

## ASPEK SUSTAINABILITAS JAMINAN SOSIAL KESEHATAN (JAMSOSKES) PROVINSI SUMATERA SELATAN

### *SUSTAINABILITY ASPECT OF SOCIAL HEALTH INSURANCE (JAMSOSKES) IN SOUTH SUMATERA PROVINCE*

**Asmaripa Ainy**

Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

Email: asny\_plbg@yahoo.com

#### ABSTRACT

*National health insurance becomes an important issue in Indonesia since the implementation of The National Social Security System (Sistem Jaminan Sosial Nasional) in Law no. 40/2004 and Law no.24/2011 about The Social Security Provider's Bill (Badan Pelaksana Jaminan Sosial Nasional). Strategic issue concerning sustainability of social health insurance in line to the government initiative to pursue universal health coverage in Indonesia in 2019. It is essential to ensure the rights of citizens in South Sumatera Province in obtaining quality, affordability and sustainability of health care. Since 2009 the local government of South Sumatra Province implemented local health insurance completed another health insurance to reach local universal coverage. This paper will discuss about the factors should be developed to maintain and sustain the implementation of social health insurance for the whole community.*

**Keywords:** *national health insurance, universal health coverage, sustainability*

#### ABSTRAK

Jaminan kesehatan nasional menjadi isu penting di Indonesia sejak disahkannya Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan Undang-undang nomor 24 tahun 2001 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Isu strategis mengenai sustainabilitas Jamsoskes sejalan rencana pemerintah untuk mewujudkan *universal health coverage* (cakupan semesta) di tahun 2019. Di tengah persiapan diberlakukannya UU No. 24 tahun 2014 untuk bidang kesehatan yaitu pada 1 Januari 2014 adalah penting untuk memastikan tetap terpenuhinya hak-hak warga Sumatera Selatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau secara berkelanjutan. Sejak tahun 2009 Pemerintah daerah Propinsi Sumatra selatan memberlakukan Jaminan Kesehatan Daerah, melengkapi jaminan-jaminan kesehatan yang lain untuk mewujudkan cakupan semesta di propinsi ini. Tulisan ini akan menelaah tentang faktor-faktor yang harus dikembangkan dalam penerapan jaminan kesehatan sosial kepada seluruh lapisan masyarakat agar tetap terjaga keberlangsungannya.

**Kata kunci:** jaminan kesehatan nasional, cakupan semesta, sustainabilitas

#### PENDAHULUAN

Sumber daya manusia yang sehat di dalam sebuah negara merupakan aset yang sangat penting karena terkait dengan aspek produktivitas dan daya saing bangsa. Merupakan alasan yang tepat jika negara harus dapat menjamin setiap warga negara memiliki hak untuk kesehatan/perawatan kesehatan. Salah satu komponen penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan

adalah pembiayaan kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini, secara umum dibiayai sepenuhnya dari anggaran pemerintah dan diselenggarakan oleh pelayanan kesehatan milik pemerintah namun ketidakcukupan dana membuka peluang berbagai inovasi dan intervensi kebijakan dalam pembiayaan kesehatan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Jaminan pembiayaan kesehatan yang dapat disebut juga sebagai asuransi kesehatan menjadi isu penting di Indonesia sejak disahkannya Undang-undang No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) di tahun 2004 dan Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) di tahun 2011.<sup>1,2</sup> Kedua undang-undang tersebut memberikan landasan hukum terhadap kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yang salah satunya adalah bidang kesehatan.

Data cakupan peserta jaminan/asuransi kesehatan di Indonesia sampai tahun 2012 menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia yang sudah memiliki asuransi kesehatan telah mencapai 151.548.981 jiwa, yang terdiri dari<sup>3</sup>: Asuransi PNS (Askes) 17.274.520 jiwa, Asuransi TNI/POLRI 2.200.000 jiwa, Jamkesmas 76.400.000 jiwa, Jamsostek 5.600.000 jiwa, Jamkesda 31.866.390 jiwa, sel insured 15.351.532 jiwa, Askes komersil 2.856.539 jiwa.

*Universal health coverage* atau yang lebih dikenal dengan istilah cakupan kesehatan semesta merupakan sistem kesehatan di mana setiap warga di suatu wilayah terjamin pembiayaan kesehatannya dan memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan biaya yang terjangkau. Menurut WHO,<sup>4</sup> *Universal coverage* mengandung dua elemen inti, yaitu: (1) Akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga; dan (2) Perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan. Selanjutnya, WHO<sup>4</sup> juga menyebutkan empat isu strategis dalam sistem pembiayaan kesehatan untuk menjamin pencapaian *universal coverage*, mencakup: (1) ekuitas, (2) efisiensi, (3) feasibilitas, (4) sustainabilitas.

Posisi Jaminan Kesehatan Daerah (jamkesda) dalam UU SJSN maupun UU BPJS tersebut tidak secara tegas disebutkan

padahal Jamkesda yang telah dikembangkan oleh lebih dari 150 daerah baik propinsi maupun kabupaten/kota juga mampu berkontribusi dalam pencapaian *universal health coverage*.

Jaminan Sosial Kesehatan (Jamsoskes) Sumatera Selatan yang telah diimplementasikan mulai Januari 2009 merupakan salah satu program pembiayaan kesehatan yang diperuntukkan bagi seluruh warga Sumatera Selatan yang belum memiliki jaminan/asuransi kesehatan lainnya.<sup>5</sup> Isu strategis mengenai sustainabilitas Jamsoskes sejalan pemberlakuan UU SJSN adalah penting untuk memastikan hak-hak warga Sumatera Selatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau secara berkelanjutan.

## PEMBAHASAN

### 1. Jaminan Kesehatan di Indonesia

Jaminan Kesehatan atau asuransi kesehatan di Indonesia bukanlah hal baru. Asuransi kesehatan mulai diperkenalkan bagi pegawai negeri sipil. Selanjutnya pada tahun 1985 dimulai asuransi untuk tenaga kerja (ASTEK) serta tahun 1987 dengan menggerakkan dana masyarakat melalui DUKM. Pada tahun 1992 diterbitkan tiga buah undang-undang yang berkaitan dengan asuransi yaitu UU No. 2 Tentang Asuransi, UU No. 3 Tentang JAMSOSTEK (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) serta UU No. 23 Tentang Kesehatan yang di dalamnya terkandung pasal 65-66 tentang JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). JPKM mengikuti pola *managed care* di Amerika dengan pembayaran *prepaid* berdasarkan kapitasi dan pelayanan yang bersifat komprehensif meliputi preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

Pada tahun 1988 dilakukan uji coba pelaksanaan JPKM di Bali. Hasilnya menunjukkan JPKM berkembang lambat dan sporadis. Dilanjutkan pula dengan proyek Jaring Pengaman Sosial pada tahun

1998, yang merupakan pengembangan dari JPKM serta dikenal dengan istilah JPKM-JPSBK. Namun perkembangannya juga tidak menunjukkan hasil yang baik.

Hasil amendemen UUD 1945 pasal 28H pada tahun 2000 menyebutkan tentang jaminan hak setiap penduduk atas pelayanan kesehatan yang kemudian diperkuat kembali dengan amendemen UUD 1945 pada pasal 34 ayat 2 di tahun 2002 dan ayat 3. Hasil amandemen tiga pasal tersebut, menegaskan secara kompleks tentang peran pemerintah dalam menjamin pelayanan kesehatan yang adil bagi seluruh rakyat Indonesia. Sehingga prinsip ekuitas dalam pelayanan kesehatan diharapkan akan terpenuhi.<sup>6</sup> Pada tahun 2002, konsep jaminan sosial untuk Indonesia dirumuskan oleh Tim SJSN. Kesepakatan yang dibuat menyebutkan bahwa sistem jaminan sosial harus dibangun diatas tiga pilar yaitu:

- a. Pilar bantuan sosial (*social assistance*) bagi mereka yang miskin dan tidak mampu atau tidak memiliki penghasilan tetap yang memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Dalam praktiknya, bantuan sosial ini diwujudkan dengan bantuan iuran oleh pemerintah agar mereka yang miskin dan tidak mampu dapat tetap menjadi peserta SJSN.
- b. Pilar asuransi sosial yang merupakan suatu sistem asuransi yang wajib diikuti bagi semua penduduk yang mempunyai penghasilan (diatas garis kemiskinan) dengan membayar iuran yang proporsional terhadap penghasilannya/upahnya.
- c. Pilar tambahan atau suplemen bagi mereka yang menginginkan jaminan yang lebih besar dari jaminan kebutuhan standar hidup yang layak dan mereka yang mampu membeli jaminan tersebut (pilar jaminan swasta/privat yang berbasis sukarela/dagang).

## 2. Jaminan Kesehatan Daerah

Keputusan Mahkamah Konstitusi atas hasil uji materi ke-1 UU SJSN pada tahun 2005 dalam point pertimbangan hukum menyebutkan bahwa pengembangan sistem jaminan sosial adalah bagian dari pelaksanaan fungsi negara yang kewenangan untuk menyelenggarakannya berada di tangan pemegang kekuasaan pemerintah negara, dimana kewajiban pelaksanaannya bukan hanya menjadi kewenangan pemerinah pusat tetapi dapat juga menjadi kewenangan pemerintah daerah. Sehingga UU SJSN tidak boleh menutup peluang pemerintah daerah untuk ikut mengembangkan sistem jaminan social.<sup>7</sup>

Struktur cakupan Jamkesda dalam pencapaian *universal coverage* pada tahun 2010 menunjukkan bahwa dari total 235,6 juta jiwa penduduk Indonesia, cakupan Jamkesda memberikan kontribusi sebesar 22,8 juta jiwa (9,68%) bagi penduduk Indonesia.<sup>8</sup> Beberapa fakta lainnya mengenai pelaksanaan Jamkesda di beberapa wilayah kabupaten/kota di Indonesia menunjukkan bahwa Jamkesda tidak diatur secara tegas di dalam UU BPJS padahal Jamkesda lebih mampu mengakomodir karakteristik perbedaan di wilayah Indonesia dan mampu memberdayakan pemerintah daerah. Sistem Jamkesda di Indonesia menganut model Sistem Jaminan Kesehatan Sosial (*Social Health Insurance/SHI*).<sup>8</sup>

Sebaliknya, Jamkesda juga memiliki beberapa kelemahan antara lain: cakupannya berskala kecil yang tak terpenuhi untuk hukum bilangan besar, tidak adanya portabilitas, tergantung APBD yang kemampuan anggarannya terbatas, kelestarian program tidak dapat dipastikan karena tergantung keterpilihan pemimpin daerah yang memiliki komitmen terhadap implementasi program, jarang yang bisa menyediakan paket benefid yang

komprehensif. Beberapa kelemahan tersebut yang menjadi salah satu keraguan sustainability dari Jamkesda dan menjadi argumentasi kuat untuk membentuk BPJS Kesehatan dengan satu badan pengelola.

Jamsoskes Sumatera Selatan merupakan salah satu bentuk upaya pemerintah daerah Sumatera Selatan untuk memungkinkan pencapaian *universal health coverage* di 15 kabupaten/kota dalam wilayah Sumatera Selatan.<sup>5</sup> Dalam penelitian Retnaningsih, dkk., pelaksanaan program Jamsoskes ini mendapatkan dukungan dana sharing antara APBD provinsi maupun APBD kabupaten/kota.<sup>9</sup> Dana sharing alokasi pemerintah provinsi mencapai Rp 150.724.656.400,- dengan realisasi 34.466.161.982,- (22,9%) sedangkan dari APBD pemerintah kabupaten/ kota dengan alokasi sebesar Rp 72.285.043.600,- dan realisasi sejumlah Rp 12.768.556.858,- (17,7%). Dukungan anggaran dari pemerintah provinsi terlihat lebih besar dibandingkan pemerintah kabupaten/kota cukup besar. Selain itu untuk menselaraskan dengan implementasi UU SJSN dan UU BPJS, bentuk legitimasi badan pengelola program Jamsoskes Sumsel Semesta perlu disesuaikan.<sup>9</sup>

### 3. *Universal Health Coverage*

Murti,<sup>10</sup> menjelaskan bahwa untuk melindungi seluruh warga terhadap risiko finansial dibutuhkan sistem pembiayaan kesehatan pra-upaya (*prepaid system*), bukan pembayaran pelayanan kesehatan secara langsung (*direct payment, out-of-pocket payment* atau *fee-for-service*). Filosofi yang melatarbelakangi UU SJSN adalah pelayanan kesehatan dengan *universal coverage* melalui sistem asuransi kesehatan berskala nasional. Setidaknya salah satu upaya untuk mencapai tujuan tersebut, yakni pendekatan "manfaat universal" dari sudut pandang bahwa sementara beberapa individu layak perlu subsidi, yang lain dapat melakukannya

sendiri dan pada dasarnya semua akan memiliki kemampuan untuk membayar intervensi kesehatan.

Dalam upaya untuk mencapai tujuan *universal coverage*, pemerintah harus memperkuat regulasi baik pada aspek penyediaan dan penggunaan pelayanan kesehatan (*demand and supply*) maupun aspek pembiayaan (*revenue collection and pooling risk*). Begitu juga pengelola skema pra-upaya perlu menerapkan mekanisme kontrol terhadap kualitas dan biaya pelayanan kesehatan, misalnya dengan metode seleksi, profiling, dan deseleksi terhadap rumahsakit, puskesmas, maupun dokter yang memberikan pelayanan dalam skema pra-upaya.

Perkembangan jaminan kesehatan seyogyanya memerlukan beberapa kondisi agar bisa efektif dalam pencapaian *universal coverage*: (1) Akses pelayanan merata untuk semua penduduk. Secara umum barrier finansial yang dihadapi penduduk di Indonesia adalah biaya pelayanan kesehatan dan juga biaya transportasi untuk mencapai pelayanan kesehatan. (2) Mutu pelayanan yang baik untuk menarik minat penduduk mampu. Tanpa keikutsertaan penduduk mampu maka *pooling of risk* sebagai salah satu prinsip dasar asuransi sulit untuk diterapkan.<sup>11</sup>

Untuk mencapai *universal coverage* pada pelayanan kesehatan dibutuhkan evolusi dari sistem pembiayaan langsung (*out-pocket payment*) ke sistem pembiayaan pra-upaya (*pre-paid system*). Sejumlah faktor mempengaruhi kecepatan transisi menuju cakupan universal dapat dijelaskan juga sebagai berikut:<sup>4</sup>

1. Tingkat pertumbuhan ekonomi yang tinggi meningkatkan kemampuan warga dalam memberikan kontribusi kepada skema pembiayaan kesehatan
2. Pertumbuhan sektor formal memudahkan penilaian pendapatan dan pengumpulan kontribusi (*revenue collection*)

3. Ketersediaan tenaga terampil mempengaruhi kemampuan pengelolaan sistem asuransi kesehatan berskala nasional
4. Penerimaan konsep solidaritas oleh masyarakat mempengaruhi kemampuan pengumpulan (*pooling*) dana/kontribusi asuransi dan integrasi berbagai skema asuransi kesehatan
5. Efektivitas regulasi pemerintah pada sisi pembiayaan maupun penyediaan pelayanan kesehatan dalam sistem asuransi/pra-upaya
6. Tingkat kepercayaan warga masyarakat terhadap pemerintah mempengaruhi partisipasi.

#### 4. Konsep Sustainability pada Program Kesehatan

Beberapa pengertian dari istilah sustainability dengan berbagai terminologi terkait termasuk institusionalisasi dan rutinisasi. Meskipun setiap istilah menunjukkan makna kelanjutan dari program dalam beberapa cara, tetapi terdapat penekanan yang berbeda.<sup>12</sup> Seperti yang disampaikan oleh *The Australian Government's Overseas Aid Program*,<sup>13</sup> hal-hal penting yang perlu diperhatikan dalam pemahaman definisi sustainability adalah bahwa fokusnya pada mempertahankan aliran manfaat ke masa depan bukan pada program berkelanjutan atau proyek. Manajemen sustainability merupakan proses yang bertujuan untuk memaksimalkan aliran manfaat yang berkelanjutan. Selanjutnya, *Office of Sustainable Development Bureau for Africa U.S*<sup>14</sup> juga menyatakan bahwa faktor sustainability adalah penentu penting dalam pembangunan sektor kesehatan.

Kerangka kerja sustainability menurut Sarriot et. al.,<sup>15</sup> menekankan bahwa sustainability sebagai proses yang terjadi dalam sistem. Selanjutnya kondisi

tertentu harus ditingkatkan di dalam program kesehatan tersebut. Sustainability dapat dinilai pada awal program kesehatan dan atau secara berkala setelah itu. Adapun metode untuk penilaian sustainability disesuaikan dengan enam komponen evaluasi berikut:

1. Karakteristik pelayanan kesehatan (kualitas, aksesibilitas, dan ekuitas),
2. Kapasitas kelembagaan pemerintah lokal atau lembaga masyarakat sipil
3. Viabilitas lembaga untuk melanjutkan program dalam pelayanan hasil
4. Kapasitas masyarakat penerima manfaat
5. Faktor sosial-ekologi yang terkait

Lebih jauh, Sarriot, et.al.,<sup>16</sup> dalam penelitiannya tentang sustainability sebagai salah satu alat evaluasi program kesehatan, mengidentifikasi kerangka sustainability menjadi 2 komponen, yakni: sustainability sistem dan sustainability *demand*. Keduanya diperlukan untuk mencapai sistem yang praktis dan mandiri yang melanggengkan dan meningkatkan manfaat program. Model ini mengidentifikasi tiga komponen sustainability sistem yang mencakup: (1) Sustainability finansial (mobilisasi sumber daya, efisiensi alokasi dan penggunaan sumber daya), (2) Kapasitas institusional (manajemen, SDM, sistem informasi, dan sistem logistik), (3) Dukungan lingkungan (kebijakan, pendekatan lintas sektor, pemberdayaan masyarakat). Sedangkan untuk sustainability *demand*, dapat diidentifikasi sebagai berikut: (1) Kemampuan membayar, dan (2) Perilaku (dukungan masyarakat, komunikasi perubahan perilaku, dan minat menggunakan). Masing-masing sub-elemen dalam model ini bukan merupakan daftar yang lengkap dan bukan berdasarkan urutan hierarki maupun kausalitas, tetapi dapat mewakili indikator kunci dalam mengevaluasi sustainability program kesehatan.

Sustainability jaminan kesehatan dapat juga ditelaah dari beberapa aspek: dilihat dari kepesertaan, keuangan/pendanaan (termasuk didalamnya dikembangkan upaya-upaya kendali biaya), pengelolaan (badan yang mengelola jaminan) dan penyedia pelayanan kesehatan. (termasuk didalamnya dilakukan kendali mutu dan pembatasan untuk mencegah pemanfaatan pelayanan kesehatan secara berlebihan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Aspek sustainability dalam penyelenggaraan Jamsoskes adalah penting dalam menunjang pembangunan sektor kesehatan. Manajemen sustainability merupakan proses yang bertujuan untuk memaksimalkan aliran manfaat yang berkelanjutan dengan dua komponen utama yakni: sustainability sistem dan sustainability *demand*. Penelitian selanjutnya dapat diarahkan untuk mengevaluasi aspek sustainability program Jamsoskes menggunakan pendekatan dari Sarriot, et.al. baik secara kuantitatif maupun kualitatif, mengingat operasional BPJS kesehatan yang dikelola oleh PT. Askes akan dimulai pada tahun 2014.

## DAFTAR PUSTAKA

1. UU SJSN nomor 40 tahun 2004.
2. UU BPJS nomor 24 tahun 2011.
3. Republik Indonesia. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 2012-2019*. 2012.
4. WHO. *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System. Technical Brief for Policy-makers*. 2005. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy. 2005.
5. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. *Pedoman Pelaksanaan Proram Jaminan Sosial Kesehatan Sumatera Selatan Semesta tahun 2009*. Palembang. 2008.
6. Thabrany, H. *Jaminan Kesehatan Universal di Kota dan Kabupaten di Seluruh Indonesia*. Disampaikan pada Seminar Desentralisasi, Bali 7-9 Agustus 2007. Makalah versi penyesuaian dari makalah yang disajikan dalam Konferensi Prakarsa bulan Juni 2007 di Jakarta.
7. Jamsosindonesia. SJSN-Transformasi. Tersedia di: [http://www.jamsosindonesia.com/sjsn/Transformasi/pengujian\\_uu\\_sjsn](http://www.jamsosindonesia.com/sjsn/Transformasi/pengujian_uu_sjsn). 2013.
8. Mukti, A.G. *Jamkesda: antara Peran Strategis dan Pengakuan*. Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. 2011.
9. Retnaningsih, dkk. *Kajian Studi Kelayakan BLU Jamsoskes dan Alternatif Lain Pengelolaan Jamsoskes Berdasar UU SJSN di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2010*. Laporan Hasil Penelitian. Balitbangda Sumatera Selatan. Palembang. 2010.
10. Murti, B. *Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Institute of Health Economic and Policy Studies (IHEPS), Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret. Makalah temu ilmiah reuni akbar FK-UNS. Surakarta. 27 November 2010. 2010.
11. Gani, A. *Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Sistem Desentralisasi*. 2006. Disampaikan pada Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan. Badung 6-8 Juni 2006.
12. Harvey, G and Hurworth, R. Exploring program sustainability: identifying factors in two educational: initiatives in Victoria Evaluation. *Journal of Australasia*, 2006. Vol. 6 (newseries). No. 1, pp: 36-44.
13. The Australian Government's Overseas Aid Program. *Promoting Practical Sustainability*. Quality Assurance Group PIA/OPRE. 2000.

14. Office of Sustainable Development Bureau for Africa U.S. Agency for International Development. *Health and Family Planning Indicators: Measuring Sustainability*. Vol. II, tersedia di: [http://sara.aed.org/publications/cross\\_cutting/indicators/indicators2.pdf](http://sara.aed.org/publications/cross_cutting/indicators/indicators2.pdf)
15. Sarriot EG., et.al. A methodological approach and framework for sustainability assessment in NGO-implemented primary health care programs. *International Journal of Health Planning and Management*; 2004. 19: 23–41. Published online in [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
16. Sarriot EG., et.al. Measuring sustainability as a programming tool for health sector investments: report from a pilot sustainability assessment in five Nepalese health districts. *International Journal of Health Planning and Management*. 2009. 24: 326–350. Published online in [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)