

4-30-2020

HUBUNGAN KEUANGAN PEMERINTAH PUSAT DAN DAERAH DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Amelia Martira

Faculty of Law University of Indonesia

Harsanto Nursadi

Faculty of Law, University of Indonesia

Follow this and additional works at: <https://scholarhub.ui.ac.id/jhp>



Part of the [Administrative Law Commons](#), [Comparative and Foreign Law Commons](#), [Constitutional Law Commons](#), [Criminal Law Commons](#), and the [Natural Resources Law Commons](#)

Recommended Citation

Martira, Amelia and Nursadi, Harsanto (2020) "HUBUNGAN KEUANGAN PEMERINTAH PUSAT DAN DAERAH DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL," *Jurnal Hukum & Pembangunan*: Vol. 50: No. 1, Article 11.

DOI: 10.21143/jhp.vol50.no1.2490

Available at: <https://scholarhub.ui.ac.id/jhp/vol50/iss1/11>

This Article is brought to you for free and open access by the Faculty of Law at UI Scholars Hub. It has been accepted for inclusion in Jurnal Hukum & Pembangunan by an authorized editor of UI Scholars Hub.

HUBUNGAN KEUANGAN PEMERINTAH PUSAT DAN DAERAH DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Amelia Martira *, Harsanto Nursadi **

** Mahasiswa Fakultas Hukum Universitas Indonesia

* Dosen Fakultas Hukum Universitas Indonesia

Korespondensi: irasjafii@gmail.com; santo_hn@yahoo.com

Naskah dikirim: 20 Mei 2019

Naskah diterima untuk diterbitkan: 18 Agustus 2019

Abstract

Indonesia's National Health Security (NHS) has begun since 2014 which give a lot of benefits to people in Indonesia. Access to health care become more easier without giving financial hardship. However, there are some obstacles that Indonesia NHS facing, which one is deficit in pool funding that is not enough to pay the benefits. One of newer solution to overcome this problem is by activating the resources from local government, especially from the funding. Basically, decentralization is the framework of the central and local government relation in Indonesia, by transferring power, authority and financial of health functional assignment to local government. Conversely, since Indonesia NHS is held, there is overlapping of authority and financial between administration of health functional assignment by local government and NHS. Then, it contributes to ineffective and inefficient of NHS. Conclusion: There is a need to rearrange the central and local government relation on decentralization context in order to maximize the role of local government to assure the sustainability of NHS in Indonesia.

Keywords: Health Security, local Government, desentralization.

Abstrak

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai sejak tahun 2014 telah memberikan banyak manfaat bagi masyarakat Indonesia. Akses kepada pelayanan kesehatan menjadi lebih mudah dengan tidak membebani kemampuan finansial masyarakat. Namun dalam pelaksanaannya terjadi defisit dana JKN yang berpotensi mengganggu keberlangsungan JKN. Salah satu upaya yang dilakukan adalah melalui dukungan pemerintahan daerah berupa kontribusi dana. Pada dasarnya, hubungan pemerintah pusat dan daerah di Indonesia dalam kerangka desentralisasi, yaitu penyerahan urusan pemerintahan kepada pemerintahan daerah. Hanya saja, sejak penyelenggaraan JKN, terjadi tumpang tindih antara penyelenggaraan urusan pemerintahan bidang kesehatan dan jaminan kesehatan baik secara kewenangan maupun keuangan. Hal ini menjadikan penyelenggaraan JKN tidak efisien dan efektif.

Kesimpulan: Diperlukan perumusan ulang hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah dalam konteks desentralisasi agar dapat memberikan kontribusi maksimal dalam menjamin keberlangsungan JKN di Indonesia

Kata Kunci: Jaminan Kesehatan, pemerintahan Daerah, desentralisasi.

I. PENDAHULUAN

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai sejak tahun 2014 telah memberikan banyak manfaat bagi masyarakat Indonesia. Akses kepada pelayanan kesehatan menjadi lebih mudah dengan tidak membebani kemampuan finansial masyarakat sebagaimana yang diharapkan dalam *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan kesehatan semesta. Walau sukses memberikan akses masyarakat kepada layanan kesehatan, namun Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sendiri menghadapi banyak kendala terutama dalam hal pengumpulan dana amanah dan pembayaran manfaat kepada fasilitas kesehatan.

Masalah pendanaan pada BPJS Kesehatan ini coba dipecahkan oleh Pemerintah dengan menerbitkan Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang mengatur dukungan Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Beberapa bentuk dukungan yang diatur dalam Perpres tersebut di atas seperti: peningkatan pencapaian peserta di wilayahnya, kepatuhan pembayaran iuran, peningkatan pelayanan kesehatan dan bentuk dukungan lainnya merupakan hal yang wajib dilakukan oleh Pemerintah Daerah dalam rangka menjaga kesinambungan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).¹

Pada dasarnya hubungan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan diatur dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Pemerintah Daerah memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan² menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia.³ Prinsip otonomi seluas-luasnya yang dianut oleh Indonesia tercermin dalam hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah yang merupakan kunci keberhasilan dari penyelenggaraan urusan rumah tangga Daerah.⁴ Berangkat dari pemikiran bahwa JKN yang dikelola terpusat oleh BPJS Kesehatan meminta dukungan pemerintah daerah untuk menjaga kesinambungannya terkait pengumpulan dana jaminan sosial, maka perlu untuk meninjau hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah dari aspek hubungan keuangan. Tulisan berikut ini akan membahas hal tersebut yaitu mengenai hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan JKN.

II. PEMBAHASAN

2.1. Hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam Bidang Kesehatan

¹ Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2018 No. 165, pasal 99.

² Urusan Pemerintahan adalah kekuasaan pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden yang pelaksanaannya dilakukan oleh Kementerian Negara dan penyelenggara Pemerintahan Daerah untuk melindungi, melayani, memberdayakan, dan menyejahterakan masyarakat, (tanda koma mohon dihapus) Indonesia sebagaimana yang diatur pada: Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587, pasal 1 butir 5.

³ Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587, pasal 1 butir 2.

⁴ H.M. Aries Djaenuri, *Hubungan Keuangan Pusat-Daerah: Elemen-elemen Penting Hubungan Keuangan Pusat-Daerah*, (Bogor: Ghalia Indonesia, 2012), hal.. 40.

Penyelenggaraan pemerintahan daerah dilakukan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan, dimana otonomi daerah dijalankan seluas-luasnya dalam kerangka Negara Kesatuan untuk mengatur dan mengurus urusan rumah tangga daerah kecuali urusan yang ditentukan sebagai urusan Pemerintah Pusat.⁵ Penyelenggaraan urusan pemerintah daerah tersebut baik dalam bentuk asas otonomi daerah, maupun tugas pembantuan harus diikuti dengan pembagian sumber daya termasuk keuangan. Pembagian keuangan inilah yang membentuk hubungan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah sejalan dengan hubungan kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Pembagian kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dilakukan secara terinci atau menurut doktrin *ultravires*⁶, yaitu urusan pemerintahan konkuren yang dibagi atas urusan pemerintahan wajib dan urusan pemerintahan pilihan. Dasar dari pelaksanaan urusan pemerintahan konkuren ini adalah menggunakan asas otonomi daerah.⁷

Salah satu yang menjadi urusan wajib Pemerintahan Daerah adalah pelayanan dasar bidang kesehatan. Secara rinci urusan pemerintahan ini dibagi antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota berupa penyelenggaraan upaya kesehatan, sumber daya manusia bidang kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan dan minuman serta pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.⁸ Dalam melaksanakan urusan pemerintahan tersebut, Daerah berhak menetapkan kebijakan daerah namun tetap berpedoman pada norma, standar, prosedur dan kriteria yang ditetapkan Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan dan Kementerian lainnya yang terkait.

Walau pembagian urusan pemerintahan tidaklah sama dengan kewenangan, namun dalam konteks peraturan perundang-undangan di Indonesia antara kewenangan dan urusan pemerintah sering dipersamakan. Menurut Situmorang, pada dasarnya kewenangan adalah hak dan atau kewajiban untuk menjalankan satu atau beberapa fungsi manajemen yang meliputi: pengaturan, perencanaan, pengorganisasian, pengurusan dan pengawasan atas suatu objek tertentu yang ditangani oleh pemerintah sedangkan urusan pemerintahan adalah *public function* dalam bidang atau sektor atau lebih kecil dari bidang dan sektor pemerintahan.⁹ Dikarenakan kerap dipersamakan maka hubungan kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah berarti penyerahan urusan Pemerintah Pusat kepada Pemerintahan Daerah.

⁵ Indonesia, *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Amandemen Kedua*, pasal 18.

⁶ *Ultravires* berarti pembagian kewenangan yang dilakukan untuk memastikan pemerintahan lokal tidak melebihi kewenangan yang ia miliki dengan cara pembagian yang rinci antara pemerintah pusat dan pemerintahan sub-nasional. Pemerintahan sub-nasional atau Daerah dinyatakan *ultravires* apabila menjalankan kewenangannya di luar kewenangan yang diberikan kepadanya atau bertindak lebih jauh dari yang diatur oleh peraturan perundang-undangan, dikutip dari: Erwan Agus Purwanto dan Agus Pramusinto, *Decentralization and Functional Assignment in Indonesia: The case of Health and Education Services*, Policy Studies, Vol 39 (1), Oktober 2018, hal. 5, mengutip dari pendapat: Aguma K.C, "The Principle of Ultravires and The Local Authorities" Decision in England", Master Thesis in Advanced Legal Studies, University of London, hal. 1.

⁷ Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587, pasal 9

⁸ Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587, Lampiran.

⁹ Sodjuangon Situmorang, *Model Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Provinsi dan Kabupaten/Kota*, (Disertasi Universitas Indonesia, 2002), hlm. 32.

Hubungan kewenangan Pemerintah Pusat dan Daerah merupakan hal yang paling dominan dalam penyelenggaraan daerah yang demokratis dan efisien. Terkait pelaksanaan demokrasi maka kewenangan yang dimiliki oleh daerah harus dapat mendorong partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan pemerintahan. Hal ini dikarenakan Pemerintahan Daerah dianggap paling dekat dan lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat di wilayahnya.¹⁰ Terdapat empat hal yang menjadi landasan penting bagi penyelenggaraan pemerintahan daerah itu sendiri yaitu: pembagian (delegasi) kewenangan, keleluasaan dalam pengambilan keputusan, pelayanan dan wilayah tertentu.¹¹

Pemberian kewenangan tersebut diikuti dengan pembiayaan untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang Kesehatan yang kemudian membentuk hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah.¹² Dalam hal ini, hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah berupa pendelegasian pengeluaran (*expenditure assignment*) sebagai konsekuensi dari penyerahan kewenangan dan tanggung jawab pelayanan publik; dan pendelegasian pendapatan (*revenue assignment*).¹³ Hal ini sebagaimana pendapat dari Davey yang menyebutkan bahwa hubungan keuangan pusat-daerah menyangkut pembagian tanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan sesuai dengan tingkat pemerintahan, dan pembagian pendapatan untuk membiayai pengeluaran penyelenggaraan kegiatan tersebut, bertujuan untuk mendapatkan perimbangan sesuai dengan kemampuan masing-masing daerah di bawah supervisi Pemerintah Pusat.¹⁴

Pada prinsipnya, hubungan keuangan pusat dan daerah dikenal sebagai: *money follows function*, *function follows money* atau *hybrid* yang dilihat dari penyerahan kewenangan dan penyerahan pengelolaan keuangan.¹⁵ Tiga prinsip inilah yang mempertegas bahwa hubungan keuangan terbentuk apabila terdapat pembagian urusan-urusan pemerintahan dari Pemerintah Pusat kepada Daerah. Hal ini sebagaimana yang disampaikan oleh Martinez-Vazquez, dkk menegaskan bahwa: “*The first fundamental step in the design of a system of intergovernmental fiscal relations should be a clear assignment of functional responsibilities among different levels of government.*”¹⁶ Dengan demikian hubungan keuangan pusat dan daerah

¹⁰ Djaenuri, *op.cit.*, hal. 13.

¹¹ Djaenuri, *Hubungan Keuangan Pusat-Daerah*, hlm. 13.

¹² Hubungan keuangan untuk menyelenggarakan urusan pemerintah yang diserahkan kepada Daerah terdiri dari: pemberian sumber penerimaan Daerah berupa pajak daerah dan retribusi daerah, pemberian dana perimbangan, pemberian dana otonomi khusus dan pemberian dana darurat, insentif (tertulis “insentif”, seharusnya “insentif”), hibah, atau pinjaman sebagaimana yang diatur pada: Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587. pasal 279 ayat (2).

¹³ Safri Nugraha, dkk, *Hukum Administrasi Negara*, (Depok: Center For Law and Good Government Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2007), hal. 255.

¹⁴ Djaenuri, *op.cit.*, hal. 41.

¹⁵ Prinsip *money follows function* berarti penyerahan kewenangan dilakukan terlebih dahulu kepada Daerah baru diikuti dengan sumber keuangannya, *function follows money* berarti kewenangan pemerintah daerah menyesuaikan dengan sumber keuangan yang diserahkan kepadanya dan gabungan keduanya (hybrid), *Ibid.*, hlm. 50-51.

¹⁶ Peter J Morgan dan Long Q . Trinh, *Framework For Central-Local Government relations and Fiscal Sustainability*, dalam: Naoyuki Yoshino dan Peter J. Morgan (ed), “Central and Local Government Relations in Asia: Achieving Fiscal Sustainability”, (Cheltenham and Northampton, Edward Elgar Publishing, 2017), hlm. 8, mengutip dari: J. Martinez-Vazquez, C. McLure, and F. Vaillancourt, ‘Revenues and expenditures in an intergovernmental framework’, in R.M. Bird and F. Vaillancourt (eds), *Perspectives on Fiscal Federalism*, (Washington, DC: World Bank, 2006), pp. 15–34.

tergantung pada derajat desentralisasi yang dicerminkan pada pembagian kewenangan.¹⁷

Menurut Litvack, dkk, tanggung jawab finansial merupakan inti dari desentralisasi, dimana jika pemerintah daerah hendak menyelenggarakan desentralisasi secara efektif, maka mereka harus memiliki sumber pendapatan yang adekuat atau mendapatkan transfer dari pemerintah pusat termasuk juga kewenangan untuk mengelolanya sendiri.¹⁸ Hubungan keuangan yang timbul dari pelaksanaan desentralisasi ini disebut sebagai desentralisasi fiskal. Definisi dari desentralisasi fiskal sendiri adalah pendelegasian tanggung jawab dan pembagian kewenangan dalam pengambilan keputusan yang meliputi aspek penerimaan dan pengeluaran.¹⁹

Tujuan dari transfer dana dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah adalah untuk mengatasi persoalan ketimpangan fiskal vertikal, mengatasi ketimpangan fiskal horizontal, kewajiban daerah untuk melaksanakan pelayanan publik sesuai dengan standar minimal pelayanan, mengatasi persoalan yang timbul akibat melimpahnya efek pelayanan publik (*interjurisdictional spill-over effect*), rehabilitasi dan mendorong pemerintah daerah untuk meningkatkan kemampuan daerahnya.²⁰ Pada dasarnya, terdapat dua bentuk utama pembagian sumber penerimaan keuangan pada tingkatan pemerintahan yang bersifat vertikal (*vertical intergovernmental fiscal*) dan pembagian sumber keuangan antara pemerintahan tingkat horisontal (*horisontal intergovernmental fiscal*). Adapun pembagian keuangan yang bersifat vertikal, dibagi menjadi: sistem pemisahan sumber keuangan, perimbangan keuangan melalui subsidi (*grant*), dan sistem gabungan.²¹

Menurut Kavanagh, ada dua model kedudukan Pemerintah Daerah dalam hubungannya dengan Pemerintah Pusat, yaitu model pelaksana (*agency model*) dan model kemitraan (*partnership model*).²² Model hubungan kemitraan ini ditandai dengan pemerintah daerah bersamaan kedudukannya dan memiliki diskresi dalam kebijakan sedangkan sebagai agen, pemerintah daerah bertugas semata melaksanakan kebijakan nasional yang disusun oleh pemerintah pusat dan tidak memiliki diskresi.²³ Bentuk hubungan model pelaksana ini banyak ditemui pada negara-negara kesatuan. Hal ini dikarenakan dari sudut pandang negara kesatuan, pemerintahan daerah tidak memiliki kedaulatan dan merupakan bentukan dari pemerintah pusat.²⁴

Dengan demikian untuk dapat memahami hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah terkait pelaksanaan urusan wajib pemerintah bidang kesehatan maka perlu dilihat sumber keuangan yang diserahkan kepada Pemerintah Daerah, dana perimbangan dan dana lainnya yang diberikan dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah di bidang kesehatan. Dari memahami hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah tersebut maka dapat diketahui bagaimana pelaksanaan desentralisasi terhadap suatu urusan pemerintah

¹⁷ Nugraha, dkk, *op.cit.*

¹⁸ Situmorang, *op.cit.*, hlm. 21-22, mengutip dari: Jennie Litvack, Jauid Ahmad, dan Richard Bird, "Rethinking Decentralization in Development Countries", (Washington DC: The World Bank, 1988), p. 7.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*, hlm. 256-257.

²¹ Eko Prasajo, Irwan Ridwan Maksun dan Teguh Kurniawan, *Desentralisasi Pemerintahan Daerah: Antara Model Demokrasi Lokal dan Efisiensi Struktural*, (Depok: Departemen Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia, 2006), hlm. 114.

²² Djaenuri, *op.cit.*, hal 55.

²³ United Nation of Development Programe (UNDP), *Decentralization: A Sampling of Definition*, Working Paper prepared in Connection with the Joint UNDP -Government of Germany Evaluation of the UNDP role in Decentralization and Local Governance, October 1999, hal. 3.

²⁴ Prasodjo, Maksun dan Kurniawan, *op.cit.*, hlm. 4.

Untuk konteks negara Indonesia, hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah dapat dilihat dari Undang-Undang No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, dimana disebutkan bahwa perimbangan keuangan ini merupakan konsekuensi dari pembagian urusan antara Pemerintah Pusat dan Daerah.²⁵ Namun, perimbangan keuangan antara Pemerintahan Pusat dan Daerah yang dimaksud dalam undang-undang ini tidak semata-mata dalam rangka penyelenggaraan desentralisasi melainkan juga dalam rangka dekonsentrasi dan tugas pembantuan.²⁶ Adapun mekanisme perimbangan keuangan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi terdiri atas: sumber pendapatan daerah berupa pajak, retribusi, hasil pengelolaan kekayaan daerah yang sah, dan pendapatan lainnya yang sah;²⁷ dana perimbangan yang terdiri dari dana bagi hasil dana alokasi umum (DAU), dana alokasi khusus (DAK) yang ditetapkan pada setiap tahun anggaran dalam APBN;²⁸ dan lain-lain pendapatan.

Sementara itu, dalam rangka menjalankan urusan wajib daerah di bidang kesehatan, Pemerintah Daerah tidak hanya mendapatkan transfer dana berupa DAU namun juga mendapat DAK bidang kesehatan. DAK bidang kesehatan ini adalah dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang difokuskan pada penurunan angka kematian ibu, bayi dan anak, penanggulangan masalah gizi, serta pencegahan penyakit dan penyehatan lingkungan terutama untuk pelayanan kesehatan penduduk miskin, dan penduduk di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan dan daerah bermasalah kesehatan.²⁹

Dana Alokasi Khusus ini terdiri dari Dana Alokasi Khusus Fisik bidang kesehatan (DAK Fisik) dan Dana Alokasi Khusus Non-fisik bidang kesehatan (DAK Non-fisik). Adapun petunjuk pelaksanaannya diatur pada Peraturan Menteri Kesehatan, dengan rincian yang disajikan pada tabel 1. Dari rincian DAK sebagaimana yang diatur pada Peraturan Menteri Kesehatan, maka hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah adalah sepenuhnya terkait pelaksanaan urusan wajib Pemerintah Daerah yang diatur dalam Undang-Undang Pemerintah Daerah. Dari rincian tersebut, tampak jelas bahwa fokus desentralisasi bidang kesehatan adalah pada investasi sarana kesehatan dan pengadaan alat kesehatan dan obat-obatan. Walaupun begitu, Pemerintah Daerah masih mendapatkan kewenangan untuk penyelenggaraan jaminan persalinan pada kelompok penduduk yang belum menjadi peserta JKN.

Tabel 1. Rincian Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan Tahun 2019

²⁵ Indonesia, *Undang-undang No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah*, Lembaga Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2004 No. 126, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 4438, pasal 2 ayat (1), pasal 1 butir 3

²⁶ Perimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah didefinisikan sebagai sistem pembagian keuangan yang adil, proporsional, demokratis, transparan dan efisien dalam rangka pendanaan penyelenggaraan desentralisasi dengan mempertimbangkan potensi, kondisi dan kebutuhan daerah, serta besaran pendanaan penyelenggaraan dekonsetrasi dan tugas pembantuan,.

²⁷ Indonesia, *Undang-undang No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2004 No. 126, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 4438., pasal 6.

²⁸ Indonesia, *Undang-undang No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2004 No. 126, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 4438., pasal 10.

²⁹ Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan No.3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknik Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan*, Berita Negara Republik Indonesia (BN) Tahun 2019 No. 117, pasal 1 butir 2.

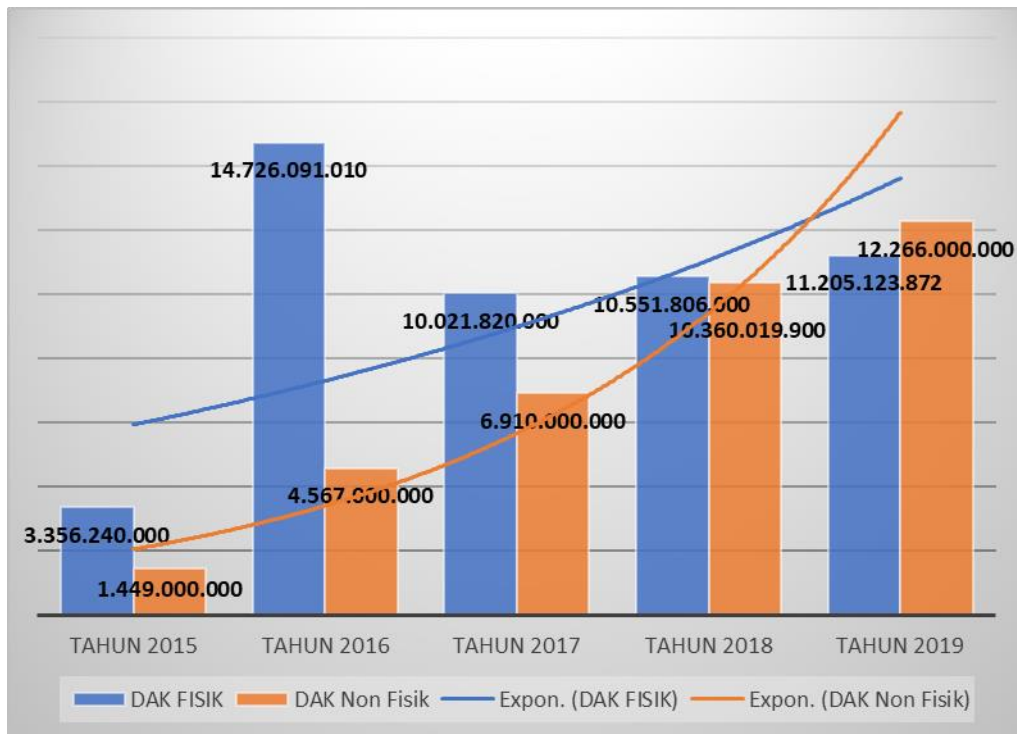
Dana Alokasi Khusus Fisik Reguler	Dana Alokasi Khusus Non-Fisik
Pembangunan, renovasi dan rehabilitasi puskesmas dan laboratorium kesehatan daerah; penyediaan alat kesehatan puskesmas, prasarana puskesmas dan penyediaan alat, mesin dan bahan serta sistem informasi kesehatan untuk pengendalian penyakit, kesehatan lingkungan dan kesehatan masyarakat.	Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Puskesmas, Program <i>Stunting</i> , Upaya Kesehatan Masyarakat Sekunder (kabupater/kota), Tersier (Provinsi) dan dukungan manajemen BOK.
Pembangunan dan rehabilitasi rumah sakit daerah, penyediaan alat kesehatan dan prasarana rumah sakit daerah	Jaminan Persalinan dan dukungan manajemen
Penyediaan obat dan bahan medis habis pakai di tingkat daerah kabupaten/kota pembangunan baru, rehabilitasi, dan/atau penyediaan sarana pendukung instalasi farmasi kabupaten/kota atau provinsi	Akreditasi Puskesmas, Rumah Sakit, dan Laboratorium Kesehatan Daerah Distribusi obat, vaksin dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) serta dukungan pemanfaatan sistem informasi atau aplikasi logistik obat dan BMHP secara elektronik;

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan No. 2 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan.

Kendati terdapat pembiayaan urusan pemerintah bidang kesehatan oleh DAK, namun pengalokasian ini tidak menjadi satu-satunya sumber pembiayaan. Pemerintah Pusat meminta Daerah tetap menjadi penanggung jawab dalam pembiayaan kesehatan di Daerah. Salah satu dari bentuk tanggung jawab Daerah adalah kewajiban untuk mengalokasikan dana untuk kesehatan sebesar minimal 10% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).³⁰

Walau JKN sudah berlangsung sejak tahun 2014, namun apabila dilihat anggaran dana alokasi khusus bidang kesehatan setiap tahun, tidak terlihat adanya penurunan. Bahkan terjadi kecenderungan mengalami peningkatan terutama terkait dana alokasi khusus non fisik. Hal ini menunjukkan bahwa adanya JKN tidak berpengaruh pada besaran transfer dana bagi penyelenggaraan urusan pemerintahan bidang kesehatan. Berikut adalah rincian dana alokasi khusus bidang kesehatan dari tahun anggaran 2015 hingga tahun 2019.

³⁰ Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan No.3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknik Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan*, Berita Negara Republik Indonesia (BN) Tahun 2019 No. 117., Lampiran



(dalam ribuan rupiah)

Tabel 2. Rincian dana alokasi khusus bidang kesehatan tahun anggaran 2015-2019
(Sumber: disarikan penulis dari Peraturan Presiden tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara)

Pada sisi lain, pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia diselenggarakan melalui sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Adapun penyelenggara JKN oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).³¹ Kewenangan BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diatur melalui UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan diatur lebih rinci melalui Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Secara umum, tugas dari BPJS Kesehatan adalah mengumpulkan dan mengelola dana amanah yang berasal baik dari iuran masyarakat maupun bantuan iuran yang dibayarkan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah. Selanjutnya dana amanah itu dikelola dan digunakan untuk membayar manfaat pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.³² Adapun penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional ini sendiri mengacu pada pelaksanaan *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan kesehatan semesta³³.

³¹ Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bidang Kesehatan dibentuk berdasarkan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertugas untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, bertanggung jawab langsung kepada Presiden, bertempat kedudukan di Ibukota Negara dan memiliki kantor perwakilan di Provinsi dan kantor cabang di Kabupaten/Kota; Indonesia, *Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*, pasal 12, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2011 No. 116, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5256. , pasal 6.

³² Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2018 No. 165, Tambahan Lembaran Negara (TLN), pasal 1 butir 1, maka yang disebut sebagai Jaminan Kesehatan adalah jaminan

Universal Health Coverage ini sendiri merupakan pelaksanaan Hak Asasi Manusia sebagaimana yang diatur pada UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yaitu hak atas layanan kesehatan.³⁴ Terdapat tiga tujuan UHC menurut WHO, yaitu:

- a. Kesamaan akses pelayanan kesehatan, dimana layanan kesehatan tersedia tidak hanya untuk yang dapat membayar namun untuk setiap orang.
- b. Kualitas dari layanan kesehatan harus cukup baik bagi penerima layanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kesehatannya.
- c. Masyarakat harus dilindungi dari risiko finansial, dimana terdapat jaminan bahwa biaya kesehatan tidak menyebabkan terjadinya kesulitan finansial.³⁵

Berdasarkan tiga tujuan tersebut di atas, UHC disebut memiliki tiga dimensi, yaitu: luasnya jumlah populasi yang ditanggung oleh UHC, kontribusi finansial yang ditanggung melalui pemerintah ataupun skema pembiayaan yang diatur oleh pemerintah, dan manfaat layanan kesehatan yang diperoleh masyarakat. Pelaksanaan UHC di Indonesia sendiri dilaksanakan melalui satu sistem yang disebut sebagai Sistem Kesehatan Nasional.

Pada prinsipnya, sistem kesehatan tersebut adalah seluruh rangkaian kegiatan yang memiliki tujuan utama untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, yang meliputi: penyediaan pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber data dan regulator atau *stewardship*.³⁶ Menurut Adisasmito, terdapat komponen-komponen yang harus diperhatikan agar sistem kesehatan dapat berjalan dengan baik, yaitu: pembiayaan, sumber daya manusia Kesehatan, fasilitas Kesehatan dan Manajemen

perlindungan kesehatan agar Peserta mendapat manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.

³³ World Health Organization, *What is Health Financing for Universal Coverage*, https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/, diakses pada 19 Oktober 2018, menyebutkan bahwa *Universal Health Coverage* (UHC) adalah bahwa setiap orang atau kelompok masyarakat dapat menggunakan layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas dan efektif yang mereka butuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial dalam mengakses layanan tersebut.

³⁴ Hak atas layanan kesehatan merupakan hak asasi manusia sebagaimana yang diatur pada pasal 28 H UUD NRI 1945 yang menjadi hak untuk mendapatkan layanan kesehatan dan hak atas jaminan sosial sebagai hak asasi manusia yang harus diselenggarakan secara aktif oleh Negara. Selain itu, hak atas layanan kesehatan ini juga diakui dalam *International Covenant of Economic, Social and Culture Rights (ICESCR) article 12* sebagai berikut:

1. *The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.*
2. *The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:*
 - (a) *The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child;*
 - (b) *The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene;*
 - (c) *The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;*
 - (d) *The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.*

³⁵ World Health Organization, *Universal Health Coverage and Health Financing*, https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/, diakses pada 18 Maret 2019.

³⁶ Lucky Fadhillah Gunawan, *Implementasi Kebijakan Desentralisasi Urusan Kesehatan: Kasus Kabupaten Cianjur dan Kota Sukabumi*, (Tesis Universitas Indonesia, 2017), hlm. 41, mengutip dari: Wiku Adisasmito, *Sistem Kesehatan*, (Jakarta: Rajagrafindo Persada, 2014), hlm. 13.

Kesehatan.³⁷ Dalam hal ini, JKN bertindak sebagai komponen pembiayaan dalam Sistem Kesehatan Nasional yang berfungsi melindungi masyarakat dari risiko kesulitan finansial. Dapat disimpulkan bahwa JKN merupakan bagian dari pelaksanaan UHC bersama dengan komponen sumber daya manusia, fasilitas kesehatan dan kebijakan kesehatan.

Dengan demikian, penyelenggaraan sistem kesehatan nasional yang diatur dalam Undang-Undang baik UU SJSN, UU BPJS, UU Pemerintahan Daerah membagi kewenangan penyelenggaran sebagai berikut:

1. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menyelenggarakan urusan wajib pemerintahan bidang kesehatan menurut UU Pemerintahan Daerah, yaitu: menyelenggarakan upaya kesehatan perseorangan dan masyarakat, pengadaan sumber daya manusia kesehatan, alat kesehatan, sediaan farmasi, makanan dan air minum serta pemberdayaan masyarakat. Dalam hal ini melaksanakan tujuan UHC berupa penyediaan fasilitas dan layanan kesehatan yang berkualitas.
2. Pemerintah Pusat dan BPJS Kesehatan menyelenggarakan jaminan kesehatan yang berfungsi melindungi masyarakat dari risiko kesulitan finansial dalam mengakses layanan kesehatan.

Maka dari itu, berdasarkan pembagian kewenangan di atas, hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah terkait pelaksanaan otonomi daerah tidak meliputi penyelenggaraan JKN di Indonesia.

Sebagaimana definisi UHC, maka pelayanan kesehatan yang diselenggarakan meliputi layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pembiayaan pelayanan kesehatan tersebut melalui JKN yang diselenggarakan terpusat oleh BPJS Kesehatan yang dibentuk melalui UU BPJS. Penyelenggaraan JKN sendiri dibiayai oleh Dana Jaminan Sosial Kesehatan yang berasal dari iuran peserta JKN baik dibayar sendiri atau melalui bantuan iuran dari pemerintah,³⁸ dengan modal awal berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).³⁹ Dana Jaminan Sosial ini digunakan untuk membayarkan manfaat jaminan kesehatan maupun biaya operasional BPJS Kesehatan.⁴⁰

Untuk menjaga keberlangsungan JKN, Pemerintah Pusat dapat melakukan tindakan-tindakan khusus agar terpelihara tingkat kesehatan keuangan BPJS Kesehatan. Salah satu kebijakan Pemerintah Pusat dalam rangka menjaga keberlangsungan JKN tersebut adalah mengatur kewajiban Pemerintahan Daerah untuk mendukung pelaksanaan JKN sebagaimana yang diatur pada Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Pemerintah Pusat meminta pemerintahan daerah memberikan dukungan dengan cara meningkatkan pencapaian peserta di wilayahnya, memastikan kepatuhan pembayaran iuran, meningkatkan pelayanan kesehatan dan dukungan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dalam rangka menjamin kesinambungan JKN.⁴¹

³⁷*Ibid.*, hlm. 41-42, mengutip dari: Wiku Adisasmito, Sistem Kesehatan, (Jakarta: Rajagrafindo Persada, 2014), hlm. 67.

³⁸ Indonesia, *Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2011 No. 116, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5256, pasal 10.

³⁹ Indonesia, *Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 No. 150, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 4456, pasal 42.

⁴⁰ Indonesia, *Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2011 No. 116, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5256, pasal 12.

⁴¹ Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2018 No. 165, pasal 99 ayat (2).

Bentuk dukungan lainnya sebagaimana yang dimaksud pada Peraturan Presiden tersebut, dalam hal ini adalah kontribusi penerimaan pajak rokok yang menjadi hak Pemerintahan Daerah baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota agar disetorkan ke dalam Dana Jaminan Sosial Kesehatan.⁴² Besaran kontribusi pajak rokok adalah 75% dari 50% realisasi penerimaan pajak rokok yang menjadi hak masing-masing Pemerintahan Provinsi dan Kabupaten/Kota, yang langsung dipotong dan dipindahbukukan ke dalam rekening BPJS Kesehatan.⁴³ Pada dasarnya, pajak rokok merupakan penerimaan yang dipungut oleh Pemerintah Pusat untuk diserahkan kepada Pemerintahan daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota sebagai penerimaan APBD.

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan No. 128/PMK.07/2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok Sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan, nilai pemotongan pajak tersebut adalah sebesar 37,5%.⁴⁴ Walaupun penyeteroran kontribusi pajak rokok tersebut dipotong langsung oleh Pemerintah Pusat, namun Pemerintahan Daerah harus terlebih dahulu menganggarkan besar kontribusi tersebut pada APBD. Mekanisme pemotongan pajak tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Bila anggaran kontribusi Jaminan Kesehatan pemerintah provinsi/kabupaten/kota yang tercantum dalam kompilasi berita acara yang diserahkan oleh pemerintah provinsi sebesar 37,5% atau lebih tidak dilakukan pemotongan pajak.
- b. Bila anggaran kontribusi Jaminan Kesehatan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota yang tercantum dalam kompilasi berita acara yang diserahkan oleh pemerintah provinsi, kurang dari 37,5%, pemotongan pajak rokok dilakukan sebesar selisih kurang dari 37,5%.
- c. Bila pemerintah provinsi tidak menyampaikan kompilasi berita acara kesepakatan dikenakan pemotongan pajak rokok ke rekening BPJS Kesehatan.⁴⁵

Dari mekanisme pemotongan pajak tersebut di atas, tampak adanya intervensi dari Pemerintah Pusat terhadap sumber penerimaan yang telah diserahkan pada Pemerintahan Daerah. Permasalahan defisit dana jaminan sosial yang dikelola BPJS Kesehatan dan kewajiban Pemerintah Pusat untuk melakukan tindakan bagi menjaga keberlangsungan JKN mendorong diambilnya kebijakan untuk melakukan intervensi terhadap sumber penerimaan pajak rokok sekaligus meningkatkan kontribusi dana pemerintahan daerah pada JKN. Hal ini dapat terjadi, apabila pemerintah pusat lebih menekankan pada prinsip-prinsip efisiensi atas pelayanan publik tersebut.

Hal ini sebagaimana yang dikutip Hossein dari pendapat Hauligan dan Aulich, bahwa terdapat dua model pemerintahan daerah yaitu: model demokrasi lokal dan model efisiensi struktural.⁴⁶ Disebutkan bahwa pada pemerintahan daerah dengan model efisiensi akan terdapat hal-hal berikut, yaitu: kecenderungan untuk memangkas daerah otonom, mengorbankan prinsip demokrasi dengan membatasi lembaga

⁴² Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2018 No. 165., pasal 99 ayat (6).

⁴³ Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2018 No. 165, pasal 100.

⁴⁴ Menteri Keuangan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Keuangan No. 128/PMK.07/2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok Sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan*, Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 No. 1348, pasal 2.

⁴⁵ Menteri Keuangan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Keuangan No. 128/PMK.07/2018 tentang Tata Cara Pemotongan Pajak Rokok Sebagai Kontribusi Dukungan Program Jaminan Kesehatan*, Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 No. 1348, pasal 7.

⁴⁶ Prasojo, Maksum Kurniawan, *op.cit.*, hlm. 146-147 yang mengutip dari Bhenyamin Hossein, *Pergeseran Paradigma Otonomi Daerah Dalam Rangka Reformasi Hubungan Pusat-Daerah Menuju Indonesia Baru: Beberapa Masukan Kritis Untuk Pembahasan RUU Otonomi Daerah dan Transisi Implementasinya*, (Jakarta, Asprodia Universitas Indonesia, 1999).

perwakilan sebagai pembuatan kebijakan, keengganan Pemerintah Pusat menyerahkan wewenang dan diskresi kepada daerah otonom, lebih mengutamakan dekonsentrasi, terjadi paradoks antara daerah otonomi yang luas dengan kekhawatiran separatisme yang menyebabkan wilayah yang luas ini cenderung untuk dilikuidasi.⁴⁷ Pada pelaksanaan JKN ini, Pemerintah Pusat cenderung untuk melakukan secara terpusat, terutama dalam hal pembuatan kebijakan-kebijakan penyelenggaraan JKN.

Kebijakan Pemerintah Pusat lainnya yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan defisit dana JKN adalah terkait dengan kewajiban Pemerintah Daerah untuk memastikan kepatuhan pembayaran iuran. Daerah yang memiliki tunggakan pembayaran bantuan iuran JKN akan mendapatkan sanksi pemotongan Dana Alokasi Umum (DAU) atau Dana Bagi Hasil (DBH). Adapun ketentuan mengenai pemotongan DAU atau DBH ini diatur melalui Peraturan Menteri Keuangan No. 183 Tahun 2017 tentang Tata Cara Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah Melalui Pemotongan Dana Alokasi Umum dan/atau Dana Bagi Hasil.⁴⁸ Pemerintah Daerah juga memiliki kewajiban untuk memastikan seluruh penduduk di wilayahnya menjadi peserta JKN yang mendorong bertambahnya penduduk yang mendapatkan bantuan iuran yang berasal dari APBD.

Dari uraian di atas, maka tampaknya prinsip otonomi daerah dalam bidang kesehatan sejak penyelenggaraan JKN menjadi terbatas dan cenderung bergerak ke arah sentralistik. Hal ini dapat dilihat dari dominannya kebijakan Pemerintah Pusat baik dalam hal pembagian urusan pemerintah bidang kesehatan, kebijakan JKN dan bentuk transfer keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Meninjau pendapat Rondinelli yang dikutip Hossein menyebutkan bahwa "*autonomous financial responsibility is at the core of concept decentralization*"⁴⁹ dengan adanya dominasi Pemerintah Pusat dalam hubungan keuangan dengan Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan urusan wajib pemerintah bidang kesehatan serta penyelenggaraan JKN, maka kewenangan otonomi Pemerintah Daerah dalam bidang kesehatan semakin sedikit.

Bila dilihat dari model hubungan keuangan pusat dan daerah menurut Kavanaugh maka Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintah bidang kesehatan dan penyelenggaraan JKN hanya sebatas agen atau pelaksana dari kebijakan Pemerintah Pusat. Terhadap sumber pendapatan dan transfer dana yang diserahkan kepada Pemerintahan Daerah, terlihat dominasi Pemerintah Pusat yang mengatur kebijakan-kebijakan penggunaan sumber pendapatan maupun transfer dana dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintahan Daerah. Dengan demikian, dapat diambil kesimpulan bahwa hubungan keuangan dalam penyelenggaraan JKN bersifat sentralistik dengan dominasi kebijakan pemerintah pusat yang menetapkan kewajiban Pemerintahan Daerah. Terhadap sentralistiknya penyelenggaraan JKN ini, Thabrany sependapat dengan alasan bahwa mobilitas penduduk antar daerah yang mungkin

⁴⁷ *Ibid.*, hlm. 147, yang mengutip dari Bhenyamin Hossein, *Pergeseran Paradigma Otonomi Daerah Dalam Rangka Reformasi Hubungan Pusat-Daerah Menuju Indonesia Baru: Beberapa Masukan Kritis Untuk Pembahasan RUU Otonomi Daerah dan Transisi Implementasinya*, (Jakarta, Asprodia Universitas Indonesia, 1999).

⁴⁸ Menteri Keuangan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Keuangan No. 183 Tahun 2017 tentang Tata Cara Penyelesaian Tunggakan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah Melalui Pemotongan Dana Alokasi Umum dan/atau Dana Bagi Hasil*, Berita Negara Republik Indonesia (BN) Tahun 2017 No. 1734, pasal 2.

⁴⁹ Benyamin Hossein (1), *Perubahan Model, Pola dan Bentuk Pemerintahan Daerah: Dari Era Orde Baru ke Era Reformasi*, (Jakarta: Departemen Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia, 2011), hal. 15.

terjadi saat orang hendak mendapatkan layanan kesehatan, sehingga sentralisasi JKN menjadi pilihan agar penyelenggaraannya menjadi efisien.⁵⁰

Hanya saja dalam kenyataannya, bentuk sentralistik kewenangan penyelenggaraan UHC di Indonesia tidak otomatis menjadikan penyelenggaraannya menjadi efisien dan malah terjadi kecenderungan tumpang tindih. Hal ini disampaikan dalam diskusi empat negara, yaitu: Indonesia, Chili, Argentina dan Nigeria pada bulan April 2017 dalam forum *Joint Learning Network for Universal Health Coverage* yang difasilitasi oleh World Bank membahas mengenai konteks desentralisasi dalam penyelenggaraan UHC. Salah satu pokok permasalahan yang diutarakan adalah mengenai kedudukan pemerintahan daerah termasuk juga di dalamnya politik ekonomi daerah dan *financial risk-sharing* pada penyelenggaraan UHC.

Dalam diskusi tersebut disampaikan bahwa terjadi transfer keuangan yang kurang terkoordinasi dan inefisiensi oleh karena banyak program dan kegiatan yang tidak terintegrasi satu sama lain.⁵¹ Salah satu bentuk inefisiensi tersebut adalah pembayaran kapitasi dari BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Layanan Primer untuk membiayai layanan layanan imunisasi, namun vaksin yang digunakan bagi layanan imunisasi sendiri disediakan oleh Pemerintahan Daerah menggunakan Dana Alokasi Khusus (DAK) yang diberikan oleh Pemerintah Pusat.⁵²

Selain itu, terdapat juga DAK Non Fisik berupa penyelenggaraan Jaminan Persalinan (Jampersal) yang digunakan untuk rujukan persalinan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten; pertolongan persalinan, keluarga berencana pasca persalinan dan perawatan bayi baru lahir; dan sewa dan operasional rumah tunggu kelahiran yang dikelola oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.⁵³ Sasaran Dana Jaminan Persalinan ini diperuntukan untuk membantu ibu hamil, ibu bersalin beserta bayi baru lahir miskin dan tidak mampu yang belum memiliki jaminan kesehatan (JKN) atau Jaminan/asuransi lain.⁵⁴ Hal ini menjadi berlawanan dengan kebijakan pemerintah pusat lainnya yang mendorong agar pemerintahan daerah wajib memastikan seluruh penduduk di wilayahnya terdaftar sebagai peserta JKN, kewajiban mengintegrasikan Jamkesda menjadi JKN dan meningkatkan kontribusi dana dari pemerintahan daerah melalui pemotongan pajak rokok.

Selain permasalahan tumpang tindihnya antara penyelenggaraan JKN dan penyelenggaraan urusan Pemerintah bidang kesehatan, terdapat masalah lain yaitu Pemerintahan Daerah yang tidak ikut serta dalam menanggung risiko finansial penyelenggaraan JKN. Risiko finansial berupa defisit dana jaminan sosial yang disebabkan nilai klaim manfaat yang besarnya melebihi dana yang dikumpulkan, yang mana hal ini berpotensi untuk menghambat keberlangsungan JKN. Sebagaimana yang diatur pada UU SJSN, Pemerintah Pusat memiliki kewajiban untuk menjamin terpeliharanya tingkat kesehatan keuangan JKN, salah satunya adalah dengan

⁵⁰ Hasbullah Thabrany, *Jaminan Kesehatan Nasional*, (Jakarta, Rajagrafindo Persada, 2014), hlm. 19.

⁵¹ The Joint Learning Network for Universal Coverage, *JLN Learning Exchange on Strategic Health Purchasing in Decentralization Context for Indonesia*, Report, April 2017, <https://www.hfgproject.org/jln-learning-exchange-strategic-health-purchasing-decentralized-contexts-indonesia/>, hal. 4, diakses pada 18 Maret 2018.

⁵² Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknik Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan*, Berita Negara Republik Indonesia (BN) Tahun 2017 No.117, pasal 3 ayat (4).

⁵³ Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknik Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan*, Berita Negara Republik Indonesia (BN) Tahun 2017 No.117, pasal 4.

⁵⁴ Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknik Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan*, Berita Negara Republik Indonesia (BN) Tahun 2017 No.117, Lampiran.

memberikan dana talangan pada saat terjadi defisit dana jaminan sosial.⁵⁵ Hal ini menyebabkan Pemerintah Daerah cenderung membebankan seluruh pembiayaan kesehatan penduduk di wilayahnya kepada BPJS Kesehatan. Apalagi dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan mengatur agar Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dilebur ke dalam JKN.⁵⁶

Tidak turut-sertanya Pemerintahan Daerah dalam risiko finansial JKN menyebabkan tidak terbantunya operasional fasilitas kesehatan milik pemerintahan daerah saat terjadi keterlambatan pembayaran klaim manfaat oleh BPJS Kesehatan dikarenakan permasalahan defisit dana jaminan kesehatan. Misalnya yang terjadi pada Provinsi DKI Jakarta, saat BPJS Kesehatan menunggak pembayaran klaim manfaat pada 8 Rumah Sakit Daerah di Provinsi DKI Jakarta yang berakibat pada terganggunya operasional rumah sakit tersebut.⁵⁷ Dalam hal ini, APBD DKI Jakarta tidak disetujui oleh DPRD DKI Jakarta untuk digunakan untuk mengatasi biaya operasional rumah sakit dengan alasan hal tersebut merupakan kesalahan dari BPJS Kesehatan.⁵⁸

Hal tunggakan pembayaran klaim manfaat ini juga terjadi pada banyak Rumah Sakit milik Pemerintahan Daerah seperti pada Rumah Sakit Daerah di Wates⁵⁹, Pangkal Pinang⁶⁰, Cimahi⁶¹, dan sebagainya, yang berdampak terganggunya operasional rumah sakit daerah tersebut. Adapun solusi yang ditawarkan oleh BPJS Kesehatan untuk mengatasi permasalahan biaya operasional adalah agar fasilitas kesehatan meminjam dana pada pihak ketiga atau bank melalui mekanisme *Supply Chain Financing* (SCF). Melalui mekanismen ini, penyedia layanan meminjam uang untuk kepentingan operasional kepada Bank dengan jaminan klaim manfaat yang telah disetujui oleh BPJS Kesehatan untuk dibayar.⁶²

Peran pemerintahan daerah dalam penyelenggaraan JKN yang terbatas sehingga tidak dapat memberikan kontribusi optimal disadari oleh Pemerintah Pusat. Hal ini sebagaimana yang disampaikan Fahmi Idris selaku Direktur Utama BPJS

⁵⁵Indonesia, *Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 No. 150, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 4456, pasal 48.

⁵⁶ Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018, No. 165, pasal 102.

⁵⁷ Jessi Karina, *BPJS Kesehatan Telat Bayar Klaim RSUD, Pemprov DKI Cari Solusi*, "Kompas.com", 13 September 2018, <https://megapolitan.kompas.com/read/2018/09/13/07360411/bpjs-kesehatan-telat-bayar-klaim-rsud-pemprov-dki-pusing-cari-solusi>, diakses pada 8 Maret 2019.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Kompas dot com, *BPJS Kesehatan Menunggak Rp 134 Miliar, RSUD Water Pasang Spanduk Kritik*, <https://regional.kompas.com/read/2018/07/30/19544581/bpjs-kesehatan-menunggak-rp-134-miliar-rsud-wates-pasang-spanduk-kritik>, diakses pada 15 Februari 2019

⁶⁰Kompas dot com, *BPJS Kesehatan Menunggak 25 Miliar, Operasional RSUD Pangkalpinang Terganggu*, <https://regional.kompas.com/read/2018/10/06/06085691/bpjs-kesehatan-menunggak-15-miliar-operasional-rsud-pangkalpinang-terganggu>, diakses pada 15 Februari 2019.

⁶¹ Bandung Kita dot com, *BPJS Kesehatan Menunggak Hingga Rp 10 Miliar, Pelayanan RSUD Cibabat Kena Dampak, Pasien Jadi Korban*, <https://bandungkita.id/2018/10/23/bpjs-kesehatan-menunggak-hingga-rp-10-miliar-pelayanan-rsud-cibabat-kena-dampak-pasien-jadi-korban>, diakses pada 15 Februari 2019.

⁶² *Supply Chain Financing* (SCF) adalah program pembiayaan oleh bank yang khusus diberikan untuk membantu percepatan penerimaan pembayaran klaim pelayanan kesehatan faskes mitra BPJS Kesehatan melalui pengambilalihan invoice sebelum jatuh tempo pembayaran, dikutip dari: BPJS Kesehatan, *Geliat Perbankan Jajaki Skema Pembiayaan Tagihan Faskes Mitra BPJS Kesehatan*, Siaran Pers, 20 September 2018, <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/527cfd65842745f347d1e91181138b27.pdf>, diakses pada 9 Maret 2019.

Kesehatan yang menyebutkan perlu dilakukan optimalisasi peran pemerintah daerah dalam JKN, yang mana saat ini masih terkendala oleh berbagai peraturan perundang-undangan mengenai JKN.⁶³ Untuk itulah maka desentralisasi penyelenggaraan jaminan dan pelayanan kesehatan di Indonesia harus dipertimbangkan ulang agar dapat membagi kewenangan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah dalam penyelenggaraan JKN.

Pemerintahan Daerah seyogyanya didorong untuk berperan lebih aktif dalam pembiayaan kesehatan dan tidak hanya menyelenggarakan operasional layanan kesehatan saja. Pentingnya peran Pemerintahan Daerah ini dalam pembiayaan kesehatan termasuk turut serta dalam risiko finansial JKN menjadi hal yang wajar. Mengingat dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan mendorong peningkatan kontribusi daerah melalui pajak rokok yang menjadi hak Pemerintahan Daerah untuk mengatasi defisit dana jaminan sosial.⁶⁴ Selain itu, terdapat juga kewajiban Pemerintahan Daerah untuk memastikan seluruh penduduk di wilayahnya terdaftar sebagai peserta BPJS dengan cara mendaftarkan dan memberikan bantuan iuran bersumber pada APBD.

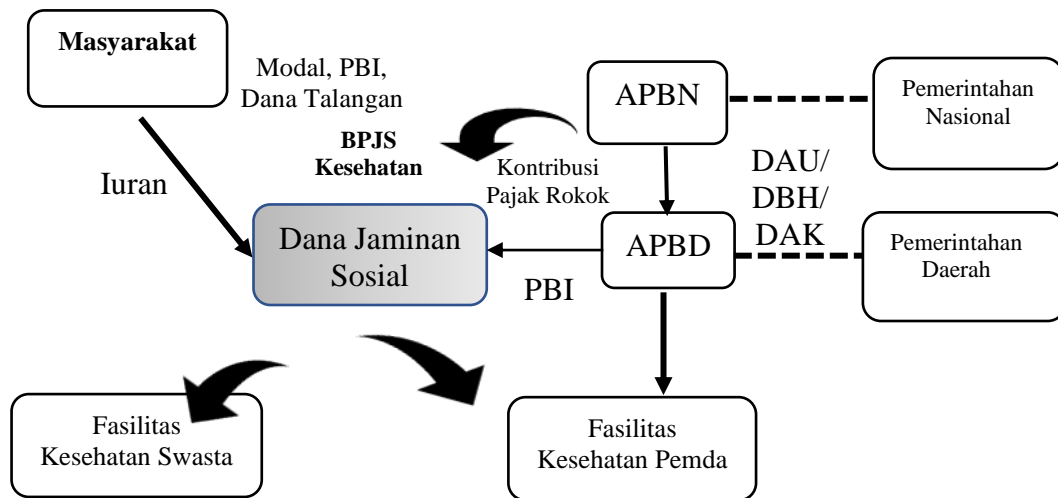
Seperti telah disebutkan di atas bahwa layanan kesehatan sendiri meliputi upaya kesehatan di bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi individu dan masyarakat. Sementara yang berlangsung saat ini adalah terdapat ketidakjelasan pembiayaan program kegiatan upaya kesehatan tersebut, terutama upaya kesehatan promotif dan preventif. Padahal cukup sulit untuk memisahkan kegiatan layanan kesehatan promotif dan preventif bagi masyarakat dan individu. Hal ini menyebabkan terjadi tumpang tindih antara pembiayaan individu melalui JKN dan pembiayaan kesehatan masyarakat melalui APBN atau APBD, terutama apabila pelayanan kesehatan tersebut dilakukan oleh fasilitas kesehatan milik Pemerintahan daerah. Sebagai contoh: UU SJSN mengatur JKN sebagai pembiayaan bagi pelayanan kesehatan perorangan yang di dalamnya juga termasuk penyediaan obat dan bahan medis habis pakai.⁶⁵ Sementara itu, salah satu urusan pemerintahan daerah adalah menyediakan obat-obatan dan alat kesehatan menggunakan dana yang bersumber pada APBD.

⁶³ Rizky Rajamaya, *BPJS Kesehatan Minta Payung Hukum Optimalisasi Peran Pemda*, "Republika Online", 11 Oktober 2018, <https://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/18/10/11/pgfi5h423-bpjs-kesehatan-minta-payung-hukum-optimalisasi-peran-pemda>, diakses pada 2 November 2018.

⁶⁴ Presiden, *Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2018, No. 165, pasal 99 ayat (6).

⁶⁵ Indonesia, *Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 No. 150, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 4456, pasal 22.

Bagan 1. Transfer keuangan penyelenggaraan layanan kesehatan di



PBI: Penerima Bantuan Iuran;

DAU: Dana Alokasi Umum;

DBH: Dana Bagi Hasil;

DAK: Dana Alokasi Khusus

(Sumber: disarikan oleh penulisan dari UU SJSN, UU BPJS, UU Perimbangan Keuangan dan Perpres Jaminan Kesehatan)

Selain itu, pelayanan kesehatan individu tidak hanya dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah, namun juga oleh masyarakat atau swasta. Pelayanan kesehatan oleh swasta ini hanya mendapatkan pembiayaan individu, sehingga berpotensi hanya akan memberikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif dan menyerahkan urusan promotif dan preventif individu kepada pemerintah daerah. Tidak jelasnya tugas dan tanggung jawab antar tingkatan pemerintah ini berdampak kepada infisiensi anggaran kesehatan dan tumpang tindihnya program kegiatan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, diperlukan pembaharuan yang dapat memperjelas kewenangan penyelenggaraan layanan kesehatan antara Pemerintah Pusat dan Daerah termasuk juga pembiayaan kesehatan.

Dari uraian di atas, tampaknya kebijakan JKN perlu memperbesar peran pemerintahan daerah terutama sebagai pelaksanaan desentralisasi. Tak hanya desentralisasi merupakan ketentuan sebagaimana yang diatur dalam UUD 1945 dalam hubungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah, sentralistik penyelenggaraan JKN selama ini oleh BPJS Kesehatan tidak memberikan hasil yang optimal. Pemerintah Daerah sebaiknya juga dilibatkan dalam merumuskan kebijakan-kebijakan JKN agar regulasi yang terbentuk dapat merespon dengan baik kebutuhan masyarakat di wilayahnya.

World Health Organization (WHO) dalam Seminar Regional “Decentralization of Health Care Service in the South East Asia Region” tanggal 6-8 Juli 2010 telah membahas mengenai peran desentralisasi dalam reformasi kesehatan. Pertemuan tersebut kemudian menghasilkan rekomendasi, salah satunya menyebutkan bahwa negara anggota harus membangun kebijakan desentralisasi berbasis kebutuhan, menyediakan kerangka hukum desentralisasi dan memastikan ketersediaan sumber daya dan keuangan.⁶⁶ Hal tersebut diharapkan dapat menghasilkan peningkatan

⁶⁶ World Health Organization, *Decentralization of Health Care Services in The South East Asia Region*, Report, The Regional Seminar, Bandung 6-8 Juli 2010, http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4638.pdf, diakses pada 20 Maret 2018.

layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat di masing-masing daerah.

Akan tetapi perlu diingat juga, walau banyak pendapat yang menyebutkan bahwa kebijakan desentralisasi bidang kesehatan akan menjadikan penyelenggaraan layanan kesehatan lebih fleksibel namun Michael A Muntaga, dkk di dalam penelitiannya mengenai dilema desentralisasi-sentralisasi layanan kesehatan di Tanzania, desentralisasi dapat berdampak positif maupun negatif. Dalam hal ini, dampak negatif terutama berupa tantangan terkait hubungan yang kompleks dan tidak jelas antara Pusat dan Daerah dalam mengelola sumber daya sektor kesehatan.⁶⁷ Sementara menurut Nirvikar Singh dalam tulisannya mengenai desentralisasi dan pelayanan kesehatan di India menyebutkan bahwa desentralisasi dapat menghasilkan responsivitas lokal yang lebih baik, namun lebih lanjut disebutkan bahwa pembangunan kemampuan lokal merupakan hal yang pertama kali harus dilakukan untuk dapat mengoptimalkan desentralisasi bidang kesehatan.⁶⁸ Dapat disimpulkan, apabila peran pemerintah daerah diperbesar dalam penyelenggaraan JKN maka sangat perlu terlebih dahulu ditingkatkan kemampuan pemerintah daerah tersebut.

2.2. Merumuskan ulang hubungan keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah dalam penyelenggaraan layanan kesehatan di Indonesia

Desentralisasi sebagai sarana yang digunakan untuk membagi kewenangan memiliki definisi bermacam-macam. Menurut Budisetyowati mengutip Henry Maddick, desentralisasi adalah “*legal conferring of powers to discharge specified or residual function upon formally constituted local authorities*”, yang mengandung tiga unsur yaitu: penyerahan kewenangan oleh Pemerintah Pusat, adanya penerima kewenangan yaitu organisasi atau pemerintah lokal, dan pembentukannya dilakukan secara formal.⁶⁹ Sementara, Harlod F Alderfer menjelaskan mengenai desentralisasi sebagai berikut: “*In decentralization, local units are established with certain power of their own and certain fields of action in which they may exercise their own judgement, initiative and administration.*”⁷⁰

Dari pengertian desentralisasi tersebut, kewenangan yang dimiliki pemerintah daerah dilakukan secara otonom, sehingga dapat dikatakan pendapat Alderfer ini merupakan pengertian desentralisasi dalam arti sempit. Pengertian yang lebih luas sebagaimana yang dianut oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa dimana desentralisasi juga meliputi konsep dekonsentrasi dengan lebih menekankan pada adanya transfer kewenangan dari pusat kepada daerah.⁷¹ Dengan demikian yang dimaksud desentralisasi tidak hanya desentralisasi menurut Alderfer namun juga termasuk

⁶⁷ Michael A Munga, dkk, *The decentralization-centralisation dilemma: recruitment and distribution of health workers in remote districts of Tanzania*, BMC Int Health Hum Rights, Vol. 9:9, (2009), hlm. 5.

⁶⁸ Nirvikar Singh, *Decentralization and Public Delivery of Health Care*, hlm. 26, <https://mpr.ub.uni-muenchen.de/7869/>, diakses pada 17 November 2018.

⁶⁹ Dwi Andayani Budisetyowati, *Keberadaan Otonomi Daerah di Negara Kesatuan Republik Indonesia*, Disertasi untuk Memperoleh Gelar Doktor dalam Ilmu Hukum pada Fakultas Hukum Universitas Indonesia, (Jakarta, Program Pasca Sarjana Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2004), hlm. 57 mengutip dari pendapat Henry Maddick, *Democracy, Decentralisation and Development*, printed, (London, Asia Publishing House, 1966), hlm. 23.

⁷⁰ Bhenyamin Hoessein, *Berbagai Faktor Yang Mempengaruhi Besarnya Otonomi Daerah Tingkat II*, (Disertasi Universitas Indonesia, 1999), hlm. 57.

⁷¹ *Ibid*, menurut PBB bahwa: “*Decentralization refers to the transfer of authority away from national capital whether by deconcentration (ie. Delegation) to field administration or by devolution to local authorities or other local bodies*”.

dekonsentrasi. Konsep lebih lanjut mengenai definisi dari desentralisasi menurut Rondinelli, Nellis dan Chema yaitu: *“the creation or strengthening – financially or legally- of subnational units of government, the activities of which are substantially outside the direct control of central government.”*⁷²

Dari berbagai pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa desentralisasi adalah pembentukan pemerintahan sub-nasional yang bekerja di luar kendali langsung pemerintah atau bersifat antar organisasi. Tampak terlihat bahwa terdapat konsep otonomi dari pola hubungan pemerintah pusat dan daerah yang mengandung kebebasan berprakarsa untuk mengambil keputusan tanpa kendali langsung dari pemerintah pusat.⁷³ Desentralisasi juga menjadi salah satu konsep yang digunakan oleh David Osborne untuk menjelaskan mengenai *“Reinventing Government”* yang dilakukan dengan desentralisasi kewenangan ke unit terdepan dan menghilangkan peraturan dan kendali dari administrasi pusat, legislasi dan eksekutif, yang diharapkan terjadi penyederhanaan birokrasi.⁷⁴ Diharapkan penyederhanaan birokrasi melalui desentralisasi bertujuan untuk mencapai perubahan organisasi publik yang lebih efisien, efektif, adaptif dan memiliki kemampuan untuk berinovasi.⁷⁵

Konsep desentralisasi di Indonesia sendiri sebagaimana yang diatur dalam Undang-Undang Pemerintahan Daerah adalah penyerahan urusan pemerintah pusat kepada daerah berdasarkan asas otonomi berupa otonomi daerah. Adapun yang dimaksud sebagai otonomi daerah adalah hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri Urusan Pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.⁷⁶ Dapat dikatakan bahwa konsep penyelenggaraan desentralisasi di Indonesia adalah sebagaimana pengertian menurut Alderefer. Pemerintahan Daerah sendiri diselenggarakan oleh Kepala Daerah bersama dengan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD).⁷⁷

Berdasarkan Undang-Undang Pemerintahan Daerah, pelaksanaan pemerintahan daerah dalam pemberian otonomi seluas-luasnya diarahkan untuk hal-hal sebagai berikut:

- a. Mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat
- b. Mampu meningkatkan daya saing dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan dan kekhususan serta potensi dan keanekaragaman Daerah dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.⁷⁸

Dari tujuan tersebut di atas, dapat dilihat bahwa demokrasi merupakan salah satu prinsip dari penyelenggaraan pemerintahan daerah. Menurut Hossein, apabila penitikberatan desentralisasi pada demokrasi maka posisi sentral desentralisasi berada

⁷² Bhenyamin Hoessein (1), *op.cit.* hlm. 89.

⁷³ *Ibid.*, hlm. 90.

⁷⁴ Frank J Thompson dan Norma M. Riccucci, *Reinventing Government*, Annual Review of Political Science, 1, (1998), hlm.233

⁷⁵ *Ibid.*, hlm. 234.

⁷⁶ Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587, pasal 1 butir 6.

⁷⁷ Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587., pasal 57.

⁷⁸ Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587, Lampiran.

pada lembaga perwakilan di daerah atau Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD).⁷⁹ Sementara apabila titik berat penyelenggaraan pemerintahan daerah dalam mencapai efisiensi dan efektivitas maka posisi sentral berada pada kepala daerah.⁸⁰ Dengan demikian, sangat penting untuk mencari titik keseimbangan pelaksanaan desentralisasi untuk mencapai tujuan efisien dan efektivitas namun tetap melaksanakan prinsip demokrasi. Berdasarkan penjelasan pada Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, ditegaskan bahwa kedaulatan ada pada pemerintahan nasional dan otonomi seluas-luas diberikan dalam kerangka negara kesatuan.⁸¹ Disebutkan juga bahwa dalam hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah diperlukan suatu keseimbangan antara kepentingan nasional yang sinergis dan tetap memperhatikan kondisi, kekhasan dan kearifan lokal dalam penyelenggaraan pemerintahan secara keseluruhan.⁸²

Dalam penyelenggaraan urusan pemerintah bidang kesehatan, saat ini hubungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah telah dirinci dalam undang-undang. Pemerintah Daerah dapat membentuk kebijakan daerah sesuai dengan kewenangan yang dimiliki namun harus sinergis dengan norma, prosedur, standar dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Hal ini, menunjukkan adanya pengendalian dari Pemerintah Pusat terhadap urusan pemerintahan yang diserahkan, dimana juga tergambar dalam hubungan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

Transfer keuangan dalam bentuk Dana Alokasi Khusus (DAK) baik Fisik dan Non-Fisik dan petunjuk teknik pelaksanaannya yang berasal dari Pemerintah Pusat menunjukkan kendali terhadap urusan pemerintah bidang kesehatan. Fakta ini menunjukkan bahwa fokus desentralisasi yang dilakukan di Indonesia lebih kepada efektivitas dan efisiensi. Dengan demikian, dalam hal penyelenggaraan urusan pemerintahan bidang kesehatan memiliki kecenderungan sentralistik dengan ruang gerak otonomi daerah yang kecil.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan BPJS Kesehatan semakin memperkuat bahwa penyelenggaraan kesehatan individu di Indonesia bersifat sentralistik. Tidak terlihat prinsip demokrasi dalam kebijakan JKN yang melibatkan masyarakat dan lembaga perwakilan rakyat di daerah. Hal ini dapat dilihat dari pembuatan kebijakan-kebijakan BPJS Kesehatan pada tingkat lokal yang mengacu pada kebijakan pemerintah pusat. Kondisi sentralistik ini yang berkontribusi kepada kebijakan penyelenggaraan kesehatan dan jaminan kesehatan di Indonesia kurang memperhatikan kondisi, kekhasan dan kearifan lokal baik dalam segi kebijakan maupun keuangan.

Merumuskan ulang penyelenggaraan layanan kesehatan di Indonesia dengan mengingat, tiga pilar UHC yang terdiri dari: pembiayaan kesehatan, manfaat layanan dan cakupan peserta. Memisahkan pembiayaan penyelenggaraan kesehatan atas pelayanan individu oleh JKN dan pelayanan masyarakat melalui APBN/APBD, menyebabkan tidak optimalnya pelayanan kesehatan itu. Menyatukan dana untuk penyelenggaraan kesehatan mengurangi terjadinya fragmentasi pembiayaan kesehatan. Sebagai contoh adalah seperti yang dilaksanakan di negara Chili yang mengumpulkan dana jaminan kesehatan pada lembaga Fonasa yang menjamin 77% penduduk Chili.

⁷⁹Bhenyamin Hoessein (1), *op.cit*, hal. 9.

⁸⁰*Ibid.*

⁸¹ Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587, Penjelasan

⁸² Indonesia, *Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587, Penjelasan.

Adapun pelayanan yang diberikan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pemerintah daerah tetap turut serta dalam risiko finansial dengan berperan aktif mengatur dana kapitasi yang diberikan oleh Fonasa di daerahnya.⁸³

Pelaksanaan di Chili tersebut dapat dipertimbangkan untuk menyatukan transfer dana penyelenggaraan UHC dilakukan oleh satu lembaga kepada daerah dengan besar dana dibagi secara proporsional menurut kebutuhan daerah. Dalam hal ini, peran pemerintahan daerah adalah menentukan porsi yang dibutuhkan bagi daerahnya untuk menyelenggarakan baik pelayanan kesehatan perorangan maupun masyarakat. Desentralisasi layanan kesehatan yang dilakukan negara Brazil dengan memperkuat kewenangan otonomi *municipal*, dimana tiap *municipal* memiliki konsil kesehatan yang turut menentukan kebijakan layanan kesehatan di wilayahnya, walaupun pembiayaan kesehatannya berasal dari dana federal.⁸⁴

Pengalaman Chili dan Brazil, tampaknya dapat dijadikan acuan bagi penyelenggaraan UHC yang optimal, yaitu pemerintah pusat mendorong terbentuknya kebijakan-kebijakan lokal bagi penyediaan layanan kesehatan namun transfer keuangan terpusat pada satu lembaga pembiayaan kesehatan. Ada kendali pemerintahan daerah dalam mengelola pelaksanaan layanan kesehatan, sehingga tugas pemerintah pusat lebih terfokus pada membangun sistem layanan kesehatan, investasi infrastruktur layanan kesehatan, pendampingan dan pengawasan penyelenggaraan UHC.

III. PENUTUP

Penyelenggaraan UHC di Indonesia dilakukan dengan pembagian kewenangan antara Pemerintah Pusat, Pemerintahan Daerah dan BPJS Kesehatan. Dalam hal ini, penyelenggaraan JKN sebagai pembiayaan kesehatan dilakukan terpusat oleh BPJS Kesehatan, sementara Daerah berperan dalam menyelenggarakan layanan kesehatan bagi peserta JKN. Dari pembagian kewenangan ini, maka hubungan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah hanya terbatas pada kewenangan yang dirinci dalam UU Pemerintah Daerah dan tidak turut serta dalam penyelenggaraan pembiayaan kesehatan oleh JKN. Peran Pemerintahan Daerah dalam JKN terbatas dalam hal untuk memastikan kepesertaan penduduk di wilayahnya dengan memberikan bantuan iuran yang berasal dari APBD. Dalam kaitannya dengan risiko finansial JKN, Pemerintahan Daerah berkontribusi dalam bentuk pemotongan penerimaan pajak rokok yang menjadi hak daerah untuk disetorkan langsung kepada BPJS Kesehatan melalui mekanisme sebagaimana yang diatur oleh Menteri Keuangan.

Konsekuensi dari bentuk hubungan keuangan tersebut adalah terbatasnya kewenangan otonomi dari Pemerintahan Daerah dalam melaksanakan UHC, terutama soal pembiayaan kesehatan. Kebijakan-kebijakan JKN dilakukan terpusat oleh BPJS Kesehatan dan kerap tidak mampu merespon kebutuhan daerah. Selain itu, transfer keuangan dari Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menyebabkan Pemerintahan Daerah lebih berfokus pada investasi infrastruktur layanan kesehatan dibandingkan merespon kebutuhan pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat di wilayahnya saat BPJS Kesehatan mengalami kesulitan dalam membayarkan manfaat JKN.

Terjadi juga tumpang tindih pelayanan kesehatan individu yang dibiayai oleh BPJS dan pelayanan kesehatan masyarakat yang dibiayai APBN/APBD. Hal ini terjadi karena Pemerintah Pusat masih menjalankan sendiri berbagai program-program

⁸³ The Joint Learning Network for Universal Coverage, *op.cit.*, hal. 8.

⁸⁴ Eduardo J Gomez, *A Temporal Analytical Approach to Decentralization: Lesson from Brazil's Health Sector*, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 33, No. 1, February 2008, hal. 61.

kesehatan nasional. Fragmentasi ini menjadikan pembiayaan kesehatan di Indonesia tidak efektif dan efisien.

Untuk itu diperlukan perumusan ulang penyelenggaraan UHC di Indonesia termasuk menata ulang hubungan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah. Hubungan keuangan yang terjadi haruslah diikuti dengan pemberian kewenangan yang jelas antara Pemerintah Pusat, Pemerintahan Daerah dan BPJS Kesehatan dalam pembiayaan kesehatan baik individu dan masyarakat. Menyatukan seluruh pembiayaan kesehatan pada dana jaminan sosial kesehatan untuk membiayai kegiatan pelayanan kesehatan baik individu dan masyarakat yang dijalankan dengan kebijakan yang merespon kebutuhan lokal diharapkan menjadikan penyelenggaraan UHC di Indonesia lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Djaenuri, HM Aris. Hubungan Keuangan Pusat-Daerah: Elemen-elemen Penting Hubungan Keuangan Pusat dan Daerah. Bogor: Ghalia Indonesia, 2012.
- Nugraha, Safri. Hukum Administrasi Negara. Depok: Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2009.
- Hosseini, Benyamin. Perubahan Model, Pola dan Bentuk Pemerintahan Daerah: Dari Era Orde Baru ke Era Reformasi. Depok: Departemen Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, 2011.
- Prasodjo, Eko, Irwan Ridwan Maksam, Teguh Kurniawan. Desentralisasi dan Pemerintahan Daerah Antara Model Demokrasi Lokal dan Efisiensi Struktural. (Depok: Departemen Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, 2006.
- Thabrany, Hasbullah. Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta, Rajagrafindo Persada, 2014

Tesis dan Disertasi

- Budisetyowati, Dwi Andayani. Keberadaan Otonomi Daerah di Negara Kesatuan Republik Indonesia. Disertasi, Jakarta: Program Pasca Sarjana Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2004.
- Gunawan, Lucky Fadhillah. Implementasi Kebijakan Desentralisasi Urusan Kesehatan: Kasus Kabupaten Cianjur dan Kota Sukabumi. Tesis Universitas Indonesia, 2017
- Hoessein, Bhenyamin. Berbagai Faktor yang Mempengaruhi Besarnya Otonomi Daerah Tingkat II. Disertasi, Jakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 1999.

Artikel Jurnal

- Coverage, The Joint Learning Network for Universal. JLN Learning Exchange on Strategic Health Purchasing in Decentralization Context for Indonesia. USAID, 2017.
- Gomez, Eduardo J. "A Temporal Analytical Approach to Decentralization: Lesson from Brazil's Health Sector." *Journal of Health Policy and Law* 33 (February 2009): 61.
- Munga, Michael A. "The Decentralization-Centralization Dilemma: Recruitment and Distribution of Health Workers in Remote Districts of Tanzania." *BMC International Health Human Rights* 9, no. 9 (2009).

Thompson, Frank J dan Norma M Riccuci. "Reinventing Government." *Annual Review of Political Science*, no. 1 (1998).

Peraturan Perundang-undangan

Indonesia, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Indonesia, Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 No. 150, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 4456.

Indonesia, Undang-undang No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2004 No. 126, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 4438.

Indonesia, Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, pasal 12, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2011 No. 116, Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5256.

Indonesia, Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Lembaran Negara Republik Indonesia (LNRI) Tahun 2014 No. 244 dan Tambahan Lembaran Negara (TLN) No. 5587.

Presiden Republik Indonesia, Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia (LN) Tahun 2018 No. 165.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan No.3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknik Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan, Berita Negara Republik Indonesia (BN) Tahun 2019 No. 117

Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan No. 2 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan, Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 No. 115 Tahun 2019

Menteri Keuangan RI, Peraturan Menteri Keuangan No. 183 Tahun 2017 tentang Tata Cara Penyelesaian Tunggalan Iuran Jaminan Kesehatan Pemerintah Daerah Melalui Pemotongan Dana Alokasi Umum dan/atau Dana Bagi Hasil, Berita Negara Republik Indonesia (BN) Tahun 2017 No. 1734

Internet

Bandung Kita dot com. BPJS Kesehatan Menunggak Hingga Rp 10 Miliar, Pelayanan RSUD Cibabat Kena Dampak, Pasien Jadi Korban. [HYPERLINK "https://bandungkita.id/2018/10/23/bpjs-kesehatan-menunggak-hingga-rp-10-miliar-pelayanan-rsud-cibabat-kena-dampak-pasien-jadi-korban"](https://bandungkita.id/2018/10/23/bpjs-kesehatan-menunggak-hingga-rp-10-miliar-pelayanan-rsud-cibabat-kena-dampak-pasien-jadi-korban)
<https://bandungkita.id/2018/10/23/bpjs-kesehatan-menunggak-hingga-rp-10-miliar-pelayanan-rsud-cibabat-kena-dampak-pasien-jadi-korban>, diakses pada 15 Februari 2019.

BPJS Kesehatan. Geliat Perbankan Jajaki Skema Pembiayaan Tagihan Faskes Mitra BPJS Kesehatan. Siaran Pers. 20 September 2018, [HYPERLINK "http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/527cfd65842745f347d1e91181138b27.pdf"](http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/527cfd65842745f347d1e91181138b27.pdf) <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/527cfd65842745f347d1e91181138b27.pdf> , diakses pada 9 Maret 2019.

Karina, Jessi. BPJS Kesehatan Telat Bayar Klaim RSUD, Pemprov DKI Cari Solusi. "Kompas dot com". 13 September 2018. [HYPERLINK "https://megapolitan.kompas.com/read/2018/09/13/07360411/bpjs-kesehatan-telat-bayar-klaim-rsud-pemprov-dki-pusing-cari-solusi"](https://megapolitan.kompas.com/read/2018/09/13/07360411/bpjs-kesehatan-telat-bayar-klaim-rsud-pemprov-dki-pusing-cari-solusi)
<https://megapolitan.kompas.com/read/2018/09/13/07360411/bpjs-kesehatan-telat-bayar-klaim-rsud-pemprov-dki-pusing-cari-solusi> , diakses pada 8 Maret 2019.

- Kompas dot com. BPJS Kesehatan Menunggak Rp 134 Miliar, RSUD Water Pasang Spandung Kritik,. <https://regional.kompas.com/read/2018/07/30/19544581/bpjs-kesehatan-menunggak-rp-134-miliar-rsud-wates-pasang-spanduk-kritik>, diakses pada 15 Februari 2019
- Kompas dot com, BPJS Keseatan Menunggak 25 Miliar, Operasional RSUD Pangkalpinna Terganggu, [HYPERLINK "https://regional.kompas.com/read/2018/10/06/06085691/bpjs-kesehatan-menunggak-15-miliar-operasional-rsud-pangkalpinang-terganggu"](https://regional.kompas.com/read/2018/10/06/06085691/bpjs-kesehatan-menunggak-15-miliar-operasional-rsud-pangkalpinang-terganggu) <https://regional.kompas.com/read/2018/10/06/06085691/bpjs-kesehatan-menunggak-15-miliar-operasional-rsud-pangkalpinang-terganggu> , diakses pada 15 Februari 2019.
- Singh, Nirvikar., *Decentralization and Public Delivery of Health Care*, hlm. 26, [HYPERLINK "https://mpr.ub.uni-muenchen.de/7869/"](https://mpr.ub.uni-muenchen.de/7869/) <https://mpr.ub.uni-muenchen.de/7869/> , diakses pada 17 November 2018.
- Rajamaya, Rizky. BPJS Kesehatan Minta Payung Hukum Optimalisasi Peran Pemda, “Republika Online”, 11 Oktober 2018, [HYPERLINK "https://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/18/10/11/pgfi5h423-bpjs-kesehatan-minta-payung-hukum-optimalisasi-peran-pemda"](https://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/18/10/11/pgfi5h423-bpjs-kesehatan-minta-payung-hukum-optimalisasi-peran-pemda) <https://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/18/10/11/pgfi5h423-bpjs-kesehatan-minta-payung-hukum-optimalisasi-peran-pemda> , diakses pada 2 November 2018.
- World Health Organization, Decentralization of Health Care Services in The South East Asia Region, Report, The Regional Seminar, Bandung 6-8 Juli 2010, [HYPERLINK "http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4638.pdf"](http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4638.pdf) http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4638.pdf , diakses pada 2 November 2018.
- World Health Organization, Universal Health Coverage and Health Financing, [HYPERLINK "https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/"](https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/) https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ , diakses pada 18 Maret 2019.