

SIKAP & PANDANGAN PERKUMPULAN (ASOSIASI) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP PASAL 24 UU SJSN PEMETAKAN DAN TELAAH KRITIS PENYELENGGARAAN DAN PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN PERORANGAN SEBELUM UU NO. 40 TAHUN 2004 TENTANG SJSN

Asih Eka Putri¹ dan Tati Suryati¹

ABSTRACT

Background: Article 19 The National Social Security Act to set personal health service delivery in a Public Health Insurance System is applicable throughout Indonesia. Its implementation is further regulated by Presidential Decree as mandated by Article 24 paragraph 1 of the National Social Security Act. Purpose of the study to determine perception and the role of association which representing health care facilities about article 24. It is predictable to find out who can representing the health facilities in negotiating with the Social Security Administering Bodies (BPJS) and how the implementation mechanisms. **Methods:** Research design was cross-sectional, the qualitative data collection study involving 22 institutions and consisting of nine associations of health facilities in the central and localy (the city of Jakarta and Semarang, Districts Klaten and Purbalingga), includes: 1 GP Pharmacy, 5 health authorities, 5 health Army directorates/Police and the Armed Forces Headquarters and 2 the directorate in the Department of Health . This study was supported by various study literature and related documents extensively. **Results:** There were some skepticism of the association on the effectiveness of the Association of National Health Insurance program. Terms region restriction should be defined further and Article 24 paragraph (1) can be implemented, whether an administrative area or boundaries refers to the work area of BPJS. Associations health facilities need to look at and comply with provisions of Act Book of the Civil Code if wish to engaged contracts with BPJS. Mechanism of the contract between BPJS and associations of health care facilities explain only one provision, namely: the amount of payments that must be agreed. Need some further explanation to adjust provisions of three parties (BPJS, health facilities and associations of health facilities) within building contract services delivery to insurers. Highly expected the more detail provision can be arranged on PJKN Presidential Regulation (PerPres PJKN).

Key words: social health insurance system, health services, health account

ABSTRAK

Pasal 19 UU SJSN mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan dalam suatu Sistem Jaminan Kesehatan Publik yang berlaku di seluruh Indonesia. Implementasinya lebih lanjut diatur oleh Peraturan Presiden sebagaimana diamanatkan Pasal 24 ayat 1 UU SJSN. Tujuan studi untuk mengetahui persepsi dan peran perkumpulan (asosiasi) yang mewakili fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan dalam bernegosiasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan bagaimana mekanisme pelaksanaannya. Disain penelitian potong lintang pengumpulan data studi kualitatif, melibatkan 22 institusi yang terdiri dari 9 asosiasi fasilitas kesehatan di pusat dan daerah (Kota Jakarta, Semarang, Kab. Klaten dan Kab. Purbalingga), meliputi; 1 GP Farmasi, 5 dinas kesehatan, 5 direktorat kesehatan TNI/POLRI dan Mabes ABRI serta 2 direktorat Departemen Kesehatan. Didukung telaah literatur dan berbagai dokumen terkait secara luas. Ada beberapa keraguan asosiasi terhadap keefektifan program JKN. Ketentuan batasan wilayah harus ditentukan lebih lanjut agar muatan Pasal 24 ayat (1) dapat di implementasikan; apakah batasan mengacu wilayah administratif atau wilayah kerja BPJS. Asosiasi fasilitas kesehatan perlu mencermati dan memenuhi ketentuan KUH Perdata bila berkeinginan terlibat dalam kontrak dengan BPJS. Mekanisme kontrak antara BPJS dan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan menjelaskan hanya ada satu ketentuan yaitu; besaran pembayaran yang harus disepakati. Perlu beberapa penjelasan lebih lanjut untuk mengatur ketentuan 3 pihak (BPJS, fasilitas kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan)

¹ Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat , Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No. 23 Jakarta
Alamat korespondensi: asih_eka@yahoo.com

dalam membangun kontrak pemberian pelayanan kepada peserta. Sangat diharapkan ketentuan yang lebih rinci dapat diatur Peraturan Presiden tentang PJKN (PerPres PJKN).

Kata kunci: sistem jaminan sosial nasional (SJSN), pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan

Naskah Masuk: 2 Desember 2011, Review 1: 9 Desember 2011, Review 2: 9 Desember 2011, Naskah layak terbit: 20 Desember 2011

PENDAHULUAN

Fasilitas Pelayanan kesehatan dibagi 3 yaitu pelayanan kesehatan primer (ditingkat pusat), pelayanan kesehatan rujukan sekunder (ditingkat Provinsi) dan pelayanan kesehatan rujukan tersier (ditingkat Kabupaten/Kota). Kepemilikan fasilitas kesehatan terbagi atas pemerintah dan swasta. Pasal 56 ayat (1) UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Bab. III tentang Sarana Kesehatan menetapkan:

“Sarana kesehatan meliputi Balai Pengobatan, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit umum, rumah sakit Khusus, praktik dokter, praktik dokter gigi, praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, praktik bidan, toko obat, apotek, pedagang besar farmasi, pabrik obat dan bahan obat, laboratorium, sekolah dan akademi kesehatan, balai pelatihan kesehatan dan sarana kesehatan lainnya.”

Rumah Bersalin (RB) berdasarkan PerMenkes 920/1986 tidak termasuk ke dalam kategori rumah sakit karena tidak memberikan pelayanan kesehatan bersifat patologis, dan dikategorikan ke dalam pelayanan medik dasar sebagaimana di Puskesmas atau Balai Pengobatan. Pengobatan tradisional juga tidak termasuk dalam sistem pelayanan kesehatan di Departemen Kesehatan Indonesia, menurut Pasal 47 UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan “Pengobatan tradisional merupakan salah satu upaya pengobatan dan atau perawatan cara lain di luar ilmu kedokteran dan atau ilmu keperawatan”. Namun demikian hal ini masih menjadi pro-kontra di beberapa kalangan, karena pemerintah mengeluarkan izin resmi beberapa praktik pengobatan tradisional.

Asosiasi fasilitas kesehatan adalah organisasi masyarakat dibentuk secara sukarela atas dasar kesamaan kegiatan, profesi, fungsi, atau keagamaan untuk berperan serta pada pembangunan kesehatan. Beberapa asosiasi dibentuk atas dasar kesamaan wilayah, kepemilikan (seperti ARSADA/asosiasi rumah sakit daerah) atau berdasarkan misi organisasi

(seperti Muhammadiyah, PELKESI/pelayanan kesehatan Kristen atau HIRSPI/himpunan rumah sakit pendidikan). Asosiasi pelayanan kesehatan juga tidak mewakili kepentingan manajemen (direksi) lembaga yang diwakilkan. Kepesertaannya dalam suatu asosiasi multipel, hampir seluruh asosiasi berhimpun di dalam asosiasi lainnya. Anggota sebuah asosiasi tidak terbatas hanya pada fasilitas pelayanan (RS atau klinik) melainkan juga mengikutsertakan fasilitas-fasilitas lain yang terkait dengan pelayanan kesehatan seperti panti jompo dan panti anak, pabrik obat, sekolah kesehatan. (AE Putri & T Suryati, 2012).

Pasal 19 UU SJSN mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan dalam sebuah sistem jaminan kesehatan publik yang berlaku di seluruh Indonesia. Implementasinya lebih lanjut diatur oleh Peraturan Presiden sebagaimana diamanatkan Pasal 24 (ayat 1) UU SJSN yaitu:

“Besarnya pembayaran ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut”.

Untuk mendukung formulasi Peraturan Presiden tersebut agar menjadi sebuah peraturan pelaksanaan yang sinkron dengan para pemangku kepentingan dan didukung oleh publik, maka dipandang perlu untuk memetakan pendapat dan pandangan perkumpulan (asosiasi) fasilitas pelayanan kesehatan terhadap pasal 24 UU SJSN. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persepsi dan peran perkumpulan (asosiasi) yang mewakili fasilitas pelayanan kesehatan terhadap pasal 24 UU SJSN. SEDANGKAN TUJUAN KHUSUS: 1) Diketahui pandangan asosiasi terhadap pasal 24 UU SJSN; 2) Diperoleh informasi mengenai tingkat pengaruh, tingkat keterlibatan dan sikap perkumpulan (asosiasi) yang mewakili fasilitas pelayanan kesehatan terhadap perannya di era UU SJSN. 3) Diperoleh rumusan awal keikutsertaan perkumpulan (asosiasi) yang mewakili fasilitas pelayanan kesehatan dalam sistem jaminan kesehatan publik (organ dan mekanisme).

METODE

Disain penelitian potong lintang, pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan cara wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah menggunakan instrumen semi-struktur. Dalam analisis digunakan juga telaah literatur dan dukungan berbagai dokumen terkait secara luas. Lokasi studi dipilih secara purposif, dengan mempertimbangkan keterwakilan eksistensi perkumpulan atau asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, baik swasta maupun pemerintah dan juga efisiensi. Maka dipilih di Kota Jakarta, Kota Semarang, Kabupaten Klaten dan Kabupaten Purbalingga. Studi ini melibatkan 22 institusi yang terdiri dari 9 asosiasi fasilitas kesehatan di pusat dan daerah, 1 GP Farmasi, 5 dinas kesehatan, 5 direktorat kesehatan TNI/POLRI dan Mabes ABRI serta 2 direktorat di Departemen Kesehatan. Pengumpulan data dilakukan selama bulan Agustus-November 2007. Luaran studi adalah mengetahui siapa yang dapat mewakili fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan dalam bernegosiasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan bagaimana mekanisme pelaksanaannya. Hasil studi ini diharapkan dapat sebagai masukan untuk kebijakan penyusunan peraturan pelaksanaan, kebijakan umum dan strategi penyelenggaraan sistem jaminan kesehatan publik yang diamanatkan pasal 24 UU SJSN/2004.

HASIL

Visi, Misi, dan Tujuan Asosiasi

Sebagian besar visi dari asosiasi pelayanan kesehatan adalah meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Sedangkan misi yang diembannya pada umumnya meningkatkan profesionalisme di dalam pemberian jasa pelayanan kesehatan bersama. Sebagian besar asosiasi mempunyai misi selain meningkatkan kemampuan untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan perorangan, juga upaya pemberian pelayanan secara *holistic* untuk masyarakat. Di dalam misi tersebut tersirat upaya untuk membantu yang tidak mampu (baik kelompok maupun individu) dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan yang lebih baik. Beberapa asosiasi juga mencantumkan upaya-upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dalam misi/tujuan

organisasinya dengan cara mengembangkan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK).

Persatuan rumah sakit Indonesia/PERSI mempunyai misi yang lebih luas daripada asosiasi lainnya, dengan visinya untuk mencapai profesionalisme pelayanan kesehatan ke taraf rumah sakit di Asia dan Pasifik maka upaya yang dilakukannya termasuk melaksanakan jejaring keseluruhan unit potensial yang ada di dalam/luar negeri khususnya dalam bidang manajemen pelayanan kesehatan.

Rumah sakit TNI dan POLRI karena tidak memiliki asosiasi tersendiri dan bergabung dengan asosiasi yang ada, mereka mempunyai misi khusus yang berbeda dengan unit pelayanan kesehatan umumnya. Selain memberikan pelayanan kesehatan bagi anggota (termasuk sipil) dan keluarganya, *core business* rumah sakit TNI utamanya adalah kesehatan matra yaitu dukungan kesehatan, mulai dari merekrut tentara, mempersiapkan prajurit untuk perang, menjaga kesehatan anggota agar selalu prima dan mengobati/merawat bila terjadi cedera serta melakukan rehabilitasi. Misi spesifik untuk rumah sakit POLRI yaitu pemeriksaan, perawatan, pelayanan terpadu bagi korban kekerasan anak dan perempuan, juga pelayanan pra-matik yaitu pemeriksaan forensik untuk korban pembunuhan, korban NARKOBA dan yang lebih spesifik adalah perawatan kesehatan dan pengobatan bagi nara pidana/penjahat. Hal ini sangat dihindari bagi fasilitas kesehatan lain, khususnya di tingkat rumah sakit (untuk menangani kasus yang membutuhkan biaya tinggi), karena sumber dana yang tidak pasti dan penanganannya sangat berisiko. Sehingga untuk menunjang misinya fasilitas pelayanan kesehatan POLRI didukung oleh tidak hanya Menteri Kesehatan, namun juga Menteri Negara Peranan Wanita dan Menteri Sosial.

Ruang Lingkup dan Fungsi Asosiasi

Sebagian besar asosiasi merupakan bagian dari induk organisasi yang berfungsi sebagai unit pembentuk, pelaksana dan pengembangan kesehatan dari induk organisasinya.

Fungsi asosiasi pelayanan kesehatan di Indonesia sebelum UU SJSN: 1) **Fasilitator**: menjembatani kepentingan anggota dengan pihak luar, misal; Pemerintah, pihak ke-3 terkait pemanfaatan pelayanan di institusi/anggota; 2) **Advokator**: memperjuangkan aspirasi & suara anggota kepada

pihak ketiga misal; Pemerintah pusat/daerah, badan penyelenggara asuransi, DPR/Daerah. 3) **Motivator**: memberikan motivasi peningkatan kinerja utamanya kepada anggota. 4) **Edukator**: mengenalkan dan meningkatkan teknik manajemen perumahsakit & teknis medis/keperawatan/pemeriksaan penunjang utamanya dengan teknik dan peralatan terkini, ke dalam dan keluar asosiasi. 5) **Promotor**: memberikan informasi terbaru terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di institusi anggota. 6) **Koordinator**: mengkoordinasi berbagai kepentingan anggota dan bersama asosiasi sejenis dan pemangku kepentingan. 7) **Negosiator**: mewakili kepentingan anggota/ asosiasi untuk memperjuangkan suatu tujuan atau kepentingan tertentu. 8) **Inovator**: melahirkan ide-ide baru dalam pemberian pelayanan kesehatan dan peningkatan kesehatan masyarakat.

Peta keanggotaan organisasi/asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia

Sebagian besar asosiasi yang ada beranggotakan unit pelayanan rumah sakit. Karena mempunyai kepentingan yang lebih spesifik lainnya, maka asosiasi tersebut berhimpun di bawah suatu asosiasi yang lain, bahkan beberapa asosiasi berhimpun pada lebih dari satu asosiasi. Karena merasa perlu untuk dapat saling menguatkan, maka asosiasi pelayanan kesehatan komunitas Islam berhimpun bersama dalam suatu wadah Majelis Syuro Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI). Beberapa yayasan pelayanan kesehatan komunitas berlatar belakang Katholik berhimpun dalam suatu wadah Perhimpunan Karya Dharma Katholik (PERDHAKI). Begitu juga untuk yayasan pelayanan kesehatan Kristiani berhimpun dalam suatu wadah Perhimpunan Pelayanan Kesehatan Kristiani (PELKESI), untuk pelayanan rumah sakitnya mereka juga sebagai anggota ARSSI dan PERSI.

Antara asosiasi yang berlatar belakang agama juga terhimpun dalam suatu asosiasi/forum kegiatan dengan tujuan yang lebih spesifik lagi seperti Forum Kerja Sama Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia (FKPKMI). Bila asosiasi berada di wilayah Jakarta maka ia juga bergabung dengan IRSJAM atau nama lain dari PERSI cabang Jakarta.

Himpunan rumah sakit pendidikan Indonesia (HIRSPI) anggotanya terdiri dari rumah sakit milik departemen/BUMN, rumah sakit swasta murni dan

rumah sakit swasta komunitas berlatar belakang agama. Keanggotaan dan anggota asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan seperti pada tabel 1 berikut.

Hasil Kongres X PERSI 2006 yang menjadi anggota PERSI tidak saja rumah sakit (termasuk anggota katagori A), namun juga rumah bersalin/ Klinik swasta dan sejenisnya dapat menjadi anggota (katagori B) dan juga praktik swasta perorangan dokter/dokter gigi/dokter spesialis dapat sebagai anggota (katagori C). Ikatan dokter Indonesia selain menghimpun praktik perorangan dokter/dokter gigi, di dalamnya juga menghimpun berbagai ikatan dokter/ dokter gigi spesialis dan ikatan dokter keluarga.

RS TNI dan POLRI walaupun tidak membentuk suatu asosiasi pelayanan kesehatan sendiri, namun banyak mengkoordinir unit/fasilitas pelayanan di bawahnya. Data menunjukkan jumlah rumah sakit umum TNI & POLRI sebanyak 110 dan rumah sakit khusus ada 2 yang terdapat di 31 provinsi. Jumlah yang berada di bawah koordinasi TNI Angkatan Darat ada 60 rumah sakit, di bawah koordinasi TNI angkatan Udara 19 rumah sakit, di bawah koordinasi TNI angkatan Laut 20 RS dan POLRI mempunyai rumah sakit sebanyak 13. Selain itu TNI dan POLRI memiliki balai pengobatan, klinik rawat inap, lembaga kesehatan kelautan dan unit pelayanan khusus seperti LADOGI, LAKESPRA, dan lainnya.

GPFARMASI sangat potensial untuk menjadi bagian dari asosiasi pelayanan kesehatan, merupakan gabungan industri farmasi, pedagang besar farmasi, apotik dan toko obat. Namun keberadaannya secara utuh belum dapat tertampung dalam PERSI ataupun asosiasi lainnya, karena bukan merupakan unit yang secara utuh memberikan pelayanan kesehatan maka keberadaannya tidak termasuk dalam asosiasi unit pelayanan kesehatan.

Fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan unit pelaksanaan teknis daerah (UPTD) seperti puskesmas dan unit pelayanan kesehatan dasar lain dibawahnya, dikelola dan bertanggung jawab terhadap dinas kesehatan.

Penetapan institusi yang bertanggung jawab terhadap UPTD diatur berdasarkan UU No. 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah, contoh seperti pada kotak 1 dan 2 berikut.

Kotak. 1 PP No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian urusan pemerintahan antara Provinsi dan Kabupaten/ Kota.

Tabel 1. Keanggotaan dan Anggota Asosiasi

Nama Asosiasi	Anggota
PERSI	Keanggotaan ada beberapa jenis yaitu: calon anggota, anggota biasa, anggota luar biasa dan anggota kehormatan. Berdasarkan hasil Rapat Paripurna Kongres X PERSI 21/11/2006 keanggotaan dibagi menjadi 3 kategori yaitu: - Katagori A: rumah sakit yang telah diakui oleh pemerintah di seluruh Indonesia (diwakili oleh pimpinan RS atau pejabat yang diberi wewenang). - Katagori B: rumah bersalin, klinik dan sejenisnya - Katagori C: perorangan profesi medis
ARSADA	Rumah sakit umum dan rumah sakit khusus milik pemerintah daerah Jumlah anggota ± 450 rumah sakit
IRSJAM/PERSI cabang Jakarta	Rumah sakit; swasta, BUMN dan milik pemerintah daerah yang berlokasi di DKI. Jumlah anggota 119 rumah sakit
PELKESI	Anggota PELKESI dari yayasan atau badan di bidang kesehatan, pabrik obat, RS, Panti, LSM kesehatan, BP, BKIA, lembaga pendidikan kesehatan, perorangan/profesional bidang kesehatan. Keseluruhan dibagi berdasarkan 5 kluster untuk koordinasi wilayah pelayanan. Wilayah 1: seluruh Sumatra kecuali Sumsel dan Lampung Wilayah 2: Sumsel, Lampung, Jabar, Jakarta, Kalbar. Wilayah 3: Jateng, Yogyakarta, Jatim, Bali, NTT Wilayah 4: Sulawesi utara, Maluku, Maluku utara, Kalimantan timur Wilayah 5: Papua
PERDHAKI	Jumlah anggota ± 450 terdiri dari 80 rumah sakit, RB, BALKESMAS, Panti, BP, Klinik, Sekolah kesehatan, dan lainnya Dibagi beberapa wilayah keuskupan. Jadi tidak selalu diwakilkan Provinsi, tergantung jumlah/ populasi fasilitas pelayanan yang ada, dengan batasan minimal ada 5 unit fasilitas pelayanan kesehatan.
MUKISI	a. Anggota biasa BP, Pabrik Obat, PBF, Apotek, Sarana Pendidikan tenaga kesehatan dan sarana kesehatan lainnya yaitu penyelenggara sarana kesehatan berizin seperti rumah sakit, rumah bersalin b. Anggota luar biasa orang yang mempunyai keahlian dan atau minat mengembangkan upaya kesehatan Islami c. Anggota kehormatan; orang atau badan yang telah berupaya mengembangkan upaya kesehatan Islam
MKKM	Kelompok usaha Majelis Muhammadiyah dibidang kesehatan yang tersebar di beberapa wilayah Indonesia. RS. RSIA, KIA, Klinik, BP, unit Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
LPKNU	Antara lain badan otonom NU terdiri dari unit pelayanan kesehatan kelompok Muslimat (pengajian ibu), Fatayat (pengajian remaja putri s/d usia 20 tahun), Ansor yang terdiri dari RS, Klinik, KIA, BP, dan lainnya Ada 16 cabang Lembaga Pelayanan Kesehatan di Provinsi. RS ada di 5 wilayah, RB/KIA 57 fasilitas kesehatan NU
GP FARMASI	Industri farmasi, Pedagang besar farmasi, Apotik, Toko Obat. Rincian jumlah anggota: Industri farmasi PMDN 172 (4 BUMN), PMA 33, PBF berjumlah 2.463, Apotek ± 10.000 dan toko obat ± 10.000.

Kotak 2 Peraturan Bupati Kabupaten Purbalingga No. 21 Tahun 2006 tentang Penjabaran dan TUPOKSI Dinas kesehatan

Umumnya fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat sebagai UPTD diserahkan pengelolaan/ tanggung jawabnya di dinas kesehatan kabupaten/ kota, namun untuk DKI Jakarta, DI Nangroe Aceh

Darussalam dan Provinsi Papua diatur berdasarkan PP No. 38 pasal.19 ayat 1 dan 2 yaitu berpedoman pada peraturan perundang-undangan yang mengatur daerah otonomi khusus daerah yang bersangkutan. Untuk DKI Jakarta pelayanan kesehatan dalam struktur organisasi dinas kesehatan dibagi menjadi 2 suku dinas yaitu suku dinas kesehatan masyarakat/Sudin

Bab VIII

Pasal 19 ayat (1)

*Khusus untuk pemerintahan daerah khusus provinsi DKI Jakarta rincian urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan kab/kota sebagaimana tertuang dalam lampiran Peraturan Pemerintah ini secara otomatis menjadi kewenangan **Provinsi**.*

BAB I Ketentuan Umum

Pasal 1 ayat (7)

Unit Pelaksana Teknis Daerah selanjutnya disebut UPTD adalah unsur pelaksana teknis operasional dinas yang mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas dalam bidang Kesehatan.

Kesmas dan suku dinas pelayanan kesehatan/Sudin Yankes. Puskesmas dan unit pelayanan kesehatan di bawahnya merupakan UPTD dinas kesehatan Provinsi langsung, walaupun di bawah koordinasi Sudin Kesmas di 5 wilayah (lima walikota).

Pandangan Asosiasi terhadap UU SJSN No. 40 Tahun 2004

Baru sebagian asosiasi yang sudah terpapar informasi tentang SJSN dan umumnya yang dikota besar (Jakarta dan Semarang). Asosiasi mendapat informasi ketika UU SJSN di undangkan, namun sampai saat wawancara belum ada penjelasan secara detail tentang maksud dan tata cara pelaksanaannya. Umumnya asosiasi yang telah terpapar dengan SJSN menyambut dengan baik, namun merasa perlu mendapat penjelasan lebih lanjut secara detail dan perannya dalam pelaksanaan SJSN. Namun di antaranya ada yang masih ragu, sebagai UPTD apakah nantinya dengan SJSN mereka juga dapat menandatangani kontrak dengan BPJS atau DJSN sebagai provider karena posisinya terikat dengan UU No. 32/2004 OTODA.

RS TNI dan POLRI menyambut baik SJSN namun masih mempertanyakan sejauh mana ruang lingkup peraturan pelaksanaan dan keefektifannya. Saat ini muncul dua pilihan atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI dan POLRI, yaitu:

1. Mendirikan Badan Pelayanan/BAPEL tersendiri untuk mengelola dana kesehatan yang dianggarkan, beserta dana tambahan dari

pemerintah sebesar 2% gaji anggota TNI/POLRI aktif.

2. Menyerahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada PT ASKES Indonesia untuk dikelola bersama program jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil.

Asosiasi yang pernah menjadi BAPEL Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di daerah, telah memahami mekanisme penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan sistem kontrak dengan pihak penyelenggara PJK serta menyadari manfaatnya di rumah sakit. Namun masih mengeluhkan penurunan jumlah peserta antara lain karena diberlakukannya program Askeskin. Beberapa asosiasi berharap SJSN dapat berjalan cukup berkeadilan, dan memberi peluang mereka mengelola JPK di daerah. Mereka menyatakan siap bersaing dengan pemerintah maupun BAPEL swasta lainnya. Dalam penelitian ini terjaring pula keraguan asosiasi terhadap penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional. Keraguan tersebut mencakup 4 hal yaitu: 1) Paket manfaat, 2) Peran pemerintah, 3) Peran DJSN, 4) Peran badan penyelenggara.

Asosiasi membutuhkan informasi dan ketentuan yang mengatur kejelasan paket manfaat yang akan dicakup dalam Program Jaminan Kesehatan/PJK. Dewan Jaminan Sosial Nasional, sebuah lembaga baru yang dibentuk oleh UU SJSN masih belum diketahui perannya oleh asosiasi. Selanjutnya, asosiasi belum mendapat informasi mengenai penetapan badan penyelenggara yang ditugasi mengelola Program Jaminan Kesehatan Nasional/PJKN. Pada umumnya

asosiasi berpendapat bahwa PT. ASKES Indonesia lebih layak untuk mengelola PJKN, dibandingkan badan lainnya (PT JAMSOSTEK, PT ASABRI, PT TASPEN), karena dinilai berpengalaman mengelola PJK sejak lama, dan telah memiliki kantor-kantor perwakilan yang tersebar luas hingga seluruh provinsi di Indonesia.

Beberapa kekhawatiran asosiasi terhadap Keefektifan Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional UU SJSN

Asosiasi fasilitas kesehatan mengkhawatirkan program PJKN UU SJSN tidak dapat dilaksanakan sebagaimana amanat prinsip-prinsip SJSN. Kekhawatiran tersebut dilandasi oleh berbagai pokok masalah yaitu:

1. Keseriusan Pemerintah dalam mempersiapkan peraturan pelaksanaan PJK dan sistem jaminan sosial saat ini terkesan sangat minimal, tercermin dari pemusatan seluruh daya dan upaya pemerintah pada pelaksanaan program Askeskin beserta penyelesaian berbagai masalah manajerial dan finansial yang ditimbulkannya.
2. Keefektifan Pemerintah dalam merumuskan peraturan pelaksanaan PJK terpadu, tegas, jelas, dan transparan dalam mengatur penyelenggaraan program jaminan sosial agar terhindar dari terulangnya kekisruhan pada pelaksanaan program Askeskin.
3. Kemampuan badan penyelenggara mengelola dana program jaminan sosial berskala besar, beserta kemampuannya membebaskan penyelenggaraan PJKN dari pengaruh dan tekanan politik baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah.
4. Kejelasan keterlibatan fasilitas pelayanan kesehatan swasta dalam PJKN serta implikasi program jaminan kesehatan pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan swasta.
5. Kemampuan menetapkan secara nasional dan tepat, harga pelayanan yang akan dibayarkan oleh BPJS di fasilitas kesehatan.

Sikap Asosiasi terhadap Pelaksanaan SJSN

Sikap asosiasi terhadap UU SJSN dan program jaminan kesehatan nasional khususnya masih sangat beragam, karena dilatarbelakangi oleh berbagai hal, antara lain:

- 1) Ketidakjelasan informasi tentang UU SJSN
- 2) Minimnya penyebarluasan informasi tentang program jaminan kesehatan nasional
- 3) Kerancuan pemahaman antara program Askeskin DepKes (bantuan sosial) dengan program jaminan kesehatan nasional UU SJSN (jaminan sosial)
- 4) Ketidakjelasan kelangsungan kebijakan pemerintah atas program jaminan kesehatan yang pernah dilaksanakan, seperti program JPKM, program Askeskin di era SJSN.

Pada umumnya asosiasi menyambut baik penerapan mekanisme pembayaran prospektif di fasilitas kesehatan dan siap membantu pelaksanaannya. Asosiasi yang saat ini juga berperan sebagai BAPEL program JPKM, berharap tetap dapat menyelenggarakan program JPKM di era SJSN. Mereka juga membutuhkan informasi tata kelola penyelenggaraan PJKN dan pembagian peran setiap pemangku kepentingan, dan berharap diikutsertakan dalam proses perumusan peraturan pelaksanaan PJKN, dan dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan.

Pandangan Asosiasi terhadap Pasal 24 UU SJSN

Setelah mengetahui perannya sebagaimana diatur pada pasal 24 UU SJSN, sebagian besar asosiasi berpendapat, perkumpulannya berpotensi untuk berperan sebagai negosiator dengan batasan kewenangan sesuai peraturan/mandat yang diterapkan asosiasi dan para anggotanya.

Ruang Lingkup Objek Negosiasi

Seluruh asosiasi yang diwawancarai setuju untuk membatasi perannya sebagai negosiator, hanya pada ketentuan kontrak perdata dengan BAPEL. Sementara negosiasi untuk harga pelayanan diserahkan direktur/pemilik fasilitas kesehatan untuk bernegosiasi langsung dengan BAPEL. Berikut beberapa komentar tentang hal tersebut di atas:

“...asosiasi hanya perhimpunan...bukan pemilik. Yang pantas sebagai negosiator yayasan kami... dari pada perhimpunan, karena sebagai pemilik fasilitas terbanyak yang tergabung dalam perhimpunan di sini.....yayasan mempunyai peran sangat penting...”

“...untuk mewakili bernegosiasi, mungkin bisa berinduk pada perhimpunan dengan skala nasional,...namun karena visi dan misi rumah sakit kami “spesifik” ...jadi kami lebih memilih cabang asosiasi kami di tingkat Provinsi atau Pusat sekalian untuk bernegosiasi..... Garis komando dengan suatu Ormas Agama terkemuka dengan kami kuat, selain itu pusat asosiasi kami juga menggalang dana dengan donatur nasional bahkan internasional....., dan kami mendapat penyaluran kerja samanya juga....”

“Rumah Sakit TNI bertanggung jawab pada masing-masing KODAM (komando daerah militer) dan garis komando selalu berlaku. Jika diwakili PERSI hanya bisa untuk kerja sama urusan yang sifatnya umum, seperti manajemen perumahan sakitan..... Sedang untuk hal yang sifatnya prinsip, harus diputuskan di tingkat KODAM utamanya yang menyangkut dukungan kesehatan Pertahanan Keamanan (HANKAM) karena membawahi batalyon kesehatan dan pleton kesehatan.....”

Wilayah tempat bernegosiasi

Terbuka peluang untuk mendelegasikan kewenangan bernegosiasi dengan badan penyelenggara kepada kantor perwakilan di daerah, namun peraturannya masih perlu dirumuskan lebih lanjut. Asosiasi mendukung ketentuan penetapan harga pelayanan di tingkat wilayah, berikut tanggapannya:

“menurut hemat kami: kebijakan tarif layanan kesehatan sebaiknya ditentukan di tingkat nasional, karena perbedaan jarak dan kondisi geografis, juga perbedaan kondisi dan kapasitas rumah sakit serta fasilitas kesehatan lainnya di daerah.....”

Ikatan Dokter Indonesia (IDI) sebagai asosiasi dokter memandang bahwa Pasal 24 UU SJSN akan membawa perubahan besar dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan praktik kedokteran di Indonesia. Sehubungan dengan hal tersebut IDI merasa perlu untuk mengembangkan konsep dan menyusun panduan jasa medik untuk dokter/dokter gigi yang kelak akan sangat dibutuhkan dalam implementasi SJSN dan UU praktik kedokteran.

Ketentuan batasan wilayah pada pelaksanaan negosiasi antara asosiasi dengan BAPEL, perlu diperjelas dengan mempertimbangkan keberadaan

asosiasi atau perwakilan asosiasi pusat di daerah. Saat ini hanya beberapa provinsi yang memiliki asosiasi fasilitas kesehatan di wilayahnya, dan hanya beberapa asosiasi yang memiliki kantor perwakilan di daerah, contoh:

- 1) Wakil direktorat kesehatan TNI dan POLRI berada di MABES TNI, sedangkan di daerah berada di tingkat Komando Daerah Militer/KODAM, namun tidak di seluruh provinsi.
- 2) PELKESI, ARSADA, PERSI dan MUKISI memiliki wilayah koordinasi di tingkat Provinsi, namun di antaranya ada yang belum mencakup seluruh provinsi.
- 3) PERDHAKI membagi wilayah kerja berdasarkan wilayah Keuskupan, dan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang diwakili, sebagai contoh keuskupan Jakarta juga mewakili fasilitas kesehatan yang berada di Kabupaten Bekasi dan Kota/KabupatenTangerang.
- 4) MKKM memiliki majelis kerja sampai tingkat kecamatan, namun belum menempatkan perwakilannya di seluruh provinsi.

Terjadinya multi-kepesertaan organisasi (asosiasi) yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan, memaksa asosiasi untuk mencermati organisasi mana yang paling pantas dan berwenang mewakili fasilitas kesehatannya dalam bernegosiasi dengan BAPEL. Adanya multi-kepesertaan yang dilandasi multi-tujuan anggotanya, berpotensi menimbulkan masalah pada saat pengambilan keputusan terutama menyangkut hal keterwakilan anggota dalam suatu asosiasi, bahkan berpotensi pula menimbulkan konflik kepentingan. Pendapat beberapa responden tentang MKKM (yang tergabung dalam MUKISI, PERSI), Yayasan Sultan Agung (yang tergabung dalam MUKISI, PERSI), YAKUM (yang tergabung dalam PELKESI, PERSI) sebagai berikut:

“....Satu garis komando akan lebih mudah dilaksanakan bila asosiasi hanya mewakili satu unit kepemilikan.....”

Pendapat asosiasi mengenai siapa yang layak dan “powerful” untuk mewakili fasilitas kesehatan bernegosiasi dengan BAPEL di wilayahnya masih sangat beragam, antara lain:

- 1) Berbagai asosiasi memandang PERSI wakil mereka yang terkuat untuk bernegosiasi dengan BAPEL, karena memiliki banyak anggota yang

berasal dari seluruh strata (pelayanan dasar & rujukan), serta memiliki perwakilan di seluruh provinsi di Indonesia.

- 2) ARSADA menyatakan kelayakannya sebagai wakil rumah sakit milik pemerintah di seluruh Indonesia
- 3) Terdapat 2 usulan untuk wakil puskesmas bernegosiasi dengan BAPEL yaitu:
 - a. Dinas Kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota, karena puskesmas adalah UPTD yang berada di bawah supervisi Dinas Kesehatan.
 - b. Tim Teknis Khusus yang menangani puskesmas, untuk daerah yang telah membentuk/memiliki tim tersebut (seperti di Semarang, Jawa Tengah).
- 4) Fasilitas kesehatan milik TNI dan POLRI berpendapat, kemampuan melakukan negosiasi ada di tingkat pusat bukan di tingkat wilayah, dan tidak mungkin diwakilkan oleh suatu asosiasi selain Departemen Hankam. Karena fasilitas tersebut mengemban tugas MATRA dan tugas dukungan kesehatan untuk HANKAM.
- 5) Bagi fasilitas kesehatan yang belum memiliki asosiasi, seperti klinik dan balai pengobatan, Dinas Kesehatan dipandang sebagai institusi yang potensial untuk mewakili kepentingan mereka ketika bernegosiasi dengan BAPEL.
- 6) Ketentuan “wilayah” sebagaimana diatur dalam Pasal 24 UU SJSN masih sangat umum, dan perlu dikaji lebih lanjut, karena banyak asosiasi yang tidak memiliki kantor perwakilan di daerah atau tidak mendelegasikan kewenangan ke tingkat daerah.
- 7) Pada penelitian ini tidak berhasil ditemukan sampel Asosiasi Rumah Sakit Swasta Seluruh Indonesia/ ARSSI yang dapat mewakili asosiasi rumah sakit swasta murni (*for profit*), sehingga tidak mendapat gambaran siapa yang akan bertindak sebagai negosiator.

KESIMPULAN

Mekanisme kontrak antara BPJS dan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan dalam pasal 24 ayat (1) UU SJSN masih perlu penjelasan. Berikut pemahaman asosiasi tentang pasal tersebut: 1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan dengan mekanisme jaminan kesehatan sosial melibatkan BPJS, dan asosiasi fasilitas kesehatan.

Keduanya wajib untuk tunduk pada ketentuan ikatan keduanya dari suatu perjanjian dan persetujuan tertulis (kontrak perdata); 2) Kesepakatan yang harus dicapai adalah besaran harga pelayanan yang akan dibayarkan kepada fasilitas kesehatan yang berlaku di suatu wilayah; 3) BPJS harus bersepakat dengan asosiasi fasilitas kesehatan wilayah atas harga pelayanan kesehatan di wilayahnya, namun tidak ada batasan dan penjelasan lebih lanjut mengenai wilayah yang dimaksud oleh pembentuk UU SJSN; 4) Tidak ada penjelasan lebih lanjut mengenai asosiasi fasilitas kesehatan, maka terbuka peluang mengikutsertakan berbagai bentuk keanggotaan kedalam fasilitas kesehatan; 5) Negosiasi hanya menyertakan dua pihak, dan belum ada ketentuan yang mengatur keterlibatan pihak lain (misal: Pemerintah atau DJSN). Hal tersebut diperlukan bila tidak tercapai kesepakatan antar pihak yang bernegosiasi.

Beberapa masalah yang teridentifikasi: 1) Regulasi kontrak perdata. Untuk melakukan kontrak perdata dengan BPJS, asosiasi fasilitas kesehatan harus berbentuk “Perkumpulan Berbadan Hukum”. Saat ini sedikit sekali asosiasi fasilitas kesehatan yang memenuhi ketentuan itu. Selanjutnya organisasi profesi (IDI & PDGI) adalah organisasi kemasyarakatan yang ditetapkan oleh UU Praktik Kedokteran (UU No. 24 tahun 2004) dan bukan perkumpulan perdata berbadan hukum, jadi tidak dapat melakukan kontrak dengan pihak ketiga. Hambatan bagi asosiasi yang beranggotakan UPTD untuk meningkatkan status perkumpulan ke tingkat perkumpulan perdata berbadan hukum, karena dibatasi ketentuan UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah. Asosiasi fasilitas kesehatan perlu mencermati dan memenuhi ketentuan KUH Perdata bila berkeinginan terlibat dalam kontrak dengan BPJS. 2) Wilayah tempat bernegosiasi. Pengertian “wilayah” menerangkan kedudukan asosiasi yang dapat bertindak mewakili fasilitas kesehatan, perlu mendapat penjelasan rinci. UU SJSN tidak menjelaskan lebih lanjut apakah batasan wilayah mengacu pada wilayah administratif pemerintahan (provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa) atau wilayah kerja BPJS. Mengingat asosiasi fasilitas masih terpusat di ibukota negara dan kota-kota besar di Indonesia, serta masih banyak fasilitas pelayanan kesehatan di daerah yang tidak tergabung dalam asosiasi di daerah, maka ketentuan batasan wilayah harus ditentukan lebih lanjut agar muatan Pasal 24 ayat (1) dapat di implementasikan. 3) Representasi

fasilitas kesehatan dalam asosiasi. Representasi fasilitas kesehatan dalam asosiasi masih perlu ditelaah lebih lanjut dan ditetapkan dengan tegas. Masalah utama yang mungkin akan menimbulkan kendala adalah keanggotaan majemuk sebuah fasilitas kesehatan/asosiasi dalam berbagai perkumpulan atau asosiasi karena berpotensi menimbulkan benturan kepentingan. Masalah lainnya yang harus segera dipecahkan adalah fasilitas kesehatan yang belum memiliki asosiasi seperti Puskesmas, dan keterbatasan peraturan dalam merepresentasikan fasilitas kesehatan oleh suatu asosiasi independen, seperti yang dihadapi oleh RSUD, RS TNI/POLRI. Perlu dicermati perlunya membangun asosiasi fasilitas kesehatan yang homogen bagi setiap tingkatan fasilitas kesehatan, misalnya asosiasi; rumah sakit, klinik, klinik dokter keluarga, dokter, dokter gigi, dan lain-lain;

4) Muatan dan objek negosiasi. Asosiasi tidak setuju untuk merepresentasikan fasilitas kesehatan dalam negosiasi besaran harga yang akan dibayarkan BPJS ke fasilitas kesehatan. BPJS disarankan untuk bernegosiasi langsung dengan fasilitas kesehatan, untuk menyepakati harga pelayanan. Asosiasi lebih tertarik mengatur bersama BPJS muatan kontrak perdata yang memuat ketentuan umum pemberian pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan.

5) Kepercayaan dan harapan terhadap UU SJSN. Tingkat pengaruh, keterlibatan dan sikap asosiasi terhadap SJSN masih sangat minimal. Ditemui 9 alasan yang melandasi keraguan asosiasi terhadap keefektifan program jaminan kesehatan nasional UU SJSN, yaitu: (a) Pemahaman asuransi sosial yang masih keliru, terutama dalam membedakan penyelenggaraan program jaminan kesehatan sosial (mekanisme subsidi silang antarpeserta), dengan ketentuan penyelenggaraan fungsi sosial RS yaitu ketentuan memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin di RS (mekanisme subsidi silang antar pengguna jasa di fasilitas kesehatan). (b) Ketiadaan perturan pelaksanaan yang rinci dan tegas mengatur penyelenggaraan PJKN UU SJSN, serta mengatur peran para pemangku kepentingan. (c) Pengalaman yang kurang menyenangkan selama menyelenggarakan program Askeskin. (d) Persepsi yang kurang baik atas performa PT ASKES Indonesia dan PT JAMSOSTEK sebelum diberlakukannya UU SJSN. (e) Kekhawatiran atas intervensi pemerintah termasuk elit politik di tingkat pusat dan daerah terhadap program SJSN. (f) Adanya

konflik kepentingan pada asosiasi yang juga mewakili Bapel JPKM yang diperkuat oleh pemahaman adanya dukungan peraturan (PP No. 38 Tahun 2007) atas penyelenggaraan program jaminan sosial di daerah. (g) Rendahnya keyakinan terhadap hal baru dan ketidakyakinan atas penyelenggaraan program berskala luas. (h) Ketidakyakinan akan adanya transparansi dalam penyelenggaraan program.

6) Peran Pemerintah. Pasal 24 UU SJSN tidak mengatur peran pemerintah dalam proses pembuatan kontrak perdata antara asosiasi dan BPJS. Asosiasi mengusulkan adanya peran pemerintah baik pemerintah pusat dan daerah sebagai pengawas dan pengambil keputusan akhir bila terjadi kebuntuan dalam proses negosiasi.

SARAN

- Pelaksanaan ketentuan pasal 24 UU SJSN *harus diselaraskan dengan pelaksanaan ketentuan lainnya yang terkait*, yaitu pasal-pasal Kitab UU Hukum Perdata (KUH Perdata) yang mengatur badan hukum (Pasal 1653) dan kontrak (Pasal 1313 dan Pasal 1233) dan peraturan perundangan lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- Merujuk pada ketentuan KUH Perdata, *subjek hukum yang bertindak selaku pembuatan kontrak tersebut harus dimaknai sebagai badan hukum bukan orang pribadi*. Pasal 1653 KUH Perdata menetapkan 3 macam perkumpulan berbadan hukum, yaitu: perkumpulan yang diadakan oleh kekuatan hukum, yang diakui oleh kekuatan hukum, dan yang diperkenankan atau untuk suatu maksud tertentu yang tidak berlawanan dengan undang-undang atau kesusilaan. Sehingga asosiasi fasilitas kesehatan yang tidak memenuhi ketentuan di atas, tidak dapat digolongkan sebagai perkumpulan berbadan hukum, serta tidak dapat melakukan per-ikatan badan dengan pihak ketiga.
- UU SJSN melibatkan 3 pihak dalam membangun kontrak pemberian pelayanan kepada peserta PJKN yaitu: BPJS, fasilitas kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan. Namun UU SJSN tidak mengatur lebih lanjut ketentuan yang akan diikat oleh masing-masing pihak, dan hanya ada satu ketentuan yaitu besaran pembayaran yang harus disepakati oleh BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan. Sangat diharapkan ketentuan yang

lebih rinci dapat diatur dalam Peraturan Presiden tentang PJKN (PerPres PJKN).

- PerPres PJKN harus dapat mengoperasionalkan ketentuan wilayah dalam pembuatan kontrak antara BPJS dengan asosiasi fasilitas kesehatan.
- Mencermati ketentuan Pasal 23 ayat (1) dan Pasal 24 UU SJSN perikatan antara BPJS dengan asosiasi fasilitas kesehatan dan fasilitas kesehatan, dapat dilaksanakan sebagai berikut:

1) BPJS – Asosiasi Fasilitas Kesehatan. Isi batang tubuh kontrak antara keduanya hendaknya dibatasi 3 hal di bawah ini tanpa menutup perikatan langsung antara BPJS dengan Fasilitas Kesehatan.

Ketentuan tersebut hendaknya mencakup:

(a) Norma, standar dan prosedur penyelenggaraan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang terikat kerja sama dengan BPJS.

(b) Besaran harga untuk setiap jenis pelayanan dan fasilitas pelayanan, ditetapkan dalam bentuk rentang harga dari terendah hingga tertinggi untuk masing-masing wilayah, dan dapat pula ditetapkan dengan point yang mencerminkan sumber daya yang ada di dalamnya.

(c) Metoda pembayaran berikut insentif dan pembagian risiko.

2) BPJS – Fasilitas Kesehatan

Sesuai Pasal 23 UU SJSN dengan berpedoman ketentuan yang ditetapkan oleh BPJS dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan, muatan kontrak BPJS dengan fasilitas pelayanan kesehatan memuat volume pelayanan yang tersedia dan yang akan dibeli oleh BPJS di suatu fasilitas kesehatan, besaran harga serta metoda pembayarannya.

- UU SJSN tidak dengan jelas dan tegas menetapkan peran Pemerintah dalam penyelenggaraan pelayanan jaminan kesehatan. Ada 4 area yang tetap menjadi tanggung jawab pemerintah sebagai regulator adalah: 1) lisensi dan akreditasi, 2) penegakan standar pelayanan kesehatan nasional,

3) pengendalian kualitas pelayanan untuk menjamin layanan adekuat; dan 4) pemerataan ketersediaan fasilitas kesehatan. Peran pemerintah juga sangat diharapkan untuk membangun kebijakan pemberian insentif bagi pemerataan ketersediaan pelayanan kesehatan utamanya di daerah terpencil dan/atau tertinggal.

- Dalam UU SJSN penyelenggaraan pelayanan kesehatan akan berbasis kontrak yang mengarah pada pembayaran pelayanan sesuai kinerja (*performance based payment model*) melalui BPJS di fasilitas kesehatan yang terikat kerja sama dengannya (*active purchasing for healthcare*). Perlu serangkaian persiapan oleh masing-masing aktor terkait.

UCAPAN TERIMA KASIH

Mr. M.W. Manicki, SHI Project, GTZ Indonesia yang telah mendanai penelitian ini, serta Bapak A.A. Oka Mahendra, SH., MH dan ibu Eva yang telah mendukung kegiatan studi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anthony Ch Sunarjo, 2005. *General Info GP Farmasi Indonesia handout presentation*, Pengurus Pusat GP Farmasi-Indonesia.
- Arief Selomulya, 2003, *Dana Kesehatan Nasional Buah Pikiran GP Farmasi Indonesia bagi Pemerintah, handout presentation*, Ka.Bid.Org & Pem.Daerah disampaikan dalam Rapat dengan Dewan penasihat GP Farmasi.
- ARSADA, 2002. *Booklet Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Asosiasi Rumah Sakit Seluruh Indonesia (ARSADA)*.
- Asih Eka Putri, Tati Suryati, 2012. *Menuju Sistem Jaminan Sosial Nasional: Pemetakan dan Telaah Kritis Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan*.
- Dinkes. Kab. Purbalingga, 2006. *Peraturan Bupati Kab. Purbalingga No. 21/2006 / Penjabaran dan TUPOKSI DinKes*.
- Dirjen Bina Pelayanan Medik-Depkes, 2006. *Daftar RS di Indonesia*. Jakarta ed. hal. 8.
- Gatot Soetono, 2005. *Handout Program Kerja Penyusunan Panduan Imbalan Jasa Medik, Bidang Kajian Pembiayaan Kesehatan PB IDI*, Jakarta.
- Himpunan Peraturan Perundang Undangan RI, *Rechtspersoonlijkheid van Vereenigingen/keputusan Raja 28/03/1870 tentang Aturan Perkumpulan Perkumpulan Berbadan Hukum*.

- Indonesia Undang-undang, dll. Peraturan Pemerintah No. 38 tahun 2007 tentang Pembagian urusan pemerintahan antara Pemerintahan Provinsi dan Pemerintahan Kabupaten/Kota.
- Indonesia Undang-undang, dll. Undang-undang No. 8 tahun 1985 tentang Organisasi Kemasyarakatan.
- Indonesia Undang-undang, dll. Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.
- Indonesia Undang-undang, dll. Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- Indonesia Undang-undang, dll. Undang-undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistim Jaminan Sosial Nasional, Jakarta, Oktober.
- MUKISI, 2006. Booklet Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga dan Program Kerja Majelis Syuro Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI), Jakarta.
- PELKESI. Booklet Profile of PELKESI. Pengurus Pusat Lembaga Kesehatan Nahdatul Ulama, Booklet Strategic Plan Bidang Kesehatan NU 2006–2009.
- PERDHAKI, Booklet Rencana Strategis PERDHAKI 2005–2010, Jakarta.
- PERSI, 2001. Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI), Pengurus Pusat PERSI Jakarta.
- PERSI, 2006. Lembaran Rumusan Rapat Paripurna Kongres X PERSI- Jakarta, 21 November.
- PERSI. Pengurus Pusat PERSI <http://www.pdpersi.co.id>, Sejarah PERSI dan Struktur Kepengurusan.
- PERSI, 2000. Booklet Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI), Jakarta.
- Pimpinan Pusat Muhammadiyah, 2007. Pedoman Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat, Jakarta.