institusi-institusi primer dan alamiah, yaitu keluarga dan pasar (Suharto, 2005). Dengan demikian, peran negara hanya terbatas pada pada aspek regulasi untuk memastikan bahwa me-

kanisme pasar berjalan untuk menyediakan layanan kesehatan kepada warga negara dan menanggung beban penyediaan bantuan layanan kesehatan pada warga negara yang sangat miskin dan tidak mampu. Model ini dianut oleh negara-negara penganut rezim kesejahteraan liberal, seperti Amerika dan Australia.

Sebagai contoh, di Amerika Serikat skema penjaminan kesehatan pemerintah yang utama terdiri atas Medicare, Medicaid, dan porsi kecil SCHIP (*State Children's Health Insurance Program*). Medicare secara khusus diperuntukkan bagi warga lanjut usia, individu dengan disabilitas. Program lain, Medicaid, secara spesifik diperuntukkan bagi anak-anak dan keluarga dari kalangan tidak mampu. Selain kedua program tersebut, Amerika Serikat memilih program SCHIP yaitu kemitraan antara pemerintah Federal dengan Negara Bagian untuk menjamin anak-anak dan keluarga yang tidak memenuhi syarat untuk mendapatkan Medicaid, tetapi tidak mampu mendapatkan jaminan kesehatan nonpemerintah (swasta). Untuk mendapatkan fasilitas penjaminan kesehatan di atas, setiap individu harus dinilai apakah memenuhi kriteria-kriteria tertentu (*means-test*). Untuk memastikan apakah seseorang bisa memperoleh layanan tersebut, penilaian dilakukan oleh *Social Security Office (SSO)*.

Evaluasi perbandingan sistem penyediaan layanan kesehatan antarnegara menunjukkan adanya perbedaan dampak sistem kesehatan terhadap derajat kesehatan warga negara. Beberapa studi komparatif antarnegara menunjukkan bahwa sistem penyediaan layanan kesehatan yang bersifat *institutional-universal* memberikan dam-

pak positif yang signifikan terhadap derajat kesehatan yang tinggi dari warga negaranya dibandingkan negara-negara yang menganut sistem *residual-selektif* (Martikainen et al., 2004, Navarro et al., 2003, Raphael and Bryant, 2004). Sistem residual-selektif ternyata tidak dapat memberikan jaminan bagi masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan yang layak. Menurut data statistik, pada tahun 2006 penduduk Amerika Serikat yang tidak memiliki asuransi kesehatan sebesar 16% atau sebesar 47 juta jiwa (DeNavas-Walt et al., 2006).

United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN-DESA) dalam nota kebijakannya menekankan bahwa untuk meningkatkan status kesehatan warga negara, prioritas utama adalah dengan memperluas cakupan pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau (Ortiz, 2007). Pada prinsipnya Ortiz (2007) menekankan penerapan prinsip universalisme dalam penyediaan layanan kesehatan dasar masyarakat. Layanan kesehatan dasar meliputi perawatan darurat, perawatan kuratif dasar meliputi pembedahan minor dan pengelolaan obat-obatan; kesehatan gigi dan mulut, kesehatan ibu dan reproduksi, serta pelayanan-pelayanan preventif di antaranya promosi kesehatan, pendidikan kesehatan, penanganan vektor, serta imunisasi dan vaksinasi. Oleh karena perawatan dan layanan kesehatan dasar tersebut memiliki dampak yang nyata bagi tingkat kesehatan keseluruhan populasi, maka pelayanan yang bersifat publik maupun bebas biaya perlu didorong (Ortiz, 2007).

Ortiz (2007) lebih jauh menyebutkan sistem penyediaan layanan kesehatan yang bersifat universal menjadi pilihan yang le-

bih baik dibandingkan yang bersifat selektif³ dengan beberapa alasan, antara lain:

- Sistem selektif membutuhkan sumber daya lebih besar dalam menjalankannya, uji kemiskinan biasanya dapat menyerap rata-rata 15% total dana program;
- Sistem selektif memiliki kerumitan administrasi yang tinggi dan membutuhkan kapasitas sumber daya yang tinggi, sehingga sering kali berakibat pada ketidakefektifan program dan salah sasaran;
- Sistem selektif sering kali mendorong terjadinya distorsi dan *moral hazards*;
- Sistem selektif menciptakan dua tingkatan kualitas pelayanan, kualitas yang lebih baik untuk kelompok masyarakat kelas menengah ke atas, dan kualitas apa adanya untuk kelas masyarakat miskin;
- Di banyak negara, sistem selektif telah menghilangkan layanan untuk kelas menengah dan hampir miskin; serta memperlemah solidaritas politik.
- Sistem selektif hanya dapat berjalan efektif apabila kelompok miskin merupakan sebagian kecil populasi negara; ketika kemiskinan hampir merata, biaya administratif, permasalahan terkait dengan identifikasi, monitoring, dan penyelenggaraan program sering kali melebihi manfaat yang ditawarkan program.

Dengan dasar-dasar pertimbangan di atas maka penerapan sistem pelayanan kesehatan universal di Indonesia merupakan pilihan kebijakan untuk mewujudkan pemenuhan hak warga negara dan pilihan yang memungkinkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Jaminan Kesehatan sebagai Upaya Mewujudkan Pelayanan Kesehatan Universal

Salah satu aspek kunci untuk memastikan akses universal warga masyarakat terhadap layanan kesehatan yang layak adalah aspek pembiayaan kesehatan yang dapat memastikan ketersediaan dana untuk pelayanan kesehatan bagi semua warga negara. Drouin (2007) menyatakan bahwa cakupan universal dari suatu sistem kesehatan sangat ditentukan oleh pilihan cara pembiayaan yang meliputi bagaimana memobilisasi sumber daya keuangan, memusatkan secara kolektif risiko, menyediakan layanan kesehatan dan memberikan insentif bagi penyedia layanan kesehatan. International Labour Office (ILO) (2008), dalam rangka memastikan jaminan akses universal dan berkeadilan terhadap layanan kesehatan, merekomendasikan kombinasi sistemik sistem pembiayaan nasional yang meliputi sumber-sumber yang berasal dari pajak, kontribusi/*payroll tax*; premium; dan pembayaran *out-of-pocket*, serta tidak menutup kemungkinan dari sumber-sumber lain seperti bantuan donor, donasi, maupun pinjaman.

Dalam menentukan konfigurasi sistem pembiayaan layanan kesehatan universal,

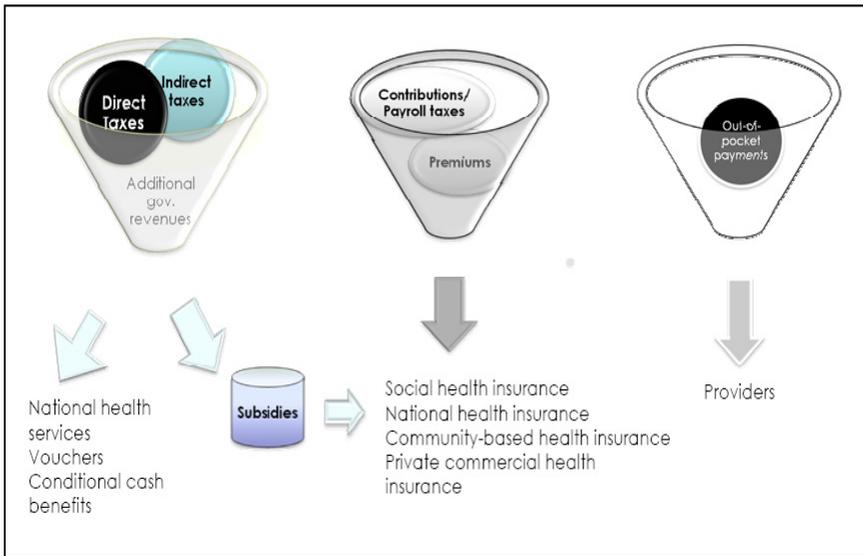
³⁾ Kritik terhadap pendekatan selektif-residual dalam penyediaan jaminan sosial secara umum, tidak hanya jaminan kesehatan, bisa dilihat dalam A. Sen, A. (1995) *The Political Economy of Targeting*. IN Walle, D. v. d. & Nead, K. (Eds.) *Spending and the Poor: Theory and Public Evidence*. Baltimore, Johns Hopkins University Press for the World Bank.

WHO (2000) dalam World Health Report 2000 menekankan perhatian pada tiga fungsi yang saling berhubungan dalam sistem kesehatan yang perlu diperhatikan yaitu: pengumpulan penerimaan (*revenue collection*), pemusatan sumber daya (*resource pooling*), dan pengadaan intervensi (*intervention purchasing*). Sistem pengumpulan penerimaan selalu melibatkan pihak-pihak yang harus membayar (misalnya, warga negara atau individu); cara pembayaran (misalnya, melalui pajak, kontribusi, atau premi asuransi); serta lembaga yang ber-

akumulasi dan mengelola penerimaan yang diperoleh (*risk pooling*) sedemikian rupa untuk memastikan risiko untuk membiayai pelayanan kesehatan ditanggung oleh semua pihak yang tergabung dan bukan oleh masing-masing kontributor. Gambar 1 menguraikan aliran penerimaan yang diperoleh dari sumber-sumber penerimaan ke penyedia layanan kesehatan.

Dalam *World Health Report 2000*, WHO (2000) menyatakan bahwa model pengumpulan penerimaan melalui pendekatan berbasis pendapatan pajak dan pra-

Gambar 1. Aliran Dana untuk Jaminan Akses Universal dan Berkeadilan



Sumber: ILO (ILO, 2008, hal. 4)

tugas untuk mengumpulkan pembayaran (pemerintah pusat/daerah, lembaga asuransi sosial, lembaga asuransi swasta, maupun penyedia layanan kesehatan) (ILO, 2008). Selanjutnya setelah penerimaan telah terkumpul, perlu dibangun sistem meng-

upaya (*pre-payment*) adalah cara terbaik dibandingkan pendekatan pembayaran langsung (*out-of-pocket payment*) dalam mewujudkan cakupan universal layanan kesehatan. Bank Dunia (1987) juga menyarankan agar pembiayaan layanan ke-

sehatan lanjut yang lebih mahal dilakukan dengan cara pendekatan pra-upaya. Skema asuransi merupakan pilihan yang dianggap paling baik dalam melakukan pembagian risiko dan subsidi silang di antara peserta atau kontributor (WHO, 2000). Berdasarkan penjelasan ini, untuk mencapai tujuan jaminan akses kesehatan universal Druin (2007) menyarankan untuk mengadopsi atau memperluas satu atau lebih cara memobilisasi sumber daya yaitu:

- Mengembangkan pelayanan kesehatan universal yang didanai dari sumber pajak umum;
- Memperbaiki cakupan efektif dari skema asuransi sosial yang ada serta memperluas definisi cakupan legal seluas mungkin;
- Mendorong tumbuhnya skema asuransi mikro apabila sesuai dengan kondisi dan konteks; dan
- Mewajibkan kepesertaan dalam asuransi kesehatan swasta apabila memungkinkan.

Untuk mendorong reformasi sistem kesehatan dalam mewujudkan jaminan akses universal dan berkeadilan, dibutuhkan komitmen politik yang tinggi dari para pihak pengambil keputusan di setiap tingkatan pemerintahan. Pengalaman di banyak negara menunjukkan peran dan komitmen yang kuat dari pemerintah merupakan kunci sukses untuk perubahan sistem kesehatan universal.

Inovasi Kebijakan Daerah dalam Menjamin Akses Warga terhadap Layanan Kesehatan

Kebijakan otonomi daerah yang telah digulirkan sejak tahun 2000 melalui penerap-

an UU No. 22/1999 yang selanjutnya direvisi dengan UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah menjadi dasar normatif bagi penyerahan penyelenggaraan urusan dan kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, termasuk urusan layanan kesehatan. Berdasarkan UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah Pasal 14 Ayat (1) Huruf e disebutkan bahwa Penanganan Bidang Kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah daerah kabupaten/kota. Dengan undang-undang ini, daerah wajib untuk menangani bidang kesehatan dan karenanya daerah menjadi leluasa dalam menciptakan subsistem pelayanan, pembiayaan asuransi kesehatan sosial dan pendidikan.

Penjabaran secara lebih teknis tentang pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan dituangkan dalam KepMenKes RI No 004/Menkes/Sk/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan. Dalam dokumen tersebut disebutkan bahwa tujuan desentralisasi bidang kesehatan adalah *mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas Nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010*. Dan kemudian tujuan ini dirumuskan dalam berbagai kebijakan, yang semuanya mengarahkan agar daerah mendukung kebijakan pusat dan memberikan keleluasaan pada daerah.

Atas dasar kerangka aturan normatif di atas, pemerintah daerah memiliki keleluasaan untuk melakukan berbagai upaya terobosan untuk meningkatkan kualitas pelayanan

kesehatan dan memberikan jaminan akses warga masyarakat terhadap layanan kesehatan dasar di daerahnya masing-masing. Berikut ini adalah beberapa inovasi kebijakan daerah yang dikaji Nurman dan Martiani (2008) dalam memberikan layanan kesehatan berkualitas bagi warganya.

Kabupaten Sumedang

Inovasi Kabupaten Sumedang dalam penyediaan layanan kesehatan adalah berupa pembebasan biaya layanan kesehatan melalui program pembebasan biaya pelayanan kesehatan dasar di UPTD Puskesmas Kabupaten Sumedang sejak tahun 2007. Program ini dilaksanakan melalui Perda nomor 8 tahun 2006 tentang Pelayanan Kesehatan di Unit Pelaksana Teknis Dinas Pusat Kesehatan Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang yang isinya antara lain bahwa pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas, Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP), Puskesmas Pembantu, Polindes/bidan di desa terhadap penduduk Kabupaten Sumedang dibebaskan dari biaya retribusi.

Gagasan utama dari kebijakan ini adalah memberikan jaminan akses pelayanan kesehatan pada penduduk Kabupaten Sumedang yang tidak dijamin oleh jaminan kesehatan apa pun sejumlah 761.326 jiwa (data tahun 2006)⁴. Teknisnya adalah pembebasan pembayaran retribusi pelayanan kesehatan di puskesmas bagi semua penduduk Kabupaten Sumedang yang memanfaatkan layanan kesehatan dasar di puskesmas. Biaya

yang timbul akibat pembebasan dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Sumedang melalui prosedur penganggaran daerah sesuai dengan Kepmendagri 13/2006. Dalam sistem yang dibangun ini, pemerintah daerah tidak perlu menerbitkan kartu peserta, cukup dengan KTP atau Kartu Keluarga. Sistem ini juga memudahkan masyarakat karena tidak terikat kepada puskesmas di wilayah domisilinya dalam memperoleh pelayanan.

Oleh karena skema kebijakan ini memanfaatkan dana APBD, maka proses penentuan alokasinya dilakukan melalui mekanisme penganggaran daerah. Untuk menentukan besarnya kebutuhan dana yang harus ditanggung oleh APBD, dilakukanlah perhitungan kebutuhan biaya. Penghitungan ini dilakukan dengan dua cara, yaitu: perhitungan kapitasi Askeskin untuk pelayanan dasar di puskesmas tahun 2005 dan perhitungan riil utilisasi puskesmas tahun terakhir dengan standar biaya yang ada di Peraturan Daerah Kabupaten Sumedang No.5 tahun 2004 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Unit Pelaksana Teknis Dinas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang. Penghitungan biaya penunjang juga harus dilakukan untuk mengantisipasi lonjakan pasien, seperti belanja obat dan reagen, maupun penunjang alat kesehatan.

Hasil sementara dari skema kebijakan ini ditunjukkan melalui survai kepuasan masyarakat yang dilakukan oleh Dinas Ke-

⁴) Data Susenas Tahun 2005 yang menunjukkan pola pencarian pengobatan di Kabupaten Sumedang yakni 54% penduduk bila sakit cenderung berobat sendiri dan 57,4% menggunakan sarana lain di luar Puskesmas dan jaringannya untuk pengobatannya.

sehatan yang menunjukkan bahwa kebijakan ini berhasil memuaskan masyarakat, yakni 74,6% menyatakan puas dan 25,4% menyatakan tidak puas. Dampak lainnya dari penerapan kebijakan ini adalah hilangnya “moral hazard” pengelolaan retribusi yang selama ini ada.

Kota Banjar

Inovasi kebijakan pelayanan kesehatan di Kota Banjar, Provinsi Jawa Barat adalah penerapan kebijakan Puskesmas bebas biaya yang berlaku untuk semua penduduk Kota Banjar. Kebijakan ini digagas oleh Walikota Banjar, dr. Herman Sutrisno. Kebijakan ini didasarkan gagasan bahwa pelayanan kesehatan dasar merupakan hak warga yang wajib dipenuhi oleh pemerintah. Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat merupakan institusi yang berperan sebagai pemberi pelayanan primer. Kebijakan ini dikuatkan oleh SK Walikota (SK Walikota 440/KPTSHUK-23/II/2004 pada 20 Februari 2004) yang kemudian diperkuat dengan Perda Nomor 7 tahun 2006 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di Puskesmas DTP dan Non-DTP dan UKMK, yang memberikan jaminan kepada penduduk yang memiliki KTP dan KK Kota Banjar untuk dapat berobat di puskesmas tanpa dibebani biaya.

Program Puskesmas Bebas Biaya di Kota Banjar ini merupakan model pembebasan biaya pelayanan, dengan mengganti biaya pelayanan yang diperlukan oleh puskesmas dari APBD. Model ini dirasakan lebih praktis sebab tidak perlu menggunakan sistem asuransi/premi atau yang dinamakan JAMKESDA. Pemerintah daerah langsung membiayai pelayanan ke-

sehatan untuk warganya. Selain itu, program ini memberikan otonomi penuh pada Puskesmas di Kota Banjar untuk melaksanakan konsep “Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)”. P2KT ini memuat analisis situasi, analisis kinerja proses dan *output*, analisis risiko lingkungan dan perilaku, penentuan kegiatan dan program serta anggaran.

Berdasarkan perhitungan, rata-rata biaya yang dibutuhkan perorang pertahun (*unit cost/orang/tahun*) untuk berobat di Puskesmas sebesar Rp 230.000,00 perorang pertahun. Namun, karena kemampuan APBD Kota Banjar terbatas, maka yang bisa ditanggung hanyalah biaya operasional (retribusi) dan kebutuhan obat. Pada awal pelaksanaan, dari APBD Kota Banjar yang sebesar kurang lebih Rp. 300 miliar, Rp 2,6 miliar dialokasikan untuk subsidi program pelayanan kesehatan gratis tersebut. Peruntukannya yaitu 600 juta untuk biaya operasional 7 Puskesmas dan sekitar Rp 800 juta untuk persediaan obat/tahun bagi 7 Puskesmas tersebut. Dampak kebijakan ini adalah IPM Kota Banjar selalu di atas rata-rata Provinsi Jawa Barat.

Kabupaten Sukoharjo

Seperti di Kabupaten Sumedang dan Kota Banjar, Kabupaten Sukoharjo juga melakukan penghapusan retribusi pelayanan kesehatan di Puskesmas untuk membuka akses pelayanan kesehatan bagi warganya. Kebijakan ini pertama kali muncul dalam pembahasan hasil kajian yang dilakukan oleh tim dari Dinas Kesehatan yang sedang melakukan pengkajian ulang terhadap tarif Puskesmas di Kabupaten Sukoharjo. Rekomendasi tim kajian ini terbagi menjadi dua

kubu yaitu kubu pertama yang merekomendasikan untuk menaikkan tarif pelayanan Puskesmas sehingga mendekati satuan biaya yang riil dan taraf kesejahteraan pegawai Puskesmas meningkat; dan kubu yang kedua berpendapat, kenaikan tarif Puskesmas akan menambah beban rakyat, khususnya yang miskin. Menanggapi rekomendasi tim tersebut Bupati memutuskan agar retribusi pelayanan Puskesmas dihilangkan, dan biaya operasional Puskesmas yang selama ini dibebankan kepada masyarakat dibebankan pada APBD.

Komitmen ini segera ditindaklanjuti Bupati dengan menyusun Peraturan Daerah No. 15 Tahun 2007 tentang Pembebasan Pungutan Retribusi Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Dasar baik di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Puskesmas Keliling di Kabupaten Sukoharjo yang memberikan dasar untuk pembebasan pungutan retribusi pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat dasar baik di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Puskesmas Keliling di Kabupaten Sukoharjo. Hasilnya, sejak tahun 2007, Puskesmas di Kabupaten Sukoharjo tidak lagi dikenai target pendapatan. Selain itu, untuk memotivasi dan meningkatkan kinerja pegawai Puskesmas, Dinas Kesehatan mengajukan penambahan insentif melalui APBD. Total dana yang dialokasikan untuk membebaskan retribusi di 21 Puskesmas adalah sebesar sekitar Rp. 2,1 miliar pada tahun 2007 dan sekitar Rp. 1,9 miliar pada tahun 2008 berikut pengadaan obat sebesar kurang lebih Rp. 1,3 miliar.

Berbeda dengan Kabupaten Sumedang dan Kota Banjar yang menetapkan bahwa penerima manfaat kebijakan penghilangan retribusi puskesmas hanyalah penduduk ka-

bupaten dan kota bersangkutan, Kabupaten Sukoharjo menetapkan bahwa penerima manfaat kebijakan tersebut adalah semua penduduk Kabupaten Sukoharjo tanpa kecuali bahkan semua penduduk Indonesia berhak menggunakan layanan kesehatan gratis tersebut. Dasar argumentasi dari kebijakan ini adalah bahwa pelayanan kesehatan dasar adalah hak warga negara tanpa melihat status ekonomi dan sosial. Selain itu, dana APBD yang menjadi sumber pembiayaan operasional pelayanan kesehatan bersumber sebagian besar dari DAU (Dana Alokasi Umum) yang diterima dari pemerintah pusat. Oleh karena dana tersebut merupakan dana nasional maka sudah semestinya bisa dinikmati juga oleh setiap penduduk Indonesia. Oleh karena itu, sejak penerapan kebijakan pembebasan biaya retribusi puskesmas semakin banyak penduduk di daerah perbatasan yang juga ikut berobat ke Puskesmas di wilayah administratif Kabupaten Sukoharjo.

Kabupaten Sleman

Berbeda dengan inovasi kebijakan yang telah dilakukan oleh daerah-daerah sebelumnya yang menerapkan pembebasan biaya retribusi pelayanan kesehatan, Pemerintah Kabupaten Sleman melakukan peningkatan pelayanan kesehatan dengan memandirikan Puskesmas. Konsep kemandirian Puskesmas di Kabupaten Sleman adalah bahwa Puskesmas didorong untuk memberikan pelayanan prima kepada warga masyarakat dengan memenuhi segala kebutuhan yang diperlukan secara memadai dari dana APBD. Dengan konsep ini, masyarakat tetap membayar retribusi yang terjangkau atas pelayanan kesehatan dasar tetapi de-

ngan kualitas pelayanan yang prima.

Kebijakan ini didasarkan hasil hasil survai tentang pandangan dan harapan masyarakat terhadap Puskesmas yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman pada tahun 2000. Survai tersebut menunjukkan bahwa secara umum lebih dari 60% masyarakat menyatakan setuju dan sangat setuju agar mutu pelayanan di Puskesmas lebih diutamakan, sedangkan tarif puskesmas tidaklah harus murah. Selain itu, hampir 90% masyarakat menginginkan pelayanan di puskesmas dilakukan oleh dokter (Haryanto, 2004). Lebih dari 60% masyarakat juga menginginkan Puskesmas buka jam pelayanan pada sore hari (Haryanto, 2004).

Untuk mewujudkan Puskesmas yang mandiri dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dasar, Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman menunjukkan komitmennya melalui penyediaan sarana dan prasarana kesehatan yang sesuai dengan rasio standar. Pemerintah Kabupaten Sleman membangun tiga (3) Rumah Sakit Umum (RSU) pemerintah, 1 Rumah Sakit Khusus pemerintah, 5 Rumah Sakit Umum swasta, 1 Rumah Sakit Khusus swasta, 19 Rumah Bersalin, 18 Balai Pengobatan, dan 122 Apotik. Dilengkapi juga dengan 24 Puskesmas, dan 4 di antaranya adalah Puskesmas dengan tempat perawatan. Pemerintah Kabupaten juga menyiapkan 75 Puskesmas Pembantu, 37 Puskesmas keliling, 200 dokter praktik umum, 79 dokter gigi praktik, 95 dokter spesialis praktik, 214 bidan praktik, 4 praktik dokter bersama, dan 12 toko obat berizin.

Upaya perbaikan kualitas pelayanan di Puskesmas dilakukan melalui penerap-

an kemandirian Puskesmas. Berbagai permasalahan dalam aspek manajemen puskesmas yang menghambat penyelenggaraan layanan puskesmas yang prima diupayakan untuk dihilangkan. Hal ini dilakukan dengan penghilangan rangkap jabatan kepala Puskesmas sebagai tenaga fungsional, rasionalisasi tarif dan biaya pelayanan Puskesmas, perbaikan manajemen keuangan di Puskesmas, pembuatan dan pemberlakuan standar (jumlah dokter dan perawat, operasional, mutu pelayanan, manajemen kinerja), pemberian pendidikan bagi pemberi layanan, dan *monitoring* dan evaluasi kinerja yang berkesinambungan. Semua itu diikuti dengan penganggaran yang baik yang dilakukan langsung oleh Puskesmas, Puskesmas sebagai SKPD.

Khususnya pembenahan dalam pembiayaan kesehatan, perlu diawali dengan pengkajian terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan di Puskesmas melalui peninjauan kembali terhadap Perda Tarif Puskesmas. Pengkajian ini selain untuk memenuhi harapan masyarakat sesuai hasil survai juga dalam rangka memanfaatkan Puskesmas secara optimal, khususnya dalam pelayanan klinik. Perhitungan *unit cost* pelayanan Puskesmas dilakukan agar dapat diketahui besarnya biaya tiap jenis pelayanan sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang bermutu tanpa membedakan status. Pembiayaan bersumber dari APBN, APBD I (Provinsi), APBD II (Kabupaten/Kota), masyarakat, dan swasta atau pihak ketiga.

Untuk memastikan bahwa warga Kabupaten Sleman memperoleh layanan kesehatan dasar di Puskesmas dengan harga terjangkau tetapi prima, Dinas Kesehatan mengeluarkan berbagai peraturan dan

pedoman. Peraturan dan pedoman yang dimaksud antara lain (1) Perubahan organisasi puskesmas, (2) Penyusunan dan pelaksanaan Peraturan Daerah tentang Tarif Pelayanan Puskesmas, (3) Penerapan anggaran berbasis kinerja, (4) Penambahan tenaga dokter di Puskesmas, (5) Penyusunan Pedoman Tugas Yankesmas dan Yanklinik Puskesmas sebagai Acuan untuk Pelaksanaan Fungsi Organisasi, (6) Perbaikan Manajemen Mutu, (7) Pelatihan Pengelolaan Obat di Puskesmas, (8) Monitoring dan Evaluasi Pencapaian Kinerja Puskesmas dengan Instrumen Indikator Kinerja, (9) Implementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (SPMCK) Bagi Perawat dan Bidan, dan (10) Penyusunan Anggaran melalui RASK/DASK Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

Komitmen dan kerja keras Pemerintah Daerah di Kabupaten Sleman ini berbuah dengan beragam prestasi di antaranya: (1) Sertifikasi SMM ISO 9001:2000 dari PT. SGS untuk 8 Puskesmas di Kabupaten Sleman, (2) Sertifikasi SMM ISO 900:2000 dari PT. SGS untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, (3) Penghargaan Citra Pelayanan Prima Terbaik Tingkat Nasional dari Presiden kepada Puskesmas Depok I pada Tahun 2004, (4) Penghargaan Ksatria Bakti Husada Arutala dari Departemen Kesehatan kepada Bupati Sleman pada Tahun 2004, (5) Penghargaan Manggala Karya Bakti Husada Kartika dari Departemen Kesehatan kepada Pemerintah Kabupaten Sleman pada Tahun 2005, (6) Penghargaan Pencapaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Tertinggi Tahun 2005 bagi Kabupaten Sleman pada Tanggal 9 November 2006.

Kota Yogyakarta

Untuk meningkatkan akses warga masyarakat Kota Yogyakarta terhadap pelayanan kesehatan dasar yang layak, Pemerintah Kota Yogyakarta mengupayakan berbagai macam jaminan kesehatan daerah (Jamkesda). Secara historis, inisiatif tentang penerapan kebijakan jaminan kesehatan di daerah telah dimulai sejak tahun 1999 dengan adanya aminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat – Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPKM-JPSBK) yang disponsori oleh Departemen Kesehatan sebagai bagian dari penanggulangan krisis moneter waktu itu. Dilanjutkan dengan rekomendasi dari program Reformasi Pembiayaan Kesehatan untuk Usaha Kesehatan Perorangan yang merupakan bagian dari Provincial Health Project tahap I dari Bank Dunia. Rekomendasi tersebut menyebutkan bahwa reformasi akan dapat dicapai bila pembiayaan kesehatan menerapkan Prinsip Asuransi/Jaminan Kesehatan.

Sejak tahun 2004 hingga sekarang, Pemerintah Kota Yogyakarta melaksanakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) atau yang sekarang lebih dikenal dengan sebutan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kota Yogyakarta. Program ini bersifat komplementer dari Program pusat Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN) yang ditujukan pada warga masyarakat yang masuk kedalam kategori miskin. Melalui program (JPKM) diharapkan masyarakat Kota Yogyakarta yang tidak tergolong MISKIN untuk bisa berperan serta aktif dengan menyisihkan biaya untuk kesehatannya.

Melalui Jamkesda ini semua warga Kota Yogyakarta berhak mendapatkan pelayanan

di bidang kesehatan dan biayanya ditanggung oleh Pemerintah. Selama ini program Jamkesda mendapatkan respons yang sangat baik dari masyarakat karena mampu memberikan jaminan kepada masyarakat yang kurang mampu untuk memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah atau swasta dan Puskesmas. Program JPKM juga mampu menutup kekurangan yang belum diakomodasi Askeskin dari pemerintah pusat.

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ini secara teknis diatur melalui Peraturan Walikota Yogyakarta No. 66 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah bagi Masyarakat Kota Yogyakarta. Perwal ini mengatur aspek-aspek penyelenggaraan bantuan pembiayaan kesehatan yang ditujukan kepada: (1) Masyarakat Miskin; (2) Kader Kesehatan; (3) Pengurus RT/RW/LPMK/PKK RW; (4) PTT/GTT di lingkungan Pemerintah Kota Yogyakarta; (5) Kelompok Khusus; dengan biaya yang berasal dari APBD Kota Yogyakarta.

Secara sepintas, Kota Yogyakarta terlihat memilih pendekatan residual selektif karena hanya menjamin masyarakat miskin saja dan kelompok tertentu. Namun, inovasi Jamkesda yang dilakukan pemerintah Kota Yogyakarta merupakan langkah awal menuju cakupan pelayanan kesehatan universal. Hal ini ditunjukkan dengan target untuk tahun 2010 Pemerintah Kota Yogyakarta berupaya untuk mencapai tingkat kepesertaan semesta yaitu 80% penduduk Kota Yogyakarta telah menjaminkan kesehatannya, baik secara individu maupun secara kelompok.

Kabupaten Purbalingga

Seperti juga di Kota Yogyakarta, Kabupaten Purbalingga berinovasi dalam bentuk pengembangan Program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). Program yang berasal dari inisiatif Pemerintah Kabupaten Purbalingga ini merupakan program pengganti JPS-BK (Jaring Pengaman Sosial-Bidang Kesehatan) yang dirumuskan pada tahun 2000. Setelah Program JPS-BK berhenti di tahun 2000, Pemerintah Kabupaten Purbalingga menganggap penting untuk meneruskan program tersebut dengan versi yang lain. Berbeda dengan Program JPS-BK yang diberikan kepada keluarga miskin (GAKIN), program JPKM Pemerintah Kabupaten Purbalingga dalam skemanya mengikutsertakan keluarga non-miskin.

Program JPKM dirancang sebagai suatu program yang memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat di Kabupaten Purbalingga dengan sistem pembayaran pra-upaya (seperti asuransi). Selain itu, pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan secara komprehensif melalui rintisan model pelayanan dokter keluarga yang meningkatkan kinerja dan profesionalisme lembaga-lembaga pelayanan kesehatan pemerintah. Pembiayaan pelayanan kesehatan juga menjadi lebih efisien dan efektif karena adanya pembayaran pra-upaya.

Dari sisi masyarakat, JPKM mengubah perilaku cara bayar dari *out of pocket* menjadi pra-bayar (masyarakat dan *provider*) serta terjadinya subsidi silang. Pelaksanaan Program JPKM di Kabupaten Purbalingga ini dipayungi oleh Perda No. 15 Tahun 2003 tentang JPKM. Berbagai SK Bupati dan Surat Edaran Bupati yang mendukung

pelaksanaan program ini seperti KepBup No. 29 Tahun 2003 tentang Kriteria Keluarga Miskin.

Dalam program JPKM, masyarakat adalah komponen terbesar yang menjadi obyek kebijakan dan menentukan keberhasilan program JPKM. Masyarakat yang menjadi peserta JPKM terbagi dalam tiga kategori berdasarkan penghasilannya, yaitu:

1. Strata I Keluarga Miskin; bebas biaya dan biasanya anggota Gakin (keluarga miskin). Peserta Strata I bekerja sebagai pekerja serabutan atau petani gurem. Kriteria peserta JPKM Strata I (sekarang Askes Gakin) ada dalam Keputusan Bupati Purbalingga No. 29 Tahun 2003 tentang Kriteria Gakin.
2. Strata II Keluarga Gakin; keluarga yang pernah miskin. Tingkat penghasilan dan kondisi hidupnya di atas keluarga miskin, membayar 50% dari total premi (saat ini Rp. 40.000,00). Umumnya mereka adalah pekerja informal seperti tukang ojek dan penarik becak.
3. Strata III Keluarga Non-Gakin; keluarga nonmiskin atau keluarga kaya. Mereka yang tergolong mampu atau yang dapat membayar premi penuh yaitu 100% dari total premi (saat ini Rp. 80.000,00). Umumnya adalah pedagang eceran, menengah, atau besar.

Peserta JPKM terdiri atas keluarga inti, yaitu: ayah, ibu, dan anak. Apabila satu atau lebih anggota keluarga menikah akan diberi hak menjadi anggota JPKM baru dengan mendaftar pada koordinator JPKM di Pus-

kesmas atau di Kantor Pra Bapel JPKM dan membayar iuran sesuai dengan ketentuan yang ada. Selain itu, calon anggota baru itu wajib membawa kartu JPKM orang tuanya yang masih berlaku dan melampirkan fotokopi surat nikah paling lambat 2 minggu setelah pernikahan.

Sumber dana untuk pembiayaan JPKM ini berasal dari dana APBD dan masyarakat. Dana APBD digunakan untuk menanggung penuh premi bagi warga masyarakat yang tergolong strata I dan menanggung sebagian premi untuk warga masyarakat yang tergolong strata II. Sisanya menjadi tanggung jawab masyarakat. Dengan sistem asuransi ini masyarakat mengeluarkan biaya ringan karena adanya asas kebersamaan, kekeluargaan/kegotongroyongan (subsidi silang sehingga masyarakat terlindungi dan merasa aman dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan utamanya yaitu rawat jalan dan kebutuhan khususnya yaitu rawat inap). Untuk pengelolaannya, Pemerintah Kabupaten Purbalingga menyerahkannya kepada sebuah badan penyelenggara yaitu PT. Sadar Sehat Mandiri. Bapel ini dibentuk dengan SK. Bupati No. 40/63/2003 yang berlaku efektif pada 7 April 2003.

Kabupaten Jembrana

Inovasi yang dilakukan oleh Kabupaten Jembrana adalah peningkatan kualitas pelayanan dan biaya pelayanan kesehatan yang sudah dirintis sejak tahun 2001. Dalam aspek pembiayaan pelayanan kesehatan, Pemerintah Kabupaten Jembrana melakukan pengalihan subsidi obat-obatan untuk Rumah Sakit Daerah dan Puskesmas menjadi subsidi premi asuransi untuk

semua warga Kabupaten Jembrana. Untuk mengelola dana asuransi tersebut, Pemerintah Kabupaten Jembrana membentuk satu lembaga asuransi yang disebut Lembaga Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) dengan Keputusan Bupati Nomor 31 Tahun 2003. Pada Tanggal 24 Mei 2006 diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Jembrana Nomor 7 Tahun 2006 tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah (JAMSOSDA) Kabupaten Jembrana. JAMSOSDA ini memiliki tugas pokok yaitu melaksanakan upaya pelayanan kesehatan kepada setiap anggota masyarakat Kabupaten Jembrana melalui Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan dengan standar biaya yang terkendali.

Subsidi ini diberikan kepada seluruh masyarakat Jembrana dalam bentuk premi untuk biaya rawat jalan tingkat pertama di unit pelayanan kesehatan yang mengikat kontrak kerja dengan Bapel/Badan Penyelenggara JKJ (Pemerintah Kabupaten Jembrana, 2007). Pada saat yang bersamaan Puskesmas dan Rumah Sakit diwajibkan untuk mencari dana sendiri untuk kebutuhan rutin termasuk obat-obatan, hanya obat-obatan khusus/program khusus yang dibantu oleh Pemerintah (Program Imunisasi, Malaria, TBC, Demam Berdarah, Diare, dan Kusta serta Program Gizi) (Pemerintah Kabupaten Jembrana, 2007).

Berdasarkan data dari website Pemerintah Kabupaten Jembrana (2007), Subsidi untuk premi ditetapkan sebesar sekitar Rp 3,3 miliar untuk tahun 2003, Rp. 6,7 miliar untuk tahun 2004, dan Rp 8 miliar pada tahun 2005. Dengan subsidi premi ini ma-

syarakat Jembrana berhak memiliki kartu keanggotaan JKJ yang dapat digunakan untuk biaya berobat rawat jalan di setiap PPK-1 baik milik pemerintah maupun swasta (Dokter/Dokter Gigi/Bidan/Praktik Swasta/Poliklinik RS Swasta Kelas D) tanpa dipungut bayaran. Khusus untuk bidan hanya berlaku pelayanan *Ante Natal Care* (Pemeriksaan Ibu Hamil/sebelum melahirkan) dan Pelayanan KB (Pemerintah Kabupaten Jembrana, 2007).

Dengan adanya program asuransi ini, beban masyarakat terhadap biaya kesehatan berkurang karena masyarakat tidak perlu menyediakan uang untuk biaya rawat jalan. Hal ini menyebabkan meningkatnya pemanfaatan layanan kesehatan tingkat dasar oleh masyarakat. Namun di sisi lain, hal ini dapat menekan angka pemakaian rumah sakit (rawat inap) yang berbiaya tinggi karena sakit yang belum begitu parah sudah terobati dengan cepat.

Perbandingan Skema Kebijakan Pelayanan Kesehatan Daerah

Dari uraian di atas tentang beberapa inovasi kebijakan kesehatan di daerah, secara umum dapat disimpulkan beberapa tipologi inovasi kebijakan kesehatan daerah untuk memberikan pelayanan universal kepada warganya. Tipologi pertama adalah subsidi penuh atas operasional pelayanan kesehatan dasar seperti yang dilakukan di Kabupaten Sumedang, Kota Banjar, dan Kabupaten Sukoharjo. Tipologi kedua adalah dengan membangun sistem asuransi kesehatan bagi masyarakat seperti yang dilakukan oleh Kota Yogyakarta, Kabupaten Purbalingga, dan Kabupaten Jembrana. Tipologi ketiga adalah kontribusi bersama antara pemerin-

tah dan masyarakat. Berikut ini adalah pembahasan tentang perbandingan antar-tipologi.

Subsidi Operasional Pelayanan Kesehatan Dasar

Subsidi Operasional Pelayanan Kesehatan Dasar yang telah dilakukan di Kabupaten Sumedang, Kota Banjar, dan Kabupaten Sukoharjo dilaksanakan dengan melakukan pembebasan biaya retribusi pelayanan kesehatan di tingkat Puskesmas. Pemerintah daerah mengalokasikan subsidi untuk membiayai kebutuhan biaya dari pelayanan yang kesehatan yang diberikan Puskesmas. Model ini adalah model yang paling mudah dilakukan untuk mewujudkan cakupan pelayanan kesehatan universal untuk semua warga masyarakat. Paling mudah dilakukan sebab pemerintah tidak dipersulit dengan proses pengumpulan dana, karena semuanya bersumber dari APBD, bukan dari sumber-sumber lain (kontribusi individu, donasi, dsb), serta pemerintah tidak dipersulit dengan kompleksitas administrasi untuk menentukan siapa penerimanya, karena basis pemanfaatan kebijakan ini adalah status kependudukan dari penerima manfaat, bukan melalui uji kemiskinan.

Apabila mengacu pada tipologi model yang diajukan oleh Drouin (2007), pembiayaan melalui subsidi pelayanan operasional kesehatan dasar dapat dikategorikan pada cakupan pelayanan kesehatan berbasis pajak (*tax-based health coverage*). Subsidi operasional kesehatan dasar bersumber dari APBD, yang komposisi terbesarnya berasal dari Dana Alokasi Umum (DAU) dari pemerintah pusat dan Pendapatan Asli Daerah (PAD). DAU merupakan gabungan dari

pendapatan pajak pemerintah pusat, dana perimbangan/bagi hasil, dan sumber-sumber lain. PAD sebagian besar merupakan pendapatan dari pajak daerah, retribusi, dan sumber lain. Jadi secara prinsip, pembiayaan kesehatan dari APBD adalah skema pembiayaan berbasis pendapatan pajak.

Menurut Drouin (2007), pembiayaan yang berasal dari pajak merupakan sumber pendapatan pembiayaan kesehatan yang paling efisien dan *equitable*. Melalui perpajakan, risiko kesehatan setiap warga negara dapat terpusat dan diemban bersama, serta dapat didistribusikan secara efektif di antara kelompok-kelompok berisiko tinggi dan rendah maupun kelompok masyarakat yang berpendapatan tinggi maupun rendah (Drouin, 2007).

Namun, permasalahannya adalah pembiayaan melalui anggaran publik/sumber pendapatan perpajakan sangat dipengaruhi oleh banyak faktor. Pertama adalah bahwa sumber ini tidak menjanjikan ketersediaan dana yang stabil atau bahkan dana yang tersedia jauh lebih kecil dari yang dibutuhkan. Hal ini disebabkan besar-kecilnya alokasi untuk sektor kesehatan sangat ditentukan juga oleh kebutuhan dari sektor-sektor lain maupun prioritas pembangunan daerah dari pimpinan pemerintah (Drouin, 2007). Kedua, besar-kecilnya dana yang diperoleh dari sumber perpajakan sangat tergantung pada kondisi makro-ekonomi (WHO, 2000), karena pada saat kondisi makro-ekonomi sedang lesu, pendapatan dari pajak dapat pula berkurang secara signifikan. Ketiga, tinggi rendahnya penerimaan pajak pun juga ditentukan oleh komposisi sektor formal dan informal dalam perekonomian (WHO, 2000). Drouin (2007) juga mem-

peringatkan bahwa pembiayaan melalui sumber perpajakan umum dapat menjadi tidak efisien disebabkan ketiadaan insentif kompetitif dari penyedia layanan kesehatan dan lemahnya pengawasan publik.

Studi yang dilakukan oleh Dwicaksono (2003) menunjukkan bahwa keputusan politik merupakan faktor penentu dalam proses perencanaan dan penganggaran daerah. Hal ini yang menyebabkan terjadinya ketidak-sinambungan antara proses perencanaan yang bersifat teknokratis dan partisipatif dengan proses peanggaran yang sangat kental dipengaruhi tarik-menarik kepentingan politik. Dengan situasi seperti ini, pembiayaan kesehatan untuk layanan yang bersifat universal sangat rentan keberlanjutannya karena keputusan alokasi anggaran sangat dipengaruhi konteks kontestasi politik di tingkat elite pengambil keputusan APBD. Oleh karenanya, perlu dibangun sistem perencanaan dan penganggaran yang partisipatif, transparan, dan akuntabel.

Sistem Asuransi Kesehatan Bersubsidi

Contoh-contoh daerah yang menerapkan sistem asuransi adalah Kota Yogyakarta, Kabupaten Purbalingga, dan Kabupaten Jembrana. Ketiga daerah tersebut membangun sistem asuransi kesehatan sebagai skema pembiayaan pelayanan kesehatan. Sistem asuransi ini termasuk dalam asuransi sosial karena penyelenggaraannya dilakukan oleh pemerintah atau pun lembaga yang dibentuk atau dipilih oleh pemerintah. Menurut Vaughan dan Vaughan (2007, hal. 46-47) asuransi sosial (*social insurance*) adalah “*a device for the pooling of risks by their transfer to organization, usually go-*

vernment, that is required by law to provide pecuniary or service benefits to or on behalf of covered persons upon the occurrence of certain predesignated losses under all the following conditions”.

Menurut Bank Dunia (1987) dalam studi kebijakannya, peneanaan biaya atas layanan kesehatan hanya dapat dilakukan pada perawatan dasar, dan penggunaan obat-obatan yang sering digunakan, tetapi sistem ini tidak bijak diterapkan pada pelayanan kesehatan lanjut yang lebih mahal (contohnya rawat-inap). Oleh karenanya, mengembangkan sistem yang dapat membagi risiko dan beban pembiayaan, di antaranya adalah sistem asuransi kesehatan (The World Bank, 1987). Dalam sistem asuransi kesehatan sosial ini, peserta asuransi membayar sejumlah besar premi yang kemudian dikelola oleh lembaga pengelola yang ditunjuk pemerintah. Lembaga ini selanjutnya yang akan mengelola dana terkumpul dan menyalurkannya kepada penyedia layanan kesehatan sesuai dengan besarnya biaya yang dikeluarkan untuk memberikan layanan kepada peserta asuransi bersangkutan.

Dalam sistem asuransi kesehatan, penerimaan untuk pelayanan kesehatan diakumulasikan dan dikelola sedemikian rupa sehingga risiko untuk membayar biaya pelayanan kesehatan ditanggung secara bersama-sama bukan secara individual. Kegunaan utama adalah untuk membagi risiko pembiayaan dari intervensi kesehatan ketika kebutuhan akan layanan kesehatan tidak dapat diprediksikan secara pasti. Dalam sistem asuransi sosial ini, dimungkinkan terjadinya subsidi silang antara kelompok peserta yang memiliki risiko kesehatan tinggi dan kelompok peserta yang memiliki

risiko rendah, dan subsidi silang di antara peserta antara kelompok berpendapatan rendah dan kelompok berpendapatan tinggi. Dengan mengikutsertakan semua warga masyarakat tanpa kecuali, gagasan universalisme dapat tercapai dan akses warga miskin pun terlindungi.

Apabila pemerintah daerah ingin menerapkan sistem asuransi sosial kesehatan sebagai upaya untuk mewujudkan jaminan akses kesehatan universal dan berkeadilan, ada beberapa strategi yang dapat digunakan. Misalnya, dengan mulai melaksanakan sistem ini dengan memberikan subsidi premi pada peserta asuransi sosial. Pelajaran ini bisa dilihat dari praktik di Kabupaten Jembrana. Di Kabupaten Jembrana, pada mulanya Pemda mensubsidi semua pelayanan. Sekarang ini Pemda mulai mengurangi sebagian subsidiya bagi warga yang mampu dengan mulai meminta warga untuk mendaftar menjadi peserta Jaminan Kesehatan Jembrana, dan mulai membayar keanggotaannya. Sementara di Kabupaten Purbalingga, sejak awal digulirkan, pemerintah daerah telah membagi kepesertaan menjadi tiga strata yang berkaitan dengan besaran premi yang harus dibayarkan. Warga yang berada pada kelompok paling rendah mendapatkan subsidi pembayaran premi penuh. Kemudian warga pada kelompok menengah mendapatkan sebagian subsidi pembayaran premi. Baik di Kabupaten Jembrana maupun di Purbalingga, prakarsa yang dilakukan pemerintah daerah ini secara tidak langsung telah menginstitutionalisasi sistem asuransi kesehatan sosial di kalangan warganya.

Pembayaran Bersama (Co-payment) antara Pemerintah dan Masyarakat

Inisiatif kebijakan yang dilakukan oleh Kabupaten Sleman adalah dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat. Untuk mencapai tujuan itu, model kontribusi bersama (*co-payment*) antara pemerintah dan warga pengguna layanan kesehatan menjadi model pembiayaan yang dipilih. Kontribusi pemerintah adalah memastikan tersedianya sarana dan prasarana penyediaan layanan kesehatan dasar yang maksimal, sedangkan masyarakat berkontribusi pada biaya pelayanan sesuai dengan tingkat kebersediaan untuk membayar (*willingness-to-pay*) terhadap layanan yang diterimanya.

Pada model ini beban risiko finansial atas biaya perawatan dan pengobatan kesehatan ditanggung oleh masing-masing individu. Pada model ini tidak terjadi subsidi silang antara kelompok risiko tinggi dengan risiko rendah dan kelompok berpenghasilan tinggi dan berpenghasilan rendah (WHO, 2000). Untuk memastikan bahwa biaya layanan kesehatan masih pada tingkat keterjangkauan masyarakat, pemerintah menetapkan pedoman tarif layanan yang didasarkan pada kajian tentang kemampuan membayar dan kajian kebersediaan membayar.

WHO (2000) tidak merekomendasikan model pembiayaan ini karena pembiayaan atas layanan kesehatan masih bergantung pada pengeluaran langsung warga (*out-of-pocket spending*). Model ini berpotensi untuk membatasi akses memperoleh layanan kesehatan hanya kepada kelompok warga yang mampu, dan dapat menghambat akses kelompok masyarakat yang miskin (Nyo-

natar and Kutzin, 1999, Lavy and Quingley, 1993). Pengenaan biaya atas layanan kesehatan dasar dan obat-obatan penting kepada pengguna layanan kesehatan sangat tidak dianjurkan kecuali hanya bersifat nominal (Ortiz, 2007), dan dimungkinkan pada intervensi kesehatan yang spesifik bila ditemui bukti kuat terjadinya penggunaan layanan secara berlebihan yang tak berdasar (WHO, 2000).

Apabila skema kebijakan ini tetap dipilih, ada beberapa persyaratan yang harus dilakukan oleh pemerintah bersangkutan yaitu:

1. Penetapan pedoman biaya layanan kesehatan dasar yang harus ditanggung oleh pengguna layanan didasarkan pada survai berkala tentang kemampuan dan ketersediaan membayar masyarakat untuk layanan kesehatan yang digunakan;
2. Menyediakan skema pembiayaan layanan kesehatan yang secara spesifik membantu kelompok masyarakat yang tergolong miskin dan sangat miskin. Pada saat ini, pemerintah pusat telah menyelenggarakan program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) yang ditujukan untuk kelompok masyarakat miskin di Indonesia.

Apabila kedua persyaratan di atas tidak terpenuhi, maka gagasan cakupan universal pelayanan kesehatan tidak akan tercapai. Akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang terjangkau akan terhambat sehingga beban yang ditanggung oleh kelompok miskin akan semakin meningkat. Studi di banyak negara menunjukkan

bahwa ketika akses warga miskin terhadap layanan kesehatan terjangkau, warga miskin mempertinggi ambang batas keseriusan kesakitan sedemikian rupa untuk meminimalkan biaya pengobatan (Oths, 1994). Sebagai contoh apabila seseorang merasakan sakit kepala berkepanjangan, alih-alih segera memeriksakan kondisi kesehatannya untuk mengetahui penyebab penyakit tersebut, warga miskin bertahan untuk menunda atau bahkan menghindari untuk mencari upaya pengobatan yang layak dengan alasan untuk menghindari kemungkinan mengeluarkan uang atas upaya pengobatan yang diterimanya. Beberapa studi juga memnunjukkan bahwa warga miskin akan mencari alternatif pada upaya pengobatan tradisional yang lebih murah (Ndyomugyenye et al., 1998, Tsey, 1997). Kondisi ini menyebabkan status kesehatan penduduk miskin semakin tidak terjamin.

Untuk konteks Indonesia, hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1994 menunjukkan bahwa salah satu penyebab masih cukup tingginya Angka Kematian Ibu adalah karena perdarahan dan eklampsia (58,1%) yang sebenarnya dapat ditolong oleh tenaga pemeriksaan kehamilan (*antenatal care/ANC*). Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Mile-nium Indonesia 2004 bidang Kesehatan menunjukkan bahwa proporsi ibu dengan tingkat ekonomi tinggi 89,2 % kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan, sementara pada golongan berpendapatan rendah hanya 21,3% (BAPPENAS, 2004). Fakta ini sekali lagi menunjukkan perlunya perhatian aspek keberadilan akses warga terhadap layanan kesehatan.

Penutup: Prospek Penjaminan Akses Kesehatan Universal di Indoensia

Perbandingan inovasi kebijakan kesehatan di tujuh kabupaten dan kota menunjukkan bahwa membangun sistem kesehatan yang menjamin akses universal warga di Indonesia mungkin dilakukan di tengah keterbatasan sumber daya seperti yang banyak dihadapi oleh negara-negara berkembang lainnya. Selama ini aspek keberadilan (*equity*) dalam penyediaan layanan kesehatan dikesampingkan dengan lebih menitikberatkan pada efisiensi penyelenggaraan layanan kesehatan (McIntyre and Gilson, 2002). Penekanan efisiensi sektor pelayanan kesehatan menggambarkan dominasi gagasan kebijakan neo-liberal serta sebagai respons atas kesulitan ekonomi yang melanda banyak negara yang memiliki sumber daya keuangan yang terbatas untuk membiayai dan menyediakan layanan kesehatan bagi warga negaranya (McIntyre and Gilson, 2002). Kasus-kasus di atas menunjukkan bahwa efisiensi tidak harus mengorbankan aspek keberadilan dalam sistem penyediaan layanan kesehatan.

Pada dasarnya sistem jaminan kesehatan sebagai pilar untuk mencapai cakupan layanan kesehatan universal telah dirintis sejak 2004 dengan disahkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Undang-undang ini memberikan dasar kewajiban negara dalam membangun sistem jaminan sosial termasuk di dalamnya sistem jaminan kesehatan.

Untuk mewujudkan cakupan universal pelayanan kesehatan melalui mekanisme penjaminan akses, paling tidak terdapat dua pilihan model. Model pertama adalah

bahwa sistem jaminan kesehatan adalah bersifat *sentralistis-monopolistik*. Model ini, penyelenggaraan jaminan kesehatan, termasuk di dalamnya mobilisasi sumber daya, pengelolaan, dan utilisasi, dilakukan oleh pemerintah pusat dan berlaku seragam di semua wilayah Indonesia. Model sentralistis-monopolistik dianut oleh negara Inggris dengan National Health Service (NHS)-nya. Model kedua adalah *desentralisasi-terintegrasi*, yaitu penyelenggara jaminan kesehatan adalah pemerintah pusat dan daerah yang memberi kesempatan kepada pemerintah daerah untuk mengembangkan sistem jaminan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi lokal dengan tetap terintegrasi dengan sistem nasional.

Dari kedua model tersebut model desentralisasi-terintegrasi merupakan pilihan yang lebih tepat untuk konteks Indonesia. Model ini merupakan usaha menerjemahkan implementasi atas hasil Keputusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia tentang *judicial review* atas UU No. 40 Tahun 2004 khususnya Pasal 5 Ayat 3. Konsep desentralisasi-terintegrasi ini juga sesuai dengan semangat UU No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, terutama Pasal 22. Intinya adalah bahwa daerah dapat mengembangkan sistem jaminan kesehatan akan tetapi tidak bersifat eksklusif untuk daerah itu sendiri. Demikian juga pemerintah pusat tidak dapat mengimplementasikan sistem jaminan sendiri tanpa melibatkan pemerintah dan masyarakat daerah.

Tidak mudah mencari bentuk model sistem kesehatan desentralisasi-terintegrasi yang dapat mewujudkan jaminan akses universal dan berkeadilan. Londoño dan Frenk (1997) mengajukan model

pluralisme-terstruktur (*structured-pluralism*). Secara prinsip model ini merupakan bentuk kompromi untuk menghindari sistem monopoli yang ekstrem oleh negara dalam penyediaan layanan kesehatan atau dominasi sektor swasta. Model ini juga berusaha menghindari gaya prosedur pemerintah -dan- mengendalikan yang otoriter dalam institusi pemerintahan tetapi juga tidak ingin terjebak dalam situasi anarkis tanpa adanya kejelasan aturan main yang transparan untuk memperbaiki kegagalan pasar dalam memberikan layanan kesehatan. Sistem pluralisme-terstruktur berusaha menangkap kompleksitas pengelompokan sosial yang ada di masyarakat yang memiliki preferensi dan kuantitas dan kualitas layanan yang berbeda-beda. Selain itu, sistem ini juga menekankan pembagian peran dan kewenangan dalam pengaturan, pengawasan, perencanaan, serta pengalokasian sumber daya di antara tingkatan pemerintahan terutama dalam konteks sistem tata pemerintahan yang terdesentralisasi seperti di Indonesia. Satu hal lagi adalah bahwa sistem ini juga memerlukan kejelasan pihak atau institusi yang berwenang untuk mengakumulasi dan mengelola dana-dana untuk kesehatan yang diterima.

Akhir kata, tidak ada satu sistem ideal yang pasti sesuai untuk semua negara dalam mewujudkan jaminan akses universal dan berkeadilan untuk warga negaranya. Setiap negara memiliki model dan sistemnya sendiri. Pencarian sistem yang tepat memerlukan waktu yang panjang. Pengalaman Brazil dengan *Sistema U' nico de Sau'de (SUS)* (Cornwall and Shankland, 2008), Filipina dengan asuransi kesehatan sosial *PhilHealth* (Obermanna et al., 2006) menunjukkan adanya proses yang panjang untuk penyempurnaan sistem kesehatan yang menjamin akses universal dan berkeadilan untuk semua warga negara.

Selain itu, peran masyarakat sipil dalam mendorong universalisasi pelayanan kesehatan pun sangat penting. Cornwall dan Shankland (2008) menegaskan bahwa proses reformasi sistem kesehatan di Brazil berlangsung melalui gerakan masyarakat sipil yang terorganisasi dalam memasukkan agenda universalisasi pelayanan kesehatan ke dalam agenda formal reformasi sistem kesehatan. Gerakan masyarakat sipil memberi tekanan kepada pemerintah untuk melakukan perubahan sistem, serta memperluas diskursus tentang model kesehatan itu sendiri kepada masyarakat luas.

Daftar Rujukan

- _____ (1945) *Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945*, Indonesia.
- BAPPENAS (2004) *Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia 2004*, Jakarta, BAPPENAS.
- Bloom, D. E. & Canning, D. (2001) A new health opportunity. *Development*, 44, 36-43.

- British Council (2003) *The British Health and Welfare System*.
- Cornwall, A. & Shankland, A. (2008) Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. *Social Science & Medicine*, 66, 2173-2184.
- DeNavas-Walt, C., Proctor, B. D. & Smith, J. (2006) *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006*, Washington, DC, U.S. Government Printing Office.
- Drouin, A. (2007) Methods of financing health care: A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage. *ISSA Technical Report*, 5, 1-15.
- Dwicaksono, A. (2003) Kajian Partisipasi Masyarakat dalam Proses Perencanaan Pembangunan: Masukan Bagi Penyempurnaan Sistem Perencanaan Pembangunan Tahunan di Kabupaten Bandung. *Departemen Teknik Planologi*. Bandung, Institut Teknologi Bandung.
- Freedman, L. P. (2005) Achieving the MDGs: health systems as core social institutions. *Development*, 48, 19-24.
- Haryanto (2004) *Artikel Kemandirian Puskesmas*, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Kabupaten Sleman, dilihat pada 27 Mei 2009. <http://www.dinkes-sleman.go.id/berita.php?id_news=9>
- ILO (2008) *Social health protection. An ILO strategy towards universal access to health care. Social security policy briefings; Paper 1*, Geneva, International Labour Office, Social Security Department.
- Lavy, V. & Quingley, J. (1993) *Willingness to pay for the quality and intensity of medical care by low-income households in Ghana*, Washington, DC, The World Bank.
- Londoño, J. L. & Frenk, J. (1997) Structured pluralism: towards an innovative model for health reform in Latin America. *Health Policy*, 41, 1-36.
- Martikainen, P., Lahelma, E. & Marmot, M. (2004) A comparison of socioeconomic differences in physical functioning and perceived health among male and female employees in Britain, Finland and Japan. *Soc Sci Med*, 59, 1287-1295.
- McIntyre, D. & Gilson, L. (2002) Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa. *Social Science & Medicine*, 54, 1637-1656.
- Narayan, D. (2001) 'Consultations with the Poor' from a health perspective. *Development*, 44, 15-21.
- Navarro, V., Borrell, C. & Benach, J. (2003) The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *International Journal of Health Service*, 33, 419-94.
- Ndyomugenyi, R., Neema, S. & Magnussen, P. (1998) The use of formal dan informal services for antenatal care dan malaria in rural Uganda. *Health Policy and Planning: A Journal on Health in Development*, 13, 94-102.
- Nurman, A. & Martiani, A. W. (2008) *Merumuskan Skema Penyediaan Jaminan Pelayanan*

- Kesehatan yang Sesuai untuk Daerah*, Bandung, Perkumpulan INISIATIF.
- Nyonatar, F. & Kutzin, J. (1999) Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 14, 329-4341.
- Obermanna, K., Jowett, M. R., Maria Ofelia O. Alcantara, Eduardo P. Banzon & Bodart, C. (2006) Social health insurance in a developing country: The case of the Philippines. *Social Science & Medicine*, 62, 3177-3185.
- Ortiz, I. (2007) *UNDESA Policy Notes: Social Policy*, Washington, DC., UNDESA.
- Oths, K. S. (1994) Health care decisions of households in economic crisis: an example from Peruvian Highlands. *Human Organization*, 53, 245-254.
- Pemerintah Kabupaten Jembrana (2007) *Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ)*, Pemerintah Kabupaten Jembrana, Kabupaten Jembrana, dilihat pada 27 Mei 2009. <<http://www.jembranakab.go.id/lumbung/jkj.php>>
- Raphael, D. & Bryant, T. (2004) The welfare state as a determinant of women's health: support for women's quality of life in Canada and four comparison nations. *Health Policy*, 68, 63-79.
- Sen, A. (1995) The Political Economy of Targeting. IN Walle, D. v. d. & Nead, K. (Eds.) *Spending and the Poor: Theory and Public Evidence*. Baltimore, Johns Hopkins University Press for the World Bank.
- Sen, A. K. (1999) *Development as freedom*, Oxford, Oxford University Press.
- Suharto, E. (2005) *Analisis Kebijakan Publik*, Bandung, CV. Alfabeta.
- The World Bank (1987) *Financing Health Services in Developing Countries*, Washington, DC., The World Bank,.
- Tsey, K. (1997) Traditional medicine in contemporary Ghana: a public policy analysis. *Social Science and Medicine*, 45, 1065-1074.
- United Nations (1948) The Universal Declaration of Human Rights.
- Vaughan, E. J. & Vaughan, T. M. (2007) *Fundamentals of Risk and Insurance*, New Jersey, John Wiley & Sons.
- WHO (1978) Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care, 6-12 September 1978*. Alma-Ata, USSR,.
- WHO (2000) *The World Health Report 2000: Health Systems - Improving Performance*, Geneva, WHO.