

INTEGRASI JAMKESDA DALAM JKN BAGI PBI DI KOTA BLITAR DAN KOTA MALANG

The Integration Process of Jamkesda (District Health Insurance) into the National Health Insurance for Recipient of Contribution Subsidy in Blitar and Malang Cities

Rukmini, Oktarina, Ristrini, Tumaji

Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan,
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI

Naskah Masuk: 3 Oktober 2016, Perbaikan: 17 Nopember 2016, Layak Terbit: 9 Desember 2016

ABSTRAK

Sesuai peta jalan JKN diharapkan pada tahun 2016, semua Jamkesda untuk masyarakat miskin telah terintegrasi dalam sistem JKN. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proses integrasi Jamkesda ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan di daerah.

Jenis penelitian observasional disain potong lintang, dilaksanakan di Kota Blitar dan Kota Malang tahun 2015. Responden adalah Bidang terkait kepesertaan Jamkesda di Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS dan Pemerintah Daerah (Bappeda, BPKAD, Kesra). Pengumpulan data dengan wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah dan data sekunder tentang kepesertaan serta dokumen kebijakan. Integrasi kepesertaan Jamkesda ke sistem JKN bagi PBI didukung oleh regulasi daerah berupa SK Walikota untuk penetapan peserta PBI dan Perjanjian Kerjasama Pemerintah Kota dan BPJS. Kepesertaan PBI, di Kota Blitar PBI Pusat (25.266 jiwa) dan Kota Malang (106.902), sedangkan PBI Daerah di Kota Blitar hasil integrasi Jamkesda (8.508 jiwa) dan Kota Malang (20.190 jiwa). Integrasi Jamkesda ke sistem JKN bagi PBI telah dilaksanakan oleh daerah dengan cara yang berbeda, baik dalam aspek penetapan kriteria, institusi pelaksana verifikasi dan validasi peserta, penambahan dan pengurangan data peserta, pendistribusi kartu dan waktu pembayaran premi. Beberapa kendala yang dialami oleh *stakeholder* terkait dalam integrasi Jamkesda meliputi kendala dalam manajemen kepesertaan, keterbatasan SDM, anggaran, teknis verifikasi validasi masyarakat miskin dan sistem BPJS yang masih baru. Proses integrasi kepesertaan Jamkesda ke sistem JKN telah dilaksanakan cukup baik sesuai dengan kondisi di daerah masing-masing. adanya landasan hukum dan Pedoman Pelaksanaan Integrasi Jamkesda ke sistem JKN, yang dapat menjadi acuan yang benar sehingga mengurangi ketidaktepatan dalam pelaksanaan.

Kata kunci : integrasi, Jamkesda, JKN, penerima bantuan iuran

ABSTRACT

The National Health insurance (JKN) appropriate road map is expected in 2016, all Jamkesda for the poor has been integrated in the JKN system. This study aims to investigate the implementation of Jamkesda (District Health Insurance) integration into the National Health Insurance implemented in the city. It was an observational study with a cross-sectional design, carried out in the city of Blitar and Malang in 2015. The respondents were related areas Jamkesda participation in City Health office, Social Services, BPJS and Local Government (Bappeda, BPKAD, Welfare). Data were collected by in-depth interviews, focus group discussions, and secondary data on participation and policy documents. Integration process of membership Jamkesda into the system of JKN for PBI (Recipient of Contribution Subsidy) has been supported by the local regulations in the decree of the Mayors for determination of PBI participants and Cooperation Agreement BPJS with Municipal Government. Membership of central PBI in Blitar City (25,266 people) and Malang city (106,902), while district PBI in Blitar results integration of Jamkesda (8,508 people) and Malang (20,190 inhabitants). Integration of membership Jamkesda to JKN system for PBI has been implemented by the region in a different ways, both in terms of setting criteria, verification and validation of implementing institutions of the participants, the addition and reduction

Korespondensi:

Rukmini

Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Balitbangkes RI

Jl. Indrapura No. 17 Surabaya

E-mail: imas_yatno@yahoo.co.id

participant data, distributing the card and premium payment. Some of the constraints experienced by stakeholders in the integration Jamkesda include constraints in the membership management, limited human resources and budget, technical verification and system validation poor people and information system BPJS still new. The integration membership Jamkesda to JKN system has been implemented fairly well in accordance with the conditions in their respective areas. It needs a legal basis and Guidelines of Integration Implementation Jamkesda to JKN system, which may be a valid inference thus reducing inaccuracies in the implementation.

Keywords: *integration, Jamkesda (District Health Insurance), National Health Insurance, the Beneficiaries of National Health insurance (JKN)*

PENDAHULUAN

Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamankan perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, bagi fakir miskin, anak dan orang terlantar serta orang tidak mampu yang pembiayaan kesehatannya dijamin oleh Pemerintah. Undang-Undang No. 40 tahun 2004 Pasal 14 ayat (1) menyebutkan Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran (PBI) sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS); Ayat (2) Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.

Pemikiran integrasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) (DJSN, 2015) berdasarkan 1) Fakta di lapangan bahwa tidak semua penduduk miskin dan tidak mampu di daerah tercakup dalam program JKN; 2) Perpres No 111/ 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Jamkes), Pasal 6A, "Penduduk yg belum termasuk sebagai Peserta Jamkes dapat diikutsertakan dalam program Jamkes pada BPJS Kesehatan oleh Pemerintah Daerah"; 3) Hasil uji materi oleh Mahkamah Konstitusi terhadap UU SJSN No. 40 Tahun 2004, memperkuat peran pemerintah daerah untuk menyelenggarakan sistem jaminan sosial. Berdasarkan Pasal 22 huruf h dan Pasal 167 UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, ditetapkan kewajiban daerah dan prioritas belanjanya untuk mengembangkan sistem jaminan sosial; 4) Urusan kesehatan merupakan urusan wajib Pemerintah Daerah. Jaminan Kesehatan Daerah umumnya dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) provinsi dan kabupaten/kota yang mampu.

Sebagaimana Peraturan Pemerintah (PP) No. 102 Tahun 2012 tentang PBI, jumlah masyarakat miskin yang ditanggung sebanyak 86,4 juta jiwa sedangkan menurut BPS sebanyak 96,7 juta jiwa (BPS, 2011). Terbatasnya jumlah masyarakat miskin yang ditanggung Pemerintah Pusat melalui APBN maka

diharapkan Pemerintah Daerah ikut bertanggung jawab atas pembiayaan masyarakat miskin di wilayahnya. Di Provinsi Jawa Timur kuota pembiayaan masyarakat miskin sebagai peserta BPJS sebanyak 14,001 juta jiwa dari yang seharusnya mendapat jaminan kesehatan 14,708 juta jiwa atau kurang 707 ribu jiwa (Fatkhurohman, 2014).

Terkait integrasi Jamkesda untuk masyarakat miskin, aturan BPJS bahwa tidak menanggung program kesehatan pemerintah daerah tetapi bisa dilaksanakan jika ada perjanjian kerjasama *Memory of Understanding (MoU)*. Hal tersebut berdasarkan PP No. 85 tahun 2013 tentang Tata Cara Hubungan antar Lembaga Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasal 4 yaitu 1) Hubungan kerja sama BPJS dengan lembaga Pemerintah dan lembaga pemerintah daerah dilaksanakan melalui perjanjian kerjasama, 2) Perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat secara tertulis dan dapat dituangkan dalam bentuk nota kesepahaman, kerjasama operasional, kerja sama fungsional, atau bentuk lain yang disepakati bersama. Di Jawa Timur yang sudah melaksanakan MoU dengan BPJS sebanyak 19 kabupaten/kota. Kota Blitar dan Kota Malang, termasuk kota yang pertama kali MoU dengan BPJS di Jawa Timur.

Saat ini, banyak Pemerintah Daerah yang menjalankan Jamkesda untuk menjamin kesehatan khususnya warga miskin yang belum tercover PBI JKN APBN. Sesuai peta jalan JKN untuk mencapai *universal coverage* tahun 2019, ditargetkan semua Jamkesda telah terintegrasi dalam sistem JKN yang dilaksanakan oleh BPJS pada tahun 2016 (RI, 2012). Di Indonesia, terdapat 13 (38%) Pemerintah Provinsi yang telah melaksanakan integrasi Jamkesda ke sistem JKN, 66 (68%) Pemerintah Kota, 216 (52%) Pemerintah Kabupaten dengan keseluruhan peserta sebanyak 11.221.611 jiwa (Tridarwati, Sri Endang, 2015).

Pelaksanaan Jamkesda pada era JKN, diharapkan fokus untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang belum tercover oleh JKN. Berdasarkan Perpres No. 19 tahun 2016, tentang perubahan kedua atas Perpres No. 12 tahun 2013 tentang jaminan Kesehatan, besaran iuran untuk PBI yang awalnya

Rp.19.225,- menjadi Rp.23.000,- per orang setiap bulan. Adapun bagi daerah yang tidak mampu, dapat menyeleksi sasaran yang benar-benar miskin dan tidak mampu untuk dibiayai Pemda, sedangkan bagi yang mampu dimotivasi untuk mendaftar menjadi peserta ke BPJS Kesehatan dan membayar iurannya (Rachmatarwata Isa, 2015). Integrasi pendanaan dan data peserta Jamkesda dilakukan secara bertahap agar tidak ada warga miskin yang tidak mempunyai akses pelayanan kesehatan.

Penelitian bertujuan menentukan proses integrasi Jamkesda ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional di daerah.

METODE

Jenis penelitian ini adalah observasional dengan disain potong lintang. Penelitian dilakukan di Kota Blitar dan Kota Malang pada tahun 2015.

Aspek-aspek dalam integrasi Jamkesda ke sistem JKN bagi PBI yang diteliti meliputi regulasi, kepesertaan dan proses pelaksanaan integrasi yang meliputi advokasi ke BPJS, penyediaan data peserta, penetapan kriteria masyarakat miskin, proses verifikasi, waktu penerbitan SK, penambahan peserta baru dan pembayaran klaim.

Informan adalah Kepala dari 1. Dinas dan 2. Bidang terkait Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan, 3. Dinas Sosial, BPJS dan 4. Pemerintah Daerah (Bappeda, Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD), 5. Biro Kesejahteraan.

Pengumpulan data dengan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah serta data sekunder tentang kepesertaan dan dokumen kebijakan di Kota Blitar dan Kota Malang. Analisis data secara diskriptif.

HASIL

Regulasi daerah integrasi Jamkesda ke Jaminan Kesehatan Nasional Bagi PBI

Kebijakan pelaksanaan integrasi kepesertaan Jamkesda ke sistem JKN bagi PBI di Kota Blitar dan Kota Malang melalui regulasi daerah yaitu SK Walikota Penetapan Peserta Penerima Bantuan Iuran Daerah (PBID) dan Perjanjian Kerjasama (PKS) antara BPJS dengan Pemerintah Kota.

Kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan

Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Blitar dan Kota Malang bahwa sebelum Jamkesda, program pemerintah pusat untuk masyarakat miskin

adalah Jaminan Kesehatan masyarakat (Jamkesmas) yang merupakan perubahan dari Program Asuransi kesehatan masyarakat miskin (Askeskin). Program Jamkesmas dijalankan oleh Pemerintah Kabupaten/ Kota pada tahun 2008-2011, terdiri atas dua yaitu 1) Jamkesmas kuota yaitu data kepesertaan dari BPS, sumber anggaran dari Pusat; 2) Jamkesmas non kuota yaitu masyarakat miskin yang belum tcover Jamkesmas kuota Pusat, dibiayai oleh Pemerintah Kab/Kota maupun Provinsi.

Sejak tahun 2012, Jamkesmas non kuota berubah menjadi Jamkesda. Beberapa model Jamkesda yang dilaksanakan di daerah disajikan pada Tabel.2

Pada awal era JKN tahun 2014, peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat dengan biaya APBN, didaftarkan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) oleh Pemerintah Pusat. Sesuai Peta Jalan JKN, maka diharapkan peserta Jamkesda yang merupakan masyarakat miskin juga diintegrasikan ke dalam Sistem JKN sebagai PBI.

Peserta PBI Daerah yang didaftarkan Pemerintah Kota Blitar dan Malang terdiri dari peserta Jamkesda dan peserta Surat Pernyataan Miskin (SPM). Jumlah kepesertaan JKN bagi penerima bantuan iuran (PBI) tahun 2014 bersumber dana APBN dan APBD menurut data Dinas Kesehatan Kota Blitar dan Kota Malang tampak pada Tabel 3.

Pelaksanaan Integrasi Kepesertaan Jamkesda ke sistem Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS

Wawancara dengan Dinas Kesehatan dan BPJS didapat bahwa melaksanakan integrasi kepesertaan Jamkesda ke sistem JKN bagi PBI, dimulai dengan proses advokasi BPJS melalui Forum Komunikasi Pemangku Kepentingan Utama yang beranggotakan Sekda, Dinas Kesehatan, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Dispendukcapil), Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD), Biro Hukum, Dinas Tenaga Kerja dan Badan Kepegawaian Daerah (BKD).

Terdapat beberapa aspek yang berbeda dalam proses pelaksanaan di Kota Blitar dan Kota Malang dijabarkan pada Tabel.4.

Kendala Pelaksanaan Integrasi

Tabel 5 menunjukkan beberapa kendala dalam pelaksanaan integrasi Jamkesda ke sistem JKN bagi PBI oleh *stakeholder* terkait; meliputi kendala dalam manajemen kepesertaan, keterbatasan SDM, anggaran, teknis verifikasi validasi masyarakat miskin dan sistem BPJS yang baru.

Tabel 1. Regulasi Integrasi Jamkesda ke sistem JKN di Kota Blitar dan Kota Malang, Tahun 2014

Kota	Kota Malang	Tentang
Blitar	<ol style="list-style-type: none"> SK Walikota No: 188/565/HK/410.010.2/2014 SK Walikota No: 188/890/HK/410.010.2/2014 PKS BPJS dengan Pemerintah Kota Blitar No: 156/KTR/VII.04/ 0614, No: 11 Tahun 2014 	<ol style="list-style-type: none"> Peserta PBI Daerah Program JKN di Kota Blitar, berlaku 1 Juli 2014, sejumlah 6.560 jiwa. Tambahan Peserta Penerima Bantuan Iuran Daerah (PBI-D) Program JKN di Kota Blitar, berlaku 1 Oktober 2014, sebesar 1.948 jiwa Perjanjian Kerjasama BPJS Kesehatan Kantor Cb Utama Kediri dengan Pemerintah Kota Blitar Penyelenggaraan Jamkes Bagi PBID di Kota Blitar
Malang	<ol style="list-style-type: none"> SK Walikota Malang No: 188.45/55/35.73.112/2014 SK Walikota Malang No: 188.45/421/35.73.112/2014. PKS No Pemerintah Kota Malang: 050/88/35.73.12/2014 No BPJS Kesehatan Cb Malang : 113/KTR/VII.05/ 0914. 	<ol style="list-style-type: none"> Pembentukan Tim koordinasi Pelaksanaan Program Jamkes di Kota Malang tahun 2014. Penetapan Peserta PBI Program JKN Tahun 2014, berlaku 1 Sept 2014, sebesar 24.272 jiwa. Perjanjian Kerjasama antara Pemerintah Kota Malang dengan BPJS Kesehatan Cb Malang.

Tabel 2. Jenis Jamkesda yang dilaksanakan di Kota Blitar dan Kota Malang, Tahun 2012 – 2014

Kota Blitar	Kota Malang
<ol style="list-style-type: none"> Jamkesda Provinsi, dana <i>sharing</i> antara APBD Kota dan Provinsi Jamkesda Kota, dana APBD Kota SPM, terdiri atas SPM yang menandatangani Kadinkes untuk pelayanan dalam Kota Blitar dan SPM luar kota untuk pelayanan rujukan di RS Provinsi yang menandatangani Walikota 	<ol style="list-style-type: none"> Jamkesda, dengan sumber pembiayaannya <i>sharing</i> antara APBD Kota Malang dan APBD Provinsi (50%:50%) Surat Pernyataan Miskin (SPM) dengan sumber pembiayaannya dari APBD Kota Malang.

Tabel 3. Kepesertaan JKN bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) di Kota Blitar dan Kota Malang, Tahun 2014

Kota	Tahapan Integrasi Jamkesda Provinsi dan Kota (PBI Daerah)	Jumlah yang diintegrasikan	PBI JKN (APBN)	Total
Blitar	5.560 jiwa peserta Jamkesda (1 Juli 2014) 1.948 jiwa peserta SPM (1 Oktober 2014)	8.508	25.226	33.734
Malang	19.190 jiwa peserta Jamkesda (September 2014) 1.000 jiwa peserta SPM (1 Desember 2014)	20.190	106.902	127.092

PEMBAHASAN

Pelaksanaan integrasi kepesertaan Jamkesda ke sistem JKN, khususnya bagi masyarakat miskin sebagai PBI di BPJS Kota Blitar dan Kota Malang sesuai dengan peta jalan JKN. Pengintegrasian tersebut merupakan sinergitas penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi penduduk yang terdaftar Pemerintah Daerah dengan skema SJSN, JKN yang dikelola BPJS Kesehatan (Tridarwati, Sri Endang, 2015).

Hal tersebut sejalan Peraturan Presiden No. 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Peta Jalan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bidang Kesehatan dan Bidang Ketenagakerjaan, bahwa Pemerintah Daerah memberikan dukungan dan fasilitasi pelaksanaan Peta Jalan, sedikitnya meliputi

aspek peraturan perundangan, kepesertaan, manfaat dan iuran, pelayanan kesehatan, keuangan serta kelembagaan dan organisasi. Di Kota Blitar dan Kota Malang, integrasi kepesertaan Jamkesda sebagai PBI di BPJS masing-masing melalui SK Walikota tentang penetapan peserta PBI Program JKN dan Surat Perjanjian Kerjasama (PKS) antara Kepala BPJS dengan Pemerintah Kota.

Namun penetapan peserta PBI di Kota Blitar lebih aman, secara aturan karena jumlah peserta menurut SK Walikota sesuai dengan PKS *by name dan by adresss*. Setiap penambahan peserta baru PBI disertai SK Walikota tentang penetapan peserta baru (tambahan) pada tahun berjalan PKS. Sedangkan di Kota Malang, penambahan peserta PBI baru tidak disertai penetapan SK Walikota atau lebih berisiko karena tidak tercantum *by name dan*

Tabel 4. Pelaksanaan Integrasi Jamkesda ke Dalam JKN bagi PBI di Kota Blitar dan Kota Malang, Tahun 2014.

No	Aspek Integrasi	Kota Blitar	Kota Malang
1.	Waktu advokasi BPJS	November 2013	Awal 2014
2.	Penyediaan Data Peserta	Data Jamkesda Provinsi, Jamkesda Kota dan SPM	Data Jamkesda Provinsi, dan SPM
3.	Penetapan Kriteria Masyarakat Miskin	Berdasarkan penetapan Kepala Dinas Kesehatan, ada 5 kriteria	- Kemensos RI No. 146/HUK/2013 tentang Penetapan kriteria dan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu, untuk PBID - Tata cara penerbitan SPM, ditetapkan melalui Peraturan Walikota Malang No. 11 Tahun 2013. Ada 14 kriteria, untuk peserta SPM
4.	Proses verifikasi dan validasi	Dilakukan oleh Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil	Dinas Kesehatan bekerjasama dengan lintas sektor (BPJS, BPS, Kecamatan, Kelurahan, Puskesmas, kader kesehatan)
5.	Waktu Penerbitan SK Penetapan Peserta Walikota dan Surat Perjanjian Kerjasama	SK penetapan peserta oleh walikota 1 bulan lebih dulu (Juli 2014), PKS bulan Agustus 2014	SK penetapan Walikota dterbit bersamaan dengan surat PKS (September 2014).
6.	Jumlah peserta di SK Walikota dan PKS	Jumlah peserta PBI di SK Walikota sama dengan jumlah peserta di PKS	Jumlah peserta PBI di SK Walikota (24.272 jiwa) tidak sama dengan jumlah peserta di PKS (19.190 jiwa). Kuota peserta PBI di dalam PKS sebesar 31.345 jiwa
7.	Penambahan peserta PBID, terutama berasal dari pengguna Surat Pernyataan Miskin (SPM)	Dilakukan setiap 3 bulan	Dilakukan setiap bulan
8.	Pembayaran iuran oleh Pemerintah Kota melalui <i>virtual account</i> yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.	Dilakukan setiap 3 bulan	Dilakukan setiap bulan
9.	Pendistribusia Kartu. Kartu peserta PBI di BPS terbit setelah 1 bulan sejak PKS	Pendistribusian kartu ke Kecamatan disertai berita acara serah terima.	Diserahkan melalui Dinas Kesehatan.

by address pada SK Walikota lama. Sebagaimana kebijakan penambahan peserta baru PBI di Kota Malang berdasar jumlah kuota dalam PKS, 31.345 jiwa sehingga bila jumlah peserta belum memenuhi maka dapat dilakukan penambahan.

Selain peserta PBI yang didaftarkan sebagai peserta JKN di BPJS, Pemerintah Daerah di kedua kota melalui Dinas Kesehatan tetap menyediakan anggaran untuk Jamkesda dan dana untuk SPM bagi masyarakat (belum terdaftar sebagai PBI di BPJS) bila sewaktu-waktu perlu pelayanan kesehatan. Penyediaan anggaran Jamkesda tersebut berdasar Permendagri No 27 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun Anggaran 2014 dimana Pemerintah daerah wajib mengembangkan sistem jaminan social, termasuk jamkes. Pemerintah daerah harus mengalokasikan anggaran urusan kesehatan minimal 10% dari total belanja APBD diluar gaji. Sehingga pendanaan urusan kesehatan

dapat bersumber dari APBN dan APBD (Dirjen Bina Keuangan Daerah, 2015).

Kepesertaan jaminan kesehatan bagi PBI di BPJS pada tahun 2014, baik di Kota Blitar dan Malang cukup tinggi. Dibandingkan jumlah penduduk, proporsi total PBI (PBI dengan APBN dan APBD) adalah 24,6% di Kota Blitar dan 15% di Kota Malang yaitu dari masing-masing 6,2% PBI APBD dan 18,44% PBI APBN di Kota Blitar dan 2,3%, dan 12,61% di Kota Malang. Cakupan kepesertaan PBI, Pusat dan Daerah di Kota Blitar lebih tinggi daripada Kota Malang walaupun keduanya cukup tinggi dibandingkan angka kemiskinan.

Kepesertaan jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin di kedua kota seharusnya tercover semua. Bila asumsi penduduk miskin di suatu daerah 5% jumlah penduduk maka penduduk miskin Kota Blitar $\pm 5\% \times 140.000$ jiwa = 7.000 jiwa sedangkan yang dicover PBI 35.728 (25,52%) penduduk miskin.

Demikian di Kota Malang, sebesar 5% x 847.175 jiwa = 42.358 penduduk miskin, sedangkan yang dicover 127.092 (15%) jiwa penduduk miskin.

Integrasi Jamkesda ke sistem JKN menurut Supriyantoro (2014) terdapat 2.558.490 peserta usulan daerah (2,96% dari 86.400.000 peserta

Jamkesmas/PBI APBN) dari 251 Kabupaten/Kota di 31 Provinsi adalah tidak tepat sasaran. Hal ini terutama karena penetapan peserta secara sentralistik dan kurang memberikan kewenangan Pemerintah Daerah dalam menetapkan masyarakat di daerahnya yang memenuhi syarat PBI. Pendataan,

Tabel 5. Kendala integrasi Jamkesda ke Sistem JKN yang dialami stake holder terkait di Kota Blitar dan Kota Malang, tahun 2014

Institusi	Kota Blitar	Kota Malang
Dinas Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> Kendala kepesertaan yaitu <ol style="list-style-type: none"> Pada awal integrasi, banyak peserta Jamkesda yang belum mempunyai NIK Validitas kepesertaan masyarakat yang memenuhi kriteria miskin Dinamika data, perubahan jumlah peserta karena meninggal, keluar kepesertaan, pindah atau sudah mampu Tidak ada struktur khusus di Dinkes untuk menangani jamkes, sehingga tenaga pengelolanya terbatas. Dikerjakan oleh Bidang Keuangan. Kesulitan pendistribusi kartu karena data dari BPJS, hanya ada nama dan alamat faskes, tidak ada alamat peserta Keterlibatan Dinsos untuk validasi dan verifikasi kepesertaan, hanya Jamkesmas PBI pusat, harusnya PBID juga 	<ol style="list-style-type: none"> Kendala kepesertaan, sama dengan yang terjadi di Kota Blitar. Kendala struktur pengelola, sama dengan yang terjadi di Kota Blitar. Dikerjakan pada Bidang Binkesmas Peserta PBID yang diusulkan dari mantan peserta mandiri yang miskin banyak menunggak, sehingga Pemkot harus membayar tunggakannya Belum tercapainya kuota kepesertaan PBI sesuai SK Walikota, karena proses verifikasi dan validasi masyarakat miskin belum tuntas. Kerbatasaan anggaran untuk koordinasi dan sosialisasi
Dinas Sosial	<ol style="list-style-type: none"> Kendala Anggaran APBD untuk validasi dan verifikasi PBI pusat sangat terbatas, sedangkan biaya dari APBN tidak ada Keterbatasan jumlah SDM di Dinas Sosial untuk pelaksanaan kegiatan pendataan masyarakat miskin Kendala teknis validasi dan verifikasi PBI Pusat, perubahan kuesioner (dari 20 menjadi 11 kolom) menyulitkan penggabungan karena berbeda kategori. Belum ada kesepakatan penentuan kriteria miskin oleh petugas validasi di lapangan 	<ol style="list-style-type: none"> Kendala Anggaran, sebagaimana di Kota Blitar. Keterbatasan jumlah SDM, sebagaimana Kota Blitar. Keterbatasan tenaga pencacah, dari segi pendidikan
BPJS	<ol style="list-style-type: none"> Pada awal integrasi Jamkesda ke BPJS adalah kendala data peserta yang belum punya NIK, NIK ganda dengan orang lain atau Peserta yang meninggal Pada perjalanan PKS, ada peserta PBI yang pindah ke jenis peserta pekerja penerima upah yang tidak melaporkan datanya 	<ol style="list-style-type: none"> Awal pelaksanaan integrasi, kendala sebagaimana di Kota Blitar Pada perjalanan PKS, kendala sebagaimana di Kota Blitar. Data PBI JKN APBN yang belum mempunyai NIK Kurang aktifnya Dispendukcapil dan BPS dalam rapat lintas sektor yang diadakan BPJS. Meskipun hadir, yang datang berbeda-beda sehingga informasi terfragmentasi Kurang sosialisasi dari Dinas Kesehatan tentang PBID, sehingga banyak masyarakat tidak mampu memaksakan ikut sebagai peserta mandiri karena ketidaktahuannya. Kendala sistem BPJS masih baru, <i>primary care</i> NIKnya tidak terkunci sehingga ada yang tidak bisa masuk (NIK ganda).

verifikasi dan validasi kepesertaan PBI Daerah oleh Pemerintah Daerah agar tepat sasaran.

Data DJA Kementerian Keuangan pada September 2014 menunjukkan jumlah penduduk miskin Indonesia sebesar 10,51 juta (8,16%) orang di perkotaan dan 17,37 juta (13,76%) orang di pedesaan atau total 27,73 juta (10,96%) orang. Proporsi orang miskin harus berkurang agar proporsi PBI terhadap populasi berkurang, karena kemampuan pembiayaan PBI dari Pemerintah terbatas. Kondisi ini dipengaruhi *mandatory spending* seperti untuk bidang Pendidikan (20%), transfer ke daerah (26% dari Penerimaan) dan konsentrasi Pemerintah ke infrastruktur (Rachmatarwata, Isa, 2015).

Hambatan pada awal integrasi Jamkesda di Kota Blitar dan Malang adalah data peserta Jamkesda tidak dilengkapi Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai syarat migrasi oleh BPJS, yaitu nomor unik 16 digit untuk menandai setiap peserta jaminan Kesehatan yang terdaftar di BPJS. Verifikasi dan validasi data Jamkesda oleh Dispendukcapil di Kota Blitar lebih valid sehingga langsung bisa dimigrasikan oleh BPJS menjadi peserta PBI. Di Kota Malang berbeda, jumlah peserta hasil verifikasi dan validasi oleh Dinas Kesehatan bersama tim gabungan sehingga tidak semua berhasil dimigrasi oleh BPJS. Verifikasi dan validasi oleh Dinas Kesehatan Kota Malang kurang valid kemungkinan karena setelah migrasi oleh BPJS, terdapat usulan peserta yang bermasalah seperti kesalahan ketik NIK, NIK ganda dengan orang lain dan pindah kepesertaan. Sehingga tidak semua peserta yang diusulkan bisa menjadi peserta PBI di BPJS.

Disamping itu, keterbatasan kemampuan pendataan menyebabkan kesulitan *up date* data secara rutin. Proses verifikasi dan validasi masyarakat miskin perlu dilakukan dengan benar agar dapat dipertanggungjawabkan validitasnya. Ketersediaan data yang valid memudahkan migrasi oleh BPJS sehingga jumlah PBID yang tercantum di SK Walikota sama dengan PKS tercantum *by name dan by adresss*, dan sebagaimana usulan peserta PBI di BPJS maka aman secara aturan.

Model pelaksanaan integrasi Jamkesda ke sistem JKN bagi PBI di Kota Bilitar berbeda dengan Kota Malang dalam aspek penetapan kriteria, institusi pelaksana verifikasi dan validasi peserta PBI, penambahan dan pengurangan data peserta, pendistribusi Kartu BPJS dan waktu pembayaran premi. Tridarwati, Sri Endang (2015) menyatakan terdapat beberapa model pelaksanaan integrasi

Jamkesda di Indonesia di Kabupaten/Kota Indonesia yaitu 1) Kertercakup kepesertaan, terbagi dua yaitu mencakup seluruh penduduk yang belum mempunyai jamkes dan hanya fakir miskin dan orang tidak mampu; 2) Pembayaran iuran atau premi, terbagi dua yaitu *sharing iuran/sharing* peserta dan seluruh iuran dibayar oleh Provinsi/kab/kota. Integrasi di Kota Blitar dan Kota Malang dalam aspek ketercakup dan pembayaran iuran dengan model kedua yaitu pendaftaran peserta PBI hanya bagi masyarakat tidak mampu dan seluruh iurannya dibayar Pemerintah Kota.

Kajian Gani dkk. (2008) bahwa model Jamkesda yang dikembangkan di kabupaten/kota dan provinsi sangat bervariasi meliputi aspek-aspek badan pengelola, paket manfaat, manajemen kepesertaan, pembiayaan, iuran, dan *pooling of resource*. Direkomendasikan bahwa pengembangan Jamkesda bervariasi sesuai karakteristik dan kemampuan daerahnya karena perspektif luas dan diversitas antar wilayah Indonesia, terutama di era desentralisasi kesehatan. Adapun Supriyantoro (2013-2014) menunjukkan beberapa pola manajemen pengelolaan, pola paket manfaat, pola penerima bantuan iuran dan pola kemampuan fiskal dalam kebijakan Jamkesda di setiap provinsi. Kemampuan fiskal daerah tersebut sangat mempengaruhi kemampuan pembiayaan kesehatan dan pola penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah. Dengan adanya beberapa pola penyelenggaraan Jamkesda di Daerah, perlu formulasi kebijakan yang disepakati bersama antara Pemerintah Pusat dan Daerah dalam mengintegrasikan ke sistem JKN.²⁰

Sedangkan Aulia (2014) menunjukkan tantangan dalam integrasi Jamkesda tentang paket standar yang dijamin program JKN, belum memberikan cukup ruang bagi daerah yang mampu dengan kapasitas fiskal tinggi/sangat tinggi untuk paket manfaat lebih atau tambahan. Bagi daerah tidak mampu dengan kemampuan fiskal rendah/sedang, besaran PBI untuk JKN menjadi beban karena biasanya melebihi iuran yang dijamin Jamkesda sehingga kesulitan dalam integrasi ke JKN. Selain itu, perlu kesiapan fasilitas kesehatan di daerah sesuai tuntutan standar dari pemerintah pusat.

Percepatan integrasi Jamkesda ke JKN akan membantu terwujudnya *Universal Health Coverage* (UHC). Partisipasi Pemda menentukan percepatan integrasi Jamkesda dengan semakin banyak penduduk yang tercover maka semakin produktif daerah tersebut. Sebaiknya target kepesertaan universal program JKN tidak seharusnya

mengandalkan PBI. Pemerintah Daerah perlu mendorong masyarakat yang mampu untuk menjadi peserta mandiri, individu harus bertanggung jawab untuk dirinya sendiri. Prioritas Pemda, sebaiknya yang tidak mampu menurut kategori Daerah tetapi tidak tercover di dalam PBI APBN.

Adanya keseragaman tentang manfaat dalam implementasi integrasi Jamkesda ke sistem JKN diharapkan agar terjadi keseimbangan pelayanan kesehatan dan meminimalkan variasi antar daerah. Keseragaman manfaat tersebut meliputi 1) Portabilitas; 2) Manfaat medis seragam; 3) Variabilitas FKTP (PKM/Doter Praktek, Klinik Pratama); 4) Variabilitas FKTL (RS Pemerintah/RS Swasta); 5) *Unlimited cost*: indikasi medis; 6) Mendorong RSUD untuk *standardized*; dan 7) Minimalisasi *capital flight* (Tridarwati, Sri Endang, 2015).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pelaksanaan integrasi kepesertaan Jamkesda ke sistem JKN bagi PBI telah didukung oleh regulasi daerah. Kepesertaan PBI, baik PBI Pusat dan Daerah di BPJS sudah cukup tinggi. Integrasi kepesertaan Jamkesda ke sistem JKN bagi PBI telah dilaksanakan oleh daerah dengan cara yang berbeda, baik dalam aspek penetapan kriteria, institusi pelaksana verifikasi dan validasi peserta PBI, pelaksanaan penambahan dan pengurangan data peserta, pendistribusi Kartu BPJS dan waktu pembayaran premi. Beberapa kendala yang dialami oleh *stakeholder* terkait dalam integrasi Jamkesda meliputi kendala dalam manajemen kepesertaan, keterbatasan SDM, anggaran, teknis verifikasi validasi masyarakat miskin dan sistem BPJS yang masih baru.

Saran

Pelaksanaan integrasi Jamkesda ke sistem JKN khususnya bagi PBI dilaksanakan oleh daerah dengan cara yang berbeda sehingga perlu adanya landasan hukum integrasi Jamkesda dan Pedoman Pelaksanaan Integrasi Jamkesda ke sistem JKN, yang dapat menjadi acuan sehingga mengurangi ketidaktepatan dalam pelaksanaan. Perbedaan kriteria miskin yang digunakan di setiap daerah, sehingga perlu kesepakatan kriteria miskin untuk penetapan PBI Daerah. Penambahan peserta baru di luar SK Walikota, harus dibuatkan SK Penetapan yang baru, sehingga secara hukum biasa

dipertanggungjawabkan. Namun bagi peserta PBI yang masuk setiap saat, perlu aturan yang menaungi tanpa menunggu penetapan dengan SK Walikota.

DAFTAR PUSTAKA

- Aulia, Puti, 2014. Polemik Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah Ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 8 (2), 93-99.
- Direktorat Jenderal Bina Keuangan Daerah, 2015. Kebijakan Penganggaran Daerah Dalam Rangka Percepatan Integrasi Jamkesda ke Dalam JKN. Kementrian Dalam Negeri RI. Disampaikan pada Pertemuan Koordinasi Percepatan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional, tanggal 16 Oktober 2015.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2015. Strategi Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Disampaikan pada Pertemuan Koordinasi Percepatan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional, tanggal 16 Oktober 2015.
- Fatkhurohman, 2014. 707 Ribu Masyarakat Jatim Tak Masuk Kuota BPJS. Tersedia pada: <http://www.suarasurabaya.net/fokus/102/2013/127014-707-Ribu-Masyarakat-Jatim-Tak-Masuk-Kuota-BPJS>. [Diakses tanggal 20 Januari 2015].
- Gani, A. Dkk, 2008, Laporan Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan di Beberapa Kabupaten dan Kota. Depok Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan dan Analisis Kebijakan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 147/HUK/2013 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Perpres RI No. 111 Tahun 2013, tentang Perubahan atas Perpres RI No. 12 Tahun 2013 Jaminan Kesehatan. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2014. Peraturan Presiden No.74 tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Peta Jalan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bidang Kesehatan dan Bidang Ketenagakerjaan. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2012. Peraturan Pemerintah No. 102 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Pemerintah RI, 2013. No. 85 tahun 2013 tentang Tata Cara Hubungan Antar Lembaga Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Menteri Dalam Negeri, NO. 27 Tahun 2013 Tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2014. Jakarta.

- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2004. UU No. 40 tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2004. UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta.
- Kemeterian Kesehatan. 2012. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Disusun bersama oleh 9 Kementrian RI, TNI/POLRI, TNP2K sekretariat wakil Presiden, GIZ, AUSAID, ASKES & JAMSOSTEK. Jakarta, Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- Malang. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Walikota Malang No. 11 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Penerbitan Surat Pernyataan Miskin. Malang.
- Rachmatarwata, Isa, 2015. Integrasi Jamkesda dengan Jaminan Kesehatan SJSN. Bidang Regulasi dan Jasa Keuangan dan Pasar Modal, Disampaikan pada Pertemuan Koordinasi Percepatan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional, tanggal 16 Oktober 2015. Jakarta, Kementerian Keuangan RI.
- Supriyantoro, 2014. Formulasi Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Menuju Universal Health Coverage. Disertasi. Ilmu Kedokteran dan Kesehatan, Jogjakarta, Fakultas Kedokteran UGM,.
- Supriyantoro, Harimat Hendrawan, Savithri, Youth, 2014. Studi Kasus Implementasi Paket Manfaat Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Bulletin Penelitian Sistem Kesehatan, 17 (4), 327 – 336.
- Tridarwati, Sri Endang, 2015. Implementasi Integrasi Jamkesda: Jaminan Kesehatan Bagi Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah. Disampaikan pada Pertemuan Koordinasi Percepatan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional, tanggal 16 Oktober 2015.