

TANTANGAN PENGINTEGRASIAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KE DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL UNTUK MEWUJUDKAN CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN UNIVERSAL

SRIYANI

Pusdiklat Keuangan Umum
e-mail: syanies@gmail.com

ABSTRACT

This study is to review the facts in the health care field, where WHO has agreed to achieve Universal Health Coverage (UHC) in 2014. UHC is a health system that ensures every citizen in the population has fair access to a qualified promotive, preventive, curative, and rehabilitative health care at reasonable costs. Universal coverage contains two core elements namely equitable access to qualified health services for every citizen, and the protection of financial risks when people use health services. Indonesia is currently in transition towards UHC. Law No. 40 Year 2004 about National Social Security System (UU SJSN) has answered the basic principles of UHC by requiring every citizen to have access to comprehensive health services that are needed through pre-effort system. Then, the author will formulate solutions to these problems which can be seen as a recommendation for the implementation of health care development. Problem solving methods used in formulating solutions to problems are policy analysis using William Dunn and Abidin's theory, and the Fishbone Diagram.

Based on the analysis, the author advises the need to arrange a formulation that meets the demands of integration of Jamkesda into JKN. Formulation of policies which have been directed towards the centralization of health financing through JKN program must be balanced by providing a flexible space for local governments to participate in decision making processes dynamically. This formulation is called Centralized Dynamic Integration policy formulation.

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mendalami fakta-fakta bidang pelayanan kesehatan dimana WHO telah menyepakati tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC) di tahun 2014. UHC merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bermutu dengan biaya yang terjangkau. Cakupan universal mengandung dua elemen inti yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan. Indonesia pada saat ini sedang berada dalam masa transisi menuju cakupan pelayanan kesehatan semesta. Undang-Undang Nomor No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) menjawab prinsip dasar UHC dengan mewajibkan setiap penduduk memiliki akses pelayanan kesehatan komprehensif yang dibutuhkan melalui sistem pra-upaya. Kemudian, penulis akan merumuskan solusi bagi persoalan-persoalan tersebut yang dapat dilihat sebagai rekomendasi bagi pelaksanaan pengembangan pelayanan kesehatan. Metode pemecahan masalah yang digunakan dalam merumuskan solusi-solusi atas persoalan-persoalan adalah analisis kebijakan dengan menggunakan teori William Dunn dan Abidin, serta *Fishbone Diagram*.

Berdasarkan analisis, penulis menyarankan perlunya disusun suatu formulasi yang mampu menjawab kebutuhan integrasi Jamkesda ke dalam JKN. Formulasi kebijakan yang selama ini telah diarahkan pada sentralisasi pembiayaan kesehatan melalui program JKN harus diimbangi dengan memberikan celah ruang fleksibilitas bagi daerah untuk ikut dalam proses pengambilan keputusan secara dinamis. Formulasi ini disebut Formulasi Kebijakan Integrasi Sentralisasi Dinamis.

Kata Kunci: Jamkesda, JKN, JKS

1. PENDAHULUAN

1.1. Gambaran Umum dan Latar Belakang Jaminan Kesehatan Nasional

Setiap warga negara berhak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang bermutu dan dibutuhkan, dengan biaya yang terjangkau. Untuk memastikan cakupan universal, penting bagi pemerintah untuk mengambil langkah-langkah kebijakan yang bertujuan memperluas sistem pra-upaya (*pre-paid system*) dan mengurangi dengan secepat mungkin ketergantungan kepada sistem membayar langsung (*out-of-pocket*).

Tujuan ini dapat diwujudkan dengan mengembangkan suatu sistem pembiayaan pra-upaya yang lebih luas dan adil melalui optimalisasi pajak, asuransi kesehatan sosial, atau campuran (*mixed*) antara kedua sistem. Indonesia dengan mayoritas warga bekerja di sektor informal dan formal, dengan realitas keberadaan sejumlah perusahaan asuransi sosial dan asuransi swasta yang telah lama beroperasi, maka banyak ahli menyarankan agar cakupan universal pelayanan kesehatan ditempuh dengan sistem pelayanan kesehatan ganda (*dual health care system*). Namun pembatasan jumlah perusahaan asuransi perlu dilakukan untuk efisiensi administrasi. Perusahaan asuransi yang kredibel tetap berfungsi sebagai pengelola asuransi kesehatan sosial, swasta, dan berjalan paralel dengan asuransi kesehatan nasional (BPJS sebelumnya Jamkesmas) yang dikelola pemerintah. Pemerintah perlu memperkuat regulasi pada sisi pembiayaan maupun penyediaan pelayanan dalam sistem asuransi yang dijalankan, agar setiap warga benar-benar dapat mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terjangkau.

Kesehatan tidak hanya merupakan hak warga tetapi juga merupakan barang investasi yang menentukan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi negara. Negara berkepentingan agar seluruh warganya sehat (*health for all*), sehingga terdapat tuntutan untuk melembagakan pelayanan kesehatan universal. Terdapat dua isu mendasar, yaitu bagaimana cara membiayai

pelayanan kesehatan untuk semua warga, dan bagaimana mengalokasikan dana kesehatan untuk menyediakan pelayanan kesehatan dengan efektif, efisien, dan adil.

Indonesia pada saat ini sedang berada dalam masa transisi menuju cakupan pelayanan kesehatan universal/semesta. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disebut UU SJSN) telah menjawab prinsip dasar UHC dengan mewajibkan setiap penduduk memiliki akses pelayanan kesehatan komprehensif yang dibutuhkan melalui sistem pra-upaya. WHO telah menyepakati tercapainya UHC di tahun 2014. UHC merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bermutu dengan biaya yang terjangkau. Cakupan pelayanan kesehatan yang universal mengandung dua elemen inti yaitu (1) akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan (2) perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan.

Pengembangan sistem pembiayaan kesehatan sesuai amanat UU SJSN, bukan hanya tergantung pada peran dan tanggung jawab pemerintah pusat tetapi juga pemerintah daerah (provinsi/kab/kota). Berdasarkan Pasal 22 UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, maka pemda berkewajiban mengembangkan sistem jaminan sosial yang di dalamnya termaktub sistem jaminan kesehatan. Kewajiban tersebut semakin kuat dengan dikabulkannya *judicial review* atas UU Nomor 24 Tahun 2004 oleh Mahkamah Konstitusi. Pemda berkewajiban memprioritaskan belanjanya untuk mengembangkan sistem jaminan sosial berdasarkan Pasal 22 huruf h dan Pasal 167 UU Nomor 32 Tahun 2004. Pengembangan sistem jaminan sosial di daerah hendaknya disadari sebagai upaya pelaksanaan kewajiban/amanat konstitusional untuk mewujudkan cakupan terlindunginya semua penduduk.

Berdasarkan dasar hukum tersebut tersebut, banyak pemda yang telah berinisiatif untuk

mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan berupa Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Sampai dengan tahun 2010, Kemenkes telah mencatat ada 352 kabupaten/kota dan 33 provinsi yang telah mengembangkan Jamkesda. Persentase penduduk yang dijamin melalui pelbagai program perlindungan kesehatan, sampai dengan Desember 2012 mencapai 59% dari jumlah penduduk di Indonesia (Kemenkes RI, 2011). Dengan demikian, masih ada 41% penduduk Indonesia yang belum memiliki jaminan kesehatan.

Hasil penelitian Kemenkes pada tahun 2011

menunjukkan bahwa penyebab kematian disebabkan oleh penyakit yang tidak menular, (1) stroke, (2) tekanan darah tinggi, dan (3) diabetes; sedangkan untuk penyakit menular (1) tuberculosis, (2) liver, dan (3) pneumonia. Penyakit-penyakit tersebut memerlukan biaya pelayanan kesehatan yang tinggi dan terjadi pada setiap lapisan masyarakat miskin, menengah, dan kaya. Rincian penyakit menular dan tidak menular yang mengakibatkan kematian disajikan pada Tabel 1. Adapun Tabel 2 menunjukkan upaya menyiapkan perangkat untuk memenuhi pelayanan kesehatan.

Tabel 1. Peringkat 10 Penyakit Menular dan Tidak Menular Penyebab Kematian di Indonesia

NO	PENYAKIT MENULAR (N = 1.080)	%	PENYAKIT TIDAK MENULAR (N = 2.285)	%
1.	Tuberculosis	27,8	Stroke	26,9
2.	Diseases of the liver	19,1	Hypertensive diseases	12,3
3.	Pneumonia	14,4	Diabetes mellitus	10,2
4.	Diarrhoca	13,2	Carcinoma malignant	10,2
5.	Typhoid	6	Ischaemic heart diseases	9,3
6.	Malaria	4	Chronic lower respiratory diseases	9,2
7.	Meningitis/Encefalitis	3	Other heart diseases	7,5
8.	Dengue haemorrhagic fever	2,1	Gastric and duodenal ulcer	3,4
9.	Tetanus	1,9	Congenital malformation	1
10.	Septicaemia	1,2	Malnutrition	0,4

Sumber: diolah dari penelitian Kemenkes.

Tabel 2. Persiapan Pelayanan Kesehatan dalam rangka Implementasi JKN di Indonesia

No	Item	Kondisi
1	Bed	Peningkatan jumlah tempat tidur <ul style="list-style-type: none"> • tersedia 180.000 menjadi 400.000; • pendayagunaan POSKESDES dan Polindes; • Puskesmas dengan tempat tidur 10% menjadi 100 %.
2.	SDM: Dokter dan paramedis	Tersedia dokter umum:200.000 <ol style="list-style-type: none"> a. problem distribusi khusus luar Jawa; b. peningkatan output Fakultas Kedokteran, tersedia 62 FK; c. distribusi tenaga paramedis.
3.	Obat dan farmasi, alkes	Kesiapan industri farmasi; kebijakan pemerintah

1.2. Permasalahan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Dari segi manajemen pengelolaan, pada akhir tahun 2011 telah disahkan UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) untuk menjalankan amanah konstitusi UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Penyelenggaraan jaminan kesehatan secara nasional dilaksanakan oleh BPJS, seperti telah diamanatkan oleh Pasal 1 ayat (1) UU BPJS yang menyatakan bahwa BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Menurut Pasal 2 UU BPJS, BPJS bertugas menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia. Dalam hal ini jelas bahwa semua bentuk penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan secara nasional oleh BPJS, termasuk jaminan kesehatan di dalamnya. Hal ini diperkuat oleh Pasal 6 UU BPJS yang menyatakan bahwa BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Berdasarkan pada kebijakan nasional tersebut, berkembanglah jaminan kesehatan oleh pemda untuk menjawab kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan.

Hasil Kajian Gani, dkk. pada tahun 2008 menunjukkan bahwa model Jamkesda yang dikembangkan di kabupaten/kota dan provinsi di Indonesia sangat bervariasi. Variasi tersebut meliputi berbagai aspek, antara lain badan pengelola, paket manfaat, manajemen kepesertaan, pembiayaan, iuran, dan *pooling of resource*. Penelitian tersebut merekomendasikan bahwa jika ditinjau dari perspektif luas dan diversitas antar wilayah Indonesia, pengembangan Jamkesda yang bervariasi sesuai dengan karakteristik dan kemampuan daerah memang seharusnya terjadi dalam era desentralisasi kesehatan.

Pengembangan arah sistem pembiayaan kesehatan sesuai yang dimaksud oleh UU SJSN, bukan hanya tergantung pada peran pemerintah pusat tetapi juga pemerintah daerah (provinsi/kab/kota). Pemda berkewajiban mengem-

bangkan sistem jaminan sosial yang di dalamnya termaktub sistem jaminan kesehatan. Kewajiban tersebut semakin kuat dengan dikabulkannya *judicial review* atas UU No. 24 Tahun 2004 Mahkamah Konstitusi. Pemda berkewajiban memprioritaskan belanjanya untuk mengembangkan sistem jaminan sosial berdasarkan Pasal 22 huruf h dan Pasal 167 UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Fakta di lapangan masih terdapat permasalahan-permasalahan krusial implementasi Jaminan Kesehatan Daerah dalam mendukung Jaminan Kesehatan Nasional antara lain:

a. Belum terintegrasi antara manajemen Jamkesda dalam JKN.

Menghadapi hal tersebut pemerintah telah menyusun *roadmap* menuju pencapaian UHC, termasuk integrasi Jamkesda ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai pada 1 Januari 2014. Namun dalam mengintegrasikan Jamkesda tersebut, pemerintah menghadapi kendala bervariasinya Jamkesda yang ada di level provinsi, kabupaten, dan kota; kemampuan fiskal daerah, komitmen pimpinan daerah, serta penyesuaian dengan regulasi yang ada baik di daerah maupun di pusat. Hal ini menuntut perhatian pemerintah pusat untuk dapat menyusun skenario kebijakan terbaik sekaligus menerapkan *best practices* berdasarkan pelaksanaan Jamkesda sehingga pelaksanaan BPJS sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Pengintegrasian manajemen pengelolaan yang tepat akan mencegah terjadinya tumpang tindih (*overlapping*) wewenang dan tanggung jawab baik pada pemerintah pusat, daerah, maupun BPJS.

b. belum terintegrasi antara paket manfaat Jamkesda dalam JKN.

Selain manajemen pengelolaan, isu lain yang perlu diperhatikan dalam pengintegrasian sistem Jamkesda ke dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah paket manfaat. Paket manfaat Jamkesda saat ini masih sangat bervariasi, tergantung pada kemampuan APBD dan komitmen pimpinan daerah terhadap

masalah kesehatan. Paket manfaat ini menjadi isu penting mengingat pada saat pelaksanaan integrasi Jamkesda ke dalam JKN, jaminan kesehatan tersebut mencakup semua indikasi medis.

- c. Belum terintegrasi antara sasaran Jamkesda dalam JKN.

Isu lainnya adalah sasaran penerima bantuan iuran. Program Jamkesda diselenggarakan bagi masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu yang belum menjadi peserta Jamkesmas. Besaran bantuan iuran antara daerah satu dengan yang lain bervariasi. Beberapa pemerintah daerah, khususnya karena terkait dengan janji politik, telah membuat kebijakan yang melebihi kemampuan fiskal di daerahnya. Akibatnya, beberapa rumah sakit terutama RSUD terbebani piutang Jamkesda yang sulit ditagih. Dalam jangka panjang kondisi ini akan berdampak pada terganggunya *cash flow* rumah sakit. Pemerintah daerah secara nasional telah menambah 31,6 juta (41,4%) peserta program jaminan kesehatan. Besarnya jumlah tersebut dan beragamnya model pengelolaan Jamkesda, tentu akan berdampak pada sulitnya penyeragaman besaran iuran dan sasaran penerima bantuan iuran Jamkesda ke dalam mekanisme JKN.

Berdasarkan uraian tersebut, maka pokok permasalahan dalam tulisan ini adalah sebagai berikut:

- 1) bagaimana desain sistem pembiayaan kesehatan universal yang tepat bagi Indonesia bila dibandingkan dengan praktik berbagai negara?
- 2) bagaimana pemetaan pola Jamkesda yang telah berjalan di 33 provinsi di Indonesia, termasuk hubungannya dengan kemampuan fiskalnya untuk mendukung JKN?
- 3) bagaimana karakteristik Jamkesda dalam hal manajemen pengelolaan, paket manfaat maupun sasaran penerima bantuan iuran?
- 4) bagaimana formulasi dalam mengintegrasikan Jamkesda ke program JKN, khususnya dari aspek manajemen pengelolaan, paket manfaat, dan penerima bantuan iuran?

2. PEMBAHASAN

2.1. Desain Implementasi Sistem Pembiayaan Kesehatan Universal Berbagai Negara dan Alternatif bagi Indonesia

Desain implementasi sistem pelayanan kesehatan universal bervariasi di berbagai negara, tergantung pada sejauh mana keterlibatan pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan. Selain Amerika Serikat (AS), banyak negara maju/kaya pemerintah memiliki keterlibatan tinggi dalam menyediakan pelayanan kesehatan. Inggris, Spanyol, Italia, negara-negara Nordik/Skandinavia, Kanada, Jepang, Kuwait, Bahrain, dan Brunei mengelola akses pelayanan kesehatan berdasarkan hak warga, bukan berdasarkan pembelian asuransi. Pemerintah membiayai pelayanan kesehatan dengan menggunakan dana anggaran pemerintah yang berasal dari pajak umum (*general tax*).

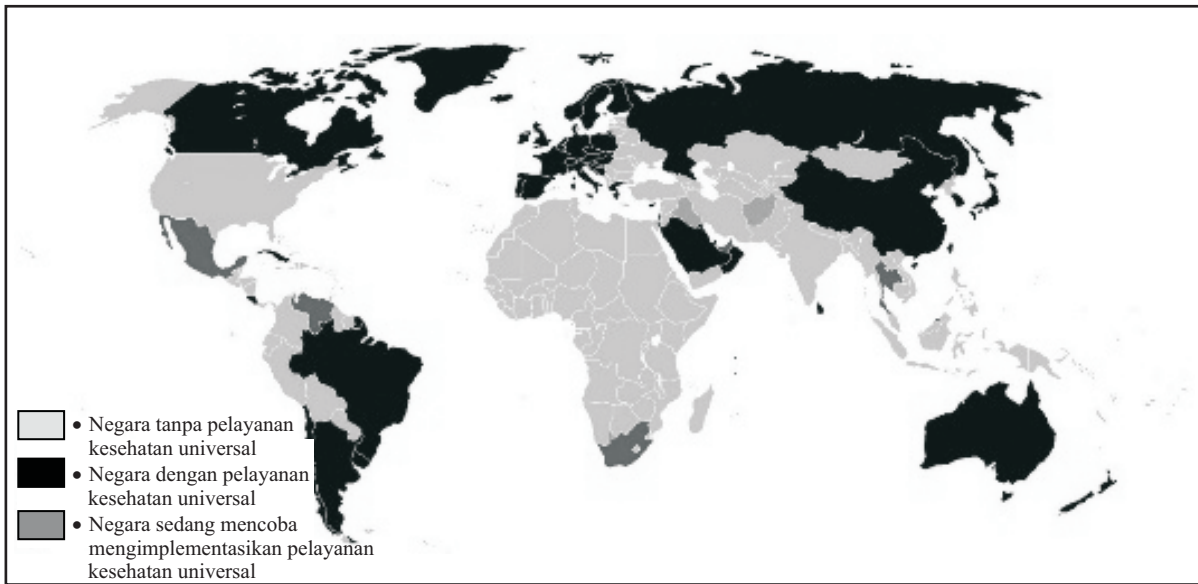
Gambar 1 menunjukkan peta status cakupan universal pelayanan kesehatan negara-negara di seluruh dunia. Posisi per Desember 2009 menunjukkan sebanyak 22 dari 23 negara maju memiliki sistem pembiayaan pelayanan kesehatan untuk cakupan universal.

AS merupakan satu-satunya negara maju yang tidak memiliki pelayanan kesehatan, namun pada 21 Maret 2010 *House of Representatives* (Dewan Perwakilan Rakyat) AS mengesahkan RUU Reformasi Kesehatan yang diusulkan Barack Obama dan Partai Demokrat. AS akan mengimplementasikan pelayanan kesehatan universal mulai tahun 2014 dengan menggunakan sistem mandat asuransi.

Mexico, Afrika Selatan, Thailand, dan Indonesia, merupakan negara yang sedang mengimplementasikan pelayanan kesehatan universal (Sreshthaputra dan Indaratna, 2001; Prakongsai et al., 2009). Indonesia menjalani masa transisi menuju sistem pelayanan kesehatan universal. UU SJSN mewajibkan setiap warga di Indonesia memiliki akses pelayanan kesehatan komprehensif yang dibutuhkan melalui sistem pra-upaya.

Sejumlah negara seperti Jerman, Belanda, dan Perancis, menerapkan sistem penyediaan

Gambar 1. Peta Status Cakupan Pelayanan Kesehatan Universal di Negara-negara Seluruh Dunia



Sumber: Truecostblog, 2009.

pelayanan kesehatan yang lebih pluralistik, berdasarkan asuransi sosial wajib ataupun asuransi swasta. Tingkat kontribusi asuransi wajib biasanya ditentukan berdasarkan gaji dan pendapatan, dan biasanya didanai oleh perusahaan maupun pekerja penerima manfaat asuransi. Tidak jarang dana kesehatan merupakan campuran antara premi asuransi, kontribusi wajib perusahaan/pekerja, dan pajak pemerintah. Sistem asuransi ini membayar penyedia pelayanan kesehatan swasta atau pemerintah dengan regulasi tingkat pembayaran. Sebagai contoh di Jerman, premi asuransi kesehatan wajib dikelola oleh perusahaan asuransi yang dimiliki bersama oleh masyarakat. Demikian pula di Belanda dan Swis, pelayanan kesehatan dibiayai melalui asuransi swasta. Perusahaan asuransi swasta tidak diperbolehkan mengambil untung dari elemen asuransi wajib, meskipun boleh mengambil untung dari penjualan asuransi tambahan.

2.2. Sistem Pembiayaan Kesehatan untuk Cakupan Universal

Sistem pembiayaan kesehatan untuk cakupan universal dapat dibagi menjadi tiga kategori: (1) pembayar tunggal (*single payer*), (2) pembayar ganda (*two-tier*), dan (3) sistem mandat asuransi.

a. Pembayar tunggal (*single payer*).

Pembayar tunggal (*single payer*) merupakan sistem pembiayaan kesehatan universal yang pemerintah memberikan asuransi kepada semua warga dan membayar semua pengeluaran kesehatan, meskipun terdapat *copayment* dan *coinsurance*. Sistem pembayar tunggal merupakan suatu bentuk “monopsoni”, karena hanya terdapat sebuah pembeli (pemerintah) dan sejumlah penjual pelayanan kesehatan. Biaya kesehatan berasal dari anggaran pemerintah yang diperoleh dari pajak, umum (*general taxation*) atau pajak khusus, misalnya pajak penghasilan (*payroll tax*). Adapun daftar negara yang menggunakan sistem pembayar tunggal untuk cakupan universal pelayanan kesehatan warga negaranya disajikan pada Tabel 3.

Sebagai contoh di Kanada, pelayanan oleh Medicare sebagai penyelenggara, sebagian didanai oleh pemerintah nasional, sebagian besar oleh pemerintah provinsi. Pemerintah Inggris menarik pajak umum (*general taxation*) dari warga yang antara lain digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh NHS. Pemberi pelayanan bisa pemerintah, swasta, atau kombinasi pemerintah dan swasta, seperti yang berlangsung di Kanada dan Inggris. Contoh berikutnya National Health Insurance (NHI) di Taiwan memulai layanan

Tabel 3. Daftar Negara dengan Sistem Pembayar Tunggal untuk Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan

No	Nama Negara	Tahun	No	Nama Negara	Tahun
1.	Norwegia	1912	8.	Kanada	1966
2.	Jepang	1938	9.	Italia	1978
3.	Inggris	1948	10.	Portugal	1979
4.	Kuwait	1950	11.	Siprus	1980
5.	Swedia	1955	12.	Spanyol	1986
6.	Bahrain	1957	13.	Eslandia	1990
7.	Brunei	1958	14.	Taiwan	1995

sejak 1995. NHI merupakan skema asuransi sosial wajib dengan pembayar tunggal yang dijalankan oleh pemerintah, yang memusatkan semua dana pelayanan kesehatan. Dana NHI sebagian besar berasal dari premi yang berbasis pajak gaji/penghasilan (*payroll tax*) dan dana pemerintah. Sistem ini membe-rikan akses yang sama bagi semua warga, dan cakupan populasi mencapai 99% pada akhir 2004.

b. Sistem ganda (*two-tier*).

Dalam sistem ganda (*dual health care system*), pemerintah menyediakan pelayanan kesehatan atau memberikan cakupan asuransi *katastrofik* atau cakupan minimal untuk semua warga. Warga melengkapinya dengan membeli pelayanan kesehatan tambahan di sektor swasta, baik melalui asuransi sukarela atau membayar langsung (*direct payment*). Negara yang menganut sistem ganda ini adalah sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 4.

Sebagai contoh, sistem yankes universal di Singapore menggunakan kombinasi tabungan wajib melalui potongan gaji (*payroll tax*) yang didanai perusahaan dan pekerja (suatu skema asuransi kesehatan nasional), dan subsidi pemerintah. Selain itu banyak warga Singapore yang juga membeli asuransi kesehatan swasta tambahan (biasanya dibayar oleh perusahaan) untuk pelayanan kesehatan yang tidak diliput dalam program pemerintah. Sebagian besar pelayanan kesehatan disediakan oleh sektor swasta.

Dalam sistem pelayanan kesehatan di Singapore, pemerintah dengan aktif meregulasi suplai dan harga pelayanan kesehatan untuk menjaga agar biaya selalu terkontrol. Sistem tersebut sangat baik meskipun tidak mudah untuk direplikasi di negara manapun. Dengan sistem tersebut, jumlah keseluruhan pengeluaran kesehatan hanya 3% dari PDB tahunan. Dari

Tabel 4. Daftar Negara dengan Sistem Pembayar Ganda untuk Cakupan Universal Pelayanan kesehatan

NO	Nama Negara	Tahun	NO	Nama Negara	Tahun
1.	Belanda	1966	5.	Irlandia	1977
2.	Denmark	1973	6.	Hongkong	1993
3.	Perancis	1974	7.	Singapore	1993
4.	Australia	1975	8.	Israel	1995

jumlah tersebut, 66% berasal dari sumber swasta. Hasilnya pelayanan menjadi menakutkan. Dewasa ini Singapore memiliki angka kematian bayi nomor dua terendah di seluruh dunia, dan satu di antara negara dengan angka harapan hidup saat kelahiran tertinggi di dunia. WHO menyebut Singapore “salah satu sistem pelayanan kesehatan yang paling sukses di dunia, baik dalam arti efisiensi pembiayaan maupun hasil-hasil kesehatan komunitas yang dicapai”.

c. Mandat asuransi.

Pemerintah memberikan mandat (mewajibkan) agar semua warga negara memiliki asuransi dari perusahaan asuransi swasta, pemerintah, atau nirlaba. Negara yang menganut mandat asuransi ini adalah sebagai-mana ditunjukkan pada Tabel 5.

Dalam pelaksanaan mandat asuransi, pemerintah di sejumlah negara membatasi jumlah perusahaan asuransi. Di beberapa negara lainnya, jumlah perusahaan asuransi yang beroperasi tidak dibatasi dan berlangsung dalam mekanisme pasar. Pemerintah melakukan regulasi dan standardisasi, misalnya larangan perusahaan asuransi untuk menolak untuk mengasuransikan warga yang telah mengalami penyakit (*pre-existing condition*). Sebagai contoh, AS selama ini menerapkan sistem pembiayaan kesehatan yang liberal melalui pasar swasta. Pemerintah federal dan negara bagian memberikan skema asuransi kesehatan bagi warga miskin (*medicaid*) dan usia lanjut, veteran, dan berpenyakit kronis (*medicare*), tetapi kontribusi pemerintah jauh dari memadai bagi warga AS umumnya. Akibatnya, menurut United States Census Bureau, pada 2008 terdapat 46,3

juta orang di AS (15,4% dari populasi) tidak terasuransi.

Dengan disahkannya Undang-Undang Reformasi Kesehatan AS yang disebut “The Patient Protection and Affordable Care Act” yang diusulkan Barack Obama dan Partai Demokrat, diharapkan pelayanan kesehatan dapat diakses oleh semua warga AS. Undang-undang itu mewajibkan pelayanan komprehensif bagi warga AS. Reformasi kesehatan di AS tersebut tetap memberi kesempatan kepada asuransi kesehatan swasta dan pemberi pelayanan kesehatan swasta untuk beroperasi, tetapi dengan regulasi lebih ketat, dan dengan subsidi yang lebih besar dari pemerintah agar warga miskin mampu membeli asuransi. Undang-undang itu melarang “praktik buruk perusahaan asuransi swasta” selama ini, misalnya menerapkan skrining terhadap penyakit yang tengah terjadi (*pre-existing condition*) dan penambahan premi kepada peserta asuransi yang memiliki kemungkinan besar sakit.

2.3. Transisi Menuju Cakupan Universal

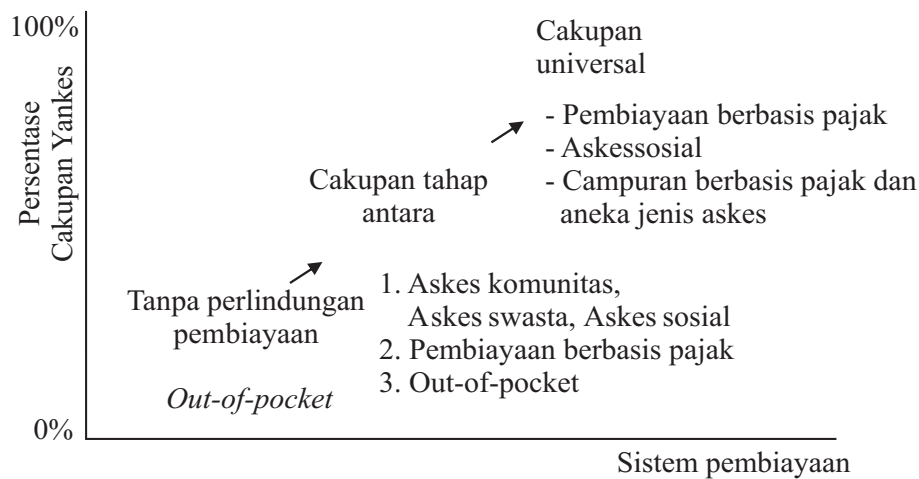
Untuk mencapai UHC dibutuhkan evolusi dari sistem pembiayaan langsung (*out-pocket payment*) ke sistem pembiayaan pra-upaya (*pre-paid system*). Pengalaman di banyak negara menunjukkan, transisi tersebut dapat memerlukan waktu dari beberapa tahun hingga beberapa dekade (lihat Gambar 2).

Sebagai contoh, cakupan universal di AS diperkirakan baru akan tercapai tahun 2014, yaitu 4 tahun sejak disahkannya “UU Proteksi Pasien dan Pelayanan yang Terjangkau” tahun 2010. Jepang membutuhkan 36 tahun sejak disahkan-

Tabel 5. Daftar Negara dengan Sistem Pembayar Mandat Asuransi untuk Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan

No	Nama Negara	Tahun	No	Nama Negara	Tahun
1.	Jerman	1941	6.	Korsel	1988
2.	Belgia	1945	7.	Swiss	1994
3.	Austria	1967	8.	Indonesia	2004
4.	Luksemburg	1973	9.	AS	2014
5.	Yunani	1983			

Gambar 2. Transisi Menuju Cakupan Universal



Sumber: WHO, 2005.

nya undang-undang Askes hingga terlaksananya pelayanan kesehatan cakupan universal. Bagaimana dengan Indonesia yang belum mencapai cakupan universal sejak diberlaku-kannya UU SJSN. Kendala imple-mentasi mencakup hal-hal berikut:

- a. Pemetaan pola Jamkesda yang berjalan selama ini di 33 provinsi di Indonesia, termasuk dalam hubungannya dengan kemampuan fiskalnya.

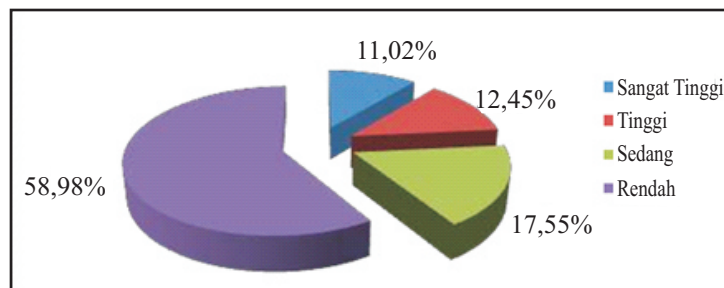
Berdasarkan data Kemenkes bahwa pada tahun 2013, terdapat provinsi yang sudah mencapai *Universal Health Coverage* yaitu DKI Jakarta, Bali, Riau. Jumlah provinsi yang hanya menjamin peserta penduduk miskin non Jamkesmas mencapai 27 provinsi (81,81%), serta 2 provinsi (6,06%) yang menggunakan SKTM. Berdasarkan tabel lampiran peta kapasitas fiskal daerah (Lampiran Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 226/PMK.07/2012) diperoleh gambaran kemampuan fiskal provinsi di

Indonesia. Tabel indeks fiskal tersebut membagi provinsi dengan kriteria kapasitas fiskal rendah, sedang, tinggi, dan sangat tinggi. Provinsi dengan kriteria indeks kapasitas fiskal rendah merupakan yang terbanyak, yaitu sebanyak 18 provinsi (54,55%), diikuti kriteria sedang 7 provinsi (21,21%), tinggi 5 provinsi (15,15%), dan kriteria sangat tinggi 3 provinsi (9,09%).

Jika ditinjau dari tingkat kapasitas fiskal kabupaten/kota, terbanyak kategori kapasitas fiskal rendah, yaitu sebanyak 289 kabupaten/kota (58,98%), kategori sedang sebanyak 86 kabupaten/kota (17,55%), kategori tinggi 61 kabupaten/kota (12,45%), dan sangat tinggi sebanyak 54 kabupaten/kota (11,02%). Rincian perbandingan fiskal per provinsi disajikan pada Gambar 3 dan Tabel 6.

Dari 242 kabupaten/kota yang menyelenggarakan Jamkesda yang dapat diolah, terdapat 152 kabupaten/kota yang dikategorikan sebagai daerah dengan kapasitas fiskal yang rendah

Gambar 3. Proporsi Kabupaten/Kota Menurut Indeks Kapasitas Fiskal



Sumber : Diolah dari Peraturan Menteri Keuangan/PMK-RI 226/2012)

Tabel 6. Klasifikasi Provinsi Berdasarkan Indeks Kapasitas Fiskal

Indeks kapasitas				
<i>Rendah</i>		<i>Sedang</i>	<i>Tinggi</i>	<i>Sangat Tinggi</i>
Aceh Sumut Sumsel Bengkulu Lampung Jabar Jateng Jatim DI Yogyakarta	Sulten Sulsel Sultra NTT NTB Maluku Papua Gorontalo Sulbar	Sumbar Jambi Kalbar Sulut Maluku Utara Banten Papua Barat	Riau Kalteng Kalsel Bali Kepri	DKI Jakarta Kaltim Babel

Sumber: Diolah dari Lampiran Peraturan Menteri Keuangan/ PMK-RI 226/PMK.07/2012.

(62,8%), 30 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal sedang (12,4%), 25 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi (10,3%), dan 35 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal sangat tinggi (14,5%). Klasifikasi kapasitas fiskal ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 226/PMK.07/2012 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah Tidak otomatis. Provinsi dengan kapasitas fiskal rendah akan mengalokasikan anggaran kesehatan per kapita yang lebih kecil bila dibandingkan provinsi dengan kelas kapasitas fiskal di atasnya. Demikian pula hubungan kapasitas fiskal dengan persentase anggaran kesehatan berbanding total APBD.

Implementasi sistem pelayanan kesehatan universal bervariasi di berbagai negara, tergantung pada sejauh mana keterlibatan pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan. Hal ini sesuai dengan kenyataan yang terjadi di Indonesia, yaitu dimensi desentralisasi sangat tampak dalam pembiayaan kesehatan, terbukti dari beragamnya model pengelolaan Jamkesda yang ada di Indonesia.

Menurut Casasnovas dkk. (2009), desentralisasi organisasi merupakan mekanisme potensial untuk memfasilitasi perubahan pada aktivitas dari semua level organisasi termasuk pelayanan kesehatan, yang nantinya dapat mendukung peningkatan efisiensi organisasi tersebut. Desentralisasi ini akan mengambil alih tempat melalui peningkatan derajat inovasi kebijakan dan dinamisme sistem, dan level transparansi yang lebih besar. Namun, tetap akan ada transaksi

biaya tambahan (*additional transaction cost*) yang terkait dengan mengecilnya level kekuasaan pusat dan meningkatnya kebutuhan koordinasi dan kerja sama secara sukarela. Sistem jaminan sosial nasional harus tetap mampu menjawab tantangan desentralisasi ini, yaitu level kekuasaan pusat tidak besar namun kemampuan koordinasi harus dapat dikembangkan secara sinergis dan efektif.

Hasil penelitian dan *focus group discussion* (FGD) terkait implementasi jaminan kesehatan ditunjukkan pada Tabel 7.

Oleh karena itu untuk mencegah tumpang tindih antara pusat, daerah maupun BPJS, pembiayaan jaminan kesehatan harus diintegrasikan terlebih dahulu sehingga tidak ada celah dalam wewenang dan tanggung jawab pemerintah. Dimensi ketepatan kebijakan dan dimensi perumusan rekomendasi kebijakan digunakan untuk menilai alternatif pola pengelolaan Jamkesda saat ini, khususnya dari sisi kebijakan, manajemen pengelolaan, paket manfaat serta bantuan iuran beserta permasalahan dan tantangannya. Selain itu, digunakan pula untuk menilai alternatif *best practices* pola pengelolaan Jamkesda yang telah berjalan serta menurut pola rencana strategis pengelolaan Jamkesda berdasarkan perspektif pemerintah daerah (kabupaten/kota dan provinsi) maupun berdasarkan perspektif pusat.

Menurut Abidin (2004), terdapat beberapa kriteria yang biasa digunakan dalam mengukur ketepatan suatu formulasi kebijakan publik,

Tabel 7. Simpulan Implementasi JKN

No.	Peneliti dan Periode	Simpulan
1.	Regmi dkk. (2010)	Desentralisasi sangat bergantung pada prasyarat tertentu karena tidak selamanya memiliki efek yang diharapkan
2.	Bossert, Bowser, dan Amenyah (2007) di Ghana dan Guatemala. Bossert dkk. (2003) di Columbia dan Chili	Tidak semua kewenangan hasilnya akan lebih baik apabila didesentralisasikan
3.	Hasil FGD pemangku kepentingan (<i>stakeholder</i>) oleh Kemenkes	Harus mengintegrasikan berbagai pola Jamkesda, fokus penyiapan pelaksanaan BPJS pada tahun 2014 dengan fokus pada kewenangan pembiayaan kesehatan seperti diamanatkan oleh UU.

antara lain kelayakan politik, kelayakan ekonomi, kelayakan keuangan/biaya, kelayakan administrasi, kelayakan teknologi, kelayakan sosial budaya, dan kelayakan-kelayakan lain sesuai dengan kriteria yang dibuat secara khusus.

Atas dasar pilihan formulasi kebijakan yang terbaik dari alternatif-alternatif yang ada, perlu disusun hasil rekomendasi kebijakan akhir yang paling tepat dapat diimplementasikan oleh pembuat kebijakan. Dunn mengemukakan minimal terdapat empat karakteristik yang harus dipertimbangkan dalam menyusun suatu rekomendasi kebijakan:

- 1) *Action focus*, rekomendasi harus memuat aksi yang diperlukan agar kondisi yang sebaiknya terjadi dapat terwujud oleh kebijakan tersebut.
 - 2) *Future oriented*, rekomendasi harus menjelaskan keadaan sebelum adanya kebijakan dan keadaan yang akan terjadi sesudah ada kebijakan.
 - 3) *Fact-value interdependence*, rekomendasi harus mampu mengkaitkan fakta dan nilai, sehingga rekomendasi tidak sebatas aksi melainkan juga berkenaan dengan penerimaan dari nilai-nilai yang ada termasuk di masyarakat.
 - 4) *Value duality*, rekomendasi kebijakan harus mampu menggambarkan nilai instrinsik yang menjadi tujuan akhir dari kebijakan dan nilai ekstrinsik sebagai sasaran antara sebagai jalan menuju tujuan akhir.
- Dengan begitu, diambil simpulan bahwa

besarnya manfaat jaminan kesehatan yang diberikan oleh daerah tergantung kepada tinggi rendahnya tingkat kapasitas fiskal suatu daerah, dan untuk mengintegrasikan sistem Jamkesda di berbagai provinsi ke dalam JKN, diformulasikan kebijakan yang mampu mengintegrasikan sisi manajemen pengelolaan, paket manfaat, dan pola kepesertaan penerima bantuan iuran secara nasional dengan tetap berlandaskan pada kerangka desentralisasi (lihat Gambar 4).

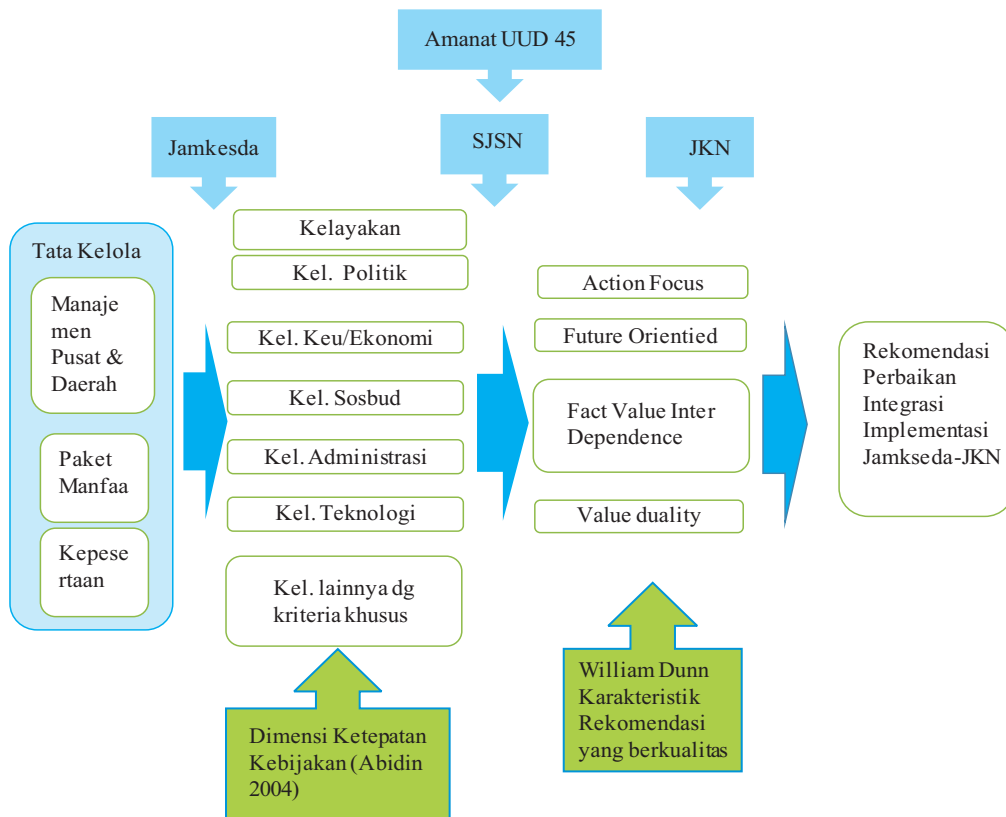
b. Analisis pola manajemen pengelolaan, paket manfaat, dan sasaran penerima bantuan iuran jaminan kesehatan daerah.

Hasil penelitian terhadap enam provinsi, yaitu Aceh, Sumatera Barat, Gorontalo, DKI Jakarta, Nusa Tenggara Timur, dan Kepulauan Riau, memperlihatkan model pembiayaan dengan efektivitas serta keberhasilan yang berbeda-beda. Hal ini sejalan dengan pendapat Murti (2010), bahwa implementasi sistem pelayanan kesehatan universal bervariasi di berbagai negara, tergantung sejauh mana keterlibatan pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan. Hal ini sesuai dengan kenyataan yang terjadi di Indonesia, yaitu pengaruh desentralisasi sangat tampak dalam pembiayaan kesehatan, terbukti dari beragamnya model pengelolaan Jamkesda yang ada di Indonesia.

2.4. Kebijakan Pola Manajemen Pembiayaan

Enam provinsi yang menjadi target analisis pada penelitian ini yaitu Provinsi Aceh, Sumatera

Gambar 4. Kerangka Berpikir Analisis Kebijakan Integrasi Jamkesda dalam JKN



Barat, Gorontalo, Nusa Tenggara Timur, Kepulauan Riau, dan DKI Jakarta, memiliki model manajemen pembiayaan yang berbeda-beda, menyesuaikan dengan kemampuan dan kondisi di daerah masing-masing. Melihat pola manajemen pembiayaan yang diterapkan lima provinsi, terdapat provinsi yang menggunakan pola pembiayaan *cost-sharing* yang telah ditentukan antara pemerintah provinsi dengan pemerintah kabupaten/kota yaitu Provinsi Sumatera Barat dan Kepulauan Riau. Hal ini tampak dengan adanya peraturan daerah/peraturan gubernur yang secara langsung mengatur pelaksanaan di kabupaten/kota di wilayahnya (*top-down approach*) dengan target sasaran rakyat yang tidak memiliki jaminan kesehatan dan rakyat miskin.

Selain melihat pola manajemen yang terjadi di daerah maka perlu pula ditinjau pola manajemen yang dilakukan Amerika Serikat melalui *Obama Care (the Affordable Act)*. Dalam konteks pola pengelolaan manajemen organisasi pembiayaan *Obama Care*, terdapat dua hal yang harus dicatat yaitu: 1) Pemandangan kewenangan

pengelolaan pembiayaan ke pusat berdasarkan keinginan daerah, hal ini serupa dengan upaya integrasi Jamkesda ke dalam JKN di Indonesia, dan 2) pengelolaan mengacu pada sistem bursa asuransi, bukan dikelola langsung oleh pusat, hal ini berbeda dengan Indonesia yang mengelola secara langsung melalui BPJS.

Berdasarkan hal tersebut, maka opsi manajemen pembiayaan *result-based financing (RBF)* merupakan salah satu model yang dapat diaplikasikan dalam pola manajemen terpusat dan disesuaikan daerah, sehingga menjadi salah satu alternatif dalam implementasi pola pembiayaan Jamkesda dan menuju penyelenggaraan JKN. RBF merupakan instrumen pola pembiayaan yang menghubungkan pendanaan dengan hasil yang telah ditetapkan, dengan pembayaran yang dilakukan hanya berdasarkan verifikasi bahwa hasil yang telah disepakati benar-benar telah tercapai. Hal ini akan menjembatani pola kewenangan yang selama ini terjadi yakni kewenangan pengelolaan yang diberikan melalui badan pengelola, kewenangan pengelolaan yang diberikan langsung oleh Askes,

dan pengelolaan langsung tanpa menyusun kelembagaan baru.

Model RBF inipun sesuai dengan model *monocratique* yang diperkenalkan oleh Max Weber, yaitu kewenangan yang berciri sentralistik, hierarkis, dan berorientasi pada peraturan (*rule-driven*) dapat digunakan sebagai model ideal organisasi pemerintahan. Model ini dianggap mampu menciptakan efisiensi dan efektivitas dalam rangka melayani kepentingan penguasa untuk mempertahankan kekuasaannya berhadapan dengan beragam kelompok politik, etnis, dan geografis. RBF menjembatani perbedaan sistem yang ada dan meningkatkan kinerja baik dari sisi penawaran dan permintaan dari sistem kesehatan yang mengupayakan tercapainya *universal health coverage*. Dalam program RBF, pembayaran dilakukan berdasarkan kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan setelah verifikasi. Pengalaman dari beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa RBF dapat memperkuat fungsi sistem kesehatan, meningkatkan efisiensi dan akuntabilitas sistem kesehatan. Di banyak negara, desain program RBF sudah termasuk penghapusan biaya pengguna, sehingga mengurangi beban keuangan untuk mengakses layanan.

2.5. Kebijakan Pola Paket Manfaat

Pada awal pembentukannya, Jamkesda merupakan jaminan kesehatan yang bersifat komplementer, terutama terhadap Jamkesmas. Artinya, Jamkesda hanya merupakan pelengkap dari Jamkesmas, karena paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesda umumnya memiliki kesamaan dengan paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas. Paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas dijadikan sebagai acuan bagi paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesda, sehingga seringkali Jamkesda tidak berkembang menjadi sebuah jaminan kesehatan yang komprehensif dan lengkap untuk daerah.

Pada perkembangannya, pola paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesda seringkali mengacu dan bahkan mengimplementasikan secara langsung pola paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas. Hal ini kemudian

menjadi sebuah ketimpangan karena paket manfaat yang ditawarkan antara Jamkesmas dan Jamkesda tidak memiliki perbedaan. Perbedaan jaminan kesehatan tersebut akhirnya hanya berbeda dari segi pembiayaan serta iuran yang dikeluarkan, sehingga mendorong adanya inefektivitas penawaran dari segi pola paket manfaat.

Pola paket manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesmas dan Jamkesda memiliki kesamaan terutama di layanan kesehatan dasar dan rujukan tingkat 2. Perbedaan untuk rujukan tingkat 2 terletak pada penawaran yang berbeda-beda di setiap daerah. Perbedaan-perbedaan ini kemudian akan menjadi sebuah permasalahan apabila Jamkesda disatukan ke dalam JKN, mengingat sifat JKN yang universal. Perbedaan di rujukan tingkat 2 akan mempengaruhi kontinuitas sistem pelayanan kesehatan berjenjang karena dengan adanya kekhasan daerah, sehingga paket manfaat yang ditawarkan akan berbeda antara satu daerah dengan yang lainnya. Isu portabilitas ini menyangkut cara pelayanan diakses oleh warga yang bukan penduduk resmi suatu daerah. Berbeda-bedanya cakupan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh Jamkesda masing-masing daerah, dan aturan yang mengharuskan pelayanan hanya diberikan pada penduduk resmi daerah tersebut, menyebabkan sejumlah pihak menganggap jaminan kesehatan sebaiknya dilakukan secara sentralistik. Dengan demikian, dalam menentukan pola paket manfaat khususnya dalam menjembatani antar pola jamkesda, terdapat beberapa faktor yang harus dijadikan perhatian semua pemangku kepentingan di tingkat pusat dan harus mampu diterjemahkan dalam sistem yang baru antara lain:

- a. kemampuan pola paket manfaat harus mampu menjembatani kesenjangan antar paket manfaat Jamkesda provinsi yang selama ini berbeda. Dalam hal ini, pola paket manfaat yang baru harus mampu meredam dampak politis yang muncul akibat manfaat yang berkurang di beberapa daerah;
- b. pola paket manfaat harus mengoptimalkan porsi upaya promotif preventif untuk

menciptakan pembiayaan kesehatan yang lebih efisien.

2.6. Kebijakan Pola Sasaran Penerima Bantuan Iuran

Terdapat tiga pola sasaran dalam implementasi Jamkesda, yakni penggunaan surat keterangan tidak mampu (SKTM) sebagai cara untuk mengakses layanan Jamkesda; sasaran masyarakat miskin dan berketerbatasan yang tidak dijamin oleh Jamkesmas; dan penargetan menyeluruh (*broad targeting*) atau *universal health coverage* dengan penargetan dilakukan terhadap semua masyarakat di suatu daerah tanpa melihat latar belakang ekonomi dan sosial. Beberapa faktor perlu diperhatikan. Pertama, bahwa kemiskinan bukanlah merupakan hal yang statis dan tidak rentan perubahan. Akurasi, validitas, dan pembaharuan data menjadi hal sangat krusial. Kedua, faktor portabilitas yang seringkali menjadi hambatan di dalam Jamkesda. Hal ini berpotensi menimbulkan tumpang-tindih data jika pemerintah tidak mampu mengintegrasikan data antar wilayah secara baik. Peran pemerintah pusat harus dapat menghimpun data dalam satu payung kelembagaan, sehingga prinsip portabilitas dalam JKN dapat berjalan secara optimal. Ketiga, berkaitan dengan iuran yang ditetapkan untuk beberapa daerah, ternyata bila dikaji lebih jauh memiliki keterikatan antara iuran dengan alokasi APBD untuk Jamkesda. Terjadi peningkatan alokasi dana Jamkesda di APBD dari tahun ke tahun pada daerah-daerah yang sepenuhnya menjamin layanan jaminan sosial dengan paket manfaat melalui APBD. Penggunaan dana talangan (*floating fund*) tanpa kontrol yang ketat terhadap klaim seperti yang terjadi di NTT, mengakibatkan terjadinya kebocoran pengklaiman dana talangan Jamkesda yang pada akhirnya menyebabkan timbulnya hutang yang harus ditanggung sehingga mengganggu APBD dan bahkan pembangunan di sektor lainnya.

Penerima bantuan iuran secara nasional belum tentu sesuai dengan kebutuhan di tingkat daerah. Hal ini terjadi dalam *Obama Care*, yaitu warga negara bagian yang memerlukan bantuan

ternyata melebihi kriteria yang ditetapkan, akibat munculnya kriteria non finansial. Persoalan ini kemudian diatasi Pemerintah AS dengan memberikan jalan keluar berupa keleluasaan bagi negara bagian untuk mengajukan perluasan cakupan melebihi standar federal dengan mekanisme yang telah ditentukan secara ketat.

3. SIMPULAN DAN SARAN

3.1. Simpulan

JKN ditetapkan berlaku dan berjalan sejak 1 Januari 2014, namun hal ini bersifat gradual dan akan berjalan hingga mencapai *UHC* di tahun 2019. Dalam tahapan tersebut masih terdapat tantangan yang harus dijalani salah satunya adalah mengintegrasikan berbagai kebijakan Jamkesda yang saat ini telah berjalan hampir di semua provinsi. Kebijakan sentralisasi pembiayaan kesehatan ini karena juga yang dilakukan di banyak negara lain, saat ini menghadapi tantangan tersendiri untuk menjawab kebutuhan daerah yang seringkali menjadi tuntutan dalam proses politik sentralisasi dihadapkan pada kebijakan otonomi daerah secara umum.

Pemerintah pusat memainkan peranan penting dalam menentukan berbagai alternatif kebijakan terbaik untuk pelaksanaan sistem jaminan kesehatan secara nasional. Dihadapkan pada pelbagai isu tersebut di atas, maka untuk tercapainya integrasi Jamkesda ke JKN, diperlukan suatu formula kebijakan yang mampu mengintegrasikan penyelenggaraan Jamkesda kabupaten/kota dan provinsi dalam skema integrasi JKN, baik dari sisi manajemen pengelolaan, paket manfaat maupun besaran iuran.

3.2. Saran

Berdasarkan prinsip-prinsip tersebut, perlu disusun suatu formulasi yang mampu menjawab kebutuhan integrasi Jamkesda ke dalam JKN. Formulasi kebijakan yang selama ini telah diarahkan pada sentralisasi pembiayaan kesehatan melalui program JKN harus diimbangi dengan memberikan celah ruang fleksibilitas bagi daerah untuk ikut dalam proses pengambilan keputusan secara dinamis. Formulasi ini disebut

Formulasi Kebijakan Integrasi Sentralisasi Dinamis. Sentralisasi yang dimaksud dalam model kebijakan ini adalah upaya integrasi kebijakan Jamkesda ke dalam JKN yang dilakukan dengan mengalihkan tanggung jawab daerah dalam hal perencanaan, pembiayaan, dan manajemen jaminan kesehatan publik dari pemerintah daerah ke unit pemerintah pusat. Sementara yang dimaksud dengan dinamis dalam kebijakan ini adalah kemampuan kebijakan untuk tetap memberikan ruang fleksibilitas bagi daerah untuk turut serta dalam pengambilan keputusan terkait dengan JKN.

Konsep sentralisasi dinamis ini adalah memberikan ruang fleksibilitas yang lebih besar bagi daerah dalam sentralisasi kebijakan integrasi Jamkesda. Secara garis besar, inti model ini adalah:

- a. pengelolaan, pengendalian, dan pembiayaan dilakukan terpusat namun indikator pengelolaan, pengendalian, dan pembiayaan disepakati terlebih dahulu dengan daerah yang berintegrasi;
- b. paket manfaat dapat disesuaikan dengan kebutuhan daerah dan optimalisasi manfaat promotif preventif, serta mengembangkan manfaat untuk penyakit-penyakit yang berisiko tinggi (biaya, wabah);
- c. penentuan penerima bantuan dan tarif secara dinamis dan melibatkan daerah namun tetap mengacu pada standar nasional dan regulasi lainnya yang ada.

Secara garis besar, penerapan model sentralisasi dinamis memperhatikan:

- a. Indikator partisipatif. Pemerintah pusat menyusun manajemen pengelolaan, pengendalian dan pembiayaan dengan indikator pengelolaan yang telah disepakati terlebih dahulu dengan daerah yang berintegrasi.
- b. Paket manfaat fleksibel. Paket manfaat dasar wajib menggunakan standar pelayanan kesehatan nasional dengan standar manfaat dasar namun dapat ditambah sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan daerah dan mengoptimalkan manfaat promotif preventif. Dalam hal ini pemerintah

memberi ruang bagi karakteristik daerah, misal daerah gugus kepulauan, tertinggal, perbatasan, dan daerah industri.

4. REFERENSI

Undang-Undang Dasar 1945.

Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063).

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072).

Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, tentang BPJS.

Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637).

Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 8737).

Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014 beserta Lampiran Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014.

<http://www.pusat3.litbang.depkes.go.id/berita-138-pelaksanaan-pelayanan-kesehatan-dalam-rangka-sistem-jaminan-sosial-nasional-sjsn.html> (diakses pada tanggal 13 Agustus 2015; 19:09:00 WIB).

Peraturan Menteri PAN Nomor 13 Tahun 2009, tentang Pedoman Pelayanan Publik dengan Partisipasi Masyarakat.

<http://truecostblog.com/2009/08/09/countries-with-universal-healthcare-by-date/> (diakses tanggal 17 Agustus 2015).

Surat Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 17 Tahun 2012 tentang Tim Penyiapan Pelaksanaan BPJS