

**PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT BERDASARKAN
PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 19 TAHUN 2011 TENTANG SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA**

T E S I S



OLEH :

**Nama Mhs : Ana Windayawati
Nomor Pokok Mhs : 109 125 19
BKU : Hukum Tata Negara**

**Telah diujikan dihadapan Tim Penguji dalam Ujian Akhir/Tesis
dan dinyatakan LULUS pada hari Jum'at, 28 September 2012**

**PROGRAM MAGISTER ILMU HUKUM
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
2012**



**PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT BERDASARKAN
PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 19 TAHUN 2011 TENTANG SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA**

Oleh :

**Nama Mhs : Ana Windayawati
Nomor Pokok Mhs : 109 125 19
BKU : Hukum Tata Negara**

**Telah diujikan dihadapan Tim Penguji dalam Ujian Akhir/Tesis
dan dinyatakan LULUS pada Jum'at, 28 September 2012**

Pembimbing 1

Dr. Ni'matul Huda, S.H., M.Hum. Yogyakarta,

Pembimbing 2

Mila Karmila Adi, SH, M. Hum Yogyakarta,

Anggota Penguji

Dr. Mustaqiem, S.H., M.Si. Yogyakarta,

Mengetahui
Ketua Program Pascasarjana Fakultas Hukum
Universitas Islam Indonesia

Dr. Ni'matul Huda, S.H., M.Hum.

HALAMAN MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Berlatihlah terus untuk sabar dan iklas.

Orang yang sabar disayang

Allah.”(Anonim)

Tesis ini saya persembahkan untuk :
Orang tua tersayang , keluarga besar
terkasih, anak-anak tercinta dan
Sahabat yang selalu berdo'a dan
memberikan motivasi dan bantuan
yang terbaik untuk penulis,
Para Dosen, yang telah memberikan
ilmunya kepada penulis.

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis dengan Judul:

**PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT BERDASARKAN PERATURAN
GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA NOMOR 19 TAHUN 2011 TENTANG
SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA**

Benar-benar karya dari penulis, kecuali bagian-bagian tertentu yang telah diberi keterangan pengutipan sebagaimana etika akademis yang berlaku. Jika terbukti bahwa karya ini bukan karya penulis sendiri, maka penulis siap untuk menerima sanksi sebagaimana yang telah ditentukan oleh Program Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia.

Yogyakarta, Jum'at, 28 September 2012

ANA WINDAYAWATI

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah menciptakan alam semesta dan segala kesempurnaan isinya. Sholawat dan salam semoga senantiasa terlimpahkan pada Nabi Muhammad SAW yang telah membimbing umat manusia dari alam kegelapan menuju alam yang penuh dengan hidayat dan inayah-Nya.

Dengan mengucapkan Bismillahirrahmanirrahim penulisan dapat menyelesaikan tugas tesis yang berjudul **“IMPLEMENTASI JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT BERDASARKAN PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA NOMOR 19 TAHUN 2011 TENTANG SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA”** ini merupakan salah satu syarat untuk mencapai derajat kesarjanaan Strata 2 (S2) pada Studi Program Pasca Sarjana Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia.

Dalam penyusunan thesis ini, penulis banyak mendapat bimbingan atau bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada banyak pihak.

1. Bapak Prof. Dr. Edy Suandi Hamid, M.Ec. Sebagai Rektor Universitas Islam Indonesia Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh studi S2 di almamater UII tercinta.
2. Ibu Dr. Ni'matul Huda,SH., M.Hum selaku Direktur Program Magister Ilmu Hukum Universitas Islam Indonesia (UII) Yogyakarta, dan sebagai Pembimbing. Atas petunjuk dan motivasi yang beliau berikan, penulis menyampaikan terima kasih yang setulus-tulusnya.

3. Ibu Mila Karmila Adi, SH, M Hum selaku Pembimbing yang dengan penuh kesabaran yang luar biasa telah membimbing penulis dan memberikan koreksi-koreksi dan arahan-arahan yang sangat berguna sehingga akhirnya tesis ini dapat terselesaikan. Semoga Allah SWT membalas segala amal ibadah dan kebaikan beliau dengan pahala yang berlimpah.
5. Tim penguji tesis ini, atas masukan, kritik dan saran yang sangat bermanfaat bagi perbaikan sekaligus analisis penulis terhadap penelitian tesis ini. Atas semuanya itu, penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya. Semoga Allah SWT memberikan pahala yang berlimpah atas kebajikan tersebut.
6. Bapak dan Ibunda, anak-anakku Rastiana Puspitarini, Rianita Dwirinanti, Elwindhi Febrian beserta semua keluarga besar ku, yang tiada hentinya memberikan semangat, do'a dan segala perhatian dan kasih sayangnya terhadap penulis. Semoga Allah SWT membalas cinta mereka dengan pahala surga.
7. Rekan-rekan peserta Program Magister Ilmu Hukum UII angkatan 24, khususnya Kelas HTN, serta seluruh staf sekretariat Program Pascasarjana FH UII, penulis menyampaikan terima kasih atas segala bantuan dan dialektika yang terus digulirkan. Semoga Allah SWT memberikan ganjaran yang berlimpah.
8. Sahabat dan teman-teman sejawat, yang telah memberikan dukungan penuh agar penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Terima kasih untuk semuanya semoga kebaikan juga selalu menyertai kalian.

Kiranya masih banyak pihak yang memberikan bantuan berupa masukan, kritik dan saran yang belum sempat penulis ketengahkan satu per satu dalam kata pengantar ini. Penyusun tidak mampu membalas segala budi baik yang telah mereka berikan, namun hanya untaian terima kasih teriring do'a yang mampu penulis panjatkan dan sampaikan, semoga seluruh amal kebaikan mereka mendapat balasan yang setimpal dan berlimpah dari Allah SWT.

Penyusun sangat menyadari bahwa tesis ini jauh dari kesempurnaan sebagai sebuah karya ilmiah, oleh karena itu, penyusun berhadap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi para pembaca dan dapat inspirasi untuk lebih memperdalam karya ilmiah tersebut.

Yogyakarta, 28 September 2012

Penulis

ANA WINDYAWATI

DAFTAR ISI

| | Hal |
|--|---------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | ii |
| HALAMAN MOTO PERSEMBAHAN..... | iii |
| PERNYATAAN ORISINALITAS | iv |
| HALAMAN KATA PENGANTAR..... | v - vii |
| HALAMAN DAFTAR ISI | viii-x |
| DAFTAR TABEL | xi |
| HALAMAN ABSTRAK | xii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang Masalah | 1- 6 |
| B. Rumusan Masalah | 6 |
| C. Tujuan Penelitian | 6 - 7 |
| D. Teori atau Doktrin | 7 |
| 1. Tinjauan Otonomi Daerah | 7 - 9 |
| 2. Teori Hubungan Kewenangan Pemerintahan Daerah | 9 - 20 |
| 3. Teori Jaminan Kesehatan | 20 - 22 |
| E. Metode Penelitian | 22 |
| 1. Pendekatan Penelitian | 22- 23 |
| 2. Obyek Penelitian | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 3. Data Penelitian atau Bahan Hukum | 23 – 24 |
| 4. Pengolahan dan Penyajian Data Penelitian | 24 |
| 5. Teknik dan Analisa Data | 24 – 25 |
| 6. Sistematika Penulisan | 25 - 26 |
| BAB II TINJAUAN OTONOMI DAERAH DI INDONESIA | |
| A. Konsep dan Tujuan Otonomi Daerah | 27 - 35 |
| B. Prinsip dan Landasan Hukum Otonomi Daerah | 35 - 43 |
| C. Hubungan Kewenangan Antara Pemerintah Daerah dengan Pemerintah Daerah Di Era Otonomi Daerah | 43 - 49 |
| D. Kerjasama/Kesepakatan Pelaksanaan Urusan Daerah | 49 - 51 |
| BAB III TINJAUAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT | 52 |
| A. Konsep dan Tujuan Jaminan Kesehatan Masyarakat | 52 - 66 |
| B. Prinsip, Azas, dan Landasan Hukum Otonomi Daerah | 67 - 84 |
| C. Jaminan Kesehatan Di Era Otonomi Daerah | 85 - 97 |
| BAB IV JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA BERDASARKAN BERDASARKAN PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA NOMOR 19 TAHUN 2011 TENTANG SISTEM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA | 98 |
| A. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Sleman, Bantul, Gunungkidul, Kota Yogyakarta dan Provinsi DIY sebelum Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2010 | 98- 103 |

| | |
|--|----------------|
| B. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta sesuai dengan Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2010..... | 103-105 |
| C. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos) Provinsi DIY selaku lembaga yang melaksanakan Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta | 106-112 |
| D. Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY..... | 112-121 |
| E. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat di DIY dengan ditetapkannya Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial | 121-130 |
| BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN | 131-132 |
| DAFTAR PUSTAKA | 133-135 |
| LAMPIRAN-LAMPIRAN | 136 |

DAFTAR TABEL

| | Hal |
|---|-----|
| Tabel 1, Program-PBI Tahun 2012 | 101 |
| Tabel 2, Program dan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial | 102 |
| Tabel 3, Anggaran Jamkesos 2009-2011 (juta rupiah) | 105 |
| Tabel 4, Daftar Pegawai Negeri Sipil Bapeljamkesos Provinsi DIY | 111 |
| Tabel 5, Rincian Jumlah Jiwa yang memiliki Jaminan Kesehatan Tahun 2012..... | 114 |
| Tabel 6, Penduduk DIY dalam Universal Coverage 2011-2014..... | 116 |
| Tabel 7, Peserta <i>Coordination of Benefit (CoB)</i> | 117 |
| Tabel 8, Biaya/Manfaat Jamkesta | 118 |

ABSTRAK

Dengan berlakunya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan telah memberikan legalitas mengenai pelaksanaan jaminan sosial memberikan legalitas mengenai pelaksanaan jaminan sosial sebagaimana telah diputuskan atas uji materi yang dilakukan dengan ¹ Putusan Perkara Mahkamah Konstitusi No. 007/PUU-III/2005 maka sejalan dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) kemudian sepakat untuk melaksanakan jaminan kesehatan masyarakat di wilayah Provinsi DIY.

Semua masyarakat terutama masyarakat miskin dan rentan miskin menjadi kewajiban bagi pemerintah baik pusat, daerah provinsi dan kabupaten/kota untuk mendapatkan jaminan kesehatan. Pelaksanaan jaminan kesehatan di Provinsi DIY dan di Kabupaten/Kota se Provinsi DIY dilaksanakan dengan sistem jaminan kesehatan semesta yang terintegrasi antara pemerintah provinsi dengan pemerintah kabupaten/kota, sebagaimana diatur dalam Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta. Hal ini perlu dilakukan agar tidak terjadi kesenjangan pelayanan jaminan kesehatan antara kabupaten/kota yang satu dengan yang lainnya di DIY. Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengangkat permasalahan implementasi pelaksanaan jaminan kesehatan semesta, dan proses yang harus dilakukan oleh Pemerintah Provinsi DIY, Kabupaten dan Kota se DIY agar sinergitas pelayanan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan miskin dapat diwujudkan.

Dalam penelitian ini, metode pendekatan yang digunakan untuk menjawab permasalahan-permasalahan tersebut penulis adalah metode pendekatan normatif dan pendekatan empiris, kemudian dilakukan pengolahan dan penyajian data dengan mendiskripsikannya. Terakhir menganalisis objek penelitian jaminan kesehatan masyarakat dari sudut pandang ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku (normatif), serta pelaksanaan peraturan perundang-undangan tersebut di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Kabupaten Sleman, Bantul, Kulon Progo dan Gunungkidul melalui observasi langsung (*empiris*).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY dibagi atas tiga macam peserta jaminan yaitu: a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), b. Peserta *Coordination of Benefit* (CoB), dan c. Peserta Mandiri. Peserta Jamkesda tersebut adalah untuk masyarakat miskin yang belum mendapat jaminan kesehatan oleh Pemerintah melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Artinya bahwa otonomi daerah telah memberikan peran juga kepada daerah untuk turut serta melaksanakan penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat daerahnya yang belum dapat seluruhnya dijamin oleh pemerintah pusat.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Indonesia sejak diploklamirkan telah menganut faham negara hukum demokratis. Spirit negara hukum demokratis itu salah satunya terdapat dalam Pasal 34 ayat (1) UUD 1945 yang menyatakan dengan tegas bahwa negara wajib memelihara fakir miskin dan anak terlantar. Pemahaman tersebut menunjukkan adanya upaya negara untuk melindungi warganya dalam mewujudkan negara kesejahteraan berupa mengurangi dan mengentaskan segala bentuk kemiskinan. Langkah pemerintah dalam melaksanakan amanat konstitusi tersebut di atas diwujudkan dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Hadirnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional tersebut selain memberikan legalitas mengenai pelaksanaan jaminan sosial, juga membawa persoalan kompleks terutama bagi pemerintah daerah. Pasal 5 ayat (3) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dengan tegas menunjuk Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN), Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI), dan Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES) sebagai pihak penyelenggara jaminan sosial, berimplikasi kepada terbatasnya kewenangan pemerintah daerah, baik di tingkat provinsi atau kabupaten/kota, untuk ikut berperan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakatnya. Padahal di era otonom daerah merupakan peluang bagi pemerintah di daerah agar lebih dekat dengan masyarakatnya sehingga

pemenuhan kebutuhan di daerah akan lebih mudah karena kedekatan sektoral antara pemerintah daerah dengan masyarakatnya lebih mudah terjalin dari pada dengan pemerintah pusat, juga merupakan proses pemecahan kewenangan untuk mengatur dan mengurus rumah tangganya sendiri tanpa adanya intervensi yang signifikan dari pemerintah pusat. Sehingga pemerintah daerah dan masyarakatnya mempunyai kebebasan untuk berekspresi dan berinovasi dalam mengelola daerahnya.¹

Berdasarkan permasalahan tersebut, beberapa perwakilan Pemerintah Daerah yaitu DPRD Provinsi Jawa Timur, Pengurus Badan Penyelenggara Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Provinsi Jawa Timur, Pengurus Satuan Penyelenggara Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Satpel JPKM) Kabupaten Rembang, dan Pengurus Perhimpunan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Masyarakat (Perbapel JPKM) DKI Jakarta kemudian mengajukan uji materi ke Mahkamah Konstitusi (MK) atas Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional tersebut. Menurut mereka, pemberlakuan UU SJSN telah merugikan hak dan kewenangan konstitusional pemerintah daerah. Lebih lanjut, pada gugatan para pemohon yang tercatat sebagai Perkara No. 007/PUU-III/2005, dijelaskan pula bahwa UU SJSN:²

- a. Bertentangan dengan UUD 1945 dan UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, dan
- b. Pemerintah Pusat (Departemen Kesehatan) telah menafsirkan UU SJSN secara sepihak dengan penerbitan Kepmenkes No. 1241 Tahun 2005 Tentang Penugasan PT. ASKES Indonesia sebagai Pengelola Program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin).

¹ Ni'matul Huda, *Otonomi Daerah Filosofi, Sejarah Perkembangan dan Problematika*, Cet. 2, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2009), hlm. 85

²“Penguujian UU SJSN,” dalam <http://www.jamsosindonesia.com>, diakses pada 2 September 2011.

Atas uji materi tersebut kemudian pada tanggal 31 Agustus 2005, Mahkamah Konstitusi (MK) dalam Sidang Pleno membacakan putusan atas perkara tersebut yang menyatakan bahwa Pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN bertentangan dengan UUD 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat.³

Pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN menyebutkan bahwa:

- (2) Sejak berlakunya Undang-Undang ini, badan penyelenggara jaminan sosial yang ada dinyatakan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menurut Undang-Undang ini.
- (3) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah :
 - a. Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK);
 - b. Perusahaan Perseroan (Persero) Dana tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN);
 - c. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI); dan
 - d. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES);
- (4) Dalam hal diperlukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial selain dimaksud pada ayat (3), dapat dibentuk yang baru dengan Undang-Undang.

Berdasar dari isi putusan Mahkamah Konstitusi (MK) tersebut, terdapat beberapa hal, yaitu:

1. Belum ada badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) yang memenuhi persyaratan.
2. PT. (Persero) JAMSOSTEK, PT. (Persero) TASPEN, PT. (Persero) ASABRI dan PT. ASKES Indonesia (Persero) diberi hak untuk bertindak sebagai BPJS selama belum terbentuknya lembaga khusus (nasional) sebagaimana dimaksud Pasal 5 ayat (1) dan hal tersebut sudah cukup tertampung dalam Pasal 52 UU SJSN.

³ Putusan Perkara Mahkamah Konstitusi No. 007/PUU-III/2005, hlm. 272.

3. Keberadaan Undang-undang yang mengatur tentang pembentukan BPJS nasional di tingkat Pusat merupakan suatu kebutuhan.
4. BPJS Tingkat Daerah dapat dibentuk dengan Peraturan Daerah, berdasarkan keputusan tersebut.

Menindaklanjuti hal tersebut, Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) kemudian sepakat untuk melaksanakan jaminan kesehatan masyarakat di wilayah Provinsi DIY. Hal ini sejalan dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Terkait mengenai jaminan kesehatan menyebutkan bahwa pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota mempunyai wewenang untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan. Sedangkan pemerintah pusat menetapkan norma, standar, pedoman dan kebijakan umum penyelenggaraan jaminan kesehatan.⁴

Agar dapat berjalan dengan sinergis, pelaksanaan jaminan kesehatan di Provinsi DIY dan di Kabupaten/Kota se Provinsi DIY dilaksanakan dengan sistem jaminan kesehatan semesta yang terintegrasi antara pemerintah provinsi dengan pemerintah Kabupaten/Kota.⁵

⁴ Konsep ini secara utuh dapat dilihat pada Lampiran Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Bidang Kesehatan.

⁵ Hal ini tertuang dalam Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kota Yogyakarta Nomor 12/KSP/IX/2010 dan Nomor 11/NKB/2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Bantul Nomor 13/KSP/IX/2010 dan Nomor 49/MoU/BE/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Kulon Progo Nomor 15/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 14/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX/415.4/10/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan

Sejak ditandatanganinya MoU yang berisi akta kesepahaman mengenai pelaksanaan sistem jaminan kesehatan tersebut, selanjutnya telah dilaksanakan Penetapan Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta dan pendampingan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DIY kepada penyelenggara jaminan kesehatan di Kabupaten/Kota untuk menyamakan Pelaksanaan Paket Layanan. Namun, pada tahapan selanjutnya, pemerintah daerah menghadapi kendala pada tataran implementasinya, termasuk dalam hal kesenjangan pelayanan. Hal ini menarik untuk dikaji dan diteliti lebih lanjut berkaitan dengan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat berdasarkan Kesepakatan antara Pemerintah Provinsi dengan Pemerintah Kabupaten/Kota se-Provinsi DIY.⁶

Dalam UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS, maka akan ada 2 BPJS yang akan mengelola Jaminan Sosial yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Kedua BPJS ini harus mulai operasional terhitung mulai tanggal 01 Januari 2014. Oleh karena itu Pemerintah Provinsi DIY pada tahun 2012 sampai dengan mulai beroperainya kedua BPJS tersebut melaksanakan penjaminan kesehatan masyarakat dengan berdasarkan Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta.

Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 16/KSP/IX/2010 dan Nomor 55/PK.KDH/A/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.

⁶Wawancara dengan dr Pembayun M Kes di Kantor Bapel Jamkesos Provinsi DIY, Jl. Prof. Dr. Sarjito No. 5. Yogyakarta, tanggal 7 Juni 2012.

B. Rumusan Masalah

Dari paparan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan dalam beberapa pokok masalah berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Sleman, Bantul, Gunungkidul, Kota Yogyakarta dan Provinsi DIY sebelum ditetapkan Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta?
2. Bagaimana pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Daerah Istimewa sesuai dengan Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta?
3. Apakah yang dilakukan di DIY dengan ditetapkan UU tentang BPJS?.

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Untuk mengetahui dan mengkaji pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Sleman, Bantul, Gunungkidul, Kota Yogyakarta dan Provinsi DIY sebelum ditetapkan Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta
2. Untuk mengetahui dan mengkaji pelaksanaan Jaminan Kesehatan di DIY sesuai dengan Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta.
3. Untuk mengetahui dan mengkaji kebijakan yang dilakukan di DIY dengan ditetapkan UU tentang BPJS.

D. Kerangka Teori

1. Teori Otonomi Daerah

Pasal 18 Undang-Undang Dasar Negara RI 1945 menjelaskan bahwa pembagian daerah Indonesia atas daerah besar dan kecil dengan bentuk dan susunan pemerintahannya ditetapkan dengan undang-undang. Hal tersebut mengandung pemahaman bahwa Indonesia merupakan negara kesatuan yang menganut sistem desentralisasi dalam penyelenggaraan pemerintahannya yaitu dengan pemberian kesempatan dan keleluasaan untuk menerapkan sistem otonomi daerah.⁷

Pada Pasal 1 angka (5) UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah secara tegas menjelaskan tentang otonomi daerah sebagai hak, wewenang dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Sedangkan daerah otonom disebut sebagai kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem negara kesatuan.⁸

Dalam Kamus Ilmiah Populer, kata otonomi berasal dari kata *otonom* yang mempunyai makna *berdiri sendiri; dengan pemerintahan sendiri*. Sehingga dapat dijabarkan bahwa otonomi daerah adalah hak, wewenang dan kewajiban daerah untuk mengatur dan mengurus rumah tangganya sendiri sesuai dengan peraturan perundang-undangan.⁹

⁷ Pasal 18 *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945*.

⁸ Pasal 1 angka 5 UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

⁹ Pius A Partanto & M. Dahlan Al-Barry, *Kamus Ilmiah Populer*, (Surabaya: Penerbit Arkola, 1994), hlm. 552.

Muhammad Fauzan mendefinisikan otonomi yaitu kebebasan atau kemandirian, tetapi bukan kemerdekaan. Kebebasan yang terbatas atau kemandirian itu adalah wujud pemberian kesempatan yang harus dipertanggungjawabkan.¹⁰

Amrah Muslimin mendefinisikan otonomi sebagai bentuk pemerintahan sendiri. Secara dogmatif, pemerintahan tersebut digunakan dalam arti luas yang meliputi kegiatan membentuk perundang-undangan sendiri dan melaksanakannya sendiri.¹¹

Menurut Bagir Manan, Otonomi bukan sekedar pemencaran penyelenggaraan pemerintahan untuk mencapai efisiensi dan efektifitas pemerintahan, otonomi adalah sebuah tatanan ketatanegaraan (*staatsrechtelijk*), bukan hanya tatanan administrasi negara. Sebagai tatanan ketatanegaraan, otonomi berkaitan dengan dasar-dasar bernegara dan susunan organisasi negara.¹²

Ryaas Rasyid menjelaskan pengertian desentralisasi dan otonomi daerah pada dasarnya mempunyai perbedaan. Istilah otonomi cenderung pada *political aspect* (aspek politik kekuasaan negara). Sedangkan desentralisasi lebih cenderung pada *administrative aspect* (aspek administrasi negara). Namun jika dilihat dari konteks *sharing of power* (pembagian kekuasaan), dalam praktiknya kedua istilah tersebut mempunyai keterkaitan yang erat dan tidak dapat dipisahkan. Artinya, jika berbicara mengenai otonomi daerah, tentu berhubungan dengan seberapa besar wewenang

¹⁰ Muhammad Fauzan, *Hukum Pemerintahan Daerah; Kajian Tentang Hubungan Keuangan Antara Pusat dan Daerah*, Cet. I, (Yogyakarta: UII Press, 2006), hlm, 64.

¹¹ M. Solly Lubis, *Perkembangan Garis Politik dan Perundang-Undangan Pemerintahan Daerah*, (Bandung: Alumni, 1983), hlm. 36.

¹² Bagir Manan, *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah*, Cet. I, (Yogyakarta: Pusat Studi Hukum Fakultas Hukum UII, 2001), hlm. 24.

untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan yang telah diberikan sebagai wewenang rumah tangga daerah, demikian pula sebaliknya.¹³

Sebagian pakar menyatakan tidak ada perbedaan antara otonomi dan desentralisasi karena menurut mereka keduanya sama-sama membahas tentang kewenangan. Desentralisasi berkaitan dengan penyerahan kewenangan sedangkan otonomi adalah kewenangan daerah otonom atas pemerintahannya. Sedangkan pakar yang menyatakan desentralisasi tidak sama dengan otonomi karena dilihat dari sudut pandang penyerahannya. Namun ketika dilihat dari sudut pandang kewenangan itu sendiri, tidak ada persoalan antara desentralisasi dengan otonomi sebab jika dinilai dari sudut pandang kewenangnya, keduanya mempunyai pengertian yang sama yaitu kewenangan yang diserahkan oleh pemerintah pusat kepada pemerintah daerah otonom dan kewenangan daerah otonom adalah mengatur dan mengurus masyarakatnya menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat.¹⁴

2. Teori Hubungan Kewenangan Pemerintahan Daerah

Pelaksanaan pemerintahan daerah merupakan salah satu aspek struktural dari suatu negara sesuai dengan pandangan bahwa negara sebagai sebuah organisasi, jika dilihat dari sudut ketatanegaraan. Sebagai sebuah organisasi, pelaksanaan pemerintahan daerah diharapkan dapat memperlancar mekanisme roda kegiatan organisasi. Pendelegasian sebagian wewenang dari seseorang atau instansi suatu organisasi merupakan salah satu asas yang berlaku universal bagi setiap organisasi, yaitu dengan tujuannya agar kebijakan dapat terlaksana dengan efektif, meringankan

¹³ Ryaas Rasyid, *Transisi Menuju Demokrasi*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2009), hlm. 78.

¹⁴ Nuktoh Arfawie Kurde, *Telaah Kritis Teori Negara Hukum; Konstitusi dan Demokrasi Dalam Kerangka Pelaksanaan Desentralisasi dan Otonomi Daerah Berdasarkan UUD 1945*, Cet. I, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2005), hlm. 134

beban kerja pimpinan, memencarkan peranan pimpinan sehingga terjadi demokratisasi dalam kegiatan organisasi.¹⁵

Esensi pemerintahan di daerah berkaitan dengan kewenangan yang dimiliki dalam mengurus dan mengatur rumah tangganya. Kewenangan pemerintah daerah berkaitan dengan pembagian kekuasaan dalam penyelenggaraan pemerintahan, yang terpola dalam sistem pemerintahan negara federal dan negara kesatuan. Sistem negara federal terpola dalam tiga struktur tingkatan utama, yaitu pemerintah federal (pusat), pemerintah negara bagian (provinsi), dan pemerintah daerah otonom. Sedangkan sistem negara kesatuan terpola dalam dua struktur tingkatan utama, yaitu pemerintah pusat dan pemerintah daerah (provinsi, kabupaten dan kota).¹⁶

Dalam konsep hukum, wewenang mengandung arti wewenang kemampuan untuk melakukan tindakan-tindakan hukum tertentu, yaitu suatu tindakan yang dapat menimbulkan akibat hukum. Sementara wewenang pemerintahan diartikan sebagai kemampuan untuk melaksanakan hukum positif, sehingga menimbulkan hubungan hukum antara pemerintah dengan warga negara.¹⁷

Tinjauan pemerintahan negara kesatuan terformat dalam dua sendi utama, yaitu sistem pemerintahan yang sifatnya sentralistik atau desentralistik, seperti Indonesia. Kedua sifat ini menciptakan karakter hubungan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah, yang terkait dengan bentuk, susunan, serta pembagian kekuasaan atau kewenangan yang ada pada negara. Artinya, dari bentuk dan susunan negara dapat dilihat apakah kekuasaan itu dibagi ke daerah-daerah atau kekuasaan itu

¹⁵ Mustamin DG. Matutu dkk, *Mandat, Delegasi, Atribusi dan Implementasinya di Indonesia*, (Yogyakarta: UII Press, 1999), hlm. 24-26.

¹⁶ Untuk penggambaran nyata penerapan bentuk negara dapat kita lihat pada pemerintahan Amerika Serikat untuk bentuk negara federal, dan Indonesia untuk bentuk negara kesatuan. Lihat R. M. A. B. Kusuma, *Lahirnya Undang-Undang Dasar 1945*, (Jakarta: Pusat Studi Hukum Tata Negara Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2004), hlm. 299.

¹⁷ Ridwan, *Hukum Administrasi Didaerah*, (Yogyakarta: UII Press, 2010), hlm. 66.

dipusatkan di pemerintah pusat. Dari sisi pembagian kekuasaan dalam suatu negara, maka bisa berbentuk sistem sentralisasi atau sistem desentralisasi. Sistem ini secara langsung mempengaruhi hubungan pusat dengan daerah dalam pelaksanaan pemerintahan di daerah.¹⁸

Pemberian sebagian kewenangan (kekuasaan) kepada daerah berdasarkan hak otonomi (negara kesatuan dengan sistem desentralisasi), tetapi pada tahap akhir, kekuasaan tertinggi tetap di tangan pusat. Jadi, kewenangan yang melekat pada daerah tidaklah berarti bahwa pemerintah daerah itu berdaulat sebab pengawasan dan kekuasaan tertinggi masih tetap terletak di tangan pemerintah pusat. Hubungan pemerintah pusat dengan daerah dalam suatu negara kesatuan yang *gedecentraliseerd*, pemerintah pusat membentuk daerah-daerah, serta menyerahkan sebagian dari kewenangannya kepada daerah-daerah.¹⁹

Kewenangan dalam pelaksanaan pemerintahan daerah, meliputi kewenangan membuat perda-perda (*zelfwetgeving*) dan penyelenggaraan pemerintahan (*zelfbestuur*) yang diemban secara demokratis. Pelimpahan atau penyerahan wewenang dari pemerintah pusat kepada daerah-daerah otonom bukanlah karena hal itu ditetapkan dalam konstitusinya, melainkan disebabkan oleh hakikat negara kesatuan itu sendiri. Prinsip pada negara kesatuan ialah bahwa yang memegang tampuk kekuasaan tertinggi atas segenap urusan negara adalah pemerintah pusat (*central government*), tanpa adanya gangguan oleh suatu delegasi atau pelimpahan

¹⁸ Kranenburg, *Algemene Staatsleer*, sebagaimana dikutip Agussalim Andi Gadjong, *Pemerintahan Daerah dalam Tinjauan Politik dan Hukum*, (Jakarta: Ghalia Indonesia, 2007), hlm. 75.

¹⁹ Agussalim Andi Gadjong, *Pemerintahan...*, *Ibit.*, hlm. 78.

kekuasaan kepada pemerintah daerah (*local government*).²⁰ Pengaturan pelaksanaan kekuasaan negara mempunyai dua bentuk, yaitu dipusatkan atau dipencarkan.²¹ Jika kekuasaan negara dipusatkan maka terjadi sentralisasi, demikian pula sebaliknya, jika kekuasaan negara dipencarkan maka terjadi desentralisasi. Dalam berbagai perkembangan pemerintahan, dijumpai arus balik yang kuat ke arah sentralistik, yang disebabkan faktor-faktor tertentu.²²

Dalam konteks negara kesatuan yang bersendikan otonomi daerah, pembagian wewenang kekuasaan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, lazimnya diimplementasikan berdasarkan tiga asas, yakni desentralisasi, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan (*medebewind*).

Asas desentralisasi dapat dipahami bahwa dimensi pokok dari asas tersebut adalah penyerahan wewenang, pembagian kekuasaan, pendelegasian kewenangan, dan pembagian daerah dalam struktur negara kesatuan. Penyerahan, pendelegasian, dan pembagian kewenangan dengan sendirinya menciptakan kewenangan pada pemerintah daerah dalam pelaksanaan pemerintahan di daerah, yang di dahului pembagian daerah pemerintahan dalam bingkai daerah otonom.²³

Dengan demikian, makna utama desentralisasi terletak pada kewenangan pemerintah daerah untuk menentukan kebijakannya sendiri sesuai dengan kondisi dan aspirasi masyarakat setempat. Dengan penerapan otonomi daerah tersebut, banyak harapan diletakkan bagi penyelesaian beragam permasalahan yang menghambat

²⁰ H. M. Laica Marzuki, "Hukum dan Pembangunan Daerah Otonom", Kertas Kerja PSKMP-LPPM UNHAS Makassar 18 Nopember 1999, hlm. 12. Lihat juga Notohamidjojo, *Makna Negara Hukum*, (Jakarta: Badan Penerbit Kristen, 1970), hlm. 14.

²¹ Bagir Manan, *Hubungan Antara Pusat dan Daerah Menurut UUD 1945*, (Jakarta: Sinar Harapan, 1994, hlm. 17.

²² The Liang Gie, *Pertumbuhan Pemerintahan Daerah di Negara Republik Indonesia (1)*, (Jakarta: Gunung Agung, 1967), hlm. 38-39.

²³ Agussalim Andi Gadjong, *Pemerintahan...*, *Op. Cit.*, hlm. 87.

perkembangan dan kemajuan daerah. Maka tidak heran jika dalam pelaksanaan desentralisasi, terdapat beberapa tingkat peralihan kewenangan, yakni kewenangan untuk merencanakan, memutuskan, dan mengatur dari pemerintah pusat ke lembaga-lembaga yang lain.

Sedangkan asas dekonsentrasi, sebagaimana dijelaskan Rondinelli adalah merupakan pelimpahan sejumlah kewenangan atau tanggung jawab administrasi kepada cabang departemen atau badan pemerintah yang lebih rendah. Harold F. Aldelfer menjelaskan, pelimpahan wewenang dalam bentuk dekonsentrasi semata-mata menyusun unit administrasi atau *field administration*, baik tunggal ataupun ada dalam hirarki, baik itu terpisah atau tergabung, dengan perintah mengenai apa yang seharusnya mereka kerjakan atau bagaimana mengerjakannya.²⁴

Jadi, dekonsentrasi dapat dipahami sebagai penyebaran atau pemencaran kewenangan pusat kepada petugasnya yang tersebar di wilayah-wilayah untuk melaksanakan kebijaksanaan pusat. Pendelegasian wewenang pada dekonsentrasi hanya bersifat menjalankan atau melaksanakan peraturan-perturan dan keputusan-keputusan pusat lainnya yang tidak berbentuk peraturan, yang tidak dapat berprakarsa menciptakan peraturan dan membuat keputusan bentuk lainnya untuk kemudian dilaksanakannya sendiri pula.

Adapun asas tugas pembantuan (*medebewind*) dapat sebagai menyelenggarakan kepentingan-kepentingan dari pusat atau daerah-daerah yang tingkatannya lebih atas oleh perangkat daerah yang lebih bawah. Sedang Koesoemahatmadja, mengartikan *medebewind* atau *zelfbestuur* sebagai pemberian kemungkinan dari pemerintah pusat atau pemerintah daerah yang lebih atas untuk

²⁴ Hanif Nurcholis, *Teori dan Praktik Pemerintahan dan otonomi Daerah*, (Jakarta: Grasindo, 2007), *Op.Cit.*, hlm 19.

meminta bantuan kepada pemerintah daerah atau pemerintah daerah yang tingkatannya lebih rendah agar menyelenggarakan tugas atau urusan rumah tangga daerah yang tingkatannya lebih atas.²⁵

Dengan demikian walaupun sifat tugas pembantuan hanya bersifat membantu dan tidak dalam konteks hubungan atasan-bawahan, tetapi dalam penyelenggaraan pemerintahan di daerah tidak mempunyai hak untuk menolak. Hubungan ini timbul oleh atau berdasarkan ketentuan hukum atau peraturan perundang-undangan. Pada dasarnya, tugas pembantuan adalah tugas melaksanakan peraturan perundang-undangan tingkat lebih tinggi. Daerah terikat melaksanakan peraturan perundang-undangan, termasuk yang di perintahkan atau diminta dalam rangka tugas pembantuan.

Asas tugas pembantuan di Indonesia telah dipraktekkan sejak masa pemerintahan Hindia Belanda. Dalam wilayah Hindia Belanda tersebut ada wilayah yang disebut daerah swapraja, yaitu daerah kesultanan atau kerajaan yang diperintah langsung oleh sultan-sultan atau raja-raja pribumi dengan aturan hukum adat masing-masing. Raja atau sultan yang melakukan tindakan atau melaksanakan urusan dari pemerintah pusat atau pemerintah atasnya dengan biaya yang telah ditentukan pusat disebut melaksanakan *medebewind*.²⁶

Untuk menyelenggarakan urusan pemerintah pusat maupun pemerintah daerah sebagai tugas pembantuan, dalam prakteknya memerlukan dana (pembiayaan pembangunan daerah dan belanja daerah). Pembiayaan adalah setiap penerimaan yang perlu dibayar kembali dan pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun

²⁵ *Ibid.*, hlm. 21.

²⁶ *Ibid.*, hlm. 22-23.

anggaran yang bersangkutan maupun tahun-tahun anggaran berikutnya. Sumber pembiayaan berasal dari APBN dan atau APBD pemerintah daerah yang lebih tinggi.

Dalam hukum administrasi, wewenang daerah otonom atau pemerintah daerah, dapat diperoleh melalui tiga cara; *Pertama*, secara atribusi, yaitu, penyerahan wewenang pemerintahan oleh pembuat undang-undang kepada organ pemerintahan. Dengan kata lain, wewenang ini diperoleh langsung dari undang-undang atau Perda. *Kedua*, secara delegasi yaitu, pelimpahan wewenang oleh organ pemerintahan kepada organ lainnya. Wewenang delegasi ini terjadi ketika daerah melaksanakan urusan yang berasal dari tugas pembantuan. *Ketiga*, wewenang yang muncul dari prakarsa dan inisiatif sendiri dari masing-masing daerah, seiring kebebasan dan kemandirian yang dimilikinya serta kekhasan daerah atau disebut urusan yang bersifat pilihan.²⁷

Implementasi kewenangan dalam konteks pemerintah daerah dewasa ini dapat diwujudkan dalam bentuk kerjasama daerah. Menurut Pamudji kerja sama pada hakikatnya mengindikasikan adanya dua pihak atau lebih yang berinteraksi atau menjalin hubungan-hubungan yang bersifat dinamis untuk mencapai suatu tujuan bersama. Atas dasar definisi ini Pamudji menyebut kerjasama antar daerah dapat diwujudkan dalam bentuk bilateral dan multilateral. Kerjasama bilateral mewujudkan antara provinsi dengan kabupaten. Sedangkan kerjasama multilateral, mewujudkan dalam kerjasama antara provinsi dan beberapa kabupaten atau lebih untuk bersama-sama mengatur kepentingan daerah yang bersangkutan.²⁸ Misalnya saja kerjasama provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan seluruh kabupaten/kota yang ada di Daerah Istimewa Yogyakarta dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan.

²⁷ Ridwan, *Hukum Administrasi...*, *Op.Cit.*, hlm. 67.

²⁸ *Ibid.*, hlm. 107

Pembagian kewenangan ini secara lebih nyata juga dapat kita lihat dalam PP Nomor 19 Tahun 2010 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah Di wilayah Provinsi, utamanya dalam aspek pengelolaan keuangan daerah disebutkan bahwa Pemerintahan daerah provinsi, kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan, kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan Pemerintah dilaksanakan melalui asas dekonsentrasi.

Oleh karena itu penyelenggaraan pemerintahan daerah harus mengikuti norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditentukan oleh Pemerintah. Penyerahan urusan pemerintahan yang sebagian besar diberikan kepada pemerintah kabupaten/kota menuntut Pemerintah untuk memastikan bahwa kabupaten/kota mengatur dan mengurus urusan tersebut sesuai dengan norma, standar, prosedur, dan kriteria. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, menempatkan posisi gubernur selaku kepala daerah provinsi sekaligus berkedudukan sebagai wakil Pemerintah di wilayah provinsi. Dalam konteks penelitian ini, misalnya saja keberadaan Gubernur DIY.

Pengaturan mengenai tata cara yang lebih jelas dalam memperkuat peran gubernur sebagai wakil Pemerintah untuk melaksanakan pembinaan, pengawasan, koordinasi, dan penyelarasan kegiatan pembangunan di daerah akan dapat mengurangi ketegangan yang selama ini sering terjadi pada hubungan antara bupati/walikota dan gubernur di daerah. Perbedaan dalam memahami pola hubungan antarkedua tingkatan pemerintahan di daerah tersebut cenderung mempersulit koordinasi dan sinergi dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan di tingkat

kabupaten/kota. Pengaturan peran gubernur sebagai wakil Pemerintah juga diperlukan agar gubernur dapat mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk mencegah dan mengendalikan konflik yang terjadi di antara kabupaten/kota dalam penyelenggaraan pemerintahan di daerah.²⁹

Pasal 3 ayat (1) PP Nomor 19 Tahun 2010 Tata Cara Pelaksanaan Tugas Dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah Di Wilayah Provinsi dijelaskan bahwa “Gubernur sebagai wakil Pemerintah memiliki tugas dan wewenang melaksanakan urusan pemerintahan meliputi: a) koordinasi penyelenggaraan pemerintahan antara pemerintah daerah provinsi dengan instansi vertikal, dan antar instansi vertikal di wilayah provinsi yang bersangkutan; b) koordinasi penyelenggaraan pemerintahan antara pemerintah daerah provinsi dengan pemerintah daerah kabupaten/kota di wilayah provinsi yang bersangkutan; c) koordinasi penyelenggaraan pemerintahan antar pemerintahan daerah kabupaten/kota di wilayah provinsi yang bersangkutan; d) pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pemerintahan daerah kabupaten/kota; e) menjaga kehidupan berbangsa dan bernegara serta memelihara keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia; f) menjaga dan mengamalkan ideologi Pancasila dan kehidupan demokrasi; g) memelihara stabilitas politik; h) menjaga etika dan norma penyelenggaraan pemerintahan di daerah; dan i) koordinasi pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan tugas pembantuan di daerah provinsi dan kabupaten/kota”.

²⁹ Lihat Pasal 3 Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2010 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah di Wilayah Provinsi.

Pada ayat (2) PP tersebut juga dijelaskan bahwa “gubernur sebagai wakil Pemerintah juga melaksanakan urusan pemerintahan di wilayah provinsi yang menjadi kewenangan Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”. Maka, dalam konteks kewenangan pemerintah daerah tersebut, utamanya kepala daerah, maka melalui Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta, melaksanakan kebijakan Jaminan Kesehatan yang bersifat semesta, yang tujuan utamanya adalah mengatur sistem pelaksanaan jaminan kesehatan antara pemerintah provinsi dan seluruh kabupaten/kota se-Provinsi DIY. Dalam konsideran Menimbang Peraturan Gubernur tersebut disebutkan bahwa “Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan taraf hidup menuju terwujudnya masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur.”

Dalam upaya mewujudkan masyarakat DIY yang sejahtera, adil dan makmur, Gubernur dan Bupati/Walikota se-Provinsi DIY berkomitmen untuk menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Semesta pada tanggal 29 September 2010, yang dituangkan ke dalam Kesepakatan Bersama,³⁰ dan yang juga disebutkan

³⁰ Penjelasan lebih rinci dapat disimat dalam (MoU) Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kota Yogyakarta Nomor 12/KSP/IX/2010 dan Nomor 11/NKB/2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Bantul Nomor 13/KSP/IX/2010 dan Nomor 49/MoU/BE/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Kulon Progo Nomor 15/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 14/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX415.4/10/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 16/KSP/IX/2010 dan Nomor 55/PK.KDH/A/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.

dalam Pasal 2 Peraturan Gubernur ini bahwa “Maksud diselenggarakannya Jamkesta sebagai upaya untuk sinkronisasi, koordinasi, dan sinergi menuju integrasi antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dalam pengembangan dan penyelenggaraan program jaminan kesehatan guna memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat”. Selain itu, dalam Pasal 3 disebutkan pula bahwa “Tujuan diselenggarakannya Jamkesta adalah memberikan wadah dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan kepada penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan jaminan kesehatan, secara terintegrasi”. Penjelasan ini menurut penulis secara teoritik merupakan wujud implementasi dari konsep negara hukum modern yang memberikan jaminan kesejahteraan warga negara, utamanya dalam bidang kesehatan.³¹

Kerjasama pelaksanaan urusan di bidang pelayanan jaminan kesehatan masyarakat ini berdasarkan juga dengan PP Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah. Dalam Penjelasan Umumnya menyatakan bahwa “Negara Kesatuan Republik Indonesia dalam menyelenggarakan pemerintahannya menganut asas desentralisasi, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan. Dengan asas desentralisasi kewenangan Pemerintah diserahkan kepada daerah otonom dan daerah otonom diberi kewenangan untuk mengatur dan mengurus kewenangannya sesuai kepentingan masyarakat. Dalam menyelenggarakan pemerintahannya, daerah diberi kewenangan untuk melakukan kerja sama dengan daerah lain dan pihak ketiga. Kerja sama daerah merupakan sarana untuk lebih memantapkan hubungan dan keterikatan daerah yang satu dengan daerah yang lain

³¹ Lihat Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 tentang Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia, menyerasikan pembangunan daerah, mensinergikan potensi antar daerah dan/atau dengan pihak ketiga serta meningkatkan pertukaran pengetahuan, teknologi dan kapasitas fiskal. Melalui kerja sama daerah diharapkan dapat mengurangi kesenjangan daerah dalam penyediaan pelayanan umum khususnya yang ada di wilayah terpencil, perbatasan antar daerah dan daerah tertinggal.³²

3. Teori Jaminan Kesehatan

Di era modern saat ini, sebuah negara hukum, baik dalam arti *rechstaat* maupun *the rule of law*, dapat disebut sebagai negara hukum demokratis ketika menyandarkan kepentingan negara di atas kepentingan rakyat.³³ Hal ini selaras dengan pendapat SF Marbun, yang mengatakan bahwa negara berdasarkan atas hukum harus didasarkan atas hukum yang baik dan adil. Hukum yang baik adalah hukum yang demokratis, yang didasarkan atas kehendak rakyat sesuai dengan kesadaran hukum rakyat, sedangkan hukum yang adil adalah hukum yang sesuai dan memenuhi maksud dan tujuan setiap hukum.³⁴

Tujuan baik dari negara tersebut semuanya terpusat pada penciptaan kesejahteraan rakyat, dan kesejahteraan itulah yang menjadi hukum tertinggi bagi negara dan kekuasaan negara (*solus populi suprema lex*). J. Barent sebagaimana dikutip Juniarso Ridwan,³⁵ menyebut tujuan negara hukum ialah pemeliharaan ketertiban, keamanan, serta penyelenggaraan kesejahteraan umum dalam arti seluas-

³² Penjelasan Umum Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah

³³ Philipus M Hadjon, *Pengkajian Ilmu Hukum Dogmatik (Normatif)*, (Surabaya: Fakultas Hukum Universitas Airlangga, 1994), hlm. 4-5.

³⁴ SF Marbun, *Peradilan Administrasi dan Upaya Administratif di Indonesia*, (Yogyakarta: Liberty, 1997), hlm. 8.

³⁵ Juniarso Ridwan, *Hukum Administrasi Negara dan Kebijakan Pelayanan Publik*, (Bandung: Nuansa Cendekia, 2009), hlm. 48.

luasnya, termasuk dalam aspek politik, ekonomi, sosial dan budaya. Aspek tujuan negara yang demikian ini oleh Charles E. Marriam disebut sebagai *welfare state* (negara kesejahteraan).³⁶

Konsepsi itu dapat dilihat dalam Pasal 28 H Undang-Undang Dasar Negara RI 1945 yang dengan tegas menyatakan bahwa, setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan, serta berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Hal tersebut menunjukkan bahwa masyarakat dijamin oleh undang-undang untuk memeriksakan kesehatannya, baik dalam bentuk jaminan sosial, jaminan kesehatan masyarakat atau sebutan lainnya.

Pasal 14 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa “program asuransi sosial adalah program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu undang-undang, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat.”³⁷

Dalam Pasal 1 UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN Sistem Jaminan Sosial menyebutkan bahwa “Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak”. Lebih lanjut disebutkan bahwa “sistem jaminan sosial nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan social”. Sedangkan “Asuransi Sosial adalah suatu mekanisme

³⁶ Roscoe Pound, *Tugas Hukum*, terj. M Radjab, (Jakarta: Bharata, 1965), hlm. 9.

³⁷ UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya”.

Menurut Thabrany, asuransi kesehatan bertujuan untuk meringankan beban biaya yang disebabkan oleh gangguan kesehatan akibat sakit atau kecelakaan. Asuransi tersebut memberikan perlindungan terhadap resiko berupa biaya tindakan pengobatan, termasuk didalamnya perihal biaya obat, pendukung atau penunjang diagnostic, perawatan rumah sakit dan tindakan bedah.³⁸

Sedangkan menurut Mukti Ali Gufron, asuransi kesehatan sosial adalah suatu sistem manajemen resiko sosial berupa munculnya biaya kebutuhan medis karena sakit yang beresiko dipadukan (*pooled*) atau dipindahkan dari individu ke kelompok dengan kepesertaan yang bersifat wajib, dimana kontribusi diatur oleh peraturan tanpa memperhatikan tingkat risiko individu, dan kontribusi terkait pendapatan (biasanya dalam bentuk persentase pendapatan), berorientasi *not for profit* untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, dikelola secara profesional dan surplus dikembalikan lagi ke masyarakat untuk memberikan pelayanan yang lebih baik.³⁹

E. Metode Penelitian

1. Pendekatan Penelitian

Dalam penelitian ini, metode pendekatan yang digunakan adalah metode pendekatan normatif⁷ dan pendekatan empiris, yaitu menganalisis objek penelitian jaminan kesehatan masyarakat dari sudut pandang ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku, serta pelaksanaan peraturan

³⁸ Thabrany H, *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan bagian A*, (Jakarta: Pemjaki, 2005), hlm. 27.

³⁹ Mukti AG, *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*, (Yogyakarta: Manajemen Kebijakan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UGM, 2007), hlm. 33.

perundang-undangan tersebut di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Kabupaten Sleman, Bantul, Kulon Progo dan Gunungkidul) melalui observasi langsung (*empiris*).

2. Obyek Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian hukum dengan obyek penelitian implementasi integrasi penyelenggaraan sistem jaminan pelayanan kesehatan masyarakat di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, sebagai pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 dan Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (khusus dalam penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan masyarakat), Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2012 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

3. Data Penelitian atau Bahan Hukum

Data Primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari penelitian lapangan dengan cara melakukan wawancara dan observasi langsung dengan Kepala Bapel Jamkesos Provinsi DIY selaku pelaksana kebijakan pelayanan jaminan kesehatan masyarakat semesta di Provinsi DIY yang diintegrasikan berdasar kesepakatan antar Pemerintah Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan jajaran Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

- a. Data Sekunder, yaitu:

- 1) Bahan Hukum Primer yaitu Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan Pemerintah Kabupaten/Kota se-Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta, serta Peraturan perundang-undangan lainnya yang berkaitan dengan penelitian ini.
- 2) Bahan Hukum Sekunder yaitu buku-buku hukum, dokumen dan risalah hukum, hasil penelitian dan karya ilmiah lainnya.

4. Pengolahan dan Penyajian Data Penelitian

Metode pengolahan dan penyajian data penelitian atau bahan hukum yang penulis gunakan adalah dengan mendeskripsikan ketentuan peraturan perundang-undangan penyelenggaraan sistem jaminan pelayanan kesehatan masyarakat (*normatif*), dan pelaksanaan ketentuan dimaksud di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Kabupaten Sleman, Bantul, Kulon Progo dan Gunungkidul).

5. Teknik Analisis Data

Data yang berhasil dikumpulkan kemudian akan dikelompokkan menurut jenisnya dan kemudian akan dipelajari dengan teori dan pendekatan

para ahli dikaitkan dengan implementasinya masalah yang dibahas kemudian dianalisa kualitatif untuk menemukan makna yang dikandung dalam temuan penelitian.

F. Sistematika Penulisan

Guna memudahkan dalam memahami isi dan dapat menunjukkan adanya kesatuan, keterkaitan dan keteraturan dari penelitian ini, berikut disajikan sistematika penulisan yang terbagi ke dalam beberapa bab dan masing-masing bab terbagi lagi ke dalam beberapa sub bab. Adapun masing-masing bab tersebut adalah:

Bab Pertama, memuat pendahuluan untuk mengantarkan pembahasan secara keseluruhan dari penelitian ini. Bab ini terdiri dari Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan dan Manfaat Penelitian, Kerangka Teori: Teori Otonomi Daerah dan Teori Jaminan Kesejahteraan Masyarakat, Metode Penelitian dan Sistematika Pembahasan.

Bab Kedua, berisikan tentang suatu kajian tentang Otonomi Daerah, yang terdiri dari beberapa sub bab yaitu Konsep dan Tujuan Otonomi Daerah, Prinsip Asas dan Landasan Hukum Otonomi Daerah, Hubungan Antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah, Pelaksanaan Otonomi Daerah, dan Kerjasama/Kesepakatan Pelaksanaan Urusan Daerah.

Bab Ketiga, berisikan tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat, yang terdiri dari Konsep dan Tujuan Jaminan Kesehatan Masyarakat, Prinsip Asas dan Landasan Hukum Jaminan Kesehatan Masyarakat, serta Jaminan Kesehatan di Era Otonomi Daerah.

Bab Keempat, akan mengkaji tentang Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta yang akan terdiri dari: Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Sleman, Bantul, Gunungkidul, Kota Yogyakarta dan Provinsi DIY sebelum Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta, Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta sesuai dengan Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta, Kebijakan yang dilakukan di Daerah Istimewa Yogyakarta dengan ditetapkannya UU tentang BPJS, Pencapaian dan Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan jaminan kesehatan di Provinsi Daerah istimewa yogyakarta.

Bab Kelima, merupakan Penutup. Pada bab ini disajikan Kesimpulan yang merupakan jawaban terhadap permasalahan dalam penelitian ini dan sekaligus disajikan saran yang merupakan sumbangan pemikiran dan rekomendasi dari penulis tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Provinsi DIY.

BAB II

TINJAUAN OTONOMI DAERAH DI INDONESIA

A. Konsep dan Tujuan Otonomi Daerah

Negara Indonesia, sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 1 ayat (1) UUD 1945 adalah negara kesatuan (*unitary*). Namun dalam hal implementasi sistem Pemerintahan Daerah, khususnya pasca reformasi, Indonesia telah mengadopsi prinsip-prinsip federalisme, yakni otonomi daerah. Terdapat sebuah kolaborasi yang “unik” berkaitan dengan prinsip kenegaraan di Indonesia. Konsep otonomi daerah sebenarnya lebih mirip sistem dalam negara federal, bahwa konsep kekuasaan asli atau kekuasaan sisa (*residual power*) berada di daerah atau negara bagian. Sedangkan dalam sistem negara kesatuan (*unitary*), terdapat sedikit perbedaan, bahwa kekuasaan asli atau kekuasaan sisa itu berada di pusat sehingga terdapat pengalihan kekuasaan pemerintah dari pusat ke daerah. Padahal secara teoritis dalam negara kesatuan semua kebijakan terdapat di tangan Pemerintah Pusat.¹

Definisi otonomi daerah secara etimologis berasal dari bahasa Yunani *autos* yang artinya sendiri, dan *nomos*, yang artinya aturan. Jadi dapat diartikan bahwa otonomi adalah mengurus dan mengatur rumah tangga sendiri. Otonomi dalam bahasa Inggris berasal dari perkataan *autonomy*; *auto*, yang artinya sendiri dan *nomy* sama artinya dengan *nomos* yang berarti aturan atau undang-undang.

¹ Jimly Asshiddiqie, “Otonomi Daerah dan Parlemen Di Daerah,” dalam www.legalitas.org, Diakses pada 21 Januari 2012 pukul 10. 22 WIB.

Jadi *autonomy* adalah mengatur diri sendiri.² Sementara itu Hardian,³ mengemukakan bahwa konsep dasar dari otonomi daerah adalah memberikan wewenang kepada daerah untuk merencanakan dan melaksanakan pembangunan daerahnya masing-masing sesuai dengan apa yang mereka kehendaki dan mereka butuhkan, dan pemerintah pusat akan membantu dan memelihara kegiatan-kegiatan yang tidak mungkin dilaksanakan di daerah.

Otonomi daerah dalam arti sempit berarti mandiri, sedangkan dalam arti luas berarti berdaya. Jadi otonomi daerah dapat dipahami sebagai kemampuan suatu daerah dalam kaitannya pembuatan dan pengambilan suatu keputusan mengenai kepentingan daerahnya sendiri. Ini selaras dengan gagasan Logemann sebagaimana dikutip E. Koswara,⁴ yang memberikan definisi otonomi sebagai, kebebasan bergerak yang diberikan kepada daerah otonom, yang berarti juga memberikan kesempatan kepadanya untuk menggunakan prakarsanya sendiri dari segala macam kekuasaannya dan untuk mengurus kepentingan publik. Kekuasaan bertindak merdeka untuk memerintah sendiri daerahnya itu berdasarkan inisiatif sendiri.

Otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Otonomi daerah juga merupakan esensi pelaksanaan pemerintahan yang desentralistik, namun dalam perkembangan otonomi daerah, selain mengandung arti

² Ni'matul Huda, *Hukum Pemerintahan Daerah*, (Jakarta: Nusamedia, 2009), hlm. 83.

³ Hardian, "Otonomi Daerah Sebuah Solusi atau Menambah Konflik Pengelolaan Sumber Daya Alam," *Makalah Sekolah Pasca Sarjana Institut Pertanian Bogor*, 2004, hlm. 1.

⁴ E. Koswara, *Kebijaksanaan Desentralisasi Dalam Rangka Menunjang Pembangunan Daerah*, (Jakarta: LP3ES, 2001), hlm. 59.

zelfwetgeving (membuat perda), juga mencakup *zelfbestuur* (pemerintahan sendiri).⁵

Sejak lama Moh. Hatta telah menegaskan bahwa otonomisasi suatu masyarakat oleh pemerintah tidak saja berarti melaksanakan demokrasi tetapi juga mendorong berkembangnya prakarsa sendiri dalam pembentukan dan pelaksanaan kebijakan untuk kepentingan masyarakat setempat. Dengan berkembangnya prakarsa sendiri tercapailah apa yang dimaksud dengan demokrasi yaitu pemerintahan dari, oleh dan untuk rakyat. Rakyat tidak saja menentukan nasibnya sendiri, melainkan juga dan terutama memperbaiki nasibnya sendiri.⁶

Konsep otonomi daerah sejatinya merupakan amanat yang diberikan UUD 1945, yang secara umum termaktub dalam pasal 18. Pasal 18 ayat (2) menyebutkan, “Pemerintah daerah provinsi, daerah kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan.” Selanjutnya pada ayat (5) tertulis, “pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan pemerintah pusat.” Dan ayat (6) juga menyatakan, “pemerintahan daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan.”⁷

Lebih lanjut UU No. 22 Tahun 1999 mendefinisikan otonomi daerah sebagai wewenang daerah untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan

⁵ Agussalim Andi Gadjong, *Pemerintahan Daerah Dalam Tinjauan Politik dan Hukum*, (Jakarta: Ghalia Indonesia, 2007), hlm, 108-109.

⁶ Indra J. Piliang (ed.), *Otonomi Daerah; Evaluasi dan Proyeksi*, (Jakarta: Yayasan Harkat Bangsa, 2003). hlm. 1.

⁷ Lihat UUD 1945 Pasal 18 ayat (2), ayat (5) dan ayat (6).

peraturan perundang-undangan. Sedang dalam UU No. 32 Tahun 2004, otonomi daerah sebagai hak, wewenang dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintah dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan perundang-undangan.⁸ Maka, dari berbagai rumusan otonomi daerah tersebut, dan dalam undang-undang yang pernah berlaku, otonomi daerah memiliki makna korelatif sebagai kewenangan dan kemandirian daerah otonom untuk mengatur dan mengurus rumah tangga sendiri untuk kepentingan masyarakat setempat.

Konsep otonomi daerah, menurut Ma'mun Ridwan,⁹ sejatinya telah ada sejak zaman kerajaan-kerajaan di Nusantara, Pemerintah kolonial Belanda dan Jepang, sampai Indonesia merdeka hingga sekarang, sebenarnya telah melaksanakan konsep otonomi daerah. Pada setiap zamannya terdapat benang merah yang menunjukkan bahwa substansi otonomi daerah telah lama ada, yakni memberikan kewenangan pada pemerintahan daerah, untuk mengurus rumah tangganya sendiri, termasuk mengoptimalkan potensi sumber daya manusia dan potensi alamnya. Realitasnya menunjukkan, konsep otonomi daerah mendorong penyelenggaraan pemerintah daerah bisa secara efektif dan efisien.

Karakteristik pemerintahan yang demokratis dengan prinsip otonomi tentu menjadikan kualitas pelayanan publik sebagai tolak ukur keberhasilan pemerintahan di pusat maupun di daerah. Sedangkan dalam konteks desentralisasi,

⁸ Lihat UU No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Pasal 1 huruf f UU No. 22 Tahun 1999 dan Pasal 1 ayat (5).

⁹ Saepudin, "Otonomi Daerah; Landasan Hukum dan Asas Pemerintahan Daerah, dalam <http://saepudinonline.wordpress.com>, akses tanggal 9 Maret 2012, pukul 20. 45 WIB.

pelayanan publik yang baik hanya dapat dihasilkan dengan penataan pemerintahan yang baik dari tingkat pusat hingga daerah.

Dalam konteks ini, otonomi daerah tidak lain merupakan perwujudan dari konsep desentralisasi. Dalam kajian hukum tata negara, pemerintah yang berdasarkan desentralisasi disebut *staatskundige decentralisatie* atau desentralisasi politik. Rakyat melalui wakil-wakilnya turut serta dalam pelaksanaan pemerintahan di daerah, dalam batas wilayah daerah masing-masing. Pelimpahan kewenangan (*delegation of authority*) dalam *staatskundige decentralisatie* akan berakibat beralihnya kewenangan pemerintahan pusat secara tetap kepada pemerintahan daerah. Dalam suatu struktur desentralisasi, pemerintah tingkat bawahan merumuskan dan mengimplimentasikan kebijakan secara independen, tanpa intervensi dari tingkatan pemerintahan yang lebih tinggi.¹⁰ Adanya pelimpahan kewenangan kepada pemerintah daerah tidak sebagai sesuatu yang harus ditakuti oleh pemerintah pusat karena pemberian kewenangan tersebut tidak akan terlepas dari kordinasi dan pengawasan pemerintah pusat. Pemberian otonomi kepada daerah hanya sebagai salah satu usaha untuk lebih melancarkan tugas dan tanggungjawab pemerintah pusat dalam penyelengaran urusan pemerintah, pembangunan, dan pelayanan masyarakat di setiap daerah.

Desentralisasi menurut Van der Pot dapat dibagi menjadi dua; desentralisasi teritorial dan desentralisasi fungsional. Desentralisasi teritorial (*territorial decentralisatie*), yaitu pelimpahan kekuasaan untuk mengatur dan mengurus rumah tangga daerah masing-masing (otonom), yang melahirkan badan-

¹⁰ Agussalim Andi Gadjong, *Pemerintahan..., Op. Cit.*, hlm. 85

badan berdasarkan wilayah (*gebieds corporaties*), sedangkan desentralisasi fungsional (*functionaal decentralisatie*) adalah pelimpahan kekuasaan untuk mengatur dan mengurus sesuatu atau beberapa kepentingan tertentu, yang muncul dalam bentuk badan-badan dengan tujuan tertentu (*doelcorporatie*).¹¹

Chema, Rondinelli, Conyers, dan Deakin sebagaimana dikutip Gadjong, menyimpulkan bahwa dalam perkembangan sekarang, baik negara maju maupun negara berkembang, desentralisasi dilaksanakan secara simultan dalam suatu negara. Sentralisasi dan desentralisasi lebih tepat dilihat sebagai suatu perubahan (*variable*) ketimbang keadaan yang statis (*attribute*) dan tidak realistis menerapkan sistem pemerintahan sentralistis sepenuhnya atau sistem pemerintahan desentralistis sepenuhnya. Jadi bukan menjadikannya sebagai sebuah sistem yang dikotomis tetapi sebagai serangkaian kontinum (*continua*).¹² Pada prinsipnya tidaklah mungkin diselenggarakan disentralisasi tanpa sentralisasi. Sebab, desentralisasi tanpa sentralisasi menghadirkan disintegrasi.¹³

Desentralisasi dalam kerangka otonomi sejatinya harus berorientasi pada beberapa aspek, yaitu, 1) aspek politik. Aspek ini untuk mengikutsertakan, menyalurkan inspirasi dan aspirasi masyarakat, dalam rangka pembangunan proses demokrasi lapisan bawah. 2) aspek manajemen pemerintahan. Aspek ini untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna penyelenggaraan pemerintahan, terutama dalam memberikan pelayanan terhadap masyarakat. 3) aspek kemasyarakatan. Aspek ini untuk meningkatkan partisipasi serta untuk

¹¹ Van Der Pot dan Donner, *Handboek het Nederlandse Staatsrecht*, dalam Ridwan, *Hukum Administrasi...*, *Op. Cit.*, hlm. 16.

¹² Agussalim Andi Gadjong, *Pemerintahan...*, *Op. Cit.*, hlm. 87.

¹³ Ni'matul Huda, *Hukum Pemerintahan...*, *Op. Cit.*, hlm. 67

menumbuhkan kemandirian masyarakat, dengan melakukan usaha pemberdayaan masyarakat, sehingga masyarakat semakin mandiri. 4) aspek ekonomi pembangunan. Aspek ini untuk melancarkan pelaksanaan program pembangunan guna tercapainya kesejahteraan rakyat yang makin meningkat.

Kebutuhan akan desentralisasi menurut Cheema dan Rondinelli di dorong oleh beberapa faktor,¹⁴ yaitu: 1) kegagalan atau kurang efektifnya perencanaan yang terpusat dan pengawasan setral dalam pembangunan; 2) Lahirnya teori-teori pembanguann yang lebih berorientasi kepada kebutuhan manusia; 3) semakin kompleksnya permasalahan masyarakat yang tidak mungkin lagi dikelola secara terpusat. Lebih lanjut Ryaas Rasyid mengatakan tentang desentraliasi, bahwa negara yang sentralistik cenderung tidak mampu menjawab secara cepat dan tepat semua kebutuhan berbagai kelompok masyarakat dan daerah, sehingga dibutuhkan desentralisasi.¹⁵

Salah satu tujuan desentralisasi yang paling universal adalah untuk mendorong terciptanya demokratisasi dalam pemerintahan. Dalam hal ini, demokrasi dan desentraliasasi dipandang sebagai suatu strategi untuk menciptakan stabilitas politik dan menciptakan suatu mekanisme institusional dalam membawa kekuatan non-pemerintah untuk terlibat dalam proses pemerintahan secara formal. Pelaksanaan pemerintahan di daerah merupakan salah satu amanat dari konstitusi yang dilandasi oleh asas desentralisasi. Desentralisasi sebagai pilar utama pemerintahan di daerah, dari waktu ke waktu selalu mengalami distorsi. Distorsi

¹⁴ Ahmad Muzawwir, *Op. Cit.*, hlm. 41.

¹⁵ Ryaas Rasyid, *Desentraliasi Dalam Rangka Menunjang Pembanguann Daerah*, (LP3ES, Jakarta, 1998), hlm. 8.

ini diakibatkan perubahan kerangka yuridis penyelenggaraan negara, peraturan perundang-undangan yang mengatur pelaksanaan pemerintahan di daerah, serta kebijakan yang diterapkan oleh pemerintah.

Pemaknaan desentralisasi secara konstitusional yang distortif dapat dilihat dalam beberapa aturan hukum, yaitu, UU No. 5 Tahun 1974 sebagai penyerahan urusan. UU No. 22 Tahun 1999 dan UU No. 32 Tahun 2004 memaknai desentralisasi sebagai penyerahan wewenang pemerintah. Sementara dalam UU No. 1 Tahun 1945, UU No. 2 Tahun 1948, UU No. 1 Tahun 1975, Penpres RI No. 6 Tahun 1959, dan UU No. 18 Tahun 1965 tidak menegaskan secara jelas dan eksplisit dalam klausul dalam pasal-pasal nya mengenai pengertian desentralisasi oleh pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintah dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.¹⁶

Namun, dari berbagai penjelasan tersebut, dapat dipahami bahwa dimensi pokok dari desentralisasi adalah penyerahan wewenang, pembagian kekuasaan, pendelegasian kewenangan, dan pembagian daerah dalam struktur negara kesatuan. Penyerahan, pendelegasian, dan pembagian kewenangan dengan sendirinya menciptakan kewenangan pada pemerintah daerah dalam pelaksanaan pemerintahan di daerah, yang di dahului pembagian daerah pemerintahan dalam bingkai daerah otonom.¹⁷

Desentralisasi dalam kaitannya hubungan pusat dan daerah, menurut Bagir Manan sejatinya harus mengacu pada UUD 1945, yang secara eksplisit

¹⁶ Lihat UU No 5 Tahun 1974, UU No. 22 Tahun 1999, dan UU No.32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah.

¹⁷ Agussalim Andi Gadjong, *Pemerintahan..., Op. Cit.*, hlm. 87.

mempertimbangkan,¹⁸ *Pertama*, bentuk hubungan antara pusat dan daerah tidak boleh mengurangi hak-hak rakyat daerah untuk turut serta (secara bebas) dalam penyelenggaraan pemerintahan di daerah. *Kedua*, bentuk hubungan antara pusat dan daerah tidak boleh mengurangi hak-hak (rakyat) daerah untuk berinisiatif atau berprakarsa. *Ketiga*, bentuk hubungan antara pusat dan daerah dapat berbeda-beda antara daerah yang satu dengan daerah yang lainnya. *Keempat*, bentuk hubungan antara pusat dan daerah adalah dalam rangka mewujudkan keadilan dan kesejahteraan sosial di daerah.

Dengan demikian, makna utama desentralisasi dalam konteks otonomi daerah terletak pada kewenangan pemerintah daerah untuk menentukan kebijakannya sendiri sesuai dengan kondisi dan aspirasi masyarakat setempat. Dengan penerapan otonomi daerah tersebut, banyak harapan diletakkan bagi penyelesaian beragam permasalahan yang menghambat perkembangan dan kemajuan daerah.

B. Prinsip dan Landasan Hukum Otonomi Daerah

Otonomi daerah sebenarnya konsep yang sudah tidak asing lagi di Indonesia. Sejak masa Hindia-Belanda sejatinya penataan daerah-daerah di wilayah jajahan Belanda telah melaksanakan pemerintahan dengan sistem desentralisasi dan otonomi. Hal ini di tandai dengan berlakunya Undang-Undang Desentralisasi 1903 (*Desentralisatie Wet 1903*).¹⁹ Pasca kemerdekaan Indonesia,

¹⁸ Bagir Manan, *Hubungan...*, *Op.Cit.*, hlm. xiii-xiv.

¹⁹ H.M Syafi'i, *Strategi dan Kebijakan Pembangunan Ekonomi Daerah*, (Yogyakarta: Averroes Press, 2007), hlm. 10.

kemudian kebijakan otonomi daerah ditindaklanjuti dan terus berkembang. Namun dalam perkembangan itu, kebijakan otonomi daerah pasca kemerdekaan berada pada kondisi berbolak-balik arah; dari desentralisasi administrasi yang menekankan efisiensi ke desentralisasi politik yang menekankan aspek demokrasi. Realitas ini tentu tidak lain dipengaruhi oleh situasi sosial-politik yang berkembang saat itu yang mengalami pasang surut.²⁰

Ketika kekuasaan beralih dari rezim Orde Lama ke tangan Orde Baru, otonomi daerah kemudian menjadi konsep yang sangat mahal untuk diterapkan. Selama rezim tersebut, pemerintah dalam mengakomodir gejolak kebinekaan justru dengan cara-cara yang tidak akomodatif. Berbagai kebijakan pemerintahan tentang otonomi pada masa Orba, baik berupa undang-undang (UU) maupun peraturan pemerintah (PP), pada dasarnya tidak dimaksudkan agar otonomi daerah dapat diwujudkan. Tetapi bagaimana meredam gejolak tuntutan otonomi dengan menitikberatkannya pada Pemda Tingkat II, sehingga otonomi yang diterapkan hanya sebatas slogan. Berbagai kebijakan yang diterapkan pemerintah pusat cenderung sentralistis dan sepihak, yang implikasinya harus dipikul sendiri oleh daerah. Sembilan belas (19) tahun kemudian, akibat berbagai tuntutan tokoh-tokoh daerah, pemerintah menerbitkan UU No. 5 Tahun 1974 Tentang Pokok-Pokok Pemerintahan Daerah. Produk hukum tersebut sebenarnya hanya sebatas strategi pemerintah pusat untuk mengendalikan daerah dengan mengatasnamakan otonomi daerah. Karena dalam kenyataannya pemerintah pusat tetap tidak

²⁰ Hanif Nurcholis, *Teori dan Praktik Pemerintahan dan Otonomi Daerah*, Edisi Revisi, (Jakarta: Grasindo, 2007), hlm. 141-148

memberi ruang gerak yang memadai bagi tokoh-tokoh daerah untuk membangun daerah dengan bermodal kekuatan identitas daerah dan kemandirian daerah.²¹

Realitas ini menurut Siti Zuhro, berakibat terhadap beberapa hal, yaitu:²² *Pertama*, otonomisasi yang semestinya mampu mengurangi kecenderungan sentralisasi kekuasaan, ternyata justru semakin memperkuat dominasi pusat terhadap daerah. Dalam hal ini daerah sangat tergantung pada pusat, baik dari segi dana maupun program pembangunan daerah. *Kedua*, institusi demokrasi di daerah seperti DPRD sengaja tidak difungsikan dan tidak diperankan. Sebaliknya, institusi ini diperlakukan sebagai *duo* pemerintah daerah. Tidak adanya pemisahan yang jelas antara lembaga eksekutif dan lembaga legislatif daerah ini, tidak hanya mengaburkan fungsi dan peran kedua lembaga tersebut, tetapi juga telah menciptakan hancurnya sistem kontrol terhadap kinerja pemerintah daerah. *Ketiga*, daerah-daerah yang memiliki kekayaan alam yang melimpah merasa daerahnya dijadikan sasaran eksploitasi pusat. Dalih demi pemerataan yang sering di dengungkan, hanya sebatas slogan semata. Karena pemerintah pusat telah mengelolanya menjadi bantuan pembangunan untuk kepentingan *status quo*.

Hadirnya era reformasi 1998 kemudian membawa angin segar dalam upaya perubahan sekaligus perbaikan tatanan bernegara. Otonomi daerah secara luas sebagai konsekuensi logis dari tuntutan demokratisasi di semua aspek, kemudian menjadi kebijakan yang diterapkan pemerintahan atas tuntutan pemerataan pembangunan sosial ekonomi, serta penyelenggaraan pemerintahan

²¹ Pheni Chalid, *Otonomi Daerah; Masalah, Pemberdayaan dan Konflik*, (Jakarta: Kemitraan, Jakarta, 2005), hlm. 3.

²² Siti Zuhro, "Otonomi dan Kerusakan di Daerah," dalam Frans M. Parera, et. al., *Demokratisasi dan Otonomi*, (Jakarta: Penerbit Buku Kompas, 1999), hlm. 159-160.

dan pembangunan politik yang efektif. Dalam konteks ini persoalan desentralisasi berkaitan erat dengan persoalan pemberdayaan, dalam arti memberikan keleluasaan dan kewenangan kepada masyarakat daerah untuk berprakarsa dan mengambil keputusan. Hal ini senada dengan pendapat Charles Eismann, bahwa otonomi daerah adalah kebebasan untuk membuat keputusan sendiri dengan tetap menghormati perundang-undangan.²³

Dasar pemikiran semacam itulah yang kemudian dituangkan dalam UU No. 22 Tahun 1999 yang lahir seiring gelombang reformasi dan demokratisasi di Indonesia. Dengan diberlakukannya UU No. 22 Tahun 1999, Indonesia memasuki tahap baru pemerintahan. Paradigma desentralisasi yang termuat dalam UU 22 Tahun 1999, menjadi harapan banyak pihak agar menjadi solusi yang tepat atas berbagai persoalan yang ada di daerah. Asumsi dasar desentralisasi tersebut yaitu mendekatkan pelayanan kepada rakyat. Dengan sistem desentralisasi, pelayanan publik menjadi mudah direalisasikan mengingat adanya kedekatan antara penyedia layanan dan pengguna layanan. Terlebih lagi mengingat bentuk negara Indonesia sebagai negara kepulauan yang sulit dijangkau dan setiap wilayah memiliki karakteristik yang sangat berbeda-beda.²⁴

Misi utama dari UU No. 22 Tahun 1999 tersebut adalah memang untuk mewujudkan desentralisasi. Menurut Mardiasmo,²⁵ setidaknya ada dua alasan yang melatarbelakangi upaya ini. *Pertama*, intervensi pemerintah pusat yang terlalu besar dimasa lalu telah menimbulkan masalah rendahnya kapabilitas dan

²³ Hanif Nurcholis, *Teori...*, *Op. Cit.*, hlm. 30.

²⁴ Pheni Chalid, *Op. Cit.*, hlm. 27.

²⁵ Mardiasmo, *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*, (Yogyakarta: PT Andi Offset, 2004), hlm. 3-4.

efektivitas Pemerintah Daerah dalam mendorong proses pembangunan dan kehidupan demokrasi di daerah. *Kedua*, tuntutan pemberian otonomi muncul sebagai jawaban untuk memasuki *era new game* yang membawa *new rule* pada semua aspek kehidupan manusia di masa yang akan datang.

Namun, tampaknya, reformasi yang menjadi tumpuan perubahan kehidupan bernegara, dipahami oleh elite di daerah sebagai euforia otonomi. Euforia merupakan ekspresi kegembiraan sesaat, yang menggambarkan bahwa proses politik hanya berlangsung dalam situasi darurat jangka pendek. Kegembiraan jangka pendek ini tidak akan membuahkan demokrasi lokal yang kokoh dan berkelanjutan, kecuali hanya membuahkan kekecewaan, instabilitas dan merajalelanya korupsi.²⁶

Euforia otonomi ini juga tercermin dalam koordinasi pemerintahan yang cenderung tidak efektif. Otonomi daerah menjadi kontra-produktif bagi efektivitas penyelenggaraan pemerintahan nasional ketika pelaksanaannya memunculkan hubungan yang tidak serasi antara Pusat dan Daerah. Pengaturan dan pembinaan oleh Pusat dianggap intervensi oleh daerah, dan sebaliknya, inisiatif daerah seringkali dianggap insubordinasi atau keablasan oleh Pusat. Demikian pula dengan pelaksanaan pilkada. Institusi yang semula dipandang sebagai bagian dari penguatan demokratisasi dalam pemerintahan, dalam praktik berkecenderungan

²⁶ Moh. Mahfud MD, "Otonomi Daerah Di Era Reformasi," Materi Kuliah Hukum Otonomi Daerah, disampaikan pada Program Pascasarjana FH UII Yogyakarta, 23 April 2011, Pukul 14.00 WIB.

menjadikan birokrasi daerah sebagai tempat balas jasa bagi tim sukses pemenang pilkada.²⁷

Hal ini tidak lain karena UU No 22 Tahun 1999 sebagai dasar hukum pelaksanaan otonomi daerah, disatu sisi, secara substantif memang memberikan kebebasan yang nyata dan seluas-luasnya bagi daerah untuk menyelenggarakan pemerintahannya sendiri (otonomi). Di sisi lain, produk hukum ini juga merupakan eksperimen kebijakan otonomi daerah.²⁸ Maka tidak heran jika kemudian, produk hukum ini direvisi melalui UU No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah.

Hadirnya otonomi daerah era reformasi sejatinya memang merupakan upaya pemerintahan dalam memberikan jawaban atas tuntutan pemerataan pembangunan sosial ekonomi yang merata. Dalam konteks ini persoalan desentralisasi berkaitan erat dengan persoalan pemberdayaan, dalam arti memberikan keleluasaan dan kewenangan kepada daerah untuk berprakarsa dan menentukan masa depannya sendiri. Disamping itu, upaya *empowerment* akan menjamin hak dan kewajiban serta wewenang dan tanggung jawab dari organisasi pemerintahan di tingkat daerah untuk dapat menyusun program, memilih alternatif dan mengambil keputusan dalam mengurus kepentingan masyarakat daerahnya sendiri.

Beranjak dengan paradigma itu kemudian lahirlah UU No. 22 Tahun 1999. Hadirnya regulasi ini merupakan salah satu upaya pemerintah “mendinginkan”

²⁷ Safri Nugraha, *Perencanaan Pembangunan Hukum Nasional*, (Jakarta: BPHN, Depkumham, 2006), hlm. xxvi.

²⁸ Tim Percik, *Proses dan Implikasi Sosial-Politik Pemekaran; Studi Kasus di Sambas dan Buton*, (Salatiga: Yayasan Percik, Summary Paper-pdf, 2007), hlm. 5.

euforia reformasi dan di lain pihak untuk menjaga keutuhan NKRI. Maka tidak salah jika “nada” produk hukum ini sangat menekankan aspek kebebasan, demokrasi, dan aspirasi masyarakat atau partisipasi publik. Hadirnya undang-undang ini juga sebenarnya berawal dari wacana federalisme yang di usung Amin Rais melalui bendera Partai Amanat Nasional (PAN). Namun wacana ini kemudian ditentang oleh pihak Golkar dan lain-lain. Untuk menengahi diskursus ini, Abdurrahman Wahid (Gus Dur) kemudian menawarkan jalan tengah, yakni tetap dengan bentuk negara kesatuan tetapi dengan menerapkan pembagian kekuasaan sistem federal. Konklusi dari perdebatan itu kemudian lahirlah UU No. 22 Tahun 1999 yang menganut otonomi luas, yang substansinya mirip negara federal, yakni hanya menyerahkan sedikit urusan tertentu kepada pusat.²⁹

Ditengah berlakunya UU No. 22 Tahun 1999 ini, gelombang dukungan untuk dilakukan amandemen terhadap UUD 1945 berjalan seiring dengan semakin menguatnya krisis kepercayaan sebagian elemen masyarakat terhadap profil pimpinan nasional. Pemerintah dan parlemen kemudian melahirkan suatu kesepakatan untuk melakukan proses amandemen UUD 1945. Pada perubahan kedua UUD 1945, MPR dalam sidang tahunan yang dilaksanakan tahun 2000 itu, menghendaki pengaturan tentang pemerintahan daerah secara berbeda dari yang diatur di dalam UU No. 22 Tahun 1999 yang ditengarai terdapat banyak kelemahan. Perubahan itu terkait penambahan Pasal 18A dan 18B, yang memberikan definisi lebih jelas terhadap daerah besar dan kecil yang ada pada UUD 1945 sebelum amandemen. Dalam UUD 1945 pasca perubahan, daerah

²⁹ Moh. Mahfud MD, *Membangun Politik Hukum Menegakkan Konstitusi*, (Jakarta: Pustaka LP3ES, 2006), hlm. 223.

besar didefinisikan menjadi provinsi sedangkan daerah kecil adalah kabupaten, kota dan desa atau dengan nama lain. Hal lain yang lebih jelas adalah penyebutan secara eksplisit bahwa dalam menyelenggarakan pemerintahan daerah, baik provinsi, kabupaten, maupun kota harus menerapkan otonomi luas dan tugas pembantuan atau desentralisasi.³⁰

Setelah UUD 1945 dilakukan dalam empat tahap (1999-2002). Landasan atau jiwa pelaksanaan pemerintahan dan penyelenggaraan negara setelah amandemen mengalami perubahan mendasar, termasuk di dalamnya mengenai landasan pelaksanaan pemerintahan daerah.³¹ Ada beberapa alasan rasional tentang urgensi otonomi daerah yang diterapkan awal reformasi di Indonesia,³² *Pertama*, persiapan ke arah federasi Indonesia masih belum memungkinkan. Sejumlah persyaratan juga harus dipenuhi terutama yang menyangkut perwujudan demokrasi dalam kehidupan sehari-hari. Sementara itu, saat ini masyarakat Indonesia sedang mengalami proses transisi dalam mewujudkan sebuah demokrasi. *Kedua*, pilihan otonomi luas merupakan pilihan yang sangat strategis dalam rangka memelihara *nation-state* (negara bangsa) yang sudah lama di bangun. Sehingga otonomi merupakan upaya mengembalikan harkat, martabat dan harga diri masyarakat Indonesia di daerah yang selama puluhan tahun termarjinalkan. *Ketiga*, sentralisasi terbukti gagal mengatasi krisis nasional. *Keempat*, pemantapan demokrasi politik. Demokrasi tanpa ada penguatan politik lokal akan menjadi sangat rapuh, karena tidaklah mungkin sebuah demokrasi

³⁰ Hanif Nurcholis, *Op. Cit.*, hlm. 109-110.

³¹ Agussalim Andi Gadjong, *Op. Cit.*, hlm. 162-163.

³² Syaukani, dkk., *Otonomi Daerah Dalam Negara Kesatuan*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2009), hlm. 36-45.

dibangun hanya dengan memperkuat elite politik nasional. *Kelima*, keadilan. Desentralisasi dan otonomi daerah akan mencegah terjadinya kepincangan di dalam menguasai sumber daya yang dimiliki dalam sebuah negara.

C. Hubungan Kewenangan Antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah Di Era Otonomi Daerah

Dalam tataran praktis, otonomi daerah akan mengubah perilaku pemerintah daerah untuk lebih efisien dan profesional. Untuk meningkatkan efisiensi dan profesionalisme, pemerintah daerah perlu melakukan perekayasaan ulang terhadap birokrasi yang selama ini dijalankan (*bureaucracy reengineering*). Hal tersebut karena pada saat ini dan di masa yang akan datang pemerintah (pusat dan daerah) akan menghadapi gelombang perubahan baik yang berasal dari tekanan eksternal maupun dari internal masyarakatnya. Dari sisi eksternal, pemerintah akan menghadapi globalisasi yang sarat dengan persaingan dan liberalisme arus informasi, investasi, modal, tenaga kerja, dan budaya. Di sisi internal, pemerintah akan dihadapkan pada masyarakat yang semakin cerdas (*knowledge based society*) dan masyarakat yang semakin banyakuntutannya (*damaging community*).³³ Kebijakan desentralisasi di Indonesia telah mengubah secara mendasar dan radikal konsepsi penyelenggaraan pemerintahan daerah. Bahkan ada yang menyebut kebijakan ini sebagai *big bang policy*, karena merupakan koreksi atas praktik pemerintahan yang menitikberatkan pada desentralisasi administrasi ketimbang desentralisasi politik.

³³ Mardiasmo, *Op. Cit.*, hlm. 11.

Dalam implementasinya, tampaknya kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah yang mengacu pada UU No. 22 Tahun 1999 ini mengalami banyak masalah. Beberapa diantaranya yaitu, terkait hubungan pusat-daerah-desa, kewenangan antar pusat-daerah-desa, hubungan antara provinsi dengan kabupaten/ kota dan desa, hubungan kabupaten dan desa, kepegawaian, perimbangan keuangan, kedudukan peran dan fungsi DPRD, pembinaan dan pengawasan DPRD serta beberapa persoalan lain.³⁴ Sejalan dengan itu, UU No. 22 Tahun 1999 kemudian digulirkan untuk direvisi. Terkait undang-undang ini, menurut Bhenyamin Hoessein,³⁵ selain sudah tidak sinkron dengan UUD 1945 hasil amandemen, juga terkait hadirnya banyak masalah akibat kesalahpahaman dalam menerapkan otonomi daerah.

Menurut Moh. Mahfud MD,³⁶ persoalan mendasar yang timbul dari penerapan UU No. 22 Tahun 1999 di daerah adalah posisi DPRD menjadi sangat kuat. Lembaga ini bukan lagi menjadi bagian dari pemerintah daerah, melainkan menjadi lembaga legislatif yang sejajar dengan Kepala Daerah. Anggota-anggota DPRD tidak dapat di *recall*, kewenangannya sangat besar dan kuat karena lembaga inilah yang memilih secara final kepala daerah untuk kemudian mengawasi, meminta laporan pertanggungjawaban, bahkan bisa menjatuhkan.

³⁴ Hanif Nurcholis, *Op. Cit.*, hlm. xviii

³⁵ Bhenyamin Hoessein, "Penyempurnaan UU No. 22 Tahun 1999 Menurut Konsepsi UUD 1945 Hasil Amandemen," *Makalah* dalam Seminar Pembangunan Hukum Nasional VIII, BPHN, Denpasar, 14-18 Juli 2003, hlm. 15.

³⁶ Moh. Mahfud MD, *Membangun...*, *Op. Cit.*, hlm. 229.

Menurut Mochtar Pabottingi (2003),³⁷ sebagaimana dikutip Syarif Hidayat, secara tegas mengatakan bahwa kelemahan mendasar dari UU. No. 22 Tahun 1999 adalah, cenderung mengabaikan dinamika perubahan politik secara nasional, yakni transisi menuju demokrasi. Atau dengan kata lain, konsep desentralisasi dalam UU. No. 22 Tahun 1999 telah dibangun berdasarkan asumsi bahwa Indonesia berada pada keadaan normal, yaitu fase sistem politik demokrasi. Akibat dari pengabaian realitas politik tersebut, maka dapat dimengerti, bila kemudian pada tingkat implementasi UU No. 22 Tahun 1999, telah menimbulkan banyak penyimpangan-penyimpangan. Diantara bentuk-bentuk penyimpangan tersebut, adalah berlipat gandanya biaya pembangunan ekonomi sebagai akibat dari meningkatnya “pungutan liar” atas masyarakat dan pengusaha di daerah; dan semakin “menggila-nya” praktik KKN (Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme) di daerah. Sementara pada sisi lain, pemerintah pusat dengan kasat mata terlihat masih enggan kehilangan kekuasaan atas daerah. Atau dalam istilah yang lebih populer, pemerintah pusat masih bersikap “setengah hati” dalam mendukung implementasi kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah.

Berbagai persoalan ini timbul tentu disebabkan selain karena adanya kekurangan yang terdapat pada produk hukum ini, juga karena kekurang-pahaman para pelaku dan masyarakat atas konsep dan teori *local government* (pemerintahan daerah, dan daerah otonom) itu sendiri. Untuk itu, pemerintah setelah melakukan evaluasi yang mendasar kemudian menerbitkan UU No. 32 tahun 2004 sebagai

³⁷ Syarif Hidayat, “Desentralisasi, Otonomi Daerah dan Transisi Menuju Demokrasi,” *Makalah*, 2008.

landasan hukum pemerintahan daerah yang baru.³⁸ Salah satu hal yang paling menarik dan penting dari perubahan yang tertuang dalam UU No. 32 Tahun 2004 (jo UU No. 12 Tahun 2008) adalah menyangkut pemilihan kepala daerah secara langsung. Pilkada langsung ini selain lebih bersifat demokratis sesuai dengan amanat konstitusi, sekaligus dimaksudkan juga untuk mengatasi politik dalam pemilihan kepala daerah melalui “agen” DPRD.³⁹ Beberapa perubahan lain, selain terkait pemilukada secara langsung, yang di atur dalam UU No. 32 Tahun 2004 antara lain terkait.⁴⁰ *Pertama*, prinsip otonomi, pembagian urusan, dan hubungan hierarkis. Perubahan pada aspek ini yang paling mendasar terlihat pada hubungan hierarkis antara provinsi dan kabupaten/kota yang sebelumnya terpisah. Namun pada aspek lain tidak mendasar, hanya sebatas perubahan redaksi. *Kedua*, terkait pertanggungjawaban kepala daerah. UU No. 32 Tahun 2004 menggariskan bahwa Kepala Daerah tidak bertanggungjawab kepada DPRD, namun kepada pemerintah pusat. DPRD dan Kepala Daerah sebatas hubungan kemitraan. *Ketiga*, terkait sistem pengawasan, keuangan dan kepegawaian. Sistem pengawasan dalam produk hukum ini lebih dipertegas dengan adanya pengawasan represif dan yuridis. Dalam hal keuangan, khususnya terkait pinjaman daerah, produk hukum ini memberikan penegasan bahwa pinjaman daerah harus melalui pemerintah pusat. Sedang dalam hal kepegawaian, produk hukum ini memepertegas bahwa pembinaan manajemen kepegawaian dalam kesetaraan dengan manajemen kepegawaian nasional. *Keempat*, terkait pemberhentian kepala daerah. UU No. 32

³⁸ Agussalim Andi Gadjong, *Pemerintahan...*, *Op. Cit.*, hlm. 167.

³⁹ Moh. Mahfud MD, *Membangun...*, *Op. Cit.*, hlm. 230.

⁴⁰ Lihat UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Pasal 1 ayat (5), Pasal 10, Pasal 143, Pasal 29-35, Pasal 27 ayat (2), dan Pasal 157.

Tahun 2004 memberikan prosedur yang lebih ketat dan tidak bisa langsung dilakukan oleh DPRD. Menurut produk hukum ini, pemberhentian kepala daerah harus berdasarkan alasan yang signifikan, semisal tindak pidana dan keadaan yang tidak memungkinkan. Dan untuk keadaan biasa, harus diusulkan kepada presiden dan berdasarkan putusan Mahkamah Agung (MA).

Dasar hukum ini pun tampaknya dalam implementasinya juga belum memberikan hasil yang menggembirakan dan masih perlu dilakukan revisi sekaligus penyempurnaan. Menurut AM. Fatwa,⁴¹ UU No. 32 tahun 2004 meninggalkan berbagai persoalan. Salah satunya adalah masih terdapat ketidakjelasan pembagian kewenangan antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Akibatnya, para pelaku kepentingan memberikan interpretasi berbeda tentang hal mana yang menjadi kewenangan pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Ketidakjelasan pembagian ini sering melahirkan tumpang-tindih dan tarik-menarik kewenangan antar level pemerintahan. Selain itu, di berbagai daerah, terjadi hubungan yang tidak sehat antara provinsi dengan kabupaten/kota dan semakin menguatnya konglomeratokrasi. Ini terjadi karena terutama dengan pemilihan daerah secara langsung, kalangan pengusaha/pebisnis memiliki peluang untuk melakukan “kolaborasi” dengan para pemimpin daerah. Ini menyebabkan para pemilik kapital menjadi subjek atas pemerintah daerah.

Selanjutnya, menurut Syarif Hidayat,⁴² setidaknya terdapat tiga (3) point yang dapat dijadikan benang merah problematika implementasi otonomi daerah

⁴¹ AM. Fatwa, “Menata Ulang Daerah Otonom Guna Mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat,” dalam <http://www.thefatwacenter.com>, akses 27 Februari 2012 pukul 15. 05 WIB.

⁴² Syarif Hidayat, “Refleksi Satu Dasawarsa Reformasi Desentralisasi dan Otonomi Daerah,” dalam *Jurnal Prisma*, Vol 29/ Juli 2010, hlm. 17-18.

melalui UU No. 32 Tahun 2004, yaitu: *Pertama*, relasi kekuasaan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah di Indonesia mengalami kecenderungan kembali ke kutub sentralisasi. Hal ini karena revisi atas UU No. 22 Tahun 1999 melalui UU No. 32 Tahun 2004, mencoba menggeser desentralisasi yang cenderung menuju posisi sentralisasi. *Kedua*, realitas kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah juga harus diletakkan dan dipahami dalam konteks pergeseran relasi negara-masyarakat pasca Orde Baru. *Ketiga*, realitas implementasi desentralisasi dan otonomi daerah juga harus dipahami dan dimaknai dalam konteks bias reformasi yang berlangsung di Indonesia satu dasawarsa terakhir.

Terlepas dari itu, berbagai persoalan ini tentu harus tetap diartikulasikan sebagai refleksi dari proses pemaknaan otonomi daerah. Maka, jika memang daerah dianggap “kebablasan” dalam mengimplementasikan UU No. 32 Tahun 2004 sebagai dasar hukum otonomi daerah, maka daerah harus di ingatkan dan dikembalikan pada bingkai yang semestinya, melalui upaya-upaya perbaikan dan penyempurnaan konsep maupun mekanisme implementasi otonomi daerah. Sedangkan bila, pemerintah pusat dinilai masih “setengah hati” dalam mendukung implementasi desentralisasi dan otonomi daerah, maka dengan penuh kesadaran hendaknya melakukan introspeksi diri dan menepati *political commitment* yang telah disepakati secara nasional.⁴³

Dasar hukum ini dalam implementasinya juga belum memberikan hasil yang menggembirakan dan masih perlu dilakukan revisi karena masih terdapat ketidakjelasan pembagian kewenangan antara pemerintah pusat, provinsi, dan

⁴³ Syarif Hidayat, “Desentralisasi, Otonomi Daerah dan Transisi Menuju Demokrasi,” *Makalah* dalam seminar Urgensi Revisi UU No. 32 tahun 2004 dan Prospeknya, IPDN, Jatinangor, 21 Juni 2010, hlm. 8.

kabupaten/kota. Selain itu, korupsi di daerah juga semakin subur, dikarenakan tidak ada institusi negara yang mampu mengontrol secara efektif penyimpangan wewenang di daerah. Gejala yang hadir dari UU No. 32 Tahun 2004 justru cenderung menggeser desentralisasi menuju posisi dekonsentrasi (resentralisasi). Sehingga kedepan, agar otonomi daerah dapat menjadi benar-benar bernilai serta menjadi berkah bagi rakyat di daerah, revisi atas kebijakan otonomi daerah harus didasarkan pada kepentingan jangka panjang dan mengutamakan rakyat. Karena produk hukum sebagai produk politik, dalam proses pembentukannya terkadang sarat oleh gesekan kepentingan.

E. Kerjasama/Kesepakatan Pelaksanaan Urusan Daerah.

Pengertian Otonomi Daerah, Pasal 1 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, dijelaskan bahwa “Otonomi Daerah adalah: “Kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan”.

Prinsip otonomi daerah menggunakan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam arti daerah diberikan kewenangan mengurus dan mengatur semua urusan pemerintahan di luar yang menjadi urusan Pemerintah yang ditetapkan dalam Undang-Undang. Daerah memiliki kewenangan membuat kebijakan daerah untuk memberi pelayanan, peningkatan peranserta, prakarsa, dan pemberdayaan masyarakat yang bertujuan pada peningkatan kesejahteraan rakyat. Disamping juga diterapkan prinsip otonomi yang nyata dan bertanggungjawab. Prinsip

otonomi nyata adalah suatu prinsip bahwa untuk menangani urusan pemerintahan dilaksanakan berdasarkan tugas, wewenang, dan kewajiban yang senyatanya telah ada dan berpotensi untuk tumbuh, hidup dan berkembang sesuai dengan potensi dan kekhasan daerah. Dengan demikian isi dan jenis otonomi bagi setiap daerah tidak selalu sama dengan daerah lainnya. Adapun yang dimaksud dengan otonomi yang bertanggungjawab adalah otonomi yang dalam penyelenggaraannya harus benar-benar sejalan dengan tujuan dan maksud pemberian otonomi, yang pada dasarnya untuk memberdayakan daerah termasuk meningkatkan kesejahteraan rakyat yang merupakan bagian utama dari tujuan nasional. Seiring dengan prinsip itu penyelenggaraan otonomi daerah harus selalu berorientasi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat dengan selalu memperhatikan kepentingan dan aspirasi yang tumbuh dalam masyarakat.

Pasal 195 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menyebutkan bahwa “Dalam rangka meningkatkan kesejahteraan rakyat, daerah dapat mengadakan kerja sama dengan daerah lain yang didasarkan pada pertimbangan efisiensi dan efektifitas pelayanan publik, sinergi dan saling menguntungkan.

Penyelenggaraan otonomi daerah juga harus menjamin keserasian hubungan antara daerah dengan daerah lainnya, artinya mampu membangun kerjasama antar Daerah untuk meningkatkan kesejahteraan bersama dan mencegah ketimpangan antar daerah. Hal yang tidak kalah pentingnya bahwa otonomi daerah juga harus mampu menjamin hubungan yang serasi antar daerah dengan pemerintah, artinya harus mampu memelihara dan menjaga keutuhan

wilayah negara dan tetap tegaknya Negara Kesatuan Republik Indonesia dalam rangka mewujudkan tujuan negara. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah dalam Penjelasan Umumnya menjelaskan bahwa “Negara Kesatuan Republik Indonesia dalam menyelenggarakan pemerintahannya menganut asas desentralisasi, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan. Dengan asas desentralisasi kewenangan Pemerintah diserahkan kepada daerah otonom dan daerah otonom diberi kewenangan untuk mengatur dan mengurus kewenangannya sesuai kepentingan masyarakat. Dalam menyelenggarakan pemerintahannya, daerah diberi kewenangan untuk melakukan kerja sama dengan daerah lain dan pihak ketiga. Kerja sama daerah merupakan sarana untuk lebih memantapkan hubungan dan keterikatan daerah yang satu dengan daerah yang lain dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia, menyerasikan pembangunan daerah, mensinergikan potensi antar daerah dan/atau dengan pihak ketiga serta meningkatkan pertukaran pengetahuan, teknologi dan kapasitas fiskal. Melalui kerja sama daerah diharapkan dapat mengurangi kesenjangan daerah dalam penyediaan pelayanan umum khususnya yang ada di wilayah terpencil, perbatasan antar daerah dan daerah tertinggal.”⁴⁴

⁴⁴ Penjelasan Umum Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah

BAB III

TINJAUAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

A. Konsep dan Tujuan Jaminan Kesehatan Masyarakat

Dalam perkembangan negara modern dewasa ini, manifestasi kepedulian pemerintah terhadap rakyatnya harus mewujudkan dalam dua konteks aspek, yakni konteks keadilan dan legalitas. Konteks yang pertama berbicara menyangkut tentang kebutuhan masyarakat akan rasa keadilan ditengah dinamika dan konflik sosial. Dan pada konteks yang kedua, menyangkut apa yang disebut dengan hukum positif, yaitu sebuah aturan yang ditetapkan oleh otoritas negara yang sah dan dalam pemberlakuannya dipaksakan atas nama hukum.¹

Konsepsi negara hukum yang demikian itu merupakan hakikat untuk mewujudkan tujuan negara, yakni kebahagiaan yang sempurna bagi manusia sebagai individu dan makhluk sosial.² Sebagaimana dikatakan SF Marbun, bahwa negara berdasarkan atas hukum harus didasarkan atas hukum yang baik dan adil. Hukum yang baik adalah hukum yang demokratis, yang didasarkan atas kehendak rakyat sesuai dengan kesadaran hukum rakyat, sedangkan hukum yang adil adalah hukum yang

¹ Edi Wibowo dkk, *Hukum dan Kebijakan Publik*, (Yogyakarta: Penerbit YPAPI, 2004), hlm. 30-31

² Juniarso Ridwan, *Hukum Administrasi Negara dan Kebijakan Pelayanan Publik*, (Bandung: Nuansa Cendekia, 2009), hlm. 47

sesuai dan memenuhi maksud dan tujuan setiap hukum, termasuk dalam bidang kesehatan.³

Tujuan yang baik dari negara itu semuanya dipusatkan pada penciptaan kesejahteraan rakyat, dan kesejahteraan itulah yang menjadi hukum tertinggi bagi negara dan kekuasaan negara (*solus populi suprema lex*). Dengan demikian, tujuan negara hukum ialah pemeliharaan ketertiban, keamanan, serta penyelenggaraan kesejahteraan umum dalam arti seluas-luasnya, termasuk dalam aspek politik, ekonomi, sosial dan budaya.⁴ Aspek tujuan negara yang demikian ini oleh Charles E. Marriam disebut sebagai *welfare staat* (negara kesejahteraan).⁵

Konsepsi tersebut secara umum juga ditegaskan dalam Pembukaan UUD 1945 alinea keempat, bahwa pembentukan Pemerintah Negara Indonesia ditujukan: "... untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, serta dengan mewujudkan suatu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia."⁶ Untuk mewujudkan pemerintahan Indonesia sebagai negara hukum yang ideal, tentu harus diimplementasikan dalam wujud pelayanan kepada masyarakat, termasuk dalam bidang kesehatan, pendidikan dan sosial.

³ SF Marbun, *Peradilan Administrasi dan Upaya Administratif di Indonesia*, (Yogyakarta: Liberty, 1997), hlm. 8.

⁴ Juniarso Ridwan, *Hukum.., Op. Cit.*, hlm. 48

⁵ Roscoe Pound, *Tugas Hukum*, terj. M Radjab, (Jakarta: Bharata, 1965), hlm. 9. Konsepsi negara kesejahteraan, dalam berbagai literatur menurut SF. Marbun disebut dengan berbagai istilah, *walfere state* (negara kesejahteraan), *social service state* (negara pemberi pelayanan kepada masyarakat), *service public*, *bestuurszorg* (penyelenggara kesejahteraan umum), *wevaarstaat*, *social rechstaat*, dan berbagai istilah lain. Lihat SF. Marbun, *Op. Cit.*, hlm. 167-168.

⁶ Pembukaan UUD 1945 Alinea keempat.

Meski di Indonesia, konsepsi jaminan kesehatan masyarakat masih menjadi satu kesatuan dengan sistem jaminan sosial lainnya dan belum berdiri sendiri. Namun, memajukan kesejahteraan umum dalam konteks Indonesia sebenarnya telah menjadi cita-cita yang dirumuskan oleh pendiri bangsa. Kesejahteraan yang diharapkan dan akan dibangun sudah tentu adalah masyarakat berkeadilan sosial, yang dibangun berdasarkan kegotong-royongan dan kebersamaan. Masyarakat sejahtera yang demikian, sudah tentu hanya dapat dibangun oleh manusia yang memiliki jati diri bangsa, sesuai dengan yang terkandung dalam Pancasila.⁷

Alur pikir demikian menjadi penting, karena pada dasarnya setiap manusia membutuhkan pemenuhan kebutuhan sosial, bahkan secara ekstrem dapat dikatakan bahwa pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan kehidupan manusia, khususnya dalam bidang kesehatan. Masyarakat setiap waktu akan selalu menuntut pemenuhan kebutuhan sosial, yang berkualitas dari birokrat, meskipun tuntutan itu seringkali tidak sesuai dengan apa yang diharapkan, karena secara empiris pemenuhan kebutuhan sosial, yang terjadi selama ini menampilkan ciri-ciri yang berbelit-belit, lamban, mahal, dan melelahkan. Kecenderungan semacam itu terjadi karena masyarakat masih diposisikan sebagai pihak yang “melayani” bukan yang “dilayani.” Oleh karena itu, dibutuhkan perwujudan

⁷ Sulastomo, *Sistem Jaminan Sosial Nasional; Sebuah Introduksi* (Jakarta: Rajawali Press, 2008), hlm. iii

paradigma yang benar di Indonesia, agar cita negara hukum dimaknai dalam tataran yang benar.⁸

Osborne dan Plasterik mencirikan pemerintahan sebagaimana diharapkan diatas adalah pemerintahan milik masyarakat, yakni pemerintahan yang mengalihkan wewenang kontrol yang dimilikinya kepada masyarakat. Masyarakat diberdayakan sehingga mampu mengontrol pemenuhan kebutuhan sosial, yang diberikan oleh pemerintah. Dengan adanya kontrol dari masyarakat, maka pelayanan publik akan menjadi lebih baik karena mereka memiliki komitmen yang lebih baik, lebih peduli dan lebih kreatif dalam memecahkan masalah. Tentu pelayanan yang diberikan harus ditafsiri sebagai kewajiban pemerintah, bukan hak, dengan demikian pemenuhan yang diberikan akan menjadi responsif terhadap kebutuhan masyarakat.⁹

Sedangkan menurut Kotler, pemenuhan kebutuhan adalah setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak pada suatu produk secara fisik. Rumusan ini muaranya tidak lain sebagai wujud penyelenggaraan negara terhadap masyarakatnya guna memenuhi kebutuhan dari masyarakat itu sendiri dan memiliki tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Dalam kaitan itulah, pemenuhan jaminan kesehatan masyarakat hadir di Indonesia.

⁸ Juniarso Ridwan & A. Sodik Sudrajat, *Hukum..., Op. Cit.*, hlm. 17

⁹ *Ibid.*, hlm. 18

Adapun secara teoritis, tujuan dari pemenuhan kebutuhan sosial, termasuk jaminan kesehatan, pada dasarnya adalah untuk memberikan kepuasan kepada masyarakat. Untuk mewujudkan tujuan pelayanan tersebut, maka sebuah penyelenggara negara hukum harus tercermin dalam berbagai aspek pemenuhan kebutuhan publik, yaitu:¹⁰

- a. Transparansi, yakni pemenuhan yang bersifat terbuka, mudah, dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan, disediakan secara memadai serta mudah dimengerti;
- b. Akuntabilitas, yakni pemenuhan yang dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. Kondisional, yakni pemenuhan yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektifitas;
- d. Partisipatif, yaitu pemenuhan yang dapat mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat;
- e. Kesamaan hak, yaitu pemenuhan yang tidak melakukan diskriminasi dilihat dari aspek apapun, khususnya suku, ras, agama, golongan, status sosial, dan lain-lain;
- f. Keseimbangan hak dan kewajiban, yaitu pemenuhan yang mempertimbangkan aspek keadilan antara pemberi dan penerima pelayanan.

Perwujudan tujuan jaminan masyarakat tersebut juga tercermin dalam konstitusi Indonesia, UUD 1945, baik pada Pembukaan maupun pada beberapa Pasalnya, telah memberikan landasan hukum normatif yang kuat, meskipun tidak secara eksplisit menyebutkan perlindungan dan jaminan sosial (kesehatan). Misalnyasaja dalam Pasal 27 Ayat 2, UUD 1945 Pasca Amandemen disebutkan bahwa, “Tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan.”¹¹

¹⁰ *Ibid.*, hlm. 20

¹¹ Pasal 27 ayat (2) UUD 1945 Pasca Perubahan.

Amanat tersebut kemudian, dipertegas melalui Pasal yang lebih khusus, yakni pada Pasal 34 Ayat 2 Perubahan UUD 1945 Tahun 2002 yang menyatakan bahwa, “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat”¹²

Istilah jaminan sosial memang sudah sangat populer. Namun penyelenggaraan program jaminan sosial itu sendiri substansinya sering dipahami berbeda. Dalam sistem jaminan sosial, manfaat yang diberikan harus memenuhi kriteria tertentu bahwa dengan manfaat itu, orang akan memiliki rasa aman (*security*), sejak lahir hingga meninggal dunia. Jika tidak terpenuhi kriteria itu, program jaminan sosial yang dimaksudkan itu, adalah bantuan sosial (*social assistance*) atau pelayanan sosial (*social services*) atau perlindungan sosial lain yang sifatnya temporer, sesuai dengan kejadian sosial yang terdapat dimasyarakat, termasuk keterbatasan dalam mengakses pelayanan kesehatan, kelaparan dan bencana alam, dan lain sebagainya. Dengan persepsi seperti itu, maka tidak heran jika di Indonesia sistem jaminan sosial baru dimulai pada tahun 1968 dan 1976 melalui askes dan jamsostek. Bandingkan dengan Malaysia yang telah memulai sejak tahun 1959 melalui program EPF (*Employee Provident Fund*).¹³

Ini artinya, sistem jaminan sosial merupakan suatu kumpulan program yang saling terkait satu dengan lainnya, untuk memberikan perlindungan sosial atau rasa aman. Rasa aman itu bisa terwujud jika

¹² Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 Pasca Perubahan.

¹³ Sulastomo, *Op Cit.*, hlm. vii

manusia dapat terjamin dari berbagai ancaman, baik yang datang secara tiba-tiba (misalnya sakit atau kecelakaan) atau yang secara alamiah (misalnya pensiun), yang bisa berdampak pada kemampuan ekonomi dan sosialnya.

Beberapa pasal lainnya di dalam UUD 1945 juga lebih mempertegas pentingnya hidup layak bagi warganegara, sebagai implikasi dari keharusan terhadap jaminan sosial warga negara, misalnya Pasal 27 ayat 2 yang menyebutkan bahwa, “Tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan.” atau pasal Pasal 31 ayat 1, bahwa “Tiap-tiap warga negara berhak mendapat pendidikan.” serta Pasal 34 ayat 1, yang menyatakan bahwa, “Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara”.

Selain UUD 1945, dalam Ketetapan MPR RI No. X/MPR/2001 tentang Laporan Pelaksanaan Putusan MPR RI oleh Lembaga Tinggi Negara pada Sidang Tahunan MPR RI Tahun 2001 yang terkait dengan perlindungan dan jaminan sosial juga telah menugaskan kepada Presiden RI untuk membentuk suatu sistem jaminan sosial nasional dalam rangka memberi perlindungan sosial yang lebih menyeluruh dan terpadu kepada rakyat Indonesia.

Beberapa tahun lalu, suatu Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (Tim SJSN) juga telah dibentuk berdasarkan Keputusan Presiden RI No. 20 tahun 2002 tanggal 10 April 2002 tentang Pembentukan Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tim tersebut juga telah berhasil menyusun suatu

Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.¹⁴ Tim SJSN beranggotakan wakil dari berbagai instansi pemerintah, LSM dan pakar dibidangnya. Dan berdasarkan tugasnya, penanggung jawab Tim SJSN dibagi dalam 4 kelompok, yaitu: Substansi, Kelembagaan, Mekanisme/Budget, dan Pembentukan Program Jaminan Sosial. Sistem Jaminan Sosial Nasional yang akan dibangun bertumpu pada konsep asuransi sosial, dan berdasarkan pada azas gotong royong melalui pengumpulan iuran dan dikelola melalui mekanisme asuransi sosial. Pelaksanaannya diatur oleh suatu Undang-Undang dan diterapkan secara bertahap sesuai dengan perkembangan dan kemampuan ekonomi Nasional serta kemudahan rekrutmen dan pengumpulan iuran secara rutin. Undang undang Jaminan Sosial yang dilahirkan dari tim ini, pada hakikatnya menjadi payung bagi suatu Sistem Jaminan Sosial Nasional (*Social Security*) yang cocok untuk Indonesia masa datang yang didalamnya mencakup *social insurance* dan *social assistance*.¹⁵

Disamping dasar berpijak di dalam negeri diatas, di tingkat internasional, secara universal, perlindungan dan jaminan sosial juga telah dijamin oleh Deklarasi PBB Tahun 1947 tentang Hak Azasi Manusia. Pemerintah Indonesia seperti banyak negara lain juga telah ikut menandatangani Deklarasi itu. Secara tegas, Deklarasi itu menyatakan bahwa, “... setiap orang, sebagai anggota masyarakat, mempunyai hak atas

¹⁴ Yohandarwati, dkk. *Sistem Perlindungan dan Jaminan Sosial (Suatu Kajian Awal)*, (Jakarta: Bappenas, 2002), hlm. 5

¹⁵ *Ibid.*, hlm. 6

jaminan sosial ... dalam hal menganggur, sakit, cacat, tidak mampu bekerja, menajanda, hari tua ...”¹⁶

Dasar pertimbangan lain adalah Konvensi ILO No. 102 Tahun 1952 yang juga menganjurkan agar semua negara di dunia memberikan perlindungan dasar kepada setiap warga negaranya dalam rangka memenuhi Deklarasi PBB tentang Hak Jaminan Sosial.¹⁷

Pengalaman berbagai negara menunjukkan, bahwa perlindungan dan jaminan sosial yang diselenggarakan oleh pemerintah bersama masyarakat di tingkat nasional, selain dapat memberikan perlindungan dan jaminan sosial bagi seluruh masyarakat, juga sekaligus membantu untuk menggerakkan roda pembangunan. Berdasarkan kenyataan yang terjadi beberapa tahun terakhir ini juga membuktikan, bahwa perlindungan dan jaminan sosial semakin diperlukan jika kondisi perekonomian global maupun nasional sedang mengalami berbagai krisis (*multi dimentional crisis*), sehingga mengancam kesejahteraan rakyat. Untuk itu, salah satu upaya penyelamat dari berbagai resiko tersebut adalah perlunya dikembangkan suatu sistem perlindungan dan jaminan sosial yang menyeluruh dan terpadu, sehingga dapat memberikan manfaat yang optimal bagi seluruh warga negaranya.

Definisi perlindungan dan jaminan sosial yang terdapat pada rencana pembangunan nasional tersebut diartikan, sebagai “..suatu langkah kebijakan yang dilakukan untuk memberikan perlindungan dan rasa aman

¹⁶ *Ibid.*,

¹⁷ *Ibid.*,

bagi masyarakat miskin, terutama kelompok masyarakat yang paling miskin (*the poorest*) dan kelompok masyarakat miskin (*the poor*).”¹⁸

Sedangkan menurut ADB, definisi perlindungan dan jaminan sosial adalah sebagai berikut, “*the set of policies and programs designed to promote efficient and effective labor markets, protect individuals from the risks inherent in earning a living either from small-scale agriculture or the labor market, and provides a floor of support to individuals when market-based approaches for supporting themselves fail*”.¹⁹

Risks yang dimaksudkan di sini adalah yang terutama banyak menimpa/dialami *the poor*, dan dapat dikelompokkan menjadi empat, yaitu: a) **Lifecycle** – misalnya cacat, kematian, dan lanjut usia; b) **Economic** – misalnya kegagalan panen, penyakit hama, pengangguran, peningkatan harga kebutuhan dasar, dan krisis ekonomi; c) **Environmental** – misalnya kekeringan, banjir, dan gempa bumi; dan d) **Social/governance** – misalnya kriminalitas, kekerasan domestik, dan ketidakstabilan politik.²⁰

Selanjutnya, definisi tentang *Social Insurance Programs* menurut Folland, Goodman, dan Stano (1997: *Social Insurance Programs*) dapat dibedakan ke dalam lima kategori yaitu: **a) Poverty** – *programs that are directed toward persons experiencing poverty involve either the provision of cash, or more often the subsidized provisions of goods “in kind,” such as rent vouchers or food stamps.* **b) Old Age** - *programs that are directed toward the elderly include income maintenance, such as Social Security, as well as services and considerations (such as old-age housing, Meals-on-Wheels) that may address the generally decreased mobility of the elderly.* **c) Disability** – *programs that generally provide cash benefits.* **d) Health** – *programs that cover illness or well-care financing and/or provide facilities for various segments of population. The individual’s health care is financed either entirely or in part by the government.* **e) Unemployment** – *programs that generally provide short-term cash benefits.*²¹

¹⁸ *Ibid.*, hlm. 7

¹⁹ *Ibid.*,

²⁰ *Ibid.*,

²¹ *Ibid.*,

Dari definisi tersebut, memberikan penegasan bahwa perlindungan dan jaminan sosial, termasuk kesehatan, sangat terkait erat dengan masalah kemiskinan, yang selanjutnya berdampak pula pada penurunan kualitas hidup manusia secara keseluruhan. Untuk itu, guna mendukung upaya pemerintah dalam memberikan/menciptakan perlindungan dan jaminan sosial, utamanya dalam bidang kesehatan yang lebih utuh kepada setiap warga negaranya, maka pemerintah perlu menataulang berbagai bentuk perlindungan dan jaminan sosial yang sudah ada, dan membuatnya menjadi suatu Sistem Perlindungan dan Jaminan Sosial yang lebih komprehensif dan memberikan efisiensi dan efektivitas yang lebih optimal.

Secara konseptual, penyelenggaraan sistem jaminan sosial pertama kali dirintis oleh Otto Von Bismarck (1883), sebagai upaya mewujudkan kesejahteraan rakyat. Bismarck memulai program jaminan sosial dengan memberikan jaminan kesehatan pada kelompok tenaga kerja tertentu sesuai dengan kebutuhan industrialisasi waktu itu. Pekerja dan pemberi kerja bergotong-royong membiayai program jaminan sosial melalui mekanisme asuransi sosial. Apa yang diperkenalkan Otto Von Bismarck itu, dewasa ini telah berkembang di seluruh dunia. Sudah barang tentu dengan modifikasi, sesuai dengan keadaan dan kebutuhan di masing-masing negara. Misalnya Amerika Serikat, yang memperkenalkan program jaminan sosial melalui *social security Act 1935*, sebagai bagian

dari program *the new deal*-nya presiden Roosevelt mengatasi resesi di waktu itu.²²

Sejalan dengan itu, program jaminan kesehatan memang haruslah diselenggarakan secara nasional. Di Indonesia, wujud spirit itu dapat dilihat sejak tahun 1998. Di tahun itu pemerintah telah mulai membiayai pemeliharaan kesehatan dengan memprioritaskan bagi keluarga miskin (Gakin), yaitu melalui program jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK-Gakin). Cakupan JPK-Gakin meliputi pelayanan kesehatan dasar, yang kemudian diperluas untuk pelayanan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (khususnya malaria, diare, dan TB paru). Kemudian, pada akhir tahun 2001, Pemerintah menyalurkan dana subsidi bahan bakar minyak untuk pelayanan rumah sakit (RS) bagi keluarga miskin. Program ini diselenggarakan untuk mengatasi dampak krisis yaitu dengan cara memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin melalui subsidi biaya operasional puskesmas, bidan di desa (BDD), gizi, posyandu, pemberantasan penyakit menular (P2M), dan rujukan rumah sakit.²³

Seiring perjalanan waktu, dan dalam rangka memelihara derajat kesehatan masyarakat dalam keterbatasan pembiayaan kesehatan sebagaimana diulas di atas, maka dirancang beberapa konsep dan sistem perlindungan dan jaminan sosial di bidang kesehatan, yaitu.²⁴

²² Sulastomo, *Sistem..., Op. Cit.*, hlm. 13-14.

²³ Yohandarwati, dkk. *Sistem..., Op. Cit.*, hlm. 16-17

²⁴ Bahan Sidang Kabinet 6 Januari 2003 oleh Menteri Kesehatan

- a. Pembiayaan berbasis solidaritas sosial, dalam bentuk Jamkesmas. Jamkesmas adalah bentuk jaminan kesehatan prabayar yang bersifat wajib untuk seluruh masyarakat guna memenuhi kebutuhan kesehatan utama setiap warga negara. Pembiayaan Jamkesmas berasal dari iuran yang diperhitungkan sebagai persentase tertentu dari penghasilan setiap keluarga. Dalam hal ini, pekerja di sektor formal dan keluarganya akan lebih cepat dicakup karena kemudahan menghimpun iuran.
- b. Pembiayaan berbasis sukarela, dalam bentuk: asuransi kesehatan (askes) komersial – berdasarkan UU No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian; dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela – berdasarkan UU No. 23 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Konstitusi WHO. Saat ini sedang diproses penerbitan PP untuk JPKM sukarela tersebut.
- c. Pembiayaan kesehatan bagi sektor informal, dalam bentuk: jaminan kesehatan mikro – dari oleh dan untuk masyarakat, misalnya dalam bentuk Dana Sehat; dan dana sosial masyarakat yang dihimpun untuk pelayanan sosial dasar, termasuk kesehatan, misalnya dihimpun dari dana sosial keagamaan dari semua agama (kolekte, dana paramitha, infaq, dll).
- d. Pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin dengan prinsip asuransi, dalam bentuk pembiayaan premi oleh pemerintah untuk JPK-Gakin. (Misalnya dengan memadukan dana Jaring Pengaman Sosial- Bidang

Kesehatan (JPS-BK) dengan dana subsidi bahan bakar minyak agar pemanfaatannya maksimal di berbagai tingkat pelayanan mulai dari pelayanan dasar hingga ke rujukan RS).

Selain keempat bentuk di atas, terdapat suatu jaminan sosial di bidang kesehatan yaitu Asuransi Kesehatan yang diselenggarakan oleh PT Askes. Askes memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Ruang lingkup pelayanan yang diberikan oleh Askes antara lain: konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan, pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter umum dan atau paramedis, serta pemeriksaan dan pengobatan gigi.

Peserta pembiayaan dengan asuransi pada sistem jaminan kesehatan ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu peserta wajib, terdiri dari: pegawai negeri sipil (PNS) termasuk calon PNS, pejabat negara, dan penerima pensiun (PNS, TNI/POLRI, PNS di lingkungan TNI/POLRI, dan pejabat negara), Veteran dan Perintis Kemerdekaan, beserta keluarganya. Sedangkan jenis peserta lainnya adalah peserta sukarela, terdiri dari: pegawai swasta, BUMN/BUMD, perusahaan daerah, badan usaha lainnya, serta Dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT) dan Bidan Pegawai Tidak Tetap (PTT).²⁵

Dalam praktiknya, kebijakan ini tampaknya berjalan dilematis. Di satu sisi, masalah kesehatan masyarakat semakin kompleks, di sisi lain, upaya kesehatan yang diwujudkan pemerintah belum sepenuhnya

²⁵ Yohandarwati, dkk. *Sistem..., Ibid.*, hlm. 18

memenuhi kebutuhan masyarakat. Sedangkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat diperkirakan bisa mengurangi beban masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Padahal, hasil dari Sidang Tahunan MPR-RI tahun 2002, tentang kesehatan, menyebutkan telah mempertegas rumusan tersebut, yaitu:²⁶

1. Mengupayakan peningkatan anggaran kesehatan secara bertahap sampai mencapai jumlah minimum sebesar 15% sesuai dengan kondisi keuangan negara dari APBN/APBD, sebagaimana ditetapkan WHO.
2. Melanjutkan program darurat pelayanan kesehatan dasar bagi keluarga miskin, rawan gizi, khususnya untuk bayi, balita, ibu hamil dan ibu nifas.
3. Mewujudkan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.
4. Membangun pusat-pusat pemulihan trauma pasca konflik, terutama di daerah pengungsian.

Artinya, dengan idelisme tersebut, kesehatan yang baik dan prima memungkinkan seseorang hidup lebih produktif baik secara sosial maupun ekonomi. Oleh karena itu, kesehatan menjadi salah satu hak dan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi, agar setiap individu dapat berkarya dan menikmati kehidupan yang bermartabat.

²⁶ *Ibid.*, hlm. 17

B. Prinsip, Asas dan Landasan Hukum Jaminan Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan pengalaman berbagai negara maju, sejatinya terdapat beberapa prinsip yang dapat dijadikan cerminan dalam proses implementasi sistem jaminan sosial, diantaranya;²⁷ *Pertama*, program jaminan sosial itu tumbuh dan berkembang sejalan dengan pertumbuhan ekonomi sebuah negara. Hal ini terkait dengan peningkatan kebutuhan masyarakat, sejalan dengan meningkatnya tuntutan di bidang kesejahteraan. Kebutuhan dilingkungan kelompok tenaga kerja/formal, selalu tumbuh lebih awal. Oleh karena itu, program jaminan sosial berkembang terlebih dahulu pada kelompok formal, baru kemudian nonformal.

Kedua, ada peran peserta untuk membiayai program jaminan sosial, melalui mekanisme asuransi, baik sosial/komersial atau tabungan. Hal ini terlepas bahwa beban iuran bisa saja menjadi beban pemberi dan penerima kerja (bagi tenaga kerja formal), dari subsidi negara dalam bentuk bantuan sosial (bagi masyarakat miskin) dan dari peserta sendiri bagi kelompok mandiri dan mampu. *Ketiga*, kepesertaan yang bersifat wajib sehingga hukum *the law of large numbers* cepat terpenuhi. Hal ini sangat penting di dalam kelangsungan hidup program. Besarnya jumlah peserta akan berdampak pada kemampuan memberikan manfaat/*benefit package* dan kepastian perhitungan *actuarial*.

²⁷ Sulastomo, *Sistem...*, *Op. Cit.*, hlm. 14-15

Keempat, peran negara yang besar, baik dalam regulasi, kebijakan maupun penyelenggaraan program jaminan sosial. Hal ini sebagai risiko kepesertaan yang bersifat wajib. Bahkan negara wajib menjamin kelangsungan hidup program jaminan sosial, termasuk memberi subsidi apabila diperlukan atau menjamin keamanan dan nilai tambah hasil investasi. *Kelima*, bersifat *not for profit*, seluruh nilai tambah hasil investasi harus dikembalikan untuk peningkatan jaminan program jaminan sosial.

Keenam, penyelenggaraan program jaminan sosial harus dapat diselenggarakan dengan penuh kehati-hatian, transparan, akuntabel, mengingat terkait kebutuhan yang jumlahnya besar dan sifat program jaminan sosial yang harus berkelanjutan (*sustainable*). Oleh karena itu, penyelenggaraanya harus dilandasi dengan undang-undang.

Jika berangkat dengan landasan argumentasi tersebut, penyelenggaraan jaminan sosial yang ada di Indonesia selama ini bisa dikatakan dilematis dan kurang berhasil. Problem tersebut akibat beberapa permasalahan pokok, yaitu; *Pertama*, belum adanya kepastian perlindungan dan jaminan sosial untuk setiap penduduk (WNI) agar dapat memenuhi kebutuhan hidupnya sebagaimana yang diamanatkan dalam perubahan UUD 1945 tahun 2002, Pasal 34 ayat 2, yaitu “Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat”. Perlindungan dan jaminan sosial yang ada saat ini belum mampu mencakup seluruh warga negara Indonesia. Misalnya, belum adanya

perlindungan dan jaminan sosial bagi pekerja sektor informal. *Kedua*, adalah belum adanya kejelasan satu peraturan perundang-undangan yang melandasi pelaksanaan badan sistem perlindungan dan jaminan sosial. Masing-masing jenis perlindungan dan jaminan sosial yang ada saat ini dilandasi oleh UU dan atau PP yang berbeda-beda. Hal ini selanjutnya akan menyebabkan penanganan skema perlindungan dan jaminan sosial yang ada masih terpisah-pisah dan bahkan tumpang tindih. Contohnya – asuransi kesehatan - di-*cover* oleh PT. Jamsostek, PT Askes, dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Dan yang terakhir adalah, bahwa skema perlindungan dan jaminan sosial yang ada masih terbatas, sehingga *benefit* (kuantitas dan kualitas) yang diperoleh juga masih terbatas.

Terlebih, dalam berbagai peraturan perundang-undangan yang ada di Indonesia saat ini dikenali banyak pengertian/definisi tentang perlindungan dan jaminan sosial. Misalnya dalam UU No. 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial, dinyatakan bahwa; “Jaminan sosial sebagai perwujudan dari pada sekuritas sosial adalah seluruh sistem perlindungan dan pemeliharaan kesejahteraan sosial bagi WN yang diselenggarakan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat guna memelihara taraf kesejahteraan sosial.”

Sementara itu, dalam UU No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, disebutkan bahwa; “Program Asuransi Sosial adalah program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu

UU, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat.”

Berdasarkan wacana yang berkembang, telaah referensi, dan dengan didukung oleh konsep yang dikembangkan oleh Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional, ternyata pengertian jaminan sosial dapat dibedakan menjadi dua kelompok besar, yaitu: asuransi sosial (*social insurance*) dan bantuan sosial (*social assistance*).²⁸

Dalam asuransi sosial, seperti halnya konsep asuransi pada umumnya, namun dalam hal ini bersifat “sosial”, maka besarnya premi merupakan *sharing* antara pemberi kerja (yaitu pemerintah atau pengusaha) dan pekerja (PNS atau pegawai) – yang mempunyai hubungan kerja. Sedangkan bantuan sosial, berupa “bantuan” dalam bentuk, misalnya, *block grant* atau *emergency fund* dengan tujuan sosial.

Dengan mengacu pada pengertian tersebut di atas, maka yang dapat digolongkan sebagai asuransi sosial yang ada di Indonesia adalah: asuransi kesehatan (Askes), asuransi bagi anggota TNI/Polri – dulu ABRI (Asabri), jaminan sosial tenaga kerja (Jamsostek), asuransi kecelakaan (Jasa Raharja), asuransi sosial (masih tahap uji coba oleh Depsos), dan tabungan asuransi pensiun (Taspen). Sementara itu, yang dapat digolongkan sebagai bantuan sosial adalah: jaminan kesejahteraan sosial, baik yang bersifat permanen, bagi lanjut usia terlantar dan cacat ganda terlantar (masyarakat rentan), maupun yang bersifat sementara

²⁸ Materi Diskusi “Pro-Kontra UU BPJS,” FH UI 14 Desember 2011

(*emergency*) bagi korban bencana alam dan bencana sosial; bantuan dana pendidikan berupa beasiswa melalui skema Jaring Pengaman Sosial (JPS) bagi murid dari keluarga miskin; bantuan dana kesehatan berupa Kartu Sehat bagi penduduk miskin; bantuan modal usaha, misalnya dalam bentuk tabungan (misalnya Tabungan Keluarga Sejahtera – Takesra), maupun dalam bentuk kredit mikro (misalnya Kredit Usaha Keluarga Sejahtera – Kukesra) bagi keluarga Pra Sejahtera dan Sejahtera I (pengelompokan keluarga oleh BKKBN).²⁹

Selanjutnya, problematika yang juga timbul adalah landasan hukum perlindungan dan jaminan sosial yang ada saat ini masih bersifat parsial dan belum terpadu. Meskipun Pembukaan UUD 1945, dan beberapa pasal yang terdapat didalamnya, misalnya Pasal 27 (2), Pasal 31 (1), Pasal 34 (1), dan Pasal 34 (2) hasil amandemen UUD 1945 pada tanggal 10 Agustus 2002 merupakan landasan hukum bagi pelaksanaan Sistem Perlindungan dan Jaminan Sosial (SPJS), namun landasan hukum bagi pelaksanaan operasional untuk seluruh skema perlindungan dan jaminan sosial adalah masih berbeda-beda. Misalnya, jaminan sosial di bidang tenaga kerja dilandasi dengan UU No. 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja yang mencakup Jaminan Hari Tua, Kematian, Kecelakaan Kerja, dan Pemeliharaan Kesehatan bagi pegawai swasta, melalui PT. Jamsostek. Sementara itu, jaminan kesehatan bagi PNS melalui PT Askes dilandasi dengan UU No. 2 Tahun 1992 dan PP

²⁹ Yohandarwati, dkk. Sistem...Op. Cit, hlm. 12

No. 69 Tahun 1991. Selanjutnya, jaminan hari tua dan pensiun bagi PNS melalui PT Taspem dilandasi dengan UU No. 43 Tahun 1999; dan bagi TNI/Polri melalui PT Asabri dilandasi dengan UU No. 6 Tahun 1966.

Dengan adanya produk-produk hukum yang bervariasi, mengakibatkan banyaknya lembaga yang melaksanakan perlindungan dan jaminan sosial. Hal ini berlawanan dengan hukum bilangan besar (*law of the large number*), yaitu dengan cakupan besar (peserta) maka sebaran resiko (*risk distribution*) akan lebih merata dan beban yang dipikul masing-masing peserta (premi) makin kecil.³⁰

Jaminan sosial hendaknya diperuntukkan bagi seluruh warga negara Indonesia sesuai dengan hak warga negara dan HAM. Meskipun demikian, terdapat pemikiran bahwa dengan keterbatasan keuangan negara, maka: (1) asuransi sosial diperuntukkan bagi seluruh warga negara Indonesia, sedangkan (2) bantuan sosial hanya bagi kelompok yang membutuhkan (misalnya penduduk miskin, rentan, dan korban bencana).

Cakupan manfaat yang diperoleh melalui asuransi sosial meliputi: jaminan kesehatan, jaminan hari tua (JHT), pensiun, jaminan kecelakaan kerja (JKK), jaminan pemutusan hubungan kerja (JPHK), dan santunan kematian. Cakupan manfaat ini hanya diperuntukkan bagi mereka yang bekerja di sektor formal (swasta – yang memiliki hubungan kerja), PNS, dan TNI serta Polri. Sedangkan, mereka yang bekerja di sektor informal belum dapat menikmati manfaat asuransi sosial ini. Padahal kita

³⁰ *Ibid.*, hlm. 13

mengetahui, bahwa masih banyak tenaga kerja Indonesia yang bekerja di sektor informal.

Sementara itu, cakupan manfaat yang diperoleh melalui bantuan sosial meliputi: bantuan biaya kesehatan (misalnya melalui kartu sehat bagi masyarakat miskin), bantuan biaya pendidikan (misalnya melalui pemberian beasiswa bagi murid dari keluarga miskin), bantuan modal usaha (misalnya melalui dana bergulir Takesra/Kukesra bagi peserta KB dari keluarga Pra KS dan KS I), dan bantuan akibat bencana (misalnya melalui dana sosial bagi korban bencana alam).

Terlebih, saat ini jasa pelayanan kesehatan makin lama makin mahal. Tingginya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh perseorangan, menyebabkan tidak semua anggota masyarakat mampu untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Selain itu, kemampuan pemerintah untuk mensubsidi pelayanan kesehatan sangat rendah. Tanpa sistem yang menjamin pembiayaan kesehatan, maka akan semakin banyak masyarakat yang tidak mampu yang tidak memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana yang mereka butuhkan.

Dengan kecenderungan meningkatnya biaya hidup, termasuk biaya pemeliharaan kesehatan, diperkirakan beban masyarakat terutama penduduk berpenghasilan rendah akan bertambah berat. Biaya kesehatan yang meningkat akan menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan

kesehatan yang dibutuhkannya, terutama bila pembiayaannya harus ditanggung sendiri (*out of pocket*) dalam sistem *fee for services*.³¹

Sistem *fee for service* untuk sistem pelayanan kesehatan menyebabkan masyarakat sulit menjangkau pelayanan kesehatan yang layak. Namun, apabila hendak ikut asuransi, tidak banyak masyarakat yang mampu membayar biaya premi. Sebagai contoh, pada tahun 1995, biaya rawat inap pasien di rumah sakit selama lima hari menghabiskan 1,4 kali rata-rata pendapatan sebulan penduduk DKI Jakarta. Tahun 1998 biaya ini melonjak menjadi 2,7 kali. Apabila biaya tersebut tidak ditanggung oleh kantor atau asuransi, berarti biaya rumah tangga orang yang bersangkutan akan tersedot untuk membayar perawatan di rumah sakit. Pertanyaannya adalah bagaimana dan apa yang terjadi dengan penduduk miskin apabila mereka sakit, sementara biaya kesehatan makin meningkat dari waktu ke waktu.

Terkait hal ini, penting kiranya dilakukan pengembangan pemberdayaan masyarakat dan pranata-pranata lokal, misalnya melalui insentif pajak. Contohnya, pemberdayaan zakat, infaq, dan sodaqoh (Islam), perpuluhan (Kristen) dan dharma (Hindu), sehingga pembayar zakat, perpuluhan, dan dharma tidak perlu dikenakan pajak penghasilan. Di samping itu, bentuk-bentuk kearifan lokal yang sudah ada dan berkembang di masyarakat, perlu terus diperkuat. Misalnya: Banjar di Kabupaten Gianyar, Bali – yang terkait erat dengan desa adat – melalui

³¹ *Ibid.*, hlm. 14

iuran dana kesehatan untuk membantu masyarakat desa adat yang sakit; Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin) di Kabupaten Banyumas, Jateng – melalui sistem tabungan untuk dana kesehatan terutama untuk biaya persalinan pada saat ibu melahirkan; Bapak Angkat di Kabupaten Gianyar, Bali – dalam bentuk *mutual benefit* antara pengusaha (dalam bentuk kemudahan perijinan dan fasilitas internet) dengan murid dari keluarga miskin (dalam bentuk pelatihan keterampilan/ kerajinan); dokter kontrak di Kabupaten Gianyar, Bali – dalam bentuk iuran wajib kesehatan yang dibayarkan oleh kelompok masyarakat muslim kepada dokter swasta dengan menggunakan sistem kontrak.³²

Berdasarkan UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN, Pasal 2 disebutkan bahwa sistem jaminan sosial nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas kemanfaatan, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Selanjutnya pada Pasal 3 disebutkan bahwa, sistem jaminan sosial nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya. Serta pada Pasal 4 disebutkan, bahwa sistem jaminan sosial diselenggarakan berdasarkan prinsip kegotong-royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk

³² *Ibid.*

pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.³³

Dalam konteks penyelenggaraan sistem jaminan sosial, pada akhirnya terdapat beberapa hal yang menentukan keberhasilan program tersebut, yaitu:³⁴

1. Apakah *benefit package* atau manfaat program itu cukup menarik atau tidak (*adequacy of benefit*). Benarkah akan memberi rasa aman pada para pesertanya. Hal ini perlu dikemukakan karena sering ada manfaat yang tidak cukup memberi rasa aman, terlalu kecil sehingga tidak populer dan sulit berkembang.
2. Bagaimana manfaat/ santunan itu diberikan. Sulit atau mudahkan diperoleh manfaat yang dijanjikan. Kecukupan sarana untuk memberikan pelayanan harus menjadi pertimbangan. Misalnya, dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan, tersedianya sarana kesehatan yang memadai sangat penting sebagai pertimbangan kelayakan program jaminan sosial.
3. Kemampuan badan penyelenggara jaminan sosial terkait kredibilitas dan kepercayaan publik sehingga mampu menjamin rasa aman pesertanya. Hal ini terkait dengan profesionalisme dan integritas sumber daya manusia badan penyelenggara serta

³³ Lihat Pasal, 2, 3, dan 4, UU No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN dan Penjasannya.

³⁴ Sulastomo, *Sistem..Op. Cit*, hlm. 10

kebijakan penyelenggara proram jaminan sosial, baik dari aspek akuntabilitas, transparansi, kejujuran terkait pemanfaatan dana, serta investasi dalam upaya memeperoleh nilai tambah dana yang ada.

4. Peran pemerintah, pemberi dan penerima kerja serta para *decision makers* lainnya, didalam memahami prinsip-prinsip penyelenggraan jaminan sosial.

Untuk mengukur tingkat keberhasilan suatu program, pemahaman terhadap prinsip-prinsip jaminan sosial secara komprehensif menjadi penting. Karena berdasarkan UU No. 23 tahun 2009 tentang Kesehatan, dan konstitusi WHO menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap individu. Selain itu, UUD 1945 Pasal 28H menetapkan bahwa “setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.” Oleh karena itu, negara bertanggungjawab untuk mengatur agar hak hidup sehat bagi penduduknya dapat terpenuhi. MPR RI melalui perubahan keempat UUD 1945, tanggal 10 Agustus 2002, telah melakukan perubahan dan/atau penambahan pada Pasal 34 ayat 2 yang menyatakan bahwa “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”. Keputusan MPR RI tersebut menjadi landasan yang kuat bagi dikembangkannya suatu sistem jaminan kesehatan bagi keluarga miskin (JPK – Gakin) yang terkait dengan penyelenggaraan sistem jaminan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan yaitu

Jaminan Kesehatan Nasional (Jamkesmas), yang menjadi bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).³⁵

Selanjutnya, juga terdapat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 527/Menkes/Per/ VII/1993 tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang mencantumkan adanya suatu paket pemeliharaan kesehatan yang berisi kumpulan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh suatu badan penyelenggara dalam rangka melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, yang meliputi rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan penunjang.

Oleh karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin.

Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang

³⁵ *Ibid.*, hlm. 17

umumnya masih rendah. Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun.³⁶

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.³⁷

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak awal Agenda 100 hari Pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan

³⁶ Naskah Akademik RUU BPJS 2007.

³⁷ Depkes, *Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat*, (Jakarta: Depkes, 2008), hlm. 1

Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.³⁸

Program ini telah berjalan memasuki tahun ke empat dan telah banyak hasil yang dicapai terbukti dengan terjadinya kenaikan yang luar biasa dari pemanfaatan program ini dari tahun ke tahun oleh masyarakat miskin dan pemerintah telah meningkatkan jumlah masyarakat yang dijamin maupun pendanaannya. Namun disamping keberhasilan yang telah dicapai, masih terdapat beberapa permasalahan yang perlu dibenahi antara lain: kepesertaan yang belum tuntas, peran fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator dan sekaligus sebagai pembayar atas pelayanan kesehatan, verifikasi belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan pembayaran, kurangnya pengendalian biaya, penyelenggara tidak menanggung resiko.

Atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan pengelolaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat miskin pada tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana

³⁸ *Ibid.*, hlm. 2

langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran.³⁹

Berdasarkan perubahan-perubahan kebijakan pelaksanaan Tahun 2008, perlu di terbitkan Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2008. Pedoman ini memberikan petunjuk secara umum kepada semua pihak terkait dalam mekanisme pelaksanaan Program Jamkesmas tahun 2008. Untuk pengaturan lebih teknis maka diterbitkan beberapa Petunjuk Teknis, dan pengembangan secara bertahap Sistem Informasi Manajemen yang berbasis teknologi informasi.

Pelaksanaan program jaminan kesehatan di Indonesia, secara yuridis didasarkan pada:

- 1). UUD 1945 pasal 28 H ayat (1), yang menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin,

³⁹ *Ibid.*, hlm. 2

bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dan Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak.

- 2). UU No. 23 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 3). UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286)
- 4). UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355).
- 5). UU No. 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400)
- 6). UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 116, Tambahan Lembaran Negara No. 4431)
- 7). UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan

Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti UU No. 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara No. 4548).

- 8). UU No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637).
- 9). UU No. 45 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 133, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4778).
- 10). PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 No.49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637).
- 11). PP No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antar Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

(Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737).

12). PP No. 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 No.89, Tambahan Lembaran Negara No. 4741).

13). Perpres No. 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia, sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden No. 94 Tahun 2006.

14). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip-prinsip: a). Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin; b). Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang '*cost effective*' dan rasional; c). Pelayanan Terstruktur, berjenjang dengan Portabilitas dan ekuitas; d). Transparan dan akuntabel.⁴⁰

⁴⁰ Depkes, *Pedoman..Op. Cit.*, hlm. 5

C. Jaminan Kesehatan di Era Otonomi Daerah

Seorang filosof terkemuka, Plato mengungkapkan bahwa negara dibentuk oleh dan ditujukan untuk manusia. Negara menyejahterakan rakyatnya adalah suatu keharusan. Demikian pula Aristoteles yang mengatakan bahwa, tujuan pembentukan negara adalah untuk kebaikan seluruh rakyat. Hal ini pun berlaku di Indonesia, sebagaimana digariskan Pendiri Bangsa (*founding fathers*) yang diamanatkan dalam Pembukaan dan Undang-Undang Dasar 1945. Saat ini di Indonesia, pemenuhan semua jaminan sosial diserahkan pada mekanisme pasar melalui 4 (empat) BPJS berbentuk Perseroan Terbatas (PT), yakni Jamsostek, Askes, Taspen, dan Asabri yang dimiliki oleh negara (BUMN).

Merujuk pada UU No. 19 Tahun 2003 tentang BUMN dan UU No. 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas (PT), keberadaan BUMN dan PT adalah mencari keuntungan. Padahal filosofi, tujuan, struktur manajemen, dan jenis produk BPJS sebagai Badan Hukum penyelenggaraan jaminan sosial seharusnya tidak mencari keuntungan. UU SJSN telah memerintahkan koreksi atas kekeliruan penggunaan instrumen pasar itu.

Konsep jaminan sosial yang diusung BPJS juga berbeda dengan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Dana Jamkesmas disalurkan sesuai kuota yang ditetapkan, tidak kembali ke kas negara (bersifat habis pakai), dan terbatas pada kriteria masyarakat miskin. Sedangkan BPJS menggunakan sistem asuransi, sarannya bagi seluruh

warga negara Indonesia (*universal coverage*), bahkan dana akumulasinya dapat digunakan sebagai cadangan devisa negara.

Menurut Thabrany, dalam merumuskan konsep jaminan sosial di Indonesia, yang harus pula dipahami adalah adanya tiga pilar jaminan utama, yaitu:⁴¹ *Pilar pertama*, yang dibawah adalah pilar bantuan sosial (*social assistance*) bagi mereka yang miskin dan tidak mampu atau tidak memiliki penghasilan tetap yang memadai untuk memenuhi *kebutuhan dasar* hidup yang layak. Dalam praktiknya, bantuan sosial ini diwujudkan dengan bantuan iuran oleh pemerintah agar mereka yang miskin dan tidak mampu dapat tetap menjadi peserta SJSN.

Pilar kedua, adalah pilar asuransi sosial yang merupakan suatu sistem asuransi yang wajib diikuti bagi semua penduduk yang mempunyai penghasilan (diatas garis kemiskinan) dengan membayar iuran yang proporsional terhadap penghasilannya/upahnya. Pilar satu dan pilar kedua ini merupakan fondasi SJSN untuk memenuhi *kebutuhan dasar hidup* yang layak yang harus diikuti dan diterima oleh seluruh rakyat (pilar jaminan sosial publik). *Pilar ketiga*, adalah pilar tambahan atau suplemen bagi mereka yang *menginginkan* jaminan yang lebih besar dari jaminan kebutuhan standar hidup yang layak dan mereka yang mampu membeli jaminan tersebut (pilar jaminan swasta/privat yang berbasis sukarela/dagang). Pilar ini dapat diisi dengan membeli asuransi komersial (baik asuransi kesehatan, pensiun, atau asuransi jiwa), tabungan sendiri,

⁴¹ Hasbullah Thabrany, "Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN," makalah dalam *The World Health Report* di Geneva, tahun 2005, hlm. 6

atau program-program lain yang dapat dilakukan oleh perorangan atau kelompok seperti investasi saham, reksa dana, atau membeli properti sebagai tabungan bagi dirinya atau keluarganya. Pada *pilar ketiga* jaminan kesejahteraan, yang akan dipenuhi adalah *keinginan (want, demand)* sedangkan pada dua pilar pertama yang dipenuhi adalah *kebutuhan (need)*.⁴²

Salah satu perbedaan pendapat yang muncul dalam pembahasan RUU BPJS adalah mengenai bentuk yang tepat untuk mengatur penyelenggaraan BPJS, apakah UU BPJS bersifat mengatur (*regeling*) atau menetapkan (*beschikking*). Sementara secara jelas, amanat pasal 5 ayat (4) UU SJSN jelas mengatakan bahwa pembentukan BPJS harus diatur dengan UU, dimana UU pasti bersifat pengaturan (*regeling*), dan bukan penetapan (*beschikking*).

RUU BPJS hanya dapat mengatur keberadaan badan (lembaga) dari penyelenggara jaminan sosial, tidak mengatur perihal sistem penyelenggaraannya. Penyelenggaraan sistem jaminan sosial di Indonesia akan terus salah terap, dan tidak mencapai tujuan utama, yaitu kesejahteraan rakyat, jika sejak awal dilaksanakan dengan konsep yang salah. Empat BPJS yang sudah ditetapkan melalui UU SJSN akan tetap berjalan tidak sesuai dengan prinsip jaminan sosial yang diatur dalam Pasal 4 UU SJSN. Prinsip kerja keempat BPJS tersebut akan tetap bersifat profit.

⁴² *Ibid.*

Walau demikian, keinginan memasukkan pengaturan sistem jaminan sosial dalam RUU BPJS sebagai upaya koreksi atas salah terap SJSN selama ini, juga seharusnya tidak mengabaikan beberapa persoalan mendasar, yaitu: UU SJSN belum mengatur sistem penyelenggaraan jaminan sosial berdasarkan prinsip yang dianut dan UU SJSN belum memiliki peraturan pelaksana. Untuk mengimplementasikan ketentuan UU SJSN, setidaknya dibutuhkan 10 (sepuluh) Peraturan Pemerintah (PP) dan 11 (sebelas) Peraturan Presiden (perpres). Namun, saat ini, pemerintah baru membuat Perpres No. 44 Tahun 2008 tentang Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).⁴³

Bertolak dari argumen di atas, alasan harus dibentuknya UU BPJS, yaitu: 1). Sebagai pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 pasca Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap perkara Nomor 007/PUU-III/2005; 2). Untuk memberikan kepastian hukum bagi BPJS dalam melaksanakan program jaminan sosial berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004; 3). Sebagai dasar hukum bagi pembentukan BPJS tingkat daerah yang dapat dibentuk dengan peraturan daerah dengan memenuhi ketentuan tentang sistem jaminan sosial nasional sebagaimana diatur dalam UU No. 40 Tahun 2004; 4). Untuk meningkatkan kinerja BPJS tingkat nasional dan sub sistemnya pada tingkat daerah melalui peraturan yang jelas mengenai tugas pokok, fungsi, organisasi yang efektif, mekanisme penyelenggaraan yang sesuai dengan prinsip-prinsip *good governance*, mekanisme pengawasan,

⁴³ "DPR.Didesak.Segera.Sahkan.RUU.BPJS," dalam health.kompas.com, akses pada 11 April 2012

penanganan masa transisi dan persyaratan untuk dapat membentuk BPJS daerah atau pengelolaan jaminan kesehatan yang komprehensif di daerah.

Jaminan kesehatan sebagai bagian dari sistem jaminan sosial di Indonesia adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Program jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas. Tujuannya adalah memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Prinsip asuransi sosial meliputi kepesertaan yang bersifat wajib dan non-diskriminatif, bagi kelompok formal, iuran berdasar presentase pendapatan menjadi beban bersama antara pemberi dan penerima kerja, sampai batas tertentu. Sehingga ada kegotong-royongan antara yang kaya-miskin, risiko sakit tinggi-rendah, tua-muda, dengan manfaat pelayanan medis yang sama (prinsip ekuitas),

bersifat komprehensif, meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai.⁴⁴

Dalam rangka melaksanakan tugas pemenuhan kebutuhan publik, termasuk bidang kesehatan, dalam negara hukum kesejahteraan dibutuhkan lembaga-lembaga dan standar tertentu untuk menjamin terselenggaranya keadilan dan kesejahteraan rakyat melalui hukum. Namun, dikarenakan luasnya permasalahan yang dihadapi masyarakat, tidak semua tindakan yang dilakukan penyelenggara negara ada aturan hukumnya. Karena itu, dalam konteks otonomi daerah, timbul konsekuensi khusus dimana administrasi negara memerlukan kemerdekaan bertindak atas inisiatif sendiri, utamanya dalam menyelesaikan masalah-masalah yang genting dan penting di daerah. Ketentuan ini timbul karena biasanya aturan hukumnya belum ada, tetapi juga bisa timbul karena aturan yang ada ternyata masih samar-samar atau bersifat umum, sehingga perlu ditegaskan melalui aturan kebijakan khusus yang disebut *discretionary power* atau *freies Ermessen*,⁴⁵ atau dalam teori Imam Malik disebut *al-maslahah*.⁴⁶

Lahirnya kebebasan bertindak atau peraturan kebijakan (*beleidsregel*), memang hadir ketika dibutuhkan pemecahan persoalan yang tidak dapat ditemukan dalam peraturan perundang-undangan dan keputusan administrasi negara. Karena dalam konsep *welfare state*,

⁴⁴ Pasal 19, 22 dan 27 UU No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN. Lihat pula Sulastomo, *Op. Cit.*, hlm. 22

⁴⁵ SF. Marbun, *Op. Cit.*, hlm. 168.

⁴⁶ Juniarso Ridwan, *Op. Cit.*, hlm. 46.

terdapat prinsip yang harus dipegang, yakni pemerintah tidak boleh menolak untuk memberikan jaminan pemenuhan kebutuhan kepada masyarakat dengan alasan tidak ada peraturan perundang-undangan yang mengaturnya atau belum ada peraturan perundang-undangan yang dijadikan dasar kewenangan untuk melakukan perbuatan hukum.⁴⁷ Oleh karena itu, kebebasan bertindak dalam konteks negara hukum modern melekat pada fungsi pemerintah (*inherent ann het bestuur*).⁴⁸ Namun demikian, tidak semua tindakan pemerintah melalui peraturan kebijakan dapat dibenarkan secara hukum.

Di era otonomi daerah, pembangunan sebagai bagian integral dari pembangunan nasional tidak bisa dilepaskan dari prinsip otonomi. Sebagai daerah otonom, suatu daerah harus memiliki kewenangan dan tanggung jawab dalam menyelenggarakan kepentingan masyarakat berdasarkan prinsip keterbukaan, partisipasi, dan pertanggungjawaban kepada masyarakat, termasuk dalam bidang kesehatan.⁴⁹

Untuk mendukung terselenggaranya otonomi daerah diperlukan kewenangan yang luas, nyata dan bertanggung jawab di daerah secara proporsional dan berkeadilan, jauh dari praktik KKN serta adanya pertimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah.

Bertitik tolak dari argumen tersebut, dapat ditarik pemahaman bahwa kaidah partisipasi, transparansi, dan keadilan dalam

⁴⁷ Juniarso Ridwan, *Ibid.*, hlm. 153.

⁴⁸ Ridwan HR, *Tiga Dimensi Hukum Administrasi dan Peradilan Administrasi*, (Yogyakarta: FH-UII Press, 2009), hlm. 80-81.

⁴⁹ Juniarso Ridwan & A. Sodik Sudrajat, *Op. Cit.*, hlm. 116

penyelenggaraan pemerintahan daerah senantiasa menjadi perhatian. Bahkan dengan pergeseran penyelenggaraan pemerintahan dari sentralisasi ke desentralisasi, diharapkan bisa meningkatkan kemampuan dan tanggung jawab politik daerah dalam membangun proses demokrasi daerah.⁵⁰

Dalam hukum administrasi, wewenang daerah otonom dalam penyelenggaraan pemerintahan, dapat diperoleh melalui tiga cara; *Pertama*, secara atribusi, yaitu, penyerahan wewenang pemerintahan oleh pembuat undang-undang kepada organ pemerintahan. Dengan kata lain, wewenang ini diperoleh langsung dari undang-undang atau Perda. *Kedua*, secara delegasi yaitu, pelimpahan wewenang oleh organ pemerintahan kepada organ lainnya. Wewenang delegasi ini terjadi ketika daerah melaksanakan urusan yang berasal dari tugas pembantuan. *Ketiga*, wewenang yang muncul dari prakarsa dan inisiatif sendiri dari masing-masing daerah, seiring kebebasan dan kemandirian yang dimilikinya serta kekhasan daerah atau disebut urusan yang bersifat pilihan.⁵¹

Implementasi kewenangan dalam konteks pemerintah daerah dewasa ini dapat diwujudkan dalam bentuk kerjasama daerah. Menurut Pamudji kerja sama pada hakikatnya mengindikasikan adanya dua pihak atau lebih yang berinteraksi atau menjalin hubungan-hubungan yang bersifat dinamis untuk mencapai suatu tujuan bersama. Atas dasar definisi ini Pamudji menyebut kerjasama antar daerah dapat diwujudkan dalam

⁵⁰ *Ibid.*, hlm. 129

⁵¹ Ridwan, *Op.Cit.*, hlm. 67.

bentuk bilateral dan multilateral. Kerjasama bilateral mewujud antara provinsi dengan kabupaten. Sedangkan kerjasama multilateral, mewujud dalam kerjasama antara provinsi dan beberapa kabupaten atau lebih untuk bersama-sama mengatur kepentingan daerah yang bersangkutan.⁵² Misalnya saja kerjasama provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan seluruh kabupaten/kota yang ada di Daerah Istimewa Yogyakarta dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan semestra.

Pembagian kewenangan ini secara lebih nyata juga dapat kita lihat dalam PP No. 19 Tahun 2010 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah Di wilayah Provinsi, utamanya dalam aspek pengelolaan keuangan daerah disebutkan bahwa Pemerintahan daerah provinsi, kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan, kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan Pemerintah dilaksanakan melalui asas dekonsentrasi.

Dengan demikian, penyelenggaraan pemerintahan daerah telah mengikuti norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditentukan oleh Pemerintah. Penyerahan urusan pemerintahan yang sebagian besar diberikan kepada pemerintah kabupaten/kota menuntut Pemerintah untuk memastikan bahwa kabupaten/kota mengatur dan mengurus urusan tersebut sesuai dengan norma, standar, prosedur, dan kriteria. Untuk

⁵² *Ibid.*, hlm. 107

memenuhi kebutuhan tersebut UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, menempatkan posisi gubernur selaku kepala daerah provinsi sekaligus berkedudukan sebagai wakil Pemerintah di wilayah provinsi. Misalnya saja keberadaan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta atau Gubernur Sumatera Selatan yang memelopori Jaminan Kesehatan Semesta.

Pengaturan mengenai tata cara yang lebih jelas dalam memperkuat peran gubernur sebagai wakil Pemerintah untuk melaksanakan pembinaan, pengawasan, koordinasi, dan penyelarasan kegiatan pembangunan di daerah akan dapat mengurangi ketegangan yang selama ini sering terjadi pada hubungan antara bupati/walikota dan gubernur di daerah. Perbedaan dalam memahami pola hubungan antarkedua tingkatan pemerintahan di daerah tersebut cenderung mempersulit koordinasi dan sinergi dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan di tingkat kabupaten/kota. Pengaturan peran gubernur sebagai wakil Pemerintah juga diperlukan agar gubernur dapat mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk mencegah dan mengendalikan konflik yang terjadi di antara kabupaten/kota dalam penyelenggaraan pemerintahan di daerah.⁵³

Pasal 3 ayat (1) PP Nomor 19 Tahun 2010 Tata Cara Pelaksanaan Tugas Dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah Di Wilayah Provinsi dijelaskan bahwa “Gubernur sebagai wakil Pemerintah memiliki tugas dan wewenang melaksanakan

⁵³ Lihat Pasal 3 Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2010 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah di Wilayah Provinsi

urusan pemerintahan meliputi: a) koordinasi penyelenggaraan pemerintahan antara pemerintah daerah provinsi dengan instansi vertikal, dan antar instansi vertikal di wilayah provinsi yang bersangkutan; b) koordinasi penyelenggaraan pemerintahan antara pemerintah daerah provinsi dengan pemerintah daerah kabupaten/kota di wilayah provinsi yang bersangkutan; c) koordinasi penyelenggaraan pemerintahan antar pemerintahan daerah kabupaten/kota di wilayah provinsi yang bersangkutan; d) pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pemerintahan daerah kabupaten/kota; e) menjaga kehidupan berbangsa dan bernegara serta memelihara keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia; f) menjaga dan mengamalkan ideologi Pancasila dan kehidupan demokrasi; g) memelihara stabilitas politik; h) menjaga etika dan norma penyelenggaraan pemerintahan di daerah; dan i) koordinasi pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan tugas pembantuan di daerah provinsi dan kabupaten/kota”.

Pada ayat (2) PP tersebut juga dijelaskan bahwa “gubernur sebagai wakil Pemerintah juga melaksanakan urusan pemerintahan di wilayah provinsi yang menjadi kewenangan Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”. Maka, dalam konteks kewenangan pemerintah daerah tersebut, utamanya kepala daerah, maka melalui Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 tentang Jaminan Kesehatan Semesta, melaksanakan kebijakan Jaminan Kesehatan yang bersifat semesta, yang tujuan utamanya adalah mengatur

sistem pelaksanaan jaminan kesehatan antara pemerintah provinsi dan seluruh kabupaten/kota se-Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Dalam konsideran Menimbang Peraturan Gubernur tersebut disebutkan bahwa “Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan taraf hidup menuju terwujudnya masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur.”

Dalam upaya mewujudkan masyarakat Daerah Istimewa Yogyakarta yang sejahtera, adil dan makmur, Gubernur dan Bupati/Walikota se-Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta berkomitmen untuk menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Semesta pada tanggal 29 September 2010, yang dituangkan ke dalam Kesepakatan Bersama,⁵⁴ dan yang juga disebutkan dalam Pasal 2 Peraturan Gubernur ini juga disebutkan bahwa “Maksud diselenggarakannya Jamkesta sebagai upaya untuk sinkronisasi, koordinasi, dan sinergi menuju integrasi antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dalam

⁵⁴ Penjelasan lebih rinci dapat disimat dalam (MoU) Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kota Yogyakarta Nomor 12/KSP/IX/2010 dan Nomor 11/NKB/2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Bantul Nomor 13/KSP/IX/2010 dan Nomor 49/MoU/BE/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Kulon Progo Nomor 15/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 14/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX415.4/10/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 16/KSP/IX/2010 dan Nomor 55/PK.KDH/A/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.

pengembangan dan penyelenggaraan program jaminan kesehatan guna memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat”. Selain itu, dalam Pasal 3 disebutkan pula bahwa “Tujuan diselenggarakannya Jamkesta adalah memberikan wadah dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan kepada penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan jaminan kesehatan, secara terintegrasi”. Penjelasan ini menurut penulis secara teoritik merupakan wujud implementasi dari konsep negara hukum modern yang memberikan jaminan kesejahteraan warga negara, utamanya dalam bidang kesehatan.⁵⁵

⁵⁵ Lihat Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2011 Tentang Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi D.I Yogyakarta.

BAB IV
PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DI DAERAH ISTIMEWA
YOGYAKARTA BERDASARKAN UNDANG-UNDANG NOMOR 40 TAHUN 2004
TENTANG SISTIM JAMINAN SOSIAL NASIONAL

A. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Sleman, Bantul, Gunungkidul, Kota Yogyakarta dan Provinsi DIY sebelum Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2010.

Negara bertanggung jawab untuk mengatur agar hak hidup sehat bagi penduduknya dapat terpenuhi. MPR RI melalui perubahan keempat UUD 1945, tanggal 10 Agustus 2002, telah melakukan perubahan atau penambahan pada Pasal 34 ayat 2 yang menyatakan "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan".

Amanat lain juga disebutkan dalam Undang-Undang 1945 Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 bahwa "*Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.*" Amanah UUD 1945 ini telah direspon oleh pemerintah bersama dengan Dewan Perwakilan Rakyat yang secara resmi menetapkan UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistim Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada tanggal 19 Oktober Tahun 2004, yang didalamnya termasuk jaminan pemeliharaan kesehatan.

Pemerintah yang dimaksud dalam Undang-Undang tersebut meliputi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota). Hal ini dapat dilihat dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dimana pada Pasal 22 huruf h dan Pasal 167 menyebutkan bahwa Pemerintah Daerah

berkewajiban untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial yang di dalamnya termaktub Sistem Jaminan Kesehatan.

Peran Pemerintah Daerah untuk menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial semakin kuat dengan dikabulkannya *judicial review* atas UU Nomor 24 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) oleh Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia dengan Putusan terhadap perkara nomor 007/PUU-III/2005 tentang Pengujian UU SJSN.

Sehingga dengan demikian sangat jelas bahwa upaya mengembangkan sistem jaminan sosial di daerah untuk mewujudkan cakupan terlindunginya seluruh penduduk (*universal coverage*), sudah seharusnya disadari oleh Pemerintah tidak sekedar untuk memenuhi Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan saja, tetapi lebih dari itu juga untuk melaksanakan kewajiban konstitusional.

Penekanan Pembangunan Jangka Panjang Tahap ke II saat ini adalah pertumbuhan ekonomi dan peningkatan kualitas sumber daya manusia, kemampuan masyarakat ditingkatkan agar menjadi masyarakat yang maju dan mandiri. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan memberi modal kecerdasan dan produktivitas, serta mendorong kemandirian masyarakat melalui peningkatan peran serta masyarakat.

Kesehatan memainkan peranan penting dalam meningkatkan kualitas hidup, kecerdasan dan produktifitas sumber daya manusia. Mengingat pentingnya kesehatan dalam kehidupan manusia, maka Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan dan *World Health Organization* telah menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap individu. Dengan demikian akses terhadap kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan sudah seharusnya merupakan hak setiap penduduk dan pemerintah memiliki peran serta tanggungjawab untuk menjamin dan mengatur sedemikian rupa

sehingga setiap penduduk memiliki kesempatan yang sama (*equal opportunities*) terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya tanpa memandang latar belakang agama, suku, jenis kelamin dan tingkat sosial ekonomi.

Namun di luar idealita tersebut di atas, masyarakat merasakan adanya jasa pelayanan kesehatan yang cenderung naik dan mahal. Tingginya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh perseorangan, menyebabkan tidak semua anggota masyarakat mampu untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Selain itu, kemampuan pemerintah untuk mensubsidi pelayanan kesehatan sangat rendah. Tanpa sistem yang menjamin pembiayaan kesehatan, maka akan semakin banyak masyarakat yang tidak mampu memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana mereka butuhkan.¹

Kondisi pembiayaan kesehatan yang semakin mahal ini hampir dirasakan oleh seluruh tingkat ekonomi masyarakat, terutama masyarakat miskin dan paska miskin. Dalam rangka menjamin akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, pemerintah telah mengeluarkan program Jamkesmas. Melalui program ini penduduk yang memenuhi kriteria miskin dijamin sepenuhnya pelayanannya oleh negara. Negara membayar premi asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin. Mahalnya biaya pelayanan kesehatan menyebabkan sebagian besar masyarakat tidak akan mampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. Hal ini jika tidak segera diperbaiki akan menyebabkan rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Disamping masalah akses pelayanan kesehatan, masalah mutu pelayanan kesehatan juga merupakan faktor yang penting untuk diperhatikan. Pelayanan kesehatan yang terjangkau dan bermutu bagi seluruh masyarakat merupakan keniscayaan yang harus diperjuangkan dan direalisasikan.

¹Mukti Ali Gufron, Naskah Akademik Jaminan Kesehatan Semesta, tahun 2010, hal 1

Akan tetapi pada kenyataannya, belum semua masyarakat miskin dapat dijamin oleh Pemerintah melalui program Jamkesmas. Oleh karena itu merupakan kewajiban Pemerintah Daerah (Provinsi/Kabupaten/Kota) untuk melaksanakan turut serta mengembangkan Sistem Jaminan Sosial yang di dalamnya termaktub Sistem Jaminan Kesehatan.

Pemerintah Provinsi DIY, Kabupaten Bantul, Sleman, Kulon Progo, Gunungkidul dan Kota Yogyakarta masing-masing mempunyai kebijakan sendiri-sendiri dalam menjamin kesehatan masyarakatnya. Masyarakat yang belum mempunyai Jaminan Kesehatan dijamin oleh masing-masing Daerah melalui program Penerima Biaya Iuran (PBI) dapat dilihat berdasarkan tabel berikut:

Tabel 1, Program-PBI Tahun 2012

| KABUPATEN/ KOTA | MASKIN | KADER Posyandu | PENYANDANG MASALAH SOSIAL | KADER Budaya | TOTAL | INSTANSI PENGAMPU |
|--------------------|---------|-------------------|------------------------------|-----------------|---------|----------------------|
| YOGYAKARTA | 13,200 | 4,252 | 8,004 | | 25,456 | Nakertransos |
| BANTUL | 92,000 | 6,086 | 3,778 | | 101,864 | BKK |
| GUNUNGKIDUL | 83,000 | 5,570 | 2,112 | | 90,682 | Kesra |
| KULONPROGO | 56,000 | 4,475 | 3,939 | | 64,414 | Kesra |
| SLEMAN | 19,000 | 7,503 | 6,081 | | 32,584 | Nakersos |
| | | | | 5,000 | 5,000 | Pemda DIY |
| JUMLAH | 263,200 | 27,886 | 23,914 | 5,000 | 320,000 | |

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi DIY

Berdasarkan data Tabel 1 di atas, masyarakat yang dijamin atau dibayar iurannya oleh masing-masing Pemerintah Daerah melalui program Penerima Bantuan Iuran (PBI) bagi masyarakat miskin dan tidak mampu ternyata tidak hanya diberikan kepada Masyarakat Miskin (Maskin) tetapi juga kepada Kader Posyandu, penyandang masalah sosial, dan Kader Budaya dengan jumlah total sebanyak 320.000 jiwa. Program PBI ini di lakukan oleh Pemerintah Pusat dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas),

Pemerintah Provinsi DIY dengan Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos), dan Pemerintah Kabupaten/Kota se provinsi DIY dengan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Secara khusus program dan instansi penyelenggara jaminan kesehatan sosial di wilayah Propinsi DIY dapat diidentifikasi sebagaimana tabel berikut:

Tabel 2, Program dan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial

| Program Jaminan Kesehatan | Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. |
|--|--|
| 1. Jamkesmas | Kementerian Kesehatan RI |
| 2. Program Jaminan Kes Sosial (JAMKESOS) | UPTD Bapel Jamkesos Provinsi DIY |
| 3. Program jaminan Kes Daerah Sleman | UPT JPKM Kabupaten Sleman |
| 4. Program Jaminan Kes Daerah Kota Yk. | UPT Penyelenggara Jamkesda Kota Yogyakarta |
| 5. Bantuan Kes Provinsi DIY (SKTM) | UPTD Bapel Jamkesos Provinsi DIY |
| 6. Bantuan Kes Kab Sleman | UPT JPKM Kabupaten Sleman |
| 7. Bantuan Kes Kab.Bantul | UPTD Jamkesda Bantul |
| 8. Bantuan Kes Kab. Kulon Progo | UPT Jamkes Kabupaten Kulon Progo |
| 9. Bantuan Kes Kota Yogyakarta | UPT Penyelenggara Jamkesda Kota Yogyakarta |
| 10. Bantuan kes Gunungkidul | Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul |

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi DIY

Dari uraian-uraian hasil penelitian tersebut di atas, jika dibandingkan dengan teori dan makna utama desentralisasi dalam konteks otonomi daerah maka problematika implementasi otonomi daerah melalui UU 32 Tahun 2004, relasi kekuasaan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah di Indonesia mengalami kecenderungan kembali ke kutub sentralisasi. Program jaminan kesehatan sebenarnya adalah menjadi urusan Pemerintah Pusat melalui Jamkesmas, tetapi dalam PP 38 Tahun 2004 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Terkait mengenai jaminan kesehatan menyebutkan

bahwa pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota mempunyai wewenang untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan. Sedangkan pemerintah pusat menetapkan norma, standar, pedoman dan kebijakan umum penyelenggaraan jaminan kesehatan.² Di lapangan program yang dijalankan oleh Pemerintah Pusat ini masih belum bisa memenuhi terjaminnya semua masyarakat miskin yang tidak mampu di daerah, sehingga pemerintah Provinsi DIY dan pemerintah Kabupaten/Kota se Provinsi DIY berupaya untuk memenuhi kekurangan tersebut melalui Jamkesos dan Jamkesdanya sesuai dengan kewenangan pemerintah daerah untuk menentukan kebijakannya sendiri sesuai dengan kondisi dan aspirasi masyarakat setempat. Karena itu, dalam konteks otonomi daerah, timbul konsekuensi khusus dimana administrasi negara memerlukan kemerdekaan bertindak atas inisiatif sendiri, utamanya dalam menyelesaikan masalah-masalah yang genting dan penting di daerah. Ketentuan ini timbul karena biasanya aturan hukumnya belum ada, tetapi juga bisa timbul karena aturan yang ada ternyata masih samar-samar atau bersifat umum, sehingga perlu ditegaskan melalui aturan kebijakan khusus yang disebut *discretionary power* atau *freies Ermessen*,³ atau dalam teori Imam Malik disebut *al-maslahah*.⁴

B. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta sesuai dengan Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2010.

I. Gambaran Umum Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY)

DIY terletak di bagian tengah-selatan Pulau Jawa, secara geografis terletak pada 7,33 – 8,12 Lintang Selatan dan 110 – 110,50 Bujur Timur, dengan luas 3.185,80 km².

²Konsepsi itu secara utuh dapat dilihat pada Lampiran Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Bidang Kesehatan.

³SF. Marbun, *Peradilan Administrasi...Op. Cit.*, hlm. 168.

⁴Juniarso Ridwan, & A. Sodik Sudrajat, *Hukum Administrasi...Op. Cit.*, hlm. 46.

Wilayah administrasi terdiri dari 1 kota (Yogyakarta) dan 4 kabupaten (Bantul, Sleman, Kulonprogo dan Gunung Kidul), 78 kecamatan dan 438 kelurahan/desa, dengan jumlah penduduk 3.597.900 jiwa⁵.

Jumlah penduduk yang cukup besar merupakan potensi sumber daya manusia dalam pelaksanaan pembangunan. Akan tetapi potensi sumber daya manusia ini akan menjadi ancaman apabila derajat kesehatan masyarakat rendah dan tidak ada jaminan. Agar pelayanan terhadap masyarakat tetap dapat berjalan secara maksimal maka perlu didukung program jaminan kesehatan untuk semua bagi penduduk DIY. Dengan adanya jaminan kesehatan maka setiap masyarakat tidak merasa khawatir apabila sakit karena tidak ada biaya untuk berobat. Oleh karena itu jaminan kesehatan menjadi prioritas utama Pemerintah Provinsi DIY menuju *Universal Coverage* Jaminan Kesehatan pada Tahun 2012.⁶

Dalam Peraturan Gubernur DIY Nomor 20 Tahun 2011 tentang Rencana Kerja Perangkat Daerah Tahun 2012, disebutkan bahwa Prioritas Pembangunan Daerah tahun 2012 pada dasarnya adalah gambaran prioritas pembangunan tahun rencana yang diambil dan dikaitkan dengan program pembangunan daerah (RPJMD) tahun rencana serta prioritas nasional tahun 2012. Dekomposisi tema menjadi prioritas mempertimbangkan empat dimensi penting yaitu:

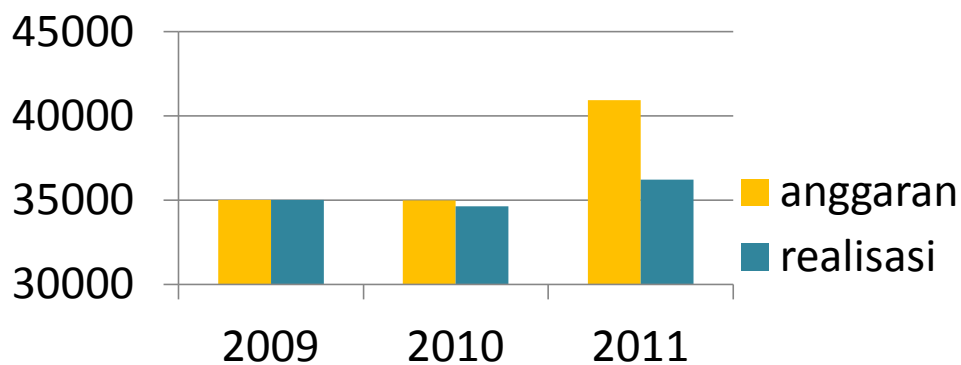
1. Dimensi ekonomi, diarahkan dalam upaya meningkatkan produktifitas, stabilitas ekonomi, dan pemerataan ekonomi.
2. Dimensi infrastuktur diarahkan dalam upaya mementapkan sarana prasarana pelayanan publik dan pelaksanaan rehabilitasi dan rekontruksi.

⁵Dikutip dari Data Statistik dari BPS (DIY dalam Angka 2009) tahun 2005-2015

⁶Lihat Peraturan Gubernur DIY Nomor 20 tahun 2011 tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Tahun 2012

3. Dimensi kesejahteraan rakyat, diarahkan dalam upaya memperluas cakupan dan meningkatkan mutu pelayanan dasar utamanya kepada masyarakat miskin.
4. Dimensi pemerintahan, diarahkan dalam upaya meningkatkan profesionalisme aparatur dan tata kelola pemerintahan yang lebih efektif.

Oleh sebab itu sebagai tindak lanjut komitmen Pemerintah Provinsi DIY sebagaimana disebutkan pada prioritas nomor 3 di atas yaitu dimensi kesejahteraan rakyat, diarahkan dalam upaya memperluas cakupan dan meningkatkan mutu pelayanan dasar utamanya kepada masyarakat miskin, alokasi anggaran untuk jaminan kesehatan juga mengalami peningkatan jika dibandingkan pada tahun 2009, 2010, dan 2011. Untuk Tahun Anggaran 2012, alokasi anggaran jaminan kesehatan sebesar 60 milyar.



Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi DIY

II. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos) Provinsi DIY selaku lembaga yang melaksanakan Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta.

Bapel Jamkesos didirikan melalui inisiatif Pemerintah Propinsi DIY untuk merespon kebutuhan masyarakat terhadap jaminan kesehatan mereka. Perkembangan

masyarakat yang cukup pesat perlu diimbangi dengan penyediaan fasilitas kesehatan yang memungkinkan berbagai perubahan lingkungan dapat diantisipasi secara optimal baik oleh pemerintah maupun masyarakat pada umumnya. Dengan sistem jaminan kesehatan masyarakat secara terpadu untuk melayani masyarakat dari berbagai lapisan Bapel Jamkesos memberikan stimulan pada masyarakat DIY untuk meningkatkan peran sertanya dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat yang pada gilirannya akan meningkatkan peran aktif masyarakat dalam pengembangan ekonomi dan kemakmuran daerah. Bapel Jamkesos merupakan Unit Pelaksana teknis Dinas (UPTD) pada Dinas Kesehatan Provinsi DIY dibentuk berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 6 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tatakerja Dinas Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Peraturan Gubernur Nomor 36 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tatakerja Unit Pelaksana Teknis Lembaga Teknis Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Peraturan Daerah tersebut dijabarkan lebih lanjut melalui Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 47 tahun 2008 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Kesehatan dan Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 45 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 47 tahun 2008 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Kesehatan.

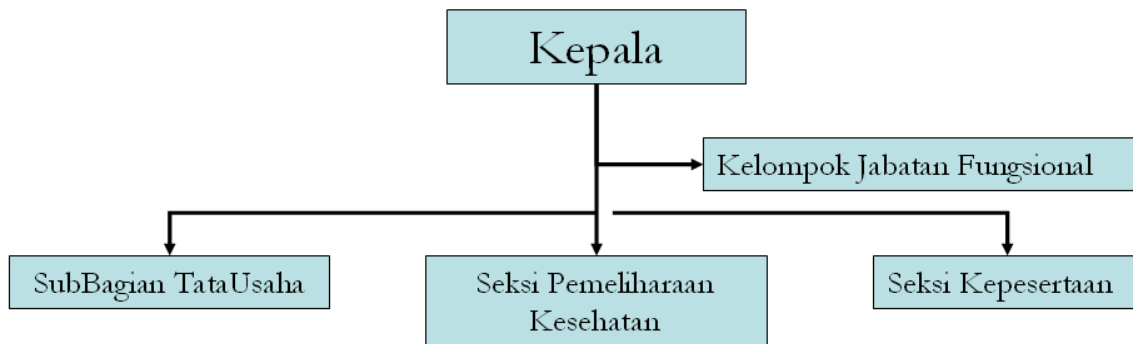
a. **Struktur Organisasi dan tata kerja**

Balai Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial terdiri dari:

- a. Kepala Balai
- b. Subbagian Tata Usaha
- c. Seksi Kepesertaan;

- d. Seksi Pemeliharaan Kesehatan.
- e. Kelompok Jabatan Fungsional.

Gambar Struktur Organisasi Balai Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial



b. Tugas dan Fungsi

Bapel Jamkesos mempunyai tugas menyelenggarakan kegiatan di bidang jaminan Kesehatan bagi masyarakat Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Untuk melaksanakan tugas tersebut Balai Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Sosial mempunyai fungsi :

- a. Penyusunan program Balai;
- b. Penyelenggaraan manajemen kepesertaan jaminan kesehatan sosial;
- c. Penyelenggaraan manajemen pemeliharaan kesehatan;
- d. Penyelenggaraan manajemen keuangan;
- e. Pengelolaan jaminan kesehatan mandiri;
- f. Pengelolaan penunjang jaminan kesehatan;
- g. Pelaksanaan kegiatan ketatausahaan;
- h. Evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan program Balai;
- i. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai tugas dan fungsinya.

Dari Struktur Organisasi Balai Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial diuraikan tugas dan fungsi masing-masing bagan sebagai berikut:

- (1) Subbagian Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan kearsipan, keuangan, kepegawaian, pengelolaan barang, kerumahtanggaan, kehumasan, perpustakaan, serta penyusunan program dan laporan kinerja.
- (2) Untuk melaksanakan tugas Subbagian Tata Usaha mempunyai fungsi :
 - a. penyusunan program Subbagian tata usaha;
 - b. penyusunan program Balai;
 - c. pelaksanaan verifikasi pembayaran klaim dan perhitungan kapitasi;
 - d. pengelolaan kearsipan;
 - e. pengelolaan keuangan;
 - f. penyelenggaraan kepegawaian;
 - g. penyelenggaraan kegiatan kerumahtanggaan;
 - h. pengelolaan barang;
 - i. penyelenggaraan kehumasan;
 - j. pengelolaan perpustakaan;
 - k. pengelolaan data, pelayanan informasi dan pengembangan sistem informasi;
 - l. monitoring, evaluasi dan penyusunan laporan program Balai; dan
 - m. pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan kegiatan Subbagian Tata Usaha.
- (3) Seksi Kepesertaan mempunyai tugas menyelenggarakan manajemen kepesertaan jaminan kesehatan sosial dan jaminan kesehatan masyarakat mandiri.
- (4) Untuk melaksanakan tugas Seksi Kepesertaan mempunyai fungsi :
 - a. Penyusunan program Seksi Kepesertaan;

- b. Pelaksanaan pendaftaran, pelayanan dan pengembangan kepesertaan;
 - c. Pelaksanaan perhitungan besaran premi dan pengumpulan premi;
 - d. Pelaksanaan sosialisasi hak dan kewajiban peserta;
 - e. Pelaksanaan penanganan keluhan peserta;
 - f. Pelaksanaan promosi;
 - g. Penyiapan bahan kerjasama;
 - h. Pengelolaan data kepesertaan; dan
 - i. Evaluasi dan penyusunan laporan program Seksi Kepesertaan.
- (5) Seksi Pemeliharaan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan penjaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat di Balai.
- (6) Untuk melaksanakan tugas Seksi Pemeliharaan Kesehatan mempunyai fungsi :
- a. Penyusunan rencana program Seksi Pemeliharaan Kesehatan;
 - b. Penyusunan paket pelayanan jaminan kesehatan;
 - c. Pengembangan dan pengkoordinasian kemitraan (jejaring) dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan;
 - d. Pelaksanaan utilisasi review;
 - e. Pelaksanaan kendali mutu pelayanan;
 - f. Pelaksanaan penjaminan kesehatan;
 - g. Pengelolaan penunjang jaminan kesehatan; dan
 - h. Evaluasi dan penyusunan laporan program Seksi Pemeliharaan Kesehatan.
- (7) Kelompok fungsional lain yang terdiri dari supervisor medis dan administrasi jaminan kesehatan;
- (8) Kebutuhan jabatan fungsional ditentukan berdasarkan sifat, jenis, dan beban kerja;

(9) Pembinaan terhadap tenaga fungsional dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

c. **Visi dan Misi**

Pemberian bantuan biaya pelayanan kesehatan berdasarkan asas kemanusiaan yang berkaitan dengan pengakuan terhadap hak dan martabat manusia melalui:

a. Asas manfaat merupakan asas operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif;serta b. asas keadilan kesehatan bagi seluruh warga masyarakat Povinsi DIY yang bersifat idiil dari Undang-undang Dasar tahun 1945 Jo. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional tertuang dalam visiBapel Jamkesos yaitu **“Menjadi Balai Penyelenggara Jamkesos yang handal dalam mewujudkan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Provinsi DIY menuju cakupan kepesertaan semesta”**.

Untuk melaksanakan visi tersebut dengan melalui **misi** yaitu mewujudkan:

1. Jaminan kesehatan bagi masyarakat Provinsi DIY yang belum terasuransi
2. Pelayanan manajemen Jamkesos yang optimal
3. Pengelolaan keuangan yang akuntabel, efektif dan efisien
4. Karyawan Jamkesos yang profesional

maka Bapel Jamkesosberkomitmen:

- a. menjunjung *core valeus* dalam menjalankan tugas dan fungsi yaitu, memberikan pelayanan prima bagi seluruh masyarakat Propvinsi DIY dengan berlandaskan integritas, inisiatif, proaktif dan partisipatif yang tertanam didalam diri setiap karyawan dan mitra kerja kami untuk bertindak.
- b. mewujudkan derajat kesehatan yang optimal melalui peningkatan pelayanan dan kendali biaya sehingga tercapai :

1. Pemenuhan kebutuhan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang bermutu dan terjangkau.
2. Peningkatan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan yang berkualitas disarana pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) dan jejaringnya.
3. Kemandirian masyarakat dalam memperoleh dan membiayai pemeliharaan kesehatan.
4. Penyelenggaraan pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

d. **Sumber daya manusia**

Bapel Jamkesos telah didukung oleh tenaga yang profesional sesuai dengan keahlian dan kompetensinya serta memiliki pengalaman dalam pembiayaan pelayanan kesehatan walaupun pada tingkat tenaga pelaksana masih harus dilakukan bimbingan dan pendampingan. Jumlah pegawai yang ada di Bapel Jamkesos 24 orang.

Tabel 4, Daftar Pegawai Negeri Sipil Bapeljamkesos Provinsi DIY

| NO | NAMA | JURUSAN PENDIDIKAN | JABATAN | ESELON |
|----|------------------------------|---------------------|------------------|--------|
| 1 | 2 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | drg. Pembajun S, M.Kes | KG, S2 Kes | Kepala Jamkesos | III |
| 2 | Endang P, SKM, M.Kes | S2 Kes | Kasie Pemkes | IV |
| 3 | Bambang Supriyatmo, S.Sos | S1 Sosiatri | Kasubag TU | IV |
| 4 | Wahyu Widayati, SE | S1 FE/ Manajemen | Staf Pemkes | |
| 5 | Agus Wahyudi Widodo,SE | S1 Ek/ Manajemen | Staf TU | |
| 6 | Y. Agus Indarto Triatmaja | D3 Rekam Medis | Staf Kepesertaan | |

| | | | | |
|----|-------------------------|--------------|------------------|--|
| 7 | Ambar Kuntowati, BSc | D3 Ekonomi | Staf TU | |
| 8 | Suratinah, Amd | D3 Ekonomi | Staf TU | |
| 9 | Bagus Nur Rochman, SKM | S1 Kesmas | Staf TU | |
| 10 | Subekti, Amd | D3 Kearsipan | Staf TU | |
| 11 | Gunandi, BA | D3 | Staf TU | |
| 12 | Kristina Sumanti | SLTA | Staf Pemkes | |
| 13 | Sudiyono | SLTA | Staf TU | |
| 14 | Parmo | SLTA | Staf Pemkes | |
| 15 | Priyatmoko | SLTA | Staf TU | |
| 16 | Sri Wahyuni | SLTA | Staf TU | |
| 17 | Mateus Suwanto | SLTA | Staf Kepesertaan | |
| 18 | Maria Magdalena | SLTA | Staf Kepesertaan | |
| 19 | Almarindo Soares, S.Kom | S1 Kom | Staf Kepesertaan | |
| 20 | Purwadi | SLTA | Staf TU | |
| 21 | Semi Daryono | SLTP | Staf TU | |
| 22 | Tri Surono | SLTA | Staf TU | |
| 23 | Raden Darirokhim | SLTP | Staf TU | |
| 24 | Supandi, SE | S1 Manajemen | Staf TU | |

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi DIY

III. Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.

Diawali dengan penandatanganan Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kota Yogyakarta Nomor 12/KSP/IX/2010 dan Nomor 11/NKB/2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Bantul Nomor 13/KSP/IX/2010 dan Nomor 49/MoU/BE/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Kulon Progo Nomor 15/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah

Kabupaten Gunungkidul 14/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX415.4/10/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 16/KSP/IX/2010 dan Nomor 55/PK.KDH/A/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY, untuk mewujudkan *Universal Coverage* Jaminan Kesehatan pada Tahun 2012 maka telah ditetapkan Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta.

Pasal 1 nomor 1 Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta, menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) adalah sistem jaminan kesehatan yang pengelolaannya secara bersama dan terkoordinasi antara Pemerintah Provinsi dengan Pemerintah Kabupaten/Kota meliputi paket manfaat, kepesertaan, penyelenggaraan dan administrasi. Pasal 3 menyebutkan bahwa “Tujuan diselenggarakannya Jamkesta adalah memberikan wadah dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan kepada penduduk DIY untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan jaminan kesehatan, secara terintegrasi”. Oleh karena itu penduduk DIY sejumlah 3.597.900 jiwa harus memiliki perlindungan jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan dapat dilaksanakan oleh berbagai lembaga atau badan hukum penjaminan/asuransi kesehatan yang telah ada misal Asuransi Kesehatan (Askes), Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Asabri) Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos), Jaminan Kesehatan

Daerah (Jamkesda), dan Lembaga Jaminan Kesehatan Komersial lainnya. Berdasarkan data dari Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi DIY jumlah penduduk DIY yang belum memiliki Jaminan Kesehatan 899.198 jiwa.

Berdasarkan hasil wawancara Penulis dengan Kepala Bapel Jamkesos Provinsi DIY, dr Pembayun M.Ks ada 4 hal permasalahan latar belakang perlu segera dilakukan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) di Provinsi DIY, yaitu:⁷

1. Masih ada masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan, bila sakit tidak mampu membayar biaya;
2. Masyarakat membutuhkan bantuan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan/ berobat;
3. Bantuan biaya pelayanan kesehatan yang diberikan belum memadai pelayanan kesehatan di RS mahal;
4. Masih ada pelayanan lintas kabupaten yang belum bisa dibiayai.

Tabel 5, Rincian Jumlah Jiwa yang memiliki Jaminan Kesehatan Tahun 2012

| Kab/Kota | Program Jaminan Kesehatan | | | | | | | Jumlah | Jml Pddk | Belum |
|------------|---------------------------|-----------|-----------|----------|----------|--------|-----------|---------|-----------|---------|
| | Askes-PNS | Jamsostek | Jamkesmas | Jamkesos | Jamkesda | Asabri | Komersial | | | |
| Yogyakarta | 77.707 | 24.370 | 68.456 | 24.978 | 171.799 | 9.650 | 4.526 | 381.486 | 473.843 | 92.357 |
| Bantul | 84.850 | 9.537 | 222.987 | 163.469 | 89.185 | 5.240 | 6.893 | 582.161 | 943.729 | 361.568 |
| Kulonprogo | 49.524 | 3.013 | 141.893 | 122.536 | 132.599 | 3.450 | 3.238 | 456.253 | 388.933 | |
| Gn. Kidul | 43.000 | 3.000 | 340.635 | 165.698 | 204.394 | 1.250 | 1.824 | 759.801 | 797.610 | 37.809 |
| Sleman | 132.905 | 25.792 | 168.158 | 76.000 | 215.384 | 4.503 | 10.996 | 633.738 | 1.079.010 | 445.272 |
| TOTAL | 386.316 | 63.319 | 942.129 | 552.681 | 813.361 | 4.093 | 27.477 | 809.376 | .597.900 | 899.198 |

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi DIY

⁷ Wawancara dengan dr Pembayun M Kes di Kantor Bapel Jamkesos Provinsi DIY, Jl. Prof. Dr. Sarjito No. 5. Yogyakarta, tanggal 7 Juni 2012.

Oleh karena itu sebagai tindak lanjut Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta, maka pada hari Rabu, 29 Pebruari 2012 ditandatangani Perjanjian Kerjasama Antara Gubernur DIY dengan Bupati Bantul, Sleman, Kulonprogo dan Gunugkidul tentang *Coordination of Benefit (CoB)* Jaminan Kesehatan Semesta Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2012.⁸ Kota Yogyakarta tidak turut serta mengadakan perjanjian dengan Pemerintah Provinsi DIY, karena Jaminan Kesehatan Daerah yang diselenggarakan oleh Pemerintah Kota Yogyakarta sudah menjamin seluruh masyarakat Kota Yogyakarta.

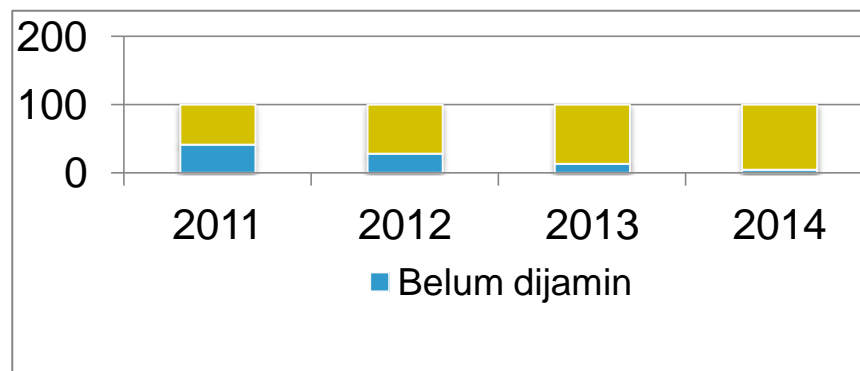
Melalui Perjanjian ini maka masing-masing pihak secara bersama-sama diwajibkan memenuhi target pencapaian *Universal Coverage* jaminan kesehatan bagi masyarakat DIY sampai dengan Tahun 2014, yang dilaksanakan secara bertahap disesuaikan dengan kemampuan keuangan daerah. Selanjutnya untuk memberikan keleluasaan Bapel Jamkeso dalam mengelola keuangan telah ditetapkan Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 316/KEP/2011 tentang Penetapan Unit Pelaksana Teknis Daerah Balai Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial pada Dinas Kesehatan untuk Melaksanakan Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dengan Status Bertahap.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 8 Tahun 2008 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, fleksibilitas pengelolaan keuangan pada Bapel Jamkesos yang diberikan status Pola Pengelolaan

⁸Satya Legowo, "Penandatanganan MoU Jamkesta", dalam <http://portal.jogjaprov.go.id/index.php?option=com>, akses pada 19 Mei 2012.

Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) salah satunya adalah penetapan tarif iuran bagi peserta mandiri atas imbalan jasa Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial ditetapkan dengan Keputusan Gubernur. Hal ini tentu ada pemangkasan proses tidak perlu dengan Peraturan Daerah yang prosesnya harus dengan persetujuan DPRD dan melalui mekanisme pembahasan di DPRD yang tentunya memerlukan waktu lebih lama. Di samping itu Bapel Jamkesos yang diberikan status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) juga diberikan wewenang untuk dapat langsung menggunakan uang yang diperoleh dari jasa layanan tersebut untuk membayar klaim jaminan kesehatan tanpa harus melalui mekanisme APBD yaitu disetor ke Kas Daerah.

Tabel 6, Penduduk DIY dalam Universal Coverage 2011-2014



Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi DIY

Peserta Jamkesda dibagi atas tiga macam yaitu: a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), b. Peserta *Coordination of Benefit* (CoB), dan c. Peserta Mandiri. Peserta PBI adalah peserta yang iuran jaminannya dibayarkan oleh Pemerintah, Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten/Kota melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi DIY (Jamkesmas, Jamkesos dan Jamkesda). Kepesertaan Jamkesos yang telah ada (berdasarkan data tahun 2010), Jamkesda Kabupaten/Kota (berdasarkan data tahun 2009) tetap berlaku dengan adanya sistem Jamkesda ini. Peserta *CoB* adalah Peserta yang

ditetapkan oleh masing-masing Bupati/Walikota dan diajukan/didaftarkan/diusulkan kepada Gubernur sebagai Peserta *Coordination of Benefit (CoB)* yaitu peserta yang iuran jaminan kesehatannya ditanggung bersama-sama antara masing-masing Pemerintah Kabupaten (Bantul, Sleman, Kulon Progo dan Gunungkidul) dengan Pemerintah Provinsi DIY.

Gubernur menetapkan jumlah peserta Jamkesta yang diusulkan dari Bupati Bantul, Sleman, Kulon Progo dan Gunung Kidul sebagai peserta *Coordination of Benefit (CoB)* dalam Diktum KESATU Keputusan Gubernur DIY Nomor 92/KEP/2012 tentang Penetapan Peserta Jaminan Kesehatan *Coordination of Benefit* Untuk Kabupaten Sleman, Bantul, Kulon Progo, dan Gunungkidul pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Balai Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial,⁹ dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 7, Peserta *Coordination of Benefit (CoB)*

| NO | KABUPATEN | JUMLAH PESERTA (Jiwa) |
|----|-------------|-----------------------|
| 1 | Sleman | 50.000 |
| 2 | Bantul | 60.815 |
| 3 | Kulon Progo | 62.057 |
| 4 | Gunungkidul | 77.128 |

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi DIY

Adapun Peserta Mandiri adalah peserta yang secara sukarela mendaftarkan diri ke Pengelola Jamkesta (Bapel Jamkesos Provinsi DIY) dan membayar iur sendiri iuran jaminan kesehatannya. Program jaminan pelayanan kesehatan ini bersifat sosial, penyelenggaraannya berazaskan kemanusiaan dan kegotongroyongan. Kepesertaan mandiri diperuntukan bagi masyarakat mampu dan mau secara mandiri membayar iuran. Diprioritaskan bagi masyarakat kelas menengah ke atas dengan paket manfaat bertahap

⁹Lihat Keputusan Gubernur DIY Nomor .../KPTS/2012 tentang.... sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Gubernur DIY Nomor .../KPTS/2012.

(tahun ini untuk kelas III dan obat generik), dengan syarat sehat tidak mempunyai penyakit kronis dan akut yang berat. 1 orang peserta membayar premi sebesar Rp. 90.000,-/jiwa/tahun akan mendapat nilai manfaat maksimal Rp. 15 juta.

Tabel 8, Biaya/Manfaat Jamkesta

| No | Produk | Biaya (Rp) | Ketentuan/Dasar Hukum |
|----|-----------------|---|--|
| 1. | Peserta PBI | Maksimal 15 Juta | Peraturan Gubernur/Bupati/Walikota masing-masing Daerah. |
| 2. | Peserta COB | Maksimal 10 Juta 5 Juta (Kabupaten/kota) 5 Juta(Provinsi) | Peraturan Gubernur No 19 tahun 2011 |
| 3. | Peserta Mandiri | MAX 15 JT | PPK-BLUD |

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi DIY

Dari Tabel di atas dapat dijelaskan bahwa bagi Peserta PBI, maka klaim yang harus dibayarkan oleh Penyelenggara dan Pengelola Jamkesta sampai dengan sebesar Rp.15.000.000,00 (lima belas juta rupiah). Bagi Peserta COB, klaim yang harus dibayarkan oleh Penyelenggara dan Pengelola Jamkesta antars Kabupaten dan provinsi sampai dengan sebesar Rp.10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah), dengan masing-masing menanggung Rp.5.000.000,00 (lima juta rupiah). Adapun bagi Peserta Mandiri yang harus dibayarkan oleh Penyelenggara dan Pengelola Jamkesta (Bapel Jamkesos) sampai dengan sebesar Rp.15.000.000,00 (lima belas juta rupiah).

Alur proses penjaminan peserta PBI, COB, Mandiri di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:¹⁰

¹⁰ Wawancara dengan dr Pembayun M Kes di Kantor Bapel Jamkesos Provinsi DIY, Jl. Prof. Dr. Sarjito No. 5. Yogyakarta, tanggal 7 Juni 2012.

- a. Peserta yang sakit datang ke PPK seperti Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, Dokter Keluarga yang bekerja sama dengan Lembaga Penyelenggara dan Pengelola Jamkesda terdiri atas:
 1. Unit Pelaksana Teknis Dinas Balai Penyelenggara Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta;
 2. Unit Pelaksana Teknis Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah Kota Yogyakarta;
 3. Unit Pelaksana Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (UPT JPKM) Kabupaten Sleman;
 4. Unit Pelaksana Teknis Jaminan Kesehatan (UPT Jamkes) Kabupaten Kulon Progo,
 5. Unit Pelaksana Teknis Dinas Jaminan Kesehatan Daerah (UPTD Jamkesda) Kabupaten Bantul, dan
 6. Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.
- b. Peserta menunjukkan Kartu Jamkesos/Jamkesda, COB, Mandiri dan dicatat oleh petugas administrasi pada PPK dan diberkas.
- c. berkas diajukan ke bagian pendaftaran Lembaga Penyelenggara dan Pengelola Jamkesda untuk dimintakan penjaminan.
- d. Berkas diverifikasi oleh verifikator di Lembaga Penyelenggara dan Pengelola Jamkesda.
- e. pembayaran klaim kepada PPK oleh Lembaga Penyelenggara dan Pengelola Jamkesda.
- f. bagi pasien yang menginap (mondok) maka setelah berkas diverifikasi dan dinyatakan lengkap maka jaminan awal diserahkan ke PPK.
- g. setelah pasien diperbolehkan pulang maka klaim berikutnya diajukan kembali ke Lembaga Penyelenggara dan Pengelola Jamkesda.
- h. Setelah diverifikasi, klaim dibayarkan ke PPK.

Koordinasi pengelolaan Jamkesda dilaksanakan melalui Forum Koordinasi Pelayanan dan Pembiayaan Kesehatan Jamkesda. Tugas Forum ini memberikan rekomendasi dan kebijakan hal-hal sebagai berikut:

- a. Penetapan Kepesertaan COB dan PBI yang ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota;
 - b. Akses peserta COB dan PBI dalam Pelayanan Kesehatan Jamkesda;
 - c. Penetapan pembiayaan untuk penyakit/kasus dengan biaya tinggi, tingkat keparahan tinggi dan atau perawatan lama bagi peserta Jamkesda;
-

- d. Akses penetapan biaya pelayanan kesehatan diatas Rp.10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah) bagi peserta COB.
- e. Akses penetapan biaya pelayanan kesehatan diatas Rp.15.000.000,00 (limabelas juta rupiah) bagi peserta PBI.

Susunan Organisasi Forum Koordinasi Pelayanan dan Pembiayaan Kesehatan Jamkesta terdiri dari:

1. Ketua : Wakil Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta.
2. Ketua Pelaksana : Sekretariat Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
3. Wakil Ketua : Asisten Pemerintahan dan Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
4. Sekretaris Pelaksana : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
5. Anggota :
 - a. Kepala Unit Pelaksana Teknis Dinas Balai Penyelenggara Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta;
 - b. Unsur Pengelola Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten/kota;
 - c. Unsur teknis terkait

Dari uraian-uraian penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY ini, terdapat korelasi terhadap makna otonomi yang dalam penyelenggaraannya harus benar-benar sejalan dengan tujuan dan maksud pemberian otonomi, yang pada dasarnya untuk memberdayakan daerah termasuk meningkatkan kesejahteraan rakyat yang merupakan bagian utama dari tujuan nasional. Seiring dengan prinsip itu penyelenggaraan otonomi daerah harus selalu berorientasi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat dengan selalu memperhatikan kepentingan dan aspirasi yang

tumbuh dalam masyarakat. Dalam rangka meningkatkan kesejahteraan rakyat, daerah dapat mengadakan kerja sama dengan daerah lain yang didasarkan pada pertimbangan efisiensi dan efektifitas pelayanan publik, sinergi dan saling menguntungkan.¹¹ Hal ini sejalan juga dengan Pasal 3 ayat (1) PP Nomor 19 Tahun 2010 Tata Cara Pelaksanaan Tugas Dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah di Wilayah Provinsi dijelaskan bahwa Gubernur sebagai wakil Pemerintah memiliki tugas dan wewenang melaksanakan urusan pemerintahan salah satunya menyelenggarakan koordinasi penyelenggaraan pemerintahan antara pemerintah daerah provinsi dengan pemerintah daerah kabupaten/kota di wilayah provinsi yang bersangkutan.¹²

C. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat di DIY dengan ditetapkannya Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan program Negara untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia sebagai Amanat Pasal 28-H dan Pasal 34 UUD 1945. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang/berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pension. Sebelum Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional disahkan negara telah menjalankan beberapa program jaminan sosial yaitu:

1. Jamsostek yang melayani jaminan ketenagakerjaan bagi tenaga kerja swasta;

¹¹Lihat Pasal 195 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

¹²Lihat Pasal 3 Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2010 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah di Wilayah Provinsi

2. Askesyang melayani jaminan kesehatan bagi PNS/Pensiunan/PK/Veteran dan Keluarga;
3. Taspen yang melayani Tabungan asuransi pensiun PNS;
4. Asabri yang melayani jaminan kesehatan bagi TNI/POLRI/PNS Kementerian Perthanan dan Keluarga.

Program jaminan sosial tersebut baru mencakup sebagian kecil masyarakat, sebagian besar rakyat belum memperoleh perlindungan yang memadai, dan belum mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada masyarakat. Oleh karena itu diperlukan SJSN untuk mensinkronisasikan penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa badan penyelenggara, dan agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi peserta.¹³

Pasal 1 angka 2 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, SJSN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. SJSN bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan /atau anggota keluarganya. Kebutuhan dasar hidup adalah kebutuhan esensial setiap orang agar hidup layak demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pasal 5 dan Pasal 6 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 memerintahkan bahwa sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dengan Undang-Undang, dan untuk penyelenggaraan SJSN maka dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).¹⁴

DJSN telah dibentuk dengan Peraturan Presiden Nomor 44 Tahun 2008 tentang Susunan dan tata Kerja, Tata Cara Pengangkatan, Penggantian dan Pemberhentian Anggota

¹³Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional, dalam “Pertemuan Sosialisasi UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS”, Yogyakarta, pada 10 Mei 2012.

¹⁴Lihat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Dewan Jaminan Sosial Nasional pada tanggal 24 Juni 2008, dan keanggotaan DJSN ditetapkan dengan Keppres No. 110/M/2008 18 November 2008. Kedudukan DJSN berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Presiden. DJSN mempunyai fungsi “merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN”. Untuk melaksanakan fungsi tersebut DJSN mempunyai tugas: a. Melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial nasional; dan b. Mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada pemerintah. Selain itu DJSN mempunyai wewenang melakukan “monitoring dan evaluasi program jaminan sosial untuk menjamin terselenggaranya program jaminan sosial dan tingkat kesehatan keuangan BPJS sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada masing-masing BPJS”.

Dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pada tanggal 25 November 2011 atas amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 5, maka pelaksanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat DIY harus disesuaikan dengan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.¹⁵

BPJS merupakan transformasi 4 (empat) BUMN yaitu PT. Askes, PT. Jamsostek, PT. Asabri, dan PT. Taspdalam rangka mempercepat terselenggaranya SJSN bagi seluruh penduduk. BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial, yaitu salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, maka ada pembentukan 2 (dua) lembaga BPJS yaitu:

¹⁵Dalam tulisan ini Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial selanjutnya disebut UU BPJS.

- a. BPJS Kesehatan, yang mengampu program jaminan kesehatan, atau disebut BPJS I, dan
- b. BPJS Ketenagakerjaan, yang mengampu program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian, atau disebut BPJS II.

Azas pembentukan BPJS adalah Kemanusiaan, Manfaat, dan Keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia. Tujuan pembentukan BPJS adalah mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Dan prinsi penyelenggaraan BPJS meliputi: 1. Kegotongroyongan, 2.Nirlaba, 3.Keterbukaan, 4.Kehati-hatian, 5.Akuntabilitas, 6.Portabilitas, 7.Kepesertaan bersifat wajib, 8.Dana amanat, 9.Hasil pengelolaan dana jamsos dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Status BPJS merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab ke Presiden, dan berkedudukan serta berkantor pusat di ibukota negara RI, dan dapat mempunyai Kantor perwakilan di Propinsi dan kantor cabang di Kabupaten/Kota. BPJS mempunyai fungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Untuk menjalankan fungsi tersebut maka BPJS mempunyai tugas: ¹⁶

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah;
4. mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta;
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;

¹⁶ Lihat Peraturan Presiden Nomor 44 Tahun 2008 tentang (SOTK, TCPPPA DJSN)

6. Membayar manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial ; dan
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Target BPJS Kesehatan, mulai beroperasi tanggal 1 Januari 2014. Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan, maka:¹⁷

1. Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program Jamkesmas;
2. Kementerian Pertahanan, TNI dan POLRI tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu yg berkaitan dengan kegiatan operasionalnya.
3. PT Jamsostek tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan.
4. PT Askes dinyatakan bubar tanpa likuidasi.

Target BPJS Ketenagakerjaan, mulai beroperasi tanggal 1 Januari 2014. Sejak beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan, maka:¹⁸

1. PT Jamsostek dinyatakan bubar tanpa likuidasi.
2. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan ketenagakerjaan, jaminan hari tua, dan jaminan kematian yg selama ini diselenggarakan oleh PT. Jamsostek, sampai dengan beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan yang sesuai dengan ketentuan Pasal 29 sampai dengan Pasal 38 dan Pasal 43 sampai dengan Pasal 46 UU SJSN , paling lambat 1 Juli 2015.

¹⁷ *ibid*

¹⁸ *Op.Cit.*

3. Pengalihan PT. Asabri dan PT. Taspen ke BPJS Ketenagakerjaan paling lambat tahun 2029.

Pada masa transisi yaitu mulai saat diberlakukannya Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS maka berlaku ketentuan sebagai berikut:¹⁹

1. PT Askes tetap melaksanakan program jaminan kesehatan, termasuk menerima pendaftaran peserta baru, sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan. Kementerian Kesehatan tetap menjalankan Jamkesmas, termasuk penambahan peserta baru, sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan. Kementerian pertahanan, TNI dan Polri tetap melaksanakan jaminan Kesehatan sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan, termasuk penambahan peserta baru, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan kegiatan operasionalnya, yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden.
2. PT jamsostek tetap melaksanakan kegiatan operasional penyelenggaraan program Pemeliharaan Kesehatan termasuk penambahan peserta baru sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan. Program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, dan jaminan kematian, termasuk penambahan peserta baru sampai dengan beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan.
3. PT Asabri tetap melaksanakan kegiatan operasional penyelenggaraan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata RI dan program pembayaran pensiun, termasuk penambahan peserta baru, sampai dengan dialihkan ke BPJS Ketenagakerjaan.

¹⁹ *Op.Cit.*

4. PT Taspen tetap melaksanakan kegiatan operasional penyelenggaraan program tabungan hari tua dan program pembayaran pensiun, termasuk penambahan peserta baru, sampai dengan dialihkan ke BPJS Ketenagakerjaan.

Peraturan Pelaksana UU BPJS terhitung sejak UU BPJS diundangkan 25 November 2011 yang diamanatkan terdiri dari 8 Peraturan Pemerintah, 7 Peraturan Presiden, dan 1 Keputusan Presiden. Peraturan Pelaksana ditetapkan paling lama: 1 (satu) tahun untuk peraturan yg mendukung beroperasinya BPJS Kesehatan, dan 2 (dua) tahun untuk peraturan yg mendukung beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan.

Tabel 9, Regulasi UU BPJS yang harus ditindak lanjuti dengan Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden dan Keputusan Presiden

a. Peraturan Pemerintah:

| No. | Pasal | Subtansi PP |
|-----|-------------------|--|
| 1. | Pasal 17 | Tata cara pengenaan sanksi administratif bagi pelanggaran tentang pendaftaran kepesertaan program jamsos |
| 2. | Pasal 19 Ayat (5) | Besaran dan tata cara pembayaran iuran selain program Jamkes (yaitu PP tentang JKK, JHT, Jkm, JP) |
| 3. | Pasal 41 Ayat (3) | Ketentuan tentang sumber dan penggunaan aset BPJS |
| 4. | Pasal 43 Ayat (3) | Ketentuan tentang sumber dan penggunaan aset Dana Jaminan Sosial |
| 5. | Pasal 45 | Ketentuan tentang presentase dana operasional BPJS |
| 6. | Pasal 51 Ayat (4) | Tata cara hubungan antar lembaga bagi BPJS |
| 7. | Pasal 53 | Tata cara pengenaan sanksi administratif bagi anggota Dewas dan Direksi BPJS |
| 8. | Pasal 66 | Tata cara pengalihan PT. Asabri dan PT. Taspen ke BPJS Ketenagakerjaan |

b. Peraturan Presiden:

| No. | Pasal | Subtansi Peraturan Presiden |
|-----|---------------------------|--|
| 1. | Pasal 15 ayat (1) dan (3) | Pentahapan pendaftaran kepesertaan jaminan sosial bagi Pemberi Kerja dan pekerjanya |
| 2. | Pasal 19 ayat (5) | Besaran dan tata cara pembayaran iuran program jamkes |
| 3. | Pasal 31 | Tata cara pemilihan dan penetapan Dewan dan Direksi BPJS |
| 4. | Pasal 36 Ayat (5) | Tata cara pemilihan dan penetapan calon anggota Dewas dan Direksi pergantian antar waktu |
| 5. | Pasal 37 Ayat (3) | Ketentuan tentang bentuk dan isi laporan pengelolaan program Jamsos |
| 6. | Pasal 44 Ayat (8) | Ketentuan tentang gaji/upah dan manfaat tambahan lainnya serta insentif bagi anggota Dewas dan Direksi |
| 7. | Pasal 57 Huruf c | Pelayanan kesehatan tertentu bagi anggota TNI/POLRI |

c. Keputusan Presiden:

| No. | Pasal | Subtansi Keputusan Presiden |
|-----|----------|---|
| 1. | Pasal 28 | Keanggotaan Panitia Seleksi Anggota Dwas dan Direksi BPJS |

Sumber: Data dari DJSN

Dengan berlakunya UU BPJS ini, Pemerintah Provinsi DIY tetap melaksanakan Jamkesda sesuai dengan Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta sampai dengan mulai dioperasionalkannya BPJS yaitu 1 Januari 2014. Sesuai dengan status hukum BPJS yang merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab ke Presiden, dan berkedudukan serta berkantor pusat di ibukota negara RI, dan dapat mempunyai Kantor perwakilan di Propinsi dan kantor cabang di Kabupaten/Kota, maka Pemerintah Provinsi akan siap melaksanakan tugas yang dibebankan oleh BPJS apabila nantinya Bapel Jamkesos ditetapkan

menjadi Kantor Perwakilan di Propinsi DIY. Kesenjangan jumlah peserta yang dijamin oleh Pemerintah Pusat dan Provinsi serta Kab/Kota menuju *total coverage* pada tahun 2014 sesuai dengan Tabel 4, Penduduk DIY dalam *Universal Coverage* 2011-2014 dapat tercapai, dan apabila nantinya masih ada penduduk yang belum terjamin harapannya bisa dipenuhi dengan adanya BPJS.²⁰ Dengan kata lain pembentukan Badan Pengelola Jaminan Sosial Nasional yang akan mulai bekerja di tahun 2014 dengan jaminan pelayanan kesehatan dasar untuk seluruh penduduk miskin Indonesia, perlu mendapatkan perhatian bagi Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Meskipun demikian keberadaan Jaminan Kesehatan daerah diperkirakan akan tetap ada untuk lima tahun kedepan, dalam rangka pemantapan sinkronisasi dan integrasi.

Dari penjelasan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat dengan ditetapkannya UU tentang BPJS ini, maka hal ini sesuai dengan Amanat Pasal 34 Ayat 2 Perubahan UUD 1945 Tahun 2002 yang menyatakan bahwa, “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat”.²¹ Tujuan yang baik dari negara itu semuanya dipusatkan pada penciptaan kesejahteraan rakyat, dan kesejahteraan itulah yang menjadi hukum tertinggi bagi negara dan kekuasaan negara (*solus populi suprema lex*). Dengan demikian, tujuan negara hukum ialah pemeliharaan ketertiban, keamanan, serta penyelenggaraan kesejahteraan umum dalam arti seluas-luasnya, termasuk dalam aspek politik, ekonomi, sosial dan budaya.²² Aspek tujuan negara yang demikian ini oleh Charles E. Marriam disebut sebagai *welfare staat* (negara kesejahteraan).²³ Namun demikian untuk mengisi masa transisi sampai dengan

²⁰Tavip Agus Rayanto, Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Proinsi DIY, dalam “Pertemuan Sosialisasi UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS”, Yogyakarta, 10 Mei 2012.

²¹Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 Pasca Perubahan.

²²Juniarso Ridwan, *Hukum.., Op. Cit.*, hlm. 48

²³Roscoe Pound, *Tugas Hukum*, terj. M Radjab, (Jakarta: Bharata, 1965), hlm. 9. Konsepsi negara kesejahteraan, dalam berbagai literatur menurut SF. Marbun disebut dengan berbagai istilah, *walfere state* (negara kesejahteraan), *social service state* (negara pemberi pelayanan kepada masyarakat), *service*

dioperasikannya BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan pada tanggal 1 Januari 2014, maka Pemerintah Provinsi DIY tetap menyelenggarakan sistem penyelenggaraan jaminan kesehatan semesta sesuai dengan Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta.

public, bestuurszorg (penyelenggara kesejahteraan umum), *wenaarstaat, social rechstaat*, dan berbagai istilah lain. Lihat SF. Marbun, *Op. Cit.*, hlm. 167-168.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis yang telah penulis uraikan pada bab-bab terdahulu, maka dapat ditarik kesimpulan yang merupakan jawaban terhadap permasalahan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Pemerintah Kabupaten Sleman, Bantul, Gunungkidul, Kota Yogyakarta dan Pemerintah Daerah DIY, sebelum ditetapkan Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta, masing-masing mempunyai kebijakan sendiri-sendiri dalam menjamin kesehatan masyarakatnya. Masyarakat miskin yang belum mendapat Jaminan Kesehatan oleh Pemerintah melalui program Jamkesmas, dijamin oleh masing-masing Daerah melalui program Penerima Biaya Iuran (PBI), dan Bantuan Kesehatan.
2. Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat di DIY berdasarkan Peraturan Gubernur DIY Nomor 19 Tahun 2010 tentang Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Jaminan Kesehatan Semesta, untuk masyarakat miskin yang belum mendapat jaminan kesehatan oleh Pemerintah melalui program Jamkesmas, dibagi atas tiga macam peserta jaminan yaitu: a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), b. Peserta *Coordination of Benefit* (CoB), dan c. Peserta Mandiri.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, sumbangan pemikiran dan rekomendasi dari penulis tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Daerah Istimewa Yogyakarta, maka beberapa saran; *Pertama*, dalam rangka memberikan kepastian hukum bagi masyarakat dan sekaligus melindungi pengelolaan dana yang dihimpun dari masyarakat, maka dibutuhkan payung hukum yang dapat diterima semua pihak yang terlibat. *Kedua*, Penarikan Iuran/ Premi dan atau Pengelolaan Keuangan Bapel Jamkesos menjadi PPK BLUD menjadi 2 (dua) alternatif yang merupakan solusi untuk lebih memenuhi ”*demand*” masyarakat terhadap bantuan biaya/ jaminan pelayanan kesehatan. Keterlibatan beberapa pihak memerlukan transparansi dan akuntabilitas yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Sehingga waktu yang dibutuhkan untuk menentukan dan mewujudkan pilihan tersebut di atas akan banyak mempengaruhi ketimpangan dan rasa ketidak-adilan masyarakat terhadap ”*supply*” pelayanan kesehatan yang selama ini ada.

Akhirnya, untuk juga mendidik masyarakat agar bertanggungjawab terhadap kesehatan dirinya, maka perlu dilakukan edukasi pola hidup sehat sehingga dana kesehatan tidak saja untuk membiayai orang sakit tetapi juga dapat memberikan pendampingan dan advokasi agar masyarakat tidak mudah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

A. BUKU

Arfawie Kurde, Nuktoh, *Telaah Kritis Teori Negara Hukum; Konstitusi dan Demokrasi Dalam Kerangka Pelaksanaan Desentralisasi dan Otonomi Daerah Berdasarkan UUD 1945*. Cetakan Pertama. Yogyakarta. Pustaka Pelajar, 2005.

Fauzan, Muhammad, *Hukum Pemerintahan Daerah; Kajian Tentang Hubungan Keuangan Antara Pusat dan Daerah*, Cetakan Pertama. Yogyakarta. UII Press, 2006.

Huda, Ni'matul, *Otonomi Daerah Filosofi, Sejarah Perkembangan dan Problematika*. Cetakan Kedua. Yogyakarta, Pustaka Pelajar, 2009.

Lubis, M. Solly, *Perkembangan Garis Politik dan Perundang-Undangan Pemerintahan Daerah*. Bandung. Penerbit Alumni, 1983.

Manan, Bagir, *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah*, Cetakan Pertama. Yogyakarta. Pusat Studi Hukum Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia, 2001.

_____, *Hubungan Antara Pusat dan Daerah Menurut UUD 1945*, Sinar Harapan, Jakarta, 1994.

Marbun, SF, *Peradilan Administrasi dan Upaya Administratif di Indonesia*. Yogyakarta, Liberty, 1997.

Hadjon, Philipus, M, *Pengkajian Ilmu Hukum Dogmatik (Normatif)*. Surabaya. Fakultas Hukum Universitas Airlangga, 1994.

Al-Barry, Pius A Partanto & M. Dahlan, *Kamus Ilmiah Populer*, Penerbit Arkola, Surabaya, 1994.

AG, Mukti, *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*. Yogyakarta. Manajemen Kebijakan dan Manajemen Asuransi Kesehatan UGM, 2007.

Pound, Roscoe, *Tugas Hukum*, terj. M Radjab. Jakarta, Bharata, 1965.

Rasyid, Ryaas, *Transisi Menuju Demokrasi*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar, 2009

Ridwan, Juniarso, *Hukum Administrasi Negara dan Kebijakan Pelayanan Publik*. Bandung. Nuansa Cendekia, 2009.

Thabrany H, *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan, Bagian A*, Jakarta. Pemjaki, 2005.

B. WEB SITE

<http://www.jamsosindonesia.com/>“Pengujian UU SJSN. diakses pada 2 September 2011.
www.legalitas.org, Jimly Asshiddiqie, “Otonomi Daerah dan Parlemen Di Daerah,” diakses pada 21 Januari 2012 pukul 10. 22 WIB.

C. Peraturan Perundang-Undangan:

UUD Negara Republik Indonesia 1945.

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Asuransi Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

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

Peraturan presiden Nomor 44 Tahun 2008 tentang Susunan dan tata Kerja, Tata Cara Pengangkatan, Penggantian dan Pemberhentian Anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional.

Putusan Perkara Mahkamah Konstitusi No. 007/PUU-III/2005.

Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2004 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.

Peraturan Daerah Provinsi DIY Nomor 7 Tahun 2007 tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kota Yogyakarta Nomor 12/KSP/IX/2010 dan Nomor 11/NKB/2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.

Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Bantul Nomor 13/KSP/IX/2010 dan Nomor 49/MoU/BE/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.

Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Kulon Progo Nomor 15/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.

Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 14/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX415.4/10/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.

Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 16/KSP/IX/2010 dan Nomor 55/PK.KDH/A/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.

Peraturan Gubernur DIY Nomor 20 tahun 2011 tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Tahun 2012.

LAMPIRAN-LAMPIRAN:

- A. Hasil Wawancara
- B. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 19 Tahun 2011 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta.
- C. Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kota Yogyakarta Nomor 12/KSP/IX/2010 dan Nomor 11/NKB/2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.
- D. Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Bantul Nomor 13/KSP/IX/2010 dan Nomor 49/MoU/BE/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.
- E. Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 14/KSP/IX/2010 dan Nomor 415.4/10/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.
- F. Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Kulon Progo Nomor 15/KSP/IX/2010 dan Nomor 129/MoU-KP/HKM/IX/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.
- G. Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Sleman 16/KSP/IX/2010 dan Nomor 55/PK.KDH/A/2010 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Semesta di Provinsi DIY.
- H. Perjanjian Kerja Sama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Sleman 3/PERJ/GUB/II/2012 dan Nomor 5/PK.KDH/A/2012 tentang *Coordination Of Benefit (COB)* Jaminan Kesehatan Semesta Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2012.
- I. Perjanjian Kerja Sama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul 4/PERJ/GUB/II/2012 dan Nomor 415.4/PK/03/2012 tentang *Coordination Of Benefit (COB)* Jaminan Kesehatan Semesta Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2012.
- J. Perjanjian Kerja Sama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Kulon Progo 4/PERJ/GUB/II/2012 dan Nomor 03/PERJ.KP/HKM/2012 tentang *Coordination Of Benefit (COB)* Jaminan Kesehatan Semesta Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2012.
- K. Perjanjian Kerja Sama antara Pemerintah Provinsi DIY dan Pemerintah Kabupaten Bantul 6/PERJ/GUB/II/2012 dan Nomor 13/Perj/Bt/2012 tentang *Coordination Of Benefit (COB)* Jaminan Kesehatan Semesta Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2012.