

KEK

ISSN 1410-3249

No. Akreditasi : 467/AU3/P2MI-LIPI/08/2012

Vol 17 No 1, Maret 2013

KAJIAN EKONOMI DAN KEUANGAN

■ **Revitalisasi Investasi Pengembangan Energi Panas Bumi di Indonesia**

■ **Analisis Kinerja Program Kredit Usaha Rakyat dalam Perspektif Pemangku Kepentingannya**

■ ***The Impact of Taxes on Production on Income Distribution in Indonesia***

■ **Analisis Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah dalam Rangka Memberikan Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin**

■ **Pengaruh Defisit Anggaran terhadap Defisit Transaksi Berjalan di Indonesia**

Kaj. Eko. & Keu.	Vol. 17	No. 1	Maret 2013	Halaman : 1 - 106	ISSN 1410-3249
------------------	---------	-------	------------	-------------------	----------------

ISSN 1410-3249

KAJIAN

EKONOMI KEUANGAN



Pusat Kebijakan Ekonomi Makro
Badan Kebijakan Fiskal
Kementerian Keuangan RI

■ Ragimun (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan)
**Revitalisasi Investasi Pengembangan Energi Panas Bumi
di Indonesia**

■ Mohamad Nasir (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan)
**Analisis Kinerja Program Kredit Usaha Rakyat dalam Perspektif
Pemangku Kepentingannya**

■ Kunta Nugraha (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan)
The Impact of Taxes on Production on Income Distribution in Indonesia

■ Sri Lestari Rahayu (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan)
**Analisis Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah dalam
Rangka Memberikan Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin**

■ Muhammad Afdi Nizar (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan)
**Pengaruh Defisit Anggaran terhadap Defisit Transaksi Berjalan
di Indonesia**

KATA SAMBUTAN

Kami panjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas terbitnya Kajian Ekonomi dan Keuangan edisi ini ke hadapan pembaca sekalian. Pada edisi ini, kami menyajikan berbagai topik yang berkaitan dengan analisis dan dampak kebijakan publik di bidang ekonomi dan keuangan negara.

Kajian pada volume kali ini diisi oleh berbagai topik tulisan yaitu Pengembangan Energi Panas Bumi; Kinerja Program Kredit Usaha Rakyat; Dampak Pajak Tidak Langsung terhadap Distribusi Pendapatan; Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah dalam Rangka Memberikan Jaminan Kesehatan, serta Pengaruh Defisit Anggaran terhadap Defisit Transaksi Berjalan.

Demikianlah kata pengantar yang dapat kami sampaikan. Ibarat peribahasa tiada gading yang tak retak, maka kami menyadari kajian ini tentunya masih terdapat kekurangan baik yang disengaja maupun yang tidak kami sengaja. Oleh karena itu, kami mengharapkan masukan dari para pembaca guna perbaikan di masa yang akan datang. Selanjutnya, kami berharap jurnal ini dapat memberikan manfaat kepada para pembaca sekalian. Selamat membaca!

Jakarta, Maret 2013
Dewan Redaksi

DAFTAR ISI

Cover	
Dewan Redaksi	ii
Kata Sambutan	iii
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vi
Daftar Gambar	vii
Kumpulan Abstrak (Bahasa Indonesia)	ix
Kumpulan Abstrak (Bahasa Inggris)	xiii

REVITALISASI INVESTASI PENGEMBANGAN ENERGI PANAS BUMI DI INDONESIA

Oleh: Ragimun	1-24
---------------------	------

ANALISIS KINERJA PROGRAM KREDIT USAHA RAKYAT DALAM PERSPEKTIF PEMANGKU KEPENTINGANNYA

Oleh: Mohamad Nasir	25-44
---------------------------	-------

THE IMPACT OF TAXES ON PRODUCTION ON INCOME DISTRIBUTION IN INDONESIA

Oleh: Kunta Nugraha	45-56
---------------------------	-------

ANALISIS KEMAMPUAN PENDANAAN PEMERINTAH DAERAH DALAM RANGKA MEMBERIKAN JAMINAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

Oleh: Sri Lestari Rahayu	57-90
--------------------------------	-------

PENGARUH DEFISIT ANGGARAN TERHADAP DEFISIT TRANSAKSI BERJALAN DI INDONESIA

Oleh: Muhammad Afdi Nizar	91-106
---------------------------------	--------

Indeks Subjek

Panduan Penulisan Kajian Ekonomi dan Keuangan

DAFTAR TABEL

REVITALISASI INVESTASI PENGEMBANGAN ENERGI PANAS BUMI DI INDONESIA

Tabel 2.1.	Cadangan Energi Fosil	4
Tabel 2.2.	Proyeksi Tambahan Pembangkit Listrik per Jenis Pembangkit dan Bahan Bakar (MW)	9
Tabel 4.1.	Potensi dan Kapasitas Energi Fosil	10
Tabel 4.2.	Potensi Energi Terbarukan di Indonesia	11
Tabel 4.3.	Biaya Investasi Energi Geothermal per kW	14
Tabel 4.4.	Biaya Operasional dan Pemeliharaan per Tahun (perkW)	15

ANALISIS KINERJA PROGRAM KREDIT USAHA RAKYAT DALAM PERSPEKTIF PEMANGKU KEPENTINGANNYA

Tabel 2.1.	Ketentuan-ketentuan Pokok KUR	29
Tabel 3.1.	Kepentingan Para <i>Stakeholders</i> Atas KUR	31
Tabel 4.1.	Faktor-Faktor Risiko Kredit Sektor Perdagangan dan Pertanian	33
Tabel 4.2.	Sebaran Debitur KUR dan Tenaga Kerja 2007 s.d. 2012	34
Tabel 4.3.	Perkembangan Belanja IJP dan PMN Pemerintah (Rp. Miliar)	35
Tabel 4.4.	Nilai Manfaat Adanya Penjaminan (Rp. Juta Kecuali NPL)	37
Tabel 4.5.	Perbandingan Penjaminan KUR dan Non KUR oleh PPK (Rp. Miliar)	38

THE IMPACT OF TAXES ON PRODUCTION ON INCOME DISTRIBUTION IN INDONESIA

Table 2.1.	<i>Taxes on Production: Tax Rate, Tax Base and Exemptions</i>	47
Table 4.1.	<i>Adjusted Per Capita Income by Deciles, per Cent</i>	53
Table 4.2.	<i>The Effective Tax Rate and the Burden of Taxes on Production in 2008</i>	54
Table 4.3.	<i>Income Inequality of Two Different Type of Income, 2008</i>	55

ANALISIS KEMAMPUAN PENDANAAN PEMERINTAH DAERAH DALAM RANGKA MEMBERIKAN JAMINAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

Tabel 4.1.	Jaminan Kesehatan, Jumlah Peserta, Alokasi dan Realisasinya s.d. Mei 2011	67
Tabel 4.2.	Jumlah Penduduk Dalam Kepesertaan Jaminan Kesehatan Tahun 2010	68
Tabel 4.3.	Perkembangan Anggaran Jamkesmas Tahun 2005-2011 (miliar rupiah)	70
Tabel 4.4.	Pembagian Urusan Wajib dan Pilihan dalam Pembagian Urusan Pemerintah antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota	74
Tabel 4.5.	Perkembangan PDRB per Kapita atas Dasar Harga Berlaku Berdasarkan Provinsi Tahun 2005-2009	77

PENGARUH DEFISIT ANGGARAN TERHADAP DEFISIT TRANSAKSI BERJALAN DI INDONESIA

Tabel 4.1.	Uji Stasioneritas <i>Phillips-Peron (PP) Test</i>	96
Tabel 4.2.	Penentuan Panjang <i>Lag</i> Optimal	97
Tabel 4.3.	Hasil Estimasi Model VAR	98
Tabel 4.4.	Hasil Uji Stabilitas	98
Tabel 4.5.	Dekomposisi Varian Defisit Fiskal dan Defisit Transaksi Berjalan	102

DAFTAR GAMBAR

REVITALISASI INVESTASI PENGEMBANGAN ENERGI PANAS BUMI DI INDONESIA

Gambar 2.1. Mengapa Pengembangan Energi Terbarukan Tidak Cepat	7
--	---

ANALISIS KINERJA PROGRAM KREDIT USAHA RAKYAT DALAM PERSPEKTIF PEMANGKU KEPENTINGANNYA

Gambar 2.1 Prosedur Kredit	28
Gambar 2.2 Kerangka Hubungan Penyaluran KUR	30
Gambar 3.1 Kerangka Identifikasi Kepentingan	30
Gambar 4.1 Realisasi Penyaluran KUR 2007 s.d 2012	32
Gambar 4.2 Realisasi Penyaluran KUR per Sektor 2007 s.d 2012	32
Gambar 4.3 Sebaran Penyaluran KUR per Wilayah Periode 2007 s.d. 2012	34
Gambar 4.4 Sebaran Penyaluran KUR per Bank Pelaksana 2007-2012	36
Gambar 4.5 SBDK Bank Pelaksana dan Suku Bunga (SB) KUR Retail (%)	37
Gambar 4.6 Perkembangan dan Persentase Penjaminan KUR 2007-2012	38
Gambar 4.7 Ringkasan Laba Rugi Konsolidasi Askrindo (Rp. Miliar)	39
Gambar 4.8 Ringkasan Laba Rugi Pelaksanaan Penjaminan KUR Askrindo (Rp. Miliar)	39
Gambar 4.9 Kontribusi Penjaminan KUR terhadap Pendapatan, Beban, dan Laba-Rugi Bersih Konsolidasi	40
Gambar 4.10 Ringkasan Laba Rugi Konsolidasi Jamkrindo (Rp Miliar)	40
Gambar 4.11 Ringkasan Laba Rugi Pelaksanaan Penjaminan KUR Askrindo (Rp Miliar)t	41
Gambar 4.12 Kontribusi Penjaminan KUR terhadap Pendapatan, Beban, dan Laba-Rugi Bersih Konsolidasi	41

THE IMPACT OF TAXES ON PRODUCTION ON INCOME DISTRIBUTION IN INDONESIA

Figure 4.1 Per Capita Tax Burden by Income Groups	52
---	----

PENGARUH DEFISIT ANGGARAN TERHADAP DEFISIT TRANSAKSI BERJALAN DI INDONESIA

Gambar 1.1 Neraca Perdagangan Barang, Neraca Jasa, dan Neraca Transaksi Berjalan, 1980 - 2012	92
Gambar 4.1 Hasil Uji Stabilitas	99
Gambar 4.2 Fungsi <i>Impulse Response</i> (IRF) Defisit Transaksi Berjalan dan Defisit Fiskal	99

MAJALAH KAJIAN EKONOMI DAN KEUANGAN ISSN 1410-3249 KEK Terakreditasi (No. Akreditasi : 467/AU3/P2MI-LIPI/08/2012) Volume 17 Nomor 1, Maret 2013
<i>Kata kunci bersumber dari artikel. Lembar abstrak ini boleh difotokopi tanpa izin dan biaya</i>
ABSTRAK
Ragimun. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan) Revitalisasi Investasi Pengembangan Energi Panas Bumi di Indonesia Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 1 – 24 <i>Abstrak</i> <i>Indonesia sebagai negara yang sedang membangun, memerlukan energi listrik yang sangat banyak. Oleh karena itu diperlukan pemanfaatan dari berbagai sumber untuk mencukupinya. Selama ini energi dari sumber fosil mendominasi pemenuhan energi nasional. Namun sumber energi fosil ini lambat laun akan habis, sehingga diperlukan energi terbarukan, yaitu antara lain dari energi geothermal. Energi ini disamping ramah lingkungan juga mempunyai cadangan yang sangat banyak. Tercatat 26 persen energi geothermal dunia ini berada di Indonesia. Akan tetapi sampai saat ini pengembangan energi geothermal baru berkisar 4 persen. Kendala utamanya adalah masalah investasi yang masih terbatas, serta reformasi kebijakan dan institusi untuk meningkatkan investasi. Oleh karena itu perlu dilakukan revitalisasi investasi energi geothermal melalui beberapa insentif fiskal maupun non fiskal yang berupa daya tarik investasi seperti harga jual energi listrik panas bumi yang menarik. Saat ini harga jual energi listrik panas bumi sebesar US\$0,97. Hal ini perlu dievaluasi kembali, agar menarik investor pada pengembangan geothermal di Indonesia.</i> <i>Kata Kunci : energi geothermal, kebutuhan energi nasional, kecukupan energi listrik nasional, revitalisasi investasi</i>
Nasir, Mohamad. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan) Analisis Kinerja Program Kredit Usaha Rakyat dalam Perspektif Pemangku Kepentingannya Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 25 – 44 <i>Abstrak</i> <i>UMKM memiliki peran yang penting bagi perekonomian Indonesia, seperti menyerap tenaga kerja yang banyak dan berkontribusi yang signifikan terhadap PDB. Untuk mendukung UMKM lebih produktif dan berkembang, Pemerintah melaksanakan program KUR pada tahun 2007, sebuah program kredit bagi UMKM yang feasible dan not bankable, serta memiliki fasilitas penjaminan kredit. Pemerintah bekerjasama dengan beberapa bank dalam penyaluran dan PT Askindo (Persero) dan Perum Jamkrindo dalam penjaminan kreditnya. KUR telah berjalan lebih dari 5 tahun. Pertanyaannya, bagaimana kinerja KUR dalam perspektif para stakeholder-</i>

MAJALAH KAJIAN EKONOMI DAN KEUANGAN**ISSN 1410-3249****KEK Terakreditasi****(No. Akreditasi : 467/AU3/P2MI-LIPI/08/2012)****Volume 17 Nomor 1, Maret 2013*****Kata kunci bersumber dari artikel. Lembar abstrak ini boleh difotokopi tanpa izin dan biaya*****ABSTRAK**

nya selama ini ? Dengan menggunakan analisis deskriptif diperoleh hasil bahwa bagi Pemerintah, KUR selama periode 2007-2012 telah tersalurkan sebesar Rp.97,6 triliun, diakses oleh 7,6 juta debitur. Bagi bank, KUR memberikan keuntungan karena suku bunga 13% untuk retail dan 22% untuk mikro masih di atas SBDK. Di samping itu, adanya penjaminan kredit dapat mengurangi kerugian bank dan memberikan kesempatan untuk melakukan penetrasi pasar atau debitur baru. Bagi perusahaan penjamin, KUR dapat meningkatkan pendapatan penjaminan. KUR juga memberikan laba bersih bagi Perum Jamkrindo sekitar Rp.738,6 miliar, namun KUR memberikan kerugian sebesar Rp.112,5 miliar bagi PT Askrindo.

Kata Kunci : bankable, feasible, kredit, laba, penjaminan, suku bunga

Nugraha, Kunta. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan)

The Impact of Taxes on Production on Income Distribution in Indonesia

Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 45 - 56

Abstrak

Perekonomian Indonesia tumbuh secara cepat sejak tahun 2000, namun ketimpangan pendapatan memburuk sejak tahun 2001. Salah satu kebijakan pemerintah untuk memperbaiki ketimpangan pendapatan adalah melalui pemungutan pajak. Tulisan ini mengevaluasi pajak atas produksi dan dampaknya terhadap distribusi pendapatan menggunakan model Scutella. Dampak terhadap distribusi pendapatan dihitung dengan menentukan beban pajak untuk setiap kelompok pendapatan rumah tangga. Data utama yang digunakan adalah survei sosial ekonomi nasional (Susenas) dan tabel Input-Output. Hasil penting yang diperoleh adalah pajak atas produksi memperburuk ketimpangan pendapatan dan pajak tersebut regresif, terutama untuk rumah tangga menengah ke bawah. Hasil lainnya konsumen rokok mempunyai beban pajak atas produksi yang paling berat. Dengan demikian, saran dari tulisan ini adalah pajak atas produksi di Indonesia memperburuk ketimpangan pendapatan dan semakin tinggi tarif pajak efektif (effective tax rate) tidak berarti bahwa beban pajak atas produksi terhadap konsumen juga semakin tinggi.

Kata Kunci: beban pajak, distribusi pendapatan, pajak atas produksi, tarif pajak efektif

MAJALAH KAJIAN EKONOMI DAN KEUANGAN ISSN 1410-3249 KEK Terakreditasi (No. Akreditasi : 467/AU3/P2MI-LIPI/08/2012) Volume 17 Nomor 1, Maret 2013
<i>Kata kunci bersumber dari artikel. Lembar abstrak ini boleh difotokopi tanpa izin dan biaya</i>
ABSTRAK
Rahayu, Sri Lestari. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan) Analisis Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah dalam Rangka Memberikan Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 57 – 90 <i>Abstrak</i> <i>Dalam tahun 2010 penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan baru mencapai 139.424.348 jiwa (59,07 persen dari jumlah penduduk), sedang sisanya 40,93 persen belum memiliki jaminan kesehatan. Provinsi Nangroe Aceh Darussalam dan Sulawesi Selatan 100 persen penduduknya sudah memiliki jaminan kesehatan, diikuti oleh Provinsi Sumatera Selatan dan Bali masing-masing sebesar 99,60 persen dan 99,56 persen. Ke depan, apakah pendanaan jaminan kesehatan sebaiknya masih akan diberikan sesuai dengan kapitasi jumlah penduduk, atau dialihkan kepada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit, pemberian insentif bagi tenaga medis, penyediaan obat-obatan, maupun sarana dan prasarannya sesuai dengan kemampuan Pemerintah Daerah, sehingga seluruh masyarakat dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ditentukan.</i> <i>Kata Kunci : insentif, jamkesmas, pemma</i>
Nizar, Muhammad Afdi. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan) Pengaruh Defisit Anggaran terhadap Defisit Transaksi Berjalan di Indonesia Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 91 – 106 <i>Abstrak</i> <i>Studi ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh defisit anggaran terhadap defisit transaksi berjalan di Indonesia dalam periode tahun 1990 – 2012. Dengan menggunakan data time series kuartalan dan model VAR, hasil studi ini menunjukkan bahwa : (i) defisit anggaran berpengaruh positif terhadap defisit transaksi berjalan. Dalam periode 1990 – 2012 pengaruh defisit anggaran relatif kecil dan berlangsung cepat (satu kuartal), sedangkan dalam periode 1990 – 1997 pengaruhnya lebih besar dan dengan durasi yang lebih panjang (dua kuartal atau satu semester), dan (ii) hasil studi ini mengkonfirmasi dan sejalan dengan hipotesis defisit kembar (twin deficit hypothesis). Oleh karena itu, pemerintah perlu menempuh langkah-langkah</i>

MAJALAH KAJIAN EKONOMI DAN KEUANGAN ISSN 1410-3249 KEK Terakreditasi (No. Akreditasi : 467/AU3/P2MI-LIPI/08/2012) Volume 17 Nomor 1, Maret 2013
<i>Kata kunci bersumber dari artikel. Lembar abstrak ini boleh difotokopi tanpa izin dan biaya</i>
ABSTRAK
<i>konkret dengan menekan impor minyak (BBM). Karena impor BBM selain berpotensi menambah defisit transaksi berjalan juga berimplikasi menambah besaran subsidi BBM (dan defisit) dalam APBN.</i> <i>Kata Kunci : defisit anggaran, defisit transaksi berjalan, hipotesis defisit kembar, neraca pembayaran</i>

MAJALAH KAJIAN EKONOMI DAN KEUANGAN**ISSN 1410-3249****KEK Terakreditasi****(No. Akreditasi : 467/AU3/P2MI-LIPI/08/2012)****Volume 17 Nomor 1, Maret 2013**

The keywords noted here are the words which represent the concept applied in a writing. The abstracts are allowed to copy without permission from the publisher and free of charge

ABSTRACT

Ragimun. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan)

Revitalisasi Investasi Pengembangan Energi Panas Bumi di Indonesia

Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 1 - 24

Abstract

Premises as a country that is being build, requiring electrical energy very much. It is therefore necessary for the utilization of various sources of insufficiency. During this energy from fossil sources dominate the national energy needs. But this fossil energy sources will eventually run out. So that the necessary renewable energy, among other things of geothermal energy. This energy is in addition to friendly neighborhood also has a reserve that very much. Recorded 26 percent of world geothermal energy in Indonesia. However, until recently the development of new geothermal energy range from 4 percent. The main obstacle is the issue of investment is still limited, as well as policy and institutional reforms to increase investment. It is therefore necessary to revitalize geothermal energy investments through several fiscal and non fiscal incentives in the form of investment attraction such as the selling price of electricity energy geothermal interest. Current selling price of geothermal electrical energy for U.S. \$ 0.97. This needs to be re-evaluated, in order to attract investors in geothermal development in Indonesia.

Keywords: geothermal energy, national energy needs, revitalization of investment, the adequacy of the national electric energy

Nasir, Mohamad. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan)

Analisis Kinerja Program Kredit Usaha Rakyat dalam Perspektif Pemangku Kepentingannya

Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 25 - 44

Abstract

SMEs have significant role for Indonesian economic, such as employing many labors and significant contribution to GDP. To support them more productive, Government launched a KUR in 2007, a credit program for SMEs that is feasible but not bankable, and has credit guarantee facility. Govenrment has cooperated with some Banks for credit and with PT Askrindo and Perum Jamkrindo for credit guarantee. Since 2007, KUR has been run over 5 years. The question is how the performance of KUR viewed by Government, Banks, and Credit Guarantee Enterprises perspectives. Bu using descriptive analysis methode, the research shows that for Government perspective, KUR has

MAJALAH KAJIAN EKONOMI DAN KEUANGAN**ISSN 1410-3249****KEK Terakreditasi****(No. Akreditasi : 467/AU3/P2MI-LIPI/08/2012)****Volume 17 Nomor 1, Maret 2013**

The keywords noted here are the words which represent the concept applied in a writing. The abstracts are allowed to copy without permission from the publisher and free of charge

ABSTRACT

distributed credit around Rp.97.6 triliun for around 7.6 million debtors during 2007-2013. For perspective of Banks, KUR has given profit because its interest rate (13% for retail and 22% for mikro) above basic lending rate of banks. Credit guarantee facility also has supported banks to penetrate new market or new debtors. For credit guarantee enterprises, KUR has been able to increase their income. KUR has given net profit for Perum Jamkrindo Rp.738.6 billion, but has given net loss for PT Askrindo around Rp.112.5 billion.

Keyword : bankable, credit, feasible, guarantee, interest, profit

Nugraha, Kunta. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan)

The Impact of Taxes on Production on Income Distribution in Indonesia

Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 45 - 56

Abstract

The Indonesian economy has grown significantly since 2000, but income inequality has increased since 2001. One of the possible government tools to improve income inequality is through taxation. This paper evaluates taxes on production and their impact on income distribution using Scutella methods. The impact of taxes on production on household income distribution provides the measure for determining the tax burden for each household income groups. This method uses the National Socioeconomic Survey and the Input-Output Table for major data sources. The key finding is that taxes on production worsen income distribution and the form of this tax is regressive, especially for lower and middle income households. The other key finding is that the consumers of cigarettes have the highest burden of taxes on production. The results suggest that Indonesian taxes on production worsen income inequality and the higher effective tax rates do not mean the higher the burden of taxes on production for consumers.

Keywords: burden of tax, effective tax rates, income distribution, taxes on production

MAJALAH KAJIAN EKONOMI DAN KEUANGAN ISSN 1410-3249 KEK Terakreditasi (No. Akreditasi : 467/AU3/P2MI-LIPI/08/2012) Volume 17 Nomor 1, Maret 2013
<i>The keywords noted here are the words which represent the concept applied in a writing. The abstracts are allowed to copy without permission from the publisher and free of charge</i>
ABSTRACT
Rahayu, Sri Lestari. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan) Analisis Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah dalam Rangka Memberikan Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 57 – 90 Abstract <i>In the year 2010 the number of citizens who have health coverage reaching 139 424 348 or 59.07 percent of Indonesia's population, while the remaining 40.93 percent do not have health insurance. Province of Nangroe Aceh Darussalam and South Sulawesi entire population already have health insurance, while that of South Sumatera and Bali respectively reached 99.60 percent and 99.56 percent.</i> <i>Health insurance needs to be evaluated, whether based on capitation funding awarded in accordance with the number of people, or diverted to improving the quality of health services in health centers, hospitals, incentives for medical personnel, provision of medicines, as well as the procurement of medical equipments in accordance with the local government, so that the whole communities to utilize health care facilities specified.</i> <i>Keywords : funding, health insurance for the poor, regional government</i>
Nizar, Muhammad Afdi. (Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan) Pengaruh Defisit Anggaran terhadap Defisit Transaksi Berjalan di Indonesia Kajian Ekonomi dan Keuangan Volume 17 Nomor 1, Maret 2013, Halaman 91 – 106 Abstract <i>This study aims to determine the effect of budget deficits on the current accounts deficit in Indonesia during 1990 – 2012. Based on quarterly time series data and using VAR model, the results of this study indicate that : (i) a positive effect of the budget deficit on the current account deficit. In the period 1990 - 2012 the effect of budget deficits is relatively small and rapid (one quarter), while in the period 1990-1997 budget deficits had greater influence with a longer duration (a semester) on current accounts deficit, and (ii) the results of this study confirm and in line with the twin deficit hypothesis. Therefore, the government should take concrete steps to reduce imports of oil (fuel). Because of fuel imports potentially add to the current</i>

MAJALAH KAJIAN EKONOMI DAN KEUANGAN ISSN 1410-3249 KEK Terakreditasi (No. Akreditasi : 467/AU3/P2MI-LIPI/08/2012) Volume 17 Nomor 1, Maret 2013
<i>The keywords noted here are the words which represent the concept applied in a writing. The abstracts are allowed to copy without permission from the publisher and free of charge</i>
ABSTRACT
<i>accounts deficit and also the amount of fuel subsidies (and deficit) in the state budget.</i> <i>Keywords: balance of payments, budget deficit, current accounts deficit, twin deficit hypothesis</i>

ANALISIS KEMAMPUAN PENDANAAN PEMERINTAH DAERAH DALAM RANGKA MEMBERIKAN JAMINAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

Analysis of the Ability of Regional Government Funding for Health Insurance for the Poor

Sri Lestari Rahayu

Pusat Kebijakan APBN, Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian Keuangan
Jln. Dr. Wahidin No. 1, Jakarta Pusat 10710, DKI Jakarta, Indonesia
Email: slrahayu@fiskal.depkeu.go.id

Naskah diterima: 20 November 2012

Naskah direvisi: 24 Januari 2013

Disetujui diterbitkan: 7 Februari 2013

ABSTRACT

In the year 2010 the number of citizens who have health coverage reaching 139 424 348 or 59.07 percent of Indonesia's population, while the remaining 40.93 percent do not have health insurance. Province of Nangroe Aceh Darussalam and South Sulawesi entire population already have health insurance, while that of South Sumatera and Bali respectively reached 99.60 percent and 99.56 percent. Health insurance needs to be evaluated, whether based on capitation funding awarded in accordance with the number of people, or diverted to improving the quality of health services in health centers, hospitals, incentives for medical personnel, provision of medicines, as well as the procurement of medical equipments in accordance with the local government, so that the whole communities to utilize health care facilities specified.

Keywords : funding, health insurance for the poor, regional government

ABSTRAK

Dalam tahun 2010 penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan baru mencapai 139.424.348 jiwa (59,07 persen dari jumlah penduduk), sedang sisanya 40,93 persen belum memiliki jaminan kesehatan. Provinsi Nangroe Aceh Darussalam dan Sulawesi Selatan 100 persen penduduknya sudah memiliki jaminan kesehatan, diikuti oleh Provinsi Sumatera Selatan dan Bali masing-masing sebesar 99,60 persen dan 99,56 persen. Ke depan, apakah pendanaan jaminan kesehatan sebaiknya masih akan diberikan sesuai dengan kapitasi jumlah penduduk, atau dialihkan kepada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit, pemberian insentif bagi tenaga medis, penyediaan obat-obatan, maupun sarana dan prasarannya sesuai dengan kemampuan Pemerintah Daerah, sehingga seluruh masyarakat dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ditentukan.

Kata Kunci : insentif, jamkesmas, pemda

I. PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan merupakan salah satu komponen penting untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan daya saing bangsa adalah hak seluruh warga negara wajib dipelihara dan dibangun oleh Negara. Dalam Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945 Pasal 28 H, 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 amandemen Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945 perubahan ke tiga Pasal 34 ayat (3) bahwa “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak”, serta dalam Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Tahun 2004 untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat dan mencapai percepatan derajat kesejahteraan masyarakat yang lebih tinggi.

Serangkaian kebijakan di bidang jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin telah diberikan sejak krisis moneter tahun 1998 yaitu dikenal dengan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), tujuannya adalah agar masyarakat tidak terpuruk menjadi miskin akibat krisis dan sebagai dampak adanya pemutusan hubungan kerja (PHK) besar-besaran. Sementara itu, biaya untuk berobat sangat mahal, dikhawatirkan bagi warga yang sakit akan menjadi jatuh miskin.

Dalam tahun 2003 Pemerintah mengeluarkan program asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin (Askeskin), memasuki tahun 2007 terdapat beberapa pelaksanaannya perlu dibenahi dan jumlah cakupan kepesertaannya ditingkatkan menjadi program jaminan kesehatan masyarakat miskin (Jamkesmas), dilaksanakan secara nasional, pendanaannya berasal dari belanja bantuan sosial dalam APBN. Bagi masyarakat tidak mampu yang belum terdaftar dalam Jamkesmas dapat disertakan dalam jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang dibiayai oleh APBD.

Dalam tahun 2010¹, jumlah penduduk Indonesia yang memiliki kepesertaan jaminan kesehatan baru mencapai 139.424.348 jiwa, atau sekitar 59,07 persen dari jumlah penduduk, terdiri dari peserta program Jamkesmas 30,52 persen, Jamkesda 13,37 persen, Askes 7,32 persen, Jamsostek 2,08 persen, jaminan kesehatan perusahaan dan asuransi kesehatan swasta sebesar 5,78 persen, dan sisanya 40,93 persen penduduk Indonesia belum memiliki jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan selain diberikan kepada masyarakat kurang mampu juga diberikan kepada masyarakat umum maupun mampu.

Provinsi Nangroe Aceh Darussalam dan Sulawesi Selatan menunjukkan bahwa 100 persen penduduknya sudah terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan, diikuti Provinsi Sumatera Selatan dan Bali, masing-masing mencapai 99,60 persen dan 99,56 persen. Di Provinsi DKI Jakarta, tidak mengikuti program Jamkesmas namun memiliki program multiguna yang dapat digunakan sebagai jaminan sosial termasuk jaminan kesehatan.

Pada umumnya saat ini, belum seluruh pemilik kartu jaminan kesehatan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan baik di puskesmas maupun di rumah sakit, antara lain karena : kondisi masyarakat miskin yang sehat, kurangnya pemahaman tentang manfaat jaminan kesehatan, tempat tinggal jauh dari pelayanan kesehatan, sulitnya transportasi, atau disebabkan oleh faktor lainnya. Selain itu, masih terdapat masyarakat yang semestinya layak mendapatkan kartu jaminan kesehatan namun belum terdaftar, atau masyarakat yang semestinya tidak layak mendapatkan jaminan kesehatan, namun belum memperoleh kartu jaminan kesehatan.

Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, antara lain mencakup kebijakan bidang kesehatan yang kewenangannya telah dibagi antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota bidang kesehatan dengan memperhatikan berbagai aspek yaitu : 1) aspek upaya kesehatan, 2) pembiayaan, 3) sumber daya manusia kesehatan, 4) obat dan perbekalan kesehatan, 5) pemberdayaan masyarakat, dan 6) manajemen kesehatan.

Sejalan dengan era otonomi daerah, Pemerintah Pusat dapat melakukan *sharing* dengan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi warganya yang belum memiliki kartu jaminan kesehatan maupun asuransi kesehatan khususnya masyarakat miskin dan masyarakat umum. Sedang premi asuransinya dapat dialokasikan sesuai dengan

¹ Hasil Analisis Data bidang Jaminan Kesehatan Tahun 2010, P2JK Kementerian Kesehatan.

kemampuan APBD. Adapun penyelenggaraannya dapat bekerjasama dengan rumah sakit, lembaga asuransi, atau PT. Askes (Persero).

Jumlah pelayanan kesehatan dalam tahun 2011 mencapai 8.608 Puskesmas yang tersebar di seluruh kecamatan, dan 1.020 rumah sakit yang ditunjuk untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu. Dalam menghadapi *universal coverage* tahun 2014 seluruh penduduk Indonesia diharapkan sudah memiliki kartu jaminan kesehatan. Sehubungan dengan hal tersebut, perlu kebijakan dan pendanaan dari Pemerintah untuk menyediakan tenaga medis yang memadai, sarana dan prasarana kesehatan, alat kesehatan, bidang kefarmasian, maupun mendirikan pendidikan tenaga kesehatan di daerah. Diharapkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia dapat meningkat secara optimal.

Untuk mengetahui lebih mendalam tentang kemampuan Pemerintah Daerah dalam memberikan pendanaan jaminan kesehatan, penulis ingin menyampaikan artikel tentang "Analisis Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah Dalam Rangka Memberikan Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin", semoga hasilnya dapat digunakan sebagai bahan masukan kepada pimpinan, instansi terkait dan masyarakat pada umumnya.

Peningkatan alokasi APBN bidang kesehatan setiap tahunnya belum memadai untuk membiayai jaminan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu sesuai target sasaran. Sejalan dengan pelaksanaan otonomi daerah, Pemerintah Daerah berwenang untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan, artinya bahwa program jaminan kesehatan sudah tidak dapat sepenuhnya tergantung dari Pemerintah Pusat. Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya wajib menyediakan sumber pendanaan sesuai dengan kemampuan keuangan daerah masing-masing.

Mahalnya harga pelayanan kesehatan, harga obat, dan fasilitas kesehatan lainnya, mengakibatkan masyarakat kurang mampu apabila sakit enggan pergi berobat ke tempat pelayanan kesehatan. Sementara itu, pelayanan kesehatan adalah hak yang harus diperoleh oleh setiap warga masyarakat. Sehubungan dengan hal tersebut, dalam artikel ini permasalahan utama yang akan diangkat adalah :

- a. Seberapa jauh Pemerintah Daerah mampu menyelenggarakan pelayanan jaminan kesehatan kepada masyarakat kurang mampu, khususnya dalam menghadapi *universal coverage* 2014; dan
- b. Seberapa jauh Pemerintah Daerah mampu menyediakan sumber pendanaan dalam memberikan jaminan kesehatan khususnya bagi masyarakat kurang mampu.

Maksud dan penulisan artikel tentang "Analisis Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah Dalam Rangka Memberikan Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin", antara lain adalah :

- a. Mengetahui gambaran Pemerintah Daerah dalam menyelenggarakan pelayanan jaminan kesehatan di daerah;
- b. Mengetahui potensi kemampuan pendanaan Pemerintah Daerah dalam rangka memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu, dengan melihat potensi tingkat pendapatan masyarakat, PDRB, Kapasitas Fiskal daerah, SILPA, dan APBD;
- c. Mengetahui gambaran Pemerintah Daerah dalam menentukan pilihan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan pola jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan;
- d. Merumuskan bahan usulan rekomendasi kepada pimpinan maupun instansi terkait tentang potensi kemampuan Pemerintah Daerah dalam rangka memberikan jaminan kesehatan.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Hukum

Dasar hukum tentang pelayanan jaminan kesehatan terdapat dalam :

- a. Undang Undang Dasar Republik 1945 pasal 28 H dalam perubahan kedua yang berbunyi :

Ayat 1 : *"setiap orang berhak hidup sejahtera lahir bathin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan".*

- b. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Pasal 22 H, bahwa daerah dalam hal ini provinsi, kabupaten dan kota mempunyai kewajiban mengembangkan sistem jaminan sosial yang di dalamnya termasuk jaminan kesehatan.
- c. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, khususnya pasal 19 ayat (2): *setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur.*
- d. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025, yaitu menyebutkan bahwa salah satu dasar pembangunan kesehatan adalah pemberdayaan dan kemandirian.
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten Kota, dalam lampiran pada huruf B tentang pembagian urusan pemerintahan bidang kesehatan dalam sub bidang pembiayaan kesehatan Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Kabupaten Kota disesuaikan dengan kondisi lokal. Agar Pemerintah Daerah dapat menyelenggarakan jaminan kesehatan yang mempunyai kekuatan hukum kuat dan mengikat, perlu diatur dengan Peraturan Daerah.
- f. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, bahwa masyarakat dituntut berperan serta baik secara perseorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2.2. Kebijakan APBN Bidang Jaminan Kesehatan

Jaminan Kesehatan merupakan salah satu jenis kegiatan program bantuan sosial di bidang kesehatan yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan penduduk miskin guna melindungi dari kemungkinan terjadinya risiko sosial yang diselenggarakan di Puskesmas dan jaringannya meliputi Puskesmas Pembantu, Bidan Desa, serta di rumah sakit kelas III Pemerintah atau rumah sakit swasta yang ditunjuk oleh Pemerintah melalui program Askeskin maupun Jamkesmas. Tujuan dari pemberian jaminan kesehatan antara lain adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, sifatnya tidak terus menerus dan selektif, diberikan melalui Kementerian/Lembaga sesuai dengan tugas dan kewenangannya masing-masing melalui bendahara umum negara (BA999). Di dalam APBN, jaminan kesehatan terdapat dalam pos Belanja Pemerintah Pusat (K/L dan Non-K/L).

Jaminan kesehatan diberikan langsung kepada masyarakat miskin sesuai dengan kriteria target sasaran yang sudah ditentukan, baik sehat maupun sakit, dengan memberikan kartu kepesertaan yang dapat digunakan untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis. Adapun pendanaannya langsung ditransfer oleh Kementerian terkait ke Puskesmas maupun rumah sakit sesuai dengan ketentuan, dengan tahapan termin tertentu sesuai dengan besarnya tagihan.

Sumber dana jaminan kesehatan dapat berasal dari :

1) APBN :

Jamkesmas (belanja bantuan sosial bidang kesehatan), untuk mendapatkan fasilitas kesehatan dikelola oleh Kementerian Kesehatan secara reguler melalui pelayanan kesehatan tingkat dasar di Puskesmas maupun di Rumah Sakit (perawatan di kelas III).

2) Non APBN;

- a. APBD yaitu diberikan ke seluruh masyarakat miskin di daerah;
- b. Jamkesda, Jamkesos, Multiguna, PJKMU (APBD);

- c. Askes, Jamkestama, Jamkesmen (iuran PNS, pejabat tinggi, ABRI/Polisi);
- d. Jamsostek (iuran dari pekerja dan pemberi kerja);
- e. Asuransi kesehatan (premi dari pekerja dan pemberi kerja, perusahaan, dan umum);
- f. Jaminan Kesehatan Perusahaan (dari pemberi kerja/perusahaan);
- g. Program layanan kesehatan berbasis asuransi kesehatan, maupun pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pihak swasta, pendanaannya bisa berasal dari pemberi kerja dan pekerja.

Untuk menentukan target sasaran penerima jaminan kesehatan menggunakan data kemiskinan mikro Badan Pusat Statistik, meliputi Pendataan Sosial Ekonomi (PSE) 2005, Survei Pelayanan Dasar Kesehatan dan Pendidikan (SPDKP) 2007, dan Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) 2008². Pada awalnya BPS menyusun *database* untuk semua program pengentasan kemiskinan dalam kluster bantuan dan perlindungan sosial (BLT, Raskin, Jamkesmas, PKH, Beasiswa, bantuan kelompok rentan lainnya). Mulai tahun 2011, pendataan menggunakan PPLS 2011³, yaitu meng-*update* data rumah tangga sasaran (RTS) dilaksanakan tiga tahun sekali, bertujuan untuk unifikasi *database* RTS, untuk kepentingan intervensi program pengentasan kemiskinan yang dilaksanakan oleh kementerian/lembaga dan instansi terkait dengan pendekatan pendataan melalui rumah tangga, sedangkan target sasarnya adalah rumah tangga miskin.

Kunci sukses pelaksanaan jaminan kesehatan dapat diukur dalam ketepatan menentukan target sasaran. Namun dalam pelaksanaannya diindikasikan terdapat intervensi untuk menentukan target sasaran oleh aparat setempat, sehingga terdapat rumah tangga sangat miskin yang tidak mendapat kartu peserta Jamkesmas, dan sebaliknya terdapat rumah tangga mampu mendapat kartu peserta Jamkesmas karena memiliki akses dengan tokoh masyarakat setempat.

Bagi Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota yang *mampu* bisa memberikan paket jaminan kesehatan kepada masyarakat kurang mampu yang belum mendapatkan Jamkesmas, Jamkesda atau asuransi kesehatan lainnya agar bisa memperoleh pelayanan kesehatan gratis.

2.3. Jaminan Kesehatan di Beberapa Negara

Pelayanan jaminan kesehatan yang berkualitas hanya bisa terlaksana jika didukung oleh sarana dan prasarana kesehatan yang memadai, sumber daya manusia yang profesional dan kompeten, prosedur pelayanan yang sederhana dan cepat. Penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia mengkombinasikan dan mengadopsi jaminan kesehatan yang sudah diterapkan oleh beberapa negara lain⁴, seperti:

a. Sri Lanka

Pelaksanaan jaminan kesehatan yang tertua dilakukan di Asia adalah di Sri Lanka sejak tahun 1948. Sumber dana berasal dari penerimaan pajak dalam APBN. Seluruh penduduk Sri Lanka berhak mendapatkan layanan tingkat dasar (semacam puskesmas), maupun rumah sakit publik tanpa bayar (gratis). Rumah sakitnya sederhana tanpa AC, berlantai sederhana, dan antriannya cukup panjang. Bagi penduduk yang tidak mau antri untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang nyaman dapat mengunjungi rumah sakit swasta dengan membayar sendiri.

b. Malaysia

Jaminan kesehatan di Malaysia dilaksanakan sejak tahun 1951, dan diperbarui dengan Undang-Undang pada tahun 1991. Sistem jaminan kesehatan langsung ditangani oleh Pemerintah, diwajibkan bagi pegawai pemerintah maupun swasta. Sumber dana berasal dari penerimaan pajak. Pemerintah bertanggung jawab atas pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan yang

² Kemiskinan Makro dan Mikro, Badan Pusat Statistik

³ Sumber Badan Pusat Statistik

⁴ Dirangkum dari draft RUU SJSN 2004 ke enam, Koran, dan beberapa tulisan diambil dari internet

diberikan secara gratis kepada seluruh penduduk, baik bagi yang menderita sakit ringan maupun berat.

Jika pasien memerlukan rawat inap di rumah sakit publik, dikenakan biaya sebesar 3 ringgit per hari untuk biaya fasilitas pelayanan kesehatan termasuk biaya laboratorium, harga obat, dan jasa dokter. Bagi penduduk yang mampu bisa memperoleh jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit swasta dengan membayar sendiri. Jumlah rata-rata pasien yang berobat ke rumah sakit swasta hanya mencapai 19,6 persen, artinya animo masyarakat untuk berobat ke rumah sakit publik adalah cukup besar karena pelayanannya yang profesional. Bagi penduduk yang tinggalnya jauh dari rumah sakit publik jika mendesak dapat berobat ke rumah sakit swasta namun biayanya cukup mahal.

c. Taiwan

Taiwan memperkenalkan jaminan kesehatan nasional sejak tahun 1995, dengan sistem pola asuransi publik maupun asuransi sosial dari badan asuransi otonom. Sumber dananya berasal dari iuran wajib pekerja dan pemberi kerja, sedang sektor informal mendapatkan subsidi iuran dari pemerintah. Pengelolanya berasal dari biro khusus yang dibentuk dari Kementerian Kesehatan setempat, biaya operasional jaminan kesehatan dibiayai oleh APBN.

d. Filipina

Memasuki tahun 1995⁵, Pemerintah Filipina mengeluarkan Undang-Undang Asuransi Kesehatan Nasional (RA7875) menggabungkan antara program asuransi kesehatan dari kedua lembaga *Social Security System* (SSS) dan *Government Service Insurance System* (GSIS) menjadi satu di bawah pengelolaan *the Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth)*, yaitu suatu badan publik yang bersifat nirlaba (SSS, 2001), mulai dilaksanakan tahun 1997. Di samping mendapatkan pelayanan kesehatan, manfaat lainnya yang diberikan kepada peserta SSS dan GSIS antara lain adalah: (1) pemberian uang tunai selama peserta menderita sakit dan tidak bisa bekerja paling sedikit 4 (empat) hari, baik dirawat di rumah sakit maupun di rumah sendiri, (2) bagi ibu hamil, keguguran, atau melahirkan diberikan uang tunai antara P24.000-P31.200 (setara Rp4,4 juta- Rp6,2 juta), dan (3) bagi peserta yang menderita cacat tetap, baik parsial maupun total yang bukan disebabkan oleh kecelakaan kerja, mendapatkan uang tunai yang dibayarkan secara *lump-sum* atau bulanan. *PhilHealth* menerima banyak permintaan dari pemberi kerja untuk memperluas cakupan jaminan rawat jalan dengan menambahkan iurannya (Dueckue, 2003).

Sistem pendanaan bagi seluruh pekerja di sektor formal wajib membayar iuran sebesar 2,5 persen dari upah kerja sebulan yang ditanggung bersama antara pekerja dan pemberi kerja. Sedang Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah membayar iuran untuk penduduk yang kurang mampu sebesar 120 peso (sekitar Rp20.000,00), jaminannya adalah mendapatkan fasilitas rawat inap dengan tarif yang berlaku sama di seluruh Filipina dan dijamin dalam Undang-Undang yang diamandemen secara berkala.

5. Thailand (Muangthai)

Program jaminan sosial di Thailand mencakup program jaminan kesehatan bagi pegawai pemerintah, pegawai swasta, dan program kesehatan yang diatur melalui Undang-Undang Jaminan Sosial tahun 1990⁶, namun baru bisa diimplementasikan enam bulan kemudian. Pemerintah Thailand mengembangkan program *National Health Security (NHS)* yang dikenal dengan kebijakan '30 Baht', yaitu seluruh penduduk sektor informal dan anggota keluarganya diwajibkan mendaftarkan keanggotaannya di salah satu rumah sakit di mana mereka berobat. Jaminan kesehatan hanya diberikan kepada tenaga kerjanya, sedangkan bagi anggota keluarga dan orangtuanya dijamin melalui program '30 Baht', diberikan secara komprehensif sehingga peserta

⁵ GSIS Filipina, 2002

⁶ Draft RUU SJSN perubahan ke enam

tidak perlu lagi membayar terhadap jenis-jenis pelayanan dan fasilitas kesehatan yang sudah ditentukan, kecuali menggunakan pelayanan di luar ketentuan maka harus bayar sendiri.

Berdasarkan data pendaftaran jaminan kesehatan, Pemerintah membayar kepada rumah sakit secara kapitasi sebesar 1.204 Baht per jiwa per tahun. Penduduk yang terdaftar akan membayar sebesar 30 Baht (kira-kira Rp 6.000) sekali berobat atau sekali perawatan di rumah sakit, termasuk seluruh fasilitas biaya pemeriksaan, obat, pembedahan, perawatan intensif jika diperlukan, persalinan, dan jaminan uang selama menderita cacat. Besarnya iuran program jaminan kesehatan dan persalinan pegawai swasta ditanggung bersama antara pekerja, pemberi kerja, dan pemerintah masing-masing sebesar 1 persen. (Sumber : SSO)

6. Korea Selatan

Mulai tahun 1976, Pemerintah Korea Selatan mengembangkan *asuransi kesehatan wajib*, berlangsung selama 13 tahun hasilnya dianggap gagal, selanjutnya diubah menjadi *asuransi kesehatan sukarela* hasilnya menjadi sukses. Dalam tahun 1989 seluruh penduduk sudah memiliki asuransi kesehatan sukarela yang diselenggarakan lebih dari 300 lembaga nirlaba yang terdapat di setiap kabupaten/kota. Namun, karena mobilitas penduduk yang tinggi, maka hasilnya dianggap tidak efisien, sehingga seluruh lembaga penyelenggara tersebut dilebur menjadi satu badan penyelenggara yang dibentuk dengan Undang-Undang *National Health Insurance Corporation* (NHIC), yaitu suatu lembaga semi pemerintah yang independen dengan cakupan praktis seluruh penduduk (Park, 2002). Jaminannya meliputi rawat jalan, rawat inap, dan besarnya pungutan biaya berobat sekitar 20 - 30 persen dari total biaya. Pungutan ini bermaksud untuk mengendalikan *moral hazard*. Penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional tersebut pelaksanaannya berbasis kepada sistem iuran jaminan sosial ditambah subsidi iuran bagi penduduk kurang mampu di bawah pengawasan Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan setempat.

Manfaat lainnya yang diberikan oleh NHIC adalah jaminan kesehatan komprehensif mencakup pelayanan kesehatan, *medical check up*, penggantian uang tunai pada kondisi tertentu seperti dalam keadaan darurat, santunan penguburan, dan penggantian biaya protese. Setiap peserta harus membayar *co-payment* yang besarnya bervariasi antara jenis pelayanan, fasilitas kesehatan, dan kelompok peserta. Rata-rata besarnya *co-payment* mencapai 40-50 persen dari biaya berobat, kecuali bagi penduduk tertentu (tua, tidak mampu, atau di daerah terpencil). Pelayanan kesehatan yang diberikan melalui fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta dengan menggunakan sistem klaim harus diperiksa oleh lembaga independen *Health Insurance Review Agency (HIRA)*, selanjutnya NHIC membayarkan klaimnya. Iuran untuk program kesehatan tenaga kerja di sektor formal ditetapkan sebesar 3,63 persen dari upah kerja yang ditanggung bersama antara pekerja dan pemberi kerja. Sedangkan untuk sektor informal, diatur berdasarkan tingkat penghasilan masing-masing kelompok, dan besarnya iuran ditetapkan oleh masing-masing kelompok.

7. Perancis

Jaminan kesehatan di Perancis telah diselenggarakan sejak tahun 1898, dan berubah menjadi jaminan sosial tatkala Perancis didominasi oleh ekonomi pertanian, Sistem jaminan kesehatan diselenggarakan oleh badan penyelenggara jaminan kesehatan (CNAM) dibagi menjadi kelompok peserta seperti pegawai negeri, pekerja swasta, petani, pekerja sektor informal, dan tentara. Pengumpulan iuran dilakukan secara terpadu dan terpusat oleh semacam Badan Administrasi yang disebut ACOSS. Pembiayaan program jaminan kesehatan ditanggung antara pekerja sebesar 2,45 persen dari upah tetap, dan pemberi kerja sebesar 18,2 persen.

8. Jerman

Jerman dikenal sebagai pelopor di bidang asuransi sosial yang merupakan tulang punggung dari sebuah jaminan sosial modern sejak tahun 1883, yaitu menanggung penghasilan yang hilang apabila seorang pekerja menderita sakit, sehingga asuransi sosial berlaku menjadi asuransi kesehatan.

Undang-Undang tentang tata cara penyelenggaraan asuransi kesehatan diserahkan kepada masyarakat sesuai dengan tempat kerja. Jumlah badan penyelenggara yang disebut *sickness funds* jumlahnya mencapai ribuan, bersifat nirlaba. Karena tidak efisien banyak badan penyelenggara yang bangkrut dan melakukan merger hingga kini menjadi 355 badan penyelenggara. Saat ini hampir seluruh penduduk (99,8 persen) memiliki asuransi kesehatan. Untuk kelompok militer dan penduduk miskin mendapatkan jaminan kesehatan melalui program khusus. Jaminan kesehatan yang ditanggung pemerintah adalah pengobatan dan perawatan, perawatan jangka panjang, biaya transpor, obat-obatan bahkan transplantasi. Peserta bebas memilih berobat ke dokter yang diperlukan, sedang pembayarannya diatur melalui suatu mekanisme oleh kelompok asosiasi dokter. Untuk pembayaran rumah sakit dilakukan dengan anggaran global melalui sistem pembayaran per diagnosis (DRG).

Besarnya iuran untuk asuransi kesehatan nilainya relative sangat tinggi, yaitu mencapai 14,5 persen dari upah yang dibayar bersama antara pekerja dan pemberi kerja. Sementara itu, pegawai negeri banyak yang membeli asuransi kesehatan swasta karena mendapat subsidi dari pemerintah sebesar 80 persen dari iurannya (Grebe A, 2003).

9. Australia

Di Australia, mulai tahun 1973 setiap penduduk berhak mengikuti asuransi kesehatan wajib, pendanaannya berasal dari penerimaan sektor pajak. Asuransi kesehatan program *medicare* dikelola oleh *Health Insurance Commissioner (HIC)* yang bersifat independen di bawah pengawasan Departemen Kesehatan dan Pelayanan Orang Tua. Program asuransi kesehatan tidak membedakan kelompok pegawai pemerintah atau swasta, seluruhnya menjadi peserta *medicare*. Pegawai swasta yang ingin mendapatkan pelayanan lebih baik dapat mendaftarkan diri pada asuransi kesehatan swasta di bawah koordinasi *Medibank Private Insurance (MPI)*. Besarnya iuran adalah 2,5 persen dari upah. Iuran *medicare* adalah merupakan tambahan dari biaya kesehatan yang dibiayai dari anggaran pemerintah federal dan Negara bagian.

10. Amerika Serikat

Di Amerika Serikat, program *medicare* hanya diberikan kepada penduduk yang usianya mulai 66 tahun atau lebih, atau penduduk yang lebih muda tetapi menderita cacat tetap atau menderita penyakit ginjal yang memerlukan hemodialisa atau transplantasi. Jaminan kesehatan yang diberikan kepada pensiunan terbatas pada jaminan rawat inap di rumah sakit dan jaminan perawatan jangka panjang. Program ini disebut *Medicare Part A* yang menjadi hak semua lansia. Sedangkan untuk jaminan rawat jalan, penduduk lansia harus membeli asuransi kesehatan swasta dengan 75 persen premi disubsidi *medicare*. Program rawat jalan ini bersifat sukarela dengan insentif premi dari *medicare*.

Sumber dana asuransi *medicare* berasal dari iuran pekerja sebesar 7,65 persen dan pemberi kerja sebesar 7,65 persen. Total iuran menjadi 15,3 persen dari upah maksimum sebesar US\$62.500 setahun, setiap tahun naik sesuai dengan indeks yang telah disusun oleh badan penyelenggara (SSA) yang berada di bawah Departemen Pelayanan Sosial (Butler, 1999).

III. METODOLOGI

3.1. Metodologi Analisis

Studi "Analisis Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah Dalam Rangka Memberikan Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin" menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif, yaitu memberikan gambaran atau uraian atas suatu keadaan sejelas mungkin tanpa ada perlakuan terhadap obyek yang dikaji, sesuai dengan tujuan yang akan dicapai yaitu memotret berbagai skenario alternatif potensi kemampuan pendanaan Pemerintah Daerah dalam memberikan jaminan kesehatan.

Metode analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif kuantitatif dan kualitatif. Analisis kuantitatif lebih ditujukan untuk menguji dan melakukan seleksi terhadap data pendapatan per kapita, indeks kapasitas fiskal, SILPA daerah, pendapatan masyarakat, pengeluaran rata-rata masyarakat kurang mampu untuk kesehatan dibandingkan dengan kebutuhan rata-rata biaya kesehatan, jumlah penduduk miskin yang belum memiliki kartu peserta jaminan kesehatan, serta memperkirakan jumlah jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan yang dibebankan kepada Pemerintah Daerah. Selisih tersebut akan menjadi pertimbangan untuk menentukan mekanisme pemberian jaminan kesehatan khususnya bagi masyarakat kurang mampu. Kajian kualitatif dilakukan untuk lebih menjelaskan daerah yang sudah atau belum memberikan jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan. Mendatang diharapkan seluruh masyarakat kabupaten/kota dapat memperoleh jaminan kesehatan, adakah manfaat atau akibatnya secara lebih komprehensif terhadap pemberian jaminan kesehatan. Berdasarkan analisis kuantitatif dan kualitatif tersebut dapat diketahui indikator-indikator yang dapat dikembangkan sesuai dengan kemampuan dan karakteristik umum daerah-daerah di Indonesia.

3.2. Metode Pengumpulan Data

Untuk menggali data informasi dan fakta, digunakan data statistik jumlah penduduk dan jumlah penduduk miskin, data masyarakat yang belum memiliki kepesertaan jaminan kesehatan, dan potensi kemampuan keuangan daerah dalam rangka memberikan jaminan kesehatan. Data yang digunakan terdiri dari: 1) data primer, diperoleh langsung dari PT. Askes (Persero), Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan, serta Badan Kebijakan Fiskal Kementerian Keuangan, dan 2) data sekunder, diperoleh melalui pengumpulan data/informasi berupa dokumen, hasil laporan, dan hasil studi terdahulu yang telah dipublikasikan.

Teknik pengumpulan data dalam studi ini antara lain dilakukan melalui studi pustaka, wawancara dengan pejabat terkait pada PT. Askes (Persero), Pusat Pelayanan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan, dan Pusat Kebijakan APBN Badan Kebijakan Fiskal Kementerian Keuangan. Studi lapang dilakukan melalui pengisian kuisioner, dan wawancara dengan pejabat-pejabat terkait di PT. Askes (Persero), Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan Badan Kebijakan Fiskal Kementerian Keuangan terkait dengan data APBN, dan APBD untuk mengetahui seberapa besar kemungkinan Pemerintah Daerah mampu memberikan jaminan kesehatan atau membayar premi asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin berdasarkan potensi kemampuan daerah sebagaimana ditunjukkan oleh indeks kapasitas fiskal, serta untuk mengetahui apakah perlu dilakukan *sharing* pembiayaan jaminan kesehatan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

IV. HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN

4.1. Jaminan Kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu bagian dari upaya peningkatan kualitas masyarakat agar memiliki derajat kesehatan yang optimal dalam meraih tingkat kesejahteraan masyarakat antara lain dapat ditunjukkan dengan membaiknya indikator umur harapan hidup,

menurunnya angka kematian ibu dan anak, meningkatnya jumlah pelayanan kesehatan dasar, balai kesehatan, dan rumah sakit swasta. Sedang penduduknya hidup di lingkungan sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, memiliki derajat kesehatan yang tinggi, berperilaku sehat dan produktif.

Untuk mendorong pembangunan kesehatan menuju masyarakat mandiri dan hidup sehat, semua penduduk dilindungi kesehatannya dengan meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan meningkatkan infrastruktur bidang kesehatan, menyiapkan sarana dan prasarana kesehatan, serta menyediakan SDM di bidang kesehatan yang lebih memadai, tercukupinya anggaran kesehatan, sehingga pembangunan kesehatan memperoleh prioritas dari Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah, dengan mengutamakan pemberian jaminan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu.

Dalam APBN alokasi anggaran jaminan kesehatan ditujukan kepada masyarakat miskin meningkat setiap tahun sesuai dengan perhitungan kapitasi adalah sebesar 76,4 juta jiwa x Rp1.000.000,00 x 12 bulan. Pelaksanaan Jamkesmas adalah merupakan kelanjutan dari Askeskin, dengan meningkatnya cakupan kepesertaan maka anggaran Jamkesmas sebagian dialihkan dari puskesmas kepada anggaran rumah sakit. Kenaikan anggaran jaminan kesehatan tersebut belum diikuti oleh peningkatan sosialisasi kepada masyarakat maupun kepada pejabat pelaksana yang terkait dengan kegiatan tersebut, sehingga manfaat jaminan kesehatan belum optimal.

Dalam tahun 2004 Pemerintah membentuk program asuransi kesehatan masyarakat miskin (Askeskin) yang dikelola oleh PT. Askes (Persero). Tahun 2008 cakupannya diperluas menjadi jaminan kesehatan masyarakat miskin dikenal dengan Jamkesmas dikelola oleh Kementerian Kesehatan, dengan target kepesertaan sampai dengan tahun 2011 mencakup 19,1 juta rumah tangga miskin atau 76,4 juta jiwa, namun realisasinya baru mencapai sekitar 72 juta jiwa⁷. Realisasi anggaran jaminan kesehatan dalam kurun waktu tahun 2005-2011 meningkat rata-rata sekitar 17,5 persen per tahun, yaitu dari sebesar Rp3,2 triliun dalam tahun 2005 menjadi sebesar Rp6,2 triliun dalam tahun 2011⁸. Kenaikan anggaran tersebut antara lain dipicu oleh meningkatnya jumlah rumah tangga sasaran (RTS) yang menerima jaminan kesehatan dari 60 juta jiwa dalam tahun 2005 menjadi 76,4 juta jiwa dalam tahun 2007-2011.

Agar Jamkesmas dapat bermanfaat bagi masyarakat kurang mampu, maka untuk memenuhi target sasaran yang masih tersisa sampai dengan tahun 2011 diperlukan perencanaan pendaftaran peserta baru yang lebih baik, sesuai dengan standar kriteria rumah tangga miskin, dan dilakukan sosialisasi yang lebih efektif kepada masyarakat dan para pejabat terkait dengan pelaksanaan Jamkesmas. Pelaksanaan Jamkesmas selama ini masih menghadapi berbagai keluhan yang disampaikan oleh masyarakat dan pejabat di daerah, antara lain disebabkan oleh terburu-burnya dalam menentukan target sasaran serta minimnya sosialisasi program Jamkesmas kepada masyarakat, tokoh masyarakat dan pejabat pelaksana di daerah, sehingga tingkat pemahamannya terbatas. Di pihak lain, meningkatnya alokasi dana jaminan kesehatan setiap tahun belum diikuti oleh meningkatnya derajat kesehatan masyarakat secara signifikan.

Dalam rangka pembangunan kesehatan, Kementerian Kesehatan telah berupaya menaikkan anggaran dengan menyusun prognosis kebutuhan anggaran jaminan kesehatan dalam tahun 2012 ditingkatkan menjadi sebesar Rp12,06 triliun, dan tahun 2014 meningkat menjadi Rp14,71 triliun agar mencapai 243 juta penduduk⁹, sesuai dengan rencana *universal coverage* (jaminan kesehatan untuk

⁷ Data Kepesertaan Jamkesmas PT. Askes (Persero).

⁸ Buku Saku APBN dan Indikator Ekonomi 12 Agustus 2011

⁹ Bisnis Indonesia, 18 Juni 2010.

seluruh rakyat Indonesia) yang diharapkan dapat tercapai dalam tahun 2014¹⁰. Adapun tantangan utama yang dihadapi dalam rangka pelaksanaan *universal coverage* adalah upaya untuk meningkatkan jumlah peserta penerima manfaat jaminan kesehatan, memberikan pelayanan kesehatan yang murah, harga obat yang murah, tersedianya fasilitas, sarana dan prasarana kesehatan, serta tersedianya tenaga kesehatan khususnya di lingkungan masyarakat perdesaan dan terpencil, mudah dijangkau, akses transportasi yang mudah, serta adanya pelayanan secara gratis di tingkat puskesmas, poliklinik, balai kesehatan maupun rumah sakit kelas III yang ditunjuk Pemerintah, selain memerlukan pendanaan yang besar juga perlu menata sistem perencanaan dan pelaksanaan yang lebih baik.

Selain program Jamkesmas maupun Jamkesda, masih terdapat jaminan kesehatan bagi masyarakat umum (PJKMU) yang tidak memiliki jaminan kesehatan, sumber dananya dibayar oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan kemampuan daerah masing-masing berdasarkan jumlah peserta. Manfaat yang diberikan PJKMU relatif bervariasi antara satu kabupaten kota dengan lainnya, sesuai dengan kesepakatan perjanjian kerjasama antara Pemerintah Daerah dengan PT. Askes (Persero). Beberapa Pemerintah Daerah sepakat menjamin pelayanan tingkat pertama dan lanjutan sesuai dengan kemampuan daerahnya. Awal tahun 2011, Direktur Utama PT. Askes (Persero) menyampaikan bahwa dari sejumlah 192 pemerintah daerah, sebanyak 142 pemerintah daerah sudah memiliki perjanjian kerja sama, dan sisanya masih berupa MoU¹¹. Kerjasama tersebut sesuai dengan Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2003 pasal 66 tentang BUMN terkait dengan kewajiban pelayanan umum sebagai berikut¹²:

- (1) *Pemerintah dapat memberikan penugasan khusus kepada BUMN untuk menyelenggarakan fungsi kemanfaatan umum dengan tetap memperhatikan maksud dan tujuan kegiatan BUMN.*
- (2) *Setiap penugasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) harus terlebih dahulu mendapatkan persetujuan RUPS/Menteri.*

Atas dasar kebijakan tersebut, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/ Kota menyiapkan premi asuransi kesehatan bagi masyarakat kurang mampu melalui APBD, sesuai prinsip dana amanat atau untuk kesejahteraan rakyat. Pelayanan jaminan kesehatan yang dikelola PT. Askes (Persero) yang mencakup jumlah peserta, alokasi dan realisasinya diuraikan dalam Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Jaminan Kesehatan, Jumlah Peserta, Alokasi dan Realisasinya s.d. Mei 2011

No	Jaminan Kesehatan	Kementerian/Instansi	Jumlah Peserta (jiwa)	Alokasi (juta Rp)	Realisasi (juta Rp)	%	Ket.
1	PNS, PP, Vet, PK	Kemenkeu & Hankam	16.494.224	4.726.032	4.756.844	100,65	-
2	Jamkesmas	Kemenkeu	2.481	27.215	17.222	63,28	-
3	Jamkestama	Kemenkeu	2.506	-	-	-	Sejak 1 Jan 2011
4	Jamkesmas	Kemenkes	72.049.380	6.198,6	-	-	Alokasi Kem Kes
5	PJKMU	Pemda Prov/Kab/Kota	5.318.517	-	312.908	-	-
Jumlah			93.867.108				

Sumber : PT Askes (Persero), Mei 2011

PNS : pegawai negeri sipil

PP : penerima pensiun

Vet : Veteran dan keluarganya

PK : Perintis Kemerdekaan dan keluarganya

¹⁰ Dirjen Bina Farmasi dan Alat Kesehatan Kemenkes, Juni 2010.

¹¹ Dirut Askes, 9 Februari 2011

¹² UU Nomor 19 Tahun 2003, Bab V, Pasal 66

Tabel 4.2. Jumlah Penduduk Dalam Kepesertaan Jaminan Kesehatan Tahun 2010

No	Provinsi	Jumlah Penduduk (jiwa)	Jumlah Penduduk Miskin (ribu jiwa)	Prosentase penduduk Miskin	Total Peserta Jaminan Kesehatan (jiwa)	Prosentase Kepesertaan Jaminan Kesehatan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(4)/(3) %	(6)	(7)
1	NAD	4.670.647	861,9	20,98	4.670.647	100,00
2	Sumatera Utara	13.042.317	1.490,9	11,31	5.714.229	43,81
3	Sumatera Barat	4.697.764	430,0	9,50	2.266.471	48,25
4	Riau	5.422.961	500,3	8,65	3.594.223	66,3
5	Jambi	2.840.265	241,6	8,34	1.603.201	56,45
6	Sumatera Selatan	7.288.591	1.125,7	15,47	7.259.338	99,60
7	Bengkulu	1.717.789	324,9	18,30	966.870	56,29
8	Lampung	8.129.250	1.479,9	18,94	4.090.966	50,32
9	Bangka Belitung	1.135.891	67,8	6,51	645.757	74,46
10	Kepulauan Riau	1.711.972	129,7	8,05	1.513.266	88,39
11	DKI Jakarta	9.146.181	312,2	3,48	3.485.952	38,11
12	Jawa Barat	42.693.951	4.773,7	11,27	18.505.277	43,34
13	Jawa Tengah	32.770.455	5.369,2	16,56	15.263.418	46,58
14	D.I. Yogyakarta	3.434.533	577,3	16,83	1.613.334	46,97
15	Jawa Timur	37.432.020	5.529,3	15,26	14.907.137	39,82
16	Banten	10.579.005	758,2	7,16	3.904.755	36,91
17	Bali	3.516.000	174,9	4,88	3.501.458	99,59
18	NTB	4.434.012	1.009,4	21,55	2.897.990	65,36
19	NTT	4.540.053	1.014,1	23,03	3.695.111	81,39
20	Kalimantan Barat	4.319.142	428,8	9,02	2.300.753	53,27
21	Kalimantan Tengah	2.236.278	164,2	6,77	1.403.528	62,76
22	Kalimantan Selatan	3.588.444	182,0	5,21	2.182.989	60,83
23	Kalimantan Timur	3.016.800	243,0	7,66	2.579.915	85,52
24	Sulawesi Utara	2.228.856	206,7	9,10	927.949	41,63
25	Sulawesi Selatan	7.868.358	913,4	18,07	7.868.143	100,0
26	Sulawesi Tenggara	1.953.478	400,7	11,60	1.439.402	73,68
27	Gorontalo	1.143.645	209,9	17,05	525.468	45,95
28	Sulawesi Barat	1.163.342	141,3	23,19	572.815	49,24
29	Maluku	2.498.581	378,6	13,58	1.729.290	69,21
30	Maluku Utara	1.046.951	91,1	27,74	572.483	54,68
31	Papua Barat	729.962	256,3	9,42	596.822	81,76
32	Papua	2.640.760	761,6	38,88	2.135.660	80,87
Jumlah		236.034.478	31.023,4	13,33	139.424.348	59,07

Sumber : Kementerian Kesehatan, PT. Askes (Persero), Badan Pusat Statistik tahun 2010

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dalam tahun 2011, jumlah penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan yang dikelola oleh PT. Askes (Persero) mencapai 93.867.108 jiwa (lihat Tabel 4.1) atau 39,51 persen dari jumlah penduduk Indonesia sebanyak 237.556.363 jiwa (Data BPS pada bulan Agustus 2010). Sedang anggaran Askes bagi PNS, Penerima Pensiun Veteran, Perintis Kemerdekaan,

Jamkesmas dan Jamkestama beserta anggota keluarganya mencapai sebesar Rp5,587 triliun. Jumlah peserta jaminan kesehatan terbesar adalah program Jamkesmas, dengan alokasi dana rata-rata per jiwa per tahun sekitar Rp86 ribu.

Selanjutnya gambaran jumlah penduduk, jumlah penduduk miskin dalam kepesertaan jaminan kesehatan dapat dilihat pada Tabel 4.2. Tabel 4.2 menggambarkan bahwa provinsi yang seluruh masyarakatnya sudah memiliki kepesertaan jaminan kesehatan antara lain adalah di Nanggroe Aceh Darussalam (100 persen), Sulawesi Selatan (100 persen), Sumatera Selatan (99,60 persen) dan Bali (99,59persen).

Apabila dilihat prosentase jumlah penduduk miskin dan tingkat kepesertaan jaminan kesehatan, dapat digambarkan bahwa masing-masing provinsi jumlah peserta jaminan kesehatan relatif sudah melebihi jumlah masyarakat tidak mampu/penduduk miskin. Sehingga dimungkinkan masyarakat kurang mampu, menengah dan kalangan atas sebagian sudah memiliki jaminan kesehatan.

4.2. Jenis Jaminan Kesehatan

4.2.1. Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas).

Sistem jaminan kesehatan merupakan suatu pilihan yang tepat untuk menata subsistem pelayanan kesehatan yang searah dengan subsistem pembiayaan kesehatan. Dengan adanya sistem Jamkesmas akan menjadi pendorong perubahan-perubahan mendasar bagi penataan standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penggunaan obat yang rasional, meningkatkan kemampuan serta mendorong manajemen serta fasilitas kesehatan lainnya agar lebih efisien, berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya.

Program Jamkesmas dikelola oleh Kementerian Kesehatan, penentuan peserta ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik, distribusi pembiayaan dilakukan oleh PT. Pos untuk kegiatan Puskesmas, dan untuk Rumah Sakit langsung ditransfer oleh Dinas Kesehatan, verifikator independen dan penerbitan kartu kepesertaannya dikelola PT. Askes (Persero). Dengan perbaikan dan peningkatan cakupan kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan, dan organisasi manajemen, diharapkan dapat memberikan kontribusi untuk meningkatkan umur harapan hidup bangsa Indonesia, menurunkan kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita, menurunkan angka kelahiran, dan meningkatkan derajat kesehatan peserta pada umumnya.

Jamkesmas merupakan bansos bidang kesehatan bagi fakir miskin dan masyarakat tidak mampu yang pembiayaannya ditanggung Pemerintah, diselenggarakan di seluruh provinsi. Prinsip penyelenggaraan Jamkesmas mengacu kepada :

- 1) Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu.
- 2) Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik dan *cost effective* dan nasional.
- 3) Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- 4) Transparan dan akuntabel, jenis pelayanan kesehatan dasar diselenggarakan di tingkat Puskesmas, dan layanan kesehatan lanjutan diselenggarakan di Rumah Sakit kelas III yang dirujuk Pemerintah

Kepesertaan Jamkesmas ditetapkan melalui Surat Keputusan Bupati/Walikota dengan jumlah peserta maksimal sama dengan kuota peserta yang ditetapkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Sejak diluncurkan program Askeskin dan Jamkesmas, peserta strata satu seluruhnya ditanggung oleh program Jamkesmas.

Meningkatnya anggaran jaminan kesehatan (Jamkesmas) tahun 2011 mencapai sebesar Rp6,349 triliun terdiri dari pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya sebesar Rp1 triliun, dan rujukan di kelas III rumah sakit sebesar Rp5,349 triliun, digunakan untuk menjaga dan melindungi masyarakat dari dampak berbagai risiko sosial bidang kesehatan. Sementara itu, jumlah peserta

Jamkesmas di sebagian besar provinsi telah melebihi target sasaran. Sedang provinsi DKI Jakarta tidak ikut menyelenggarakan Jamkesmas karena provinsi tersebut sudah memiliki program Multiguna yang dapat digunakan sebagai kartu jaminan kesehatan dan sosial lainnya, yang didanai oleh APBD.

Selanjutnya perkembangan alokasi anggaran Jamkesmas di pusat pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas, Balai Kesehatan) secara rinci dapat diuraikan dalam Tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3. Perkembangan Anggaran Jamkesmas Tahun 2005-2011(miliar rupiah)

No	Keterangan	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
1.	Jamkesmas	1.703,3	2.765,6	4.448,5	4.686,4	4.524,8	5.125,6	6.198,6
2.	Puskesmas	1.533,0	1.069,0	1.048,5	1.000,0	916,8	1.000,0	1.000,0
3.	Rumah Sakit	282,3	1.696,6	3.400,0	3.686,4	3.608,0	4.125,6	5.198,6

Sumber : Buku saku APBN dan indikator ekonomi; * perkiraan realisasi

4.2.2. Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Daerah (Jamkesda)

Jamkesda merupakan jaminan kesehatan yang diselenggarakan di kabupaten/kota dibiayai oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota melalui APBD. Bagi masyarakat yang sudah mendapatkan Jamkesmas tidak bisa memiliki Jamkesda. Bagi keluarga miskin (Gakin) dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk Bupati/Walikota dengan memakai Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) yang dikeluarkan oleh Pemerintah Desa/Kecamatan.

Diharapkan Jamkesda dapat mendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penataan penggunaan obat rasional, meningkatkan kemampuan, serta mendorong manajemen rumah sakit, dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK) lainnya agar lebih efisien, dapat berdampak pada kendali mutu dan biaya. Adanya Jamkesda diharapkan dapat memberi kontribusi menurunkan angka kematian bayi dan balita, dan terlayannya kasus-kasus kesehatan pada umumnya.

Penyelenggaraan Jamkesda tahun 2010, merupakan kelanjutan dari tahun 2009 dengan perbaikan pelaksanaan dan peningkatan cakupan kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan dan kelembagaan, serta untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu. Dalam tahun 2011, terdapat tiga provinsi yang belum menyelenggarakan Jamkesda yaitu Provinsi Gorontalo, Provinsi Papua, dan Provinsi Papua Barat, sehubungan dengan provinsi pemekaran sehingga belum siap menyelenggarakan Jamkesda. Peserta Jamkesda terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Barat diikuti Provinsi Sumatera Selatan.

4.2.3. Jamkesmas

Jaminan Kesejahteraan Sosial (Jamkessos) juga berlaku untuk jaminan kesehatan daerah hanya diselenggarakan di Kabupaten Musi Banyuasin, (2002), Jembrana (2003), Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (2003), dan Provinsi Sumatera Selatan (2003). penyelenggaraannya sesuai dengan kebijakan daerah masing-masing.

4.2.4. Multiguna

Program Multiguna hanya dilaksanakan di Provinsi DKI Jakarta sebagai kartu identitas bagi warga kurang mampu untuk mendapatkan berbagai jaminan sosial, termasuk untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat dasar (Puskesmas, dan balai kesehatan rakyat), dan untuk mendapatkan fasilitas bantuan sosial lainnya. Sumber dananya berasal dari APBD.

4.2.5. Asuransi Kesehatan (Askes) PNS, TNI dan POLRI

Kepesertaan program asuransi kesehatan bagi PNS, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya adalah bersifat wajib sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 69 tahun 1991, dengan jumlah peserta 16.494.224 jiwa selama 34 tahun berjalan. Untuk pembayaran premi iuran Askes, para peserta (PNS, TNI/Polri), termasuk pensiunannya gaji pokoknya dipotong sebesar 2 persen per bulan. Pemerintah Pusat/Pemerintah Daerah wajib memberikan subsidi dan iuran Askes PNS sebesar 2 persen dari penghasilan PNS dan penerimaan pensiunan per bulan. Artinya setiap peserta membayar premi kepada PT. Askes sebesar 4 persen setiap bulannya, sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2003 tentang Subsidi dan Iuran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Askes PNS dan Pensiunan, kewajiban iuran pemerintah daerah untuk Askes dibebankan dalam APBD pasal 4. Selain menyelenggarakan asuransi kesehatan, juga terdapat asuransi kesehatan komersial untuk perusahaan swasta yang memerlukan jaminan pemeliharaan kesehatan karyawan.

4.2.6. Asuransi Kesehatan (Bagi Individu/Kelompok/Perusahaan)

Merupakan produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggotanya jika mengalami musibah sakit atau kecelakaan. Di Indonesia terdapat dua jenis asuransi kesehatan, yaitu 1) asuransi kesehatan kolektif (kelompok) yaitu seperti pada beberapa perusahaan yang memberikan perlindungan kesehatan terhadap pegawainya, dan 2) asuransi kesehatan individu biasanya untuk diberikan untuk keluarga atau pribadi.

Pengelola asuransi kesehatan pada umumnya bekerjasama dengan provider rumah sakit baik secara langsung maupun melalui institusi perantara sebagai asisten manajemen rumah sakit. Sedang asuransi kesehatan daerah, yaitu kerjasama antara PT. Askes (Persero) dengan Pemerintah Daerah, yaitu memberikan pelayanan kesehatan gratis yang ditujukan kepada masyarakat miskin yang tidak mendapatkan jaminan kesehatan dari manapun. Premi asuransi kesehatan dibayarkan oleh Pemerintah Daerah sesuai kemampuan daerah masing-masing berdasarkan jumlah peserta. Diharapkan dalam tahun 2011, jumlah peserta asuransi kesehatan daerah bisa mencapai sekitar 300 kabupaten/kota.

4.2.7. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU)

Program jaminan kesehatan masyarakat umum (PJKMU) adalah jaminan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu yang tidak terdaftar dalam Jamkesmas, Jamkesda maupun Askes, maka Pemerintah mencetuskan kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat umum dikenal dengan PJKMU, sumber dana berasal dari Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah Kabupaten/Kota yang dikelola oleh PT. Askes (Persero) berdasarkan pola mekanisme asuransi sosial. Tujuannya adalah : 1) untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan seluruh masyarakat di wilayah provinsi atau kabupaten/kota agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang efisien dan optimal; 2) terjaminnya penyelenggaraan jaminan kesehatan dengan prinsip asuransi sosial berdasarkan prinsip *managed care*, dan 3) menuju terselenggaranya jaminan kesehatan nasional untuk semua penduduk. Penyelenggaraan jaminan kesehatan perlu dukungan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota, untuk bersepakat dalam membagi tanggungjawab masing-masing tingkat pemerintahan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Peran Pemerintah dalam menyelenggarakan PJKMU, adalah:

- a. Pemerintah Pusat, memberikan dukungan berupa advokasi legal, koordinasi vertikal dengan Pemerintah Daerah, bimbingan teknis agar program sesuai dengan aturan main yang berlaku, serta pembinaan dan pengawasannya.
- b. Pemerintah Daerah, mengalokasikan anggaran, penetapan dan penyediaan data masyarakat (peserta), melakukan koordinasi dengan instansi/unit terkait dalam penyelenggaraan program.

4.2.8. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) berbasis sukarela.

Diberlakukan di daerah Purbalingga, dikelola oleh Dinas Kesehatan setempat, terdiri dari asuransi kesehatan komersial, dan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat JPKM sukarela, sifatnya nirlaba. JPKM merupakan peran serta masyarakat dalam membiayai kesehatan, terdiri dari 3 golongan yaitu:

- 1) strata satu untuk keluarga miskin, dengan premi gratis,
- 2) strata dua golongan masyarakat pascamiskin, di mulai tahun 2011 dengan membayar separo dari total biaya) dan
- 3) strata tiga untuk golongan keluarga mampu dengan membayar premi secara penuh.

Besarnya iuran premi per keluarga dalam tahun 2001 sebesar Rp25.000,- per tahun dengan peserta 67.707 keluarga, selanjutnya tahun 2005 meningkat menjadi Rp33.750,- jumlah per keluarga per tahun dengan jumlah peserta 106.126 keluarga. Tahun 2007 meningkat menjadi sebesar Rp100.000,- per keluarga per tahun, dan tahun 2010 meningkat menjadi sebesar Rp120.000,- per keluarga per tahun. Jumlah kader kesehatan yang bertugas untuk melaksanakan JKPM sebanyak 5.400 orang. Pembayaran premi dapat diangsur, dana selanjutnya dibayarkan ke puskesmas, puskesmas rawat inap, poliklinik desa, dan RSUD.

4.2.9. Jamkesmen dan Jamkestama

Penetapan peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Menteri dan Pejabat Tertentu (Jamkesmen) diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 10 tahun 2009, merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan dengan fasilitas pelayanan yang paling tinggi kepada Menteri dan Pejabat Tertentu selama melaksanakan tugasnya.

Penetapan peserta Jamkestama yaitu jaminan kesehatan bagi Ketua, Wakil Ketua, dan Anggota Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan Perwakilan Daerah, Badan Pemeriksa Keuangan, Komisi Yudisial, Hakim Mahkamah Konstitusi dan Hakim Agung Mahkamah Agung (Jamkestama) diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 88 Tahun 2010 dan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 37/PMK.02.2011, yaitu selama yang bersangkutan menduduki jabatan dan melaksanakan tugasnya. Sedang yang dimaksud keluarga adalah suami/isteri dan anak yang masih menjadi tanggungan sesuai peraturan perundang-undangan.

4.3. Kemampuan Pemerintah Daerah Bidang Kesehatan

4.3.1. Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan

Untuk mendukung pembangunan kesehatan daerah, Pemerintah Provinsi maupun Kabupaten/Kota berupaya mengalokasikan anggaran untuk mendanai jaminan kesehatan daerah yang tercakup dalam anggaran Dinas Kesehatan provinsi, kabupaten maupun kota, tergantung dari kemampuan keuangan daerah berdasarkan PDRB, potensi DAK, SILPA, maupun kapasitas fiskal daerah.

Pembagian kewenangan pemerintah, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota bidang kesehatan mengatur berbagai aspek upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, manajemen kesehatan, yang telah memberikan peluang yang cukup besar bagi adanya pengembangan rencana pelayanan kesehatan dari skala nasional hingga skala kabupaten/kota.

4.3.2. Kemampuan Keuangan Daerah

Prioritas daerah untuk mengalokasikan belanja dalam APBD dan prioritas untuk mencukupi kebutuhan dasar berbeda antar daerah. Bagi daerah yang mampu mungkin akan mengutamakan belanja pelayanan dasar kesehatan, bidang infrastruktur, pendidikan, usaha kecil, pertanian dan sumber daya alam, atau lainnya yang dapat mempercepat upaya peningkatan kemakmuran daerah. Sehingga dalam menetapkan anggaran belanja benar-benar sesuai prioritas, dengan mempertimbangkan kemampuan belanja masyarakat, PDRB per kapita maupun APBD. Besarnya tingkat kemampuan keuangan daerah

bisa digunakan sebagai dasar perhitungan alokasi belanja pada dinas-dinas daerah sebelum ditetapkan oleh Pemerintah Daerah maupun DPRD setempat sebagai masukan APBD.

Dana Alokasi Khusus (DAK), hanya dialokasikan kepada daerah tertentu untuk mendanai kegiatan khusus yang telah ditentukan merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas nasional. Berdasarkan identifikasi kebutuhan DAK¹³ untuk mendukung pencapaian prioritas nasional dan dengan memperhatikan kebijakan DAK dalam RPJMN 2010-2014 serta RKP 2011, bidang kesehatan direncanakan akan mendapatkan prioritas alokasi DAK, khususnya untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier dalam rangka penurunan angka kematian ibu dan anak, perbaikan status gizi masyarakat, pengendalian penyakit, penyehatan lingkungan, melalui peningkatan sarana dan prasarana di Puskesmas dan jaringannya termasuk Poskesdes, rumah sakit dan laboratorium kesehatan provinsi/ kabupaten/kota tertentu, serta penyediaan dan pengelolaan obat generik dan perbekalan kesehatan, terutama untuk pelayanan penduduk miskin dan penduduk di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Kegiatan DAK bidang kesehatan antara lain mencakup pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan, dan pelayanan kefarmasian.

4.3.3. Kapasitas Fiskal Daerah

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 245/PMK.07/2010, Kapasitas fiskal daerah adalah gambaran kemampuan keuangan masing-masing daerah yang dicerminkan melalui penerimaan umum APBD tidak termasuk Dana Alokasi Khusus (DAK), dana darurat, dana pinjaman lama, dan penerimaan lain yang penggunaannya dibatasi untuk membiayai pengeluaran tertentu, untuk membiayai tugas pemerintahan setelah dikurangi belanja pegawai dan dikaitkan dengan jumlah penduduk miskin¹⁴.

Dengan semakin besarnya sumber-sumber penerimaan daerah, kemandirian daerah akan meningkat dari tahun ke tahun dibandingkan sebelum otonomi daerah¹⁵. Oleh karena itu, nilai indeks kapasitas fiskal dapat dipakai untuk mengukur kemampuan atau kemandirian daerah yang bersangkutan. Peningkatan kapasitas fiskal daerah diikuti pelimpahan beberapa fungsi pemerintahan yang pembiayaannya harus ditanggung oleh daerah, antara lain mencakup pelayanan kesehatan masyarakat. Kapasitas fiskal daerah merupakan suatu indikator yang dapat digunakan untuk berbagai kepentingan seperti penerusan pinjaman daerah, dan hibah.

Peta kapasitas fiskal adalah pengelompokan daerah berdasarkan indeks kapasitas fiskal dalam tahun 2010 menjadi empat kelompok yaitu daerah dengan kapasitas fiskal sangat tinggi, tinggi, sedang, dan rendah. Artinya daerah yang memiliki kapasitas fiskal sangat tinggi dan tinggi, menunjukkan kondisi kemampuan keuangan yang sangat tinggi atau tinggi, sehingga berpotensi mampu membiayai fungsi pemerintahannya sendiri, tidak sepenuhnya tergantung oleh Pemerintah Pusat. Demikian pula daerah yang memiliki kapasitas fiskal sedang, berpotensi harus menggali sumber dana lainnya untuk meningkatkan kebutuhan di daerah. Di sisi lain, daerah yang memiliki kapasitas fiskal rendah adalah kondisi daerah yang kemampuan keuangannya rendah, sehingga dapat menggunakan bantuan maupun penerusan pinjaman luar negeri kepada daerah dalam bentuk hibah dan/atau diatur secara khusus dalam peraturan perundang-undangan. Oleh karena itu, indeks kapasitas fiskal antara lain dapat berpotensi untuk menetapkan alokasi anggaran bidang kesehatan daerah sesuai dengan prioritas kegiatan yang diperlukan di setiap daerah yang dituangkan dalam APBD.

Sebaliknya bagi daerah yang memiliki kapasitas fiskal rendah, adalah kondisi daerah yang memiliki kemampuan keuangannya rendah, sehingga dapat memanfaatkan bantuan maupun penerusan pinjaman luar negeri kepada daerah dalam bentuk hibah dan/atau diatur secara khusus dalam

¹³ RKP Tahun 2011

¹⁴ Peraturan Menteri keuangan Nomor 245/PMK.07/2010 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah.

¹⁵ Tinjauan Pelaksanaan Hubungan Keuangan Pusat dan Daerah Tahun 2004-2005, Departemen Keuangan RI.

peraturan perundang-undangan. Adapun daftar peta kapasitas fiskal secara lengkap dapat dilihat dalam lampiran Peraturan Menteri Keuangan tersebut.

4.4. Analisis Yuridis

Pelaksanaan jaminan kesehatan daerah, antara lain telah diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, di mana urusan-urusan pemerintahan yang masih menjadi wewenang Pemerintah Pusat dan urusan-urusan yang sudah dilimpahkan ke Daerah secara jelas diuraikan dalam kebijakan tersebut.

Adapun Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 adalah merupakan pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah, terdiri dari 26 urusan wajib dan 8 urusan pilihan. Urusan wajib merupakan urusan pemerintah yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Sedang urusan pilihan adalah urusan pemerintah yang secara nyata ada dan berpotensi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan kondisi dan potensi unggulan daerah yang bersangkutan. Selanjutnya daftar urusan wajib dan urusan pilihan secara rinci dapat diikuti dalam Tabel 4.4 sebagai berikut.

Tabel 4.4. Pembagian Urusan Wajib dan Pilihan dalam Pembagian Urusan Pemerintah antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota

A. Urusan Wajib				B. Urusan Pilihan	
No	Jenis Urusan	No	Jenis Urusan	No	Jenis Urusan
1	Pendidikan	14	Ketenagakerjaan	27	Kelautan dan perikanan
2	Kesehatan	15	Koperasi, usaha kecil dan menengah	28	Pertanian
3	Pekerjaan umum	16	Penanaman modal	29	Kehutanan
4	Perumahan	17	Kebudayaan	30	Energi serta sumber daya mineral
5	Penataan ruang	18	Kepemudaan dan olah raga	31	Pariwisata
6	Perencanaan pembangunan	19	Kesatuan bangsa dan politik dalam negeri	32	Industri
7	Perhubungan	20	Otonomi daerah, pemerintahan umum, administrasi keuangan daerah, perangkat daerah, kepegawaian, dan persandian	33	Perdagangan
8	Lingkungan hidup	21	Pemberdayaan masyarakat dan desa	34	Ketransmigrasian
9	Pertanahan	22	Statistik		
10	Kependudukan dan catatan sipil	23	Kearsipan		
11	Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak	24	Perpustakaan		
12	KB dan keluarga sejahtera	25	Komunikasi dan informatika		
13	Sosial	26	Pertanian dan ketahanan pangan		

Sumber : Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa bidang kesehatan (nomor 2) adalah merupakan urusan wajib, artinya wajib diselenggarakan oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota sesuai dengan kemampuan daerah masing-masing.

4.5. Analisis Potensi Kemampuan Pemerintah Daerah Terhadap Jaminan Kesehatan

4.5.1. Kesiapan Daerah

Dengan diberikannya kewenangan Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007, maka Pemerintah Kabupaten/Kota wajib memanfaatkan potensi daerahnya dan sekaligus menyelenggarakan pelayanan dasar bidang kesehatan yang menyangkut hajat hidup khususnya bagi masyarakat kurang mampu, sesuai dengan kemampuan keuangan daerahnya.

Sehubungan dengan hal tersebut daerah perlu mempersiapkan :

a. Aspek Perencanaan

Untuk menyiapkan penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerah diperlukan aspek perencanaan yang matang, perlu didukung oleh tersedianya data dan informasi tentang kondisi kemampuan keuangan daerah, faktor geografis, jumlah penduduk, jumlah penduduk miskin dan hampir miskin, jumlah pengangguran, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan per kapita, konsumsi penduduk, jumlah sumber daya manusia di bidang kesehatan termasuk tenaga medis, kondisi sarana dan prasarana pemberian pelayanan kesehatan dasar maupun rumah sakit di daerah.

Aspek perencanaan penyelenggaraan jaminan kesehatan, meliputi:

- 1) Menentukan jenis jaminan kesehatan atau jenis asuransi kesehatan yang sesuai;
- 2) Menentukan jadwal kegiatan sosialisasi jaminan kesehatan;
- 3) Menentukan kriteria yang berhak mendapatkan jaminan kesehatan;
- 4) Menentukan prioritas jaminan kesehatan, terkait dengan peningkatan fasilitas sarana dan prasarana kesehatan di puskesmas atau rumah sakit, tenaga medis yang memadai, kefarmasian yang cukup, pendidikan kesehatan, atau pemberian biaya berobat bagi masyarakat kurang mampu;
- 5) Menentukan besarnya anggaran bidang kesehatan dan sumber pendanaannya;
- 6) Menentukan regulasi.

b. Aspek Pelaksanaan

Menentukan instansi atau lembaga, serta petugas yang bertanggungjawab dalam tahap kegiatan di setiap lini, monitoring, pengawasan dan pertanggungjawaban, sehingga jaminan kesehatan dapat dirasakan manfaatnya bagi masyarakat miskin dan bagi Pemerintah Daerah pendanaannya efisien.

c. Aspek Pembiayaan

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 bidang kesehatan, antara lain adalah menyiapkan pembiayaan jaminan kesehatan berdasarkan APBD sesuai dengan tingkat pendapatan per kapita, konsumsi masyarakat, kemampuan rata-rata pengeluaran masyarakat untuk berobat, SILPA, tingkat kapasitas fiskal daerah, DAK, hibah, dan lainnya, maupun berasal dari sumber lainnya.

Jenis pembiayaan mencakup biaya perencanaan kegiatan, sosialisasi, pelaksanaan kegiatan, penyediaan sarana dan prasarana pemberian pelayanan kesehatan, rumah sakit, tenaga medis, obat-obatan, alat kesehatan, jenis penyakit yang dapat dibebaskan biaya pengobatannya, atau dalam bentuk pemberian premi asuransi kesehatan bagi seluruh masyarakat yang belum mendapatkan jaminan kesehatan, besarnya premi asuransi jaminan kesehatan ditanggung Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten /Kota sehingga masyarakat dapat berobat di pusat pelayanan kesehatan dasar, maupun rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.

4.5.2. Analisis Kemampuan Pendanaan Keuangan Daerah

Kemampuan daerah dalam memberikan pelayanan publik sangat dipengaruhi oleh kondisi keuangannya yang dapat diukur antara lain dengan Kapasitas Fiskal Daerah yang merupakan rasio

antara total penerimaan daerah terhadap jumlah penduduk. Kapasitas Fiskal sangat dipengaruhi oleh : 1) ketersediaan sumber-sumber penerimaan pajak, dan tingkat hasil dari *object* tersebut, dan 2) dana perimbangan dari pemerintah pusat baik dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU) maupun Dana Bagi Hasil (DBH). Dana perimbangan dimaksudkan untuk mengurangi kesenjangan fiskal antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 245/PMK.07/2010, tentang Peta Kapasitas Fiskal, daerah dapat dikelompokkan menjadi kategori sangat tinggi, tinggi, sedang dan rendah. Dari Peta Kapasitas Fiskal tersebut dapat diketahui provinsi-provinsi yang berpotensi mampu memberikan pendanaan jaminan kesehatan di daerah, yaitu:

- A. Indeks kapasitas fiskal sangat tinggi, terdiri dari : 5 provinsi
- B. Indeks kapasitas fiskal tinggi, terdiri dari : 5 provinsi
- C. Indeks kapasitas fiskal sedang, terdiri dari : 8 provinsi
- D. Indeks kapasitas fiskal rendah, terdiri dari : 14 provinsi

Artinya terdapat 10 provinsi (yang memiliki kapasitas fiskal sangat tinggi dan tinggi) dapat dipertimbangkan berpotensi mampu memberikan pendanaan bidang jaminan kesehatan di lingkungan provinsinya, 8 provinsi dapat menggali sumber dana yang potensial untuk membiayai jaminan kesehatan, sedang 14 provinsi yang memiliki kapasitas rendah dapat dipertimbangkan dapat menggunakan pola asuransi kesehatan dengan melakukan kerjasama antara Pemerintah Daerah dengan lembaga asuransi maupun rumah sakit, karena pemberian asuransi kesehatan hanya dihitung sesuai dengan jumlah peserta yang belum mendapatkan jaminan kesehatan, sehingga dari sisi biaya akan lebih efisien.

Di pihak lain untuk mengukur kemampuan ekonomi suatu provinsi juga dapat dilihat dari tingkat PDRBnya. Dalam periode Tahun 2005-2009, pada umumnya provinsi-provinsi yang mempunyai PDRB tinggi juga merupakan provinsi yang memiliki kapasitas fiskal tinggi, artinya provinsi tersebut berpotensi mampu memberikan pendanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, antara lain seperti Provinsi Kalimantan Timur, DKI Jakarta, Riau, Kepulauan Riau. Di pihak lain provinsi-provinsi yang memiliki PDRB kecil seperti Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Maluku, Gorontalo, dan Sulawesi Barat juga memiliki kemampuan ekonomi yang sedang dan rendah. Pertumbuhan ekonomi provinsi berdasarkan perkembangan PDRB juga berpotensi mendukung pendanaan pemberian jaminan kesehatannya, sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 4.5.

Selanjutnya jika dilihat kemampuan Pemerintah Daerah yang berpotensi dalam rangka pendanaan jaminan kesehatan adalah berbeda antar daerah, tergantung dari jumlah penduduk, jumlah peserta jaminan kesehatan, SILPA dan Kapasitas Fiskal. Untuk mengetahui kemampuan provinsi dalam memberikan pendanaan jaminan kesehatan pada tahun 2010 dapat dilihat pada Lampiran 2.

4.5.2.1. Provinsi dengan Kategori Indeks Kapasitas Fiskal Sangat Tinggi

Penyelenggaraan jaminan kesehatan pada provinsi yang memiliki kemampuan keuangan sangat tinggi yaitu meliputi 5 provinsi¹⁶, yaitu: Provinsi DKI Jakarta, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Bali, Kepulauan Riau, dan Papua Barat. Artinya provinsi dengan kemampuan keuangan yang sangat tinggi berpotensi mampu membiayai jaminan kesehatan untuk masyarakat kurang mampu.

Di Provinsi Papua Barat, peserta Jamkesmas dan askes sudah melebihi jumlah penduduk miskin, yaitu mencapai sekitar 81,76 persen. Peran Pemerintah Daerah Papua Barat dalam memberikan jaminan kesehatan belum dapat diwujudkan, sebagaimana terlihat dalam Tabel 4.5 yaitu belum terdapat peserta

¹⁶ Lihat Tabel 4.5

Tabel 4.5. Perkembangan PDRB Per Kapita Atas Dasar Harga Berlaku Berdasarkan Provinsi Tahun 2005-2009 (ribu rupiah)

Provinsi	PDRB				
	2005	2006	2007	2008	2009
1 NA Darusalam	14.126	17.029	16.831	17.124	16.216
2 Sumatera Utara	11.214	12.685	14.167	16.403	17.840
3 Sumatera Barat	9.784	11.448	12.729	14.825	15.803
4 Riau	30.359	35.079	41.413	53.265	60.211
5 Jambi	8.531	9.713	11.697	14.725	15.107
6 Sumatera Selatan	12.201	16.903	15.655	18.722	18.907
7 Bengkulu	6.408	7.120	7.964	8.833	9.318
8 Lampung	5.748	6.811	8.357	10.078	11.789
9 DKI Jakarta	48.966	55.981	62.490	74.065	82.080
10 Jawa Barat	9.989	11.935	13.048	14.719	15.711
11 Jawa Tengah	7.331	8.763	9.649	11.124	11.958
12 DI Yogyakarta	7.578	8.681	9.584	10.982	11.816
13 Jawa Timur	11.114	12.861	14.498	16.687	18.351
14 Kalimantan Barat	8.358	9.158	10.166	11.394	12.471
15 Kalimantan Tengah	10.958	12.633	13.771	15.767	17.367
16 Kalimantan Selatan	9.687	10.362	11.611	13.276	14.638
17 Kalimantan Timur	63.286	67.971	73.602	101.534	88.920
18 Sulawesi Utara	8.814	9.820	11.012	12.610	14.379
19 Sulawesi Tengah	7.459	8.219	9.497	11.545	12.925
20 Sulawesi Selatan	6.895	7.982	8.996	10.909	12.633
21 Sulawesi Tenggara	6.613	7.628	8.837	10.700	12.112
22 Bali	10.033	10.895	12.166	14.199	16.215
23 Nusa Tenggara Barat	6.138	6.717	7.810	8.081	9.424
24 Nusa Tenggara Timur	3.476	3.881	4.302	4.771	5.225
25 Maluku	3.652	3.997	4.377	4.747	5.277
26 Papua	23.257	23.763	27.476	16.366	31.777
27 Maluku Utara	2.922	3.066	3.347	4.019	4.808
28 Banten	9.373	10.610	11.408	12.756	13.600
29 Bangka Belitung	13.581	14.813	16.170	19.174	19.869
30 Gorontalo	3.774	4.315	4.957	6.076	7.198
31 Kepulauan Riau	32.149	34.545	37.207	40.746	42.166
32 Papua Barat	12.307	12.995	14.479	17.082	19.557
33 Sulawesi Barat	4.562	5.163	6.091	7.535	8.277

Sumber : BPS diolah

Jamkesda. Dari 5 provinsi yang memiliki kemampuan keuangannya sangat tinggi, menunjukkan lebih dari seluruh penduduk miskin telah memiliki kepesertaan Jamkesmas. Di Provinsi DKI Jakarta memiliki indeks kapasitas fiskal paling tinggi, namun jumlah masyarakat yang telah memiliki jaminan kesehatan baru mencapai 38,11 persen, sedang bagi masyarakat kurang mampu yang akan menggunakan pelayanan kesehatannya dapat menggunakan kartu multiguna yaitu kartu jaminan sosial yang juga dapat digunakan sebagai kartu jaminan kesehatan. Di pihak lain, Provinsi DKI Jakarta memiliki peserta Askes dan Jamsostek yang relatif tinggi dibandingkan dengan daerah lainnya, karena sebagian besar penduduknya bekerja pada perusahaan swasta maupun menjadi PNS, TNI/POLRI.

Provinsi yang mempunyai Kapasitas Fiskal sangat tinggi berpotensi mampu memanfaatkan keuangan daerahnya untuk memberikan pelayanan publik (antara lain bidang kesehatan), sebagai

contoh di Provinsi DKI Jakarta, tidak mengikuti program Jamkesmas karena telah memiliki Program Multiguna, di Kalimantan Timur dan Kalimantan Selatan pada umumnya masyarakatnya dapat memperoleh fasilitas kesehatan di Puskesmas. Bahkan diperkirakan pada daerah yang kemampuannya sangat tinggi masyarakat golongan ekonomi menengah ke atas sudah memiliki jaminan kesehatan.

4.5.2.2. Provinsi dengan Kategori Indeks Kapasitas Fiskal Tinggi

Jumlah provinsi dengan indeks Kapasitas Fiskal tinggi terdiri dari 5 provinsi, yaitu Provinsi Nangroe Aceh Darussalam, Riau, Bali, Kalimantan Tengah, dan Bangka Belitung. Provinsi tersebut mempunyai tingkat kepesertaan jaminan kesehatan antara 62,76 persen sampai 74,46 persen. Kecuali Bali telah menyerap kepesertaan Jamkesmas sebesar 99,59 persen. Sementara itu, seluruh masyarakat Nangroe Aceh Darussalam sejak adanya bantuan rehabilitasi pusat pelayanan kesehatan dasar dan rumah sakit pasca tsunami memiliki jaminan kesehatan yang disebut dengan Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) berlaku, sehingga kepada seluruh masyarakat Aceh diberikan premi asuransi kesehatan oleh Pemerintah Daerah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar secara gratis. Provinsi dengan indeks Kapasitas Fiskal tinggi demikian berpotensi untuk meningkatkan pemberian jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakatnya sebagaimana terlihat dalam Tabel 4.5.

4.5.2.3. Provinsi dengan Kategori Indeks Kapasitas Fiskal Sedang

Provinsi dengan kategori indeks Kapasitas Fiskal sedang, meliputi 8 Provinsi, yaitu Sumatera Barat, Jambi, Sulawesi Utara, Maluku Utara, Banten, Gorontalo, dan Sulawesi Barat. Provinsi-provinsi tersebut memiliki tingkat kepesertaan jaminan kesehatan sekitar 36,91 persen hingga 56,45 persen dari jumlah penduduk. Provinsi yang memiliki kemampuan keuangannya sedang, tingkat kepesertaan jaminan kesehatan masyarakatnya tergolong relatif rendah, namun sebetulnya jumlah peserta yang memiliki jaminan kesehatan sudah melebihi dari jumlah penduduk miskin. Apabila diperhatikan data dalam Tabel 4.5 di atas seluruh penduduk miskin sudah menjadi target Jamkesmas. Berarti bahwa penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan adalah termasuk golongan masyarakat kurang mampu maupun golongan menengah ke atas.

Oleh karena itu, berbagai upaya untuk meningkatkan kepesertaan jaminan kesehatan perlu lebih ditekankan seperti kemungkinan penggunaan DAK, pemanfaatan hibah, meningkatkan anggaran kesehatan, memberikan premi asuransi, atau memberikan berupa insentif kepada puskesmas maupun rumah sakit yang ditunjuk agar dapat memberikan pelayanan yang murah atau gratis kepada masyarakat yang berobat.

4.5.2.4. Provinsi dengan Kategori Indeks Kapasitas Fiskal Rendah

Dalam tahun 2010, terdapat 14 provinsi yang termasuk dalam daerah dengan kategori indeks Kapasitas Fiskal rendah. Provinsi tersebut memiliki tingkat kepesertaan jaminan kesehatan antara 39,82 persen hingga 100 persen. Provinsi-provinsi yang memiliki indeks Kapasitas Fiskal rendah tidak selalu menunjukkan tingkat kepesertaan jaminan kesehatan yang rendah, karena pada umumnya didukung oleh kebijakan Pemerintah Daerah untuk memprioritaskan pemberian jaminan kesehatan bagi warganya dengan pola asuransi kesehatan, di mana iuran premi asuransi kesehatannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah bekerjasama dengan rumah sakit yang ditunjuk, puskesmas maupun lembaga asuransi, untuk memberikan pelayanan gratis kepada masyarakat kurang mampu yang tidak memiliki kepesertaan jaminan kesehatan dengan plafon biaya yang sudah ditentukan yaitu menggunakan pos belanja yang potensial lainnya memberikan premi asuransi kesehatan kepada masyarakat kurang mampu, meningkatkan anggaran bidang kesehatan dalam APBD, menggunakan dana DAK, maupun memanfaatkan hibah maupun SILPA.

4.6. *Sharing* Pendanaan Jaminan Kesehatan Antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007, berkaitan dengan kewenangan tugas untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengarahkan kebijakan pemberian jaminan kesehatan kepada masyarakat tidak mampu, masyarakat kurang mampu, maupun masyarakat umum lainnya berdasarkan sistem jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan kepada masyarakat yang belum mendapat kartu Jamkesmas atau Jamkesda, sesuai dengan kemampuan dan kesiapan daerahnya.

Sebagai salah satu alternatif, untuk daerah yang kondisi kesiapan masyarakatnya tinggi diarahkan dapat memberikan jaminan kesehatan. Bagi daerah yang kondisi keuangannya mampu, alokasi pemberian jaminan kesehatan dapat diberikan kepada rumah sakit atau puskesmas yaitu untuk digunakan sebagai peningkatan fasilitas sarana dan prasarana rumah sakit/puskesmas, pengadaan obat, atau pemberian insentif bagi tenaga medis sesuai dengan jumlah pasien yang berkunjung yang memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis sesuai ketentuan berlaku.

Sharing pendanaan juga dapat diberikan sesuai dengan jenis penyakitnya, maupun jenis perawatannya sesuai dengan kemampuan daerah. Dengan demikian, dapat ditentukan kriteria jenis penyakit yang dapat ditanggung maupun yang tidak ditanggung oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Untuk mengetahui kemampuan daerah antara lain juga dapat dilakukan dengan pendekatan rata-rata tingkat pendapatan daerah, PDRB, SiLPA, DAK, maupun hibah.

Upaya pemberian jaminan kesehatan dalam rangka menghadapi *universal coverage*, upaya yang telah dilakukan oleh Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan yaitu dengan memberikan prioritas bantuan pendanaan kepada Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota kurang mampu, dapat berupa peningkatan kualitas fasilitas kesehatan kepada tingkat pelayanan kesehatan dasar (puskesmas dan jaringannya) maupun kepada rumah sakit kelas III sebagai rujukan, peningkatan kualitas tenaga kesehatan, penyediaan alat kesehatan, maupun penyediaan obat-obatan. Dengan demikian diharapkan masyarakat kurang mampu mudah mendapatkan akses pelayanan kesehatan.

Pada umumnya pemilik kartu Jamkesmas yang memanfaatkan pelayanan kesehatan jumlahnya hanya mencapai sekitar 20 persen¹⁷, sehingga pemberian kartu jaminan kesehatan dapat dipandang menjadi kurang efektif, sementara banyak kelompok masyarakat lainnya sangat membutuhkan kartu jaminan kesehatan untuk berobat namun kesulitan untuk mendapatkannya. Sehingga salah satu alternatif kebijakan pemberian jaminan kesehatan ke depan yang harus dipilih apakah meningkatkan jumlah kepesertaan jaminan kesehatan atau memberikan pelayanan gratis kepada seluruh masyarakat miskin di setiap puskesmas maupun rumah sakit yang ditunjuk, artinya tidak memerlukan kartu kepesertaan. Kondisi demikian bisa berdampak bahwa masyarakat apabila jatuh sakit serius akan segera menjadi miskin.

Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota secara bersama perlu menyelenggarakan program sosialisasi yang mudah dan cepat dapat diterima oleh masyarakat kurang mampu maupun kepada pejabat terkait di daerah, agar pemberian jaminan kesehatan dapat lebih bermanfaat, tingkat keberanian masyarakat untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan meningkat, sehingga jumlah pemilik kartu jaminan kesehatan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat meningkat. Dengan demikian, diharapkan tingkat kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dirinya meningkat, yang pada gilirannya tingkat kesejahteraan masyarakat akan lebih cepat meningkat.

Apabila dilihat bahwa pelayanan kesehatan menjadi tanggungjawab wajib Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai pembagian kewenangannya, maka pelayanan kesehatan menjadi salah satu

¹⁷ Data PT.Askes (Persero)

prioritas pelayanan kepada masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan serangkaian kebijakan untuk meningkatkan pembangunan infrastruktur bidang kesehatan, meningkatkan kuantitas dan kualitas petugas medis maupun bukan medis terkait yang memadai. Khusus bagi daerah terpencil maupun yang aksesnya sulit, dapat diberikan pelayanan kesehatan yang sifatnya bergerak, berpindah dari satu tempat ke tempat yang lain. Dengan demikian jaminan kesehatan akan menjadi lebih bermanfaat.

Dalam konteks *sharing* pendanaan antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah, jika seluruh pendanaan dibebankan kepada APBN akan terasa berat. Oleh karena itu, kemungkinan pendanaan berbagai jenis jaminan kesehatan yang menjadi beban Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota perlu diuraikan secara rinci melalui suatu ketentuan. *Sharing* pendanaan jaminan kesehatan yang perlu dirumuskan bagi kabupaten/kota yang memiliki kapasitas fiskal rendah. Oleh karena itu, perlu perhitungan matang untuk menetapkan bagian dan bentuk kegiatan yang dapat dikerjakan melalui *sharing* antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

4.7. Persepsi Masyarakat Terhadap Jaminan Kesehatan

Persepsi masyarakat terhadap jaminan kesehatan adalah pelayanan ramah, murah, mudah, cepat, dan manjur adalah suatu harapan dan kenyataan yang sangat didambakan masyarakat. Namun persepsi yang melekat di masyarakat belum menunjukkan bahwa jaminan kesehatan menjadi kebutuhan utama, bahkan masih terkesan untuk mendapatkan fasilitas kesehatan di puskesmas maupun rumah sakit terdapat pelayanan yang lambat dan biayanya mahal, akses yang sulit, adanya keterbatasan biaya transportasi dan lainnya, bahkan banyak pilihan untuk target berobat yang adalah kepada mantri kesehatan yang relatif dekat.

Dari hasil kajian¹⁸ pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Krawang, Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Banjar, pada umumnya masyarakat tidak mampu walaupun memiliki kartu jaminan kesehatan, namun masih enggan berobat ke pelayanan dasar maupun rumah sakit. Proses yang berbelit-belit menyebabkan masyarakat memilih berobat ke tempat yang lebih dekat, mantri, murah dan mudah. Keadaan demikian mungkin dikarenakan tidak adanya informasi atau sosialisasi tentang manfaat penggunaan kartu jaminan kesehatan, dan ketidakpahaman masyarakat bahwa dengan kartu jaminan kesehatan biaya berobat relatif murah.

Oleh sebab itu, perlu diwujudkan citra bahwa jaminan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu merupakan bentuk pembelajaran terhadap kesehatan adalah kebutuhan masyarakat untuk membentuk kemandirian dan kesejahteraan masyarakat.

4.8. Alternatif Pemberian Insentif Pajak atau Subsidi Terhadap Obat dan Alat Kesehatan

Agar obat-obatan dan alat kesehatan dapat tersedia dengan mudah dan murah, perlu adanya insentif pajak maupun subsidi untuk pengadaan bahan obat-obatan maupun alat kesehatan, melalui Perusahaan Besar Farmasi atau Perusahaan Besar Alat Kesehatan.

Di samping mempertimbangkan beberapa hal tersebut di atas, dalam menerapkan subsidi maupun penurunan pajak juga harus: 1) bersifat transparan, artinya bahwa semua pihak dapat mengakses informasi tentang pelaksanaan pemberian penurunan pajak maupun pemberian subsidi, terhadap jenis-jenis obat maupun alat kesehatan tersebut, 2) akuntabel dalam arti bahwa semua kegiatan subsidi dan penurunan pajak dapat dipertanggungjawabkan kepada publik, 3) tepat sasaran dan terarah dalam arti bahwa pemberian subsidi dan penurunan pajak harus tepat pada produk tertentu yang memang harganya mahal dan langka, serta kegunaannya besar, dan 4) pemberian penurunan pajak juga diberikan kepada operasional belanja pada pelayanan kesehatan.

¹⁸ Penelitian Jamkesmas di Kab Krawang, Kab Banjar, dan Kab Gunung Kidul oleh Pusat Kebijakan APBN, Badan Kebijakan Fiskal 2011

Dengan adanya alternatif pemberian insentif pajak atau subsidi terhadap harga obat dan layanan kesehatan, diharapkan ke depan harga obat dan biaya berobat menjadi murah, sehingga masyarakat tidak perlu memiliki kartu kepesertaan jaminan kesehatan, namun dapat menikmati pelayanan kesehatan tingkat dasar secara gratis. Pendanaan pelayanan kesehatan dasar dapat dipenuhi oleh Pemerintah melalui APBN maupun APBD.

V. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil paparan Studi Analisis Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah Dalam Pemberian Jaminan Kesehatan di atas, dapat disimpulkan bahwa pada tahun 2010, jumlah penduduk yang sudah menjadi peserta jaminan kesehatan mencapai sekitar 139.424.348 jiwa (59,07 persen dari jumlah penduduk), dan sisanya sebesar 40,93 persen penduduk belum menjadi peserta jaminan kesehatan. Jumlah peserta jaminan kesehatan yang dikelola Pemerintah Pusat sampai dengan tahun 2011 target sarannya adalah sebesar 76,4 juta jiwa (32,4 persen dari jumlah penduduk), sisanya (sekitar 67,6 persen) menjadi tanggungjawab Pemerintah Daerah.

Untuk menghadapi *universal coverage* tahun 2014, dimungkinkan adanya *sharing* pendanaan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, atau Pemerintah Daerah dengan masyarakat. Melalui indeks Kapasitas Fiskal, dapat berpotensi untuk mengetahui kemampuan suatu daerah memberikan pendanaan jaminan kesehatan maupun asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin. Setidaknya terdapat 10 provinsi yang memiliki kemampuan keuangannya dan mampu memberikan pendanaan jaminan kesehatan.

Karena sifat pemberian jaminan kesehatan adalah pelayanan yang sangat mendasar, maka Pemerintah Daerah wajib melaksanakannya. Bagi daerah yang memiliki kemampuan keuangannya sangat tinggi dan tinggi, berpotensi untuk memberikan pendanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Bagi daerah yang memiliki kemampuan keuangannya sedang dan rendah, dapat diarahkan untuk mengikuti pola asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin yang belum memiliki kepesertaan jaminan kesehatan, dan premi asuransinya dapat dibayarkan oleh daerah sesuai dengan kemampuannya, atau *sharing* antara Pemerintah Daerah dengan masyarakat (peserta asuransi kesehatan). Daerah yang kemampuannya sangat rendah ternyata justru tingkat kepesertaan jaminan kesehatan relatif tinggi, karena pada umumnya didukung oleh berbagai kebijakan Pemerintah Daerah yang bersangkutan.

Beberapa Pemerintah Daerah telah menjalin kerjasama dengan Rumah Sakit Daerah yaitu untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang belum memperoleh kartu jaminan kesehatan, dengan menanggung biaya pengobatan sampai plafon yang ditentukan, berdasarkan premi asuransi yang dibayarkan. Demikian pula, beberapa Pemerintah Daerah telah bekerjasama dengan PT. Askes (Persero) untuk menyelenggarakan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin yang belum terdaftar sebagai kepesertaan jaminan kesehatan.

5.2. Rekomendasi Kebijakan

Dari hasil kajian Studi Analisis Kemampuan Pendanaan Pemerintah Daerah Dalam Pemberian Jaminan Kesehatan kepada masyarakat miskin dapat diusulkan beberapa rekomendasi seperti, dalam memenuhi realisasi target sasaran kepesertaan Jamkesmas, perlu dilakukan sesuai dengan perencanaan yang lebih tepat sasaran, seyogyanya dapat disesuaikan dengan tingkat pendapatan masyarakat, PDRB, Kapasitas Fiskal daerah, SILPA, dan APBD dari masing-masing daerah. Pemerintah Daerah dalam memberikan pendanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, maka perlu menyusun skenario sesuai dengan kemampuan keuangannya, apakah memilih bentuk jaminan kesehatan atau asuransi

kesehatan serta besarnya iuran yang ditanggung pemerintah daerah dan masyarakat sesuai dengan tingkat pendapatan per kapita, sehingga masyarakat akan lebih menyadari pentingnya kesehatan.

Pendanaan Jamkesmas tidak lagi didasarkan oleh perhitungan kapitasi masyarakat miskin sebagai target sasaran difokuskan ke Puskesmas dan Rumah Sakit Kelas III yang memberikan pelayanan kesehatan, namun didasarkan Puskesmas dan Rumah Sakit Kelas III, termasuk insentif untuk tenaga medis, insentif dan subsidi obat-obatan, alat kesehatan dan sarana kesehatan, termasuk peningkatan kualitas tenaga medis (pendidikan dokter spesialis, tenaga teknis dan administrasi). Agar jaminan kesehatan dapat diberikan sesuai dengan target sasaran yaitu masyarakat tidak mampu, alternatif yang dipilih disarankan memberikan pelayanan kesehatan di tingkat dasar (Puskesmas) tanpa menggunakan kartu, sehingga masyarakat tidak mampu dapat berobat secara gratis dan prosedurnya mudah. Bagi pasien yang memerlukan pengobatan berjenjang perlu mendapatkan rujukan dari Puskesmas. Untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat miskin agar mencapai derajat kesehatan yang tinggi, idealnya bagi masyarakat yang berobat lanjutan pada rumah sakit rujukan, Pemerintah Daerah sesuai dengan kemampuannya wajib membantu memberikan biaya transportasi maupun akomodasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Buku Saku : APBN dan Indikator Ekonomi*, Direktorat Jenderal Anggaran, Kementerian Keuangan, 12 Agustus 2011,
- Kajian Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah*, Pemda Kabupaten Karawang dan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran,
- Laporan Hasil Analisis Data Bidang Jaminan Kesehatan Tahun 2010, Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan,
- Naskah Akademik Rancangan Undang Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional,
- Pedoman Umum Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Tahun 2010,
- Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten Kota,
- Rancangan Awal Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2010,
- Republik Indonesia, (2009), Nota Keuangan dan RAPBN Tahun Anggaran 2009,
- Republik Indonesia, (2010), Nota Keuangan dan APBN Tahun Anggaran 2010,
- Republik Indonesia, (2011), Nota Keuangan dan RAPBN Tahun Anggaran 2011,
- Standar Operasional Prosedur sebagai Panduan Program Jamkesmas, PT. Askes, 2011,
- Standar Prosedur Operasi sebagai Panduan Program Jaminan Kesehatan Bagi Ketua Wakil dan Anggota DPR, DPD, BPK, KY, Hakim MK dan Hakim Agung MA, PT. Askes, 2011,
- Susenas tahun 2008
- Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945, perubahan kedua.
- Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2003, tentang BUMN.
- Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Jangka Panjang Pembangunan Nasional (RPJPN) Tahun 2005-2025.
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan,

LAMPIRAN 1

Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan

Sub Bidang	Sub-Sub Bidang	Pemerintah	Pemerintahan Daerah Provinsi	Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota
1. Upaya Kesehatan	1. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit	1. Pengelolaan surveilans epidemiologi kejadian luar biasa skala nasional	1. Penyelenggaraan surveilans epidemiologi, penyelidikan kejadian luar biasa skala provinsi	1. Penyelenggaraan surveilans epidemiologi, penyelidikan kejadian luar biasa skala kabupaten/kota
		2. Pengelolaan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular berpotensi wabah, dan yang merupakan komitmen global skala nasional dan internasional.	2. Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular skala provinsi	2. Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular skala kabupaten/kota
		3. Pengelolaan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu skala nasional.	3. Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu skala provinsi	3. Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu skala kabupaten/kota
		4. Penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan wabah skala nasional.	4. Pengendalian operasional penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan wabah skala provinsi	4. Pengendalian operasional penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan wabah skala kabupaten/kota
		5. Pengelolaan karantina kesehatan skala nasional	-	-
	2. Lingkungan Kesehatan	1. Pengelolaan pencegahan dan penanggulangan pencemaran lingkungan skala nasional	1. Pengelolaan pencegahan dan penanggulangan pencemaran lingkungan skala provinsi	1. Pengelolaan pencegahan dan penanggulangan pencemaran lingkungan skala kabupaten/kota
		2.-	2.-	2. Penyehatan lingkungan
	3. Perbaikan Gizi Masyarakat	1. Pengelolaan surveilans kewaspadaan pangan dan gizi buruk nasional	1. Penyelenggaraan surveilans gizi buruk skala provinsi	1. Penyelenggaraan surveilans gizi buruk skala kabupaten/kota
		2.a. Pengelolaan Penanggulangan gizi buruk skala nasional	2.a. Pemantauan penanggulangan gizi buruk skala provinsi	2.a. Penyelenggaraan penanggulangan gizi buruk skala kabupaten/provinsi
		b. -	b.-	b. Perbaikan gizi keluarga dan masyarakat
	4.	1. Pengelolaan	1. Bimbaingan dan	1. Bimbaingan dan

	Pelayanan Kesehatan Perorangan dan Masyarakat	pelayanan kesehatan haji skala nasional	pengendalian pelayanan kesehatan haji skala provinsi	pengendalian pelayanan kesehatan haji skala kabupaten/kota
		2. Pengelolaan upaya kesehatan dan rujukan nasional	2. Pengelolaan pelayanan kesehatan rujukan skunder dan tersier tertentu	2. Pengelolaan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan sekunder skala kabupaten/kota
		3. Pengelolaan upaya kesehatan pada daerah perbatasan, terpencil, rawan dan kepulauan skala nasional	3. Bimbingan dan pengendalian upaya kesehatan pada daerah perbatasan, terpencil, rawan dan kepulauan skala provinsi	3. Penyelenggaraan upaya kesehatan pada daerah perbatasan, terpencil, rawan dan kepulauan skala kabupaten/kota.
		4. Registrasi, akreditasi, sertifikasi sarana kesehatan sesuai peraturan perundang undangan	4. Registrasi, akreditasi, sertifikasi sarana kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan	4 Registrasi, akreditasi, sertifikasi sarana kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan
		5.a. Pemberian izin sarana kesehatan tertentu	5.a. Pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh pemerintah	5.a. Pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh pemerintah dan provinsi
		5.b.-	5.b. Pemberian ijin sarana kesehatan meliputi rumah sakit pemerintah Kelas B nonpendidikan, rumah sakit khusus, rumah sakit swasta serta sarana kesehatan penunjang yang setara	5.b. Pemberian ijin sarana kesehatan meliputi rumah sakit pemerintah Kelas C, Kelas D, rumah sakit khusus, rumah sakit yang setara, praktik berkelompok, klinik umum/spesialis, rumah bersalin. swasta serta sarana kesehatan penunjang yang setara
2. Pembinaan kesehatan	1. Pembinaan kesehatan masyarakat	1.a. Penetapan norma standar, prosedur dan kriteria bidang jaminan pemeliharaan kesehatan	1.a. Pengelolaan/penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian jaminan pemeliharaan kesehatan skala provinsi	1.a. Pengelolaan/penyelenggaraan bimbingan, pengendalian jaminan pemeliharaan sesuai kondisi lokal
		1.b. Pengelolaan jaminan pemeliharaan kesehatan	1.b. Bimbingan dan pengendalian penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional (TP)	1.b. Penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional (TP)
3. SDM	1.	1. Pengelolaan tenaga	1. Penempatan tenaga	1. Pemanfaatan tenaga

Kesehatan	Peningkatan jumlah, mutu dan penyebaran tenaga kerja	kesehatan strategis	kesehatan strategis, pemindahan tenaga tertentu antar kabupeten/kota skala provinsi	kesehatan strategis
		2. Pendayagunaan tenaga kesehatan makro skala nasional	2. Pendayagunaan tenaga kesehatan makro skala provinsi	2. Pendayagunaan tenaga kesehatan skala kabupaten/kota
		3. Pembinaan dan pengawasan pendidikan dan pelatihan (diklat) dan training of trainer (TOT) tenaga kesehatan skala nasional	3. Pelatihan diklat fungsional dan teknis skal provinsi	3. Pelatihan teknis skala kabupa-ten/kota
		4. Registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan skala nasional	4. Registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu skala provinsi sesuai peraturan perundang-undangan nasional	4. Registrasi, alreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu skala kabupaten/kota sesuai peraturan perundang-undangan nasional
		5. Pemberian ijin tenaga kesehatan asing sesuai peraturan perundang-undangan	5. Pemberian rekomendasi ijin tenaga kesehatan asing	5. Pemberian ijin praktik tenaga kesehatan tertentu
4. Obat dan Perbekalan Kesehatan	1. Ketersediaan, Pemerataan, Mutu Obat dan Keterjangkauan Harga Obat Serta Perbekalan Kesehatan	1. Penyediaan dan pengelolaan bufferstock obat nasional, alat kesehatan tertentu, reagensia tertentu dan vaksin tertentu skala nasional	1. Penyediaan dan pengelolaan bufferstock obat provinsi, alat kesehatan tertentu, reagensia tertentu dan vaksin lainnya skala provinsi	1. Penyediaan dan pengelolaan bufferstock obat provinsi, alat kesehatan tertentu, reagensia tertentu dan vaksin lainnya skala kabupaen/kota
		2a. Registrasi, akreditasi, sertifikasi komoditi kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan	2a. Sertifikasi sarana produksi dan distribusi alat kesehatan, Perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) kelas II	2a. Pengambilan sampling/contoh sediaan farmasi di lapangan
		2b.-	2b.-	2b. Pemeriksaan setempat sarana produksi dan distribusi sediaan farmasi.
		2c.-	2c.	2c. Pengawasan dan registrasi makanan minuman produksi rumah tangga
		2d.-	2.d.-	2d. Sertifikasi alat

				kesehatan dan PKRT Kelas 1
		3a. Pemberian ijin industri ko-moditi kesehatan, alat kesehat-an dan pedagang besar farmasi (PBF)	3a. Pemberian rekomendasi ijin industri komoditi kese-hatan, alat kesehatan dan pedagang besar alat kesehatan (PBAK)	3.a.Pemberian rekomendasi ijin PBF Cabang, PBAK dan industri kecil obat tradisional (IKOT)
		3.b.-	3.b. -	3.b. Pemberian ijin apotik, toko obat
5.Pemberdayaan Masyarakat	1.Pemberdayaan Individu, Keluarga dan Masyarakat Berperilaku Hidup Sehat dan Pengembangan UKBM	1. Pengelolaan promosi kesehatan skala nasional	1. Penyelenggaraan promosi kesehatan skala provinsi	1. Penyelenggaraan promosi kesehatan skala kabupaten/ kota
6.Manajemen Kesehatan	1. Kebijakan	1. Penetapan norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang kesehatan	1. Bimbingan dan pengenda-lian norma, standar, prose-dur, dan kriteria bidang kesehatan	1.Penyelenggaraan, bimbingan dan pengendalian operasionalisasi bidang kesehatan
	2. Penelitian dan pengembangan kesehatan	1.a. Pengelolaan penelitian dan pengembanagn kesehatan strategis dan terapan, ser-ta penapisan ilmu pengeta-huan dan teknologi (iptek) kesehatan skala nasional	1.a. Penyelenggaraan pene-litian dan pengembangan kesehatan yang mendu-kung perumusan kebijak-an provinsi	1.a. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan yang mendukung perumusan kebijakan kabupaten/kota.
		b.-	b.Pengelolaan survei kese-hatan daerah (surkesda) skala provinsi	b.Pengelolaan survei kesehatan daerah (surkesda) skala kabu-paten/kota
		c. -	c.. Pemantauan pemanfaatan Iptek kesehatan provinsi	c.. Pemantauan pemanfaatan Iptek kesehatan kabupaten/kota.
	3.Kerjasama Luar Negeri	1. Pengelolan kerjasama luar negeri di bidang kesehatan nasional	1.Penyelenggaraan kerja sama luar negeri di bidang kese-hatan provinsi	1. Penyelenggaraan kerjasama luar negeri di bidang kesehatan kabu-paten/kota
	4.Peningka	1. Pembinaan,	1. Pembinaan,	1. Pembinaan, monitoring,

	tan, pengawasan dan akuntabilitas	monitoring, evaluasi dan pengawasan skala nasional.	monitoring, evaluasi dan pengawasan skala provinsi	evaluasi dan pengawasan skala kabupaten/kota
	5. Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan (SIK)	1. Pengelolaan dan pengembangan SIK skala nasional dan fasilitasi pengembangan sistem informasi kesehatan daerah	1. Pengelolaan SIK skala provinsi	1 Pengelolaan SIK skala kabupaten/ kota.

Sumber : Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007
 UBKM : Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat

LAMPIRAN 2

**Jumlah Penduduk, Peserta Jaminan Kesehatan dan Kemampuan Daerah
Tahun 2010**

No	Prov.	Jml. Penduduk (jiwa)	Jumlah Penduduk Miskin (ribu jiwa)	Peserta Jamkesmas (jiwa)	Peserta Askes (jiwa)	Peserta Jamsos-tek (jiwa)	Peserta Jamkesda (jiwa)	Total Peserta Jamkes (jiwa)	% Kepesertaan	SILPA (jt rp)	Indeks Kap Fiskal
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	9=8/3	(10)	(11)	(12)
A. PROVINSI DENGAN KAPASITAS FISKAL SANGAT TINGGI											
1	Kep Riau	1.711.972	129,7	277.589	82.464	151.213	1.002.000	1.513.266	88,39	331.318	2,1684
2	DKI Jakarta	9.146.181	312,2	675.718	909.021	1.560.213	341.000	3.485.952	38,11	2.500.000	6,8725
3	Kal Selatan	3.588.444	182,0	843.837	310.680	47.624	980.848	2.182.989	60,83	118.947	2,0966
4	Kal Timur	3.016.800	243,0	910.925	310.605	285.758	1.072.627	2.579.915	85,52	500.000	4,5514
5	Papua Barat	729.962	256,3	521.558	75.264	-	-	596.822	81,76	-	2,7852
B. PROVINSI DENGAN KAPASITAS FISKAL TINGGI											
1	NAD	4.670.647	861,9	2.682.285	496.281	5.550	1.731.925	4.670.647	100,00	1.393.782	1,3663
2	Riau	5.422.961	500,3	1.230.911	277.992	42.669	2.042.651	3.594.223	66,3	324.590	1,0641
3	Bangka Bltng	1.135.891	67,8	116.726	84.468	23.333	621.230	645.757	74,46	247.917	1,8899
4	Bali	3.516.000	174,9	548.617	328.001	88.954	2.535.886	3.501.458	99,59	294.168	2,6383
5	Kalteng	2.236.278	164,2	763.556	218.010	-	421.962	1.403.528	62,76	150.000	1,4670
C. PROVINSI DENGAN KAPASITAS FISKAL SEDANG											
1	Sum Barat	4.697.764	430,0	1.361.281	527.089	98.829	279.272	2.266.471	48,25	741.325	0,8685
2	Jambi	2.840.265	241,6	784.841	234.692	49.196	534.471	1.603.201	56,45	200.000	0,9379
3	Banten	10.579.005	758,2	2.910.506	395.623	560.648	37.978	3.904.755	36,91	157.450	0,6299
4	Kal Barat	4.319.142	428,8	1.584.451	308.587	2.484	405.231	2.300.753	53,27	135.480	0,6503
5	Sulawesi Utr	2.228.856	206,7	485.084	265.884	62.771	114.210	927.949	41,63	29.000	0,7378
6	Gorontalo	1.143.645	209,9	431.299	85.145	9.024	-	525.468	45,95	34.185	0,5152
7	Sulawesi Brt	1.163.342	141,3	473.817	84.498	-	14.500	572.815	49,24	-	0,5928
8	Maluku Utara	1.046.951	91,1	302.436	95.358	4.040	170.649	572.483	54,68	32.000	0,9727
D. PROVINSI DENGAN KAPASITAS FISKAL RENDAH											
1	Sum Utara	13.042.317	1.490,9	6.124.247	924.302	100.207	565.473	5.714.229	43,81	458.843	0,3904
2	Sum Selatan	7.288.591	1.125,7	2.793.317	449.672	-	4.016.349	7.259.338	99,60	121.955	0,3598
3	Bengkulu	1.717.789	324,9	632.098	173.427	13.488	147.857	966.870	56,29	44.219	0,4060
4	Lampung	8.129.250	1.479,9	3.146.184	405.676	199.512	339.594	4.090.966	50,32	158.163	0,2024
5	Jawa Barat	42.693.951	4.773,7	10.700.175	2.388.067	414.243	5.002.792	18.505.277	43,34	1.803.080	0,3229
6	Jawa Tengah	32.770.455	5.369,2	11.715.881	2.160.358	214.304	1.172.875	15.263.418	46,58	222.923	0,1958
7	DI.Yogyakarta	3.434.533	577,3	942.129	398.825	68.223	204.157	1.613.334	46,97	166.285	0,3632
8	Jawa	37.432.020	5.529,3	10.710.051	2.206.723	698.482	1.291.881	14.907.137	39,82	498.250	0,2204

	Timur										
9	Nusa T Barat	4.434.012	1.009,4	2.028.491	288.679	7.844	572.976	2.897.990	65,36	70.659	0,1737
10	Nusa T Timur	4.540.053	1.014,1	2.798.871	344.988	5.877	545.375	3.695.111	81,39	197.786	0,1474
11	Sul Tengah	2.396.224	475,0	851.027	241.074	14.849	333.057	1.440.007	60,09	66.300	0,3407
12	Sul Selatan	7.868.358	913,4	2.449.737	730.605	86.233	4.601.568	7.868.143	100,0	62.304	0,3979
13	Sultra	1.953.478	400,7	1.144.447	205.225	87	89.643	73,68	73,68	185.661	0,3490
14	Maluku	2.498.581	378,6	840.680	169.601	4.040	714.969	69,21	69,21	25.170	0,4222
	Nasional			2.673.710	854.854	-		5,59			
Jumlah		236.034.478	31.023,4	76.400.000	17.274.520	4.900.559	31.564.006	139.424.348	59,07		

Sumber : Kementerian Kesehatan, PT. Askes (Persero), Badan Kebijakan Fiskal

