

PERLUASAN KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN BAGI PEKERJA SEKTOR INFORMAL (STUDI EVALUASI PRADAN PASCA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL)

*EXPANDING INFORMAL SECTOR MEMBERSHIP IN HEALTH INSURANCE
(EVALUATION STUDY OF PRE AND POST NATIONAL HEALTH INSURANCE)*

Haerawati Idris¹, Laksono Trisnantoro², Elan Satriawan³

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya Palembang

²Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

³Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Informal sector workers still dominate the workforce in Indonesia. BPS data per August 2012 stated that 60.14% of workers in Indonesia's status as workers in the informal sector. The informal workers is potential members of national health insurance. In achieving Universal Health Coverage, the health BPJS extend its scope beginning in January 2014 to include these workers.

Method: This study aimed to evaluate the participation of the informal sector in health insurance scheme pre- and post the national health insurance. The study was conducted with quantitative and qualitative methods. Quantitative studies using secondary data, participation of workers in the informal sector BPJS 2014 program and qualitative study was obtained through a review of several studies related to worker's health insurance and literature studies related health insurance policy.

Result: The result shows that pre JKN the coverage is still low. This is motivated because the workers are not fully be covered in the social security program and they have not been covered by the Law No. 3 1992. Jamkesmas Program only able to cover poor informal sector workers. However, with the enactment of the National Health Insurance program organized by the health BPJS there is an increase in membership. The first 4 months of monitoring the implementation of national health insurance showed a sizeable increase in registration. In addition, an increasing number of utilization is dominated by those who are sick. This indicates the occurrence of adverse selection. Based on the policy aspects, their participation has been stated in Presidential Decree No. 111 in 2013, but the rules do not explicitly describe the efforts that must be made in extending coverage and maintaining the continuity of these workers to remain a participant of JKN. This study implies that the policy makers need to create a scheme as effort to ensure the sustainability of the expansion of the membership and participation of the informal sector in health BPJS

Keywords: evaluation, health insurance, informal sector workers

ABSTRAK

Latar belakang: Pekerja sektor informal atau dikenal dengan istilah pekerja bukan penerima upah masih mendominasi angkatan kerja di Indonesia. Data BPS per Agustus 2012 menyebutkan bahwa 60,14% pekerja di Indonesia berstatus

sebagai pekerja di sektor informal. Jumlah pekerja informal yang cukup besar merupakan potensi kepesertaan jaminan kesehatan nasional. Dalam upaya pencapaian *Universal Health Coverage (UHC)*, pihak BPJS kesehatan memperluas cakupannya mulai Januari 2014 termasuk pada pekerja ini. Kajian ini bertujuan untuk mengevaluasi kepesertaan pekerja sektor informal dalam skema jaminan kesehatan pra dan pasca JKN.

Metode: Kajian ini dilakukan dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Studi Kuantitatif menggunakan data sekunder berupa data kepesertaan pekerja sektor informal pada program BPJS tahun 2014 dan studi kualitatif diperoleh melalui review beberapa hasil penelitian terkait jaminan kesehatan pekerja ini dan studi literatur terkait kebijakan jaminan kesehatan.

Hasil: Cakupan kepesertaan pra JKN masih rendah. Hal ini dimotivasi karena pekerja ini belum sepenuhnya ter-cover dalam program jamsostek & keberadaan mereka belum dicakup dalam UU No. 3/1992. Program jamkesmas hanya mampu mengcover pekerja sektor informal miskin. Namun, dengan berlakunya program Jaminan kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan menunjukkan peningkatan kepesertaan. Monitoring 4 bulan pertama pelaksanaan jaminan kesehatan nasional menunjukkan adanya kenaikan registrasi yang cukup besar. Selain itu, peningkatan jumlah utilisasi pekerja ini didominasi oleh mereka yang sakit. Hal ini menunjukkan terjadinya *adverse selection*. Berdasarkan aspek kebijakan, kepesertaan mereka telah tercantum dalam Perpres No. 111 tahun 2013 namun kebijakan ini belum secara eksplisit menerangkan upaya yang harus dilakukan dalam memperluas kepesertaan dan menjaga kesinambungan pekerja ini untuk tetap menjadi peserta BPJS. Studi ini memberikan implikasi agar pihak pengambil kebijakan jaminan kesehatan nasional perlu membuat skema dalam upaya perluasan kepesertaan dan menjamin keberlangsungan kepesertaan pekerja sektor informal dalam BPJS kesehatan.

Kata kunci: evaluasi, jaminan kesehatan, pekerja sektor informal

PENGANTAR

Jaminan sosial merupakan mekanisme negara dalam mengatasi tantangan penyediaan akses dan pelayanan kesehatan bagi warga negara khususnya masyarakat miskin. Perluasan jaminan kesehatan

memberikan manfaat dalam mengurangi kendala biaya ketika mengakses pelayanan kesehatan serta melindungi rumah tangga dari pengeluaran katas-tropik dan kemiskinan akibat pengeluaran pelayanan kesehatan^{1,6}. Banyak negara telah berupaya mencari cara agar sistem pembiayaan kesehatan mampu menyediakan secara cukup akan perlindungan risiko terhadap biaya pelayanan kesehatan bagi seluruh warga negara⁷. Pada tahun 2005, anggota negara World Health Organization (WHO) berkomitmen mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka terhadap risiko pendapatan⁸. Pencapaian tujuan ini merupakan upaya dalam mencapai cakupan kesehatan menyeluruh⁹. Studi-studi sebelumnya menyebutkan bahwa tantangan yang dihadapi dalam upaya mencapai *universal coverage* adalah meng-cover pekerja sektor informal^{2,3,10,11}.

Kecenderungan pekerja sektor informal kini mendominasi perekonomian di negara-negara berkembang termasuk di Indonesia. Kondisi pasar kerja Indonesia menunjukkan sebagian besar angkatan kerja berada pada lapangan sektor informal. Berdasarkan data BPS per Agustus 2012, sejumlah 60,14% pekerja di Indonesia berstatus sebagai pekerja sektor informal¹². Sektor ini memiliki peran yang sangat penting dalam pembangunan sebab mampu menyerap banyak tenaga kerja dan tidak menuntut keterampilan yang tinggi. Selain itu, peranan sektor informal bisa menjadi wadah bagi pengembangan sumber daya manusia, dimana tenaga kerja yang tidak terlatih tersebut dapat meningkatkan keterampilannya dengan memasuki sektor informal terlebih dahulu sebelum masuk ke sektor formal¹³.

Pekerja sektor informal menurut UU Ketenagakerjaan No. 13/2002 merupakan orang yang bekerja tanpa relasi kerja, yang berarti tidak ada perjanjian yang mengatur elemen-elemen kerja, upah dan kekuasaan. Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi secara umum mendefinisikan sektor informal sebagai semua bisnis komersial dan non komersial (atau aktivitas ekonomi) yang tidak terdaftar, yang tidak memiliki struktur organisasi formal dan secara umum memiliki ciri-ciri: dimiliki keluarga, kegiatan berskala kecil, padat karya, menggunakan teknologi yang diadaptasi dan bergantung pada sumber lokal¹⁴.

Kebijakan kesehatan pemerintah yang memiliki relevansi langsung dengan pekerja sektor informal masih terbatas saat pra JKN. Sebagaimana disebutkan dalam RJPJM (Pada tahun 1992, PT jamsostek (Persero) menyediakan lima program per-

indungan yang mencakup Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK), Jaminan Kompensasi Kecelakaan (JKK), Jaminan Kematian (JKM), Jaminan Hari Tua (JHT) dan Jaminan Pensiun (JP) bagi seluruh pegawai dan keluarganya. Namun, program ini masih terbatas pada sektor formal. Tahun 2005, pemerintah mengeluarkan kebijakan berupa Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Bantuan jaminan ini diperuntukkan untuk keluarga miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan dengan harapan mampu meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, misalnya rumah sakit atau puskesmas. Selain itu, peraturan menteri tenaga 24/MEN/VI/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja bagi Tenaga Kerja yang Melakukan Pekerjaan Di luar Hubungan Kerja, pekerja informal dapat mengikuti program Jamsostek seperti Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT), Jaminan Kematian (JK) dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK). Disusul dengan Program Jamkesda yang salah satu sarasannya adalah pekerja informal. Namun kebijakan tersebut belum mampu optimal meng-cover pekerja sektor informal. Studi yang dilakukan Bappenas melaporkan sekitar 32,5 juta pekerja sektor ini tidak akan ditanggung oleh skema jaminan kesehatan nasional tahun 2014. Jumlah tersebut tidak masuk anggota keluarga¹⁵.

Skema-skema jaminan kesehatan bagi pekerja di sektor informal sebelum era jaminan kesehatan nasional masih terfragmentasi, terbagi-bagi. Biaya kesehatan dan mutu pelayanan pun menjadi sulit terkendali. Untuk mengatasi hal itu pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-Undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang No. 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No.24/2011 juga menetapkan bahwa jaminan sosial nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS kesehatan yang implementasinya secara bertahap, yaitu dimulai 1 Januari 2014 kepesertaanya paling sedikit meliputi: Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan, anggota TNI/PNS/Polri beserta keluarganya, peserta asuransi PT. Askes beserta keluarganya serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 1 Januari 2019 termasuk pekerja sektor informal¹⁶.

Tujuan studi ini adalah mengevaluasi kepesertaan pekerja sektor informal dalam skema jaminan kesehatan pra dan pasca JKN. Paper ini dibagi menjadi lima bagian, bagian kedua metode, bagian ketiga hasil, bagian keempat pembahasan, bagian lima kesimpulan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Kajian ini dilakukan dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Studi Kuantitatif menggunakan data sekunder berupa data kepesertaan pekerja sektor informal BPJS tahun 2014 dan studi kualitatif diperoleh dari review beberapa hasil penelitian terkait jaminan kesehatan pekerja ini dan studi literatur terkait kebijakan jaminan kesehatan

**HASIL KAJIAN DAN PEMBAHASAN
Pra JKN**

Cakupan kepesertaan pekerja sektor informal pra JKN masih rendah. Penelitian yang diadakan Direktorat Bina Kesehatan Kerja tahun 2006 menyatakan bahwa 60% pekerja formal dan 1% pekerja informal dilindungi dengan pembiayaan kesehatan¹⁷. Selain itu, menurut data Sakernas tahun 2007, jumlah tenaga kerja yang melakukan pekerjaan di luar hubungan kerja (TK-LHK) atau pekerja sektor informal mencapai 31,7 juta orang, yang tersebar di seluruh Indonesia yang bekerja di berbagai sektor. Namun TK-LHK yang jumlahnya relatif besar tersebut baru sebagian yang telah memperoleh perlindungan dari program jaminan sosial tenaga kerja mencapai 196.127 orang (0,61%)¹⁸. Hal ini pula berarti jaminan kesehatan masih minim dimiliki oleh kelompok pekerja ini. Selain itu, Dewan Jaminan Sosial Nasio-

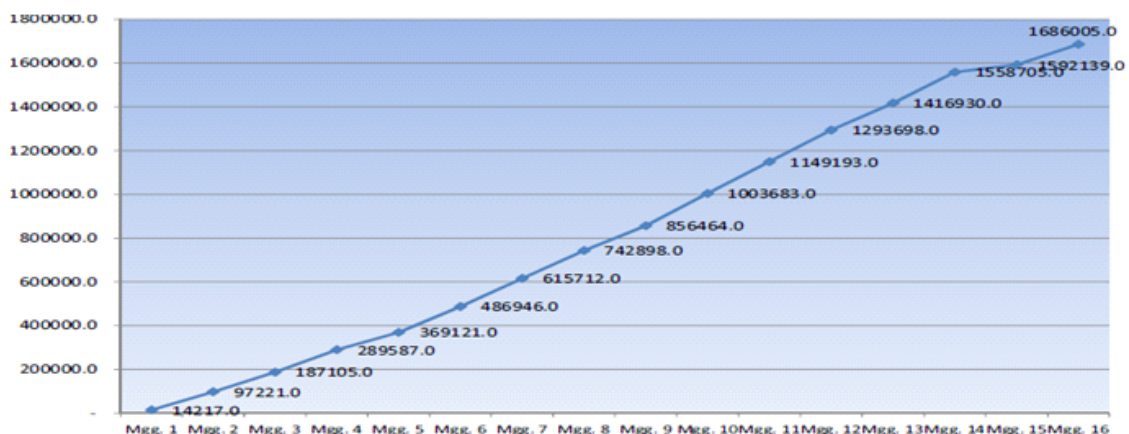
nal (DJSN) tahun 2012 menyebutkan sekitar 36,8 persen penduduk Indonesia belum mempunyai jaminan kesehatan apapun, termasuk mereka yang bekerja di sektor informal. Kebijakan Jamkesmas yang dimulai tahun 2005 hanya mampu mengcover pekerja sektor informal yang miskin sedangkan pekerja sektor informal non miskin belum mendapatkan jaminan kesehatan.

Pasca JKN

Berlakunya program Jaminan kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan awal 2014 menunjukkan peningkatan dalam hal kepesertaan. Monitoring empat bulan pertama pelaksanaan JKN menunjukkan adanya kenaikan registrasi kepesertaan pekerja sektor informal yang cukup signifikan (lihat gambar 1). Selain itu, jumlah utilisasi oleh pekerja mandiri yang sakit meningkat (lihat gambar 2). Hal ini mengindikasikan terjadinya *adverse selection* dimana peningkatan kepesertaan jaminan kesehatan didominasi oleh pekerja sektor informal yang sakit.

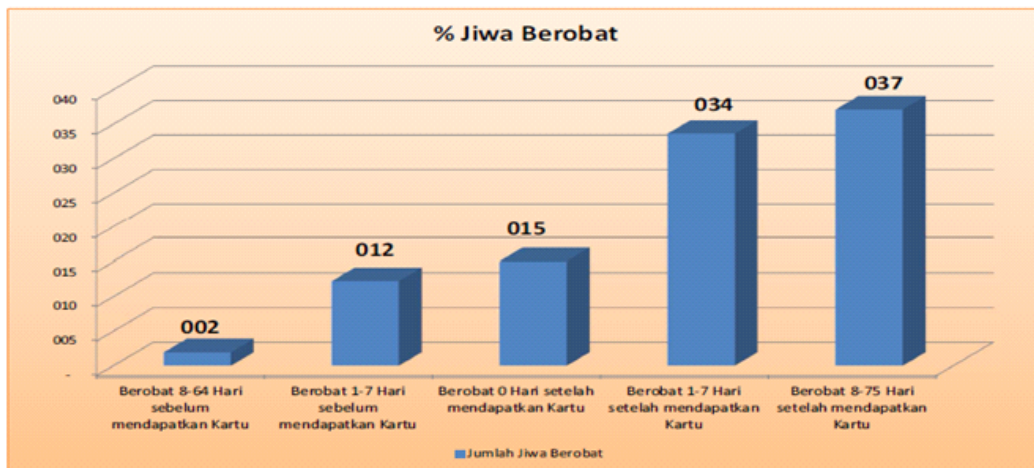
Catatan BPJS Kesehatan akhir tahun 2014 menunjukkan bahwa sekitar 44% pekerja sektor informal menunggak membayar premi. Besar tagihan iuran premi pekerja ini sekitar Rp.400-an milyar¹⁹. Pendapatan yang tidak teratur dan menentu oleh sebagian pekerja ini dapat menjadi penyebab keterlambatan dalam membayar premi.

Jumlah peserta pekerja sektor informal yang tercakup program BPJS kesehatan beragam antar kota. Kepesertaan yang tertinggi berada di kota Jawa Barat disusul kota Jawa timur dan DKI Jakarta. Daerah tersebut merupakan daerah yang padat akan



Sumber: BPJS Kesehatan, Juni 2014

Gambar 1. Perkembangan Jumlah Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (Jan-April 2014)



Sumber: BPJS Kesehatan 2014

Gambar 2. Data Utilisasi Peserta Mandiri

pekerja sektor informal. Berbeda halnya dengan pekerja sektor informal yang berada di Maluku dan Maluku utara memiliki kepesertaan yang sangat rendah seperti terlihat pada Tabel berikut.

Tabel 1. Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan Per 31 Desember 2014

| No. | Provinsi | Jumlah Penduduk | Non PBI |
|--------------|----------------------|--------------------|-----------------------------|
| | | | Pekerja Bukan Penerima Upah |
| 1 | Bali | 4,151,630 | 101,735 |
| 2 | Banten | 9,916,848 | 594,171 |
| 3 | Bengkulu | 1,909,986 | 70,787 |
| 4 | DI Yogyakarta | 3,535,644 | 113,087 |
| 5 | DKI Jakarta | 9,768,250 | 987,961 |
| 6 | Gorontalo | 1,132,510 | 13,242 |
| 7 | Jambi | 3,375,079 | 140,617 |
| 8 | Jawa Barat | 42,223,484 | 2,126,142 |
| 9 | Jawa Tengah | 34,798,486 | 977,936 |
| 10 | Jawa Timur | 38,999,837 | 958,067 |
| 11 | Kalimantan Barat | 5,281,941 | 172,732 |
| 12 | Kalimantan Selatan | 3,805,002 | 103,368 |
| 13 | Kalimantan Tengah | 2,425,226 | 72,680 |
| 14 | Kalimantan Timur | 3,185,555 | 161,981 |
| 15 | Kalimantan Utara | 1,054,238 | 45,562 |
| 16 | Kep. Bangka Belitung | 1,269,381 | 72,283 |
| 17 | Kepulauan Riau | 1,802,229 | 133,790 |
| 18 | Lampung | 9,499,116 | 227,975 |
| 19 | Maluku | 1,785,652 | 18,408 |
| 20 | Maluku Utara | 1,239,677 | 14,238 |
| 21 | NAD | 5,046,182 | 10,010 |
| 22 | Nusa Tenggara Barat | 5,128,563 | 68,440 |
| 23 | Nusa Tenggara Timur | 5,240,337 | 64,759 |
| 24 | Papua | 3,847,747 | 44,693 |
| 25 | Papua Barat | 1,060,142 | 21,431 |
| 26 | Riau | 5,831,888 | 244,416 |
| 27 | Sulawesi Barat | 1,514,837 | 24,336 |
| 28 | Sulawesi Selatan | 9,414,387 | 249,555 |
| 29 | Sulawesi Tengah | 2,795,470 | 63,694 |
| 30 | Sulawesi Tenggara | 2,482,921 | 43,304 |
| 31 | Sulawesi Utara | 2,559,223 | 113,568 |
| 32 | Sumatera Barat | 5,366,763 | 231,913 |
| 33 | Sumatera Selatan | 7,975,149 | 271,052 |
| 34 | Sumatera Utara | 14,510,668 | 494,926 |
| Total | | 253,934,048 | 9,052,859 |

Keterangan :

Sumber data : BPJS Kesehatan, Data per Desember 2014

Jumlah Penduduk adalah data per Tahun 2011 (sumber data website Kemendagri)

Kebijakan terkait kepesertaan pekerja sektor informal dalam era jaminan kesehatan nasional tercantum dalam Perpres No. 111/2013. Namun, dibutuhkan proses pentahapan hingga mampu meng-cover pekerja informal secara menyeluruh. Peraturan ini belum secara eksplisit menggambarkan upaya dalam memperluas dan menjaga *sustainable* pekerja sektor informal dalam kepesertaan BPJS.

PEMBAHASAN

Fenomena sektor informal merupakan fenomena yang sangat umum terjadi di negara-negara berkembang. Persentase sektor informal di negara-negara dunia ketiga seperti Amerika Latin, Sub Sahara Afrika, Timur Tengah, Afrika Utara dan Asia Selatan berkisar antara 30-70% dari total tenaga kerja. Dari proporsi tenaga kerja yang mencari nafkah di berbagai sektor dalam pembangunan ekonomi, ternyata dari tahun ke tahun penyediaan kesempatan kerja sektor pertanian semakin menurun, sedangkan pada sektor non pertanian menunjukkan kenaikan. Dalam hubungan ini ternyata sebagian besar angkatan kerja pada sektor informal²⁰. Dominasi pekerja sektor informal pun terjadi di Indonesia.

Jaminan kesehatan merupakan hak pekerja. Pada era pra JKN, peran pemerintah dalam memenuhi hak-hak tenaga kerja diwujudkan dalam UU No. 3/1992 tentang jamsostek. Aturan ini mencakup semua pekerja, baik yang setengah pengangguran (*under employment*) ataupun tidak. Pada penerapannya, cakupan wajib hanya dibatasi pada perusahaan yang mempunyai 10 orang pekerja atau lebih, dengan upah bulanan lebih dari Rp 1 juta. Artinya, undang-undang hanya mencakup sektor perekonomian yang bersifat formal. Peraturan ini tidak menjangkau pekerja di sektor informal. Akibatnya, cakupan kepesertaan pekerja di Jamsostek tidak mengalami kenaikan yang signifikan.

Kepemilikan jaminan kesehatan pekerja sektor informal yang rendah dimotivasi oleh pekerja ini belum sepenuhnya ter-cover dalam program jamsostek & keberadaan mereka belum dicakup dalam UU No.3/1992. Sementara itu, untuk mengatur perluasan jaminan sosial bagi pekerja di sektor informal, pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. 24/2006 (PER-4/MEN/VI/2006) tentang Pelaksanaan Pedoman Program Jaminan Sosial untuk Pekerja yang Bekerja di Luar Hubungan Kerja. Peraturan ini mencakup mereka yang bekerja sebagai wirakomersial seperti dokter, aktor/aktris, serta petani atau pedagang. Pada pelaksanaannya, kebijakan ini menemukan banyak persoalan yakni identifikasi istilah "di luar hubungan

kerja resmi" yang belum jelas, pembatasan usia partisipasi, pembatasan premi dan pengetahuan pekerja sektor informal tentang skema jaminan sosial yang terbatas. Upaya pemerintah dalam mengatur sistem asuransi secara luas bagi semua penduduk dituangkan dalam UU No. 40/2004 tentang sistem jaminan sosial nasional. Undang-undang ini diberlakukan mulai Oktober 2004. Aturan ini menegaskan bahwa jaminan sosial akan melindungi semua rakyat Indonesia dari penyakit, kecelakaan, kehilangan pekerjaan, hari tua atau mereka yang terpaksa pensiun akibat hilangnya pendapatan baik secara sebagian maupun secara total. Meskipun demikian, hanya sedikit masyarakat yang memperoleh jaminan sosial yang memadai. Tingkat partisipasi yang tinggi dicapai oleh kelompok berpenghasilan rendah dan kelompok berpenghasilan tinggi. Hal ini disebabkan asuransi kelompok pertama didanai oleh pemerintah dan asuransi kelompok kedua dijamin oleh pemberi kerja. Hukum ini menetapkan bahwa pemerintah tidak membayar kontribusi bagi kalangan non miskin dalam sektor informal²¹.

Pada era JKN, terdapat peta jala yang disusun oleh DJSN. Pemerintah berkomitmen mencapai cakupan semesta pada akhir tahun 2019, dimana semua penduduk mempunyai jaminan kesehatan dan mendapatkan manfaat pelayanan medis. Pekerja sektor informal diharapkan mampu mendaftarkan kepesertaannya ke BPJS kesehatan selama periode tahun 2014-2019. Menjadi tantangan tersendiri dalam perluasan jaminan kesehatan di Indonesia karena struktur kelompok pekerja di sektor informal yang relatif tinggi dibanding jumlah pekerja di sektor formal. Secara umum, pekerja di sektor informal memiliki tingkat konsumsi yang lebih tinggi dibanding dengan tingkat pendapatannya sehingga apabila pekerja/anggota keluarga jatuh sakit, maka pekerja/anggota keluarga akan kehilangan produktivitas dan/atau kehilangan sumber pendapatan yang memudahkan mereka untuk jatuh miskin.

Hasil analisis menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan kepesertaan pada pekerja ini di awal pelaksanaan JKN. Adapun yang paling merasakan manfaatnya adalah mereka yang selama ini sakit kronis dan belum memiliki jaminan²². Utilisasi oleh Pekerja mandiri cukup besar di awal JKN. Hal ini mengindikasikan terjadinya *adverse selection* di kalangan pekerja mandiri. Selain itu, kepesertaan pekerja ini mendominasi daerah perkotaan dan sedikit pada daerah pedesaan. Hal ini perlu menjadi perhatian BPJS dalam melakukan ekspansi kepesertaan. Meskipun terjadi peningkatan registrasi kepesertaan pada pekerja sektor informal, Pihak BPJS

memiliki tantangan ke depan dalam mengcover pekerja ini. Adanya tunggakan pembayaran premi menjadi sebuah masalah yang perlu diperhatikan. Selain itu, kendala lain dalam perluasan jaminan kesehatan pada pekerja ini adalah pengetahuan pekerja sektor informal akan JKN masih kurang. Studi yang dilakukan di Bali menunjukkan bahwa sejumlah 84,9% pekerja sektor informal belum memahami tentang JKN. Keinginan ikut serta dalam program BPJS terkendala karena ketidaktahuan proses pendaftaran²³.

Pemerintah Indonesia mendukung jaminan kesehatan semesta (UHC) sebagai tujuan penting untuk pengembangan sistem pembiayaan kesehatan. Namun pada saat yang sama belum ada satu rumus yang diterapkan untuk mencapai tujuan UHC tersebut. Pengalaman global menunjukkan sebagian besar reformasi terhadap jaminan kesehatan semesta telah dilaksanakan secara bertahap, dimulai dengan PNS, sektor formal dan kelompok miskin. Namun, cakupan sektor informal lebih sulit dijangkau dan berkembang lebih lama di kelompok penduduk menengah bawah yang dikategorikan berpenghasilan rendah. Tingginya tingkat informalitas di negara ini menciptakan tantangan tambahan untuk pencapaian langsung dari jaminan kesehatan semesta. Dalam pelaksanaannya terdapat beberapa masalah. Salah satunya adalah kompleksitas tambahan dengan dimasukkannya sektor informal dalam skema berbasis iuran di mana banyak pekerja disektor informal yang memiliki penghasilan yang tidak stabil dan reguler, seperti petani yang harus menunggu panen untuk mendapatkan penghasilan. Kondisi ini menyebabkan terhambatnya proses pengumpulan iuran yang reguler dan berpotensi menyebabkan tingginya angka *drop-out*. Masalah lainnya adalah biaya administrasi. Pengumpulan iuran dari pekerja informal menjadi tantangan tersendiri dan membutuhkan banyak biaya. Biaya untuk mengumpulkan iuran dari sektor informal bahkan bisa mendekati atau melampaui pendapatan aktual dari iuran yang dikumpulkan²⁴. Masalah yang paling umum dihadapi dalam penyediaan jaminan kesehatan untuk pekerja sektor informal antara lain rendahnya tingkat pendaftaran, kesulitan dalam pengumpulan iuran dan pemilihan sakal²⁵.

Kebijakan Perpres No. 111/2013 tentang perubahan atas Peraturan Presiden No. 12/2013 tentang jaminan kesehatan belum secara eksplisit menearangkan upaya yang harus dilakukan dalam memperluas kepesertaan dan menjaga kesinambungan pekerja ini untuk tetap menjadi peserta BPJS. Jika kebijakan ini tidak dikembangkan maka dalam jangka panjang, pekerja ini sulit ter-cover secara

menyeluruh dan mengakibatkan pencapaian *Universal Health Coverage* semakin lamban

Dalam upaya mengatasi hal di atas dibutuhkan kebijakan khusus sebagai berikut:

1. Meminimalisir terjadinya *adverse selection*

- Pihak BPJS sebaiknya meningkatkan program pemasaran sosial untuk memberikan pemahaman mengenai konsep jaminan kesehatan sosial diantara para pekerja di sektor informal dan bagaimana jaminan tersebut akan memberi manfaat kepada mereka. Tanpa pengetahuan yang cukup mengenai pentingnya membayar kontribusi dan manfaat yang didapatkan dengan menjadi peserta, upaya ekspansi cenderung gagal.
- Pihak BPJS perlu memberikan sosialisasi secara luas kepada seluruh pekerja sektor informal berdasarkan karakteristik yang mereka miliki baik di perkotaan maupun yang ada di pedesaan. Selain itu membuat pendaftaran menjadi lebih nyaman seperti pendaftaran melalui toko-toko yang nyaman, telepon seluler serta menyesuaikan waktu jatuh tempo iuran.
- Pihak BPJS perlu memberlakukan masa aktifasi kartu kepesertaan secara ketat. Bagi mereka yang tidak melakukan pembayaran premi secara teratur, maka kepesertaan dalam jaminan kesehatan dihentikan untuk sementara hingga mereka melakukan pembayaran premi

2. Piloting terhadap manajemen pengumpulan iuran pekerja sektor informal

Diperlukan kesinambungan pembayaran premi pekerja sektor informal, oleh karena itu pihak BPJS dan Kemenkes perlu membuat program yang inovatif dalam pengumpulan premi. Hal ini dapat didahului dengan melakukan piloting terkait cara pengumpulan iuran yang mudah dilakukan pekerja ini

3. Piloting terhadap *ability to pay* dan *willingness to pay*

Pihak Kemenkes, BPJS dan pemda perlu memahami kemampuan mereka dalam membayar premi. Pekerja sektor ini memiliki keragaman dalam tingkat ekonomi, sehingga untuk mengcover mereka dibutuhkan pengetahuan tentang kemauan dan kemampuan membayar premi. Hal ini dapat dilakukan melalui piloting

4. Kerjasama dengan pihak swasta dalam upaya perluasan kepesertaan

Pihak BPJS perlu memberikan kesempatan kepada pihak swasta dalam menyediakan paket

pelayanan yang tidak mampu disediakan oleh pihak BPJS kesehatan. Pihak BPJS dan Kemenkes pun sebaiknya memperbolehkan perusahaan asuransi swasta menjual kebijakan tambahan dalam menyediakan pelayanan rawat inap kamar kelas 1 dan 2, obat-obat khusus, akses yang lebih luas ke laboratorium dan tes diagnostik, serta pelayanan di luar negeri seperti di Singapura.

KESIMPULAN DAN SARAN

Program jaminan kesehatan pasca JKN mampu meningkatkan cakupan kepesertaan pekerja sektor informal. Namun kepesertaan mereka di dominasi oleh utilisasi pekerja sektor informal yang sakit. Hal ini menimbulkan kejadian *adverse selection*. Pihak BPJS kesehatan perlu berupaya mencegah kejadian tersebut. Selain itu, terdapat pekerja sektor informal yang menunggak membayar premi. Oleh karena itu dibutuhkan kebijakan khusus dalam skema perluasan dan menjaga kesinambungan pekerja sektor informal dalam program BPJS.

REFERENSI

- Hidayat B, Thabrany H, Dong H, Sauborn R. (2004), The Effect of Mandatory Health Insurance on Equity in Access to outpatient care in Indonesia. *Health Policy Plan*, 19 (5):322-335
- Krigia JM, Preker A, Carrin G, Mwikisa C, Diarra-Narna AJ. (2006), An Overview of Health Financing Pattern and The Way Forward In The WHO African Region. *East Afr Med*, 83 (8):S1-S27
- Mathaeur I, Schmidt JO, Wenya M. (2008), Extending Social Health Insurance to The Informal Sektor in Kenya. An Assessment of Factors Affecting Demand. *In J Health Plan Manage*, 23:51-68
- Quayyum Z, Nadjib M, Ensor T, Suchahya PK. (2010), Expenditure on Obstetric Care and Protective Effect on Insurance on The Poor: Lesson From Two Indonesia districts. *Health Policy Plan*, 25 (3):237-247
- World Health Organization. (2007), Paying Health Service. In Social Health protection. Geneva, Switzerland: WHO Health Organization Media Centre
- Ole D, Carrin G, Evans D. (2010), Thinking of Introducing Social Health Insurance? Ten Question. In World Health Report 2010. Background Paper No.26. Geneva, Switzerland: Department of health system financing, WHO
- Carrin, G, & Chris, J. Social Health Insurance. (2005), Key Factors Affecting The Transition Towards Universal Coverage. *International Social Security Review*, 58(1).
- WHO. Health System Financing: The Path to Universal Coverage 2010. World Health Organization.
- Muiya, B.M. (2013), Universal Health Care in Kenya: Opportunities and Challenges for The Informal Workers. *International Journal of Education and Research Vol.1 No.11*.
- Kimani D, Muthaka DI, Manda DK. (2004), Health Care Financing Through Health Insurance in Kenya. The Shift to A national Social Health Insurance. Nairobi, Kenya: Kenya Institute for Public Policy Research and Analysis; 1-71.
- Carrin G, James C, Adelhardt M, Doetinchem O, Eriki P, Hassan M, van den Honbergh H, Kirigia J, Koemm B, Korte R, Krech R, Lankers C, Lente Van J, Mana T, Malonza K, Marthauer I, Okeyo TM, Muchiri S, Mumani Z, Nganda B, Nyikal J, Onsongo J, Rakuom C, Schramm B, Scheil-adlung X, Stierle F, whitaker D, zipperer M. (2007). Health Financing Reform in Kenya-Assessing The Social Health Insurance Proposal. *South afr med J*, 97(2):130-135.
- BPS. (2012). *Keadaan Ketenaga Kerjaan Agustus 2012*. Berita resmi statistik. No.75/11/Th.XV,5Nopember 2012.http://www.bps.go.id/brs_file/naker_05nov12.pdf
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2009). Peran Sektor Informal Sebagai Katup Pengaman Masalah Ketenagakerjaan. http://bappenas.go.id/files/3513/5027/3734/kajian-peran-sektor-informal2010090310304327490_20110518101103_3050_0.pdf
- Nazara, Suahasil, (2010). *Ekonomi Informal di Indonesia*. Publikasi ILO: Jakarta. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—asia/—ro-bangkok/—ilo-jakarta/documents/publication/wcms_145402.pdf
- Bappenas (2013). Evaluasi Paruh waktu RPJM, 2010-2014, http://www.bappenas.go.id/files/1613/7890/3140/buku-evaluasi-paruh-waktu-RPJMN_Bappenas.pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013), Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam system Jaminan Sosial Nasional 2014. Jakarta.
- Departemen Kesehatan (Depkes), (2008). *Kajian Masalah Kesehatan Kerja pada Pada Pekerja Sektor Informal*. Direktorat Kesehatan Kerja Depkes RI, Jakarta.
- Direktorat Pengupahan dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja. (2008). Identifikasi Potensi Kepesertaan Jamsos Tenaga Kerja Luar Hubungan Kerja. Jakarta.

19. BPJS Kesehatan Tagih Tunggakan Iur Premi. <http://www.mediaindonesia.com/misore/read/1489/BPJS-Kesehatan-Tagih-Tunggakan-Iur-Premi-2014/2015/05/07%2000:00:00>
20. Cahyono, B. (1983). Pengembangan Kesempatan Kerja. BPFE, Yogyakarta.
21. Mishra, (2010). Keterbatasan Pembuatan Kebijakan Ekonomi Informal di Indonesia Pelajaran Dekade Ini. ILO:Jakarta http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—asia/—ro-bangkok/—ilo-jakarta/documents/publication/wcms_145401.pdf
22. Thabrany, Hasbullah (2015). Jaminan Kesehatan Nasional. Edisi kedua. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
23. Indrayathi, Nopiyani and Listyowati (2015). Informal Workers and Its Role in Jaminan Kesehatan Nasional in Denpasar City: Feasible Model for Collecting Revenue to The Achievement of Universal Health Coverage. 2nd Indonesian Health Economics Association Congress. Jakarta.
24. TNP2K. (2015). JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional. Kementerian Sekretariat Negara RI Sekretariat Wakil Presiden, <http://www.tnp2k.go.id>
25. Van der Gaag, Jacques and Vid Stimac (2012). How Can We Increase Resources for Health Care in The Developing World? Is (Subsidized) Voluntary Health Insurance The Answer? *Health Economics* 21:55-61.