

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA TENTANG SISTEM JAMINAN KESEHATAN, OTONOMI DAERAH DAN PERENCANAAN

Dalam bab dua dipaparkan teori-teori terkait dengan topik penelitian yang diperoleh dari studi kepustakaan. Teori-teori yang akan dijabarkan adalah mengenai teori asuransi terutama asuransi kesehatan, teori tentang sistem jaminan kesehatan, teori tentang desentralisasi pemerintahan di Indonesia terutama dalam bidang kesehatan dan terakhir teori tentang perencanaan.

2.1 Asuransi

Asuransi adalah suatu kemauan untuk menetapkan kerugian-kerugian kecil (sedikit) yang sudah pasti sebagai pengganti (substitusi) kerugian-kerugian besar yang belum pasti (Salim, 1998). Dalam Salim, John H. Magee dalam bukunya *General Insurance* mengklasifikasikan asuransi sebagai berikut :

1) Jaminan Sosial (*Social Insurance*)

Jaminan sosial merupakan asuransi wajib. Oleh karena itu, setiap orang atau penduduk harus memilikinya. Bentuk ini dilaksanakan dengan “paksa”, misalnya dengan memotong gaji pegawai dengan proporsi sekian persen setiap bulannya. Contoh jaminan sosial adalah jaminan untuk hari tua, jaminan pengobatan yang diberikan kepada orang yang sakit, mengalami kecelakaan, invalid, mencapai umur ketuaan, atau hal-hal yang menyebabkan timbulnya pengangguran.

2) Asuransi Sukarela (*Voluntary Insurance*) yaitu bentuk asuransi yang dijalankan secara sukarela (*volunteer*). Asuransi sukarela dibagi menjadi:

- a. *Government insurance* yaitu asuransi yang dijalankan oleh pemerintah atau negara, misalnya jaminan yang diberikan kepada prajurit yang cacat sewaktu peperangan (jaminan bagi kaum veteran);
- b. *Commercial insurance* yakni asuransi yang bertujuan untuk melindungi seseorang atau keluarga serta perusahaan dari risiko-risiko yang bisa mendatangkan kerugian. Tujuan perusahaan asuransi disini ialah komersial dan dengan motif keuntungan (*profit motive*). Contohnya seperti asuransi jiwa dan asuransi kerugian.

Dalam asuransi dikenal adanya risiko. Risiko (Salim, 1998) adalah ketidakpastian atau *uncertainty* yang mungkin melahirkan kerugian. Ketidakpastian dapat dibagi menjadi:

- 1) Ketidakpastian ekonomi (*economic uncertainty*), yaitu kejadian yang timbul sebagai akibat dari perubahan sikap konsumen, umpama perubahan selera atau minat konsumen atau terjadinya perubahan pada harga, teknologi atau didapatnya penemuan baru dan lain sebagainya;
- 2) Ketidakpastian yang disebabkan oleh alam (*uncertainty of nature*) misalnya kebakaran, badai, topan, banjir dan lain-lain;
- 3) Ketidakpastian yang disebabkan oleh perilaku manusia (*human uncertainty*), umpama peperangan, pencurian, perampokan dan pembunuhan.

Asuransi mengandung Hukum Jumlah Bilangan yang Besar (*The Law of Large numbers*). *Law of large numbers* yaitu hukum mengenai jumlah yang besar artinya risiko yang dipertanggungjawabkan harus dalam jumlah besar.

Faktor *probability* ada dua macam yaitu:

- 1) *A priori probability* yaitu suatu kejadian sudah diketahui sebelumnya. Hasil yang didapat bisa dihitung dengan memakai statistik (*probability theory*).
- 2) *Emperical probability* ialah kejadian-kejadian yang bisa diketahui dari pengalaman (empiris) sehari-hari. Umpamanya buruh bekerja dalam sebuah pabrik, ditaksir yang mendapat kecelakaan sekian persen/ orang setiap bulan atau tahunnya.

Tarif atau premi asuransi yang ditetapkan harus bisa menutupi klaim (risiko) serta biaya-biaya asuransi, dan sebagian dari jumlah penerimaan perusahaan (keuntungan). Sedangkan cadangan yaitu beberapa besar jumlah yang dibutuhkan untuk menghadapi risiko para pemegang polis di kemudian hari.

2.2 Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan oleh Black dan Skipper dalam Ilyas (2003) didefinisikan sebagai :

“... a social insurance where by individuals transfer the financial risks associated with loss of health to group of individuals and which involves the accumulation of funds by the group from these individuals to meets the uncertain financial losses from an illness of for prevention of an illness”.

Asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berjalan berdasarkan konsep resiko (Ilyas, 2003). Fungsi asuransi kesehatan adalah mentransfer resiko dari satu individu ke suatu kelompok dan membagi bersama jumlah kerugian dengan proporsi yang adil oleh seluruh anggota kelompok.

Asuransi kesehatan dapat menjadi bagian dari program asuransi sosial yang disponsori pemerintah, atau dari perusahaan asuransi swasta. Asuransi kesehatan dapat juga dibeli secara kelompok (misalnya oleh perusahaan untuk perlindungan karyawannya) atau dibeli oleh seorang individu. Asuransi kesehatan dilaksanakan dengan memperkirakan biaya keseluruhan risiko kesehatan, dan dibiayai dari premi bulanan atau pajak tahunan.

Diantara negara- negara OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development*), model pembiayaan dan pemberian pelayanan kesehatan terbagi menjadi (Docteur dan Oxley dalam Drechsler, Denis dan Jutting, 2005) :

1. *The public-integrated* model yaitu mengkombinasikan atas pembiayaan anggaran penyediaan perawatan kesehatan dengan rumah sakit yang merupakan bagian dari sektor pemerintah. Sistem ini menggabungkan fungsi asuransi dan penyedia yang diorganisasikan dan dioperasikan seperti bagian pemerintah. Staf secara umum dibayar atas gaji dan kebanyakan merupakan pegawai sektor publik. Dokter dan perawatan kesehatan profesional dapat juga pegawai sektor publik atau kontraktor swasta ke otoritas perawatan kesehatan. Memastikan cakupan keseluruhan penduduk dalam sistem ini lebih mudah. Tetapi sistem ini memiliki insentif yang lemah untuk meningkatkan output, meningkatkan efisiensi atau memelihara kualitas dan tingkat responsif terhadap kebutuhan pasien.
2. *Public-contract* model yaitu *public payer* membuat kontrak dengan penyedia perawatan kesehatan swasta. Pembayar ini bisa agen pemerintah atau sebuah lembaga penjamin dana sosial. Sistem *single payer* kedudukan akan lebih kuat dan cenderung memiliki biaya administrasi yang lebih rendah dibandingkan dengan sistem *multiple payer*. Klinik dan rumah sakit swasta dijalankan atas dasar non profit. Sistem ini secara umum lebih responsif terhadap kebutuhan pasien dibandingkan pengaturan publik, namun kurang berhasil dalam

mengatur biaya perawatan, membutuhkan regulasi tambahan dan kontrol dari otoritas publik.

3. *Private insurance/ provider* model yaitu menggunakan asuransi swasta dikombinasikan dengan penyedia swasta. Asuransi dapat diwajibkan seperti di Switzerland atau sukarela seperti di Amerika Serikat. Metode pembayaran secara tradisional berdasarkan atas aktivitas, dan sistem memberikan tingkatan tinggi dari pilihan dan tingkat responsif atas kebutuhan pasien, tapi kontrol biaya lemah. Dalam sistem ini, penjamin asuransi lebih selektif dalam kontrak dengan penyedia yang kompetitif dan membatasi pilihan pasien atas penyedia dan pelayan

2.3 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial sebagai upaya mewujudkan kesejahteraan rakyat, dewasa ini telah berkembang diseluruh dunia dengan berbagai modifikasi, sesuai dengan keadaan, kebutuhan dan bahkan sistem politik dan ekonomi di setiap negara (Administrator, 2007).

Prinsip-prinsip yang menjadi ciri program jaminan sosial:

- 1) Program jaminan sosial tumbuh dan berkembang sejalan dengan pertumbuhan ekonomi sebuah Negara;
- 2) Ada peran peserta untuk ikut membiayai program jaminan sosial, melalui mekanisme asuransi, baik sosial / komersial atau tabungan;
- 3) Dimulai dari kelompok formal, non-formal dan baru kelompok masyarakat mandiri;
- 4) Kepesertaan yang bersifat wajib;
- 5) Peran Negara yang besar;
- 6) Bersifat “not for profit”; dan
- 7) Merupakan instrumen mobilisasi dana masyarakat yang besar, sehingga mampu membentuk tabungan nasional yang juga besar, sehingga memberi dampak ekonomi/ pembangunan pada umumnya.

Peran Negara, tidak hanya dalam bentuk regulasi, tetapi juga sebagai penyelenggara, pemberi kerja yang harus ikut membayar iuran, dan bahkan juga sebagai penanggung jawab kelangsungan hidup program jaminan sosial, termasuk memberi subsidi, apabila diperlukan. Bagi masyarakat yang tidak mampu

membayar iuran program jaminan sosial, negara dapat menyelenggarakan program bantuan sosial (*social assistance*) atau pelayanan sosial (*social services*), yang penyelenggaraannya dapat “dititipkan” pada penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

Program Jaminan Sosial, sebenarnya juga sudah dikenal di Indonesia, sebagaimana telah diselenggarakan oleh PT. Askes Indonesia, PT. Taspen, PT. Jamsostek dan PT. Asabri. Namun, baik dilihat dari jumlah kepesertaan, jenis program maupun kualitas manfaat, serta prinsip-prinsip penyelenggaraan dan regulasi ternyata memerlukan penyempurnaan. Peserta program jaminan sosial di Indonesia, dibanding dengan Negara lainnya, masih terlalu sedikit (sekitar 20%). Manfaat yang diperoleh peserta juga masih sangat terbatas. Prinsip/ sistem penyelenggaraan juga bervariasi, sehingga menimbulkan ketidakadilan sosial. Karena itu diperlukan Undang-Undang baru yang diharapkan dapat memayungi segenap penyelenggaraan program jaminan sosial, meningkatkan jumlah peserta, meningkatkan manfaat serta lebih berkeadilan yang kemudian dikenal sebagai Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

2.4 Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat adalah suatu konsep atau metode penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna (preventif, promotif, rehabilitatif dan kuratif) berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya (“Pengertian JPKM”).

Landasan hukum JPKM

- 1) UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan;
- 2) Keputusan Menkes RI No. 326/Menkes/SK/VI/1990 tentang Strategi Pengembangan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat;
- 3) Keputusan Menkes RI No. 595/Menkes/SK/VII/1993 tentang Standar Pelayanan Medis;
- 4) Peraturan Menkes RI No. 571/Menkes/Per/VII/1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat;

- 5) Peraturan Menkes RI No. 527/Menkes/Per/VII/1993 tentang Paket Pemeliharaan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat;
- 6) Keputusan Menkes RI No. 378/Menkes/SK/IV/1993 tentang Penanggung Jawab Pembinaan dan Pengembangan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat;
- 7) Edaran Dirjen Binkesmas No.382/BM/DJ/BPSM/III/1993 tentang Pengembangan Dana Sehat ber-JPKM;
- 8) Edaran Dirjen Binkesmas No. 862/BM/DJ/BPSM/III/1993 tentang Pengembangan Dokter Keluarga dalam Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.

Hakekat JPKM

JPKM dirumuskan setelah telaah bertahun-tahun terhadap sistem pemeliharaan kesehatan di mancanegara. JPKM merupakan penyempurnaan terkini setelah sistem pemeliharaan kesehatan dengan pembayaran tunai, asuransi ganti rugi, asuransi dengan tagihan provider mengalami kegagalan dalam mengendalikan biaya kesehatan. Kelebihan JPKM terhadap sistem asuransi kesehatan tradisional adalah pembayaran praupaya kepada PPK yang memungkinkan pengendalian biaya oleh PPK dan memungkinkan Bapel berbagi resiko biaya dengan PPK (“Hakekat JPKM”).

Manfaat JPKM

JPKM dirancang untuk memberi manfaat kepada semua pihak yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan, baik masyarakat konsumen jasa kesehatan, PPK dijenjang pelayanan tingkat pertama, tingkat kedua, dan tingkat ketiga, para badan penyelenggara (Bapel), pemerintah serta dunia usaha, dapat diuraikan manfaat yang diperoleh masing-masing pihak tersebut dengan terselenggaranya JPKM sebagai berikut (“Manfaat JPKM”) :

- 1) Manfaat bagi Masyarakat
 - a. Masyarakat terlindung / terjamin dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya;
 - b. Masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan paripurna (preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif);

- c. Masyarakat memperoleh biaya yang ringan untuk kesehatan karena asas usaha bersama dan kekeluargaan dalam JPKM memungkinkan subsidi silang yang mana yang sehat membantu yang sakit dan yang muda membantu yang tua;
 - d. Terjaminnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat;
 - e. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat utamanya melalui upaya preventif, promotif agar seseorang tidak jatuh sakit.
- 2) Manfaat bagi Dunia Usaha
- a. Pemeliharaan kesehatan karyawan dapat terlaksana secara lebih efisien / efektif;
 - b. Biaya pelayanan kesehatan dapat direncanakan secara tepat;
 - c. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan lebih efisien dibandingkan dengan sistem klaim, ganti rugi, atau *fee for services*;
 - d. Terjaminnya kesehatan karyawan yang mendorong peningkatan produktifitas;
 - e. Merupakan komoditi baru yang menjanjikan bagi dunia usaha bila menjadi Bapel, karena akan memperoleh laba finansial maupun laba sosial.
- 3) Manfaat bagi PPK
- a. PPK dapat merencanakan pelayanan kesehatan yang lebih efisien dan efektif bagi peserta karena ditunjang sistem pembayaran kapitasi;
 - b. PPK akan memperoleh balas jasa yang makin besar dengan makin terpeliharanya kesehatan konsumen;
 - c. PPK dapat lebih meningkatkan profesionalisme, kepuasan kerja, dan mengembangkan mutu pelayanan;
 - d. Sarana pelayanan tingkat pertama, kedua, dan ketiga yang selama ini menerapkan tarif subsidi/ murah akan dapat menerapkan tarif riil yang wajar untuk menjamin kesinambungan dan mutu pelayanannya.
- 4) Manfaat bagi Pemerintah/ Pemerintah Daerah (Pemda)
- a. Pemda memperoleh masyarakat yang sehat dan produktif dengan biaya yang berasal dari masyarakat sendiri;
 - b. Pengeluaran pemda untuk membiayai bidang kesehatan dapat lebih efisien;

- c. Subsidi pemerintah dapat dialokasikan kepada yang lebih memerlukan utamanya bagi masyarakat miskin;
- d. Kapitasi dalam JPKM memakai perhitung *unit cost* riil / non subsidi, maka pemda dapat menyesuaikan tarif bagi masyarakat mampu.

JPKM merupakan suatu metode atau aturan main dengan jurus-jurus tertentu yang harus diikuti secara utuh. Cara ini perlu diterapkan oleh upaya pemeliharaan kesehatan yang dibiayai secara praupaya, baik yang dilaksanakan pemerintah, swasta maupun masyarakat.

Pemeliharaan kesehatan dalam JPKM diselenggarakan secara menyeluruh, bukan hanya pengobatan tapi mencakup peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif).

2.5 UU RI No. 40 Tahun 2004

Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional ditetapkan dengan asumsi bahwa (Bastian, 2008) : (1) setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak serta meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur; dan (2) untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh negara mengembangkan sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional secara garis besar dirancang untuk (“Tentang SJSN”) :

- 1) Memenuhi amanat UUD 1945, khususnya pasal 34 ayat (2) yang berbunyi “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”;
- 2) Meningkatkan jumlah peserta program jaminan sosial di Indonesia. Hal ini disebabkan, oleh karena sejauh ini, peserta program jaminan sosial di Indonesia masih sangat rendah;
- 3) Meningkatkan cakupan manfaat/ benefit yang dapat dinikmati oleh peserta program jaminan sosial. Hal ini disebabkan, oleh karena manfaat program jaminan sosial belum dapat sepenuhnya dinikmati oleh sebagian besar rakyat Indonesia. Bagi pegawai negeri sipil belum meliputi program Jaminan

Kecelakaan Kerja, sementara bagi kelompok pekerja formal swasta, belum memiliki program jaminan kesehatan dan jaminan pensiun;

- 4) Meningkatkan kualitas manfaat yang dapat dinikmati oleh peserta program jaminan sosial, agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak;
- 5) Terselenggaranya keadilan sosial dalam penyelenggaraan program jaminan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia. Dengan pengembangan SJSN, diharapkan terselenggara penyelenggaraan program jaminan sosial secara terpadu, sinkron, melalui pendekatan sistem yang berlaku bagi semua penduduk Indonesia;
- 6) Terselenggaranya prinsip-prinsip penyelenggaraan program jaminan sosial sesuai dengan prinsip-prinsip universal yang dikenal, misalnya prinsip kegotongroyongan, kepesertaan bersifat wajib, nirlaba, transparan, pruden dan akuntabel;
- 7) Dilaksanakan secara bertahap, baik dari aspek jenis program maupun kepesertaan dengan memperhatikan kelayakan program. Dengan mengantisipasi implementasi SJSN sesuai dengan UU NO. 40 Tahun 2004, sedikitnya diperlukan waktu 20 sampai 25 tahun untuk dapat mencakup seluruh rakyat Indonesia. Hal ini, antara lain disebabkan oleh karena diperlukan tenggang waktu 15 tahun untuk menjamin terselenggaranya program jaminan pensiun bagi pekerja formal.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Sejak berlakunya undang-undang ini, badan penyelenggara jaminan sosial yang ada dinyatakan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yaitu (Bastian, 2008) :

- 1) Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek);
- 2) Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai negeri (Taspen);
- 3) Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI);
- 4) Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (Askes).

Jenis Jaminan Sosial

Jenis program jaminan sosial yang hendak diselenggarakan meliputi (Bastian, 2008) :

- 1) Jaminan Kesehatan, diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan;
- 2) Jaminan Kecelakaan Kerja, diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial untuk menjamin manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai, apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja. Peserta jaminan kecelakaan kerja adalah seseorang yang telah membayar iuran;
- 3) Jaminan Hari Tua, diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib dengan tujuan menjamin penerimaan uang tunai, apabila peserta memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia. Peserta jaminan hari tua adalah yang telah membayar iuran;
- 4) Jaminan Pensiun, diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak, pada saat peserta kehilangan atau berkurang penghasilannya akibat memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap. Peserta jaminan pensiun adalah pekerja yang telah membayar iuran;
- 5) Jaminan Kematian, diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial, yang tujuannya adalah untuk memberikan santunan kematian kepada ahli waris peserta yang meninggal dunia. Peserta jaminan kematian adalah setiap orang yang telah membayar iuran.

Selain itu, dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, dalam rangka memenuhi ketentuan UUD Tahun 1945 pasal 34 ayat (1), terbuka kepesertaan program jaminan sosial dari masyarakat “penerima bantuan iuran”, yaitu peserta dari kalangan masyarakat miskin dan tidak mampu, yang iurannya dibayar oleh pemerintah. Program ini, pada dasarnya adalah program bantuan sosial, yang

dititipkan penyelenggaraannya pada penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Jaminan Kesehatan

Jaminan Kesehatan, diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan ini diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Anggota keluarga peserta berhak menerima manfaat jaminan kesehatan. Selain itu, setiap peserta juga dapat mengikutsertakan anggota keluarga lain yang menjadi tanggungannya dengan penambahan iuran. Manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan perseorangan dapat berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya. Ketentuan mengenai pelayanan dan urun biaya ini juga diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.

Sistem Pembayaran pada Jaminan Kesehatan

Beberapa sistem pembayaran kepada PPK dalam sistem pemeliharaan kesehatan oleh Murti dan Sulastomo dalam Syukirman (2001) antara lain:

1) Anggaran global

Pada sistem ini, PPK menerima pembayaran di muka, alokasi dana yang harus mampu memenuhi kebutuhan semua pengeluaran yang dihadapi untuk suatu periode waktu tertentu misalnya satu tahun. Biasanya jasa dokter tidak termasuk dalam anggaran global ini. Berdasarkan anggaran, PPK membuat perencanaan keuangan untuk dapat digunakan oleh manajemen untuk mengoperasikan pelayanan. Kelemahannya adalah apabila terjadi peristiwa tak terduga seperti epidemi dalam satu periode, ada kemungkinan dana akan membengkak dan PPK akan mengajukan dana cadangan. Sistem ini digunakan oleh *National Health Service (NHS)* di Inggris dan di Canada.

2) *Fee for service* (tarif per tindakan)

Dalam sistem ini, setiap tindakan medis dari PPK mendapat imbalan tertentu, yang ditetapkan oleh PPK sendiri atau menurut suatu daftar tarif yang ditetapkan. Sistem ini dapat memacu pelayanan yang bermutu, namun karena imbalan berdasarkan atas setiap tindakan dapat menimbulkan kecenderungan untuk memperbesar jumlah tindakan untuk menambah pendapatan PPK. Selain itu, terdapat juga kecenderungan untuk memberikan pelayanan yang mahal dan canggih. Kecenderungan ini dapat meningkatkan biaya kesehatan secara keseluruhan dan biasanya tidak berpengaruh terhadap peningkatan derajat kesehatan peserta yang dilayani. Sistem ini digunakan di negara Amerika Serikat, Kanada, Australia, Selandia Baru, Korea Selatan, Norwegia dan juga Indonesia.

3) *Salary* (gaji)

Sistem pembayaran gaji memberikan imbalan yang tetap setiap bulan sesuai dengan suatu skala tertentu dan tidak tergantung pada banyaknya tindakan atau jasa yang diberikan. Sistem ini umumnya tidak memacu apa-apa, malah cenderung menurunkan mutu karena baik atau tidaknya pelayanan yang diberikan tidak akan berpengaruh terhadap gaji yang diterima. Mutu pelayanan tergantung pada rasa etik dari PPK. Sistem ini banyak terdapat di Indonesia dan negara lain seperti Finlandia, Swedia, Spanyol, Portugal, India dan Turki.

4) *Cost sharing* (iuran biaya)

Sistem *cost sharing* adalah suatu konsep pembelian imbalan jasa pada PPK, dimana sebagian biaya pelayanan kesehatan dibayarkan oleh pengguna jasa pelayanan kesehatan (*user fee*). Sistem iuran bayar dapat berbentuk *deductible* yaitu pasien diwajibkan membayar jasa pelayanan kesehatan sampai jumlah tertentu atau *copayment*, apabila pasien membayar sebagian pada setiap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepadanya. Besar kecilnya biaya yang dibebankan pada pengguna jasa pelayanan kesehatan ditetapkan berdasarkan berbagai pertimbangan, baik jenis pelayanan, aspek sosial serta (bahkan) politis.

5) *Diagnostic Related Group (DRG)*

Sistem pembayaran kepada PPK yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosa, tanpa memperhatikan jumlah tindakan atau pelayanan yang diberikan. Tujuan penerapan sistem ini untuk upaya pengendalian biaya dan menjaga mutu pelayanan. Pelaksanaan sistem ini tidak mudah, sehingga di PT. Askes hanya dilaksanakan untuk beberapa operasi jantung terbuka dan transplantasi ginjal dan digunakan pada Program Jamkesmas bagi masyarakat miskin.

6) Kapitasi

Membayar PPK dengan sistem kapitasi berarti PPK dibayar di muka (praupaya) atas dasar per kapita per bulan. PPK mendapat imbalan yang sama untuk setiap peserta setiap bulan, tidak tergantung pada jumlah pelayanan yang diberikan PPK kepada peserta dan juga tidak tergantung pada harga dari pelayanan.

2.6 Otonomi Daerah

2.6.1 Definisi Otonomi Daerah

Otonomi daerah diatur dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang telah dirubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 menyatakan pemberian otonomi daerah kepada daerah didasarkan atas asas desentralisasi dalam wujud otonomi yang luas, nyata dan bertanggung jawab.

Dalam melaksanakan otonomi daerah, daerah diberikan kewenangan untuk mengelola keuangannya sendiri sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah.

Peran Pemerintah Pusat di era otonomi daerah ini lebih banyak kepada hal-hal yang berkaitan dengan penetapan kebijakan nasional dan pengendalian serta pelaksanaan terhadap hal-hal yang bersifat teknis dan tidak strategis sudah harus diserahkan kepada daerah. Penyelenggaraan otonomi daerah harus mampu mewujudkan penyelenggaraan pemerintah yang lebih efisien dan efektif, demokratis, mendorong peran serta

masyarakat, mewujudkan pemerataan dan keadilan serta mampu mengembangkan segenap potensi dan keanekaragaman daerah.

2.6.2 Prinsip Otonomi

Prinsip otonomi daerah menggunakan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam arti daerah diberikan kewenangan mengurus dan mengatur semua urusan pemerintahan di luar yang menjadi urusan Pemerintah yang ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Daerah memiliki kewenangan membuat kebijakan daerah untuk memberi pelayanan, peningkatan peran serta, prakarsa dan pemberdayaan masyarakat yang bertujuan pada peningkatan kesejahteraan rakyat.

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

Penyelenggaraan otonomi daerah harus juga menjamin keserasian hubungan antara daerah yang satu dengan daerah lainnya, artinya mampu membangun kerjasama antar daerah untuk meningkatkan kesejahteraan bersama dan mencegah ketimpangan antar daerah. Otonomi daerah juga harus mampu menjamin hubungan yang serasi antar daerah dengan pemerintah, artinya harus mampu memelihara dan menjaga keutuhan wilayah negara dan tetap tegaknya Negara Kesatuan Republik Indonesia dalam rangka mewujudkan tujuan negara.

2.6.3 Pembagian Urusan Pemerintahan

Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, pemerintahan daerah menyelenggarakan

urusan pemerintahan yang menjadi kewenangannya, kecuali urusan pemerintahan yang menjadi urusan Pemerintah. Urusan pemerintahan adalah fungsi-fungsi pemerintahan yang menjadi hak dan kewajiban setiap tingkatan dan/ atau susunan pemerintahan untuk mengatur dan mengurus fungsi-fungsi tersebut yang menjadi kewenangannya dalam rangka melindungi, melayani, memberdayakan dan mensejahterakan masyarakat.

Dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan.

Penyelenggaraan desentralisasi mensyaratkan pembagian urusan pemerintahan antara Pemerintah dengan pemerintah daerah. Urusan pemerintahan terdiri dari urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan pemerintah dan urusan pemerintahan yang dikelola secara bersama antar tingkatan dan susunan pemerintahan atau konkuren. Urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan pemerintah adalah urusan dalam bidang politik luar negeri, pertahanan, keamanan, moneter dan fiskal nasional, yustisi dan agama.

Pemerintah daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/ kota mengatur dan mengurus urusan pemerintahan yang berdasarkan kriteria sebagaimana dimaksud menjadi kewenangannya yang terdiri atas urusan wajib dan urusan pilihan.

Urusan pemerintahan wajib adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh pemerintahan daerah yang terkait dengan pelayanan dasar (*basic services*) bagi masyarakat. Penyelenggaraan urusan wajib berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh pemerintah. Urusan wajib meliputi:

- a. Pendidikan
- b. Kesehatan
- c. Lingkungan hidup
- d. Pekerjaan umum
- e. Penataan ruang

- f. Perencanaan pembangunan
- g. Perumahan
- h. Kepemudaan dan olahraga
- i. Penanaman modal
- j. Koperasi dan usaha kecil dan menengah
- k. Kependudukan dan catatan sipil
- l. Ketenagakerjaan
- m. Ketahanan pangan
- n. Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
- o. Keluarga berencana dan keluarga sejahtera
- p. Perhubungan
- q. Komunikasi dan informatika
- r. Pertanahan
- s. Kesatuan bangsa dan politik dalam negeri
- t. Otonomi daerah, pemerintahan umum, administrasi keuangan daerah, perangkat daerah, kepegawaian dan persandian
- u. Pemberdayaan masyarakat dan desa
- v. Sosial
- w. Kebudayaan
- x. Statistik
- y. Kearsipan
- z. Perpustakaan

Sedangkan urusan pemerintah yang bersifat pilihan adalah urusan pemerintahan yang diprioritaskan oleh pemerintah daerah untuk diselenggarakan yang terkait dengan upaya mengembangkan potensi unggulan (*core competence*) yang menjadi kekhasan daerah. Urusan pilihan meliputi:

- a. Kelautan dan perikanan
- b. Pertanian
- c. Kehutanan
- d. Energi dan sumber daya mineral
- e. Pariwisata

- f. Industri
- g. Perdagangan
- h. Ketransmigrasian

Urusan pemerintahan di luar urusan wajib dan urusan pilihan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah, sepanjang menjadi kewenangan daerah yang bersangkutan tetap harus diselenggarakan oleh pemerintahan daerah yang bersangkutan.

Urusan pemerintahan sisa yang berskala nasional atau lintas provinsi menjadi kewenangan Pemerintah, yang berskala provinsi atau lintas kabupaten/ kota menjadi kewenangan pemerintahan daerah provinsi, dan yang berskala kabupaten/ kota menjadi kewenangan pemerintahan daerah kabupaten/ kota.

Urusan Pemerintah yang bersifat konkuren adalah urusan pemerintahan di luar urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan sepenuhnya pemerintah, yang diselenggarakan bersama oleh Pemerintah, pemerintahan daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/ kota.

Untuk mewujudkan pembagian kewenangan yang konkuren secara proporsional antara pemerintah, daerah provinsi, daerah kabupaten dan kota maka disusunlah kriteria yang meliputi:

- 1) Eksternalitas adalah kriteria pembagian urusan pemerintahan dengan memperhatikan dampak yang timbul sebagai akibat dari penyelenggaraan suatu urusan pemerintahan;
- 2) Akuntabilitas adalah kriteria pembagian urusan pemerintahan dengan memperhatikan pertanggungjawaban pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota dalam penyelenggaraan urusan tertentu kepada masyarakat;
- 3) Efisiensi adalah kriteria pembagian urusan pemerintahan dengan memperhatikan daya guna tertinggi yang dapat diperoleh dari penyelenggaraan suatu urusan pemerintahan.

2.6.4 Peranan Pemerintah Daerah

Ada empat peran (Arsyad, 2002) yang dapat diambil oleh pemerintah daerah dalam proses pembangunan ekonomi daerah yaitu :

- 1) *Entrepreneur*, pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menjalankan suatu usaha bisnis. Pemerintah daerah bisa mengembangkan suatu usaha sendiri (BUMD). Aset-aset pemerintah daerah harus dapat dikelola dengan lebih baik sehingga secara ekonomis menguntungkan;
- 2) Koordinator, pemerintah daerah dapat bertindak sebagai koordinator untuk menetapkan kebijakan atau mengusulkan strategi-strategi bagi pembangunan di daerahnya;
- 3) Fasilitator, pemerintah daerah dapat mempercepat pembangunan melalui perbaikan lingkungan attitudinal (perilaku atau budaya masyarakat) di daerahnya. Hal ini akan mempercepat proses pembangunan dan prosedur perencanaan serta pengaturan penetapan daerah (*zoning*) yang lebih baik;
- 4) Stimulator, pemerintah dapat menstimulasi penciptaan dan pengembangan usaha melalui tindakan-tindakan khusus yang akan mempengaruhi perusahaan-perusahaan untuk masuk ke daerah tersebut dan menjaga agar perusahaan-perusahaan yang telah ada tetap berada di daerah tersebut.

Pemerintah dalam sistem pelayanan kesehatan dapat menjalankan berbagai kemungkinan fungsi seperti (Murti, 2000) :

- 1) Pemerintah mengoperasikan asuransi dan pelayanan kesehatan bagi para peserta;
- 2) Pemerintah mengoperasikan penyediaan pelayanan kesehatan, tetapi tidak mengelola asuransi;
- 3) Pemerintah mengelola asuransi, tetapi tidak menyediakan pelayanan kesehatan;
- 4) Pemerintah tidak mengelola asuransi maupun menyediakan pelayanan kesehatan, tetapi mengatur asuransi kesehatan dan operasi penyediaan pelayanan kesehatan dengan perangkat peraturan dan perundang-undangan.

Penyelenggaraan program Jaminan Sosial, harus melibatkan Pemerintah Daerah. Hal ini juga untuk dapat memenuhi ketentuan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Keterlibatan

pemerintah daerah diperlukan untuk menjamin penyelenggaraan program jaminan sosial bagi penduduk di daerah.

Peran pemerintah daerah itu, antara lain (Deputi Menko Kesra, 2006) :

- 1) Pengawasan penyelenggaraan program SJSN, agar sesuai dengan ketentuan, misalnya standar, kualitas dan tarif. Antara lain, pada tingkat daerah dapat dibentuk sebuah Badan Pengawas SJSN Daerah;
- 2) Menyediakan anggaran tambahan untuk iuran, baik untuk “penerima bantuan iuran” ataupun masyarakat yang lain;
- 3) Penentuan peserta “Penerima Bantuan Iuran”;
- 4) Penyediaan/ pengadaan dan pengelolaan sarana penunjang, misalnya sarana kesehatan;
- 5) Mengusulkan pemanfaatan/ investasi dana SJSN di daerah terkait;
- 6) Saran / usul kebijakan penyelenggaraan SJSN.

2.7 Perencanaan

2.7.1 Definisi Perencanaan

Perencanaan mengandung beberapa pengertian antara lain:

- 1) Menurut Ranupandojo (1996), perencanaan adalah pengambilan keputusan tentang apa yang akan dikerjakan, bagaimana mengerjakan, kapan mengerjakan, siapa yang mengerjakannya dan bagaimana mengukur keberhasilan pelaksanaannya;
- 2) Rencana menurut Hasibuan (1984) adalah sejumlah keputusan mengenai keinginan dan berisi pedoman pelaksanaan untuk mencapai tujuan yang diinginkan;
- 3) Perencanaan oleh G.R. Terry dalam Hasibuan (1984) adalah memilih dan menghubungkan fakta dan membuat serta menggunakan asumsi-asumsi mengenai masa yang akan datang dengan jalan menggambarkan dan merumuskan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan;
- 4) Perencanaan/ *planning* (Kast, 1985; Welsch, 1988) adalah proses menentukan tujuan dan memilih aktivitas yang akan membantu pencapaian tujuan. Proses ini akan meliputi:
 - a. Penegasan tujuan organisasi;

- b. Mengembangkan batasan lingkungan dimana tujuan akan dicapai;
 - c. Memilih kegiatan untuk mencapai tujuan;
 - d. Memulai operasionalisasi dari rencana;
 - e. Perencanaan berulang untuk mengatasi masalah.
- 5) Levey dan Loomba (1984) mendefinisikan perencanaan sebagai berikut: “Perencanaan merupakan proses menganalisa dan memahami suatu sistem menentukan tujuan yang hendak dicapai, menilai kemampuan yang dimiliki organisasi tersebut dan menyusun pilihan rencana kegiatan atau rencana kerja dengan tujuan mencapai tujuan organisasi. Mengevaluasi efektivitas rencana tersebut serta memilih rencana tertentu dan selanjutnya akan diikuti dengan pelaksanaan rencana dan pengamatan secara terus menerus atas sistem dengan maksud untuk mencapai tingkat optimal dari pelaksanaan rencana terpilih.”

2.7.2 Manfaat Rencana

Pentingnya perencanaan adalah (Hasibuan, 1984) :

- 1) Tanpa perencanaan dan rencana berarti tidak ada tujuan yang ingin dicapai;
- 2) Tanpa perencanaan dan rencana tidak ada pedoman pelaksanaan sehingga dapat menimbulkan pemborosan;
- 3) Rencana adalah dasar pengendalian karena tanpa ada rencana pengendalian tidak dapat dilakukan;
- 4) Tanpa perencanaan dan rencana berarti tidak ada keputusan dan proses manajemen pun tidak ada.

2.7.3 Proses perencanaan

Beberapa kegiatan dalam perencanaan (Ranupandojo, 1996):

- 1) Penentuan tujuan dan prioritas;
- 2) Penentuan kebijakan yang berhubungan langsung dengan tujuan, beserta implementasi-implementasinya;
- 3) Peramalan kejadian-kejadian mendatang yang berdampak pada tujuan yang akan dicapai;
- 4) Menyusun perencanaan operasional melalui kegiatan-kegiatan yang telah terinci beserta anggarannya.

Menurut Hick dan Gullet (1976) yang dikutip oleh Ranupandojo (1996), proses perencanaan melalui tahapan sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi peluang-peluang;
- 2) Menetapkan tujuan/ sasaran;
- 3) Formulasi dasar-dasar anggapan;
- 4) Menentukan alternatif dan mengujinya;
- 5) Membandingkan dan mengevaluasi alasan-alasan dari alternatif yang dipilih;
- 6) Memilih tindakan dan alasan-alasannya;
- 7) Menentukan program pelaksanaan rencana;
- 8) Melaksanakan kegiatan, memonitornya, mengendalikan dan mengevaluasinya.

Proses perencanaan untuk pemerintah (Ranupandojo, 1996) sebagai berikut:

- 1) Menetapkan kebutuhan dan permasalahan;
- 2) Merumuskan falsafah dan aspirasi masyarakat;
- 3) Menetapkan tujuan dan sasaran;
- 4) Menetapkan kebijakan-kebijakan;
- 5) Penyusunan program-program pembangunan;
- 6) Penentuan perencanaan regional dan sektoral;
- 7) Perencanaan proyek dan pelaksanaannya;
- 8) Merumuskan hasil dan evaluasinya.

2.7.4 Perencanaan yang Baik

Prinsip untuk menyusun perencanaan (Ranupandojo, 1996):

- 1) Rencana harus memiliki tujuan yang khas, jelas dan mudah dipahami;
- 2) Ada kegiatan yang diprioritaskan agar pelaksanaan dapat berjalan secara efisien dan efektif;
- 3) Melibatkan semua pihak;
- 4) Memperhitungkan pelaksanaan fungsi manajemen seperti pengorganisasian, pengarahan, koordinasi, dan pengendalian;
- 5) Rencana harus selalu diperbaiki sesuai situasi dan kondisi yang selalu berubah;

- 6) Ada penanggung jawab perencana;
- 7) Rencana bersifat tentatif dan bersifat interim.

2.7.5 Unsur rencana

Unsur rencana (Azwar, 1988) terdiri dari :

- 1) Misi;
- 2) Masalah yang ingin diselesaikan oleh rencana yang disusun;
- 3) Tujuan umum dan tujuan khusus;
- 4) Uraian kegiatan yang akan dilakukan;
- 5) Asumsi perencanaan;
- 6) Strategi pendekatan;
- 7) Sasaran;
- 8) Waktu dan jangka waktu pelaksanaan;
- 9) Organisasi dan tenaga pelaksana;
- 10) Biaya;
- 11) Metode dan kriteria penilaian.