



**STRATEGI PENCAPAIAN *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE*
MELALUI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL INDONESIA**

Abu Huraerah

Program Studi Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Pasundan

Corresponding author: huraerah_ks@unpas.ac.id

Abstract: Purpose of the study to describe the strategy for achieving UHC (Universal Health Coverage) through the Indonesian National Health Insurance program. This research uses a literature study method by studying journals and books. It also uses normative studies, namely studying laws by analyzing legal texts or documents systematically and logically. Indonesia is trying to achieve UHC in three dimensions in stages, namely (1) carrying out guaranteed population expansion so that all residents are guaranteed, so that every sick resident does not become poor due to the burden of high medical costs; (2) expanding guaranteed health services so that everyone can meet their medical needs; and (3) increasing guaranteed medical costs, so that the proportion of direct costs borne by the population becomes smaller. Thus, Indonesia wants health insurance for all residents, guaranteeing all diseases and the proportion of costs borne by the population (participants) as small as possible. This has implications for the provision of adequate health service facilities, adequate financing, and national health insurance membership that reaches targets.

Keywords: achievement strategy, universal health coverage, health system, national health insurance

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan strategi pencapaian UHC (*Universal Health Coverage*) melalui program Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia. Penelitian ini menggunakan metode studi literatur dengan mempelajari jurnal-jurnal dan buku-buku. Disamping itu, juga menggunakan studi normatif, yaitu mempelajari undang-undang dengan cara menganalisis teks atau dokumen hukum secara sistematis dan logis. Indonesia berupaya mencapai UHC dalam tiga dimensi secara bertahap, yakni (1) melakukan perluasan penduduk yang dijamin agar semua penduduk terjamin, sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi; (2) memperluas pelayanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis; dan (3) meningkatkan biaya medis yang dijamin, sehingga makin kecil proporsi biaya langsung yang ditanggung penduduk. Dengan demikian, Indonesia menghendaki jaminan kesehatan untuk semua penduduk, menjamin semua penyakit dan proporsi biaya yang menjadi tanggungan penduduk (peserta) sekecil mungkin. Hal tersebut berimplikasi pada penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, pembiayaan yang mencukupi, dan kepesertaan jaminan kesehatan nasional yang mencapai target.

Kata Kunci: strategi pencapaian, *universal health coverage*, sistem kesehatan, jaminan kesehatan nasional

Pendahuluan

Isu *Universal Health Coverage* (UHC) sebagai bentuk pemenuhan hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi seluruh warga negara menjadi salah satu topik yang banyak dibahas saat ini. Di Indonesia, Jaminan Kesehatan Nasional ini diimplementasikan dan diselenggarakan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang mulai dilaksanakan per 1 Januari 2014.

UHC dilaksanakan oleh banyak negara di belahan dunia dengan berbagai rentang waktu implementasi yang bervariasi. Di negara dengan penghasilan rendah dan menengah, dinamika yang harus dihadapi untuk mengimplementasikan UHC, antara lain transisi epidemiologi, pertumbuhan ekonomi, peningkatan biaya kesehatan, dan pengurangan bantuan kesehatan internasional yang disebabkan penentuan ulang prioritas.

UHC merupakan konsep pembangunan kesehatan global yang memastikan setiap individu memiliki akses pelayanan kesehatan yang adil, komprehensif, dan bermutu tanpa adanya hambatan finansial. Di Indonesia, UHC ini diwujudkan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Pada 2024 ini, kepesertaan JKN yang ditargetkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024 sedikitnya sebesar 98 persen dari total populasi.

UHC merupakan sistem penjaminan kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, bermutu dengan biaya terjangkau. UHC mengandung dua elemen inti yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan. Dalam rangka mewujudkan UHC, Pemerintah Indonesia telah menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/KIS) sejak 1 Januari 2014. Program ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program JKN/KIS bertujuan untuk memberikan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan finansial.

Pencapaian UHC yang ditargetkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN 2020–2024), yaitu sedikitnya 98% dari total populasi menjadi anggota JKN. Capaian UHC tidak hanya menyangkut jumlah peserta JKN-KIS (Kartu Indonesia Sehat), tetapi harus berorientasi pada tiga hal berikut: (1) proporsi populasi yang dapat mengakses pelayanan kesehatan esensial yang berkualitas, (2) proporsi penduduk yang menghabiskan pendapatan rumah tangga untuk pelayanan kesehatan, (3) keadilan terhadap akses pelayanan dan akses pendanaan.

Dengan seluruh lapisan masyarakat mengikuti Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat adalah bentuk pengoptimalisasian UHC. Kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai penyelenggara JKN memiliki dua golongan yaitu golongan mampu dan tidak mampu. Golongan mampu akan membayar premi sesuai dengan yang

ditetapkan setiap bulannya. Sementara, bagi golongan yang tidak mampu preminya akan dibayarkan oleh negara.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode studi pustaka yang berfungsi sebagai tuntunan dalam mengkaji suatu masalah penelitian (*review of research*) (Mulyadi, 2012). Pada penelitian studi pustaka ini digunakan jurnal-jurnal penelitian dan buku-buku. Studi pustaka atau biasa disebut sebagai studi literatur salah satu metode penelitian yang sering digunakan untuk membantu menemukan persoalan dan menemukan landasan teori dari topik yang diangkat. Studi literatur dalam penelitian ini dilakukan berdasarkan penelusuran tentang kerangka konsep sistem kesehatan, jaminan kesehatan nasional, pengelolaan jaminan kesehatan, UHC (*Universal Health Coverage*) dan strategi pencapaian UHC.

Disamping itu, juga studi normatif dengan menggunakan undang-undang dan dasar hukum yang sah lainnya sebagai sumber referensi. Studi normatif tidak selalu bertujuan untuk mengkaji maupun memperbaharui norma yang sudah ada, melainkan untuk memahami, menafsirkan, dan menjelaskan sumber hukum yang ada, dengan cara menganalisis teks atau dokumen hukum secara sistematis dan logis. Terkait studi ini, penulis menggunakan Undang-undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai sumber referensi.

Hasil dan Pembahasan

Menurut Undang-undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dalam pasal 1 ayat 1 dinyatakan bahwa “kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis”. Sementara, WHO (*World Health Organization*, 2010) menyatakan bahwa “kesehatan adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dan bukan sekedar bebas dari penyakit atau kelemahan.” Definisi ini, yang dirumuskan pada tahun 1948, menekankan bahwa sehat bukan sekedar bebas dari penyakit, tetapi suatu keadaan sejahtera yang holistik yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial. Hal ini mengakui bahwa kesehatan yang baik bukan hanya berarti bebas dari penyakit tetapi juga melibatkan faktor-faktor seperti kesejahteraan emosional, hubungan sosial, dan kualitas hidup yang positif permasalahan dari suatu perspektif komprehensif dan meningkatkan kesejahteraan individu dan komunitas secara keseluruhan.

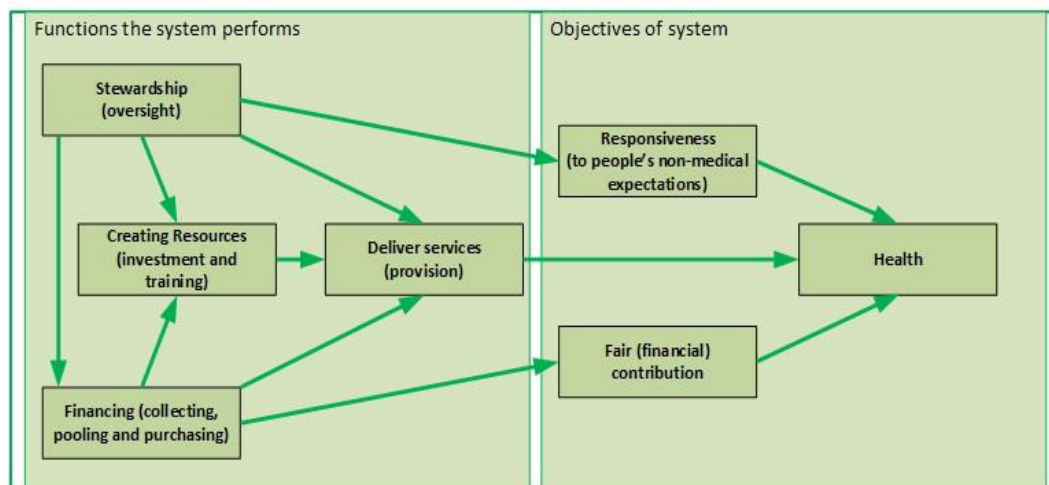
Fungsi dan Tujuan Sistem Kesehatan

Laporan WHO (2000) mendefinisikan sistem kesehatan (*health system*) adalah “*to include all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health* (sistem kesehatan mencakup seluruh kegiatan yang tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan, memulihkan atau memelihara kesehatan). Secara universal fungsi sistem kesehatan menurut WHO, 2000 (Sunjaya, 2010) adalah: (1) *stewardship*; (2) pelayanan kesehatan; (3) pembiayaan kesehatan; dan (4)

sumberdaya. *Stewardship* merupakan konsep baru yang memperluas pemahaman lama, yaitu regulasi – menetapkan aturan – melalui dua komponen tambahan, yakni memastikan adanya kesetaraan untuk memandu pengambilan keputusan dalam sistem kesehatan dan memberikan arah yang strategis pada sistem kesehatan secara menyeluruh.

Berdasarkan uraian di atas, pemerintah berfungsi sebagai regulator dalam suatu sistem kesehatan. Fungsi regulasi dan penentuan arah/kebijakan kesehatan dikenal sebagai fungsi *stewardship* (pengaturan, pengarahan, dan pengawasan). Fungsi *stewardship* pada pemerintahan yang terdesentralisasi seperti halnya di Indonesia, tentu saja berada di daerah, jadi merupakan kewenangan pemerintah daerah. Sejalan dengan PP 8/2003 dan PP 38/2007, Dinas Kesehatan mempunyai peran dalam perijinan, sehingga merupakan institusi yang berfungsi sebagai regulator dalam bidang kesehatan (Sunjaya, 2010).

Boffin (Sunjaya, 2010), menyebutkan konsep kinerja dari sistem kesehatan terpusat pada tiga tujuan utama, yaitu: (1) meningkatkan kesehatan; (2) meningkatkan *responsiveness* terhadap harapan masyarakat; dan (3) menjamin keadilan dalam kontribusi pembiayaan. Kemudian, Sunjaya (2010) menjelaskan bahwa *responsiveness* dapat tercapai dengan mengembangkan fungsi *stewardship* yang merupakan pengertian lebih luas dari fungsi regulasi. Berbagai keluhan/ketidakpuasan masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan hendaknya dilihat sebagai kegagalan fungsi ini. Artinya, bisa terjadi kelemahan dalam kebijakan ataupun regulasi kesehatan. Termasuk di dalam konteks *responsiveness* adalah tanggap terhadap harapan masyarakat (*non medical*), jaminan atas *community and patient safety*.



Gambar 1. Hubungan antara Fungsi dan Tujuan Sistem Kesehatan

Sumber: World Health Report, WHO, 2000

Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional

Kebijakan sosial di Indonesia memasuki era baru setelah disahkannya Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). UU SJSN memberikan landasan hukum terhadap kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan sosial yang dimaksud di dalam UU SJSN adalah salah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Jaminan sosial sebagaimana diatur dalam UU SJSN memberikan perlindungan finansial dan sosial yang diakibatkan oleh penyakit, kecelakaan, kematian, usia tua, dan berkurangnya penghasilan karena usia pensiun atau kecacatan total.

Berdasarkan definisi jaminan sosial yang dimaksud dalam UU SJSN, sistem jaminan sosial nasional Indonesia memiliki tiga peran. *Pertama*, sistem dibangun untuk berhadapan langsung dengan faktor-faktor yang dapat menyebabkan masyarakat jatuh miskin dan tidak berdaya yang diakibatkan oleh penyakit, kecelakaan, kematian, usia tua, dan berkurangnya penghasilan karena usia pensiun atau kecacatan total. *Kedua*, sistem menjamin terpenuhinya kebutuhan hidup dasar. Namun, pasal-pasal UU SJSN belum sepenuhnya menjangkau masyarakat yang kehilangan penghasilan karena kehilangan pekerjaan dan kelompok masyarakat penyandang masalah kesejahteraan sosial. *Ketiga*, sistem mempromosikan kesehatan masyarakat dan kesejahteraan sosial. Dengan kata lain, sistem jaminan sosial memberikan perlindungan dari berbagai risiko finansial dan sosial melalui sistem sosial (Putri & Manicki, 2006).

Sementara, Purwoko (Soekamto, Thabrany, Purwoko, 2006) mengungkapkan bahwa pengertian jaminan sosial sangat beragam. Dilihat dari pendekatan asuransi sosial, maka berarti jaminan sosial sebagai teknik atau metode penanganan risiko hubungan industrial yang berbasis pada hukum bilangan besar (*law of large numbers*). Dari sisi bantuan sosial, maka jaminan sosial berarti sebagai dukungan pendapatan bagi komunitas kurang beruntung untuk keperluan konsumsi. Karena itu, maka jaminan sosial berarti sebagai:

- a. Salah satu faktor ekonomi seperti konsumsi, tabungan dan subsidi atau konsesi untuk redistribusi pendapatan;
- b. Instrumen negara untuk redistribusi risiko sosial-ekonomi melalui tes kebutuhan (*means-test application*), yaitu tes apa yang telah dimiliki peserta, baik berupa rekening tabungan maupun kekayaan ril;
- c. Program pengentasan kemiskinan yang ditindaklanjuti dengan pemberdayaan komunitas;
- d. Sistem perlindungan dasar untuk penanggulangan hilangnya sebagian pendapatan pekerja sebagai konsekuensi risiko hubungan industrial.

Keterkaitan program jaminan sosial menurut Soekamto, Thabrany, Purwoko (2006) adalah: (1) program yang terkait dengan pemberian kompensasi finansial, (2) program yang terkait dengan rehabilitasi dan pemberian alat bantu, (3) program yang dikaitkan dengan akun tabungan wajib, (4) program yang terkait dengan dukungan pendapatan, dan (5) program yang terkait dengan pelayanan umum/kesehatan.

Secara umum, Thabrany (2005) berpendapat bahwa konsep jaminan sosial di Indonesia harus dibangun di atas tiga pilar, yaitu:

1. 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 prakteknya, bantuan sosial ini diwujudkan dalam bantuan iuran oleh pemerintah.
2. Pilar asuransi sosial (*social insurance*) yang merupakan sistem asuransi yang wajib diikuti bagi semua penduduk yang mempunyai penghasilan (meskipun kecil) dengan membayar iuran yang proporsional terhadap penghasilannya.
3. Pilar tambahan (*suplement*) bagi mereka yang menginginkan jaminan yang lebih besar dari kebutuhan standar hidup yang layak dan mampu menyediakan jaminan tersebut dengan membeli asuransi komersial/pilar jaminan privat/swasta. Pada pilar kesejahteraan ini akan memenuhi keinginan dan permintaan (*wants and demand*).

Sementara itu, menurut Wisnu (2012) tiga pilar jaminan sosial meliputi: (1) jaminan wajib yang dikelola pemerintah (*statutory programs*), (2) jaminan sukarela yang dikelola dan dibiayai swasta (*voluntary sponsored programs*), dan (3) bantuan sosial bagi kasus-kasus khusus di mana pemerintah mengalokasikan tunjangan tunai atau langsung atau bekerja sama dengan unsur masyarakat untuk membagikan bantuan bagi yang dianggap sangat memerlukan di masa itu (*social assistance*).

Tiga Unsur Utama Pengelolaan Jaminan Kesehatan

Guy & Chris (Normand & Weber, 2009) menggambarkan pengelolaan jaminan kesehatan yang mencakup tiga unsur penting yaitu pengumpulan dana, kegotongroyongan, dan efisiensi dalam belanja kesehatan. Lebih lanjut, Guy & Chris (Normand & Weber, 2009) mengungkapkan isu utama dalam pengelolaan jaminan kesehatan, yaitu pengumpulan dana (*revenue collection*). Pengumpulan dana adalah proses dimana dana harus bisa dikumpulkan (iuran dari peserta atau pajak dapat dikumpulkan secara efektif dan efisien dari rumah tangga, pemberi kerja, pemerintah dan/atau organisasi lain). Dana yang terkumpul harus mencukupi untuk membayar layanan kesehatan dan berkelanjutan. Hanya ada dua cara pendanaan yang memungkinkan untuk cakupan universal, yaitu asuransi sosial dan pajak. Luasnya cakupan penduduk menentukan kecukupan dana yang harus dikumpulkan. Keberadaan sistem ekonomi-keuangan, keberadaan hubungan kerja formal (pekerja penerima upah), sistem perpajakan yang handal, manfaat yang memadai dan kesadaran penduduk menentukan kesinambungan pengumpulan dana.

Dalam konteks SJSN, Indonesia telah memilih mekanisme asuransi sosial dengan mewajibkan setiap penduduk yang menerima upah membayar iuran, sementara yang belum mampu (miskin atau tidak mampu) mendapat bantuan iuran dari Pemerintah. Kelak, ketika ia bekerja dan mempunyai upah, maka ia akan wajib mengiur. Mekanisme asuransi sosial lebih menjamin kecukupan dana untuk layanan kesehatan daripada mekanisme pajak dimana dana untuk layanan kesehatan harus diperebutkan tiap tahun di DPR dalam bentuk UU APBN.

Kegotongroyongan (*risk pooling*). Kegotongroyongan adalah upaya bersama agar semua penduduk berkontribusi (membayar iuran/ pajak) agar terkumpul (*pool*) dana untuk membiayai

pengobatan siapa saja yang sakit. Di sinilah fungsi kegotong-royongan formal diwujudkan (karena setiap orang diwajibkan mengiur/membayar pajak yang jumlahnya ditentukan). Dalam kegotong-royongan informal yang telah lama berakar, kolega atau kerabat membantu biaya pengobatan dengan menyumbang seikhlasnya (sukarela). Mekanisme sukarela ini tidak menjamin kecukupan dana untuk biaya pengobatan. Dengan mekanisme formal yang disebut *risk-pooling*, sumbangan berupa iuran wajib atau pajak diperhitungkan agar mencukupi biaya berobat, siapapun yang sakit. Tergantung dari sistem kegotong-royongan yang akan diterapkan, beberapa negara menerapkan kegotong-royongan di antara penduduk di suatu daerah, di sektor pekerja yang sama (PNS, pegawai swasta, petani, dan lain lain).

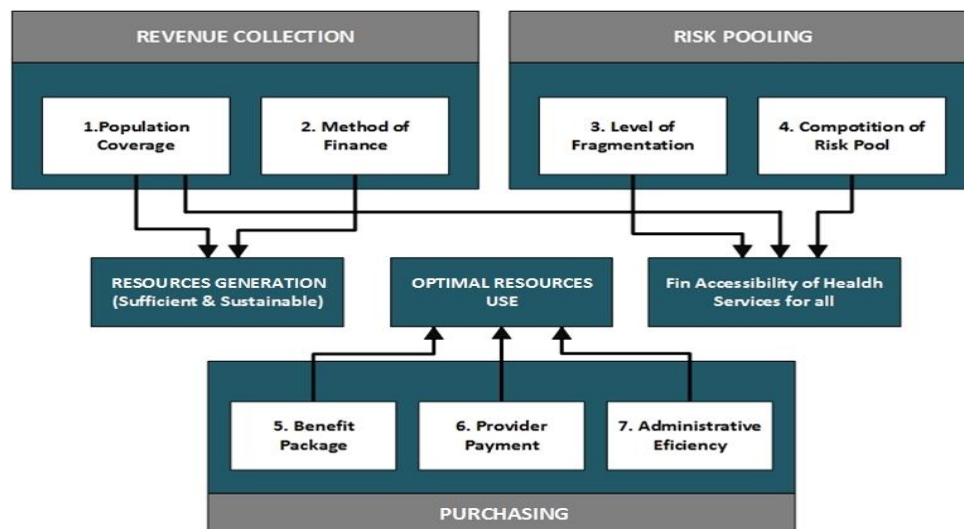
Indonesia selama ini memiliki sistem yang terpecah (terfragmentasi) seperti itu. Namun, Undang-undang SJSN dan Undang-undang BPJS telah menetapkan bahwa Indonesia akan menuju satu kegotong-royongan Nasional dimana iuran dari seluruh penduduk akan dikumpulkan (*pool*) dalam satu Dana Amanat yang akan dikelola oleh BPJS Kesehatan. Dengan satu Dana Amanat ini, biaya pengobatan semua penduduk yang sakit (setelah cakupan universal tercapai) akan diambil dari satu sumber, tanpa harus memperhatikan besaran iuran atau besaran upah masing-masing pengiur dan tanpa memperhatikan tempat tinggal pengiur. Hal yang menjadi pertimbangan penjaminan hanyalah kondisi medis penduduk. Dengan demikian, akan terjadi keadilan sosial dan memungkinkan tenaga kesehatan melayani penduduk tanpa diskriminasi status sosial ekonomi.

Dana yang terkumpul dari iuran merupakan Dana Amanat yang hanya dibelanjakan/dibelikan layanan kesehatan untuk peserta (sementara) yang membayar iuran. Pembelian layanan ini sangat dipengaruhi luasnya manfaat/layanan kesehatan yang dijamin, cara pembayaran ke fasilitas kesehatan yang memproduksi/menjual layanan, dan kemudahan sistem administrasi. Kelak, semua penduduk akan menjadi peserta. Belanja layanan kesehatan (*purchasing of services*) harus dilakukan secermat dan sehemat mungkin agar Dana Amanat mencukupi dan tidak terjadi pemborosan (*optimal resources*). Semakin luas (komprehensif) manfaat jaminan kesehatan semakin banyak dana yang dibutuhkan. Untuk efisiensi belanja layanan kesehatan, cara-cara pembayaran/pembelian layanan kesehatan dari fasilitas kesehatan publik maupun swasta harus diatur agar tidak terjadi pemborosan atau belanja layanan yang tidak perlu (*moral hazard atau fraud*). Dalam konteks ini, UU SJSN telah merumuskan cara-cara pembayaran yang efisien (prospektif seperti kapitasi, *budget* dan berbasis diagnosis) yang bervariasi di berbagai wilayah untuk menggambarkan perbedaan biaya hidup atau harga barang-barang dan tenaga kesehatan.

Dengan memperhatikan konsep cakupan universal sebagaimana diuraikan di atas, maka pengelolaan jaminan kesehatan dalam SJSN adalah sebagai berikut:

1. Pengelolaannya tidak lagi terpisah-pisah menurut tempat tinggal (provinsi atau kota/ kabupaten atau tempat bekerja) melainkan terintegrasi dalam BPJS Kesehatan secara nasional
2. Pendanaan berbasis asuransi sosial dimana semua penduduk wajib iur. Namun, penduduk yang miskin dan tidak mampu akan mendapat bantuan iuran (mekanisme bantuan sosial) dari Pemerintah. Ketika penduduk tersebut tidak lagi miskin, maka ia wajib membayar iuran.

3. Layanan kesehatan perorangan yang dijamin adalah semua layanan atas indikasi medis (sesuai kebutuhan medis) mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang bersifat layanan orang per orang.
4. Fasilitas kesehatan yang memproduksi layanan yang akan dibeli oleh BPJS adalah faskes milik pemerintah dan/atau swasta. Dengan demikian, semua sumber daya kesehatan akan digunakan untuk menjamin seluruh penduduk memiliki akses terhadap layanan kesehatan
5. Cara belanja (metode pembayaran) yang efisien agar Dana Amanat digunakan secara optimal adalah cara pembayaran prospektif seperti pembayaran kapitasi untuk rawat jalan primer dan pembayaran DRG (*Diagnosis Related Group*) yang di Indonesia telah dikenal dengan INA-CBG untuk rawat jalan sekunder (rujukan) dan rawat inap.
6. Dengan pengelolaan oleh satu BPJS, maka sistem administrasi pengumpulan dana, pembelanjaan, klaim, pelaporan dan lain-lain akan menjadi lebih efisien dan memudahkan difahami oleh seluruh peserta dan seluruh pengelola fasilitas kesehatan.



Gambar 2. Isu Utama dalam Pengelolaan Jaminan Kesehatan

Sumber: Guy & Chris (Normand dan Weber, 2009)

Konsep *Universal Health Coverage*

Pelaksanaan asuransi kesehatan sosial di berbagai negara terbukti mampu meningkatkan kepesertaan menyeluruh (*universal coverage*). Pengalaman di beberapa negara menunjukkan bahwa diperlukan waktu puluhan tahun dari saat pertama kali asuransi kesehatan sosial dilaksanakan sampai cakupan pesertanya meliputi seluruh penduduk. Sebagai contoh, Jerman

memerlukan waktu 127 tahun, Belgia 118 tahun, Austria 79 tahun, Luxemburg 72 tahun, Jepang 36 tahun dan Korea Selatan 26 tahun. Percepatan pencapaian *universal coverage* ditentukan oleh beberapa faktor lain adalah:

1. Tingkat pendapatan penduduknya, jika banyak penduduk miskin, diperlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai kepesertaan menyeluruh.
2. Struktur ekonomi penduduk, jika sebagian besar merupakan pekerja formal yang gaji karyawannya dibayar oleh institusi, peningkatan peserta asuransi kesehatan sosial akan lebih cepat. Sebaliknya jika sebagian besar pekerja informal, diperlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai kepesertaan menyeluruh.
3. Distribusi penduduk, jika sebagian besar populasi tinggal di daerah perkotaan akan lebih mudah dijangkau dibandingkan dengan penduduk yang menyebar dipelosok atau di negara kepulauan.
4. Kemampuan negara untuk mengelola asuransi kesehatan sosial, karena diperlukan sumberdaya manusia yang berkualitas dalam jumlah yang cukup.
5. Tingkat solidaritas penduduknya, karena diperlukan subsidi silang contoh asuransi kesehatan sosial di Jerman dimulai dari berbagai bentuk asuransi kesehatan berbasis masyarakat, yang setelah muncul di banyak tempat, kemudian diintegrasikan ke dalam asuransi kesehatan sosial.
6. Kemampuan pemerintahan dalam mengarahkan dan membina asuransi kesehatan Sosial. Komitmen yang kuat dan konsisten dari pemerintahan amat diperlukan agar asuransi kesehatan sosial ini mencapai kepesertaan yang menyeluruh.

Universal coverage dapat diartikan sebagai cakupan menyeluruh. Istilah *universal coverage* berasal dari WHO (*World Health Organisation*), lebih tepatnya *universal health coverage*. Istilah tersebut sebenarnya kelanjutan dari jargon sebelumnya yaitu *health for all*. Belakangan istilah *universal coverage* lebih banyak dipakai dalam jaminan sosial, khususnya jaminan kesehatan.

Jika dilihat dari perspektif jaminan kesehatan, istilah *universal coverage* memiliki beberapa dimensi. Pertama, dimensi cakupan kepesertaan. Dari dimensi ini *universal coverage* dapat diartikan sebagai “kepesertaan menyeluruh”, dalam arti semua penduduk dicakup menjadi peserta jaminan kesehatan. Dengan menjadi peserta jaminan kesehatan diharapkan mereka memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Namun tidak semua penduduk yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan dapat serta merta mengakses pelayanan kesehatan. Jika di daerah tempat penduduk tinggal tidak ada fasilitas kesehatan, penduduk akan tetap sulit menjangkau pelayanan kesehatan. Oleh karena itu dimensi kedua dari *universal health coverage* adalah akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Ketiga, *universal coverage* juga berarti bahwa proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (*out of pocket payment*) makin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan peserta (*financial catastrophic*) yang menyebabkan peserta menjadi miskin.

Indikator *Universal Health Coverage*

WHO (2010) merumuskan tiga indikator dalam pencapaian *universal coverage* yaitu (1) seberapa besar prosentase penduduk yang dijamin; (2) seberapa lengkap pelayanan yang dijamin, serta (3) seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk. *Indikator pertama*, adalah jumlah penduduk yang dijamin; *indikator kedua*, adalah layanan kesehatan yang dijamin, misalnya apakah hanya layanan di rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan; dan indikator ketiga, adalah proporsi biaya kesehatan yang dijamin.

Indonesia berupaya mencapai *universal coverage* dalam tiga dimensi tersebut secara bertahap. Prioritas pertama dalam pencapaian *universal coverage* adalah perluasan penduduk yang dijamin, yaitu agar semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Langkah berikutnya, adalah memperluas pelayanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis (yang berarti pula makin komprehensif paket manfaatnya). Dan terakhir, adalah peningkatan biaya medis yang dijamin, sehingga makin kecil proporsi biaya langsung yang ditanggung penduduk. Sesuai dengan pengalaman masa lalu dan pengalaman penyediaan jaminan kesehatan untuk pegawai negeri, Indonesia menghendaki jaminan kesehatan untuk semua penduduk (indikator I), menjamin semua penyakit (indikator II) dan proporsi biaya yang menjadi tanggungan penduduk (peserta) sekecil mungkin (indikator III).

Kesimpulan

Indonesia berupaya mencapai UHC dalam tiga dimensi secara bertahap, yakni (1) melakukan perluasan penduduk yang dijamin agar semua penduduk terjamin, sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi; (2) memperluas pelayanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis; dan (3) meningkatkan biaya medis yang dijamin, sehingga makin kecil proporsi biaya langsung yang ditanggung penduduk. Dengan demikian, Indonesia menghendaki jaminan kesehatan untuk semua penduduk, menjamin semua penyakit dan proporsi biaya yang menjadi tanggungan penduduk (peserta) sekecil mungkin. Hal tersebut berimplikasi pada penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, pembiayaan yang mencukupi, dan kepesertaan jaminan kesehatan nasional yang mencapai target.

Daftar Pustaka

- Mulyadi, M. (2012). Riset Desain dalam Metodologi Ilmiah. *Jurnal Studi Komunikasi dan Media*, 1(16), 71-80. Retrieved from <https://www.neliti.com/publications/196624/riset-desain-dalam-metodologipenelitian>
- Norman, C. & Weber, A. (2009). *Social health Insurance, A Guidebook for Planning*, second edition, Germany: ADB, GTC, ILO, and WHO, VAS
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah



JURNAL ILMU PEKERJAAN SOSIAL

Vol. 3, No. 2, Hal 1-11, Tahun 2024

Sekretariat: Jl. Dewi Sartika 25-30 Jakarta Timur OJS:
<https://journal.binawan.ac.id/index.php/JULIPS>

- Peraturan Pemerintah (PP) No. 38 Tahun 2007 Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah Pemerintahan Daerah Provinsi Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten Kota
- Putri, A.E. & Manicki, M. (2006). Pembangunan Sistem Jaminan Kesehatan Sosial: Bagaimana Jaminan Kesehatan Sosial dapat Membuat Perubahan?. Makalah Disampaikan pada Seminar Nasional “*Reformasi Sektor Kesehatan dalam Desentralisasi di Indonesia*”, Tahun Kelima Pelaksanaan Kebijakan Desentralisasi Sektor Kesehatan di Indonesia, 6-8 Juni 2006 di Bandung
- Soekanto, Thabrany, H. & Purwoko, B. (2006). Reformasi Sistem Jaminan Sosial di Indonesia. Jakarta: Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI-German Technical Cooperation
- Sunjaya, D.K. (2010). Perubahan Organisasional Dinas Kesehatan (Studi Kasus Peningkatan Fungsi Regulasi Dinas Kesehatan Kota Bandung dan Kota Jakarta). Yogyakarta: Program Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
- Thabrany, H. (2005). Asuransi Kesehatan Nasional. Jakarta: PAMJAKI
- Undang-undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- Undang-undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- WHO. (2000). World Health Report 2000: Health System: Improving Performance. Geneva
- Wisnu, D. (2012). Politik Sistem Jaminan Sosial (Menciptakan Rasa Aman dalam Ekonomi Pasar). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama