



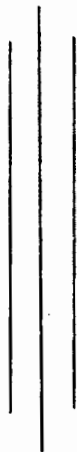
## **NASKAH AKADEMIS**

### **RANCANGAN PERATURAN DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT**

**T  
E  
N  
T  
A  
N  
G**

**JAMINAN KESEHATAN DAERAH**

**( JAMKESDA )**



**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH  
PROVINSI SUMATERA BARAT**

# **NASKAH AKADEMIS RANCANGAN PERATURAN DAERAH TENTANG JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA)**

=====

## **I. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan sebagai salah satu komponen penentu keberhasilan peningkatan IPM, menurut teori H.L Blum (1991), Derajat Kesehatan masyarakat dengan indikator Angka Kematian (Mortalitas) dan Angka Kesakitan (Morbiditas) sangat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu faktor lingkungan (45%), faktor perilaku (30%), faktor pelayanan kesehatan (20%) dan faktor keturunan. Indikator ketiga yaitu faktor pelayanan kesehatan ini merupakan salah satu indikator peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang paling perlu mendapat perhatian pemerintah.

Dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, dikemukakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa sebagaimana yang dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Dengan demikian, Pemerintah mempunyai tanggungjawab untuk merencanakan, mengatur, melenyelanggarajab, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.

Berbagai upaya telah dilakukan oleh Pemerintah untuk mendorong terselenggaranya pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin atau masyarakat yang kurang mampu. Namun dalam pelaksanaannya masih terdapat berbagai permasalahan diantaranya cukup banyak masyarakat miskin yang tidak terdata, sehingga tidak memperoleh jaminan pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang dikeluarkan oleh Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, tanggal 10 Maret 2008, yang menyebutkan bahwa Rumah Tangga Miskin (RTM) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas atau luput dari pendataan tetap akan dilayani hak kesehatannya dengan klaim anggaran dari APBD Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Kebijakan inilah yang menjadi dasar perlunya ditetapkan Peraturan Daerah tentang jaminan kesehatan daerah terutama bagi masyarakat miskin yang belum terdata dalam program Jamkesmas.

Perlunya segera disusun Peraturan Daerah tentang jaminan kesehatan daerah, adalah dalam rangka mendukung pencapaian sasaran pembangunan daerah dibidang kesehatan yang telah ditetapkan dalam RPJMD Provinsi Sumatera Barat Tahun 2010-2015 (tabel 1).

**Tabel.1**

**Sasaran Pembangunan Bidang Kesehatan Tahun 2011-2015**

No	Sasaran/Indikator	Satuan	Target				
			2011	2012	2013	2014	2015
1.	Meningkatnya Umur Harapan Hidup;	%	71.12	71.48	71.84	72.20	72.56
2.	Menurunnya Angka Kematian Ibu melahirkan;	per 100.000 KH	199.2	194.8	190.40	186.00	181.60
3.	Menurunnya Angka Kematian Bayi per 1.000 kelahiran hidup;	per 1.000 KH	22,00	20,00	18.00	16.00	14.00
4.	Angka Gizi Kurang (BB/TB);	%	8,2	7,8	7,4	7,0	6,6
5 *)	Penemuan kasus baru Tuberculosis ;	%	55	60	70	80	90
6 *)	Menurunnya kasus Malaria ( Annual Paracite Index-API) ;	per 1000 pdd	2	2	1	1	1
7 *)	Persentase ODHA yang diobati	%	90	93	95	100	100
8 *)	Meningkatnya cakupan imunisasi dasar lengkap bayi usia 0-11 bulan ;	%	80	85	90	95	100
9 *)	Persentase penduduk yang memiliki Akses Air Minum yang berkualitas;	%	64	65	66	67	68
10*)	Persentase penduduk yang menggunakan Jamban Sehat;	%	67	70	73	74	75
11*)	Jaminan pemeliharaan kesehatan (total coverage)	%	63,8	78,6	91,3	100	100

\*) Indikator baru untuk pencapaian milenium development goals

## **1.2 Tujuan dan Sasaran**

Tujuan penyusunan naskah akademik ini adalah sebagai kajian akademis yang menjadi dasar dalam menyusun rancangan peraturan daerah yang berisi pokok materi rancangan peraturan daerah dan rumusan rancangan peraturan daerah tentang Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) sedangkan sasarannya adalah mengoptimalkan layanan kesehatan berupa Jaminan Kesehatan Daerah.

## **II. KAJIAN TEORITIS**

### **2.1 Perencanaan Pelayanan Kesehatan**

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. (UU Kesehatan No.36 tahun 2009).

Indikator kinerja pembangunan kesehatan Sumatera Barat lebih difokuskan kepada upaya promotif dan preventif yang dapat dipadukan secara seimbang dengan upaya kuratif dan rehabilitatif. Perhatian khusus diberikan pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Pelayanan kesehatan masyarakat untuk daerah terpencil dialokasikan dana sebesar Rp. 124.489.500,- dan telah terealisasi Rp.119.721.900,- (96,17 %).

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor : 44 tahun 2010 tentang Rumah Sakit Provinsi Sumatera Barat memiliki 20 buah Rumah Sakit dan 6 diantaranya telah memiliki Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Disamping itu Sumatera Barat juga memiliki 250 buah Puskesmas sebagai pelaksana pelayanan kesehatan dasar.

Pelayanan Kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat. Pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta, baik dalam bentuk sarana maupun perorangan oleh tenaga kesehatan. Pelayanan Kesehatan dapat dilaksanakan oleh pemerintah maupun swasta.

Sarana pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, dengan tidak meninggalkan fungsi sosial, yang dimaksud dengan fungsi sosial Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan imbalan jasa yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan menyediakan sebagian dari fasilitas pelayanan untuk orang yang kurang dan atau tidak mampu membayar sesuai dengan peraturan yang berlaku. Pelayanan Kesehatan harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yaitu setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan meliputi : Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

- a. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

## 2.2 Prinsip Pelayanan

Prinsip pelayanan kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan guna tercapainya (*accessible*), terjangkau (*affordable*), bermutu (*quality*) dan merata berkeadilan (*equity*) untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (SKN 2004).

Beberapa hal yang menjadi masalah dalam pelayanan kesehatan yaitu :

**a. Mutu layanan (*quality*)**

Mutu layanan bagian yang sering dikeluhkan masyarakat penerima pelayanan karena kualitas berdampak langsung dengan rasa kepuasan. Selain masih minimnya standar mutu yang ada juga terdapat penyedia pelayanan yang belum menerapkan ketentuan standar mutu. Mutu layanan sangat ditunjang dengan kompetensi pemberi layanan kesehatan dan sejauh mana dukungan infrastruktur atau fasilitas. Kualitas Pelayanan Kesehatan merupakan ekspektasi nilai, konsumen mengharapkan nilai ekuivalen antara suatu produk/servis sesuai dengan harga yang dibayar. Kemampuan seseorang dalam membayar pelayanan kesehatan seharusnya bukan penghalang untuk menerima pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Pelayanan kesehatan yang tertata baik (*Managed Care*) adalah hasil usaha yang dapat memuaskan kedua belah pihak, dalam pemberian *prepaid* (pembayaran lebih dahulu) atau *Cost Effective Health Care* dengan tetap mempertahankan *market* kompetitif yang mampu mendorong pelayanan kesehatan optimal. Tujuannya untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang sesuai standar klinis dengan biaya yang optimal, bukan hanya pelayanan *adequate* atau cukup dengan biaya lebih rendah atau pelayanan berlebihan yang menimbulkan biaya tinggi.

Faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan:

- a. Konsumen yang mengharapkan nilai ekuivalen antara biaya yang dikeluarkan dan produk atau jasa yang diterima;
- b. Kualitas harus merefleksikan keseimbangan antara ekspektasi dan tanggung jawab;
- c. Pengukuran 3 (tiga) elemen sebagai gambaran kualitas pelayanan, yaitu:
  - (1) Elemen sistem yang terstruktur sebagai fondasi.
  - (2) Proses yang pasti dalam menyediakan pelayanan.
  - (3) *Outcome* proses pelayanan kesehatan harus dapat ditentukan dampaknya untuk jangka panjang.
- d. *Outcome* pelayanan;
- e. Penentuan struktur, proses, dan *outcome*;
- f. Akreditasi pemberi pelayanan kesehatan dapat memenuhi standar yang kompetitif dalam kualitas dan nilai.

Menurut WHO, elemen kualitas meliputi:

- a. Penerima pelayanan (pendidikan, sosio-ekonomi, *rural* atau urban)
- b. Pemberi Pelayanan (sistem, organisasi, kultur, politisi, pelatihan)
- c. Teknologi (efek samping, keamanan)

**b. Manajemen pelayanan kesehatan**

Permasalahan terkait dengan pengorganisasian, ketatalaksanaan, dan administrasi di berbagai tingkat penyelenggaraan pelayanan. Belum optimalnya pembinaan dan pengawasan. Pelaksanaan desentralisasi berimplikasi terhadap organisasi kesehatan, terjadivariasi sistem pelayanan kesehatan yang berbeda antara satu Kab/Kota dengan Kab/Kota yang lain mengakibatkan kurang optimalnya efektifitas program.

**c. Ketercapaian sarana oleh pengguna (*accessibility*)**

Masih rendahnya masyarakat yang bisa mempergunakan puskesmas sebagai tempat pelayanan dan rendahnya pemanfaatan puskesmas (utilitas) oleh masyarakat yang dipengaruhi oleh kondisi geografis serta prasarana atau fasilitas umum.

**d. Keterjangkauan biaya (*affordability*)**

Masih terjadi kesenjangan antara ketersediaan layanan dengan kemampuan membayar dari masyarakat. Peningkatan biaya kesehatan makin tak terjangkau oleh masyarakat miskin yang meningkat jumlahnya. Belum adanya sistem jaminan sosial yang dilaksanakan (sistem asuransi kesehatan).

**e. Merata berkeadilan (*equity*)**

Masih terjadi kesenjangan pelayanan kesehatan antara kaya dan miskin. Pelayanan bermutu didapat bagi yang mampu membayar, orang miskin mendapat akses pelayanan kesehatan yang rendah. Pendanaan kesehatan merupakan suatu kunci dalam suatu sistem kesehatan di berbagai negara. Meskipun masih terdapat pro kontra, laporan WHO tahun 2000 menunjukkan bahwa *financing fairness* memiliki korelasi yang kuat terhadap kinerja terhadap sistem kesehatan di suatu negara. Salah satu ukuran terpenting sistem pendanaan yang adil adalah beban biaya kesehatan dari kantong perorangan tidak memberatkan penduduk. Di dunia Kesehatan aspek

pendanaan yang adil tersebut diartikan sebagai pendanaan kesehatan yang adil dan merata atau merata berkeadilan (*equity*).

Pendanaan kesehatan yang adil dan merata adalah pendanaan dimana seseorang mampu mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya dan membayar pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuannya membayar. Faktor lain yang terkait dengan permasalahan dalam melakukan upaya pelayanan adalah :

- a. Indonesia dinilai dari *Indeks Pembangunan Manusia ( HDI )* berada pada urutan 108 dari 177 negara (<http://www.wikipedia>), hal ini terkait dengan kondisi penyelenggaraan upaya kesehatan terutama pelayanan kesehatan primer (*primary health care*).
- b. Penyebaran SDM kesehatan sebagai tenaga pelayanan kesehatan belum merata. Rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk juga masih rendah. Sarana pelayanan kesehatan hampir ada di tiap kecamatan, namun *pelayanan* kesehatan masih dirasa belum mencukupi, baik dalam segi keterjangkauan, pemerataan maupun kualitasnya. Sarana Rumah sakit masih terbatas dan belum merata dengan sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan belum berjalan. Peran Dinas Kesehatan dalam upaya kesehatan masyarakat dan keterkaitannya dengan pelayanan Rumah Sakit sebagai sarana Rujukan masih kurang. Dinas kesehatan lebih bersifat pelayanan administrasi.
- c. Meningkatnya jumlah penduduk miskin yang mengakibatkan akses terhadap pelayanan kesehatan semakin tidak terjangkau karena sistem pembiayaan kesehatan di Negara kita masih dibayarkan langsung (*out of pocket*).
- d. Kecenderungan meningkatnya tindak kriminal, penyalahgunaan obat psikotropika, peredaran Napza, kemiskinan, pengangguran dan permasalahan sosial lainnya sangat berpengaruh dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.
- e. Transisi demografi, segmen penduduk usia muda yang seharusnya mengecil, justru terjadi peningkatan. Masalah lain yang terkait adalah meningkatnya urbanisasi, migrasi dan pengangguran.
- f. *Globalisasi* dapat menimbulkan masalah maupun tantangan. Adanya perdagangan bebas dapat mengakibatkan tenaga kesehatan asing menyerbu pasar Indonesia dan berbagai upaya kesehatan yang merupakan kesepakatan internasional dapat mempengaruhi upaya kesehatan yang diselenggarakan.

### **2.3 Landasan sistem pelayanan Jamkesda.**

Landasan sistem pelayanan yang dibangun di Provinsi Sumatera Barat merujuk pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor : 40 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan kedokteran.

Dimana dari sistem perundang-undangan di Indonesia yang menganut tata norma hukum yang berjenjang, maka SKN merupakan produk hukum berupa KEPMENKES No.131/Menkes/SK/II/2004 masuk dalam kelompok aturan pelaksana. Kedudukan SKN saat ini sebagai acuan dalam setiap program dan upaya pembangunan kesehatan. SKN merupakan sistem yang menyatu dengan sistem pembangunan nasional dan setara dengan sistem lain yang berkedudukan sebagai Undang-Undang. Sistem Kesehatan adalah produk kebijakan yang mampu mengarahkan mekanisme keberhasilan pembangunan Kesehatan Nasional. Hal yang sangat berperan dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan adalah upaya kesehatan sehingga upaya kesehatan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam Sistem kesehatan Nasional.

Kebijakan kesehatan adalah suatu seri menyeluruh dari pelaksanaan, statement, peraturan dan hukum yang merupakan hasil keputusan tentang bagaimana nantinya dilaksanakan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai jaringan dari keputusan-keputusan yang berhubungan dan secara keseluruhan membentuk suatu strategi yang berhubungan dengan issue praktis pelayanan kesehatan (Barker, 1996).

Restrukturisasi sistem kesehatan ke arah pelayanan berbasis masyarakat dengan reformasi kesehatan yang tidak sepenuhnya baru tetapi melalui perubahan sektor kesehatan yang terbuka bagi sektor lain, yang menurut Frank dan Gonzales Block (Barker, 1996) menyatakan ada 4 (empat) strategi dasar pengembangan sektor kesehatan, yaitu:

1. Universality
2. Redistribution
3. Integration & Plurality
4. Quality & Efficiency

Pengaruh sosial-ekonomi masyarakat di negara miskin dengan penyakit menular dan tidak menular ( HIV/AIDS, Malaria, TB, Infeksi pada anak, wanita hamil dan menyusui, kekurangan gizi, penyakit akibat rokok) jadi pokok bahasan di masa yang akan datang perlu perencanaan segera menyusun langkah-langkah strategis untuk dilaksanakan ditingkat daerah, regional dan nasional dengan pemerintah sebagai penanggung jawab utama.

### III. KAJIAN YURIDIS

#### 3.1 Landasan Kontitusional

Kesehatan adalah Hak Setiap Warga Negara, terutama Rakyat Miskin sesuai dengan amanat UUD 1945 pasal 34, yakni "Fakir Miskin dan Anak Terlantar dipelihara oleh Negara". Dalam makna yang lebih luas dan prinsipil, seharusnya Negara/Pemerintah bertanggungjawab pada seluruh kebutuhan dasar Rakyat. Pemerintah melalui Departemen Kesehatan belakangan ini sudah menggariskan kebijakan mengenai pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin.

Pembangunan bidang kesehatan hakekatnya adalah proses peningkatan nilai tambah dalam hidup sehat bagi setiap warga agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan tercermin dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan amandemen UUD 1945 tahun 2000 pasal 28h ayat (1) menyebutkan "*Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan*". hal ini sejalan dengan kesehatan merupakan bagian dari hak dasar manusia sebagaimana tercantum dalam deklarasi hak azasi manusia.

Hakikat Pembangunan adalah proses peningkatan nilai tambah disegala bidang kehidupan (Usman, 1997). Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut adalah upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun Pemerintah. Selain itu Pembangunan kesehatan meliputi 4 (empat) pilar yang menjadi perhatian, yaitu:

1. Pemberdayaan masyarakat
2. Surveillance

3. Akses terhadap pelayanan kesehatan
4. Akses terhadap pembiayaan kesehatan.

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dengan ke empat pilar utama tersebut, di Indonesia telah menetapkan Sistem Kesehatan Nasional sebagai acuan dalam penyusunan Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) bidang kesehatan, penyusunan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, dan sebagai acuan dalam penyusunan berbagai pedoman, dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Dalam penyusunan Rancangan Peraturan Daerah tentang Jaminan Kesehatan Daerah juga diperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Perundang-undangan yang jadi acuan adalah:

### **3.2. Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan**

Bahwa kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan oleh pemerintah sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia yang terkandung dalam Pancasila dan Undang-Undang dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

### **3.3. Undang-Undang No.32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah**

UU No.32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah pada huruf a. menimbang, secara garis besar mengarahkan pada dua hal, yaitu:

- a. Mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat.
- b. Peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan, dan kekhususan suatu daerah. Otonomi daerah menempatkan daerah sebagai penyelenggara pemerintah bertujuan mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan dan peran serta masyarakat guna meningkatkan daya saing daerah menghadapi peluang dan tantangan globalisasi dalam kesatuan Negara Republik Indonesia.

Hal ini menuntut tiap daerah sebagai penyelenggara pemerintahan daerah harus menyelenggarakan pemerintahan secara efisien dan efektif. Kebijakan otonomi daerah dalam pelaksanaan mengacu kepada Undang-Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Peraturan Pemerintah No.25 Tahun 2000 tentang

Kewenangan Pemerintah dan Pemerintah Provinsi sebagai daerah otonom dan Peraturan Pemerintah No.84 Tahun 2000 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah, menempatkan daerah sebagai pelaksana pembangunan, perencana sekaligus penyedia dana sehingga daerah memiliki peran sentral dalam sistem pembangunan di wilayah. Laporan WHO (2000) membedakan peran pemerintah sebagai pengarah (*stewardship/oversight*), regulator (yang melaksanakan kegiatan regulasi) dan yang diregulasi (pelaku pelayanan kesehatan).

Peran pengarah mencakup 3 aspek utama, yaitu:

1. Menetapkan, melaksanakan, dan memantau aturan main dalam sistem kesehatan;
2. Menjamin keseimbangan antar berbagai *key player* dalam sektor kesehatan (terutama pembayar, penyedia pelayanan dan pasien); dan
3. Menetapkan perencanaan strategis bagi seluruh sistem kesehatan.

### **3.3 Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial**

Undang - Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 1 (1) menyatakan bahwa Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Pasal 18 BAB IV mengatur tentang Jenis Program Jaminan Sosial yang diberikan pemerintah meliputi :

- a. jaminan kesehatan;
- b. jaminan kecelakaan kerja;
- c. jaminan hari tua;
- d. jaminan pensiun; dan
- e. jaminan kematian.

Selanjutnya Pasal 16 menyatakan bahwa Setiap peserta berhak memperoleh manfaat dan informasi tentang pelaksanaan program jaminan sosial yang diikuti. Dana Jaminan Sosial wajib dikelola dan dikembangkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara optimal dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.

## **BAB IV. MATERI MUATAN**

Materi muatan Rancangan Peraturan Daerah tentang Jaminan Kesehatan Daerah isi seluruh materi muatannya sebagai perwujudan penyelenggaraan otonomi daerah mengikuti kondisi khusus daerah dalam menjabarkan peraturan perundangan yang lebih tinggi. Konsep materi muatan pembuatan peraturan daerah tersebut adalah sebagai berikut:

#### **4.1 Ketentuan Umum**

Dalam bab ketentuan umum memuat batasan pengertian atau definisi istilah yang digunakan dalam Peraturan Daerah yang bersifat umum berfungsi untuk menjelaskan makna suatu istilah dengan mengacu pada ketentuan yang telah ada di peraturan yang lebih tinggi.

#### **4.2 Asas, Tujuan dan Manfaat**

Menjelaskan tujuan di penerbitan peraturan daerah Jaminan Kesehatan Daerah.

#### **4.3 Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah**

Bab ini menjelaskan tentang peserta, kepersetaan, Hak dan Kewajiban Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah, Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah serta hak dan kewajibannya, tata cara pencatatan, pemeliharaan kesehatan, pengelolaan dana Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah, Pendanaan Badan Penyelenggara, kerjasama dengan pemerintah daerah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah, biaya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah, iuran Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah.

#### **4.4 Pemberian Pelayanan Kesehatan**

Bab ini menjelaskan siapa yang berhak menjadi pemberi layanan kesehatan, jenis pelayanan, dan kewajiban pemberi pelayanan serta sarana dan prasarana kesehatan.

#### **4.5 Administrasi Jaminan Kesehatan Daerah**

Ketentuan ini menjelaskan tentang kewajiban melengkapi administrasi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah yang pengaturannya lebih lanjut diatur dengan Peraturan Gubernur serta instansi yang berhak melakukan pengawasan badan penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah.

#### **4.6 Ketentuan Peralihan**

Ketentuan ini untuk memberi kesempatan kepada Badan Penyelenggara Jamkesda agar menyesuaikan Peraturan selambat-lambatnya dalam jangka waktu 1 (satu) tahun sejak diundangkannya Peraturan Daerah ini.

#### **4.7 Ketentuan Penutup**

Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Peraturan Daerah ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut oleh Peraturan Gubernur.

#### **BAB V. KESIMPULAN**

Dari berbagai kajian diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan kepada masyarakat berupa pemberian Jaminan Kesehatan Daerah sudah merupakan hal mutlak untuk dilakukan oleh Pemerintah Daerah. Agar pelayanan yang diberikan dapat diperoleh dan tepat sasaran maka diperlukan Peraturan Daerah yang menjadi payung bagi kegiatan pelayanan tersebut. Untuk itu perlu segera di rumuskan Peraturan Daerah dimaksud, agar masyarakat dapat segera memperoleh haknya untuk menerima pelayanan kesehatan yang sebenarnya.

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH  
PROVINSI SUMATERA BARAT

## DAFTAR PUSTAKA

### 1. Buku-Buku

- Barker, C (1996). *The Health Policy Process.*, Sage Publication. London.
- Blum, Hendrik L (1991). *Planning for Health.* Humansci. Press New York.
- Departemen Kesehatan RI (2005). *Survei Sosial Ekonomi Nasional 2004, Substansi Kesehatan : Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Kesehatan dan Kesehatan Lingkungan.* Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Human Development Index. <http://www.wikipedia.org>, diakses tanggal 4 Juli 2007.
- Mills, Anne., et.all. (1989). *Health System Decentralization : Concepts, issues and Country Experience*, (terjemahan), Wordl Health Organization. Geneva.
- Usman, Wan (1997). *Pembangunan dan Ketahanan Nasional, Kerjasama antara : Kajian Ketahanan Nasional UI, LEMHANAS dan Lembaga Pengabdian Masyarakat.UT.* Jakarta.
- World Health Organization. WHO 2000 Report : Health Systems Performance. Geneva.

### 2. Peraturan Perundang-Undangan

- Undang-Undang Nomor 61 Tahun 1958 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 19 Tahun 1957 tentang Pembentukan Daerah-daerah Swatantra Tingkat I Sumatera Barat, Jambi dan Riau menjadi Undang-Undang jo Peraturan Pemerintah Nomor 29 Tahun 1979.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- Undang-undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
- Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2004 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menetri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007.