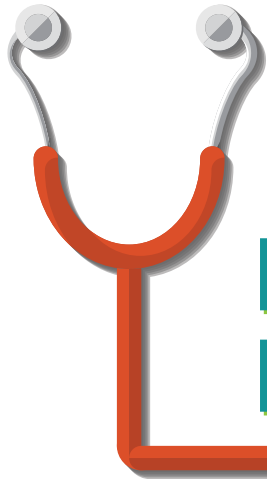


A large graphic of a stethoscope with a red tube and silver earpieces. The tube forms a rectangular frame around the main title. The background features a light blue grid, a faint map of Indonesia, and several vertical bars in shades of teal and green at the top.

Kajian Kebijakan
Penyelenggaraan

JAMINAN KESEHATAN

di Era Otonomi Daerah



Kajian Kebijakan Penyelenggaraan

JAMINAN KESEHATAN

di Era Otonomi Daerah

Disusun Oleh:
Adinda Tenriangke Muchtar
Arfianto Purbolaksono
Endah Setyaningsih
Fadel Basrianto
Muhammad Aulia Y. Guzasiah
Muhamad Rifki Fadilah
Nopitri Wahyuni



The Indonesian Institute, *Center for Public Policy Research*, didirikan pada 21 Oktober 2004 di Jakarta oleh sekelompok aktivis dan intelektual muda yang dinamis. **The Indonesian Institute** merupakan sebuah lembaga independen, non-partisan, dan nirlaba yang sumber pendanaannya berasal dari dana hibah, sumbangan-sumbangan dari yayasan, perusahaan dan perorangan. **The Indonesian Institute** bergerak di bidang penelitian kebijakan publik yang berkomitmen untuk berkontribusi dalam proses kebijakan publik dan meningkatkan mutu kebijakan publik di Indonesia.

**Kajian Kebijakan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan
di Era Otonomi Daerah**

@2019, The Indonesian Institute, *Center for Public Policy Research*

TIM PENULIS

The Indonesian Institute

Adinda Tenriangke Muchtar
Arfianto Purbolaksono
Endah Setyaningsih
Fadel Basrianto
Muhammad Aulia Y. Guzasiah
Muhamad Rifki Fadilah
Nopitri Wahyuni

Desain Cover : **Prime**Design
Desain Layout : @za1oe Harhar Muharam
Ukuran 210 x 297 mm

Diterbitkan oleh:

The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research (TII)
Jalan HOS. Cokroaminoto No. 92, Menteng, Jakarta Pusat 10350
Telepon : 021-3158032
Email : contact@theindonesianinstitute.com
Website : www.theindonesianinstitute.com

Ringkasan Eksekutif

World Health Organization atau WHO telah menyepakati tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC) di tahun 2014. UHC merupakan sistem kesehatan yang memastikan bahwa setiap warga di dalam populasi, memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bermutu dengan biaya yang terjangkau. Cakupan UHC mengandung dua elemen inti, yaitu: akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, serta perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan.

Indonesia saat ini sedang berada dalam masa transisi menuju cakupan pelayanan kesehatan semesta yang sudah dimulai sejak tahun 2004 silam. Untuk mewujudkan hal tersebut, pemerintah Indonesia resmi mengeluarkan suatu program bernama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Namun, program yang dikelola oleh BPJS Kesehatan ini pun tak luput dari berbagai sorotan. Salah satu sorotan yang mengemuka ialah terkait dengan persoalan defisit anggaran BPJS Kesehatan, yang juga tidak terlepas dari keterkaitan peran pemerintah daerah.

Temuan kajian kebijakan yang juga melihat dinamika penganggaran jaminan kesehatan dalam konteks otonomi daerah ini, beberapa daerah kinerja yang masuk dalam pengamatan Kementerian Keuangan dan Kementerian Dalam Negeri menunjukkan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah-nya masih belum sesuai dengan amanat Undang-Undang Kesehatan. Hal ini disebabkan karena kapasitas fiskal dan penerimaan daerah yang berbeda satu sama lain. Selain itu, masih banyak daerah yang terlambat dalam membayarkan iuran BPJS kepada pihak BPJS karena lamanya proses pengesahan APBD tahunan pemerintah daerah. Inilah salah satu hal yang menimbulkan defisit BPJS, yang harus ditambal oleh dana talangan dari Pemerintah Pusat.

Di sisi lain, kajian ini juga menemukan bahwa sudah ada usaha kolaborasi antara pihak pemerintah dan swasta untuk menyediakan jaminan kesehatan dalam skema kerjasama antara BPJS dengan asuransi swasta. Namun, kedepan tetap diperlukan adanya beberapa perbaikan yang tidak hanya mencakup segi penganggaran saja, agar tata kelola jaminan kesehatan di masa yang akan datang dapat lebih baik, termasuk lewat peningkatan partisipasi pemerintah daerah.

Kata Pengantar

Tahun 2019 bukan hanya tahun politik yang ramai dengan pemilu serentak pertama kalinya untuk memilih presiden dan anggota legislatif, namun juga penanda 21 tahun era Reformasi sekaligus 20 tahun lebih pelaksanaan otonomi daerah. Salah satu isu penting yang masih berpolemik adalah terkait penyelenggaraan jaminan kesehatan untuk seluruh rakyat Indonesia. Keberadaan Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah beberapa landasan kebijakan yang turut mewarnai dinamika penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia, khususnya terkait peran dan kontribusi pemerintah daerah.

Dinamika hubungan pemerintah pusat dan daerah, peraturan perundangan-undangan tentang jaminan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang berbeda namun saling terkait dan melengkapi, peran beragam aktor dalam menyediakan jaminan kesehatan, tantangan pembiayaan jaminan kesehatan, serta inisiatif pemerintah daerah adalah beberapa topik menarik untuk bahan refleksi tata kelola pemerintahan kita, khususnya di isu kesehatan. Lebih jauh, komitmen pemerintah untuk mencapai salah satu aspek dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) adalah menyangkut isu kesehatan.

Untuk itulah, The Indonesian Institute, *Center for Public Policy Research* (TII) mengangkat topik tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan di Era Otonomi Daerah, khususnya terkait kebijakan tentang jaminan kesehatan. Kami harap kajian kebijakan ini dapat memperkaya analisis kebijakan mengenai isu kesehatan, khususnya terkait dengan jaminan kesehatan dalam konteks penyelenggaraan otonomi daerah yang merupakan salah satu

buah perjuangan reformasi. Kami percaya bahwa kebijakan yang inklusif dan kontekstual merupakan salah satu kunci keberhasilan penyelenggaraan pemerintahan yang demokratis dengan kebijakan publik yang relevan dengan beragam kepentingan.

Melalui kajian kebijakan ini, TII berharap dapat menghasilkan rekomendasi kebijakan untuk memperbaiki tata kelola Jaminan Kesehatan Nasional di masa yang akan datang. Salah satunya adalah dengan mendorong partisipasi dan kontribusi pemerintah daerah dalam menjalankan program jaminan kesehatan di daerahnya masing-masing untuk mendukung program nasional, dengan pelayanan kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, inklusif dan terjangkau, serta fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai.

Salam,

Adinda Tenriangke Muchtar, Ph.D.

Direktur Eksekutif

The Indonesian Institute, *Center for Public Policy Research*

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	iv
BAB I	Pendahuluan
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Pertanyaan.....	8
C. Cakupan Penelitian.....	9
D. Metodologi Penelitian.....	9
BAB II	Pembahasan
A. Dinamika Tata Kelola Jaminan Kesehatan dalam Konteks Era Otonomi Daerah.....	12
1. Kewenangan dan Inisiatif Pemerintah Daerah dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan sebelum Rezim JKN	16
2. Pemetaan Peraturan Perundang-Undangan Jaminan Kesehatan Sebelum dan Pasca Pendirian BPJS.....	24
B. Aktor Penyelenggara Jaminan Kesehatan di Daerah.....	25
C. Skema Kebijakan Penganggaran Jaminan Kesehatan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah.....	30
1. Anggaran Kesehatan Pemerintah Pusat sebelum dan sesudah Era Jaminan Kesehatan Nasional.....	30
2. Anggaran Kesehatan Pemerintah Daerah Sebelum dan Setelah Era Jaminan Kesehatan Nasioanal.....	33
3. Industri Asuransi Kesehatan sebelum dan setelah era Jaminan Kesehatan Nasoinal.....	42
BAB III	Kesimpulan & Rekomendasi
A. Kesimpulan.....	49
B. Rekomendasi.....	49
Daftar Pustaka	52
Profil Lembaga	55
Profil Tim Penulis.....	57

Daftar Bagan

Bagan 1. Grafik Perkembangan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional.....	2
Bagan 2. Grafik Fasilitas Kesehatan Rujukan dan Lanjutan.....	3
Bagan 3. Perbandingan Iuran, Beban, dan Defisit BPJS.....	5
Bagan 4. Dana Talangan BPJS dari APBN.....	6
Bagan 5. Lini Masa Anggaran Kesehatan.....	33
Bagan 6. Proporsi Belanja Urusan Kesehatan terhadap Belanja Daerah, 2008-2011 (dalam Persen).....	36
Bagan 7. Proporsi Belanja Urusan Kesehatan terhadap Belanja Daerah, Tahun 2015 (dalam Persen).....	38

Daftar Tabel

Tabel 1. Berbagai Kebijakan Pemerintah daerah dalam Pemberian Jaminan Kesehatan.....	18
Tabel 2. Undang-Undang dan Peraturan Kebijakan Jaminan Kesehatan sebelum dan Pasca Pendirian BPJS.....	25
Tabel 3. Pemetaan Aktor dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional..	26
Tabel 4. Matriks Aktor Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.....	29
Tabel 5. Perkembangan Jumlah Perusahaan Asuransi Kesehatan dan Kecelakaan.....	44
Tabel 6. Jumlah Polis Asuransi Kesehatan yang diterbitkan Menurut Kepemilikan Perusahaan.....	46

Daftar Singkatan

AKABA	: Angka Kematian Balita
AAUI	: Asosiasi Asuransi Umum Indonesia
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
AKT	: Asuransi Kesehatan Tambahan
Askes	: Asuransi Kesehatan
Askeskin	: Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BOK	: Biaya Operasional Kesehatan
BOKB	: Bantuan Operasional Keluarga Berencana
BPOM	: Badan Pengawas Obat dan Makanan
BUMN	: Badan Usaha Milik Negara
CoB	: <i>Coordination of Benefit</i>
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DAU	: Dana Alokasi Umum
DJSN	: Dewan Jaminan Sosial Nasional
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamkesorga/JP-OR	: Jaminan Kesehatan Atlit Olahraga
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
JPK-GAKIN	: Jaminan kesehatan untuk keluarga miskin
JPK-PNS	: Jaminan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil
KIS	: Kartu Indonesia Sehat
KTP	: Kartu Tanda Penduduk

NGO	: <i>Non-governmental Organization</i>
OJK	: Otoritas Jasa Keuangan
Otoda	: Otonomi Daerah
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
PBPU	: Pekerja Bukan Penerima Upah
PDB	: Produk Domestik Bruto
Perpres	: Peraturan Presiden
Perum	: Perusahaan Umum
Persero	: Perusahaan Perseroan
PKMS	: Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Solo
PNPK	: Pengembangan Nasional Pelayanan Kedokteran
PPN/Bappenas	: Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
PP	: Peraturan Presiden
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SK	: Surat Keputusan
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
UHC	: <i>Universal Health Coverage</i>
UU	: Undang-Undang
UUD	: Undang-Undang Dasar

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization atau WHO telah menyepakati tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC) di tahun 2014. UHC merupakan sistem kesehatan yang memastikan bahwa setiap warga di dalam populasi, memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bermutu dengan biaya yang terjangkau. Cakupan UHC mengandung dua elemen inti, yaitu: akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, serta perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan.

Indonesia saat ini sedang berada dalam masa transisi menuju cakupan pelayanan kesehatan semesta yang sudah dimulai sejak tahun 2004. Untuk mewujudkan hal tersebut, Pemerintah Indonesia resmi mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang kemudian terwujud dalam suatu program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini bertujuan untuk memerdekakan rakyat dari beban finansial ketika sakit, tetapi seluruh rakyat yang cukup mampu wajib membayar ketika sehat (Detik.com, 10/18). Hal prinsip yang perlu diingat dalam era JKN adalah seluruh penduduk harus memperoleh jaminan kesehatan yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

Langkah selanjutnya untuk menuju cakupan kesehatan semestapun semakin nyata, dengan komitmen pemerintah untuk membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang bertujuan untuk menyelenggarakan program JKN resmi beroperasi pada 1 Januari 2014. BPJS pun meleburkan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen), Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Asabri), dan Asuransi Kesehatan (Askes) yang sebelumnya ada, menjadi satu badan hukum dalam hal penyelenggaraan jaminan kesehatan. Dengan kata lain, seluruh peserta empat penyelenggara jaminan kesehatan tersebut secara otomatis menjadi peserta BPJS.

Dalam perkembangannya, hingga bulan Oktober 2018, jumlah peserta JKN BPJS Kesehatan telah mencapai 203,28 juta jiwa. Angka tersebut mengalami peningkatan tiap tahun (lihat Bagan 1.), dimana sebelumnya pada tahun 2015, berjumlah sebanyak 156,8 juta jiwa, lalu di tahun 2016, meningkat sebanyak 171,9 juta jiwa, dan di tahun 2017, berjumlah sebanyak 188 juta jiwa (BPJS, 2017). Dari data tersebut, dapat disimpulkan bahwa peserta BPJS mengalami peningkatan sebanyak 15-16 persen tiap tahunnya. Selain itu, sebagaimana dilansir dalam laman Katadata.co.id (30/10/2018), dari jumlah tersebut sebanyak 92,24 juta jiwa (45%), merupakan penerima Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang dibebaskan dari iuran dengan anggaran yang mencapai Rp25,5 triliun hingga akhir tahun ini.

Bagan 1. Grafik Perkembangan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional



Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial 2018, data diolah penulis.

Tercatat hingga bulan Januari 2019, BPJS Kesehatan sudah menyediakan beberapa fasilitas kesehatan rujukan dan lanjutan (Bagan 2.). Diantaranya adalah: 9 (sembilan) ribu unit puskesmas rujukan, yang disusul dengan klinik pratama (rujukan) sebanyak 6 ribu unit; dokter gigi perorangan (rujukan) 5 ribu unit; rumah sakit (lanjutan) 2,2 ribu unit; dokter gigi (rujukan) 2 ribu unit; apotik Program Rujuk Balik (PRB) dan kronis (lanjutan) 626 unit, serta klinik utama (lanjutan) sebanyak 237 unit (BPJS, 2019).

Bagan 2. Grafik Fasilitas Kesehatan Rujukan dan Lanjutan



Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial 2018, data diolah penulis.

Seiring perjalanannya, program yang dikelola oleh BPJS Kesehatan ini pun tidak luput dari berbagai sorotan, mulai dari kepesertaan, pelayanan, hingga biaya operasional BPJS Kesehatan yang tidak seimbang antara klaim dan iuran premi. Salah satu sorotan yang akhir-akhir ini mengemuka terkait dengan persoalan defisit anggaran BPJS Kesehatan, yang tidak bisa dibilang remeh. Sebab ibarat penyakit, defisit pelaksana program JKN ini kian hari kian menahun.

Jika dirinci lebih lanjut, terdapat permasalahan mendasar yang menyebabkan defisit BPJS kian melebar. Misalnya, premi yang harus dibayarkan peserta belum sesuai dengan hitungan para ahli atau belum sesuai hitungan akturia yang lazim digunakan dalam program seperti ini. Misalnya, berdasarkan data pada laporan BPJS tahun 2016 yang dipublikasikan pada 2 Maret 2018, salah satu contohnya yaitu, untuk iuran peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

yang ditetapkan pemerintah adalah sebesar Rp23.000, sementara angka ideal besarnya iuran berdasarkan perhitungan aktuarial Dana Jaminan Sosial Nasional (DJSN) adalah sebesar Rp36.000. Artinya ada selisih sebesar Rp13.000.

Kondisi ini menimbulkan situasi *underfunded program* yang secara terstruktur akan berpengaruh terhadap kesinambungan program jaminan kesehatan. Penetapan iuran yang dikenakan oleh pemerintah dinilai masih belum sesuai dengan besaran iuran yang diusulkan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dalam *policy brief* penyesuaian besaran iuran JKN-KIS tahun 2015, sehingga menimbulkan *mismatch*. DJSN pada awal JKN-KIS dilaksanakan pada 1 Januari 2014 mengusulkan agar premi untuk peserta PBI minimal Rp36.000, PBPU kelas III Rp53.000, kelas II Rp63.000, dan kelas 1 Rp80.000 per orang per bulan. Namun, usulan ini tidak pernah diikuti. Pemerintah menetapkan besaran iuran peserta BPJS untuk kelas 1 Rp80.000 per orang, kelas II Rp59.000, dan kelas III Rp25.500 (Wartakota, 2019).

Dalam bahasa sederhana, dapat dikatakan bahwa penetapan manfaat belum disesuaikan dengan kemampuan pendanaan program. Hal ini diperparah dengan terjadinya *adverse selection*, situasi dimana partisipasi pasar dipengaruhi oleh informasi asimetris sehingga terjadi lemahnya regulasi dalam kendali tingkat pemanfaatan dan potensi penyelewengan yang terjadi. Berdasarkan Laporan Aktivitas Dana Jaminan Sosial (DJS) BPJS Kesehatan (2018) yang diaudit tahun 2014, ketika program tersebut pertama kali diluncurkan, BPJS berhasil menyerap pendapatan dari iuran peserta sebanyak Rp40,7 triliun. Sementara, beban jaminan kesehatan peserta sebesar Rp42,7 triliun. Kondisi tersebut akhirnya membuat BPJS harus menutup defisitnya sebanyak Rp2 triliun.

Selanjutnya di tahun 2015, BPJS mengalami kenaikan untuk pendapatan iuran menjadi sebesar Rp52,7 triliun dengan beban Rp57 triliun, dan besaran membayar defisit sebesar Rp4,3 triliun. Angka ini kian membumbung, sebagaimana tercatat pada tahun 2016, pendapatan iuran peserta BPJS sebesar Rp67,4 triliun dengan beban kesehatan sebesar Rp67,2 triliun dan berhasil meraih sedikit laba sebesar Rp0,2 triliun.

Di tahun 2017, BPJS Kesehatan berhasil mengumpulkan iuran peserta sebesar Rp74,2 triliun dengan beban kesehatan sebesar Rp84,4 triliun sehingga BPJS harus menanggung kekurangan sebesar Rp10,2 triliun. Pada periode Januari-September 2018, pendapatan dari iuran peserta mencapai Rp60,58 miliar. Sementara beban jaminan kesehatan peserta sebesar Rp68,53 triliun. Alhasil, dana jaminan sosial kesehatan sepanjang tahun 2018 harus menambal defisit sebesar Rp7,95 triliun, yang belum termasuk dana operasional.

Bagan 3. Perbandingan Iuran, Beban, dan Defisit BPJS



Sumber: Badan Pengelola Jaminan Sosial 2018, data diolah penulis.

Ditengah berbagai sorotan tersebut, beberapa waktu yang lalu, Pemerintah menerbitkan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Perpres Nomor 19 Tahun 2016). Perpres ini berfokus pada kenaikan iuran premi yang dibebankan kepada peserta BPJS Kesehatan. Ketentuan besaran iuran itu mulai berlaku pada 1 April 2016. Perpres tersebut diduga dikeluarkan karena terjadi defisit di BPJS Kesehatan pada tahun sebelumnya yang cukup besar.

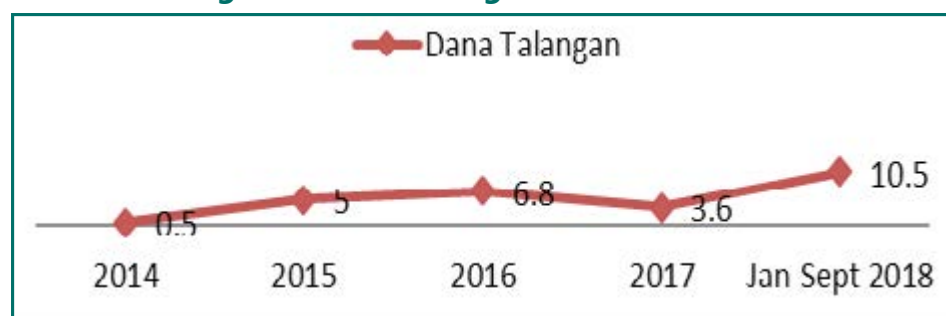
Untuk mengurangi defisit tersebut, pemerintah menaikkan iuran Penerima Bantuan iuran (PBI) dan non-PBI melalui Perpres tersebut. Semula dalam Perpres Nomor 19 Tahun 2016 tersebut, iuran Jaminan Kesehatan bagi Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Peserta bukan Pekerja adalah sebesar Rp30.000 per orang untuk kelas III, Rp51.000 per orang untuk kelas II dan Rp80.000 per orang untuk

kelas I. Namun, Pemerintah menunda kenaikan iuran untuk kelas III, sehingga besaran iuran tetap seperti besaran iuran sebelumnya, yakni Rp25.500.

Kebijakan tersebut memang ampuh untuk menangkal persoalan defisit BPJS, karena terbukti di tahun 2016 BPJS tidak defisit dan berhasil mengambil sedikit laba. Kendati demikian, hal ini tidak berlangsung lama karena dalam 2 tahun berikutnya BPJS kembali mengalami defisit yang nominalnya cukup besar dibanding 2 tahun sebelumnya. Pada tahun 2014, akhirnya Pemerintah memberikan dana talangan untuk menangani "bocor"nya anggaran BPJS Kesehatan.

Tercatat berdasarkan data dari BPJS (2018), kucuran dana yang diberikan pemerintah untuk BPJS Kesehatan pada tahun 2014 sebesar Rp500 miliar. Tidak berhenti disitu, pada tahun-tahun setelahnya pun pemerintah kembali 'menambal' kerugian demi kerugian yang dialami oleh BPJS, sebagaimana di tahun 2015, sebesar Rp5 triliun atau naik 10 kali lipat dibandingkan tahun 2014; di tahun 2016 sebesar Rp6.8 triliun; di tahun 2017 sebesar Rp3.6 triliun, dan terakhir di tahun 2018 sebesar Rp10.8 triliun. Secara akumulasi, sejak 2014 hingga akhir 2018, dana talangan pemerintah ke BPJS Kesehatan mencapai Rp26,4 triliun.

Bagan 4. Dana Talangan BPJS dari APBN



Sumber: Badan Pengelola Jaminan Sosial 2018, data diolah penulis.

Menariknya, kerugian yang dialami oleh negara akibat defisitnya anggaran BPJS tersebut juga tidak terlepas dari keterkaitan peran pemerintah daerah. Sejak era otonomi daerah (otoda) bergulir pasca Reformasi, urusan kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang diserahkan oleh pemerintah pusat untuk

dijalankan secara otonom kepada daerah. Begitu juga terkait urusan jaminan sosial yang didalamnya tercakupi jaminan atas kesehatan.

Dinamika penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional selama era otoda dapat dilihat sebelum dan sesudah lahirnya Undang-Undang SJSN (UU SJSN) dan Undang-Undang BPJS (UU BPJS). Sebelum lahirnya kedua undang-undang tersebut, penyelenggaraan jaminan kesehatan diserahkan kewenangannya kepada daerah. Konsekuensinya adalah pemerintah daerah, baik tingkat provinsi maupun kabupaten/ kota membentuk Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Karakteristik Jamkesda setiap daerah berbeda. Perbedaan itu meliputi pengelolaan, manfaat, dan penerima bantuan iuran. Selain itu, faktor keuangan daerah turut menjadi andil perbedaan penyelenggaraan jaminan kesehatan di setiap daerah.

Sejak lahirnya UU SJSN dan UU BPJS, penyelenggaraan jaminan kesehatan kembali bersifat sentralistik. Sejak lahirnya BPJS di tahun 2014, yang mengintegrasikan penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai bagian dari sistem jaminan sosial yang diselenggarakan secara nasional, inisiatif pengembangan sistem jaminan sosial yang dahulu ada di setiap daerah sebagaimana yang diwajibkan oleh Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, berangsur menghilang dan melebur kedalam sistem JKN.

Peleburan tersebut tentu menimbulkan adanya perubahan skema, pengelolaan, jumlah kepesertaan dan penanggungungan pembiayaan yang semulanya diselenggarakan secara variatif berdasarkan kebutuhan dan kemampuan masing-masing daerah. Dilansir dalam laman Katadata.co (30/10/2018), yang meliputi Rapat Kerja yang digelar oleh Komisi IX Dewan Perwakilan Rakyat RI (DPR-RI) bersama BPJS, Wakil Menteri Keuangan, Mardiasmo, mengatakan bahwa salah satu penyebab defisit anggaran BPJS, disebabkan permasalahan jumlah kepesertaan yang didaftarkan oleh pemerintah daerah, disamping masalah peserta BPJS kategori pekerja informal dan bukan pekerja. Lebih jauh, saat ini banyak pemerintah daerah yang masih berutang pembayaran BPJS (Republika.co 17/09/2018).

Oleh karena itu, dengan berbagai persoalan tentang jaminan kesehatan, yang juga terkait dengan peran pemerintah daerah dalam 20 tahun lebih otonomi daerah di Indonesia, The Indonesian Institute, *Center for Public Policy Research* (TII), berupaya untuk turut mengambil peran dalam mengkaji tentang faktor-faktor yang menyebabkan permasalahan terkait jaminan kesehatan dalam konteks penyelenggaraan otonomi daerah. Kajian kebijakan ini kami lakukan berpedoman pada rumusan pertanyaan yang dijelaskan di bagian berikut ini.

B. Rumusan Pertanyaan

Pertanyaan utama **"Bagaimanakah Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Di Era Otonomi Daerah?"**

Untuk menjawab pertanyaan tersebut, kajian ini dipandu dengan beberapa pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimanakah dinamika tata kelola jaminan kesehatan dalam konteks era otonomi daerah?
2. Siapa saja aktor penyelenggara jaminan kesehatan di daerah?
3. Bagaimanakah skema kebijakan penganggaran jaminan kesehatan antara pemerintah pusat dan daerah selama ini?

Pertanyaan-pertanyaan tersebut kami ajukan untuk mengetahui dinamika penyelenggaraan tata kelola jaminan kesehatan terutama pasca Reformasi, yang dalam kurun waktu tersebut, Indonesia menerapkan prinsip otonomi daerah pasca sentralisasi Orde Baru. Selanjutnya, penelitian ini juga menggali lebih dalam aktor-aktor yang terlibat dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan dalam konteks pemberlakuan otonomi daerah pasca Orde Baru.

Hasil penelitian ini juga bertujuan untuk memberikan rekomendasi kebijakan terkait perbaikan tata kelola jaminan kesehatan di masa yang akan datang, terutama dengan mendorong partisipasi pemerintah daerah.

C. Cakupan Penelitian

Cakupan penelitian ini ialah pelaksanaan jaminan kesehatan baik di level nasional dan di level lokal, termasuk peran aktor lokal dan nasional dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan. Mengingat keterbatasan data, khususnya untuk analisis tentang penganggaran jaminan kesehatan, kajian ini akan mengacu pada daerah kinerja yang diamati Kementerian Keuangan (2015).

D. Metodologi Penelitian

1. Pendekatan dan Tipe Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Menurut Neuman (2014), pendekatan kualitatif merupakan pendekatan penelitian untuk menerjemahkan data yang diperoleh secara mendalam dengan cara mengartikan data tersebut dan mengolahnya agar dapat dipahami. Tipe penelitian kualitatif yang digunakan adalah penelitian eksploratif. Penelitian eksploratif dilakukan untuk menggali sebuah isu atau fenomena yang belum banyak dipahami dan untuk mengembangkan gagasan dasar tersebut ke arah pertanyaan penelitian yang lebih baik (Neuman, 2014).

2. Teknik Pengumpulan Data

Untuk pengumpulan data, penelitian ini utamanya menggunakan studi dokumen, sumber-sumber yang diolah berasal dari berbagai laporan resmi BPJS Kesehatan, pemberitaan media massa, jurnal, buku maupun sumber lain yang relevan terkait dengan implementasi BPJS Kesehatan oleh aktor daerah maupun non-pemerintah, yang dilengkapi dengan wawancara semi-terstruktur. Kajian kebijakan ini dilakukan dari bulan April hingga bulan Mei 2019. Wawancara semi-terstruktur ditandai dengan adanya beberapa set pertanyaan bersifat terbuka yang diberikan oleh pewawancara kepada informan. Pewawancara juga memiliki kemungkinan untuk menggali tanggapan signifikan yang diberikan oleh informan untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam (Bryman, 2012).

3. Teknik Pemilihan Informan

Pemilihan informan dalam penelitian ini secara spesifik menggunakan teknik *purposive sampling*. Teknik tersebut digunakan untuk memperoleh berbagai kemungkinan kasus yang sesuai dengan kriteria tertentu dan menggunakan berbagai metode (Neuman, 2014). Berbagai kriteria ditetapkan untuk memilih unit (berupa orang, organisasi, dokumen, departemen, dan lain-lain) yang memiliki referensi langsung dengan pertanyaan penelitian yang akan ditanyakan (Bryman, 2012).

Dalam kajian kebijakan ini, pada awalnya, kami berencana mewawancarai beberapa narasumber yang terkait dengan topik yang kami angkat. Para narasumber ini berasal dari beberapa afiliasi, seperti DJSN BPJS Kesehatan; Komisi IX Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR RI) yang juga fokus di isu kesehatan; Komisi II DPR RI yang fokus tentang Pemerintahan Daerah; Dewan Perwakilan Daerah (DPD), serta akademisi dan pakar kesehatan masyarakat. Namun mengingat ketersediaan waktu para narasumber yang terbatas, ditambah dengan waktu pelaksanaan kajian kebijakan ini yang beriringan dengan momentum dan dinamika Pemilu serentak 2019, kami hanya berhasil mewawancarai Kepala Hubungan Masyarakat BPJS Kesehatan, yang ikut memperkaya informasi kajian ini, serta mengkonfirmasi temuan dan analisis kami.

4. Teknik Analisis Data

Secara umum, analisis data merupakan tahapan reduksi data untuk memperoleh data yang dibutuhkan sesuai dengan pertanyaan penelitian. Reduksi data tersebut dilakukan dengan cara mengelompokkan material teks kedalam kategori atau tema-tema sehingga lebih mudah diterjemahkan (Bryman, 2012). Kami menganalisis data dengan merujuk pada tujuan penelitian dan pertanyaan-pertanyaan yang kami ajukan dalam kajian ini.

5. Peningkatan Kualitas Penelitian

Kajian ini juga menerapkan triangulasi data untuk meningkatkan kualitas penelitian. Triangulasi dilakukan dengan cara menggunakan berbagai pendekatan, baik melalui wawancara ke beberapa informan, rujukan kerangka teoritis, sumber data maupun

penerapan metodologi (Denzin, dalam Bryman, 2012). Penelitian ini juga dilakukan dengan melibatkan *peer review* untuk menambah bobot dan menjaga kualitas penelitian. Penggunaan berbagai sudut pandang atau sumber tersebut dilakukan agar akurasi penelitian dapat terjaga.

6. Sistematika Penulisan

Kajian kebijakan tentang implementasi BPJS Kesehatan di era otoda ini dijabarkan dalam beberapa bagian. Bagian pertama membahas mengenai permasalahan defisit BPJS Kesehatan secara nasional. Bagian ini juga memaparkan mengenai jaminan kesehatan di era otoda dengan melihat kewenangan maupun inisiatif yang dipayungi oleh peraturan perundang-undangan yang ada. Dengan melihat kewenangan tersebut, analisis juga akan melihat peran-peran dari aktor daerah dan non-pemerintah dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan.

Bagian selanjutnya memaparkan tentang pemetaan peraturan dan kebijakan jaminan kesehatan di tingkat daerah. Fokusnya terkait dengan mekanisme dan tata peraturan perundang-undangan yang terkait dengan SJSN dan JKN, yang dikaitkan dengan peraturan pemerintahan daerah. Selanjutnya, pemetaan akan menguraikan aktor-aktor pemerintah daerah maupun non-pemerintah (rumah sakit swasta atau komunitas), serta aspek kebijakan yang mengatur penganggaran kesehatan (*financing public health*).

Pada bagian terakhir, laporan ini menguraikan tentang temuan dan diskusi terkait topik kajian kebijakan ini. Bagian ini akan mencakup tiga hal, yaitu analisis kebijakan, analisis biaya, serta partisipasi terbuka. Selanjutnya, laporan ini ditutup dengan kesimpulan dan rekomendasi.

BAB II

PEMBAHASAN

Pada Bab sebelumnya, telah disampaikan beberapa uraian singkat terkait permasalahan penyelenggaraan jaminan kesehatan dan defisit penganggarnya, sejak BPJS dibentuk. Telah diuraikan juga bahwa salah satu akar permasalahan yang telah diidentifikasi sejauh ini, tidak lepas dari peran pemerintah daerah yang terlampau lama membiarkan tunggakan iuran kepesertaan yang didaftarkan oleh masing-masing daerah. Berikut elaborasi tentang dinamika tata kelola jaminan kesehatan dalam konteks otonomi daerah (otoda) di Indonesia.

A. Dinamika Tata Kelola Jaminan Kesehatan Dalam Konteks Era Otonomi Daerah

Era otoda di Indonesia, ditandai dengan digulirkannya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (UU No. 22 Tahun 1999). Meski kebijakan dan penegasan pemberian otonomi seluas-luasnya, pernah digulirkan dalam Undang-Undang No. 18 Tahun 1965 tentang Pokok-Pokok Pemerintahan Daerah, namun lahirnya undang-undang tersebut pada 7 Mei 1999, secara tidak langsung telah memberikan dampak dan fondasi yang kokoh terhadap otoda hingga hari ini.

Otoda sendiri merupakan konsekuensi logis dari dilaksanakannya asas desentralisasi dalam suatu sistem pemerintahan. Asas desentralisasi dimaknai oleh Soehino (2008), sebagai penyerahan beberapa urusan pemerintahan dari pemerintah pusat atau pemerintah setingkat lebih atas kepada satuan pemerintah daerah otonom atau yang lebih rendah.

Dalam kaitannya terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan, Pasal 11 ayat (2) UU No. 22 Tahun 1999 mengatur urusan pemerintahan dalam hal kesehatan, menjadi salah satu urusan yang kewenangan mengatur dan mengurusnya diberikan secara mandiri kepada tiap-tiap daerah otonom. Begitu juga dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (UU No. 32 Tahun 2004) yang mencabut keberlakuan UU No. 22 Tahun 1999, dan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (UU No. 23 Tahun 2014) yang kini berlaku positif dan mencabut keberlakuan UU No. 32 Tahun 2004.

Namun, urusan kesehatan merupakan hal yang berbeda dengan urusan jaminan kesehatan. Urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan yang organik, sedangkan urusan jaminan kesehatan merupakan bagian dari urusan jaminan sosial. Meski identik, namun harus dibedakan, sebab kedua urusan tersebut diatur dalam undang-undang dan peraturan-peraturan yang berbeda.

Oleh karena itu, badan atau lembaga penyelenggara masing-masing dari urusan tersebut merupakan dua entitas yang berbeda. Urusan pemerintahan dalam hal kesehatan, diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Undang-Undang Kesehatan (Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan). Sementara, urusan jaminan kesehatan yang tidak lain merupakan bagian dari urusan jaminan sosial, diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan UU SJSN, dan UU BPJS.

Terkait dengan hal itu, sebagaimana dikatakan diatas, jauh sebelum jaminan kesehatan diselenggarakan secara tunggal melalui program JKN oleh BPJS, pemerintah daerah juga pernah mengambil peran dalam menyelenggarakan urusan tersebut. Melalui Pasal 22 huruf h UU No. 32 Tahun 2004, "Dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban: h. mengembangkan sistem jaminan sosial", daerah mengembangkan program jaminan kesehatan sebagai sub-sistem jaminan sosial, yang kemudian populer disebut Jamkesda. Hal ini juga diperkuat dengan putusan Mahkamah Konstitusi No. 007/PUU-III/2005 yang menguji konstitusionalitas badan penyelenggara jaminan sosial sebagaimana disebut dalam Pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) UU SJSN.

Dalam putusan itu, Mahkamah Konstitusi membatalkan pasal tersebut karena bertentangan dengan UUD dan menutup peluang daerah untuk mengembangkan sistem jaminan sosial dan membentuk badan penyelenggaraan jaminan sosial lokal. Salah satu contoh penyelenggaraan di tingkat lokal adalah Jamkesda. Program Jamkesda dirancang untuk menjadi pelengkap program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang saat itu diselenggarakan oleh pemerintah pusat, jauh sebelum isu JKN dicetuskan.

Sasarannya diperuntukkan untuk populasi masyarakat miskin dan yang hampir miskin di Indonesia, yaitu penduduk yang tidak bertanggung dalam program jaminan kesehatan lainnya (seperti Askes dan Jaminan kesehatan swasta), yang di tahun 2012 menanggung sekitar 76,4 juta penduduk Indonesia. Sebelumnya, program ini bernama Jaminan/Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin), dan dikelola oleh Badan Usaha Milik Negara (BUMN), yaitu PT. Askes (Perkumpulan Inisiatif, 2012).

Namun, dengan jumlah 76,4 penduduk miskin di Indonesia, pada kenyataannya, masih terdapat penduduk diluar angka tersebut yang juga berhak, namun belum tercakupi sebagai penerima manfaat Jamkesmas. Oleh karena itu, keputusan menteri kesehatan tentang pedoman operasional Jamkesmas, penduduk yang tidak tercakupi ini menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Keputusan tersebut juga telah didukung dengan pengaturan UU No. 32 Tahun 2004 diatas, sehingga masing-masing pemerintah daerah kemudian memformulasikan skema jaminan sosial tersendiri, termasuk menyelenggarakan jaminan kesehatan untuk masyarakat di masing-masing daerahnya.

Banyaknya skema dan program jaminan kesehatan yang bermunculan mengikuti keberagaman kebutuhan masing-masing daerah pun tidak jarang menambah kompleksitas yang semakin terfragmentasi. Hal tersebut juga menyisakan permasalahan portabilitas program, dimana manfaat program yang diberikan menyisakan kesulitan untuk diakses diluar daerah asal pemberi jaminan. Begitu juga terkait permasalahan keberlanjutan programnya, seperti apakah penerima manfaat masih dapat menikmati program tersebut meski terjadi perubahan sistem dan

kebijakan, karena program jaminan kesehatan ini dahulunya kerap hanya menjadi program yang bersifat temporal, tergantung janji-janji serta inisiatif politisi lokal yang telah melenggang ke kursi kekuasaan.

Hal ini bisa dilihat dari realisasi program-program kepala daerah terkait, seperti yang pernah dilakukan oleh Joko Widodo ketika menjabat sebagai Walikota Solo, lewat program PKMS (Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Solo). Program ini menyediakan layanan kesehatan gratis untuk rakyat miskin di Kota Solo (Quraisyi, Marjono, Soepeno, 2017). Contoh lainnya, dapat juga dilihat di Kabupaten Purbalingga, Jawa Tengah, dengan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang dikelola pemerintah daerah setempat (Detik.com 13/11/2008).

Dalam pelaksanaannya, pemerintah daerah, terutama pemerintah kabupaten/kota telah menunjukkan batas tertentu terkait tanggung jawab mereka terhadap program Jamkesda yang akan diberikan bagi masyarakat miskin yang tidak bertanggung oleh program Jamkesmas. Hal ini juga tidak lepas dari peraturan perundang-undangan yang ada, yang memberikan mandat untuk pemerintah daerah dalam memenuhi tanggung jawab dalam bidang kesehatan. Di sisi lain, sejak awal Reformasi juga telah memberikan wewenang yang cukup signifikan bagi pemerintah daerah untuk mengelola sumber daya daerah dan melayani masyarakat, termasuk dalam hal penyelenggaraan jaminan dan pelayanan kesehatan.

Sebelumnya, setidaknya terdapat dua jenis respon pemerintah dalam menentukan batas tersebut. *Pertama*, pemerintah daerah hanya menganggarkan sejumlah dana untuk subsidi kesehatan bagi penyedia kesehatan. *Kedua*, pemerintah daerah mengambil tindakan yang lebih progresif dengan mengembangkan program jaminan layanan kesehatan lokal.

Untuk lebih jelasnya, berikut uraian mengenai kewenangan, inisiatif beserta peraturan-peraturan terkait, yang menjadi sumber pembentukan kebijakan penyelenggaraan kebijakan jaminan sosial oleh pemerintah daerah, dengan sistematika pembahasan yang lebih menekankan pada masa sebelum Rezim JKN dicanangkan:

1. Kewenangan dan Inisiatif Pemerintah Daerah dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan sebelum Rezim JKN

Sebagaimana diterangkan sebelumnya, bahwa wewenang pemerintah daerah dalam hal menyelenggarakan Jaminan Kesehatan di daerah bersumber dari kewajiban yang digariskan dalam Pasal 22 huruf h UU No. 32 Tahun 2004. Hal ini juga diperkuat dengan putusan Mahkamah Konstitusi No. 007/PUU-III/2005 yang membatalkan Pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) UU SJSN.

Ayat-ayat tersebut, sebelumnya menetapkan beberapa BUMN, seperti Perusahaan Perseroan Jamsostek, Taspen, Asabri, dan Askes, secara definitif dan eksklusif sebagai badan penyelenggara jaminan sosial atau badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial menurut UU SJSN. Badan penyelenggara jaminan sosial yang sebagaimana dimaksud, berbeda dengan BPJS yang sebagaimana dikenal sekarang yang dibentuk berdasarkan UU BPJS.

Ayat-ayat yang dibatalkan itu, sebenarnya memang dapat dikatakan agak rancu, karena pada ayat sebelumnya, yakni Pasal 5 ayat (1) UU SJSN, mengamanatkan pembentukan BPJS harus berdasarkan Undang-Undang. Sementara, perusahaan-perusahaan perseroan yang disebutkan dalam pasal-pasal tersebut didirikan bukan berdasarkan Undang-Undang, namun Peraturan Pemerintah (PP). Sebut saja salah satunya seperti pendirian Perusahaan Perseroan Jamsostek, yang dulu didirikan berdasarkan PP No. 34 Tahun 1977 tentang Pendirian Perusahaan Umum Asuransi Sosial Tenaga Kerja, dan PP No. 19 Tahun 1990 tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Asuransi Sosial Tenaga Kerja Menjadi Perusahaan Perseroan (Persero).

Selain itu, apabila logika ayat yang dibatalkan tersebut, yang oleh UU SJSN telah menetapkan secara definitif beberapa persero tersebut sebagai BPJS, maka konsekuensinya akan timbul penyesatan dari segi kedudukan hukumnya. Sebab beberapa perseroan tersebut,

akan secara tidak langsung telah berubah menjadi badan hukum publik, yang kedudukannya dapat disetarakan dengan kedudukan lembaga negara yang pembentukannya juga berdasarkan Undang-Undang.

Dalam ajaran hukum tata negara, hal tersebut tentunya tidak dapat dibenarkan karena hanya lembaga negara yang menjalankan fungsi pelayanan publiklah, yang seharusnya dapat dibenarkan untuk dibentuk berdasarkan undang-undang. Hal ini berkaitan dengan fungsinya yang membawa representasi negara, serta urgensi pembentukan dan mekanisme pembubarannya, yang tentunya tidak mudah karena membutuhkan persetujuan kolektif penyelenggara negara dan harus melalui Undang-Undang semata. Sedangkan perusahaan perseroan, pendirian atau pembentukannya hanya memerlukan Peraturan Pemerintah. Jika Persero tersebut berkedudukan sebagai BUMN, jika bukan, tentu hanya memerlukan akta notaris berikut Surat Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia untuk pengesahan kedudukannya sebagai badan hukum.

Adapun dari pertimbangan Mahkamah Konstitusi sendiri, menilai ayat-ayat tersebut bertentangan dengan Pasal 18 UUD 1945, karena telah menutup peluang daerah untuk mengembangkan sistem jaminan sosial dan membentuk badan penyelenggarakan jaminan sosial lokal, sebagaimana disebutkan dalam Pasal 22 huruf h UU No. 32 Tahun 2004, merupakan kewajiban daerah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing daerah.

Dengan demikian, pasca ayat-ayat Pasal 5 UU SJSN tersebut dibatalkan, berbagai daerah kemudian berbondong-bondong mengeluarkan dan menyelenggarakan program jaminan sosial berdasarkan inisiatif masing-masing daerah. Rinciannya dapat dilihat lebih lanjut dalam Tabel 1 berikut ini.

Tabel 1. Berbagai Kebijakan Pemerintah daerah dalam Pemberian Jaminan Kesehatan

No.	Kabupaten/Kota/Provinsi	Kebijakan Pemerintah Daerah
1.	Kabupaten Lebak	Alokasi dana subsidi untuk perawatan kesehatan dianggarkan melalui anggaran Bantuan Sosial.
2.	Kota Tasikmalaya	Alokasi dana subsidi bagi perawatan kesehatan dianggarkan melalui anggaran Bantuan Sosial.
3.	Kabupaten Kutai Timur	Alokasi dana subsidi untuk perawatan kesehatan dianggarkan melalui anggaran Bantuan Sosial.
4.	Kota Balikpapan	Penyelenggaraan sejumlah program jaminan kesehatan untuk seluruh warganya. Beberapa program dibiayai sepenuhnya dari APBD sendiri, tetapi juga melibatkan pembagian biaya dengan pemerintah provinsi. Program-program tersebut adalah: <ul style="list-style-type: none"> • JPK-GAKIN (Jaminan kesehatan untuk keluarga miskin) • JAMKESDA informal (Rawat inap subsidi untuk individu yang bekerja di sektor informal yang tidak bertanggung oleh program jaminan) • JPK-PNS (Jaminan kesehatan bagi PNS untuk menambahkan cakupan manfaat dari program ASKES yang telah ada) • Jamkesorga/JP-OR-jaminan kesehatan untuk atlet olahraga.
5.	Kabupaten Kendal	Jaminan Kesehatan yang menyediakan perlindungan kesehatan untuk masyarakat miskin yang tidak tercakup dalam Jamkesmas.
6.	Kabupaten Kulonprogo	Jaminan Kesehatan yang menyediakan perlindungan kesehatan untuk masyarakat miskin yang tidak tercakup dalam Jamkesmas.
7.	Kota Makassar	Jaminan Kesehatan yang menyediakan perlindungan kesehatan untuk seluruh warga kota Makassar (<i>universal coverage</i>).
8.	Kota Palembang	Jaminan Kesehatan Sosial Semesta (Jamkesosta), yang menyediakan cakupan semesta seluruh warga kota Palembang.
9.	Provinsi Jawa Tengah	Jaminan Kesehatan Provinsi, yang menyediakan bantuan keuangan bagi para penerima manfaat yang menggunakan pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh pemerintah provinsi.
10.	Provinsi Sumatera Selatan	Jaminan Kesehatan Sosial Semesta, yang membagi beban biaya perawatan kesehatan dengan pemerintah kabupaten dan kota di provinsi Sumatera Selatan untuk mempromosikan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Sumatera Selatan. Kota Palembang merupakan bagian dari program jaminan ini karena merupakan salah satu kota di Provinsi Sumatera Selatan.

Sumber: IBP Indonesia Core Team, 2012.

Dari tabel diatas, terlihat beberapa kebijakan dan inisiatif penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dilaksanakan secara beragam, tergantung kebutuhan dan kapasitas masing-masing daerah. Secara umum, menurut Perkumpulan Inisiatif (2012), setidaknya terdapat tiga model atau metode dalam menentukan sasaran penerima manfaat yang dilakukan daerah. *Pertama*, metode

seperti yang dilakukan di Kabupaten Lebak, Kota Tasikmalaya, dan Kabupaten Kutai Timur. Di wilayah ini, manfaat jaminan kesehatan dapat diakses oleh masyarakat miskin dengan menunjukkan dokumen Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), yang dikeluarkan oleh kepala desa dan disahkan oleh pejabat yang ditugaskan dari Dinas Kesehatan Kabupaten. Skema penargetan ini disebut dengan *means testing method*.

Berdasarkan tiga kasus yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, penggunaan metode penentuan sasaran menggunakan *means testing method* memiliki pro dan kontra. Metode penargetan ini mudah untuk dipraktikkan oleh pemerintah daerah. Metode ini juga tidak memerlukan daftar penerima manfaat yang harus diidentifikasi secara jelas pada awal penyelenggaraan. Dengan demikian, metode ini dinilai sebagai metode terbaik yang dapat digunakan apabila tidak ada data kemiskinan yang valid dan dapat diandalkan, seperti di tiga daerah tersebut. Penerbitan SKTM memerlukan seperangkat kriteria kemiskinan yang jelas. Pemerintah daerah dapat menggunakan kriteria sebagai formula dalam mengidentifikasi penduduk yang berhak menerima SKTM, dimana sebagian besar menggunakan kriteria kemiskinan yang cenderung bermasalah dan rentan dimanipulasi.

Pada pelaksanaannya, metode ini menimbulkan sejumlah masalah. *Pertama*, metode ini rentan disalahgunakan. SKTM dapat diajukan oleh orang-orang yang sebenarnya tidak sesuai dengan kriteria karena buruknya pengawasan proses pengajuan SKTM. Penggunaan SKTM ini juga menambah beban masyarakat miskin karena mereka diwajibkan untuk mengajukan permohonan SKTM setiap kali mereka membutuhkan layanan kesehatan.

Untuk menghindari masalah kesalahan penargetan, Pemerintah Kabupaten Kutai Timur memiliki aturan khusus, dimana penerima bantuan kesehatan yang menggunakan SKTM harus menandatangani surat pernyataan. Surat ini berisi pernyataan bahwa mereka memenuhi syarat yang tertera dalam kriteria kemiskinan daerah. Apabila kemudian ternyata terbukti tidak layak mendapat bantuan, mereka bersedia mengganti semua biaya yang telah dikeluarkan oleh pemerintah.

Metode penentuan sasaran *kedua* adalah sebagaimana yang digunakan oleh Kabupaten Kendal dan Kabupaten Kulonprogo. Di kedua wilayah tersebut, program Jamkesda menargetkan masyarakat miskin yang tidak tercakup dalam program Jamkesmas. Mereka yang ingin mengakses manfaat Jamkesda akan diminta menunjukkan kartu keanggotaan Jamkesda. Oleh karena itu, keanggotaan program Jamkesda harus ditentukan dari awal. Di Kabupaten Kendal misalnya, Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten mengeluarkan Surat Keputusan (SK) Bupati pada daftar penerima manfaat Jamkesda, yang diperbarui setiap tahun. Dinas ini juga membentuk tim untuk melakukan verifikasi keanggotaan dan validasi untuk memastikan bahwa program tersebut tepat sasaran. Skema penentuan sasaran ini disebut dengan *proxy means test*.

Proxy means test mengidentifikasi individu dengan menggunakan *proxy* yang merefleksikan tingkat kesejahteraan. Biasanya, *proxy means test* melibatkan penilaian terhadap tiap rumah tangga terkait dengan sejumlah kecil karakteristik yang mudah diamati dan dilakukan pembobotan (idealnya diperoleh dari faktor atau analisis regresi dari data rumah tangga). Kelayakan penerima manfaat ditentukan dengan membandingkan skor yang didapat dengan nilai yang telah ditentukan. Kabupaten Kendal dalam mengembangkan daftar penerima Jamkesda menggunakan kriteria kemiskinan yang agak berbeda dibandingkan dengan BPS.

Metode penentuan sasaran yang *ketiga*, adalah sebagaimana yang digunakan oleh Kota Makassar, Kota Balikpapan, Kota Palembang, dengan skema jaminan kesehatan semesta yang disebut dengan metode *broad targeting*. Program ini menargetkan semua penduduk kota, tanpa membedakannya dari status sosial dan ekonomi. Untuk mengakses manfaat program, penduduk hanya menunjukkan bukti kependudukan (KTP dan Kartu Keluarga). Di Balikpapan, kartu Jamkesda (JPK Gakin, Jamkesda Informal dan kartu JPK-PNS) juga digunakan bersama KTP untuk mengidentifikasi penerima manfaat program Jamkesda.

Metode penentuan sasaran ini cenderung lebih mudah dikelola bagi pemerintah kabupaten—dalam hal pengelolaan peserta—karena pengembangan dan pengelolaan database penerima manfaat tidak

menjadi prioritas. Kesalahan penargetan dapat dikurangi karena program tersebut ditujukan untuk semua warga yang tinggal di kedua wilayah tersebut. Meskipun metode ini meminimalisir resiko kesalahan penargetan, metode ini masih menimbulkan diskriminasi dalam akses terhadap layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini terjadi karena masyarakat miskin sering tidak memiliki bukti domisili.

Adapun kini, pasal atau pengaturan yang menggariskan kewajiban untuk mengembangkan jaminan kesehatan yang merupakan sub-sistem dari jaminan sosial, sebagaimana yang terlihat dalam UU No. 32 Tahun 2004, tidak lagi terlihat dalam pengaturan UU No. 23 Tahun 2014, karena JKN merupakan program strategis nasional, dan Undang-Undang ini mewajibkan tiap pemerintah daerah untuk mengikuti dan mendukung pelaksanaannya. Hal ini sekaligus menjadi justifikasi bahwa, penyelenggaraan jaminan kesehatan telah dilaksanakan secara nasional dan tunggal oleh BPJS, seperti yang sebagaimana telah disinggung di awal. Namun, dalam lintas waktu dan rezim peraturan perundang-undangan yang dalam praktiknya cenderung silih berganti, isu jaminan kesehatan masih menimbulkan polemik.

Anggaran BPJS Kesehatan yang kian mengalami defisit sejak dilahirkan tahun 2014 merupakan polemik yang paling mengemuka hingga hari ini. Penyebab utamanya, seperti yang telah disampaikan di awal, adalah perihal premi yang harus dibayarkan oleh peserta penerima manfaat yang belum sesuai dengan perhitungan akturia yang lazim digunakan dalam program seperti ini.

Secara umum, peserta penerima manfaat BPJS terbagi atas dua kelompok, yakni Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI). Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PP No. 101 Tahun 2012) yang nantinya akan kembali diubah oleh Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015, kriteria Peserta PBI meliputi kategori orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu. Adapun berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Perpres No. 12 Tahun 2013), yang dimaksud dengan peserta BPJS Non-PBI adalah:

1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya yang meliputi:
 - a. Pegawai Negeri Sipil;
 - b. Anggota TNI;
 - c. Anggota Polri;
 - d. Pejabat Negara;
 - e. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
 - f. Pegawai Swasta; dan
2. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah.
3. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, terdiri atas pekerja diluar hubungan kerja dan pekerja mandiri.
 - a. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya, terdiri atas:
 - b. Investor;
 - c. Pemberi Kerja;
 - d. Penerima Pensiun;
 - e. Veteran;
 - f. Perintis Kemerdekaan; dan

Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.

Dalam Pasal 16 Perpres No. 12 Tahun 2013 ini, dijelaskan bahwa iuran BPJS PBI dibayarkan oleh Pemerintah, sedangkan Non-PBI Pekerja Penerima Upah dibayarkan oleh Pemberi Kerja dan Pekerja, dan Non-PBI Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dibayar oleh Peserta yang bersangkutan. Dalam perkembangannya, Perpres tersebut kemudian diubah kembali oleh Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan (Perpres No. 111 Tahun 2013), untuk melakukan pentahapan kepesertaan.

Dalam Perpres tersebut, besaran premi masing-masing peserta ditentukan perbulannya, Rp19.225 untuk premi peserta BPJS PBI, sebesar 5% dari gaji atau upah untuk Peserta BPJS Non-PBI Pekerja Penerima Upah dengan batas paling tinggi gaji atau upah yang dijadikan dasar perhitungan, yakni sebesar dua kali Penghasilan Tidak Kena Pajak dengan status kawin dengan 1 orang anak. Adapun bagi Peserta BPJS-Non PBI Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan

Pekerja, ditentukan Rp25.500 untuk kelas III, Rp42.500 untuk kelas II, dan sebesar Rp59.500 untuk kelas I.

Pada 29 Februari 2016, Perpres tersebut kemudian kembali diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan (Perpres No. 19 Tahun 2016). Menariknya terdapat penambahan ayat pada Pasal 16, yakni ayat 1a, yang membebaskan pembayaran BPJS tersendiri bagi pemerintah daerah terhadap peserta yang mereka daftarkan. Selain itu, terjadi perubahan tarif premi kepesertaan BPJS PBI, dimana perbulannya diubah menjadi Rp23.000. Sedangkan bagi peserta Non-PBI Pekerja Penerima Upah, persentasenya ditentukan tetap dengan perubahan batas paling tinggi gaji yang ditentukan menjadi dasar perhitungannya sebesar Rp8.000.000. Adapun terhadap Peserta BPJS-Non PBI Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja, perubahannya ditentukan menjadi Rp30.000 untuk kelas III, Rp51.000 untuk kelas II, dan Rp80.000 untuk kelas I.

Belum genap beberapa bulan setelahnya, Perpres ini kembali diubah oleh Peraturan Presiden No. 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan (Perpres No. 28 Tahun 2016), pada 31 Maret 2016. Adapun ketentuan yang terlihat diubah, salah satunya terhadap penentuan premi kepesertaan BPJS Non-PBI Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja kelas III, yang diubah menjadi Rp25.500.

Kemudian pada 17 April 2018, Presiden kembali lagi mengeluarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Perpres No. 82 Tahun 2018), yang mencabut keberlakuan Perpres No. 28 Tahun 2016. Dalam beberapa hal, Perpres ini sebenarnya tidak terlalu banyak melakukan perubahan terhadap pengaturan jaminan kesehatan yang sebelumnya. seperti halnya dalam hal menentukan besaran iuran Peserta PBI yang ditanggung oleh Pemerintah, masih ditentukan dalam kisaran Rp23.000, begitupula dengan besaran premi peserta lainnya.

Perubahan-perubahan peraturan presiden yang terlihat diatas, juga menggambarkan adanya dinamika perubahan iuran kepesertaan BPJS Kesehatan dari tahun ke tahun yang cenderung mengalami

peningkatan. Namun, peningkatan tersebut, dapat dikatakan belum memenuhi kriteria ideal perhitungan aktuaria, sebagaimana permasalahan defisit anggarannya yang telah diuraikan secara singkat diawal penelitian ini. Di konteks otoda, pemerintah daerah juga masih harus mempertimbangkan konteks penyelenggaraan kebijakan jaminan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya yang dimiliki, serta sinerginya dengan para pemangku kepentingan yang ada.

Dengan demikian, tampak jelas bahwa kebijakan jaminan kesehatan dan pelaksanaannya masih melalui proses dan mencari bentuk yang ideal dalam beragam aspeknya. Oleh karena itu, sebelum membahas permasalahan ini secara lebih mendalam, berikut akan diuraikan terlebih dahulu pemetaan peraturan perundang-undangan jaminan kesehatan sebelum dan pasca pendirian BPJS pada bagian selanjutnya.

2. Pemetaan Peraturan Perundang-Undangan Jaminan Kesehatan Sebelum dan Pasca Pendirian BPJS

Sebagaimana telah diterangkan sebelumnya, berbagai inisiatif dan kebijakan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan jauh sebelum program JKN dan BPJS dicanangkan dan dibentuk. Untuk memudahkan pemahaman legalitasnya, bagian ini akan memuat rangkuman peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar pembentukan dan penyelenggaraan program jaminan kesehatan sebelum dan pasca pendirian BPJS. Rinciannya dapat dilihat dalam Tabel 2 yang ada di halaman selanjutnya.

Rangkaian peraturan yang sebagaimana terlihat dalam tabel tersebut, merupakan sumber atau dasar kewenangan dan penganggaran, bagi berbagai pembentukan program yang selama ini dijalankan untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan di Indonesia. Untuk memahami pelaksanaan kebijakan jaminan kesehatan, perlu dipahami tentang peta para pemangku kepentingan yang terkait. Bagian selanjutnya akan mengurai dan mengulas peran aktor penyelenggaranya, berikut sistem penganggaran jaminan kesehatan, termasuk mengulas secara lebih mendalam permasalahan aktuaria BPJS Kesehatan.

Tabel 2. Undang-Undang dan Peraturan Kebijakan Jaminan Kesehatan sebelum dan Pasca Pendirian BPJS

Undang-Undang	Peraturan Pemerintah	Peraturan Presiden
<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Dicabut oleh UU No. 23 Tahun 2014). 2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Beberapa ketentuan seperti Pasal 5 ayat (2), (3), dan (4), diubah oleh putusan Mahkamah Konstitusi No. 007/PUU-III/2005. 3. Undang- Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan; 2. Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; 2. Perpres tersebut kemudian diubah kembali oleh Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan; 3. Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan; 4. Peraturan Presiden No. 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. 5. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

Sumber: Bahan sekunder, diolah penulis.

B. Aktor Penyelenggara Jaminan Kesehatan di Daerah

Berdasarkan temuan kajian ini, terdapat aktor-aktor penting dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia. Setidaknya, terdapat 15 aktor penting atau *stakeholders* (pemangku kepentingan) dalam implementasi kebijakan tersebut dengan mempertimbangkan tingkat pengaruh dan kepentingannya. Kajian ini menggunakan alat analisis tingkat pengaruh dan kepentingan aktor dalam pelaksanaan JKN di Indonesia ini berdasarkan studi dari Lelea, dkk (2014).

Alat analisa pemetaan aktor ini bermanfaat untuk mengetahui derajat kekuatan (pengaruh) dan kepedulian aktor terhadap pelaksanaan JKN di Indonesia. Hal ini penting untuk menganalisis dinamika penyelenggaraan kebijakan jaminan kesehatan dalam konteks otoda, khususnya dengan memperhatikan aktor, beserta kepentingan dan tingkat pengaruhnya. Berikut alat analisis yang disajikan Tabel 3 berikut ini.

Tabel 3. Pemetaan Aktor dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Influence	High Influence, Low Interests	High Influence, High Interests
	Kementerian PPN/Bappenas Komisi IX DPR RI Komisi II DPR RI	BPJS Kesehatan Kementerian Kesehatan Kementerian Keuangan Pemerintah Daerah DJSN Penyedia Layanan Kesehatan oleh Publik (RSUD, Puskesmas) Penyedia Layanan Kesehatan oleh Swasta (Rumah Sakit & Klinik Swasta)
Low Influence, Low Interests	Low Influence, High Interests	
Sektor swasta (Industri Farmasi, Industri Asuransi)	LSM (Contoh: BPJS Watch) Lembaga <i>think tank</i> Universitas Media	
Interests		

Sumber: Lelea, dkk (2014).

Penjelasan pemetaan aktor sebagaimana yang tertera dalam tabel diatas adalah sebagai berikut. *Pertama*, kuadran pertama yang berisi *high influence, low interests* ialah sekelompok aktor yang memiliki pengaruh yang tinggi, tetapi tidak memiliki kepentingan yang tinggi. Aktor ini tidak memiliki hubungan langsung dengan pelaksanaan JKN, namun memiliki pengaruh yang tinggi. Misalnya, Kementerian Bappenas. Kementerian ini memiliki fungsi untuk merencanakan pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan yang sesuai dengan semangat *Sustainable Development Goals* (SDGs). Maka dari itu, kebijakan pelaksanaan JKN saat ini yang berlaku tidak lepas dari konsep pelaksanaan kesehatan yang telah dibuat oleh Kementerian Bappenas. Disebut *low interests* karena kepentingannya terhadap JKN rendah mengingat JKN tidak menjadi konsentrasi utama dari aktor-aktor yang berada di kuadran pertama ini.

Kuadran kedua (*high influence* dan *high interests*) ialah aktor-aktor yang memiliki pengaruh dan kepentingan yang tinggi atas jalannya program JKN. Seringkali aktor-aktor ini disebut

sebagai promotor atau pihak-pihak yang merupakan aktor kunci dalam penyelenggaraan JKN. Diantaranya ialah BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, maupun Kementerian Keuangan. Aktor-aktor tersebut memiliki peran strategis untuk memastikan agar semua masyarakat Indonesia dapat memperoleh JKN.

Dalam kerangka otonomi daerah, aktor yang tercantum dalam bagan bagian kanan atas tersebut memiliki peran sangat penting karena memiliki kewenangan dan kekuasaan dalam menentukan arah kebijakan. Misalnya, Dinas Kesehatan (Provinsi dan Kabupaten/Kota) didorong menjadi lembaga penyusun kebijakan teknis dan mengelola sistem pembiayaan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan daerahnya masing-masing. Kuatnya peran Dinas Kesehatan mempengaruhi jajaran dibawahnya, seperti rumah sakit daerah dan layanan kesehatan lainnya.

Kuadran ketiga (*low influence, low interest*), ialah aktor-aktor dalam pelaksanaan JKN yang tidak memiliki pengaruh dan kepentingan yang tinggi. Mereka adalah pihak-pihak yang memiliki kepentingan terhadap pelayanan kesehatan. Namun, mereka tidak secara langsung berkepentingan terhadap kebijakan jaminan kesehatan maupun mempengaruhi kebijakan tersebut. Pihak-pihak ini misalnya diwakili oleh sektor industri, seperti industri farmasi maupun industri asuransi.

Kuadran keempat (*low influence, high interest*) ialah aktor-aktor yang memiliki kepentingan tinggi, tetapi tidak memiliki akses langsung terhadap proses pembuatan kebijakan JKN. Diantaranya ialah NGO, *think tank*, media, maupun universitas. Mereka menjalankan peran mereka sebagai aktor-aktor yang mengontrol jalannya kebijakan JKN. Mereka berkepentingan agar pelaksanaan JKN sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Adapun caranya adalah dengan melaksanakan penelitian evaluasi kebijakan, advokasi kebijakan, dan memberikan alternatif-alternatif solusi ketika pelaksanaan JKN mengalami kendala.

Selain memperhatikan pengaruh dan kepentingan aktor-aktor yang sudah dipaparkan diatas, penting juga mengetahui kaitan antara aktor berdasarkan tugas dan kepentingannya dalam

penyelenggaraan JKN. Tabel 4 menjelaskan tentang aktor dari segi kegiatan yang dilakukan dalam penyelenggaraan kebijakan JKN.

Berdasarkan Tabel 4 dan paparan di atas, dapat disimpulkan bahwa terdapat tarik-menarik pengaruh dan kepentingan dari para aktor pada era penyelenggaraan JKN di era otda, baik di level pusat maupun di level daerah, serta yang melibatkan aktor pemerintah dan aktor non-pemerintah. Penyelenggaraan JKN saat ini mengarah pada sentralisasi yang menekankan pentingnya peran pemerintah pusat dalam mengkomodir pelaksanaan jaminan kesehatan secara nasional tanpa terkecuali. Hal tersebut diupayakan dengan dasar untuk memperkecil ketimpangan antar-daerah yang berdampak terhadap perwujudan layanan kesehatan di masing-masing daerah.

Di sisi lain, pemerintah daerah masih dapat memanfaatkan ruang dari peraturan perundangan-undangan yang ada, khususnya menyangkut penyelenggaraan otda dan jaminan kesehatan, untuk merencanakan, menjalankan, serta mengevaluasi kebijakannya, termasuk yang terkait dengan jaminan kesehatan. Peran Pemda kemudian diletakkan pada dukungan penuh mereka terhadap program strategis nasional dalam bentuk integrasi Jamkesda ke JKN dan mengalokasikan anggaran untuk kepesertaan yang didaftarkan daerah.

Untuk memahami keterkaitan di atas, paparan selanjutnya akan membahas relasi dan dinamika hubungan pemerintah pusat dan daerah dalam penyelenggaraan JKN. Untuk itu, paparan selanjutnya akan memotret situasi kronologis penyelenggaraan jaminan kesehatan sebelum dan ketika era JKN. Salah satu indikator untuk menganalisis hal tersebut adalah dengan memetakan alokasi anggaran untuk memberikan gambaran yang komprehensif terkait dengan konteks penyelenggaraan JKN di era otonomi daerah.

Tabel 4. Matriks Aktor Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Aktor	Tugas	Kepentingan
Sektor Publik		
BPJS Kesehatan	Transformasi PT Askes yang bertugas untuk memberikan perlindungan kesehatan secara mendasar bagi seluruh rakyat Indonesia. Adapun perlindungan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan program jaminan Kesehatan Nasional (JKN), meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama, rujukan tingkat lanjutan, dan rawat inap.	Pelaksanaan JKN dapat berjalan dengan lancar tanpa kendala.
Kementerian Kesehatan	Membuat regulasi yang menyangkut pelaksanaan JKN.	Pelayanan kesehatan oleh pemerintah dapat diterima secara luas oleh masyarakat.
Kementerian Keuangan	Menyusun dana APBN untuk dialokasikan menjadi Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Dana Alokasi Umum (DAU) ke daerah, khususnya terkait sektor kesehatan. Kemenkeu juga berperan untuk mengalokasikan keuangan negara untuk menutup kekurangan operasional BPJS.	Berkepentingan menjaga keuangan negara agar dapat didistribusikan secara tepat sasaran.
Pemerintah Daerah	Ikut serta dalam penyelenggaraan JKN.	Membagi APBD kepada pos-pos strategis secara proposional. Terkadang, Pemda menghadapi dilema untuk memprioritaskan alokasi kesehatan atau ke pos yang lain.
DJSN	Mengusulkan kebijakan investasi dana jaminan nasional, mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan tersedianya anggaran operasional kepada pemerintah.	Pelaksanaan JKN dapat berjalan sesuai dengan UU.
Komisi II DPR RI	Mengawasi dan menjadi pihak konsultasi dalam pelaksanaan otoda.	Aspirasi masyarakat terkait otoda dapat terakomodasi oleh Pemda.
Komisi IX DPR RI	Mengawasi dan menjadi pihak konsultasi dalam pelaksanaan JKN.	Aspirasi masyarakat terkait JKN dapat terakomodasi oleh pengelola JKN.
Penyedia Layanan oleh Publik (RSUD dan Puskesmas)	Memberikan layanan kesehatan kepada anggota BPJS.	Tetap mendapatkan <i>profit</i> dalam memberikan pelayanan kesehatan.
Kementerian PPN/Bappenas	Memberikan arahan yang berupa rencana jangka pendek, menengah, dan panjang terkait pelaksanaan JKN di Indonesia	Pelaksanaan JKN agar tetap sesuai dengan rencana pembangunan nasional.
Sektor Swasta		
Penyedia Layanan oleh Swasta (RS dan Klinik Swasta)	Memberikan layanan kesehatan kepada anggota BPJS.	Tetap mendapatkan <i>profit</i> dalam memberikan pelayanan kesehatan.
Media	Mengawasi dan memberitakan terkait proses pelaksanaan JKN.	Masyarakat mendapatkan informasi yang lengkap terkait pelaksanaan JKN.
Masyarakat Sipil		
LSM dan Think Tank	Membuat penelitian dan evaluasi kebijakan, serta memberikan rekomendasi kepada pemangku kepentingan terkait pelaksanaan JKN di Indonesia.	Ikut serta mengawal pelaksanaan JKN. Pengelolaan JKN jauh lebih baik dan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan secara optimal.

Sumber: Data sekunder, diolah penulis.

C. Skema Kebijakan Penganggaran Jaminan Kesehatan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah

Bagian ini akan membahas lebih lanjut skema kebijakan penganggaran jaminan kesehatan antara pemerintah pusat dan daerah, serta pihak swasta selama ini, baik terkait dengan kebijakan penganggaran jaminan kesehatan sebelum dan sesudah rezim Jamkesmas yang tertuang di dalam APBN, maupun dalam APBD melalui anggaran kesehatannya.

1. Anggaran Kesehatan Pemerintah Pusat sebelum dan sesudah Era Jaminan Kesehatan Nasional

a. Sebelum Era Jaminan Kesehatan

Pada prinsipnya program jaminan kesehatan dilaksanakan atas hak setiap warga negara untuk memperoleh layanan kesehatan, baik yang bertempat tinggal di perkotaan maupun di perdesaan termasuk di daerah terpencil perbatasan kepulauan. Pelaksana program jaminan kesehatan dilaksanakan oleh masing-masing unit pelayanan kesehatan mulai dari pelayanan kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sampai dengan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit dengan pembayaran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada unit pelaksana pelayanan kesehatan dengan mekanisme transfer berdasarkan sistem dana kapitasi. Dana kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Untuk lingkup sektor kesehatan sendiri diatur dan diamanatkan dalam Undang-Undang Kesehatan. Dalam Undang-undang tersebut ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan

kesehatan sosial. Dengan demikian, kebijakan sektor kesehatan, termasuk jaminan kesehatan, juga diarahkan ke kebijakan yang inklusif dan menjangkau setiap warga, tanpa terkecuali.

Alokasi anggaran kesehatan selama periode 2010-2015 atau periode sebelum era Jaminan Kesehatan Nasional, baik secara nominal maupun persentase menunjukkan peningkatan, yaitu sebesar Rp30 triliun (2,9 %) pada tahun 2010, meningkat menjadi Rp36.1 triliun (2.8 %) pada tahun 2011. Angka ini terus meningkat di tahun 2012 mencapai Rp40.6 triliun (2.7 %), dan pada tahun 2013 sebesar Rp46 triliun (2.8 %), hingga pada tahun 2014 menjadi Rp59.6 triliun (3,4 %) pada tahun 2014 (Kemenkeu, 2018).

Jika diperhatikan, persentase penganggaran anggaran kesehatan ini masih belum mencapai porsi 5% sebagaimana yang tertuang dalam skema JKN. Hal ini disebabkan karena masih rendahnya penyerapan dana dari Kementerian Kesehatan dan kurangnya komitmen pemerintah dalam memprioritaskan sektor kesehatan (Tempo, 2018). Pada tahun 2014, kewajiban untuk memenuhi kebutuhan anggaran kesehatan adalah 5% melalui APBN dan 10% melalui APBD.

b. Setelah Era Jaminan Kesehatan Nasional

Implementasi program jaminan kesehatan lebih lanjut dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan pemerintah. Kebijakan kepesertaan diatur dalam Perpres No. 19 tahun 2016 yang mewajibkan setiap warga menjadi peserta dan pedoman pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kemudian, untuk teknis pelaksanaannya diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, dimana yang termasuk peserta JKN berasal dari Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Pekerja Penerima Upah (PPU). Dengan demikian, diharapkan seluruh warga negara Indonesia menjadi peserta JKN untuk mencapai *universal health coverage* di Indonesia (Fitrianeti *et al*, 2017).

Angka persentase ini belum memenuhi amanat Undang-Undang Kesehatan, karena pada tahun 2010-2015 merupakan masa peralihan dalam perencanaan pengalokasian anggaran kesehatan. Hal ini sejalan dengan pelaksanaan program JKN yang mulai diberlakukan pada 1 Januari 2014. Pelaksanaan program JKN tersebut merupakan amanat UU No. 24 Tahun 2011.

Sejak tahun 2015 Pemerintah berkomitmen untuk memenuhi amanat pemenuhan alokasi anggaran kesehatan sebesar 5%. Berdasarkan data Kementerian Keuangan (Kemenkeu) tahun 2018, alokasi anggaran kesehatan pada tahun 2015-2018 terus mengalami kenaikan yang cukup signifikan apabila dibandingkan dengan tahun 2015. Misalnya, pada tahun 2016 anggaran kesehatan ditingkatkan dari anggaran kesehatan tahun 2010-2015 (Bagan 5), dimana sebelumnya pada tahun 2015 anggaran berkisar hanya Rp65.4 triliun (3.6%) naik menjadi Rp91.4 triliun (4.9%) pada tahun 2016.

Angka tersebut terus bergulir naik di tahun 2017 menjadi Rp92.4 triliun dengan rasio 4.6 persen. Angka ini juga bergulir naik dalam realiasi APBN 2018 kemarin meningkat menjadi Rp111 triliun dengan rasio 5%. Jika dilihat, rasio anggaran ini pun semakin meningkat pada tahun 2015-2018 dan hampir mendekati 5%. Adapun pada tahun 2019 ini, pemerintah kembali menaikkan alokasi anggaran kesehatan dari APBN sebanyak Rp123,1 triliun atau naik 5% dari Belanja APBN atau Rp1.2 triliun dari APBN 2019 (Kemenkeu, 2018).

Artinya, jelas sudah ada perbedaan yang cukup signifikan dalam perbandingan penganggaran antara anggaran kesehatan pemerintah pusat sebelum dan sesudah era JKN, dimana jika dirata-ratakan, persentase anggaran kesehatan hanya mencapai 4,12 persen. Sedangkan, setelah memasuki era JKN, persentase anggaran kesehatan secara rata-rata meningkat menjadi 4,52 persen. Dengan demikian, kebijakan kesehatan, termasuk terkait dengan UU SJSN dan UU BPJS, serta peraturan perundang-undangan yang mengatur penyelenggaraannya telah menjadi salah satu faktor yang ikut mendorong komitmen pemerintah

pusat dalam meningkatkan alokasi anggaran kesehatan. Bagan 5 menunjukkan peningkatan anggaran kesehatan dari waktu ke waktu.

Bagan 5. Lini Masa Anggaran Kesehatan



Sumber: Kemenkeu 2018, data diolah penulis.

2. Anggaran Kesehatan Pemerintah Daerah Sebelum dan Setelah Era Jaminan Kesehatan Nasional

a. Sebelum Era Jaminan Kesehatan Nasional

Pada umumnya, penganggaran kesehatan dibagi ke dalam 2 jenis belanja, yaitu: Anggaran Kesehatan melalui Belanja Pemerintah Pusat dan Anggaran Kesehatan melalui Transfer ke daerah dan Dana Desa. Untuk Anggaran Kesehatan melalui Belanja Pemerintah Pusat, pemerintah menyalurkannya lagi ke dalam beberapa Kementerian/Lembaga atau Non Kementerian/Lembaga (Kemenkeu, 2018).

Sebelumnya telah dibahas mengenai anggaran pemerintah pusat baik sebelum dan sesudah era JKN. Bagian ini akan memusatkan pembahasan tentang anggaran pemerintah daerah sebelum era JKN. Sebagaimana diketahui, bahwa kapasitas anggaran daerah sebagian besar dipengaruhi oleh pendapatan asli daerah dan dana perimbangan sebagai sumber pendapatan daerah di samping sumber pendapatan lain yang sah.

Penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerah memiliki beberapa kebijakan. Mengacu pada Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah (UU No. 33 Tahun 2004), dana perimbangan memiliki tiga komponen utama, yaitu Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), dan Dana Bagi Hasil. Sumber-sumber tersebut menjadi komponen penting dalam anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD).

Lebih lanjut, terdapat pengaturan umum mengenai belanja fungsi kesehatan. Berdasarkan Ketentuan Pasal 171 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pemerintah provinsi dan kabupaten/kota diamanatkan untuk mengalokasikan minimal 10% dari APBD di luar gaji untuk anggaran kesehatan pemerintah daerah. Selanjutnya, pengaturan penting lainnya adalah besaran anggaran kesehatan diprioritaskan untuk kepentingan layanan publik setidaknya 2/3 dari anggaran kesehatan dalam APBN dan APBD.

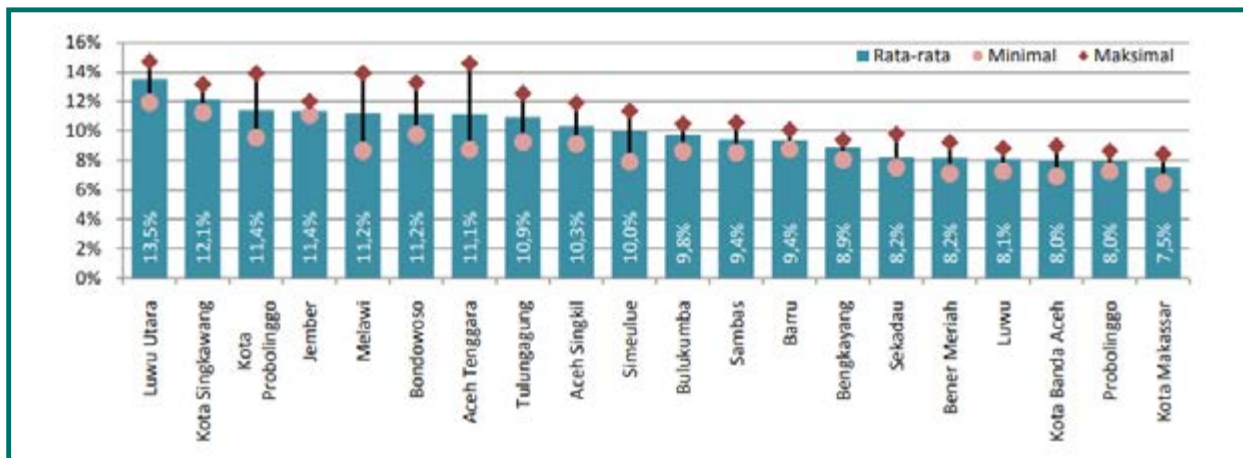
Sejauh ini, terdapat alokasi utama belanja kesehatan di daerah dari APBD di luar gaji. Sebelumnya, alokasi diberikan untuk Jamkesda. Kebijakan Jamkesda sepenuhnya dibiayai oleh APBD (dengan mekanisme *cost-sharing* oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota) untuk mengakomodasi masyarakat yang tidak masuk dalam segmen kepesertaan JKN.

Berdasarkan rencana anggaran (APBD), lebih dari setengah daerah kinerja (daerah yang menjadi sampel pengamatan kinerja Kementerian Keuangan terkait penggunaan APBD untuk bidang kesehatan) mengalokasikan anggaran kesehatan kurang dari 10% pada tahun 2008-2011. Dalam kajian ini, kami menggunakan daerah kinerja dikarenakan kami mengalami kesulitan dalam mendapatkan data mengenai APBD khususnya untuk anggaran kesehatan dari seluruh daerah di Indonesia. Untuk itu, kami memutuskan untuk menggunakan daerah kinerja yang diamati oleh Kementerian Keuangan sebagai sampel kami dalam mengamati bagaimana alokasi APBD untuk anggaran kesehatan di Indonesia sebelum era JKN.

Undang-undang Kesehatan mengamanatkan anggaran kesehatan dialokasikan 10% APBD di luar belanja pegawai. Bahkan jika anggaran belanja pegawai dimasukkan, 11 kabupaten/kota partisipan kinerja belum mengalokasikan belanja urusan kesehatannya 10% atau lebih. Di antara 11 daerah ini, Bengkayang, Sekadau, Bener Meriah, Luwu, Kota Banda Aceh, Probolinggo, dan Kota Makassar, belanja kesehatannya dulu tidak pernah mencapai 10% total belanja dalam periode 2008-2011, Sebaliknya, Luwu Utara, Kota Singkawang, dan Jember merupakan tiga daerah kinerja yang secara konsisten mengalokasikan lebih dari 10% belanja daerahnya untuk urusan kesehatan dalam periode yang sama (Kemenkeu, 2011).

Proporsi anggaran kesehatan relatif stagnan dalam periode 2008-2011 (Bagan 6.), pada tahun 2011 pun masih ada 11 kabupaten/kota yang belum mengalokasikan anggaran urusan kesehatan 10% atau lebih. Secara keseluruhan wilayah kerja kinerja, terjadi sedikit peningkatan alokasi anggaran kesehatan dari rerata 9,3% pada tahun 2008 menjadi 10,2% (2009). Namun, proporsi ini tidak banyak berubah pada dua tahun berikutnya, dengan rerata 10,1%. Pada tahun 2011, empat kabupaten di Kalimantan Barat, Aceh Singkil, Bener Meriah dan Kota Banda Aceh di Aceh, Barru, Luwu dan Kota Makassar di Sulawesi Selatan, dan Probolinggo di Jawa Timur belum mengalokasikan kurang dari 10% anggarannya untuk sektor kesehatan (Kemenkeu, 2011).

Bagan 6. Proporsi Belanja Urusan Kesehatan terhadap Belanja Daerah, 2008-2011 (dalam Persen)



Sumber: APBD DJPK Kemenkeu, 2011.

b. Setelah Era Jaminan Kesehatan Nasional

Seiring perkembangannya, disertai dengan diterbirkannya UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, berdasarkan Pasal 67, pemerintah daerah kemudian diwajibkan untuk melaksanakan program strategis nasional, terutama terkait JKN-KIS.

Aturan tersebut mengamanatkan integrasi Jamkesda ke dalam program JKN-KIS. Beberapa aturan yang mengatur adalah Permendagri Nomor 33 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2018 (diubah menjadi Permendagri Nomor 134 Tahun 2017); Perpres Nomor 12 Nomor 111 Tahun 2013 (diubah menjadi Perpres Nomor 19 Tahun 2016, kemudian menjadi Perpres Nomor 28 Tahun 2016) tentang Jaminan Kesehatan; Perpres Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Peta Jalan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bidang Kesehatan dan Bidang Ketenagakerjaan, serta Surat Menteri Dalam Negeri Nomor 440/3890/SJ tanggal 19 Oktober 2016.

Integrasi Jamkesda ke dalam program JKN-KIS mengindikasikan bahwa anggaran kesehatan pun dikelola dengan aturan sentralistik. Untuk JKN-KIS atau yang termanifestasi ke dalam layanan BPJS Kesehatan, anggaran berasal dari beberapa

komponen berdasarkan kepesertaan. Selain berasal dari pendapatan investasi dan pendapatan lainnya, sumber anggaran layanan BPJS Kesehatan diperoleh dari pendapatan iuran. Berikut rincian pendapatan iuran layanan BPJS Kesehatan (BPJS, 2018):

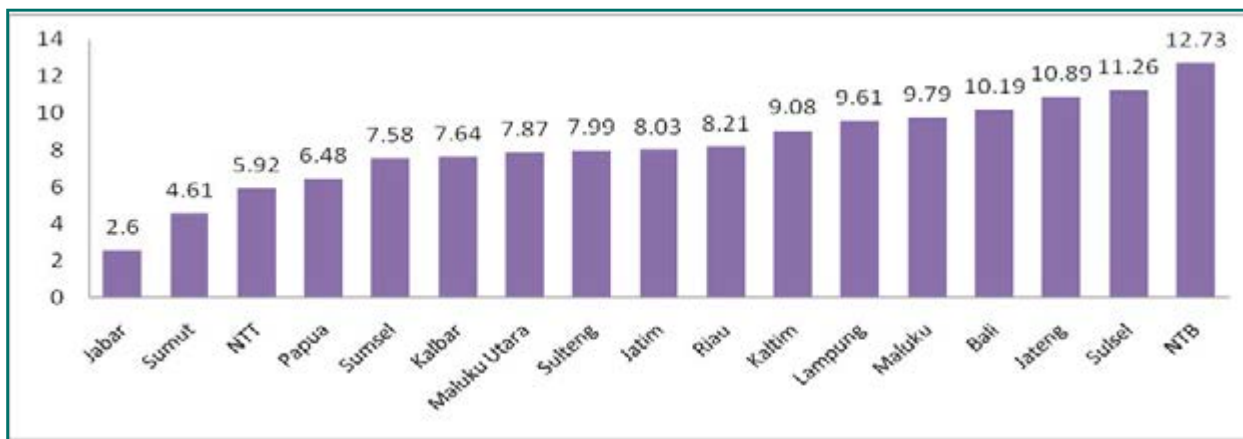
1. Iuran jaminan kesehatan untuk penduduk miskin dan tidak mampu atau Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dibayarkan oleh Pemerintah Pusat dari APBN,
2. Iuran jaminan kesehatan untuk penduduk miskin dan tidak mampu atau PBI yang didaftarkan dan dibayarkan oleh Pemerintah Daerah dari APBD,
3. Iuran jaminan kesehatan untuk Pekerja Penerima Upah (PPU, baik pegawai sipil maupun swasta) yang dibayarkan oleh Pemberi Kerja (Badan Usaha) maupun pekerja secara mandiri,
4. Iuran jaminan kesehatan untuk Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Peserta Bukan Pekerja (BP) yang dibayarkan secara mandiri oleh peserta yang bersangkutan.

Saat ini dukungan tersebut sudah terasa di sejumlah daerah, khususnya dalam upaya memperluas cakupan kepesertaan, dilakukan dengan memastikan bahwa seluruh penduduk di wilayah daerah tersebut telah menjadi peserta JKN-KIS atau tercapainya UHC. Namun, nyatanya kondisi penganggaran APBD untuk bidang kesehatan setelah era JKN pun tidak jauh berbeda. Masih banyak provinsi yang belum mengalokasikan dana APBD untuk bidang kesehatan. Tercatat, pada tahun 2015 atau satu tahun setelah JKN diresmikan, masih ada pemerintah daerah yang masih belum memenuhi kewajiban mengalokasikan anggarannya sebesar 10% untuk kesehatan, seperti yang ditunjukkan dari hasil pengamatan Kemendagri atas 17 provinsi (Bagan 7.).

Tercatat dari 17 provinsi yang diamati, baru 4 provinsi saja yang sudah mencapai persentase 10 persen untuk alokasi anggaran kesehatan. Sisanya, masih ada 10 provinsi dari daerah tersebut yang masih belum memberikan porsi yang sesuai untuk urusan kesehatan di daerahnya (Kemendagri, 2015). Hasil

pengamatan Kemendagri tersebut juga menunjukkan bahwa setiap daerah memiliki pengalaman dan tingkat capaian yang berbeda-beda, terutama dalam memenuhi tanggung jawab dalam menyelenggarakan kebijakan kesehatan, termasuk dalam hal mengalokasikan anggaran kesehatan sebagai salah satu kebijakan penting dalam memenuhi kebutuhan dasar masyarakat di wilayahnya masing-masing.

Bagan 7. Proporsi Belanja Urusan Kesehatan terhadap Belanja Daerah, Tahun 2015 (dalam Persen)



Sumber: Ditjen Keuangan Daerah Kemendagri, 2015.

Kendati demikian, berdasarkan catatan BPJS Kesehatan, hingga 1 Mei 2018, sebanyak 493 kabupaten/kota dari 514 kabupaten/kota di Indonesia telah mengintegrasikan Jamkesda ke dalam program JKN-KIS dengan total peserta sebanyak 25.135.748 jiwa. Ada empat provinsi yang telah mencapai UHC terlebih dahulu, yakni Provinsi Aceh, Provinsi DKI Jakarta, Provinsi Gorontalo, dan Provinsi Papua Barat. Di level kabupaten/kota, ada 92 kabupaten dan 28 kota sudah lebih dulu UHC di awal 2018. Sedangkan yang berkomitmen untuk segera menyusul mencapai UHC lebih awal selama tahun 2018, yakni sebanyak 3 provinsi. Di antaranya Provinsi Sulawesi Tengah, Jawa Barat, dan Riau, serta 43 kabupaten dan 16 kota. BPJS turut mengapresiasi komitmen ini (BPJS, 2018).

Pemerintah daerah sendiri sebetulnya dapat memperoleh manfaat apabila telah mendaftarkan seluruh warganya menjadi peserta JKN-KIS. Salah satunya sesuai dengan prinsip portabilitas

peserta JKN-KIS dapat mengakses fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku. Keluasan akses fasilitas kesehatan ini mengingat sampai dengan 1 Maret 2018 sebanyak 22.148 FKTP yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan berkomitmen dalam memberikan pelayanan primer bermutu kepada peserta JKN-KIS. Di tingkat lanjutan, sudah sebanyak 5.081 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang terdiri atas 2.346 Rumah Sakit dan Klinik Utama (55% di antaranya milik swasta), 1.631 Apotek, serta 1.046 Optik. Jumlah ini terus meningkat sejak awal program JKN-KIS mulai beroperasi. Untuk FKTP, meningkat dari 18.437 di akhir 2014 menjadi 21.763 pada akhir 2017. Sedangkan FKRTL meningkat dari 1.681 di akhir 2014 menjadi 2.268 pada akhir 2017 (BPJS, 2018).

Selain itu, sebagaimana uraian yang telah disampaikan sebelumnya, kajian yang dilakukan Gani dkk. (2008) menemukan bahwa model Jamkesda yang dikembangkan di kabupaten/kota dan provinsi sangat bervariasi. Variasi yang terjadi meliputi berbagai aspek seperti badan pengelola, paket manfaat, manajemen kepesertaan, pembiayaan, iuran, dan ketersediaan sumber daya terkait jaminan kesehatan. Selain itu, faktor lain yang perlu diperhatikan dalam tujuan pengintegrasian sistem Jamkesda ke dalam SJSN adalah faktor paket manfaat yang diberikan kepada peserta.

Kajian Gani dkk. (2008) menemukan bahwa paket manfaat Jamkesda saat ini masih sangat bervariasi, tergantung pada APBD dan komitmen pemerintah daerah terhadap masalah kesehatan yang ada. Paket manfaat ini menjadi faktor penting mengingat pada saat pelaksanaan integrasi, jaminan kesehatan tersebut mencakup semua indikasi medis. Penelitian tersebut merekomendasikan bahwa jika ditinjau dari perspektif luas dan keberagaman antar wilayah di Indonesia, pengembangan Jamkesda yang bervariasi sesuai dengan karakteristik dan kemampuan daerah memang seharusnya terjadi dalam era desentralisasi kesehatan.

Terkait anggaran kesehatan oleh pemerintah pusat dan kaitannya dengan anggaran kesehatan pemerintah daerah, untuk tahun 2019, pemerintah mengalokasikan anggaran kesehatan senilai Rp121,9 triliun, yang terdiri dari Rp88,2 triliun melalui belanja pusat dan Rp33,7 triliun melalui transfer ke daerah. Anggaran kesehatan melalui belanja pusat senilai Rp88,2 triliun terdiri dari anggaran Kementerian Kesehatan (Kemenkes) senilai Rp58,7 triliun, Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) senilai Rp2 triliun, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) senilai Rp3,8 triliun, serta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN bagi PNS/TNI/Polri) senilai Rp5,8 triliun (Gani dkk., 2008).

Sementara bagi daerah, dana senilai Rp33,7 triliun terbagi menjadi dana yang disalurkan pemerintah pusat ke pemerintah daerah melalui DAK Fisik senilai Rp20,3 triliun dan Biaya Operasional Kesehatan (BOK) dan Bantuan Operasional Keluarga Berencana (BOKB) senilai Rp12,2 triliun (Gani dkk., 2008).

DAK Fisik adalah anggaran pemerintah pusat yang diserahkan kepada daerah tertentu dengan tujuan membantu dan mendanai kegiatan khusus fisik yang merupakan urusan daerah dan sesuai prioritas nasional. Sementara BOK adalah Biaya Operasional Kesehatan (BOK) berupa bantuan dana dari pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dalam membantu Pemerintah Daerah Kabupaten melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan menuju *Sustainable Development Goals* (SDGs) Bidang Kesehatan. Untuk mendukung SDGs tersebut, disertakan pula BOKB yang bersifat nonfisik berupa biaya operasional Balai Penyuluhan KB dan bantuan biaya pendistribusian alat dan obat kontrasepsi dari gudang kabupaten dan kota ke fasilitas kesehatan (JPPN.com, 2018).

Dimasa transisi ini, jika suatu daerah memiliki kelebihan yang semula digunakan untuk Jamkesda, maka dana tersebut dapat dialokasikan untuk pembiayaan lain yang berkaitan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Salah satu contohnya adalah dengan mengoptimalkan pelayanan Puskesmas (fasilitas pelayanan kesehatan primer/fasyankes) yang berfungsi sebagai *gate keeper* dalam hal pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

Akreditasi fasyankes perlu menjadi salah satu prioritas daerah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang diberikan oleh fasilitas dan tenaga kesehatan. Misalnya, pelayanan kedokteran perlu memperhatikan standar input dan proses pelayanan kedokteran yang mengacu pada Pengembangan Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), Panduan Pelayanan Medik, Standar Operasional Pelayanan dan *Clinical Pathway* (sebuah alur yang menggambarkan proses mulai saat penerimaan pasien hingga pemulangan pasien).

Dengan demikian, pelaksanaan program jaminan kesehatan juga ikut melengkapi dan saling mendukung dengan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, kualitas pelayanan kesehatan juga bergantung pada kualitas tenaga kesehatan. Untuk itu, dana kelebihan dari Jameksda juga dapat dialokasikan untuk pengadaan dan peningkatan kualitas tenaga kesehatan, terutama di wilayah terpencil. Tenaga kesehatan (dokter umum, bidan, perawat) memiliki kontribusi besar dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Rasio tenaga kesehatan pada dasarnya telah mencukupi, namun terjadi kendala dalam distribusi tenaga kesehatan, sehingga terlihat kekurangan tenaga kesehatan. Sistem pembiayaan jaminan kesehatan yang dimiliki oleh masyarakat peserta menjadi salah satu alasan mengapa rasio dokter di kota-kota besar timpang dengan daerah lain.

Selain itu, faktor lainnya adalah desentralisasi. Kristansen dan Santoso (2006) menyatakan bahwa desentralisasi dapat meningkatkan pelayanan publik, salah satunya adalah melalui pelayanan kesehatan. Desentralisasi memberikan peluang bagi Dinas Kesehatan terkait untuk menempatkan tenaga kesehatan di daerah-daerah yang membutuhkan. Namun dalam banyak kasus penerimaan, alokasi tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan masih diatur oleh pemerintah pusat, dalam hal ini Kementerian Kesehatan (Setyaningsih, 2017). Pemerintah daerah masih harus mengajukan permohonan kepada pemerintah pusat dalam penyediaan tenaga kesehatan (misalnya pengadaan Pegawai Tidak Tetap/PTT Pusat).

3. Industri Asuransi Kesehatan sebelum dan setelah era Jaminan Kesehatan Nasional

a. Sebelum Era Jaminan Kesehatan

Asuransi kesehatan komersial (Shasta) di Indonesia telah ada sejak tahun 1970, namun perkembangannya sangat lambat sampai tahun 1992 karena landasan hukum yang tidak jelas (Thabrany, 2014). Pada saat itu, asuransi kesehatan dijual sebagai produk tumpangan oleh perusahaan asuransi kerugian. Sedangkan perusahaan asuransi jiwa tidak jelas dapat menjual atau tidak produk tersebut.

Dengan dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang asuransi, maka baik asuransi kerugian maupun asuransi jiwa boleh menjual produk asuransi kesehatan. Faktor lain yang menyebabkan pertumbuhan asuransi adalah pertumbuhan ekonomi di Indonesia (Basuki & Iskandar, 2013). Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia mengalami percepatan saat diterbitkannya Peraturan Pemerintah Nomor 14 tahun 1993 tentang Jamsostek, didalamnya dijelaskan pihak perusahaan diberikan pilihan untuk ikut atau tidak dalam program PT. Jamsostek. Ternyata banyak perusahaan yang lebih memilih membeli asuransi kesehatan dari swasta dibandingkan dari PT Jamsostek (Thabrany, 2014). Perusahaan asuransi kesehatan komersial dapat memenuhi keinginan perorangan yang beragam. Konsekuensinya, perusahaan akan merancang berbagai produk yang sesuai dengan permintaan masyarakat. Asuransi kesehatan dalam hal ini mencakup produk asuransi kesehatan sosial maupun komersial (Thabrany, 2001).

Di Indonesia, jumlah perusahaan asuransi setiap tahunnya terus meningkat. Pada tahun 2012 terdapat sekitar 140 perusahaan asuransi, sementara dalam 5 tahun meningkat menjadi 146 perusahaan asuransi & reasuransi di tahun 2016. Selain itu, perusahaan penunjang asuransi juga mengalami peningkatan dari 205 perusahaan di tahun 2012 menjadi 237 perusahaan di tahun 2016 (OJK, 2016). Demikian pula dengan pertumbuhan premi bruto yang meningkat rata-rata 19,8% per tahun dalam 5 tahun terakhir atau di tahun 2016 sekitar Rp361,78 triliun.

Kontribusi sektor asuransi terhadap Produk Domestik Bruto (PDB) sebagaimana dicerminkan oleh rasio antara premi bruto terhadap PDB mengalami peningkatan sebesar 0,36% dari 2,56% pada tahun 2015 menjadi 2,92% pada tahun 2016. Kenaikan premi bruto tertinggi pada tahun 2016 diperoleh oleh badan penyelenggara jaminan sosial (30,4%), dimana asuransi kesehatan termasuk didalamnya (OJK, 2016). Sementara itu, jumlah klaim bruto industri asuransi pada tahun 2016 mengalami kenaikan sebesar 15% dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu dari Rp197,75 triliun pada tahun 2015 menjadi Rp227,35 triliun pada tahun 2016. Secara keseluruhan, rasio klaim bruto terhadap premi bruto pada tahun 2016 adalah sebesar 62,8%. Rasio ini lebih rendah dibandingkan dengan rasio klaim tahun sebelumnya yang besarnya 66,9%. Penurunan ini disebabkan pertumbuhan klaim dibayar yang lebih rendah dibandingkan dengan pertumbuhan premi bruto (OJK, 2016).

Secara umum, jumlah perusahaan asuransi yang mempunyai cabang asuransi kesehatan dan atau kecelakaan berfluktuasi. Namun, jika ditinjau pada pola kecenderungan dari tahun ke tahun, jumlah perusahaan asuransi kerugian umum semakin menurun, tetapi perusahaan asuransi kerugian yang menganut prinsip syariah semakin tumbuh, baik untuk asuransi kerugian maupun asuransi jiwa (Jurnal Ekonomi Kesehatan, 2016). Penurunan jumlah asuransi kerugian umum dari 180 di tahun 2012 menjadi 162 perusahaan di 2016. Sedangkan berdasarkan kepemilikan, asuransi kerugian didominasi oleh perusahaan swasta nasional (antara 67-80%) dari masing-masing kategori perusahaan asuransi kerugian). Sedangkan pada asuransi jiwa, proporsi ini berimbang antara perusahaan swasta nasional dan patungan (Tabel 5).

Tabel 5. Perkembangan Jumlah Perusahaan Asuransi Kesehatan dan Kecelakaan

Deskripsi	2012	2013	2014	2015	2016
Asuransi Kerugian umum	180	166	186	164	162
Patungan	38	34	38	32	42
Reasuransi	8	8	10	12	10
Swasta Nasional	134	124	138	120	110
Asuransi Kerugian Syariah	50	58	56	62	62
Patungan	6	6	4	6	6
Reasuransi	6	6	6	6	6
Swasta Nasional	38	46	46	50	50
Asuransi Jiwa umum	44	45	50	50	49
Patungan	19	19	19	22	23
Swasta Nasional	25	26	31	28	26
Asuransi Jiwa Syariah	20	20	21	24	27
Patungan	10	10	10	10	14
Swasta Nasional	10	10	11	14	13
Grand Total	294	289	313	300	300

Sumber. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 2016.

Banyak yang memperkirakan asuransi kesehatan swasta akan gulung tikar setelah diluncurkannya program JKN pada 1 Januari 2014. Namun, nyatanya keberadaan keduanya, hingga kini terus disinergikan demi keuntungan peserta. Di sisi lain, Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) mengungkapkan kewajiban menjadi peserta anggota BPJS Kesehatan diakui berdampak signifikan terhadap pertumbuhan premi asuransi kesehatan sepanjang tahun 2016. Laju pertumbuhan premi asuransi kesehatan, menurutnya masih tertekan (Sari, 2016).

Laporan tahunan AAUI pada triwulan pertama 2017 menunjukkan, pangsa pasar asuransi kesehatan turun dari 10,21 persen pada triwulan pertama 2016, menjadi 10,11 persen pada periode yang sama tahun ini. Meski, premi bruto pada triwulan pertama 2017, meningkat tipis 3,3 persen dibanding periode tahun lalu (Sari, 2016).

b. Setelah era Jaminan Kesehatan Nasional

Meski sosialisasi dan kepesertaan JKN kian masif, pihak BPJS Kesehatan mengklaim tidak mematikan pasar asuransi kesehatan swasta yang sudah berlangsung. Belum semua jenis penyakit bisa ditanggung BPJS Kesehatan, sehingga asuransi kesehatan swasta diharapkan bisa bekerja sama untuk mengakomodir jenis layanan di luar tanggungan.

Pihak asuransi kesehatan swasta pun pada tahun 2015 tetap optimis bahwa bisnis mereka tidak akan serta-merta tergerus oleh kehadiran BPJS Kesehatan. Meski tidak menyangkal bahwa regulasi ini mempengaruhi produktivitas dan pendapatan, peluang bisnis untuk asuransi kesehatan swasta tetap ada mengingat BPJS saat itu hanya melayani perlindungan dasar (Beritagar, 2017). Hal ini juga dikonfirmasi oleh Kepala Humas BPJS Kesehatan, M. Iqbal Anas Ma'ruf (20 Mei 2019) yang menyatakan bahwa kehadiran BPJS tidak dimaksudkan untuk menggerus bisnis asuransi swasta yang sudah ada.

Salah satu indikator untuk mengetahui perkembangan industri asuransi adalah dengan melihat jumlah kepesertaan yang tercermin dari proksi jumlah polis yang diterbitkan perusahaan asuransi. Jumlah kepesertaan asuransi kesehatan cenderung fluktuatif setiap tahunnya. Sementara terkait dengan asuransi jiwa, diketahui bahwa jumlah peserta asuransi jiwa umum jauh lebih besar dibandingkan asuransi jiwa syariah, yang mencapai 33 kali lipat di tahun 2016 (Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 2016).

Hal yang paling menarik untuk dicermati adalah adanya peningkatan jumlah kepesertaan yang melonjak tajam dari 12 ribu orang (2015) menjadi 261 ribu orang (2016) pada asuransi jiwa syariah di perusahaan patungan (Tabel 6). Sementara pada perusahaan swasta nasional justru terjadi penurunan tajam kepesertaan di tahun 2016. Hal ini dapat dimungkinkan bahwa terdapat perusahaan yang tidak melaporkan jumlah polis kepada Otoritas Jasa Keuangan (OJK), sehingga tidak tercatat dalam laporan OJK (Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 2016).

Tabel 6 juga menunjukkan jumlah kepesertaan asuransi kesehatan/kecelakaan pada perusahaan asuransi jiwa umum di tahun 2014 menurun drastis sekitar 2,7 juta polis dan belum dapat kembali melewati angka di tahun 2013. Pengurangan ini pun masih berlanjut di tahun 2016 pada perusahaan asuransi jiwa umum, baik perusahaan patungan maupun swasta nasional.

Lebih lanjut, dalam data Susenas BPS 2016 yang diolah Lokadata Beritagar.id (2017), jumlah peserta asuransi kesehatan swasta di Indonesia mencapai 2.543.458 jiwa. Secara persentase, kepesertaan asuransi kesehatan swasta di Indonesia berkisar 0,9 sampai 1 persen dari populasi pada 2016 yang mencapai 257,8 juta jiwa.

Tabel 6. Jumlah Polis Asuransi Kesehatan yang diterbitkan Menurut Kepemilikan Perusahaan

Deskripsi	2012	2013	2014	2015	2016
Asuransi Jiwa Syariah	263,716	111,245	115,874	181,565	261,970
Patungan	48,068	6,709	11,216	12,214	205,995
Swasta Nasional	215,648	104,536	104,658	169,351	55,975
Asuransi Jiwa Umum	6,796,499	10,728,438	8,010,540	9,236,712	8,533,639
Patungan	3,252,773	4,719,894	3,341,906	4,340,412	4,027,085
Swasta Nasional	3,543,726	6,008,544	4,668,634	4,896,300	4,506,554
Total	7,060,215	10,839,683	8,126,414	9,418,277	8,795,609

Sumber. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 2016.

Berdasarkan data-data diatas, dapat dilihat bahwa posisi asuransi kesehatan swasta dalam masyarakat Indonesia masih dianggap penting, meskipun masyarakat sudah menjadi peserta BPJS Kesehatan. Sebanyak 67,5 persen dari peserta asuransi swasta, hanya menggunakan asuransi kesehatan swasta dan sebanyak 32,5 persen memiliki jenis asuransi kesehatan lainnya.

Dari sisi usia, peserta asuransi kesehatan swasta ini bisa dikatakan cukup merata, tidak ada yang cukup dominan. Rentang usia

0-17 tahun (32,1%); usia 18-39 tahun (37,8%); usia 40-54 tahun (22,2%), dan usia di atas umur 55 tahun (8,9%). Mereka yang memiliki keanggotaan asuransi kesehatan swasta, terbanyak dari kalangan dengan status bekerja, yaitu sebanyak 58,2 persen. Sisanya dengan berbagai macam status sebanyak 41,8 persen (BPJS, 2018).

Dengan demikian, dapat dilihat bahwa industri asuransi swasta masih memiliki pasar dalam menyediakan jaminan kesehatan, termasuk di tingkat daerah. Hingga tahun 2018, total jumlah perusahaan asuransi swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan saat ini adalah 30 perusahaan asuransi swasta. Selain itu, untuk mengoptimalkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat, BPJS Kesehatan juga terus mengembangkan kerja sama dengan berbagai fasilitas kesehatan. Jumlah fasilitas kesehatan (faskes) tingkat rujukan BPJS Kesehatan pun ikut bertambah dari 1.530 faskes menjadi 1.546 faskes. Kedepannya, diharapkan angka ini terus meningkat untuk mendukung kelancaran pelaksanaan program JKN (BPJS, 2018).

Meskipun secara sistem kedua lembaga asuransi menganut paham yang berbeda. BPJS Kesehatan menggunakan sistem *managed care*, artinya layanan dilakukan secara berjenjang. Misalnya, sebelum ke rumah sakit pasien harus mendapatkan rujukan dari puskesmas terlebih dahulu. Selain itu, skema biaya pada layanan juga sudah ditentukan. Sedangkan, hal ini berbeda dengan asuransi swasta yang menganut sistem *indemnity*, yang tidak perlu rujukan dan bebas memilih layanan dan fasilitas. Bagi asuransi swasta, sistem rujukan kurang disukai konsumennya lantaran dianggap terlalu berbelit (BPJS, 2018).

Guna menyempurnakan jalannya *Coordination of Benefit (CoB)*, BPJS Kesehatan menerbitkan peraturan teknis terkait CoB terbaru, yang tertuang dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Koordinasi Manfaat Dalam Program JKN. *Beleid* ini sudah berlaku sejak 1 Juli 2016. Dibandingkan aturan sebelumnya, aturan baru ini dinilai lebih menguntungkan bagi peserta maupun perusahaan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT). Misalnya dalam hal

pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Berbeda dengan skema lama, peserta CoB kini bisa memanfaatkan FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Selain itu, berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016 tersebut, untuk pelayanan rawat inap tingkat lanjutan, pihak AKT kini bisa menjadi pembayar pertama. AKK akan membayarkan terlebih dahulu seluruh tagihan dari fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, dan sisanya diklaim ke BPJS Kesehatan. Hal ini berbeda dengan aturan lama, yakni BPJS Kesehatan membayar terlebih dulu, lalu asuransi tambahan membayar saat ada *on top benefit* (manfaat lebih).

Dengan adanya skema kerjasama antara pihak BPJS dengan asuransi swasta tentu saja hal ini menunjukkan bahwa pemerintah telah membuka pintu kepada aktor lain selain dari pihak pemerintah untuk bergotong-royong untuk memberikan pelayanan dan fasilitas kesehatan di Indonesia. Selain itu, skema kolaborasi tersebut juga akan membawa manfaat untuk masyarakat yang juga akan merasakan banyak manfaat atas pelayanan kesehatan yang semakin prima dan terintegrasi satu sama lain. Mengingat konteks otoda dengan keterbatasan dan terbatasnya kapasitas Penerimaan Anggaran Daerah (PAD) per daerah, pemerintah daerah akan terbantu dengan hadirnya aktor swasta yang ikut serta dalam memberikan layanan dan fasilitas kesehatan kepada masyarakat. Dengan begitu, lahirnya program CoB sedianya menjadi jembatan sinergi BPJS Kesehatan dengan perusahaan asuransi kesehatan swasta atau AKT untuk mencapai tujuan UHC.

Berdasarkan temuan dan analisis mengenai penyelenggaraan jaminan kesehatan di era otoda, dalam Bab III berikut, kajian ini mengajukan beberapa kesimpulan dan rekomendasi untuk memperbaiki tata kelola JKN dan peran Pemda terkait kebijakan dan penyelenggaraan jaminan kesehatan dalam konteks otoda.

BAB III

KESIMPULAN & REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional telah membawa banyak perubahan baik dari aspek peraturan sampai dengan pemanfaatannya. Pemerintah melalui BPJS Kesehatan, telah berupaya memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara dalam hal jaminan kesehatan, yang tata kelola penyelenggaraannya dapat dilihat begitu dinamis. Hal ini terlihat perbedaannya antara sebelum dan setelah terbentuknya BPJS berdasarkan UU BPJS di tahun 2014.

Sebelum terbentuknya BPJS, penyelenggaraan jaminan kesehatan yang merupakan bagian dari urusan jaminan sosial, diselenggarakan oleh masing-masing insiatif daerah. Insiatif-insiatif tersebut, diselenggarakan dengan beragam mengikuti kebutuhan dan kesanggupan masing-masing daerah. Meski demikian, konsep tersebut mengandung sejumlah kelemahan, yaitu dari segi pelaksanaan, keberlanjutan dan penganggaran.

Hadirnya BPJS merubah inisiatif penyelenggaraan jaminan kesehatan yang sebelumnya dilakukan oleh pemerintah daerah. Inisiatif-inisiatif tersebut kemudian diintegrasikan ke dalam BPJS, yang secara tunggal menyelenggarakan jaminan kesehatan di Indonesia. Integrasi jaminan kesehatan melalui BPJS juga diharapkan mampu memenuhi jaminan kesehatan untuk seluruh warga Indonesia secara inklusif, terjangkau, dan bermutu lewat kolaborasi pemerintah pusat, pemerintah daerah, serta beragam pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan jaminan kesehatan.

Berdasarkan pemetaan aktor, dapat disimpulkan bahwa terdapat keterkaitan antar-aktor, tugas, serta pengaruh dan kepentingannya. Relasi dan dinamika relasi para aktor yang beragam dan di berbagai tingkatan dan cakupan wilayah tersebut secara langsung maupun tidak langsung juga ikut mempengaruhi penyelenggaraan jaminan kesehatan baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah.

Secara umum, dapat dilihat bahwa arah penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia menekankan pada akomodasi secara menyeluruh oleh pemerintah pusat. Kewenangan daerah sebagai ciri khas otonomi daerah dalam konteks JKN dititikberatkan pada pentingnya dukungan terhadap program strategis nasional dan alokasi anggaran kepesertaan yang didaftarkan daerah. Selain itu, berdasarkan studi dan dokumen yang ada ditemukan bahwa wewenang dan inisiatif daerah yang bervariasi dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan juga ditentukan oleh berbagai aspek, seperti badan pengelola, paket manfaat, manajemen kepesertaan, pembiayaan, iuran, dan ketersediaan sumber daya terkait jaminan kesehatan.

Sedangkan dari sisi penganggaran, berdasarkan dinamika sebelum dan sesudah terbentuknya BPJS, dapat dikatakan bahwa baik pemerintah pusat dan pemerintah daerah telah berupaya untuk memenuhi target penganggaran kesehatan, sesuai yang diamanatkan oleh UUD 1945. Meskipun usaha tersebut tidak mudah mengingat perbedaan kapasitas anggaran penerimaan di setiap daerah.

Sinkronisasi kepesertaan dan pendanaan antara jaminan kesehatan daerah dan pusat terus berjalan hingga saat ini. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Selain itu, hal lain yang tak kalah pentingnya kebijakan dan upaya untuk menjamin kesehatan warga perlu ditekankan dalam bentuk paket manfaat yang komprehensif, dengan didukung oleh pelayanan kesehatan yang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

B. Rekomendasi

1. Pelaksanaan JKN tidak dapat hanya dipanggul oleh BPJS semata. Perlu adanya kerja-kerja dari instansi lain yang terkait, seperti

Kementerian Keuangan, Bappenas, Kementerian Kesehatan, dan tentu saja Pemerintah Daerah (Pemda).

2. Dalam konteks otonomi daerah, Pemda turut memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan dan menjadi bagian kunci dalam suksesnya pelaksanaan JKN. Oleh karena itu, Pemda harus lebih berperan secara optimal dalam penyelenggaraan JKN lewat inisiatif dan inovasi kebijakannya, sesuai dengan konteks dan kebutuhan daerah, serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Diperlukan adanya sinergi antara pihak pemerintah dengan swasta untuk menangani permasalahan defisit BPJS yang menjadi persoalan saat ini. Pemerintah perlu menggandeng pihak swasta untuk berpartisipasi dalam mewujudkan UHC. Dengan demikian, kolaborasi beragam pihak tersebut dapat membantu pemerintah dalam mengatasi defisit BPJS yang kian membesar.
4. Mendorong keterlibatan lebih banyak pihak swasta, termasuk kolaborasi dengan jaminan kesehatan pemerintah, dalam memberikan jasa jaminan kesehatan. Dengan demikian, masyarakat akan memiliki beragam pilihan untuk memenuhi kebutuhannya yang variatif terkait jaminan kesehatan.
5. Memastikan adanya peraturan perundang-undangan yang relevan, kontekstual, dan komprehensif untuk melindungi hak peserta jaminan kesehatan sekaligus menjadi landasan yang jelas untuk para pemangku kepentingan terkait penyelenggaraan jaminan kesehatan.
6. JKN juga hendaknya tidak hanya berfokus pada penanganan urusan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif, melainkan juga berinvestasi lebih optimal dalam upaya-upaya yang bersifat promotif dan preventif.
7. JKN hendaknya juga ikut mendorong akreditasi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

Buku

- Lelea, M.A., G.M. Roba, A. Christinck, B. Kaufmann. (2014). *Methodologies For Stakeholder Analysis –For Application In Transdisciplinary Research Projects Focusing On Actors In Food Supply Chains*. German Institute For Tropical And Subtropical Agriculture (DITSL). Witzenhausen, Germany
- Setyaningsih, E. (2017). Disertasi Ph.D. *Attracting and Retaining Village Midwives In Indonesia Remote Postings: "Success Cases" From West Nusa Tenggara*. Victoria University of Wellington.
- Soehino. (2008). *Ilmu Negara*. Cetakan Kedelapan. Liberty. Yogyakarta.
- Thabrany, H. (2001). *Strategi Pengembangan Asuransi Kesehatan di Era. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan*. Universitas Indonesia.
- Thabrany, H. (2014). Bab I Sejarah Asuransi Kesehatan, 1–26. Retrieved from <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/hasbulah/material/babisejarahasuransikesehatanedited.pdf>

Jurnal

- Aulia, Puti. (2014). Polemik Kebijakan Intehrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*; Vol. 8, No. 2, 93-99.
- Basuki, I. & Iskandar, K. (2013). Analisis Faktor-Faktor Makro Ekonomi dan Demografi Terhadap Fungsi Permintaan Asuransi Jiwa di Indonesia. *Asuransi dan Manajemen Risiko*, Vol. 1, No.12, 16-41.
- Harmadi, Sonny Harry B. & Irwandy. (2018). Technical Efficiency of Public Service Hospitals in Indonesia: A Data Envelopment Analysis (DEA). *Asian Social Science*; Vol. 14, No. 6, 81-90.
- Sari, Kurnia. (2017). Perkembangan Asuransi kesehatan Swasta di Indonesia Tahun 2012-2016. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* 48 Vol. 2, No. 2, 48-58.
- Quraisyi, Marjono, Bambang Soepeno, Jokowi Leadership Model as Mayor of Solo 2005-2010, *Jurnal Historica*, ISSN No. 2252-4673, Volume. 1 (2017) Issue. 2, 188.

Laporan/Penelitian

- Adenantera Dwicaksono, *Et. Al.* (2012). JAMKESMAS Dan Program Jaminan Kesehatan Daerah; Laporan Pengkajian Di 8 Kabupaten/ Kota Dan 2 Provinsi. *Laporan Pengkajian*. IBP Indonesia Core Team/Perkumpulan Inisiatif. Jakarta.
- BPJS. (2015). Laporan Pengelolaan Program Tahun 2015 dan Laporan Keuangan Tahun 2015 (Auditan). BPJS Kesehatan
- BPJS. (2016). Laporan Pengelolaan Program Tahun 2016 dan Laporan Keuangan Tahun 2016 (Auditan). BPJS Kesehatan

- BPJS. (2017). *Laporan Pengelolaan Program Tahun 2016 dan Laporan Keuangan Tahun 2016* (Auditan). BPJS Kesehatan
- BPJS. (2018). Komitmen Pemda Wujudkan Jaminan Kesehatan Semesta. *Media Internal BPJS Kesehatan* Edisi 60. 5-20
- Fitrianeti, Desi. Waris, Lukman. Yulianti, Anni. (2017). Penganggaran dan Penerimaan Dana Kapitasi Program JKN di Daerah Terpencil Kabupaten Kepulauan Mentawai. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, Vol. 1, No. 2, 92-101
- Gani. A. dkk (2008), *Laporan Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan di Beberapa Kabupaten dan Kota 2008*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan dan Analisis Kebijakan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Supriyantoro. (2014). Formulasi Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Menuju Universal Health Cover. *Disertasi Doktor*. Universitas Gadjah Mada, Jogjakarta.
- OJK, O. J. K. (2016). Statistik Perasuransian Indonesia, 2016. Otoritas Jasa Keuangan.

Peraturan Perundang-undangan

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang No. 18 Tahun 1965 tentang Pokok-Pokok Pemerintahan Daerah, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2778.
- Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Asuransi, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 13, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3467.
- Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3839.
- Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437.
- Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456.
- Undang-Undang Nomor 32 tahun 2009 tentang Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063.
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256.
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah tentang Pemerintahan Daerah, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587.
- Peraturan Pemerintah Nomor 14 tahun 1993 tentang Jamsostek.

Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;

Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan;

Peraturan Presiden No. 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

Website

Chi, *APBN 2019, Alokasi Anggaran Kesehatan Naik jadi Rp121,9 T*. JPPN.Com. 28 Agustus 2018. <https://www.jpnn.com/news/apbn-2019-alokasi-anggaran-kesehatan-naik-jadi-rp-1219-t?page=1>. (Diakses 20 April 2019).

Firmansyah, Teguh. *BPJS Defisit, Wamenkeu: Banyak Pemerintah Daerah Masih Utang*. Republika.co.id. 17 September 2018. <https://www.republika.co.id/berita/ekonomi/keuangan/18/09/17/pf723e377-bpjs-defisit-wamenkeu-banyak-pemerintah-daerah-masih-utang>. (Diakses 17 April 2019).

Islahuddin. *Nasib asuransi swasta setelah tiga tahun JKN*. Beritagar.id. 29 Agustus 2017. <https://beritagar.id/artikel/berita/nasib-asuransi-swasta-setelah-tiga-tahun-jkn>. (Diakses 22 paril 2019).

Maulana, Muhamad. *Dibalik Defisit BPJS Kesehatan*. Detik.com. 1 Agustus 2018. <https://news.detik.com/kolom/d-4144570/di-balik-defisit-bpjs-kesehatan>. (Diakses 17 April 2019).

Rizki, Dwi. *Premi Tidak Seimbang Penyebab Anggaran BPJS Kesehatan Defisit*. Wartakota. tribunnews.com. 2 April 2019. <http://wartakota.tribunnews.com/2019/04/02/premi-tidak-seimbang-penyebab-anggaran-bpjs-kesehatan-defisit>. (Diakses 18 April 2019)

Mei, *Menuju Indonesia Sehat, Purbalingga Bangun Desa Sehat Mandiri*, Detik.com, 13 November 2008, <https://news.detik.com/berita/d-1036460/menuju-indonesia-sehat-purbalingga-bangun-desa-sehat-mandiri>, (Diakses 23 Mei 2019).

Wawancara

Wawancara dengan M. Iqbal Anas Ma'ruf, Kepala Hubungan Masyarakat BPJS Kesehatan, 20 Mei 2019.

Profil Lembaga



The Indonesian Institute (TII) adalah lembaga penelitian kebijakan publik (Center for Public Policy Research) yang resmi didirikan sejak 21 Oktober 2004 oleh sekelompok aktivis dan intelektual muda yang dinamis. TII merupakan lembaga yang independen, nonpartisan, dan nirlaba yang sumber dana utamanya berasal dari hibah dan sumbangan dari yayasan-yayasan, perusahaan-perusahaan, dan perorangan.

TII bertujuan untuk menjadi pusat penelitian utama di Indonesia untuk masalah-masalah kebijakan publik dan berkomitmen untuk memberikan sumbangan kepada debat-debat kebijakan publik dan memperbaiki kualitas pembuatan dan hasil-hasil kebijakan publik lewat penerapan tata kelola pemerintahan yang baik dan partisipasi masyarakat dalam proses kebijakan di Indonesia.

Visi TII adalah terwujudnya kebijakan publik yang menjunjung tinggi hak asasi manusia dan penegakan hukum, serta melibatkan partisipasi beragam pemangku kepentingan dan menerapkan prinsip-prinsip tata kelola pemerintahan yang demokratis.

Misi TII adalah untuk melaksanakan penelitian yang dapat diandalkan, independen, dan nonpartisan, serta menyalurkan hasil-hasil penelitian kepada para pembuat kebijakan, kalangan bisnis, dan masyarakat sipil dalam rangka memperbaiki kualitas kebijakan publik di Indonesia.

TII juga mempunyai misi untuk mendidik masyarakat dalam masalah-masalah kebijakan yang mempengaruhi hajat hidup mereka. Dengan kata lain, TII memiliki posisi mendukung proses demokratisasi dan reformasi kebijakan publik, serta mengambil bagian penting dan aktif dalam proses itu.

Ruang lingkup penelitian dan kajian kebijakan publik yang dilakukan oleh TII meliputi bidang ekonomi, sosial, politik, dan hukum. Kegiatan utama yang dilakukan dalam rangka mencapai visi dan misi TII antara lain adalah penelitian, survei, fasilitasi dan advokasi melalui pelatihan dan kelompok kerja (*working group*), diskusi publik, pendidikan publik, penulisan editorial mingguan (Wacana TII), penerbitan kajian bulanan (Update Indonesia, dalam bahasa Indonesia dan Inggris), kajian kebijakan (*Policy Assessment*), kajian tahunan (*Indonesia Report*), serta forum diskusi bulanan (The Indonesian Forum).

Profil Tim Penulis

Adinda Tenriangke Muchtar, Ph.D. - Direktur Eksekutif

Adinda Tenriangke Muchtar adalah Direktur Eksekutif The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research (TII). Adinda juga adalah Analis Politik (Demokrasi, Reformasi Tata Kelola Pemerintahan dan Otonomi Daerah) di TII. Fokus kajiannya adalah tata kelola pemerintahan (*good governance*), khususnya yang berkaitan pembangunan, pemberdayaan perempuan, dan bantuan pembangunan internasional. Adinda menyelesaikan studi PhD Studi Pembangunan di Victoria University of Wellington, Selandia Baru pada tahun 2018 dengan beasiswa dari New Zealand Aid.

Sebelumnya, ia mendapatkan Master of International Studies dari The University of Sydney (2003) dengan beasiswa dari Australian Development Scholarships (ADS) AusAID dan gelar Sarjana Sosial dari Departemen Hubungan Internasional FISIP UI tahun 2001. Adinda adalah The First Indonesian Sumitro Fellow tahun 2007 dengan topik kajian tentang Peran NGO Amerika dalam mendorong demokratisasi dan reformasi tata pemerintahan di Indonesia. Sebelum bergabung di TII sebagai Peneliti Senior di bidang politik pada tahun 2005, Adinda adalah Officer untuk Program Penguatan Legislatif di National Democratic Institute for International Affairs (NDI) Indonesia (2004). Adinda juga menjadi Dosen paruh waktu di Program Studi Hubungan Internasional Universitas Paramadina (2009-2013) dan mengajarkan beberapa mata kuliah, seperti Praktik Diplomasi dan Aktor Non-Negara dalam Hubungan Internasional.

Arfianto Purbolaksono, S.IP. – Peneliti Bidang Politik

Arfianto Purbolaksono (Anto), lulusan Jurusan Ilmu Politik, Fakultas Ilmu Sosial Politik (FISIP), Universitas Jenderal Soedirman. Saat ini, Anto tengah menempuh Magister Ilmu Politik di Universitas Indonesia. Anto memiliki minat pada isu-isu tentang demokrasi, pertahanan, HAM, dan *digital politics*.

Anto telah banyak aktif terlibat di berbagai lembaga riset. Beberapa riset-riset yang pernah diikuti adalah "Survei Dinamika Internal Partai Politik Di Indonesia"; "Evaluasi Pengelolaan Daerah Kepulauan, Guna Percepatan Pembangunan Daerah Kepulauan"; "Analisis Kebijakan Pemerintah Terhadap Pengelolaan Pulau-Pulau Terluar", dan "Jajak Pendapat Kebijakan Pemerintah Daerah DKI Jakarta".

Endah Setyaningsih, Ph.D. – Research Associate *Bidang Kesehatan*

Endah Setyaningsih lulus dalam Kebijakan Kesehatan di Victoria University of Wellington, Selandia Baru. Endah juga meraih gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, dan Magister Kesehatan Masyarakat, Deakin University, Melbourne, Australia.

Bekerja dengan masyarakat, terutama di daerah terpencil selalu menjadi salah satu gairah terbesarnya. Endah melakukan penelitian untuk mengeksplorasi faktor-faktor kunci keberhasilan yang mempengaruhi bidan untuk bekerja dan tinggal di daerah terpencil di Indonesia, dan kebijakan Pemerintah Indonesia yang mempengaruhi daya tarik dan retensi mereka terhadap wilayah-wilayah tersebut.

Endah adalah spesialis kesehatan masyarakat dengan pengalaman lebih dari sepuluh tahun dalam penelitian, advokasi kebijakan dan manajemen program, terutama keahlian dan minat terhadap kesehatan ibu dan anak di daerah terpencil, termasuk pengalaman lapangan lima tahun di Nias, Nusa Tenggara Barat, dan Jawa Timur. Endah baru-baru ini memperluas minatnya pada tombak Keselamatan Kesehatan Kerja yang berfokus pada komunitas rentan, seperti pekerja rumah tangga dan karyawan di industri kecil.

Fadel Basrianto, S.IP - Peneliti Bidang Politik

Fadel Basrianto adalah alumni Departemen Politik & Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Gadjah Mada (UGM) dengan predikat *Cum Laude*. Hasil penelitian skripsinya yang berjudul 'Milisi Tradisi dan Kebangkitan Konservatisme Yogyakarta' telah ia presentasikan di 1st *International Conference on Social Science and Humanities* yang diselenggarakan LIPI (2016). Ia aktif melakukan penelitian sejak mahasiswa dan beberapa kali telah memenangkan berbagai macam perlombaan tingkat nasional. Pada tahun 2014, ia menjadi juara 1 Lomba Debat Mahasiswa Politik se-Indonesia yang diselenggarakan oleh Universitas Hasanuddin Makassar. Di tahun yang sama, dia juga berhasil menjadi juara 2

Lomba Esai Level Nasional yang diselenggarakan oleh *Soegeng Sarjadi School of Government*.

Sebelum bergabung dengan The Indonesian Institute tahun 2018, Fadel telah meniti karir sebagai asisten peneliti di Research Center for Politics and Government (PolGov) UGM. Adapun pengalaman riset yang telah dimilikinya melingkupi isu Tata Kelola Perbatasan, Kesejahteraan dan Demokrasi, Politik Perkotaan, Politik Keamanan, serta Pilkada dan Kepemimpinan Lokal. Beberapa artikel tulisannya ada di beberapa media massa lokal, jurnal, *monograph*, dan bunga rampai buku.

Muhammad Aulia Y. Guzasiah, S.H., M.H. - Peneliti Bidang Hukum

Muhammad Aulia Y. Guzasiah, atau yang akrab dipanggil Aan, adalah salah satu peneliti The Indonesian Institute (TII) yang resmi bergabung pada awal Februari 2019, dengan spesialisasi kajian pada bidang Hukum. Aan memperoleh gelar Sarjana Hukum pada bidang Hukum Tata Negara di Fakultas Hukum Universitas Muslim Indonesia (UMI) Makassar pada tahun 2015, dan gelar Magister Hukum pada bidang yang sama, di Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta pada tahun 2018. Tesis yang dilakukan Aan di Mahkamah Agung (MA RI) dan Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri RI), berjudul "Politik Hukum Pengaturan Pengawasan Peraturan Daerah dalam Negara Kesatuan Republik Indonesia".

Sebelum bergabung dengan TII, Aan aktif melakukan kegiatan sosial dan advokasi hukum dalam sejumlah organisasi kepemudaan. Selain itu, semasa kuliah Aan juga turut terlibat dalam beberapa kegiatan penelitian yang diadakan oleh civitas kampus, dan ikut membantu dalam menyusun naskah akademik, serta rancangan peraturan daerah dari instansi pemerintah daerah tertentu. Adapun fokus kajian yang saat ini ia tekuni, terkait dengan isu penataan regulasi dan peraturan perundang-undangan, korupsi politik, HAM, dan lingkungan.

Muhamad Rifki Fadilah, S.Pd – Peneliti Bidang Ekonomi

Muhamad Rifki Fadilah (Rifki) adalah Peneliti Bidang Ekonomi The Indonesian Institute (TII). Rifki memperoleh gelar Sarjana Pendidikan dengan bidang Pendidikan Ekonomi di Fakultas Ekonomi, Universitas Negeri Jakarta pada tahun 2018. Di akhir masa studinya, Rifki melakukan penelitian skripsi mengenai Pariwisata dan Pertumbuhan Ekonomi di Indonesia dan dipublikasikan dalam Jurnal Internasional Terindeks Scopus Q3 pada bulan Oktober 2018 silam dengan judul

“The Causal Relationship between Tourist Arrivals and Economic Growth: Evidence from Indonesia”. Sewaktu kuliah, Rifki juga sangat aktif menulis berbagai opini terkait ekonomi di beberapa mainstream media, seperti koran Sindo, CNN Indonesia, dan kolom Opini Lembaga Pers Mahasiswa.

Ketertarikannya pada dunia riset dan penelitian di bidang ekonomi sudah dimulai sejak duduk di bangku kuliah semester 2, dimana ia aktif mengemban amanah sebagai Kepala Sub-departemen Penelitian dan Pengembangan di Lembaga Pers Mahasiswa “Econochannel” FE UNJ dan aktif menjadi asisten peneliti untuk dosen di program studinya. Rifki juga aktif menjadi pembicara dan moderator dalam seminar di bidang penelitian dan ekonomi, serta menjadi pembicara pada ajang konferensi internasional di bidang ekonomi di Malaysia tahun 2017 silam.

Adapun fokus kajian yang saat ini ia tekuni, terkait dengan bidang makroekonomi, khususnya terkait pertumbuhan dan pembangunan ekonomi, ekonomi publik dan moneter, serta kebijakan di kedua bidang tersebut.

Nopitri Wahyuni, S.Kesos. – Peneliti Bidang Sosial

Nopitri Wahyuni adalah peneliti bidang sosial di The Indonesian Institute. Sebelum bergabung di TII, ia memulai karirnya sebagai asisten peneliti di Centre for Innovation Policy and Governance (CIPG). Nopitri adalah lulusan Sarjana Kesejahteraan Sosial, Universitas Indonesia. Pengalaman riset pertamanya terkait dengan pengembangan masyarakat pada perencanaan Dana Desa, yang telah dipresentasikan dalam dua konferensi bidang pembangunan sosial dan ekonomi.

Selain itu, Nopitri tertarik dengan kajian gender, dimana ia telah membentuk sebuah komunitas kajian tentang isu-isu gender bernama *On Women Indonesia*. Nopitri memiliki ketertarikan besar pada isu kebijakan dan perencanaan sosial secara umum dengan lingkup fokus pada kajian pembangunan sosial, ketenagakerjaan dan gender.

Kajian Kebijakan **The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research (TII)**, Tahun ini mengangkat topik mengenai Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Era Otonomi Daerah dari beragam aspek. Misalnya, dari aspek Kebijakan dan Penganggaran Jaminan Kesehatan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah, Aktor Penyelenggara Jaminan Kesehatan di Daerah, dan Dinamika Tata Kelola JKN Dalam Konteks Era Otonomi Daerah.

Lewat kajian kebijakan ini, TII ingin ikut memperkaya analisis kebijakan tentang Jaminan Sosial, khususnya terkait dengan jaminan kesehatan dan kebijakan-kebijakan publik yang mengatur hubungan Pusat dan Daerah pasca Reformasi, dengan mempertimbangkan beragam aspek dan konteks kebijakan yang ada.

Melalui kajian kebijakan ini, TII berharap dapat menghasilkan rekomendasi kebijakan untuk memperbaiki tata kelola Jaminan Kesehatan Nasional di masa yang akan datang, salah satunya dengan mendorong peran serta dan kontribusi pemerintah daerah dalam menjalankan program jaminan kesehatan di daerahnya masing-masing untuk mendukung program nasional.



Jl. HOS. Cokroaminoto No. 92,
Menteng, Jakarta Pusat - 10310
contact@theindonesianinstitute.com



www.theindonesianinstitute.com



[indonesian institute](https://www.youtube.com/channel/UC...)



[@the_indonesian](https://twitter.com/the_indonesian)



[indonesianinstitute](https://www.facebook.com/indonesianinstitute)



[indonesian.institute](https://www.instagram.com/indonesian.institute)