

# **Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional: Sebuah *Policy Paper* dalam Analisis Kesesuaian Tujuan dan Struktur BPJS<sup>1</sup>**

---

Hasbullah Thabrany<sup>2</sup>

Jakarta, Maret 2009

©® Hasbullah Thabrany

---

<sup>1</sup> Dalam tulisan ini, yang dimaksud jaminan kesehatan nasional sebagai *health program in national social security, social health insurance, national health insurance* .

<sup>2</sup> Naskah kebijakan ini ditulis sebagai *position paper* bagi the Hatta Project kerjasama antara Perkumpulan Prakarsa dan the Asia Foundation.

## Daftar Isi

Daftar Isi .....	2
Pengantar.....	3
Pendahuluan.....	5
Filosofi Penyelenggaraan Jaminan Sosial.....	6
Mekanisme Pasar dan Jaminan Sosial .....	7
Lahirnya Konsep Perusahaan dan Badan Penyelenggara .....	8
Syarat Penting Badan Penyelenggara (Prinsip dalam UU SJSN).....	15
BPJS sebagai Badan Hukum Khusus versus BUMN Khusus .....	17
Keterbukaan/Transparansi .....	23
Penyatuan BPJS .....	24
Beberapa Bantahan .....	25
No shoes fits all! .....	25
Tiap Daerah Punya Keunikan .....	25
Negara kita besar, tidak seperti Korea .....	26
Mengapa harus BPJS Nasional .....	27
Kewenangan Pemerintah Daerah .....	31
BPJS tidak mengurus Pemerintahan .....	33
Praktik Penyelenggaraan di Berbagai Negara.....	34
Malaysia.....	38
Filipina .....	39
Thailand .....	40
Korea Selatan .....	40
Perancis .....	41
Jerman .....	41
Australia .....	42
Amerika Serikat .....	43
Kesimpulan dan Saran .....	43
Daftar Bacaan.....	44

## Pengantar

Semenjak program Askeskin diluncurkan yang dilaksanakan oleh PT Askes Indonesia dengan dana dari APBN, terjadi perebutan dan perdebatan tentang badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS). Sebagian orang di daerah yang sebelumnya mendapat dana dari Depkes untuk mengelola jaminan kesehatan bagi penduduk miskin tidak lagi memperoleh dana, padahal jumlah dana program jaminan kesehatan penduduk miskin bertambah besar. Undang-undang SJSN pun diuji materi di Mahkamah Konstitusi (MK). Keputusan MK yang menerima sebagian (membatalkan pasal 5 ayat 2,3, dan 4) dan menolak sebagian yaitu permohonan membatalkan pasal 52 sering diungkapkan tidak seimbang. Yang dikemukakan hanya yang diterima dan tidak mengungkap yang ditolak. Keputusan MK sesungguhnya banyak mengubah arti UU SJSN hanya mempertegas bahwa daerah mempunyai hak mendirikan BPJS di daerah. Keputusan MK jelas mengharuskan apabila BPJS di daerah akan dibentuk (tidak ada keharusan, karena sifatnya bukan amar, hanya mebolehkan), maka BPJS harus dalam koridor UU SJSN. Yang terjadi belakangan adalah upaya-upaya sebagian orang di daerah untuk membentuk BPJSD, yang tidak ada landasan hukum/UU. Hal ini tidak difahami karena salah faham dan kebanyakan tidak membaca secara utuh keputusan MK yang dinilainya hanya menghilangkan hak BPJS Nasional. Hak pemerintah daerah tidak pernah dilarang dalam UU SJSN sebelum diuji materi dan MK tidak pernah memutuskan bahwa ke-empat BPJS Nasional yang disebutkan dalam Pasal 52 UU SJSN tidak lagi mempunyai kekuatan hukum untuk menyelenggarakan SJSN.

Selain adanya kepentingan untuk “menguasai badan penyelenggara” karena tidak memahami bahwa konsep SJSN tidak memberikan “kepemilikan” BPJS, pemahaman dasar tentang konsepsi jaminan sosial dan filosofi penyelenggaraan jaminan sosial untuk seluruh rakyat dan untuk selama hidup rakyat tersebut, kurang dibahas. Kepentingan rakyat dan kepentingan nasional jarang dikedepankan. Lebih menyedihkan lagi, dalam program Askeskin yang menjadi bahan diskusi adalah pejabatnya, yang dinilainya tidak baik atau korup. Seharusnya yang dilihat adalah BPJS sebagai institusi. Fakta bahwa BPJS (PT Askes dan PT Jamsostek), dua BPJS yang menyelenggarakan jaminan kesehatan, memiliki fasilitas kantor hampir di seluruh kota dan kabupaten, pengalaman puluhan tahun, memiliki likuiditas dan solvabilitas yang sehat—tidak dipandang. Yang ditonjolkan kelemahan dalam manajemen yang ada (yang dipengaruhi oleh pimpinan dan struktur regulasi), yang sesungguhnya bisa diubah dan diperbaiki. Seolah ada kesan bahwa rumah (institusi) yang ada sekarang tidak bagus, kita bongkar, dan bangun yang baru di masing-masing daerah. Adakah jaminan bahwa yang baru akan lebih baik? Secara konsep dan teknis pendirian BPJS baru atau BPJS daerah mungkin dan bisa dilakukan. Hanya saja, sebagai negara hukum, kita harus mempersiapkan Undang-Undang sebagai dasar hukum atau untuk menguji apakah keinginan tersebut didukung banyak pihak.

Sesungguhnya keinginan untuk mendirikan BPJS baru telah dibahas dalam proses penyusunan UU SJSN. Perdebatannya berlangsung sangat alot. Berbagai pertimbangan tentang *cost-benefit*, Nasionalisme, keadilan antar daerah dan antar golongan pekerjaan, serta pertimbangan kondisi geografis serta ekonomis yang berbeda-beda telah pula dibahas mendalam. Apa yang dirumuskan dalam UU SJSN, UU no 40/04, merupakan kompromi optimal. Konsekuensi logis dari sebuah negara demokrasi adalah bahwa rumusan suatu UU yang telah diundangkan harus dilaksanakan, baik yang tadinya pro maupun yang tadinya kontra terhadap suatu isi atau pengaturan. Setelah disetujui DPR, wakil rakyat, maka rumusan suatu UU mengikat semua pihak. Sangatlah tidak layak dan tidak matang, apabila UU tersebut sudah

divonis tidak mengakomodir kepentingan kita, sebelum UU itu dilaksanakan. Kita harus belajar konsekuen dan berani menjalankan sebuah keputusan UU, meskipun ada aspirasi atau keinginan kita yang berbeda dengan yang dirumuskan UU SJSN. Boleh saja kita tidak setuju dengan isi suatu UU dan tidak ada satupun UU yang isinya 100% disetujui dan didukung oleh seluruh rakyat. Atau, jika seseorang atau sekelompok orang yakin bahwa UU SJSN itu merugikan kepentingan lebih banyak rakyat, maka ia atau mereka dapat mengajukan alternatif ke DPR untuk merevisi atau membuat UU baru. Inilah hakikat negara demokrasi.

Namun untuk menyusun UU baru atau merevisi UU SJSN sesuai kehendak sebagian orang tersebut akan memerlukan proses yang panjang sebagaimana diatur dalam UU 10/2003 tentang proses legislasi. Sementara setiap hari ribuan, mungkin jutaan, rakyat tidak mendapatkan hak atas pelayanan kesehatan. Perlu difikirkan mana yang lebih menguntungkan untuk rakyat, “menjalankan apa yang sudah diatur dalam UU SJSN atau mengubah peraturan perundangan agar keinginan membentuk badan BPJS baru di tingkat nasional atau di daerah dapat terwujud?” Sesungguhnya, benturan pemikiran dan kepentingan dapat saja terjadi karena konsep yang ada dalam UU SJSN tidak difahami sepenuhnya. Tulisan dan analisis berikut ini diharapkan dapat memberikan pemahaman bagi semua pihak agar UU SJSN dapat dijalankan. Perlu difahami bahwa UU SJSN membutuhkan perubahan dalam badan penyelenggara, perubahan dalam penjaminan oleh Pemerintah maupun pemda, perubahan dalam penjaminan oleh majikan, dan perubahan dalam penjaminan oleh rakyat. Semua pihak harus berubah. Selamat membaca dan mengupas bahasan berikut.

Tahun 2004 UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengandung program Jaminan Kesehatan Nasional ditanda-tangani Presiden. Tahun 2005, PT Askes ditugaskan untuk mengelola program yang kemudian dikenal dengan Askeskin. Program ini sesungguhnya sesuai dengan UU SJSN, bahkan sampai diuji materi oleh orang-orang yang ingin mendapat bagian mengurus dana yang dinilainya besar atau potensi besar. Tahun 2008 terjadi “ribut-ribut” tentang Askeskin yang berujung program berganti nama menjadi Jamkesmas dan dikelola gotong royong oleh Depkes dan PT Askes. Ada keinginan untuk lepas sama sekali dari PT Askes. Untuk kepentingan siapa? Masyarakat atau sebagian orang? Apakah ini kelanjutan perebutan badan penyelenggara ketika UU SJSN diuji materi? Mahkamah Konstitusi membenarkan perlunya sebuah Sistem Nasional, meskipun daerah tidak boleh dilarang mengembangkan program. Tentu harus ada koordinasi, dimana kepentingan Nasional harus diutamakan daripada kepentingan daerah apalagi seseorang yang ingin “menguasai” dana. Sesungguhnya UU SJSN telah merumuskan reformasi BPJS agar tidak dimiliki atau didominasi oleh orang-orang yang “mengurus” program dan merasa bahwa BPJS adalah miliknya. Undang-Undang SJSN mengatur agar BPJS adalah milik semua peserta, bukan milik Depkes, bukan milik Meneg BUMN, bukan milik Pemda, dan bukan pula milik swasta. Konsep ini tidak banyak difahami. Bahkan beberapa pihak di Depkes menginginkan membentuk badan baru dan mengelola sendiri Jamkesmas yang kemudian terbentur dengan UU SJSN. Di daerah ada pula yang ngotot untuk mendirikan BPJSD eksklusif, yang bertentangan dengan keputusan Mahkamah Konstitusi. Keinginan tersebut akan terhambat peraturan perundangan. Banyak pihak melihatnya “itu punya kamu, ini punya saya!”. Padahal semuanya bukan milik kamu dan bukan milik saya. Semuanya milik rakyat. Tampaknya ada kesan bahwa BPJS akan mengurus banyak uang dan karenanya banyak diperebutkan dan dibahas. Seharusnya kepentingan rakyat yang dikedepankan. Pembahasan tentang keuntungan dan kerugian apa bagi rakyat apabila BPJS itu

tunggal, ada beberapa untuk PNS, pegawai swasta, penduduk miskin, atau banyak di tiap daerah. Banyak mana jika seseorang pindah kerja dari sektor informal ke sektor formal swasta/publik? Bagaimana jika seseorang pindah dari sektor swasta ke publik? Bagaimana jika seseorang pindah tempat tinggal atau sedang bepergian di luar tempat tinggalnya kemudian jatuh sakit? Pengaturan BPJS yang mana yang menjamin kemudahan rakyat mendapat jaminan kapanpun dan dimanapun dia berada tanpa diskriminasi atau perbedaan jaminan. Itulah sebabnya perubahan badan penyelenggara menjadi **BPJS khusus yang dibentuk dengan UU menjadi penting sebagaimana diputuskan MK**. Apabila hal ini difahami bersama, Meneg BUMN tidak perlu ‘ngotot’ mempertahankan PT Persero. Depkes tidak perlu ‘ngotot’ membuat badan baru. Pemda juga tidak perlu ngotot dan sebagian orang di daerah tidak perlu ngotot mau membentuk BPJSD. Solusi bisa lebih cepat. Semua diuntungkan. Berikut ini adalah analisis untuk membuat kita konsisten dengan UU, UUD45, dan mengutamakan kepentingan rakyat, bukan kepentingan diri sekelompok orang.

## Pendahuluan

Konsep Jaminan atau Asuransi Kesehatan Nasional (JKN) pertama kali dicetuskan di Inggris pada tahun 1911<sup>12</sup> yang didasarkan pada mekanisme asuransi kesehatan sosial yang pertama kali diselenggarakan di Jerman tahun 1883.<sup>3</sup> Setelah itu banyak negara lain menyelenggarakan JKN seperti Kanada (1961)<sup>4</sup>, Taiwan (1995)<sup>5</sup>, Filipina (1997)<sup>6</sup>, dan Korea Selatan (2000)<sup>7</sup>. Setelah melakukan berbagai kajian dan kunjungan para legislatif maupun eksekutif ke berbagai negara untuk belajar tentang sistem JKN, pada tanggal

“Everyone, as a member of a society, has the right to social security”

Article 22, Universal Declaration of Human Rights, 1948

28 September 2004 UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang salah satunya berisi JKN disetujui Rapat Pleno DPR untuk diundangkan. Pada tanggal 19 Oktober 2004, Presiden Megawati mengundang UU SJSN dengan upacara khusus yang dihadiri menteri-menteri terkait dan anggota inti Tim SJSN. Penempatan UU SJSN dalam Lembaran Negara dengan upacara spesial tersebut bukan tanpa alasan. Tidak banyak pejabat publik yang mengetahui bahwa UU SJSN tersebut merupakan inti dari suatu tujuan dibentuknya Indonesia dan merupakan penjabaran pasal 34 UUD45 hasil amandemen ke-empat tahun 2002. Selain itu, Presiden Megawati yang mempunyai kepedulian tinggi terwujudnya sebuah sistem jaminan sosial secara simbolik ingin menyatakan bahwa UU SJSN merupakan kado perpisahan beliau dengan rakyat, karena pada hari itu juga beliau meninggalkan Istana.

Baru saja tiga bulan UU SJSN diundangkan, UU ini diuji materi ke Mahkamah Konstitusi karena badan penyelenggara yang ditetapkan dalam UU yang kemudian diberi nomor 40 tahun 2004 dianggap monopolistik Pemerintah. Sesungguhnya, menurut Rejda (2003)<sup>8</sup> penyelenggaraan jaminan sosial memang umumnya Monopolistik Pemerintah (Pusat atau Federal). Di Amerika yang sangat kapitalis dan anti-monopoli, penyelenggaraan sistem jaminan sosial yang diberi nama OASDHI (*old age, survivor, disability and health insurance*)—yang dimulai tahun 1935—tetap masih diselenggarakan oleh Pemerintah Federal.<sup>9</sup> Sayangnya di Indonesia tidak banyak

akademisi, pejabat publik, tokoh masyarakat, dunia usaha, politisi, maupun pengamat publik yang memahami konsep jaminan sosial dan penyelenggaraannya. Keputusan Mahkamah Konstitusi tanggal 31 Agustus 2005 tentang uji materi UU SJSN **memperkuat** UU SJSN karena keputusan MK menyatakan bahwa ke-empat BJPS sah sebagai badan penyelenggara tingkat nasional dan UU SJSN telah memenuhi amanat UUD45.<sup>10</sup> Sayangnya lagi, banyak pejabat publik yang tidak sepaham dan tidak segera menjalankan perintah UU SJSN tersebut. Kontroversi penyelenggaraan, khususnya badan penyelenggara, masih saja terus terjadi sampai akhir tahun 2008—tanpa ada perubahan penyelenggaraan jaminan sosial seperti yang diamanatkan UU SJSN dan keputusan Mahkamah Konstitusi. Perebutan badan penyelenggara, yang dinilai potensial memegang uang dalam jumlah besar, tampaknya menjadi topik paling panas. Padahal, dalam sebuah sistem jaminan sosial yang paling penting adalah bagaimana manfaat (*benefit*) jaminan sosial, dalam hal ini jaminan kesehatan, dapat diterima seluruh rakyat dengan kualitas dan kuantitas yang memadai.

Pada tanggal 26 Maret 2008, Bisnis Indonesia menurunkan tulisan Hot Bonar Sinaga, Direktur Utama PT Jamsostek dalam rubrip “Apa Kabar SJSN”, yang pada intinya berpandangan bahwa hendaknya perubahan badan hukum penyelenggara yang kini berbentuk PT Persero tidak diutak-atik. Sebagai Dirut PT Jamsostek, pandangan itu tentu saja dapat dinilai sebagai mempertahankan status quo atau takut dengan perubahan. Suara seperti itu memang muncul sebagai reaksi atas sedang disusunya RUU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang pada intinya akan status badan hukum PT Jamsostek dari PT Persero menjadi Badan Khusus. Sejak lima tahun yang lalu, serikat pekerja dan serikat pengusaha juga berkali-kali berupaya mengubah PT Jamsostek menjadi Badan Wali Amanat. Bahkan di tahun 2003, keinginan mengubah PT Jamsostek menjadi Badan Wali Amanat, suatu badan tripartit, sudah menghasilkan RUU hasil inisiatif DPR. Artinya, para anggota DPR pun sudah berpandangan yang sama. Tetapi, menagapa sampai saat ini masalah tersebut masih tetap kontroversial? Apa yang sedang terjadi?

Dalam makalah ini akan dibahas berbagai aspek tentang badan penyelenggara jaminan sosial pada umumnya dan JKN pada khususnya.

## Filosofi Penyelenggaraan Jaminan Sosial

Banyak pemikiran dan argumen yang dikemukakan dalam perdebatan tentang SJSN dan BPJS didasarkan pada pemahaman umum tentang kehidupan dan pekerjaan sehari-hari. Dalam banyak hal memang intuisi dan pengalaman hari-hari mempunyai nilai penting. Tetapi dalam banyak hal lain, pengalaman yang didasarkan pada pekerjaan sehari-hari atau di depan mata tidak tepat karena prakondisi yang sangat berbeda. Penyelenggaraan jaminan sosial merupakan salah satu mekanisme yang sering mendapat tuntutan untuk disamakan dengan penyelenggaraan bisnis lain. Hal itu dapat difahami karena di Indonesia tidak banyak yang memahami jaminan sosial dan penyelenggaraan pemerintahan sebagai salah pilih kebijakan. Pandangan yang paling sering terekam adalah keberatan atas kewajiban menjadi peserta Jamsostek, Askes, dan penyelenggaraan oleh monopoli BUMN. Banyak pejabat yang berpandangan “mengapa harus diwajibkan dan mengapa harus ke Jamsostek atau Askes”? Biarkan saja perusahaan atau penduduk memilih mau asuransi yang mana saja. Pandangan ini menunjukkan bahwa pejabat tersebut tidak memahami filosofi dan praktek jaminan sosial di berbagai negara. Ada juga argumen yang mengatakan, biarlah di negara lain diwajibkan, kita kan lain. Kan tidak perlu

sama! *No shoe fits all!*

Argumen yang disampaikan diatas bagi masyarakat awam yang tidak memahami filosofis jaminan sosial dan tidak mengetahui penyelenggaraan jaminan sosial di negara lain jelas logis. Sama halnya logis buat seorang suku tradisional di pedalaman Papua yang tidak percaya jika orang papua bisa bilang “Presiden SBY sedang terima kepala suku jam ini” karena ia tidak pernah menonton *life on television*”. Logis, untuk tingkat pengetahuannya. Sangat menyedihkan buat Indonesia, argumen diatas masih dinilai baik karena *ignorance*. Padahal Organisasi internasional seperti ILO dan WHO mendorong terselenggaranya universal coverage (ILO, 2007)<sup>11</sup> Artinya, jika saja orang-orang tersebut membaca sedikit anjuran atau dokumen organisasi internasional, mereka akan memahami bahwa semua orang punya kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Bukan berarti semua harus menggunakan satu sepatu yang sama.

Banyak juga yang tidak memahmi bahwa Indonesia jauh terbelakang dalam cakupan penduduk yang terjamin dan dalam pendanaan kesehatan. Jika dibandingkan dengan rata-rata saja, negara-negara maju rata-rata menghabiskan 7,7 PDB untuk belanja kesehatan, Indonesia jauh terbelakang. Negara menengah (*middle-income countries*) seperti Indonesia 5,8% PDB, tetapi Indonesia hanya mengeluarkan 2,5% PDB, jauh lebih rendah dari rata-rata belanja kesehatan negara miskin yang menghabiskan 4,7 PDB. Belanja publik untuk kesehatan di negara maju mencapai rata-rata 70,1 dari total belanja kesehatan. Artinya, pendanaan kesehatan lebih banyak ditanggung sektor publik, bukan tanggung-jawab masing-masing orang seperti di Indonesia. Di negara menengah belanja kesehatan publik mencapai rata-rata 61,7 dan di negara miskinpun rata-rata masih 51,7 (World Bank, 2006)<sup>12</sup>. Sementara belanja kesehatan publik Indonesia (dari APBN dan asuransi sosial seperti Askes dan Jamsostek) tidak hanya sekitar sepertiga. Padahal, di seluruh dunia, belanja kesehatan publik melebihi belanja kesehatan privat. Data WHO (2006)<sup>13</sup> menunjukkan bahwa rata-rata di seluruh dunia belanja kesehatan bersumber dana Pemerintah tahun 2006 mencapai 33%, disusul sumber asuransi sosial (juga termasuk belanja publik) 25%, asuransi privat Cuma 20%, dari kantong sendiri (*out of pocket*) 18% (bandingkan dengan di Indonesia yang mencapai 60% lebih, (World Bank, 2008)<sup>14</sup>.

Ketertinggalan Indonesia sebenarnya sudah berlangsung lebih dari tiga dekade. Akan tetapi karena kekeliruan faham banyak pejabat dan ahli Indonesia yang memahami bahwa jaminan sosial adalah program membantu rakyat miskin, meberikan sedekah/karitas, atau membantu kaum duafa yang sifatnya temporer, maka upaya sistematis untuk seluruh penduduk (cakupan universal) tidak berkembang. Program-program bagi duafa atau orang miskin bukanlah program universal. Yang dimaksud program universal adalah program jaminan sosial yang berlaku untuk semua orang, begitu kata Ekonom terkemuka Stiglitz (1999)<sup>15</sup>. Sesungguhnya UUD45 pasal 34 sudah jelas menugaskan agar negara mengembangkan jaminan sosial untuk seluruh rakyat, sejalan dengan pandangan Stiglitz, ekonom terkemuka tersebut.

Oleh karenanya dalam makalah ini dibahas prinsip dasar, filosofi, dan praktik penyelenggaraan jaminan sosial yang lazim. Setelah memahami prinsip dasar, filosofi, dan bukti-bukti penyelenggaraan di berbagai negara, diharapkan pembaca faham bahwa penyelenggaraan jaminan sosial berbeda dari faham penyelenggaraan urusan pemerintahan atau bisnis. Oleh karenanya, diperlukan kendaraan untuk penyelenggaraan jaminan sosial yang berbeda dari kendaraan untuk keperluan urusan pemerintahan, sosial, atau urusan bisnis lain.

## **Mekanisme Pasar dan Jaminan Sosial**

Sejak manusia memasuki peradaban dan memerlukan pertukaran barang (dan kemudian jasa) mekanisme pasar dengan sendirinya mulai berjalan. Sebelum mata uang dikenal, orang bertukar barang secara barter. Nilai barang tidak standar, tergantung situasi dan kondisi orang yang membutuhkan suatu barang. Orang yang sangat membutuhkan pisau berani menukar seberapa banyaknya ikan hasil tangkapannya. Mekanisme pasar adalah hukum alam yang bebas. Mekanisme pasar memungkinkan orang bebas bertukar atau tidak bertukar. Mekanisme pasar berjalan dengan dasar sukarela. Tidak ada paksaan. Mekanisme pasar sangat dipengaruhi oleh persepsi dan subyektifitas pelaku yang membutuhkan. Jika saja semua manusia memiliki kemampuan dan selera yang sama, maka mekanisme pasar akan sempurna memenuhi kebutuhan dasar setiap orang. Tetapi Tuhan menciptakan ada persamaan (dalam prinsip) dan ada perbedaan.

Awalnya, mekanisme pasar diselenggarakan oleh perorangan. Di Abad pertengahan baru dikenal penjual dan pembeli kelompok berbentuk pemerintah, organisasi keagamaan, organisasi sosial nirlaba, organisasi pencari laba, dan perusahaan atau badan usaha dalam berbagai bentuknya. Kini kita kenal ada perhimpunan keagamaan seperti Muhammadiyah dan Perdaki, ada organisasi nirlaba seperti yayasan, ada badan hukum nirlaba seperti Bank Indonesia, Pemerintah, partai politik dan yayasan, dan ada koperasi, CV, PT, dan BUMN.

### **Lahirnya Konsep Perusahaan dan Badan Penyelenggara**

Semua perorangan dan kumpulan, baik berbadan hukum maupun bersifat organisasi, maupun perusahaan bebas (suka dan rela) bertransaksi. Banyak pelaku memungkinkan terjadinya persaingan (sehat) yang meningkatkan kualitas barang/produk dan menurunkan harga barang. Mereka yang berhasil menjual atau bertransaksi besar dengan biaya termurah mendapat laba besar. Tentu saja laba menjadi haknya. Laba tersebut merupakan *reward* alamiah bagi yang berprestasi. Atas dasar kepentingan bersama, untuk mendapatkan laba, sekelompok orang bergabung (berkongsi, menaruh saham, menaruh modal uang atau lainnya) dan setuju membagi laba secara proporsional dengan besar sahamnya. Inilah bentuk perusahaan yang dikemudian diatur oleh UU No 40/2007 tentang Perseroan Terbatas, yang merupakan perubahan atas UU nomor 1/1995. Jadi, sebuah perusahaan dibentuk untuk bekerja dan berfungsi dalam mekanisme pasar dengan tujuan mendapatkan laba bagi pemegang saham. Perusahaan sama sekali tidak dibentuk untuk menjamin semua orang memenuhi kebutuhan dasar hidupnya. Dalam UU 40/2007 dirumuskan pengertian umum Perseroan pada Pasal 1 ayat 1 dan ayat 2 sebagai berikut:

Ayat (1) Perseroan Terbatas, yang selanjutnya disebut Perseroan, adalah badan hukum yang merupakan persekutuan modal, didirikan berdasarkan perjanjian, melakukan kegiatan usaha dengan modal dasar yang seluruhnya terbagi dalam saham dan memenuhi persyaratan yang ditetapkan dalam Undang-Undang ini serta peraturan pelaksanaannya. Ayat (2) Organ Perseroan adalah Rapat Umum Pemegang Saham, Direksi, dan Dewan Komisaris

Dalam UU No 19/2003 tentang BUMN pasal 1 ayat 2 dirumuskan

Perusahaan Perseroan, yang selanjutnya disebut Persero, adalah BUMN yang berbentuk perseroan terbatas yang modalnya terbagi dalam saham yang seluruh atau paling sedikit 51 % (lima puluh satu persen) sahamnya dimiliki oleh Negara Republik Indonesia yang tujuan utamanya mengejar keuntungan.

Selanjutnya dalam ayat 4 pasal yang sama dirumuskan

Perusahaan Umum, yang selanjutnya disebut Perum, adalah BUMN yang seluruh modalnya dimiliki negara dan tidak terbagi atas saham, yang bertujuan untuk kemanfaatan umum berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang bermutu tinggi dan sekaligus mengejar keuntungan berdasarkan prinsip pengelolaan perusahaan.

Jadi perusahaan adalah suatu alat atau kendaraan untuk melakukan kegiatan usaha yang tidak dibatasi ruang lingkupnya seperti halnya pasar tradisional atau *super/hypermarket*. Hanya saja, tiap perusahaan harus memilih dan menetapkan ruang lingkup usaha apa yang akan dikembangkan perusahaan tersebut, misalnya asuransi atau bank. Transaksi usaha tersebut haruslah bersifat sukarela. Tidak ada perusahaan yang bisa mengajukan gugatan hukum jika ada orang yang tidak membeli atau tidak menjadi anggota. Tiap orang punya kebebasan untuk membeli barang atau jasa yang dijual perusahaan, misalnya asuransi kesehatan. *Itulah mekanisme pasar!*. *Setiap orang bebas membeli atau tidak membeli, bebas memilih barang atau jasa yang akan dibelinya, dan bebas pula menetapkan jumlah barang atau jasa yang mau dibelinya*. Sayangnya tidak setiap orang bisa mengenali kebutuhan dirinya, khususnya dalam bidang asuransi dan kebutuhan jangka panjang lainnya. Tidak semua orang punya hati nurani untuk membantu orang yang sangat membutuhkan kebutuhan dasar, misalnya makan pakaian, atau asuransi tetapi tidak mampu membeli atau memiliki nilai tukar. Tidak ada perusahaan yang akan mengerahkan sepuh kekuatan modal dan hartanya untuk menolong orang yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya. Bukan karena tidak manusiawi, memang bukan fungsinya! Bukan tujuan/*goalnya*! Jadi jika semua hal diserahkan ke mekanisme pasar, pasti ada orang yang tidak bisa hidup layak, atau mungkin tidak hidup.

Pada awalnya mungkin adanya orang yang tidak bisa membeli kebutuhan dan tidak bisa hidup layak dianggap biasa. Belakangan hal itu secara sosial dinilai tidak adil (*socially injustice*, tidak berkeadilan sosial). Setelah budaya manusia makin berkembang (salah satunya dipengaruhi agama), tidak ada masyarakat madani (*civilized*, berbudaya) yang menerima ketidakadilan sosial. Dalam kata lain, mekanisme pasar gagal (*market failure*) memenuhi keadilan sosial. Tidak semua manusia mampu memenuhi kebutuhan dasarnya setiap saat. Kadang ia mampu kadang ia tidak mampu. Pasang surut kehidupan merupakan hukum alam. Ada musim panen, ada musim paceklik. Ada saat lapar, ada saat kenyang. Ada yang bodoh, ada yang pintar. Ada yang kaya dan ada yang miskin. Ada yang miskin lalu kaya dan ada yang kaya lalu miskin. Itulah siklus kehidupan.

Secara rasional orang harus menabung ketika ada (kaya) dan menggunakan tabungan ketika tiada (miskin). “Ada jangan dimakan, ketika tiada baru dimakan”, begitu kata pepatah. Menyimpan makanan ketika panen dan memakannya ketika paceklik. Orang harus menabung ketika sehat dan menggunakan tabungan ketika sakit. Tetapi manusia bersifat *short sighted*, berfikiran pendek. Tuhan ciptakan sebagian besar manusia berfikir jangka pendek. Ketika panen, foya-foya. Itulah sebabnya di seluruh dunia, ada perayaan, ritual, sajian, dll ketika panen. Ketika paceklik, mereka berhutang untuk memenuhi kebutuhan dasar. Karena mekanisme pasar berbasis suka rela, berbasis kebebasan, dan ada manusia yang serakah, maka di masa paceklik ada yang mengambil kesempatan. Ada tukang kredit, ada tengkulak, ada pengijon, ada rentenir, dan sebagainya. Sebagian besar orang yang memang diciptakan berpikiran pendek akan terus ikut gelombang pasang surut kehidupan. Karena ada manusia yang serakah dan suka melihat yang lain menderita, maka ada orang yang selalu dalam keadaan susah, berada di siklus bawah terus. Maka sebagian besar orang tidak akan bisa hidup sejahtera, kecuali ada mekanisme atau

kekuatan lain yang menjamin, baik oleh pemerintah maupun oleh lembaga semi pemerintah. Mekanisme sukarela, domain mekanisme swasta atau mekanisme pasar, tidak bisa mengatasi masalah tersebut.

Karena mekanisme sukarela gagal, maka mekanisme wajib harus mengambil alih. Disinilah masuk peran agama dan pemerintah menjadi kunci dalam kehidupan manusia di dunia. Karena hanya Tuhan dan pemerintah yang bisa mewajibkan. Sayangnya, kewajiban oleh Tuhan di dunia tidak bisa dilaksanakan sepenuhnya kecuali atau pemerintah atau sebuah masyarakat yang mampu dan sah mengeksekusi mereka yang tidak melaksanakan kewajiban. Kewajiban oleh pemerintah dapat dieksekusi oleh pemerintah sendiri. Maka pemerintah di seluruh dunia mewajibkan rakyatnya membayar pajak, dalam berbagai bentuknya. Tidak ada negara yang bisa berfungsi tanpa adanya pajak. Tidak ada pajak yang ditarik pemerintah secara sukarela atau sesuai mekanisme pasar, karena pajak bersifat wajib, bersifat memaksa. Karena mekanisme pasar yang sukarela gagal memenuhi keadilan sosial.

Begitu pula perkembangan sistem asuransi. Awalnya asuransi bersifat sukarela dengan mekanisme transfer risiko (yang merupakan mekanisme gotong royong) dari seseorang orang ke sekumpulan orang, dari keadaan ada ke keadaan tidak ada, dari yang muda kepada yang tua. Sayangnya, tidak semua orang bisa dan mampu membeli asuransi. Tidak semua orang bisa menabung. Maka banyak orang yang berjaya ketika muda, menderita ketika tua. Pada periode semua bertani maupun nelayan, tidak ada masalah. Semua kebutuhan dapat dipenuhi dari hasil alam. Itulah sebabnya bisnis asuransi tidak berjalan di masyarakat tradisional yang menggantungkan kehidupannya kepada alam. Alamlah yang berfungsi sebagai penjamin atau asuradur. Tetapi di kehidupan modern, semua orang menggunakan uang sebagai nilai tukar barang maupun jasa atau tenaga. Orang tidak bisa mengandalkan asuradur alamiah. Orang harus beli asuransi jika mau punya jaminan ketika sakit, cacat, atau pensiun. Tetapi, tidak semua orang bisa membeli asuransi atau bisa menabung sampai akhir hayatnya. Mekanisme pasar gagal memenuhi kebutuhan dasar setiap orang (*market failure*). Pasar tidak akan pernah bisa menyediakan jaminan untuk semua orang.

Bukti autentik dalam bidang asuransi kesehatan dapat dipelajari dari sistem asuransi kesehatan di Amerika, satu-satunya negara maju yang tidak semua penduduknya memiliki asuransi atau jaminan kesehatan. *Alone among the Developed Nations*, begitu judul Epilog Derickson (2005)<sup>16</sup> dalam bukunya *Health Security for All: Dream of Universal Health Care in America*. Sangat memalukan! Tetapi banyak orang Indonesia yang tidak memahami dan ingin mencontoh keadaan di Amerika. Amerika menghabiskan lebih dari USD 2 Triliun<sup>3</sup>, tetapi hampir 47 juta orang Amerika tidak punya asuransi kesehatan (Obama, 2008)<sup>17</sup>. Rata-rata belanja kesehatan Amerika adalah USD 7.000 per orang per tahun, jauh diatas belanja negara maju lain seperti Eropa, Jepang, dan Australia yang tidak mencapai separuhnya. Mengapa demikian? Karena banyak orang Amerika yang kapitalis dan egois dan menggagalkan rencana asuransi kesehatan bagi semua penduduk Amerika. Mereka begitu memuja kekuatan pasar dan beranggapan hanya kekuatan pasar yang bisa memenuhi kebutuhan semua orang dengan dasar kebebasan memilih. Padahal, berbagai literatur ekonomi telah membuktikan bahwa pelayanan kesehatan (*health care*) bukanlah komoditas pasar biasa. Tidak bisa dilepas ke mekanisme pasar. Maka upaya penyelenggaraan AKN berkali-kali mengalami kegagalan di tingkat Kongres

---

<sup>3</sup> Jumlah itu senilai lebih dari Rp 22.000 Triliun, lebih dari *dua puluh kali* APBN Indonesia 2008 yang hampir mencapai Rp 1.000 Triliun.

dan atau Senat Amerika. Lobi politik dan bisnis selalu mengalahkan kepentingan rakyat Amerika. Terakhir, upaya President Clinton dengan *Health Security America* juga kandas diujung (HSA, 1993)<sup>18</sup>. Padahal, Amerika telah memulai bisnis asuransi kesehatan sejak pertengahan abad ke 19, lebih dari 150 tahun yang lalu. Tetap tidak bisa mewujudkan keadilan sosial, tidak bisa mewujudkan cakupan semesta (*universal health coverage*). Upaya mewujudkan AKN sudah dicetuskan sejak 1910 ketika President T Roosevelt menyatakan komitmennya terhadap National Health Insurance (NHI) (Boychuk, 2008)<sup>19</sup> Tampaknya, tekanan biaya dan ketidak-adilan makin memperkuat dorongan menuju cakupan universal. Rick Mayes (2004)<sup>20</sup> di masa Presiden Bush masih pesimis bahwa Amerika bisa memiliki AKN. Kini Obama mencoba mengajukan lagi konsep AKN/NHI yang bertumpu pada fondasi sistem pasar yang rapuh. Kita tunggu saja dalam beberapa tahun ke depan.

Mekanisme penangkal kegagalan pasar pertama adalah agama dan kemudian Pemerintahan. Agama melarang dan mengancam sangsi (di akhirat). Tetapi, banyak orang tidak bisa diyakini dengan ancaman akhirat, karena gaib—tidak terlihat. Bukan berarti agama gagal, tetapi agama memberi sangsi dan hukuman setelah manusia mati. Agama harus didasar iman yang tidak bisa diukur oleh manusia. Oleh karenanya, hukum agama tidak selalu efektif untuk mengatur kehidupan manusia di akhirat. Agama bisa efektif, jika seluruh sistem di suatu negara berlaku atas dasar agama yang sama. Tetapi di jaman modern, hal itu sulit. Bahkan di jaman Nabi Muhammad, hukum Islam mentolerir keberadaan non-muslim dan memberikan kebebasan non-muslim menyelenggarakan ajaran agamanya.

Mekanisme kedua yang menangkal kegagalan pasar adalah upaya-upaya sebuah pemerintahan dalam menjamin dan melindungi rakyatnya terhadap keadilan sosial dan risiko soisal-ekonomi. Pemerintah mengatur dan memberi sangsi atau hukuman yang kasat mata. Pelaku pasar yang tidak memenuhi aturan pemerintahan mendapat hukuman denda atau kurungan. Penimbunan bahan untuk menaikkan harga dapat dihukum. Larangan agama dan larangan hukum pemerintahan mempunyai banyak kesamaan, cara hukuman berbeda. Maka banyak pemerintah mengatur larangan menimbun, mengatur tarif, mengenakan pajak berbeda, dan menyuplai barang kebutuhan dasar jika pasar tidak berfungsi. Pemerintah juga dapat memberi subsidi harga suatu produk suwasta, seperti BBM dan pupuk, untuk membuat harga terjangkau. Hampir di semua negara maju pemerintah menyediakan layanan kesehatan dan pendidikan tanpa bayaran. Itu semua contoh intervensi pemerintah karena mekanisme pasar gagal memenuhi keadilan dan kesejahteraan sosial. Hanya saja, layanan langsung pemerintah umumnya dinilai kurang mampu memberikan layanan berkualitas menurut persepsi masyarakat kelas menengah keatas. Layanan yang disediakan pemerintah seringkali juga dinilai tidak efisien dan korup karena tidak ada insentif bagi pegawai negeri untuk memberikan layanan yang terbaik bagi rakyat.

Maka muncul alternatif ketiga dimana pemerintah tetap menjamin kebutuhan dasar yang non diskriminatif, untuk semua lapisan penduduk. Pendekatan *normative right* menjadi tulang punggung. Pendanaan layanan ditunjang sepenuhnya dari pendapatan negara, baik dari yang bersumber pendapatan pajak maupun pendapatan bukan pajak (PNBP). Pemerintah menyediakan layanan pendidikan dan kesehatan, bukan jualan atau mengikuti pasar, tetapi pihak swasta diberi kesempatan untuk menyediakan dengan harga yang tetap dikendalikan pemerintah. Penyediaan layanan dasar pendidikan dan kesehatan oleh swasta bertujuan untuk memenuhi sebagian permintaan kelas menengah atas yang mempunyai keinginan untuk membayar. Kelas menengah atas ini tetap mempunyai hak normatif akan tetapi bersedia tidak menggunakan haknya. Dengan

sistem campuran tersebut, maka tujuan sosial keadilan sosial tetap terjamin tetapi keinginan kelas menengah keatas yang bersedia membayar sebagian atau seluruh biaya pengadaan jasa tetap terbuka. Di negara maju seperti di Eropa Barat, negara persemakmuran seperti Malaysia, Srilanka, Kanda dan negara Muangtai menggunakan contoh sistem campuran yang berhasil menjamin keadilan sosial.

Tetapi, tidak semua produk atau jasa dapat disediakan secara baik dengan mekanisme campuran tersebut. Atau layanan normatif pemerintah tetap saja dituntut agar efisien dan berkualitas seperti yang disediakan swasta dalam mekanisme pasar. Dalam mekanisme pasar, biaya produksi dapat efisien dan hasil produksi dapat berkualitas karena ada persaingan dan insentif finansial pelaku berupa laba. Dalam layanan publik oleh pegawai negeri, pegawai menerima gaji tanpa atau sedikit insentif finansial atas kualitas layanannya. Karena umumnya pegawai negeri dimanapun mendapat gaji tetap. Maka dicari alternatif lain berupa pemberian otonomi khusus kepada unit layanan pemerintah tertentu untuk berespons terhadap permintaan kelas menengah atas dengan tetap menjamin hak normatif seluruh rakyat. Pemberian otonomi khusus ini bertujuan untuk mengatasi masalah kegagalan layanan pemerintah langsung oleh birokrasi pegawai negara yang umumnya tidak efisien atau korup. Sekolah, perguruan tinggi dan rumah sakit diberikan keleluasaan mengelola dana hibah (*block grant*) pemerintah. Tetapi semua dana tetap ditanggung pemerintah. Model ini diterapkan misalnya di Malaysia, Muangtai dan di negara-negara Eropa Barat. Konsep model otonomi khusus ini dengan modifikasi kewenangan “menjual” jasa yang bagi sebagian produknya diterapkan di Indonesia dalam konsep “Badan” Layanan Umum” BLU atau dulu dengan Pertamina, Telekom, dan PLN sebelum dilepas menjadi PT Persero. Produk jasa atau barang yang dinilai merupakan kepentingan umum (publik) sering mendapat perlakuan seperti itu.

Evolusi selanjutnya adalah pemisahan sepenuhnya unit layanan publik dengan memberikan kewenangan lebih luas untuk mengatur rumah tangga unit layanan. Disinilah konsep BUMN dikembangkan. Unit layanan jasa atau barang yang dinilai mempunyai nilai startegis kesejahteraan rakyat dilepas sepenuhnya menjadi sebuah badan hukum terpisah. Peran pemerintah hanya sebagai pemilik. Penyelenggaraan sepenuhnya diserahkan kepada pengurus BUMN. Tujuannya adalah agar terjadi efisiensi, peningkatan kualitas layanan, dan rendahnya tingkat korupsi. Namun demikian, karena pihak Komisaris yang mewakili pemerintah seringkali juga tidak merasa memiliki modal, maka efektifitas dan efisiensi BUMN seringkali tidak sesuai harapan atau tidak sanggup bersaing dengan perusahaan swasta. Perusahaan yang sejak awal dikembangkan oleh pemilik modal secara bertahap berkembang, memiliki kendali yang kuat oleh pemilik modal. Mental pemilik dan pelaku berkembang menjadi mental korporat yang responsif terhadap tuntutan klien atau pelanggan, efisien, dan berselera tinggi terhadap kualitas untuk bersaing. Tetapi bentuk korporat pelat merah, begitu BUMN sering dijuluki, seringkali dinilai tidak banyak berbeda dengan layanan publik. Kita bisa saksikan keluhan rakyat yang muncul setiap hari dalam layanan BBM, telekomunikasi, perbangkan, penerbangan, angkutan darat, angkutan laut, dan masih banyak lagi. Hal itu terjadi karena pelaku di BUMN umumnya diawali dari pelaku publik birokrat yang dipindahkan atau ditugaskan untuk mengelola BUMN. Di Indonesia, karena mentalitas birokrat belum sepenuhnya berubah menjadi mentalitas korporat. Baru setelah BUMN dipaksa lagi untuk bersaing lebih ketat, misalnya dengan banyaknya bank swasta, perusahaan telepon swasta, angkutan swasta, dll, maka sebagian BUMN dapat menyediakan layanan yang kompetitif dalam harga dan mutu produk. Akan tetapi, sebagian besar BUMN masih berkinerja tidak seperti harapan teoritis. Mentalitas birokrat masih tetap melekat kuat.

Di Indonesia, atas dasar harapan dan pola pikir BUMN, layanan jaminan sosial dikelola secara khusus oleh BUMN. Undang-undang Nomor 2/1992 tentang Asuransi mengharuskan seluruh program asuransi sosial dikelola oleh BUMN. Undang-undang Nomor 3/1992 juga mengharuskan pengelolaan jaminan sosial oleh BUMN. Penyelenggaraan asuransi kesehatan pegawai negeri juga dikelola oleh BUMN, meskipun awalnya tanpa didasari UU, yakni dengan Peraturan Pemerintah nomor 69/1991 dan PP nomor 6/1992 menugaskan sebuah BUMN (PT Askes) untuk mengelola askes pegawai negeri. Hal itu dapat dinilai sebagai “kemajuan” atau terobosan besar Indonesia karena di negara lain penyelenggaraan jaminan sosial tidak dikelola oleh badan seperti BUMN di Indonesia. Tetapi hal itu dapat juga dinilai sebagai “keajaiban” dunia dalam arti negatif karena tidak sesuai dengan tujuan, filosofi, jenis produk dan struktur manajemen BUMN. Akibatnya, penyelenggaraan jaminan sosial tidak berjalan sesuai harapan. Di masa lalu, BUMN-BUMN penyelenggara jaminan sosial (PT ASABRI, PT AsKes Indonesia, PT JAMSOSTEK, dan PT TASPEN) diperlakukan sama dengan BUMN yang lain yang bergerak dalam bidang bukan jaminan sosial. Akibatnya, tujuan jaminan sosial yaitu memaksimalkan manfaat atau perlindungan terhadap peserta tidak tercapai. ***Kinerja BUMN jaminan sosial diukur dengan indikator finansial layaknya perusahaan.*** Padahal tujuan jaminan sosial BUKAN untuk menjadikan pemegang saham mendapatkan laba. Jaminan sosial ada program kewajiban negara, sementara produk yang pantas di-BUMN-kan adalah produk privat yang bukan hak normatif rakyat dan bukan kewajiban negara.

Maka terjadilah ketimpangan seperti yang diklaim para pimpinan BUMN. Para pimpinan BUMN jaminan sosial menilai layanan mereka sudah baik. Sayangnya, indikator yang digunakan adalah indikator yang tidak tepat, yaitu finansial, karena sifat layanannya yang sangat berbeda. Sebagai suatu kewajiban negara, yang harus dijalankan oleh pemerintah yang dalam pelaksanaannya didelegasikan kepada BUMN, seharusnya *indikatornya adalah seberapa jauh rakyat, anggota, mendapat proteksi yang memadai dan puas peserta dilayani.*

Apa indikator yang menunjukkan bahwa penyelenggaraan yang selama ini dikelola oleh sebuah badan BUMN, PT Persero, berjalan baik? Ditinjau dari perspektif kepesertaan, program Jamsostek tidak bisa dikatakan berhasil. Coba saja kaji, jumlah pekerja yang aktif menjadi peserta Jamsostek hanya sekitar 7,7 juta orang. Padahal, jumlah pekerja di sektor formal mencapai 36 juta orang (ILO, 2008)<sup>21</sup>. Artinya, hanya seperempat pekerja di sektor formal, yang memiliki kontrak tertulis hubungan kerja, yang aktif menjadi peserta Jamsostek. Padahal, di Filipina dan Muangthai, selama kurun waktu yang sama, seluruh pekerja di sektor formal menjadi peserta aktif, mengiur dengan rutin. Program Jaminan Kesehatan lebih parah lagi. Sampai saat ini, setelah 15 tahun berjalan, hanya 1,3 juta pekerja yang terdaftar di PT Jamsostek. Kurang dari 5% pekerja di sektor formal. Apakah itu yang dikatakan selama ini pengelolaan Jaminan Sosial sudah berjalan baik? Apa artinya? Kegagalan PT Jamsostek atau kenakalan pemberi kerja yang tidak mendaftarkan pekerjanya?

Jika hal itu dianggap kenakalan pemberi kerja, mengapa? Ada ketidakpercayaan atas manajemen dan pelayanan yang diberikan oleh Jamsostek. Ada ketidak-terbukaan pengelolaan Jamsostek. Memang manajemen sebuah PT tidak harus terbuka kepada kliennya. Rancangan PT (Perseroan Terbatas) hanya terbuka kepada pemegang saham dimana pemegang saham mayoritas punya hak veto. Tidak perlu terbuka klien. Rancangan PT tidak memiliki anggota/peserta (atau rakyat dalam bentuk sebuah rancangan pemerintahan). Rancangan badan hukum lain yang memiliki anggota/peserta adalah perkumpulan atau partai politik. Rancangan PT adalah rancangan kepemilikan eksklusif yang cocok untuk proses dagang, jual-beli yang bersifat sukarela.

Sementara pungutan iuran Jamsostek bersifat wajib, bukan dagang. Jelas PT Persero bukan kendaraan yang cocok untuk mengelola Jaminan Sosial. Di Dunia tidak ada dana jaminan sosial yang dikelola macam itu. Itulah sebabnya, sejak lima tahun lalu, serikat pekerja, serikat pemberi kerja, bahkan anggota DPR sudah menuntut perubahan PT Jamsostek menjadi Badan Wali Amanat. Mengapa? Ada ketidakpercayaan atas manajemen PT Jamsostek yang sangat kurang melibatkan pemilik dana, yaitu pekerja. Pemberi kerja juga tidak bisa ikut menentukan kemana dana mereka, yang kini mencapai Rp 60 Triliun harus ditanamkan. Lebih cilaka lagi, karena sebelumnya dikelola oleh PT Persero, yang cari untung dan menyetorkan dividen dan pajak penghasilan badan ke Pemerintah, maka sampai tahun 2008 tidak kurang dari Rp 6 triliun (*present value*) dana hasil pengembangan iuran yang masuk ke kocek Pemerintah. Jumlah itu merupakan *welfare loss* bagi peserta. Artinya, dana sebesar itu seharusnya masuk ke kocek peserta yang mengiur dan memiliki dana, bukan ke kocek pemerintah yang tidak jelas digunakan oleh siapa.

Mengapa hal itu terjadi? Karena struktur PT Persero memang mengharuskan Direksi patuh pada tuntutan pemilik modal, bukan kepada klien. Peserta Jamsostek, Askes, Taspen, atau ASABRI bukanlah klien. Mereka adalah pemilik dana yang jauh lebih berhak menentukan kemana dana ditanamkan dan kemana hasilnya dibagikan. Bukan pemerintah atau yang didelegasikan (Komisaris dan Direksi) yang hanya diberi amanat untuk mengelola dana (Dana Amanat, dalam istilah UU SJSN). Dalam UU lama memang tidak dikenal Dana Amanat. Sehingga iuran wajib yang diterima PT Askes misalnya dibukukan sebagai penerimaan PT Askes, sebagai mana layaknya penerimaan perusahaan asuransi yang kerja keras untuk menjual produknya. Seharusnya dana iuran wajib diperlakukan sebagai dana amanat peserta (pegawai negeri) untuk digunakan secara maksimal memproteksi pegawai negeri dan keluarganya jika mereka sakit. Inilah salah satu esensi besar reformasi jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan, yang diinginkan UU SJSN. Mengubah struktur dana dan kendaraan yang digunakan dalam mengelola dana tersebut.

Sayangnya, tidak banyak pejabat, intelektual, politisi, dan tokoh masyarakat yang memahami berbagai aspek jaminan sosial dan yang diadopsi oleh UU SJSN. Pendidikan di perguruan tinggi di Indonesia juga jarang sekali membahas secara mendalam berbagai program jaminan sosial. Indonesia telah lama melakukan salah terap prinsip jaminan sosial dengan instrumen pasar (BUMN) sebagai penyelenggara. Kekeliruan yang masuk dalam UU Asuransi dan UU Jamsostek sangat sulit diubah karena pola pikir (*mind set*) pejabat terkait yang tidak mudah menerima perubahan. Namun demikian, UU SJSN telah memerintahkan koreksi atas kekeliruan menggunakan alat/instrumen pasar untuk penyelenggaraan jaminan sosial. Meskipun UU SJSN sudah berlalu lebih dari empat tahun, tampaknya pejabat publik terkait masih belum bergerak, yang mungkin terkait ketidak-tahuan, arogansi jabatan, takut kehilangan kedudukan, atau alasan lain.

Bagaimanapun, penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia merupakan malapetaka (keajabian bersifat negatif) yang harus segera diubah. Badan Penyelenggara yang sesuai adalah suatu Badan Hukum khusus, yang dibentuk khusus dengan suatu UU BPJS atau perubahan UU SJSN yang menambahkan bentuk badan hukum dan mekanisme kerja BPJS. Badan hukum ini terpisah kekayaan maupun manajemennya dari kekayaan dan manajemen pemerintahan (pusat maupun daerah) untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan program publik (jaminan sosial/AKN) untuk seluruh rakyat. Pelajaran dari berbagai negara menunjukkan bahwa memang semakin banyak negara yang memisahkan pengelolaan jaminan sosial (termasuk JKN)

dengan membentuk Badan Publik Nirlaba, yang berbeda dengan perusahaan BUMN atau perusahaan *go public*. Sayang, di Indonesia bentuk badan hukum publik khusus pengelola jaminan sosial belum banyak dikenal. Diperlukan orang kuat yang memahami dan menghayati konsep BPJS agar jaminan sosial/AKN dapat menjadi tulang punggung kesejahteraan dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

## Syarat Penting Badan Penyelenggara (Prinsip dalam UU SJSN)

Sistem Jaminan Sosial Nasional seperti yang tertuang dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, diselenggarakan berdasarkan pada prinsip-prinsip yang sangat berbeda dengan prinsip pasar. Prinsip-prinsip tersebut dirumuskan dalam UU SJSN berdasarkan kajian akademik yang mendalam dengan mengambil pelajaran dari praktik (*best practices*) di negara lain.

**Prinsip Kegotong Royongan.** Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu, yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi, dan yang sehat membantu yang sakit. Mekanisme pasar, yang didasari transaksi sukarela dan pilihan (*free choices*) tiap orang, tidak mungkin mewujudkan kegotong-royongan. Secara alamiah, pasar bersifat egois-individualistis. Maka transaksi jaminan sosial haruslah bersifat **memaksa atau wajib**, sama dengan transaksi **pajak penghasilan**. Melalui prinsip kegotong royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Hanya dengan prinsip ini, cakupan universal dapat dicapai. Sifat transaksi yang wajib ini membawa konsekuensi penyelenggaraan yang **tidak sama** dengan penyelenggaraan urusan bisnis biasa. Prinsip ini merupakan dasar dari perbedaan penyelenggaraan urusan bisnis atau urusan pemerintahan lain.

**Prinsip Nirlaba.** Untuk Indonesia istilah nirlaba masih banyak disalah-tafsirkan. Sering ditafsirkan sebagai tidak boleh ada surplus. Salah besar. Yang lebih tepat adalah *bukan untuk memberi keuntungan kepada sebagian orang*. Dalam bahasa Inggris disebut *not for profit*. Bukan *no-profit*. Prinsip ini adalah **konsekuensi transaksi wajib**. Dalam transaksi sukarela (mekanisme pasar), keuntungan bagi sebagian orang merupakan persyaratan untuk tercapainya mekanisme pasar yang menghasilkan produk bermutu dan harga bersaing. Dalam UU SJSN, dana yang terkumpul dari transaksi wajib disebut Dana Amanat yang akan digunakan di masa depan dengan tujuan utama memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta, bukan memberi keuntungan kepada badan penyelenggara. Oleh karenanya, indikator kinerja bukan laba sebagaimana indikator perusahaan yang harus selalu diumumkan (paling tidak kepada pemegang saham) setiap tahun. Dalam konsep jaminan sosial, selain akumulasi iuran, hasil investasi iuran juga merupakan Dana Amanat. Hasil investasi tidak boleh dibukukan sebagai pendapatan badan, sebagaimana bank membukukan hasil bunga dana pihak ketiga sebagai pendapatan bank. Dana Amanat mempunyai ciri yang mirip dana APBN, kecuali bahwa dana tersebut harus diinvestasi dan jasa bunga atau hasil pengembangan menjadi bagian dari Dana Amanat. Dana APBN tidak boleh diinvestasikan oleh penyelenggara pemerintahan atau pengguna kuasa anggaran. Dana Amanat yang belum digunakan, karena menunggu peserta pensiun atau sakit, justeru harus diinvestasikan agar dana tersebut mempunyai manfaat maksimal bagi peserta. Itulah sebabnya, penyelenggaraan jaminan sosial secara hukum dipisahkan dari penyelenggaraan pemerintahan, agar terjadi fleksibilitas pengelolaan dana.

### **Prinsip Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektifitas.**

Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan dari hasil pengembangannya. Prinsip ini juga merupakan konsekuensi dari transaksi wajib. Jika semua orang wajib mengiur (kecuali dalam keadaan tidak mampu absolut), maka segala kebijakan, penggunaan uang, investasi, harus dilakukan secara terbuka. Mirip dengan penyelenggaraan pemerintahan yang baik. Hal ini sangat berbeda dengan usaha dagang, yang karena bertujuan mencari laba bagi pemegang saham atau pemilik modal, pembeli tidak perlu tahu seluk-beluk operasi perusahaan atau lembaga usaha tersebut. Sah saja, jika pengelola usaha tidak memberi tahu biaya operasional, belanja barang, bahkan jumlah transaksi dalam suatu periode, kecuali untuk urusan pajak. Dana Amanat harus dikelola sangat hati-hati oleh badan penyelenggara, karena dana tersebut **bukan** pendapatan badan penyelenggara. Di dalam perbankan disebut dana pihak ketiga. Tetapi hasil bunga dapat dibukukan sebagai pendapat bank, sebagai dasar perhitungan laba. Dalam penyelenggaraan jaminan sosial, dana yang diperoleh dari transaksi wajib merupakan Dana Amanat yang investasinya juga tidak boleh dilakukan sekehendak direksi badan penyelenggara. Prinsip kehati-hatian (*prudentiality*) harus menjadi dasar utama. Investasi harus lebih mengedepankan *security* dana daripada imbal hasil (*yield*). Prinsip ini mendasari perlunya perubahan badan penyelenggara yang kini dikelola oleh kendaraan keliru BUMN, karena prinsip-prinsip tersebut tidak menjadi dasar pengaturan BUMN.

**Prinsip Portabilitas.** Prinsip ini berlaku bagi jaminan, manfaat (*benefit*) jasa keuangan (jaminan uang, atau layanan yang dibebankan dari Aana Amanat) yang menjadi hak peserta. Portabel artinya selalu dibawa, selalu mengikuti peserta. Karena prinsipnya peserta harus selalu aman (*security*) kapan dan dimanapun dia berada di dalam yurisdiksi Indonesia. Jaminan Sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan sampai peserta meninggal dunia. Peserta yang berpindah pekerjaan atau berpindah tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia harus selalu menerima manfaat ketika risiko yang menjadi *triger*, syarat penerimaan manfaat, terjadi. Ketika orang sakit, maka sakit adalah *triger* untuk mendapatkan hak jaminan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Bertambah majunya pertumbuhan ekonomi, lebih lancarnya transportasi di Nusantara, dan meluasnya usaha-usaha pemerintah maupun sektor swasta di seluruh Nusantara menyebabkan penduduk akan lebih sering berpindah-pindah. Untuk menjamin kesinambungan jaminan, dimanapun penduduk berada di Tanah Air, maka prinsip ini menuntut penyelenggaraan jaminan sosial di tingkat nasional. Prinsip ini pula yang diterapkan banyak negara di dunia. Atas dasar prinsip ini pula, Mahkamah Konstitusi menetapkan bahwa penyelenggaraan eksklusif oleh Pemda bertentangan dengan UUD45 (MK, 2005). Karena jika penyelenggaraan jaminan sosial eksklusif suatu daerah, ketiak seorang peserta pindah ke daerah lain, besar kemungkinan untuk suatu waktu tertentu hak atas jaminan akan terputus.

Penyelenggaraan  
Jaminan Sosial  
eksklusif oleh Pemda  
bertentangan dengan  
UUD45 (Keputusan  
MK 2005)

**Prinsip kepesertaan yang bersifat wajib.** Seperti dibahas di muka, hal ini merupakan persyaratan agar seluruh rakyat Indonesia menjadi peserta, walaupun dalam penerapannya tetap menyesuaikan dan mempertimbangkan kemampuan ekonomi rakyat

dan Pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Kewajiban menjadi peserta dimulai dari pekerja pada sektor formal karena secara teknis pengumpulan iuran mudah dilakukan dengan mewajibkan pemberi kerja (majikan) memungut iuran. Baru di kemudian hari pekerja pada sektor informal yang dapat menjadi peserta secara sukarela. Banyak orang salah faham ini dengan menyatakan bahwa justeru jumlah pekerja sektor informal lebih banyak, seharusnya dimulai dari sektor informasi. Pentahapan wajib iur bukan didasarkan jumlah penduduk yang banyak, tetapi didasarkan pada aspek teknis pengumpulan iuran. Memang akan timbul masalah sementara, sebelum semua terjamin, yang menimbulkan kesenjangan jaminan. Hal ini merupakan kenyataan yang tidak bisa dibantah. Sama halnya kita ingin seluruh rakyat hidup dalam keadilan dan kemakmuran, tetapi kita harus terima kenyataan tidak mungkin sekaligus seluruh rakyat akan hidup adil-makmur setelah Proklamasi Kemerdekaan dikumandangkan. Tidak ada satu negarapun didunia yang pernah menyulap seluruh rakyat memiliki jaminan sosial dalam semalam.

**Prinsip Dana Amanat.** Prinsip ini telah dibahas di muka.

”Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.” Kalimat dalam Pasal 4 UU SJSN ini merupakan rumusan optimal untuk menjelaskan apa yang dimaksud nirlaba, yang tidak difahami banyak bangsa Indonesia. Dalam penjelasan dirumuskan dengan kalimat ”*bahwa hasil berupa dividen dari para pemegang saham dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial*”. Kalimat yang tercantum dalam penjelasan UU SJSN ini digunakan oleh kantor Meneg BUMN sebagai dasar (justifikasi) bahwa UU SJSN menghendaki badan penyelenggara adalah BUMN. Alasannya ada kata dividen yang merupakan indikasi bahwa badan penyelenggara haruslah Perseroan. Memang harus diakui bahwa kalimat tersebut merupakan kelemahan atau keterbasan pembuat UU SJSN dalam merumuskan pemahaman prinsip nirlaba dalam pengelolaan Dana Amanat. Sehingga timbul multitafsir. Sebagai orang yang mengikuti proses pembuatan UU SJSN, penulis memahami benar situasi perumusan yang sangat alot karena konsep nirlaba (*not for profit*) tidak difahami kebanyakan orang Indonesia. Akhirnya dirumuskan dengan mengambil kasus nyata yang sudah berlaku, yaitu bahwa ke-empat BUMN yang akan diperluas tugasnya (ASABRI, Askes, Jamsostek, dan TASPEN) nantinya tidak lagi menyetor dividen ke Pemerintah sebagai pemegang saham. Karena sebelum UU SJSN disetujui DPR, ke-empat BUMN itu sudah menyetorkan triliunan rupiah ke kas Pemerintah dalam bentuk dividen dan pajak penghasilan badan (PPh Pasal 23). Pencantuman kata ”dividen” bukanlah dimaksudnya sebagai *indefier* bahwa BPJS nantinya adalah perusahaan Persero (BUMN). Sangat naif untuk menyatakan bahwa dividen adalah ciri dari perseroan. Perseroan memang membagi dividen, tetapi dividen bukan ciri suatu perseroan. Sama halnya ciri umum daun berwarna hijau, tetapi adanya warna hijau bukan *idetifier* daun, warna hijau tidak menunjukkan suatu benda adalah daun.

## **BPJS sebagai Badan Hukum Khusus versus BUMN Khusus**

Mandegnya penyelenggaraan UU SJSN sehingga kini mulai terbentuk pergerakan jaminan kesehatan yang tidak mengarah kepada suatu program Nasional sangat dipengaruhi oleh bentuk dan kinerja badan penyelenggara yang ada. Hambatan terbesar adalah resistensi dari

Kantor Meneg BUMN untuk mengubah ke-empat BUMN penyelenggara jaminan sosial menjadi Badan Hukum Khusus. Menteri Negera Kementerian BUMN secara pribadi menyatakan ketidaksetujuannya dengan UU SJSN. Sesungguhnya, seorang pejabat negara seharusnya melaksanakan amanat sebuah UU, terlepas sikap pribadi setuju atau tidak setuju. Sebab, begitu sebuah UU dicantumkan dalam lembaran negara, semua warga negara harus menjalankannya. Sayangnya di Indonesia masih banyak pejabat dan orang yang tidak konsekuen dengan peraturan perundangan dan bekerja sesuai pemahaman dirinya. Ketidaksetujuan kantor Meneg BUMN dan penundaan penyelenggaraan SJSN sesuai pasal 52, agar badan penyelenggara menyesuaikan diri, dikemas dengan argumen hukum yang menyatakan bahwa BPJS seharusnya merupakan BUMN Khusus.

Pandangan tentang BPJS adalah BUMN Khusus sesungguhnya sudah diajukan oleh Lambock Nahattan, Deputy Sekneg Bidang Hukum, ketika konsepsi BPJS dirumuskan. Alasannya, Indonesia belum memiliki dasar hukum yang mengatur sebuah badan hukum selain Perseroan dan Yayasan. Konsep pembentukan badan hukum khusus dianggap tidak jelas dan tidak memungkinkan. Sebelumnya, para tokoh jaminan sosial Sulastomo, almarhum Indra Hattari, dan almarhum Sentanoe telah membuat konsep penyatuan seluruh badan penyelenggara menjadi satu Badan atau Lembaga Nasional. Memang di Amerika, seluruh penyelenggaraan dikelola oleh suatu badan di tingkat Federal, Social Security Administration. Di Inggris, penyelenggaraan jaminan sosial dikelola oleh satu Departemen of Social Security. Pengelolaan suatu badan secara nasional memang memungkinkan efisiensi, menjamin keadilan yang maksimal, menjamin portabilitas lintas daerah, lintas sektor pekerjaan, dan lintas waktu, serta memberikan identitas nasional. Tetapi, karena riwayat penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia telah dipecah-pecah dengan empat BUMN, maka ide penyatuan mendapat hambatan besar. Bahkan, Ahmad Subianto, Dirut Taspen ketika itu mengirimkan surat ke beberapa Menteri terkait seperti Sekretaris Negara, Keuangan dan Tim SJSN serta menyampaikan pandangannya kemana-mana yang menyatakan bahwa Taspen bukan penyelenggara jaminan sosial. Meskipun Taspen ketika itu menjabat Ketua Asosiasi Jaminan Sosial Indonesia bersama-sama Askes, Jamsostek, ASABRI, dan Jasa Raharja.

Lambannya penyelesaian RUU SJSN ketika disusun tahun 2002-2003 disebabkan karena alotnya pembahasan tentang badan penyelenggara. Akhirnya Presiden Megawati menugaskan Menko Kesra untuk menyelesaikan dengan melakukan beberapa kali pendekatan. Karena ketidakrelaan penggabungan, Yakob Nuwawea, Menteri Tenaga Kerja ketika itu juga sempat mengancam jika Jamsostek akan dilebur atau diambil alih. Jusuf Kalla mengambil kompromi dengan menyatakan mengubah status keempat badan penyelenggara tetapi tidak perlu penyatuan. Targetnya pada tahap awal membuat ke-empat badan penyelenggara bekerja pada sistem (*platform*) yang sama. Jika memang dirasakan perlu, kelak baru disatukan. Tetapi pemahaman bahwa keempat BUMN akan dilebur telah tertanam dalam di banyak benak para pegawai, pengusaha, tenaga kerja, dan bahkan akademisi. Pihak-pihak yang tidak setuju perubahan menghembuskan angin ketakutan dengan menyatakan bahwa jika keempat BUMN dilebur akan terjadi PHK, Pemerintah harus bayar pesangon yang besar sekali, uang jaminan sosial yang ada di Jamsostek akan hilang, pegawai negeri akan kehilangan pensiun, dan banyak lagi.

Ketika UU SJSN dibahas di DPR, debat berkepanjangan tentang badan penyelenggara juga terjadi. Banyak pihak yang menilai kinerja keempat BUMN yang tidak memuaskan karena secara struktural bentuk BUMN tidak cocok. Sebagai BUMN, memang direksi dituntut mencari keuntungan untuk pemegang saham yang menimbulkan distorsi upaya BUMN itu sendiri. Sementara konsep jaminan sosial bukanlah untuk kepentingan pemegang saham, tetapi

kepentingan seluruh peserta, yang ketika itu terbatas pada PNS dan sebagian pegawai swasta, yang oleh Amendemen UUD45 tahun 2002 dituntut untuk diperluas kepada seluruh rakyat. Di pihak lain, para penyelenggara, pejabat yang mendukung dan beberapa anggota DPR yang juga mendukung status quo menolak perubahan badan penyelenggara. Mereka berpandangan bahwa penyelenggaraan yang sekarang sudah baik, mengapa harus diubah? Karena alotnya pembahasan, maka pasal 5 dan pasal 52 UU SJSN yang mengatur badan penyelenggara dirumuskan paling akhir dengan keinginan mengubah BUMN menjadi badan khusus yang tidak terlalu jelas. Dalam Pasal 5 ayat 1 hanya disebutkan bahwa “*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang*”. Sedangkan dalam Pasal 1 ayat 6 didefinisikan BPJS sebagai “*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial*”. Lebih lanjut dalam Pasal 52 ayat 2 keempat BUMN yang kini menyelenggarakan jaminan sosial diperintahkan untuk menyesuaikan diri dengan UU SJSN paling lambat lima tahun.

Kalimat-kalimat yang mengatur badan penyelenggara memang dirumuskan dengan tidak tegas dan sesungguhnya mengembalikan kepada Pemerintah untuk lebih lanjut mengubah BUMN menjadi suatu badan khusus. Akan tetapi, karena alotnya perdebatan dan keterbatasan waktu, (UU SJSN disetujui Pleno terakhir DPR periode 1999-2004 dan ditanda-tangani Presiden Megawati pada hari terakhir beliau di Istana), maka rumusan rinci tidak dirumuskan dengan jelas. Sayangnya, Kabinet Indonesia Bersatu juga tidak memiliki keinginan kuat untuk segera menuntaskan perubahan yang diminta UUD45. Bahkan ada anggota Kabinet yang tidak setuju UU SJSN, ada yang merasa kecolongan dengan UU SJSN, dan ada yang tidak berkomentar tetapi tidak menjalankannya juga. Selain ketidak-sepakatan mengenai isi, yang juga banyak penafsiran, aspek badan penyelenggara merupakan ganjalan terberat. Beberapa pihak di badan penyelenggara juga takut akan perubahan dan meniupkan angin ancaman bagi karyawan BUMN terkait, jika perubahan terjadi. Sementara itu, Depkes dan banyak pihak di daerah menginginkan agar program jaminan kesehatan dikelola oleh orang-orangnya sendiri, tidak mau menyerahkan kepada Askes atau Jamsostek sebagai mana diatur UU SJSN. Sebagian daerah sudah menjalankan program jaminan kesehatan di daerahnya kepada Askes.

Disisi lain, kinerja dan keterbukaan ke-empat BUMN yang ditugasi untuk memperluas jaminan sosial kepada seluruh rakyat banyak diragukan pejabat publik, pengusaha, akademisi, dan masyarakat. Banyak penilaian yang mengaitkan penyelenggaraan sekarang yang tidak baik sebagai alasan untuk tidak menggunakan Askes dalam jaminan kesehatan. Persepsi bahwa peserta Askes PNS dilayani setengah hati, banyak obat tidak digunakan, banyak pejabat eselon tinggi yang tidak menggunakan, pembayaran ke RS yang terlalu kecil, dan berbagai tuduhan ataupun argumen dikemukakan untuk mendiskreditkan Askes. Begitu juga untuk program pegawai swasta, banyak ungkapan yang mendiskreditkan Jamsostek. Semua itu bersifat subyektif dan sesungguhnya temporer. Perumus UU SJSN telah melakukan kajian yang komprehensif tentang kinerja BUMN tersebut yang pada akhirnya disimpulkan bahwa ketidak-terbukaan manajemen (karena memang sebagai PT tidak bisa transparan seperti harapan banyak pihak) dan tuntutan laba, pajak, dan berbagai aturan lain yang melekat sebagai penyebab. Itulah sebabnya UU SJSN mengubah penyelenggaraan jaminan sosial dengan mengatur prinsip-prinsip dan menghendaki perubahan badan hukum. Sayangnya, citra buruk dan pemburuan serta sikap mempertahankan status quo oleh pihak-pihak terkait masih menjadi ganjalan besar penerapan perubahan yang diamanatkan UU SJSN.

Untuk membuka diskusi dan pemahaman persamaan dan perbedaan konsep BPJS sebagai

badan hukum khusus dan BUMN di bawah ini disajikan beberapa aspek menurut peraturan yang berlaku. Perlu diketahui bahwa keinginan Kementerian Negara BUMN dan pihak-pihak yang berpandangan bahwa BPJS berbentuk BUMN Khusus tidak mempunyai landasan hukum. Undang-Undang 19/2003 tentang BUMN tidak mengatur adanya BUMN khusus yang nirlaba. Yang ada adalah Perusahaan Umum yang tetap bertujuan mengelola usaha dagang barang atau jasa sebagaimana dirumuskan dalam Pasal 1 ayat 4 sebagai berikut:

“Perusahaan Umum, yang selanjutnya disebut Perum, adalah BUMN yang seluruh modalnya dimiliki negara dan tidak terbagi atas saham, yang bertujuan untuk kemanfaatan umum berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang bermutu tinggi dan sekaligus mengejar keuntungan berdasarkan prinsip pengelolaan perusahaan.”

Tabel Perbandingan antara BPJS dan BUMN menurut UU yang berlaku

Aspek	UU SJSN	UU Perseroan/BUMN
Rujukan dalam UUD45	Pasal 34 ayat 2, Jaminan sosial untuk seluruh rakyat	Pasal 33 (Mengingat: UU 19/2003)
Filosofi	Pungutan wajib (sumber dana) dan bantuan iuran/bantuan sosial (belanja negara) yang merupakan bagian Sistem Kesejahteraan Nasional	Badan Usaha Milik Negara pelaku kegiatan ekonomi (usaha sukarela) yang merupakan bagian dari Sistem Perekonomian Nasional (Menimbang:UU19/03)
Kendaraan (bentuk badan hukum)	BPJS sebagai badan hukum yang <b><u>dibentuk dengan Undang-Undang</u></b> bertujuan utama memaksimalkan kesejahteraan rakyat (langsung) dan <u>menyelenggarakan SJSN</u> yang merupakan <b><u>program Negara</u></b> sebagai pelaksanaan <b><u>amanat Pasal 28H ayat (1), (2), dan (3), serta Pasal 34 ayat (1) dan (2) UUD 1945.</u></b>  Sebagai program Negara, modal kerja tidak terbagi atas saham-saham, seperti halnya Badan Hukum Pemerintah atau Bank Indonesia yang tidak memiliki pemegang saham	BUMN (Persero) berbentuk <b><u>Perseroan Terbatas</u></b> yang modalnya terbagi dalam saham seluruh atau 51% sahamnya dimiliki Negara RI yang <b><u>tujuan utamanya mencari laba</u></b> (tidak langsung berujung kesejahteraan). Dalam UU40/2007 dijelaskan bahwa Persero adalah badan hukum yang merupakan <b><u>persekutuan modal, didirikan berdasarkan perjanjian melakukan kegiatan usaha dengan modal dasar yang seluruhnya terbagi dalam saham</u></b>
Maksud dan Tujuan	(Pasal 3) memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak bagi seluruh rakyat (dimulai dari peserta yang membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh Pemerintah)	(Pasal 2 ayat 1) memberikan <u>sumbangan</u> bagi perkembangan perekonomian nasional pada umumnya dan <u>penerimaan negara</u> pada khususnya;  b. mengejar keuntungan;  c. menyelenggarakan kemanfaatan umum berupa <u>penyediaan barang</u>

Aspek	UU SJSN	UU Perseroan/BUMN
		<p>dan/atau jasa yang bermutu tinggi dan memadai bagi pemenuhan hajat hidup orang banyak;</p> <p>d. menjadi perintis kegiatan-kegiatan usaha yang belum dapat dilaksanakan oleh sektor swasta dan koperasi;</p> <p>e. turut aktif memberikan bimbingan dan bantuan kepada pengusaha golongan ekonomi lemah, koperasi, dan masyarakat.</p>

Aspek	UU SJSN	UU Perseroan/BUMN
Modal, kekayaan, dana yang dikelola	BPJS mengelola dana jaminan sosial ( <b>Aana Amanat</b> milik seluruh peserta yang merupakan himpunan <b><u>IURAN WAJIB (=Pajak Khusus)</u></b> , beserta hasil pengembangannya)	modal BUMN dari kekayaan negara yang dipisahkan dan <u>penyertaan modal</u> negara dari APBN, kapitalisasi cadangan, dan sumber lain dari <b>USAHA DAGANG</b>
Pendirian/Pembentukan Badan Hukum	(Pasal 5 ayat 1) BPJS <b>harus dibentuk dengan UU</b> (seperti Bank Indonesia dan Lembaga Pembiayaan Ekspor Indonesia).  UUD45 Pasal 23A mengharuskan pungutan wajib (pajak, SJSN, dll) diatur dengan UU	BUMN Persero <u>diusulkan oleh Menteri kepada Presiden</u> setelah dikaji Menteri Teknis dan Menteri Keuangan. Perseroan Terbatas <u>didirikan dengan Akte Notaris oleh 2 (dua) orang/badan hukum atau lebih</u> dan kemudian mendapat pengesahan Menteri Hukum dan HAM

Dalam banyak pertemuan, pejabat Meneg BUMN dan Komisaris Utama PT (Persero) Jamsostek mempertahankan keinginannya agar keempat BPJS tetap berbadan hukum BUMN dengan argumen bahwa Badan Hukum PT merupakan badan hukum yang telah teruji kinerjanya. Heran sekali, atas pandangan “buruk muka cermin dibelah” yang merasa diri sendiri (BUMN) sebagai berkinerja baik. Faktanya lebih dari dua pertiga BUMN mempunyai kinerja yang lebih jelek dari banyak PT milik swasta dalam bidangnya. Kinerja PT (Persero) bank tidak lebih baik dari bank-bank swasta dan karenanya tuntutan untuk privatisasi agar BUMN bisa lebih baik tidak bisa dihindari. Kinerja BUMN asuransi juga tidak mampu bersaing dengan Asuransi swasta penuh. Yang lebih memalukan lagi adalah argumen bahwa badan hukum PT telah teruji kemampuannya dalam bidang manajemen. Padahal, ribuan perusahaan (PT) bangkrut akibat berkinerja buruk setiap tahunnya. Dalam krisis ekonomi dunia, bahkan kini kita saksikan perusahaan besar seperti Ford dan General Motor di Amerika terancam bangkrut jika tidak dibantu pendanaan (*bailout*) dari Pemerintah Amerika. Di Indonesia, ketika krisis banyak bank mengalami bangkrut jika tidak ada BLBI yang menjadi skandal. Disisi lain, belum pernah terjadi suatu badan penyelenggara jaminan sosial koporat bangkrut. Aneh, ada yang menyatakan diri ahli dalam BUMN tidak bisa mengenali hal itu. Bentuk badan hukum Perusahaan bukan jaminan kualitas. Sebaliknya, badan hukum bukan PT yang dibentuk khusus untuk tujuan khusus seperti Bank Indonesia, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, LPEI, dan badan-badan serupa di luar negeri tidak pernah bangkrut. Umumnya memang pandangan pejabat publik, yang sedang berada pada posisi yang merasa terancam dengan UU SJSN, sangat sempit sehingga tampak benar argumen yang mempertahankan status quo, di *comport zone* bagi dirinya.

Sesungguhnya yang menentukan kinerja suatu badan hukum (Pemerintahan, Bank Sentral, DPR, BPJS, atau yayasan sekalipun) adalah aturan main (peraturan perundangan, anggaran dasar/anggaran rumah tangga, standar prosedur, dll) dari badan hukum itu dan manusia yang mengurus badan hukum itu (Pengawas, Pembina, Komisaris, Direksi, Pimpinan, dsb). *The persons behind the gun!* Tidak jadi masalah apakah badan hukum tersebut berbentuk organisasi

(partai politik), PT, atau badan hukum khusus.

## **Keterbukaan/Transparansi**

Aspek transparansi merupakan aspek terpenting yang harus dimiliki BPJS dan tidak dimiliki oleh badan hukum BUMN karena sifatnya yang sama dengan PT yang dimiliki pemegang saham. Dalam konsep PT, penyumbang dana pendapatan atau pihak ketiga (dalam bank dan asuransi) tidak terikat dan tidak wajib menjadi klien, nasabah, atau pembeli. Semakin banyak dana yang masuk ke badan hukum PT, semakin baik kinerja direksi. Oleh karenanya wajar jika direksi mendapat tantiem atau bonus, karena kinerjanya. Jumlah dana yang masuk dan kendali dana keluar (biaya operasional) tidak perlu diketahui oleh nasabah, pembeli, klien, atau pemegang polis. Tetapi, jumlah dana bahkan rencana operasional harus diketahui pemegang saham. Oleh karenanya, keterbukaan dalam PT terbatas kepada pemegang saham.

Dalam JKN/SJSN, BPJS HANYA menerima uang masuk dari IURAN WAJIB dan hasil pengembangannya. Prestasi direksi hanya dari efisiensi penyelenggaraan dan tingginya hasil pengembangan, itupun diatur ketat. Direksi tidak akan memiliki kebebasan penuh dalam mengatur investasi dana yang terkumpul. Dimanapun di dunia, dana jaminan sosial hanya bisa diinvestasikan dalam portofolio terbatas. Umumnya, sebagian besar (lebih dari 90%) hanya boleh diinvestasi dalam portofolio yang aman (meskipun imbal hasil, *yield*,nya lebih kecil) seperti deposito dan obligasi. Portofolio investasi dalam saham, valuta asing, atau properti akan sangat dibatasi karena risiko fluktuasi yang tinggi. Begitu juga dana premi asuransi komersial diatur ketat.

Dengan struktur pemasukan dana yang tidak banyak berbeda dengan penerimaan pajak, dan pengelolaan Dana Amanat yang bukan milik pemegang saham, maka transparansi dalam BPJS harus sangat berbeda dari transparansi dan akuntabilitas sebuah badan hukum PT. Dalam konsep BPJS, semua peserta sesungguhnya menjadi pemilik dana, mirip konsep asuransi Usaha Bersama (Mutual). Bedanya hanya pada sifat transaksi. Dalam asuransi komersial yang dikelola badan hukum Usaha Bersama (seperti asuransi Bumi Putera di Indonesia) transaksi (menjadi pemegang polis atau peserta asuransi) bersifat sukarela. Dalam jaminan sosial, transaksi (membayar iuran wajib oleh perorangan, majikan atau pemerintah) bersifat wajib. Badan hukum BPJS tidak memiliki saham mayoritas seperti dalam PT. Semua peserta sesungguhnya adalah pemilik atau pemegang saham BPJS. Oleh karenanya, semua keputusan strategis harus disetujui pemilik (peserta) melalui sistem perwakilan yang dipercaya. Hal ini dikenal di negara maju dengan *board of trustees*, atau di Indonesia dikenal dengan Wali Amanat. Tetapi Wali Amanat pun tidak boleh memutuskan atau menyetujui tindakan direksi atas dasar kepentingan dirinya. Sifat Wali Amanat berarti setiap anggota Wali Amanat (seperti anggota DJSN) HARUS mengambil keputusan atau persetujuan atas dasar MANFAAT TERBESAR bagi peserta. Maka keterbukaan harus maksimal. Itulah sebabnya, badan hukum BUMN pun tidak memadai. Kecuali, jika UU BUMN diubah sehingga ada satu BUMN Khusus yang dibentuk dengan UU dan memiliki ciri yang sesuai dengan amanat UU SJSN. Saat ini, dalam UU BUMN tidak ada aturan BUMN khusus itu. Maka pilihannya adalah melakukan amandemen UU SJSN atau UU BUMN. Barulah syarat transparansi yang sesuai dengan karakter Dana Amanat dan SJSN dapat terpenuhi.

## Penyatuan BPJS

Penyatuan BPJS menjadi isu yang sensitif dan menimbulkan resistensi oleh sebagian direksi dan karyawan BUMN yang kini mengelola asuransi/jaminan sosial. Meskipun UU SJSN sesungguhnya tidak menuntut penyatuan keempat BUMN menjadi satu BPJS, tetapi isu penyatuan terus ditiupkan oleh orang yang mempertahankan status quo agar semakin banyak resistensi dan simpati orang yang tidak memahami. Memang awalnya, dalam RUU SJSN sepuluh versi pertama, dikehendaki penggabungan seperti yang telah dibahas dimuka. Akan tetapi, kini tidak lagi. Inilah salah satu aspek politis yang menjadi ganjalan penyelenggaraan SJSN sesuai UU sekarang ini. Penundaan penyelenggaraan, yang menyebabkan semakin banyak *welfare loss* bagi peserta, akan semakin merugikan peserta dan semakin menyulitkan Indonesia bersaing dengan negara lain. Beberapa menteri dan pejabat publik pun ikut termakan isu dan menyatakan sikap kira-kira “suatu yang sudah jalan tidak perlu dikutak-katik”. Mereka hanya mendengar keluhan atau lobi sebagian pejabat yang pro status quo, tanpa memahami sesungguhnya penyelenggaraan sekarang ini oleh keempat BUMN calon BPJS banyak sekali memiliki kelemahan bagi kepentingan peserta. Mungkin memang ke-empat BUMN itu berjalan baik, bagi kepentingan pejabat publik terkait. Padahal sebuah BPJS haruslah berbuat yang terbaik untuk kepentingan peserta/rakyat, karena peserta/rakyatlah yang memiliki Dana Amanat yang mereka kelola. Perlu sosialisasi luas dan penguatan faham serta sikap peserta dan kelompok peserta seperti serikat pekerja, KORPRI, dan lain-lain, agar tekanan publik untuk *good corporate management* dalam pengelolaan jaminan sosial dapat terselenggara.

Memang, seperti dinyatakan para ahli (Shieber, 2007), penyatuan dan *pooling* nasional akan meningkatkan kinerja penyelenggaraan. Penyatuan dari beberapa atau banyak badan penyelenggara jaminan sosial telah dilakukan di Filipina, Taiwan, dan Korea. Di Taiwan dan Filipina, badan penyelenggara jaminan kesehatan yang mengurus pegawai negeri dan yang mengurus pegawai swasta yang tadinya terpisah, digabungkan di tahun 1995 dan 1997. Bedanya, di Filipina badan penyelenggara jaminan kesehatan pegawai negeri (GSS) dan pegawai swasta (SSS) digabung menjadi PhilHealth Corporation. Di Taiwan, penggabungan dikelola oleh organ pemerintah di Departemen Kesehatan Taiwan yang otonom (semacam BLU di Indonesia) dengan nama *Bureau of National Health Insurance (BNHI)*. Di Korea badan penyelenggara yang tadinya terpecah-pecah menurut kelompok pekerja dan daerah yang berjumlah lebih dari 300 buah disatukan menjadi *Health Insurance Corporation of Korea*, yang merupakan suatu badan hukum korporat yang dikecualikan dari peraturan privat (peraturan PT) dengan satu UU tersendiri. Semua corporations tersebut, bukanlah PT atau BUMN, tetapi suatu badan hukum korporat yang nirlaba yang khusus dibentuk dan diatur dengan UU sesuai dengan karakter Dana Amanat dan program jaminan sosial. Di negeri tersebut, juga terjadi sedikit riak kegelisahan pegawai dan pejabat publik, akan tetapi transformasi dan penyatuan badan penyelenggara ternyata tidak parah seperti yang terjadi di Indonesia. Di Amerika, jaminan sosial memang dikelola oleh Organ Pemerintah Social Security Administration di tingkat Federal dan di Inggris jaminan sosial dikelola oleh Department of Social Security juga di tingkat Federal.

Di Indonesia reformasi jaminan sosial dan transformasi BPJS menjadi ajang politik, yang tidak memiliki indikator keberhasilan yang objektif. Semua argumen dan ukuran yang dijadikan bahan perdebatan bersifat subyektif dan keberpihakan kepada kepentingan pejabat publik atau yang ingin menguasai badan penyelenggara. Dalam usia demokrasi yang masih seumur jagung, memang sulit meyakinkan semua pihak. Akan tetapi, hal itu bukan tidak mungkin. Hanya saja,

perubahan menuju penyelenggaraan jaminan sosial yang benar memerlukan waktu lebih panjang.

### **Beberapa Bantahan**

#### **No shoes fits all!**

Banyak konsultan yang datang ke Indonesia mengkritisi program Jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan, yang diselenggarakan secara nasional oleh satu badan penyelenggara sebagai tidak rasional. Tidak ada satu sepatu yang sesuai/cocok untuk semua! *No shoes fits all!* Ya. Betul tidak ada satu pasang sepatu yang pas untuk semua orang. Tetapi semua orang perlu sepatu!!

Analog dengan itu, JKN bukanlah sebuah sistem yang menjamin semua orang dengan pelayanan yang sama! Karena penyakit setiap orang berbeda-beda. Tetapi setiap orang harus terjamin mendapat layanan kesehatan yang dibutuhkan. Semua orang perlu jaminan. Sama halnya semua orang perlu sepatu. Ukuran dan modelnya bisa beda-beda. Seperti halnya penyakit orang yang berbeda-beda. Orang mengkritik JKN *single payer*, satu nama badan penyelenggara secara nasional, dengan argumen *no shoes fit all* berarti ia tidak memahami esensi sepatu dan tidak memahami konsep JKN. Sangat mungkin ia juga tidak pernah dengar tentang adanya satu sistem AKN di negara lain.

#### **Tiap Daerah Punya Keunikan**

Terhadap argumen yang menyatakan bahwa satu sistem JKN nasional tidak realistis karena tiap daerah memiliki keunikan sendiri. Argumen ini tampaknya sekedar mengambil contoh dari beragamnya budaya daerah. Sistem JKN bukan budaya, JKN adalah sistem jaminan sosial yang berlaku universal, bukan hanya di tanah air. Di Seluruh dunia, sistem jaminan sosial berlaku untuk seluruh penduduk. Memang, rincian manfaat, besaran iuran, sistem administrasi, dan berbagai peraturan lain mempunyai perbedaan. Tetapi, prinsip dasarnya sama. Sumber dana dari iuran wajib yang pengelolaannya dipisahkan dari anggaran negara yang lain. Yang diatur dan diberikan adalah uangnya, bukan layanan kesehatan yang memang bisa berbeda kualitas, jumlah, maupun kuantitasnya. Yang diatur oleh suatu JKN atau jaminan sosial adalah penjaminan agar dana tersedia. Jadi urusannya adalah urusan dana, urusan uang, bukan urusan layanan atau selera yang berbeda-beda.

Jika urusan uang, bukankah kita punya satu mata uang? Bukankah di dunia mata uang dolar berlaku di hampir seluruh dunia. Kita menggunakan mata uang yang sama untuk membeli barang atau jasa yang menjadi kebutuhan kita. Hanya saja dalam JKN uang yang disediakan dalam JKN secara eksplisit dinyatakan hanya untuk keperluan dasar kesehatan yang layak, yang dikenal dengan nama manfaat jaminan (*benefits*). Banyak orang perlu belajar lebih banyak untuk membedakan uang dan layanan, membedakan mana yang berlaku universal dan mana yang unik tiap daerah, tiap keluarga, dan tiap orang. Tuhan telah menciptakan segala sesuatu dari yang berlaku universal di seluruh dunia, misalnya mata uang, siang-malam, karbohidrat, dan yang berlaku unik/spesifik sesuai selera perorangan, keluarga, kelompok/komunitas, dan suatu bangsa. Jika suatu bank atau suatu perusahaan asuransi multi nasional punya daerah operasi di seluruh dunia, mengapa sulit sekali menerima ada satu badan (yang bukan usaha komersial) mengurus suatu program wajib?

Lalu, apakah Pemda tidak boleh membentuk BPJSD? Tidak ada larangan. Sejak awal UU SJSN tidak pernah melarang adanya BPJSD. Yang diatur UU SJSN adalah program Nasional yang mengatur jaminan dasar yang layak untuk SELURUH rakyat. Perintah seluruh rakyat

merupakan perintah UUD45 pasal 34 ayat 2. Diatas jaminan dasar bisa saja Pemda menambah program jaminan. Itulah sebabnya kata-kata yang digunakan dalam UU 32/2004 dalam pasal 22 Pemda wajib “mengembangkan sistem jaminan sosial”. Kata mengembangkan berbeda dengan kewajiban pemda dalam pasal yang sama “menyediakan fasilitas kesehatan”. Jelas pengaturan UU 32/2004 tidak bertentangan dengan UU SJSN. Kata jaminan sosial dalam UU 32/04 tidak dirumuskan dan karenanya tidak bisa seseorang menggunakan defisini jaminan sosial dalam UU 40/04 untuk menafsirkan arti jaminan sosial dalam UU32/04. Jika hal ini dipaksakan, sama halnya menggunakan “istri tetangga” untuk menghasilkan “anak sendiri”. Tidak sah. Lalu bagaimana pembagiannya? Keputusan Mahkamah Konstitusi menyatakan bahwa Pemda “boleh”, bukan amar atau perintah, hanya boleh untuk menjalankan haknya, jika dipandang perlu. Karenanya sifatnya additif atau suplemental ataupun komplementer.

**BPJSD dapat dibentuk untuk program komplemen atau suplemen**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di tingkat Nasional menjamin program dasar yang setara untuk seluruh rakyat, yang merupakan kebutuhan dasar minimum layak. Dalam bidang kesehatan jaminan tersebut telah disepakati merupakan jaminan layanan kesehatan perorangan komprehensif. Pemerintah daerah maupun swasta dapat membentuk BPJSD/S yang memberikan jaminan yang bersifat komplemen (yang tidak dijamin program nasional) maupun yang bersifat suplemen (menambah manfaat atau kualitas manfaat) yang dijamin program nasional. Dengan cara ini, terjadi win-win dalam perebutan kepentingan tetapi rakyat mendapat jaminan yang paling optimal. Jika seseorang murni berjuang untuk kepentingan rakyat, bukan dirinya, tidak ada alasan untuk menolak konsep jaminan sosial secara nasional yang setara dan adil untuk seluruh rakyat Indonesia dan pemda ataupun swasta menyediakan program jaminan tambahan atau komplemen yang sifatnya menambah kesejahteraan rakyat di daerahnya, diatas standar nasional. Tetapi, jika ia memperebutkan penyelenggaraan yang dikiranya milik orang lain, maka ia akan mengatakan “program nasional” tidak realistis, banyak masalah, tidak baik, tidak adil, dan sebagainya.

Ada solusi untuk keinginannya berperan, yaitu membuat program Nasional di daerah otonomi dan pimpinan atau manajer BPJS Nasional di kantor daerah dipersaingkan secara kompetitif. Baik pegawai Askes/Jamsostek maupun pegawai pemda, pegawai swasta, atau bahkan pekerja mandiri yang *fit* dan *proper* dapat diangkat jadi kepala atau manajer. Hanya saja, karena BPJS bukan organ Pemerintah dan bukan organ pemda, maka mereka yang pegawai negeri yang terpilih (selektif) harus keluar dari PNS/Tentara/Polisi. Hal ini analog dengan jabatan walikota atau bupati yang tunggal tetapi dipilih (elektif) yang terbanyak. Untuk program jaminan sosial, karena bukan jabatan politis tetapi jabatan teknis, maka pemilihannya bukan elektif, tetapi selektif berdasarkan kompetensi. Jika seseorang patut, kompeten dan layak, jadikan ia pimpinan atau manajer di BPJS di kantor Pusat maupun kantor Daerah. Dalam perusahaan swasta, misalnya perusahaan farmasi, praktik pengangkatan manajer dan direksi secara terbuka seperti itu sudah biasa. Dengan cara itu, maka manajemen akan baik.

### **Negara kita besar, tidak seperti Korea**

Memang Indonesia tidak sama dengan Korea, Indonesia merdeka dua hari lebih lambat dari Korea dan luas negara serta jumlah penduduk tidak sebanyak Indonesia. Akan tetapi, apakah

tidak ada kesamaan? Bukankah uang sebagai alat tukar sudah menjadi alat yang universal. Ya, tetapi ini kan lain, ada urusan administrasi. Negara kita luas dan berpulau-pulau. Tidak mungkin mengurusnya dari pusat.

Ya, benar, jika yang dimaksud satu orang mengurus dari pusat. Tetapi manajemen yang benar bukan begitu. Ada pembagian urusan kerja. Yang dimaksud satu sistem nasional bukan berarti satu orang atau satu direksi secara nasional mengurus semuanya. Ada kantor regional, ada kantor cabang, ada kantor pembantu cabang. Kantor-kantor tersebut melakukan tugas dengan standar yang sama, tetapi ada fleksibilitas. Bukankah kita memiliki kartu kredit Visa atau Mastercard yang berlaku di seluruh dunia? Kemanapun kita pergi di dunia, kartu Visa atau Mastercard kita berlaku. Dunia berpuluh-puluh kali lebih besar dari Indonesia. Apa bedanya dengan kartu JKN yang berlaku di seluruh Indonesia? Dengan kartu JKN, setiap penduduk dapat mengunjungi semua fasilitas kesehatan yang memasang logo JKN (menerima peserta JKN). Cukup serahkan kartu elektronik JKN penduduk dapat dilayani. Dengan pembayaran yang secara ekonomi layak, fasilitas kesehatan swasta juga dapat diakses. Setelah peserta dilayani sesuai kebutuhan medisnya, fasilitas kesehatan menagihnya ke BPJS. Tidak mungkin?

Ketika teknologi komunikasi dan teknologi informasi belum berkembang seperti sekarang, dan seluruh administrasi kepesertaan, penagihan, dll dilakukan secara manual, memang penyelenggaraan satu sistem tidak mungkin. Dua puluh tahun lalu, tidak mungkin. Tetapi kini teknologi telah memudahkan kita mengurus administrasi sedunia. Mereka yang belum yakin sebaiknya mempelajari atau melihat sendiri bagaimana Korea Selatan, Taiwan dan bahkan Muangtai yang tidak jauh berbeda dengan Indonesia menyelenggarakan sistem nasional dengan kartu peserta elektronik yang berlaku nasional. Dengan teknologi tersebut, seperti halnya kartu kredit, pembayaran ke fasilitas kesehatan dapat dilakukan *online* sehingga tidak ada keterlambatan. Memang negara mereka dan penduduk mereka lebih kecil, tetapi hal itu tidak banyak berbeda dalam hal teknologi komunikasi dan informasi. Hanya sekedar penambahan kapasitas mesin.

### **Mengapa harus BPJS Nasional**

Setelah bekerja lebih dari tiga tahun, Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada akhirnya berhasil merampungkan UU SJSN yang telah diundangkan dengan upacara khusus oleh Presiden Megawati pada tanggal 19 Oktober 2004. Penanda-tanganan UU SJSN yang sesungguhnya disetujui rapat Pleno DPR pada tanggal 28 September 2004 satu hari sebelum Megawati meninggalkan Istana Kepresidenan, dengan mengundang Menteri-Menteri dan anggota Tim SJSN, secara simbolik mempunyai arti pentingnya UU SJSN di mata Presiden. Dengan kata lain, Presiden Megawati mengatakan bahwa “inilah hasil karya yang bisa kuwariskan” untuk mensejahterakan rakyat. Memang UU SJSN, jika telah dilaksanakan, akan memberikan jaminan/asuransi kesehatan dan empat program jaminan lain, termasuk jaminan pensiun, bagi seluruh rakyat Indonesia sesuai amanat UUD 45. Komitmen Presiden Megawati, tampaknya juga menjadi komitmen Presiden Susilo Bambang Yudoyono yang melalui Menteri Kesehatannya, Siti Fadillah Supari, telah mengambil langkah yang tidak diduga sebelumnya yaitu mengasuransikan 36 juta lebih penduduk miskin melalui Askes.

Terlepas dari apakah secara prosedur dan karakteristik penugasan penjaminan penduduk miskin melalui Askes betul-betul sesuai dengan UU SJSN, secara substansial sesungguhnya penjaminan tersebut memang sejalan dengan pemikiran dan jiwa UU SJSN, yaitu memulai jaminan sosial dengan jaminan kesehatan, dimana iuran untuk penduduk miskin dan tidak

mampu dibayar oleh pemerintah sebagai bentuk bantuan iuran. Memang benar, ada beberapa karakteristik prosedur kecil yang belum sesuai benar dengan UU SJSN. Akan tetapi, mereka yang memahami pentingnya jaminan kesehatan bagi penduduk, menuju cakupan universal, akan dengan mudah memahami dan mendukung niat mulia kabinet SBY tersebut. Penduduk miskin, tidak ayal lagi, akan terbebas dari belenggu kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Namun demikian, pada tanggal 1 Februari 2005, UU SJSN digugat sebagai bertentangan dengan UUD 1945, justeru akibat terbitnya surat keputusan Menteri Kesehatan yang menjamin penduduk miskin melalui Askes.

### DUDUK PERKARA

Tentu ada pihak-pihak yang bertanya-tanya, mengapa UU SJSN yang begitu mulia isinya, yang mempersiapkan nasib 220 juta lebih bangsa Indonesia untuk hidup lebih aman dari risiko sosial ekonomi dan lebih sejahtera diuji materi ke Mahkamah Konstitusi (MK)? Uji materi akhir yang diajukan ke MK adalah bahwa UU SJSN, yang digunakan sebagai pertimbangan dalam keputusan Menkes, digugat sebagai memberikan hak monopoli dan menutup hak daerah untuk mengembangkan jaminan sosial karena pada pasal 5 ayat 3 UU SJSN menetapkan empat badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) yang ada, yaitu PT ASABRI, PT Askes, PT Jamsostek, dan PT Taspen, sebagai badan yang akan melaksanakan UU SJSN. Penggugatnya adalah (1) Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Jawa Timur, yang sesungguhnya digunakan oleh bapel JPKM Jawa Timur sebagai corong untuk menggugat bahwa penyelenggaraan jaminan sosial adalah hak daerah. Yang ke (2) adalah Satuan Pelaksana (SatPel) JPKM Kabupaten Rembang dan yang ke (3) adalah Perhimpunan Badan Penyelenggara (Perbapel) JPKM, yang merupakan asosiasi bapel JPKM.

Gugatan tersebut dipicu oleh SK Menkes yang menunjuk PT Askes untuk melaksanakan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin secara nasional. Padahal, di tahun 2004, Menteri Kesehatan lama menunjuk empat propinsi, yaitu DKI Jakarta, Yogyakarta, Jawa Timur, dan Gorontalo untuk melakukan uji coba penyelenggaraan JPKM propinsi dengan mengelola jaminan kesehatan penduduk miskin yang dananya diberikan oleh Depkes ditambah dengan dana APBD. Pasal yang digugat adalah pasal 5 yang berbunyi

“..Pasal 5

- (1) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang.
- (2) Sejak berlakunya Undang-Undang ini, badan penyelenggara jaminan sosial yang ada dinyatakan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menurut Undang-Undang ini.
- (3) badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
  1. Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK);
  2. Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN);
  3. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI); dan

#### 4. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES).

(4) Dalam hal diperlukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial selain dimaksud pada ayat (3), dapat dibentuk yang baru dengan Undang-Undang. “

Dan pasal 52 yang pada hakikatnya menjelaskan bahwa keempat BPJS yang ditetapkan tersebut harus menyesuaikan penyelenggaraan program jaminan sosial dengan UU SJSN paling lambat dalam waktu lima tahun.

Dalil yang digunakan adalah bahwa UUD45 memberikan otonomi seluas-luasnya kepada daerah termasuk dalam penyelenggaraan program jaminan sosial. Gugatan ini didukung dengan dalil bahwa dalam UU Otonomi Daerah, pasal 22 huruf (g) sudah disebutkan bahwa pemerintah daerah wajib ‘mengembangkan sistem jaminan sosial’, tanpa penjelasan ayat tentang makna ‘jaminan sosial’ dalam UU Otonomi Daerah tersebut. Dalam argumennya, para pemohon yang diperkuat dengan pernyataan saksi ahli pemohon (Prof Ali Gufron Mukti dari UGM) menyebutkan bahwa di daerah sudah berjalan dan berkembang badan penyelenggara jaminan sosial, seperti bapel MKJ di DKI Jakarta dan bapel Jamkesmas di Yogyakarta yang telah menyelenggarakan JPKM bagi penduduk miskin. Selain itu, UU Kesehatan telah menggariskan agar pemerintah mempromosikan JPKM dan buku Indonesia Sehat 2010 juga telah mencantumkan pilar JPKM sebagai salah satu dari empat pilar Indonesia Sehat.

#### KEPUTUSAN DAN ARGUMEN MAHKAMAH KONSTITUSI

Keputusan Mahkamah Konstitusi mengabulkan sebagian tuntutan pemohon dan menolak sebagian lagi. Yang menarik adalah bahwa MK sama sekali menolak permohonan pemohon I dan II (yaitu Satpel JPKM Rembang dan Perbapel JPKM) dengan alasan bahwa keduanya tidak memiliki kedudukan hukum (*legal standing*). Artinya, keberadaan Satpel dan bapel JPKM, sebagai badan hukum yang mempunyai hak mengajukan uji materi (*judicial review*) ke MK, tidak diakui negara. Ini mempunyai konsekuensi penting, sebab dalil yang dikemukakan para pemohon dan saksi ahli adalah bahwa satpel dan bapel JPKM adalah badan penyelenggara jaminan sosial yang telah ada. Sesungguhnya memang, selain empat BPJS yang disebutkan, tidak pernah ada badan jaminan sosial yang diakui secara hukum Indonesia. Bapel JPKM yang diatur UU Kesehatan yang belum ada PP-nya, bukanlah badan penyelenggara jaminan sosial. Bapel JPKM adalah suatu badan imajiner, yang sesungguhnya merupakan penjual asuransi kesehatan yang bukan perusahaan asuransi.

Putusan MK menerima permohonan pemohon I (DPRD Jatim) yang memang mempunyai kedudukan hukum dengan membatalkan pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) yang disambut gembira oleh para pemohon. Namun demikian, MK sesungguhnya hanya membatalkan ‘bunyi’ pasal-pasal tersebut, tetapi tidak membatalkan isi atau substansi pasal-pasal tersebut. Pada halaman 270 Keputusan MK dijelaskan bahwa “karena materi yang terkandung di dalamnya telah tertampung dalam Pasal 52 yang apabila dipertahankan keberadaannya akan menimbulkan multitafsir dan ketidakpastian hukum.” Dengan demikian, maka keempat BPJS tersebut tetap sah menyelenggarakan program jaminan sosial tingkat nasional. Lalu bagaimana dengan badan penyelenggara di daerah?

Keputusan MK memberikan hak daerah menyelenggarakan jaminan sosial, namun demikian tentu tidak bijak apabila daerah menyelenggarakan jaminan sosial yang sumber dana

dan programnya sama dengan yang diselenggarakan oleh BPJS tingkat nasional. Karena duplikasi sumber dana dan programnya akan membingungkan masyarakat. Secara tegas keputusan MK menolak hak eksklusif daerah seperti tercantum dalam Hal 265 yang berbunyi:

“Pemohon yang mendalilkan kewenangan untuk mengembangkan sistem jaminan sosial secara eksklusif merupakan kewenangan Daerah” ..  
“Mahkamah tidak sependapat dengan dalil Pemohon tersebut, sebab jika jalan pikiran demikian diikuti, maka di satu pihak, besar kemungkinan terjadi keadaan di mana hanya daerah-daerah tertentu saja yang mampu menyelenggarakan sistem jaminan sosial dan itu pun tidak menjamin bahwa jaminan sosial yang diberikan tersebut cukup memenuhi standar kebutuhan hidup yang layak antara daerah yang satu dengan daerah yang lain, serta di lain pihak, jika karena alasan tertentu seseorang terpaksa harus pindah ke lain daerah, tidak terdapat jaminan akan kelanjutan penikmatan hak atas jaminan sosial orang yang bersangkutan setelah berada di daerah lain. Keadaan demikian akan bertentangan dengan maksud Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 yang menghendaki hak atas jaminan sosial itu harus dapat dinikmati oleh setiap orang atau seluruh rakyat.”

Keputusan MK tersebut Pasal 52 yang mengharuskan ke-empat BPJS secara bertahap menyesuaikan diri dengan UU SJSN tetap berlaku dan karenanya program nasional dapat terus dijalankan. Dalam Keputusan MK hal 269 dapat dibaca

*“Mahkamah berpendapat bahwa ketentuan Pasal 52 UU SJSN tersebut justru dibutuhkan untuk mengisi kekosongan hukum (rechtsvacuum) dan menjamin kepastian hukum (rechtszekerheid) karena belum adanya badan penyelenggara jaminan sosial yang memenuhi persyaratan agar UU SJSN dapat dilaksanakan. Dengan demikian permohonan Pemohon sepanjang menyangkut Pasal 52 UU SJSN, tidak cukup beralasan.”*

Dalam hal 267 MK juga jelas menyatakan hal itu dengan kalimat yang berbunyi

*“bahwa selama belum terbentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1), badan-badan sebagaimana disebutkan pada ayat (3) di atas diberi hak untuk bertindak sebagai badan penyelenggara jaminan sosial, maka hal itu sudah cukup tertampung dalam Ketentuan Peralihan pada Pasal 52 UU SJSN.”*

Hal tersebut diperkuat lagi dengan keputusan MK di halaman 270 “Sedangkan Pasal 5 ayat (1) yang berbunyi “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan undang-undang” tidak bertentangan dengan UUD 1945 asalkan ditafsirkan bahwa yang dimaksud oleh ketentuan tersebut adalah pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial tingkat nasional yang berada di Pusat. Dengan demikian permohonan Pemohon sepanjang mengenai Pasal 5 ayat (1),

**Dalam memperjuangkan BPJSD atau BPJS baru, ada pihak-pihak yang tidak jujur yang mengemukakan keputusan MK sepotong, hanya pasal 5 dan tidak mengemukakan yang ditolak (pasal 52) dan tidak membaca argumen secara lengkap**

sebagaimana halnya Pasal 52 UU SJSN, juga tidak cukup beralasan.” Dalam Keputusan MK Hal 268-269 dapat dibaca kalimat “sementara di pihak lain keberadaan undang-undang yang mengatur tentang pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial nasional di tingkat pusat merupakan kebutuhan, maka Pasal 5 ayat (1) UU SJSN cukup memenuhi kebutuhan dimaksud dan tidak bertentangan dengan Undang-Undang Dasar sepanjang ketentuan dalam Pasal 5 ayat (1) UU SJSN tersebut ditafsirkan semata-mata dalam rangka pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial nasional di tingkat pusat.”

Sayangnya, orang-orang yang ingin berkiprah dalam badan penyelenggara sering tidak jujur dengan tidak mengungkap atau menyampaikan keputusan MK secara penuh. Yang mereka kemukakan HANYA pernyataan bahwa pasal 5 UU SJSN ayat 2, 3, dan 4 dinyatakan tidak berlaku. Mereka sama sekali tidak menyampaikan pasal 5 ayat 1 dan pasal 52 yang menetapkan keempat BPJS nasional. Mereka juga telah melanggar hak orang daerah yang kini bekerja di keempat badan penyelenggara yang seolah-olah dianggap BUKAN orang daerah. Egoisme orang semacam inilah yang menimbulkan kericuhan. Kasus di Sulawesi dan di Medan tentang pemekaran, meskipun tidak sama, tetapi mempunyai akar yang sama, yaitu egoisme yang berlebihan dan hanya berkiblat pada kepentingan sendiri, bukan juga kepentingan orang daerah, jelas hanya menimbulkan kericuhan dan merugikan rakyat banyak.

Keputusan MK sesungguhnya sejalan dengan teori dan praktik penyelenggaraan asuransi sosial dengan tujuan solidaritas sosial yang luas dan sesuai dengan amanat UUD45. Seorang ahli pendanaan kesehatan dunia, Goeroge Shieber dkk. (2006)<sup>22</sup>, yang kini menjadi konsultan Bank Dunia menulis

“Risk pooling and prepayment functions are central to the creation of cross-subsidies between high-risk and low-risk (that is, a *risk subsidy*) and rich and poor (that is, an *equity subsidy*) individuals. The larger the pool, the greater the potential for spreading risks and the greater the accuracy in predicting average and total pool costs. Placing all participants in a single pool and requiring contributions according to capacity to pay rather than individual or average pool risk facilitates crosssubsidization and, depending on the level of pooled resources, can significantly increase financial protection.”

### **Kewenangan Pemerintah Daerah**

Dalam demokrasi yang baru berumur serambut jagung, memang perebutan kewenangan menjadi ajang perebutan pelaku demokrasi dan pemerintahan. Tarik-menarik kepentingan pusat daerah masih terus berlanjut. Pendulum pusat-daerah masih bergerak cepat. Salah satu topik yang diperbutkan adalah kewenangan mengelola badan penyelenggara.

Ali Gufron dkk (2005)<sup>23</sup> dan Gufron (2006)<sup>24</sup> yang juga diikuti oleh DPRD Provinsi Jawa Timur menggugat bahwa penyelenggaraan JKN/dan jaminan sosial lain harusnya didesentralisasi ke daerah sebagai hak dan kewajiban pemerintah daerah. Dalam banyak kesempatan Gufron menekankan bahwa Askes milik pusat. Dia lupa bahwa pegawai Askes di Yogya adalah penduduk Yogya, bukan penduduk Jakarta. Kenapa orang ini dianggap orang pusat? Sulit difahami banyak pihak bahwa kenyataan PT Askes adalah milik seluruh rakyat dan kita harus ubah agar PT Askes menjadi BPJS yang konsisten dengan UU SJSN. Ketika penulis memberikan argumen perlunya sistem Nasional dan tidak ada masalah dalam PT Askes (mungkin ada masalah pada beberapa pejabat Askes), ada yang menuding (dan menyebarkan isu) bahwa penulis adalah “orangnya” Askes. Susah benar menegakkan kebenaran di negeri ini. Padahal, jika dikaji secara obyektif, yang paling rasional adalah memanfaatkan fasilitas dan pengalaman

yang sudah ada. Kesulitan ini terjadi karena banyak pihak memandang “ini punya saya” dan “itu punya kamu”. Padahal semuanya salah. Semuanya milik rakyat, milik negara, milik bersama. Yang sering dilupakan adalah bahwa UUD 45, dan juga di negara manapun di dunia, perintah jaminan sosial (termasuk JKN) untuk seluruh rakyat. Artinya harus program Nasional. Program daerah bersifat suplemen atau komplemen untuk program Nasional yang setara untuk seluruh rakyat.

Oka Mahendra (2006)<sup>25</sup>, mantan Dirjen Hukum dan Perundang-undangan Departemen Hukum dan HAM—ketika itu, mengatakan bahwa keputusan MK tidak signifikan terhadap penyelenggaraan SJSN. Sesungguhnya Keputusan MK memperkuat UU SJSN dengan pernyataan MK bahwa “UU SJSN sudah cukup memadai menjawab amanat UUD45 Pasal 34 ayat 2” karena UU SJSN telah mengatur sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Pasal 19 ayat 1 UU SJSN yang berbunyi “Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas” tetap berlaku, tidak dibatalkan oleh MK. Dengan penyelenggaraan secara nasional, maka amanat UUD45, untuk menjamin seluruh rakyat, bisa diwujudkan. Karenanya, memang program JKN harus diselenggarakan secara Nasional, tidak dipecah-pecah per daerah.

Perdebatan tentang penyelenggaraan Pusat dan Daerah sesungguhnya hanya terletak pada keinginan sebagian orang untuk mengelola dana oleh daerah dengan usulan pembentukan BPJSD. Sesungguhnya, jika yang dikedepankan kepentingan rakyat, perdebatan tersebut menjadi tidak signifikan. Sebab, rancangan BPJS adalah rancangan badan milik seluruh pemangku kepentingan (*stakeholders*) sehingga tidak ada kepemilikan Pemerintah ataupun Pemda. Penyelenggaraan Nasional oleh ke-empat BPJS semata-mata didasarkan pada pertimbangan protabilitas dan ekuitas. Jaminan yang sifatnya seumur hidup haruslah portable, harus bisa dinikmati oleh seluruh rakyat ke daerah manapun ia bekerja, tinggal, atau berkunjung untuk tujuan jangka pendek. Selain itu, jaminan yang diberikan haruslah sesuai dengan kebutuhan medis, meskipun di suatu daerah belum tersedia suatu pelayanan medis tertentu, maka peserta yang membutuhkan pelayanan medis tertentu itu dapat dirujuk ke daerah lain, tanpa harus mengalami kesulitan administratif karena badan penyelenggaranya tidak memiliki kerja sama dengan rumah sakit di daerah lain. Inilah prinsip ekuitas yang menjadi pertimbangan, tidak bisa lain, bahwa program jaminan sosial yang diatur SJSN haruslah bersekala Nasional. Alhamdulillah, Keputusan MK memperkuat hal ini. Kalau pemda ingin membentuk BPJSD untuk menyelenggarakan program lain (komplemen) atau memberikan jaminan tambahan (suplemen) tentu saja dapat dilakukan oleh Pemda. Akan tetapi, jika pemda membuat BPJSD untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang sama dan untuk orang yang sama, dengan menarik iuran dari orang yang sama dengan yang diselenggarakan secara Nasional (duplikasi program), maka akan terjadi pemborosan yang tidak perlu. Dengan demikian, jika niatnya tulus untuk kepentingan rakyat di suatu daerah, maka program yang bersekala Nasional telah memadai untuk penduduk di daerah dan tidak akan membahayakan rakyat di daerah. Kecuali, barangkali, beberapa orang di daerah tidak mendapat apa yang diinginkan, bukan untuk rakyatnya. Toh, praktik selama ini menunjukkan bahwa lebih lebih dari 90% pegawai BPJS di daerah-daerah adalah orang daerah. Hanya kepala cabang yang sering bertukar antar daerah. Mengapa mereka tidak dianggap orang daerah?

Yang paling sering dilupakan adalah bahwa pengelolaan JKN/SJSN menurut UU SJSN dipisahkan dari penyelenggaraan pemerintahan. Itulah sebabnya perlu dibentuk BPJS sebagai suatu badan hukum yang terpisah dari Pemerintah maupun pemerintah daerah. Bentuk badan

hukum BPJS menjamin pengelolaan korporat, yang terlepas dari birokrasi pemerintah dalam berbagai bidang—khususnya kepegawaian dan keuangan. Persisnya manajemen korporat tidak berbeda dengan pengelolaan badan hukum non pemerintah seperti PT, BUMN, Dana Pensiun, dan Bank Indonesia. Hanya berbeda dalam susunan organ badan hukum dan keterbukaan manajemen. Badan-badan hukum tersebut punya kantor di berbagai daerah dan mempekerjakan orang-orang di daerah. Manajemen badan hukum tersebut sama sekali tidak dicampuri oleh Pemerintah atau pemda. Begitulah rancangan BPJS. Jadi perebutan dan pertentangan antara UU SJSN dengan UU 32/2004 tentang pembagian kewenangan pemerintahan sama sekali tidak relevan. Yang diatur UU SJSN bukanlah urusan pemerintahan seperti yang diatur UU Otonomi Daerah. Tetapi, karena ada kepentingan beberapa orang di daerah, maka kedua UU ini sering diadu. Sesungguhnya secara rasional keduanya berbeda dan karenanya tidak perlu dipertentangkan.

Pendekatan yang rasional dalam merumuskan hak dan kewajiban Pemerintah Pusat dan Daerah sesungguhnya harus dilihat dalam dimensi kepentingan rakyat banyak, bukan dalam dimensi pembagian kekuasaan atau wewenang yang sering kali ujung-ujungnya “duit”. Undang-undang SJSN sesungguhnya telah jelas mengatur bahwa pengelolaan jaminan TIDAKlah diserahkan kepada Pemerintah atau Pemda, tetapi dikelola secara terpisah dari pemerintahan. Pengugat UU SJSN dengan UU Otoda (UU 32/1004) sesungguhnya juga tidak tepat, karena rezim hukum pengaturannya berbeda sekali. Undang-undang 40/2004 mengatur program jaminan, BUKAN mengatur urusan pemerintahan, sedangkan UU 32/2004 mengatur pembagian kekuasaan yang merupakan urusan pemerintahan.

### **BPJS tidak mengurus Pemerintahan**

Fakta sekarang menunjukkan bahwa pengelola kantor cabang/regional/wilayah badan penyelenggara yang ada sekarang adalah orang-orang di daerah. Tidak pernah terjadi orang Jakarta pulang-pergi setiap hari ke Bandung, Yogyakarta, atau Palembang untuk bekerja di kantor cabang Askes, Jamsostek, Taspen, Ban Mandiri, Bank BCA, dsb. Hampir semua pekerja di kantor tersebut adalah orang daerah. Pembayaran tagihan rumah sakit di suatu daerah juga diproses dan dibayarkan oleh kantor BPJS di daerah, tidak pernah diverifikasi dan ditentukan pembayarannya oleh kantor di Jakarta.

Lalu, yang memperebutkan atau menggugat bahwa BPJS harus didaerahkan, sesungguhnya menggugat untuk siapa? Jika gugatan untuk orang daerah, hal itu sudah terjadi dan akan terus terjadi. Jika gugatan itu untuk dirinya sendiri, karena sekarang ini tidak menjadi bagian dari BPJS, maka sebuah undang-undang memang sama sekali tidak akan mempertimbangkan tuntutan pribadi semacam itu. Tetapi, rancangan RUU BPJS akan memberikannya peluang untuk menjadi pegawai atau pimpinan BPJS di daerah, jika ia memiliki kompetensi yang disyaratkan. Apa sulitnya??

Yang jelas, UU SJSN mengatur pendanaan untuk kesehatan dan program jaminan sosial lain. Dana (uang/fiskal) akan bekerja lintas daerah dan tidak terbatas di suatu daerah, bahkan lintas negara. Karena eksternalitas lintas daerah itulah, maka pengelolaan dana yang terbatas oleh daerah akan mempersempit kemudahan untuk rakyat. Jika ada yang menggugat bahwa program nasional terlalu besar karena Indonesia terlalu besar, sesungguhnya pandangan itu terlalu sempit dan tidak mempertimbangkan kemajuan teknologi seperti yang telah dibahas di muka. Pengelolaan jaminan kesehatan secara nasional pada hakikatnya tidak banyak berbeda dengan pengelolaan kartu kredit, Visa atau Mastercard (kecuali bahwa dana tidak dibatasi dan kartu

jaminan hanya dapat digunakan untuk “belanja pelayanan kesehatan”). Bukankah setiap orang yang memegang kartu Visa atau Mastercard dapat dengan mudah belanja di mana saja, bahkan di seluruh dunia, dengan jutaan *merchant* yang melayani. Bukankah sangat mudah untuk melayani peserta jaminan kesehatan di mana saja ia sedang berada (tinggal, bepergian dinas, atau sedang wisata). Setiap orang yang memegang kartu jaminan dapat menggunakannya di fasilitas kesehatan yang pasang logo “Melayani peserta JKN”. Disini BPJS menetapkan dan mengontrak puskesmas, klinik, rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya baik milik publik maupun milik swasta, yang jumlahnya tidak mencapai 100 ribu buah. Setiap pemegang kartu dapat “membeli pelayanan kesehatan” dan tagihannya dikirim langsung oleh fasilitas kesehatan ke BPJS. Prinsip ini merupakan perwujudan dari prinsip kerja *money follow patient*. Sangat memudahkan untuk rakyat dimanapun ia berada dan kemanapun ia bepergian, dalam yurisdiksi NKRI. Jangan lupa, bahwa yang diurus oleh BPJS adalah uangnya, pembayarannya, sama seperti yang diurus oleh pengelola kartu kredit. Dengan kartu kredit, kemanapun, di dunia !!!, kita pergi; kita dapat berbelanja. Tidak ada alasan negara kita luas, penduduknya besar, dan berpulau-pulau sehingga tidak mungkin dikelola oleh satu badan. Pemegang kartu kredit Visa yang berjumlah lebih dari 500 juta orang di seluruh dunia dapat berbelanja dan memenuhi kebutuhannya dimana saja di dunia, *no boundary*.

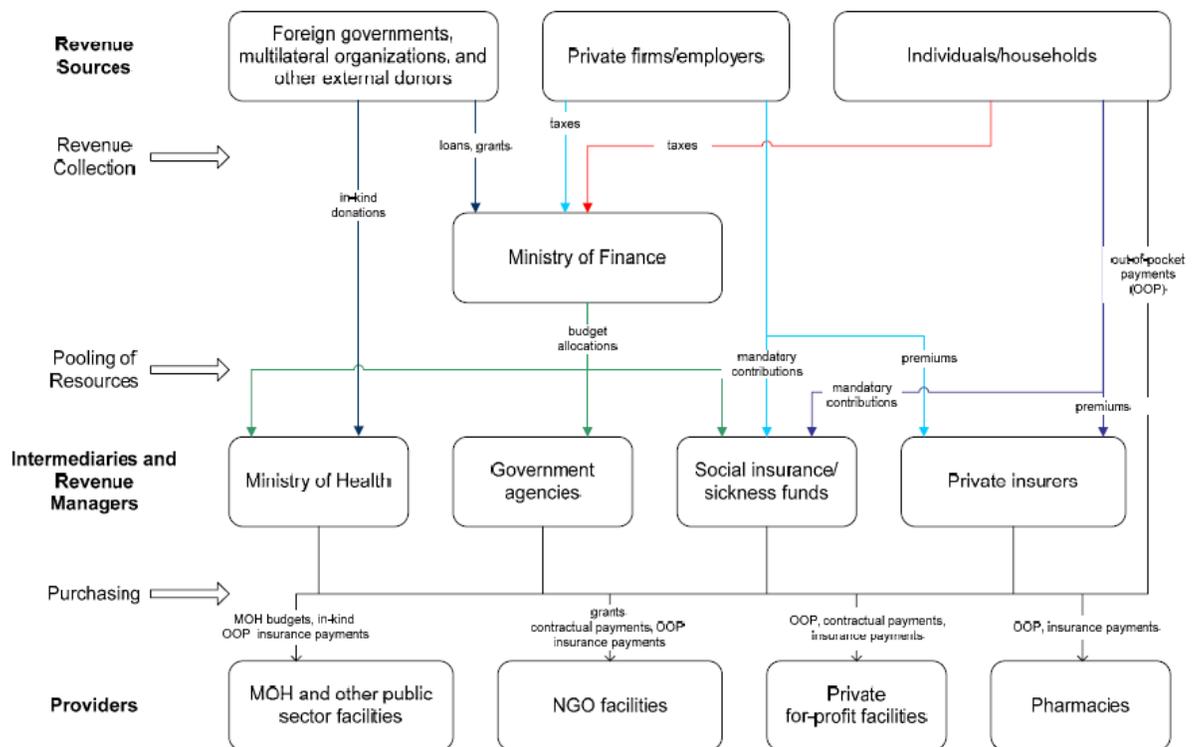
Begitulah nanti sistem JKN kita. Bedanya, dalam JKN kita tidak perlu memikirkan limit pinjaman seperti di kartu kredit dan membayar tagihan sebelum jatuh tempo. Berapapun besar biaya berobat, sejauh pengobatan itu secara medis dibutuhkan dan RS tempat kita berobat kompeten, maka dengan kartu peserta JKN—peserta akan dilayani. Rumah sakit tidak perlu khawatir *bed debt*, atau minta uang muka, karena sejauh mereka memenuhi prosedur—biaya berobat akan dibayar BPJS. Peserta dan pemberi kerja, khususnya bagian SDM sebuah korporat, hanya membayar rutin iuran tiap bulan yang besarnya proporsional pembayaran upah/gaji. Tidak perlu periksa tagihan dirinya atau karyawannya. Cuma mengalikan, misalnya 5% besar upah. Jumlah yang relatif tetap dan dapat dianggarkan dengan mudah. Inilah prinsip *money follow patient*. Dengan kartu peserta JKN, kemanapun kita berobat di tanah air, NKRI, baik di RS publik maupun RS swasta, kita tidak perlu memikirkan ada atau tidak uang tunai. Cukup membayar iuran rutin bulanan. Oleh karenanya, JKN nantinya akan menjadi suatu kebanggaan dan identitas nasional, seperti halnya *Social Security Number* di Amerika.

Bayangkan, jika masing-masing pengelola diserahkan ke daerah sendiri-sendiri dengan BPJSD, betapa runyamnya kontrak dan administrasi tagihan antar daerah dan antar fasilitas kesehatan yang jumlahnya lebih dari 100 ribu dengan pemda yang jumlahnya semakin besar, mungkin lebih dari 500 kota/kabupaten dalam beberapa tahun mendatang. Jadi, jika urusan dana dipecah-pecah, maka rakyatlah yang dipersulit. Sayangnya banyak orang berpikiran sempit, hanya memikirkan dirinya yang dinilainya tidak punya kesempatan jika BPJS bersekala nasional. Sehingga orang-orang tersebut berebut mengelola BPJS. Penelolaan Dana Amanat memiliki eksternalitas lintas kota/kabupaten dan lintas provinsi sehingga harus dikelola lintas provinsi juga. Akan tetapi, fasilitas kesehatan publik tidak memiliki eksternalitas tinggi dan karenanya lebih baik diserahkan ke masing-masing pemda, bahkan seharusnya ke masing-masing fasilitas seperti halnya RS swasta (lebih dari desentralisasi ke tingkat kota/kabupaten) untuk mengatur dan mengelola fasilitas secara otonomi penuh.

## **Praktik Penyelenggaraan di Berbagai Negara**

Penyelenggaraan jaminan sosial, khususnya JKN, di berbagai negara sangat bergantung

dari latar belakang sistem politik, sosial, dan ekonomi suatu negara. Namun demikian, ada pola-pola umum yang dapat diamati karena sesungguhnya ada prinsip universal yang berlaku di dunia. Secara umum, Shieber (2007) menggambarkan opsi atau variasi praktik penyelenggaraan JKN dalam gambar berikut. Dalam gambar ini jelas tampak bahwa penyelenggaraan JKN diselenggarakan oleh badan *social insurance* atau *sickness fund* terpisah dari *private insurance*. Sumber dana dari JKN berasal dari tiga sumber yaitu alokasi Kementerian Keuangan (Ministry of Finance), kontribusi wajib majikan (*employers/private firms*) dan kontribusi wajib perorangan/rumah tangga. Sheiber membedakan kontribusi dengan premiums yang merupakan istilah yang umum digunakan untuk sejumlah uang atau harga pembelian (bukan kontribusi/iuran wajib) polis asuransi kesehatan swasta yang bersifat sukarela. Hanya saja, dalam gambar tersebut tidak dijelaskan bentuk badan hukum *social insurance* atau *sickness funds*. Namun demikian, jika digali lebih dalam dari berbagai literatur, maka bentuk badan hukum *sickness funds* adalah badan hukum khusus (*public entities*) yang tidak memiliki pemegang saham dan mempunyai otonomi manajemen sebagaimana sebuah perusahaan (perseroan terbatas/PT, limited liability company/Ltd, berhad/bhd, atau GmbH di Jerman). Semua organisasi atau badan hukum publik yang khusus hanya menyelenggarakan asuransi sosial bertujuan memaksimalkan manfaat untuk peserta, bukan untuk mencari laba (*not for profit*) bagi pemegang saham tertentu. Bentuk inilah yang dikenal sebagai organisasi nirlaba atau dalam literatur bahasa Inggris dikenal dengan *non profit* atau *not for profit organization*.



Notes: Figure 7.1 presents the most common flows of health system resources; some countries may have other options of health system financing. "Other Government Agencies" can include the Ministry of Education and Ministry of Defense.

Figure 7.1 Health Financing Flowchart

Bahkan di banyak negara, berbagai asuransi kesehatan sukarelapun, baik sebagai suplemen atau komplemen (pelengkap) asuransi wajib dikelola secara nirlaba. Coheur (2008)<sup>26</sup> menjelaskan bahwa penyelenggaraan skema tersebut mempunyai karakter (1) solidaritas sosial dengan membayar kontribusi/iuran, (2) tidak ada pemegang saham dan tidak ada laba yang dibagikan sebagai dividen. Seluruh dana yang terkumpul dikelola dan diinvestasi tetapi seluruh hasil investasi digunakan untuk melayani peserta atau diinvestasikan kembali. (3) manajemen yang bebas dari keterikatan dengan lembaga lain, demokratis, dan *participatory*. Pengambilan keputusan dilakukan melalui perwakilan (di Indonesia disebut Wali Amanat) peserta berdasar "one man one vote", tidak berdasar besaran iuran. (4) Otonomi manajemen. Bentuk organisasi ini sudah lama dikenal di Eropa sejak abad pertengahan dengan istilah "*mutual benefit societies*". Organisasi nirlaba ini dapat dibentuk berdasarkan ikatan persaudaraan keagamaan (*brotherhoods, ikhwan*), ekonomi (*guilds, corporations*) atau sosial (*trade guilds*).

Sesungguhnya prinsip yang sama juga dikenal di Indonesia seperti arisan, jumptuan, Subak (Bali), dll. Hanya saja, bentuk organisasi tradisional berlandaskan prinsip yang sama dengan yang ada di Eropa, tidak pernah diakui dan dikembangkan oleh Pemerintah di Indonesia. Bahkan, banyak ahli hukum privat yang cenderung menapikan (mengganggap tidak ada) organisasi tersebut dan karenanya setiap usul pembentukan badan baru BPJS sampai saat ini masih kandas dengan dalih kita belum punya *trustee law* seperti di negara-negara Eropa. Sesungguhnya, tanpa mereka sadari, UU 11/92 telah membentuk badan hukum Dana Pensiun Lembaga Keuangan (DPLK) sebagai badan hukum nirlaba mirip dengan BPJS yang diharapkan oleh UU SJSN. Hanya saja, DPLK bukanlah badan asuransi sosial karena sifat pendanaannya yang sukarela. Juga kita kenal UU Bank Indonesia yang menetapkan Bank Indonesia sebagai badan hukum khusus nirlaba yang dibentuk dengan UU, yang hanya satu-satunya, yang bukan BUMN bukan pula Perseroan Terbatas. Badan khusus Lembaga Pembiayaan Ekspor Indonesia (LPEI) yang merupakan transformasi dari BUMN pengelola ekspor juga merupakan badan khusus yang dibentuk dengan Undang-Undang. Baru saja kita kenal Badan Hukum Pendidikan (BHP) yang juga badan hukum nirlaba, yang diatur dalam UU BHP. Bedanya, sebuah BHP tidak dibentuk dengan UU, hanya diatur dalam UU BHP sebagaimana sebuah PT tidak dibentuk dengan UU tetapi diatur dalam UU 40/2007. Jadi, penolakan pihak-pihak yang tidak ingin keempat BUMN berubah menjadi BPJS yang dibentuk dengan UU sesuai amanat UU SJSN, sesungguhnya bukan karena secara hukum positif Indonesia tidak dimungkinkan. Alasan itu diajukan untuk mempertahankan status quo. Sayangnya, banyak pejabat Indonesia yang tidak memahami konsep ini sehingga pejabat yang punya kewenangan menentukan tidak mengambil keputusan yang terbaik untuk rakyat.

Hal lain yang sering mendapat kritik di Indonesia adalah pemahaman asuransi yang kaku dan sempit sebagaimana asuransi komersial. Kritik yang sering dilontarkan ketika program Askeskin masih dikelola sepenuhnya oleh PT Askes adalah bahwa Askeskin bukan asuransi karena PT Askes tidak menanggung risiko. Memang konsep awal asuransi (komersial) adalah *risk transfer*. Dengan membeli polis asuransi, maka pemegang polis melimpahkan risiko (sesuai dengan skala manfaat yang dijanjikan) kepada asuradur. Setelah menerima transfer risiko, maka asuradur harus menanggung semua risiko yang diperjajikan. Tetapi sering dilupakan bahwa asuradur juga berhak atas laba/keuntungan yang dihasilkan dari transfer risiko. Ini prinsip *for profit*, mencari laba untuk pemegang saham. Asuradur menanggung risiko, jika klaim lebih besar dari yang diprediksi oleh asuradur sendiri, tetapi juga (imbalannya) asuradur berhak atas surplus

atau klaim yang lebih kecil dari yang diprediksinya. Adil!!!. Oleh karena itu, asuradur akan menetapkan tarif premi yang sepadan. Asuradurlah yang menetapkan premi.

Dalam asuransi sosial, prinsip utamanya bukan *full risk-transfer* dalam *setting* bisnis spekulasi bagi pemegang saham atau pengusaha tetapi solidaritas sosial (gotong royong) menyediakan manfaat maksimal bagi peserta. Manajemennya menggunakan prinsip asuransi. Karena tujuan utamanya solidaritas sosial, maka mekanisme ini disebut asuransi sosial. Prinsip lanjutannya adalah nirlaba. Karena ciri utama asuransi sosial adalah kewajiban berkontribusi bagi yang memiliki penghasilan diatas batas tertentu (dalam hukum perpajakan dikenal PTKP, penghasilan tidak kena pajak), maka pengelolaannya tidak bisa disamakan dengan asuransi komersial yang bersifat sukarela. Dalam asuransi sosial, premi (iuran/kontribusi) ditetapkan oleh undang-undang atau peraturan pemerintah, bukan oleh asuradur. Oleh karenanya, sangatlah wajar jika asuradur tidak menanggung risiko. Siapa yang harus menanggung jika ada defisit? Dalam konsep asuransi sosial, tidak ada pemegang saham yang akan mendapat dividen jika ada laba dan harus menanggung kerugian jika terjadi risiko yang lebih besar (defisit). Pemegang sahamnya adalah seluruh peserta. Maka jika ada surplus atau laba, surplus itu harus dikembalikan kepada peserta (*members*) dalam bentuk manfaat yang baik atau diinvestasikan lagi untuk kepentingan peserta di masa datang. Atau skema manfaat diubah dengan meningkatkan manfaat atau mengurangi iuran. Jika ada “kerugian” atau defisit karena klaim lebih besar dari yang diperhitungkan, maka pemegang saham (*peserta*) harus menanggung bersama. Biasanya dilakukan dengan menaikkan iuran di kemudian hari dalam sistem Bismark (asuransi sosial). Prinsip tersebut sama dengan prinsip anggaran belanja negara. Jika ada surplus, maka surplus diluncurkan untuk tahun berikutnya dan jika ada defisit maka dicari sumber tambahan, apakah menjual aset negara atau menaikkan pajak dalam sistem Beveridge, semua dijamin Pemerintah (Henke and Schreyögg, 2005).<sup>27</sup>

Dengan prinsip yang sama, di banyak negara Pemerintah membayar, menanggung sebagian dana (misalnya di Taiwan seluruh biaya operasional dibebankan kepada anggaran negara, bukan pengelola JKN), atau memberi subsidi (jika BPJS merupakan badan hukum terpisah dari Pemerintahan). Selain dana dari Pemerintah untuk biaya operasional, subsidi iuran bagi penduduk di sektor formal atau informal, Pemerintah juga membayar iuran penuh bagi penduduk di bawah garis pendapatan tertentu (semacam PTKP dalam UU Perpajakan). Ini merupakan praktik yang lazim (Islam, M, 2007). Konsep “iuran bagi penduduk miskin dan tidak mampu dibayar Pemerintah” dalam UU SJSN merupakan implementasi dari praktik lazim tersebut. Hal ini sering tidak difahami oleh banyak kalangan di Indonesia sehingga kritik tentang Askeskin bukan asuransi sering kita dengar.

Dengan prinsip tersebut diatas, maka sering terjadi bahwa JKN dikelola oleh pemerintah atau badan khusus yang dibentuk oleh pemerintah secara nasional sebagai *single payer*. Bentuk NHI sebagai pembayar tunggal terakhir dapat diamati di Afrika Selatan. Pertimbangan Afrika Selatan memiliki pembayar tunggal adalah untuk meminimalkan biaya administrasi, biaya transaksi iuran maupun pembayaran, mempunyai kekuatan monopsoni, memaksimalkan subsidi silang antar penduduk di seluruh negeri, dan menjamin bahwa amanat konstitusi untuk memenuhi hak sehat seluruh rakyat terpenuhi. Seperti halnya yang diingankan UU SJSN di Indonesia, JKN di Afrika Selatan merupakan sub-sistem dari Sistem Jaminan Sosial untuk Seluruh Rakyat, *social security for all* (PAU, 2007)<sup>28</sup>. Kekuatan monopsoni adalah kekuatan badan JKN sebagai pembayar tunggal menetapkan tarif yang untuk fasilitas kesehatan publik maupun swasta sehingga dengan sendirinya pembayar tunggal akan mampu mengendalikan

biaya kesehatan. Tidak ada alasan fasilitas swasta tidak mau menerima pembayaran, karena biaya kesehatan untuk seluruh penduduk hanya dibayar oleh badan JKN tersebut. Kemampuan monopsoni dalam menekan biaya kesehatan dapat diamati antara lain di Korea Selatan, Taiwan, Filipina, Muangtai, Inggris, Kanada, Australia dan Malaysia. Mereka yang ingin tahu lebih banyak sesungguhnya dapat mencari sumber dari ISSA (*International Social Security Association*) yang didirikan tahun 1927 yang memiliki anggota 350 organisasi penyelenggara jaminan sosial dari 150 negara (ISSA, 2008).<sup>29</sup>

Pengelolaan JKN secara nasional dengan pembayar tunggal semakin banyak, meskipun juga semakin kontroversial. Swedia di tahun 2005 juga melakukan perubahan struktural dengan membentuk satu badan khusus publik Social Insurance Agency (*Försäkringskassan*) yang menggantikan the National Social Insurance Office (*Riksförsäkringsverket*). Reformasi ini memisahkan pengelolaan badan khusus nirlaba dari pengelolaan langsung oleh Pemerintah (*office*). Di Australia, tahun 1998, Centrelink—sebuah badan publik nirlaba yang bekerja mirip badan hukum privat dengan tujuan meningkatkan efisiensi dan efektifitas. Centrelink meningkatkan efisiensi dan koordinasi dari lima badan (*agencies*) lain di bawah *the Department of Social Services* yaitu *Health Insurance Commission; Child Support Agency; Health Services Australia; Commonwealth Rehabilitation Services; dan Australian Hearing*. Di Slowakia tahun 2004 juga membentuk *the Slovakian Social Insurance Agency* yang mengelola asuransi sosial jaminan bagi tenaga kerja yang terkena PHK. Sebelumnya program ini dikelola oleh pemerintah yaitu *the National Labour Office*. China tahun 2005 menggabungkan penyelenggaraan asuransi sosial dan bantuan sosial (mirip juga dengan yang diatur UU SJSN) ke dalam satu struktur badan publik (*public enterprises*). Tahun 2006 Turki menggabungkan tiga penyelenggara (organisasi) *the Pension Fund for Civil Sercants* (semacam Taspen di Indonesia), *the Social Insurance Institution for Workers* (semacam Jamsostek), dan *the Social Insurance Organisastion for the Self-Employed* (semacam program Jamkesmas) untuk efisiensi, kemudahan dan efektifitas. Selain itu, Turki juga mendirikan sebuah badan *Universal Sicknes Insurance Scheme* yang menggabungkan berbagai badan penyelenggara yang sebelumnya dibentuk. Hal itu untuk memudahkan bagi penduduk, penyeragaman, efisiensi dan efektifitas. Di Prancis, *The French Social Scheme for the Self-Employed (Régime social des independents (RSI))* juga menggabungkan (*merger*) berbagai skema asuransi sosial dengan memulai administrasi bersama untuk efisiensi dan kemudahan bagi peserta. Hanya saja di Indonesia, penyatuan keempat BUMN menjadi satu badan publik nirlaba mendapat tantangan berat (ISSA, 2007)<sup>30</sup>.

Secara lebih rinci, praktik beberapa penyelenggaraan jaminan sosial di beberapa negara disajikan berikut ini.

## Malaysia

Sebagai negara persemakmuran, sistem jaminan sosial di Malaysia berkembang lebih awal dan lebih pesat dibandingkan dengan perkembangan sistem jaminan sosial di negara lain di Asia Tenggara. Pada tahun 1951 Malaysia sudah memulai program tabungan wajib pegawai untuk menjamin hari tua (*employee provident fund, EPF*) melalui Ordonansi EPF. Seluruh pegawai swasta dan pegawai negeri yang tidak berhak atas pensiun wajib mengikuti program EPF yang dikelola **terpusat, meskipun Malaysia merupakan negara federasi**. Ordonansi EPF kemudian diperbaharui menjadi UU EPF pada tahun 1991. Pegawai pemerintah mendapatkan pensiun yang merupakan tunjangan karyawan pemerintah. Selain itu, Malaysia juga memiliki sistem jaminan kecelakaan kerja dan pensiun cacat yang dikelola oleh *Social Security Organization (SOCSO)* (bukan Bhd atau PT di Indonesia) yang dalam bahasa Malaysia disebut

Pertubuhan Keselamatan Sosial (PERKESO), yang juga dikelola terpusat oleh pemerintah federal. Dalam pelayanan kesehatan, pemerintah federal Malaysia (Departemen Kesehatan) bertanggung jawab dan mengelola langsung pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan secara cuma-cuma bagi seluruh penduduk. Karena seluruh rakyat sudah mendapat jaminan pelayanan kesehatan gratis, maka jaminan kesehatan tidak masuk dalam sistem jaminan sosial di Malaysia (Kertonegoro, 1998<sup>31</sup>; Roy, 2001<sup>32</sup>).

## Filipina

Filipina memulai pengembangan program Jaminan Sosialnya sejak tahun 1948 akan tetapi UU Jaminan Sosialnya (Republic Act 1161) baru disahkan pada tahun 1954. Dibutuhkan enam tahun sejak ide awal pengembangan jaminan sosial dicetuskan oleh Presiden Manuel A. Roxas di tahun 1948. Namun demikian, UU yang dikeluarkan tahun 1954 tersebut ditolak oleh kalangan bisnis Filipina sehingga dilakukan amendemen UU tersebut dan diundangkan kembali pada tahun 1957. Barulah UU JS tahun 1957 tersebut mulai diterapkan untuk pegawai swasta. Pada tahun 1980 beberapa kelompok pekerja sektor informal atau pekerja mandiri mulai diwajibkan mengikuti program jaminan sosial. Kemudian pada tahun 1992 semua pekerja informal yang menerima penghasilan lebih dari P1.000 (sekitar Rp 200.000) wajib ikut program jaminan sosial. Selanjutnya di tahun 1993 pembantu rumah tangga yang menerima upah lebih dari P1.000 sebulan kemudian juga diwajibkan untuk mengikuti program jaminan sosial. Program Jaminan Sosial tersebut dikenal dengan *Social Security System (SS)* dan dikelola oleh suatu Badan di bawah Departemen Keuangan. Pada saat ini, SSS mempunyai anggota sebanyak 23,5 juta tenaga kerja atau sekitar 50% dari angkatan kerja, termasuk diantaranya 4 juta tenaga kerja di sektor informal (Purwanto dan Wibisana, 2002<sup>33</sup>).

Untuk pegawai negeri, pemerintah Filipina menyelenggarakan program tersendiri yang disebut sebagai *Government Service Insurance System (GSIS)* yang dimulai lebih awal yaitu di tahun 1936 dan kini memiliki anggota sebanyak 1,4 juta pegawai negeri. Angkatan Bersenjata dan Polisi memiliki sistem jaminan sosial tersendiri yang dibiayai dari anggaran pemerintah. Kedua program jaminan sosial pegawai pemerintah, termasuk tentara, lebih tepat dikatakan sebagai program tunjangan pegawai (*employment benefit*), karena pendanaan sepenuhnya dari belanja pemerintah, dibandingkan sebagai program jaminan sosial menurut defisini universal. Pada awalnya program jaminan sosial tersebut menyelenggarakan program jaminan hari tua (*old-age*) kematian, cacat, maternitas, kecelakaan kerja dan kesehatan. GSIS memberikan berbagai pelayanan ekstra, selain pelayanan tersebut, seperti program pemberdayaan ekonomi dan asuransi umum (Purwanto & Wibisana, 2002; Herrin, 2005<sup>34</sup>). Namun demikian, di tahun 1995 Pemerintah Filipina mengeluarkan Undang-Undang Asuransi Kesehatan Nasional (RA7875) yang memisahkan program asuransi kesehatan dari kedua lembaga (SSS dan GSIS) menjadi satu dibawah pengelolaan *the Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth)*, suatu **badan publik yang bersifat nirlaba yang dikelola secara terpusat** (SSS, 2001<sup>35</sup>).

PhilHealth merupakan program Asuransi Kesehatan Nasional yang kini memiliki keanggotaan lebih dari 39 juta jiwa (lebih dari 50% penduduk Filipina). Anggota Philhealth terdiri atas 55% pegawai swasta, 24% pegawai pemerintah, 9% penduduk tidak mampu, 11% peserta sukrela (informal), dan 2% adalah peserta khusus yang tidak membayar iuran. Manfaat yang menjadi hak peserta adalah jaminan rawat inap di rumah sakit pemerintah maupun swasta dengan standar pembayaran yang sama (Dueckue, 2003<sup>36</sup>; Roy, 2001).

## Thailand

Program Jaminan Sosial di Muangtai terdiri atas program jaminan bagi pegawai pemerintah, pegawai swasta, dan program kesehatan bagi penduduk selain pegawai. Program yang diatur oleh UU Jaminan Sosial di Muangtai dimulai pada tahun 1990 ketika Pemerintah Muantai mengeluarkan UU Jaminan Sosial, namun demikian implementasinya baru dimulai enam bulan kemudian, yaitu pada bulan Maret 1991. Dana yang terkumpul dikelola oleh suatu badan tripartit, Dewan Jaminan Sosial, yang terdiri dari 15 orang yang mewakili pemerintah, pemberi kerja, dan pekerja masing-masing 5 (lima) orang. Kantor Jaminan Sosial (*Social Security Office, SSO*) berada di bawah Departemen Tenaga Kerja dan Kesejahteraan yang **dikelola secara terpusat**. Mula-mula program tersebut wajib bagi pemberi kerja dengan 20 karyawan atau lebih, yang kemudian secara bertahap diwajibkan kepada pemberi kerja yang lebih kecil. Sejak 31 Mei 2002, seluruh pemberi kerja dengan satu atau lebih karyawan wajib menjadi peserta. Kini jumlah peserta SSO adalah 6,59 juta tenaga kerja di Muangtai, seluruh tenaga kerja formal telah menjadi peserta. Pegawai pemerintah mendapat jaminan yang dibiayai oleh anggaran belanja negara tanpa ada iuran sama sekali dari pekerja. Jaminan yang ditanggung meliputi jaminan kesehatan (yang disebut program CSMBS), pensiun dan dana lump sum pada waktu memasuki masa pensiun. Untuk pekerja sektor informal dan kelompok penduduk lain yang tidak termasuk peserta SSO atau CSMBS (**yang keduanya dikelola secara terpusat**), pemerintah Muantai mengembangkan program *National Health Security* yang dikenal dengan kebijakan '30 Baht' yang dikelola oleh suatu badan otonom di tingkat pusat.

Dalam program ini, seluruh penduduk sektor informal dan anggota keluarga tenaga kerja swasta diwajibkan mendaftar ke salah satu rumah sakit dimana mereka akan berobat jika mereka sakit. Atas dasar penduduk yang terdaftar itu, pemerintah kemudian membayar rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain secara kapitasi sebesar 1.998 Baht (setara Rp 600.000 pada Januari 2009, dibandingkan dengan Jamkesmas yang hanya Rp 60.000) per kepala per tahun. Penduduk yang terdaftar akan membayar sebesar 30 Baht sekali berobat atau sekali perawatan di rumah sakit. Biaya yang dibayar itu sudah termasuk segala pemeriksaan, obat, pembedahan, dan perawatan intensif jika diperlukan. Program 30 Baht ini dikelola oleh *National Health Security Office*, yaitu kantor otonom di bawah Departemen Kesehatan yang berfungsi **sentral (terpusat)** untuk menjamin keadilan sosial di berbagai wilayah yang berbeda tingkat ekonominya (SSO, 2003<sup>37</sup>; Jongudomsuk, Pongpisut 2004<sup>38</sup>; Tangkorstein, 2005<sup>3940</sup>). Awalnya, sejak 2002, setiap penduduk Muangtai yang perlu berobat hanya membayar 30 Baht (setara Rp 10.000 pada Januari 2009) per kali berobat untuk semua layanan (termasuk operasi atau masuk dalam ICU). Tetapi sejak tahun 2008, pembayaran 30 Baht dianggap memberatkan dan menunda rakyat berobat dan karenanya keharusan membayar 30 Baht dihapuskan. Kini rakyat Muangtai tidak perlu membayar lagi ketika berobat, cukup menunjukkan kartu peserta elektronik yang dapat dilayani di seluruh negeri Muangtai. Karu ini bekerja *online* di seluruh negeri (Wonchai, 2009).<sup>41</sup>

## Korea Selatan

Seperti yang dilakukan Jepang, Jerman, dan banyak negara lain di dunia, Korea Selatan memulai jaminan sosialnya dengan mengembangkan asuransi kesehatan wajib di tahun 1976 setelah selama 13 tahun gagal mengembangkan asuransi kesehatan sukarela (swasta). Asuransi kesehatan wajib dimulai dari pemberi kerja yang memiliki jumlah pekerja banyak terus diturunkan. Pada tahun 1989 seluruh penduduk sudah memiliki asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh lebih dari 300 lembaga nirlaba. Kini seluruh badan penyelenggara dijadikan satu badan penyelenggara yaitu *National Health Insurance Corporation (NHIC)* suatu

**badan publik otonom/independen nirlaba** dengan cakupan praktis seluruh penduduk (Park, 2002<sup>42</sup>). Sedangkan jaminan pensiun atau hari tua baru dilaksanakan 1988 dengan mewajibkan pemberi kerja dengan 10 karyawan atau lebih mengiur untuk jaminan pensiun. Baru pada tahun 2003 ini, seluruh pemberi kerja dengan satu atau lebih pegawai diwajibkan ikut program pensiun yang dikelola oleh *National Pension Corporation* (NPC), juga sebuah **badan publik** yang tidak diatur atau dikecualikan dari peraturan hukum privat (hukum perusahaan/PT). Kedua lembaga NHIC dan NPC, dua badan nirlaba bersekala nasional berada di bawah pengawasan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan yang **dikelola terpusat**. Tidak ada badan lain yang diberikan wewenang untuk mengelola program jaminan sosial yang bertujuan menjamin keadilan sosial tersebut. Berbeda dengan NHIC yang mengelola seluruh penduduk, kecuali militer aktif dan penduduk miskin yang hanya berjumlah 3% dari seluruh penduduk, NPC hanya mengelola pensiun bagi pegawai swasta dan sektor informal. Pensiun untuk pegawai pemerintah, tentara, guru sekolah, pekerja tambang, dan petani dikelola terpisah dari NPC (Ha-Young and Hun-Sang, 2003<sup>43</sup>; Yang, 2005<sup>44</sup>). Pada saat ini seluruh penduduk Korea Selatan sudah mendapat jaminan kesehatan dan jaminan pensiun dari dua badan nasional tersebut.

### **Perancis**

Jaminan sosial di Perancis telah diselenggarakan lebih dari satu abad yang diawali dengan jaminan kesehatan. Jaminan sosial pertama dilaksanakan pada tahun 1898 tatkala Perancis masih didominasi oleh ekonomi pertanian. Pada saat ini sistem jaminan sosial di Perancis masih diselenggarakan oleh berbagai badan penyelenggara yang berbagai kelompok peserta seperti pegawai negeri, pekerja swasta, petani, pekerja sektor informal dan tentara. Program jaminan sosial mencakup program jaminan kesehatan (di Perancis dikenal dengan nama CNAM), jaminan pensiun atau hari tua (di Perancis dikenal dengan nama CNAV), jaminan pembiayaan keluarga (di Perancis dikenal dengan nama CNAF), dan jaminan perlindungan PHK (di Perancis dikenal dengan nama ARE).

Program tersebut merupakan program jaminan dasar. Pengumpulan iuran dilakukan secara **terpadu dan terpusat** oleh semacam Badan Administrasi yang disebut ACOSS. Selain program jaminan dasar, masih ada program jaminan tambahan yang juga bersifat wajib untuk berbagai sektor.

Berbeda dengan program jaminan sosial di banyak negara lain, di Perancis pembiayaan jaminan sosial lebih banyak bersumber dari pemberi kerja. Untuk program kesehatan, kecelakaan, dan cacat; pekerja hanya mengiur sebesar 2,45% dari upah sedangkan pemberi kerja mengiur sebesar 18,2%. Sementara untuk program pensiun, pekerja mengiur 6,55% sedangkan pemberi kerja mengiur sebesar 8,2%. Secara keseluruhan, pekerja mengiur sebesar 9% dan pemberi kerja mengiur sebesar 26,4% sehingga seluruh iuran menjadi 35,4% dari upah sebulan.

### **Jerman**

Jerman dikenal sebagai pelopor dalam bidang asuransi sosial yang merupakan dasar dari sistem jaminan sosial modern. Asuransi sosial pertama yang diselenggarakan di Jerman pada tahun 1883 menanggung penghasilan yang hilang apabila seorang pekerja menderita sakit. Sehingga dengan demikian, asuransi sosial kesehatan menjadi pintu gerbang penyelenggaraan berbagai program jaminan sosial sesuai dengan Deklarasi Hak Asasi Manusia PBB tahun 1948. Undang-undang mengatur tata cara penyelenggaraan asuransi kesehatan sedangkan penyelenggaraan asuransi kesehatan diserahkan kepada masyarakat, yang awalnya terkait dengan tempat kerja.

Jumlah badan penyelenggara yang disebut *sickness funds* tidak dibatasi sehingga pada awalnya mencapai ribuan jumlahnya, yang semuanya bersifat nirlaba. Banyaknya jumlah badan penyelenggara menyebabkan penyelenggaraan jaminan sosial di Jerman menjadi **tidak efisien dan mahal**. Namun demikian, karena rumitnya masalah asuransi kesehatan dan perlunya angka besar untuk menjamin kecukupan dana, maka terjadi merger atau perpindahan peserta karena badan penyelenggara bangkrut. Jika dulu jumlahnya mencapai 5.000 lebih, kini jumlahnya tinggal 200an saja. Proses penggabungan atau mati karena bangkrut berlangsung alamiah untuk efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan.

Sistem yang digunakan Jerman adalah dengan mewajibkan penduduk yang memiliki upah di bawah 45.900 Euro per tahun untuk mengikuti program asuransi sosial wajib. Sedangkan mereka yang berpenghasilan diatas itu, boleh membeli asuransi kesehatan dari perusahaan swasta, akan tetapi sekali pilihan itu diambil, ia harus seterusnya membeli asuransi kesehatan swasta. Akibatnya, banyak orang yang berpenghasilan diatas batas tersebutpun, memiliki ikut asuransi sosial. Pada saat ini 99,8% penduduk memiliki asuransi kesehatan dan hanya 8,9% yang mengambil asuransi kesehatan swasta. Sebagian kecil penduduk (seperti militer dan penduduk sangat miskin) mendapat jaminan kesehatan melalui program khusus (Grebe, A. 2003<sup>45</sup>; Ruckert, 2002<sup>46</sup>).

### **Australia**

Sistem jaminan sosial di Australia dimulai dengan sistem negara kesejahteraan dimana negara menanggung segala beban sosial seperti bantuan sosial bagi lansia (semacam uang pensiun). Sejak didirikannya Australia tahun 1901, Australia menjalankan sistem jaminan sosialnya melalui program bantuan sosial (pilar pertama dalam sistem Australia).

Sampai dengan awal tahun 70an, penduduk yang memasuki usia pensiun dan memiliki penghasilan dan aset di bawah jumlah tertentu mendapat uang pensiun otomatis dari pemerintah. Karena sifatnya bantuan sosial, maka tidak semua penduduk berhak mendapatkan dana pemerintah yang dikumpulkan dari pajak umum (*general tax revenue*). Oleh karenanya pemerintah mengembangkan instrumen seleksi, *means test* untuk menentukan siapa-siapa yang berhak mendapatkan bantuan sosial hari tua. Sedangkan jaminan kesehatan sudah menjadi hak setiap penduduk yang pendanaanya dibiayai dari dana pajak. Baru pada tahun 1973 dirasakan perlunya mengembangkan asuransi kesehatan wajib dan pada tahun 1983 dirasakan perlunya asuransi hari tua wajib. Praktek jaminan sosial dengan sistem asuransi wajib atau asuransi sosial baru diterapkan sepenuhnya sejak tahun 1992 yang pada waktu itu, sekitar 40% pekerja memiliki asuransi hari tua. Pada tahun 2001, dengan program asuransi sosial, maka sudah 97% pekerja tetap telah menjadi peserta. Pada tahun 2001, 65% penduduk lansia menerima pensiun (*Age Pension*) dari sistem asuransi wajib yang dikenal dengan *superannuation*.

Pengelolaan jaminan sosial wajib **dikelola oleh Pemerintah Federal** dan berada di bawah koordinasi Menteri Keuangan dan Administrasi, kecuali untuk angkatan bersenjata yang berada di bawah koordinasi Departemen Urusan Veteran. Investasi dana jaminan sosial (non kesehatan) dikelola oleh lembaga swasta pengelola dana yang berada di bawah pengawasan Departemen Keuangan. Sedangkan untuk asuransi kesehatan program jaminan sosial kesehatan (Medicare) dikelola oleh satu lembaga yang bersifat independen dan **tunggal bersekala nasional** dibawah supervisi *Health Insurance Commissioner HIC*) didalam koordinasi Departemen Kesehatan dan Pelayanan Orang Tua.

Program asuransi kesehatan tidak membedakan kelompok pekerjaan karena semua

pegawai swasta atau pemerintah menjadi peserta Medicare yang dikelola HIC. Pegawai swasta yang ingin mendapatkan pelayanan lebih baik dapat mendaftarkan diri pada asuransi kesehatan swasta dibawah koordinasi *Medibank Private Insurance* (MPI).

### **Amerika Serikat**

Jaminan sosial di Amerika pertama kali diundangkan pada tanggal 14 Agustus 1935 yang pada awalnya dikenal dengan naman OASDI program (*Old-Age, Survivors, and Disability Insurance*). Undang-undang jaminan sosial tersebut disetujui setelah terjadinya depresi ekonomi di Amerika di awal tahun 1930an. Awalnya, UU jaminan sosial Amerika tidak mencakup asuransi sosial kesehatan (Medicare). Program Medicare dalam sistem jaminan sosial di Amerika baru masuk 30 tahun kemudian, yaitu di tahun 1965 sehingga nama lain kini dikenal dengan OASDHI (*Old-Age, Survivors, Disability and Health Insurance* ). Program OASDI, tanpa kesehatan, pada hakikatnya mirip dengan program pensiun kita dimana peserta memperoleh manfaat uang tunai ketika mencapai usia pensiun, ahli waris peserta yang memenuhi syarat menerima manfaat jika peserta meninggal, dan apabila peserta menderita cacat. Menjelang UU Jaminan Sosial di Amerika diberlakukan, usulan untuk membuat program ini sukarela juga sudah diajukan dengan alasan pelanggaran atas hak kebebasan. Namun demikian, pilihan tersebut tidak diadopsi dalam UU karena bukti-bukti menunjukkan bahwa program sukarela tidak efektif. Sebenarnya Amerika termasuk terbelakang dalam mengembangkan jaminan sosialnya dibandingkan dengan Jerman dan Inggris (Rejda, <sup>47</sup>).

Sistem Jaminan Sosial di Amerika diselenggarakan dengan satu undang-undang dan diselenggarakan oleh satu badan pemerintah (*Social Security Administration, SSA*) **yang bersifat nasional dan dikelola oleh pemerintah Federal** yang berada di bawah Departemen Pelayanan Sosial. Untuk itu, setiap penduduk harus memiliki nomor jaminan sosial (9 digit) Social Security Number (SSN) yang berlaku untuk segala macam urusan seperti sebagai nomor pajak, karti SIM, bersekolah, menjadi nasabah bank, dan berbagai urusan kehidupan lain (Butler, 1999<sup>48</sup>; Henderson, 2002<sup>49</sup>; Zweifel, 2000<sup>50</sup>). Di Amerika, SSN menjadi Identitas Nasional yang menjadi identitas unik bagi setiap penduduk, bukan hanya warga negara. Dengan SSN, semua penduduk mengurus paspor, rekening bank, pekerjaan, pendidikan, pajak, jaminan sosial, dan sebagainya. Dengan demikian, program Jaminan Sosial Amerika bersifat monopolistik di tingkat Nasional dan mencakup jaminan hari tua dan jaminan kesehatan. Seluruh penduduk, apakah ia pegawai swasta maupun pegawai pemerintah harus masuk program jaminan sosial sehingga perpindahan pekerja dari satu pekerjaan ke pekerjaan lain atau dari satu negara bagian ke negara bagian lain tidak menjadi masalah. Jika ada yang berargumen bahwa Amerika adalah negara maju yang memiliki teknologi tinggi sehingga penyelenggaraan nasional itu bisa berjalan baik, sementara kita Indonesia masih jauh, maka orang tersebut berfikiran pendek. Ia tidak memahami bahwa Amerika sudah menjalankan sistem jaminan sosial seperti itu sejak tahun 1935, meskipun kesehatan baru masuk tahun 1965 (Almgren, 2007,<sup>51</sup> Wynia dan Shcwab, 2007,<sup>52</sup>). Ketika itu, keadaan ekonomi, teknologi, politik, dsb di Amerika jauh lebih jelek dari keadaan ekonomi, sosial, teknologi, dan politik kita di Indonesia sekarang ini.

### **Kesimpulan dan Saran**

Penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk AKN atau JKN merupakan mekanisme pengaman dalam mengoreksi kegagalan mekanisme pasar dalam mencapai tujuan keadilan sosial bagi seluruh rakyat. Banyak orang mengkritik penyelenggaraan jaminan sosial karena tidak

menggunakan mekanisme pasar. Tidak banyak yang memahami bahwa penyakit mekanisme pasar tidak bisa dikembalikan ke mekanisme pasar. Oleh karenanya, instrumen yang dibentuk dalam rangka merespons mekanisme pasar, seperti PT dan Koperasi, tidak bisa (tidak efektif dan tidak efisien) digunakan untuk penyelenggaraan jaminan sosial.

Badan Penyelenggara yang sesuai adalah suatu Badan Hukum khusus, yang dibentuk khusus dengan suatu UU BPJS atau perubahan UU SJSN yang menambahkan bentuk badan hukum dan mekanisme kerja BPJS. Hal tersebut sesuai dengan amanat UUD45 pasal 23A yang mengharuskan pungutan yang bersifat memaksa (wajib) diatur dengan sebuah UU. Badan hukum ini terpisah kekayaan maupun manajemennya dari kekayaan dan manajemen pemerintahan (pusat maupun daerah) untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan program publik (jaminan sosial/AKN) untuk seluruh rakyat. Pelajaran dari berbagai negara menunjukkan bahwa memang semakin banyak negara yang memisahkan pengelolaan jaminan sosial (termasuk JKN) dengan membentuk Badan Publik Nirlaba, yang berbeda dengan perusahaan BUMN atau perusahaan *go public*. Badan ini juga bukan milik Pemerintah dan bukan milik pemda. Badan ini dapat diberikan otonomi manajemen di daerah tetapi mempunyai sistem informasi tunggal secara nasional. Pelajaran dari berbagai negara menunjukkan bahwa badan tunggal dengan atau tanpa otonomi di daerah atau sistem informasi tunggal menjamin stabilitas dana, keadilan bagi seluruh rakyat, dan efisien. Awalnya memang banyak kontroversi karena pemahaman yang masih lemah akan manfaat dan potensi program Nasional. Di Sektor pendidikan, kita sudah punya UU BHP yang merumuskan BHP sebagai badan khusus penyelenggara pendidikan. Hanya saja, karena layanan BHP tidak seumur hidup rakyat, maka BPJS harus berbeda dengan BHP. Diperlukan orang kuat untuk mengubah pemahaman konsep BPJS agar jaminan sosial/AKN dapat menjadi tulang punggung kesejahteraan dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dan sekaligus menjadi Identitas Nasional, sebagaimana Social Security Number (karena penyelenggaraan jaminan sosial secara Nasional oleh Social Security Administration di tingkat Federal) di Amerika. Kemajuan teknologi informasi dan komunikasi telah mampu mendobrak berbagai kesulitan manajemen karena letak geografis kepulauan maupun ketidak-seimbangan fasilitas di berbagai daerah. Jika kita mau, program besar Nasional dapat kita wujudkan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di tingkat Nasional menjamin program dasar yang setara untuk seluruh rakyat, yang merupakan kebutuhan dasar minimum layak. Dalam bidang kesehatan jaminan tersebut telah disepakati merupakan jaminan layanan kesehatan perorangan komprehensif. Pemerintah daerah maupun swasta dapat membentuk BPJSD/S yang memberikan jaminan yang bersifat komplemen (yang tidak dijamin program nasional) maupun yang bersifat suplement (menambah manfaat atau kualitas manfaat) yang dijamin program nasional. Dengan cara ini, terjadi win-win dalam perebutan kepentingan tetapi rakyat mendapat jaminan yang paling optimal.

## Daftar Bacaan

---

- <sup>1</sup> HIAA. Fundamental of Health Insurance Part A. The Health Insurance Association of America. Washington DC. 1997
- <sup>2</sup> Timmins N. A Time For Change In The British NHS: An Interview With Alan Milburn. Health Affairs: 21: May/ June 2002

- 
- <sup>3</sup> Schramm B. Social Health Insurance – Systems of Solidarity. GTZ, Eschborn, Germany, 2004
- <sup>4</sup> Tuohym CH The Costs Of Constraint And Prospects For Health Care Reform In Canada. Health Affairs: 21 (3). 2002
- <sup>5</sup> Cheng, T. Taiwan’s New National Health Insurance Program: Genesis And Experience So Far. Health Affairs: 22, No 3, 2003
- <sup>6</sup> Herrin, Alejandro. The Phillipines. Dalam Sein ,Than; Bayarsaikhan, Dorjsuren; Rin, Aviva. Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific. WHO. New Delhi dan Manila, 2005
- <sup>7</sup> Yang BM, Bae EY, and Kim J. Economic Evaluation And Pharmaceutical Reimbursement Reform In South Korea’s National Health Insurance [Health Affairs 27, no. 1 (2008
- <sup>8</sup> Rejda. Principle of Risk n Insurance, New York, 2005
- <sup>9</sup> Voughan EJ and Vaughan T. Fundamental Risk and Insurance. John Willey and Sons, New York, 2003
- <sup>10</sup> Keputusan MK tanggal 31 Agustus 2005 tentang Uji Materi UU SJSN
- <sup>11</sup> ILO. Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care. Geneva, August 2007
- <sup>12</sup> WB. Disease Control Priorities in Dev Countries. Check di DCP2 atau ILO 2007 Univ coverage
- <sup>13</sup> WHO, World Health Report, 2007. Attachements. WHO, Geneva, 2007
- <sup>14</sup> Wold Bank, 2008. Investing in Health, Indonesian Public. WB, Jakarta 2008
- <sup>15</sup> Stiglitz, J. The Roaring Nineties. 1999
- <sup>16</sup> Derickson, A. *Health Security for All: Dream of Universal Health Care in America*. The John Hopkins University Press, Maryland, USA, 2005
- <sup>17</sup> <http://www.barackobama.com/pdf/HealthPlanFull.pdf> diakses tanggal 17 Januari 09
- <sup>18</sup> Health Security America, Clinton, 1993
- <sup>19</sup> Boychuk, GW. National Health Insurance in the United States and Canada. Georgetown University Press, Washington DC, 2008
- <sup>20</sup> Mayes, R. Universal Coverage: The Elusive Quest for National Health Insurance. The University of Michigan Press, Ann Arbor, 2004
- <sup>21</sup> ILO Jakarta, 2008
- <sup>22</sup> Schieber G, Baeza C, Kress D, and Maier M. Financing Health Systems in the 21st Century. Dalam “Disease Control Priorities in Developing Countries SECOND EDITION. Ed Jamison et al. A copublication of Oxford University Press and The World Bank. Washington DC. 2006
- <sup>23</sup> Gufron, Saksi Ahli. Keputusan MK. 2005
- <sup>24</sup> Ali Gufron, dkk. Laporan Studi PJKMM- Program Magister Kesehatan FKUGM-Badan Litbangkes, Web Depkes.go.id. 2006
- <sup>25</sup> Oka Mahendra. Dirjen Hukum dan Perundang-undangan. Penjelasan dan Arti Keputuasn MK yang disampaikan dalam Loka Karya SJSN di Jakarta, Maret 2006
- <sup>26</sup> Coheur. The state of development of private non-profit social protection organizations, ISSA, Geneva 2008
- <sup>27</sup> Henke KD and Schreyögg J. Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands: A comparative study. 2<sup>nd</sup> Ed. ISSA, 2005

- 
- <sup>28</sup> Human Science Research Council Policy Analysis Unit (PAU). A national health system financed through National Health Insurance: possibilities and Challenges. Report on the colloquium “Health within a comprehensive system of social security” held on 31st July – 2nd August 2007
- <sup>29</sup> ISSA, 2008. ISSA Annual Review 2007-2008. P1. Geneva, 2008
- <sup>30</sup> ISSA, 2007. World Social Security Forum 29 Th Issa General Assembly: Developments And Trends Supporting Dynamic Social Security. Geneva, 2007
- <sup>31</sup> Kertonegoro, S. Sistem dan Program Jaminan Sosial di Negara-negara ASEAN. Yayasan Tenaga Kerja Indonesia, Jakarta, 1998.
- <sup>32</sup> Roy, Charlotte. New Management Practices in Social Security. Dalam Hoskins, Dalmer; Dobbernack, Donat dan Kupstsch Christine (Editor). Social Security at the Dawn of the 21<sup>st</sup> Century. Transaction Publisher. New Jersey, USA. 2001
- <sup>33</sup> Purwanto, E dan Wibisana, W. Laporan Studi Banding Jaminan Sosial di Filipina. 18 Juni 2002.
- <sup>34</sup> Herrin, Alejandro. The Phillipines. Dalam Sein ,Than; Bayarsaikhan, Dorjsuren; Rin, Aviva. Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific. WHO. New Delhi dan Manila, 2005
- <sup>35</sup> Social Security System of the Philippine. Guide Book for SSS Members. Manila, 7<sup>th</sup> Edition, 2001
- <sup>36</sup> Dueckue, P. PhilHealth today. Makalah disampaikan pada Loka Karya Social Health Insurance di Asia Tenggara. Bangkok, 3-6 Juli 2003
- <sup>37</sup> SSO. Social Security System in Thailand and Its Prospect for the Future. Bahan Peresentasi, Bangkok, 2003
- <sup>38</sup> Jongudomsuk, Pongpisut. Achieving Universal Coverage Of Health Care In Thailand Through 30 Baht Scheme. Bangkok, September 2004.
- <sup>39</sup> Tangkorstein, Viroj. Thailand Health Care System. WHO Expert Meeting. Manila, March 4-6, 2005
- <sup>40</sup> Hughes D and Leethongdee S. Universal Coverage In The Land Of Smiles: Lessons From Thailand’s 30 Baht Health Reforms. *Health Affairs* 26, no. 4 (2007): 999–1008
- <sup>41</sup> Wonchai. Self Care and Health System of Thailand. WHO Regional Meeting on Primary Care, Bangkok, 7-9 Januari 2009.
- <sup>42</sup> Park Yang. National Health Insurance in Korea. Makalah disajikan pada delegasi Indonesia ke Korea, Juli 2003.
- <sup>43</sup> Ha-Young and Hun-Sang, National Pension Scheme in Korea. Makalah disajikan dalam ISSA Training, Bali, 13-22 Oktober 2003
- <sup>44</sup> Yang, Bong-Min. Republic of Korea. Dalam Sein ,Than; Bayarsaikhan, Dorjsuren; Rin, Aviva. Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific. WHO. New Delhi dan Manila, 2005
- <sup>45</sup> Grebe, A. Social Security System in Germany. Bahan presentasi di depan Delegasi Indonesia di Jerman. Juni, 2003
- <sup>46</sup> Ruckert, Paul. Statutory Health Insurance in Germany. Makalah disajikan pada Asia Pacific Summit on Health Insurance. Jakarta, 22-24 Mei 2002.
- <sup>47</sup> Rejda, GE. Social Insurance and Economic Security. Prentice Hall, New Jersey, 1988 p25
- <sup>48</sup> Butler, Richard. The Economic of Social Insurance and Employee Benefits. Kluwer

---

Academic Publishers, Boston, 1999

<sup>49</sup> Henderson, James. *Health Economics and Policy*. South-Western, Australia. 2002

<sup>50</sup> Zweifel, Peter. *The Division of Labor Between Private and Social Insurance*. Dalam Dionne, Georges. *Hand Book of Insurance*. Kluwer Academic Publishers, Boston, 2000

<sup>51</sup> Almgren, G. *Health Care Politics, Policy, and Services: A Social Justice Analysis*. Springer Publishing Company, New York. 2007

<sup>52</sup> Wynia MK dan Shwab AP. *Ensuring Fairness in Health Care Coverage*. AMACOM, New York, 2007