

## BAB III

### SISTEM JAMINAN KESEHATAN DI BEBERAPA NEGARA

Bab ini akan menguraikan sistem jaminan kesehatan di beberapa negara. Negara-negara yang sistem jaminannya dijadikan *best practice* antara lain : Taiwan, Jepang, Norwegia, Inggris, Kolombia, Chili dan Kanada. Alasannya karena sistem jaminannya disusun untuk menaungi seluruh penduduk. Dalam bab ini, dijabarkan mengenai sistem jaminan di negara-negara tersebut mulai dari pembagiannya, penentuan peserta, penentuan jumlah premi, penentuan siapa yang membayar premi, penentuan pemberi pelayanan kesehatan dan cakupan pelayanan kesehatan yang ditanggung dalam jaminan kesehatan. Pemaparan sistem jaminan di beberapa negara adalah sebagai berikut:

#### **3.1 *National Health Insurance (NHI), Taiwan***

NHI (*Bureau of National Health Insurance*, 2009) di Taiwan sudah berlangsung selama kurang lebih 15 tahun yang dimulai pada tahun 1995. Sebelum NHI terbentuk, sektor jaringan jaminan kesehatan publik Taiwan terdiri dari pecahan 13 sistem independen yang menampilkan premi-premi yang berbeda dan manfaat yang dibedakan berdasarkan segmen masyarakatnya. Seluruh penyedia ini hanya mencakup 60% dari jumlah populasi, sementara sisanya sebanyak 40%, kebanyakan terdiri dari penduduk usia pensiun, anak-anak dan pengangguran yang tidak memiliki jaminan. Oleh sebab itu, untuk menyediakan pelayanan kesehatan, pemerintah menjalankan *the National Health Insurance* pada tanggal 1 bulan Maret tahun 1995.

NHI adalah program *mandatory*, sistem *single-payer* jaminan sosial kesehatan, berdasarkan prinsip bahwa setiap orang harus mendapatkan akses kepada pelayanan kesehatan secara adil. Konsumen dapat secara bebas memilih penyedia pelayanan kesehatan dan institusi medis yang sesuai tanpa ada batasan.

Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan akses para pasien terhadap pelayanan kesehatan dengan mempermudah kekurangan finansial mereka dan untuk memastikan bahwa tidak seorang pun akan menjadi tidak mampu sebagai akibat dari penyakit yang serius.

### **Struktur organisasi**

Sistem NHI Taiwan adalah suatu program jaminan sosial yang diatur oleh Pemerintah dan dijalankan oleh *the Bureau of National Health Insurance*. Dinas kesehatan memiliki yurisdiksi atas biro ini dan telah membentuk empat komite untuk membantu perencanaan dan bertugas memonitoring kinerja yang berhubungan dengan NHI yaitu *the NHI Supervisory Committee, the NHI Dispute Mediation Committee, the NHI Medical Expenditure Negotiation Committee* dan *the NHI Task Force*.

*The Bureau of National Health Insurance* bertanggung jawab untuk merencanakan sistem, promosi, penyelenggaraan, pengawasan, penelitian dan pembangunan, pelatihan, manajemen informasi dan pemeriksaan. Operasionalnya didanai dari anggaran pemerintah pusat.

*The Bureau of National Health Insurance* terdiri dari enam cabang yang secara langsung menangani aplikasi jaminan, pengumpulan premi, pemeriksaan klaim dan penggantian dan manajemen kontrak dengan institusi medis. Enam cabang ini membawahi beberapa distrik. Bagan struktur dapat dilihat pada Lampiran 1.

### **Cakupan Kepesertaan NHI**

Lebih dari 99% dari warga negara tercakup dalam program ini. Hanya penduduk yang tinggal di luar negeri dalam waktu lama yang tidak diwajibkan untuk ikut berpartisipasi dalam program wajib ini. Bayi yang baru lahir langsung terlindungi dalam program ini otomatis saat kelahirannya telah didaftarkan pada kantor catatan registrasi lokal. Bahkan warga asing yang memenuhi peraturan NHI dan persyaratan bermukim pun harus juga terjamin dalam sistem ini. Penduduk terjamin dalam NHI terbagi menjadi enam sub kelompok populasi berdasarkan pekerjaan atau status khusus lainnya dan menjadi penentuan bagaimana premi mereka akan dihitung dan dibayar.

Warga negara Taiwan yang berencana untuk tinggal di luar negeri lebih dari enam bulan dapat juga memperoleh jaminan kesehatan ini. Pertama dengan mengajukan aplikasi, tetap rutin membayar premi mereka selama mereka di luar negeri dan mereka akan memperoleh penggantian untuk keadaan darurat atau pelayanan untuk anak kecil. Begitu juga dengan mereka yang memutuskan untuk

menanggungkan jaminan kesehatan ini, mereka juga harus mengisi formulir sebelum pergi ke luar.

**Tabel 3.1 Klasifikasi Peserta Jaminan dan Organisasi Pendaftar Jaminan**

Kategori	Peserta Sistem NHI		Organisasi pendaftaran Jaminan
	Peserta	Tanggungans	
1	Pegawai negeri, sukarelawan, pemegang jabatan pemerintah	1 Istri	Organisasi, sekolah, perusahaan, atau kelompok dimana individu tersebut dipekerjakan atau individu tersebut
	Guru sekolah swasta	2 Hubungan sedarah langsung	
	Pegawai perusahaan atau institusi milik publik atau swasta	3 langsung sedarah dan hubungan dua tingkat, yang lebih dari 20 tetapi tidak mampu membiayai hidup, termasuk ini yang berada di sekolah	
	Pemberi kerja Pekerja bebas Pekerja profesional dan spesialis teknis	* Harus yang tidak/ belum memiliki pekerjaan	
2	Anggota serikat kerja, anggota kru asing	Sama seperti persyaratan pada no 1	Serikat tempat mereka berada yaitu <i>the Master Mariners Association; the national Chinese seamen's union</i>
3	Anggota asosiasi petani, nelayan dan irigasi	Sama seperti persyaratan pada no 1	Asosiasi Petani, asosiasi nelayan, asosiasi irigasi
4	Prajurit wajib militer, para siswa di sekolah militer, tanggungan pensiunan anggota militer	Tidak ada	Agen yang ditunjuk oleh Menteri Pertahanan nasional
	Laki-lain usia dinas militer yang melaksanakan pelayanan alternatif militer	Tidak ada	Agen yang ditunjuk oleh <i>Ministry of the Interior</i>
5	Anggota rumah tangga dengan pendapatan rendah seperti yang didefinisikan oleh <i>Public Assistance Act</i>	Tidak ada	Kantor administrasi desa, kota kecil, perkotaan, atau wilayah dimana rumah tangga tersebut terdaftar
6	Veteran pengangguran atau tanggungan keturunan veteran	Sama seperti persyaratan pada no 1	Sama seperti di atas
	Kepala rumah tangga yang tidak bekerja atau perwakilan rumah tangga	Sama seperti persyaratan pada no 1	Sama

Sumber : *Bureau of National Health Insurance in Taiwan, 2009.*

### Sumber-Sumber Finansial

NHI didesain untuk membiayai secara *self-sufficient* dan bertanggung jawab apabila terjadi defisit. Berdasarkan hukum, *the Bureau of National Health Insurance* tidak diperkenankan untuk memperoleh keuntungan dan disyaratkan

untuk menjaga dana cadangan paling tidak setara dengan pengeluaran medis satu bulan.

Sistem ini utama didanai dari premi yang terkumpul yang dibayar oleh peserta terjamin, pengusaha dan pemerintah pusat dan lokal. Pendapatan lainnya berasal dari sumber-sumber lain seperti seperti denda atas pembayaran premi tunggakan, kontribusi lotre kesejahteraan masyarakat dan biaya tambahan kesehatan pada rokok, yang semuanya menambah sistem pendapatan setelah memenuhi kebutuhan dasar dana cadangan.

Premi direviu dan dihitung ulang setiap dua tahun. Kemudian *The bureau* memperkirakan penerimaan dan pengeluaran selama 25 tahun ke depan dan lalu menghitung tingkat premi yang tepat. Hasilnya diberikan kepada perencana kebijakan sebagai referensi penyesuaian premi dan kebijakan kesehatan jangka panjang. Sebagai catatan, selama 15 tahun pelaksanaan, premi hanya disesuaikan sebanyak satu kali pada tahun 2002.

### **Premi**

*The National Health Insurance Act*, dasar hukum sistem jaminan kesehatan ini, menetapkan bahwa tingkat premi harus direviu dan dihitung ulang setiap dua tahun untuk meyakinkan kelangsungan sistem keuangan. Premi ditetapkan berdasarkan atas kemampuan membayar tiap orang dan pengumpulan dana untuk mendukung penduduk yang kurang mampu secara finansial untuk membayar program ini. Premi dihitung sebagai persentase dari pendapatan individu, maksimal NT\$131,700 per bulan dan *sharing* bersama oleh individu, individu atau organisasi asuransi pemberi kerja yang mendaftar dan pemerintah.

Berdasarkan klasifikasi peserta pada Tabel 3.1 di atas, dalam kategori no 1, 2 dan 3 membayar premi berdasarkan pendapatan mereka, sementara sisanya berdasarkan atas rata-rata premi yang dibayar oleh seluruh individu yang berpartisipasi. Rincian terdapat dalam Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Formula Premi NHI

Kategori Terjamin	Kontributor	Formula
Individu berpendapatan	Terjamin	Penghasilan dasar x tingkat premi x rasio kontribusi x (1+jumlah tertanggung)
	Organisasi Pendaftar jaminan atau pemerintah	Penghasilan dasar x tingkat premi x rasio kontribusi x (1+ jumlah tertanggung)
Individu non berpendapatan	Terjamin	Rata-rata premi x rasio kontribusi x (1+ rata-rata jumlah tertanggung)
	Pemerintah	Rata-rata premi x rasio kontribusi x jumlah aktual penduduk terjamin
Catatan		
1	Penghasilan dasar adalah jumlah penghasilan premi yang dikenakan atas <i>payroll bracket table</i> ;	
2	Tingkat premi sebesar 4,55% sejak September tahun 2002;	
4	Rasio kontribusi yaitu berdasarkan rasio yang ditetapkan oleh <i>the Bureau of National Health Insurance</i> ;	
4	Jumlah tertanggung yaitu maksimum tiga meskipun jumlah tertanggung lebih tinggi	
5	Rata-rata jumlah tertanggung ditetapkan oleh <i>the Bureau of National Health Insurance</i> yaitu 0,7 sejak 1 Januari 2007	
6	Sejak Agustus 2007, rata-rata premi bulanan individu pada kategori 4 dan 5 yaitu Nt\$1,317, yang keseluruhan disubsidi oleh pemerintah. Untuk individu nomor 6 rata-rata premi menjadi NT\$1,099 dengan 60% dibayar oleh individu (NT\$659) dan 40% oleh pemerintah	

Sumber : *Bureau of National Health Insurance in Taiwan, 2009.*

Tabel 3.3 Rasio Kontribusi Premi NHI

Ktgr	Klasifikasi Peserta	Rasio Kontribusi (%)			
		Terjamin	Organisasi Pendaftar	Pemerintah	
1	Pegawai negeri, pelayanan sukarelawan, pemegang jabatan pemerintahan	Terjamin dan Tertanggung	30	70	0
	Guru sekolah swasta	Terjamin dan tertanggung	30	35	35
	Pegawai perusahaan atau institusi milik publik atau swasta	Terjamin dan tertanggung	30	60	10
	Pemberi kerja Pekerja bebas Pekerja professional dan spesialis teknis	Terjamin dan tertanggung	100	0	0
2	Anggota serikat kerja, anggota kru asing	Terjamin dan tertanggung	60	0	40
3	Anggota asosiasi petani, nelayan dan irigasi	Terjamin dan tertanggung	30	0	70
4	Prajurit wajib militer, para siswa di sekolah militer, tanguangan pensiunan anggota militer	Terjamin	0	0	100
	Laki-lain usia dinas militer yang melaksanakan pelayanan alternatif militer				
5	Anggota rumah tangga dengan pendapatan rendah seperti yang didefinisikan oleh <i>Public Assistance Act</i>	Terjamin	0	0	100
6	Veteran pengangguran atau tanggunga keturunan veteran	Tertanggung	0	0	100
		Tanggungan	30	0	70
	Individu lainnya	Terjamin dan tanggungan	60	0	40

Sumber : *Bureau of National Health Insurance in Taiwan, 2009.*

### **Ruang Lingkup Cakupan**

Dengan kartu *IC Card*, salah satu kelebihan yang ditawarkan oleh NHI, peserta memiliki akses kepada lebih dari 18.000 fasilitas pelayanan kesehatan yang telah terkontrak di seluruh negara yang menawarkan perawatan rawat inap dan rawat jalan, perawatan gigi, terapi pengobatan tradisional cina, pelayanan kesehatan untuk anak-anak, rehabilitasi kejiwaan, rehabilitasi fisik, rumah jompo perawatan, dan perawatan penyakit kronis mental dan lainnya.

Sistem menjamin kebanyakan bentuk perawatan, termasuk bedah, dan pengeluaran seperti pemeriksaan, tes laboratorium, resep obat, persediaan, biaya perawatan, kamar rumah sakit, dan beberapa obat-obatan. Selain itu juga dapat menjamin beberapa pelayanan preventif seperti pemeriksaan pediatric dan kesehatan dewasa, *check up* kehamilan, pap smear, dan cek kesehatan gigi preventif.

Sistem NHI menyediakan perawatan lengkap mulai rawat jalan dan perawatan inap sampai dengan pengobatan tradisional cina, pelayanan gigi, pelayanan anak, rehabilitasi, perawatan panti jompo/ lanjut usia dan rehabilitasi psikiatrik kronis.

### **Copayment**

*Copayment* untuk rawat jalan dan perawatan darurat telah disesuaikan selama beberapa kali. *The Bureau of NHI* menetapkan jadwal biaya *copayment* baru dan sistem rujukan yang mendorong pasien untuk mencari pengobatan penyakit ringan di klinik lokal sementara meninggalkan rumah sakit fokus pada perawatan sekunder dan pusat kesehatan gratis untuk pada perawatan tersier

*Copayment* untuk pasien di rumah sakit berkisar antara 5 sampai 30 persen dari tagihan, tergantung atas lamanya menginap dan tipe penyakit. Untuk meminimalisasi beban pasien rawat inap, pembayaran atas penyakit akut kurang dari 30 hari dan penyakit kronik kurang dari 180 hari ditutupi oleh Departemen Kesehatan, dengan batas maksimal disesuaikan secara tahunan.

Berdasarkan *the National Health Insurance Act*, *copayment* tidak diperbolehkan untuk mereka yang menderita penyakit katastropik atau tinggal di area pegunungan atau daerah kepulauan, atau wanita yang melahirkan. Pengecualian lainnya termasuk para veteran dan tanggungannya, rumah tangga

dengan pendapatan rendah, balita dibawah tiga tahun, dan pasien TBC terdaftar yang menerima perawatan pada rumah sakit spesialisasi yang dikontrak. pasien yang sedang dirawat untuk penyakit pekerjaan yang diasuransikan tenaga kerja atau mereka yang menderita dari PCB (*polychlorinated biphenyl*) keracunan juga tidak dikenakan *copayments*.

### **Sistem Pembayaran Global Budget**

Sistem anggaran global berlangsung antara tahun 1998 dan 2002, menutupi seluruh pengeluaran pada 4 sektor medis yaitu gigi, pengobatan tradisional cina, klinik pengobatan *western* dan rumah sakit, ditambah dengan ESRD (*end stage renal disease*).

Mekanisme *fee-for-service* yang mencakup lebih dari 4.200 item pelayanan medis, 6.400 alat-alat dan bahan medis dan 16.000 obat-obatan, digunakan untuk mengganti penyedia dibawah skema *global budget*. Metode lainnya yang telah diperkenalkan seperti pembayaran per kasus dan sistem pembayaran berdasarkan kinerja.

*Pay for performance* yang dikenalkan pertama kali pada tahun 2001, saat ini digunakan untuk terapi kanker payudara, diabetes, asma dan perawatan hipertensi.

### **Sistem Klaim**

Verifikasi penggantian klaim yang di-*file* kan oleh organisasi pelayanan medis yang dikontrak dan untuk memantau tipe, volume, kualitas dan kelayakan pelayanan medis yang disediakan. Jika ada penyedia yang mengklaim pelayanan jasa yang tidak sesuai atau melanggar peraturan, maka tidak akan mendapatkan penggantian.

## **3.2 Sistem Jaminan Kesehatan di Norwegia**

Norwegia (Johnsen dalam *Norway*; Van Den Noord, 1998) diatur oleh sistem parlemen yang terbagi dalam tiga tingkat. Pada tahun tengah 1970 dibentuk lima wilayah daerah kesehatan, setiap wilayah menunjuk satu komite kesehatan dengan perwakilan dari masing-masing *county*. Komite ini mendesain rencana untuk meningkatkan distribusi dari fungsi darurat dan *elective* rumah sakit, bertanggung jawab untuk pembiayaan, perencanaan dan penyediaan pelayanan kesehatan khusus, seperti laboratorium, radiologi dan pelayanan paramedis.

Perawatan kesehatan di Norwegia terorganisasi atas tiga tingkat : pemerintah pusat, otoritas lima regional dan kota. Masing-masing tingkatan pemerintah memiliki fungsi dan wewenang masing-masing dalam sistem jaminan kesehatan di Norwegia. Rincian dapat dilihat pada Tabel 3.4.

Sistem jaminan kesehatan Norwegia berhasil dalam memberikan jaminan secara universal dan menyediakan cakupan pelayanan yang luas. Pemerintah pusat bertanggung jawab untuk perawatan kesehatan sekunder. Kotamadya untuk promosi kesehatan, perawatan kesehatan dasar, perawatan dari orang tua dan perawatan fisik dan mental. *County* bertanggung jawab untuk perawatan kesehatan gigi.

Sistem pemeliharaan kesehatan di Norwegia (Van Den Noord,1998) didominasi oleh *tax-financed public provision*. Otoritas nasional berkewajiban untuk menjamin bahwa rencana yang diajukan oleh *county* (propinsi) dan *municipal* (kotamadya) telah konsisten dengan tujuan dan sasaran nasional. Dan, sejak tahun 1984, pemeliharaan kesehatan primer telah menjadi tanggung jawab kotamadya. Masing-masing daerah melakukan perencanaan dan mengoperasikan rumah sakit daerahnya masing-masing (termasuk institusi umum dan psikiatrik) begitu juga pelayanan spesialisasi medis lainnya seperti laboratorium, *radiographic* dan jasa ambulans, pelayanan spesial untuk candu alkohol dan obat-obatan dan perawatan gigi orang dewasa. Masing-masing daerah dapat mengatur pelayanan rumah sakit dalam wilayahnya. Rencana yang dibuat diajukan dan perlu persetujuan dari Kementerian Urusan Kesehatan dan Sosial.

### **Perencanaan, Regulasi dan Manajemen**

Di tingkat nasional, badan pengambilan keputusan politik adalah badan eksekutif. Tanggung jawab dari badan nasional adalah untuk menentukan kebijakan, mempersiapkan undang-undang, melakukan perencanaan dan penganggaran nasional, mengatur saluran informal, dan menyetujui lembaga-lembaga dan perluasan kapasitas. Kotamadya memberikan layanan kesehatan primer, termasuk perawatan bagi penyandang cacat dan orang tua, sementara tanggung jawab untuk perawatan kesehatan khusus terletak dengan otoritas kesehatan regional yang dimiliki oleh pemerintah pusat. perawatan gigi masih merupakan bagian dari tanggung jawab di wilayah ini. Sistem perawatan

kesehatan sebagian besar milik publik, meskipun ada beberapa kontrak dengan lembaga-lembaga swasta.

**Tabel 3.4 Pembagian Fungsi dan Wewenang di Norwegia**

<b>Tingkat Pemerintahan</b>	<b>Badan pembuat keputusan/ Legislatif</b>	<b>Badan Eksekutif</b>	<b>Responsibilities</b>
Otoritas nasional	Parlemen	Menteri Kesehatan dan Sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyediakan peraturan perundangan</li> <li>- Menyetujui ekspansi kapasitas</li> <li>- Anggaran dan perencanaan</li> <li>- Manajemen informasi</li> <li>- Desain kebijakan</li> </ul>
<i>Counties</i> (19)/ Propinsi	<i>County councils/</i> Dewan daerah propinsi	<i>County administration authority/</i> otoritas administrasi propinsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rumah sakit (somatik dan psikiatrik)</li> <li>- Pelayanan kesehatan spesialis</li> <li>- Insitusi untuk perawatan pengguna obat-obatan dan alkohol</li> <li>- Pelayanan gigi</li> </ul>
<i>Municipalities</i> (435)/ Kotamadya	<i>Municipal councils/</i> Dewan kota	<i>Local administration/</i> Administrasi lokal	rencana pelayanan kesehatan dan sosial kota
	<i>Municipal executive boards/</i> Badan eksekutif kota	<i>Municipal executive boards/</i> Badan eksekutif kota	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelayanan kesehatan primer</li> <li>- Pelayanan sosial/ administrasi jaminan sosial</li> </ul>
	<i>Mayors, sector committees for health and social affairs/</i> Walikota, komite sektor urusan kesehatan dan sosial	Pelayanan kesehatan dan sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Nursing care</i></li> <li>- Perawatan orang cacat mental</li> </ul>

Sumber: Van Den Noord, 1998.

### **Pembiayaan Kesehatan di Norwegia**

Sistem pelayanan kesehatan di Norwegia (Van Den Noord,1998) sebagian besar didanai oleh publik (pemerintah), sedangkan asuransi kesehatan swasta, yang mencakup spesifik kategori dari individu atau kelompok, dan menetapkan premi atas dasar karakteristik risiko mereka, hampir tidak ada di Norwegia. Sistem perawatan kesehatan Norwegia utamanya dibiayai melalui pajak yang diperoleh pada tingkat kota, provinsi dan pusat. Pemerintah pusat menyediakan *grant* (bantuan hibah) kepada propinsi untuk pembiayaan sejumlah besar dari sektor rumah sakit. Kotamadya juga menerima *grant* dari otoritas pusat, dan sebagian besar mendanai sistem pemeliharaan kesehatan primer.

Sejak tahun 1980, *block grant* dari pemerintah pusat kepada dewan kabupaten untuk pembiayaan rumah sakit telah ditetapkan secara tahunan berdasarkan kriteria seperti pendapatan per kapita kabupaten, komposisi usia dari populasi dan kepadatan populasi (selanjutnya tingkatan pendanaan berdasarkan biaya historis dari rumah sakit). Pembiayaan perawatan primer pada pelayanan kesehatan kotamadya dibiayai melalui kombinasi hibah dari pemerintah daerah, *reimburse* oleh *National Insurance Scheme* (NIS) untuk penyediaan jasa dan pembayaran *out of pocket* oleh para pasien.

Sistem pembiayaan rumah sakit propinsi (termasuk rumah sakit universitas dan rumah sakit yang dimiliki oleh organisasi non profit) dibagi menjadi tiga tingkatan (Van Den Noord,1998) yaitu:

- 1) Dewan daerah membiayai rumah sakit dalam jumlah besar, pada gilirannya, didanai oleh hasil dan *block grants* yang diterima dari pemerintah pusat;
- 2) Kontribusi dari NIS dan otoritas pendidikan untuk masing-masing, rawat jalan (rawat jalan) perawatan dan layanan pengajaran; dan
- 3) Hibah *earmarked* disediakan oleh pusat.

Untuk rumah sakit swasta komersil dibiayai oleh pembayaran kembali pasien tersebut, *reimburse* oleh NIS dan hibah berdasarkan kontrak dari kabupaten.

#### **National Insurance Scheme (NIS)**

Norwegia menjalankan *National Insurance Scheme* (NIS) yang terbentuk pada tahun 1967 (Van Den Noord, 1998), menawarkan asuransi umum terhadap

biaya pengobatan individu dengan sistem *fees for services* untuk perawatan yang disediakan oleh rumah sakit dan praktisi swasta. Seluruh penduduk Norwegia atau penduduk yang bekerja di dalam negara terjamin dalam NIS (Johnsen dalam *Norway*) yang dijalankan oleh pemerintah pusat. Keanggotaan dalam NIS bersifat *mandatory* dan universal. NIS dibiayai dengan kontribusi wajib dari karyawan, pengusaha dan wiraswasta. NIS dikelola oleh Menteri Bidang Kesehatan dan Sosial.

Orang-orang yang dipertanggungjawabkan pada NIS berhak untuk korban pensiun dan pensiun cacat, manfaat dasar dan manfaat kehadiran dalam kasus cacat, rehabilitasi atau cedera di tempat kerja. Ada juga manfaat bagi orang tua tunggal, kas manfaat dalam hal sakit, hamil, adopsi dan pengangguran, dan manfaat medis dalam kasus penyakit dan bersalin, serta manfaat pemakaman.

NIS secara penuh mengganti semua pengeluaran untuk kelahiran, perawatan anak-anak di bawah 7 tahun dan perawatan kecelakaan industrial. Mengganti sebagian pengeluaran pasien untuk konsultasi, resep obat-obatan dan perawatan ortodontik penduduk usia 19 tahun, begitu juga perawatan gigi penduduk usia diatas 19 tahun.

### **Perawatan Kesehatan**

Kotamadya bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan primer dan memastikan kesejahteraan penduduk, serta kondisi baik sosial dan lingkungan. Selain itu, mereka bertanggung jawab untuk menyediakan informasi mengenai kesehatan dan gaya hidup mendorong kegiatan bagi masyarakat yang mempromosikan kesehatan masyarakat dan individu kesehatan dan kesejahteraan. Setiap daerah memiliki tingkat pelayanan yang berbeda tingkat tersier, di mana sebagian besar layanan tingkat tersier dilakukan di rumah sakit yang terletak di wilayah perkotaan. Sedangkan, organisasi perawatan jangka panjang adalah tanggung jawab kotamadya di Norwegia. Ada jenis pelayanan perawatan jangka panjang: rumah jompo, terlindung (beradaptasi) rumah, dan layanan berbasis rumah.

### **Pembayaran Fasilitas Perawatan Kesehatan**

*Home nursing* terlindung didanai oleh *block grant* yang berasal dari kota. Otoritas kesehatan regional yang didanai oleh hibah negara dengan elemen hibah blocok dan unsur dibayar berdasarkan aktivitas. Somatik rawat inap telah dibiayai

melalui skema pembiayaan berbasis aktivitas sejak tahun 1997 (berdasarkan pada sistem DRG). Tarif penggantian dari NIS berdasarkan biaya untuk pelayanan perawatan rawat jalan, x-ray dan jasa laboratorium. Pembayaran dokter spesialis dibayar berasal dari layanan dari NIS, *out of pocket* dan *block grant*. Sedangkan, dokter biasa dibayar berasal dari biaya layanan dari NIS, *out of pocket* dan kapitasi dari kotamadya. Negosiasi gaji utama bagi para profesional perawatan kesehatan masyarakat biasanya diatur antara negara / kota dengan pengusaha dan organisasi perawatan kesehatan personil anggota.

### 3.3 Asuransi Kesehatan Publik di Jepang

Sebagian besar pelayanan kesehatan disediakan melalui sistem asuransi kesehatan publik yang mencakup seluruh populasi di Jepang. Asuransi kesehatan publik di Jepang (Fukawa, 2002) pertama kali dikenalkan untuk para pekerja pada sektor swasta dengan dasar hukum yaitu *The Health Insurance Law* Tahun 1922. *The Health Insurance Law* berlaku untuk perlindungan kepada para pekerja, namun cakupannya hanya sebagian dan manfaatnya tidak komprehensif.

Setelah perang dunia kedua, Jepang memperkenalkan dan meningkatkan sistem jaminan sosial yang termasuk di dalamnya asuransi kesehatan. Pada tahun 1954, pemerintah nasional menetapkan secara sepihak sebesar satu milyar yen untuk subsidi pemerintah pertama kali dalam mengatur asuransi kesehatan. Tujuan dari cakupan *universal* asuransi kesehatan publik tercapai pada tahun 1961. Sejarah perjalanan sistem asuransi kesehatan di Jepang dapat dilihat pada Tabel 3.5 di bawah ini:

**Tabel 3.5 Sejarah Asuransi Kesehatan Publik di Jepang**

Tahun	Uraian
1922	<i>The Health Insurance Law</i> yang diimplementasikan pada tahun 1927.
1934	Revisi <i>the Health Insurance Law</i> - Perluasan untuk mencakup perusahaan-perusahaan yang memiliki lima atau lebih pekerja.
1938	Pembentukan Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan. <i>National Health Insurance Law and region –based National Health Insurance</i>
1941-45	Perang dunia kedua

Tabel 3.5 (sambungan)

1958	Revisi <i>the National Health Insurance Law</i> - 50% penyediaan manfaat bagi yang diasuransikan.
1961	<i>Universal coverage</i>
1962	Pembentukan <i>the Social Insurance Agency</i>
1972	Revisi dari <i>the Welfare Law for the Elderly</i> yang diimplementasikan tahun 1973. - Pelayanan medis gratis bagi penduduk usia lanjut.
1973	Revisi <i>the Health Insurance Law</i> dikenal dengan tahun pertama kesejahteraan nasional: - Peningkatan tingkat manfaat bagi keluarga yang terasuransi dari 50% menjadi 70%; - Perkenalan batas atas <i>cost sharing</i> pasien; - Subsidi nasional sebesar 10% pengeluaran kesehatan bagi pemerintah pengatur asuransi kesehatan.
1982	<i>Law of Health and Medical Services</i> bagi penduduk usia lanjut yang diimplementasikan tahun 1983.
1984	Revisi <i>the Health Insurance Law</i> - 10% <i>cost sharing</i> bagi terasuransi; - Pengenduran regulasi atas teknologi tinggi pemeliharaan kesehatan; - Perkenalan program pemeliharaan kesehatan bagi para pensiunan.
1985	Revisi <i>the Medical Service Law</i> - Rencana medis oleh <i>prefecture</i>
1989	Strategi 10 Tahun bagi Promosi Kesehatan dan Kesejahteraan untuk Penduduk Lanjut Usia yang disebut <i>Gold Plan</i>
1991	Revisi <i>the Law of Health and Medical Services</i> bagi penduduk usia lanjut - <i>Visiting nurse care service</i> untuk penduduk usia lanjut - Peningkatan pendanaan public untuk <i>nursing care</i> dari 30 menjadi 50%.
1992	Revisi <i>the Medical Service Law</i> - Klasifikasi rumah sakit berdasarkan fungsinya : rumah sakit berteknologi tinggi, perawatan inap jangka panjang
1994	<i>New Gold Plan</i>
1997	Revisi <i>the Health Insurance Law</i> - 20% <i>cost sharing</i> oleh terasuransi - Perkenalan pembebanan pasien atas biaya farmasi untuk pelayanan rawat jalan.

Sumber : Fukawa, 2002.

### Sistem Asuransi Kesehatan

Sistem asuransi di Jepang dibiayai dari kontribusi individu, kontribusi pemberi kerja, dan subsidi pemerintah. Pemerintah Jepang memiliki tiga kategori (Fukawa, 2002) dari asuransi kesehatan yaitu:

#### 1) *Employer-Based Insurance*

Kategori ini meliputi asuransi kesehatan yang diatur oleh lembaga, asuransi kesehatan yang diatur oleh pemerintah, dan *mutual aid association*. Pada

asuransi yang diatur oleh lembaga, dana diperoleh dari pembagian antara pemberi kerja dan pekerja. Asuransi kesehatan yang diatur oleh pemerintah mencakup para pekerja sektor swasta yang tidak bertanggung pada asuransi kesehatan yang diatur oleh lembaga, dan preminya persentase tetap dari daftar gaji dibagi setara antara pemberi kerja dan pekerja. Perbedaan kedua sistem yang telah dijelaskan sebelumnya yaitu pada asuransi yang diatur oleh lembaga ditawarkan berbagai manfaat, sedangkan yang pemerintah tawarkan hanya untuk satu paket perawatan. Terakhir, *mutual aid association* mencakup pekerja pada sektor publik.

## 2) *National Health Insurance*

*National Health Insurance* adalah asuransi berdasarkan masyarakat yang mencakup orang-orang yang tidak layak untuk *employer-based insurance*, seperti pekerja di bidang agrikultur, wiraswasta, dan pensiunan dan juga tanggungannya. Pelayanan kesehatan yang tercakup sama secara umum sama dengan *employer-based insurance*, namun *cost sharing*nya lebih tinggi dan manfaat tunai biasanya lebih terbatas. Kontribusi beragam dari satu masyarakat dengan masyarakat lainnya dan berdasarkan atas penghasilan individu dan aset.

## 3) *Health Insurance for the Elderly*

*Health Insurance for the Elderly* adalah sistem untuk menyebarkan beban dalam penyediaan perawatan kesehatan untuk penduduk usia lanjut. Kepesertaannya adalah untuk penduduk usia 70 tahun lebih dan juga penyandang cacat usia 65-69 tahun.

**Tabel 3.6 Outline Sistem Asuransi Kesehatan di Jepang**

Ktgr	<i>Employer-based insurance</i>			<i>National Health Insurance</i>	<i>Health Insurance for the Elderly</i>
	Asuransi Kesehatan		<i>Mutual Aid Association</i>		
	Diatur oleh Pemerintah	Diatur oleh Lembaga			
Orang yang terasuransi	Utamanya pekerja pada perusahaan kecil dan menengah	Utamanya pekerja pada perusahaan besar	Pegawai pemerintah daerah dan nasional dan lainnya	Para petani, self-employed/wiraswasta, dan lainnya	Penduduk berusia 70 tahun lebih serta penyandang cacat berusia 65-69.
Penjamin	Pemerintah nasional	Asuransi kesehatan masyarakat	<i>Mutual Aid Association</i>	Pemerintah kota; Asosiasi NHI	Pemerintah kota

Tabel 3.6 (sambungan)

Cakupan (persentase dari total populasi)	30,7%	25,4%	9,2%	34,7%	10,1%
Tingkat Manfaat dari pelayanan kesehatan	Orang yang terasuransi : 80% Tertanggung : 80% untuk rawat inap 70% untuk rawat jalan <i>Cost sharing</i> pasien jika melebihi tanggungan biaya yang ditanggung oleh asuransi per bulannya.			Orang yang terasuransi : 70%. <i>Cost sharing</i> pasien jika melebihi tanggungan biaya yang ditanggung oleh asuransi per bulannya.	Orang yang terasuransi : 100%. <i>Cost sharing</i> pasien jika melebihi tanggungan biaya yang ditanggung oleh asuransi per hari baik untuk rawat jalan maupun rawat inap

Sumber : Fukawa, 2002.

### **Cakupan Manfaat**

Keseluruhan pendanaan mencakup cakupan yang luas dari pelayanan medis termasuk rumah sakit dan perawatan dokter, perawatan gigi, dan obat-obatan, dan juga beberapa sarana transportasi. Pendanaan yang diatur lembaga secara umum membayar manfaat tunai yang lebih besar dibanding dengan *National Health Insurance*. Pengusaha besar menyediakan beberapa pelayanan preventif, tapi *health insurance* hanya mencakup sedikit pelayanan preventif secara umum dan hanya menyediakan pembayaran tunai untuk kehamilan normal karena di Jepang kehamilan tidak tergolong dalam suatu penyakit.

### **Mekanisme Aturan Pembayaran**

Peraturan untuk pembayaran dokter dan rumah sakit sama untuk semua sistem asuransi. Pembayaran fasilitas berprinsip atas dasar *fee-for-service*, namun pembayaran paket telah digunakan secara parsial pada *Health Insurance for the Elderly*. Harga dari masing-masing perawatan medis yang tercakup oleh asuransi terdaftar pada *fee schedule* yang ditentukan oleh pemerintah berdasarkan atas rekomendasi oleh *the Central Social Insurance Medical Council* dan direvisi setiap dua tahun sekali. Standar harga obat-obatan menentukan harga resep obat yang dapat diklaim oleh fasilitas medis. Tiap bulan, tagihan disampaikan kepada kantor regional dari dua organisasi pusat pemeriksa dan pembayaran yaitu *the*

*Social Insurance Medical Fee Payment Fund* dan *the National Health Insurance Federation*. Organisasi ini bertugas untuk memeriksa tagihan untuk menemukan kesalahan, utilisasi yang melampaui batas dan kecurangan. Terdapat lampiran reviu utilisasi yang dibuat oleh dokter untuk kasus-kasus mahal atau yang menggunakan fasilitas yang spesifik. Setelah disetujui, tagihan dikirim ke dana individu. Pembayaran ke rumah sakit dan dokter diproses lagi melalui pemeriksaan ini dan organisasi pembayaran. Gambar alur proses dapat dilihat pada gambar dalam Lampiran 2.

### 3.4 *Medicare, Kanada*

Terdapat tiga tingkatan utama pada struktur organisasi dari sistem kesehatan di Kanada (WHO, 2005) yaitu : pemerintah federal, provinsi dan teritorial, dan level antar pemerintahan. Pemerintah federal bertanggung jawab untuk melindungi kesehatan dan jaminan penduduk Kanada dengan menetapkan standar untuk sistem nasional kesehatan yang dikenal dengan *medicare*, seperti standar kesehatan publik, standar obat dan regulasi keamanan makanan, data dan penelitian kesehatan, serta bertanggung jawab menyediakan perawatan kesehatan bagi kelompok-kelompok populasi tertentu (penduduk aborigin yang dilindungi oleh perjanjian yaitu penduduk *First Nation* dan *the Inuit*, *the Royal Canadian Mounted Police*, angkatan bersenjata, para veteran dan anggota parlemen). Tingkat provinsi dan teritorial mengatur administrasi pemerintahan dari sistem *single payer* untuk pelayanan jasa medis dan rumah sakit universal dan bertanggung jawab untuk pembiayaan rumah sakit, menetapkan *rate* remunerasi bagi para dokter (setelah bernegosiasi dengan asosiasi profesional), menyediakan jasa kesehatan publik, dan untuk beberapa kasus, menilai teknologi kesehatan dan membiayai penelitian kesehatan. Provinsi juga menyediakan, secara langsung ataupun tidak langsung, beragam variasi dari perawatan rumah dan subsidi jasa perawatan jangka panjang. Otoritas kesehatan regional provinsi adalah bertanggung jawab untuk mengalokasikan sumber kesehatan dan merencanakan program kesehatan publik. Badan, komite dan organisasi antar pemerintah bertugas memfasilitasi dan mengkoordinasikan beberapa kebijakan dan wilayah program.

Di Kanada jaminan kesehatan dibiayai oleh publik/ pemerintah (Deber, 2003). Administrasi jasa kesehatan publik di Kanada sangat terdesentralisasi sebab perawatan kesehatan secara konstitusional menjadi tanggung jawab pemerintah provinsi di Kanada (“Canada\_Health\_Act”). Akibatnya masing-masing provinsi mengelola program asuransi kesehatannya sendiri. Provinsi menjalankan rencana asuransi menaungi seluruh penduduk legal dengan kategori pelayanan yang spesifik, utamanya kebutuhan medis yang diperlukan seperti pelayanan dokter dan rumah sakit. Kanada terdiri dari 10 provinsi dan 3 wilayah teritorial, yang sangat beragam dari ukuran dan kemampuan fiskal dan pada tahun 1971 (Deber, 2003), seluruh provinsi memenuhi rencana mengasuransikan populasinya untuk perawatan rumah sakit dan dokter. Masing-masing memiliki daerah yurisdiksi, sehingga daerah yang satu belum tentu sesuai dengan daerah lainnya. Asuransi kesehatan swasta diperbolehkan (wikipedia), tapi pada enam pemerintah provinsi hanya untuk layanan tidak tercakup dalam jaminan publik, misalnya, kamar semi-swasta atau swasta di rumah sakit dan resep obat.

*Medicare* merupakan (“Comparison Health Insurance”) asuransi umum ini didanai dari pajak yang terkumpul dalam pendapatan pemerintah umum dari pendapatan pemerintah umum, meskipun Ontario dan British Columbia memungut premi wajib dengan tarif flat bagi individu dan keluarga untuk pendapatan tambahan - pada dasarnya suatu pajak tambahan. Pemerintah federal mempengaruhi asuransi kesehatan berdasarkan kekuasaan fiskal dengan mengalihkan kas dan pajak ke provinsi-provinsi untuk membantu menutupi biaya program asuransi kesehatan universal. Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan Kanada/ *the Canada Health Act*, dinyatakan bahwa semua orang memiliki akses bebas terhadap "layanan medis yang diperlukan," terutama didefinisikan sebagai perawatan yang diberikan oleh dokter atau di rumah sakit, dan komponen keperawatan perawatan perumahan jangka panjang. Jika pemerintah provinsi membiarkan dokter atau lembaga untuk membebaskan pasien atas layanan medis yang diperlukan, pemerintah federal untuk mengurangi pembayaran provinsi tersebut dengan jumlah biaya yang dibebankan. Oleh sebab itu, asuransi provinsi harus menyesuaikan dengan peraturan dan kondisi nasional (*Invention*) yaitu :

- 1) Administrasi publik, federal mensyaratkan provinsi bahwa asuransi kesehatan suatu provinsi harus teradministrasikan dan beroperasi dengan basis non profit oleh otoritas publik yang telah ditunjuk atau telah didesain oleh pemerintah provinsi dan aktivitasnya harus diaudit;
- 2) Komprehensif, cakupan harus termasuk seluruh perawatan kesehatan asuransi yang disediakan oleh rumah sakit, praktisi medis atau dokter gigi dan yang diijinkan oleh peraturan provinsi, atau perawatan tambahan yang diberikan oleh praktisi pelayanan kesehatan lainnya;
- 3) Universal, seluruh penduduk harus dijamin pelayanan kesehatan oleh penyedia pelayanan kesehatan dalam rencana dengan aturan dan kondisi yang seragam;
- 4) *Portability*, harus tersedia ketentuan untuk menaungi penduduk yang terasuransi ketika mereka berpindah antar provinsi sehingga perlu dilakukan dengan perjanjian antar provinsi;
- 5) Aksesibilitas, provinsi harus menyediakan pelayanan kesehatan yang terasuransikan atas aturan dan kondisi yang seragam. Ketentuan lainnya mensyaratkan bahwa rumah sakit dan penyedia kesehatan menerima kompensasi yang sesuai.

Sebagian besar rumah sakit di Kanada (Deber, 2003) adalah swasta, organisasi non profit dengan badan independen. Rumah sakit tersebut menerima satu anggaran operasional global dari provinsi. Di bawah *Canada Health Act*, seluruh penduduk dari suatu provinsi atau teritori layak menerima pelayanan jaminan gratis hingga batas pemberian.

Untuk perawatan rawat Jalan (WHO, 2005), dokter umum atau dokter keluarga, menjadi titik kontak pertama pasien. Pasien memiliki kebebasan pilihan dalam memilih dokter keluarga. Perawatan sekunder/ rawat inap dan tersier serta perawatan darurat, serta mayoritas rawat jalan khusus dan operasi elektif, dilakukan di dalam rumah sakit. Perawatan jangka panjang dan perawatan rumah, sebagian besar perawatan jangka panjang untuk tergantung, dan sering lemah, orang-orang tua disediakan di rumah-rumah jompo. Fasilitas ini baik yang dijalankan oleh otoritas kesehatan regional, atau swasta independen nirlaba atau tidak untuk organisasi nirlaba. Bagi individu yang memerlukan perawatan yang kurang intensif, perawatan di rumah dapat menjadi pilihan, walaupun ketersediaan

dan kualitas sangat bervariasi dari satu provinsi ke provinsi. Sedangkan asuransi kesehatan swasta didesain untuk penyediaan cakupan bagi jasa dan barang medis yang tidak tercakup oleh *Medicare* seperti operasi bedah laser mata, bedah kosmetik, dan prosedur medis non-dasar lainnya.

### 3.5 Inggris

Sistem jaminan kesehatan di Inggris dikenal dengan *National Health Service* (NHS), yaitu sistem kesehatan yang didanai publik yang menyediakan cakupan kepada semua orang yang bermukim di Inggris ("*Comparison Health Insurance*"). Menteri kesehatan membentuk pelayanan kesehatan nasional, NHS, sebagai layanan, pelayanan kesehatan gratis komprehensif, dan tersedia untuk seluruh penduduk pada tahun 1984 (RCGP, 2004). Pada saat ini, NHS dapat dibagi menjadi dua bagian: bagian yang mengatur strategi, kebijakan dan isu-isu manajerial, dan yang mengatur semua aspek lain perawatan klinis terbagi menjadi perawatan utama yang melibatkan dokter, apoteker, dokter gigi, perawatan sekunder (rumah sakit berbasis, diakses melalui rujukan) dan perawatan tersier (melibatkan dokter yang sangat khusus menghadapi kondisi sangat sulit atau jarang).

Sistem NHS ini tidak sepenuhnya sistem asuransi karena (1) tidak ada premi yang dikumpulkan, (2) biaya tidak dibebankan pada tingkat pasien dan (3) biaya tidak dibayarkan dari *a pool* ("*Comparison Health Insurance*"). Meskipun begitu, sistem ini mencapai tujuan utama dari asuransi yaitu menyebarkan risiko keuangan yang timbul dari sakit-kesehatan.

Struktur NHS di Inggris (RCGP, 2004) dapat dilihat dalam Gambar 3 Struktur dan fungsinya sebagai berikut:

#### 1) Parlemen

Pemerintah mengalokasikan dana ke NHS di Inggris melalui pajak. Sekretaris negara untuk kesehatan memutuskan bagaimana dana tersebut akan dihabiskan dan bertanggung jawab kepada parlemen untuk kinerja keseluruhan dari NHS di Inggris.

Manajemen di tingkat nasional terdiri dari :

2) *Departmen of Health* (DH)

DH bertanggung jawab untuk menjalankan dan meningkatkan NHS, kesehatan masyarakat dan pelayanan sosial di Inggris. Organisasi ini memberikan arahan strategis, sumber daya mengamankan, menetapkan standar nasional dan berinvestasi di layanan tersebut.

3) *Arm's Length Bodies/ ALB*

ALB adalah organisasi independen, yang disponsori oleh DH untuk menjalankan fungsi eksekutif. Mereka bertanggung jawab kepada DC dan kadang-kadang ke Parlemen, bervariasi dalam ukuran dan jenis pekerjaan yang mereka lakukan.

Manajemen di tingkat lokal terdiri dari :

4) *Strategis Health Authorities* (SHA)

*Strategis Health Authorities* (SHA) diciptakan untuk mengelola NHS di tingkat lokal dan bertindak sebagai sebuah *link* kembali ke DH tersebut. Peran SHA adalah untuk mendukung upaya pelayanan kesehatan setempat dalam meningkatkan kinerja; mengintegrasikan prioritas nasional ke dalam rencana pelayanan kesehatan lokal, dan menyelesaikan setiap konflik yang tidak dapat diselesaikan antara organisasi NHS lokal. SHA juga memonitor kinerja PCT dan memastikan bahwa mereka memenuhi target

5) *Primary Care Trust* (PCT)

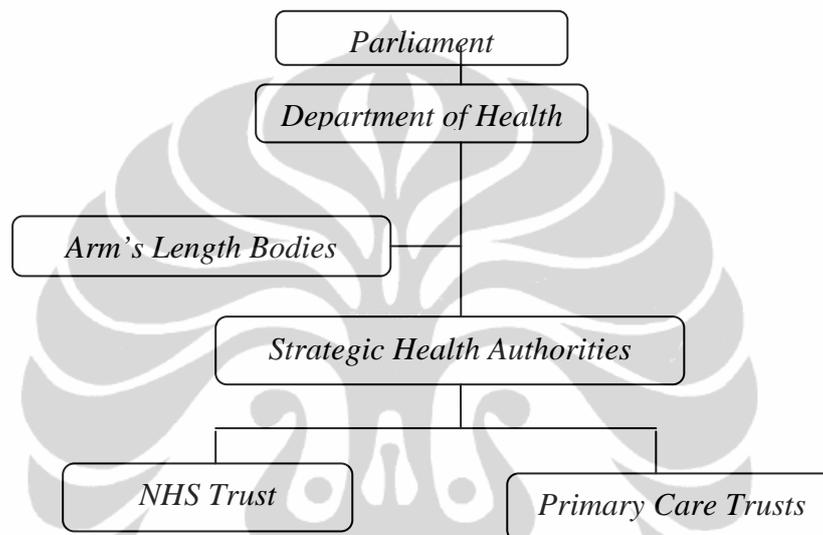
Terdapat 303 PCT di Inggris, masing-masing dibebankan dengan perencanaan, mengamankan dan meningkatkan dasar dan layanan kesehatan masyarakat di daerah mereka. Mereka bekerja sama dengan pasien, masyarakat, praktek dokter umum dan mitra untuk memberikan layanan kesehatan.

6) *NHS Trust*

*NHS Trust* menggunakan sebagian besar tenaga kerja pelayanan kesehatan. Mereka memperoleh sebagian besar pendapatan mereka melalui perjanjian tingkat layanan dengan PCT lokal mereka pada pembayaran dengan dasar hasil. Kepercayaan yang melebihi ekspektasi kontrak akan menerima lebih banyak dana. Jenis utama dari trust adalah sebagai berikut: perawatan akut, perawatan kesehatan mental, ambulans, dan anak-anak.

### 7) Representasi Pasien

Komisi untuk pasien dan keterlibatan masyarakat dalam kesehatan merupakan badan independen, yang disponsori DH itu. Didirikan pada Januari 2003, untuk memastikan bahwa masyarakat yang terlibat dalam pengambilan keputusan kesehatan bahasa Inggris, dan memberi nasihat kepada pemerintah dan badan-badan nasional mengenai isu-isu keterlibatan publik.



**Gambar 3 Struktur NHS di Inggris**

Sumber : RCGP, 2004.

Biaya untuk menjalankan NHS (Smith, 2008; RCGP, 2004) terpenuhi langsung dari *general taxation*. NHS menyediakan sebagian besar pelayanan kesehatan di Inggris, termasuk perawatan dasar, perawatan inap, perawatan kesehatan jangka panjang, optalmologi dan gigi.

Perawatan kesehatan swasta sejajar dengan NHS, dibayar sebagian besar oleh asuransi swasta, tetapi hanya digunakan oleh kurang dari 8% dari populasi, dan umumnya sebagai *top-up* terhadap layanan NHS. Ada beberapa perawatan yang sektor swasta tidak menyediakan seperti asuransi kesehatan untuk kehamilan umumnya tidak tercakup atau ditutupi dengan syarat tertentu.

Pengecualian lainnya termasuk penuaan, menopause dan pubertas; AIDS / HIV; alergi atau gangguan alergi; kontrol kelahiran, kehamilan, masalah seksual

dan perubahan jenis kelamin, kondisi kronis; komplikasi dari kondisi dikecualikan atau dibatasi / pengobatan, penyembuhan, rehabilitasi dan perawatan umum; kosmetik, rekonstruksi atau berat badan pengobatan; tuli; gigi / pengobatan oral (seperti tambalan, penyakit gusi, rahang, dsb.), dialisis; obat-obatan dan saus untuk luar-pasien atau dibawa pulang digunakan; obat eksperimental dan pengobatan; penglihatan, HRT dan tulang densitometri, kesulitan belajar, masalah perilaku dan perkembangan; perawatan di luar negeri dan repatriasi, bantuan secara fisik dan perangkat; kondisi yang telah ada atau khusus; masalah tidur kehamilan dan melahirkan; skrining dan pengobatan pencegahan, dan gangguan, gangguan bicara, bantuan sementara dari gejala.

Pada tahun 2009, badan perwakilan utama dari dokter *British Medical Association*, mengadopsi pernyataan kebijakan mengungkapkan kekhawatiran tentang pembangunan di pasar asuransi kesehatan di Inggris atas kebijakan beberapa perusahaan asuransi kesehatan swasta yang mencegah atau membatasi pilihan pasien tentang (1) konsultan yang merawat mereka, (2) rumah sakit di mana mereka dirawat dan (3) melakukan *top up* pembayaran untuk menutup kesenjangan antara dana yang disediakan oleh perusahaan asuransi dan biaya perawatan yang dipilih pribadi mereka. Sistem NHS menawarkan pasien suatu pilihan rumah sakit dan konsultan dan tidak membebankan biaya atas layanannya tersebut.

Sektor swasta telah digunakan untuk meningkatkan kapasitas NHS meskipun sebagian besar publik Inggris menentang keterlibatan tersebut. Berdasarkan *World Health Organization*, pendanaan pemerintah mencakup 86% dari pengeluaran kesehatan keseluruhan di Inggris pada 2004, dengan pengeluaran swasta mencakup 14% sisanya.

### 3.6 Kolombia

*The Health Care Social Security System (HCSSS)* diperkenalkan oleh *Law 100* pada tahun 1993 (Clavijo and Torrente). Tujuan utamanya adalah penciptaan satu sistem jaminan umum untuk mencapai *universal health-care coverage*. Pada mulanya sistem ini hanya 28% dari populasi memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan.

Sebelum *Law 100*, sistem kesehatan dibagi ke dalam tiga sub sistem (Clavijo and Torrente) yaitu :

- 1) Jaminan sosial, *the Instituto Colombiano de los Seguros Sociales* ( ISS) mencoba untuk menangani secara simultan asuransi dan tugas penyediaan pelayanan kesehatan bagi anggotanya;
- 2) Sebuah jaringan publik yang terdiri dari struktur rumah sakit regional yang kompleks dan tidak efisien;
- 3) Sebuah sistem swasta, mahal dalam hal per kapita dan inklusif hanya strata sosial ekonomi tertinggi.

Pada akhir tahun 1995, dihasilkan satu sistem dengan tiga tingkatan (Trujillo, Portillo, and Vernon, 2005) yaitu:

- 1) Rezim iuran asuransi sosial dibiayai oleh gaji wajib pajak;
- 2) Rezim subsidi yang menargetkan kelompok penghasilan rendah dan kurang beruntung, dan sebagian besar dibiayai oleh pajak umum; dan
- 3) Jaringan jaminan pembiayaan publik yang menyediakan pelayanan medis dasar bagi yang tidak terjamin.

Tambahan, terdapat asuransi swasta, yang berdasarkan premi asuransi kesehatan bagi yang ingin dan mampu untuk menambah cakupan.

Pemerintah Kolombia (Bappenas, 2004; Clavijo and Torrente) melakukan reformasi dengan membagi dua program kesehatannya menjadi *Social Health Insurance* (SHI), yaitu asuransi kesehatan wajib bagi pekerja formal, dan program jaminan kesehatan bagi pekerja informal dan masyarakat miskin. Prinsip SHI adalah subsidi silang antara dua komponen : sistem kontribusi dan sistem subsidi. Sistem kontribusi membagi biaya jaminan antara pekerja dan pemberi kerja. Sedangkan sistem subsidi hanya bagi individu yang keadaaan finansialnya kurang, dimana untuk menutup kontribusi pemeliharaan kesehatan ini, pemerintah mengasumsikannya sebagai biaya. Oleh karena itu, 86 persen dari penduduk Kolombia saat ini memiliki asuransi kesehatan, dengan 55 persen dari mereka yang termasuk sistem subsidi dan sisanya 45 persen menjadi sistem kontribusi.

Pada program SHI (Bappenas, 2004), pekerja membayar iuran sebesar 11% dari pendapatannya. Pembayaran ini ditanggung 1/3 oleh pekerja dan 2/3 oleh pemberi kerja. Iuran ini masuk ke dalam account yang dibuka oleh pemerintah

Kolombia pada tiga bank. Pemerintah menetapkan standar dan jenis pelayanan komprehensif yang harus dicakup dalam SHI. Kemudian, pemerintah melakukan seleksi kepada perusahaan asuransi, baik perusahaan pemerintah, swasta ataupun swasta asing. Hasil seleksi terpilih 28 perusahaan sebagai penyelenggara jaminan kesehatan ini. Pekerja yang merupakan peserta SHI dapat memilih dari 28 perusahaan tersebut. Setelah peserta menetapkan pilihan, maka uang premi akan dibayarkan dari akun tadi langsung kepada perusahaan penyelenggara jaminan kesehatan tersebut. Bila sudah memilih satu perusahaan, peserta tidak diperbolehkan untuk pindah ke perusahaan lain minimal dalam tiga tahun. Perusahaan asuransi penyelenggara jaminan kesehatan ini dapat bekerja sama dengan berbagai rumah sakit pemerintah dan swasta yang ada atau dapat juga melaksanakan sebagian dari pelayanan kesehatannya sendiri.

Sedangkan, program jaminan kesehatan bagi pekerja informal dan masyarakat miskin disubsidi oleh peserta pekerja formal dan pemerintah (Bappenas, 2004). Jumlah penduduk miskin dan pekerja informal di Kolombia berjumlah sekitar 60%. Mereka tidak mampu untuk membayar iuran jaminan kesehatan. Untuk itu pemerintah melakukan subsidi yang diambil dari anggaran pemerintah dan juga sumbangan sebesar 1% dari pendapatan pekerja formal. Program ini dilaksanakan melalui pemerintah daerah. Pemerintah daerah menentukan siapa saja yang berhak menerima, dan kemudian pemerintah pusat mengirim dana yang telah dikumpul tadi ke pemerintah daerah sebagai uang premi jaminan kesehatan kepada perusahaan penyelenggara jaminan kesehatan yang dipilih oleh pekerja informal dan penduduk miskin tadi.

### **3.7 Chili**

Model jaminan kesehatan di negara Chili yang dilakukan mulai tahun 1980an (Bapennas, 2004). Jaminan kesehatan dibagi dua, bagi peserta yang mampu mengikuti program kesehatan yang disebut ISAPRE, sedangkan bagi yang tidak mampu mengikuti program yang disebut FONASA.

ISAPRE (Bapennas, 2004; Sapelli and Torche, 2001). adalah program asuransi jaminan kesehatan yang terdiri dari 18 perusahaan asuransi kesehatan swasta yang wajib diikuti oleh pekerja tetap. Kriteria mampu atau tidak adalah dengan melihat 7% dari pendapatan calon peserta. Mereka harus menyisakan 7%

dari gaji per bulan tersebut untuk membeli asuransi kesehatan, sesuai dengan mandat bahwa seseorang tidak boleh membelanjakan penghasilannya kurang dari 7 %.

Mereka bebas memilih antara perusahaan asuransi swasta atau publik. Cara bagaimana premi asuransi ditetapkan adalah kunci dari bekerjanya sistem. Premi asuransi swasta ditetapkan sebagai *rate* komunitas oleh kelompok (d disesuaikan oleh umur, jenis kelamin dan jumlah penerima manfaat).

ISAPRE didanai dari iuran peserta yang besarnya adalah 7% dari pendapatan pekerja dan bagi yang menginginkan manfaat yang lebih luas dapat membayar iuran tambahan. ISAPRE yang menjual paket-paket asuransi kesehatan kepada pekerja yang sampai sekarang terdapat kurang lebih 10.000 paket kesehatan. Untuk melaksanakan pelayanan kesehatan ISAPRE bekerja sama dengan penyelenggara layanan kesehatan swasta. Pemerintah yang menetapkan standar manfaat kesehatan yang harus dipenuhi oleh ISAPRE. Sebagai catatan, sistem kesehatan swasta tidak menyediakan cakupan untuk katastrofik.

Sedangkan FONASA (Bapennas, 2004; Sapelli and Torche, 2001) murni dikelola oleh pemerintah, Pada sistem asuransi publik preminya sebesar 7% dari gaji, tanpa memperhatikan jumlah orang yang tercakup atau karakter demografinya. Semua menerima cakupan yang sama. Selain dibiayai dari 7% iuran pekerja pemerintah juga memberikan tambahan sebesar iuran yang terkumpul dari pekerja. Jaringan penyedia layanan kesehatan FONASA adalah gabungan antara penyedia layanan kesehatan pemerintah dan swasta. FONASA menyediakan dalam prakteknya asuransi katastrofik gratis.

## **BAB IV**

### **GAMBARAN UMUM PROGRAM JKBM**

Bab empat adalah gambaran umum Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) yang dijalankan di wilayah Provinsi Bali Tahun 2010. Gambaran umum Program JKBM ini berdasarkan Pedoman Program JKBM Tahun 2010 (Pemprov. Bali, 2010) terdiri dari latar belakang program, tujuan program, sasaran program, kebijakan operasional program, pengorganisasian program, kepesertaan program, pendanaan program, prosedur pelayanan, dan manfaat program, serta cakupan penyelenggaraan Program JKBM Tahun 2010.

#### **4.1 Latar Belakang Program JKBM**

Kesehatan adalah hak asasi dan sekaligus merupakan investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Untuk itu perlu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Untuk mencapai hal tersebut, visi Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat” yang akan dapat tercapai dengan salah satu strateginya adalah meningkatkan pembiayaan kesehatan.

Saat ini, sekitar kurang lebih 72,12% dari penduduk Bali (Pedoman JKBM, 2010) belum memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan dengan yang senantiasa akan bermasalah ketika mereka jatuh sakit. Bahkan mereka yang sudah tercakup asuransi pun masih ada kendala, karena sebagian asuransi yang dikembangkan pemerintah kabupaten, portabilitasnya masih terbatas sampai tingkat pelayanan dasar atau tingkat rujukan lokal (rumah sakit kabupaten setempat), sehingga akan tetap bermasalah ketika harus ke tingkat provinsi atau pusat.

Berdasarkan hal tersebut di atas, Pemerintah Provinsi Bali (Gubernur dan Bupati/ Walikota) mengambil kebijakan untuk menaungi masyarakat dengan pelayanan kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) untuk seluruh masyarakat Bali.

## 4.2 Tujuan Program JKBM

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan JKBM Tahun 2010, tujuan program JKBM adalah sebagai berikut:

### 1) Tujuan Umum :

Tujuan umum adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat Bali agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

### 2) Tujuan Khusus :

- a. Meningkatkan cakupan masyarakat Bali yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di rumah sakit;
- b. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Bali;
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

## 4.3 Sasaran Program JKBM

Sasaran program adalah penduduk Bali yang sudah terdaftar dan memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Bali dan anggota keluarganya memiliki kartu keluarga dan Surat Keterangan belum memiliki Jaminan Kesehatan atau dengan kartu JKBM yang jumlahnya diperkirakan 2.535.886 jiwa.

## 4.4 Kebijakan Operasional Program JKBM

- 1) Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) adalah program jaminan kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Provinsi Bali yang belum memiliki Jaminan Kesehatan.
- 2) Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat Bali merupakan tanggung jawab bersama antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota.
- 3) Penyelenggara Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) mengacu pada prinsip-prinsip:
  - Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan semata-mata untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat Bali;
  - Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang “*cost effective* dan rasional”;
  - Pelayanan terstruktur berjenjang dengan portabilitas serta ekuitas;

- Transparan dan akuntabel.

#### 4.5 Organisasi

Pengorganisasian JKBM terdiri dari Tim Koordinasi dan Tim Pengelola Program JKBM Tingkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota, dan pelaksana verifikasi di PPK yang ditetapkan.

##### 1) Tim Koordinasi JKBM

Tim koordinasi Program JKBM melaksanakan koordinasi penyelenggaraan JKBM yang melibatkan lintas sektoral dan stakeholder yang terkait dalam berbagai kegiatan seperti koordinasi, sinkronisasi, pembinaan, pengendalian, dan lain-lain. Gubernur membentuk Tim Koordinasi Program JKBM tingkat Provinsi yang terdiri dari Pelindung, Penanggung jawab, Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris dan anggota. Untuk struktur Tim Koordinasi Tingkat Kabupaten/ Kota menyesuaikan dengan Provinsi, ditetapkan dengan SK Bupati/ Walikota.

##### 2) Tim Pengelola JKBM

Tim pengelola program JKBM terdiri dari Ketua, Sekretaris, Pokja Kepesertaan, Pokja Pelayanan Dasar dan Rujukan, Pokja Pembiayaan dan Pokja Penanganan Keluhan. Untuk struktur Tim Pengelola Tingkat Kabupaten/ Kota menyesuaikan dengan Provinsi, ditetapkan dengan SK Bupati/ Walikota.

##### 3) Pelaksana Verifikasi

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi atas nama Gubernur berdasarkan usulan dari Tim Pengelolaan JKBM Kabupaten/ Kota menetapkan verifikator dengan tugas sebagai berikut:

- Melaksanakan verifikasi administrasi kepesertaan;
- Melaksanakan verifikasi administrasi pelayanan kesehatan;
- Melaksanakan verifikasi administrasi pembiayaan.

#### 4.6 Kepesertaan

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan Program JKBM Tahun 2010, peserta Program JKBM Tahun 2010 adalah penduduk Bali yang sudah terdaftar dan memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Bali dan anggota keluarganya memiliki kartu keluarga dan Surat Keterangan belum memiliki Jaminan Kesehatan atau dengan kartu JKBM. Jumlah peserta diperkirakan 2.535.886 jiwa.

Berdasarkan pendataan di masing-masing Banjar pada Kabupaten/ kota, bupati/ walikota menetapkan jumlah peserta JKBM. Jumlah peserta JKBM tahun 2010 melalui SK Bupati/ Walikota yang akan dilakukan *updating* data secara berkala terkait dengan terjadinya mutasi peserta yang meninggal, lahir, pindah alamat, perubahan status dan lain-lain. *Updating* dilakukan oleh pemda (penanggung jawab adalah Komite Penanggulangan Kemiskinan Daerah Kabupaten/ Kota) setempat untuk selanjutnya dibuatkan addendum kepesertaan JKBM. Administrasi kepesertaan pada Program JKBM meliputi:

- 1) Pendataan kepesertaan bagi penduduk yang belum memiliki Jaminan Kesehatan dilakukan oleh Kelian Banjar dengan menyerahkan kelengkapan KTP Bali, Kartu KK dan surat keterangan tidak memiliki Jaminan Kesehatan, yang selanjutnya dilaporkan ke Kepala Desa, rekapan jumlah peserta dari Desa dilaporkan ke tingkat kecamatan.
- 2) Pada tingkat kecamatan data tersebut akan direkap dan dilaporkan ke Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) Kabupaten/ Kota yang ditugaskan dalam pendataan peserta JKBM di Kabupaten/ Kota, untuk segera ditetapkan dengan Surat Keputusan Bupati/ Walikota sebagai peserta JKBM.
- 3) Oleh TKPKD Kabupaten/ Kota akan dilakukan *entry database* kepesertaan JKBM Kabupaten / Kota.
- 4) *Entry* data setiap peserta meliputi: nomor kartu, nama peserta, jenis kelamin, tempat dan tanggal lahir/ umur dan alamat untuk kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan kepada peserta.
- 5) Pada tingkat Kabupaten/ Kota TKPKD agar mengirim *soft copy* dan *hard copy* peserta JKBM ke puskesmas dan rumah sakit di wilayah Kabupaten/ Kota yang bersangkutan dan ke Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Bali Mandara tingkat Kabupaten/ Kota serta provinsi, dan selanjutnya data tersebut dijadikan *database* peserta JKBM yang akan didistribusikan ke jejaring JKBM.

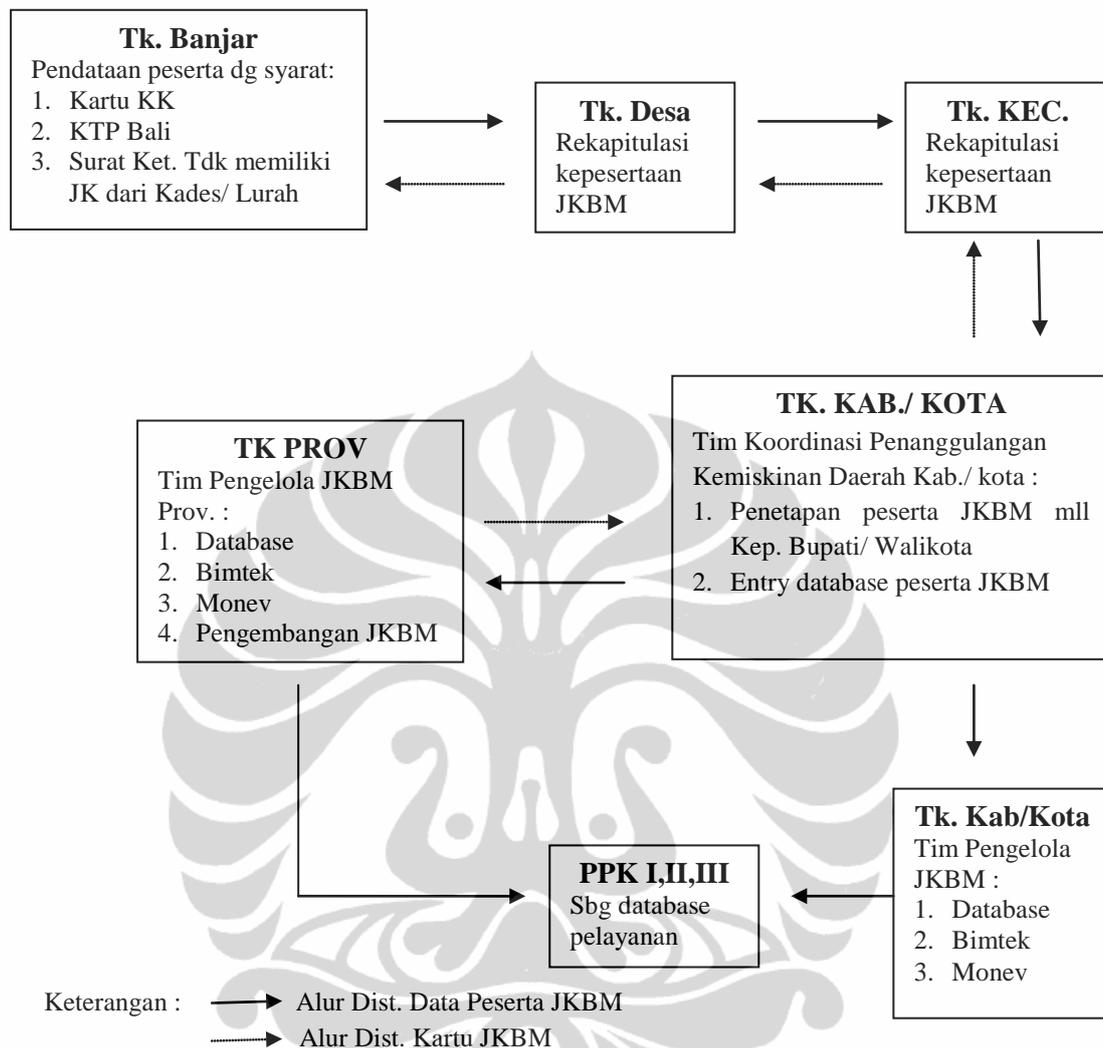
Pada masa transisi selama tiga bulan Januari-Maret 2010, pemerintah daerah Kabupaten/ Kota yang telah menetapkan jumlah nama peserta JKBM namun belum memiliki KTP Bali maka identitas peserta dengan menggunakan surat keterangan sebagai penduduk Bali dan tidak memiliki Jaminan Kesehatan dari

Kepala Desa/ Lurah. Selanjutnya menggunakan KTP Bali. Selama proses penerbitan dan distribusi kartu JKBM belum selesai, peserta dapat menggunakan KTP Bali.

Penerbitan dan distribusi kartu peserta proses sebagai berikut :

- 1) Pencetakan dan penggandaan blangko peserta JKBM tahun kedua (tahun 2011) dilakukan oleh tim pengelola jaminan kesehatan Bali Mandara tingkat provinsi;
- 2) Penerbitan dan pendistribusian kartu JKBM dilakukan oleh Tim Pengelola JKBM kabupaten/ Kota;
- 3) Kartu peserta diserahkan kepada yang bersangkutan dengan tanda terima yang ditandatangani/ cap jempol oleh peserta dan atau anggota keluarganya, dimana bukti penerimaan diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota selanjutnya dilaporkan ke tim pengelola Jaminan Kesehatan Bali Mandara di tingkat Provinsi.

Bayi yang dilahirkan dari keluarga peserta JKBM langsung menjadi peserta baru dengan pembuatan kartu diusulkan setelah dilaporkan melalui mekanisme pendataan di atas. Sebaliknya bagi peserta yang meninggal dunia langsung hilang haknya sebagai peserta JKBM. Bagi peserta yang pindah domisili minimal antar Kabupaten/ Kota, hak kepesertaannya masih dimiliki dengan melaporkan kepesertaannya kepada Tim Pengelola Kabupaten/ Kota daerah asal dan daerah yang dituju.



**Gambar 4.1 Alur Registrasi dan Distribusi Kartu Peserta JKBM**

Sumber : Pedoman JKBM, 2010.

#### 4.7 Pendanaan

Sumber dana berasal dari APBD Provinsi Bali Tahun Anggaran 2010 dan APBD Kabupaten/ Kota (kecuali Kab. Jembrana) Tahun Anggaran 2010 yang ditetapkan berdasarkan jumlah penduduk yang belum memiliki Jaminan Kesehatan dan PAD Kabupaten/ Kota. Dana program Jaminan Kesehatan Bali Mandara tersebut 100% dialokasikan untuk membiayai dana pelayanan kesehatan langsung. Mekanisme pendanaan dapat dilihat pada Gambar 4.2.

Disamping dana pelayanan kesehatan langsung untuk mendukung berjalannya program JKBM ini, perlu juga dianggarkan dana pelayanan kesehatan

tidak langsung atau operasional manajemen untuk Tim Koordinasi dan Tim Pengelola JKBM di tingkat Kabupaten/ Kota dan Provinsi melalui DPA masing-masing Dinas Kesehatan Provinsi dan kabupaten/ kota. Adapun perincian penggunaan dana tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Dana Pelayanan Kesehatan Langsung dari peserta JKBM meliputi seluruh pelayanan kesehatan di :
  - a. Puskesmas dan jaringannya untuk pelayanan kesehatan dasar di termasuk persalinan pada Bidan Desa atau Bidan praktek swasta (kuratif dan rehabilitatif).
  - b. Pemberi pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut (RS Kab/ kota, RS Indera, RS jiwa dan RS Sanglah).
- 2) Dana Pelayanan kesehatan tidak langsung (operasional manajemen) adalah dana yang dipergunakan untuk operasional manajemen Tim Pengelola Provinsi dan Kabupaten/ Kota dalam menunjang kelancaran penyelenggaraan Program JKBM. Adapun penggunaan dana dimaksud adalah sebagai berikut:
  - a. Administrasi;
  - b. Koordinasi pelaksanaan dan pembinaan program;
  - c. Penyebarluasan informasi;
  - d. Rekrutmen verifikator independen di RS dan Puskesmas;
  - e. Pendidikan dan pelatihan pelaku JKBM;
  - f. Pengadaan perangkat lunak dan perangkat keras untuk klaim di Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Tim Pengelola JKBM;
  - g. Monitoring dan evaluasi tingkat provinsi dan kabupaten/ kota;
  - h. Kajian dan survei;
  - i. Pembayaran honor, investasi dan operasional;
  - j. *Midterm* dan *Endterm* JKBM;
  - k. Perencanaan dan Pengembangan program JKBM;
  - l. Pelaporan dan SIM Jaminan Kesehatan Bali Mandara.

#### **4.8 Prosedur Pelayanan**

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta JKBM adalah sebagai berikut:

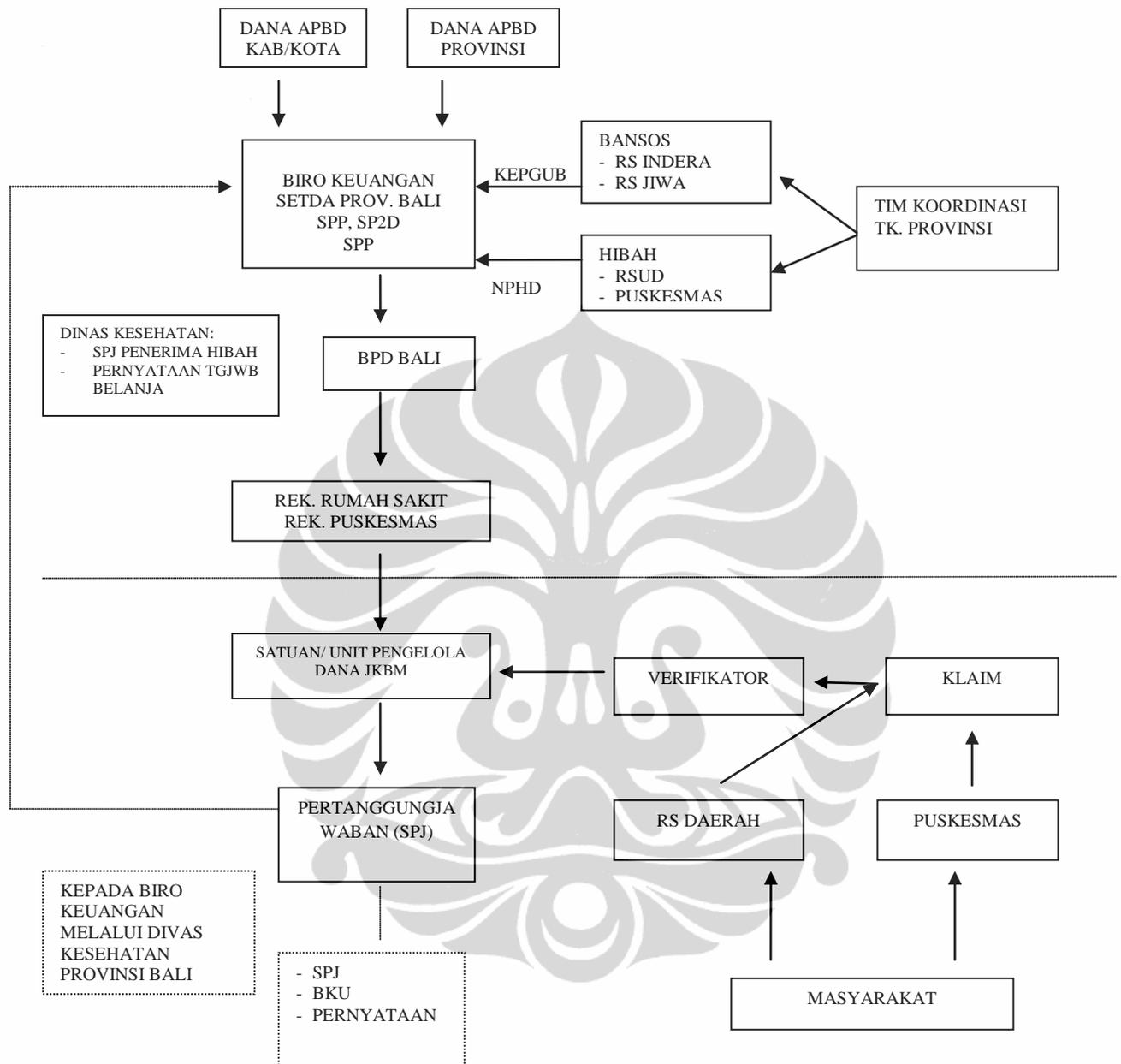
### 1) Pelayanan Kesehatan Dasar

- a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar (*non emergency*) wajib berkunjung ke puskesmas dan jaringannya. Dan apabila terjadi pada hari libur atau di luar jam dinas ternyata puskesmas sudah tutup maka pelayanan kesehatan dasar dapat dilakukan di Puskesmas Perawatan atau Poliklinik umum RSUD asal pasien dan diklaimkan pada puskesmas perawatan atau RS asal pasien.
- b. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan KTP.

### 2) Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut

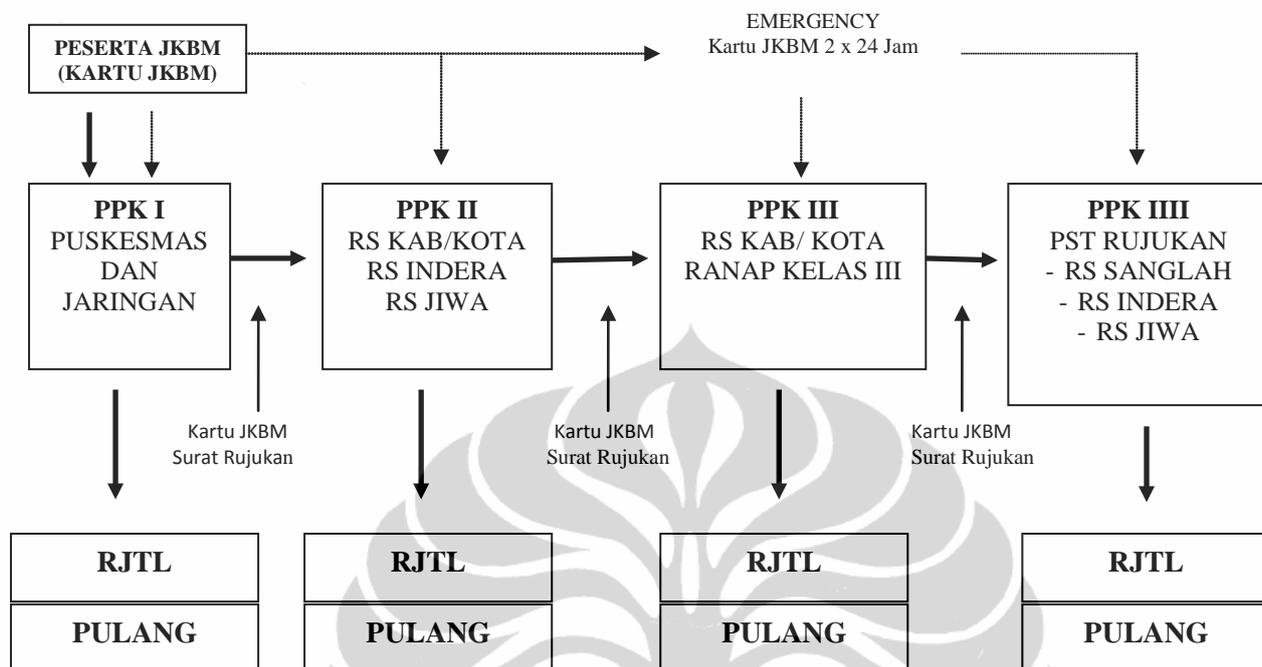
- a. Apabila peserta JKBM memerlukan pelayanan kesehatan Tingkat Lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan disertai surat rujukan dan identitas kepesertaan JKBM yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali dalam keadaan *emergency*.
- b. Pelayanan Tingkat Lanjut yang dimaksud dalam poin 2.a meliputi:
  - Pelayanan rawat jalan spesialis di rumah sakit
  - Pelayanan rawat inap kelas III di rumah sakit dan tidak diperkenankan pindah kelas atas permintaannya.
  - Pelayanan obat-obatan
  - Pelayanan rujukan *specimen* dan penunjang *diagnostic* lainnya.
- c. Identitas kepesertaan JKBM tersebut di atas dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya untuk selanjutnya dikeluarkan keabsahannya sebagai peserta JKBM untuk selanjutnya peserta mendapatkan pelayanan kesehatan.
- d. Bila peserta tidak dapat menunjukkan Kartu identitas peserta JKBM sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan diberikan waktu maksimal 2x24 jam hari kerja untuk menunjukkan kartu tersebut atau dapat menunjukkan KTP Bali. Apabila terjadi penempatan pasien JKBM di luar kelas III oleh karena kelas III penuh, klaim akan tetap dibayarkan sesuai dengan kelas III.

- e. Bayi-bayi yang terlahir dari peserta JKBM secara otomatis menjadi peserta JKBM dengan menunjukkan KTP orang tuanya. Bila bayi memerlukan pelayanan dapat langsung diberikan dengan menggunakan identitas kepesertaan orang tuanya dan dilampirkan surat kenal lahir atau Kartu Keluarga orang tuanya.
- f. Untuk kasus kronis tertentu yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan (seperti diabetes militus). Untuk kasus kronis khusus seperti kasus gangguan jiwa dan kasus pengobatan paru, surat rujukan dapat berlaku sampai dengan 3 bulan.
- g. Rujukan pasien antar RS termasuk rujukan antar daerah dilengkapi surat rujukan dari RS yang merujuk, *copy* identitas peserta JKBM. Pada kasus-kasus rujukan antar daerah, petugas yang memverifikasi kepesertaan pada RS rujukan dapat melakukan konfirmasi ke *database* kepesertaan tempat asal pasien.
- h. Agar pelayanan berjalan dengan lancar, RS bertanggung jawab untuk menjamin ketersediaan alat medis habis pakai, obat dan darah.



**Gambar 4.2 Alur Pendanaan Program JKBM**

Sumber : Pedoman JKBM, 2010.



**Gambar 4.3 Alur Pelayanan Kesehatan Program JKBM**

Sumber : Pedoman JKBM, 2010.

Pada kasus-kasus gawat darurat, bila peserta belum mampu menunjukkan identitas kepesertaannya diberikan kesempatan selama 2x24 jam hari kerja untuk melengkapi identitas kepesertaannya atau dengan merujuk *database* kepesertaan yang ada. Selama tenggang waktu tersebut pasien boleh dibebankan biaya panjar sampai status kepesertaannya jelas dan diberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan medisnya.

Bagi sarana pelayanan kesehatan penerima rujukan, wajib memberikan jawaban atas pelayanan rujukan (rujukan balik) ke sarana pelayanan kesehatan yang merujuk disertai tindak lanjut yang harus dilakukan.

#### **4.9 Manfaat yang Diperoleh Peserta Program JKBM**

Manfaat jaminan yang diberikan ke peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medis sesuai dengan standar pelayanan medis yang *cost effective* dan rasional, bukan berupa uang tunai.

**Pelayanan komprehensif tersebut meliputi:**

- 1) Pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya
  - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan:
    - Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
    - Laboratorium sederhana (darah, urine, dan feses rutin);
    - Tindakan medis kecil;
    - Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/ tambal;
    - Pemeriksaan ibu hamil/ nifas/ menyusui, bayi dan balita;
    - Pelayanan KB dan penanganan efek samping (IUD, Pil dan kondom disediakan oleh BKKBN);
    - Pemberian obat.
  - b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan meliputi pelayanan:
    - Akomodasi rawat inap;
    - Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
    - Laboratorium sederhana (darah, urine dan feses rutin);
    - Tindakan medis kecil;
    - Pemberian obat;
    - Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED);
  - c. Persalinan normal yang dilakukan di puskesmas non perawatan/ bidan di desa/polindes/ di rumah pasien/ praktek bidan swasta;
  - d. Pelayanan gawat darurat (*emergency*).
- 2) Pelayanan kesehatan di rumah sakit
  - a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dilaksanakan pada puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialistik, poliklinik spesialistik rumah sakit pemerintah yang merupakan jejaring JKBM meliputi:
    - Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/ umum;
    - Rehabilitasi medis;
    - Penunjang *diagnostic*: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;

- Tindakan medis kecil dan sedang;
  - Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjut;
  - Pelayanan KB termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN);
  - Pemberian obat yang mengacu pada formularium obat program Jamkesmas tahun 2008;
  - Pelayanan darah;
  - Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit.
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III Rumah Sakit pemerintah meliputi:
- Akomodasi rawat inap pada kelas III;
  - Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
  - Penunjang *diagnostic*: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
  - Tindakan medis;
  - Operasi sedang dan besar;
  - Pelayanan rehabilitasi medis;
  - Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU);
  - Pemberian obat mengacu pada formularium obat program Jamkesmas tahun 2008;
  - Pelayanan darah;
  - Bahan dan alat kesehatan habis pakai;
  - Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit (PONEK).
- c. Pelayanan Gawat Darurat (*emergency*)

**Pelayanan yang Dibatasi (Limitation):**

- 1) Kacamata yang diberikan pada kasus gangguan refraksi dengan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai maksimal Rp200.000 berdasarkan resep dokter.
- 2) *Intra Ocular Lens* (IOL) diberi penggantian sesuai resep dari dokter spesialis mata, dengan nilai maksimal Rp300.000,- untuk operasi katarak

SICS, maksimal Rp1.000.000,- untuk operasi katarak dengan metode Phaco dan bola mata palsu penggantian maksimal Rp400.000,-

- 3) Pelayanan penunjang *diagnostic* canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus *life-saving* dan kebutuhan penegakan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite medis.
- 4) Terapi Hemodialisa diberikan maksimal sebanyak 6 kali untuk kasus baru.

**Pelayanan yang tidak dijamin (Exclusion):**

- 1) Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan
- 2) Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika
- 3) *General check up*
- 4) Prothesis gigi tiruan
- 5) Operasi jantung
- 6) Pengobatan alternatif (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah.
- 7) Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.
- 8) Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam.
- 9) Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial.
- 10) Pelayanan kesehatan canggih (kedokteran nuklir, transplantasi organ)
- 11) Pembersihan karang gigi dan usaha untuk meratakan gigi
- 12) Ketergantungan obat-obatan
- 13) Obat di luar formularium obat program Jamkesmas tahun 2008.
- 14) Sirkumsisi
- 15) *Anti Retro Viral (ARV)*
- 16) Cacat bawaan
- 17) Biaya transportasi
- 18) Biaya autopsi atau biaya visum
- 19) *Chemoterapi*
- 20) Kecelakaan lalu lintas
- 21) Percobaan bunuh diri.

#### 4.10 Cakupan Penyelenggaraan Program JKBM Tahun 2010

##### 4.10.1 Cakupan Peserta JKBM Tahun 2010

Peserta Program JKBM Tahun 2010 adalah penduduk yang memiliki Kartu Tanda Pengenal (KTP) di wilayah Provinsi Bali yang tidak memiliki jaminan kesehatan/ non jaminan pemeliharaan kesehatan (non JPK). Pendataan rincian peserta JKBM saat ini sedang dilakukan oleh masing-masing pemerintah kabupaten dan kotamadya. Namun, perkiraan jumlah peserta Program JKBM Tahun 2010 dalam perencanaan tercantum dalam Tabel 4.1.

Jumlah sasaran peserta Program JKBM Tahun 2010 sejumlah 2.199.919 jiwa yang tersebar ke dalam delapan kabupaten dan kotamadya di wilayah Provinsi Bali (kecuali Kabupaten Jembrana). Jumlah terbesar adalah Kabupaten Buleleng sebesar 421.532 jiwa atau sekitar 19,16 persen dari total sasaran. Sedangkan, jumlah peserta Program JKBM terendah adalah Kabupaten Klungkung dengan jumlah sasaran sebesar 126.454 jiwa atau 5,75 persen dari total sasaran keseluruhan.

**Tabel 4.1 Perkiraan Jumlah Peserta JKBM Tahun 2010**

No	Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk Non JPK (jiwa)	Persentase (%)
1.	Tabanan	325.483	14,79
2.	Badung	309.212	14,05
3.	Kota Denpasar	309.539	14,07
4.	Gianyar	320.072	14,55
5.	Klungkung	126.454	5,75
6.	Bangli	146.427	6,66
7.	Karangasem	241.200	10,96
8.	Buleleng	421.532	19,16
	<b>Jumlah</b>	<b>2.199.919</b>	<b>100</b>

Sumber : Biro Keuangan Pemprov. Bali, 2010.

#### 4.10.2 Pendanaan Program JKBM Tahun 2010

Pendanaan pelaksanaan Program JKBM pada tahun pertama di tahun 2010 ini sepenuhnya berasal dari subsidi *sharing* Pemerintah Provinsi Bali dan kabupaten dan kotamadya di wilayah Provinsi Bali. Terkecuali Kabupaten Jembrana yang menolak untuk *sharing* dana, dikarenakan Pemerintah Daerah Kabupaten Jembrana telah mempunyai program jaminan kesehatan sendiri yang disebut Jaring Kesehatan Jembrana (JKJ).

Alokasi dana Program JKBM Tahun 2010 ke kabupaten atau kotamadya dan pembagiannya ke PPK dapat dilihat dalam Tabel 4.2. Sedangkan, rincian pembagian hibah ke puskesmas-puskemas dan rumah sakit dapat dilihat pada Naskah Perjanjian Hibah Daerah Gubernur Bali dengan Kepala Puskesmas Kabupaten Buleleng, Tabanan, Badung, Gianyar, Klungkung, Bangli, Karangasem dan Kota Denpasar Nomor : 900/433/SEKRET-KEU  
441.7/05/PUSK I DT tentang Belanja Hibah Daerah Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) di Puskesmas Kabupaten dan Kota di Bali Tahun 2010 (Lampiran 3).

Jumlah anggaran yang disediakan untuk Program JKBM Tahun 2010 sebesar Rp181.254.726.816,00 yang berasal dari Pemerintah Provinsi Bali sebesar Rp100.000.000.000,00 dan sisanya sebesar Rp81.254.726.816 berasal dari *sharing* pemerintah 8 kabupaten dan kotamadya di Provinsi Bali. Total dana tersebut kemudian dialokasikan kepada PPK yang ditunjuk oleh Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Total alokasi dana terbesar yaitu pada Kabupaten Buleleng sebesar Rp33.445.456.453,00. Sedangkan yang terendah adalah Kabupaten Klungkung sebesar Rp9.158.175.832,00.

Tabel 4.2 Pengalokasian Dana Program JKBM Tahun 2010

No	Kab/ kota	RSUD (Rp)	PUSKESMAS		Total (Rp)
			Jumlah (buah)	Nilai (Rp)	
<b>Dana Hibah</b>					
1	Tabanan	19.874.244.764	20	5.665.610.000	25.539.854.764
2	Badung	17.485.077.296	12	6.715.544.000	24.200.621.296
3	Denpasar	14.843.300.012	11	9.384.236.000	24.227.536.012
4	Gianyar	18.258.636.176	13	6.835.850.000	25.094.486.176
5	Klungkung	6.745.905.832	9	2.412.270.000	9.158.175.832
6	Bangli	7.723.311.516	11	3.078.802.000	10.802.113.516
7	Karangasem	13.707.559.364	12	5.078.924.002	18.786.483.364
8	Buleleng	24.572.125.856	20	8.874.330.597	33.445.456.453
	<b>JUMLAH</b>	<b>123.210.160.816</b>	<b>108</b>	<b>48.044.566.000</b>	<b>171.254.726.816,00</b>
Dana Bansos : RS Indera dan RS Jiwa					10.000.000.000,00
<b>Total</b>					<b>181.254.726.816,00</b>

Sumber : Biro keuangan Pemprov. Bali, 2010.

#### 4.10.3 PPK Program JKBM Tahun 2010

Penyedia pelayanan kesehatan (PPK) untuk Program JKBM pada tahun 2010 adalah PPK Tingkat I, II, dan III yang dimiliki oleh pemerintah yang tersebar pada delapan kabupaten/ kota dan PPK di tingkat provinsi di wilayah Provinsi Bali. Rincian pada Tabel 4.3.

**Tabel 4.3 PPK Program JKBM**

No	Prov./Kab./ kota	RSUD	Jumlah Puskesmas
1	Tabanan	RSUD Kab. Tabanan	20
2	Badung	RSUD Kab. Badung	12
3	Denpasar	RSUD Wangaya	11
4	Gianyar	RSUD Sanjiwani	13
5	Klungkung	RSUD Kab. Klungkung	9
6	Bangli	RSUD Kab. Bangli	11
7	Karangasem	RSUD Kab. Karangasem	12
8	Buleleng	RSUD Kab. Buleleng	20
9	Provinsi Bali	RS Indera	
		RS Jiwa	
	<b>JUMLAH</b>	<b>10</b>	<b>108</b>

Sumber : Naskah Perjanjian Hibah JKBM; Pedoman JKBM, 2010.

#### 4.10.4 Sistem Pembayaran

Berdasarkan buku pedoman penyelenggaraan Program JKBM Tahun 2010, tarif yang digunakan antara lain:

- Pembayaran ke Puskesmas dan Jaringannya dilakukan dengan cara klaim sesuai peraturan daerah (perda) tarif masing-masing kabupaten/kotamadya;
- Untuk persalinan di Puskesmas dan Jaringannya serta Bidan Praktek swasta mengacu pada tarif pelayanan kesehatan bagi peserta PT Askes Tahun 2009;
- RSUD Kab/ Kota menggunakan tarif pelayanan kesehatan bagi peserta PT Askes tahun 2009;
- Pembayaran ke RS Indera dan RS Jiwa berdasarkan Perda Provinsi Bali No 5 tahun 2009.