

PROBLEMATIKA SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PASCA REFORMASI DI INDONESIA

Oleh: Lukman Santoso¹

Abstract

This paper is trying to investigate implementation of problem of system of national health assurance in Indonesia. This program is held nationally in order to make cross subsidy in the way realizing health service gradually to needy society. In UU SJSN and BPJS, it is regulated that government will hold social assurance system consisting of health assurance nationally. Even though the government has create the Body of Health Assurance nationally, but it causes pro and contra, in particularly it is related to mechanism and system of its defrayal.

Keywords: *National Health Assurance, Regional Autonomy*

A. Pendahuluan

Dalam perkembangan negara modern dewasa ini, manifestasi kepedulian pemerintah terhadap rakyatnya harus mewujudkan dalam dua konteks aspek, yakni konteks keadilan dan legalitas. Konteks yang pertama berbicara menyangkut tentang kebutuhan masyarakat akan rasa keadilan ditengah dinamika dan konflik sosial. Dan pada konteks yang kedua, menyangkut apa yang disebut dengan hukum positif, yaitu sebuah aturan yang ditetapkan oleh otoritas negara yang sah dan dalam pemberlakuannya dipaksakan atas nama hukum.²

Konsepsi negara hukum yang demikian itu merupakan hakikat untuk mewujudkan tujuan negara, yakni kebahagiaan yang sempurna bagi manusia sebagai individu dan makhluk sosial.³ Sebagaimana dikatakan SF Marbun, bahwa negara berdasarkan atas hukum harus didasarkan atas hukum yang baik dan adil. Hukum yang baik adalah hukum yang demokratis, yang didasarkan atas kehendak rakyat sesuai dengan kesadaran hukum rakyat,

¹ Dosen Hukum STAIN Ponorogo dan FSH UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta, e-mail: lukmansantoso4@gmail.com

² Edi Wibowo dkk, *Hukum dan Kebijakan Publik*, (Yogyakarta: Penerbit YPAPI, 2004), hlm. 30-31

³ Juniarso Ridwan, *Hukum Administrasi Negara dan Kebijakan Pelayanan Publik*, (Bandung: Nuansa Cendekia, 2009), hlm. 47

sedangkan hukum yang adil adalah hukum yang sesuai dan memenuhi maksud dan tujuan setiap hukum, termasuk dalam bidang kesehatan.⁴

Tujuan yang baik dari negara itu semuanya dipusatkan pada penciptaan kesejahteraan rakyat, dan kesejahteraan itulah yang menjadi hukum tertinggi bagi negara dan kekuasaan negara (*solus populi suprema lex*). Dengan demikian, tujuan negara hukum ialah pemeliharaan ketertiban, keamanan, serta penyelenggaraan kesejahteraan umum dalam arti seluas-luasnya, termasuk dalam aspek politik, ekonomi, sosial dan budaya.⁵ Aspek tujuan negara yang demikian ini oleh Charles E. Marriam disebut sebagai *welfare staat* (negara kesejahteraan).⁶

Konsepsi tersebut secara umum juga ditegaskan dalam Pembukaan UUD 1945 alinea keempat, bahwa pembentukan Pemerintah Negara Indonesia ditujukan: "... untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, serta dengan mewujudkan suatu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia."⁷ Untuk mewujudkan pemerintahan Indonesia sebagai negara hukum yang ideal, tentu harus diimplementasikan dalam wujud pelayanan kepada masyarakat, termasuk dalam bidang kesehatan, pendidikan dan sosial.

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

Program jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas. Tujuannya adalah

⁴ SF Marbun, *Peradilan Administrasi dan Upaya Administratif di Indonesia*, (Yogyakarta: Liberty, 1997), hlm. 8.

⁵ Juniarso Ridwan, *Hukum...*, *Op. Cit.*, hlm. 48

⁶ Roscoe Pound, *Tugas Hukum*, terj. M Radjab, (Jakarta: Bharata, 1965), hlm. 9. Konsepsi negara kesejahteraan, dalam berbagai literatur menurut SF. Marbun disebut dengan berbagai istilah, *walfere state* (negara kesejahteraan), *social service state* (negara pemberi pelayanan kepada masyarakat), *service public*, *bestuurszorg* (penyelenggara kesejahteraan umum), *wevaarstaat*, *social rechstaat*, dan berbagai istilah lain. Lihat SF. Marbun, *Op. Cit.*, hlm. 167-168.

⁷ Pembukaan UUD 1945 Alinea keempat.

memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Prinsip asuransi sosial meliputi kepesertaan yang bersifat wajib dan non-diskriminatif, bagi kelompok formal, iuran berdasar presentase pendapatan menjadi beban bersama antara pemberi dan penerima kerja, sampai batas tertentu. Sehingga ada kegotongroyongan antara yang kaya-miskin, risiko sakit tinggi-rendah, tua-muda, dengan manfaat pelayanan medis yang sama (prinsip ekuitas), bersifat komprehensif, meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai.⁸

Penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional ini tentu selaras dengan yang diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (3) mengenai hak terhadap jaminan sosial dan Pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, dan Keputusan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik yang tertuang dalam TAP Nomor X/MPR/2001, yang menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu.⁹ Dalam konteks itulah kajian ini hadir, sebagai upaya mempertegas bahwa apakah program SJSN dan BPJS sudah merepresentasikan manifestasi negara kesejahteraan secara tepat?

B. Konsepsi Sistem Jaminan Kesehatan dalam Negara Hukum

Meski di Indonesia, konsepsi jaminan kesehatan masyarakat masih menjadi satu kesatuan dengan sistem jaminan sosial lainnya dan belum berdiri sendiri. Namun, memajukan kesejahteraan umum dalam konteks Indonesia sebenarnya telah menjadi cita-cita yang dirumuskan oleh pendiri bangsa. Kesejahteraan yang diharapkan dan akan dibangun sudah tentu adalah masyarakat berkeadilan sosial, yang dibangun berdasarkan kegotongroyongan dan kebersamaan. Masyarakat sejahtera yang demikian, sudah tentu hanya dapat dibangun oleh manusia yang memiliki jati diri bangsa, sesuai dengan yang terkandung dalam Pancasila.¹⁰

Alur pikir demikian menjadi penting, karena pada dasarnya setiap manusia membutuhkan pemenuhan kebutuhan sosial, bahkan secara ekstrem

⁸ Pasal 19, 22 dan 27 UU No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN. Lihat pula *Sulastomo, Sistem...*, hlm. 22

⁹ Antia Tijan, "Analisa Kebijakan Undang-undang Implementasi BPJS 1 Januari 2014," dalam <http://hukum.kompasiana.com>, akses 25 Nov 2014.

¹⁰ Sulastomo, *Sistem Jaminan Sosial Nasional; Sebuah Introduksi* (Jakarta: Rajawali Press, 2008), hlm. iii

dapat dikatakan bahwa pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan kehidupan manusia, khususnya dalam bidang kesehatan. Masyarakat setiap waktu akan selalu menuntut pemenuhan kebutuhan sosial, yang berkualitas dari birokrat, meskipun tuntutan itu seringkali tidak sesuai dengan apa yang diharapkan, karena secara empiris pemenuhan kebutuhan sosial, yang terjadi selama ini menampilkan ciri-ciri yang berbelit-belit, lamban, mahal, dan melelahkan. Kecenderungan semacam itu terjadi karena masyarakat masih diposisikan sebagai pihak yang “melayani” bukan yang “dilayani.” Oleh karena itu, dibutuhkan perwujudan paradigma yang benar di Indonesia, agar cita negara hukum dimaknai dalam tataran yang benar.¹¹

Osborne dan Plasterik mencirikan pemerintahan sebagaimana diharapkan diatas adalah pemerintahan milik masyarakat, yakni pemerintahan yang mengalihkan wewenang kontrol yang dimilikinya kepada masyarakat. Masyarakat diberdayakan sehingga mampu mengontrol pemenuhan kebutuhan sosial, yang diberikan oleh pemerintah. Dengan adanya kontrol dari masyarakat, maka pelayanan publik akan menjadi lebih baik karena mereka memiliki komitmen yang lebih baik, lebih peduli dan lebih kreatif dalam memecahkan masalah. Tentu pelayanan yang diberikan harus ditafsiri sebagai kewajiban pemerintah, bukan hak, dengan demikian pemenuhan yang diberikan akan menjadi responsif terhadap kebutuhan masyarakat.¹²

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

Adapun secara teoritis, tujuan dari pemenuhan kebutuhan sosial, termasuk jaminan kesehatan, pada dasarnya adalah untuk memberikan kepuasan kepada masyarakat. Untuk mewujudkan tujuan pelayanan tersebut, maka sebuah penyelenggara negara hukum harus tercermin dalam berbagai aspek pemenuhan kebutuhan publik, yaitu:¹³

¹¹ Juniarso Ridwan & A. Sodik Sudrajat, *Hukum...*, *Op. Cit.*, hlm. 17

¹² *Ibid.*, hlm. 18

¹³ *Ibid.*, hlm. 20

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

Perwujudan tujuan jaminan masyarakat tersebut juga tercermin dalam konstitusi Indonesia, UUD 1945, baik pada Pembukaan maupun pada beberapa Pasalnya, telah memberikan landasan hukum normatif yang kuat, meskipun tidak secara eksplisit menyebutkan perlindungan dan jaminan sosial (kesehatan). Misalnya saja dalam Pasal 27 Ayat 2, UUD 1945 Pasca Amandemen disebutkan bahwa, “Tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan.”¹⁴

Amanat tersebut kemudian, dipertegas melalui Pasal yang lebih khusus, yakni pada Pasal 34 Ayat 2 Perubahan UUD 1945 Tahun 2002 yang menyatakan bahwa, “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat”¹⁵

Istilah jaminan sosial memang sudah sangat populer. Namun penyelenggaraan program jaminan sosial itu sendiri substansinya sering dipahami berbeda. Dalam sistem jaminan sosial, manfaat yang diberikan harus memenuhi kriteria tertentu bahwa dengan manfaat itu, orang akan memiliki rasa aman (*security*), sejak lahir hingga meninggal dunia. Jika tidak terpenuhi kriteria itu, program jaminan sosial yang dimaksudkan itu, adalah bantuan sosial (*social assistance*) atau pelayanan sosial (*social services*) atau

¹⁴ Pasal 27 ayat (2) UUD 1945 Pasca Perubahan.

¹⁵ Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 Pasca Perubahan.

perlindungan sosial lain yang sifatnya temporer, sesuai dengan kejadian sosial yang terdapat dimasyarakat, termasuk keterbatasan dalam mengakses pelayanan kesehatan, kelaparan dan bencana alam, dan lain sebagainya. Dengan persepsi seperti itu, maka tidak heran jika di Indonesia sistem jaminan sosial baru dimulai pada tahun 1968 dan 1976 melalui askes dan jamsostek. Bandingkan dengan Malaysia yang telah memulai sejak tahun 1959 melalui program EPF (*Employee Provident Fund*).¹⁶

Ini artinya, sistem jaminan sosial merupakan suatu kumpulan program yang saling terkait satu dengan lainnya, untuk memberikan perlindungan sosial atau rasa aman. Rasa aman itu bisa terwujud jika manusia dapat terjamin dari berbagai ancaman, baik yang datang secara tiba-tiba (misalnya sakit atau kecelakaan) atau yang secara alamiah (misalnya pensiun), yang bisa berdampak pada kemampuan ekonomi dan sosialnya.

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

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

Beberapa tahun lalu, suatu Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (Tim SJSN) juga telah dibentuk berdasarkan Keputusan Presiden RI No. 20 tahun 2002 tanggal 10 April 2002 tentang Pembentukan Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tim tersebut juga telah berhasil menyusun suatu Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.¹⁷ Tim SJSN beranggotakan wakil dari berbagai instansi pemerintah, LSM dan

¹⁶ Sulastomo, *Ibid.*, hlm. vii

¹⁷ Yohandarwati, dkk. *Sistem Perlindungan dan Jaminan Sosial (Suatu Kajian Awal)*, (Jakarta: Bappenas, 2002), hlm. 5

pakar dibidangnya. Dan berdasarkan tugasnya, penanggung jawab Tim SJSN dibagi dalam 4 kelompok, yaitu: Substansi, Kelembagaan, Mekanisme/Budget, dan Pembentukan Program Jaminan Sosial. Sistem Jaminan Sosial Nasional yang akan dibangun bertumpu pada konsep asuransi sosial, dan berdasarkan pada azas gotong royong melalui pengumpulan iuran dan dikelola melalui mekanisme asuransi sosial. Pelaksanaannya diatur oleh suatu Undang-Undang dan diterapkan secara bertahap sesuai dengan perkembangan dan kemampuan ekonomi Nasional serta kemudahan rekrutmen dan pengumpulan iuran secara rutin. Undang undang Jaminan Sosial yang dilahirkan dari tim ini, pada hakikatnya menjadi payung bagi suatu Sistem Jaminan Sosial Nasional (*Social Security*) yang cocok untuk Indonesia masa datang yang didalamnya mencakup *social insurance* dan *social assistance*.¹⁸

Disamping dasar berpijak di dalam negeri diatas, di tingkat internasional, secara universal, perlindungan dan jaminan sosial juga telah dijamin oleh Deklarasi PBB Tahun 1947 tentang Hak Azasi Manusia. Pemerintah Indonesia seperti banyak negara lain juga telah ikut menandatangani Deklarasi itu. Secara tegas, Deklarasi itu menyatakan bahwa, "... setiap orang, sebagai anggota masyarakat, mempunyai hak atas jaminan sosial ... dalam hal menganggur, sakit, cacat, tidak mampu bekerja, menajanda, hari tua ..."¹⁹

Dasar pertimbangan lain adalah Konvensi ILO No. 102 Tahun 1952 yang juga menganjurkan agar semua negara di dunia memberikan perlindungan dasar kepada setiap warga negaranya dalam rangka memenuhi Deklarasi PBB tentang Hak Jaminan Sosial.²⁰

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

¹⁸ *Ibid.*, hlm. 6

¹⁹ *Ibid.*,

²⁰ *Ibid.*,

dari berbagai resiko tersebut adalah perlunya dikembangkan suatu sistem perlindungan dan jaminan sosial yang menyeluruh dan terpadu, sehingga dapat memberikan manfaat yang optimal bagi seluruh warga negaranya.

Definisi perlindungan dan jaminan sosial yang terdapat pada rencana pembangunan nasional tersebut diartikan, sebagai “..suatu langkah kebijakan yang dilakukan untuk memberikan perlindungan dan rasa aman bagi masyarakat miskin, terutama kelompok masyarakat yang paling miskin (*the poorest*) dan kelompok masyarakat miskin (*the poor*).”²¹

Sedangkan menurut ADB, definisi perlindungan dan jaminan sosial adalah sebagai berikut, “*the set of policies and programs designed to promote efficient and effective labor markets, protect individuals from the risks inherent in earning a living either from small-scale agriculture or the labor market, and provides a floor of support to individuals when market-based approaches for supporting themselves fail*”²²

Risks yang dimaksudkan di sini adalah yang terutama banyak menimpa/dialami *the poor*, dan dapat dikelompokkan menjadi empat, yaitu: a) *Lifecycle* – misalnya cacat, kematian, dan lanjut usia; b) *Economic* – misalnya kegagalan panen, penyakit hama, pengangguran, peningkatan harga kebutuhan dasar, dan krisis ekonomi; c) *Environmental* – misalnya kekeringan, banjir, dan gempa bumi; dan d) *Social/governance* – misalnya kriminalitas, kekerasan domestik, dan ketidakstabilan politik.²³

Selanjutnya, definisi tentang *Social Insurance Programs* menurut Folland, Goodman, dan Stano (1997: *Social Insurance Programs*) dapat dibedakan ke dalam lima kategori yaitu:

- a) *Poverty* – programs that are directed toward persons experiencing poverty involve either the provision of cash, or more often the subsidized provisions of goods “in kind,” such as rent vouchers or food stamps.
- b) *Old Age* - programs that are directed toward the elderly include income maintenance, such as Social Security, as well as services and considerations (such as old-age housing, Meals-on-Wheels) that may address the generally decreased mobility of the elderly.
- c) *Disability* – programs that generally provide cash benefits.

²¹ *Ibid.*, hlm. 7

²² *Ibid.*,

²³ *Ibid.*,

- d) *Health – programs that cover illness or well-care financing and/or provide facilities for various segments of population. The individual's health care is financed either entirely or in part by the government.*
- e) *Unemployment – programs that generally provide short-term cash benefits.*²⁴

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

Secara konseptual, penyelenggaraan sistem jaminan sosial pertama kali dirintis oleh Otto Von Bismarck (1883), sebagai upaya mewujudkan kesejahteraan rakyat. Bismarck memulai program jaminan sosial dengan memberikan jaminan kesehatan pada kelompok tenaga kerja tertentu sesuai dengan kebutuhan industrialisasi waktu itu. Pekerja dan pemberi kerja bergotong-royong membiayai program jaminan sosial melalui mekanisme asuransi sosial. Apa yang diperkenalkan Otto Von Bismarck itu, dewasa ini telah berkembang diseluruh dunia. Sudah barang tentu dengan modifikasi, sesuai dengan keadaan dan kebutuhan di masing-masing negara. Misalnya Amerika Serikat, yang memperkenalkan program jaminan sosial melalui *social security Act 1935*, sebagai bagian dari program *the new deal*-nya presiden Roosevelt mengatasi resesi di waktu itu.²⁵

Sejalan dengan itu, program jaminan kesehatan memang haruslah diselenggarakan secara nasional. Di Indonesia, wujud spirit itu dapat dilihat sejak tahun 1998. Di tahun itu pemerintah telah mulai membiayai pemeliharaan kesehatan dengan memprioritaskan bagi keluarga miskin (Gakin), yaitu melalui program jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK-Gakin). Cakupan JPK-Gakin meliputi pelayanan kesehatan dasar, yang kemudian diperluas untuk pelayanan pencegahan dan

²⁴ *Ibid.*,

²⁵ Sulastomo, *Sistem...*, *Op. Cit.*, hlm. 13-14.

pemberantasan penyakit menular (khususnya malaria, diare, dan TB paru). Kemudian, pada akhir tahun 2001, Pemerintah menyalurkan dana subsidi bahan bakar minyak untuk pelayanan rumah sakit (RS) bagi keluarga miskin. Program ini diselenggarakan untuk mengatasi dampak krisis yaitu dengan cara memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin melalui subsidi biaya operasional puskesmas, bidan di desa (BDD), gizi, posyandu, pemberantasan penyakit menular (P2M), dan rujukan rumah sakit.²⁶

Seiring perjalanan waktu, dan dalam rangka memelihara derajat kesehatan masyarakat dalam keterbatasan pembiayaan kesehatan sebagaimana diulas di atas, maka dirancang beberapa konsep dan sistem perlindungan dan jaminan sosial di bidang kesehatan, yaitu:²⁷

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

²⁶ Yohandarwati, dkk. *Sistem..., Op. Cit.*, hlm. 16-17

²⁷ Bahan Sidang Kabinet 6 Januari 2003 oleh Menteri Kesehatan

minyak agar pemanfaatannya maksimal di berbagai tingkat pelayanan mulai dari pelayanan dasar hingga ke rujukan RS).

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

Peserta pembiayaan dengan asuransi pada sistem jaminan kesehatan ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu peserta wajib, terdiri dari: pegawai negeri sipil (PNS) termasuk calon PNS, pejabat negara, dan penerima pensiun (PNS, TNI/POLRI, PNS di lingkungan TNI/POLRI, dan pejabat negara), Veteran dan Perintis Kemerdekaan, beserta keluarganya. Sedangkan jenis peserta lainnya adalah peserta sukarela, terdiri dari: pegawai swasta, BUMN/BUMD, perusahaan daerah, badan usaha lainnya, serta Dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT) dan Bidan Pegawai Tidak Tetap (PTT).²⁸

Dalam praktiknya, kebijakan ini tampaknya berjalan dilematis. Di satu sisi, masalah kesehatan masyarakat semakin kompleks, di sisi lain, upaya kesehatan yang diwujudkan pemerintah belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan masyarakat. Sedangkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat diperkirakan bisa mengurangi beban masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Padahal, hasil dari Sidang Tahunan MPR-RI tahun 2002, tentang kesehatan, menyebutkan telah mempertegas rumusan tersebut, yaitu:²⁹

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

²⁸ Yohandarwati, dkk. *Sistem..., Ibid.*, hlm. 18

²⁹ *Ibid.*, hlm. 17

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

C. Prinsip, Asas dan Landasan Hukum Jaminan Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan pengalaman berbagai negara maju, sejatinya terdapat beberapa prinsip yang dapat dijadikan cerminan dalam proses implementasi sistem jaminan sosial, diantaranya;³⁰ *Pertama*, program jaminan sosial itu tumbuh dan berkembang sejalan dengan pertumbuhan ekonomi sebuah negara. Hal ini terkait dengan peningkatan kebutuhan masyarakat, sejalan dengan meningkatnya tuntutan di bidang kesejahteraan. Kebutuhan dilindungi kelompok tenaga kerja/formal, selalu tumbuh lebih awal. Oleh karena itu, program jaminan sosial berkembang terlebih dahulu pada kelompok formal, baru kemudian nonformal.

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

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

Keenam, penyelenggaraan program jaminan sosial harus dapat diselenggarakan dengan penuh kehati-hatian, transparan, akuntabel,

³⁰ Sulastomo, *Sistem...*, *Op. Cit.*, hlm. 14-15

mengingat terkait kebutuhan yang jumlahnya besar dan sifat proram jaminan sosial yang harus berkelanjutan (*sustainable*). Oleh karena itu, penyelenggaraanya harus dilandasi dengan undang-undang.

Jika berangkat dengan landasan argumentasi tersebut, penyelenggaraan jaminan sosial yang ada di Indonesia selama ini bisa dikatakan dilematis dan kurang berhasil. Problem tersebut akibat beberapa permasalahan pokok, yaitu; *Pertama*, belum adanya kepastian perlindungan dan jaminan sosial untuk setiap penduduk (WNI) agar dapat memenuhi kebutuhan hidupnya sebagaimana yang diamanatkan dalam perubahan UUD 1945 tahun 2002, Pasal 34 ayat 2, yaitu “Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat”. Perlindungan dan jaminan sosial yang ada saat ini belum mampu mencakup seluruh warga negara Indonesia. Misalnya, belum adanya perlindungan dan jaminan sosial bagi pekerja sektor informal. *Kedua*, adalah belum adanya kejelasan satu peraturan perundang-undangan yang melandasi pelaksanaan badan sistem perlindungan dan jaminan sosial. Masing-masing jenis perlindungan dan jaminan sosial yang ada saat ini dilandasi oleh UU dan atau PP yang berbeda-beda. Hal ini selanjutnya akan menyebabkan penanganan skema perlindungan dan jaminan sosial yang ada masih terpisah-pisah dan bahkan tumpang tindih. Contohnya – asuransi kesehatan - di-cover oleh PT. Jamsostek, PT Askes, dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Dan yang terakhir adalah, bahwa skema perlindungan dan jaminan sosial yang ada masih terbatas, sehingga *benefit* (kuantitas dan kualitas) yang diperoleh juga masih terbatas.

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

Sementara itu, dalam UU No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, disebutkan bahwa; “Program Asuransi Sosial adalah program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan suatu UU, dengan tujuan untuk memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat.”

Berdasarkan wacana yang berkembang, telaah referensi, dan dengan didukung oleh konsep yang dikembangkan oleh Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional, ternyata pengertian jaminan sosial dapat dibedakan menjadi dua kelompok besar, yaitu: asuransi sosial (*social insurance*) dan bantuan sosial (*social assistance*).³¹

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

Dengan mengacu pada pengertian tersebut di atas, maka yang dapat digolongkan sebagai asuransi sosial yang ada di Indonesia adalah: asuransi kesehatan (Askes), asuransi bagi anggota TNI/Polri – dulu ABRI (Asabri), jaminan sosial tenaga kerja (Jamsostek), asuransi kecelakaan (Jasa Raharja), asuransi sosial (masih tahap uji coba oleh Depsos), dan tabungan asuransi pensiun (Taspen). Sementara itu, yang dapat digolongkan sebagai bantuan sosial adalah: jaminan kesejahteraan sosial, baik yang bersifat permanen, bagi lanjut usia terlantar dan cacat ganda terlantar (masyarakat rentan), maupun yang bersifat sementara (*emergency*) bagi korban bencana alam dan bencana sosial; bantuan dana pendidikan berupa beasiswa melalui skema Jaring Pengaman Sosial (JPS) bagi murid dari keluarga miskin; bantuan dana kesehatan berupa Kartu Sehat bagi penduduk miskin; bantuan modal usaha, misalnya dalam bentuk tabungan (misalnya Tabungan Keluarga Sejahtera – Takesra), maupun dalam bentuk kredit mikro (misalnya Kredit Usaha Keluarga Sejahtera – Kukesra) bagi keluarga Pra Sejahtera dan Sejahtera I (pengelompokan keluarga oleh BKKBN).

Selanjutnya, problematika yang juga timbul adalah landasan hukum perlindungan dan jaminan sosial yang ada saat ini masih bersifat parsial dan belum terpadu. Meskipun Pembukaan UUD 1945, dan beberapa pasal yang terdapat didalamnya, misalnya Pasal 27 (2), Pasal 31 (1), Pasal 34 (1), dan Pasal 34 (2) hasil amandemen UUD 1945 pada tanggal 10 Agustus 2002 merupakan landasan hukum bagi pelaksanaan Sistem Perlindungan dan Jaminan Sosial (SPJS), namun landasan hukum bagi pelaksanaan operasional untuk seluruh skema perlindungan dan jaminan sosial adalah

³¹ Materi Diskusi “Pro-Kontra UU BPJS,” FH UI 14 Desember 2011

masih berbeda-beda. Misalnya, jaminan sosial di bidang tenaga kerja dilandasi dengan UU No. 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja yang mencakup Jaminan Hari Tua, Kematian, Kecelakaan Kerja, dan Pemeliharaan Kesehatan bagi pegawai swasta, melalui PT. Jamsostek. Sementara itu, jaminan kesehatan bagi PNS melalui PT Askes dilandasi dengan UU No. 2 Tahun 1992 dan PP No. 69 Tahun 1991. Selanjutnya, jaminan hari tua dan pensiun bagi PNS melalui PT Taspen dilandasi dengan UU No. 43 Tahun 1999; dan bagi TNI/Polri melalui PT Asabri dilandasi dengan UU No. 6 Tahun 1966.

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

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

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

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

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

Dengan kecenderungan meningkatnya biaya hidup, termasuk biaya pemeliharaan kesehatan, diperkirakan beban masyarakat terutama penduduk berpenghasilan rendah akan bertambah berat. Biaya kesehatan yang meningkat akan menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, terutama bila pembiayaannya harus ditanggung sendiri (*out of pocket*) dalam sistem *fee for services*.

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

Terkait hal ini, penting kiranya dilakukan pengembangan pemberdayaan masyarakat dan pranata-pranata lokal, misalnya melalui insentif pajak. Contohnya, pemberdayaan zakat, infaq, dan sodaqoh (Islam), perpuluhan (Kristen) dan dharma (Hindu), sehingga pembayar zakat, perpuluhan, dan dharma tidak perlu dikenakan pajak penghasilan. Di samping itu, bentuk-bentuk kearifan lokal yang sudah ada dan berkembang di masyarakat, perlu terus diperkuat. Misalnya: Banjar di Kabupaten Gianyar, Bali – yang terkait erat dengan desa adat – melalui iuran dana kesehatan untuk membantu masyarakat desa adat yang sakit; Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin) di Kabupaten Banyumas, Jateng – melalui sistem tabungan untuk dana kesehatan terutama untuk biaya persalinan pada saat ibu melahirkan; Bapak Angkat di Kabupaten Gianyar, Bali – dalam bentuk

mutual benefit antara pengusaha (dalam bentuk kemudahan perijinan dan fasilitas internet) dengan murid dari keluarga miskin (dalam bentuk pelatihan keterampilan/ kerajinan); dokter kontrak di Kabupaten Gianyar, Bali – dalam bentuk iuran wajib kesehatan yang dibayarkan oleh kelompok masyarakat muslim kepada dokter swasta dengan menggunakan sistem kontrak.

Berdasarkan UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN, Pasal 2 disebutkan bahwa sistem jaminan sosial nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas kemanfaatan, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Selanjutnya pada Pasal 3 disebutkan bahwa, sistem jaminan sosial nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya. Serta pada Pasal 4 disebutkan, bahwa sistem jaminan sosial diselenggarakan berdasarkan prinsip kegotong-royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.³²

Dalam konteks penyelenggaraan sistem jaminan sosial, pada akhirnya terdapat beberapa hal yang menentukan keberhasilan program tersebut, yaitu:³³

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

³² Lihat Pasal, 2, 3, dan 4, UU No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN dan Penjabarannya.

³³ Sulastomo, *Sistem..Op. Cit*, hlm. 10

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

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

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

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

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

tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin.

Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah. Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun.³⁴

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.³⁵

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak awal Agenda 100 hari Pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.³⁶

Program ini telah berjalan memasuki tahun ke empat dan telah banyak hasil yang dicapai terbukti dengan terjadinya kenaikan yang luar

³⁴ Naskah Akademik RUU BPJS 2007.

³⁵ Depkes, *Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat*, (Jakarta: Depkes, 2008), hlm. 1

³⁶ *Ibid.*, hlm. 2

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

Atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan pengelolaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat miskin pada tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran.³⁷

Sementara, untuk pengaturan lebih teknis maka diterbitkan beberapa Petunjuk Teknis, dan pengembangan secara bertahap Sistem Informasi Manajemen yang berbasis teknologi informasi. Selanjutnya, di tahun-tahun selanjutnya, konsep ini kemudian di kembangkan dan sempurnakan melalui sistem yang lebih baik, semisal di tahun 2009-2014 melalui UU BPJS diterapkan BPJS secara nasional dan di tunjang melalui program di berbagai daerah sebagai pelengkap yang disebut Jaminan kesehatan Semesta (Jamkesta) melalui Perda. Sementara dalam program pemerintahan saat ini, periode 2014-2019, akan diterapkan KIS (Kartu Indonesia Sehat), sebagai pelengkap dari BPJS melalui Kepres.

³⁷ Depkes, *Pedoman..Op. Cit.*, hlm. 2 & 5

D. Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional di Era Otonomi Daerah

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

Merujuk pada UU No. 19 Tahun 2003 tentang BUMN dan UU No. 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas (PT), keberadaan BUMN dan PT adalah mencari keuntungan. Sementara, berdasar UU No 24 tahun 2011 tentang BPJS, secara filosofi, tujuan, struktur manajemen, dan jenis produk BPJS sebagai Badan Hukum penyelenggaraan jaminan sosial seharusnya tidak mencari keuntungan. UU SJSN telah memerintahkan koreksi atas kekeliruan penggunaan instrumen pasar itu.

Konsep jaminan sosial yang diusung BPJS juga berbeda dengan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Dana Jamkesmas disalurkan sesuai kuota yang ditetapkan, tidak kembali ke kas negara (bersifat habis pakai), dan terbatas pada kriteria masyarakat miskin. Sedangkan BPJS menggunakan sistem asuransi, sasarannya bagi seluruh warga negara Indonesia (*universal coverage*), bahkan dana akumulasinya dapat digunakan sebagai cadangan devisa negara.

Menurut Thabrany, dalam merumuskan konsep jaminan sosial di Indonesia, yang harus pula dipahami adalah adanya tiga pilar jaminan utama, yaitu:³⁸ *Pilar pertama*, yang dibawah adalah pilar bantuan sosial (*social assistance*) bagi mereka yang miskin dan tidak mampu atau tidak memiliki penghasilan tetap yang memadai untuk memenuhi *kebutuhan dasar* hidup yang layak. Dalam praktiknya, bantuan sosial ini diwujudkan dengan bantuan iuran oleh pemerintah agar mereka yang miskin dan tidak mampu dapat tetap menjadi peserta SJSN.

³⁸ Hasbullah Thabrany, "Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN," makalah dalam *The World Health Report* di Geneva, tahun 2005, hlm. 6

Pilar kedua, adalah pilar asuransi sosial yang merupakan suatu sistem asuransi yang wajib diikuti bagi semua penduduk yang mempunyai penghasilan (diatas garis kemiskinan) dengan membayar iuran yang proporsional terhadap penghasilannya/upahnya. Pilar satu dan pilar kedua ini merupakan fondasi SJSN untuk memenuhi *kebutuhan dasar hidup* yang layak yang harus diikuti dan diterima oleh seluruh rakyat (pilar jaminan sosial publik). *Pilar ketiga*, adalah pilar tambahan atau suplemen bagi mereka yang *menginginkan* jaminan yang lebih besar dari jaminan kebutuhan standar hidup yang layak dan mereka yang mampu membeli jaminan tersebut (pilar jaminan swasta/privat yang berbasis sukarela/dagang). Pilar ini dapat diisi dengan membeli asuransi komersial (baik asuransi kesehatan, pensiun, atau asuransi jiwa), tabungan sendiri, atau program-program lain yang dapat dilakukan oleh perorangan atau kelompok seperti investasi saham, reksa dana, atau membeli properti sebagai tabungan bagi dirinya atau keluarganya. Pada pilar ketiga jaminan kesejahteraan, yang akan dipenuhi adalah *keinginan (want, demand)* sedangkan pada dua pilar pertama yang dipenuhi adalah *kebutuhan (need)*.

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

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

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

Sejak ditetapkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN maka bangsa Indonesia sebenarnya telah memiliki sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam Pasal 5 Undang-Undang tersebut secara tegas mengamankan pembentukan badan yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang harus dibentuk dengan Undang-Undang. Oleh karena itu, pada tanggal 25 November 2011, ditetapkanlah UU No. No 24 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU No. 40 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan sosial yang mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014, sebagai wujud dari amanat konstitusi tersebut.

BPJS merupakan badan hukum dengan tujuan yaitu mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan untuk terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam penyelenggaraannya BPJS ini utamanya terbagi menjadi dua yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan.³⁹

Dengan ditetapkannya BPJS dua anomali penyelenggaraan jaminan sosial Indonesia yang bertentangan dengan prinsip-prinsip universal penyelenggaraan jaminan sosial di dunia akan diakhiri. *Pertama*, Negara tidak lagi mengumpulkan laba dari iuran wajib Negara yang dipungut oleh badan usaha miliknya, melainkan ke depan Negara bertanggungjawab atas pemenuhan hak konstitusional rakyat atas jaminan sosial. *Kedua*, jaminan sosial Indonesia resmi keluar dari penyelenggaraan oleh badan privat menjaadi pengelolaan oleh badan publik.

Pada prinsipnya uji coba BPJS sebenarnya sudah dilaksanakan sejak 2012, namun baru secara formal di terapkan sejak 1 Januari 2014 di seluruh pelayanan kesehatan di Indonesia. Evaluasi jalannya Jaminan Kesehatan nasional ini direncanakan setiap tahun dengan periode per enam bulan dengan kajian berkala tahunan elitibilitas fasilitas kesehatan, *kredensialing*, kualitas pelayanan dan penyesuaian besaran pembayaran harga keekonomian. Diharapkan pada tahun 2019 jumlah fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan mencukupi, distribusi merata, sistem rujukan berfungsi optimal, pembayaran dengan cara prospektif dan harga keekonomian untuk semua penduduk. Pelaksanaan UU BPJS melibatkan PT ASKES, PT

³⁹ Hasbullah Thabrany, Sebuah *Policy Paper* dalam Analisis Kesesuaian Tujuan dan Struktur BPJS, Perkumpulan Prakarsa dan the Asia Foundation, Jakarta, 2009.

ASABRI, PT JAMSOSTEK dan PT TASPEN.⁴⁰ Dimana PT ASKES dan PT JAMSOSTEK beralih dari Perseroan menjadi Badan Publik mulai 1 Januari 2014. Sedangkan PT ASABRI dan PT TASPEN pada tahun 2019 diharapkan beralih menjadi badan publik dengan bergabung ke dalam BPJS ketenagakerjaan.⁴¹

Pelayanan kesehatan BPJS mempunyai sasaran didalam pelaksanaan akan adanya sustainibilitas operasional dengan memberi manfaat kepada semua yang terlibat dalam BPJS, pemenuhan kebutuhan medik peserta, dan kehati-hatian serta transparansi dalam pengelolaan keuangan BPJS. Namun, demikian, tampaknya masih muncul problematika dalam implementasi BPJS, beberapa diantaranya yaitu :

1. Sistem pelayanan kesehatan (*Health Care Delivery System*)

a. Penolakan pasien tidak mampu di fasilitas pelayanan kesehatan hal ini dikarenakan PP No. 101/2012 tentang PBI jo. Perpres 111/2013 tentang Jaminan kesehatan hanya mengakomodasi 86,4 juta rakyat miskin sebagai PBI padahal menurut BPS (2011) orang miskin ada 96,7 juta. Pelaksanaan BPJS tahun 2014 didukung pendanaan dari pemerintah sebesar Rp. 26 triliun yang dianggarkan di RAPBN 2014. Anggaran tersebut dipergunakan untuk Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebesar Rp. 16.07 triliun bagi 86,4 juta masyarakat miskin sedangkan sisanya bagi PNS, TNI dan Polri. Pemerintah harus secepatnya menganggarkan biaya kesehatan Rp. 400 milyar untuk gelandangan, anak jalanan, penghuni panti asuhan, panti jompo dan penghuni lapas (jumlahnya sekitar 1,7 juta orang). Dan tentunya jumlah orang miskin yang discover BPJS kesehatan harus dinaikkan menjadi 96,7 juta dengan konsekuensi menambah anggaran dari APBN.

b. Pelaksanaan di lapangan, pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PPK I (Puskesmas klinik) maupun PPK II (Rumah Sakit) sampai saat ini masih bermasalah. Pasien harus mencari-cari kamar dari satu RS ke RS lainnya karena dibilang penuh oleh RS, bukanlah hal yang baru dan baru sekali terjadi.

2. Sistem pembayaran (*Health Care Payment System*)

⁴⁰ “upaya askes mewujudkan jaminan kesehatan nasional,” dalam *BULETIN BUMN* - edisi 76/ tahun VII/ 30 November 2013, hlm. 2

⁴¹ Antia Tijan, *op. cit.*,

- a. Belum tercukupinya dana yang ditetapkan BPJS dengan real cost, terkait dengan pembiayaan dengan skema INA CBGs dan Kapitasi yang dikebiri oleh Permenkes No. 69/2013. Dikeluarkannya SE No. 31 dan 32 tahun 2014 oleh Menteri Kesehatan untuk memperkuat Permenkes No.69 ternyata belum bisa mengurangi masalah di lapangan.
 - b. Kejelasan area pengawasan masih lemah baik dari segi internal maupun eksternal. Pengawasan internal seperti melalui peningkatan jumlah peserta dari 20 juta (dulu dikelola PT Askes) hingga lebih dari 111 juta peserta, perlu diantisipasi dengan perubahan system dan pola pengawasan agar tidak terjadi korupsi.
Pengawasan eksternal, melalui pengawasan Otoritas jasa Keuangan (OJK), Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Pengawas Keuangan (BPK) masih belum jelas area pengawasannya.
3. Sistem mutu pelayanan kesehatan (*Health Care Quality System*)
- a. Keharusan perusahaan BUMN dan swasta nasional, menengah dan kecil masuk menjadi peserta BPJS Kesehatan belum terealisasi mengingat manfaat tambahan yang diterima pekerja BUMN atau swasta lainnya melalui regulasi turunan belum selesai dibuat. Hal ini belum sesuai dengan amanat Perpres No. 111/2013 (pasal 24 dan 27) mengenai keharusan pekerja BUMN dan swasta menjadi peserta BPJS Kesehatan paling lambat 1 Januari 2015. Dan regulasi tambahan ini harus dikomunikasikan secara transparan dengan asuransi kesehatan swasta, serikat pekerja dan Apindo sehingga soal Manfaat tambahan tidak lagi menjadi masalah.
 - b. Masih kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia di fasilitas kesehatan sehingga peserta BPJS tidak tertangani dengan cepat.

Terkait problem ini, perlu dilakukan upaya sinergis dan harmonisasi antar pemangku kebijakan dalam merumuskan kebijakan yang komprehensif. Sehingga diperlukan revisi regulasi turunan BPJS seperti dalam penetapan *cost* BPJS dan pengaturan penyaluran dana ke fasilitas kesehatan penyelenggara, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia (dokter, perawat, administrasi rumah sakit dan lain-lain) sehingga memudahkan dan

meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, serta fasilitas kesehatan yang dimiliki dapat menunjang pelaksanaan secara efisien dan efektif.⁴²

Realitas di lapangan menunjukkan, sejak program ini dirintis melalui Program Jamkesmas dan kemudian dilanjutkan dengan BPJS sejak tanggal 1 Januari 2014 lalu, program JKN menciptakan banyak masalah. Tidak hanya soal administrasi yang rumit dan berbelit-belit, juga layanan rumah sakit yang kacau balau, tetapi juga banyaknya kasus penolakan terhadap pasien miskin. Namun persoalan mendasarnya sebenarnya bersumber pada teknis pelayanan, melainkan di konsep yang mendasari pelaksanaan sistem ini, yakni UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN dan UU No 24 tahun 2011 tentang BPJS. Dalam tata laksana kedua UU tersebut yang secara langsung diberlakukan dalam program JKN, sangat terlihat bahwa UU BPJS dan UU SJSN hanyalah diperuntukan bagi pesertanya saja, tentu ini menyalahi UUD 1945 yang mengharuskan kesejahteraan sosial dan pelayanan kesehatan adalah hak seluruh warga Indonesia.

Selain itu, SJSN dan BPJS yang sejatinya merupakan jaminan sosial bagi masyarakat, namun dalam konsep pelaksanaan keduanya bukanlah jaminan sosial yang semestinya, melainkan asuransi sosial. Lihat saja, pada pasal 1 ayat 8 UU No 40 tahun 2004 dimana peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran dan juga pada pasal 17 ayat 1 UU No 40 tahun 2004 dimana setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya telah ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu. Hanya asuransi sosial yang menarik iuran kepada pesertanya, maka bagi peserta JKN yang tidak membayar iuran sudah tentu tidak akan diberikan jaminan sosial sebagaimana mestinya.

Akhirnya, kendati masih terdapat banyak kelemahan dalam berbagai aspek, namun perubahan demi perubahan dapat dilakukan dengan baik dan terarah demi terciptanya program jaminan sosial kesehatan yang komprehensif dan menjamin hak seluruh rakyat Indonesia. Sehingga amanah UUD 1945 sebagai konstitusi Negara dapat telaksana dengan baik dan Indonesia selangkah lebih maju menuju kesejahteraan.

E. Penutup

⁴² Ali Gufron, *Sistem Jaminan Kesehatan*, (Yogyakarta: PT. KHM, 2008).

Kesehatan adalah hak asasi manusia sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Untuk itu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan guna meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dalam UU SJSN dan BPJS, telah diatur bahwa pemerintah akan menyelenggarakan sistem jaminan sosial yang terdiri dari Jaminan Kesehatan secara nasional. Undang-undang tersebut juga mengamanatkan bahwa Pemerintah harus membentuk Badan Penyelenggara untuk melaksanakan program jaminan kesehatan secara nasional bagi seluruh rakyat Indonesia.

Namun demikian dalam implementasinya terdapat berbagai problematika yang menimbulkan pro dan kontra, terutama terkait mekanisme dan sistem pembiayaan. Meski, lahirnya UU BPJS sudah pasti tidak terlepas dari Undang-Undang induknya yaitu UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Oleh karena itu, pemerintah perlu mengevaluasi kedua Undang-Undang tersebut dengan berbasis pada UUD 1945 dan tidak merugikan rakyat. Misalnya dengan penghapusan prinsip asuransi sosial pada BPJS dan SJSN, karena hal itu sangat memberatkan masyarakat yang tetap harus membayar premi setiap bulannya. Juga termasuk dalam hal pembuatan kebijakan turunan yang mengapresiasi agar jaminan sosial kesehatan yang ada di Indonesia tepat sasaran serta berbasis pada konstitusi negara dan prinsip keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Daftar Pustaka

Depkes, *Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Depkes, 2008.

Gufron, Ali, *Sistem Jaminan Kesehatan*, Yogyakarta: PT. KHM, 2008.

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

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

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

Sulastomo, *Sistem Jaminan Sosial Nasional; Sebuah Introduksi*, Jakarta: Rajawali Press, 2008.

Thabrany, Hasbullah, “Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN,” *makalah dalam The World Health Report* di Geneva, tahun 2005.

Thabrany, Hasbullah, *Sebuah Policy Paper dalam Analisis Kesesuaian Tujuan dan Struktur BPJS, Perkumpulan Prakarsa dan the Asia Foundation*, Jakarta, 2009.

Tijan, Antia, “Analisa Kebijakan Undang-undang Implementasi BPJS 1 Januari 2014,” dalam <http://hukum.kompasiana.com>, akses 25 Nov 2014.

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

Wibowo, Edi, dkk., *Hukum dan Kebijakan Publik*, Yogyakarta: Penerbit YPAPI, 2004.

UUD 1945 Pasca Perubahan.

UU No. 40 Tahun 2004 Tentang SJSN.

Naskah Akademik RUU BPJS 2007.

Bahan Sidang Kabinet 6 Januari 2003 oleh Menteri Kesehatan

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

“upaya askes mewujudkan jaminan kesehatan nasional,” dalam *BULETIN BUMN* - edisi 76/ tahun VII/ 30 November 2013.