

KONTEKS PENYELENGGARAAN KEBIJAKAN JAMKESDA DI ERA JAMINAN KESEHATAN UNIVERSAL SECARA NASIONAL

THE CONTEXT OF POLICY IMPLEMENTATION JAMKESDA IN FRAMEWORK NATIONAL UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Misnaniarti

Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya
HP: 081380381901, email: misna_niarti@yahoo.com

ABSTRACT

Background: Implementation of the National Social Security System with the National Health Insurance began to be implemented in January 2014 for ensure health of the entire society gradually, known as the Universal Health Coverage. On the other side, some local governments still maintain their own organized the Regional Health Security (Jamkesda). Thus the question arises, how to position the organization of this Jamkesda if the government has committed to ensure the entire population? Therefore, it is necessary to study how the context of implementation Jamkesda in the framework universal health.

Method: This paper used a study literature from various sources related to policies of the Jamkesda and the National Health Insurance. Analysis of policy which has done in context of the implementation Jamkesda from the legal aspects, situational and structural.

Results: Implementation Jamkesda basically not violate the policy context of National Social Security System Law. The Law No. 32 of 2004 became the basis for local governments to develop Jamkesda as a form of responsibility in carrying out development in the field of health. From the situational aspect, condition coverage JKN participants who have not reach the entire population became reinforcement and encouragement local government to maintain Jamkesda with consideration to serve people who do not guaranteed to Universal Health Coverage achieved in 2019. From the structural aspect, need to adjust the type of service Jamkesda at JKN already include universal population. The local governments can add services benefit in the form of complementary and or supplementary so there is no duplication.

Conclusion: The context of Jamkesda policy implementation still need to be implemented in framework of national health insurance based on consideration of the legal aspects, situational and structural. It's recommended to local governments for considering of integration the Jamkesda into JKN, so that implementation can be more sustainable and consistent with national programme.

Keywords: Policy, Insurance, Jamkesda, Universal Health Coverage

ABSTRAK

Latar Belakang: Implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan dilaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional mulai Januari 2014 untuk menjamin kesehatan seluruh masyarakat secara bertahap dikenal dengan istilah *Universal Health Coverage*. Di sisi lainnya, beberapa Pemda tetap mempertahankan menyelenggarakan sendiri Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Sehingga timbul pertanyaan, bagaimana posisi Jamkesda jika Pemerintah sudah berkomitmen menjamin seluruh penduduk? Oleh karena itu perlu dikaji bagaimana konteks penyelenggaraan Jamkesda dalam era jaminan kesehatan universal.

Metode: Makalah ini merupakan *study literature* dari berbagai sumber terkait dengan penyelenggaraan kebijakan Jamkesda dan Jaminan Kesehatan Nasional. Analisis kebijakan (*analysis of policy*) dilakukan terhadap konteks penyelenggaraan Jamkesda dilihat dari aspek legal, situasional dan struktural.

Hasil: Penyelenggaraan Jamkesda pada dasarnya tidak menyalahi konteks kebijakan UU SJSN. Adanya UU No 32 tahun 2004 menjadi dasar bagi pemerintah daerah untuk mengembangkan Jamkesda sebagai wujud tanggung jawab dalam menyelenggarakan pembangunan di bidang kesehatan. Dari aspek situasional, kondisi cakupan peserta JKN yang belum menjangkau seluruh penduduk menjadi penguat dan pendorong Pemda untuk tetap mempertahankan Jamkesda dengan pertimbangan untuk melayani masyarakat yang tidak terjamin sampai *Universal Health Coverage* tercapai pada tahun 2019. Dari aspek struktural, perlu penyesuaian jenis pelayanan Jamkesda pada waktu JKN sudah mencakup penduduk secara universal. Pemda dapat

menambahkan *benefit* pelayanan yang bersifat komplementer dan atau suplementer sehingga tidak terjadi duplikasi.

Kesimpulan: Konteks penyelenggaraan kebijakan Jamkesda tetap masih perlu dilaksanakan dalam era jaminan kesehatan universal secara nasional berdasarkan pertimbangan aspek legal, situasional dan struktural. Disarankan kepada Pemda agar dapat mempertimbangkan pengintegrasian Jamkesda ke JKN sehingga pelaksanaannya dapat lebih berkesinambungan dan sejalan dengan program nasional.

Kata kunci: Kebijakan, Jaminan, Jamkesda, *Universal Health Coverage*.

PENDAHULUAN

Amandemen UUD 1945 tahun 2000 dan 2002 dalam Pasal 28H ayat (3), serta Pasal 34 ayat (2) mengamanatkan Pemerintah untuk mengembangkan suatu sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Sehingga setelah melalui proses panjang pada Oktober 2004 disyahkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang lebih menyeluruh dan terpadu bagi masyarakat Indonesia.

Pemerintah membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional dengan pertimbangan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Dimana secara eksplisit di Pasal 3 UU SJSN disebutkan bahwa SJSN bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan anggota keluarganya.¹

Bersamaan dengan hal ini, beberapa pemerintah daerah juga menyelenggarakan jaminan kesehatan yang disebut Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah). Seperti di Provinsi Sumatera Selatan diselenggarakan program Jaminan Sosial Kesehatan (Jamsoskes) Sumsel Semesta mulai tahun 2009 yang merupakan salah satu bentuk sistem jaminan kesehatan berupa pengobatan gratis bagi penduduk Sumatera Selatan yang tidak mempunyai jaminan kesehatan. Di Provinsi Aceh ada program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) dilaksanakan mulai tahun 2010, yang juga mencakup seluruh masyarakat Aceh. Di Provinsi Lampung ada

program Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) yang mulai dilaksanakan pada tahun 2012, sebelumnya dengan nama Jamkesda hanya untuk penduduk miskin yang belum terdaftar Jamkesmas. Serta masih banyak daerah lagi yang menyelenggarakan Jamkesda ini.^{2,3,4}

Dana penyelenggaraan program Jamkesda tersebut utamanya berasal dari *sharing* dana provinsi dan kabupaten/kota. Pengelolaan programnya beragam, ada yang diserahkan ke PT Askes, ada yang dikelola oleh Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten. Program ini diselenggarakan dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat di daerah yang belum tercakup dalam program jaminan kesehatan oleh Pemerintah pusat.

Pada hakikatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pemerintah daerah berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal. Penyelenggaraan Jamkesda bagi beberapa daerah merupakan wujud implementasi Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 yang mengamanatkan bahwa pemerintah daerah mempunyai kewajiban untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Selain itu berdasarkan PP Nomor 38 tahun 2007 juga disebutkan salah satu penyelenggaraan urusan wajib pemerintah daerah dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah adalah urusan kesehatan.^{5,6}

Tetapi selanjutnya dalam tataran pelaksanaan UU SJSN, apabila dikaji secara lebih mendalam UU ini tidak secara jelas mengatur peran dan fungsi Pemerintah dalam hal jaminan sosial, juga tidak jelas peran

pemerintah propinsi dan kabupaten. Dalam UU SJSN hanya disebutkan Pemerintah yang konotasinya adalah pemerintah pusat. Sementara saat ini kenyataannya, Pemerintah propinsi dan kabupaten mempunyai andil besar dalam jaminan kesehatan. Ketidakjelasan ini sempat memicu *judicial review* di Mahkamah Konstitusi (MK) dengan adanya gugatan oleh pengelola jaminan kesehatan di daerah terhadap UU SJSN.⁷

Selain itu mulai pada tahun 2014 Pemerintah akan melaksanakan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat (*Universal Health Coverage* = UHC) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai wujud implementasi UU SJSN. Peraturan lainnya untuk mendukung implementasi kebijakan SJSN ini juga telah disahkan antara lain UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)⁸, Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan⁹ dan Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.¹⁰

Hal yang menjadi pertanyaan jika Pemerintah melaksanakan JKN pada tahun 2014 dengan arah cakupan kesehatan universal secara nasional, adalah bagaimana posisi penyelenggaraan Jamkesda nantinya. Sedikit banyaknya akan menghadapi beberapa permasalahan di antaranya mungkin ada masyarakat yang dijamin oleh Jamkesda tapi juga terdaftar di JKN. Padahal dalam penyelenggaraan asuransi ada namanya prinsip indemnitas dimana tidak boleh ada duplikat jaminan sosial, sehingga tidak boleh ada masyarakat yang terjamin oleh dua program dengan tujuan berspekulasi untuk mencari untung. Oleh karena itu sebaiknya konteks penyelenggaraan Jamkesda ini seharusnya dibuat sejelas mungkin agar tidak terjadi kebingungan di tataran pelaksana. Sehingga melalui makalah ini akan dikaji bagaimana konteks penyelenggaraan Jamkesda dalam era jaminan kesehatan universal yang diselenggarakan oleh Pemerintah secara nasional.

Makalah ini merupakan *study literature* yang diambil dari berbagai sumber yang terkait dengan kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah dan Jaminan Kesehatan Nasional. Analisis kebijakan (*analysis of policy*) dilakukan terhadap konteks penyelenggaraan Jamkesda dilihat dari beberapa aspek seperti aspek legal, situasional dan struktural.

Kerangka berpikir yang digunakan dalam penulisan makalah ini melihat teori Segitiga kebijakan kesehatan Walt and Gilson,¹¹ yang difokuskan pada aspek konteks kebijakan. Konteks mengacu ke faktor sistematis (politik, ekonomi dan sosial, nasional dan internasional) yang mungkin memiliki pengaruh pada kebijakan kesehatan. Ada banyak cara untuk mengelompokkan faktor-faktor tersebut, tetapi Leichter,¹² memaparkan cara yang cukup bermanfaat, yaitu terdiri dari: faktor situasional, faktor struktural, faktor budaya dan faktor internasional.

Untuk memperkuat fakta yang mendukung isi pokok tulisan maka digunakan banyak sumber literatur antara lain peraturan perundangan yang terkait, informasi dari buku teks serta *online*. Diharapkan dengan penulisan ini dapat menjadi bahan masukan yang akan mendukung kebijakan Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Sehingga kebijakan yang dilaksanakan oleh Pemerintah pusat maupun oleh Pemerintah Daerah akan bermanfaat bagi seluruh masyarakat sehingga tercapai pemerataan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.

PEMBAHASAN

Konsep Jaminan Kesehatan Nasional dan Jamkesda

Pada bagian ini terlebih dahulu akan dibahas tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), sehingga pemahaman terhadap kedua program tersebut menjadi jelas. Kedua program ini sama-sama menggunakan istilah jaminan kesehatan, atau di beberapa literatur

disebut juga dengan istilah asuransi kesehatan sosial. Tapi karena penggunaan istilah asuransi kesehatan masih relatif baru di Indonesia, serta karena informasi yang bias tentang asuransi kesehatan yang didominasi oleh paham asuransi kesehatan komersial dari Amerika.¹³ Sehingga beberapa pihak lebih sering menggunakan istilah jaminan kesehatan.

Jaminan kesehatan adalah suatu instrumen sosial untuk menjamin seseorang atau anggota dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi orang tersebut saat kebutuhan pelayanan kesehatan muncul.¹⁴ Pendapat lainnya menuliskan bahwa jaminan kesehatan merupakan sebuah pelayanan kesehatan yang tidak boleh semata-mata diberikan berdasarkan status sosial masyarakat sehingga semua lapisan berhak untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan.¹⁵

Jaminan kesehatan merupakan salah satu jenis program dari jaminan sosial (*social security*). Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.¹ Jaminan sosial dalam bidang pelayanan kesehatan dimaksudkan agar pembiayaan pelayanan kesehatan tersebut dipikul oleh masyarakat atau pekerja dengan bantuan pemerintah atau perusahaan tergantung dari status pekerja. Apabila peserta adalah seorang karyawan swasta maka biasanya biaya dipikul oleh karyawan (50%) dan perusahaan (50%). Secara populer sistem ini dikenal sebagai asuransi kesehatan (sosial).¹⁶

Perlu dipahami bahwa JKN yang dikembangkan di Indonesia yang merupakan bagian dari SJSN, diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.¹⁷

Peserta JKN meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan bukan PBI. Peserta PBI meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu, sedangkan peserta bukan PBI terdiri dari: pekerja penerima upah, pekerja bukan penerima upah, dan bukan pekerja (semua beserta anggota keluarganya). Peserta dikenai kewajiban untuk membayar iuran/premi dengan besaran yang sudah ditentukan, dimana iuran peserta PBI dibayarkan oleh Pemerintah.^{9, 10, 17}

Sedangkan pengertian Jamkesda menurut beberapa daerah adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh Pemerintah daerah (baik provinsi maupun kabupaten/kota) untuk memberikan jaminan kesehatan kepada sebagian atau seluruh penduduk di wilayah kerjanya.

Cakupan peserta Jamkesda pada umumnya adalah penduduk yang tidak mempunyai jaminan kesehatan seperti di Sumsel, Aceh, Lampung, Bali dan Jakarta. Peserta tidak dipungut iuran/premi, dimana sumber pendanaan kegiatan berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Sedangkan manfaat pelayanan pada umumnya tidak jauh berbeda dengan program JKN.

Aspek Legal Jamkesda

Pengembangan Jamkesda dianggap merupakan tanggung jawab Pemerintah daerah karena urusan kesehatan menjadi salah satu kewenangan daerah sesuai dengan UU Nomor 32 tahun 2004 serta mempunyai kewajiban mengembangkan sistem jaminan sosial sebagaimana yang ada di pasal 22 UU ini bahwa "*dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban : (f) mengembangkan sistem jaminan sosial.*" Sehingga Pemda diharapkan tetap berkontribusi dan mempertahankan serta menyempurnakan program Jamkesda.

Dasar lain yang memperkuat Pemda dalam menyelenggarakan Jamkesda adalah seperti yang diulas dalam penelitian

Retnaningsih dkk,¹⁸ berdasarkan hasil uji materi terhadap UU Nomor 40 tahun 2004 menurut keputusan Mahkamah Konstitusi RI,¹⁹ pada Agustus 2005, tentang permohonan pengujian terhadap Pasal 5 ayat (4) telah dikabulkan, karena atas pertimbangan hukumnya Mahkamah Konstitusi (MK) berpendapat bahwa kewenangan untuk menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional bukan hanya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat, tetapi dapat juga menjadi kewenangan Pemerintah Daerah. Sehingga adanya keputusan MK ini berarti bahwa UU SJSN tidak menutup peluang bagi Pemerintah Daerah untuk membentuk dan mengembangkan badan penyelenggara jaminan sosial tingkat daerah dalam kerangka sistem jaminan sosial nasional.

Akan tetapi jika melihat konteks dan pemahaman pembuatan UU 32 tahun 2004, sesungguhnya dapat dipastikan bahwa kata “jaminan sosial” dalam UU tersebut bersifat umum (seperti mengurus anak terlantar, penduduk jompo, pengangguran, korban PHK, gelandangan, korban bencana alam, dan sebagainya). Ini berbeda dengan makna yang dirumuskan oleh UU SJSN yang bersifat khusus *lex specialis*. Kata jaminan sosial yang menjadi kewajiban Pemda adalah pelayanan sosial yang bersifat sementara dan lokal. Sementara UU SJSN hanya mengatur lima program jaminan yang bersifat jangka panjang, yang berlaku seumur hidup bagi seluruh rakyat secara nasional. Sehingga dapat dipastikan bahwa kata ‘jaminan sosial’, yang muncul dalam UU 32/2004 sama sekali tidak dimaksudkan sama dengan ‘jaminan sosial’ yang didefinisikan secara lugas dalam UU SJSN. Tetapi intinya tidak ada pertentangan antara UU 32/2004 dan UU 40/2004 karena kewenangan yang diatur kedua UU tersebut berbeda.²⁰

Lebih lanjut ditegaskan MK bahwa hak daerah menyelenggarakan jaminan sosial tidaklah eksklusif. Pengembangan atau pembentukan jaminan sosial di daerah dapat ditetapkan dengan berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) dengan memenuhi ketentuan

tentang sistem jaminan sosial nasional sebagaimana diatur dalam UU SJSN.^{18, 19}

Berdasarkan beberapa alasan di atas, Pemerintah daerah dapat tetap menyelenggarakan Jamkesda karena didukung oleh UU No. 32 tahun 2004, serta tidak bertentangan dengan UU SJSN sehingga dapat terus dilaksanakan bersamaan dengan pelaksanaan JKN. Selain itu Jamkesda sudah memenuhi aspek legal jika dibentuk dengan Peraturan Daerah.

Aspek Situasional Jamkesda

Jaminan Kesehatan Nasional dilaksanakan ke arah cakupan kesehatan universal (*Universal Health Coverage*) yang diharapkan tercapai pada tahun 2019. Indonesia bukan merupakan satu-satunya negara yang akan mengarah ke *Universal Health Coverage*. Beberapa negara bahkan sudah mencapai jaminan kesehatan universal ini sejak beberapa tahun lalu. Sehingga Indonesia dapat banyak belajar dari pengalaman negara-negara tersebut.

Mekanisme pembiayaan dalam melaksanakan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk berdasarkan pengalaman di beberapa negara terdapat dua model yang efektif, yaitu: pembiayaan dari penerimaan pajak (*general tax revenue*) seperti yang dilaksanakan di Inggris, Malaysia, Srilanka, Hongkong dan Australia. Model lainnya adalah melalui asuransi kesehatan sosial seperti yang dilakukan Kanada, Taiwan, Korea, Muangthai, Filipina, Jepang, dan Jerman.^{13, 20}

Jaminan kesehatan merupakan salah satu program dalam jaminan sosial. Selama beberapa dekade terakhir di Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial seperti: Program Asuransi Kesehatan (Askes) PNS, Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), Program Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen), dan Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Asabri). Berbagai program tersebut baru mencakup

sebagian kecil penduduk. Sedangkan sebagian besar penduduk belum memperoleh perlindungan yang memadai.

Sehingga dalam penyelenggaraan SJSN diatur sebagai sebuah jaminan sosial yang mensinkronkan penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau ke peserta lain yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta. Jenis jaminan sosial dalam SJSN meliputi: 1) Jaminan Kesehatan, 2) Jaminan Kecelakaan Kerja, 3) Jaminan Hari Tua, 4) Jaminan Pensiun, dan 5) Jaminan Kematian, walaupun secara bertahap baru dilaksanakan dalam bidang jaminan kesehatan.

Di sisi lain, beberapa Pemda berupaya tetap mengedepankan perannya dalam mengembangkan Jamkesda. Alasannya karena cakupan peserta JKN belum menjangkau seluruh penduduk, sebagaimana data Kemenkes,²¹ jumlah peserta Jamkesmas pada tahun 2012 sekitar 148.2 juta jiwa (63.18%) masih ada 90.4 juta jiwa (36,82%) yang belum ter-cover. Dimana dari data ini diperkirakan pada tahun 2014 jumlah peserta yang dikelola oleh BPJS kesehatan sekitar 124.3 juta jiwa (50.75%), dikelola oleh badan lain (Jamkesda, *private insurance*) sekitar sekitar 50.07 juta jiwa (20.44%), dan yang belum jadi peserta sekitar 70.6 juta jiwa (28.82%).

Direncanakan baru pada tahun 2019 nanti Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS ini bisa mencakup semua penduduk Indonesia. Secara teori mungkin bisa diputuskan agar seluruh dana Jamkesda dialihkan ke JKN sehingga dapat dikelola oleh satu BPJS. Tetapi untuk pelaksanaannya akan menemui hambatan antara lain belum tentu semua daerah mau menyerahkan pengelolaan dana Jamkesda ke BPJS, seperti Jamsoskes di Sumsel.²² Juga karena adanya perbedaan kemampuan setiap daerah untuk memenuhi besaran iuran bagi peserta sesuai kesepakatan BPJS dengan Pemerintah. Alasan lainnya bisa juga karena pertimbangan politis

dimana dengan sistem pemilihan langsung kepala daerah berusaha mencari kebijakan populer seperti berobat gratis sehingga Pemda tetap mempertahankan Jamkesda dan tidak mau melepaskan pengelolaan Jamkesda ke BPJS.

Selain itu berkembangnya penyelenggaraan Jamkesda di berbagai daerah dikatakan telah menimbulkan dampak persoalan baru yang dihadapi oleh pemerintah. Persoalan tersebut diantaranya terkait dengan belum adanya sistem yang terintegrasi sebagai upaya untuk mengelola berbagai skema yang ada, peningkatan isu portabilitas, kekhawatiran akan keberlanjutan program, diskriminasi, serta perbedaan kapasitas tiap-tiap daerah dalam membiayai program. Jika berbagai persoalan tersebut tidak segera diatasi, maka penyelenggaraan jaminan kesehatan semesta (universal) menjadi sulit dicapai.²³

Walaupun demikian, keberadaan Jamkesda di era pelaksanaan JKN untuk cakupan universal masih sangat diperlukan. Sehingga dilihat dari aspek situasional ini, Jamkesda dapat tetap dilaksanakan dengan tujuan untuk melayani masyarakat yang tidak termasuk dalam kepesertaan JKN.

Aspek Struktural Jamkesda

Aspek struktural Jamkesda disini yang dilihat adalah jenis pelayanan dan kelembagaannya. Jika dilihat dari jenis pelayanan, pada waktu JKN sudah mencakup penduduk secara universal maka Pemda seharusnya melaksanakan Jamkesda dengan penyesuaian karena dalam penyelenggaraan asuransi sosial ada namanya prinsip indemnitas dimana tidak boleh ada duplikat jaminan sosial, sehingga tidak boleh ada masyarakat yang terjamin oleh dua program. Solusinya Pemda dapat tetap menyelenggarakan Jamkesda dengan menambah *benefit* pelayanan berupa pelayanan yang bersifat komplementer dan atau suplementer.²²

Hal ini dipertegas karena UU Nomor 32/2004 tersebut tidak bersifat kontradiktif dengan UU Nomor 40/2004 melainkan bersifat komplementer. Karena perlu dipahami bahwa UU No. 32/2004 mengatur urusan pemerintahan sedangkan UU No. 40/2004 mengatur penyelenggaraan jaminan sosial tingkat nasional oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) yang merupakan korporat bukan pemerintahan. Oleh karena itu Pemda dapat melaksanakan Jamkesda yang bersifat komplementer dan atau suplementer.^{18,19,20}

Penyesuaian yang dapat dilaksanakan oleh Pemda dalam Jamkesda ini antara lain misalnya melakukan pelayanan yang bersifat komplementer dengan menambah *benefit* untuk jenis pelayanan yang tidak dicakup dalam pelayanan Jamkesmas, misalnya untuk penambahan biaya jika terjadi selisih kelas pada pelayanan rawat inap. Atau dengan menanggung biaya transportasi pasien dan akomodasi bagi penunggu pasien. Bisa juga dengan menambah *benefit* pelayanan yang bersifat suplementer seperti menyelenggarakan jaminan lain di luar jaminan kesehatan contohnya jaminan kematian, jaminan pengentasan kemiskinan dan lain-lain.²²

Aspek yang menjadi keterbatasan dan akan menjadi hambatan dalam pelayanan Jamkesda sekarang ini, antara lain yaitu pelayanan yang ditawarkan masih terbatas pelayanan di kelas III, sehingga tidak mengakomodir peserta yang ingin mendapat pelayanan dengan kelas lebih tinggi. Selain itu masih ada beberapa Jamkesda yang sistem pelayanan kepesertaannya dengan masih menggunakan Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Kartu Keluarga (KK). Hal ini berpotensi menimbulkan terjadi ketidakjujuran identitas diri peserta Jamkesda, maupun oleh provider sehingga dapat menimbulkan *moral hazard* yang dapat merugikan Pemerintah. Oleh karena itu Pemda dituntut untuk berinovasi dalam mengembangkan jenis pelayanan bagi masyarakat peserta Jamskesda.²²

Hal ini juga pernah direkomendasikan oleh tim peneliti Universitas Indonesia pada Jamsoskes Sumsel Semesta untuk mengatasi masalah *database* kepesertaan, yaitu harus mulai disiapkan dan dibangun *database* berbasis Teknologi Informasi (TI) tentang data peserta (*by name*) yang ditanggung Jamsoskes untuk mengatasi permasalahan syarat administrasi yang berdampak terjadinya pungutan liar di kantor kepala desa/kelurahan dan menghindari sumber pendanaan ganda.^{22,24}

Di samping itu, Pemda mempunyai kewajiban dan kewenangan penuh dalam mengatur, membangun dan menyediakan fasilitas kesehatan berupa rumah sakit dan puskesmas. Rumah sakit tersebut dapat menarik pasien dari kota atau provinsi lain yang pembayarannya dilakukan oleh BPJS nasional (*money follow patient*). Pemda tidak perlu membangun BPJS sendiri yang eksklusif, karena hal itu tidak praktis dan tidak memberi kemudahan bagi peserta di daerah itu sendiri.²⁰

Akan tetapi semua keputusan perubahan dan penyesuaian Jamkesda tersebut diserahkan kepada pemangku kebijakan di daerah, dengan prinsip semuanya dilakukan untuk kepentingan rakyat sehingga dapat dicapai cakupan kesehatan universal. Dalam penyelenggaraan Jamkesda, mulai dari tahap proses penyusunan sampai pada pelaksanaan kebijakan akan melibatkan banyak pihak *stakeholder* sebagai pelaku (*actor*) kebijakan di masing-masing tataran.

Pelaku pembuat kebijakan (*policy maker*) Jamkesda di tingkat daerah yang menjadi aktor kunci adalah Pemerintah Daerah beserta dinas kesehatan, Bappeda dan DPRD yang mempunyai peran dominan untuk menentukan bentuk kebijakan Jamkesda itu sendiri. Aktor kebijakan ini yang menentukan kelembagaan Jamkesda akan dikelola oleh Pemerintah daerah atau diserahkan ke pihak BPJS.

Saat ini masih ada pihak Pemda yang mempertahankan pengelolaan Jamkesda tetap ada pada Pemerintah daerah (tidak diserahkan

ke pihak ketiga, seperti PT Askes/BPJS). Salah satu permasalahan yang mungkin menghambat jika Jamkesda dikelola oleh dinas kesehatan antara lain menyebabkan pola pengelolaan keuangan tidak fleksibel, karena Satgas dan UPTD seperti dinas kesehatan sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 41 tahun 2007 tidak mempunyai kewenangan untuk mengumpulkan dan mengelola dana.²²

Terkait hal ini, dari hasil *assesment* beberapa Jamkesda di Indonesia pada tahun 2012 diketahui setidaknya ada empat model pengaturan kelembagaan Jamkesda, yaitu: 1) Pengaturan kelembagaan jamkesda sebagai proyek yang dialokasikan melalui anggaran bantuan sosial, 2) Pemisahan pengelolaan fungsi regulasi program kepada dinas kesehatan dan fungsi keuangan kepada sekretariat daerah, 3) Pengaturan kelembagaan dimana dinas kesehatan ditugaskan sebagai organisasi utama dalam menyelenggarakan program, dan 4) Skema daerah sebagai subordinasi program provinsi, dimana pemerintah daerah diberi tugas untuk mengontrol pelaksanaan program di daerah masing-masing.²³

Perlu dipahami bahwa mengembangkan skema Jamkesda sendiri dapat melengkapi skema jaminan kesehatan universal secara nasional. Perkembangan Jamkesda dapat mengindikasikan beberapa kemungkinan dalam merealisasikan jaminan kesehatan universal di Indonesia, terutama dengan mengembangkan upaya terkoordinasi antara pemerintah pusat dengan daerah.

Dalam perspektif ini, pemerintah pusat dapat dipandang sebagai “tulang punggung” skema nasional dalam menyediakan cakupan dasar dan esensial, khususnya bagi kelompok masyarakat miskin. Pemerintah provinsi dan

kabupaten/kota diperlukan untuk mengambil peran dalam memberikan dukungan dalam memastikan program sampai kepada penerima manfaat yang tepat.²³

KESIMPULAN DAN SARAN

Dapat disimpulkan bahwa secara kontekstual penyelenggaraan Jamkesda masih diperlukan keberadaannya di era Jaminan Kesehatan Nasional, dan dari aspek legal tidak menyalahi aturan UU SJSN. Adanya UU No 32 tahun 2004 menjadi dasar bagi pemerintah daerah untuk mengembangkan Jamkesda sebagai wujud tanggung jawab dalam menyelenggarakan pembangunan di bidang kesehatan. Dari aspek situasional, kondisi cakupan peserta JKN yang belum menjangkau seluruh penduduk menjadi penguat dan dorongan Pemda untuk tetap mempertahankan Jamkesda dengan pertimbangan untuk melayani masyarakat yang tidak terjamin sampai *Universal Health Coverage* tercapai pada tahun 2019. Dari aspek struktural, perlu penyesuaian jenis pelayanan Jamkesda pada waktu JKN sudah mencakup penduduk secara universal.

Disarankan kepada Pemerintah daerah agar dapat mempertimbangkan konteks pengintegrasian program Jamkesda ke Jaminan Kesehatan Nasional sehingga pelaksanaan program dapat lebih berkesinambungan dan sejalan dengan program nasional, dan akhirnya cita-cita jaminan kesehatan universal dapat segera tercapai dan dapat bermanfaat secara tepat guna dan tepat sasaran. Pemda dapat menambahkan *benefit* pelayanan yang bersifat komplementer dan atau suplementer sehingga tidak terjadi duplikasi jaminan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta. 2004.
2. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Kesehatan Sumatera Selatan Semesta Tahun 2009*. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Palembang. 2009.
3. Provinsi Nangroe Aceh Darussalam. <http://www.jamsosindonesia.com/jamsosda/detail/12>. Diakses Februari 2013.

4. Provinsi Lampung. <http://www.jamsosindonesia.com/jamsosda/detail/430>. Diakses Februari 2013.
5. Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
6. Peraturan Pemerintah RI nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan, antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah kabupaten/Kota.
7. Trisnantoro L. *Undang-Undang SJSN Perlu untuk Diamandemen dan Diikuti Penyusunan Undang-Undang Asuransi Kesehatan*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.13 No.01 Maret 2010. Yogyakarta. 2010.
8. Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
9. Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.
10. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
11. Buse, Kent. Mays, Nicolas. Walt, Gill. *Making Health Policy*. Open University Press. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2005
12. Nagel, Stuart, ed. *Policy Theory and Policy Evaluation: Concepts, Knowledge, Causes, and Norms*. New York: Greenwood. 1990.
13. Thabrany, H. *Modul Asuransi Kesehatan Nasional*. Perhimpunan Ahli Manajemen dan Asuransi Kesehatan Indonesia. Jakarta. Edisi Mei 2013.
14. Thabrany, H. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta. 2005.
15. Muninjaya, A.A.G. *Manajemen Kesehatan*. EGC, Jakarta. 2004.
16. Sulastomo. *Manajemen Kesehatan*. Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta, 2007.
17. Kementerian Kesehatan RI. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta. 2013.
18. Retnaningsih, E. Misnaniarti. Ainy, A. *Kajian Kelayakan Badan Layanan Umum dan Alternatif Bentuk Penyelenggaraan Jamsoskes Sumatera Selatan Semesta Sesuai Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.15 No.01 Maret 2012. Yogyakarta. 2012.
19. Mahkamah Konstitusi RI. Keputusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia tertanggal 13 Agustus 2005 tentang Uji Materi UU SJSN. Jakarta. 2005.
20. Thabrany, H. *Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN*. Disampaikan pada Diskusi RPJMN Bappenas, Jakarta 29 April 2008.
21. Mukti, A.G. *Rencana Kebijakan Implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Makalah disampaikan pada Forum Nasional Kebijakan Kesehatan Indonesia, Surabaya 19 September 2012.
22. Misnaniarti. *Analisis Kebijakan Pemerintah Daerah dalam Pengembangan Jaminan Sosial Kesehatan Sumatera Selatan Semesta' Menyambut Universal Health Coverage*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. Volume 02 Nomor 03 September 2013. Yogyakarta. 2013.
23. Dwicaksono, A. Nurman, A. Prasetya, P.Y. *Jamkesmas dan Program Jaminan Kesehatan Daerah; Laporan Pengkajian di 8 Kabupaten/Kota dan 2 Provinsi*. Perkumpulan INISIATIF. Bandung. 2012.
24. Tim Peneliti Universitas Indonesia. *Evaluasi Program Berobat Gratis Jamsoskes Sumsel Semesta*. Disampaikan pada Acara Sosialisasi dalam Rangka Menindaklanjuti Rekomendasi Hasil Kajian Tim Universitas Indonesia. Palembang 3 Mei 2011.